

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2025

Bc. Vít Klouček

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita ošetrovatelské péče očima dětských pacientů

Diplomová práce

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2023/2024

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Vít Klouček**  
Osobní číslo: **Z23327**  
Studijní program: **N0988P360003 Organizace a řízení ve zdravotnictví**  
Téma práce: **Kvalita ošetrovatelské péče očima dětských pacientů**  
Téma práce anglicky: **The quality of nursing care through the eyes of children's patients**  
Zadávací katedra: **Katedra klinických oborů**

## Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- BRABCOVÁ, Iva. *Základní zásady vedení a řízení kvality ošetrovatelské péče*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2016. ISBN 978-80-7394-604-3.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
- PELANDER, Tiina et al. The quality of pediatric nursing care: developing the Child Care Quality at Hospital instrument for children. *Journal of advanced nursing* [online]. 2008, 65(2) [cit. 2016-03-10]. ISSN 1365-2648.
- PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.
- SVOBODA, Mojmir, Dana KREJČÍŘOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0899-0.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Iveta Černožorská, Ph.D.**  
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2023**  
Termín odevzdání diplomové práce: **23. dubna 2025**

L.S.  
**doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.**  
děkan

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

V Pardubicích dne 13. března 2025

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

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

V Pardubicích dne 23.04. 2025

Bc. Vít Klouček v.r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych rád poděkoval Mgr. Ivetě Černožské, Ph.D. za ochotu a odborné rady při konzultacích během psaní diplomové práce.

Děkuji doc. Ing. Janě Holé, Ph.D. a Bc. Barboře Dohnalové za pomoc se statistickým zpracováním výsledků dotazníků, učitelům ZŠ při nemocnici, herním terapeutkám a fyzioterapeutům, kteří mi na dětských odděleních ochotně pomáhali provádět dotazníkové šetření. A především dětem a jejich rodičům, kteří mi umožnili výzkum uskutečnit.

## **ANOTACE**

Tato diplomová práce se zabývá kvalitou ošetrovatelské péče z pohledu hospitalizovaných dětí. V teoretické části jsou popsány faktory, které ovlivňují vnímání a hodnocení u dětských pacientů. Druhá část popisuje výsledky dotazníkového šetření a doporučení pro další úpravu dotazníku pro české prostředí.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

dětský pacient, dotazník, kvalita, ošetrovatelská péče

## **TITLE**

The quality of nursing care through the eyes of children's patients.

## **ANNOTATION**

The theoretical part describes the factors that influence perception and evaluation in pediatric patients. The second part describes the results of the questionnaire survey and recommendations for further adaptation of the questionnaire for the Czech environment.

## **KEYWORDS**

children's patient, questionnaire, quality, nursing car

## **OBSAH**

Úvod.....	8
1 Cíle práce .....	9
Teoretická část .....	10
2 Kvalita zdravotní péče .....	11
3 Teoretická východiska k problematice hospitalizovaného dítěte .....	13
3.1 Charakteristika dílčích období vývoje dítěte .....	13
3.2 Hospitalizace a pobyt dítěte v nemocnici .....	17
3.3 Dítě a bolest .....	23
3.4 Péče o dobrý psychický stav dítěte .....	25
Výzkumná část.....	28
4 Metodika výzkumu .....	29
5 Průběh šetření .....	32
6 Prezentace výsledků.....	34
7 Analýza dat a interpretace výsledků .....	55
8 Diskuse.....	63
9 Závěr .....	68
10 Použitá literatura .....	69
11 Přílohy.....	74

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 – Čas vyplňování dotazníku .....	33
Obrázek 2 – Odpovědi na 1. položku .....	34
Obrázek 3 – Odpovědi na 2. položku .....	34
Obrázek 4 – Odpovědi na 3. položku .....	35
Obrázek 5 – Odpovědi na 4. položku .....	35
Obrázek 6 – Odpovědi na 5. položku .....	36
Obrázek 7 – Odpovědi na 6. položku .....	36
Obrázek 8 – Odpovědi na 7. položku .....	37
Obrázek 9 – Odpovědi na 8. položku .....	37
Obrázek 10 – Odpovědi na 9. položku .....	38
Obrázek 11 – Odpovědi na 10. položku .....	38
Obrázek 12 – Odpovědi na 11. položku .....	39
Obrázek 13 – Odpovědi na 12. položku .....	39
Obrázek 14 – Odpovědi na 13. položku .....	40
Obrázek 15 – Odpovědi na 14. položku .....	40
Obrázek 16 – Odpovědi na 15. položku .....	41
Obrázek 17 – Odpovědi na 16. položku .....	41
Obrázek 18 – Odpovědi na 17. položku .....	42
Obrázek 19 – Odpovědi na 18. položku .....	42
Obrázek 20 – Odpovědi na 19. položku .....	43
Obrázek 21 – Odpovědi na 20. položku .....	43
Obrázek 22 – Odpovědi na 21. položku .....	44
Obrázek 23 – Odpovědi na 22. položku .....	44
Obrázek 24 – Odpovědi na 23. položku .....	45
Obrázek 25 – Odpovědi na 24. položku .....	45

Obrázek 26 – Odpovědi na 25. položku .....	46
Obrázek 27 – Odpovědi na 26. položku .....	46
Obrázek 28 – Odpovědi na 27. položku .....	47
Obrázek 29 – Odpovědi na 28. položku .....	47
Obrázek 30 – Odpovědi na 29. položku .....	48
Obrázek 31 – Odpovědi na 30. položku .....	48
Obrázek 32 – Odpovědi na 31. položku .....	49
Obrázek 33 – Odpovědi na 32. položku .....	49
Obrázek 34 – Odpovědi na 33. položku .....	50
Obrázek 35 – Odpovědi na 34. položku .....	50
Obrázek 36 – Odpovědi na 35. položku .....	51
Obrázek 37 – Odpovědi na 36. položku .....	51
Obrázek 38 – Odpovědi na 37. položku .....	52
Obrázek 39 – Krabicové grafy hodnocení strachu u dívek a chlapců .....	56
Obrázek 40 – Krabicové grafy hodnocení strachu dle věkových skupin .....	58
Obrázek 41 – Krabicové grafy hodnocení péče dle pohlaví.....	60
Obrázek 42 – Krabicové grafy pro rozdíl v hodnocení péče dle věku .....	61
Obrázek 43 – Krabicové grafy pro vztah důvodu hospitalizace .....	62

## **TABULKY**

Tabulka 1 – Přehled odpovědí na položku 38.....	52
Tabulka 2 – Přehled odpovědí na položku 39.....	53
Tabulka 3 – Přehled odpovědí na 40. položku.....	53
Tabulka 4 – Přehled odpovědí na 41. položku.....	54
Tabulka 5 – Spearmanův korelační koeficient hodnocení pocitu strachu – dívky .....	55
Tabulka 6 – Spearmanův korelační koeficient hodnocení pocitu strachu – chlapci .....	56
Tabulka 7 – Výsledek Mann-Whitney U-testu pro vnímání strachu dle pohlaví.....	56

Tabulka 8 – Spearmanův korelační koeficient starší děti a strach .....	57
Tabulka 9 – Spearmanův korelační koeficient mladší děti a strach .....	57
Tabulka 10 – Výsledek Mann-Whitney U-testu pro rozdíl vnímání strachu dle věku .....	58
Tabulka 11 – Popisná statistika hodnocení ošetrovatelské péče.....	59
Tabulka 12 – Popisná statistika hodnocení ošetrovatelské péče dle pohlaví.....	60
Tabulka 13 – Výsledek Mann-Whitney U-testu pro hodnocení péče dle pohlaví.....	60
Tabulka 14 – Popisná statistika hodnocení ošetrovatelské péče dle věkových skupin .....	61
Tabulka 15 – Výsledek Mann-Whitney U-testu pro rozdíl v hodnocení péče dle věku.....	61
Tabulka 16 – Výsledek Mann-Whitney U-testu pro strach a důvod hospitalizace.....	62

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

ANA	Americká asociace zdravotních sester
CCQH	Child Care Quality at Hospital
ČR	Česká republika
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability
CHEOPS	Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale
KZK	kontinuálního zvyšování kvality
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
TQM	Total Quality Management
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
ZP	zdravotní péče

## ÚVOD

S pojmy „kvalita ve zdravotnictví“, „kvalita poskytovaných zdravotních služeb“, „kvalita poskytované ošetrovatelské péče“ se v posledních dvou desetiletích setkáváme významně častěji. Koncepce nastavovaných procesů v oblasti kvality je primárně určována kulturním a sociálním prostředím daného státu. Současně nejrozšířenější koncept, který zjišťuje a vyhodnocuje výkonnost a kvalitu zdravotní péče (ZP), je založen na pozorování, zejména vlastností prostředí, ve kterém je ZP poskytována (strukturální standardy), způsobu, jakým je poskytována (procesní standardy) a zda bylo dosaženo stanoveného cíle. V rámci zpracování a vytváření metodiky je nutné hodnocení kvality poskytované péče zaměřit především objektivním směrem, tudíž měřitelným. Objektivitou je myšleno zjišťování a vyhodnocování kvality poskytované péče v kvantitativní podobě a zároveň schopnost interpretovat výsledky měření (Válková, 2015).

V programech kontinuálního zvyšování kvality se zmiňují čtyři zdroje dat, na základě kterých můžeme měřit a vyhodnocovat kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče: od pacientů, z auditů, z indikátorů ZP, od externích expertů (Válková, 2015).

Zpětná vazba od pacientů je většinou zjišťována u dospělých, u dětských pacientů pak z pohledu jejich rodičů. Jak vyplynulo z analýzy literatury, až na výjimky jsou v hodnocení spokojenosti s péčí pacientů na dětských odděleních rezervy, což je také důvodem výběru tohoto tématu. Tato diplomová práce si klade za cíl přiblížit a zhodnotit, jak vnímá kvalitu péče dětský pacient, a přispět tak ke zlepšování péče o děti v nemocničním prostředí.

V první části jsou pro toto téma uvedena teoretická východiska z odborné literatury se vztahem k předmětu výzkumu. Ve druhé části je pomocí výzkumného nástroje – dotazníku vyhodnoceno vnímání péče dětmi hospitalizovanými po určitou dobu v nemocnici. Jsou analyzovány výsledky šetření, posouzena vhodnost použitého nástroje a nastíněny návrhy řešení pro jeho praktické využití.

Aktuálnost práce lze vidět i v tom, že v ošetrovatelské praxi, jak uvádí Válková (2015), stále převládají názory, že je moc práce, málo sester a na kvalitu není čas. Význam kvality je přesto velký, protože vytváří nejen image nemocnice, ale i ošetrovatelské a lékařské profese.

Systematické hodnocení spokojenosti dětí s tím, co se dělo během jejich hospitalizace by podle Pelander (2009) pomohlo identifikovat klíčové oblasti pro zlepšení kvality péče a poskytovat tak služby, které odpovídají jejich potřebám.

# **1 CÍLE PRÁCE**

## **Cíle teoretické části**

Cílem teoretické části diplomové práce je uvést přehled základních poznatků o potřebách hospitalizovaných dětí v kontextu hodnocení kvality péče.

## **Cíle výzkumné části**

Cílem výzkumné části je pomocí upravené české verze dotazníku CCQH vyhodnotit vnímání ošetrovatelské péče dětmi hospitalizovanými v nemocnici a posoudit vhodnost použitého nástroje.

## TEORETICKÁ ČÁST

V této části diplomové práce jsou uvedena teoretická východiska, která mají propojit teoretické poznatky s výsledky v praktické části. Kvalitou péče ve zdravotnictví se zabývá nejen odborná literatura, ale i mnoho výzkumných prací. O hodnocení kvality ošetrovatelské péče dětmi, které musí být hospitalizované v nemocnici byly pomocí databáze SCOPUS (*filters: 2022-2024, keywords: quality AND of AND nursing AND care AND in AND paediatric AND patients; AUTOR: Pelandr,Tina, 13.2.2025*) vybrány tyto adekvátní zdroje v anglickém jazyce:

Článek v časopise *Journal of Clinical Nursing* z roku 2021: „*Zkušenosti dětí školního věku s hospitalizací*“ (Loureiro et al., 2021). Článek v brazilském časopise *Texto & contexto enfermagem* z roku 2024: „*Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu dítěte: mezikulturní adaptace nástroje*“ (Gomes a kol., 2024) určený k hodnocení pro portugalsky mluvící děti v nemocnicích v Brazílii. V dubnu 2024 vyšly v *Journal of Pediatric Nursing* dva články s výsledky dotazníkového šetření: 1. „*Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu hospitalizovaných dětí*“ (Mohammadi Gonbaki a kol., 2024), na Guilan University of Medical Sciences v Iránu, 2. „*Spokojenost dětí s ošetrovatelskou péčí během hospitalizace: průřezová studie*“ (Carvalhais et al., 2024), z pediatrického oddělení nemocnice v Portugalsku.

V českém prostředí za toto období lze dohledat dva relevantní zdroje informací na toto téma. Disertační práci I. Černožské: „*Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu hospitalizovaných dětí*“ z roku 2023, která se zabývá popisem transkulturního přenosu nástroje a jeho využitím k hodnocení kvality péče o děti ve věku 7–11 let. A článek v časopise *Pediatric pro praxi* z února 2022: „*Pohled na hospitalizaci očima dětských pacientů – kvalitativní šetření*“ (Růžičková et al., 2022), který uvádí přehled výsledků polostrukturovaných rozhovorů s dětmi ve věku 7–13 let.

Tato práce se snaží přispět dalšími informacemi k tomuto tématu. Je důležité znát názory dětí na jejich zkušenosti se zdravotní péčí pro všechny, kteří se o ně v nemocnici starají a tím, ve výsledku, zlepšovat kvalitu péče o dětské pacienty.

## 2 KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE

WHO zahrnuje 3 pohledy na kvalitu poskytovaných zdravotních služeb. Jedním z nich je kvalita z pohledu pacienta, který zohledňuje zájmy, potřeby a přání pacienta (Válková, 2015). Podle Donabediana je to péče, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví, kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu (Bednařík, 2018).

Každá nemocnice by měla monitorovat, vyhodnocovat kvalitu poskytované zdravotní péče a zavádět do praxe tzv. Program kontinuálního zvyšování kvality (KZK), který vychází ze základů modelu Total Quality Management (TQM). Nikdy nemůžeme říct, že bylo dosaženo nejvyšší možné kvality, to, co dnes pacienti, zaměstnanci, plátcí a lékaři pokládají za vynikající péči, službu nebo zákrok, může být v blízké budoucnosti vnímáno jako běžné, eventuálně jako zastaralé nebo nepřijatelné (Škrála, Škrlová in Brabcová, 2016).

Lidé v organizaci jsou orientováni na pacienta, který hodnotí poskytovanou péči, je alfou a omegou v modelu KZK a pouze proklientský způsob může zlepšovat kvalitu poskytované péče. Je tedy velmi důležité znát jeho pohled a co si pod pojmem kvalitní ZP představuje on (Válková, 2015).

Úlohou poskytovatelů zdravotních služeb je standardizovat důležité léčebné a ošetrovatelské postupy. Klinické doporučené postupy, standardy a protokoly vycházejí ze současných vědeckých poznatků, z doporučení odborných společností a české legislativy. Interní audity kvality jsou základním nástrojem prosazování důležitých změn v organizaci. Poskytovatel zdravotních služeb má podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (v aktuálním znění zákon č. 240/2024 Sb.), povinnost zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (Česko, 2011; Marx, Vlček, 2014).

Vedoucí pracovníci se zúčastňují plánování, monitorování vyhodnocování programu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče (Marx, Vlček, 2014).

Ke kultuře zdravotnického zařízení patří i kultura bezpečí a podle Vincenta (2010) je souhrnem individuálních a skupinových hodnot, postojů, kompetencí a modelů chování pracovníků, které se váží k budování bezpečného prostředí, v němž je péče poskytována. Kultura bezpečí je charakteristická zapojením všech zaměstnanců do prevence pochybení a ochrany pacientů a také otevřenou, přátelskou komunikací.

Měřitelným kritériem jsou indikátory kvality. Indikátor kvality je kvantita, která nám něco říká o kvalitě. Mohou být zacíleny na lékaře, sestru, proces, klinickou událost nebo systém. Výsledek musí být zasazen do kontextu, který nám pak umožní porovnat „něco s něčím“ (Škrála, Škrlová in Brabcová, 2016).

Mezi indikátory kvality ošetrovatelské péče, mimo jiné, patří sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů s poskytnutou péčí. Získané výsledky jsou vyhodnocovány a na základě tohoto zhodnocení se realizují nápravná a preventivní opatření (Brabcová, 2016).

Indikátory definovala i Americká asociace zdravotních sester (ANA). Jedná se o tyto oblasti poskytované ošetrovatelské péče: strukturu ošetrovatelského personálu, celkový počet hodin ošetrovatelské péče o pacienta za den, spokojenost pacienta s léčbou bolesti, s mírou edukace, s celkovou péčí, s ošetrovatelskou péčí (Válková, 2015).

V managementu ošetrovatelských služeb se ale střetávají dva protichůdné cíle, na jedné straně jde o poskytnutí vysoce kvalitní péče, na druhé straně stojí finanční limity instituce. Úlohou vedoucích pracovníků ve zdravotnictví je nalezení konsenzu mezi množstvím a kvalitou péče v rámci daného rozpočtu. Schopnost dělat správná rozhodnutí patří mezi klíčové dovednosti sester na všech úrovních řízení (Brabcová, 2016).

Dítě hodnotí zdravotní péči jinak než dospělý, který ji porovnává z vlastních zkušeností a z referencí ostatních. Děti většinou nemají žádné nebo jen minimální vlastní zkušenosti a jejich vnímání a hodnocení závisí také na tom, v jakém vývojovém období se právě nacházejí. Z těchto důvodů je důležité přizpůsobit postoj i komunikaci zdravotníků dětským pacientům, o tom pojednávají následující kapitoly.

## 3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA K PROBLEMATICE HOSPITALIZOVANÉHO DÍTĚTE

V této kapitole jsou uvedeny poznatky z literatury, které se vztahují k nemocnému dítěti, jeho pobytu v nemocnici, ke specifickým komunikace v jednotlivých fázích vývoje. Poskytuje informace o tom, jak vnímají děti strach a bolest a jaká jsou práva dětí v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

### 3.1 Charakteristika dílčích období vývoje dítěte

*„Vývojová období v životě člověka mají určité pořadí, trvají určitý čas a v jejich průběhu dochází k vývojovým projevům a změnám typickým pro dané období“* (Thorová, 2015, s. 307). Dětství je natolik dynamický čas, že musíme o dítěti přemýšlet v rámci jednotlivých vývojových period. Tyto jednotlivá vývojová období jsou charakterizovaná komplexními potřebami dětí. Nejlepší, v zájmu dítěte, je komplexní podpora vývojových potřeb k naplnění potenciálu zdraví (Chvílová-Weberová et al., 2023).

#### **Mladší školní věk (období středního dětství, 6–12 let)**

Střední dětství je důležitou vývojovou fází, ve které dítě musí zvládnout řadu vývojových úkolů. Formuje se sebepojetí, genderová identita (uvědomování si vlastního pohlaví) a postoje ke vzdělání. Dítě se mnohdy věnuje mimoškolním aktivitám, chodí na různé kroužky, rodiče se mu snaží zajistit všestranný rozvoj. Ve škole je dítě vystaveno hodnocení učitele. Děti se mohou snadno srovnávat s vrstevníky, což u nich vede k zvýšené míře porovnání a soutěživosti. Teprve se učí přijímat vlastní nedostatky, a tak více hledají chyby u ostatních. Okolo 9 až 10 let projevují více soudružnosti a solidarity. Tenze se u dětí projevuje zvýšeným výskytem zlovyků, pohybovým neklidem nebo vyšší mírou unavitelnosti. Děti si často v tomto věku koušou nehty, tahají a kroučí vlasy, dotýkají se genitálií, mají tikové projevy, okusují věci nebo se u nich objevují různé psychosomatické obtíže. Dítě v období středního dětství často reaguje negativním afektem, snadno se rozpláče, trápí ho různé obavy, má stále křehkou frustrační toleranci a lehce se dostává do stresu (Thorová, 2015).

#### **Schopnost komunikace**

Dítě dělá pokroky v logickém myšlení i komunikaci, ke zralosti má ještě daleko. Řada těch, kdo přichází do styku s dětmi, si tento fakt neuvědomuje a má tendenci považovat děti za miniaturní dospělé a kladou na ně neúměrné nároky. Děti v tomto věku ještě nejsou vybaveny pro dospělý způsob uvažování a komunikace (Thorová, 2015).

I když se v průběhu středního dětství zlepšují komunikační schopnosti, dítě není schopné přesně popisovat události, které se přihodily, nedokáže vyjádřit, co ho trápí. Obtížně rozlišuje, co je a není důležité, vybírá si jen kusé povrchní informace, které mohou celou událost zkreslit nebo nepochopí metakomunikační obsah sděleného (Thorová, 2015).

Pokud se dítě setká s informacemi, které mu nejsou srozumitelné, je zapotřebí, aby mu je rodič objasnil. Dítě se v tomto období spokojí s jednoduchým vysvětlením a dále již nepátrá. Toto vysvětlení však potřebuje slyšet od autority, které důvěřuje a se kterou má dobrý vztah (Plevová, Slowik, 2010).

Respektujeme osobnost dítěte a situace, kdy komunikovat nechce. Náročným obdobím pro interakci s dítětem je počínající pubertální věk, který se může projevovat klackovitým chováním, arogantním jednáním nebo vulgarismy. Musíme na to pohlížet jako na přirozenou součást duševní hygieny dospívajících. Příčinou tohoto jednání je zpravidla velká nejistota a vnitřní citlivost, křehkost a zranitelnost. Hoši v tomto období méně komunikují. Děvčata oproti chlapcům intenzivněji vnímají své tělo a vše, co se s ním děje (Plevová, Slowik, 2010).

### **Vztahy s rodiči a vrstevníky**

Pro děti v období středního dětství je stále centrem jejich života rodina. Děti rodiče již občas kritizují, poukazují na různé nespravedlnosti nebo chyby, nicméně jsou to stále rodiče, kdo v tomto věku zůstávají pro dítě víceméně absolutní autoritou, určují hranice a pravidla. V průběhu středního dětství dítě začíná inklinovat k vrstevnickým vztahům. U dětí stoupají v oblíbenosti skupinové hry, mají radost z týmové spolupráce. Kontakt a zpětná vazba od vrstevníků se pro dítě stávají velmi důležité a formují jeho sebepojetí. Vztahy jsou založené na společných zážitcích, aktivitách, osobních charakteristikách. Děti v tomto období výrazně podléhají tlaku vrstevníků, často nevybíravě komentují svůj zjev, chování, schopnosti a oblečení (Thorová, 2015).

### **Tělesné změny a motorika**

Mezi 7 a 10 lety u dívek a 7 a 11 lety u chlapců se růst zpomalí na 5 cm za rok. Přibývá podkožního tuku, tělesné tvary působí plněji, poměr hlavy k tělu se zmenšuje. V důsledku dřívějšího nástupu puberty u dívek bývají mezi 11 a 13 lety děvčata vyšší než chlapci. Zlepšuje se motorická koordinace, pokračuje zpevňování kostry, růst svalové hmoty, zvyšuje se tělesná síla. Prudší vývoj nervové soustavy přináší zvýšenou unavitelnost a kolísavou pozornost. Děti ve školním věku při dostatku pohybu a dobré stravě mívají většinou štíhlou, atletickou postavu. Díky zlepšené imunitě bývají zdravé. Toto období je považováno za zlatý věk motorického učení, první období tělesné zdatnosti a obratnosti (Thorová, 2015).

U některých dívek a chlapců dochází k preadolescentnímu tělesnému spurtu, u dívek mezi 9 a 10 lety, u chlapců mezi 11 a 12 roky. To znamená, že kosti opět rychleji rostou, při růstu se napínají svaly a šlachy, které někdy mohou způsobovat tzv. růstové bolesti, na něž si stěžuje zhruba třetina dětí mezi 8 a 12 lety (Uziel, Hashkes, 2007).

### **Adolescence (12/13–19 let)**

Období adolescence začíná nástupem puberty, jejíž nástup signalizují specifické tělesné změny, které spouští zvýšená produkce pohlavních hormonů. Kromě prudkých a nápadných fyzických změn pokračuje emoční, kognitivní i sociální vývoj (Thorová, 2015).

Okolí klade na adolescenta více sociálních požadavků a připravuje ho tak na samostatný život a sociálně zodpovědné chování. V souvislosti s tím je dospívající vystaven vyšší míře stresu, což se může projevit úzkostí a odmítáním dospělosti (Mendle et al., 2007).

Provokativní chování a testování reakcí dospělých může působit na okolí velmi nezrale a naivně, ale slouží k získávání sociálních zkušeností. Dospívající vybrušuje svoje sociální dovednosti obvykle v bezpečném prostředí, tedy vůči osobám blízkým a ve vrstevnickém kolektivu k osobám slabším či členům jiných vrstevnických skupin, kdy adolescent cítí podporu své skupiny. V době dospívání je zapotřebí dospívajícímu aktivně s rozvojem sociálních dovedností pomáhat, což je nejlepší prevencí vzniku konfliktních situací. Vztah mezi dítětem a rodičem se v průběhu dospívání musí proměnit. Emoční závislost se přeměňuje v reciproční vztah vzájemné podpory, respektu a spolupráce. Součástí osobní identity je vztah a příslušnost k určitým sociálním skupinám. V době dospívání skupinová identita získává významnější roli a pomáhá adolescentům překlenout období nejisté a nerozhodné identity (Thorová, 2015).

V tomto věku víc, než kdy jindy platí: nepřikazovat, ale říkat. Mluvit o vlastním názoru ze strany rodiče, zdůvodňovat, mluvit o zkušenostech. Pokud rodič nevyjádří svůj názor formou nátlaku, dítě o dané komunikaci přemýšlí a vezme ho v mnoha případech za svůj, což je důležité (Plevová, Slowik, 2010).

Dospívajícího oslovujeme jménem, vykání je vhodné. Ujistíme ho o své diskrétnosti. Dovolujeme mu, aby participoval na diskusi o poskytované ošetrovatelské péči, podporujeme ho v zodpovědnosti za jeho tělo a jeho zdravotní stav. Používáme správné odborné výrazy týkající se jeho těla, zdravotního stavu, vyšetření. Vždy si však musíme ověřit, zda nám rozumí. Vyhýbáme se direktivnímu, autoritativnímu stylu komunikace. Musíme si uvědomit, že dospívající je plnohodnotný účastník komunikace a dovolit mu, aby se mohl kdykoliv projevit a vyslovit svůj názor (Špaténková, Králová, 2009).

## **Tělesné změny**

Puberta je obdobím bouřlivých tělesných změn. V době rychlého pubertálního růstu, tzv. spurtu, dítě naroste o 20 % své celkové výšky. Puberta bývá nazývána obdobím druhé vytáhlosti, růst se pohybuje mezi 9 a 14 cm za rok. Rychlý růst doprovází zhoršení motorické koordinace a snadná unavitelnost, i když díky rozvoji svalů se zvyšuje silová výkonnost.

U dívek končí růst přibližně v 15 letech, u chlapců v 17–18 letech. Fyzický vzhled a zejména body image mají v době dospívání vliv na vývoj identity a jsou nedílnou součástí prezentace osobnosti. Body image znamená mentální představu člověka o svém těle, jak se v něm člověk cítí, jak ho vnímá, jak o něm přemýšlí a jaký má k němu vztah (Thorová, 2015).

Adolescent věnuje svému vzhledu zvýšenou pozornost. Porovnává se s vrstevníky, snaží se přiblížit aktuálnímu standardu atraktivity, nebo na něj naopak rezignuje a odmítá ho (Vágnerová, 2000).

## **Myšlení a emoce**

Myšlení adolescenta vyspívá, dospívající je schopen vyvozovat abstraktní závěry, slábne bipolární (černobílá) vyhraněnost mladšího školáka, dospívající je schopen uvažovat multiperspektivně. Myšlení se stává komplexnějším a systematictější. Zajímá se nejen o vlastní duševní stavy, ale i o emoční prožívání druhých lidí. Dospívající pružněji zaujímají multidimenzionální perspektivu při řešení problémů (Thorová, 2015).

Převažuje pozitivní emotivita, vymezování se, opozičnictví vůči pečujícím osobám, schopnost empatie, projevy soucitu ve vrstevnických vztazích, přecitlivělost na kritiku, výrazné, až extrémní projevy citů, náladovost, střídání nálad od pocitů méněcennosti k úplnému entuziasmu (Thorová, 2015).

## **Internet a online komunikace**

Díky novým technologiím dostala komunikace a vztahy mezi lidmi nový rozměr – virtuální. Činnost na internetu se stala součástí společenského života. Ve virtuálním internetovém prostředí vznikají sociální sítě a komunity, které slouží k reciproční výměně informací. Tyto virtuální arény umožňují výměnu názorů se zachovanou (i když třeba v reálu skrývanou) identitou. Online komunity nabízejí k experimentování relativně bezpečné prostředí, před hlubším citovým zraněním chrání dospívající anonymita a možnost diskusi rychle ukončit. Online skupiny pravidelně navštěvuje velký podíl dospívajících ve věku 15–17 let, sociální sítě využívají i děti v raných fázích dospívání. Pro mladší děti je atraktivní sebeprezentace, jednoduchá společenská konverzace a pasivní získávání informací (Šmahel in Veselá, Šmahel, 2009).

Přestože mají internet a sociální sítě (a další média) řadu pozitiv, např. jako rozsáhlý zdroj informací, komunikační nástroj se „světem“, projevují se i negativní dopady. Je to narušení hodnoty autentických zážitků – vlastní zážitky ztrácejí hodnotu, jsou banální oproti příběhům z virtuální reality. Řeč se omezuje na deklamování odposlouchaného, vyjadřování je v jednoduchých větách, s malou slovní zásobou. Je narušena pozornost dětí, ztrácí koncentraci na klidné činnosti, jako je hraní, čtení, výklad (Sikorová, 2011).

### **3.2 Hospitalizace a pobyt dítěte v nemocnici**

Tato kapitola zmiňuje základní práva hospitalizovaných dětí, problémy, které v souvislosti s přijetím do nemocnice vznikají, důležitosti přípravy na hospitalizaci, spolupráci s rodinou a citlivého přístupu k dětem v nemocnici. Výstižně to shrnuje *Desatero hospitalizovaného dítěte* (Příloha B).

Dětská oddělení, jako lůžková oddělení v nemocnici, zajišťují diagnostickou a léčebnou péči při hospitalizaci, tj. při pobytu na lůžku dítěte-pacienta. Poskytují péči těm dětským pacientům, jejichž závažná onemocnění nebo obtížnost vyšetření a diagnostiky vyžadují péči na lůžku. Na dětských odděleních nemocnic se mohou vyšetřovat a léčit děti a adolescenti do 19 let věku. Hospitalizace dítěte je ovšem vážným zásahem do jeho života, do přirozeného prostředí rodiny, které znalo a jemuž důvěřovalo, kde nacházelo oporu, pomoc a pochopení. Adaptace dítěte na nemocniční prostředí je obtížná, často sama o sobě traumatizující dětskou psychiku. Proto je vhodné prostředí co nejvíce přiblížit přirozenému prostředí rodiny včetně přítomnosti členů rodiny, přizpůsobení denního režimu i prostorů dětským potřebám (herny), kontakt s ostatními dětmi, zkušený a vyškolený zdravotnický personál, pedagogičtí pracovníci (Klíma, 2016).

#### **Práva dětí**

Důležitými dokumenty o právech dětí jsou *Charta práv dětí v nemocnic*, která byla přijata v roce 1988 (Příloha A) a *Úmluva o právech dítěte* (Česko, 1991).

V *Chartě práv dětí* je, mimo jiné, uvedeno, že děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci, rodičům se má dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali, aby se na péči o své dítě mohli podílet. Dětem se musí dostávat péče náležitě proškoleného personálu, který si je plně vědom fyzických i emociálních potřeb dětí každé věkové skupiny a také že se s dětmi musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí (Sedlářová a kol., 2008, s. 240).

*Nejlepší zájem dítěte* je základním principem, který se uplatňuje ve všech záležitostech dítěte, včetně poskytování zdravotní péče. Tento princip formuluje článek 3 odst. 1 *Úmluvy o právech dítěte*. Česká republika je vázána Úmluvou od roku 1993. Jsou v ní zakotvena práva dětí a povinnosti státu vůči dětem, které z ní plynou. Např. práva na osobní rozvoj, na ochranu, participační práva dětí. Nemocnice musí respektovat Úmluvu o právech dítěte a Chartu práv hospitalizovaných dětí. Mezi často diskutovaná práva nezletilých pacientů pak patří právo na nepřetržitou přítomnost zákonných zástupců podle § 28 a právo na vyjádření vlastního názoru na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb podle § 35 zákona o zdravotních službách (Chvílová-Weberová a kol., 2023).

### **Příprava dítěte na hospitalizaci a hospitalizace**

Hospitalizace je pro dítě každého věku i pro jeho rodiče traumatizující životní zkušeností.

I krátký pobyt v nemocnici může mít negativní dopad na celou rodinu. Pokud rodičům není umožněno dítě v nemocnici doprovázet, poskytovat mu lásku a péči, konejšit je a ochraňovat, pociťují vinu a selhání ve své rodičovské roli. Situaci, kdy se musí vzdát péče o nemocné dítě a svěřit ji odbornému personálu, prožívají jako vysoce stresující. Odborníci nemohou nahradit péči rodičů, nemohou dítěti zajistit individuální přístup a naplnění všech potřeb. Proto je pro většinu dětí pobyt v nemocnici velmi stresující a může mít vážné psychické následky (Sedlářová a kol., 2008).

Sestra tráví s dítětem během jeho hospitalizace ve srovnání s ostatními členy zdravotnického týmu nejvíce času a může pozitivně ovlivnit jeho adaptaci na hospitalizaci (Plevová, Slowik, 2010).

Nezbytným základem pro kvalitní ošetrovatelskou péči je vytvoření vztahu sestra – dítě/rodina. Dětské sestry musí mít k dětem a jejich rodinám smysluplný vztah, musí umět mapovat jejich potřeby a pocity, vytvářet optimální podmínky pro otevřenou komunikaci mezi rodinou, dítětem a jí. Jako kvalitní ošetrovatelskou péči hodnotí rodiče péči sester, které pozitivně oceňují přítomnost rodiče u dítěte, naslouchají rodičům i dítěti, zapojují rodiče do péče o dítě (Sikorová, 2011).

Dítěti je třeba otevřeně říct, že půjde do nemocnice. Chceme je ušetřit nepříjemných překvapení a stavů úzkosti. Proto dítě nijak nepodvádíme, neříkáme, že „jde na prohlídku“ a následuje operace nebo že „jde do nemocnice na návštěvu“ a je tam pak opuštěno. Obecně se zpráva o hospitalizaci může dětem do sedmi let sdělit dva týdny před přijetím, aby to byly schopné pochopit. Dětem školního věku můžeme vysvětlit důvody hospitalizace důkladněji – rozumově.

Podle Matějčka (2001) nezdůrazňujeme nepříjemnosti, které pobyt v nemocnici provázejí, ale naopak okolnosti příznivé a lákavé: „aby bylo dříve zdravé“, „pozná nové lidi a děti“, „zajímavé věci“, „a maminka bude mít radost, až se přijde podívat“ apod. (Matějček in Boledovičová et al., 2006).

Pokud bude dítě hospitalizováno delší dobu, má nemocniční pokoj zajistit malému pacientovi (od předškolního věku výš) i kus intimity. Pro starší děti je třeba, aby v místnosti byly i noční stolky, kde by mohly mít své hračky, knížky, ale i některé své osobní předměty. Má tu být i stůl a židle, aby si děti mohly u stolu hrát, psát nebo jinak pracovat. Uspořádání má být takové, aby děti na sebe viděly. Vědomí společnosti působí uklidňujícím dojmem, zatímco vědomí osamělosti je tíživé a vyvolává depresivní nálady. Osvědčují se pokoje se 3–4 dětmi. Předškolní, zvláště pak školní děti, jsou už výrazně společenskými bytostmi (Plevová, Slowik, 2010).

### **Strach z nemocnice**

Poměrně velkou roli hraje u dětí v nemocnici strach. Některé děti jsou vystrašeny z domova nebo od kamarádů a bojí se bolesti, krutého zacházení, násilných zákroků nebo prostě jen nových lidí a nových situací. Někdy se děti nerady přiznávají dospělým ke svému strachu, protože vědí, že by utrhly posměch. Svěřují se tak druhým dětem, čímž svůj strach na ně přenášejí, takže se nakonec straší navzájem. Matějček (2001) vidí řešení v získání si důvěry dítěte, aby nám povědělo, čeho se bojí. Dítě je vhodné zaměstnávat a udržovat je v dobré náladě. Nejlepší zbraní proti dětskému strachu je klid, laskavost a povzbudivé chování ošetřujícího personálu. Dítě brzy pozná, že celá nemocnice není zdaleka tak zlá, jak si představovalo. Vlídneho lékaře a sestry se brzy přestane bát a z jejich rukou přijme i bolestivé zákroky (Matějček in Plevová, Slowik, 2010).

Systém péče o hospitalizované děti, vycházející z principů Family Centred Care, je péče zaměřené na celou rodinu, nejen na nemocné dítě. Tento systém vychází z přesvědčení, že rodiče jsou pro dítě základním, nenahraditelným zdrojem jistoty a bezpečí, nejlépe je znají a mohou tedy nejlépe reagovat na jeho měnící se potřeby. I v době hospitalizace zůstávají jeho zákonnými zástupci a mají za své dítě právní odpovědnost. Není tedy možné vyloučit je z procesu uzdravování jako nekompetentní laiky. Naopak se stávají vítanými spolupracovníky zdravotníků, především sester (Sedlářová a kol., 2008).

## **Komunikace s nemocným dítětem**

Komunikace s dětským pacientem je vždy velmi specifická. Aby dítě spolupracovalo, je nutná efektivní komunikace ze strany zdravotnických profesionálů. Z pohledu ošetrovatelství je třeba znát zvláštnosti a okolnosti, které komunikaci s dětským pacientem modifikují, případně podporují nebo omezují. Prvním předpokladem úspěšné komunikace sestry s dítětem je důkladná znalost vývojových charakteristik a zvláštností každého vývojového období od narození až do období adolescence. Komunikace je bezprostředně podmíněna zdravotním stavem, charakterem a typem onemocnění a typem klinických příznaků (Plevová, Slowik, 2010).

Aktivní komunikace s hospitalizovaným dítětem je předpokladem úspěšně poskytované péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Sestra se stává pro dítě, vedle rodičů, nejbližší kontaktní osobou. V kontaktu s dítětem může být pro ně partnerem ve hře, náhradou kamarádů a někdy i rodičů. Zdravotníci by měli být příjemní. Ti, co zůstávají klidní a vědí si rady, jsou zdrojem jistoty a porozumění (Venglářová, Mahrová, 2006).

## **Význam neverbální komunikace**

Plevová, Slowik (2010) neverbální komunikaci popisuje takto:

### *Mimika a řeč očí*

Tvář dítěte je upřímná a mnoho prozrazující. Projevené city jsou pravdivé a zrcadlí jeho prožívání (strach, bolest, smutek, radost apod.). V komunikaci s dítětem je nesmírně důležitý přímý oční kontakt, během kterého je nevyhnutelné dodržet tzv. zrakový horizont, to znamená nedívat se na dítě z výšky, ale zaujmout pozici v dřepu či posadit se, to je dívat se na něj ve stejné úrovni – „z očí do očí“. Pro dítě je na tváři sestry nejdůležitější úsměv (Plevová, Slowik, 2010).

### *Proxemika*

Nejčastěji sestra zaujímá při styku s dítětem intimní nebo osobní zónu. Intimní zóna předpokládá použití dotykového kontaktu (pohlazení) v akutním stádiu onemocnění, při příjmu nebo při provádění diagnostických, terapeutických či ošetrovatelských úkonů. Její dodržování je nevyhnutelné při negativních emocionálních stavech dítěte. Osobní zóna se využívá při ošetřování, edukaci nebo při kontaktu s rodiči (Plevová, Slowik, 2010).

### *Haptika*

V průběhu se nejčastěji používá dotyk – pohlazení (po tváři, po hlavičce, po ručičce, po zádech). Je nutná citlivost k nastavení dítěte na dotyk. Dotykem můžeme dítě, jak zklidnit, tak rozrušit (Plevová, Slowik, 2010).

### *Posturika*

Postoje, polohy a držení těla a jeho částí si všímá sestra u dítěte a rodičů už od příjmu. Nevyhnutelné je všimnout si vytváření tzv. bariér (překřížení horní končetiny na hrudníku, překřížené dolní končetiny), které tlumí komunikaci (Plevová, Slowik, 2010).

### *Gestikulace*

Gestikulace dítěte je bohatá, přesahuje velikost jeho osoby. Gesta jsou spontánní pohyby částí těla, nejčastěji rukou. I od sestry se vyžaduje regulace a ovládání vlastní gestikulace, jakož i využívání pozitivních gest. Vyhýbat by se měla gestům, která zvednutým prstem něco zakazují, poklepávání na stůl, případně gestům se zaťatou pěstí (Plevová, Slowik, 2010).

### **Celková úprava zevnějšku a vzhled**

Jak uvádí Venglářová s Mahrovou (2006), sestra si má všimnout vzhledu dítěte a konstituce těla, oděvu, obuvi a jejich čistoty, úpravy vlasů a nehtů. Také úprava sestry má velký význam, poukazuje na její osobnost a je neoddelitelnou součástí její image. Neupravená sestra tak působí na dítě i rodiče nedůvěryhodně a nezodpovědně. Náhrada uniformy za líbivější, popř. legračnější oděv (někdy stačí i vykukující plyšový králíček z kapsy), významně mění emocionální naladění (neboli láme ledy).

### **Úprava prostředí**

Prostředí, které je zdrojem podnětů hraje rovněž významnou roli. Zcela nevhodné jsou anatomické nákresy a bílá sterilita. Snažíme se o co nejdomáctější a nejzábavnější úpravu pracoviště a využijeme toho při navazování kontaktu s dětským pacientem (Venglářová a Mahrová, 2006).

### **Komunikace s rodiči, spolupráce s rodinou**

Jak dítě prožívá svou nemoc, je ovlivňováno i výchovnými postoji v rodině. Dobré vztahy v rodině jsou předpokladem k uzdravování (Fendrychová et. al., 2005).

S ohledem na klíčovou důležitost rodiny při léčbě nemocného dítěte a zároveň zátěž, kterou výskyt nemoci dítěte v rodině způsobuje, je pro zdravotnické pracovníky povinností, aby v zájmu dítěte s rodinou úzce a účelně spolupracovali. Pomoc je důležitá hlavně, pokud z aktuálního zdravotního stavu lze očekávat dlouhodobé komplikace nebo trvalé postižení (Fendrychová et. al., 2005).

Hospitalizace dítěte se dotýká každého člena rodiny, proto je důležité, aby sestra dokázala pochopit změny v jejich chování a konání, povzbuzovala je k aktivní účasti na léčbě a tím zajistila u rodičů pocit důvěry ke členům ošetrovatelského týmu. Ošetřující nesmí podceňovat individuální chování rodičů, které se zdá být náročné nebo nesmyslné.

Zásadou je nepřehlížet osobní potřeby dětí a dospívajících a nesoustředit se jen na vlastní povinnosti (Plevová, Slowik, 2010).

Boledovičová et al. (2006) klade důraz na dojem, který ošetřující vyvolá při prvním kontaktu s dítětem a rodiči a který předurčuje úspěšnost přizpůsobení se dítěte na pobyt v nemocnici ať už v pozitivním, nebo negativním smyslu. Je důležité si uvědomit, že rodiče, a někdy i dětský pacient, jsou vzdělaní a dožadují se vysvětlení složitých vyšetřovacích a ošetrovatelských postupů. Znají svá práva a chtějí, aby je měli zabezpečena.

Opakované a srozumitelné informace jsou pro pacienta a jeho rodinu základní potřebou. Čím lépe se lidé v situaci orientují a rozumí jí, tím lépe se na ni mohou připravit a následně ji řešit. Při komunikaci s rodinou musíme stále myslet na to, že jde o laiky. Mohou být v nemocničním prostředí poprvé a nemusí znát pro nás běžné termíny. V průběhu rozhovoru si musíme ověřovat, zda mluvíme srozumitelně a nabízet další vysvětlení. Mnoho lidí potřebuje o problému hovořit opakovaně, mít možnost znovu se k němu vrátit, ujistit se, že správně vše pochopili (Sedlářová a kol., 2008).

V komunikaci s pacienty a jejich blízkými se nedoporučuje používat příliš odborné termíny. Hovoříme-li však o konkrétním onemocnění, léčebném postupu či léčivu, musíme použít správný název. Rodiče budou mnohokrát vysvětlovat, jaké onemocnění jejich dítě prodělalo a musí je umět správně pojmenovat. Mnohé ošetrovatelské postupy neovládají a mají obavu, aby dítěti svojí neznalostí neublížili. Nemají soukromí a často ani možnost odpočinku. Jsou zavaleni obrovským množstvím informací, nebo jim naopak informace chybí. Nerozumějí slovům a výrazům v nemocnici běžně užívaným, nemohou si zapamatovat všechny zdravotnické pracovníky, většina se nepředstaví jménem ani nevysvětlí svoji roli. Neorientují se na oddělení ani v areálu nemocnice (Sedlářová a kol., 2008).

Komunikace s dítětem a jeho rodiči vyžaduje velkou dávku trpělivosti, důslednosti, upřímnosti, lidskosti a schopnosti naslouchat, ale i profesionální vystupování. Pro komunikaci s nemocným dítětem platí, že je třeba naslouchat nejen sluchem, ale i zrakem – signály neverbální komunikace a zvláště srdcem – projevovat empatii (Matějček, 2001).

### 3.3 Dítě a bolest

Kapitola shrnuje poznatky o vnímání bolesti podle věku dítěte a o možnostech hodnocení bolesti.

Přes dobrou vůli a odhodlání zdravotníků a velké pokroky v medicíně však ještě dnes, i v rozvinutých zemích, mnoho nemocných dětí trpí bolestí, která není včas rozpoznána a dobře léčena. Důvody jsou jednak v nedostatečných znalostech o vnímání a projevech bolesti a léčbě bolesti u dětí, jednak vyplývají z omezených schopností malých dětí vyjádřit a popsat bolest slovy nebo z psychologických zábran o bolesti hovořit a dožadovat se pomoci stejně důrazně, jako to dokážou dospělí pacienti (Sedlářová a kol., 2008).

Sestry mají v léčbě bolesti nezastupitelnou úlohu. Tráví u pacientů podstatně delší čas než lékaři, mají zpravidla s malými pacienty a jejich rodiči bližší vztah, zastávají úlohu prostředníka mezi dítětem a lékařem. Měly by u svých pacientů bolesti předcházet, pokud to není možné, musí projevy bolesti včas rozpoznat, správně vyhodnotit, zahájit hned léčbu, hodnotit její účinnost (Sedlářová a kol., 2008).

#### **Prožívání bolesti dle věku dítěte**

*„Prožívání, projevy a následky neléčené bolesti i adaptivní chování a zvládání bolesti se liší v různých fázích dětského věku. Abychom mohli tyto signály zaznamenat a reagovat tak, abychom mohli pomoci dětem těžkou situaci zvládnout, je třeba tyto vývojové odlišnosti znát a brát je v úvahu“* (Sedlářová a kol., 2008, s. 120).

V průběhu celého dětství se dítě setkává nejen s drobnými, ale i s rozsáhlejšími invazivními výkony, které u něj vyvolávají tzv. procedurální bolest. Ta je charakterizovaná časově omezeným trváním somatické bolesti a psychického diskomfortu. Dítětem negativně prožívaný invazivní výkon v něm zanechává určitou zkušenost a posiluje do budoucna strach a úzkost při dalších podobných výkonech (Sikorová, 2011).

#### **Školní děti**

Začínají logicky uvažovat, mají představu příčiny a následku, dokážou odložit odměnu na pozdější dobu. Rozumějí konceptu času. Bojí se změny vzhledu svého těla. Mají bohatou fantazii a mnoho informací, některé jejich obavy a představy jsou skutečně děsivé a je obtížné je odhalit (Sedlářová a kol., 2008).

V tomto věku jsou děti schopné bolest popsat zejména v rovině kvantity a lokalizace, v rovině kvality je to pro ně ještě obtížné. Bolest vyjadřují verbálně i neverbálně, ale mohou ji i tajit. Oproti předcházejícím létům, se v této době nabízí širší spektrum zvládacích a preventivních strategií (Sikorová, 2011).

## **Dospívající**

Dospívající mají abstraktní myšlení. Potřebují pocit důstojnosti, kontroly. Dobrý účinek u nich má nácvik různých technik zvládnání bolesti. Cítí se všemocní, je nebezpečí, že nebudou dodržovat léčebný režim. Věří, že zdravotníci vědí, kdy jim léky zabírají a kdy ne, že poznají, kdy potřebují další dávku léků, takže je možné, že si o ni neřeknou (Sedlářová a kol., 2008).

Adolescenti mají schopnost potlačovat prudkou bolest, nestěžovat si na ni. Vzhledem k narůstajícímu počtu stresorů, využívá mladý člověk stále více strategií zvládnání bolesti a vzájemně je kombinuje (Sikorová, 2011).

## **Rodiče a dětská bolest**

Péče o nemocné dítě, léčbu bolesti nevyjímaje, musí probíhat ve spolupráci s rodinou. Často je úloha rodičů rozpoznat, že jejich dítě trpí bolestí a rozhodnout, zda má být léčena, být v roli prostředníka mezi zdravotníky a dítětem. Je samozřejmé, že je pro většinu dětí i rodičů lepší, když mohou být rodiče přítomni během bolestivých zákroků – odběr krve, kanylace žíly, převaz rány a podobně. Rodiče sami mají dítě pravdivě informovat. Není dobré tvrdit, že zákrok nebude bolet, ale přiznat dítěti, že bolet může. Rodiče mohou svému dítěti velmi účinně pomoci snést bolestivý zákrok s menším stresem (Sedlářová a kol., 2008).

## **Hodnocení bolesti**

Nezapomínejme, že děti cítí bolest stejně jako dospělí, někdy i více, protože mají nezralé fyziologické mechanismy potlačení bolesti a pro svou nevyzrálost se nedokážou s bolestí tak snadno vyrovnat. Každé nemocné dítě by mělo mít možnost zůstat dítětem, to znamená hrát si, prožívat své fantazie, doufat, snít. Odpovídající léčba bolesti je k tomu důležitou podmínkou (Sedlářová a kol., 2008).

## **Subjektivní hodnocení**

Subjektivní hodnocení – sebehodnocení je při stanovení intenzity bolesti nejcennější a nejpřesnější: „*Bolest je to, co říká pacient*“ (Sedlářová a kol., 2008, s. 122).

Školní děti umějí bolest oznámkovat, jako ve škole na pětibodové stupnici nebo očíslovat na desetistupňové. Další možností je použití analogové škály, kde je mírou bolesti vzdálenost od levého okraje škály – 0, neboli žádná bolest (Sedlářová a kol., 2008).

## **Hodnocení a nefarmakologické ovlivnění bolesti**

Observační škály stanovují míru bolesti tam, kde samohodnocení není možné, např.: CHEOPS, FLACC, NIPS apod. Bodují změny v chování podmíněné bolestí. Je známo, že ve srovnání se samohodnocením mají zdravotníci tendenci dětskou bolest podceňovat, a tak je třeba tyto škály používat s velkou opatrností. Většina jich je sestavena tak, že třetina maximálního bodového hodnocení je hranicí intervenci proti bolesti. V praxi je důležité vybrat jeden vhodný pro každou věkovou skupinu a používat ho systematicky (Sedlářová a kol., 2008).

Ve vyšším věku dítěte lze využít nefarmakologických postupů mírnění bolesti a zvládacích strategií tolerujících bolest zejména při procedurální bolesti. Vhodná příprava na invazivní výkon pomáhá dítěti a jeho rodině snížit úzkost, zlepšit spolupráci dítěte a podpořit zvládnutí výkonu. Pokud je výkon bolestivý, je třeba o této skutečnosti rodiče a dítě informovat přiměřeně a včas dle věku dítěte. U dětí starších než 6 let je vhodné začít s přípravou týden před výkonem, aby mohlo informaci kognitivně zpracovat a osvojit si vhodnou zvládací strategii. V období adolescence je nejvhodnější zapojovat dospívající dítě do přípravy již od počátku plánování výkonu a ponechat mu možnost spolurozhodovat o další péči (Sikorová, 2011).

### **3.4 Péče o dobrý psychický stav dítěte**

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

#### **Potřeby dítěte**

Všechny děti, zdravé či nemocné, mají většinu potřeb společných, ať se jedná o potřeby tělesné či psychické. Tyto potřeby musí být naplňovány tak, aby vývoj dětí odpovídal jejich maximálním možnostem. Funkcí základních vývojových potřeb je udržovat dosaženou úroveň dítěte v optimálním stavu, motivují k aktivitám, jež prostřednictvím procesu učení realizují vnitřní možnosti jedince a postupně pokračují v rozvoji a překročení již dosažené úrovně.

Univerzalitu lidských potřeb popsal a strukturoval do hierarchicky uspořádaného žebříčku A. Maslow. Dospělý člověk však může, v důsledku silnější motivace, uspokojovat bez obtíží vyšší potřeby, aniž by měl uspokojeny potřeby nižší. Princip hierarchické závislosti je důležitý u dětí. Podstatné je nezůstávat pouze u uspokojování potřeb nižšího řádu, ale uspokojovat přiměřeně i potřeby vyšší.

Výsostné postavení má podle Matějčka potřeba bezpečí, jistoty a lásky. Pocit bezpečí a jistoty je u dítěte výrazně narušen při návštěvě zdravotnického zařízení. Vyvolává u dítěte strach, úzkost a nejistotu (Matějček in Sikorová, 2011).

### **Přítomnost blízkého člověka**

Matka je pro dítě základním zdrojem jistoty a bezpečí. Odloučení od matky (rodiny) je pro dítě větším zdrojem stresu než sama nemoc nebo bolest. Provází-li dítě v nemocnici matka nebo jiná blízká osoba, je to právě ona, kdo z dítěte sejme a převezme na sebe jeho starosti, strach a nejistotu. Tlumočí mu informace zdravotníků, známými slovy vysvětluje dění kolem (Sedlářová a kol., 2008).

### **Kontakt s rodinou a kamarády**

Důležitou formou kontaktu zůstávají osobní návštěvy příbuzných a známých. Hlavně na dětských odděleních ale není na návštěvníky pamatováno. Přejde-li k nemocnému dítěti celá rodina či více spolužáků, mohou výrazně bránit chodu oddělení. Povolí-li ošetřující lékař dítěti vycházku, je všechny příjemnější, doprovodí-li návštěva pacienta mimo prostory oddělení (Sedlářová a kol., 2008).

Návštěvy působí příznivě tím, že poskytují nemocným dětem citové uspokojení ze styku se známými a milými osobami a že je zbavují pocitu osamělosti. Pro školáky je třeba, aby zůstali v kontaktu s vyučováním a se vším, co se ve škole děje. Je na místě i využití služeb dobrovolníků, kteří docházejí na dětská oddělení. V praxi se kromě dobrovolníků čím dál víc osvědčuje využití služeb herních specialistů, kteří jsou součástí pracovního týmu dětských oddělení některých nemocnic (Plevová, Slowik, 2010).

### **Podávání informací dětem**

Dětem se má říkat pravda. Nutné je sdělovat ji postupně a v pravý čas. Každé dítě je jiné. Dvě děti stejného stáří mohou reagovat naprosto odlišně. Nutný je individuální, citlivý přístup ke každému dítěti s přihlédnutím k jeho zralosti a aktuálnímu psychickému stavu. k dětem bychom měli mluvit pomalu, přiměřeně hlasitě, měli bychom dobře a zřetelně artikulovat. Dobře na ně působí také živá a výrazná mimika a gestikulace. Cílem je dítě zaujmout, rozveselit, navázat s ním kontakt. Teprve potom je možné odhadnout, kdy a jaké informace potřebuje (Sedlářová a kol., 2008).

## **Prostředí přizpůsobené věku dítěte**

Na mnoha odděleních se léčí děti všech věkových kategorií, přesto však jsou výzdoba i vybavení přizpůsobeny pouze dětem mladším. Přitom právě pro mladistvé je velmi důležité, mohou-li se obklopit svými věcmi – vyvěsit si nad postel originální plakáty, fotografie či obrázky, poslouchat oblíbenou hudbu, mít volný přístup k vlastním potravinám v chladničce apod. Mladí lidé si totiž nejvíce cení své nezávislosti a soukromí (Sedlářová a kol., 2008).

## **Hraní a vzdělávání**

Děti mají podle Listiny základních práv a svobod, Úmluvy o právech dítěte i podle Charty práv dětí v nemocnici právo na přiměřený vývoj a růst a zároveň i na vzdělávání. Proto již mnoho let existují v naší republice *Speciální školy při nemocnicích*. Poskytují vzdělání nemocným dětem – žákům základní školy i výchovnou péči dětem předškolního věku. O děti v nemocnici se starají vedle zdravotníků a rodičů také herní specialisté. Pečují o dobrý psychický stav dětí i jejich blízkých, mírní nejistotu a strach z neznámého, připravují dítě na léčebné zákroky, starají se o vyplnění volného času dětí nabídkou různých herních aktivit. Pro děti v nemocnici je hra velmi důležitá (Sedlářová a kol., 2008).

Nemocné děti si většinou spontánně nehrají, proto se jim musí aktivně nabízet příležitost ke hram co nejčastěji. Děti, které si mohou v nemocnici hrát, jsou mnohem uvolněnější a lépe komunikují (Sedlářová a kol., 2008).

Pro dítě v nemocnici je hra jedním z nejdůležitějších komunikačních a terapeutických nástrojů (Chvílová-Weberová a kol., 2023).

## **Nespolupracující děti**

Některé děti snášejí hospitalizaci obzvláště špatně. Odmítají spolupracovat, jsou nespokojené a negativistické. Většinou je jejich odmítání zaměřeno proti zdravotníkům, občas dítě odmítá i vlastní rodiče. Je zoufalé a vyděšené ze všeho, co se s ním děje, ale i z faktu, že dospělí nereagují na jeho protesty. Rodiče se v této situaci cítí velmi špatně. Jsou vyděšení a nešťastní, mají pocit osobního selhání, nevědí si rady. Je důležité s nimi o všem hovořit a hledat společně k dítěti cestu. Dítě musí pochopit, že nám na něm záleží. Po nepříjemných a mnohdy bolestivých procedurách musí přijít hra, legrace, možnost ventilovat úzkost a stres (Sedlářová a kol., 2008).

## VÝZKUMNÁ ČÁST

V této části diplomové práce je popsána metodika výzkumu, tvorba dotazníku, jeho administrace a charakteristiky výzkumného souboru. Jsou zde prezentována data získaná z vyplněných dotazníků, jejich statistická analýza, interpretace výsledků a odpovědi na výzkumné otázky. V diskusi jsou pak shrnuty výsledky výzkumného šetření, porovnány s podobným šetřením a nastíněny návrhy úprav dotazníku. V závěru jsou zhodnoceny cíle práce a význam výsledků výzkumu pro praxi.

### Výzkumné otázky

1. Jaký je rozdíl v hodnocení pocitu strachu mezi dívkami a chlapci?
2. Jaký je rozdíl v hodnocení pocitu strachu mezi mladšími a staršími dětmi?
3. Jaký je rozdíl v hodnocení ošetrovatelské péče mezi dívkami a chlapci?
4. Jaký je rozdíl v hodnocení ošetrovatelské péče mezi mladšími a staršími dětmi?
5. Jaký je rozdíl v hodnocení pocitu strachu podle důvodu hospitalizace?

## 4 METODIKA VÝZKUMU

Pro výzkum byl zvolen kvantitativní typ výzkumného šetření. Jako výzkumný nástroj byl použit dotazník (Příloha D). Základem pro výzkumný nástroj byl psychometricky ověřený dotazník Child Care Quality at Hospital (CCQH) finské autorky Tiiny Pelander pro děti ve věku 7–11 let, rozdělený do tří hlavních kategorií: charakteristiky sester, ošetrovatelská péče a ošetrovatelské prostředí. Jednotlivé položky byly formulovány s ohledem na věk, s využitím obrázků smajlíků a medvídků pro zajištění srozumitelnosti (Pelander, 2009).

Česká verze nástroje CCQH obsahuje stejný počet položek jako finský originál. Výsledky testování praktičnosti však ukázaly, že dotazník je příliš dlouhý, složitý, některé položky neodpovídají českému prostředí a některé pojmy jsou pro děti obtížně srozumitelné. Proto autorka doporučuje vytvořit nástroj kratší, věkově přiměřený a respektující specifika české klinické praxe (Černohorská, 2023).

Data získaná dotazníkem mají vždy jen podmíněnou platnost a vyžadují obezřetnou interpretaci, abychom odlišili objektivní zjištění od subjektivních soudů. Výhodou dotazníku na druhé straně je, že umožňuje poměrně rychlé a ekonomické shromažďování dat od velkého počtu respondentů (Chráska, 2016).

Položky by měly zjišťovat jen nezbytné údaje, nesmějí být sugestivní. Pro úspěch šetření je nezbytným předpokladem ochota spolupracovat, dotazník musí obsahovat jasné pokyny k vyplňování (Chráska, 2016).

### Popis a úpravy dotazníku

Podle toho, jakým způsobem má respondent v určité položce dotazníku odpovědět, lze rozdělit položky na otevřené a uzavřené (nestrukturované a strukturované). U otevřených položek respondent odpověď sám vytváří, u položek uzavřených určitým způsobem manipuluje s odpověďmi již navrženými (vybírá si) (Chráska, 2016).

V dotazníku byly použity položky otevřené, u kterých respondenti odpovědi sami vytvářeli, uzavřené stupnicové, kde byly odpovědi navržené (*nikdy, občas, vždycky, nepotřeboval jsem*) nebo formou výběru počtu hvězdiček (*nikdy, občas, vždycky*) a položky s tzv. škálou Likertova typu, kdy respondenti vyjadřovali stupeň svého souhlasu či nesouhlasu (*úplně souhlasím, částečně souhlasím, částečně nesouhlasím, úplně nesouhlasím*).

Úprava dotazníku pro tuto práci proběhla na základě doporučení a souhlasu autorky české verze dotazníku a na základě výsledků pre-testu (viz dále) v daném zdravotnickém zařízení, tak, aby byl především prakticky použitelný ve vybrané klinické praxi.

Problematické, eventuálně abstraktní pojmy, které mladším dětem dělaly problémy, byly nahrazeny jinými nebo vysvětleny v závorkách: *hygiena – umýt se, vyčistit si zuby; soukromí – prostor sám pro sebe; přátelské – milé; kvalifikované – šikovné; zábava – legrace.*

Položky s použitím Likertovy škály byly, na doporučení autorky české verze dotazníku CCQH, upraveny tak, aby byly pro děti méně náročné (např. ve smyslu požadavků na myšlenkovou rotaci). Proto po položce č. 32 (*V nemocnici mě mohli navštěvovat kamarádi*), kde je jako první nabídnuta odpověď: *úplně souhlasím*, je na položku č. 33 a další, týkající se strachu (*Bál/a jsem se...*) nabídnuta jako první odpověď: *úplně nesouhlasím*. Některým mladším dětem dělalo problémy na tyto položky odpovědět a potřebovaly rozdíl v odpovědích vysvětlit.

Poslední povinná položka dětem umožňuje ohodnotit celkovou péči v nemocnici známkou 1–5 (*„jako ve škole“*). V závěrečné, nepovinné, otevřené otázce se respondenti mohli vyjádřit k dotazníku vlastními slovy.

Zohledněn musí být také problém doslovného chápání vět dětmi. Pokud jsou v položce použity nespécifické pojmy, děti mohou odpovídat neadekvátně nebo nejsou schopné odpovědět vůbec. Vedle pochopení otázky je důležité věnovat pozornost také rozvíjejícím se paměťovým schopnostem dětí a preferovat otázky k aktuálnímu časoprostoru. V období konkrétního myšlení (8–11 let) se rozvíjí jazykové schopnosti dětí a čtení (dítě vyplňuje samo nebo s asistencí). Další nesnází je menší schopnost udržet pozornost, především při vyplňování delších nebo nezajímavých nástrojů. Což vede k nespolečnosti ze strany dítěte (Křeménková a Novotný, 2016).

U dotazníků určených dětem radí Svoboda et al. (2009) jejich aplikaci od středního, lépe staršího školního věku. Dítě musí otázkám porozumět, posoudit a zformulovat svoji adekvátní odpověď, musí být schopno jisté míry introspekce.

*„V případě dětí ve věku 12–13 let byla pozorována 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“* (Černožorská, 2023, s. 97).

Další změnou bylo posunutí věkové hranice pro výběr respondentů. Většina verzí využívajících CCQH dotazník pracovaly s respondenty od 7 do 11 let věku.

*„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“* (Černožorská, 2023, s. 96).

Proto byla v dotazníku, plánovaném pro toto šetření, spodní věková hranice zvýšena na 9 let z důvodu vyzrálejšího myšlení takto starých dětí a tím i lepšího pochopení otázek a abstraktních pojmů v dotazníku. Horní věková hranice byla posunuta na 15 let. To také umožnilo rozdělit respondenty na dvě skupiny (mladší a starší děti) a porovnávat výsledky jejich odpovědí.

### **Etika výzkumu**

Před zahájením výzkumu byl vyžádán souhlas vedení všech klinik, na kterých šetření probíhalo. Základem účasti na výzkumném šetření byla dobrovolnost, neškodnost a ústní souhlas respondentů. Všechny děti byly nejprve dotázány, zda chtějí dotazník vyplnit. Byly informovány o záměrech šetření a zaručení jejich anonymity (z výsledků nelze rozpoznat identitu participanta). Protože se jednalo o nezletilé respondenty, museli také rodiče dětí vyjádřit písemný informovaný souhlas s účastí svého dítěte ve výzkumném šetření (Příloha C).

## 5 PRŮBĚH ŠETŘENÍ

### Výběr respondentů

Výběr respondentům byl záměrný, výběrový vzorek tvořily pacienti ve věku 9 až 15 let hospitalizovaní na standardních dětských odděleních chirurgie, ortopedie, neurochirurgie, neurologie, infekce a dětské kliniky s délkou hospitalizace 3 a více dní. Dotazníkové šetření proběhlo vždy krátce před propuštěním. Z šetření byly vyloučeny děti s psychiatrickou diagnózou, děti s mentální retardací a děti, které nebyly v dobrém zdravotním stavu (odd. JIP) nebo se necítily dobře, jeden respondent účast odmítl. Další podmínkou byla znalost čtení a psaní v českém jazyce. Účast byla dobrovolná, podmíněná ústním souhlasem dítěte a písemným souhlasem zákonného zástupce.

### Pre-test

V rámci posouzení vhodnosti nástroje (české verze dotazníku CCQH) proběhl před začátkem šetření pre-test, při kterém vyplnilo dotazník sedm dětí, 4 dívky a 3 chlapci.

Věkové rozložení: 9 let – 1 dítě, 10 let – 3 děti, 12 let – 2 děti, 13 let – 1 dítě.

Počet dní hospitalizace: 3 noci – 1 x, 4 noci – 1x, 5 a více nocí – 5x.

U hodnocení dotazníku děti uváděly: „*líbil*“, „*rozuměl jsem*“, „*tak akorát*“, „*zábavný a zajímavý*“, „*dlouhý*“.

Poučení učitelé, kteří s dětmi dotazník vyplňovaly, uváděli, že délka vyplnění byla mezi 20 až 30 min. Menší děti se přestávaly soustředit, některé položky byly podle nich „*podobné*“, „*stejně*“ a u některých se jim musel vysvětlit význam, aby věděly, jakou odpověď zvolit.

Na základě výsledků pre-testu, s ohledem na specifika a potřeby daného pracoviště a dle doporučení autorky české verze, byl dotazník před začátkem dotazníkového šetření upraven.

### Úpravy české verze dotazníku na podkladě pre-testu

Z původních 61 položek bylo 12 zcela vynecháno, položky s podobným obsahem byly sloučeny, některé přeformulovány pro lepší pochopení dětmi nebo s ohledem na potřeby, zvyklosti organizace.

U souboru položek v původním dotazníku č. 40–58 byly odpovědi místo kroužkování medvídků změněny na výběr z: *úplně souhlasím*, *částečně souhlasím*, *částečně nesouhlasím*, *úplně nesouhlasím*. U škálových položek se smajlíky, které děti v původním dotazníku kroužkovaly, v elektronické verzi označovaly počet hvězdiček od 1 do 3.

Význam hodnocení zůstal stejný: *nikdy*, *občas*, *vždycky*. Výsledný dotazník tak byl zkrácen na 40 povinných položek a 1 závěrečnou nepovinnou. Doba vyplňování se tím z původních 20–30 min. významně zkrátila.

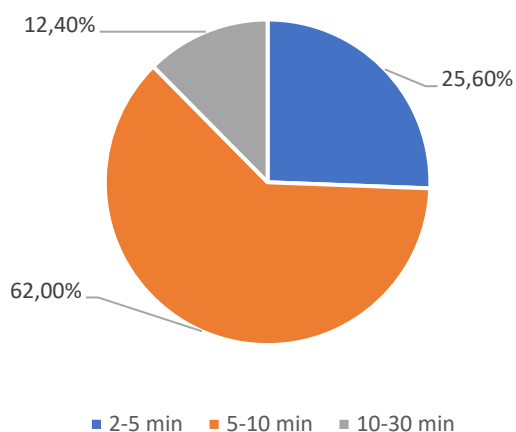
## Administrace

Pro sběr dat byl využit nástroj *Survio.com*, který umožňuje tvorbu otázek, sběr odpovědí a základní vyhodnocení. Dětem byla nabídnuta, kromě papírové, i elektronická verze dotazníku (odkaz nebo QR kód). Ta byla ve všech případech upřednostněna před papírovou verzí.

Dotazníkové šetření probíhalo od dubna 2024 do ledna 2025. Počet zobrazených dotazníků byl 156, počet dokončených a odeslaných dotazníků byl 121, návratnost byla 77,6 %. Počet vyřazených odpovědí byl 24. Do vyhodnocení výsledků bylo zahrnuto 97 odpovědí. Respondenti dotazník vyplňovali samostatně, vždy však byla přítomna poučená osoba, která pomohla respondentům vysvětlit případné nejasnosti, ale neovlivňovat jejich odpovědi.

Dle Hendla a Remra (2017) je osobní přítomnost proškoleného tazatele nejméně zatěžující metodou, která zvyšuje úspěch dotazování.

Vyplňování probíhalo ve spolupráci s edukovanými pedagogy, herními terapeuty nebo fyzioterapeuty. Vyloučeny byly dětské sestry, aby nemohlo dojít k ovlivnění odpovědí dětí při vyplňování dotazníku. Každý respondent dostal výukový tablet s již načteným dotazníkem nebo si mohl do svého vlastního mobilu načíst QR kód pro jeho zobrazení. Rodiče u této věkové kategorie (9–15 let) byli přítomni většinou pouze při příjmu nebo při propouštění domů a „zúčastnili se“ tak jen při vyplňování informovaného souhlasu. U každého souboru položek dotazníku byly stručně uvedeny pokyny. Vyplňování bylo zcela dobrovolné nebylo časově omezeno. Čas potřebný k vyplnění ukazuje Obrázek 1.



**Obrázek 1** – Čas vyplňování dotazníku

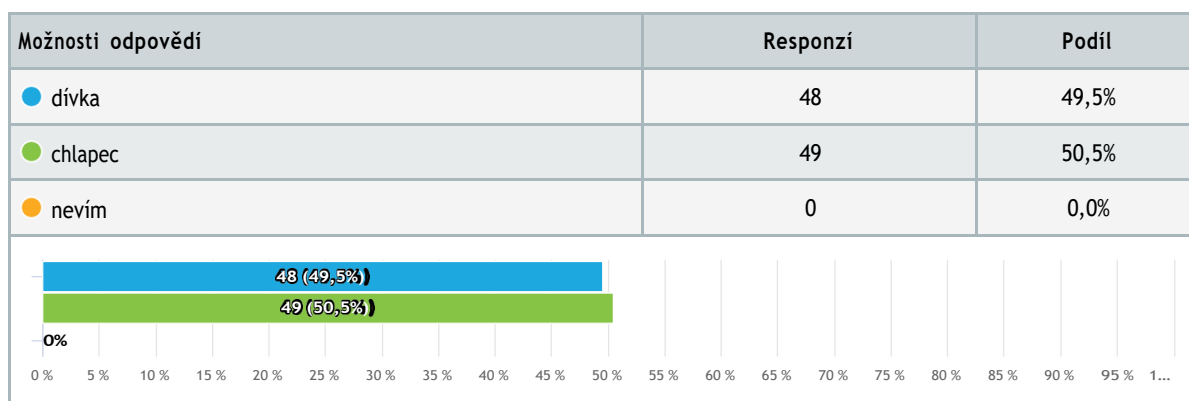
## 6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V této části práce jsou prezentovány výsledky z vyplněných dotazníků formou absolutní a relativní četnosti u jednotlivých položek. Celkem bylo v každé položce hodnoceno 97 (100 %) odpovědí respondentů.

**Položka 1:** *Jsem dívka/chlapec.*

Odpovědělo 48 dívek a 49 chlapců (Obrázek 2).

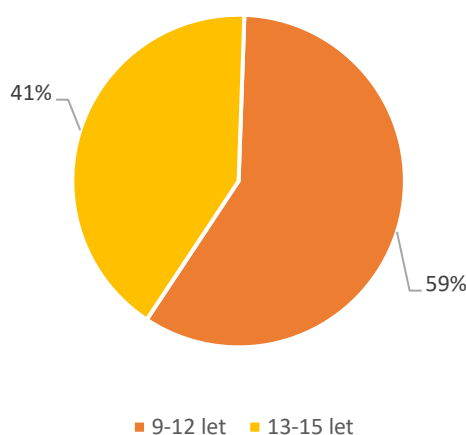
Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x



Obrázek 2 – Odpovědi na 1. položku

**Položka 2:** *Je mi ..... let.*

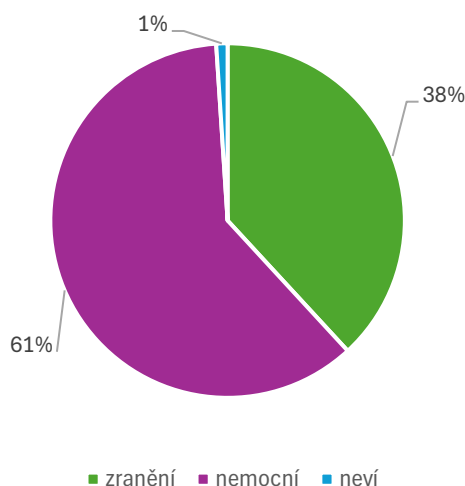
Položka zjišťovala věk respondentů (věkové kritérium 9–15 let), průměr činil 12,1 let. Byly vytvořeny 2 věkové kategorie. Jak ukazuje Obrázek 3, mladších dětí ve věku 9–12 let bylo 57 (59 %), starších dětí ve věku 13-15 bylo 40 (41 %).



Obrázek 3 – Rozložení respondentů podle věkových kategorií

### Položka 3: *Viš, proč jsi v nemocnici?*

Uvedení důvodu hospitalizace rozdělilo respondenty pro statistické zpracování na skupinu 37 (38 %) dětí hospitalizovaných pro úraz nebo poranění a skupinu 59 (61 %) dětí hospitalizovaných plánovaně (na vyšetření) nebo protože byly nemocné. Jeden respondent odpověděl „nevím“ (1 %) (Obrázek 4).



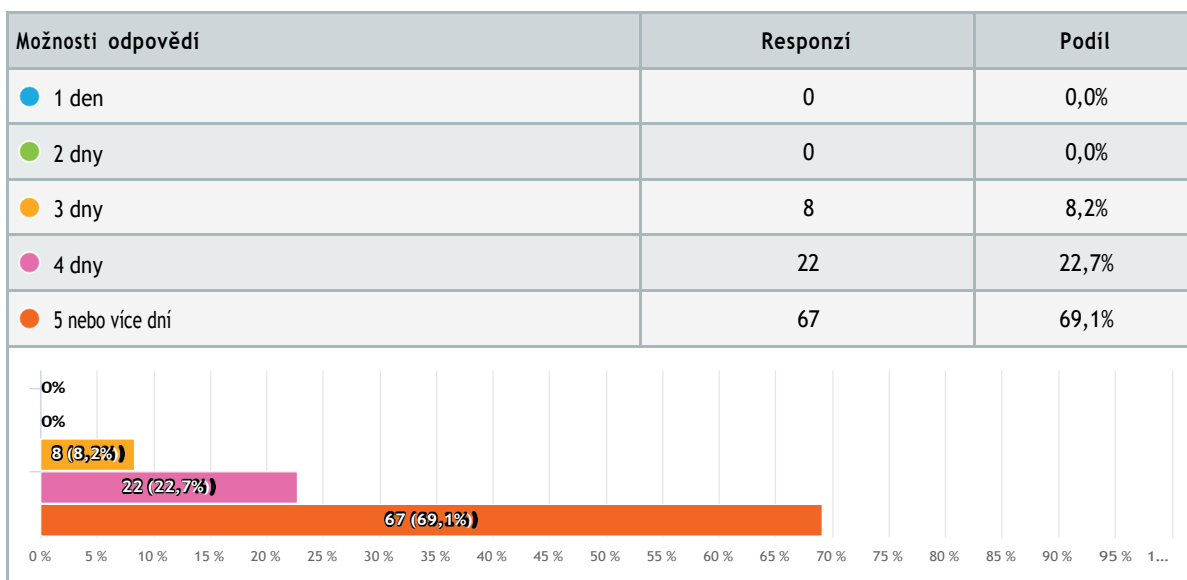
Obrázek 4 – Rozložení respondentů podle důvodu hospitalizace

### Položka 4: *V nemocnici jsem byl/a:* (Obrázek 5)

Tato položka byla kontrolní pro splnění vstupního kritéria 3 a více dnů hospitalizace.

97 dětí odpovědělo 3 a více dnů, u dětí, které odpověděly 1–2 dny, se jejich odpověď vyřadila.

Výběr z možností , zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

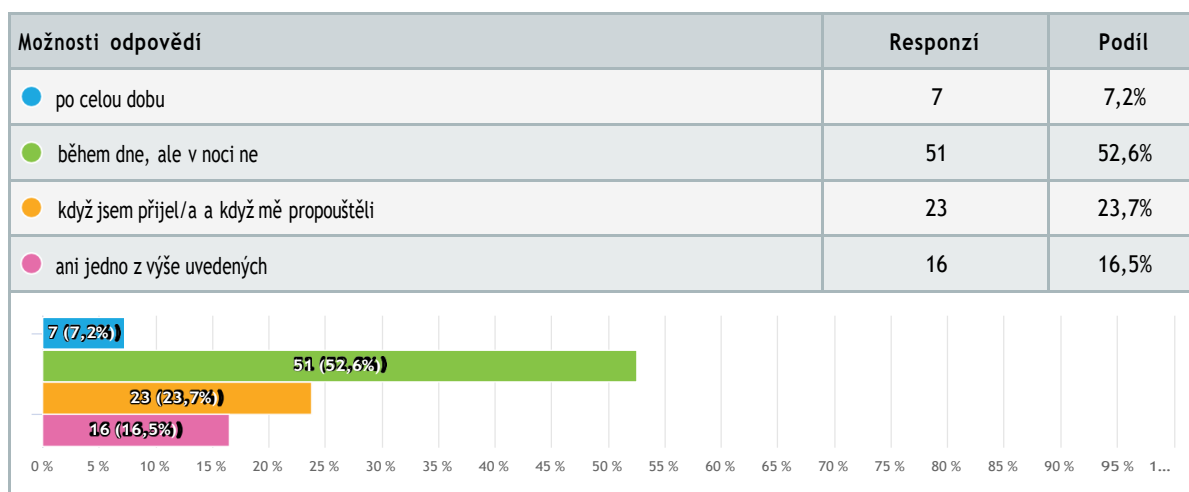


Obrázek 5 – Odpovědi na 4. položku.

**Položka 5: *Moji rodiče (maminka nebo tatínek) byli v nemocnici se mnou.***

Položka zjišťovala dobu přítomnosti rodičů na pokoji s dítětem (Obrázek 6).

Výběr z možností , zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

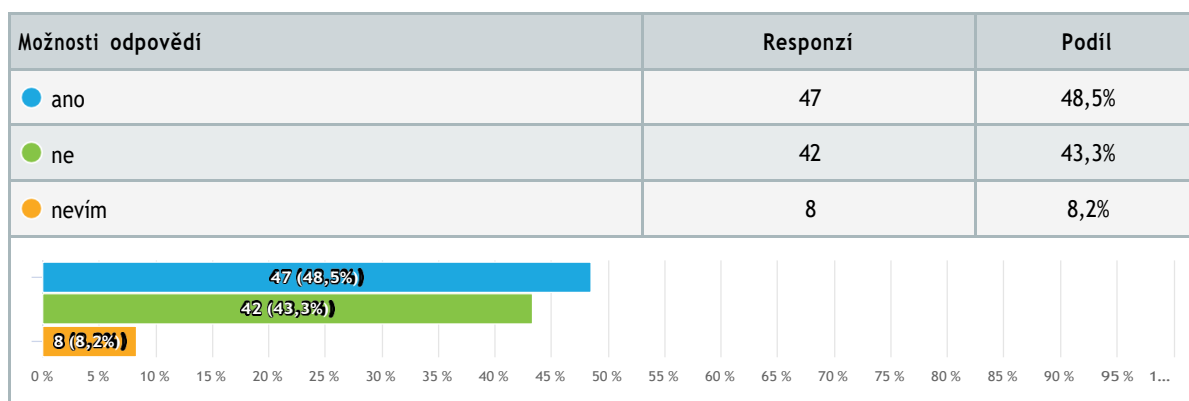


Obrázek 6 – Odpovědi na 5. položku.

**Položka 6: *Byl/a jsi v nemocnici už někdy předtím?***

Položka zjišťovala předchozí zkušenosti respondentů s hospitalizací (Obrázek 7).

Výběr z možností , zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x



Obrázek 7 – Odpovědi na 6. položku.

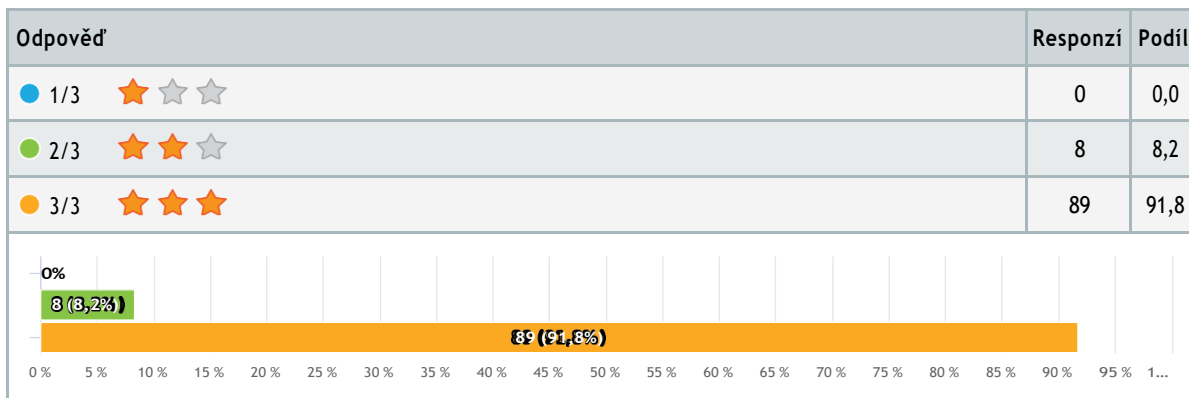
U položek 7–16 a 21–26 vybírali respondenti 1 až 3 hvězdičky podle toho, jak vnímaly ošetrovatelskou péči (*nikdy, občas, vždycky*). Z odpovědí na tyto položky pak bylo statisticky vyhodnocováno vnímání ošetrovatelské péče dětmi.

**Položka 7: Byly dětské sestry, které se o tebe staraly přátelské (milé)?**

Hodnocení charakteristiky sester hvězdičkami (*nikdy, občas, vždycky*) (Obrázek 8).

Hvězdičkové hodnocení , zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 2,9/ 3



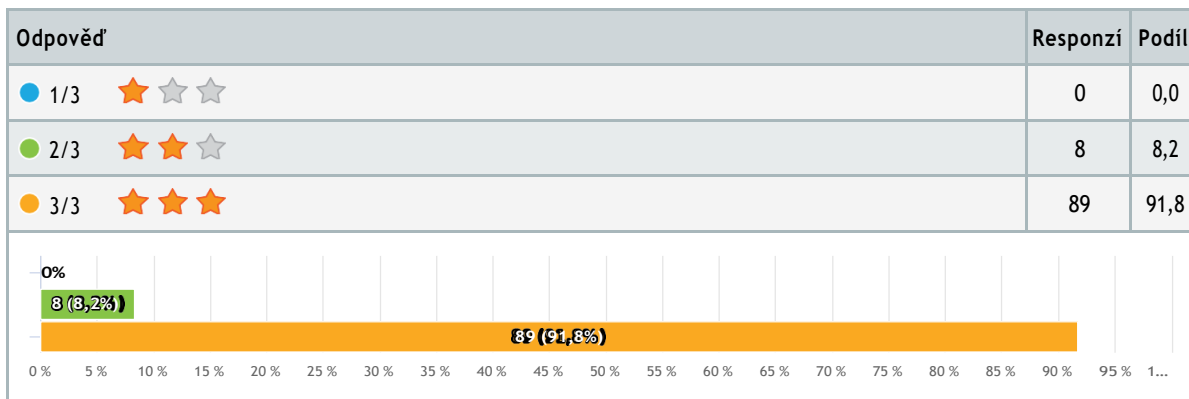
Obrázek 8 – Odpovědi na 7. položku.

**Položka 8: Byly dětské sestry, které se o tebe staraly šikovné?**

Hodnocení charakteristiky sester hvězdičkami (*nikdy, občas, vždycky*) (Obrázek 9).

Hvězdičkové hodnocení , zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 2,9/ 3



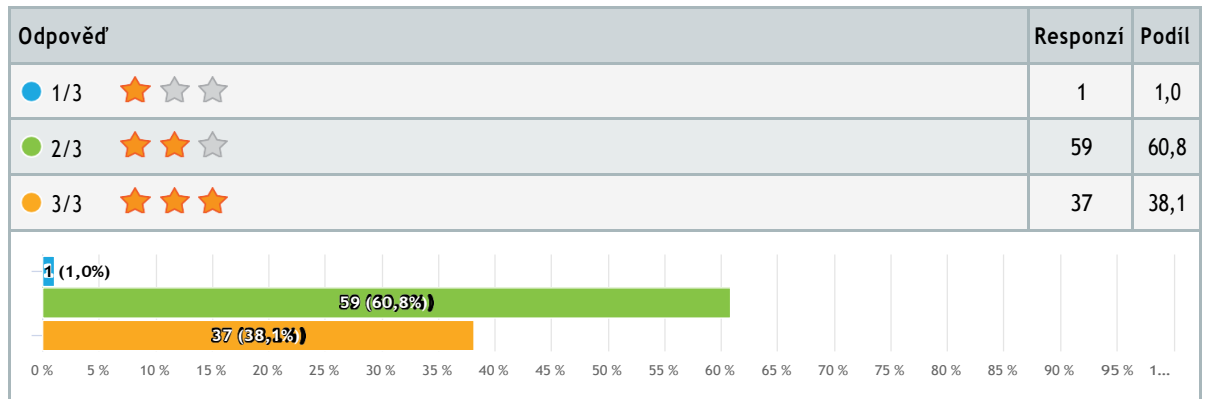
Obrázek 9 – Odpovědi na 8. položku.

### Položka 9: *Byla s dětskými sestrami legrace?*

Hodnocení charakteristiky sester hvězdičkami (*nikdy, občas, vždycky*) (Obrázek 10).

Hvězdičkové hodnocení , zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 2,4/ 3



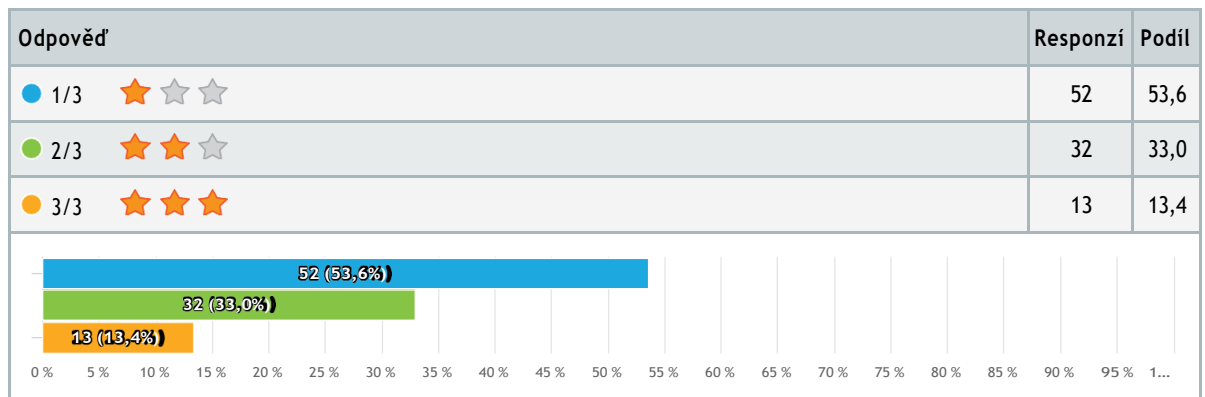
Obrázek 10 – Odpovědi na 9. položku.

### Položka 10: *Dětské sestry si se mnou hrály.*

Hodnocení charakteristiky sester hvězdičkami (*nikdy, občas, vždycky*) (Obrázek 11).

Hvězdičkové hodnocení , zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 1,6/ 3



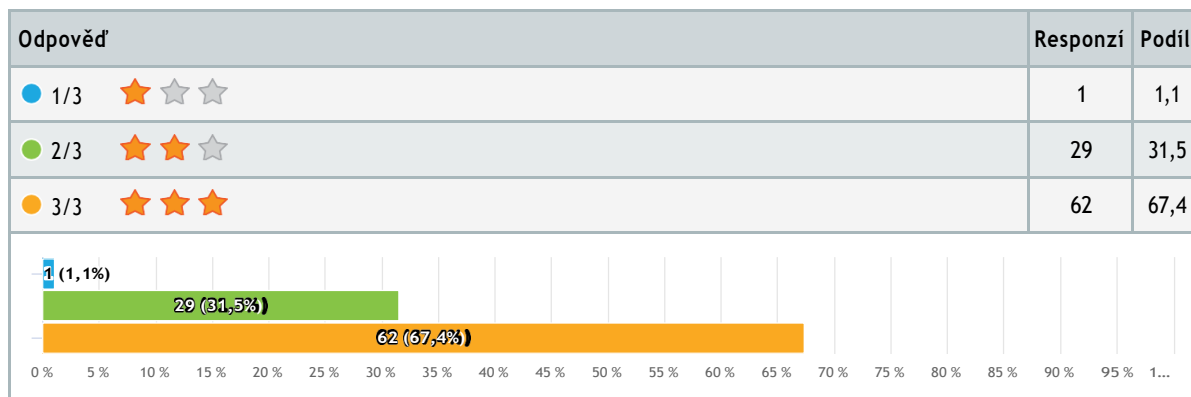
Obrázek 11 – Odpovědi na 10. položku.

**Položka 11:** *Dětské sestry si se mnou povídaly.*

Hodnocení charakteristiky sester hvězdičkami (*nikdy, občas, vždycky*) (Obrázek 12).

Hvězdičkové hodnocení , zodpovězeno 92 x, nezodpovězeno 5 x

Počet hvězdiček 2,7/ 3



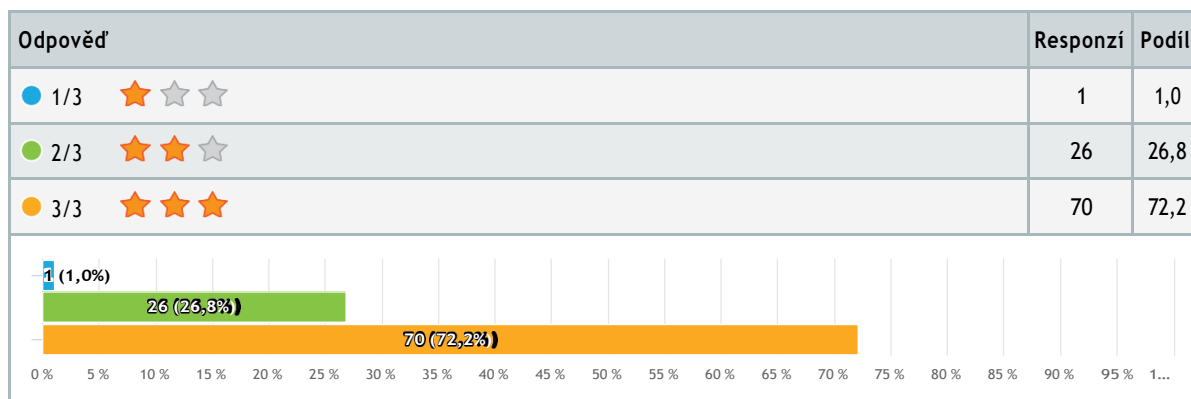
Obrázek 12 – Odpovědi na 11. položku.

**Položka 12:** *Dětské sestry chránily moje soukromí (nemusel/a jsem se stydět).*

Hodnocení charakteristiky sester hvězdičkami (*nikdy, občas, vždycky*) (Obrázek 13).

Hvězdičkové hodnocení , zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 2,7/ 3



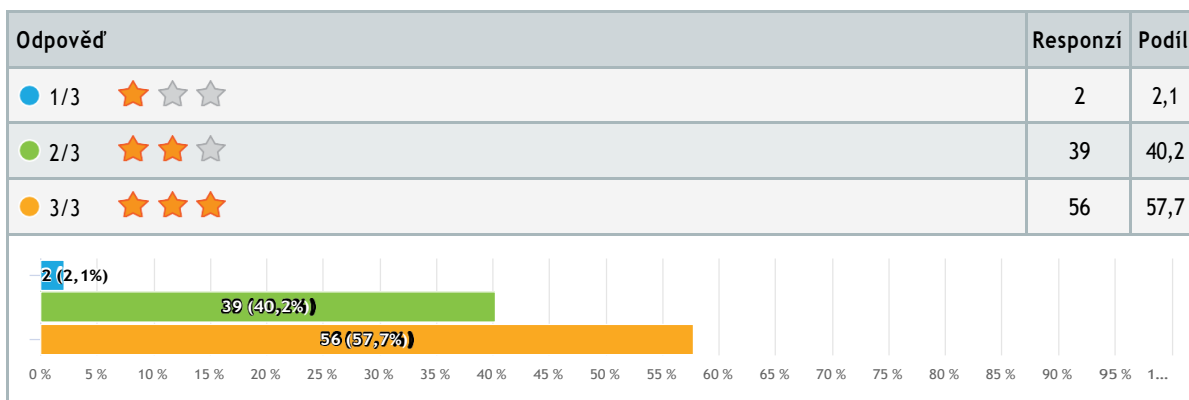
Obrázek 13 – Odpovědi na 12. položku.

### Položka 13: Dětské sestry si poslechly moje názory.

Hodnocení charakteristiky sester hvězdičkami (*nikdy, občas, vždycky*) (Obrázek 14).

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 2,6/ 3



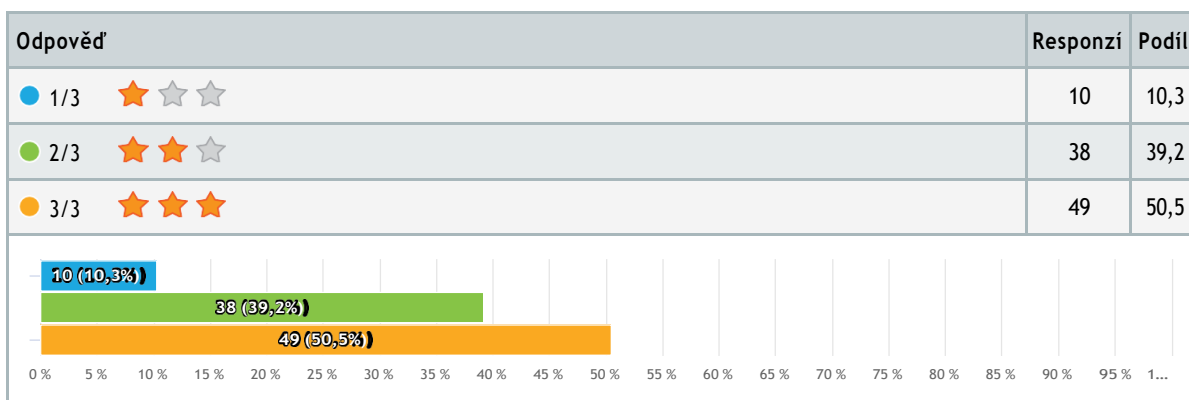
Obrázek 14 – Odpovědi na 13. položku.

### Položka 14: Dětské sestry mě utěšovaly.

Hodnotící charakteristiku sester, jak reagovaly na smutek, pláč u dětí (*nikdy, občas, vždycky*) (Obrázek 15).

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 2,4/ 3



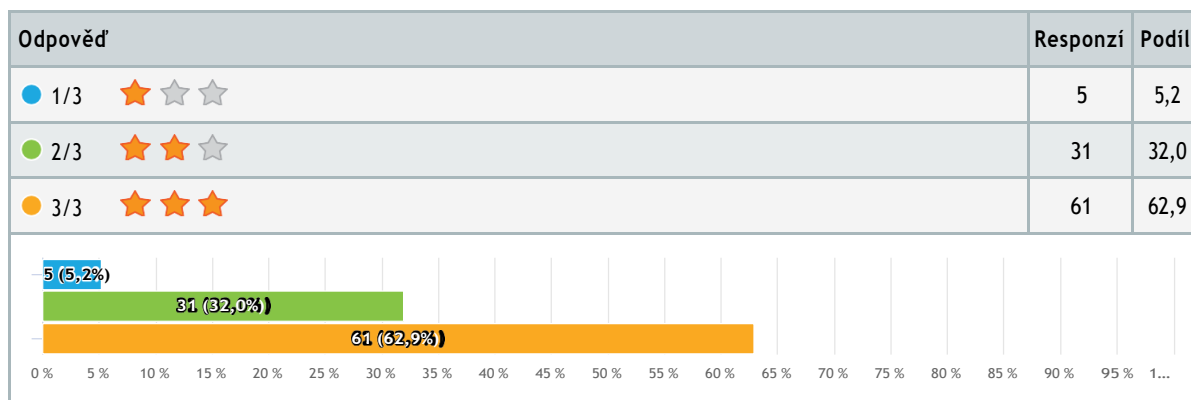
Obrázek 15 – Odpovědi na 14. položku.

**Položka 15:** *Dětské sestry mě povzbuzovaly.*

Hodnocení charakteristiky sester, jak sestry děti povzbuzovaly při hospitalizaci (*nikdy, občas, vždycky*) (Obrázek 16).

Hvězdičkové hodnocení , zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 2,6/ 3



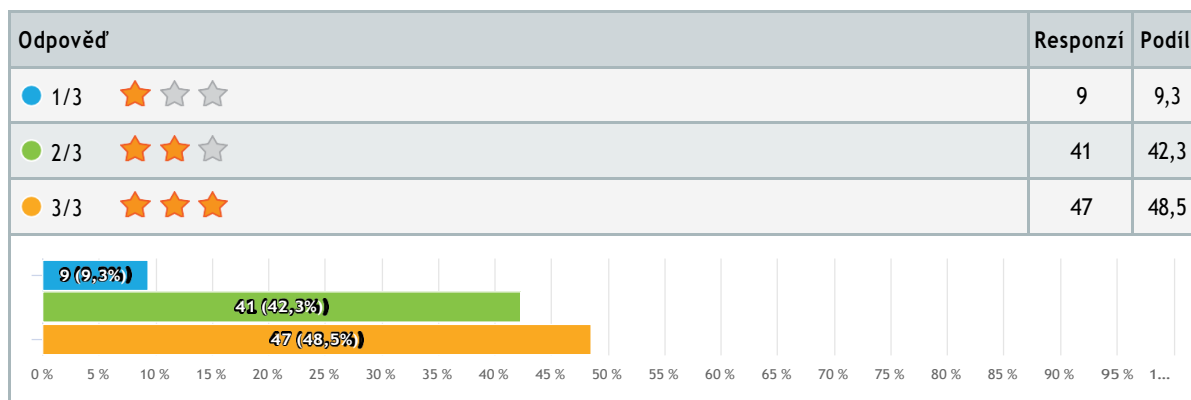
Obrázek 16 – Odpovědi na 15. položku.

**Položka 16:** *Dětské sestry braly ohled na to, jaké jídlo mi chutná.*

Hodnotí charakteristiku sester, jestli reagovaly na to, co dětem chutná nebo nechutná (*nikdy, občas, vždycky*) (Obrázek 17).

Hvězdičkové hodnocení , zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 2,4/ 3

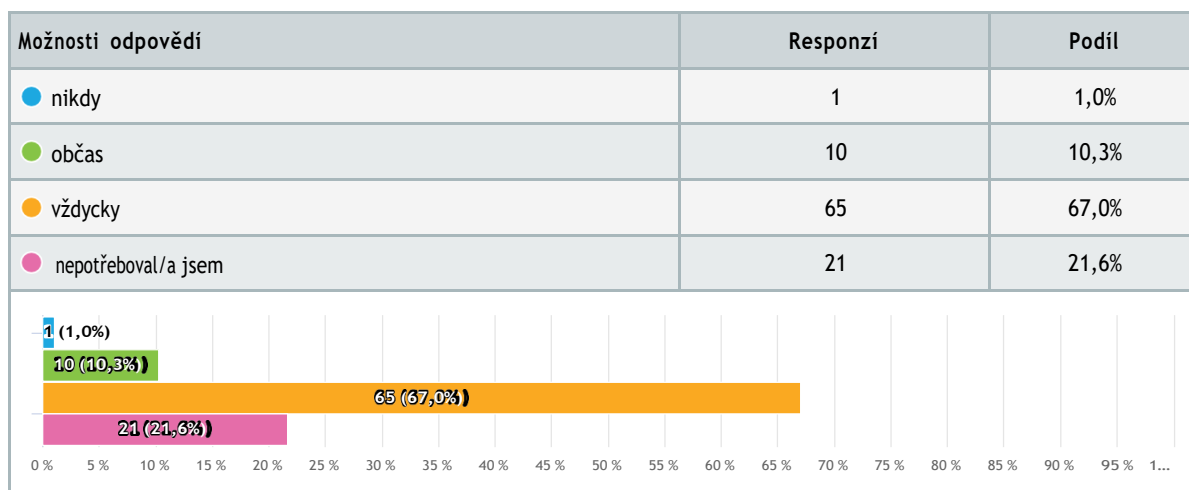


Obrázek 17 – Odpovědi na 16. položku.

### **Položka 17: Sestry mi při bolesti pomáhaly.**

Položka hodnotí ošetrovatelské činnosti, reakci sester na pocit bolesti při léčbě nebo ošetrovatelských úkonech (Obrázek 18).

Výběr z možností, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

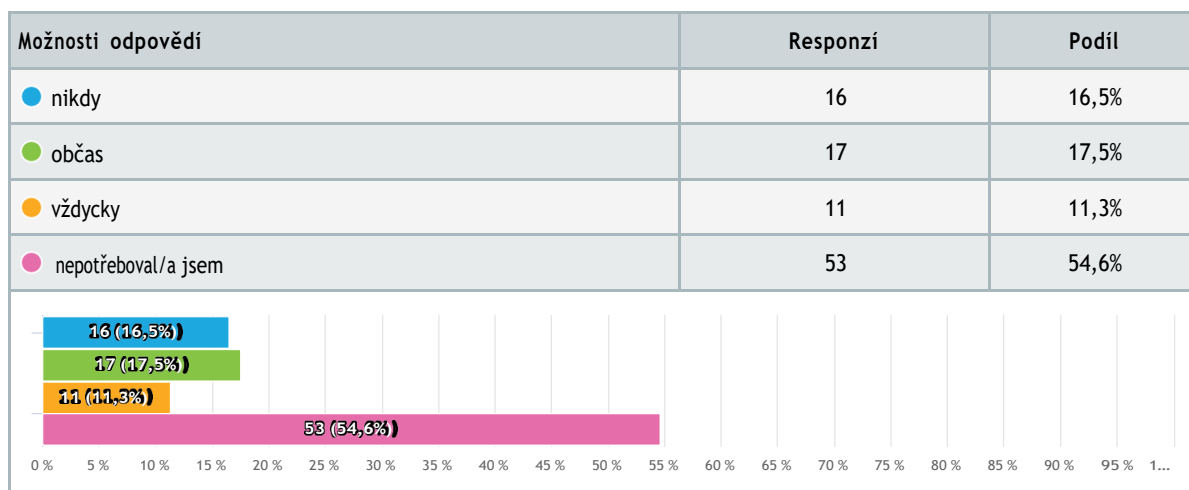


Obrázek 18 – Odpovědi na 17. položku.

### **Položka 18: Sestry mi pomáhaly při jídle.**

Hodnocení ošetrovatelských činností sester (Obrázek 19).

Výběr z možností, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

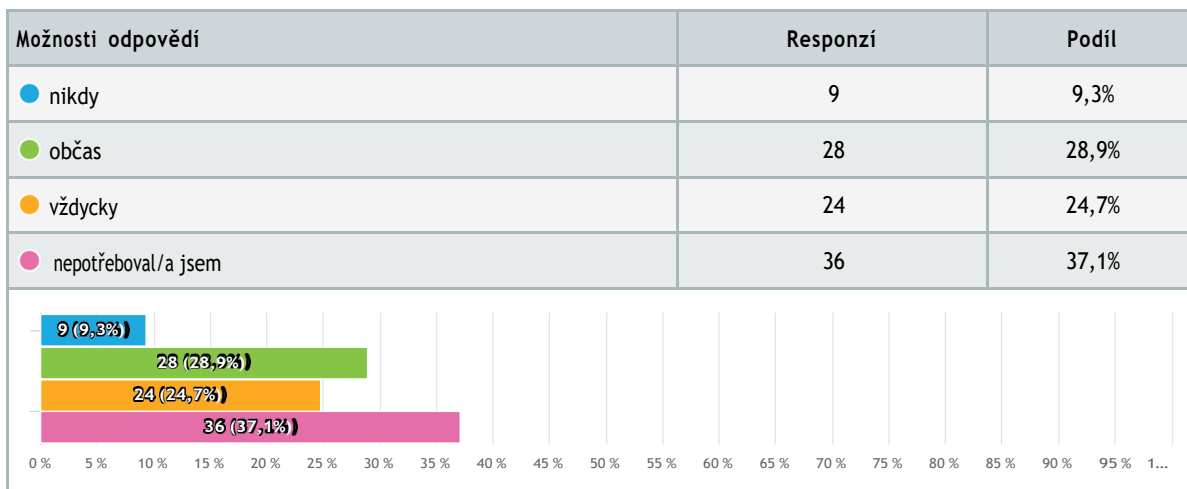


Obrázek 19 – Odpovědi na 18. položku.

**Položka 19:** *Sestry mi pomáhaly s hygienou (umýt se, vyčistit si zuby).*

Hodnocení ošetrovatelských činností sester (Obrázek 20).

Výběr z možností, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

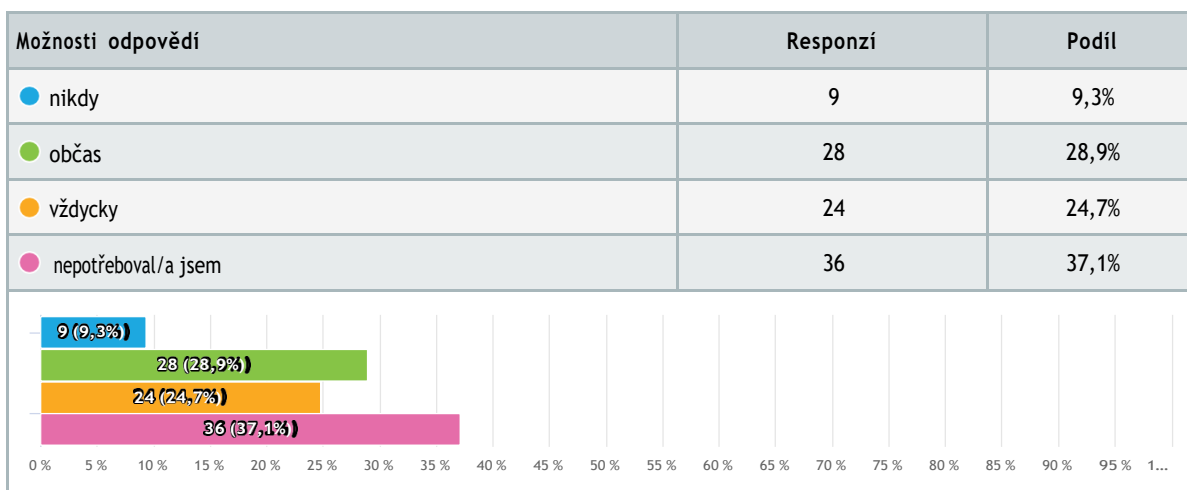


Obrázek 20 – Odpovědi na 19. položku.

**Položka 20:** *Sestry mi pomáhaly jít na WC.*

Hodnocení ošetrovatelských činností (Obrázek 21).

Výběr z možností, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x



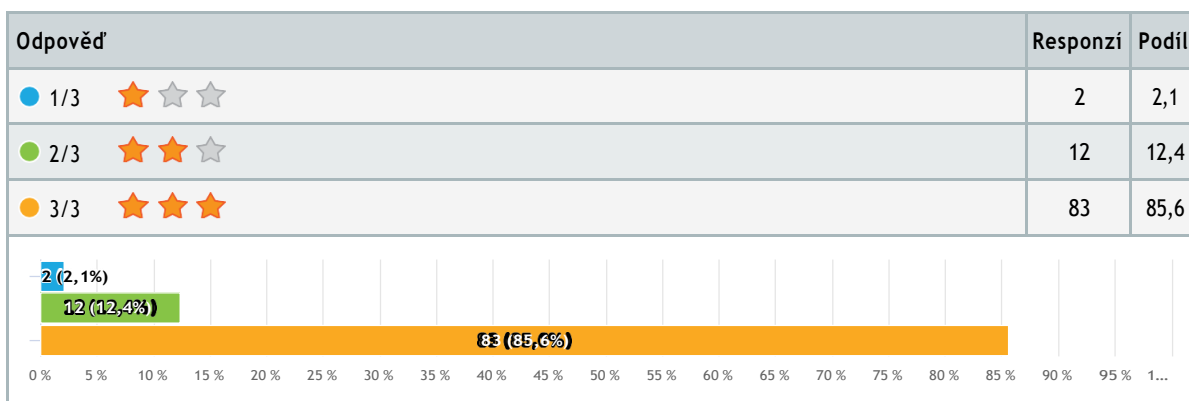
Obrázek 21 – Odpovědi na 20. položku.

**Položka 21:** *Sestry nebo lékaři mi říkaly o tom, proč jsem v nemocnici a jak se budu léčit.*

Hodnocení podávání informací od sester nebo lékařů hvězdičkami (*nikdy, občas, vždycky*) (Obrázek 22).

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 2,8/ 3



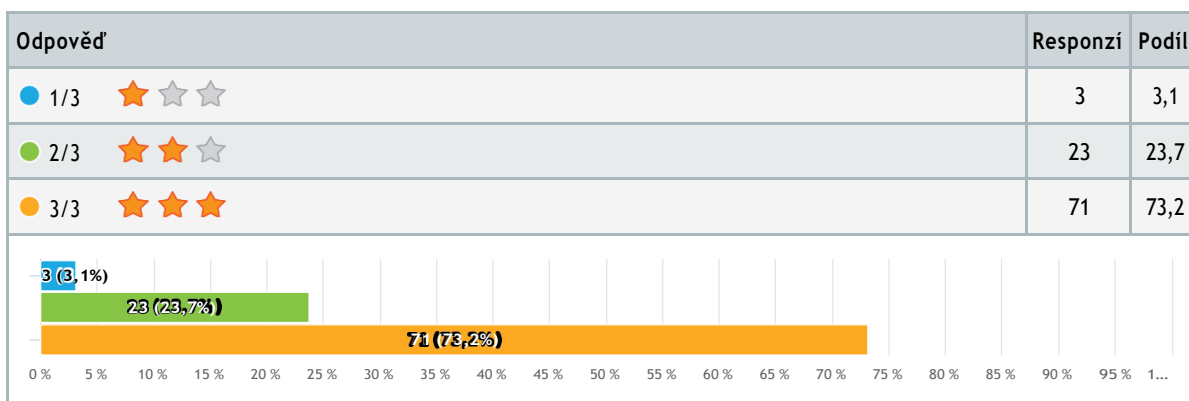
Obrázek 22 – Odpovědi na 21. položku.

**Položka 22:** *Sestry nebo lékaři mi říkaly o mých léčích a o vyšetřeních.*

Hodnocení podávání informací od sester nebo lékařů hvězdičkami (*nikdy, občas, vždycky*) (Obrázek 23).

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 2,7/ 3



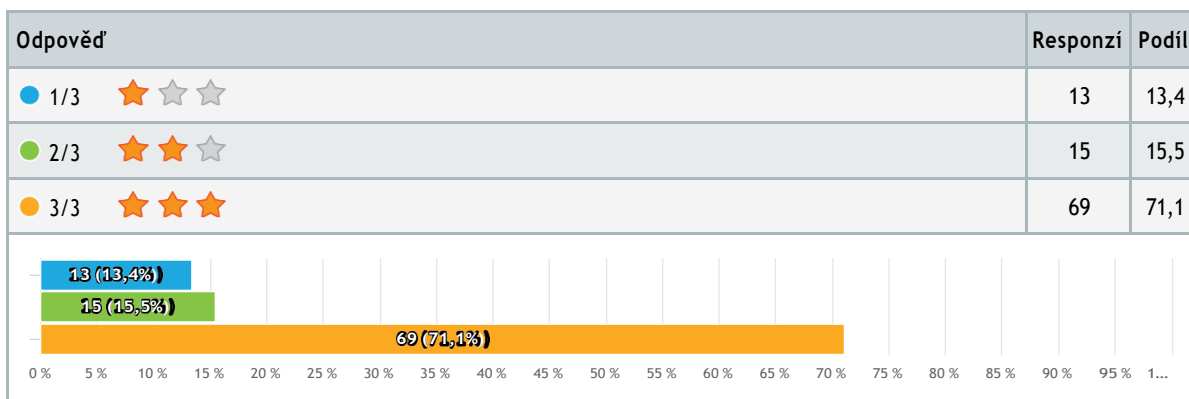
Obrázek 23 – Odpovědi na 22. položku.

**Položka 23:** *Sestry mi říkaly, co mohu jíst a pít.*

Hodnocení podávání informací od sester a lékařů hvězdičkami (*nikdy, občas, vždycky*) (Obrázek 24).

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 2,6/ 3



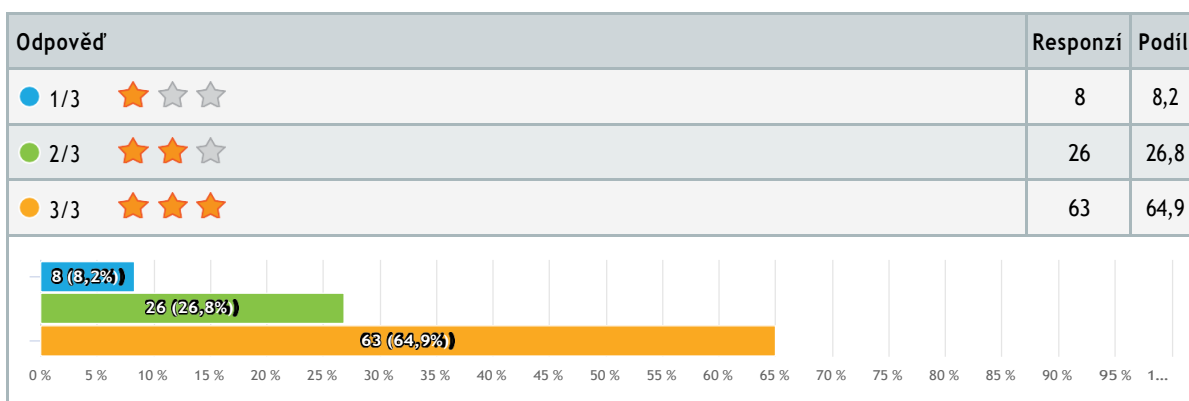
Obrázek 24 – Odpovědi na 23. položku.

**Položka 24:** *Sestry mi říkaly, co můžu a nemůžu v nemocnici dělat.*

Hodnocení podávání informací od sester hvězdičkami (*nikdy, občas, vždycky*) (Obrázek 25).

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 2,6/ 3

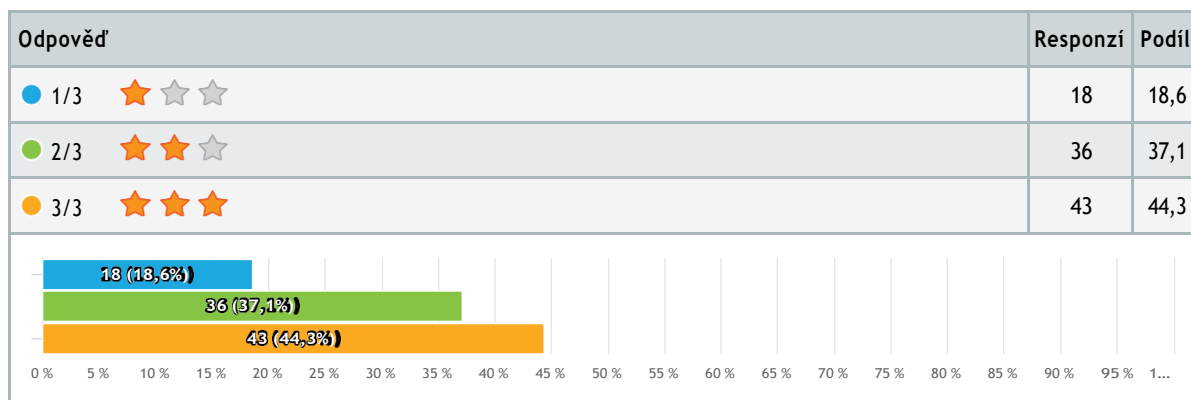


Obrázek 25 – Odpovědi na 24. položku.

**Položka 25:** *Sestry nebo lékaři mi vysvětlili, jak se mám o sebe starat až budu doma.*  
 Hodnocení podávání informací od sester nebo lékařů hvězdičkami (*nikdy, občas, vždycky*) (Obrázek 26).

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 2,3/ 3



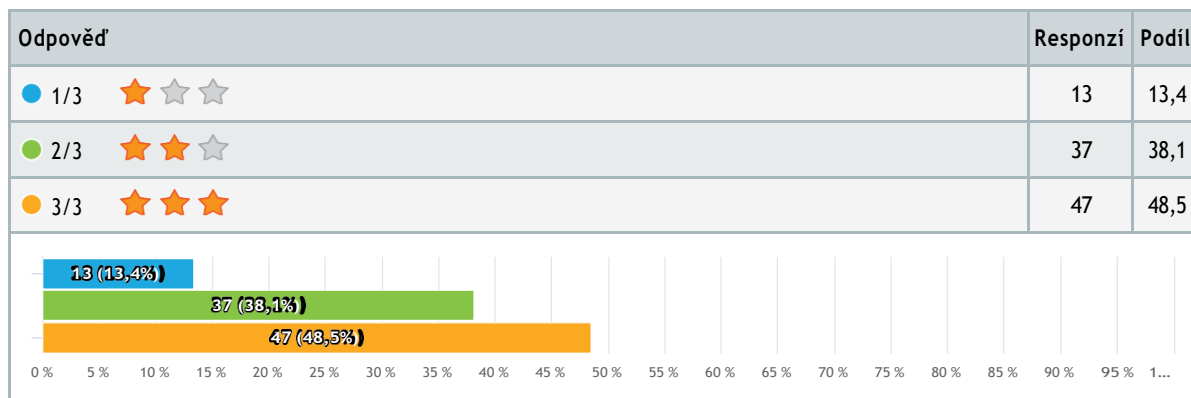
Obrázek 26 – Odpovědi na 25. položku.

**Položka 26:** *Lékaři mi řekli, kdy zase můžu chodit do školy a dělat to, co mě baví*  
*(chodit na kroužky, ven s kamarády, sportovat, ...).*

Hodnocení podávání informací od lékařů hvězdičkami (*nikdy, občas, vždycky*) (Obrázek 27).

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 2,4/ 3

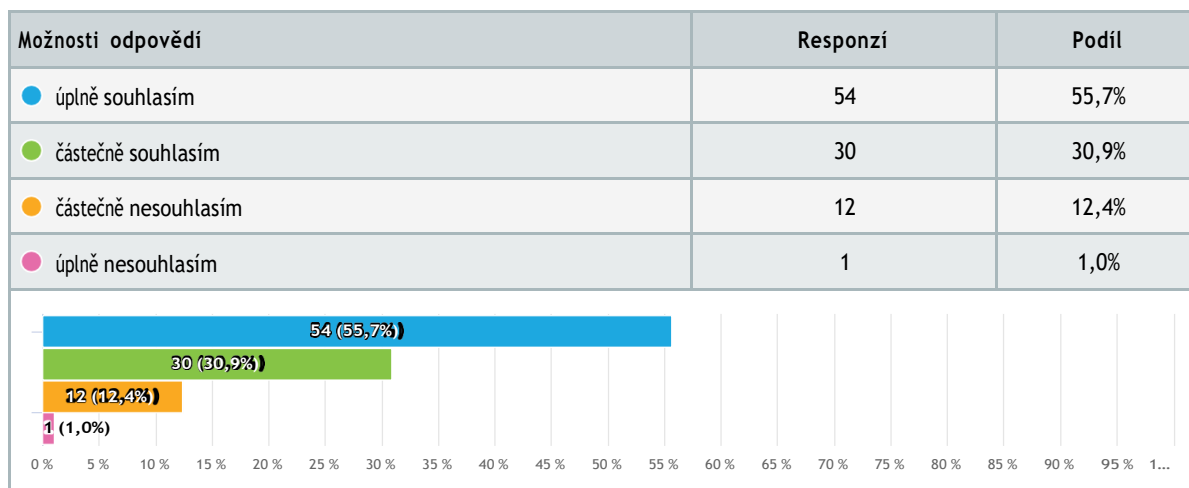


Obrázek 27 – Odpovědi na 26. položku.

**Položka 27:** *V nemocnici bylo dost věcí na zábavu (hry, tvoření, kreslení).*

Hodnocení prostředí pomocí Likertovy škály vyplnění volného času dětí v nemocnici (Obrázek 28).

Výběr z možností, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

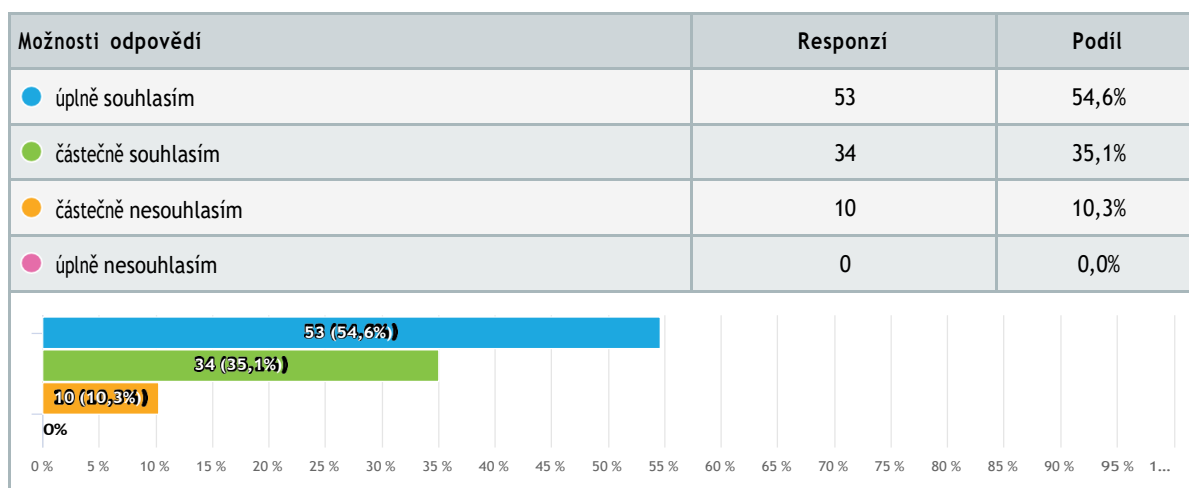


Obrázek 28 – Odpovědi na 27. položku.

**Položka 28:** *V nemocnici byla vhodná místa, kde jsem mohl/a být s mojí rodinou nebo kamarády.*

Hodnocení prostředí pomocí Likertovy škály – možnosti setkávání s blízkými lidmi za hospitalizace (Obrázek 29).

Výběr z možností, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

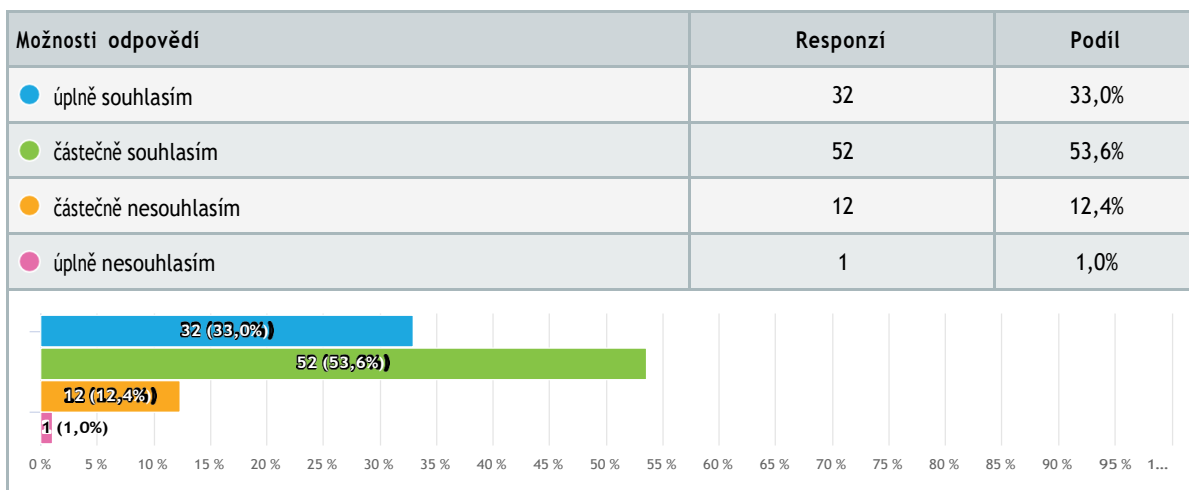


Obrázek 29 – Odpovědi na 28. položku.

**Položka 29:** *Pobyt v nemocnici byl pohodlný.*

Hodnocení prostředí pomocí Likertovy škály, jak děti vnímaly pobyt v nemocnici (Obrázek 30).

Výběr z možností, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

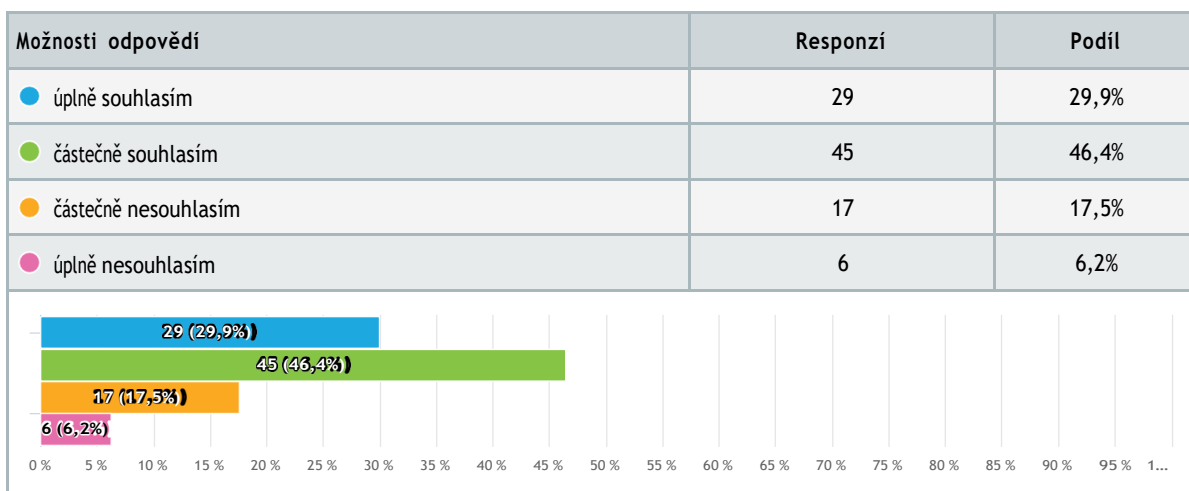


Obrázek 30 – Odpovědi na 29. položku.

**Položka 30:** *V nemocnici jsem měl/a svoje soukromí (prostor sám/a pro sebe).*

Hodnocení prostředí pomocí Likertovy škály, pocitu soukromí při hospitalizaci (Obrázek 31).

Výběr z možností, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

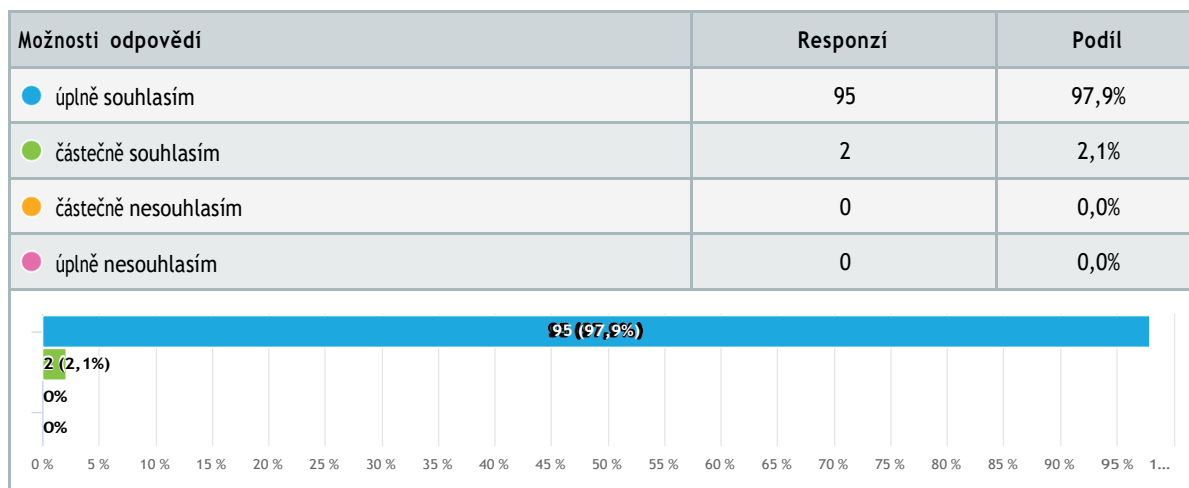


Obrázek 31 – Odpovědi na 30. položku.

**Položka 31:** *Moje rodina mě mohla v nemocnici navštěvovat.*

Hodnocení prostředí pomocí Likertovy škály – možnost návštěv blízkých osob na oddělení (Obrázek 32).

Výběr z možností, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

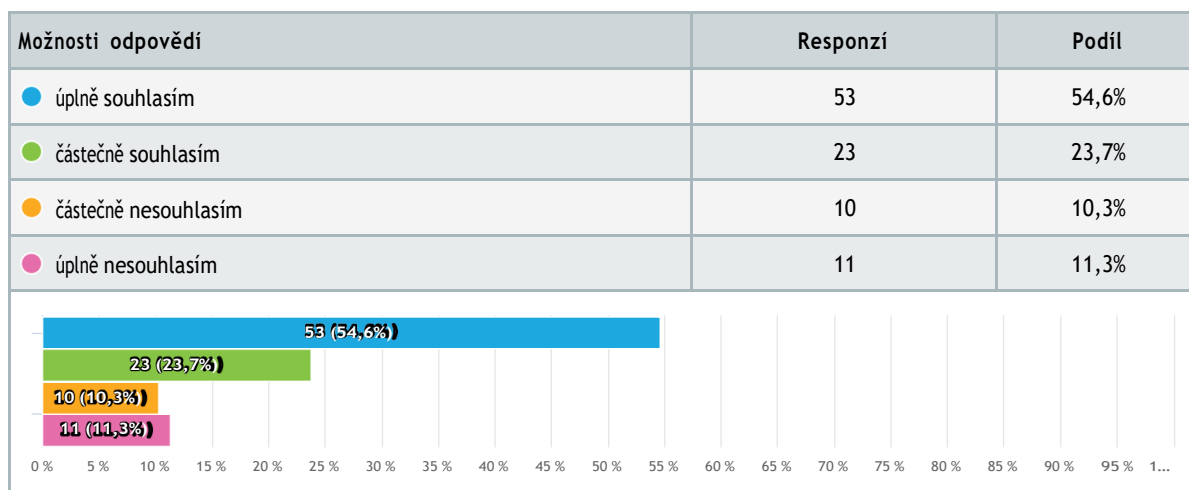


Obrázek 32 – Odpovědi na 31. položku.

**Položka 32:** *V nemocnici mě mohli navštěvovat kamarádi.*

Hodnocení prostředí pomocí Likertovy škály – možnosti návštěv kamarádů na oddělení (Obrázek 33).

Výběr z možností, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

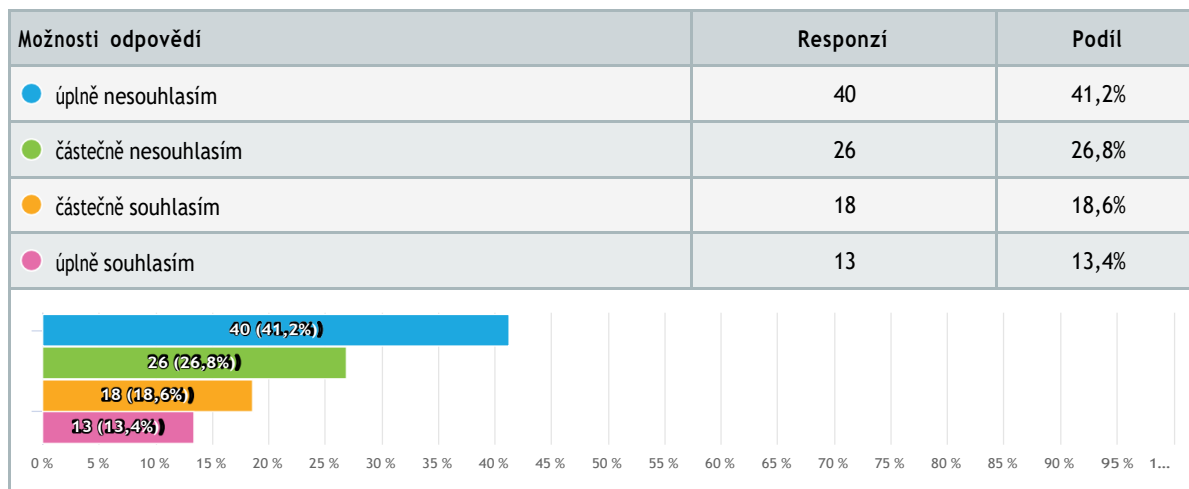


Obrázek 33 – Odpovědi na 32. položku.

### **Položka 33:** *Bál/a jsem se být v nemocnici sám/a.*

Hodnocení pomocí Likertovy škály pocitu strachu z nepřítomnosti blízké osoby (Obrázek 34).

Výběr z možností, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

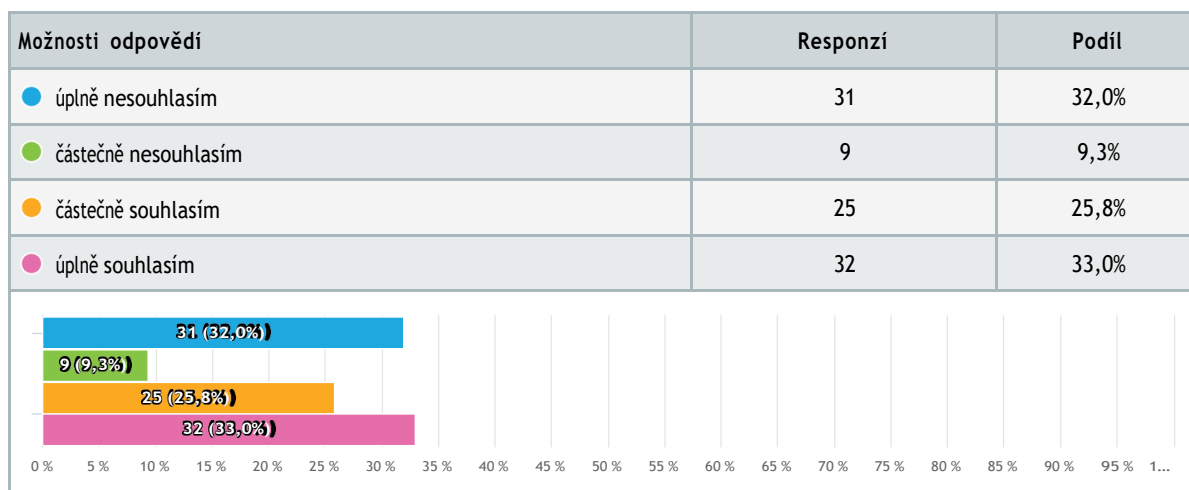


Obrázek 34 – Odpovědi na 33. položku.

### **Položka 34:** *Bál/a jsem se injekcí.*

Hodnocení pomocí Likertovy škály vnímání pocitu strachu z napichování kanyl, odběrů krve, nitrožilní aplikace léků (Obrázek 35).

Výběr z možností, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

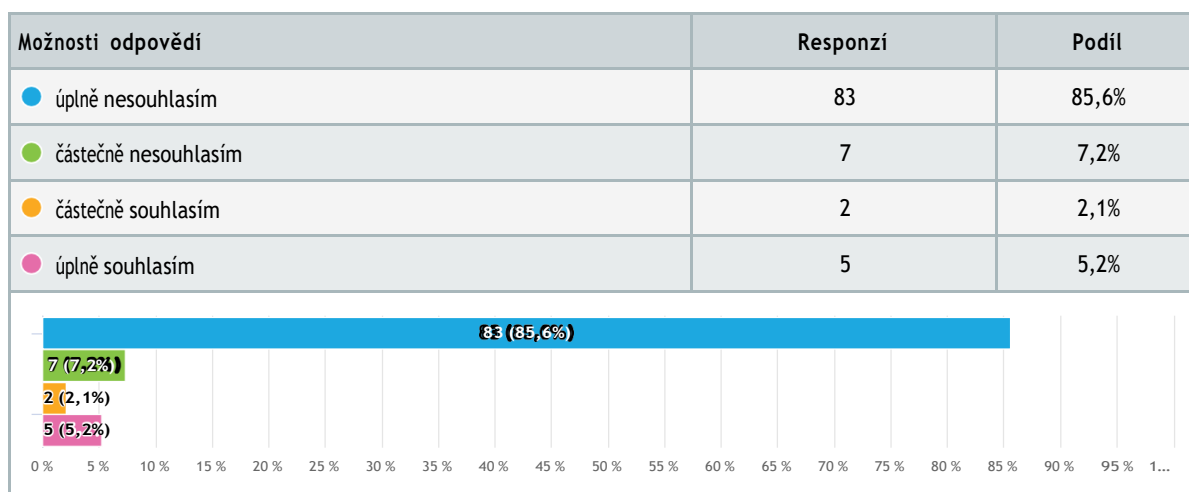


Obrázek 35 – Odpovědi na 34. položku.

### Položka 35: *Bál/a jsem se sester.*

Hodnocení Likertovou škálou vnímání pocitu strachu ze sester (Obrázek 36).

Výběr z možností, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

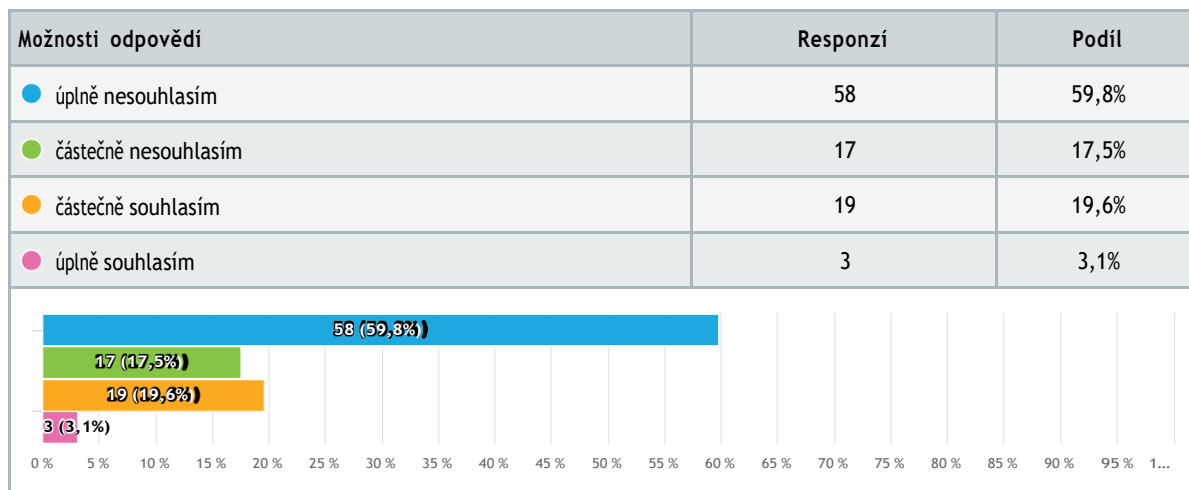


Obrázek 36 – Odpovědi na 34. položku.

### Položka 36: *Bál/a jsem se doktorů.*

Hodnocení Likertovou škálou vnímání pocitu strachu z lékařů (Obrázek 37).

Výběr z možností, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

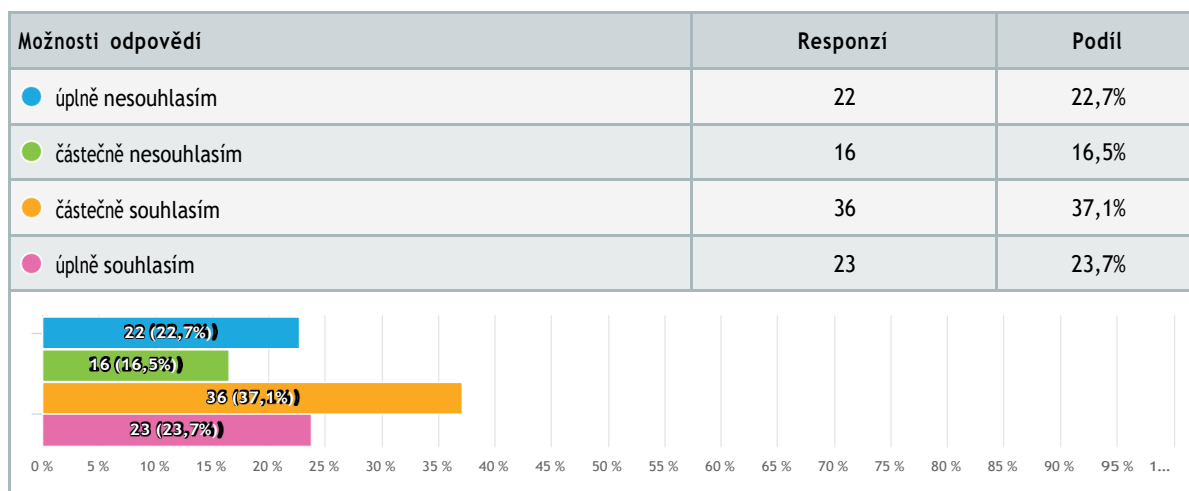


Obrázek 37 – Odpovědi na 36. položku.

### Položka 37: *Bál/a jsem se bolesti.*

Hodnocení Likertovou škálou vnímání strachu z bolesti (Obrázek 38).

Výběr z možností, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x



Obrázek 38 – Odpovědi na 37. položku.

### Položka 38: *V nemocnici bylo podle mě nejlepší ...*

Otevřená otázka na to, co děti vnímaly v nemocnici jako nejlepší, řazeno podle frekvence odpovědí (Tabulka 1).

Textová odpověď, zodpovězeno 97 x, nezodpovězeno 0 x

Tabulka 1 – Přehled odpovědí na položku 38

Hodné, milé sestřičky, milý přístup, sranda	16x	Nevím	4x
Jídlo, strava, chutné, solidní porce	11x	Čtení, číst si	3x
Hraní, hraní her, karet	10x	Návštěvy rodiny, návštěvy	3x
Tvoření, kreslení, malovat, vyrábět	9x	Škola	2x
Odpocinek, spaní	8x	Dobré připojení na WiFi	2x
Postel, ležení v posteli	8x	Všechno	2x
Péče, léčba	7x	Asi je to v pohodě	1x
Doktoři	5x	Dovolení chodit ven	1x
Klaun, klauni, zvedli mi náladu	5x	Našla jsem si kamarádky	1x
Klid, čas zamyslet se nad sebou	5x	Že jsem mohl být s mamkou	1x
Paní učitelka	5x	Až půjdu domů	1x
Spolubydlící, spolupacient	4x	Nemusel jsem se tolik učit	1x
Kolektiv, milí lidé	4x	Notebuk	1x
Herní terapeutka, vychovatelka	4x	Asi rehabilitace	1x

**Položka 39:** *V nemocnici bylo podle mě nejhorší ...*

Otevřená otázka na to, co děti vnímaly v nemocnici jako nejhorší, řazeno podle frekvence odpovědí (Tabulka 2).

*Textová odpověď, zodpovězeno 97x, nezodpovězeno 0x*

**Tabulka 2** – Přehled odpovědí na položku 39

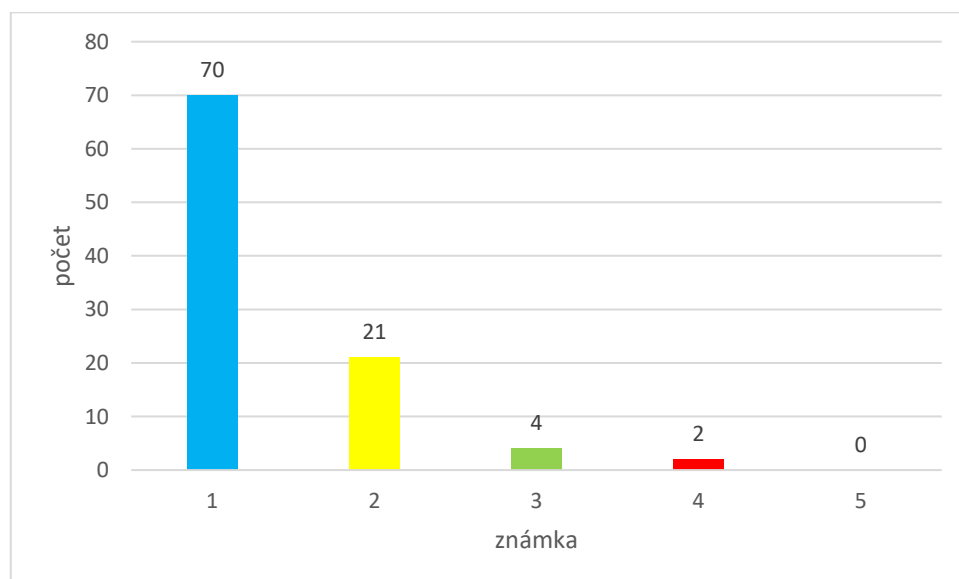
Jídlo	10x	Křik, hluk	2x
Injekce, odběry	9x	Hodně lidí na pokoji	2x
Vyšetření	7x	Izolace	2x
Nic, nevím	7x	Nemůžu chodit ven	2x
Operace	6x	Prášky	1x
Nuda	4x	Brzo budí	1x
Bylo to dlouhý	4x	Nemůžu dělat co chci	1x
Bolest	4x	Příchod	1x
Čekání	3x	Soukromí na WC	1x
Noc	3x	Strach	1x
Převaz	3x	Záchod je daleko	1x
Spaní	2x	Na záchod v posteli	1x
Učení	2x	Cvičení	1x
Pobyt	2x	Měření tlaku	1x
Ležení	2x	Neohleduplní pacienti	1x

**Položka 40:** *Jakou známku bys dal/a nemocnici za to, jak se o tebe starali?*

Celkové hodnocení péče v nemocnici dětmi známku „jako ve škole“ (Tabulka 3).

*Textová odpověď, zodpovězeno 97x, nezodpovězeno 0x*

**Tabulka 3** – Přehled odpovědí na 40. položku



**Položka 41:** *A to je všechno! Pokud se Ti chce, můžeš ještě napsat, jak se ti dotazník líbil a jestli jsi otázkám rozuměl/a. Děkuji Ti!*

Doslovný přepis odpovědí respondentů na otevřenou otázku (Tabulka 4).

Textová odpověď, zodpovězeno 97x, nezodpovězeno 0x

**Tabulka 4** – Přehled odpovědí na 41. položku

Ano.	Bavil mě strašně moc.
Pohodička, rozuměl, rozuměla.	Byl zábavný a zajímavý
Docela ano.	Líbil, tak akorát.
Dlouhý, rozuměla.	Dotazník byl výbornej
Pohodička, rozuměla jsem otázkám.	Líbil, všemu jsem rozuměla.
Chyběla mi tam odpověď nevím.	Jo, líbil.
Nemocnici hodnotím 9.5/10.	Otázkám jsem rozuměla.
Otázky byly dobře zaměřené a byly srozumitelné.	Dotazník byl fajn..asi..a otázkám jsem rozuměl.
Rozuměl.	Rozuměla a bavil mě strašně moc.
Rozuměla, dobrý.	Rozuměl jsem otázkám a byl dobrý.
Rozuměl jsem všem otázkám.	Rozuměl jsem všemu.
Věci o nemoci říkají rodičům.	Většina otázek byla srozumitelná a dobře napsaná, ale některé vyzněly divně.
V pohodě.	Zajímavé obzvláštnění dne.
Dobře. Dobrý.	Docela jo.

## 7 ANALÝZA DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této části jsou data z dotazníků vyhodnocena pomocí statistické analýzy v programu STATISTICA. U ordinálních dat došlo k přiřazení číselných hodnot. Výsledky jsou interpretovány na základě výzkumných otázek pro zjištění vztahu mezi proměnnými.

### Výzkumná otázka č. 1 – analýza vztahu mezi pohlavím a pocitem strachu

Analýza zahrnuje položky č. 33–37, zjišťující, jak moc se děti bojí být sám v nemocnici (o33), injekcí (o34), sester (o35), doktorů (o36) a bolesti (o37). Test Spearmanovy korelace (hladina významnosti 5 %) uvádí nejprve zvlášť výsledky u dívek (Tabulka 5) a u chlapců (Tabulka 6), zobrazující hodnoty korelačního koeficientu ke každé otázce týkající se vnímání strachu. Hodnoty  $r \geq 0,65$  značí silný pozitivní vztah.

**Tabulka 5** – Spearmanův korelační koeficient hodnocení pocitu strachu – dívky

Proměnná	pohlaví=dívky Spearmanovy korelace, Označ.korelace jsou významné na hlad. $p < ,05000$					
	o33	o34	o35	o36	o37	Součet
o33	1,000	0,507	-0,188	0,361	0,443	0,688
o34	0,507	1,000	0,020	0,470	0,652	0,879
o35	-0,188	0,020	1,000	0,399	-0,310	0,126
o36	0,361	0,470	0,399	1,000	0,269	0,731
o37	0,443	0,652	-0,310	0,269	1,000	0,696
Součet	0,688	0,879	0,126	0,731	0,696	1,000

Výsledky ukazují, že dívky se nejvíce bály být samy v nemocnici, měly strach z injekcí, bály se doktorů a bolesti.

**Tabulka 6** – Spearmanův korelační koeficient hodnocení pocitu strachu – chlapci

Proměnná	pohlaví=chlapec Spearmanovy korelace Označ.korelace jsou významné na hlad. $p < ,05000$					
	o33	o34	o35	o36	o37	Součet
o33	1,000	0,321	0,158	0,266	0,318	0,612
o34	0,321	1,000	0,017	0,323	0,592	0,771
o35	0,158	0,017	1,000	0,487	0,038	0,379
o36	0,266	0,323	0,487	1,000	0,389	0,636
o37	0,318	0,592	0,038	0,389	1,000	0,765
Součet	0,612	0,771	0,379	0,636	0,765	1,000

Výsledky ukazují, že chlapci měli největší pocit strachu z injekcí a z bolesti.

K testování rozdílů vnímání strachu mezi dívkami a chlapci byl použit neparametrický Mann-Whitney U-test (Tabulka 7).

**Tabulka 7** – Výsledek Mann-Whitney U-testu pro vnímání strachu dle pohlaví

Mann-Whitneyův U Test									
Dle proměn.pohlaví									
Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$									
Proměnná	Sčt poř.	Sčt poř.	U	Z	p-hodnot	Z	p-hodnot	platných	platných
Součet	2647,000	2106,000	881,000	2,125	0,034	2,134	0,033	48,000	49,000

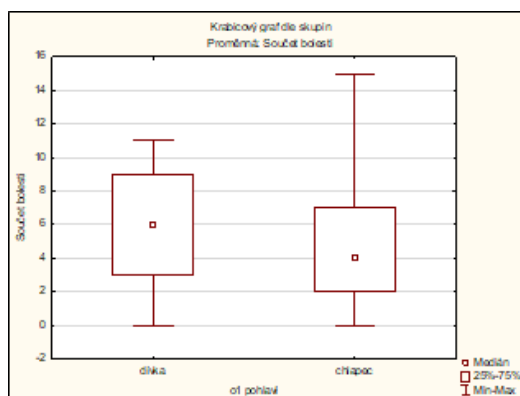
Byly stanoveny tyto hypotézy:

H<sub>0</sub>: Vnímání strachu mezi oběma skupinami je stejné.

H<sub>A</sub>: Ve vnímání strachu mezi skupinami je statisticky významný rozdíl.

Zvolená hladina významnosti pro testování  $\alpha = 0,05$ .

Na základě výsledků testu, kde je p-hodnota nižší než stanovená hladina významnosti, zamítáme H<sub>0</sub> a přijímáme H<sub>A</sub>. Mezi dívkami a chlapci byl ve vnímání strachu prokázán statisticky významný rozdíl (Tabulka 7). Dívky mají při hospitalizaci větší pocit strachu než chlapci. Rozdíl je vidět i na krabicových grafech (Obrázek 39).



**Obrázek 39** – Krabicové grafy hodnocení strachu u dívek a chlapců

## Výzkumná otázka č. 2 – analýza vztahu mezi věkovými kategoriemi a pocitem strachu

Analýza zahrnuje položky č. 33–37, zjišťující, jak moc se děti bojí být sám v nemocnici (o33), injekcí (o34), sester (o35), doktorů (o36) a bolesti (o37). Test Spearmanovy korelace (hladina významnosti 5 %) uvádí nejprve zvlášť výsledky u starších dětí (Tabulka 8) a mladších dětí (Tabulka 9), zobrazující hodnoty korelačního koeficientu ke každé otázce týkající se vnímání strachu. Hodnoty  $r \geq 0,65$  značí silný pozitivní vztah.

**Tabulka 8** – Spearmanův korelační koeficient starší děti a strach

Skupina věku=13-15 Spearmanovy korelace Označ. korelace jsou významné na hlad. $p < ,05000$						
Proměnná	o33	o34	o35	o36	o37	Součet
o33	1,000	0,338	0,370	0,193	0,300	0,595
o34	0,338	1,000	0,447	0,345	0,473	0,803
o35	0,370	0,447	1,000	0,867	0,200	0,679
o36	0,193	0,345	0,867	1,000	0,324	0,615
o37	0,300	0,473	0,200	0,324	1,000	0,710
Součet	0,595	0,803	0,679	0,615	0,710	1,000

Z výsledků je patrné, že děti ve věku 13–15 let se v nemocnici nejvíce bály injekcí, sester a bolesti.

**Tabulka 9** – Spearmanův korelační koeficient mladší děti a strach

Skupina věku=9-12 Spearmanovy korelace Označ. korelace jsou významné na hlad. $p < ,05000$						
Proměnná	o33	o34	o35	o36	o37	Součet
o33	1,000	0,351	-0,216	0,313	0,349	0,615
o34	0,351	1,000	-0,201	0,368	0,649	0,808
o35	-0,216	-0,201	1,000	0,183	-0,368	-0,046
o36	0,313	0,368	0,183	1,000	0,262	0,717
o37	0,349	0,649	-0,368	0,262	1,000	0,698
Součet	0,615	0,808	-0,046	0,717	0,698	1,000

Děti ve věku 9–12 let měly v nemocnici největší strach z injekcí, z doktorů a z bolesti.

K testování rozdílů vnímání strachu mezi staršími a mladšími dětmi byl použit neparametrický Mann-Whitney U-test (Tabulka 10).

**Tabulka 10** – Výsledek Mann-Whitney U-testu pro rozdíl vnímání strachu dle věku

Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. skupiny věku Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$									
Proměnná	Sčt poř.	Sčt poř.	U	Z	p-hodnot	Z	p-hodnot	platných	platných
Součet	574,000	1079,000	249,000	-2,420	0,016	-2,435	0,015	25,000	32,000

Byly stanoveny tyto hypotézy:

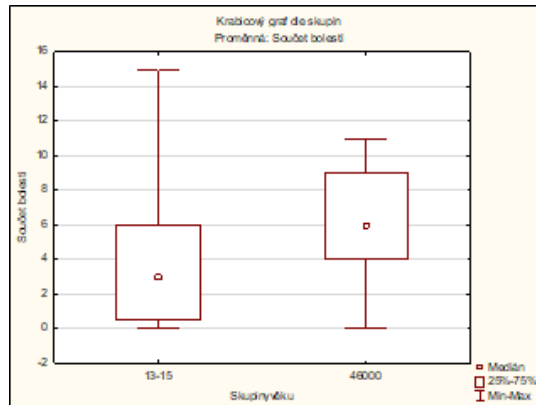
H0: Vnímání strachu mezi oběma skupinami je stejné.

HA: Ve vnímání strachu mezi skupinami je statisticky významný rozdíl.

Zvolená hladina významnosti pro testování  $\alpha = 0,05$  čili 5 %.

Na základě výsledků testu, p-hodnota je nižší než stanovená hladina významnosti, zamítáme H0 a přijímáme HA.

Mezi staršími a mladšími dětmi byl ve vnímání strachu prokázán statisticky významný rozdíl. Mladší děti pociťují v nemocnici větší strach než starší děti. Rozdíl je vidět i na krabicových grafech (Obrázek 40).



Obrázek 40 – Krabicové grafy hodnocení strachu dle věkových skupin

### Výzkumná otázka č. 3 – analýza vztahu hodnocení ošetřovatelské péče mezi dívkami a chlapci

U položek č. 7–16 a č. 21–26 (výběrové) přidělovaly děti 1 až 3 hvězdičky (*nikdy, občas, vždycky*) podle toho, jak hodnotily ošetřovatelskou péči (čím více, tím lépe). V Tabulce 11 je přehled hodnocení každé položky z oblasti ošetřovatelské péče u obou pohlaví.

10. položka („*Dětské sestry si se mnou hrály*“) je hodnocena nejméně hvězdičkami. Důvodem může být to, že děti v nemocnici si při této aktivitě představují spíše herní terapeutky než sestry.

**Tabulka 11** – Popisná statistika hodnocení ošetřovatelské péče

Proměnná	Popisná stat. hodnocení ošetřov. péče dívek a chlapců				
	Průměr	Medián	Mód	Četnost	sm.odch.
o7	2,918	3,000	3,000	89	0,277
o8	2,918	3,000	3,000	89	0,277
o9	2,371	2,000	2,000	59	0,507
o10	1,598	1,000	1,000	52	0,717
o11	2,663	3,000	3,000	62	0,498
o12	2,711	3,000	3,000	70	0,478
o13	2,557	3,000	3,000	56	0,539
o14	2,402	3,000	3,000	49	0,672
o15	2,577	3,000	3,000	61	0,592
o16	2,392	2,000	3,000	47	0,654
o21	2,835	3,000	3,000	83	0,425
o22	2,701	3,000	3,000	71	0,524
o23	2,577	3,000	3,000	69	0,719
o24	2,567	3,000	3,000	63	0,644
o25	2,258	2,000	3,000	43	0,754
o26	2,351	2,000	3,000	47	0,708

**Legenda:** o7–Byly dětské sestry, které se o tebe staraly přátelské (milé)?

o8–Byly dětské sestry, které se o tebe staraly šikovně?

o9–Byla s dětskými sestrami legrace?

o10–Dětské sestry si se mnou hrály.

o11–Dětské sestry si se mnou povídaly.

o12–Dětské sestry chránily moje soukromí (nemusel jsem se stydět).

o13–Dětské sestry si poslechly moje názory.

o14–Dětské sestry mě utěšovaly.

o15–Dětské sestry mě povzbuzovaly.

o16–Dětské sestry braly ohled na to, jaké jídlo mi chutná.

o21–Sestry nebo lékaři mi říkaly o tom, proč jsem v nemocnici a jak se budu léčit.

o22–Sestry nebo lékaři mi říkaly o mých lécích a vyšetřeních.

o23–Sestry mi říkaly, co mohu jíst a pít.

o24–Sestry mi říkaly, co můžu a nemůžu v nemocnici dělat.

o25– Sestry nebo lékaři mi vysvětlili, jak se mám o sebe starat až budu doma.

o26– Sestry nebo lékaři mi řekli, kdy zase můžu chodit do školy a dělat to, co mě baví.

Položka č.11 (*Dětské sestry si se mnou povídaly*) byla z následujících analýz vyřazena, aby nezkrusila výsledky, protože u ní chybělo 5 odpovědí. Tyto analýzy hodnotí, jaký je rozdíl v hodnocení ošetřovatelské péče mezi pohlavím. Již na údajích z popisné statistiky je ale zřejmé, že průměrná hodnota součtu bodů za hodnocení ošetřovatelské péče je u dívek a chlapců stejná (Tabulka 12).

**Tabulka 12** – Popisná statistika hodnocení ošetřovatelské péče dle pohlaví

Proměnná	Popisné statistiky dle pohlaví											
	platných N	Průměr	Medián	Mód	Četnost	Minimální	Maximál.	Dolní	Horní	Rozpětí	kvartil	sm.odch.
chlapci	49,000	37,755	38,000	Vícenás0	6,000	26,000	44,000	36,000	40,000	18,000	4,000	3,666
dívky	48,000	37,708	38,000	38,00000	8,000	27,000	45,000	35,000	41,000	18,000	6,000	4,182

Pro posouzení rozdílu v hodnocení mezi pohlavími byl proveden Mann-Whitney U-test (Tabulka 13).

**Tabulka 13** – Výsledek Mann-Whitney U-testu pro hodnocení péče dle pohlaví

Mann-Whitneyův U Test									
Dle proměn.pohlaví									
Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$									
	Sčt poř.	Sčt poř.	U	Z	p-hodnot	Z	p-hodnot	platných	platných
Součet	38,500	27,500	6,500	1,461	0,144	1,471	0,141	5	6

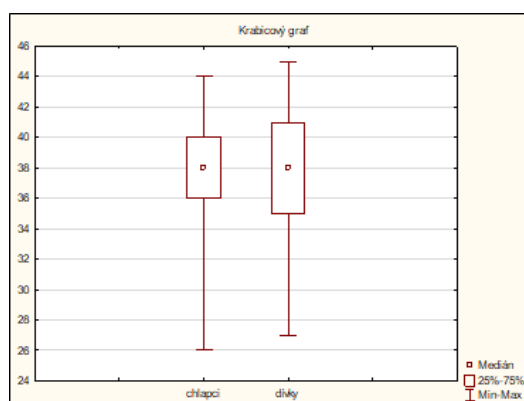
Byly stanoveny tyto hypotézy:

H0: Hodnocení ošetrovatelské péče je u dívek a chlapců stejné.

HA: V hodnocení ošetrovatelské péče u dívek a chlapců je statisticky významný rozdíl.

Zvolená hladina významnosti pro testování  $\alpha = 0,05$  čili 5 %.

Na základě výsledků testu, p-hodnota je větší než stanovená hladina významnosti, H0 nezamítáme. Mezi dívkami a chlapci nebyl v hodnocení ošetrovatelské péče prokázán statisticky významný rozdíl, což znázorňují i krabicové grafy (Obrázek 41).



**Obrázek 41** – Krabicové grafy hodnocení péče dle pohlaví

## Výzkumná otázka č. 4 – analýza hodnocení ošetrovatelské péče podle věkových skupin

Na popisné statistice je patrné, že průměrná hodnota součtu bodů za hodnocení ošetrovatelské péče je u obou věkových skupin stejná (Tabulka 14).

**Tabulka 14** – Popisná statistika hodnocení ošetrovatelské péče dle věkových skupin

Proměnná	Popisné statistiky										
	platných N	Průměr	Medián	Mód	Četnost	Minimální	Maximál.	Dolní	Horní	Rozpětí	sm.odch.
9-12	57	37,772	38,000	38,00000	10,000	26,000	45,000	36,000	40,000	19,000	3,756
13-15	40	37,675	39,000	40,00000	7,000	27,000	43,000	35,000	40,500	16,000	4,166

Pro posouzení rozdílu v hodnocení mezi oběma skupinami byl použit Mann-Whitneyův test (Tabulka 15).

**Tabulka 15** – Výsledek Mann-Whitney U-testu pro rozdíl v hodnocení péče dle věku

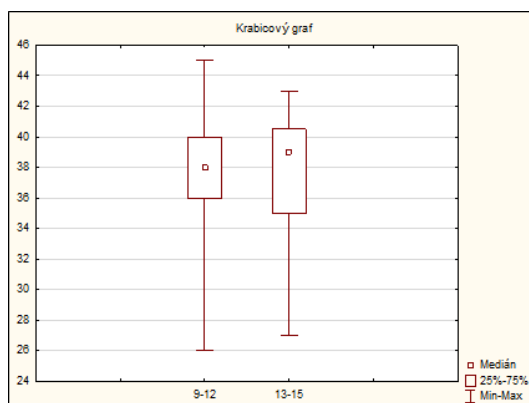
Mann-Whitneyův U Test										
Dle proměn. věk.skupin										
Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$										
Proměnná	Sčt poř.	Sčt poř.	U	Z	p-hodnot	Z	p-hodnot	platných	platných	2*1str.
součet	14,500	13,500	4,500	-0,354	0,724	-0,360	0,719	4,000	3,000	0,629

Pro zjištění rozdílu hodnocení byly stanoveny tyto hypotézy:

$H_0$ : Hodnocení ošetrovatelské péče je u obou věkových skupin stejné.

$H_A$ : V hodnocení ošetrovatelské péče mezi věkovými skupinami je statisticky významný rozdíl. Zvolená hladina významnosti pro testování  $\alpha = 0,05$  čili 5 %.

Na základě výsledků testu, p-hodnota je větší než stanovená hladina významnosti,  $H_0$  nezamítáme. Mezi staršími a mladšími dětmi nebyl v hodnocení ošetrovatelské péče prokázán statisticky významný rozdíl, což znázorňují i krabicové grafy (Obrázek 42).



**Obrázek 42** – Krabicové grafy pro rozdíl v hodnocení péče dle věku

## Výzkumná otázka č. 5 – analýza vztahu mezi důvodem hospitalizace a pocitem strachu

K testování rozdílu vnímání strachu mezi dětmi hospitalizovanými pro zranění a pro nemoc byl použit neparametrický Mann-Whitney U-test (Tabulka 16).

**Tabulka 16** – Výsledek Mann-Whitney U-testu pro strach a důvod hospitalizace

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test								
	Sčt poř.	Sčt poř.	U	Z	p-hodnot	Z	p-hodnot	platných	platných
Součet	2989,500	1763,500	1060,500	0,364	0,716	0,365	0,715	60,000	37,000

Byly stanoveny tyto hypotézy:

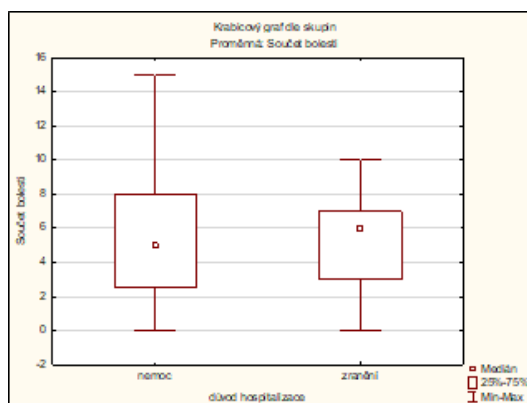
H0: Vnímání strachu mezi oběma skupinami je stejné.

HA: Ve vnímání strachu mezi skupinami je statisticky významný rozdíl.

Zvolená hladina významnosti pro testování  $\alpha = 0,05$  čili 5 %.

Na základě výsledků testu, p-hodnota je větší než stanovená hladina významnosti, H0 nezamítáme.

Mezi dětmi na chirurgických odděleních a na ostatních dětských odděleních nebyl ve vnímání strachu prokázán statisticky významný rozdíl, což znázorňují i krabicové grafy (Obrázek 43).



**Obrázek 43-** Krabicové grafy pro vztah důvodu hospitalizac

## 8 DISKUSE

Výzkumným záměrem práce bylo prostřednictvím dotazníkového šetření vyhodnotit vnímání ošetrovatelské péče hospitalizovanými dětmi.

Dle rešerší byla aplikace nástroje CCQH v posledních pěti letech využita pro hodnocení péče dětskými pacienty hlavně v zahraničí. V českých nemocnicích je kvalita péče stále zkoumána pouze u dospělých pacientů, u dětí pak prostřednictvím rodičů formou anketních listků (Příloha E).

### Shrnutí poznatků výzkumu

Výzkumné otázky vyhodnocovaly ošetrovatelskou péči a vnímání strachu v závislosti na pohlaví, věku a důvodu hospitalizace. U hodnocení ošetrovatelské péče se analyzovaly rozdíly mezi pohlavím a věkovými kategoriemi. Ošetrovatelskou péči hodnotili stejně dívky a chlapci, rozdíly nebyly zjištěny ani mezi mladšími a staršími dětmi. Celkově děti hodnotily ošetrovatelskou péči velmi kladně. Výzkumné otázky dále zjišťovaly subjektivní vnímání strachu v nemocnici. Zjištění, že pocit strachu je statisticky významnější u mladších dětí, není překvapivé. Výsledky také ukázaly, že dívky pocítují při hospitalizaci větší strach než chlapci a více se bojí lékařů. Naproti tomu mezi důvodem hospitalizace (zranění nebo nemoc) a vnímáním pocitu strachu nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl.

Z položek, které zjišťovaly, čím se děti v nemocnici zabavily nebo co se jim nejvíce líbilo vyplynulo, že i přes rozšířené využívání digitálních technologií děti stále projevují zájem o tradiční formy hraní her a tvoření. Důvodem může být, jak uvádí Matějček (2005), že ve hře a v tvořivé činnosti si mají děti možnost uvolnit nepříjemné zážitky a odreagovat nahromaděné napětí. Hra se tak stává formou psychoterapie. To potvrzují i výsledky studie uveřejněné v článku „Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu hospitalizovaných dětí“, kde se uvádí, že hra je důležitou součástí života dětí a ve vnímání nemocničního prostředí hraje významnou roli. Děti se díky hře účinněji vyrovnávají se svou nemocí i s emočními, kognitivními a fyzickými problémy, které s ní souvisejí (Mohammadi Gonbaki a kol., 2024). A, jak píše Sedlářová (2008), pomocí řízené (edukační) hry děti lépe poznávají vše, co jim dospělí popisují neznámými slovy a co v nich vzbuzuje strach a úzkost, mohou tak porozumět vlastní nemoci a co se s nimi v nemocnici děje. Volná hra zase přináší dětem radost a pomáhá jim získat sílu a sebedůvěru. Známé herní aktivity dělají nemocnici pohostinnější a bezpečnější (Sedlářová, 2008).

Pokud dětské oddělení nemá herního specialistu, musí ošetřující sestra společně s rodiči o to více dbát na všestrannou pohodu dítěte a kvalitní vyplnění jeho volného času (Sedlářová a kol., 2008).

Jako nejhorší v nemocnici hodnotily děti bolestivé úkony (odběry krve, zavádění kanyly) nebo strach a bolest spojenou s operačními zákroky a vyšetřením. Celkově však, přes všechny nepříjemnosti, které hospitalizace dětem přináší „oznámkovalo“ nemocnici za celkovou péči většina dětí jedničkou.

Nemocnice může dítěti přinášet i mnoho zajímavých zkušeností s novými lidmi, s novým prostředím, s nemocí, léčbou, což, je-li s dítětem správně zacházeno, může být i přínosem v jeho vývoji (Matějček, 2005).

### **Porovnání výsledků**

Z výsledků studie Tiiny Pelander (2009) pro děti ve věku 7–11 let vyplývá, že z pohledu hospitalizovaných dětí jsou jako nejdůležitější hodnoceny tyto klíčové faktory v oblasti *ošetřovatelských činností*: ošetřovatelská péče, respekt a emoční podpora, úleva při bolesti, volnočasové aktivity a komunikace, v oblasti *ošetřovatelského prostředí*: podnětné a příjemné prostředí, pocit bezpečí, sociální opora a kontakt s blízkými, u *charakteristiky sester*: vzhled (oblečení) sester, jejich zručnost, smysl pro humor.

V iránské studii Mohammadi Gonbaki a kol. (2024) byla hodnocena kvalita ošetřovatelská péče dětmi ve věku 7–11 let také dotazníkem CCQH. Ve výsledcích měla nejvyšší skóre *charakteristika sester*, průměrně byly hodnoceny *ošetřovatelské činnosti*. Další výsledky ukazují na vliv věku respondentů při hodnocení charakteristiky sester. Mladší děti považují sestry za přátelské a dobré posluchače, a naopak starší děti nevnímají sestry jako „podporující“ (Duzkaya et al. in Mohammadi Gonbaki a kol. 2024).

V tomto kontextu je třeba si uvědomit, že s věkem se rozvíjejí kognitivní dovednosti dětí a zvyšuje se jejich smysl pro empatii a hraní rolí. Díky rozpoznání své identity a identity druhých se jejich empatické pocity stávají komplexnější, považují jednání druhých za více než své a mohou mít jasnější představu o chování dospělých. Hospitalizace tak může být pro děti formativní zkušeností. (Mohammadi Gonbaki a kol. 2024).

Tento poznatek je velmi důležitý při tvorbě dotazníků a formulování otázek pro různé věkové kategorie dětských pacientů.

Studie prokázaly, že délka hospitalizace a předchozí zkušenosti s pobytem v nemocnici mají vliv na hodnocení oblasti *ošetřovatelských činností*. Děti, jejichž délka hospitalizace byla delší než 7 dní, u ní dávaly vyšší hodnocení.

Duzkaya et al. in Mohammadi Gonbaki a kol. (2024) uvádí, že délka pobytu zvyšuje komunikaci a důvěru, a v důsledku toho snižuje pocit bolesti a nepohodlí.

Zkušenosti autora této práce s dětmi na chirurgických odděleních se s tímto poznatkem shodují. Poslední porovnávanou studií je portugalská studie spokojenosti dětí s ošetrovatelskou péčí pro děti 6–15 let pomocí CCQH dotazníku (Carvalhais et al., 2024). Nejlépe byla hodnocena *charakteristika sester*, poměrně vysoké skóre měly i oblasti *ošetrovatelské činnosti a prostředí*. V portugalské studii hodnotily děti péči nejvíce ve všech oblastech. Jak ale uvádí Carvalhais et al. (2024) je nezbytné si uvědomit, že zdravotnické prostředí a postupy se mohou lišit, proto je nezbytné systematizovat oblasti, kterým je třeba věnovat pozornost v závislosti na kontextu, aby nejlepší důkazy mohly sloužit jako podklad pro praxi a určení prioritních oblastí pro snižování dopadu hospitalizace na vývoj dětí.

Na základě porovnání výsledků lze konstatovat, že děti v dotaznících vyjadřují nejvyšší spokojenost v oblasti *charakteristiky sester*. Oceňují hlavně tyto faktory: že jsou milé, přátelské, šikovné, vyslechnou je a povzbuzují.

Děti více komunikují s lidmi, kteří se na ně usmívají a v hlase cítí důvěru a laskavost. To, spolu s humorem, může snižovat úzkost dětí a má pozitivní dopad na jejich léčbu (Mohammadi Gonbaki a kol., 2024).

Z výsledků také vyplývá, co děti od sester naopak neočekávají – že si s nimi budou hrát. V řadě nemocnic si s nimi hrají, tvoří a kreslí herní specialisté. Podobné je to se zábavou, která jim pomáhá odreagovat se od nepříjemných věcí, ale jejím zdrojem podle dětí nejsou sestry, ale spíše zdravotní klauni.

Pobyt v nemocnici jistě není pro nikoho příjemný, což platí dvojnásob u dětí. Strach z neznámého, cizí prostředí, bolest a osamění mají velký vliv na psychiku a celkovou pohodu malých pacientů. Někteří rodiče navíc nemohou z různých důvodů své děti v nemocnici doprovázet. Profesionální Zdravotní klauni proto vyražejí na svoji „misi“ do nemocnic rozveselit, pobavit a potěšit malé i velké (Zdravotní klaun).

Největší obavy a strach vzbuzují u dětí pochopitelně invazivní výkony a bolest s nimi spojená. Chvílová-Weberová a kol. (2023) uvádí, že strach z předpokládané bolesti a z jehly, který je umocněný strachem z neznámého prostředí, působí větší diskomfort, než je nutné. Strach spolu s úzkostí také zvyšují prožitek bolesti.

Sestry by měly velmi zodpovědně plánovat nepříjemné nebo bolestivé ošetrovatelské úkony (Sedlářová a kol., 2008).

Položky z oblasti *ošetrovatelského prostředí* byly v každém šetření hodnoceny různě.

Důvodem mohou být rozdíly v kultuře prostředí a zvyklostmi daného zdravotnického zařízení. Důležité je pro děti příjemné, barevné, „přátelské“ prostředí, kde mohou mít svůj soukromý prostor a jistotu, že bude chráněna jejich intimita.

Položky dotazníku s otevřenou odpovědí měly svoji výpovědní hodnotu hlavně v tom, že děti měly možnost vyjádřit, co se jim líbí a nelíbí vlastními slovy. Nezávisle na zemi, kde šetření probíhalo, byly odpovědi podobné.

S délkou hospitalizace si děti na prostředí zvykají, seznamují se lépe s ošetřujícím personálem a mají menší strach z výkonů. Pozitivní či negativní zkušenosti s hospitalizací mohou ovlivnit jejich budoucí postoje ke zdravotnictví, a dokonce mít vliv i na rozhodování o jejich profesní dráze (Mohammadi Gonbaki et al., 2024).

### **Návrhy na úpravy pro využití dotazníku v klinické praxi**

Jedním z dílčích cílů výzkumné části bylo posoudit vhodnost použitého nástroje. Přes všechny úpravy dotazníku se při jeho administraci a vyhodnocení odpovědí vyskytla problematická místa. Pro některé mladší školní děti bylo složitější pochopit otázky typu Likertovy škály nebo rozlišit odpovědi „*nikdy*“ a „*nepotřeboval jsem*“, které bylo potřeba některým respondentům vysvětlit. U třístupňových („hvězdičkových“) škál odpovědí je zase omezena schopnost zachytit detailnější rozdíly v postojích respondentů, protože neposkytuje možnost vyjádřit míru intenzity souhlasu nebo nesouhlasu. U mladší děti jsou ale vhodné pro jejich srozumitelnost a grafickou názornost. Pro zvýšení zobecnitelnosti výsledků by se mohly vytvořit dotazníky „na míru“ pro každou věkovou kategorii. Pro mladší školní věk jsou vhodné tříbodové obrázkové škály (medvídci, hvězdičky) a co nejméně položek dotazníku, protože neudrží dlouho pozornost a mají pak tendenci mechanicky zaškrtnout odpovědi. U dětí středního školního věku je optimální hodnocení položek známkováním „jako ve škole“, pro starší děti už je možné, vzhledem k úrovni jejich kognice, využít i Likertovu škálu, kde je ale nutno myslet na mentální rotaci.

Nový poznatek přineslo zpřístupnění dotazníku v elektronické podobě. Sběr dat touto formou se ukázal jako atraktivní pro obě věkové skupiny, protože i mladší děti mají dobrou počítačovou gramotnost a není pro ně problém vyplnit dotazník v mobilním telefonu nebo tabletu. To následně usnadňuje administraci a zvyšuje návratnost vyplněných dotazníků. Přesto je u dětských respondentů stále vhodná přítomnost poučené osoby, která dohlíží na vyplnění a odeslání dotazníku, případně vysvětlí nejasné pojmy.

## **Limitace**

Výsledky této práce se vztahují pouze k vybranému zdravotnickému zařízení v daném čase. S ohledem na jejich množství je také nelze zobecňovat. Validita ani reliabilita u upraveného dotazníku ověřována nebyla, protože to nebylo cílem práce, dotazník vycházel z psychometricky ověřeného nástroje.

## 9 ZÁVĚR

Tato diplomová práce zjišťovala, jak dětské pacienti hodnotí ze svého pohledu kvalitu péče v nemocnici. V teoretické části práce byl uveden přehled základních poznatků o potřebách hospitalizovaných dětí v kontextu kvality ošetrovatelské péče, ve výzkumné části pak bylo pomocí dotazníkového šetření vyhodnoceno, jak jsou zohledněny potřeby dětí v nemocnici. K výzkumnému šetření byla využita kvantitativní metoda výzkumu formou dotazníku. Jeho základem byl psychometricky ověřený nástroj v českém prostředí. Pro tuto práci byl upraven tak, aby pokryl klíčové oblasti při zjišťování spokojenosti s péčí u hospitalizovaných dětí. Kritériem též bylo, aby byl krátký, srozumitelný a respektoval etické zásady, ale i specifika zdravotnického zařízení, kde šetření probíhalo. Výzkumný soubor tvořily děti ve věku 9 až 15 let hospitalizované na dětských odděleních vybrané nemocnice. Administrace pomocí QR kódu se ukázala jako vhodná (snadná a rychlá). Sběr dat probíhal od dubna 2024 do ledna 2025 a získané údaje byly následně statisticky zpracovány. Analýza dat poskytla odpovědi na výzkumné otázky a výsledky ukázaly, že děti pozitivně hodnotí zejména oblast charakteristiky sester. To má významný vliv na celkové vnímání kvality ošetrovatelské péče, jak vyplynulo z podobných šetření. Roli hrají také věk, délka hospitalizace a individuální zkušenosti dětí, které mají různé preference a reakce na hospitalizaci.

Studie potvrzují, že děti jsou schopné smysluplně hodnotit kvalitu péče, které se jim v nemocnici dostává a jejich názory jsou dostatečně spolehlivé pro systematické hodnocení kvality péče. Ve zdravotnických zařízeních je nutno brát v úvahu i specifika daného pracoviště. Dětský pacient by měl být vždy umístěn do *centra dění* péče a vnímán jako *aktivní účastník* léčebného procesu.

Přínosem práce pro konkrétní zdravotnické zařízení je poskytnutí zpětné vazby o spokojenosti dětí a získání informací, které mohou sloužit k identifikaci silných stránek péče, ale i oblastí, které je vhodné dále rozvíjet. Například úpravou prostředí podle potřeb dětí nebo realizací vzdělávacích programů pro posílení psychosociálních dovedností zdravotníků.

Pravidelné dotazníkové šetření v nemocnicích pak může pomoci zjistit obavy a přání dětí, minimalizovat negativní působení hospitalizace na jejich vývoj a naplňovat proces kontinuálního zlepšování kvality péče.

## 10 POUŽITÁ LITERATURA

BEDNAŘÍK, Milan, 2018. *Kvalita péče ve zdravotnictví*. Právo a management. Praha: Ústav práva a právní vědy. ISBN 978-80-87974-14-8.

BOLEDOVIČOVÁ, Mária, 2006. *Pediatrické ošetrovatel'stvo: učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. 2. preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-211-1.

BRABCOVÁ, Iva, 2016. *Základní zásady vedení a řízení kvality ošetrovatelské péče*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-604-3.

CARVALHAIS, Maribel Domingues; OLIVEIRA, Andrea Raquel Melo; FONTOURA, Paula Cristina Ferreira; SOARES, Catarina Sousa; PINHO, Bruna Filipa Conceição et al., 2024. Children's satisfaction with nursing care during hospitalization: A cross-sectional study. Online. *Journal of Pediatric Nursing*. Roč. 77, s. e270-e275. ISSN 08825963. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.04.039>. [cit. 2025-04-03].

ČERNOHORSKÁ, Iveta, 2023-04-13T13:38:18Z. *Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu hospitalizovaných dětí*. Online, disertační práce. Univerzita Pardubice. Dostupné také z: <https://hdl.handle.net/10195/80685>. [cit. 2025-04-07].

ČESKO, 1991. *Sdělení č. 104/1991 Sb., federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech dítěte*. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2025 [cit. 15. 3. 2025]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-104>

ČESKO, 2011. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)* [online]. [cit. 2025-02-15]. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a KLIMOVÍČ, Michal, 2005. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-427-5.

GOMES, Élizandra Regina dos Santos; BRANDÃO NETO, Waldemar; PELANDER, Tiina; MOURA, Ana Clara Queiroz da Luz; AQUINO, Jael Maria de et al., 2024. KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE Z POHLEDU DÍTĚTE: MEZI KULTURNÍ ADAPTACE KVALITY PÉČE O DĚTI V NEMOCNICE PRO BRAZÍLIU. Online. *Text & Contexto - Enfermagem* . Roč. 33. ISSN 1980-265X. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2023-0219en> . [cit. 2025-03-31].

HENDL, Jan a REMR, Jiří, 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.

HUBALOVÁ, Radka, 2018-09-26T10:04:29Z. *Hodnocení kvality péče dětmi hospitalizovanými na standardním dětském oddělení*. Online, diplomová práce. Univerzita Pardubice. Dostupné také z: <https://hdl.handle.net/10195/71855>. [cit. 2025-03-15].

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.

CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena; MATĚJEK, Jaromír a STEINLAUF, Barbora, 2023. *Etika v pediatrii a neonatologii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3263-8.

CHYTILOVÁ, Lucie, 2018-09-26T10:04:29Z. *Hodnocení kvality péče dětmi hospitalizovanými pro onkologické onemocnění*. Online, diplomová práce. Univerzita Pardubice. Dostupné také z: <https://hdl.handle.net/10195/71383>. [cit. 2025-03-15].

KLÍMA, Jiří, 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Sestra. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5014-9.

KŘEMÉNKOVÁ, Lucie a NOVOTNÝ, Jan Sebastian, 2016. *Úskalí tvorby dotazníků pro děti a dospívající: zkušenosti z ohniskových skupin*. Dostupné také z: [http://psychkont.osu.cz/fulltext/2016/Kremenkova-Novotny\\_2016\\_2.pdf](http://psychkont.osu.cz/fulltext/2016/Kremenkova-Novotny_2016_2.pdf).

LOUREIRO, Fernanda Manuela; ANTUNES, Ana Vanessa dos Reis Ameixa; PELANDER, Tiina a CHAREPE, Zaida Borges, 2021. Zkušenosti dětí školního věku s hospitalizací.

Online. *Journal of Clinical Nursing* . Roč. 30, č. 3-4, s. 550-558. ISSN 0962-1067. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1111/jocn.15574> . [cit. 2025-03-31].

MARX, David a VLČEK, František (ed.), 2014. *Akreditační standardy pro následnou péči*. 2. vyd. Praha: Spojená akreditační komise. ISBN 978-80-905886-0-8.

MATĚJČEK, Zdeněk, 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany: H & H. ISBN 80-86022-92-7.

MATĚJČEK, Zdeněk, 2005. *Výbor z díla*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1056-6.

MENDLE, Jane; TURKHEIMER, Eric a EMERY, Robert E., 2007. Detrimental psychological outcomes associated with early pubertal timing in adolescent girls. Online. *Developmental Review*. Roč. 27, č. 2, s. 151-171. ISSN 02732297. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1016/j.dr.2006.11.001>. [cit. 2025-03-12].

MOHAMMADI GONBAKI, Zahra; MIRZAIE TAKLIMI, Mahshid; TAHERI-EZBARAMI, Zahra; KAZEMNEJAD LEILI, Ehsan a ABADGAR CHAHARDEH, Marzieh, 2024. Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu hospitalizovaných dětí školního věku. Online. *Journal of Pediatric Nursing* . Roč. 77, s. e283-e289. ISSN 08825963. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.04.042> . [cit. 2025-04-03].

PELANDER, Tiina; LEINO-KILPI, Helena a KATAJISTO, Jouko, 2009. The quality of paediatric nursing care: developing the Child Care Quality at Hospital instrument for children. Online. *Journal of Advanced Nursing*. Roč. 65, č. 2, s. 443-453. ISSN 0309-2402. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04875.x>. [cit. 2025-03-13].

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

RŮŽIČKOVÁ, Petra; HLAVÁČKOVÁ, Eva a ČERNOHORSKÁ, Iveta, 2022. Hospitalizace očima dětských pacientů – kvalitativní výzkum. Online. *Pediatric pro praxi*. 2022-2-23, roč. 23, č. 1, s. 73-76. ISSN 12130494. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/ped.2022.015> . [cit. 2025-02-19].

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

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

SVOBODA, Mojmir; KREJČÍŘOVÁ, Dana a VÁGNEROVÁ, Marie, 2009. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-566-0.

ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. ISBN 80-7172-841-1. Dostupné také z: <http://krameriusndk.nkp.cz/search/handle/uuid:0ad84de0-023c-11e6-8fbe-005056827e52>.

ŠKRLA, Petr, 2005. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-419-4.

ŠMAHEL, David, 2003. *Psychologie a internet: děti dospělými, dospělí dětmi*. Psychologická setkávání. Praha: Triton. ISBN 80-7254-360-1.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava, c2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.

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

UZIEL, Yosef a HASHKES, Philip J, 2007. Growing pains in children. Online. *Pediatric Rheumatology*. Roč. 5, č. 1. ISSN 1546-0096. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1546-0096-5-5>. [cit. 2025-03-11].

VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 8071783080.

VÁLKOVÁ, Monika, 2015. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-45-7.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela, c2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

VESELÁ, Martina a ŠMAHEL, David, 2009. Online komunity v České republice: Analýza členů a jejich sociálního kontextu. Online. *Sociální studia / Social Studies*. 2009-05-03, roč. 6, č. 2, s. 55-72. ISSN 1803-6104. Dostupné také z: <https://doi.org/10.5817/SOC2009-2-55>. [cit. 2025-03-15].

VINCENT, Charles, 2010. *Patient safety*. 2nd ed. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell. ISBN 978-1-4051-9221-7.

*Zdravotní klaun*. Online. Dostupné také z: <https://www.zdravotniklaun.cz/o-nas/pro-nemocnice/>. [cit. 2025-04-10].

## 11 PŘÍLOHY

Příloha A .....	75
Příloha B .....	76
Příloha C .....	77
Příloha D .....	78
Příloha E .....	83

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 emociálního 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 emociálních 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.

1. Měj ke mně úctu jako k člověku.
2. Zajímej se o mě upřímně.
3. Povídej mi o lidech v nemocnicích, o provozu oddělení.
4. Nejdříve mi řekni, co se mnou budeš dělat a co ode mne očekáváš.
5. Nezapomeň, že potřebuji ochranu, jistotu a pozornost.
6. Věnuj mi teplý lidský vztah.
7. Můžeš mi cokoliv říct i přikázat, ale vyslechni mě.
8. Nauč mě něco nového.
9. Jsem raději, když svoje povinnosti vykonáváš s milým úsměvem.
10. Zkus vidět situaci mýma očima.

Příloha C – Informace k výzkumnému šetření a informovaný souhlas

Vážená paní / Vážený pane,

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

Děti od 9 do 15 let dostanou před propuštěním z nemocnice dotazník, který mohou vyplnit samy, společně s rodiči, učitelkou základní školy při nemocnici, vychovatelkou, dobrovolníkem nebo s fyzioterapeutem. Děti budou mít možnost vyplnit dotazník v **elektronické** nebo **papírové** formě. Vyplněný dotazník v papírové formě budou děti dávat do uzamčeného boxu, do kterého má přístup pouze kontaktní osoba uvedená na konci tohoto informovaného souhlasu. Obě formy jsou **anonymní**.

Výsledky nám pomohou zjistit, s čím jsou děti při pobytu v nemocnici spokojeny a co by potřebovaly k tomu, aby se u nás cítily lépe. Mohou být též použity pro interní hodnocení spokojenosti pacientů, pro publikování v odborných časopisech, případně k prezentaci na vzdělávacích akcích odborníků z oboru pediatrie.

Účast na tomto šetření je **dobrovolná**. Děti nebudou k vyplnění dotazníku nuceny. Odmítnutí účasti, tedy nevyplnění nebo neodevzdání dotazníku, nebude mít žádný dopad na Vás, Vaše dítě či péči, které se Vašemu dítěti dostává.

Tento informovaný souhlas zůstane uložen v dokumentaci Vašeho dítěte.

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 zákonného zástupce.....

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

Děkuji Vám.

*Kontaktní osoba:*

Jméno: Bc. Vít Klouček

tel.:.....; email:.....

## Dotazník pro sledování spokojenosti hospitalizovaných dětských pacientů

Ahoj, vyplněním dotazníku nám pomůžeš zjistit, co se Ti u nás líbilo a co bychom mohli vylepšit.

### 1 Jsem dívka/chlapec.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

dívka  chlapec  nevím

### 2 Je mi..... let.

### 3 Víš proč jsi v nemocnici?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

bylo to plánované  zranil/a jsem se  jsem nemocný/á  nevím

### 4 V nemocnici jsem byl/a:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

1 den  2 dny  3 dny  4 dny  5 nebo více dní

### 5 Moji rodiče (maminka nebo tatínek) byli v nemocnici se mnou:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

po celou dobu  během dne, ale v noci ne  když jsem přijel/a a když mě propouštěli  ani jedno z výše uvedených

### 6 Byl/a jsi v nemocnici už někdy předtím?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

ano  ne  neví

7 Byly dětské sestry, které se o tebe staraly přátelské (milé)?

Nápověda k otázce: 1 \* nikdy, 2 \* občas, 3 \* vždycky

☆☆☆  / 3

8 Byly dětské sestry, které se o tebe staraly šikovné?

Nápověda k otázce: 1 \* nikdy, 2 \* občas, 3 \* vždycky

☆☆☆  / 3

9 Byla s dětskými sestrami legrace?

Nápověda k otázce: 1 \* nikdy, 2 \* občas, 3 \* vždycky

☆☆☆  / 3

10 Dětské sestry si se mnou hrály.

Nápověda k otázce: 1 \* nikdy, 2 \* občas, 3 \* vždycky

☆☆☆  / 3

11 Dětské sestry si se mnou povídaly.

Nápověda k otázce: 1 \* nikdy, 2 \* občas, 3 \* vždycky

☆☆☆  / 3

12 Dětské sestry chránily moje soukromí (nemusel jsem se stydět).

Nápověda k otázce: 1 \* nikdy, 2 \* občas, 3 \* vždycky

☆☆☆  / 3

13 Dětské sestry si poslechly moje názory.

Nápověda k otázce: 1 \* nikdy, 2 \* občas, 3 \* vždycky

☆☆☆  / 3

14 Dětské sestry mne utěšovaly.

Nápověda k otázce: 1 \* nikdy, 2 \* občas, 3 \* vždycky

☆☆☆  / 3

15 Dětské sestry mě povzbuzovaly.

Nápověda k otázce: 1 \* nikdy, 2 \* občas, 3 \* vždycky

☆☆☆  / 3

16 Dětské sestry braly ohled na to, jaké jídlo mi chutná.

Nápověda k otázce: 1 \* nikdy, 2 \* občas, 3 \* vždycky

☆☆☆  / 3

17 Sestry mi při bolesti pomáhaly.

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

nikdy  občas  vždycky  nepotřeboval/a jsem

18 Sestry mi pomáhaly při jídle.

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

nikdy  občas  vždycky  nepotřeboval/a jsem

19 Sestry mi pomáhaly s hygienou (umýt se, vyčistit si zuby).

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

nikdy  občas  vždycky  nepotřeboval/a jsem

20 Sestry mi pomáhaly jít na WC.

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

nikdy  občas  vždycky  nepotřeboval/a jsem

21 Sestry nebo lékaři mi říkali o tom, proč jsem v nemocnici a jak se budu léčit.

Nápověda k otázce: 1 \* vůbec 2 \* trochu 3 \* dost

☆☆☆  / 3

22 Sestry nebo lékaři mi říkali o mých lécích a o vyšetřeních.

Nápověda k otázce: 1 \* vůbec 2 \* trochu 3 \* dost

☆☆☆  / 3

23 Sestry mi říkaly, co mohu jíst a pít.

Nápověda k otázce: 1 \* vůbec 2 \* trochu 3 \* dost

☆☆☆  / 3

24 Sestry mi říkaly, co můžu a nemůžu v nemocnici dělat.

Nápověda k otázce: 1 \* vůbec 2 \* trochu 3 \* dost

☆☆☆  / 3

25 Sestry nebo lékaři mi vysvětlili, jak se mám o sebe starat až budu doma.

Nápověda k otázce: 1 \* vůbec 2 \* trochu 3 \* dost

☆☆☆  / 3

26 Lékaři mi řekli, kdy zase můžu chodit do školy a dělat to, co mě baví (chodit na kroužky, ven s kamarády, sportovat, ...).

Nápověda k otázce: 1 \* vůbec 2 \* trochu 3 \* dost

☆☆☆  / 3

27 V nemocnici bylo dost věcí na zábavu (hry, tvoření, kreslení).

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

úplně souhlasím  částečně souhlasím  částečně nesouhlasím  úplně nesouhlasím

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

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

úplně souhlasím  částečně souhlasím  částečně nesouhlasím  úplně nesouhlasím

29 Pobyt v nemocnici byl pohodlný.

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

úplně souhlasím  částečně souhlasím  částečně nesouhlasím  úplně nesouhlasím

30 V nemocnici jsem měl/a svoje soukromí (prostor sám/sama pro sebe).

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

úplně souhlasím  částečně souhlasím  částečně nesouhlasím  úplně nesouhlasím

31 Moje rodina mě mohla v nemocnici navštěvovat.

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

úplně souhlasím  částečně souhlasím  částečně nesouhlasím  úplně nesouhlasím

32 V nemocnici mě mohli navštěvovat kamarádi.

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

úplně souhlasím  částečně souhlasím  částečně nesouhlasím  úplně nesouhlasím

32 V nemocnici mě mohli navštěvovat kamarádi.

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

úplně souhlasím  částečně souhlasím  částečně nesouhlasím  úplně nesouhlasím

33 Bál/a jsem se být v nemocnici sám/sama.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- úplně nesouhlasím    částečně nesouhlasím    částečně souhlasím    úplně souhlasím

34 Bál/a jsem se injekcí.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- úplně nesouhlasím    částečně nesouhlasím    částečně souhlasím    úplně souhlasím

35 Bál/a jsem se sester.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- úplně nesouhlasím    částečně nesouhlasím    částečně souhlasím    úplně souhlasím

36 Bál/a jsem se doktorů.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- úplně nesouhlasím    částečně nesouhlasím    částečně souhlasím    úplně souhlasím

37 Bál/a jsem se bolesti.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- úplně nesouhlasím    částečně nesouhlasím    částečně souhlasím    úplně souhlasím

38 V nemocnici bylo podle mě nejlepší ...

39 V nemocnici bylo podle mě nejhorší ...

40 Jakou známku bys dal/a nemocnici za to, jak se o tebe starali?

Nápověda k otázce: *Jako ve škole (1 nejlepší, 5 nejhorší)*

- 1    2    3    4    5

41 A to je všechno! Pokud se Ti chce, můžeš ještě napsat, jak se ti dotazník líbil a jestli jsi otázkám rozuměl/a. Děkuji Ti!

## ANKETNÍ LÍSTEK

Vážení pacienti,

na tomto anketním lístku máte možnost vyjádřit Váš názor na péči, která je Vám poskytována na naší klinice. Můžete se vyjádřit k čemukoliv. Budeme rádi, pokud pochválíte konkrétní pracovníky nebo uvedete s čím, event. s kým jste nebyli spokojeni a proč.

Tento průzkum mínění pacientů je veden anonymně a směřuje k získání podkladů pro další zlepšování práce naší kliniky a jejího personálu.

Jak celkově hodnotíte poskytovanou péči? 1 2 3 4 5  
(známky jako ve škole)

Jak hodnotíte poskytnuté informace o zdravotním stavu Vašeho dítěte a poučení o případné další péči? 1 2 3 4 5  
(známky jako ve škole)

Pochvalte, pokud můžete, pracovníky jmenovitě:

Kteří pracovníci se nechovají nejlépe?

Vaše další poznatky a návrhy: