



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Multidimenzionální pohled na práci dětské sestry  
v ambulantní sféře dětského oddělení**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program:

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Bc. Iveta Příplatová

**Vedoucí práce:** Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

**České Budějovice 2019**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Multidimenzionální pohled na práci dětské sestry v ambulantní sféře dětského oddělení jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. 5. 2019

.....

*podpis*

### **Poděkování**

Ráda bych poděkovala mé vedoucí práce paní Mgr. Ditě Novákové, Ph.D. za odborné vedení, čas, ochotu, cenné rady a vstřícnost při konzultacích. Dále bych ráda poděkovala všem, kteří se podíleli na této diplomové práci a také všem respondentům, kteří ochotně odpověděli nebo vyplnili dotazník. V neposlední řadě bych ráda poděkovala paní Mgr. Olze Dvořáčkové za pomoc při statistickém zpracování a paní Mgr. Zuzaně Šimkové za pomoc s rozšířením dotazníků na dětském oddělení.

# **Multidimenzionální pohled na práci dětské sestry v ambulantní sféře dětského oddělení**

## **Abstrakt**

Práce sester na ambulanci patří k diskutovaným tématům. Důležitá je zejména souhra a spolupráce všech členů zdravotnického týmu. Samozřejmostí je i správná komunikace mezi všemi členy týmu a také komunikace s dětmi a s jejich doprovodem.

Cílem diplomové práce je zmapovat práci dětské sestry v komplexním pohledu v ambulantní sféře dětského oddělení, spokojenost dětí a rodičů v ambulantní sféře dětského oddělení a navrhnout možná zlepšení pro ambulantní sféru dětského oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.

Diplomová práce je zpracována kvalitativně kvantitativním šetřením s použitím polostrukturovaných rozhovorů, dotazníků a pozorování. Výzkumným souborem byly sestry, lékaři, dětské pacienty a jejich doprovod na dětském oddělení, zdravotničtí záchranáři a také široká veřejnost. Rozhovory byly kategorizovány a zpracovány metodou tužka a papír. Dotazníky byly statisticky zpracovány. Skryté zúčastněné pozorování se zaměřilo na spolupráci a komunikaci sester z ambulance s ostatními sestrami, s lékaři, se zdravotnickými záchranáři, s dětmi a jejich doprovodem a spokojenost dětí anebo jejich doprovodu na ambulanci.

Z výsledků práce vyplynulo, že pohled na práci dětské sestry je jak ze strany zdravotníků, tak široké veřejnosti, zkreslen – sestra je viděna hlavně jako poskytovatelka ošetrovatelské péče. Z výsledků dále vyplynula nutnost správné komunikace i znalost cizích jazyků. Práce zároveň posloužila ke zjištění nedostatků nebo návrhů na změny dětské ambulance Nemocnice České Budějovice a.s., včetně spokojenosti pacientů nebo jejich doprovodu při návštěvě, která závisí na době strávené v čekárně. Návrhy na zlepšení byly zpracovány, sepsány a předány managementu dětského oddělení.

## **Klíčová slova:**

Dětský pacient; dětská sestra; komunikace; ambulance; dětské oddělení

# **Multidimensional view on the work of children's nurse in the emergency room of children's ward**

## **Abstract**

The work of nurses in the outpatient department belongs between discussed topics. The interplay and cooperation of all members of the medical team are especially important. Correct communication between all team members and communication with children and their accompaniment are also a matter of course.

The aim of this diploma thesis is to map the work of a nurse in a comprehensive view in the outpatient area of the children's ward, the satisfaction of children and parents in the outpatient area of the children's ward and to suggest possible improvements for the outpatient sphere of the children's ward of České Budějovice a.s.

The diploma thesis is processed by qualitatively quantitative investigation using semi-structured interviews, questionnaires and observations. The research group consisted of nurses, doctors, paediatric patients and their accompaniment at the children's ward, paramedics and the general public as well. The interviews were categorized and processed by the method of pencil and paper. Questionnaires were processed statistically. The hidden participating observation was focused on the collaboration and communication of nurses from outpatient department with other nurses, doctors, paramedics, children and their accompaniment; and it was also focused on the satisfaction of the children or their accompaniment at the outpatient department.

The results of the work showed that the view of the work of the paediatric nurse is distorted both from the health care professionals and the general public, which means that the nurse is seen mainly as a nursing care provider. The results also showed the necessity of proper communication and knowledge of foreign languages. At the same time, the thesis was used to identify shortcomings or suggestions for changes in the paediatric outpatient department of the České Budějovice Hospital, including the satisfaction of patients and their accompaniment during visiting the department that depends on the time spent in the waiting room. Suggestions for improvement were drawn up, drafted and handed over to the children's ward management.

## **Keywords:**

Paediatric patient; paediatric nurse; communication; outpatient department; children's ward

## **Obsah:**

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	9
1.1. Sestra .....	9
1.1.1. Historie ošetrovatelství .....	10
1.1.2. Osobnosti českého ošetrovatelství.....	12
1.1.3. Vzdělání sester.....	13
1.1.4. Historie pediatrického ošetrovatelství .....	14
1.1.5. Role sestry .....	16
1.1.6. Syndrom vyhoření .....	19
1.2. Komunikace .....	20
1.2.1. Komunikační proces .....	21
1.2.2. Verbální komunikace.....	26
1.2.3. Neverbální komunikace .....	28
1.2.4. Komunikace s dětským pacientem .....	31
1.3. Systém péče o dítě.....	36
1.3.1. Primární péče .....	37
1.3.2. Ambulantní sféra .....	38
1.3.3. Lůžková péče .....	39
1.3.4. Práva dětí .....	40
2. Cíle práce a výzkumné otázky .....	42
2.1. Cíle práce .....	42
2.2. Výzkumné otázky.....	42
2.3. Hypotézy .....	42

3. Operacionalizace pojmů .....	43
4. Metodika práce .....	45
4.1. Metodika a technika výzkumného šetření.....	45
4.2. Charakteristika výzkumného souboru.....	46
5. Výsledky .....	47
5.1. Kategorizace dat z rozhovorů.....	47
5.2. Zpracování dotazníkového šetření .....	57
5.2.1. Hypotézy diplomové práce .....	57
5.2.2. Otázky dotazníkového šetření.....	60
5.2.3. Pozorování .....	79
5.2.3.1. Komunikace sester s dětským pacientem nebo s doprovodem .....	79
5.2.3.2. Komunikace sester z ambulance se sestrami z lůžkových oddělení.....	80
5.2.3.3. Komunikace sester z ambulance s lékaři.....	80
5.2.3.4. Komunikace sester z ambulance se zdravotnickými záchranáři .....	81
5.2.3.5. Spokojenost dětí nebo jejich doprovodu na ambulanci.....	81
6. Diskuze .....	83
7. Závěr .....	95
8. Seznam literatury .....	96
9. Seznam příloh .....	105
10. Seznam použitých zkratk .....	138

## Úvod

Téma práce reaguje na současný trend zvyšování kvality poskytované péče pacientům a vycházelo z potřeb dětského oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.

Obecně lze říci, že práce na ambulanci (myšleno všeobecně) je velmi diskutované téma, které rozděluje veřejnost na dva tábory. Jedna skupina je názoru, že práce na ambulanci je „za odměnu“ a zaslouží si jí pracovně starší sestry. Druhá skupina naopak práci na ambulanci nepodceňuje a stojí si pevně za názorem, že na ambulanci musí pracovat zkušená sestra, jelikož se při pracovní náplni setkává s mnoha odlišnými případy, na které musí vždy v čas a správně zareagovat. Proč je tedy práce na ambulanci, v mém případě na ambulanci dětského oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., tak diskutabilní? To se dozvíme v pozdějších kapitolách.

Hlavními pilíři, o které se v diplomové práci opíráme, jsou komunikace a vzájemná spolupráce mezi sestrami, lékaři a zdravotnickými záchranáři. Komunikace je základním kamenem úspěšné práce nejen sester pracujících na ambulanci, ale všeobecně pro každou sestru, proto jsme jí věnovali velkou část v teoretické části.

V praktické části jsme se zaměřili na vzájemnou spolupráci mezi sestrami, lékaři a zdravotnickými záchranáři. Zjišťovali jsme názory na komunikaci, nutnost znalosti cizích jazyků, vlastnosti nebo role sester na dětské ambulanci nejen u již výše zmiňovaných zdravotnických pracovníků ale také jsme požádali veřejnost a pacienty nebo jejich doprovod, kteří navštívili dětskou ambulanci, aby se zapojili a sdělili svůj názor. Zajímali jsme se o to, jak tam jsou spokojeni a zda je napadá, co by se dalo změnit nebo zlepšit. Zkrátka s čím nejsou spokojeni. Dotazovaní byli otevření, a proto tato práce neobsahuje pouze nudná data ale i zajímavé postřehy a názory. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí online dotazníků, které sloužily k vyjádření svých názorů bez prozrazení vlastní identity.



## 1. Současný stav

Příchod dětského pacienta do zdravotnického zařízení sebou může přinést spoustu komplikací. Děti mohou reagovat nejen fyzickými projevy, ale také se to může projevit nepříznivě na jejich duševním stavu (Zacharová, 2017). Děti při dlouhodobé hospitalizaci si mohou připadat izolovaní, a proto je důležité podporovat jejich aktivitu, zájem a také školní docházku (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011).

Důležitá je zde vzdělaná dětská sestra, která musí mít znalosti v oblasti práce s dětmi všech věkových kategorií a musí umět správně pracovat a komunikovat s dětmi (Klíma et al., 2016). Jak popisuje Sikorová (2011), hlavním cílem dětské sestry je zajistit blaho každého dítěte a vytvořit si k němu kladný vztah.

### 1.1. Sestra

Sestra je kvalifikovaný pracovník, který je profesionální v oblasti poskytování péče (Špirudová, 2015b). Sestra vždy pomáhá pacientovi, je jeho oporou a pomáhá mu zvládat těžké životní situace. Je to ona, kdo tráví s pacientem nejvíce času. Většinou je to více času, než tráví s pacientem lékař. Proto musí být sestra profesionálka a umět pacientovi porozumět, poskytnout mu oporu, pečovat o jeho emoce. Navíc by se měla snažit rozpoznat jeho aktuální stav a chápat jeho životní situaci, osobní problémy a přání a pomoci je řešit společně ve vztahu sestra-pacient-lékař (Zacharová, 2017). K tomu všemu, jak píše Vörösová et al. (2015), je důležitá schopnost kritického myšlení. Sestra musí mít schopnost analyzovat, posoudit, hodnotit, vysvětlit, regulovat, interpretovat a specifikovat daný problém. Handan et al. (2018) popisuje, že je důležité, aby sestra dokázala porozumět a poznat sebe sama. Při uvědomění si svého charakteru může sestra lépe porozumět pacientům a dovést je ke správnému cíli. Zborowsky (2014) vyobrazuje sestru jako hlavní pečovatelku, která se stará o nemocné a zraněné v nemocnicích, v domácnostech nebo na ošetrovnách. Sestry od počátků ošetrovatelství poskytovaly svou péči u lůžka pacienta přímo jemu, zatímco lékaři prováděli diagnostiku a léčbu.

V historii byla sestra vnímána jako ošetrovatelka, která má za hlavní náplň práce hygienu. Kompetence sester se rozšířily a jejich náplní práce je podporovat zdraví, předcházet nemocem, edukovat, pečovat, ošetřovat pacienty a pomoci jim při hledání smyslu života v nemoci i ve zdraví (Kutnohorská, 2010). Zacharová (2017) popisuje

rozvoj kompetencí jako posun kupředu. Uvádí, že společnost vidí činnosti sester jako pomoc zdravému i nemocnému člověku při uskutečňování činností při dosažení zdraví, jeho ochrany, a to v případech, kdy to pacient nedokáže sám.

Týmová spolupráce je velmi důležitá při dosažení kladných výsledků. Je potřeba dobrá koordinace, integrace a neustálá pozornost, kterou lze docílit při spolupráci sester, lékařů i ostatních zdravotnických pracovníků. Každý člen zdravotnického týmu má své úkoly a povinnosti a plní svou roli. Při správné souhře, spolupráci všech, je zajištěna efektivní týmová práce (Bártlová in Vévoda et al., 2013). Práva a povinnosti každého zdravotnického člena týmu upravují obecné i speciální právní předpisy, které je nutné dodržovat. Sestry by měly zodpovídat za ošetrovatelskou část a činnosti s tím spojené a lékaři zodpovídají za lékařskou péči a činnosti s ní spojené (Vondráček, Wirthová, 2009).

Kompetence sestry jsou omezené. Spolupracuje s pacientem každý den, vzdělává ho, propaguje zdravý způsob života ale diagnózu a účast při rozhodování o jeho dalším osudu má pouze lékař a sestra je z tohoto procesu vyřazena. Vystává zde ale možnost, že díky rozsahu vzdělání a schopnostem sester, by se mohla stát kompetentnější osobou ve zdravotnickém zařízení, jak se domnívá Šimek (2015).

Aby sestra mohla vykonávat svou práci, musí se stát nejprve zaměstnancem. Činí tak svobodným rozhodnutím a potvrzuje to podepsáním pracovní smlouvy. Ta by měla obsahovat druh práce, místo výkonu, den nástupu do práce, mzdu nebo způsob odměňování. Navíc ve smlouvě může být uvedený i časový horizont o zkušební době (Vondráček, Wirthová, 2009).

### ***1.1.1. Historie ošetrovatelství***

Díky poznatkům, záznamům a dochovaným informacím se ošetrovatelství stále může rozvíjet. Jsou to faktory, které formulují poskytování zdravotní péče, spravedlnost, solidaritu ale také přístup lidí k vlastnímu zdraví. To vše vede ke zkvalitňování poskytované péče a její nadčasovosti, jak popisuje Foth et al. (2018).

Historické kořeny ošetrovatelství sahají hluboko, nejspíše do raného středověku. Péče byla spojována s náboženstvím, zejména křesťanstvím. Jednalo se o pomoc nemocným. Před začátky ošetrovatelské péče si členové rodiny pomáhali navzájem s pomocí bylin, vody a slunce. Později se v kláštrech využívalo také bylin, ale už si je sami pěstovali a vyráběli z nich léky a masti. Zajímavostí je, že se nejvíce o ošetrování

druhých starala žena ošetrovatelka. Ta je v knihách popisována jako anděl. Na zkvalitnění péče měly vliv války, v nichž bylo nutné ošetřit raněné vojáky. Tak vznikly lazarety. Vedle válek dalším nepřítelem byly pandemie, které se lidé snažili zahnat modlitbami, pověrami, zaklínáním až dospěli ke zkvalitnění hygieny (Kutnohorská, 2010). Nejen to ale ovlivnilo ošetrovatelství. Plevová et al. (2018) dále popisuje, že ošetrovatelství ovlivnila i kultura, politika, věda, sociální faktory a neodmyslitelně také osobnosti, které rozvoji ošetrovatelské péče pomohly.

Jak se ošetrovatelství vyvíjelo, tak bylo možné rozdělit péči do třech skupin. V počátcích se jednalo především o laickou péči. Tu poskytovali rodinní příslušníci svým blízkým nebo se pacient snažil pomoci si sám. Dnes ji to nazýváme jako sebebepěči (Kutnohorská, 2010). Plevová (2018) uvádí, že péči v domácnostech nejčastěji vykonávaly matky, někde také otroci. Další kategorii tvořily církve. Ty poskytovaly charitativní péči. V poslední řadě se jedná o organizovanou léčebnou péči. V jejím rámci se příslušníci snažili pomoci všem, a to v době válek, pandemií, v nemoci i ve stáří (Kutnohorská, 2010).

Se vznikem špitálů, rozpoutáváním válek i s příchodem osvícených osobností se postupně začalo vyvíjet ošetrovatelství. Největší zásluhu nese Florence Nightingalová, která působila v Krymské válce (Plevová et al. (2018). Tunstall (2016) popisuje Florence Nightingalovou jako „dámu s lampou“. Popisuje, že se v Krymské válce setkala se špatným zdravotním stavem vojáků, špatnou zdravotní péčí a s nedostatkem finančních prostředků. I přesto se jí podařilo snížit v té době vysokou úmrtnost raněných vojáků. Před jejím příchodem úmrtnost činila 43 % a ona jí dokázala snížit na 2,2 %. Při své práci začala používat základy statistiky a vytvořila diagram. Nejen to ale bylo zásluhou Nightingalové, jak uvádí Zborowsky (2014). Dále zkoumala prostředí, ve kterém se nacházejí pacienti. Přišla na to, že vedle hygieny je důležité zajímat se i o míru infekce, pravidelně větrat, mít správné osvětlení, tlumený hluk, příjemné prostředí s barvami. Dále vyzorovala, že postele by neměly být vedle zdi a uspořádání mezi jednotlivými postelemi by měly být alespoň dva řádky. Dále se kvůli šíření infekce zabývala i kanalizací nebo správným úklidem prostor. Své poznatky sepsala do několika knih a brožur, které svým výnosem pomohly Nightingalové postavit školy a domovy pro sestry, kde se podílela na vzdělání zdravotních sester, jak popisuje Aznar (2010)

Zásluhou Florence Nightingalové se z pomoci nemocným stalo povolání, ve kterém je možné se dnes vzdělávat a rozšiřovat své vědomosti na různé specializace (Zborowsky 2014).

I dochované historické písemnosti mohou být velmi nápomocné při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Historie je jedna z mnohých dalších faktorů, které je dobré si zjistit a znát o dané kultuře. Znalost o dané kultuře, minoritě nebo majoritě, nám může být nápomocná. Obdobně i jazyk daných kultur, umění, náboženství, jejich pravidla, zvyky nebo způsob myšlení (Kutnohorská, 2013).

### ***1.1.2. Osobnosti českého ošetrovatelství***

Ošetrovatelství v naší zemi je již zapsáno v dějinách, a to především i v celosvětovém ošetrovatelství. Osobností, které se podílely na vývoji a rozkvětu ošetrovatelství, je mnoho. Na některé se již zapomnělo, o jiných je možné se dočíst (Kutnohorská, 2010). Mezi nejčastěji uváděné osobnosti české ošetrovatelství patří Julie Molnárová, Eliška Krásnohorská, PhDr. Alice Masaryková, doc. PhDr. Marta Staňková, CSc. Výrazné osobnosti pro české ošetrovatelství jsou Anežka Přemyslovna a Zdislava z Lemberka (Plevová et al., 2018).

Anežka Přemyslovna se narodila do královské rodiny, ale své postavení a mládí se rozhodla obětovat službě Boží. Pro chudé a nemocné se rozhodla vybudovat špitál Na Poříčí a učinila tak v roce 1232. Pojmenovala ho špitál sv. Františka. O rok později vedle špitálu vznikly dva kláštery. Jeden byl pro muže a byl to klášter menších bratří sv. Františka. Druhý, ženský, klášter byl vedený pod řádem sv. Kláry. V roce 1234 Anežka vstoupila do ženského kláštera a stala se tam abatyší neboli představenou. Později ještě založila špitální bratrstvo, které bylo uznané papežem jako samostatný ošetrovatelský Řád křížovníků s červenou hvězdou (Plevová et al., 2018).

Anežka Přemyslovna se díky své píli stala první ženou, která založila první mužský řád a první řád českého ošetrovatelství. Jelikož zasvětila svůj život potřebám a starání se o chudé a nemocné, přisuzuje se jí, že sepsala pokyny, jak správně o ně pečovat. Anežka je považována za zakladatelku českého ošetrovatelství, a nejen proto byla po své smrti svatořečena (Kutnohorská, 2010). Plevová et al. (2018) navíc uvádí, že o Anežce se píše jako o patronce českého ošetrovatelství.

Kutnohorská (2010) píše, že Zdislava z Lemberka pocházela také z královské rodiny. Svůj život věnovala především charitativním činnostem. Se svým manželem

vstoupila do apoštolského řádu dominikánů. Žili skromným životem. Zdislava pomáhala chudým a nemocným. Ti u ní nacházeli podporu. Zmíněná je i v Dalimilově kronice. Kvirenc (2018) píše o Zdislavě jako patronce manželství a rodinného života, které se největší pocty dostalo po smrti, a to když byla svatořečena roku 1995.

### **1.1.3. *Vzdělání sester***

Již v době Jana Ámose Komenského lidé věděli, že možnost vzdělání by měly mít i dívky. Do té doby mohli být vzděláváni jenom chlapci. To se postupem času, zhruba po druhé polovině 17. století, začalo měnit. Vzdělání sester si prošlo dlouhou vývojovou etapou. Nejprve vznikly ošetrovatelky, které se staraly doma o své příbuzné a své zkušenosti si předávaly z generace na generaci. Později vznikaly charitativní instituce, kde se ošetrovatelky staraly o ovdovělé, nemocné, staré nebo o sirotky. Až koncem 18. století lze nalézt počátky vzdělávání sester. Jednalo se o první přednášky v zařízeních pro duševně choré. V roce 1860 je založena díky Florence Nightingalové první ošetrovatelská škola v Londýně. U nás vznikla v roce 1874 v Praze. Roku 1918 vznikla Vyšší sociální škola v Praze a roku 1946 Vyšší ošetrovatelská škola (Plevová et al., 2018).

K rozvoji vzdělání dochází roku 1960, kdy u nás poprvé vzniká magisterské studium sester. Tato iniciativa vznikla v důsledku nárůstu nároků na učitelky ošetrovatelství. Na ty byl nejen vyvíjen tlak z důvodu požadavků ale i z hlediska kvality. Jedná se o druhou zemi v Evropě, která umožňovala vyšší vzdělání sestřím (Plevová et al., 2018). Další velkou změnu pro české ošetrovatelství přinesl zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, který umožnil získat bakalářský titul po tříletém vzdělání na vysoké škole nebo titul Dis. také na tříletém studiu na Vyšší odborné škole zdravotnické (Kutnohorská, 2010). Přesun vzdělání sester na vysoké školy nesl s sebou spoustu negativních reakcí. V roce 2004 se lobbisté ze středních zdravotnických škol spojili a začali proti tomu bojovat. Vedlo se hodně diskuzí a usilovali o vrácení vzdělání zpět k nim na střední zdravotnické školy. Proti tomu se našli i tací, kteří naopak bojují za vysokoškolské vzdělání a zlepšení péče. Domnívají se, že po čtyřletém vysokoškolském vzdělání bude péče kvalitnější a sníží se tak množství zemřelých kvůli chybám při poskytování péče (Špirudová, 2015b). Klímová (2018) se domnívá, že vzdělání sester je velmi důležité, protože se jedná o práci od narození až ke smrti, práce s bolestí, štěstím i smutkem. Popisuje, že sestra

musí být odborníkem nejenom ve svém oboru, ale musí znát i základy psychologie a být tak oporou pacientům a jeho rodině.

Každá profese má svou koncepci oboru. Spojená akreditační komise vydala roku 1998 Koncepci českého ošetrovatelství. Ta obsahuje definici ošetrovatelství, jeho cíle, zájmy, úkoly, síť pracovišť, pracovníky. Koncepce byla pozměněna roku 2004. Podílela se na tom Marta Staňková, která byla ředitelkou odboru vědy a vzdělání Ministerstva zdravotnictví České republiky (Kutnohorská, 2010).

Od 1. 1. 2017 došlo k nahrazení zákona č.96/2004 sb., který se změnil na zákon 201/2017 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Změna zákona reagovala na nedostatek sester a došlo tedy ke spoustě změn. Obor zdravotnický asistent se zrušil. Po skončení středoškolského čtyřletého studia se stává z absolventa praktická sestra. Do té doby všichni, kdo získali titul zdravotnický asistent, se automaticky přejmenovali na praktické sestry. Všeobecnou sestrou je možné se stát třemi různými způsoby. Jedním z nich je tříleté studium na akreditované škole po získání jakéhokoliv maturitního vysvědčení. Po skončení studia student získává titul Bc. Obdobně je tomu i při studiu na vyšších odborných školách se zakončením diplomovaná všeobecná sestra a titulem DiS. Poslední možností je 4+1 a získání titulu DiS., pokud má člověk již kvalifikaci praktické sestry, porodní asistentky, zdravotnického záchranáře nebo dětské sestry. Touto změnou došlo k možnosti práce praktické sestry bez odborného dohledu a ke zrušení kreditního systému (Havelková, 2017). Další změnou je zrušení systému registrace celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, jak popisuje Zavoral (2017). Kutnohorská (2010) uvádí, že registr zdravotnických pracovníků vznikl 1. 5. 2004. Jeho úkolem bylo shromažďovat informace o způsobilosti zdravotnických pracovníků k výkonu svého povolání bez odborného dohledu. Podmínkou bylo pracovat v souladu se zákony, etickými normami, standardy. Registrace byla na 5 let a mezitím bylo nutné se dále vzdělávat.

#### ***1.1.4. Historie pediatrického ošetrovatelství***

Obdobím od narození každého jedince až do dospělosti se zabývá základní medicínský obor pediatrie. Název je odvozený z řečtiny od slovíčka pais – dítě a iatria – léčba. Jedná se tedy o péči o zdravé i nemocné dítě, přičemž je důležitý soulad

tělesného, duševního i sociálního vývoje každého jedince (Slezáková et al., 2010). Základem pediatrie je komplexní péče o dítě a jeho potřeby (Klíma, 2016).

Náznačky v odlišnosti poskytování zdravotní péče dětem lze nalézt už v samotných počátcích ošetřovatelství. Zhruba 2000 let př. n. l. lze nalézt babylónské spisy, které obsahují postupy ke správnému kojení. V Indii byly nalezeny spisy o tom, jak léčit děti (Kordulová, 2018). Jako první, kdo se začal zabývat zvláštnostmi dětského věku spojené s poskytováním ošetřovatelské péče, byla Florence Nightingalová. Snažila se zlepšit péči poskytovanou hospitalizovaným dětem, zlepšit přístup, budovat dětské nemocnice a dalším cílem pro ní bylo vzdělávat sestry, které by se zaměřovaly na péči o děti. Později vznikl ošetřovatelský model Kathryn Barnardové, který se soustředí na vztah mezi rodiči a jejich dětmi (Tručková, Brabcová, 2016). Strnadová (2010) ve své práci uvádí, že model Barnardové se zaměřuje na metody, které zjišťují vývoj dítěte, jeho růst a zdraví. Hlavní složkou modelu je zde matka, dítě a prostředí. Model se soustředí na vzájemné ovlivňování všech tří komponentů. Dojde-li k narušení jednoho činitele, změní se i ostatní. Při hodnocení v tomto modelu jsou použity podněty, které má dítě, reakce dítěte na rodiče, citlivost rodiče na činy dítěte, schopnosti a aktivity rodiče.

Od založení nalezinců pro odložené a nemanželské děti se postupem času dostalo k zakládání nemocnic pro děti. První nemocnice vznikla v Paříži roku 1802. Následovala další nemocnice v Petrohradu roku 1834 a u nás vznikla německá dětská nemocnice roku 1842 (Tručková, Brabcová, 2016). V Brně dětská nemocnice vznikla roku 1846 a v Bratislavě 1853. V roce 1902 vznikla Česká dětská nemocnice v Praze. Roku 1970 byla zbourána a veškerá péče se přesunula do Motolské nemocnice (Kordulová, 2018).

Vzdělávání dětských sester ze začátku probíhalo v nalezincích, kde se učily pečovat o nemocné děti. Jednalo se většinou o ženy, které samy neměly své děti nebo byly vdovy (Tručková, Brabcová, 2016). První ošetřovatelská škola pro dětské sestry u nás vznikla roku 1922 v Praze-Krči, jak popisuje Kutnohorská (2010). Tručková, Brabcová (2016) navíc uvádějí, že první ošetřovatelská škola u nás byla založena již roku 1871 pod záštitou Karolíny Světlé.

Vzdělávání sester si prošlo dlouhou cestu. Pro přípravu dětských sester byla vybudována Švejcárova škola v Praze roku 1946. O rok později vznikla Škola pro ošetřování nemocných v Praze, kde se vzdělávaly dětské sestry. V roce 1948, se

ze všech škol, kde probíhala výuka dětských sester, staly střední zdravotnické školy. Studium bylo čtyřleté a zakončené maturitní zkouškou. Studenti dále museli pokračovat na odborných sociálních zdravotních školách. To bylo zrušeno roku 1995. Za dva roky vznikl tříletý obor Diplomovaná dětská sestra zakončený absolutoriem, který vydržel pouze deset let (Tručková, Brabcová, 2016). Ve školním roce 1996/1997 se naposledy otevřelo čtyřleté studium denní formy na středních zdravotnických školách, kde probíhalo studium dětské sestry. Nahradilo ho studium na vyšších odborných školách, na nichž student mohl získat titul diplomovaná dětská sestra. Tento obor byl roku 2004 zrušen. Obor dětská sestra byl přesunut na specializační studium do Brna a na studium magisterského vzdělání v oboru ošetrovatelská péče v pediatrii, a to pouze na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích a na Lékařské fakultě v Ostravě. Již výše zmiňovanou novelou o změně Zákona č.96/2004 Sb., na Zákon č. 201/2017 sb., se mění i studium dětské sestry. Titul dětská sestra lze získat po studiu 4+1 na vyšší odborné škole zdravotnické a následně bude přidělen titul DiS. Studium je zakončené absolutoriem (Kordulová, 2018).

Velký zlom nastal, když Jiří Dunovský založil SOS vesničky a vedl velký důraz na laktační program a program Baby-Friendly Hospital (Tručková, Brabcová (2016). Světová zdravotnická organizace společně s Dětským fondem OSN (UNICEF) vytvořily již zmiňovaný program Baby Frindly Hospital. Program v sobě skrývá 10 kroků k úspěšnému kojení. Kojení je velmi důležité nejenom pro dítě, ale i pro matku. Děti, které jsou kojené, netrpí tak často na infekční nemoci dýchacích cest, na průjmů i ostatní infekční onemocnění. Zřídka jsou vystaveny riziku syndromu náhlého úmrtí dítěte, cukrovce nebo obezité. Pro matky je důležité kojení z hlediska snížení rizika rakoviny prsu a vaječníků (Allen et al., 2013).

### ***1.1.5. Role sestry***

Každý člověk plní nějaké role. Ty se odvíjí od společenského postavení, názorů, postojů, prožívání, emocí, vlastností osobnosti nebo hodnotového systému. Jiné role mohou být i podle vzdělání nebo podle pracovního zařazení. Mluví se tak o profesních rolích (Špirudová, 2015b). Plevová et al. (2018) dále popisuje, že role sestry se mění i podle toho, s kým momentálně spolupracuje. Jiné role bude plnit ve vztahu k pacientovi, jiné ve vztahu k lékaři nebo ke kolegyním. Venglářová et al.(2011) navíc píše, že velmi důležité je i místo v týmu, které je dané sestře přiřazené a poskytnuté.



Nejlepší je, když se všechny role v týmu vyskytují a navzájem doplňují. S tím souhlasí Rovithis et al. (2017), který se domnívá, že v organizaci je důležité, aby všichni členové znali své role a snažili se je rozvíjet. Pokud dojde k situaci, že zaměstnanec nezná své role a své úkoly, může dojít k nedokončení nebo ke špatnému provedení zadaných úkolů.

Role sestry se velmi prolínají i s charakterem a vlastnostmi. Aby sestra mohla vykonávat své role správně, musí být ochotná obětovat se ve prospěch druhého, sebe zapřít se, zanedbávat vlastní zájmy, být kolektivně orientovaná, emocionálně neutrální, motivovaná, odpovědná atd. (Bártlová, 2005).

Role sestry a role pacienta jsou velmi odlišné, avšak role pacienta ovlivňují role sestry, píše Zacharová (2016). Špirudová (2015b) uvádí ve své knize, že role sestry není možné jednoznačně určit, protože toto povolání je různorodé a měnící se v čase. Oproti tomu Kutnohorská (2007) jasně sepsala 8 rolí sestry. Zařadila do nich sestru jako ošetřovatelku, komunikátorku, edukátorku, poradkyni, advokátku, nositelku změn, manažerku a výzkumnici. Špirudová (2015b) navíc k těmto rolím přiřadila jednu navíc. Je jí role sestry jako týmové hráčky, u které je důležitá spolupráce.

Kutnohorská (2007) uvádí, že sestra v roli ošetřovatelky musí umět spolupracovat s pacienty, plnit si své povinnosti, být odpovědná a dokázat si svou práci obhájit. To patří i mezi etické zásady, jež by měly tvořit základnu všeho. Uvádí, že by to měly obsahovat standardy, normy i jednotlivá rozhodnutí. Vytejková et al. (2011) popisuje sestru jako součást ošetřovatelského týmu, v němž sestra přímo poskytuje ošetřovatelskou péči pacientům.

Hlavním úkolem sestry manažerky je organizovat, řídit/vést, plánovat a kontrolovat. To vše musí propojit se správnou komunikací. Sestra manažerka často pracuje na vedoucích pozicích. Musí tedy zajistit, aby i její podřízení pracovali tak, aby docházelo ke kladným změnám a změnám, které sama sestra manažerka určí (Hekelová, 2012). Venglářová et al. (2011) uvádí, že sestry často mají problém zvládnout přechod mezi prací ošetřovatelskou a prací manažerskou.

Sestra v roli edukátorky má několik funkcí a povinností. Nejprve musí naplánovat, co chce pacienta naučit nebo co mu chce vysvětlit. Poté přichází organizace práce a samotná realizace. Nakonec sestra vyhodnotí proběhlou edukaci (Sikorová, 2012). Sestra v roli edukátorky by měla být součástí multidimenzionálního týmu společně s lékařem, nutričním terapeutem, fyzioterapeutem atd. a ti by měli navštěvovat

pacienta a pomáhat mu (Jarošová, Zeleníková, 2014). Další činností, které sestra edukátorka vykonává, je příprava odborných edukačních a informačních materiálů, které poslouží pro pacienty k jejich edukaci (Špirudová, 2015a).

Mezi další role sestry patří role poradkyně. Ta má velmi blízko k roli edukátorky (Špirudová, 2015a). Hlavním cílem sestry poradkyně je pomoci pacientům s jejich psychickými ale i sociálními problémy, kterými si prochází. Snaží se o dobré mezilidské vztahy v populaci a dále pacienty podporuje jak po citové, tak i intelektové a psychické stránce (Dlugošová, Tkáčová, 2012).

Mezi hlavní činnosti sestry advokátky patří hájit pacientovi zájmy a zájmy jeho rodiny nebo společnosti. Mezi další činnosti sestry advokátky patří chránit lidská práva pacientů, pomáhat pacientovi a jeho rodině v procesech rozhodování, komunikovat a spolupracovat s ostatními členy multidimenzionálního týmu ve prospěch pacienta. Dále sestra zajišťuje veškeré informace pro pacienta nebo jeho rodinu z hlediska zdravotní péče, a zároveň musí respektovat jeho hodnoty, postoje a názory (Kolektiv autorů, 2008). K tomu, aby sestra mohla správně plnit tuto funkci, musí znát veškeré potřebné informace o pacientovi (Plevová et al., 2012).

Sestru v roli nositelky změn můžeme také pojmenovat jako vykonavatelku změn a aktivní nositelku změn (Špirudová, 2015b). Hekelová (2012) popisuje, že hlavními garanty a nositelkami změn jsou sestry na vedoucích pozicích, které mají možnost provést změny.

Sestra v roli výzkumu v ošetrovatelství může mít dvě role. Jedná se o roli spotřebitele a výzkumníka. První činností v roli sestry výzkumnice je číst výzkumné zprávy a používat zjištěné informace. Jako sestra výzkumník je součástí výzkumu nebo jej sama provádí. Pro další rozvoj ošetrovatelství je nezbytný neustálý výzkum, kterému by právě sestra měla být nápomocná. Dále je to právě i sestra, která výsledky výzkumu musí umět aplikovat do praxe (Plevová et al., 2018). Sestry by se neměly bát provádět i aplikovat výzkum. Přispívá to ke zkvalitnění ošetrovatelství (Jarošová, Zeleníková, 2014).

V neposlední řadě je také velmi důležitá role sestry komunikátorky. Nejen, že sestra s pacienty musí umět komunikovat, ale také jim radí a informuje je o jejich zdravotním stavu nebo o dalším postupu léčby (Špirudová, 2015b). Jak uvádí Zacharová (2016), komunikace je velmi důležitá s ohledem na správné fungování mezilidských vztahů. Popisuje, že kvalitní ošetrovatelství nemůže bez komunikace fungovat.

Bártlová (2005) popisuje role sestry jako souhrn více společenských rolí. Ty jsou v různých směrech členěné. Může se jednat o horizontální nebo vertikální členění. Úkolem sestry je své činnosti dokázat včas aktivovat, ačkoliv z počátku nemusí být potřebné. Celek rolí sestry tvoří menší, dílčí oblasti, kam autorka zařadila role: výchovné, expresivní, instrumentální (technické), ošetrovatelsko – pečovatelské. Mezi další role, které tvoří celek patří i schopnost organizace a administrativy, podporovat a vychovávat ke zdraví (především zaměřené na prevenci) a v neposlední řadě i dokázat poradit rodině a veřejnosti.

Hekelová (2012) se domnívá, že role sestry se změní do budoucna v kratším časovém rozmezí, než tomu bylo v minulosti, a to přibližně v časovém rozmezí 10 až 20 let. Nositelkami změn budou právě sestry, které budou ve vedoucích pozicích a stanou se tak garanty oněch změn.

#### **1.1.6. Syndrom vyhoření**

Povolání sestry je velmi náročné. Sestra by měla dokázat soucítit s pacienty, být empatická a poskytnout jim duševní, emoční, fyzickou nebo i duchovní péči. To vše sestru vyčerpává a vystavuje těžkým životním situacím. Sestra se může cítit unavená. Jelikož je sestra častěji vystavena psychickému stresu a kontinuální fyzické práci, Zhang (2018) zmiňuje, že sestry zažívají vyčerpání častěji než lékaři. S tím nesouhlasí Hong et al. (2018), který uvádí, že častěji syndromu vyhoření, neboli burnout syndromu, podléhají lékaři.

Jackson et al. (2018) popisuje, že syndrom vyhoření poprvé popsal autor Shubin roku 1978 jako jakési rozčarování a emoční vyčerpání spějící až k odloučení, cynismu a nízké úrovni sebehodnocení. Ptáček, Bartůněk et al.(2011) popisují syndrom vyhoření jako emocionální jev, kdy dochází k vyčerpání a odosobnění. Člověk ztrácí zájem a častokrát dochází k poklesu efektivity práce.

Syndrom vyhoření není hodnocen jako nemoc. V Mezinárodní klasifikaci nemocí od Světové zdravotnické organizace nemá syndrom kód jako hlavní diagnózu. Najít se dá pouze v doplňkové kategorii. V hlavní kategorii lze nalézt neurastenii jako nemoc, která však nemá všechny typické příznaky syndromu vyhoření. To v praxi znamená, že pojišťovny nehradí léčbu (Stock, 2010).

Kvůli syndromu vyhoření u sester může dojít k horší kvalitě poskytované zdravotní péče a ke snížení spokojenosti a důvěry ze stran pacientů (Zhang, 2018). Dalšími problémy, které se mohou při syndromu vyhoření vyskytnout, je nespokojenost v zaměstnání, zneužívání alkoholu nebo drog a zvýšený výskyt neurosvalových onemocnění (Hong et al., 2018). Tam patří podvrknutí, natažení, zhmoždění, vymknutí, zlomeniny, traumatické amputace nebo jiná poranění vazů, šlach, kloubů a kostí a s tím spojené i pracovní úrazy (Kolektiv autorů, 2008). Fornés-Vives et al. (2018) mezi další příznaky uvádí silný stres, úzkosti, deprese a kardiovaskulární nemoci.

Autorka Prieß (2015) popisuje syndrom vyhoření pomocí čtyřfázového modelu. Na začátku přichází poplachová fáze. Při té svou roli hraje i stres. Další fáze je odpor a s ním spojená psychosomatika. Po této fázi následuje fáze vyčerpání, kde autorka popisuje již počátek vyhoření. Nakonec poslední fází je ústup. Stock (2010) navíc popisuje, že fáze, v nichž syndrom vyhoření probíhá, mohou být velmi dlouhé.

Aby k syndromu vyhoření nedošlo, je dobré se před ním chránit. Při prvních příznacích stresu je důležité zmapovat stres, zjistit co ho zapříčinilo a sestavit si časový diagram. Najít si čas na relaxaci a cvičení. Řešit své problémy a neodkládat je na později. Mít aktivní přístup ke vzdělávání. Najít oporu v rodině. Změnit svůj postoj k práci. Snažit se uvolnit. Myslet pozitivně (Ptáček, Bartůnek et al., 2011). V poslední řadě nebát se a najít si pomoc nebo se zeptat, zda zaměstnavatel nenabízí nějaké programy nebo poradenství v oblasti syndromu vyhoření (Stock, 2010).

Pokud se již člověk cítí velmi slabý a domnívá se, že trpí syndromem vyhoření, předpokladem k vyléčení je zejména poznat sám sebe, znát své silné i slabé stránky. Člověk by se měl podívat na své činy a pozdější reakce, znát své nálady a pocity. Pokud se člověk dostane do nepohody, měl by se snažit zjistit, proč se to stalo a co mu pomůže. Významnou úlohu sehrává mít kamarády, rodinu nebo i dobré kolegy, kteří mohou být nápomocni. V neposlední řadě by se nikdo neměl bát o tom mluvit a svěřit se s problémy (Venglářová et al., 2011).

## ***1.2. Komunikace***

Jedna z hlavních lidských dovedností je schopnost komunikovat. Jedná se o způsob, díky kterému se lidé mezi sebou dorozumívají, sdělují své potřeby, myšlenky, zážitky a postoje (Plevová et al., 2018). Jak uvádí Ptáček (2011), jedná se o samozřejmou schopnost lidí, jelikož se ji učíme již od dětství a používáme ji celý

život.

Výjimku netvoří ani děti se sluchovým nebo zrakovým postižením. I ony se dokáží naučit díky specializovaným pomůckám a edukačním materiálům komunikovat. Tato schopnost je známá již od počátků, kdy se člověk, jako Homo sapiens, dokázal mezi sebou dorozumívat. Jedná se o nevratnou schopnost, jako v případě naučit se chodit nebo jíst (Průcha, 2011).

Tento pojem vznikl z latinského slova *communicare*, což v překladu znamená sdělovat. Mnoho autorů má svou definici, kterou se snaží tento termín vysvětlit. Jedná se o složitý proces, jenž se může odehrávat na více rovinách, proto neexistuje jedna celistvá definice, kterou by se termín dal vysvětlit. Některé definice se zaměřují na konkrétní vlastnosti a dimenze, jiné na obecné (Littlejohnová et al., 2008).

Komunikace mezi zdravotnickým pracovníkem a dítětem by měla obsahovat dva cíle, ke kterým by se mělo při rozhovoru dojít. První velmi důležitý cíl je, aby dítě mělo oporu ve zdravotníkovi, dokázalo se mu svěřit a mohlo tak docházet k vzájemné výměně informací. Druhý velmi důležitý cíl je, aby dítě umělo popsat své problémy přesně tak, jak to cítí. Usnadní to zjištění přesného problému, stanovení diagnózy a zahájení včasné léčby (Becker et al., 2018). S tím souhlasí i Bari et al. (2017), který uvádí, že důležitý je také starostlivý přístup ze strany zdravotníka, aby mohla být profesionální komunikace mezi zdravotnickým pracovníkem a dítětem. Uvádí, že komunikace je jedna z nejdůležitějších součástí kvalitní péče. Bradbury et al. (2018) doplňuje, že důležité je do komunikace zařadit i rodiče, kteří hrají důležitou roli v životě jejich dítěte. Znájí jeho chování a mohou být tak velmi nápomocni. V neposlední řadě hraje zásadní roli komunikace mezi zdravotnickým personálem, která umožňuje zkvalitnění péče, jak uvádí Clark et al. (2013).

### ***1.2.1. Komunikační proces***

Komunikace probíhá vždy mezi dvěma a více lidmi. Jedná se o přenos informací, které se řídí podle komunikačního modelu. Pod tímto slovním spojením se skrývá vzor nebo schéma struktury komunikace. Skládá se z odevzdání a přijetí zpráv a signálů mezi komunikujícími. Vyměňují si mezi sebou tedy zprávy a tvoří jejich významy. Důležité je správné pochopení významů, jak píše Plevová et al. (2018). Mikuláščík (2010) dodává, že komunikační proces je úspěšný, pokud komunikující spolupracují a snaží se dosáhnout společného cíle. Zdůrazňuje nezbytnost osobní

identifikace, nutnost motivace, kladné vztahy, otevřenost a důvěru při řešení problémů a k dosažení společných cílů. S tím souhlasí i Jiřincová (2010), která zdůrazňuje zapojení do komunikace. Chce-li autor zprávy, aby ho druhá strana vyslyšela, musí mu poskytnout celistvou zprávu. To platí i naopak. Chce-li naslouchající porozumět, musí autora zprávy bedlivě poslouchat.

Nejlepším způsobem komunikace, při které nedochází ke zkreslování informací, je komunikace tváří v tvář. Pokud komunikace probíhá přes zprostředkovatele, může docházet ke zkreslení nebo záměně informací. Pokud je komunikace písemnou formou, zde zprostředkování naopak přenese menší riziko ztráty informací. Komunikační proces se dá přesněji rozpracovat do osmi podskupin (Mikuláščík, 2010).

Dále se dá komunikační proces rozdělit na dvě strany. Na jedné je původce neboli autor sdělení, komunikátor. Vizáž mluvčího nebo pisatele může mít vliv na průběh komunikace. Na druhé straně je příjemce zprávy, o kterém bude řeč později (Heger, 2012).

Na začátku komunikace vždy musí být vysílač, neboli komunikátor, produktor. Jeho hlavním úkolem je začátek komunikace. On zvolí informace a vybere jejich zakódování do určité formy. Poté následuje vysílání informací. Komunikátor je osobnost, která má určité vlastnosti a postoje. Ty v danou chvíli ovlivňují úroveň komunikace. Dále se na úrovni komunikace podílejí i temperamentové vlastnosti, charakter, emoce, osobnostní charakteristiky, aktuální nálada, tělesný stav, pocity komfortu a diskomfortu, různá tělesná omezení a také úroveň znalosti daného jazyka (Plevová et al., 2018). Mikuláščík (2010) doplňuje, že cílem komunikátora je, aby ho ostatní vyslechli, pochopili a přijali. Do jisté míry se je snaží ovlivnit a zaujmout.

Když komunikátor zná své myšlenky a ví, co chce sdělit, je důležité informace zakódovat. Nastává tedy proces kódování. Nyní komunikátor převede své myšlenky a informace do určité formy sdělení. Musí volit takovou formu, aby jim druhý rozuměl. Volí se tedy převod informací pomocí slov jazyka, kterému oba rozumí. Pokud je zde jazyková bariéra, myšlenky se převádí do gest a mimiky (Plevová et al., 2018).

Zakódované informace ale mohou být přeneseny i do různých řad symbolů, které mají za úkol vyjádřit myšlenku autora. Jednou z forem je tedy kódovací jazyk, ale i pro veřejnost velmi známé obrazové kódy, jako jsou piktogramy, dopravní značky nebo notový zápis s použitím partitur (Vymětal, 2008).

Tomová et al. (2016) sepsala několik základních zásad, které je nutné dodržovat při kódování sdělení. Nejprve je důležité určit cíl sdělení. Komunikátor by si měl rozmyslet, zda chce předat druhé straně pouze informace, nebo zda chce změnit jeho postoj. Další zásadou by mělo být vytvoření stručné, srozumitelné a zřetelné zprávy s vyvarováním použití nesrozumitelných nebo cizích výrazů, které by příjemce nemusel identifikovat. Dále by sdělení mělo být přiměřené a adekvátní vůči druhé osobě bez dvojsmyslných a zdvojených výrazů. Zřetel musí komunikátor věnovat formě komunikace, aby byla použita její vhodná forma a byla dodržena pravidla slušnosti.

Takto zakódované informace jsou vyslány směrem ke druhé osobě. Ta má za úkol jejich dekódování. Důležité je dávat pozor, aby nedošlo k chybě v dekódování a nevznikl tak chybný úsudek (Plevová et al., 2018). Na to by si měli dát především pozor odborníci, kteří používají cizí slova, kterým ostatní nemusí rozumět. Patří sem zdravotnický personál, a to lékaři i sestry. Svou zprávu by měli přizpůsobit tak, aby jim pacient porozuměl v dostatečné míře a aby nemohl vyvodit jiný, často špatný úsudek. Dekódování je i velmi obtížné při komunikaci mezi odlišnými kulturami (Mikuláščík, 2010).

Další složkou komunikačního procesu je zpráva, komuniké. Jak již bylo výše zmíněno, může mít formu verbální nebo neverbální. Do verbální formy komunikace řadíme zprávu mluvenou nebo psanou. Neverbální zpráva může být formou gesta, postoje, úsměvu, zašklíbení, nebo i oblečení. Zpráva může být ale i verbální společně s neverbální. Pokud někdo sděluje smutné informace, použije u toho určitě i gesto mračení nebo dokonce pláč (Plevová et al., 2018).

Zpráva, kterou chce daná osoba poslat jiné, je výtvozem nějakého podnětu, jenž ovlivnil odesílatele. Vliv má prostředí, aktuální problematika, cíle, důvody. Každý komunikátor by před odesláním zprávy měl nejprve zvážit, co by druhá osoba měla vědět, co musí vědět, co by mohla vědět a zda má dostatek informací k tomu, aby zpráva mohla být vyslána. Důležité je také mít promyšleno, a vzít to v úvahu, aby pro příjemce informace nebyly zbytečné (Vymětal, 2008).

Komunikátor by při tvorbě zprávy měl brát v potaz, že v českém jazyce se vyskytuje mnoho slov s vícečetnými významy. Jak uvádí Tomová et al. (2016) ve své knize příklad abstraktivního výrazu je koruna. Popisuje, že člověk nakloněn k přírodě, si tento pojem nejprve vysvětlí jako korunu určitého druhu stromu. Další člověk, který je ve finanční tísní, při použití tohoto pojmu nejprve v mysli uvidí minci,

se kterou musí zaplatit své dluhy. Další člověk si pod pojmem koruna může představit královskou korunu. Autorka zdůrazňuje, že vyložení abstraktních slov je velmi odlišné. V komuniké se objevují především myšlenky a názory komunikátora, ale nalézt v něm lze i fakta. Komunikátor projevuje své myšlenky, postoje, emoce a obavy. Do komunikace může zařadit i své naučené fráze, klišé nebo „prázdná slova“ (Mikuláščík, 2010).

Aby komunikace mohla probíhat, musí existovat komunikační kanál. Jedná se o jakési médium, které slouží pro přenos informací. Jak již bylo výše zmíněno, komunikace může být verbální i neverbální. Často se jedná o spojitost obou. Kanál tedy většinou také není jen jeden. Nejčastěji bývají dva, ale i čtyři současně. Pokud spolu komunikují dva lidé slovy, je použit hlasový kanál. Souběžně pokud stojí blízko, zapojí se i čichový kanál. Při vzájemné blízkosti a dotecích je použit hmatový kanál. Většina lidí, pokud mluví, tak gestikuluje nebo používá mimiku, proto je zde zrakový kanál. Jak je nyní vidět, použití jednoho kanálu je velmi zřídka, většinou je jich v komunikaci zapojeno mnohem více (Plevová et al., 2018).

Vymětal (2008) ve své knize píše o komunikačním kanálu jako o médiu. Zařadil tam i nutnost zvážení několika faktorů při odesílání zprávy. Na prvním místě autor uvádí náklady. Pokud zprávu nebude komunikant předávat osobně ale pomocí jiných dostupných technik a metod, měl by zvážit náklady. Přeprava zprávy pomocí kurýrní služby bude dražší. Lze použít internetových technologií, jako je e-mail nebo chat. S tím souvisí i rychlost. Přesnost a správnost doručené zprávy bude nejlépe při ústní komunikaci a vzájemném setkání. Při komunikaci s více lidmi, kdy autor chce sdělit všem stejnou zprávu, je možné využít dopisy, které jsou ale cenově dražší než e-mail. Ten, jak již bylo výše zmíněno, je rychlejší, levnější a dostupnější.

Nyní je již zpráva poslána. Další složkou komunikačního procesu je příjemce zpráv. Komunikant nebo také recipient je osoba, která přijímá sdělení. Nejprve musí dekodovat poslané informace, zpracovat je a později vyslat zpětnou vazbu. V tomto momentu se z příjemce stává vysílač (Plevová et al., 2018).

Když komunikant vyšle informace k původnímu vysílači, probíhá tak zpětná vazba. Je definována jako odpověď. Ta slouží vysílači k vyhodnocení jeho informací. Příjemce zprávy může zareagovat několika způsoby. Může zhodnotit danou zprávu pozitivně nebo negativně. Pozitivní reakce může být pomocí pochvaly, souhlasu, úsměvného gesta, kývnutí hlavou aj. Negativní reakce může být vyslána jako nesouhlas,



odmítnutí, kritika, zašklebení aj. Další dělení zpětné vazby je na přímou a nepřímou. Přímou reakcí se myslí slovní odpověď a nepřímou reakcí nějaký čin, mimika, gesto aj. (Plevová et al., 2018). Mikuláščík (2010) uvádí pět funkcí zpětné vazby. Popisuje, že feedback (zpětná vazba) může být provokující, poznávací, podpurná, sociální nebo regulativní.

Podmínky pro komunikaci nemusejí být vždy příznivé, může se vyskytnout komunikační šum. Ten dokáže zkreslit vyslané informace a může dojít ke špatnému doručení informací. Komunikační šum se může vyskytnout v kterékoli části komunikačního procesu. Rozdělit lze šum do dvou skupin, na šum vnější a vnitřní (Plevová et al., 2018).

Mezi vnější šum se řadí veškeré vlivy, které se nacházejí okolo nás. Patří sem zejména hluk, špatné osvětlení, nesrozumitelnost jazyka – cizí jazyky, neznámé prostředí, nepříjemné prostředí, slabá intonace hlasu druhé osoby, příliš velká vzdálenost mezi komunikujícími osobami aj. (Plevová et al., 2018) Jiřincová (2010) dále uvádí, že mezi komunikační šum patří i způsoby vnímání reality. Okolí je možné vnímat pomocí smyslů. Dojde-li k jejich narušení, může být narušená i komunikace.

Mezi vnitřní šumy patří vjemy a prožívání každé osoby. Člověka rozladí např. strach, bolest, onemocnění, různé pocity jako je pocit osamocení, neschopnost porozumět cizímu jazyku aj. Mezi šum při komunikaci se dají zařadit i překážky, které brání člověku při vizuální komunikaci. Pokud má na sobě druhá osoba sluneční brýle nebo jinak zakrytý obličej, zamezí druhé osobě pozorovat mimiku a výraz v obličejí. Může tedy lehce dojít ke zkreslení informací. Pokud je rozmazané nebo špatně čitelné písmo, dochází zde také k informačnímu šumu. Jiřincová (2010) do vnitřních šumů zařadila i schopnost uvažování, přemýšlení a představivosti jedince.

Šumy lze celkově shrnout do čtyř hlavních typů šumů. Fyzické typy šumů pocházejí z okolí mluvících osob a omezují tak správný přenos informací a signálů. Představit si pod tím člověk může hluk z okolí např. od projíždějícího auta, sluneční brýle nebo šum počítače. Osobnostní, fyziologické překážky mluvčího nebo posluchače mohou být např. sluchová nebo zraková vada, problémy s výslovností nebo ztráta paměti. Každou osobnost ovlivňují i její psychologické vjemy, ať už kognitivní nebo mentální. Někteří lidé mohou být vůči jiným zaujatí nebo mohou mít špatný prvotní úsudek. Na některé velmi působí uzavřenost, mylné naděje nebo velmi vystupňované emoce, jako je hněv, nenávisť, zármutek nebo láska. Poslední skupinu

tvoří sémantické šumy, které mají význam ve špatně pochopeném nebo rozdílně vysvětleném obsahu sdělení. K tomuto typu šumu může dojít u lidí s odlišných kultur a světů, při používání odlišných jazyků, žargonů, slangů nebo při používání nevhodných slov a odborných termínů, kterým druhá strana nerozumí (Plevová et al., 2018). Mikuláščík (2010) navíc popisuje i komunikační šum interního charakteru, kam zařadil vtíravé myšlenky komunikátora, které mohou působit velmi negativně na průběh komunikace.

Komunikaci můžeme rozdělit na dvě skupiny. Jedná se o komunikaci verbální a neverbální. I když se dá komunikace rozdělit do dvou skupin, velmi často se komunikace navzájem doplňují a jsou používány společně. Pokud dojde k rozporu mezi verbální a neverbální komunikací, vzniká tzv. dvojná vazba. Znamená to, že člověk říká něco jiného a jinak se u toho tváří. Takováto komunikace je nevěrohodná a nedůstojná (Zacharová, 2016).

### ***1.2.2. Verbální komunikace***

Jiřincová (2010) popisuje verbální komunikaci jako určitý proces, ve kterém dochází k vyměňování informací mezi lidmi. K tomu je potřeba zvukových nebo grafických znaků. Janoušek (2015) píše o verbální komunikaci, jako o jevu, který patří výhradně ke specifickým projevům lidského jedince a spočívá v předávání, přijímání a sdílení verbálních významů.

Při dorozumívání se pomocí verbální komunikace jsou používána slova skrz jazyk. Tehdy se jedná o komunikaci mluvenou. Zařadit sem ale můžeme i komunikaci psanou, jakkoli zprostředkovanou nebo reprodukovanou (Zacharová, 2016).

Správně komunikovat se učí děti již od narození. To je jeden z velmi významných momentů, který dítěti může do budoucna hodně pomoci. Pokud má dítě problémy s komunikací a neřeší si to již v počátcích, často si to s sebou nese do dospělosti a může to vyústit v sociální konflikty. Jedinec při každé komunikaci do ní vkládá svou individualitu, ochotu, vůli a zájem (Plevová et al. 2018).

Aby komunikace komunikátorovi zajistila úspěch a byla efektivní, je důležité dbát na určité prvky, neboli zaměřit se na složky verbální komunikace. Jedná-li komunikátor s protější stranou, je dobré volit správnou rychlost řeči. Řeč by neměla být ani příliš rychlá ani příliš pomalá. S tím souvisí i znalost daného tématu. Rychlá řeč může posluchače odradit a vyvolat dojem nezájmu nebo strachu. Komunikátor by měl

zvolit i správnou hlasitost. Pokud chce upoutat pozornost a sdělit důležité informace, řeč by měla být hlasitější a ráznější. Naopak při nemoci, nepříjemných nebo intimních tématech je dobré zvolit tišší formu komunikace (Plevová et al., 2018). S tím souhlasí i Jiřincová (2010) a dodává, že důležité vedle tónu hlasu je i jeho zabarvení. Komunikuje-li se o nepříjemném tématu nebo je-li potřeba do komunikace vložit čas, používají se pomlky nebo částečné přerušování hovoru. V některých případech špatně použitá odmlka může znamenat, že dotyčná osoba již neví, co říci nebo může naznačovat blížení se k nepříjemnému tématu. Emoce do komunikace také patří a projevit se mohou na výšce hlasu. Každý má svou polohu a intonaci hlasu. Dojde-li k rozrušení, tón se mění a může působit nepříjemně (Plevová et al., 2018). Borg (2013) se domnívá, že k dosažení správné komunikace je možné změnit své emoce, vnímání a přispět tak k lepším myšlenkám a nápadům. Dále uvádí, že komunikace může být prospěšná pro obě strany, když je u obou dostatek empatie.

Dalším nežádoucím projevem je vyskytování se tzv. slovních parazitů, často se opakujících slov (Plevová et al., 2018). Langer (2016) nazývá synonyma slovních parazitů jako vycpávková slova, slovní vatu nebo slovní balast. Jedná se o slova, která v dané komunikaci nemají význam a jsou v projevu umístěná navíc. Jako pomůcka může sloužit vyzkoušet si tyto slovíčka vyškrtnout z kontextu. Komunikace se zjednoduší, pročistí, ale zároveň neztratí význam. Mezi nejčastější slovní parazity autor zařadil „ehm“, „hmm“, „vlastně“, „prostě“, „jakoby“, „samozřejmě“, „v podstatě“. Pilařová (2016) slovní parazity popisuje jako slovíčka, která jsou použita v řeči, když řečník neví, co má říct. Vyplňuje tak pauzy ve své mluvě. Mezi nejčastějšího parazita navíc zařadila i „takže“ a „že ano“.

Poslední důležitou složkou je délka projevu komunikujícího. Ta by měla být přiměřená k obsahu sdělení a neměla by zahrnovat zbytečné informace (Plevová et al., 2018).

Do složek komunikace by se dal zařadit i komunikační kontext. Jedná se o podmínky a situace, při kterých komunikace probíhá. Rozdělit jej lze na vnitřní a vnější. Vnitřní složka obsahuje pocity v nitru každého člověka. Každý prožívá věci jinak, má jiné zkušenosti, nikdo není identický s někým jiným. Vnější složka zahrnuje podněty zvenčí. Jsou to lidé okolo, daný prostor, čas a probíhající situace (Mikuláščík, 2010). S tím souvisí úspěšnost projevu, která je velmi důležitá pro každého. Úspěch spočívá v dodržování několika složek. Komunikující by měl mít

promyšlené sdělení, a to by mělo být přiměřeně dlouhé, ne příliš obsáhlé, jasné a bez používání odborné terminologie, které by druhá strana nemusela rozumět. V každém případě by ve správné komunikaci měly být vynechány dvojsmysly a vulgarismy. Komunikace musí být správně načasovaná, komunikující musí být připravený a je dobré, když zná danou problematiku. Důležitá je i volba prostředí, které by mělo být čisté, útulné, s dostatečným osvětlením bez rušivých elementů. V neposlední řadě po celou dobu komunikace je důležité sledovat reakce posluchače a komunikaci přizpůsobovat (Plevová et al., 2018).

Potřebuje-li se sdělit více informací nebo je-li potřeba komunikace tváří v tvář nebo telefonicky, využívá se forma rozhovoru. Při něm si komunikující strany mohou vyměnit názory, informace, fakta, politické nebo organizační záměry ale také mohou jeden druhému porozumět. Rozhovor probíhá mezi dvěma nebo více lidmi. Rozhovor se dá rozdělit na dvě skupiny podle formální stránky. Nejjednodušší a také nejpoužívanější je rozhovor obyčejný, společensky nezávazný. Jedná se o volnou komunikaci. Druhým typem je řízený nebo také direktivní rozhovor (Mikuláščík, 2010).

Při vedení rozhovoru je velmi důležité věnovat svůj čas přípravě a začít rozhovor správně. Není-li správná příprava, načasování a vhodné prostředí, může dojít k narušení rozhovoru a k získání špatných informací. Po přípravě je důležité věnovat pozornost druhé straně. Soustředit se na jeho nebo jejich emoce, posturologii těla a jednání. Jen tak může vzniknout nerušený a příjemný rozhovor (Daňková, 2013).

Ve zdravotnictví patří k zásadním rozhovor mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem, popřípadě rozhovor s pacientovou rodinou. Zde může být rozhovor psychoterapeutický, kdy pacient sděluje své problémy a strach. Dále může být rozhovor jednorázový, kdy se pacient svěří. Ve zdravotnictví je několik forem a typů rozhovorů. Některé jsou více řízené a mají svůj obsah sdělení, jako je to např. u anamnestického dotazníku, kde jsou otázky předem vymyšlené a navazují na sebe. Naopak u probírání zdravotního stavu nelze předem stanovit obsah rozhovoru. Ten vyplyne až v průběhu (Beran, 2010).

### ***1.2.3. Neverbální komunikace***

Mehrabian (2017) uvádí ve své knize, že neverbální komunikace zaznamenala v posledním desetiletí významný vzestup v oblasti zájmu výzkumníků. Autor popisuje neverbální komunikaci jako komunikaci s použitím výrazů obličeje, držení těla, gest

rukou, pozice a pohyby nohou nebo celého těla. Naproti tomu autor DeVito (2008) neverbální komunikaci popisuje jako komunikaci beze slov. K popsání definice používá podrobnější výrazy. Uvádí úsměv, zamračení, rozšíření zorniček, přisunutí židle blíže k druhé osobně, dotýkání se, zvýšení hlasu nebo nic neříkání. Dále se autor zmiňuje i o nošení šperků jako o způsobu vyjádření komunikace.

Z historického hlediska je známo, že neverbální komunikace je vývojově starší než verbální. V dnešní době funguje však určitá vazba mezi těmito dvěma komunikacemi. Neverbální komunikace může nahrazovat, zvýrazňovat, odporovat nebo měnit význam verbální komunikace (Procházka et al., 2014).

Neverbální komunikace má i spoustu důležitých funkcí, které se nacházejí u mluvčího ale i u posluchače. Jedna z hlavních funkcí je doprovázení neverbální komunikace s verbální. Pokud chce autor sdělením říci něco důležitého, použije i pohyby rukou nebo zvýšení tónu řeči. Při rozzlobení autora s použitím úsměvu nebo vřelého výrazu tváře, dojde k oslabení verbálního sdělení, a tak není verbální složka brána tak hrozivě. Naopak k zesílení verbálního sdělení komunikující může zvýšit svůj hlas a použít našťvaný výraz obličeje. Při neshodě verbální a neverbální komunikace se mohou projevit vzájemné sympatie nebo antipatie, zájem nebo nezájem, upřímnost anebo lhostejnost. V některých případech neverbální komunikace může nahradit slova, jako je tomu u kývnutí hlavou nebo zdvižení palce ruky (Allhoff et al., 2008).

Většina lidí v dnešní době si potrpí ve svém okolí, například v kanceláři, mít okolo sebe spoustu vlastních věcí, jako jsou truhlíky s květinami, osobní věci nebo kancelářské potřeby. Tímto si mezi sebou a ostatními snaží vytvořit jakousi bublinu, naznačit všem, kde je jejich osobní prostor. V tomto případě se jedná o proxemiku. Pojem zavedl Edward Hall v 60. letech 20. století. Byl to americký antropolog (Borg, 2012).

Heilmann (2013) ještě ve své knize navíc píše, že osobní prostor se může u lidí lišit s ohledem na kulturní normy, sociální uspořádání, směr pohybu, velikost a výšku prostoru a v závislosti na sympatie a antipatie vůči druhé osobě.

Osobní prostor se dá rozdělit do pěti zón podle vzdálenosti. Nejkratší zóna je velmi intimní. Jedná se o vzdálenost mezi dvěma osobami od 0 do 15 centimetrů. Do této zóny mohou pouze velmi blízcí lidé, jako jsou partneři nebo vlastní děti. O trochu dál ale stále velmi blízko je zóna intimní. Ta je od člověka

15 až 45 centimetrů. Do ní mohou vstoupit velmi blízcí přátelé, rodina, příbuzní. Při narušení vzniká nepříjemný pocit. Vzdálenost 45 až 122 naznačuje osobní zónu. Jde o vzdálenost natažení paže, tedy potřesení druhé osobě rukou. Tato vzdálenost je přijatelná na společenských akcích a večírcích. Pro prodavače, řemeslníky nebo jiné komunikující profese je důležitá společenská zóna. Ta činí 1,22 až 3,66 metrů a jde o prostor mezi lidmi, kteří spolu musejí komunikovat, ale přitom se neznají. Poslední, nejbzdálenější zóna je nad 3,66 metrů a jedná se o veřejnou zónu, v níž většinou osoby na sebe nijak nereagují (Borg, 2012).

Jednotlivé vzdálenosti jsou rozdílné u každé osoby. Jinak mají vzdálenost jednotlivých zón lidé z venkova a jinak lidé z města. Janáčková et al. (2008) popisuje, že lidé, žijící ve městě a cestující častěji v dopravních prostředcích, mají menší intimní zónu než lidé z vesnice. Dále píše, že blíže druhé osobě častěji stojí ženy než muži a děti než dospělí. Naopak starší lidé si nechávají větší vzdálenost.

Kroupová, et al (2016) uvádí, že zejména pro nevidomé jedince je velmi důležitá haptika. Slavík et al. (2012) haptiku popisuje jako komunikaci s použitím bezprostředního doteku. Autor ji rozdělil do dvou skupin. První skupinu tvoří přímý dotek, kdy jedna osoba se dotkne té druhé přímo. Jako příklad uvádí pohlazení po tváři nebo podání ruky. Další skupinou je nepřímý dotek, kdy se jedna osoba dotkne té druhé, ale je mezi nimi například oblečení. Dalším dělením je dotek přátelský, kam patří pohlazení, a dotek nepřátelský, kam spadá facka nebo udeření. Wernerová (2010) ve své knize uvádí další dělení haptiky, tj. dotek záměrný a plánovaný a dotek nechtěný, bezděčný, např. dotek v přeplněném dopravním prostředku.

Mimika, komunikace pomocí výrazu obličeje, je velmi spjatá s možností využití očního kontaktu. Jedná se o záměrně provedenou pohybovou aktivitu svalů obličeje. Cílem je výraz. Jedná se o schopnost vyjádřit emoce, myšlenky, záměry (Vyskotová, et al., 2013). Zacharová (2017) navíc ve své knize popisuje sedm základních druhů emocí, které se dají z výrazu obličeje u každého jedince vyčíst. Jedná se o štěstí – neštěstí, radost – smutek, klid – rozčilení, zájem – nezájem, spokojenost – nespokojenost, neočekávané překvapení – splněné očekávání a poslední pocit jistoty – strach.

Pomocí polohy těla nebo postoje se dá také komunikovat. Tato neverbální komunikace se nazývá posturologie. Jedná se o polohy končetin, hlavy nebo celého těla (Zacharová, 2017). Jansa et al. (2012) dále doplňuje, že posturologie může mít i symbol

tradic. Jako příklad uvádí pokleknutí při náboženských obřadech.

Velmi blízko k posturologii má kinetika. Je odvozená od slova kinezein, neboli pohybovat se. Dají se tedy sledovat a analyzovat jednotlivé pohyby těla a jeho částí. Rozlišit v rámci kinetiky je možné tempo pohybu – rychlé nebo pomalé, pohybovou plynulost, neuspořádanost pohybu, rytmus, rozsah a intenzitu (Zacharová, 2017).

Některé věci se těžko dají říci pomocí slov. Mnohem lépe a srozumitelněji je dokážeme vyjádřit gesty. Doplnit ale mohou i mluvený proslov a tím ho zesílit, popisuje Plevová et al. (2018). Vymětal (2008) ve své knize uvádí, že existují velké rozdíly v používání gest mezi jednotlivými národy. Uvádí, že za stejnou dobu udělá Fin jedno gesto, Ital 80, Francouz 120 a Mexičan až 170 různých gest. Autor z toho vyvozuje, že čím jižněji se národ nachází, tím více gestikuluje. Používání gest je tedy v každé zemi jiné, a ne všude stejná gesta mají tentýž význam, jako příklad je uvedeno plivnutí před osobu na zem. V Evropě je to považováno za pohrdání, ve středních zemích Afriky za projev úcty.

Lidská gesta se dají rozdělit do několika skupin podle částí těla. Sestra by měla dokázat posoudit, co druhá osoba chce sdělit. Rozlišují se gesta v oblasti obličeje, krku, rukou a nohou. V oblasti obličeje a krku se pozoruje postavení hlavy, zakrývání úst rukou, dotýkání se nosu, tření oka nebo ucha, škrábání na krku, podpírání brady, přiložení ukazováčku na tvář, mnutí brady. U gest rukou se pozorují založené zkřížené paže, položení rukou na hrud', krk nebo břicho a také tvorba ochranných bariér, neboli předmětů, které osoba dává před sebe. Zkřížené nohy patří do gest nohou (Plevová et al., 2018).

#### **1.2.4. *Komunikace s dětským pacientem***

Komunikace s dětským pacientem nemusí být vždy snadná, pokaždé je individuální a velmi specifická, jak píše Plevová et al. (2011). Důležitá je komunikace mezi rodičem a dítětem, a to již v prenatálním období, zejména ve třetím trimestru těhotenství. Matka by měla komunikovat se svým dítětem, zpívat mu písničky nebo číst mu. To může ovlivnit vývoj dítěte a v pozdější fázi i jeho schopnost komunikace. Pokud není ve zdravotnickém zařízení přítomna matka, měla by ji umět zastoupit sestra a rozvíjet dětskou komunikaci. (Malik et al., 2015).

Z historického hlediska se dříve lidé dorozumívali pomocí skřeků a gest.

V dnešní době český jazyk obsahuje více než 54 486 rozdílných slov. Novorozenec vyjadřuje své emoce pomocí breku, a i jiných různých skřeků, což se mění postupem času. V prvním roce života umí dítě zhruba kolem třech slov. Později se učí další a zhruba ve dvou letech už umí přibližně 272 slov. V šesti letech dítě používá zhruba 2 562 slov a o rok později je to již 18 633 slov. Po dovršení dospělosti, přibližně v devatenácti letech slovní zásoba obsahuje 33 540 slov (Plevová et al., 2018).

Správnost, kvalitu a vývoj řeči ovlivňuje několik faktorů. Jedním z nich je inteligence dětí. Méně inteligentní děti začínají mluvit mnohem déle než bystřejší vrstevníci. Rozdíly jsou i v pohlaví. V některých vývojových stádiích řeči jsou mnohem rychlejší děvčata, v jiných zase chlapci. Všeobecně jsou však děvčata oproti chlapcům lepší v hláskování a v gramatice. Některé studie se domnívají, že dvojčata jsou ve vývoji řeči opožděnější. Rozdíly jsou viditelné hlavně u dětí rodičů, kteří se jim věnují, povídají si s nimi, zpívají. Naopak děti trávící spoustu času u televize jsou ve vývoji řeči pomalejší. V poslední řadě velký vliv má také zdravotní a psychický stav dítěte, jak popisuje ve své knize Plevová et al. (2018). S tím souhlasí Sun I. Y. et al. (2014), která píše o poruchách, jež ovlivňují schopnost komunikace. Mezi nejčastější poruchy zařadila poruchy autistického spektra, specifické poruchy jazyka a Downův syndrom.

Hlavní zásadou správné komunikace je věnovat svou pozornost druhé osobě. Malé děti mají největší schopnost empatického naslouchání. Dokáží nejvíce a nejdéle věnovat svůj oční kontakt druhé osobě při komunikaci. Pokud dospělá osoba s dítětem nekomunikuje a zároveň se na něj nedívá, věnuje se jiným věcem. Děti to berou jako nezájem a neochotu, kterou jim většinou dospělá osoba nevěnuje. Správně vedená komunikace s dětmi obsahuje oční kontakt, soustředění se na druhou osobu a vstřícné naslouchání. Poté může být komunikace úspěšná. Zejména u očního kontaktu by si dospělé osoby měly dávat velký pozor, aby byly na stejné úrovni jako dítě. Znamená to, že dospělý by se měl sehnout nebo si sednout k dítěti, aby oči byly ve stejné výšce (Skládalová, 2017).

Špaňhelová (2009) uvádí, že velmi důležité je, aby při komunikaci s dítětem byl souběžně použit oční kontakt a mimika obličeje, nejčastěji milý úsměv.

Dospělí by měli dětem naslouchat, neskákat jim do řeči, nemoralizovat, nepoužívat příkazy, nesmát se jim, nepoužívat ironii ale naopak mluvit vždy pokud to jde pravdu, jasně a srozumitelně, být féroví a upřímní. Nakonec je důležité



si v komunikaci ověřit, že se dospělý s dítětem chápe (Skládalová, 2017).

Ferrell et al. (2016) navíc kromě správné komunikace uvádí i duchovní potřebu. Často se zdravotnický personál může setkat s dětmi z rozdílné kultury nebo s jiným náboženstvím. Děti mohou požadovat náboženské rituály nebo komunikaci s jejich duchovním.

Podobné zásady platí i při komunikaci zdravotnického personálu s nemocným dítětem. Zdravotnický personál se může stát náhradou za rodiče nebo kamarády, proto jeho vystupování by mělo být klidné, milé a profesionální. Na začátku je důležité zjistit, jak se dítě jmenuje, na jaké oslovení je zvyklé, jaké má návyky – kdy chodí spát, co zvládne samo a v čem je mu třeba pomoci. Výhodou je představení zdravotnického personálu. Následovat by mělo seznámení s oddělením, kde se nachází toaleta, jeho pokoj, jeho postel, herna, jídelna a kde najde případně potřebnou pomoc. Při tom je třeba brát v úvahu věk dítěte, jeho rozumové schopnosti a problémy s pojením s daným onemocněním nebo problémem, kvůli kterému leží ve zdravotnickém zařízení (Kelnarová et al., 2014).

Důležitá je i osobnost sestry. Děti jí častokrát pozorují a jsou schopné zareagovat na její aktuální náladu. Sestra by měla být klidná, trpělivá, empatická, rozvážná, schopná si poradit. S dětmi by vždy měla mluvit pouze pravdu, aby bylo možné pěstovat důvěru ve vztahu s dítětem (Ptáček, Bartůněk et al., 2011).

Dětem není dobré lhát, naopak mluvit vždy pravdu v jednoduchých, ale srozumitelných větech. Dítěti nikdy nelhat o bolesti, naopak je důležité ho na ni připravit a být mu při výkonech oporou. V komunikaci má svou důležitou roli i pochvala a ocenění za statečnost (Kelnarová et al., 2014).

Při přítomnosti rodičů je dobré začleňovat je do procesu a spolupracovat s nimi. Nikdy se však nesmí hovořit jen s rodiči a dítě vynechávat (Kelnarová et al., 2014). Velkým přínosem je možnost ubytování alespoň jednoho rodiče společně s dítětem. Dítě se tak cítí mnohem bezpečněji. Pro sestry tato možnost znamená poskytovat důležité informace včas zdravotnickému příslušníkovi, spolupracovat s ním a co nejvíce ho zapojovat do péče. Rodič by se měl již od začátku postupně zaučovat, jak správně má o dítě pečovat. Při dlouhodobých hospitalizacích dítěte s rodičem je důležitý i vztah se zdravotnickým personálem. U chronicky nemocných dětí se často sestra stává rovnocenným partnerem jako rodič a musí umět spolu vycházet, respektovat a navzájem si pomáhat (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Velký vliv na děti mají i prvky neverbální komunikace a prostředí. V příjemném prostředí, které je plné hraček a obrázků se děti budou cítit mnohem lépe. Pobyt dětem mohou zpříjemnit jejich osobní věci, jako jsou hračky nebo oblečení. Nedoporučuje se děti strašit pobyt v nemocnici a neříkat jim, že jsou tam za trest (Kelnarová et al., 2014).

V neposlední řadě je velmi důležité nezapomínat na komunikaci s rodiči. Ty potřebují také emocionální podporu a dostatek informací. Sestry mohou pomoci uklidnit rodiče a pomoci jim zvládnout danou situaci (Hashioto, 2017).

Jako negativní reakce dítěte na hospitalizaci může vzniknout hospitalismus. Jedná se o reakci na pobyt ve zdravotnickém zařízení. U dětí se velmi často projevuje regresí, což znamená návrat dítěte na předchozí vývojové stádium. Dítě se může začít pomočovat nebo přestat komunikovat. U dětí do půl roku věku, pokud se jim věnuje zdravotnický personál, nemusí být odloučení od matky problémové. U dětí školního věku je tomu velmi podobně. Mnohdy jim hospitalizace přinese nové zkušenosti a nové kamarády. Nejhorší dopad má hospitalizace na děti předškolního věku. V dnešní době, pokud to zdravotní stav dítěte a uzpůsobení zdravotnického zařízení dovolí, je k dítěti vždy přijímána blízká osoba, nejčastěji matka. Pokud to nelze, je vhodné domluvit možnost častějších návštěv (Zacharová et al., 2011). Matějček, Langmeier (2011) zařazují k následkům hospitalismu i psychické strádání, pocity osamělosti, chřadnutí, stesk po domově a separační úzkost.

To, jak dítě prožívá nemoc, je velmi často výsledek výchovy a postojů v rodině. Stabilní prostředí a kladné vztahy mezi všemi členy rodiny většinou znamenají, že dítě nemoc bude zvládat mnohem lépe. U malých dětí je důležitá matka, která tráví s dítětem nejvíce času a danou nemoc prožívá nejvíce. Má nejtěžší úkol, tudíž se u ní mohou vyskytnout neurotické problémy, jako je bolest hlavy, nespavost, strach nebo úzkost. Tyto nežádoucí jevy by mohly narušit vztah mezi matkou a dítětem (Plevová et al., 2018).

Dostatek informací by měl zdravotnický personál poskytovat i rodičům. Pokud je dítě malé, zákonní zástupci rozhodují, komu se informace smějí poskytovat. Komunikace s rodinnými příslušníky by měla být zdvořilá, jak popisuje Kelnarová et al. (2014). Stejného názoru je i Plevová et al. (2018), která navíc popisuje i nutnost pochopení chování rodičů, které nemusí být vždy přiměřené. Informace i vážnost zdravotního stavu mohou být řečeny příliš rychle a nesrozumitelně.

Zdravotnický personál by se měl snažit empaticky sdělovat informace, nebránit se otázkám a ochotně informace opakovat.

#### ***1.2.5. Komunikace s dětmi se znevýhodněním***

Ve zdravotnickém zařízení se nevyskytují jenom nemocné děti ale i děti s různým znevýhodněním. Jedná se o širokou škálu poruch, kam patří poruchy učení, poruchy behaviorální, pohybové nebo senzomotorické. Každá osoba je jedinečná a potřebuje individuální přístup. Personál musí přihlížet i na zdravotní stav, etnickou a rasovou skupinu, pohlaví nebo věk. Zdravotníci by tedy měli znát rozdíly a zohlednit je v poskytování zdravotních služeb (Sharbyová et al., 2015).

Bendová (2011) dále ve své knize popisuje další narušitele komunikačních schopností. Zařadila tam nejenom mentální, sluchové a zrakové postižení, ale také kombinované vady, poruchy autistického spektra nebo pacienty po dětských mozkových obrnách.

Mezi hlavní zásady správné komunikace patří partnerský přístup a respektování jedinečnosti každé osoby, a především jejich důstojnosti a intimity. Zdravotnický personál by měl přistupovat a chovat se k pacientům tak, jak by chtěl, aby jednou stejným způsobem přistupoval někdo k němu. V poslední řadě je velmi důležité vnímat subjektivní prožitky a potřeby, získat si důvěru a věřit si navzájem (Andršová, 2012).

U dětí se sluchovým postižením by mělo být prvním krokem zjištění míry postižení, zda je vyvinutá řeč, nebo zda má dítě naslouchátka. U dětí, které přišly o sluch před 5. až 7. rokem života, je většinou narušený přirozený vývoj řeči a často se řadí mezi děti s těžkým sluchovým postižením. Tyto děti často vyjádří své myšlenky a potřeby přímo, jednoznačně, mnohdy to může mít podobu útoku. To musí okolí akceptovat. Dáno je to omezeným množstvím komunikačních prostředků, které děti mají. Pokud je lehké nebo středně těžké postižení sluchu doplněné sluchadly a odezíráním, je dobré toho využít a přizpůsobit komunikaci. Dětem s rozvojem a rehabilitací sluchu, hlasu a řeči pomáhá obor foniatrie a s rozvojem řeči obor logopedie (Muknšnáblova, 2014).

Nováková (2011) popisuje komunikaci se zrakově postiženými jako velmi náročnou. Popisuje čtyři základní informace, které je nutné před komunikací zjistit. Jedná se o stupeň postižení zraku, soběstačnost pacienta, momentální psychický stav a jaké jsou možnosti ulehčení jeho orientaci v cizím prostředí. Komunikaci mohou

usnadnit brýle, lupá nebo Braillova abeceda. Na začátku komunikace je důležité oslovení a představení se. Nikdy by zdravotničtí pracovníci neměli zapomínat, že nevidomý je svéprávná osoba, a tak s ním musí být i jednáno. Nakonec se sluší rozloučit. Výchovou a vzděláváním nejen dětí ale i dospělých se zrakovým postižením se zabývá věda tyflogedie, obor tyflogie.

Velmi specifická je komunikace s mentálně postiženými. Často děti vyrůstají pouze s rodiči a nenavštěvují žádná jiná zařízení. Dítě je tedy fixované na rodiče a na domácí prostředí. Má nedostatek zkušeností s cizími lidmi a s cizím prostředím. Na změnu prostředí, jakou může být hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, může reagovat velmi citlivě. Pravidla komunikace se stále udržují v rovině společenského chování. Způsob komunikace by se měl přizpůsobit mentální úrovni pacienta. Komunikace probíhá vždy s pacientem, doplňující informace je možné získat od doprovodu. Zdravotnický pracovník by měl být trpělivý, tolerantní a měl by si všimnout neverbálních projevů (Venglářová, 2006).

Největším pomocníkem při problému s komunikací může být „augmentativní a alternativní komunikace“ se zkratkou AAK. Pomáhají dětem s poruchami autistického spektra nebo dětem, které nemluví. Výsledkem je naučit děti říct co chtějí, co potřebují nebo požádat o pomoc. Tato metoda by měla eliminovat rozčilení dítěte a zamezit problémovému chování. Děti se učí používat modalitu neboli alternativy komunikace. Jedná se o obrázky, znaky, fotografie, symboly, Braillovo písmo, pomůcky, gesta nebo různé spínače, které jsou ovládány pohybem těla (Bondi, 2007).

### ***1.3. Systém péče o dítě***

I když je Česká republika součástí EU, v každé její zemi se nachází jiný systém poskytování péče pro děti. Gregora a Velemínský (2011) tvrdí, že nejlepší lékařskou péčí má země, ve které se dbá na dodržování prevence. Docílit se toho dá pomocí pravidelného vyšetřování, očkování, širokou osvětou a výchovou dětí k péči o zdraví a boji proti nemocem. Domnívá se, že Česká republika má systém pravidelných preventivních prohlídek velmi propracovaný.

Veškeré informace o preventivních prohlídkách se člověk může dozvědět ve vyhlášce č. 70 ze dne 29. února roku 2012. Píše se v ní o druzích preventivních prohlídek, o jejich poskytovatelích, kteří je provádějí, obsahu a časovém rozmezí (Vyhláška č.70/2012 Sb.).

Po propuštění z porodnice domů dostává matka pro své dítě zdravotní a očkovací průkaz, ve kterém nalezne informace o proběhlém porodu. Dále průkaz vypovídá o zapisování stavu dítěte, o preventivních prohlídkách, očkováních, nemocech nebo úrazech. Zápisy by měl provádět praktický lékař dítěte (Gregora, Velemínský ml., 2017). Na internetových stránkách Státního zdravotního ústavu je možné se dozvědět, že od roku 2012 se zdravotní a očkovací průkaz vyrábí ve dvou podobách, a to zvlášť pro dívky a pro chlapce (Frohlichova, 2017).

Aby populace byla zdravá, je nutné zahájení včasné péče, a to zejména již od dětství. Na děti působí mnoho vlivů a faktorů, které je ovlivňují. První a základní péči by měla zajistit rodina. Po společenské rovině dítě ovlivňují předškolní, školní a zájmové skupiny, přátelé a vrstevníci. Zdravotnickou část zajišťuje obor pediatrie. Ten má na starost dítě, a to jak v ambulantní, tak i lůžkové sféře (Klíma, 2016). Slezáková et al. (2010) popisuje pediatrii jako lékařský obor zabývající se péčí o zdravé, nemocné nebo postižené děti od narození do 18 let věku. Oproti tomu Sedlářová et al. (2008) popisuje obor podobně s tím rozdílem, že pediatrie se zabývá dětmi do skončeného 19. roku.

### **1.3.1. Primární péče**

První kontakt jedince se zdravotnictvím je prostřednictvím primární péče. Ta by měla být co nejvíce dostupná místu, kde lidé žijí. Péči má na starost praktický lékař pro děti a dorost (zkráceně PLDD) a dětská sestra. Jejich úkolem je starat se o zdravé i nemocné dítě nebo o dítě ohrožené z vnějšího prostředí, jako je hrozba formou rodinnou nebo jinou výchovně vzdělávací institucí. Mezi LSPP (lékařská služba první pomoci), rodinou a dítětem by měl být velmi blízký a kladný vztah, aby mohla být zajištěna správná péče, fyzické i duševní zdraví dítěte nebo pomoc při spolupráci se sociálními službami a vzdělávacími institucemi (Sikorová, 2012).

Další specifickou úlohou PLDD je systém pravidelného očkování a pravidelných preventivních prohlídek. Lékař sleduje nejenom zdravotní stav dítěte ale také jeho psychický, psychomotorický, kognitivní, somatický a sociální vývoj. Po psychické stránce pomáhá radit rodičům ohledně kojení a výživy, starším dětem pomáhá s výběrem budoucího povolání. Jako autorita by měli varovat před rizikovým chováním (Muntau, 2014).

Velkou roli zde hraje i dětská sestra. Ta se společně s lékařem podílí

na provádění již zmiňovaných preventivních prohlídek a očkování. Dále by měla umět vyhodnotit psychomotorický vývoj dítěte, schopnosti a dovednosti dítěte, učení mluvy a porozumění řeči. Sestra by měla odhadnout společenskou a rodinnou situaci, úroveň hygieny v rodině, znalosti a zkušenosti matky se staráním se o dítě, možnosti rodiny zajištění pro dítě všech jeho potřeb od těch základních až po potřeby bezpečí, jistoty, citové atd. Sestra by tedy měla být blízkým poradcem matce a rodině dítěte a pomáhat jim prosazovat zdravý životní styl a vhodné návyky (Klíma, 2016).

V dnešní době je možné se setkat i s dětmi mimo vlastní rodinu. Jedná se o děti, které přišly o rodiče tím, že rodiče zemřeli nebo se ztratili, nebo dítě bylo odloučeno od rodičů kvůli dlouhodobému onemocnění, zdravotnímu postižení nebo zdravotním komplikacím, nebo rodiče nejeví zájem o dítě anebo bylo rodičům odebráno kvůli ubližování, zneužívání nebo týrání. V těchto případech pomáhá sociálně-právní ochrana dítěte (se zkratkou OSPOD) společně s orgány sociální péče zajistit náhradní rodinu (Klíma et al. 2016).

### **1.3.2. Ambulantní sféra**

Lehčí zdravotní problémy se v dnešní době mohou řešit pomocí ambulantní péče. Tato forma péče je výhodná možná i díky pokroku v rozvoji medicíny a díky novým trendům v diagnosticko-terapeutické oblasti (Zacharová, et al., 2007). Alisic et al. (2017) popisuje, že návštěva ambulantního zařízení může být pro dítě velmi traumatizující zážitek. Dále uvádí, že je nutné brát ohledy i na rodiče a doprovod dětí, kteří mohou též prožívat stres.

Ambulance slouží i ke specializovaným vyšetřením. Jedná se o různá onemocnění, se kterými si nedokáže poradit praktický lékař a je nutná návštěva lékaře specialisty. Mezi speciální ambulance se řadí dětská diabetologie, dětská endokrinologie, dětská gastroenterologie, dětská revmatologie, dětská ortopedie, dětská gynekologie atd. (Beck et al., 2012).

Využívání ambulantní péče závisí na několika faktorech. Jedním z nich je časté měnění lékařů, opakovaná náročná vyšetření, různé druhy lékařských zákroků, doprava do zařízení, negativní nebo pozitivní zkušenosti, dlouhé nebo naopak krátké čekací lhůty, chování personálu nebo prostředí (Zacharová et al., 2007).

Důležité je nezapomínat na povinnou mlčenlivost. V čekárně by nikdy nemělo dojít k poučování pacienta a vysvětlování mu důležitých věcí, na které musí být

dostatek času, klid a soukromí (Zeman, Krška et al., 2011).

Ambulance mají i svá specifika, na která je nutno myslet. Například dezinfekce by měla být na ambulancích a v jejich čekárnách prováděna častěji a pečlivěji, jelikož se tam vystřídá mnohem více pacientů. Zeman, Krška et al. (2011) přirovnávají nutnost kvalitní a časté dezinfekce na ambulanci k operačním sálům. S tím souhlasí i Sikorová (2012), která popisuje nutnost dezinfekce především z epidemiologického hlediska a zamezení tak šíření nozokomiálních nákaz.

V neposlední řadě je velmi důležitý prostor před ambulancí, tj. čekárna. Jedná se o místo, kde pacient tráví spoustu času. Ke zpříjemnění a zkrácení čau lze poskytnout pacientům řadu informačních letáčků a brožur. Výhodou je možnost objednávání na předem domluvený čas a zkrátit tím čekání i negativní zkušenosti. V ambulancích by měla pracovat zkušená, vlídná, zdvořilá sestra. Ta bývá první osobou, se kterou má pacient kontakt. Její charakter a vystupování může pozitivně ovlivnit pacientův psychický stav a zmírnit tak negativní prožitky (Zacharová, et al., 2007).

Do ambulantní sféry patří i lékařské služby první pomoci. Jedná se o zařízení, která poskytují pomoc v takovém případě, kdy je zapotřebí ošetřit, ale zároveň není stav tak závažný, aby musela být povolána jednotka zdravotnického záchranného systému. LSPP jsou hrazeny městskými úřady nebo zdravotnickými zařízeními. Jejich služba je poskytována v době, kdy praktický lékař nemá otevřeno. Pohotovostní služby jsou poskytovány na určitém místě pro dané území (Sikorová, 2012).

### ***1.3.3. Lůžková péče***

S primární péčí velmi úzce spolupracuje lůžková péče. Ta je poskytována v nemocnicích nebo ve specializovaných odborných centrech, jak uvádí Klíma et al. (2016). MZČR (2012) lůžkovou péčí rozdělilo do několika skupin. Dělí ji na akutní standartní lůžkovou péči, akutní intenzivní lůžkovou péči, následnou lůžkovou péči a dlouhodobou lůžkovou péči.

Historie dětských nemocnic sahá již do roku 1802, kdy byla otevřena první dětská nemocnice v Paříži. Další dětská nemocnice se otevřela až za několik let. Následovalo otevření dětské nemocnice roku 1834 v Petrohradě. U nás došlo k založení a otevření první dětské nemocnice nejprve v Praze a to roku 1842. O čtyři roky později vznikla i v Brně. Otevření nemocnice u nás je spojováno s českým profesorem dětského lékařství panem doktorem Bohdanem Neuertterem (Sedlářová et al., 2008). Prvním

lékařem v dětské nemocnici v Brně se stal Dr. Ferdinand Dworzak. Ze začátku ošetřeli za jeden rok zhruba 100 až 125 nemocných dětí (Kazimour, 2016).

Do lůžkového oddělení, nejčastěji nemocnic se dostane dítě v případě takového zdravotního stavu, který není možné vyřešit doma a je nutná hospitalizace. Při ní se zajistí diagnostika i léčba daného onemocnění. Děti nejčastěji navštíví ambulanci, kde péče začíná a pokračuje dále na lůžkovém oddělení (Klíma et al., 2016).

Hospitalizace pro dítě nemusí být příjemný okamžik, dokonce pro něj může být i traumatizující situací. Děti mohou zažívat strach, bezmoc nebo dokonce může dojít ke snížení soběstačnosti, což pro dítě bude něco nového a nepříjemného (Crawford et al., 2018). Aby hospitalizace nebyla tak traumatizující, je snaha hospitalizovat blízkou osobu společně s dítětem. Zpravidla to bývá někdo, kdo je velmi blízký, nejčastěji rodiče nebo prarodiče. Tato osoba má povinnost dodržovat domácí řád, plnit lékařské intervence a chovat se slušně na oddělení. Při jakémkoliv porušení může být její pobyt ukončen (Vondráček, Wirthová, 2009). Aby se dětem v nemocnicích líbilo co nejvíce, je snahou všech uzpůsobit dané prostředí i denní režim dětským potřebám. Na dětských odděleních je tedy možné vidět výmalbu pokojů a chodeb, vybavení pokojů, herny, školy ale také zkušený a vyškolený personál se vztahem k dětem (Klíma et al., 2016).

#### **1.3.4. Práva dětí**

V dřívější době se nebraly ohledy na práva dětí. To se změnilo až v druhé polovině 19. století, kdy se tímto tématem lékaři začali zabývat. Nejdříve vše probíhalo pouze ve světě a později se to dostalo i k nám. Zhruba někdy ve 20. století se podařilo vytvořit základy pro práva dětí. Zasloužili se o to lékaři, především pediatři. 20. století je díky tomuto úspěchu též někdy nazýváno jako „století práv dětí“. Práva dětí se začala objevovat i v důležitých spisech. Roku 1924 vznikla Ženevská deklarace práv dítěte, v roce 1959 Charta práv dítěte v Chicagu, 1989 Úmluva o právech dítěte v New Yorku, 1990 Světová deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dětí (Kukla et al., 2016).

Roku 1992 vznikl překlad z Charty práv dětských pacientů pod záštitou Centrální etické komise při Ministerstvu zdravotnictví. Dokument nese název Charta práv dětí v nemocnici. Původní dokument pochází z organizace National Association for the Welfare of Children in Hospital, která sídlí v Londýně (Bartůněk, Jurásková, 2016). Heřmanová et al. (2012) uvádí, že Centrální etická komise



tuto chartu přijala v roce 1993. Popisují, že účel charty slouží v zajištění péče ze strany lékařů i ošetrovatelského personálu v prostředí, které bude poskytovat dětem psychosociální stimuly a v prostředí, v němž bude moci být dítě společně s rodičem. Uvádějí, že před hospitalizací ve zdravotnickém zařízení by se měla upřednostnit ambulantní léčba.

Bartůněk, Jurásková (2016) uvádějí práva dětí v 10 bodech. Jedná se o hospitalizaci pouze v takovém případě, kdy není možné jiné řešení daného problému, je dítě ohroženo na životu, anebo není možné problém řešit doma nebo ambulantně. Děti mají právo na návštěvy především rodičů a sourozenců, a pokud je to možné, mělo by být umožněno pobývat s dítětem v nemocnici, pomáhat mu zvládat pobyt a povzbuzovat ho ke spolupráci. Rodiče i děti mají právo vědět veškeré informace v takové míře, aby tomu porozuměli. U dětí je nutné dávat pozor na věk a momentální psychický stav. Děti mají právo podílet se na rozhodování ohledně péče o ně a měly by být chráněny před nepotřebnými výkony. Děti mají právo na své soukromí a zacházet by se s nimi mělo taktně. Další právo se týká možnosti nosit své vlastní osobní oblečení a mít u sebe své oblíbené hračky. Děti mají právo mít vedle sebe ostatní děti podobné věkové skupiny. Prostor má odpovídat bezpečnostním pravidlům a má být vybaveno tak, aby dětem vyhovovalo a uspokojovalo jejich potřeby. Poslední právo se týká práva na hru, vzdělání, a to přizpůsobené jeho zdravotnímu stavu a věku.

Další dokument, v němž se dají nalézt práva, a to nejen dětí, je Listina základních práv a svobod. Je součástí ústavního pořádku České republiky a byla vyhlášena jako usnesení předsednictva ČNR č.2/1993 sb. Některá práva jsou i v zákoně č.359/1999 sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Další dokument přijala Organizace spojených národů. Jedná se o Úmluvu o právech dítěte. Stalo se tak 20. listopadu roku 1989. Je do ní zapojeno 193 zemí. U nás byla podepsána 30. září 1990 ještě za Československou federativní republiku. Platnost měla od 1. 1. 1991 (Kukla et al., 2016). Caplan, Hotez (2018) uvádějí, že Spojené státy americké se podílely na vytváření jazyka pro úmluvu, ale doposud ji nepodepsaly. Autor se domnívá, že práva dětí jsou v dnešní době velmi porušována, a to nejenom ve Spojených státech ale také v Evropě. Domnívá se, že je to kvůli nevědomosti o základních faktech z oblasti vědy.

## **2. Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1. Cíle práce**

Cíl 1: Zmapovat práci dětské sestry v komplexním pohledu v ambulantní sféře dětského oddělení.

Cíl 2: Zmapovat spokojenost dětí a rodičů v ambulantní sféře dětského oddělení.

Cíl 3: Navrhnout možná zlepšení pro ambulantní sféru dětského oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.

### **2.2. Výzkumné otázky**

VO 1: Jak probíhá spolupráce mezi sestrami a lékaři?

VO 2: Jak probíhá spolupráce mezi sestrami z ambulance a lůžkového oddělení?

VO 3: Jak probíhá spolupráce mezi sestrami a zdravotnickými záchranáři?

### **2.3. Hypotézy**

H1: Spokojenost rodičů závisí na typu ambulance, kterou navštívili.

H2: Spokojenost rodičů závisí na době strávené v čekárně.

### **3. Operacionalizace pojmů**

#### **Sestra**

*„Činnost sestry spočívá v ošetrovatelské péči o nemocné nebo postižené, v péči o osoby staré a nemohoucí, Zvolit si povolání sestry znamená svobodně se rozhodnout pro službu jinému člověku, která spočívá v poskytování pomoci při ochraně a navrácení zdraví“ (Kutnohorská, 2007, s. 21).*

*„Smysl profese zdravotní sestry není jednoznačný. Jde převážně o poskytování pomoci, přičemž zpětná vazba, informace o úspěšnosti jejího působení není vždy dosažitelná (např. u psychicky nemocných, pacientů s poruchami vědomí, umírajících). Výsledky profesionální činnosti zdravotní sestry jsou málo zjevné a mají charakter dlouhodobé perspektivy (Venglářová et al., 2011, s. 38).*

#### **Dětská sestra**

*„Dětská sestra má své nezastupitelné místo v oboru pediatrie. Podílí se v rámci svých kompetencí na komplexní péči o dítě od narození až do skončeného 19. roku života ve všech zdravotnických zařízeních“ (Sedlářová et al., 2008, s. 16).*

*„Dětská sestra také často mnohem lépe dokáže odhadnout společenskou a hygienickou úroveň rodiny, schopnost matky správně se o dítě postarat, schopnost rodiny poskytnout dítěti jistoty, zázemí, citové vazby nezbytné pro jeho zdárný vývoj“ (Klíma, 2016, s. 21).*

#### **Pediatric**

*„Pediatric je obor zabývající se vyvíjejícím se jedincem. Tvoří základní článek komplexní péče o dítě a podle potřeb poskytuje péči ambulantní i lůžkovou“ (Klíma, 2016, s. 21).*

*„Pediatric se zabývá prevencí, diagnostikou, léčením, rehabilitací, psychologickou a výchovnou péčí, prostředím, ve kterém dítě a dospívající žije, a sociálně právní ochranou normou dítěte“ (Sedlářová et al., 2008, str. 13).*

#### **Komunikace**

*„Komunikace je univerzálním jevem lidské společnosti a přímým regulátorem úrovně mezilidských vztahů. Zároveň je podmínkou existence každého sociálního systému. Bez ní nemůže existovat žádná sociální skupina. Přispívá k uspokojení potřeby*

*sociálního styku, je prostředkem sociálního začlenění jednotlivce do skupiny“ (Zacharová, 2016, s. 8). „Komunikace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče, je jejím základem“ (Vévoda et al., 2013, s. 65).*

*„Znalost vývojových stádií dítěte umožňuje sestřám efektivně komunikovat s nemocnými dětmi různého věku. Sestra je při pobytu dítěte v nemocnici nejen zdravotníkem, ale jeho nejbližším – často kamarádem či přítelem. Děti sledují chování sester a reagují na jejich klid, rozvahu, schopnost poradit, pravdomluvnost a respekt“ (Ptáček, Bartůněk et al., 2011, s. 243).*

### **Ambulance**

*„Ambulantní primární péče je soubor všech činností poskytovaných zdravotnickými pracovníky – v případě dětí praktickým lékařem pro děti a dorost (PLDD) a dětskou sestrou – všem dětem v linii prvního kontaktu“ (Klíma, 2016, s. 21).*

*„Poskytuje komplexní léčebně-preventivní péči pro populaci od narození do 19 let věku. Stěžejní je péče preventivní, včetně očkování a preventivních prohlídek“ (Sikorová, 2012, s. 131).*

### **Nemocnice**

*„Na primární péči navazuje pracoviště nemocniční lůžkové péče, a to v případě nutnosti řešit závažné stavy ohrožení zdraví či života dítěte. Tato péče je poskytována v lůžkových zařízeních – dětských odděleních nemocnic, popřípadě v návaznosti i ve specializovaných odborných centrech velkých a fakultních nemocnic“ (Klíma, 2016, s. 22).*

*„Nemocniční zdravotní péče – dětská lůžková oddělení umožňují hospitalizaci dítěte a dospívajícího tam, kde není možné zajistit vyšetření a léčbu ambulantním způsobem. Zásady přístupu k dětem a dospívajícím v nemocnici jsou vyjádřeny v Chartě práv hospitalizovaných dětí“ (Slezáková et al., 2010, str. 11).*

## 4. Metodika práce

Ke zpracování problematiky teoretické části diplomové práce byly použity české i zahraniční zdroje, kam patřily odborné knihy a odborné časopisy.

### 4.1. Metodika a technika výzkumného šetření

V empirické části diplomové práce byla použita kombinace kvalitativních a kvantitativních metod s užitím polostrukturovaných rozhovorů, dotazníkového šetření a pozorování v ambulanci dětského oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Před začátkem výzkumného šetření bylo třeba zajistit souhlasy s hlavní a vrchní sestrou, které byly získány.

Rozhovory byly provedeny s pěti sestrami, s pěti lékaři, pěti pacienty nebo jejich doprovodem a se třemi zdravotnickými záchranáři na dětské ambulanci Nemocnice České Budějovice a.s. Rozhovor tvořil 10 otázek (Příloha 1). Rozhovory byly nahrávány do nahrávacího systému a následně byly přepsány. Respondenti byli informováni o nahrávání rozhovoru a o anonymitě. Rozhovory byly pořizeny v dětské ambulanci nebo čekárně již zmiňované nemocnice. Následně byly přepsány metodou tzv. přímé transkripce. Získaná data byla následně zpracována pomocí metody otevřeného kódování, tedy tužka a papír. V rozhovorech jsme se zaměřili na nutnost vzdělání sester na dětské ambulanci, na množství práce, na vzájemnou spolupráci mezi jednotlivými profesemi, na náplň práce, role sester, komunikaci, vlastnosti a možná zlepšení na dětské ambulanci již zmiňované nemocnice.

Díky provedeným rozhovorům bylo výzkumné šetření doplněno o další informace, např. znalost cizích jazyků, a rozšířeno do dotazníkového šetření. Dotazníky byly vytvořeny pro sestry z ambulance (Příloha 2), sestry z lůžkových stanic dětského oddělení (Příloha 3), pro lékaře (Příloha 4) a pro pacienty nebo jejich doprovod (Příloha 5), kteří navštívili dětskou ambulanci. Další dotazník byl vytvořen online pomocí internetového portálu pro širokou veřejnost (Příloha 6), který byl šířený pomocí veřejných sociálních sítí. Poslední online dotazník byl vytvořený pro záchranáře (Příloha 7) a byl rozeslán pomocí emailu záchranářům Jihočeského kraje a pomocí sociálních sítí šířen i mezi studenty oboru Zdravotnických záchranář, kteří mají praxi u zdravotnických záchranářů. Dotazníky byly šířeny od začátku února do konce března. Všichni respondenti před vyplňováním dotazníků byli informováni o anonymitě

a o použití údajů pouze ke zpracování diplomové práce. Rozšíření dotazníků nejen mezi zdravotnické pracovníky ale i mezi veřejnost, přispělo k mnohorozměrnému pohledu na danou problematiku této práce. Anonymní forma výzkumného šetření přispěla k získání zajímavých informací a dále ke splnění cílů této práce. V dotazníkovém šetření byly použity podobné otázky jako v rozhovorech, tedy otázky týkající se vzdělání sester, rolí sester, vlastností nebo komunikace. V celkovém součtu všech rozšířených a vrácených dotazníků byla návratnost zhruba 90 %, tedy vysoká. Dotazníky byly zpracovány do grafů a tabulek.

Od března roku 2018 do konce téhož roku probíhalo pozorování, a to v ranních, odpoledních, denních i nočních směnách autora práce. Pozorování bylo skryté a zúčastněné a bylo zaznamenáváno do pozorovacího archu (Příloha 8) a následně zpracováno. Pozorování se zaměřilo na komunikaci sester z ambulance s dětskými pacienty nebo jejich doprovodem, na spolupráci sester z ambulance se sestrami z lůžkových oddělení, na spolupráci sester z ambulance s lékaři, na spolupráci sester z ambulance se zdravotnickými záchranáři a na spokojenost dětí nebo jejich doprovodu na dětské ambulanci. Pozorování doplňuje náhled na problematiku očima autora.

#### **4.2. Charakteristika výzkumného souboru**

U výzkumného šetření rozhovorů byl zvolen záměrný výběr respondentů. O rozhovor bylo požádáno 5 sester, 5 lékařů, 5 pacientů nebo jejich zákonných zástupců a 3 zdravotničtí záchranáři, kteří pracují nebo navštívili dětskou ambulanci Nemocnice České Budějovice a.s. Všichni dotázaní souhlasili s provedením rozhovoru a byli obeznámeni s jeho anonymní podobou. Ve výsledkové části diplomové práce jsou sestry označeny písmenem S, tedy S1-S5, lékaři L, tedy L1-L5, pacienti nebo jejich zákonní zástupci P, tedy P1-P5 a zdravotničtí záchranáři písmenem Z, tedy Z1-Z5.

K vyplnění dotazníkového šetření byly požádány sestry nejen z ambulance, ale i z lůžkových oddělení a lékaři pracující na dětském oddělení a pacienti nebo jejich doprovod, kteří navštívili dětskou ambulanci Nemocnice České Budějovice a.s. Dotazníky byly předány vrchní sestře dětského oddělení, která po zkontrolování rozšířila dotazníky na příslušná oddělení a mezi lékaře. Dotazník vyplnilo 53 sester, 12 lékařů a 28 záchranářů. Respondentů z řad veřejnosti se dotazníkového šetření zúčastnilo 224. Zde byl použit náhodný výběr. Výzkumný soubor tvořilo celkem 317 respondentů.

## **5. Výsledky**

Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány kvalitativními i kvantitativními technikami. V první části byly zpracovány polostrukturované rozhovory, tedy kvalitativní část výzkumného šetření. Poté byla statistickými metodami zpracována kvantitativní data, která byla získána z šetření pomocí dotazníků.

### **5.1. Kategorizace dat z rozhovorů**

Rozhovory byly zpracovány pomocí analýzy dat metodou otevřeného kódování, tj. metoda tužka a papír. Získané informace byly uspořádány do kategorií, které budou dále popsány ve výsledcích diplomové práce. Rozhovory před provedením analýzy dat pomocí kódování byly nejprve přepsány metodou přímé transkripce z nahraného souboru z nahrávacího zařízení.

Z výsledku analýzy vznikly celkem 4 kategorie a 8 podkategorií.

#### **1. Pohled na dětskou sestru v ambulanci dětského oddělení**

Vzdělání

Spolupráce, přístup

Vlastnosti

Role sestry

#### **2. Pohled na práci dětské sestry v ambulanci dětského oddělení**

Náplň práce

Náročnost

#### **3. Ambulance dětského oddělení**

Spokojenost

Změny

#### **4. Komunikace**

## ***Kategorie 1: Pohled na dětskou sestru v ambulanci dětského oddělení***

### **Podkategorie: Vzdělání**

V první kategorii byl výzkum zaměřený na otázky týkající se pohledu na dětskou sestru v ambulanci dětského oddělení.

První položenou otázkou, byla otázka týkající se vzdělání. Většina dotázaných sester uvedla, že nezáleží na délce studia (S1, S2, S3, S4, S5). Sestra (S3) uvedla, že má mezi sebou kolegyně, které nemají dětské vzdělání a ve výkonu praxe jim to nevadí. S tím souhlasí i sestry (S4, S5), které uvádějí, že důležitější než vzdělání sester je jejich charakter a osobnost. S4 uvedla: *„Hlavní je, aby to sestra uměla s dětmi. Vždyť je tu spousta sester, které tu školu nemají a svoji práci dělají dobře.“* S5 obdobně odpověděla na otázku jako S4: *„Záleží, kdy ten „titul“ dětské sestry získá. Domnívám se, že není důležité mít několik škol. Důležité je, aby to ta sestra měla v sobě. Znáám spousta kolegyní, které nemají vysoké školy, ale mají vztah k dětem. A to je to nejdůležitější. Dneska je v tom školství strašný zmatek. Jsem ráda, že už to nemusím absolvovat.“*

Z dotázaných lékařů na vzdělanost sester záporně odpověděl pouze jeden lékař (L4). Ostatní lékaři (L1, L2, L3, L5) nepovažují vzdělání sester za důležité a rozhodující. Lékař (L2) nepovažuje nutnost vzdělání sester za důležité, ale domnívá se, že tato otázka je velmi obtížná. Porovnává práci na neonatologickém oddělení a dětském oddělení, kde uvádí: *„U nás na neonatologickém oddělení sestra musí být vystudovaná jako dětská. Ale tam jsou zase hodně malé dětičky. Na druhou stranu, tady máte mnohem širší pole působení. Chodí Vám sem děti vlastně od 1 měsíce až skoro do 19 let. Tam jsou poté velké rozdíly. To u nás není. Je to těžká otázka.“*

Z dotázaných pacientů nebo jejich doprovodu byli pro vzdělání dva (P3, P4), kteří uvedli, že je důležité, aby sestry byly vzdělané pro práci s dětmi. Ostatní (P1, P2, P5) uvedli, že důležitější, než vzdělání sester je jejich osobnost, vztah k práci, přístup k dětem a to, aby je to především bavilo.

Z rozhovoru provedeného se záchranáři vyšlo najevo, že jeden (Z1) uvádí, že studium dětské sestry doposud bylo velmi zdlouhavé a dle jeho slov *„zbytečné“*. Oproti tomu další 2 dotázaní (Z2, Z3) souhlasí s nutností vzdělání sester. Všichni se ale shodli, že je důležité mít správné vlastnosti k práci s dětmi a správný přístup a vztah.



### **Podkategorie: Spolupráce, přístup**

V další podkategorii jsme se zaměřili na vzájemnou spolupráci mezi sestrami z ambulance a ostatními kolegyněmi z ambulance, se sestrami z lůžkového oddělení, s lékaři a záchranáři. U pacientů a jejich doprovodu jsme se zaměřili na přístup sester z ambulance k nim.

Ambulantním sestrám (S1, S2) se s ostatními sestrami z ambulance spolupracuje dobře. Ani jedna však nehodnotí přístup zcela pozitivně. Obě dotázané respondentky popisují problém v ženském kolektivu. S2 popisuje náladu v kolektivu jako „ponorku“. Obě se však shodují na dobrém kolektivu, ve kterém se všichni dobře znají a ve kterém nemají problém. Sestry z ambulance byly tázány i na spolupráci s ostatními sestrami z lůžkového oddělení. Obě respondentky (S1, S2) hodnotí spolupráci velmi kladně. Neuváděly žádný problém. Sestry z lůžkového oddělení byly tázány na spolupráci se sestrami z ambulance. Všechny sestry (S3, S4, S5) odpověděly shodně, tj. spolupracuje se jim dobře. S3 uvádí, že si myslí, že na dětském oddělení je dobrý kolektiv. Sestry (S4, S5) uvedly, že se znají všechny sestry na dětském oddělení, proto se jim spolupracuje dobře.

Na spolupráci se sestrami z ambulance byli dotázáni i všichni lékaři. Všichni (L1, L2, L3, L4, L5) odpověděli obdobně. Všem se se sestrami z ambulance pracuje dobře, neuvádějí žádný problém s nikým. L2 porovnává spolupráci se sestrami z dětského oddělení se sestrami z neonatologického oddělení a uvádí, že kromě ambulantních sester se spolupracuje dobře se všemi z dětského oddělení.

U pacientů nebo jejich doprovodu byla otázka položena na přístup sester z ambulance. Všichni dotázaní (P1, P2, P3, P4, P5) odpověděli, že přístup sester z dětské ambulance je dobrý. Větší polovina (P1, P2, P3) uvedla prozatím dobře. P3 dodal, že nikdy na dětském oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. nebyl. Pacienti nebo jejich doprovod (P2, P4, P5) uvádějí, že jsou sestřičky velmi milé.

Na stejnou otázku jako pacienti byli dotázáni i záchranáři. Ti se také shodli (Z1, Z2, Z3), že nemají problém se spoluprací se sestrami z ambulance dětského oddělení a hodnotili ji kladně. Z1 uvádí, že se mu líbí dobrá spolupráce ohledně připravenosti přijmout posádku záchranného systému hned a upřednostnit ji před jinými pacienty.

### **Podkategorie: Vlastnosti**

Všem dotázaným respondentům byla položena otázka týkající se vlastností, které by sestry z dětského oddělení měly mít.

Sestry (S3, S5) uvádějí, že by sestra na ambulanci měla hlavně umět komunikovat. S1 podotkla, že si myslí, že by sestry na ambulanci měly mít již svoje děti, že je to znát na jejich přístupu. Oproti tomu S2 si myslí, že na věku nezáleží. S1 popsala, že sestra by měla být empatická, rozhodná, sebevědomá a vzdělaná. S2 je názoru, že sestra by měla být především klidná a usměvavá. „*Úsměv se dneska velmi cení*“ popsala S5. S tím souhlasí i S3, která zařadila usměvavost mezi vlastnosti, jimiž by sestra měla disponovat. Sestra by měla být příjemná a milá uvádí S4 a S5. S1 a S4 uvádějí, že sestra by měla být i vzdělaná. S4 uvádí, že sestra by měla mít vlastnosti „*jako jakákoliv jiná sestra*“.

Většina lékařů (L1, L2, L3, L5) zmínila jako jednu z vlastností, aby sestry na ambulanci uměly komunikovat. Další často zmíněnou vlastností byla šikovnost a empaticnost (L1, L2, L4). L1 a L4 uvádějí, že u sester na ambulanci je důležité, aby byly pohotové a uměly se rychle rozhodnout. L1 obdobně uvádí, že sestry by měly být hbité. L3 uvádí, že velmi důležité je, aby sestra na ambulanci měla kladný vztah k dětem.

Většina dotázaných pacientů nebo jejich doprovodu (P1, P3, P4, P5) se shodli, že sestra na ambulanci by měla umět komunikovat s dětmi a měla by k nim mít dobrý vztah. Další vlastností, která byla často zmiňována, je empaticnost. Uvedl ji P1, P2 a P5. P1, P3 uvedli, že sestra by měla být hlavně milá a usměvavá. P5 do vlastností sestry na ambulanci zařadil pohotovost a rychlost. Zkušenost zmínil P2 a P4.

Dotázaní záchranáři (Z1, Z2, Z3) se shodli, že sestra na ambulanci potřebuje být především pohotová, empatická a měla by umět komunikovat. Z2 a Z3 uvádí, že sestry by měly být i vzdělané a měly by umět pracovat nejen s dětmi, ale i s jejich rodiči.

### **Podkategorie: Role sestry**

Všem dotázaným byla položena otázka na role sestry, které plní sestra v ambulanci dětského oddělení.

Všechny dotázané sestry (S1, S2, S3, S4, S5) neznaly a neuměly vyjmenovat role sestry. Jedna dotázaná (S4) uvedla, že se to učila ve škole, ale momentálně si na ně

nevzpomíná. Po vyjmenování rolí sester všechny (S1, S2, S3, S4, S5) uvedly, že se domnívají, že sestra na ambulanci plní asi všechny role. S1 uvedla, že si myslí, že sestra na ambulanci plní i roli mateřskou. S4 a s S5 obdobně uvedly jako hlavní roli sestry pečování o děti.

Z dotázaných lékařů (L1, L2, L3, L4, L5) všichni uvedli, že role sester neznají. Po vyjmenování se všichni dotázaní (L1, L2, L3, L4, L5) shodli, na hlavních rolích sester na ambulanci. Jedná se o roli poskytovatelky ošetrovatelské péče. L1 navíc uvedl, že rolí sestry je umět svojí práci.

Obdobně jako u lékařů tomu bylo i u pacientů nebo jejich doprovodu. Nikdo (P1, P2, P3, P4, P5) neznal role sestry. Po vyjmenování (P1, P2, P2, P5) uvedli, že role sester na ambulanci plní asi všechny, ale že neví. P4 dodal, že hlavní rolí sestry je postarat se o děti. Ty zbylé uvedl, že jsou podřadné.

Stejně tomu tak bylo i v dotázání na role sester záchranářů. Všichni dotázaní (Z1, Z2, Z3) se shodli, že role sester neznají. Uvedli, že rolí sestry je starat se o děti.

## **Kategorie 2: Pohled na práci dětské sestry v ambulanci dětského oddělení**

Další otázky byly zaměřené na práci dětské sestry, kterou plní na ambulanci dětského oddělení. Řadí se sem kategorie: náplň práce a náročnost práce. Tyto otázky byly položeny všem respondentům.

### **Podkategorie: Náplň práce**

Všem respondentům byla položena stejná otázka. S1 popisuje, že: „*práci dělají od sanitárky přes recepční až kam.*“ Uvádí jako náplň práce odnos materiálů, doprovázení pacientů, určování diagnóz, aj. Dále se domnívá, že práce na ambulanci oproti práci na lůžkovém oddělení je náročnější mnohem více po psychické stránce. Totéž odpověděla i sestra S2. Dále S2 uvádí jako náplň práce úklid, dezinfekci, aplikaci injekcí, práci s dokumentací, podávání léků, zvedání telefonů. Odběry krve a příjem dětí k hospitalizaci zmiňují všechny respondentky (S1, S2, S3, S4, S5). Práci s počítačem uvedly sestry S2, S3, S4, S5. Podávání klyzmatu a cévkování uvedla S2, S4, S5. S4 navíc přidává jako náplň práce inhalaci Adrenalinu. S5 navíc uvádí, že některé sestry na ambulanci slouží nejen na příjmu, ale také v odborných ambulancích.

Všichni dotázaní lékaři (L1, L2, L3, L4, L5) se shodli, že náplní práce sestry

je práce s počítačem a práce s dětmi a s jejich rodiči nebo doprovodem. Většina dotázaných (L1, L2, L3, L5) uvedla, že sestřičky přijímají děti do zdravotnického zařízení a pracují s dokumentací. Měření fyziologických funkcí zmiňují všichni lékaři (L1, L2, L3, L4, L5). Podávání klyzmatu, cévkování, odběry krve uvedli L1, L4.

Práci s dětmi uvedli také všichni dotázaní pacienti nebo jejich doprovod (P1, P2, P3, P4, P5). P3 navíc dodal, že sestra na ambulanci cévkuje a podává klyzma. Odběry krve uvedl P2, P5. P4 zmínil, že prací sestry je i umět poradit a odpovědět na dotazy rodičů. P1 a P2 uvedli, že sestra na ambulanci vybírá poplatky.

Všichni dotázaní záchranáři (Z1, Z2, Z3) se taktéž shodli, že hlavní náplní práce sestry je práce s dětmi a jejich rodiči. Z2 uvedl, že sestra na dětské ambulanci i provádí různé výkony, kam zařadil odběry krve, podávání léků a aplikaci Adrenalinu. Též se všichni (Z1, Z2, Z3) shodli, že sestra na ambulanci pracuje s dokumentací, přijímá dětské pacienty do nemocničního zařízení a asistuje lékařům.

#### **Podkategorie: Náročnost**

Všem dotázaným respondentům byla položena otázka, zda si myslí, že je práce dětské sestry v ambulanci dětského oddělení náročná.

Většina dotázaných sester (S1, S3, S3, S5) se shodla, že práce na ambulanci dětského oddělení je pro sestry náročná. Jedná sestra (S4) se domnívá, že sestry hodně práce na ambulanci nemají. Sestry (S1, S5) uvádějí, že dle jejich názoru, je práce těžká po psychické i fyzické stránce. S2 dodává, že náročná práce je hlavně po psychické stránce. S3 blíže nespecifikovala náročnost práce. Sestry (S1, S2) odůvodňují vysokou náročnost hektickým provozem doprovázeným řadou ambulantních výkonů a strachem, který souvisí s jednočlennou službou, např. v noci. Sestra (S5) uvedla, že na druhou stranu mají sestry na ambulanci i doby klidu, což se domnívá, že je jakási kompenzace.

Odpovědi lékařů nebyly zcela jednoznačné. Lékaři (L1, L3, L4, L5) odpověděli, že práce na ambulanci je pro sestry náročná jen občas, popisují nárazově. L1 doplnil, že „každá práce je něčím specifická“. L2 naopak se zastává názoru, že práce náročná je. Uvádí, že oproti neonatologickému oddělení chodí na ambulanci dětského oddělení pacienti častěji a mnohdy s vážnějšími případy.

Pacienti nebo jejich doprovod (P1, P2, P3, P5) se shodli, že je práce na dětské ambulanci náročná. Oproti tomu P4 si myslí opak, tj. práce spíše není náročná. P1 a P3 popisují náročnost po psychické stránce. Uvádí jako důvod možné konflikty s rodiči

nebo nevychovanými dětmi. P2 se domnívá, že se jedná o práci, kde je velmi důležitá zodpovědnost. P5 uvádí náročnost práce především v těžkosti práce z hlediska nemocnosti dětí.

Záchranáři (Z1, Z2, Z3) se všichni shodli, že práce dle na ambulanci dětského oddělení je náročná. Uvádějí široké rozpětí věku dětských pacienta a spojují náročnost i s častými výjezdy i k méně závažným případům.

### **Kategorie 3: Ambulance dětského oddělení**

Vzhledem k tématu diplomové práci byla na místě otázka týkající se ambulance dětského oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Zaměřili jsme se na otázky týkající se spokojenosti stran zdravotnického personálu a široké veřejnosti a také na případné podněty stran změn, vylepšení nebo naopak pochvaly.

Podkategorie: spokojenost

Ambulantní sestry (S1, S2) se v názoru neshodly. Sestra (S1) uvedla, že je na ambulanci velmi spokojená. V případě možnosti práce na lůžkovém oddělení by s nabídkou nesouhlasila. Vyhovuje jí práce na ranní a občasné odpolední směny a střídání příjmové a odborné ambulance. Vidí v tom příjemnou změnu. Oproti tomu sestra (S2) sdělila, že by jí práce na lůžkovém oddělení nevadila. Volila by však stanici větších dětí. Shodují se S1 a S2 v tom, že jim vyhovuje pouze krátká pracovní doba, do směnného provozu by již nastoupit nechtěly. Zato sestry (S3, S4, S5) berou směnný provoz jako velkou výhodu. Dvě sestry (S3, S5) si práci na ambulanci vyzkoušely. Jediná sestra (S4) nikdy na ambulanci nepracovala ani nezastupovala žádnou z kolegyň. Všechny sestry z lůžkového oddělení (S3, S4, S5) se shodly, že jim práce na lůžkovém oddělení vyhovuje a nabídku práce na ambulanci by odmítly. Na práci na lůžkovém oddělení jsou již zvyklé a jsou tam nyní spokojené.

Názory lékařů se lišili. L1, L4 uvedli, že se jim na ambulance líbí jen občas. L2 je na ambulanci velmi spokojený a L3, L5 na ambulanci spokojený není. Všichni tázaní lékaři (L1, L2, L3, L4, L5) se však shodli, že práce na ambulanci připomíná velmi často práci lékařů na obvodě. Lékaři (L1, L3, L4, L5) pracují raději na lůžkovém oddělení, kde většinu dětí znají již z předchozího dne, zatímco na ambulanci se děti každý den mění a chodí s různými problémy. To se však líbí jedinému lékaři (L2), kterému širokospektrnost a pestrost problému dětí, které přicházejí na ambulanci, velmi vyhovuje

a vítá to jako příjemnou změnu.

Všichni oslovení pacienti nebo jejich doprovod (P1, P2, P3, P4, P5) se shodli, že se jim na dětské ambulanci velmi líbí, že je to tam moc hezké. Respondenti (P1, P3) uvedli, že spokojenost vidí i na svých dětech.

Záchranáři (Z1, Z2, Z3) odpověděli na otázku obdobně, stroze. Všem se na dětské ambulanci velmi líbí.

### **Podkategorie: Změny**

Část dotázaných sester (S1, S2, S5) uvedla, že některé změny by to na ambulanci dětského oddělení chtělo. Sestry (S3, S4) dodaly, že dětská ambulance je velmi hezká a že žádné změny nepotřebuje. Sestra (S2, S5) uvedla, že by bylo vhodné oddělit pozvané pacienty, kteří přicházejí plánovaně na předoperační vyšetření od nemocných. Doposud všechny příchozí děti sedí a hrají si společně v jedné čekárně. S5 jako další inovaci vidí ve zrychlení práce na ambulanci, kdy popisuje jako velmi dlouhý příjem dítěte do nemocničního zařízení, který trvá více než hodinu. Sestry (S1, S2) se shodly, že by na ambulanci dětského oddělení poupravily kamerový systém, kdy nyní žádná kamera nesnímá čekárnu u příjmové ambulance. Dále se shodly, že by bylo velkou výhodou zavést lepší svolávací systém lékařů (aby lékař měl neustále u sebe nějaký telefon, na kterém bude vždy k dostižení) nebo SOS tlačítko, kterým by si sestra v případě potřeby mohla zavolat někoho na pomoc (v případě resuscitace v odpoledních nebo večerních hodinách se setra na ambulanci nachází sama). Sestra (S1) uvedla, že největší zlepšení by viděla v pořízení závěsu u vstupu do odběrové ambulance. Popisuje, že pokud někdo vejde a provádí se zde výkon, příchozí vše hned vidí. Pořízení závěsu by tak přispělo ke zvýšení soukromí pacientů. Poslední zlepšení S1 vidí v pořízení čtecího zařízení čipové karty k prvním dveřím příjmové ambulance, kdy sestra, aby se dostala dovnitř, musí použít druhé dveře u vedlejší místnosti. S2 uvedla, že jí na ambulanci chybí jeden lékař, který by byl na ambulanci stále a byl i vedoucím lékařem ambulance.

Dotázaní lékaři (L1, L2, L3, L4, L5) se shodli, že se jim ambulance líbí tak jak je. Pouze jeden lékař (L1) uvedl, že mu chybí stálý lékař, který by pomohl se zaučením lékařů na ambulanci nebo by byl v případě potřeby a rady k dispozici.

Část dotázaných (P1, P2, P5) uvedla, že některé nedostatky ambulance skýtá.

Respondenti (P3, P4) žádné nedostatky nevidí. P1 uvádí jako přínosnou změnu posílení lékařů a ambulancí přes svátky, kdy obvodní lékaři mají zavřeno a nemocných dětí je hodně. P2 uvedl jako nápad na změnu pořízení koše na plenky k přebalovacímu pultu a jemné osvětlení v noci v čekárně i v ambulanci. P5 by zlepšení a inovaci viděl ve zvýšení počtu stolečků pro děti ke hraní a malování a pouštění muziky, což by zpříjemnilo čekání v čekárně.

Záchranáři (Z1, Z2, Z3), by žádné změny na dětské ambulanci Nemocnice České Budějovice a.s. nedělali.

#### **Kategorie 4: Komunikace**

Vzhledem k problematice, kterou se v rámci diplomové práce zabýváme, byla na místě také otázka týkající se komunikace.

Všechny tázané sestry (S1, S2, S3, S4, S5) se shodly, že sestra na ambulanci by měla umět správně komunikovat. Sestry (S3, S4, S5) uvedly, že komunikace je důležitá především z hlediska získávání informací od rodičů ale i od dětí a také kvůli podávání informací. Sestra je prvním člověkem, se kterým přicházejí děti s rodiči do kontaktu, když přicházejí do nemocnice. Sestra (S5) navíc uvádí, že i když sestra veškeré informace podá dětem a rodinným příslušníkům na ambulanci, často se setkává s tím, že při příchodu na lůžkové oddělení již rodiče spoustu informací zapomenou a ptají se znovu nebo naopak si na další informace vzpomenou. S tím souhlasí i sestra (S1). Ta se domnívá, že na příchozí rodiče a děti je v ambulanci nahrnuto mnoho informací a podnětů, které všichni nedokáží ve své situaci vstřebat. Sestra (S1) navíc uvedla, že do budoucna sestry na ambulanci budou muset umět cizí jazyky, především angličtinu a němčinu, aby se dokázaly dorozumět i s cizinci, kterých především v letních měsících přibývá.

Všichni lékaři (L1, L2, L3, L4, L5), s nimiž byl veden rozhovor, souhlasili, že sestra na ambulanci dětského oddělení musí umět komunikovat. Lékař (L1) uvedl, že sestřičky na ambulanci dětského oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. komunikovat umí. Lékaři (L2, L5) navíc dodali, že u sestřičky z dětského oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. je komunikace velmi důležitá z hlediska různorodosti věkových skupin dětí, které navštíví dětskou ambulanci.

Na otázku komunikace odpovídali i pacienti nebo jejich doprovod. Všichni automaticky odpověděli, že sestra by rozhodně měla umět komunikovat na dětské

ambulanci. Doprovod (P5) uvedl, že sestra na dětské ambulanci musí umět komunikovat s malými dětmi i s dětmi v pubertě a sdělil, že ze své zkušenosti sám ví, že to není vždy lehké.

Záchranáři (Z1, Z2, Z3) všichni odpověděli shodně. Myslí si, že sestry na dětské ambulanci musí umět správně komunikovat. Záchranář (Z1) navíc uvedl, že správně komunikovat by měli umět všichni, kdo pracují s dětmi nebo s lidmi. Porovnává to se svou prací, kde se také setkává s dětmi a jejich rodiči a uvádí, že je důležité si k nim najít správnou cestu.



## 5.2. Zpracování dotazníkového šetření

### Stanovené hypotézy:

H1: Spokojenost rodičů závisí na typu ambulance, kterou navštívili.

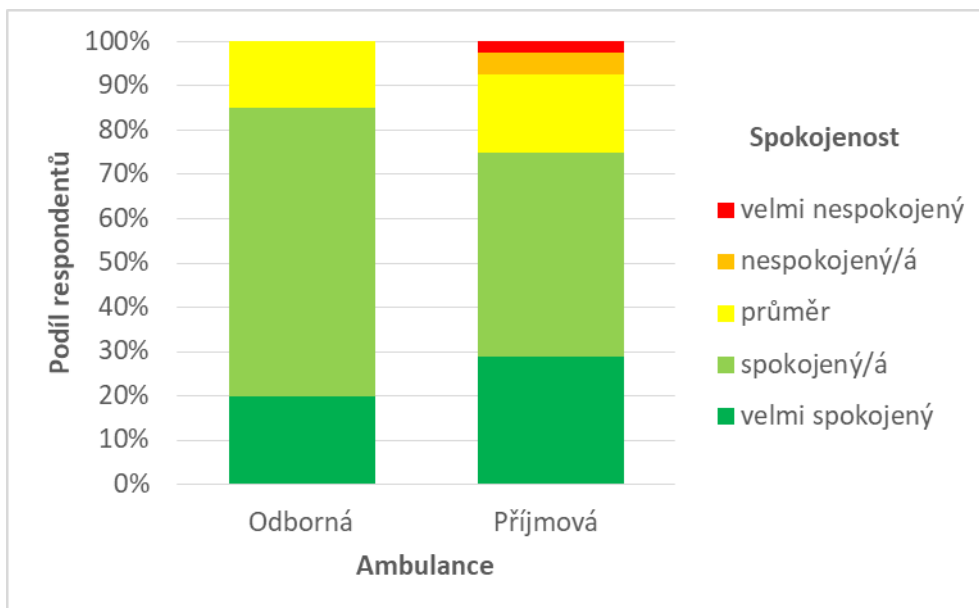
H2: Spokojenost rodičů závisí na době strávené v čekárně.

### 5.2.1. Hypotézy diplomové práce

V práci byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza se týkala spokojenosti pacientů nebo jejich doprovodu v závislosti na ambulanci, kterou v Nemocnici České Budějovice a.s. navštívili. V níže zmiňované nemocnici pacienti mají možnost navštívit příjmovou ambulanci, kam jsou posílány děti od praktických lékařů nebo lékařů specialistů k dovyšetření. Ve večerních hodinách a mimo otevírací dobu pohotovosti slouží tato ambulance jako pohotovost pro všechny případy. Ambulance je tedy přístupná 24 hodin denně. Další ambulanci, kterou pacienti mohou navštívit, jsou specializované ambulance, do které patří revmatologická, neurologická, diabetologická ambulance aj.

H1: Spokojenost rodičů závisí na typu ambulance, kterou navštívili.

Graf 1: Spokojenost pacientů nebo jejich rodičů v závislosti na navštívené ambulanci.



Výše uvedený graf znázorňuje spokojenost pacientů nebo jejich rodičů dle navštívené ambulance. Jak je zřejmé, většina uvedla, že byli spokojeni nebo dokonce velmi spokojeni. Jen malá část zmínila, že byli velmi nespokojeni. Celkem na otázku odpovědělo 100 respondentů. Nejvíce odpovědí získala kategorie „velmi spokojený/á“, kterou zvolilo 50 lidí. Druhu nejčastěji volenou možností bylo „spokojený/á“. Tu zvolilo 27 respondentů. Následovala možnost „průměr“ se 17 odpověďmi, „nespokojený/á“ se 4 odpověďmi. Nejméně odpovědí získala možnost „velmi nespokojený/á“, kterou zvolili 2 respondenti.

Ověření hypotézy bylo provedeno v Microsoft Excel. K ověření hypotézy byl použit Fisherův test:  $p = 72,3 \%$ . Z něj vyplynulo, že hypotéza je zamítnuta. Spokojenost rodičů podle druhu navštívené ambulance se neliší. Pro přehlednost zvolených odpovědí uvádíme tabulku.

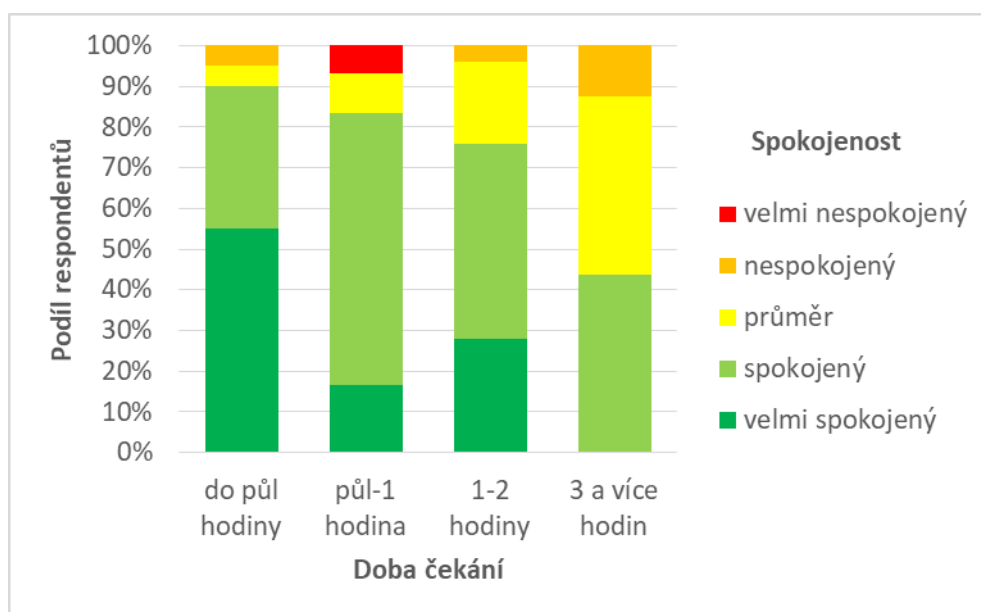
Tabulka 1: Spokojenost pacientů nebo jejich rodičů v závislosti na navštívené ambulanci

Spokojenost	Odborná ambulance	Příjmová ambulance	Celkem
Velmi spokojený/á	4	23	27
Spokojený/á	13	37	50
Průměr	3	14	17
Nespokojený/á	0	4	4
Velmi nespokojený/á	0	2	2
Celkem	20	80	100

Druhá hypotéza se týkala spokojenosti pacientů nebo jejich doprovodu v závislosti na době strávené v čekárně dětské ambulance v Nemocnici České Budějovice a.s.

H2: Spokojenost rodičů závisí na době strávené v čekárně.

Graf 2: Spokojenost pacientů nebo jejich doprovodu v závislosti na době strávené v čekárně.



Ověření hypotézy bylo provedeno v Microsoft Excel. K ověření hypotézy byl použit Fisherův test:  $p = 0,1 \%$ . Z něj vyplynulo, že rodiče jsou spokojeni různě. Dále je možné použít Spearmanův koeficient  $r_s = 0,382$ .  $H_0$ : Spokojenost rodičů nezávisí na době čekání v čekárně.  $H_a$ : Spokojenost rodičů závisí na době čekání v čekárně. Zde můžeme zamítnout  $H_0$ , spokojenost je tím menší, čím je delší čekací doba. Pro přehlednost uvedených odpovědí je níže sepsána Tabulka 2.

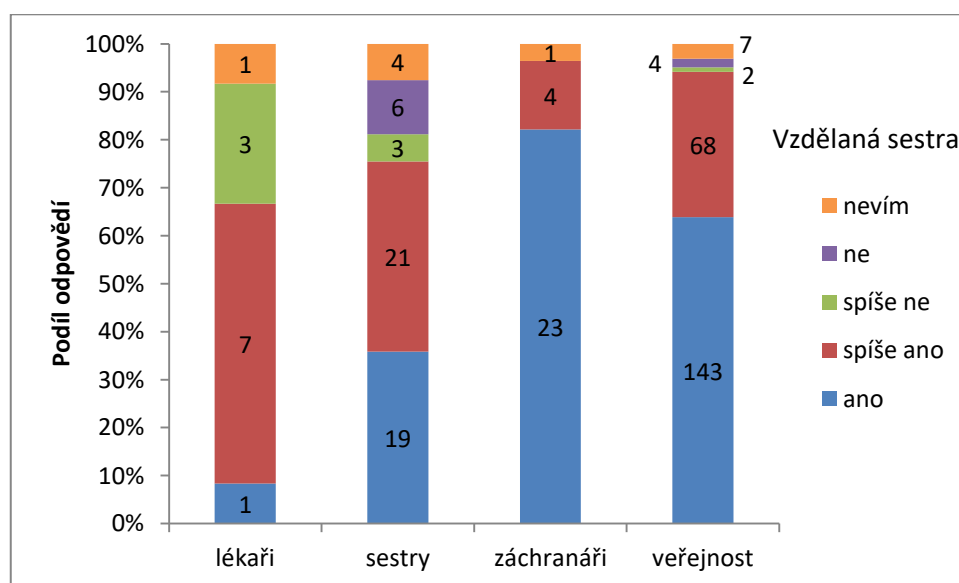
Tabulka 2: Spokojenost pacientů nebo jejich rodičů v závislosti na době strávené v čekárně

Doba čekání/ spokojenost	Do půl hodiny	Půl – 1 hodina	1-2 hodiny	3 a více hodin	Jiné	Celkem
Velmi spokojený/á	11	8	7	1	0	27
Spokojený/á	9	20	12	7	0	48
Průměr	2	3	6	7	0	18
Nespokojený/á	2	0	1	2	0	5
Velmi nespokojený/á	0	2	0	0	0	2
<b>Celkem:</b>	<b>24</b>	<b>33</b>	<b>26</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

### 5.2.2. Otázky dotazníkového šetření

Po získání základních informací od respondentů byla všem položena otázka, zda by na dětské ambulanci měla pracovat vzdělaná sestra. Níže uvedený graf znázorňuje zjištěné informace.

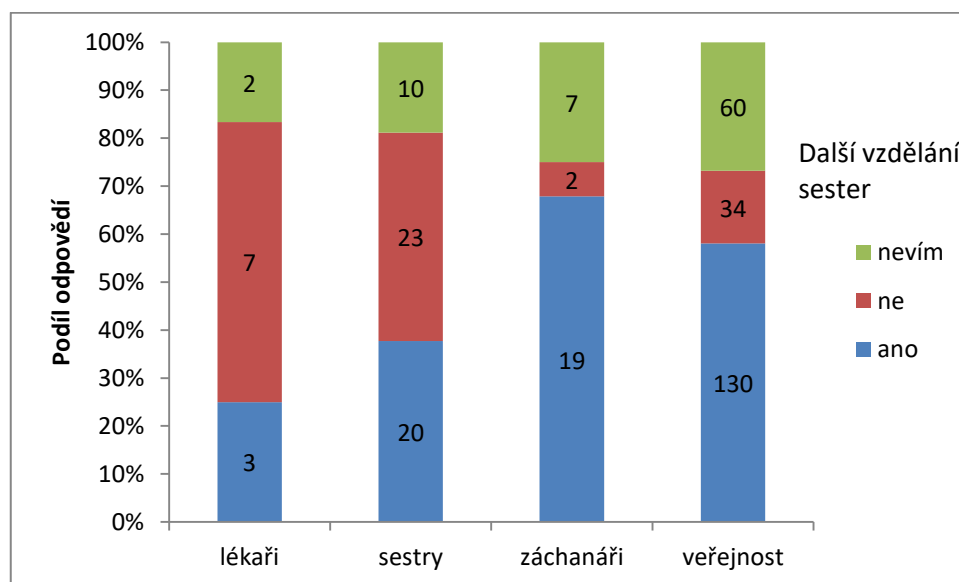
Graf 3: Nutnost vzdělání sester na ambulanci dětského oddělení pohledem tázaných.



Z 12 lékařů (100 %) nejvíce z nich odpovědělo na otázku „spíše ano“ a to 7 lékařů (58 %). Dále nejčastěji zvolili možnost „spíše ne“ 3 lékaři (25 %), „ano“ a „nevím“ zvolil vždy jen 1 lékař (8 %). Možnost „ne“ nezvolil žádný lékař. Stejně tak odpovídaly i sestry, a to v počtu 53 (100 %). Nejčastěji zvolily možnost „spíše ano“ a to 21x (40 %), „ano“ 19x (36 %), „ne“ 6x (11 %), „nevím“ 4x (8 %), „spíše ne“ 3x (6 %). Záchranářů odpovídalo 28 (100 %). Nejčastěji zvolili možnost „ano“ 23x (82 %), „spíše ano“ 4x (14 %), „nevím“ 1x (4 %). Odpověď „spíše ne“ a „ne“ neodpověděl nikdo. Veřejnost v celkovém počtu 317 (100 %) nejčastěji zvolila možnost „ano“ 186x (64 %), „spíše ano“ 100x (30 %), „nevím“ 3x (3 %), „ne“ 2x (2 %), „spíše ne“ 1x (1 %).

Jak je možno vidět výše v uvedeném grafu (Graf 3), nejvíce uvedení získala možnost „ano“ a to celkem 186 hlasů (59 %), dále „spíše ano“ se 100 hlasy (32 %), následovala odpověď „nevím“ s 13 hlasy (4 %), „ne“ s 10 hlasy (3 %) a nejméně získala možnost „spíše ne“ a to 8 hlasů (2,5 %). Na tuto otázku odpovědělo celkem 317 tázaných (100 %).

Graf 4: Názor na další vzdělání sester pracujících na ambulanci po získání kompetence k práci.

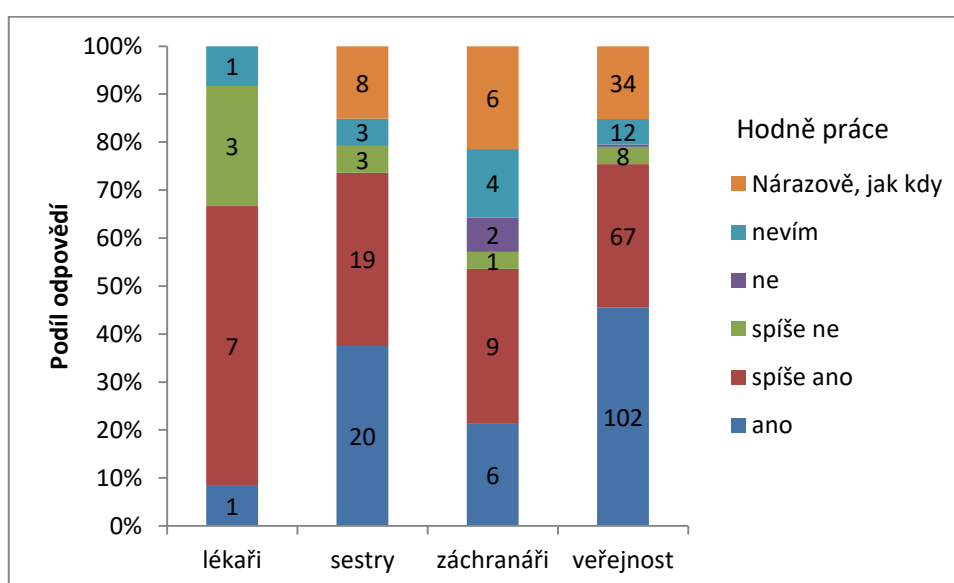


Následovala otázka, zda by se sestra na dětské ambulanci měla dále vzdělávat po získání kompetence k práci. Celkem odpovídalo 317 respondentů (100 %). Nejvíce respondentů si myslí, že ano a to 172x (54 %). Zhruba třetina odpověděla ne, celkem

66 lidí (21 %). 79 (25 %) lidí na tuto otázku odpovědělo, že neví.

Otázka byla položena 12 lékařům (100 %). Nejčastěji uvedenou odpovědí bylo „ne“ se 7 hlasy (58 %). Následovala možnost „ano“ 3x (25 %) a „nevím“ 2x (17 %). Sester odpovídalo 53 (100 %). Zvolily „ne“ 23x (43 %), „ano“ 20x (38 %), „nevím“ 10x (19 %). Záchranářů odpovídalo 28 (100 %). Uvedli „ano“ 19x (68 %), „nevím“ 7x (25 %), „ne“ 2x (7 %). Veřejnost hlasovala „ano“ 130 x (58 %), „nevím“ 60x (27 %), „ne“ 34x (15 %).

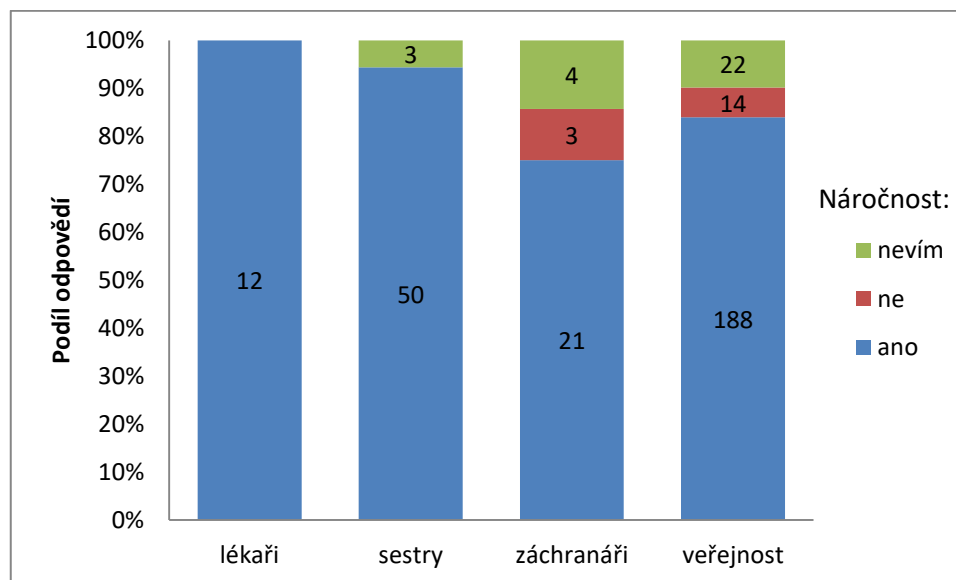
Graf 5: Množství práce sester na dětské ambulanci pohledem tázaných



Další otázka zněla: „Myslíte si, že mají sestry na ambulanci dětského oddělení hodně práce?“ Na tuto otázku odpovídalo 12 lékařů, 53 sester, 28 záchranářů a 224 lidí z veřejnosti. Nejvíce respondentů se domnívá, že „ano“ a to celkem 129 (41 %) z nich. „Spíše ano“ si myslí 102 (32 %) respondentů, „nárazově, jak kdy“ 34 (15 %), „nevím“ 20 (6 %), „spíše ne“ 15 (5 %) respondentů a nejméně zvolilo možnost „ne“ a to 3 (1 %) respondenti. Lékaři nejčastěji odpověděli „spíše ano“ 7x (58 %), „spíše ne“ 3x (25 %), po jednom hlasu „ano“ a „nevím“ (vždy 8 %). Možnost „ne“ a „nárazově, jak kdy“ neuvedl žádný lékař. Sestry nejčastěji uvedly „ano“ 20x (38 %), „spíše ano“ 19x (36 %), „nárazově, jak kdy“ 8x (15 %). Vždy 3 sestry odpověděly možnost „spíše ne“ (6 %) a „nevím“ (6 %). Odpověď „ne“ neuvedla žádná sestra. Záchranáři nejčastěji zvolili možnost „spíše ano“ 9x (32 %), „nárazově, jak kdy“ 6x (21 %), „ano“ 6x (21 %),

„nevím“ 4x (14 %), „ne“ 2x (7 %), „spíše ne“ 1x (7 %). Veřejnost nejčastěji zvolila možnost „ano“ 102x (46 %), „spíše ano“ 67x (30 %), „nárazově, jak kdy“ 34x (15 %), „nevím“ 12 x (5 %), „spíše ne“ 8x (4 %), „ne“ 1x (0,4 %).

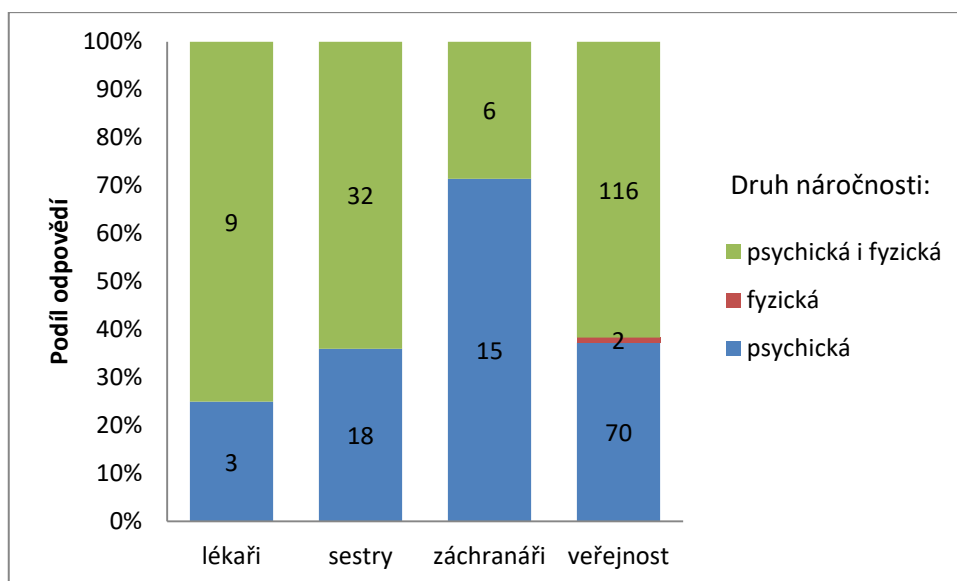
Graf 6: Náročnost práce sester na dětské ambulanci pohledem tázaných



V další části dotazníkového šetření byla respondentům položena otázka, zda si myslí, že práce sester na dětské ambulanci je náročná. Celkem odpovídalo 317 respondentů (100 %). Nejčastěji zvolenou odpovědí byla možnost „ano“. Tu zvolilo 271 z nich (85 %), poté možnost „nevím“ 29 (9 %) a možnost „ne“ 17 respondentů (5 %).

Všichni lékaři se shodli a uvedli pouze „ano“, tedy 12 (100 %). Sestry nejčastěji uvedly možnost „ano“ 50x (94 %) a poté možnost „nevím“ 3x (6 %). Záchranáři zvolili možnost „ano“ 21x (75 %), „nevím“ 4x (14 %), „ne“ 3x (11 %). Veřejnost uvedla „ano“ 188x (84 %), „nevím“ 22x (10 %), „ne“ 14x (6 %).

Graf 7: Druhy náročnosti práce sester na ambulanci pohledem tázaných

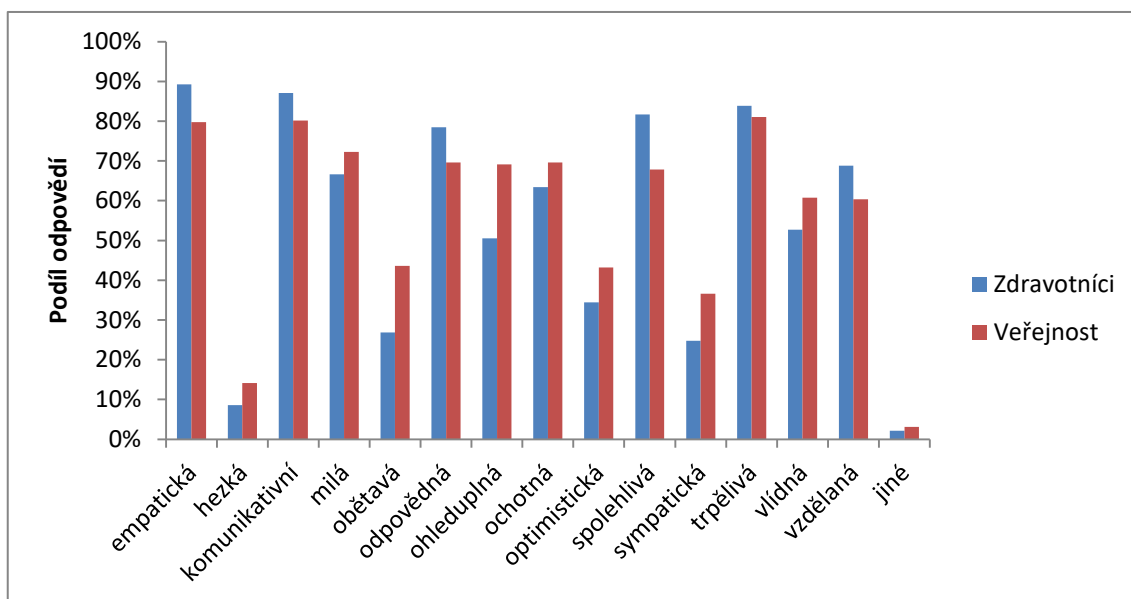


Pokud u výše uvedené otázky respondenti uvedli, že se myslí, že práce je náročná, následovala otázka, o jakou náročnost se jedná. Odpovídalo 12 lékařů, 50 sester, 21 záchranářů, 188 lidí z veřejnosti. Nejčastěji byla uvedena psychická i fyzická náročnost práce a to 163x (60 %). Poté pouze psychická náročnost v počtu 106x (39 %) a nejméně byla zvolená fyzická náročnost, kterou uvedli 2 respondenti (1 %).

Lékaři zvolili psychickou i fyzickou náročnost 9x (75 %), psychickou náročnost 3x (25 %). Fyzickou náročnost neuvedl žádný lékař. Sestry uvedly nejčastěji náročnost psychickou společně s fyzickou 32x (64 %), následovala psychická náročnost s 18 hlasy (36 %). Fyzickou náročnost ne zvolila žádná sestra. Záchranáři označili 15x psychickou zátěž (71 %), psychickou společně s fyzickou zátěží 6x (29 %). Fyzickou zátěž nikdo neuvedl. Veřejnost zvolila psychickou i fyzickou náročnost 116x (62 %), psychickou zátěž 70x (37 %), fyzickou zátěž 2x (1 %).



Graf 8: Vlastnosti sester pohledem zdravotnických pracovníků a široké veřejnosti

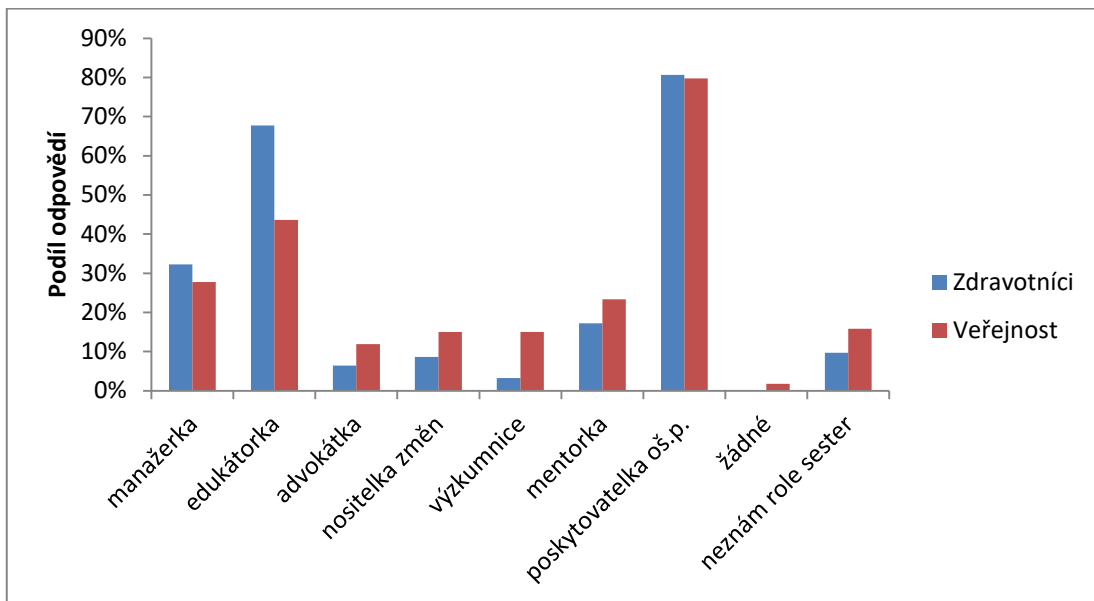


Výše uvedený graf znázorňuje vlastnosti sester, které by podle názoru zdravotníků a široké veřejnosti měla mít sestra na dětské ambulanci. Na tuto otázku bylo možné zvolit více možností. V možnosti „jiné“ vlastnosti byla napsána vlastnost: „Profesionální“, „Mít ráda všechny své registrované děti a nejen ty“, „Musí umět zaujmout děťátko, v jakémkoliv věku. Snažit se navázat kontakt hned při vstupu na ambulanci“, „Oblečená“, „Mít přístup k dětem“, „Prostě normální“, „Usměvavá“, „;)“. Přesné počty zvolených jednotlivých odpovědí ukazuje Tabulka 3.

Tabulka 3: Počty odpovědí zdravotnických pracovníků a veřejnosti na vlastnosti sestry na ambulanci

Vlastnosti	Lékaři	Sestry	Záchranáři	Veřejnost	Celkem
Empatická	10	46	27	181	264
Komunikativní	12	45	24	182	263
Trpělivá	8	48	22	184	262
Spolehlivá	11	43	22	154	230
Odpovědná	8	44	21	158	231
Vzdělaná	8	39	17	137	201
Milá	5	36	21	164	226
Ochotná	7	37	15	158	217
Vlídná	6	29	14	138	187
Ohleduplná	2	31	14	157	204
Optimistická	3	15	14	98	130
Obětavá	2	16	7	99	124
Sympatická	1	13	9	83	106
Hezká	1	3	4	32	40
Jiné	0	1	1	6	9

Graf 9: Názor na plnění rolí sestry sestrami na dětské ambulanci očima zdravotníků a veřejnosti

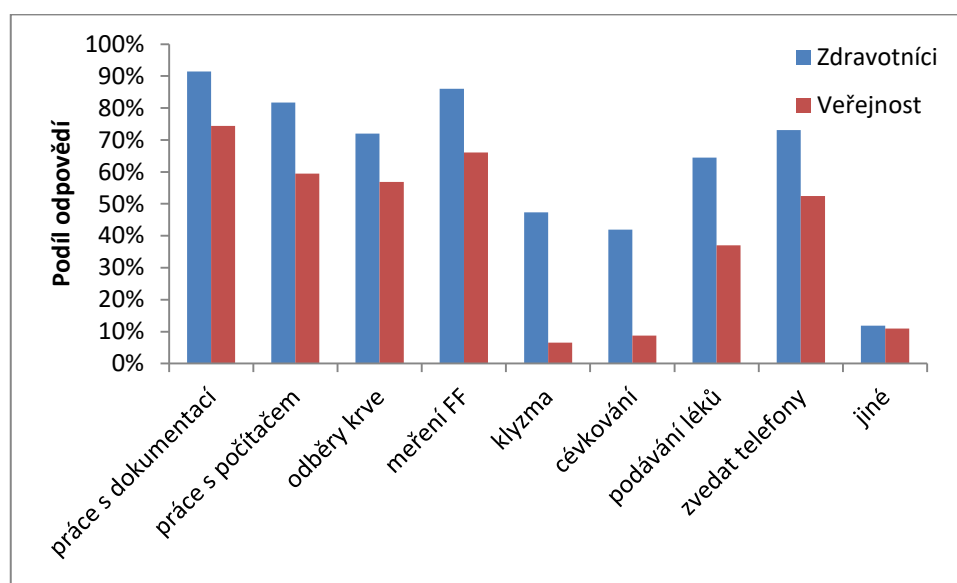


Všem tázaným byla položena stejná otázka, která zněla: „*Jaké role sestra plní na ambulanci dětského oddělení?*“ U této otázka byla možnost více odpovědí. Výše uvedený graf znázorňuje odpovědi zdravotníků a veřejnosti. Jednotlivé odpovědi všech kategorií uvádí Tabulka 4.

Tabulka 4: Počty odpovědí zdravotnických pracovníků a veřejnosti na role sestry na ambulanci

Role sestry	Lékaři	Sestry	Záchranáři	Veřejnost	Celkem
Manažerka	8	21	4	63	92
Edukátorka	8	41	14	99	162
Advokátka	0	6	0	27	33
Nositelka změn	0	6	2	34	42
Výzkumnice	0	3	0	34	37
Mentorka	2	9	5	53	69
Poskytovatelka ošetrovatelské péče	9	46	20	181	256
Žádné	0	0	0	4	4
Neznám role sester	2	3	4	36	45

Graf 10: Náplň práce sester na dětské ambulanci Nemocnice České Budějovice a.s. pohledem zdravotníků a veřejnosti



Další položená otázka se týkala práce sestry na ambulanci. Otázka zněla: „*Co si myslíte, že je náplň práce sestry na ambulanci?*“ Výše uvedený graf znázorňuje odpovědi zdravotnických pracovníků a veřejnosti. Počet jednotlivých odpovědí podle pracovní pozice znázorňuje Tabulka 5.

Tabulka 5: Odpovědi zdravotnického personálu a veřejnosti na náplň práce sestry na dětské ambulanci

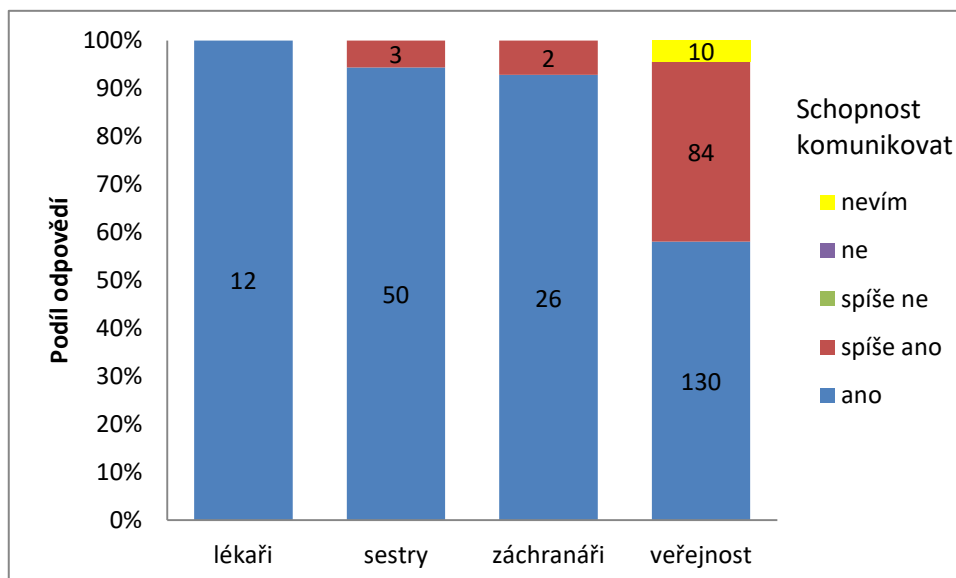
Zdravotnický pracovník/náplň práce	Lékaři	Sestry	Záchranáři	Veřejnost	Celkem
Práce s dokumentací	10	50	25	169	254
Práce s počítačem	9	48	19	135	211
Odběry krve	12	42	13	129	196
Měření fyziologických funkcí	12	48	20	150	230
Klyzma	10	33	1	15	59
Cévkování	7	32	0	20	59
Podávání léků	10	43	7	84	144
Zvedat telefony	9	46	13	119	187
Nic	0	0	0	0	0
Jiné	2	6	3	25	36

Možnost odpovědi „jiné“ bylo možné vypsát svůj vlastní názor. Všechny zmíněné uvádí Tabulka 6, kdy v každé buňce se nachází odpověď od jednoho respondenta. Barvy označují zařazení podle kategorie. Růžová barva označuje odpovědi sester. Modrá barva označuje odpovědi lékařů. Zelená barva znázorňuje odpovědi veřejnosti. Žlutá barva značí odpovědi záchranářů.

Tabulka 6: Názory veřejnosti na jiné činnosti sester na dětské ambulanci

„Práce v odborných ambulancích (EEG, DIA,..).“	„Komunikace s lidmi, s dětmi + řešení situace, která ani není v kompetenci sestry.“
„EEG, EKG, saturace, úklid, dezinfekce, doplňování materiálu.“	„Endoskopie, dezinfekce, oxymetrie, běžný úklid, objednávání.“
„EKG, endoskopie.“	„EKG, EEG, úklid a dezinfekce, objednávání, doplňování zdravotnického materiálu.“
„Komunikace s pacienty a s rodiči.“	Komunikace s lidmi.“
„Bohužel si myslím, že v dnešní době je nejprve brána práce na PC, dokumentace a poté ošetření dle lékaře a s tím spojené možné povídání s dítětem.“	„Dobrá sestra by měla fungovat tak říkajíc všeobjímajícím stylem. Cévkování mi tam neseď.“
„Pít kafe ☺.“	„Pečovat o pacienty.“
„Asistence lékaři, komunikace s rodiči.“	„Psychologická podpora rodiny. Primární péče o rodinu.“
„Uklidňovat hysterické rodiče.“	„Komunikace s Dr. nebo s rodiči. Zajišťování výsledků. Plnění ordinací.“
„Hlídat očkování.“	„Kontakt s rodiči ošetřovaných dětí. Edukace rodičů a dětí.“
„Od všeho něco.“	„Vše jmenované v jednom a ještě navíc komunikace s rodiči.“
„Komunikace s rodiči i dětmi. Zjistit proč přišli a rozhodnout, kam je dál nasměrovat – na jaké vyšetření.“	„Komunikace s rodiči (doprovodem).“
„Spolupracovat s lékařem, starat se o děti.“	„Komunikace s rodiči.“ (napsáno 3x)
„Kombinace všech výše uvedených.“	„Od všeho něco.“
„Aplikace léků i.v.“	„Edukace.“
„Komunikace.“	„Asi vše uvedené.“
„Ošetřování.“	„Organizovat provoz ambulance.“

Graf 11: Názor na schopnost správné komunikace sester na ambulanci



Celkem 317 lidem byla položena otázka týkající se schopnosti sester komunikovat na dětské ambulanci. Otázka zněla: „Myslíte si, že sestra na ambulanci dětského oddělení musí umět komunikovat?“ Jak je zřejmé z grafu uvedeného výše, většina se shodla, že sestra na dětské ambulanci musí umět komunikovat.

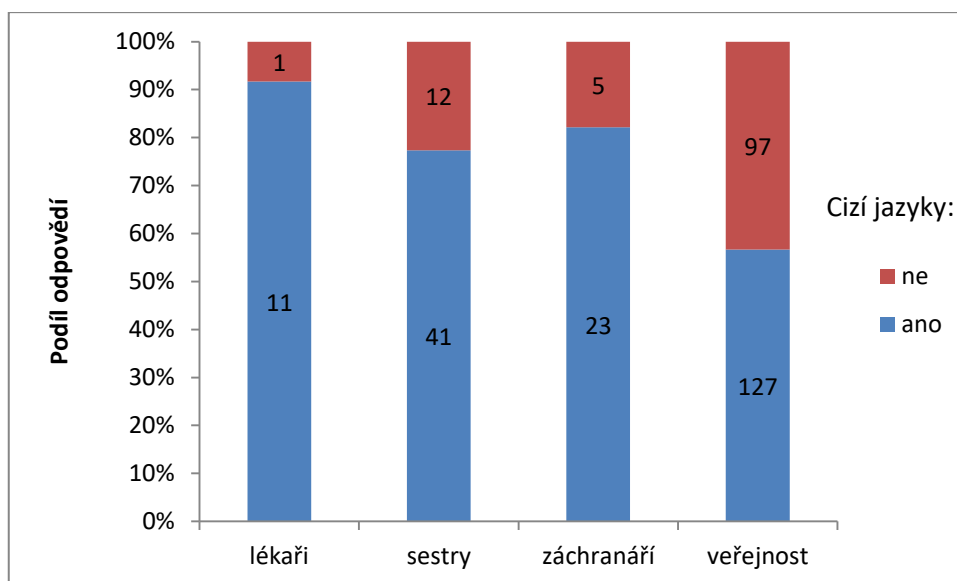
Všichni lékaři odpověděli „ano“, tedy 12 z nich (100 %).

Sestry odpověděly skoro všechny stejně. Odpověď „ano“ označily 50x (94 %). Odpověď „spíše ano“ uvedly 3 sestry (6 %).

Obdobně odpovídali i záchranáři. Většina z nich, tedy 26 odpovědělo „ano“ (93 %). Odpověď „spíše ano“ uvedli pouze 2 záchranáři (7 %).

I většina respondentů odpověděla, že sestra musí umět komunikovat. Variantu „ano“ zvolilo 130 z nich (58 %). Odpověď „spíše ano“ byla zvolená 84x (38 %). Zde byla využita i odpověď „nevím“, kterou si vybralo 10 lidí (4 %).

Graf 12: Názor na znalost cizích jazyků pohledem dotazovaných



Po provedení první části výzkumného šetření, provedených rozhovorech, byla zařazená do dotazníkového šetření i otázka týkající se nutnosti znalosti cizích jazyků sester na dětské ambulanci. Všem respondentům (317) byla položena stejná otázka, která zněla: „Myslíte si, že by sestra na ambulanci dětského oddělení měla umět cizí jazyky?“

Jak je z výše uvedeného grafu zřejmé, většina se shodla, že by sestra na dětské ambulanci měla umět cizí jazyky.

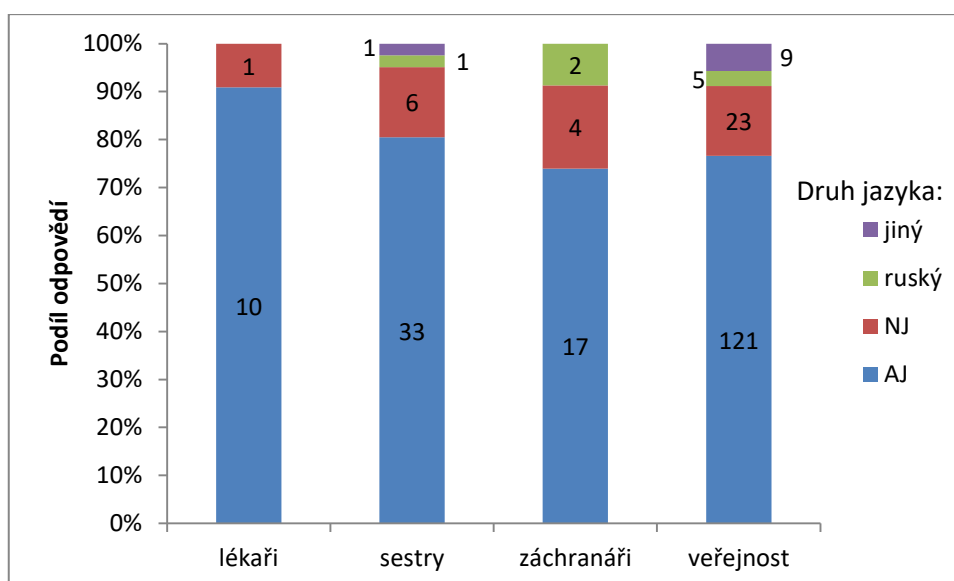
Možnost „ano“ odpovědělo 11 lékařů (92 %), 41 sester (77 %), 23 záchranářů (82 %) a 127 lidí z veřejnosti (57 %).

Možnost „ne“ zvolil 1 lékař (8 %), 12 sester (23 %), 5 záchranářů (18 %) a 97 lidí z veřejnosti (43 %).

Následovat pochopitelně musela otázka zabývající se druhem cizího jazyku. Názory znázorňuje Graf 13 níže.



Graf 13: Druhy cizího jazyka



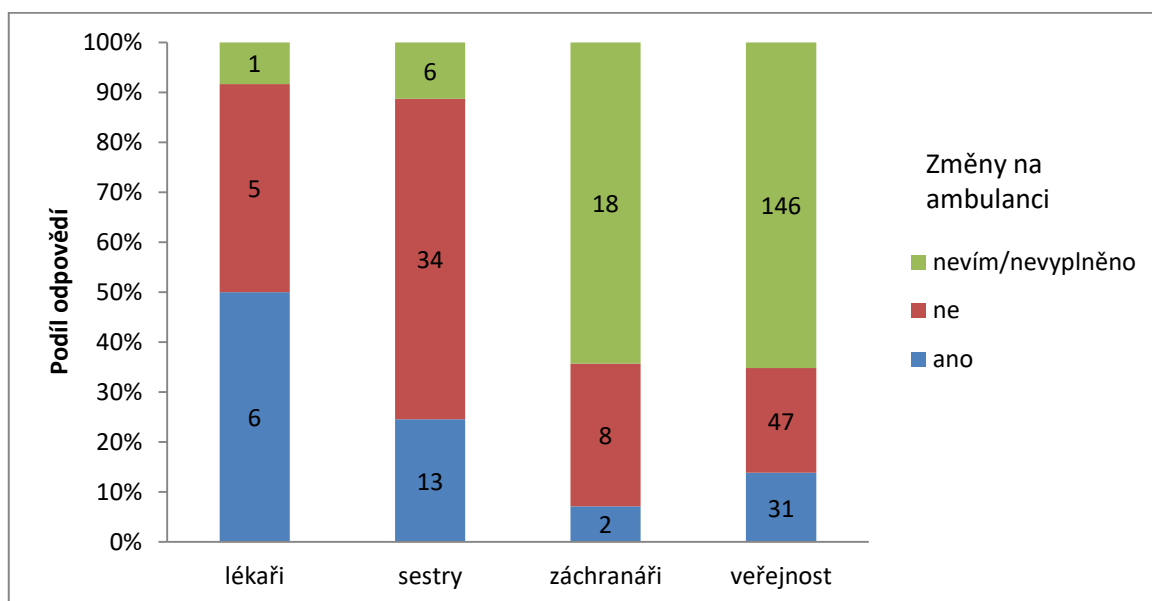
Ze všech tázaných se 202 domnívá, že sestra pracující na dětské ambulanci musí umět cizí jazyk. Respondenti měli možnost vyjádřit se k tomu, jaký druh jazyka, by sestra měla umět. Zde byla možnost zvolit více odpovědí.

Znalost anglického jazyka uvedla většina. Zvolilo jí 10 lékařů, 33 sester, 17 záchranářů a 121 lidí z veřejnosti. Pro německý jazyk hlasoval 1 lékař, 6 sester, 4 záchranáři a 23 lidí z veřejnosti. Ruský jazyk nezvolil žádný lékař. Zvolila jej 1 sestra, 2 záchranáři a 5 lidí z veřejnosti. Možnost jiný jazyk uvedla 1 sestra a 9 lidí z veřejnosti. Jejich názory znázorňuje Tabulka 7 níže.

Tabulka 7: Odpovědi týkající se druhu znalosti cizího jazyka

<i>„Alespoň základní znalost světového jazyka. Spíše podle lokality. V Karlových Varech asi RJ, u hranic NJ, jinak AJ apod.“</i>	<i>„Ano, ale není to podmínkou. Jazyk se vždy hodí – jakýkoliv.“</i>
<i>„Alespoň pro základní komunikaci.“</i>	<i>„Výhodou je, když v týmu umí každý nějaký.“</i>
<i>„Áno. Každý člověk by mal vedieť základy aspoň 2,3 jazykov.“</i>	<i>„Španělsky.“</i>
<i>„Asi ano, ale hlavně by měla umět mluvit s dětmi.“</i>	<i>„Záleží podle umístění ambulance. Angličtina výhodou.“</i>
<i>„Alternativní komunikace – Například VOKS.“</i>	<i>„Vietnamský.“</i>

Graf 14: Názor na možné změny na dětské ambulanci Nemocnice České Budějovice a.s. pohledem tázaných



Všem tázaným, celkem 317, byla položena stejná otázka, která se týkala názoru na možné změny na dětské ambulanci Nemocnice České Budějovice a.s. Otázka zněla: „Změnil/a byste něco na ambulanci dětského oddělení?“

Jak graf výše znázorňuje, odpovědi nebyly zcela jednotné. Možnost „ano“ zvolilo 6 lékařů, 13 sester, 2 záchranáři a 31 lidí z veřejnosti.

Spokojenost se současnou podobou ambulance vyjádřilo 5 lékařů, 34 sester, 8 záchranářů a 47 lidí z veřejnosti.

Variantu „nevím/nevyplněno“ zvolil 1 lékař, 6 sester, 18 záchranářů a 146 sester.

U varianty „ano“ byla možnost napsání návrhu možných změn nebo zlepšení, které by se jim líbili na dětské ambulanci. Tyto náměty znázorňuje tabulka 8 níže.

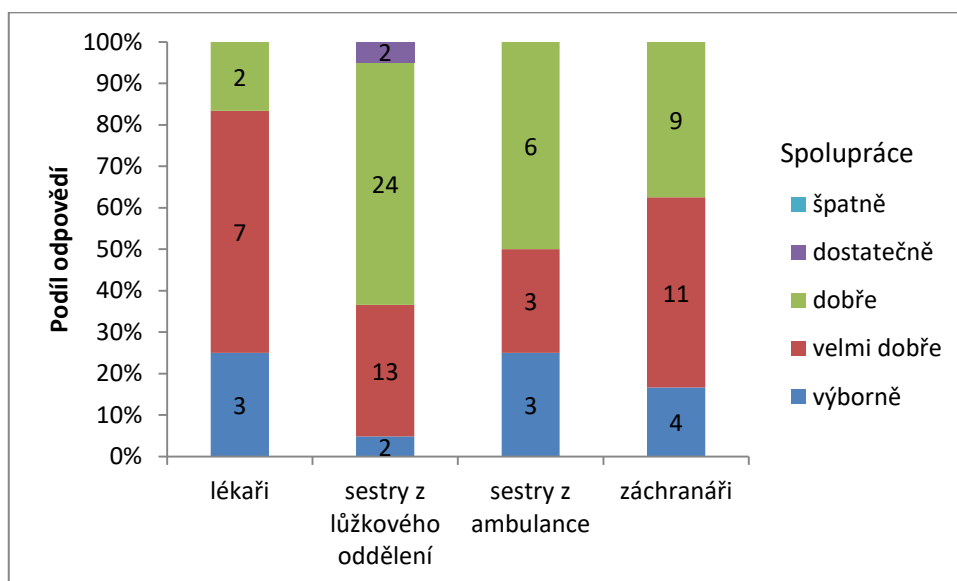
Tabulka 8: Názory na možné změny na dětské ambulanci Nemocnice České Budějovice a.s.

Růžová barva označuje odpovědi sester. Modrá barva označuje odpovědi lékařů. Zelená barva znázorňuje odpovědi veřejnosti. Žlutá barva značí odpovědi záchranářů. V každé buňce se nachází odpověď od jednoho respondenta.

<i>„Více ambulančí, více sester, více lékařů – kratší doba čekání.“</i>	<i>„Posílit lékaře – snížení čekací doby pacientů a jejich rodinných příslušníků.“</i>
<i>„Zlepšení komunikace s lůžkovou částí DEO.“</i>	<i>„Aby lékaři přijímali děti, které si to (jejich stav) zaslouží a nepřijímali malichernosti.“</i>
<i>„Zavedla bych více ambulančí s vícero personálem, aby nemocné děti nemusely čekat v čekárnách.“</i>	<i>„Více ambulančí (více sester?) – lépe fungující pohotovost (v případě DEO). Přesněji nevím. Nikdy jsem si práci na ambulanci neměla možnost vyzkoušet – vše vím zprostředkovaně.“</i>
<i>„Dostatek času na pacienty + dostatek personálu.“</i>	<i>„Rozdělit pacienty plánované od akutních, infekční od neinfekčních.“</i>
<i>„Více personálu.“</i>	<i>„Organizaci práce.“ (napsáno 2x)</i>
<i>„Ambulantní sestry jsou proškolené na natočení EKG, ale nedělají to. Sestry by si měly v rámci kolečka vyzkoušet i jiná oddělení v rámci DEO.“</i>	<i>„Rychlost ošetření.“</i>
<i>„Na ambulanci by neměli být vpuštěni pacienti bez předchozího vyšetření u PLDD (praktický lékař pro děti a dorost).“</i>	<i>„Více prostoru, více personálu.“</i>
<i>„V odborné ordinaci – stabilní sestra či sestra specialista. Větší spolupráce s rodiči – více se účastnit na terapeutických postupech.“</i>	<i>„Více sester, více prostoru pro komunikaci s pacienty, méně neodůvodněných kontaktů s pacienty a zneužívání dětské ambulance.“</i>
<i>Více sester – tzn. sestry do odborných ambulančí, tzn. musím dělat sesterskou práci.“</i>	<i>„Během běžné pracovní doby oddělit akutní a objednané (pozvané/ pacienty).“</i>
<i>„Příjmová ambulance byla výborná.“</i>	<i>„Zájem o pacienta v čekárně, především pokud</i>

<i>Zato lékař a sestra na pohotovosti katastrofa. Arogantní a hrubé jednání s malým dítětem ve vážném stavu. “</i>	<i>jde o malé dítě a přiveze ho sanitka z jiné nemocnice. “</i>
<i>„Přístup sester k rodičům dítěte. Informovat i dítě, nejen rodiče. “</i>	<i>„Přístup lékařů k lidem. Trestní odpovědnost lékařů. “</i>
<i>„Rychlost práce personálu. Stále se čeká, i když tam nikdo není. “</i>	<i>„Pracovala jsem tam před 20 lety, dnes je to tam luxusní. “</i>
<i>„Příliš dlouhé čekací doby. “</i>	<i>„Více stolečků pro děti. “</i>
<i>„Čekací dobu. “</i>	<i>„Čekací doba je pro malé pacienty příliš dlouhá. “</i>
<i>„Větší vybavení pro děti. “</i>	<i>„Více zábavy pro děti. “</i>
<i>„Rychlost. “</i>	<i>„více dětských obrázků a lepší uspořádání nábytku. “</i>
<i>„Přístup sester k dětem. “</i>	<i>„Více zábavy pro děti. “ (uvedeno 2x)</i>
<i>„Kuchaře. “</i>	<i>„Velmi dlouho jsme s dcerou čekaly, tak čekací dobu. “</i>
<i>„Přístup k dětem i rodičům. “</i>	<i>„Dlouhé čekací doby. “</i>
<i>„Některé lékařky. “</i>	<i>„Více čtení, nějak se zabavit. “</i>
<i>„Automat na kávu. “</i>	<i>„Automat na pití, lepší kávu. “</i>
<i>„Chování personálu. “</i>	<i>„Organizace práce, víc personálu. Čekali jsme neúměrně dlouhou dobu. “</i>
<i>Modernizace prostředí v závislosti na moderní trendy. “</i>	<i>„Rychlost lékařů celkového ošetření. “</i>
<i>„Rychlost ošetření. “</i>	<i>„Chování některého personálu. “</i>
<i>„Chápu, že to nejde, ale více kontaktu s malým pacientem. “</i>	<i>„Čekárnu a přístup lékařů k rodičům. “</i>

Graf 15: Spolupráce jednotlivých zdravotníků se sestrami z ambulance



Výše uvedený graf znázorňuje spolupráci mezi jednotlivými zdravotníky se sestrami z ambulance. Sestry z ambulance odpovídaly na spolupráci mezi sebou v kolektivu. Otázku zodpovědělo 12 lékařů, 41 sester z lůžkového oddělení, 12 sester z ambulance, 24 záchranářů.

Spolupráci „výborně“ hodnotili 3 lékaři, 2 sestry z lůžkového oddělení, 3 sestry z ambulance a 4 záchranáři. Spolupráci „velmi dobře“ označilo 7 lékařů, 13 sester z lůžkového oddělení, 3 sestry z ambulance, 11 záchranářů. Odpověď „dobrá“ spolupráce uvedli 2 lékaři, 24 sester z lůžkového oddělení, 6 sester z ambulance a 9 záchranářů. Dostatečnou spolupráci uvedly pouze 2 sestry z lůžkového oddělení. Špatnou spolupráci neuvedl nikdo.

Tabulka 9: Názory na vlastnosti sester na ambulanci (Jaká byla/je sestra na dětské ambulanci?)

Růžová barva označuje odpovědi sester. Modrá barva označuje odpovědi lékařů. Zelená barva znázorňuje odpovědi veřejnosti. Žlutá barva značí odpovědi záchranářů.

<i>„Laskavá, skvělá.“</i>	<i>„Vlídná.“</i>
<i>„Klidná, vyrovnaná.“</i>	<i>„Spolupracující.“</i>
<i>„Rozhodná.“</i>	<i>„Nápomocná.“</i>
<i>„Má pocit nadřazenosti.“</i>	<i>„Trpělivá.“</i>
<i>„Náladová.“</i>	<i>„Přátelská, usměvavá.“</i>
<i>„Zručná.“</i>	<i>„Kolegiální.“</i>
<i>„Má přehled.“</i>	<i>„Dokáže poradit.“</i>
<i>„Komunikativní.“</i>	<i>„Umí si poradit.“</i>
<i>„Laskavá, milá.“</i>	<i>„Empatická.“</i>
<i>„Trpělivá, usměvavá, hezká, prostě fajn.“</i>	<i>„Odměřená.“</i>
<i>„Pomalá, náladová.“</i>	<i>„Přátelská.“</i>
<i>„S pěkným vztahem k dětem.“</i>	<i>„Trpělivá.“</i>
<i>„Nápomocná.“</i>	<i>„S chladnou hlavou.“</i>
<i>„Nad věcí.“</i>	<i>„V pohodě.“</i>
<i>„Taková, jaká by sestra měla být.“</i>	<i>„Skvělá.“</i>
<i>„Rychlá.“</i>	<i>„Příjemná (na rozdíl od některých jiných oddělení).“</i>
<i>„Klidná a empatická.“</i>	<i>„Občas netrpělivá.“</i>

### **5.2.3. Pozorování**

Poslední část výzkumného šetření tvoří pozorování z dětské příjmové ambulance. Pozorování bylo zaměřeno na 5 cílů. Byla pozorována komunikace sester s dětským pacientem nebo s doprovodem, spolupráce sester z ambulance se sestrami z lůžkových oddělení, spolupráce sester s lékaři, spolupráce sester se záchranáři a spokojenost dětí nebo jejich doprovodu na ambulanci.

#### **5.2.3.1. Komunikace sester s dětským pacientem nebo s doprovodem**

Za celou dobu pozorování nebyl zaznamenán žádný vážný konflikt. Pozorované sestry na ambulanci měly kladný vztah k dětem a přistupovaly ke každému dítěti individuálně. Každá sestra bere v potaz věkové rozdíly dětí, a především jejich zdravotní stav. Pozorované sestry na ambulanci byly milé, usměvavé, klidné a rozvážné. V případě nespokojenosti rodiče dokázaly pozorované sestry udržet chladnou hlavu a vše v poklidu vyřešit. Sestry komunikovaly nejen s rodiči, ale také do rozhovoru zapojovaly děti. V případě potřeby byly schopné zjistit dané informace přímo od dítěte. Sestry na ambulanci ukázaly, že umí komunikovat a pracovat s dětmi všech věkových kategorií. Dále pozorované sestry dokázaly, že jsou schopné zvládnout práci s nemocnými ale i se zdravými dětmi, které například jdou na operaci a mají strach. Pozorované sestry vždy dítě uklidnily, vysvětlily mu průběh dalšího dne, kdy se znovu sejdou a co bude poté probíhat. Stejně tak uklidnily i rodiče, kteří měli strach o své dítě a měli plno otázek. Pozorované sestry vždy s klidem odpověděly, vše vysvětlily, v případě potřeby znovu zopakovaly a daly prostor pro případné dotazy. Sestry během pozorování i několikrát dokázaly a předvedly, že komunikace s dětmi se znevýhodněním není žádná překážka a s danou situací si perfektně poradily. Spolupracovaly nejen s rodiči nebo s doprovodem dítěte ale i s dítětem samotným, se kterým se dle postižení a možností snažily domluvit, vše mu vysvětlit a přizpůsobit návštěvu v ambulanci tak, aby pro něj nebyla stresující a nemuselo se bát znovu ambulanci navštívit. Pozorované sestry na ambulanci několikrát prokázaly, že je jejich práce baví a že rády pracují s dětmi. Za dobu pozorování nebyly zaznamenány žádné chyby v komunikaci.

### **5.2.3.2. *Komunikace sester z ambulance se sestrami z lůžkových oddělení***

Nejčastěji komunikace sester z ambulance se sestrami z lůžkových oddělení probíhala při příjmu pacienta do nemocnice. Ambulantní sestry se vždy snažily zavolat a informovat sestry z daného oddělení, kam byl pacient přijímán. Pozorované sestry z ambulance sdělovaly jméno, věk, důvod přijetí a další potřebné informace o dítěti. Mezi potřebné informace, které pozorované sestry sdělily, patřilo například zdravotní omezení dítěte, handicap nebo nejčastěji uváděné vši ve vlasech. U malých dětí do 6 let pozorované sestry z ambulance informovaly sestry z lůžkových oddělení, zda bude přijat s dítětem i rodič nebo zdali bude dítě v nemocnici hospitalizované samo. Další komunikace mezi sestrami z ambulance a sestrami z lůžkových oddělení probíhala na daném oddělení, kam ambulantní sestra přivedla dítě k hospitalizaci. Tam sestra z ambulance předala dětského pacienta do rukou sestry z lůžkového oddělení a následně předala i zdravotnickou dokumentaci. Předávaly především příčinu příjmu, navrhovanou léčbu lékařem, provedené úkony ambulantní sestrou a další potřebné informace, které by sestry z lůžkového oddělení měly vědět hned. Mezi pozorovanými sestrami z ambulance a sestrami z lůžkových oddělení probíhala komunikace slušnou formou a nechybělo pozdravení a poděkování. V době pozorování nebyl zaznamenán žádný konflikt mezi pozorovanými sestrami.

### **5.2.3.3. *Komunikace sester z ambulance s lékaři***

Další pozorování bylo zaměřeno na vzájemnou komunikaci mezi sestrami z ambulance a lékaři. Na dětské příjmové ambulanci se střídají vždy po týdnu dva lékaři a ve službě také dva sloužící lékaři. Je tedy na denním pořádku vzájemná komunikaci sester s více lékaři. Pozorované sestry komunikovaly s lékaři slušnou formou a poskytovaly jim plné informace. Pozorované sestry v nepřítomnosti lékaře jej museli sehnat po celém dětském oddělení a informovat ho, kdo přišel na ambulance a jaký problém měl. Pozorované sestry předávaly lékařům informace o věku dítěte a aktuálním zdravotním stavu, ve kterém se dítě nacházelo v čekárně. Mezi tím sestry aktivně spolupracovaly s dítětem a s jeho rodičem a připravily veškeré věci, které usnadnily pozdější práci. Sestry pro lékaře zjistily od pacientů potřebné informace týkající se aktuálního problému, kdy začaly příznaky, jak probíhalo onemocnění, co ho nyní trápí nejvíce. Sestry aktivně dle onemocnění změřily například teplotu nebo glykémii.



Pozorované sestry aktivně pomáhaly lékaři při vyšetření dítěte lékařem, samy provedly své úkony a neustále komunikovaly s pacientem ale i s lékařem o dalším postupu. Pozorované sestry vždy jednaly s lékařem slušně, nevulgárně a bezkonfliktně. Nebyl zaznamenán žádný konflikt ani stížnost na špatnou komunikaci nebo na špatné předávání informací.

#### **5.2.3.4. *Komunikace sester z ambulance se zdravotnickými záchranáři***

Sestry z ambulance se často také při pozorování setkávaly se zdravotnickými záchranáři, a to nejen ve dne ale i v noci. Zdravotničtí záchranáři s dětským oddělením spolupracují přes dispečink, který ohlašuje příjezd záchranářů. Dispečink oznámil věk dítěte a problém nebo onemocnění, se kterým dítě na dětskou ambulanci vezou. Díky tomu sestra na ambulanci vždy mohla být připravená na jejich příjezd a mohla zároveň v případě nepřítomnosti zavolat lékaře. Většina zdravotnických záchranářů byla taktní a slušná. V nepřítomni lékaře na dětské ambulanci byli vždy trpěliví a v poklidu vyčkali na příchod lékaře. V jednom případě byl zaznamenán menší konflikt, kdy zdravotničtí záchranáři chvátali a nechtěli čekat na sloužícího lékaře, aby si mohli předat pacienta. Sestra vysvětlila, že ona převzít pacienta nemůže a záchranáři to pochopili. Během chvilky přišel i lékař, proto nedošlo k žádnému konfliktu. Zdravotničtí záchranáři spolupracují se sestrami dobře, v případě potřeby byli ochotni jim s pacientem pomoci a předat ho z jejich lůžka na ambulanci. Zdravotničtí záchranáři vždy byli komunikativní a předávali informace nejen lékařům ale i sestře, která se častokrát již věnovala pacientovi nebo pracovala s počítačem. Do počítače sestra zadávala potřebné informace, aby lékař mohl zjistit další údaje o pacientovi a připravit si novou zprávu.

#### **5.2.3.5. *Spokojenost dětí nebo jejich doprovodu na ambulanci***

V neposlední řadě byla především sledována spokojenost dětí nebo jejich doprovodu v ambulancích na dětském oddělení. Ve většině případů byly všechny děti v čekárně spokojené, jen malá část plakala nebo byla smutná. Nebylo to však kvůli uspořádání nebo vybavení čekárny, ale kvůli jejich onemocnění nebo úrazu. Při optání všechny děti odpovídaly shodně, že se jim na dětském oddělení v nemocnici líbí

a uváděly, že se jim líbí velká veverka u stropu i vybavení pro ně určené. Holčičky nejčastěji uváděly, že si v čekárně malovaly a kluci si nejčastěji hráli v domečku. Starší děti byly rády za televizi, která jim krátila dobu čekání. Rodiče si také pochvalovali televizi a možnost pitné vody. Jako úskalí rodiče uváděli nedostatek odpadkových košů. Za možné zlepšení by viděli pořízení více hraček a zábavy pro děti. Rodičům také chyběly na čtení časopisy nebo letáčky. Naopak rodiče velmi chválili barevné vybavení čekárny. Na ambulanci se rodičům také líbilo. Uváděli hezké barevné prostředí, které doplňují plyšové hračky a barevný nábytek. Jako velký nedostatek rodiče uváděli dlouhé čekání. Často rodiče byli nespokojeni i v noci nebo v době, kdy na ambulanci nebyli jiní pacienti. Někteří rodiči sdělili, že jsou nespokojeni s ošetřujícím lékařem/lékařkou. Důvody uvést nechtěli. Ve dvou případech rodiče byli nespokojeni po vyšetření, když jim ošetřující lékař sdělil, že musí do jiné budovy k jinému odbornému lékaři, aby ještě ten prohlédl jejich dítě. Rozčilovali se, že nechápou, proč je nemůže vyšetřit lékař na dětském oddělení a proč musí chodit jinam. Po vysvětlení sestrou to však pochopili a uklidnili se. Za dobu pozorování nebyl zaznamenán žádný velký konflikt, který by sestra sama nebo společně s lékařem nedokázala vyřešit.

Poslední část byla cílena na spokojenost dětí nebo jejich doprovodu na ambulanci dětského oddělení. Většina pacientů v ranních hodinách je pozvána na předoperační vyšetření k plánované operaci, která se uskutečňuje další den. Pozvání nedodrží určený čas, proto se častokrát stává, že se pacientů sejde více v čekárně. Tam však běží televize a děti mají k dispozici dětský domeček na hraní a dva stolečky se židlemi na malování. Čas tedy většina pacientů dokáže zvládnout v poklidu. Pokud přijdou neobjednaní pacienti s tvrzením, že nechtějí čekat u svého praktického lékaře, a proto jedou do nemocnice, často bývají zklamáni, že tam také musí čekat. Ve večerních hodinách nebo během dne o víkendu si někteří rodiče stěžují na dlouhé čekací doby s tvrzením, že nikdo není v ambulanci, a přesto čekají dlouho. Vážný konflikt nebyl zaznamenán, bylo zaznamenáno pouze deset případů našťvaných rodičů, kteří ale nebyli agresivní ani vulgární.

## 6. Diskuze

Tato práce: „Mutidimenzionální pohled na práci dětské sestry v ambulantní sféře dětského oddělení“, je mi velmi blízká. Měla jsem možnost pracovat skoro dva roky na dětské příjmové ambulanci a zkusit si tuto práci. Už jako studentka jsem měla možnost vyzkoušet si práci na jiných ambulancích a vždy jsem při praxi slýchávala, že na ambulanci pracují starší sestřičky, které to mají „za odměnu“. Jak jsem však zjistila, tato práce není vždy za odměnu. Je velmi náročná a spíše než po fyzické stránce, tak po psychické. Proto tato práce přináší nejen ty pozitivní části práce na ambulance ale i její úskalí a těžkosti.

Ve výzkumném šetření jsme spolupracovali se sestrami z dětského oddělení z lůžkových stanic i z ambulančí, taktéž s lékaři z dětského oddělení nebo s lékaři, kteří v tu dobu byli na dětském oddělení na stáži. Dále do výzkumného šetření byli zařazeni i zdravotničtí záchranáři Jihočeského kraje, kteří přicházejí na dětskou ambulanci častokrát s pacientem. Do výzkumu byli zapojeni i pacienti nebo jejich doprovod, kteří navštívili dětskou ambulanci. Nezapomněli jsme ani na širokou veřejnost. Tato mnohorozměrnost respondentů nám umožnila vidět některé věci jinak a pomohla nám v porovnávání názorů a zkušeností, které se mezi sebou lišily.

Část výzkumného šetření byla provedena formou rozhovoru, kam bylo zapojeno pět sester, pět lékařů, pět pacientů nebo jejich doprovodu a tři zdravotničtí záchranáři. Všem byly položeny stejné otázky. Rozhovory byly rozdělené do 4 kategorií a 8 podkategorií. Další část výzkumného šetření byla provedena pomocí papírové formy dotazníku. Ty byly rozšířeny na dětském oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. do rukou sester, lékařů a pacientů nebo jejich doprovodu. Stejný dotazník byl vytvořen i online a šířen pomocí sociálních sítí pro širokou veřejnost a další pro záchranáře, aby byla zajištěna mnohorozměrnost a prostor pro více názorů a připomínek.

Diplomová práce měla tři cíle. Prvním cílem bylo zmapovat práci dětské sestry v komplexním pohledu v ambulantní sféře dětského oddělení. S tímto cílem souvisí i první kategorie první části výzkumného šetření, která nese název: „Pohled na dětskou sestru v ambulanci dětského oddělení“. První otázka se týkala nutnosti vzdělání sester na ambulanci. Všechny sestry se shodly, že u této práce není důležitá délka vzdělání a počet škol, ale mnohem důležitější je mít kladný vztah k dětem. Oproti tomu sestry v dotazníkovém šetření odpovídaly rozdílně. Větší část z nich, konkrétně 76 %, odpovědělo, že souhlasí se vzděláním sester. Obdobně tomu bylo i u lékařů, kde pouze

jeden (L4) považuje vzdělání za důležité. Ostatní lékaři se domnívají, že tato práce nevyžaduje nutnost dlouhodobého vzdělání sester. V dotazníkovém šetření nejčastěji odpověděli spíše ano (58 %). Jen malá část uvedla spíše ne (25 %). Pacienti nebo jejich doprovod již měli rozdílné názory. Dva z dotazovaných respondentů (P3, P4) uvedli, že vzdělání nutné je. Ostatní (P1, P2, P5) si myslí, že důležitější, než vzdělání je osobnost sestry, její vztah k práci a přístup k dětem. Oproti tomu veřejnost v online dotaznících nejčastěji zvolila možnost, že vzdělání důležité je (90 %). Zdravotníci záchranáři se v názorech rozcházejí. Záchranáři (Z2, Z3) souhlasí s nutností vzdělání sester. Pouze jediný (Z1) uvedl, že doposud bylo vzdělávání sester velmi zdlouhavé. Avšak záchranáři mají vzdělání stejně dlouhé jako sestry, tedy po střední škole ještě nutné 3. leté vzdělání na vysoké škole nebo vysoké škole odborné se zakončeným titulem Bc. nebo Dis. Většina zdravotnických záchranářů v dotazníkovém šetření se shodla, že vzdělání nutné je. Možnost ano uvedlo 82 % a spíše ano 30 %. Pouze 3 % záchranářů uvedlo, že neví. Žádná záchranář nevěděl, že vzdělání nutné není. Jak je výše vidět, názory se liší. Dle mého názoru, vzdělání do jisté míry nutné je, ale mělo by být zajištěné především odborníky z praxe, kteří mohou předat své zkušenosti dál. To velmi dle mého názoru přispívá ke zkvalitnění studia, ale také je zpestřením, motivací a možností, jak nalákat studenty do praxe. Špirudová (2015) se domnívá, že vyšší vzdělání u sester přispívá ke zmenšení rizika syndromu vyhoření. Dále uvádí, že efektivnosti sester lze dosáhnout pouze v případě vyššího vzdělání a celoživotního vzdělávání, kdy sestry poté mohou lépe zvládat pokroky v medicíně. Navíc Špirudová et al. (2006) dodává, že vzdělání sester ovlivňuje i schopnost komunikace, na kterou byla položena otázka níže.

V dotazníkovém šetření byla položena také otázka, která zjišťovala, zda se respondenti domnívají, že by sestra po získání kompetence k výkonu své práce se měla dále vzdělávat. Odpovědi respondentů se liší. Oproti lékařům, kdy 58 % uvedlo, že si myslí, že to nutné není a sestrám 43 %, se záchranáři v 7 % a veřejnost 15 % odpovědí liší. Možnost ano uvedlo pouze 25 % lékařů a 38 % sester. Jiného názoru je veřejnost, která uvedla ano v 58 % a záchranáři v 68 %. Možnost neví uvedlo 17 % lékařů, 10 % sester, 25 % záchranářů a 27 % veřejnosti. Je tedy zajímavé, že někteří nemají názor, ačkoliv například sester se to právě týká. Další vzdělávání po získání kvalifikace je důležité především v neustálém pokroku v celkovém zdravotnictví. Vyvíjí se technika, možnosti hojení ran, obvazový materiál nebo rozšiřování multikulturního

ošetřovatelství. O nutnosti vzdělání je přesvědčená i bývalá paní děkanka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity Valérie Tóthová, která uvedla: „*Změny degradují současné vzdělávání všeobecných sester. Obáváme se, že povedou ke snížení kvality poskytovaných zdravotních služeb v České republice.*“ (ČTK, Aktuálně.cz, 2017)

Další část výzkumného šetření se týkala vlastností, které by sestra na ambulanci měla mít. Zacharová (2017) uvádí, že sestra by měla být zodpovědná, pracovitá, sebevědomá, vzdělaná a přiměřená. Venglářová et al. (2011) popisuje, že setra má mít schopnost vnímat druhé lidi, jejich náladu, emoce a stav ve kterém se právě nacházejí. Dále by měla být přívětivá, komunikativní a měla by umět pracovat v týmu a řešit konflikty. Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že nejvíce tázaných se shodlo, že sestra musí umět komunikovat. Uvedlo to celkem 13 tázaných (S3, S5, L1, L2, L3, L5, P1, P3, P4, P5, Z1, Z2, Z3) z celkového počtu 18, což si myslím, že je velký počet. Určitě je to správně. Sestra, která neumí komunikovat nebo se toho bojí, by neměla pracovat s dětmi ani s lidmi, protože právě komunikace je hlavním pilířem kvalitní péče. Vždyť mnohdy právě sestra je ta, která v průběhu hospitalizace zjistí spoustu informace, nebo i sami pacienti se mnohdy dokáží svěřit jenom sestřím. Následoval dotaz na empaticnost, kterou zvolilo 10 tázaných (S1, L1, L2, L4, P1, P2, P5, Z1, Z2, Z3). O dva hlasy méně, tedy 8 hlasů získal kladný vztah k dětem (L3, P1, P3, P4, P5, Z1, Z2, Z3). Ten se domnívám, že měla zvolit většina tázaných, jelikož sestra, která pracuje na dětském oddělení a nemá k dětem vztah, by měla jít pracovat na jiné oddělení. Celkem 6 hlasů získala pohotovost. Tu zmínilo 6 tázaných (L1, L4, P5, Z1, Z2, Z3). Vzdělanost uvedlo 5 tázaných (S1, S4, Z1, Z2, Z3) tak jako usměvavost (S2, S3, S5, P1, P3). O něco méně, přesněji 3 hlasy, získala vlastnost být milá (S5, P1, P3) a šikovná (L1, L2, L4). Dva respondenti uvedli zkušenost (P2, P4). Po jednom hlasu získala vlastnost rozhodná (S1), sebevědomá (S1), příjemná (S4) a hbitá (L1). Jak je tedy zřejmé, hlavní vlastností sestry by měla být komunikativnost, empaticnost a kladný vztah k dětem. S naším výsledkem souhlasí i Plevová, Slowik (2010), kteří uvádějí, že je velmi důležité umět správně komunikovat s dětmi s ohledem na jejich vývojové období, handicap nebo emocionální naladění.

Z výše uvedeného vyplývá, že zásadní vlastností sestry je komunikativnost. Na tu jsme se v práci také zaměřili, jelikož se domnívám, že komunikace v práci sester je velmi důležitá a bez ní by práce nemohla být provedena kvalitně. Ptáček, Bartůněk (2011) uvádějí, že sestra se často stává i kamarádem nemocných dětí, proto by měla

umět správně komunikovat a naslouchat. Oproti tomu Vévoda et al. (2013) se domnívá, že komunikace ve zdravotnictví není tak perfektní, jak by mohla být. Uvádí, že dle jeho názoru je to slabé místo zdravotnictví. Zacharová (2016) popisuje, že komunikace je při ošetřování pacientů ve zdravotnictví nezbytná a měla by být profesionální. V rozhovorech všichni tázaní odpověděli, že sestra na dětské ambulanci by měla umět komunikovat. Ne jinak tomu bylo i v dotazníkovém šetření. Všichni zvolili možnost ano nebo spíše ano. Při rozhovoru nás sestra z ambulance přivedla k nápadu o rozšíření dotazníkového šetření, kam jsme díky její iniciativě zařadili i otázku na znalost cizích jazyků. Dle mého názoru se jedná o zajímavou otázku, která možná není aktuálně potřebná, ale do budoucna by se mohlo hodit znát cizí jazyky i pro sestry na ambulanci, neboť dochází k postupnému šíření a prolínání nejen kultur ale i cizinců, kteří přijíždějí k nám kvůli lepším podmínkám nebo na dovolenou. Většina tázaných, se shodli, že by sestra na dětské ambulanci měla umět cizí jazyky. Našli se ale i tací, kteří uvedli, že znalost jazyků nutná není. Nemohla tedy následovat jiná otázka, než otázka týkající se druhu jazyka, který by sestra měla umět. Nejčastěji byla uváděná znalost anglického jazyka. Jen pár respondentů uvedlo němčinu nebo ruštinu. Jarošová, Zeleníková (2014) vysvětluje, že sestry často neumí anglický jazyk, což jim může bránit ve výkonu své práce. Kutnohorská (2013) popisuje, že neznalost jazyka sester je i velkým problémem při komunikaci s cizincem. To je pravda ale na druhou stranu si myslím a mám i zkušenosti ze svého okolí, že některé sestry by se nyní již nechtěly učit cizí jazyky. Doporučila bych jim tedy, aby měly připravené alespoň základní slovíčka a piktogramy. Velkou výhodou by určitě byla i nainstalovaná aplikace překladač jazyků nebo informace, kde je možné na počítači otevřít tyto překladače a umět s nimi pracovat. To se může stát velkým pomocníkem tam, kde sestry neznají nebo se nechtějí učit jazyky.

Dále jsme se ve výzkumném šetření zaměřili na názor týkající se rolí sester. Všichni tázaní uvedli, že role sester neznají (S1, S2, S3, S4, S5, L1, L2, L3, L4, L5, P1, P2, P3, P4, P5, Z1, Z2, Z3). Tato informace byla velmi zajímavá. To, že role sester neznají ostatní, mě nepřekvapilo. Překvapením bylo spíše, že žádná sestra je nezná. Při dotazu v rozhovorech se sestrami mi bylo odpovězeno, že znalost rolí sester jim nic nepřinese a že se domnívají, že pro ně je především nutné znát věci ohledně jejich práce. Pouze jediná sestra (S4) uvedla, že se je zřejmě učila ve škole, ale nyní si na ně už nevzpomene. Po vyjmenování rolí sester se většina shodla (S1, S2, S3, S4,

S5, P1, P2, P3, P5), že sestry na ambulanci plní všechny role. Zatímco lékaři (L1, L2, L3, L4, L5) uvedli jako hlavní roli sestry roli poskytovatelky ošetrovatelské péče. Navíc jeden lékař (L1) uvedl, že hlavní rolí sestry je umět svoji práci. Obdobně odpověděly i dvě sestry (S4, S5), které uvedly hlavní roli pečování o děti. Takto odpověděli i všichni záchranáři (Z1, Z2, Z3). Jedna sestra (S1) navíc uvedla i zajímavou roli a nazvala ji rolí „mateřskou“. Jak je z celkového shrnutí patrné, role sester nejsou známe ani mezi sestrami natož mezi ostatními. Beňadíková, Rapčíková (2009) uvádí, že hlavní rolí sestry je dokázat spolupracovat se všemi členy ve zdravotnickém týmu, řídit a poskytovat ošetrovatelskou péči, vychovávat pacienty a účastnit se na rozvoji a výzkumu ošetrovatelství.

Další kategorie se jmenovala: „Pohled na práci dětské sestry v ambulanci dětského oddělení.“ Otázky na náplň práce a náročnost práce byly položeny všem tázaným. I tyto otázky velmi souvisejí s prací sestry na dětské ambulanci. Zjišťovali jsme množství práce sester na ambulanci dětského oddělení a náplň práce, dále i náročnost práce a přesnou specifikaci, o jakou náročnost se jedná. Dle mého názoru, je tato část velmi zajímavá, jelikož jsem častokrát slyšávala, že na ambulanci přeci tolika práce není a je to tedy hračka. Ne vždy tomu tak je. Častokrát jsem z práce domů chodívala unavená, zcela vyčerpaná, hladová, a to nemluvím o tom, že občas se i stává, že není čas dojít si na toaletu.

Odpovědi respondentů při rozhovorech ohledně náplně práce sester na dětské ambulanci se velmi lišily. Zatímco sestry se snažily uvést vše, co v práci dělají (práce sanitárek, odnos materiálů, úklid, dezinfekce, aplikace injekcí, práce s dokumentací, podávání léků, zvedat telefony, odběry krve, příjem dětí k hospitalizaci, podávat klyzma, cévkování, příprava inhalace Adrenalinu,...), lékaři uvedli především práci s počítačem a práci s dětmi a s jejich rodiči. Velká část lékařů ale také zmínila měření fyziologických funkcí nebo práci s dokumentací. Pouze dva lékaři uvedli, že sestry na ambulanci podávají klyzma, cévkují nebo odebírají krev. Zajímavou odpověď uvedli i dva pacienti nebo jejich doprovod, kteří napsali, že práce sestry na dětské ambulanci je vybírání poplatků. Což samozřejmě mají do jisté míry pravdu. Sestry na ambulanci od 16 hodin odpoledne vybírají do 7 hodin ráno 90Kč pohotovostní poplatek. Ten mohou pacienti zaplatit hotově, anebo si nechat vytisknout směnku. Hlavní odpovědi pacientů nebo jejich rodičů na náplň práce sestry na ambulanci byla práce s dětmi a s jejich rodiči. Zde můžeme vidět, že odpověďmi se shodují i s lékaři ale také

se zdravotnickými záchranáři, kteří odpověděli všichni shodně. V další části výzkumného šetření, v dotazníkovém šetření, je možné vidět v Grafu 10 porovnání odpovědí zdravotníků a veřejnosti. Nejčastěji uváděli jako náplň práce práci s dokumentací, měření fyziologických funkcí a práci s počítačem. Zajímavým přehledem jiných odpovědí je Tabulka 6, která označuje odpovědi jednotlivých kategorií. Nalezneme tam odpovědi jako je především častokrát zmiňovaná komunikace, edukace, péče o pacienty až po odpověď: „Uklidňovat hysterické rodiče“, „Pít kafe ☺“. Zajímavá odpověď, do jisté míry i pravdivá byla: „Bohužel si myslím, že v dnešní době je nejprve brána práce na PC, dokumentace a poté ošetření dle lékaře a s tím spojené možné povídání s dítětem.“ Toto téma je velmi často diskutované, avšak na druhou stranu, se práce s počítačem začíná stávat častější a nevyhnutelnou rutinou. Nejen, že sestra dnes musí pacienta zadat do počítače, lékař tam psát vizity ale pomalu se začíná objevovat už i psaní elektronických žádanek na odběry biologického materiálu, a tak zdravotnický personál musí k počítači sednout. Vévoda et al. (2013) uvádí, že množství práce může být z jednou příčin nespokojenosti sester v zaměstnání. Může se jednat o zdroj špatných pocitů sester.

Dále jsme se zabývali otázkou, zda si tázaní myslí, že je práce dětské sestry na ambulanci náročná. Většina tázaných sester při rozhovorech se shodla, že práce náročná je. Pouze jedna, sestra z lůžkového oddělení uvedla, že si to nemyslí. Většina lékařů, až na jednoho se shodla a označila práci za náročnou jen občas. Jeden lékař uvedl, že podle jeho názoru sestry na dětské ambulanci mají náročnou práci. Shodně pouze jeden pacient nebo doprovod zhodnotil práci sestry jako nenáročnou. Ostatní si myslí opak. Záchranáři se shodli všichni v náročnosti práce. Jak je tedy výše vidět, jen malá část se domnívá, že práce sester na ambulanci náročná není. V dotazníkovém šetření se většina shodla, že práce náročná je. Uvedlo to celkem 85 % tázaných. Jedna sestra nás v rozhovoru přivedla na možné rozšíření otázek dál ohledně druhu náročnosti. Ona se domnívá, že práce je náročná po psychické i fyzické stránce. Druhá sestra vnímá náročnost především po stránce psychické. Nás zajímalo, co si myslí i ostatní. Z výzkumného dotazníkového šetření vyplynulo, že velká část se domnívá, že práce je náročná po psychické i fyzické stránce. Uvedlo to 60 % respondentů. Psychickou náročnost uvedlo celkem 39 % respondentů. Jen jedno procento respondentů uvedlo, že podle nich je náročnost především fyzická. Jak je tedy vidět, práce sester je na ambulanci náročná po fyzické i psychické stránce. Při rozhovorech sestry uváděly



psychickou náročnost především z hlediska komunikace někdy s rozčilenými rodiči nebo s podnapilými dětmi, kdy v práci se skloubí nejen psychická ale i fyzická stránka. Sestra musí umět pracovat s často dospělými dětmi, které váží mnohdy více než samotná sestra. Venglářová et al. (2011) uvádí, že práce sester je celoživotní náplní, kdy sestra mnohdy odsouvá své potřeby do pozadí. Stává se tak pro ni práce náročná psychicky i fyzicky. Tento výrok potvrdit i náš výzkum. Oproti vcelku jednoznačným odpovědím u této otázky, odpovídali respondenti rozdílně na otázku zaměřující se na množství práce. Rozdíl v odpovědích uvádí Graf 5, kde je zřejmé, že většina se shodla, že „ano“ nebo „spíše ano“ mají sestry na ambulanci hodně práce. Avšak i část respondentů uváděla možnost odpovědi „ne“, „spíše ne“, „nevím“ nebo „nárazově, jak kdy“. Celkem si myslí 73 % respondentů, že sestry na ambulanci mají hodně práce. Já se domnívám, že práce sester na ambulanci by se neměla srovnávat s prací na lůžkovém oddělení. Sama nyní mohu tyto dvě práce porovnat a každá je specifická něčím jiným. Někdy je práce náročnější na ambulanci, někdy na lůžkovém oddělení. Oproti lůžkovým oddělením, sestra se většinou nachází sama na ambulanci, což se domnívám, že je velká nevýhoda. Nemá se s kým poradit a v případě potřeby nemá nikoho u sebe, kdo by jí mohl pomoci. Práce na ambulanci, především v nočních hodinách, je tedy velmi náročná i nebezpečná.

Další cíl se týkal spokojenosti dětí a rodičů v ambulanci dětského oddělení. Naší snahou bylo zmapovat kladné i záporné stránky ambulance.

Sikorová (2012) popisuje, že správný přístup sester k dětem je velmi důležitý, jelikož právě ony jsou často první, s kým se dětský pacient setkává ve zdravotnickém zařízení. Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že sestry na ambulanci mají dobrý přístup k dětem. Uvedli to všichni tázaní děti nebo jejich doprovod v provedených rozhovorech. Velmi kladně sestry hodnotí i pacienti nebo jejich doprovod (P2, P4, P5), kteří uvedli, že sestry jsou velmi milé. Respondenti (P1, P2, P3) uvedli, že jsou na dětské ambulanci poprvé a hodnotí tedy jediný zážitek. Nemají možnost srovnání. Spokojenost pacientů byla hlavním tématem našich hypotéz v této práci. Jedna z nich se týkala spokojenosti pacientů nebo jejich rodičů podle druhu navštívené ambulance. Jak je možné vidět v praktické části diplomové práce v grafickém provedení (Graf 1), spokojenost neměla vliv podle druhu navštívené ambulance. Většina tázaných, konkrétně 77 % uvedlo, že jsem velmi spokojený nebo spokojený. Možnost průměr uvedlo 17 % a nespokojeny byly pouze 4 % respondentů a velmi nespokojení

2 % respondentů. Jak je tedy vidět, návštěvníci příjmové i odborné ambulance jsou spokojeni. Z výzkumného šetření tedy vyplynulo, že odpovědi nebyly v takovém množství rozdílné, aby hypotéza mohla mít potvrzena. Hypotéza byla zamítnuta. Spokojenost pacientů nebo jejich rodičů nezávisí na druhu navštívené ambulance.

Druhá hypotéza se zaměřila na spokojenost dětí nebo jejich doprovodu podle doby čekání. Zde již nebyly odpovědi tak podobné, jako u první hypotézy. Většina byla velmi spokojená nebo spokojená (75 %), ale našli se i tací, kteří uvedli, že byli nespokojení nebo až velmi nespokojení (7 %). Celkem 18 % uvedlo, že spokojení jsou průměrně. Z výsledku vyplynula různá míra spokojenosti rodičů, ta se odvíjí od doby čekání. S tím souhlasí i Škrála, Škrlová (2008), kteří uvádějí, že mezi indikátory kvality, které spadají do rizikové oblasti, je i dlouhá čekací doba pacientů na ambulanci. Tato hypotéza se dá vysvětlit i díky objednávání pacientů do odborných ambulancí, kdy se sestřičky snaží, aby pacienti nemuseli dlouho čekat. Oproti tomu, tato praktika nelze uskutečnit v příjmové ambulanci. Tam chodí objednaní pacienti k předpříjmu před plánovanou operací ale také pacienti posláni od obvodního lékaře nebo jiného specializovaného lékaře. K tomu všemu se najdou i pacienti, kteří raději navštíví nemocnici než svého praktického lékaře, protože čekárny bývají dost často plné a čekací doba se tedy prodlužuje. To uvedl do dotazníku i jeden lékař a jedna sestra. „*Jsem malá páni na zneužívání pohotovosti, RZP – zácpa trvá týden a rodiče přijdou v 1 hodinu ráno apod.*“ uvedla v připomínkách sestra. Lékař napsal: „*Většina lidí (pacientů) přichází na ambulanci zcela zbytečně. Přichází kvůli problémům, které by měl nebo mohl vyřešit PLDD. Většinu času je tak ambulance nebo lékař ve službě přetížen. Potřebujeme změnu systému.*“ Jak zde uvádí lékař, o víkendu slouží vždy pouze dva lékaři na celé dětské oddělení. A to asi nikdo z veřejnosti neví. Jeden lékař má vždy na starost Jednotku intenzivní a resuscitační péče a Hematoonkologickou stanicí. Druhý lékař má na starosti tři lůžková oddělení a ambulanci. Není tedy divu, že na ambulanci pacienti s životně nezávažným stavem musejí počkat. Veřejnost v online dotazníků uvedla: „*Více ambulancí pro akutní případy. Sedět dvě hodiny v čekárně s dítětem v horečkách nebylo moc příjemné.*“, „*Až na tu dlouhou čekací dobu, jsem byla s návštěvou dětského oddělení spokojená.*“, „*Aby se na ambulanci dlouho nečekalo.*“ Našli se ale i tací, kteří byli spokojeni: „*Velmi příjemné sestřičky i doktoři jsou na dětském.*“, „*Byli jsme na dětské ambulanci spokojeni.*“ „*Sestra na dětské ambulanci byla vždy super.*“

Posledním naším cílem bylo navrhnout možná zlepšení pro ambulanci dětského oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.

Často uváděný problém byl vidět v mísení objednaných pacientů k plánovaným operacím s nemocnými dětmi. Děti si hrají společně v jedné čekárně, nejčastěji v domečku pro děti, kde může lehce dojít k přenosu onemocnění z nemocného dítěte na zdravé, které má další den podstoupit operaci. To by se dalo změnit. Na dětské ambulanci jsou dvě čekárny u příjmových ambulancí. V jedné by tedy musely být zdravé děti čekající na operaci a v té druhé nemocné děti. Setkat by se ale mohly na toaletách, kde může také dojít k přenosu infekce, např. průjmovitého onemocnění.

Posílení lékařů a sester a dosažení kratší doby ošetření byl další návrh nejen ze strany veřejnosti ale i ze strany zdravotníků. To bohužel v dnešní době není reálné. Většina nemocnic se potýká s nedostatkem personálu. Nyní ukázalo i jako velký problém v době Velikonočních svátků, kdy žádní lékaři nechtěli sloužit pohotovost. Vznikl tak velký problém, který proběhl i v médiích. Na lékaře se snesla velká kritika. Bohužel se musím zastat i lékařů, protože je pravda, že ambulance a pohotovost lékařů v dnešní době navštěvuje mnoho rodičů s dětmi, které mají malé nebo i žádné zdravotní problémy. Často rodiče přicházejí s dítětem, které bolí břicho, ale sami si nedokáží uvědomit, že mu dali k večeři nevhodné jídlo. Bohužel se v dnešním jídelníčku už u malých dětí vyskytují fastfood nebo párky a uzeniny. Není tedy divu, že malé dítě s tímto jídlem může mít problém a žaludeční obtíže.

Dalším zajímavým tipem bylo například pořízení závěsu u vchodových dveří v odběrové místnosti. Nyní, kdo má čipovou kartu, může do této místnosti vejít a při prvním pohledu hned vidět pacienta na lehátku, kterému je prováděn výkon. Může se jednat o pouhý odběr krve, ale také se tam provádí klyzma nebo cévkování. Zejména starším dětem by toto mohlo být nepříjemné. Pořízení závěsu by tak přispělo ke zvýšení intimity u dětí. Sedlářová et al. (2008) také upozorňuje na nutnost intimity u dětí. Popisuje, že její narušení může dětem způsobit psychické trauma, které by mohlo celoživotně poznamenat daného jedince.

Další zlepšení pacienti nebo jejich doprovod viděli v pořízení odpadkového koše k přebalovacímu pultu. Často maminky malých dětí si stěžovaly, že nemají po ruce koš, kam by použitou plenku mohly vyhodit. Jedná se o zajímavý nápad, který je možný velmi lehce splnit. Dosáhneme tak zvýšení komfortu a spokojenosti maminek.

Dále sestry navrhovaly pořízení čtecí karty k prvním dveřím příjmové

ambulance, aby nemusely obcházet a měly tak lepší přístup do čekárny a poupravení kamerového systému, který by snímal nově i čekárnu u příjmové ambulance, která je nyní jediným místem, kam kamera není nasměrována. Sestry na ambulanci mají možnost vidět dění na kamerách a mít tak přehled o tom, co se v prostorách ambulance odehrává. Přispělo by to nejen ke zvýšení komfortu sester ale i k zajištění větší bezpečnosti a přehlednosti ambulancí.

Ke zvýšení komfortu, bezpečnosti ale i rychlosti by sestry uvítaly pořízení mobilních telefonů nebo svolávacího systému pro lékaře, aby je sestra na ambulanci mohla lépe sehnat. Nyní sestra musí zkoušet obvolávat lůžková oddělení a shánět lékaře. V případě příchodu akutního případu, kterému mohou selhávat základní životní funkce, má sestra jedinou možnost, a to doběhnout s dítětem na Jednotku intenzivní a resuscitační péče, kde jí sestřičky s ním mohou pomoci. Sestra sama na ambulanci by nemohla zvládnout provádět úkony resuscitace a přivolat si pomoc.

Dále pacienti nebo jejich doprovod zmínili jemnější osvětlení v nočních hodinách v čekárně. Toto provedení by bylo složitější k řešení, ale na druhou stranu by bylo určitě vítané. Teď je možnost mít buď zhasnuto a mít rozsvícenou pouze část u recepcce nebo mít rozsvícenou celou chodbu, což může působit v nočních hodinách ostře. Velkou výhodou dle mého názoru se stal vánoční stromeček v období svátků, který svítil v čekárně.

Jako další inovaci by děti nebo jejich doprovod viděl v pořízení více stolečků pro děti na malování a hraní. Nyní se v čekárně nacházejí dva stolečky, u kterých mají děti připravené pastelky a omalovánky. Dále uvedli, že by v čekárně mohla být puštěná muzika. Nevím, co si respondent pod tímto představoval, jestli měl na mysli třeba rádio, ale v čekárnách na dětské ambulanci je pouštěna televize, kde nejčastěji běží dětský program. Ticho tedy v čekárnách nebývá a čekající pacienti mají možnost zkrátit si čekání i sledováním televize.

V možných nápadech na zlepšení byl zaznamenán i podnět na pořízení automatu na kávu a pití. Nyní tam automat na kávu stojí. Dětské oddělení se pokoušelo i pořídit automat na chlazené nápoje, avšak uspořádání ambulance to neumožnilo ponechat. Automat na chlazené nápoje zabíral příliš velký prostor a bránil výhledu kamerám. Nyní mají možnost návštěvníci v případě potřeby možnost využít malou studánku, kde je barel s pitnou studenou a teplou vodou.

Jak je tedy možné vidět, nápadů na zlepšení bylo dost. Některé jsou reálné, jiné

naopak velmi těžko dosažitelné. Návrhy a připomínky všech byly předány na dětské oddělení k možnému prostudování.

Výzkumné otázky této práce se týkaly spolupráce mezi jednotlivými zdravotnickými profesemi a sestrami. První Výzkumná otázka se zabývala spoluprací mezi sestrami a lékaři.

Z rozhovorů s lékaři vyplynulo, že se jednoznačně všichni shodli, že spolupráce se sestrami z dětské ambulance je dobrá. V dotazníkovém šetření lékaři nejčastěji zvolili možnost spolupráce „velmi dobře“, „výborně“ a „dobře“. Nikdo z lékařů neuvedl, že by se mu se sestrami z dětské ambulance spolupracovalo špatně. Jak je tedy patrné, spolupráce mezi lékaři a sestrami z dětské ambulance je velmi dobrá. Vévoda et al (2013) uvádí, že kvalita multidisciplinárního týmu se odvíjí i od dobrých vztahů a dobré spolupráce mezi lékaři a sestrami. Dále dodává, že tento vztah působí i na atmosféru na pracovišti. Spolupráci sestry z ambulance a sestry z lůžkového oddělení mezi sebou hodnotí „dobře“, „velmi dobře“ nebo „výborně“. V rozhovorech dvě sestry uvedly, že se většina sester na dětském oddělení zná, a to pomáhá k lepší vzájemné spolupráci. Pouze dvě sestry z lůžkového oddělení v dotazníkovém šetření uvedly, že spolupráci hodnotí dostatečně. Důvod bohužel nikde nebyl uvedený. V rozhovorech se všichni záchranáři shodli, že mezi nimi a sestrami z dětské ambulance probíhá velmi dobrá spolupráce. Ne jinak tomu bylo i v dotazníkovém šetření, kde byly opět nejčastěji uváděny odpovědi „výborně“, „velmi dobře“ a „dobře“.

Jak je tedy z výše popsaných odpovědí z výzkumných otázek zřejmé, všem se spolupracuje se sestrami z ambulance dobře. Vévoda et al. (2013) uvádí, že týmová spolupráce ve zdravotnictví je nezbytná a důležitá. Z našeho výzkumu tedy vyplývá, že spolupráce sester s ostatními zdravotnickými pracovníky, tedy interdisciplinární spolupráce, je na dobré úrovni, což je dobrým ukazatelem pro dětské oddělení. Nebýt dobré spolupráce mezi jednotlivými složkami, nemohla by být péče o dětské pacienty poskytována vhodně a především komplexně.

V neposlední řadě jsme se zaměřili na vlastnosti sestry, jaká ve skutečnosti byla nebo je na ambulanci dětského oddělení. Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že sestra má většinou kladné vlastnosti, i když někteří respondenti uvedli i pár záporných vlastností. Respondenti uváděli vlastnosti sestry, jaká by měla být a nakonec i tyto vlastnosti uvedli, že je sestra má. Převládala vlastnost milá a empatická, což poukazuje na správný přístup sester na dětské ambulanci k dětským

pacientům a jejich doprovodu. Při porovnání výsledků z pozorování a z dotazníkového výzkumného šetření vyšlo najevo, že vlastnost milá, usměvavá, klidná a rozvážná byla uvedena v obou formách. Můžeme tedy říci, že sestry na ambulanci mají ve větší míře především kladné vlastnosti, pouze výjimečně se objeví nějaká záporná vlastnost, která je však uváděna minimálně. Ze svých zkušeností musím souhlasit s jedním záchranářem, který uvedl, že sestra byla na dětském oddělení příjemnější než sestry na jiných ambulancích. Co říci nakonec? Sestry na dětském oddělení mají správné vlastnosti, které by měly mít pro práci s dětmi.

## 7. Závěr

Pohled na práci sester v ambulantní sféře je různý. Stejně tak tomu je i na dětském oddělení. V diplomové práci jsem se zaměřila na pohled na práci sester na dětské ambulanci a na spolupráci mezi jednotlivými zdravotnickými profesemi, jako jsou ostatní sestry z dětského oddělení, lékaři nebo zdravotničtí záchranáři. Do práce byl zařazen i pohled na vlastnosti, komunikaci nebo role sestry. Aby práce byla zajímavější a autentičtější, zařadila jsem do výzkumného souboru i pacienty nebo jejich doprovod a širokou veřejnost, kterým byly položeny také otázky týkající se vlastností, rolí nebo komunikace.

Teoretická část práce byla zaměřená na pediatrii, práci a kompetence sestry a především komunikaci. Komunikace je základním prvkem kvalitní péče. Praktická část byla zpracována kvalitativně kvantitativním šetřením s použitím polostrukturovaných rozhovorů a dotazníkového šetření mezi lékaři a sestrami z dětského oddělení, zdravotnickými záchranáři, pacienty nebo jejich doprovodem, kteří navštívili dětskou ambulanci a online formou pro širokou veřejnost.

V diplomové práci bylo zjištěno, že komunikace je nedílnou součástí práce sester na dětské ambulanci a z výzkumného šetření vyplynulo, že by sestry měly ovládat některý z cizích jazyků, především angličtiny. Dále byla zjištěna spokojenost pacientů nebo jejich doprovodu. Ta není závislá na druhu navštívené ambulance, ale je závislá na době čekání v čekárně. Výzkumné šetření přineslo zajímavé poznatky z pohledu vlastností sester, kdy nejčastěji bylo uváděno, že sestra by měla být empatická, komunikativní a trpělivá. Mezi hlavní náplň práce bylo uvedeno, že sestra pracuje nejčastěji s dokumentací.

Práce přinesla zajímavé ucelené názory na dané téma od výše zmiňovaných respondentů. Navíc anonymita dotazníkového šetření s sebou přinesla i návrhy na zlepšení dětské ambulance. Tyto podněty a nápady byly sepsány a předány vedení ambulance. Dotazníkové šetření je zpracováno do grafů, které přehledně ukazují jednotlivé názory. Díky možnému porovnání více profesí a široké veřejnosti, je tato práce zajímavým všestranným pohledem na práci sester na dětské ambulanci.

## 8. Seznam literatury

- [1] ALLHOFF, D. et al., 2008. *Rétorika a komunikace*. 14. vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-2283-2.
- [2] ALLEN, J. A., et al., 2013. Baby-friendly hospital practices and birth costs. *Birth (Berkeley, Calif)* [online]. 40(4), 221-6 [cit. 2018-11-21]. DOI: 10.1111/birt.12062. ISSN 1523536X.
- [3] ALISIC, E., et al., 2017. Trauma-informed care for children in the ambulance: international survey among pre-hospital providers. *European Journal of Psychotraumatology* [online]. 8(1), [cit. 2019-01-17]. DOI: 10.1080/20008198.2016.1273587. ISSN 20008066.
- [4] ANDRŠOVÁ, E., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-7975-1.
- [5] AZNAR, A. V. et al., 2010. Florence Nightingale. La dama de la lámpara (1820-1910). *Revista Cubana de Enfermería* [online]. 26(4), 166-169 [cit. 2018-11-06]. ISSN 08640319.
- [6] BARI, A. et al., 2017. Analyzing communication skills of Pediatric Postgraduate Residents in Clinical Encounter by using video recordings. *Pakistan Journal of Medical Sciences* [online]. 33(6), 1312-1317 [cit. 2018-10-21]. ISSN 1682024X.
- [7] BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 978-80-247-6289-0.
- [8] BÁRTLOVÁ, S., 2013. Týmová spolupráce ve zdravotnictví. In: VÉVODA, J. et al., *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 40-56 s. ISBN 978-80-247-8662-9.
- [9] BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-271-9328-8.
- [10] BECK, P., et al., 2012. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky pro osoby se zdravotním postižením*. Olomouc: Anag. 447 s. ISBN 978-80-7263-744-7.
- [11] BECKER, T. D. et al., 2018. A pilot study of observed physician-parent-child communication and child satisfaction in a gastroenterology clinic. *Patient Preference and Adherence* [online]. 12, 1327-1335 [cit. 2018-10-21]. ISSN 1177889X.



- [12] BENDO VÁ, P., 2011. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-7254-7.
- [13] BEŇADIKOVÁ, D., RAPČÍKOVÁ, T., 2009. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu [online]. *Zdravotnictví a medicína: Mladá fronta*. [cit. 2019-01-17]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/sestra-jako-poskytovatelka-oseetrovatelske-pece-a-jeji-postaveni-ve-zdravotnickem-tymu-448617>.
- [14] BERAN, J. et al., 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
- [15] BONDI, A., 2007. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. Praha: Grada. 132 s. ISBN 978-80-247-2053-1.
- [16] BORG, J., 2012. *Řeč těla: Jak poznat, co kdo doopravdy říká*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-8206-5.
- [17] BORG, J., 2013. *Umění přesvědčivé komunikace: Jak ovlivňovat názory, postoje a činy druhých*. Praha: Grada. 3. vydání. 240 s. ISBN 978-80-247-4821-4.
- [18] BRADBURY, D. et al., 2018. Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: A meta-synthesis of qualitative studies. *British Journal of Health Psychology* [online]. 23(3), 701-722 [cit. 2018-10-21]. ISSN 1359107X.
- [19] CAPLAN, A. L., HOTEZ, P. J., 2018. Science in the fight to uphold the rights of children. *PLoS Biology* [online]. 16(9), 1-5 [cit. 2018-11-09]. DOI: 10.1371/journal.pbio.3000010. ISSN 15449173.
- [20] CLARK, L. J. et al., 2013. The health, social and educational needs of children who have survived meningitis and septicaemia: the parents perspective. *BMC Public Health* [online]. 13(1), 85-99 [cit. 2018-10-21]. ISSN 14712458.
- [21] CRAWFORD, D. E. et al., 2018. Enhancing Parent Participation with Hospitalized Children Using the Gentle Hair Brushing Routine. *Pediatric Nursing* [online]. 44(4), 169-175 [cit. 2018-10-22]. ISSN 00979805.
- [22] ČTK, 2017. Kratší vzdělání sester sníží kvalitu zdravotnictví, budou z nich uklízečky, tvrdí rektor. [online]. *Aktuálně.cz*. [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/kratsi-vzdelani-sester-snizi-kvalitu-zdravotnictvi-radsj-jim/r~bc868e202cb711e7a4f4002590604f2e/>.

- [23] DAŇKOVÁ, M., 2013. *Koučování. Kdy, jak a proč*. 2. vydání. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4121-5.
- [24] DEVITO, J. A., 2008. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
- [25] DLUGOŠOVÁ, A., TKÁČOVÁ, L., 2012. Motivace a její aplikace na práci sester. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. 21(9), s. 22-24. ISSN 1210-0404.
- [26] FERRELL, B., et al., 2016. Nurses' Experiences of Spiritual Communication with Seriously Ill Children. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 19(11), 1166-1170 [cit. 2019-03-10]. DOI: 10.1089/jpm.2016.0138. ISSN 10966218.
- [27] FORNÉS-VIVES, J., et al., 2018. Longitudinal study predicting burnout in Spanish nurses: The role of neuroticism and emotional coping [online]. *Personality and Individual Differences*. 138, 286-291. [cit. 2018-09-20] Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.10.014>.
- [28] FOTH, T. et al., 2018. Nursing history as philosophy—towards a critical history of nursing [online]. *Nursing Philosophy*. 19(3), 1-11 [cit. 2018-11-06]. DOI: 10.1111/nup.12210. ISSN 14667681.
- [29] FROHLICHOVA, L., 2017. *Zdravotní a očkovací průkaz* [online]. Státní zdravotní ústav. Praha. [cit. 2018-09-20]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/zdravotni-a-ockovaci-prukaz>.
- [30] GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
- [31] HANDAN, A., BAYKAL, U., 2018. Personality characteristics of nurse managers: the personal and professional factors that affect their performance [online]. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiytri Hemsireleri Dernegi*. 9(2), 119-128 [cit. 2018-10-31]. ISSN 13093568.
- [32] HASHIOTO, H., 2017. Effects of a Support Program on Nurses' Communication with Hospitalized Children's Families [online]. *Comprehensive Child*. 40(3), 173-187 [cit. 2019-01-12]. DOI: 10.1080/24694193.2017.1307473. ISSN 24694193.
- [33] HAVELKOVÁ, K., 2017 Co byste měli vědět o novele zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. *Florence*. 9(17), 30-31. ISSN 1801-464X.
- [34] HEGER, V., 2012. *Komunikace ve veřejné správě*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-8066-5.

- [35] HEILMANN, CH. M., 2013. *Řeč těla*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-4394-3.
- [36] HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4032-4.
- [37] HEŘMANOVÁ, J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Hrada. 200 s. ISBN 978-80-247-8336-9.
- [38] HONG, L. et al., 2018. Quantification of burnout in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis [online]. *International Emergency Nursing*. 39(5). 46-54 [cit. 2018-11-02]. DOI: 10.1016 / j.ienj.2017.12.005.
- [39] JACKSON, J. et al., 2018. Burnout and resilience in critical care nurses: A grounded theory of Managing Exposure [online]. *Intensive and Critical Care Nursing*. 48(10), 28-35. [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.07.002>.
- [40] JANÁČKOVÁ, L. et al., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
- [41] JANOUŠEK, J., 2015. *Psychologické základy verbální komunikace*. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-4295-3.
- [42] JANSÁ, P. et al., 2012. *Pedagogika sportu*. Praha: Karolinum Press. 228 s. ISBN 978-80-246-2026-8.
- [43] JAROŠOVÁ, D, ZELENÍKOVÁ, R., 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: Evidence Based Nursing*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-5345-4.
- [44] JIŘINCOVÁ, B., 2010. *Efektivní komunikace pro manažery*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1708-1.
- [45] KAZIMOUR, I., 2016. *Historie českého zdravotnictví*. Kolářek – E-knihy jedou. 460 s. ISBN 978-80-7512-595-8.
- [46] KELNAROVÁ J., MATĚJKOVÁ E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty- 4. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
- [47] KLÍMA, J. et al., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-271-9364-6.
- [48] KLÍMOVÁ, L., 2018. Proč odmítáme vzdělanou sestru? *Florence*. 5(18). STRANY. ISSN 1801-464X.

- [49] KOLEKTIV AUTORŮ, 2008. *Sestra a urgentní stavy*: Praha: Grada. 549 s. ISBN 978-80-247-2548-2.
- [50] KROUPOVÁ, K. et al., 2016. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: Vybrané pojmy*. Grada: Praha. 328 s. ISBN 978-80-271-9344-8.
- [51] KUKLA, L. et al., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-271-9223-6.
- [52] KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-6568-6.
- [53] KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Grada: Praha. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- [54] KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství: pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-8582-0.
- [55] KVIRENC, J., 2018. *České dějiny – 100 památných míst*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3215-2.
- [56] LANGER, T., 2016. *Moderní lektor: Průvodce úspěšného vzdělavatele dospělých*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-9186-4.
- [57] LITTLEJOHNOVÁ, W. S et al., 2008. *Theories of Human Communication. Eleventh Edition*. Illinois. 395 s. ISBN 1-4786-3405-6.
- [58] MALIK, S. N. et al., 2015. Role of parents in communication development of their children. *Journal Of Pakistan Medical Association*. S. 1031. 65 (9). ISSN 2222-288-X. Dostupné z:  
[http://www.jpma.org.pk/full\\_article\\_text.php?article\\_id=7477](http://www.jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=7477).
- [59] MATĚJČEK, Z., LANMEIER, J., 2011. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum. 400 s. ISBN 978-80-246-1983-5.
- [60] MEHRABIAN, A., 2017. *Nonverbal Communication. Routledge: New York*. 235s. ISBN: 978-0-202-30966-8.
- [61] MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednost v praxi*. 2. vydání. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
- [62] MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5034-7.
- [63] MUNTAU A. C., 2014. *Pediatrie: Překlad*. 6 vydání. Praha: Grada. 608 s. ISBN 978-80-247-4588-6.

- [64] MZČR, 2012. *Druhy zdravotní péče*. Praha [online]. [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece\\_2627\\_22.html](https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html).
- [65] NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech. Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4.
- [66] PILAŘOVÁ, I., 2016, *Leadership & management development: Role, úlohy a kompetence managerů a lídrů*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-9123-9.
- [67] PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
- [68] PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetrovatelství I., 2. vydání*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
- [69] PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-7103-8.
- [70] PLEVOVÁ, I., et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
- [71] PRIEB, M., 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: Najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5394-2.
- [72] PROCHÁZKA, R. et al., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4451-3.
- [73] PRŮCHA, J., 2011. *Dětská řeč a komunikace. Poznatky vývojové psycholingvistiky*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3603-7.
- [74] PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- [75] ROVITHIS, M. et al., 2017. Role conflict and ambiguity among physicians and nurses in the public health care sector in Crete [online]. *Archives of Hellenic Medicine*. 34(5). 648-655 [cit. 2018-10-24]. ISSN 11053992.
- [76] SHARBYOVÁ, N., et al. Decreasing Health Disparities for People with Disabilities through Improved Communication Strategies and Awareness [online]. *Internatiol Journal of Environmental Research and Public Health*. 12(3). S. 3301-3316. [cit. 2018-10-24]. ISSN: 1661-7827. Dostupné z: <http://www.mdpi.com/1660-4601/12/3/3301/htm>.
- [77] SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1612-8.

- [78] SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
- [79] SIKOROVÁ, L. 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.
- [80] SKLÁDALOVÁ, M. 2017. *Jak na to? O rodičovství, dětech a výchově*. Praha: CPress 132 s. ISBN 978-80-264-1073-7.
- [81] SLAVÍK, M. et al., 2012. *Vysokoškolská pedagogika*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4054-6.
- [82] SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v pediatrii*. Praha: Grada. 292 s. ISBN 978-80-247-7439-8.
- [83] STRNADOVÁ, E., 2010. *Aplikace ošetrovatelského modelu Kathryn Barnardové u dítěte s tělesným handicapem*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JCU.
- [84] SUN, I. Y. et al., 2014. Communication difficulties perceived by parents of children with developmental disorders. *SciELO*. 26(4). ISSN 2317-1782. Dostupné z: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822014000400270&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822014000400270&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
- [85] STOCK, CH., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
- [86] ŠIMEK, J., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-9884-4.
- [87] ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 199 s. ISBN 978-80-247-2626-8.
- [88] ŠPAŇHELOVÁ, I., 2009. *Komunikace mezi rodičem a dítětem*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-247-2698-4.
- [89] ŠPIRUDOVÁ, L., 2015a. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
- [90] ŠPIRUDOVÁ, L., 2015b. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-9964-3.
- [91] TOMOVÁ, Š., et al., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.

- [92] TRUČKOVÁ, Z., BRABCOVÁ, I., 2016. Historie pediatrie a vzdělávání dětských sester v České Republice. *Pediatric pro praxi*. 17(5). 390-393. ISSN 1213-0494.
- [93] TUNSTALL, S. L., 2016. Historical perspective-weaving the lives of Florence Nightingale and Florence Nightingale David into the statistics classroom. *Teaching Statistics* [online]. 2016, 38(3), 83-86 [cit. 2018-11-06]. DOI: 10.1111/test.12105. ISSN 0141982X.
- [94] VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- [95] VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2011. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-7313-1.
- [96] VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-8662-9.
- [97] VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2009. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada. 95 s. ISBN 978-80-247-6529-7.
- [98] VÖRÖSOVÁ, G., et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5926-5.
- [99] Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách. 2012. In: *Sbírka zákonů České Republiky*, s. 1-7. ISSN 1211-1244. Dostupné z:  
file:///C:/Users/Iv%C4%8Da%20-%20lact%C3%A1nek/Downloads/Vyhl%C3%A1ka\_o\_preventivn%C3%ADch\_prohl%C3%ADk%C3%A1ch\_%C4%8D.\_70\_z\_roku\_2012%20(1).pdf
- [100] VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací. Efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. 238 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
- [101] VYSKOTOVÁ, J. et al., 2013. *Jemná motorika: Vývoj, motorická kontrola, hodnocení a testování*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-4698-2.
- [102] VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2011: *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
- [103] WERNEROVÁ, I., 2010. *Komunikace pro každého*. Prostějov: Computer Media s.r.o. 239 s. ISBN 978-80-7402-064-3.
- [104] ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

- [105] ZACHAROVÁ, E. 2017. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-9674-6.
- [106] ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
- [107] ZBOROWSKY, T., 2014. The Legacy of Florence Nightingale's Environmental Theory: Nursing Research Focusing on the Impact of Healthcare Environments. *Health Environments Research* [online]. 7(4), 19-34 [cit. 2018-11-06]. ISSN 19375867.
- [108] ZHANG, Y., et al., 2018. Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *Journal of Nursing Management* [online]. 26(7), 810-819 [cit. 2018-11-02]. DOI: 10.1111/jonm.12589. ISSN 09660429.
- [109] ZAVORAL, A., 2017. Změny ve vzdělávání sester prošly senátem i s čínskými léčiteli. *Zdravotnické noviny* [online]. 66(25), [cit. 2018-11-20]. Dostupné z:<http://www.zdravotnickenoviny.com/zmeny-ve-vzdelavani-sester-prosly-senatem-i-s-cinskymi-leciteli>. ISSN 0044-1996
- [110] ZEMAN, M., KRŠKA, Z., et al., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.



## **9. Seznam příloh**

Příloha 1 - Seznam otázek k rozhovorům

Příloha 2 - Dotazník pro sestry z dětské ambulance

Příloha 3 - Dotazník pro sestry z dětských lůžkových oddělení

Příloha 4 - Dotazník pro lékaře

Příloha 5 - Dotazník pro pacienty nebo jejich doprovod

Příloha 6 – Dotazník pro veřejnost

Příloha 7 – Dotazník pro záchranáře

Příloha 8 – Pozorovací arch

***Příloha 1: Seznam otázek k rozhovorům***

Myslíte si, že by na ambulanci dětského oddělení měla pracovat dětská sestra?
Myslíte si, že mají sestry na ambulanci dětského oddělení hodně práce?
Myslíte si, že práce na ambulanci dětského oddělení je náročná?
Jak se Vám spolupracuje se sestrami z ambulance dětského oddělení? / Jak hodnotíte přístup sester zde na ambulanci dětského oddělení?
Co si myslíte, že je náplní práce sestry v ambulanci?
Pracujete rádi na ambulanci dětského oddělení/vyzkoušeli jste si tuto práci někdy? / Jak se Vám líbí zde na ambulanci dětského oddělení?
Změnil/a byste něco na ambulanci dětského oddělení?
Myslíte si, že sestra na ambulanci dětského oddělení musí umět komunikovat?
Jaké vlastnosti by sestra na ambulanci dětského oddělení měla mít?
Jaké role plní sestra na ambulanci dětského oddělení?

## ***Příloha 2: Dotazník pro sestry z ambulance***

### Dotazník pro sestry z dětského oddělení - AMB

Vážená paní/ vážený pane. Jsem studentka 2. ročníku navazujícího studia Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích a studuji obor dětská sestra. Píši diplomovou práci na téma Multidimenzionální pohled na práci dětské sestry v ambulantní sféře dětského oddělení. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění několika otázek, které budou sloužit jako podklad k mé diplomové práci. Dotazník je anonymní. Děkuji za ochotu a přeji Vám hezký den.

Bc. Iveta Příplatová

1. Pohlaví:

- Žena
- Muž

2. Váš věk:

- Do 20 let
- 21-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51-60 let
- 61 a více let

3. Vaše délka praxe na dětském oddělení:

- 0-1 rok
- 2rok - 5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-30 let
- Více než 30 let

4. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- Středoškolské
- Vyšší odborné – Dis.
- Vysokoškolské – Bc.
- Vysokoškolské – Mgr.
- Vysokoškolské – doktorské
- Specializace

Prosím vypište:

.....

- Jiné

Prosím vypište:

.....

5. Máte zařazení dětská sestra?

- Ano
- Ne

6. Myslíte si, že na ambulanci dětského oddělení by měla pracovat dětská sestra (tzn. se specializací nebo vyšším vzděláním)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

7. Myslíte si, že mají sestry na ambulanci dětského oddělení hodně práce?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím
- Nárazově, jak kdy

8. Myslíte si, že práce na ambulanci dětského oddělení je náročná?

- Ano
  - Psychicky
  - Fyzicky
  - Psychicky i fyzicky
- Ne
- Nevím

9. Jak se Vám spolupracuje v kolektivu s ostatními sestrami z ambulance dětského oddělení?

- Výborně
- Velmi dobře
- Dobře
- Dostatečně
- Špatně

10. Co si myslíte, že je náplní práce sestry v ambulanci dětského oddělení? (možnost více odpovědí)

- Práce s dokumentací
- Práce s počítačem
- Odběry krve
- Měření fyziologických funkcí
- Klyzma
- Cévkování
- Podávání léků
- Zvedat telefony

- Nic
- Jiné, prosím vypište:

.....

11. Jste spokojeni s prací na ambulanci dětského oddělení?

- Ano
- Ne
- Nevím

12. Myslíte si, že sestra na ambulanci dětského oddělení musí umět komunikovat?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

13. Myslíte si, že by sestra na ambulanci dětského oddělení měla umět cizí jazyky?  
(možnost více odpovědí)

- Ano
  - Anglický jazyk
  - Německý jazyk
  - Ruský jazyk
  - Jiný

Prosím vypište:

.....

- Ne

14. Jaké vlastnosti by sestra na ambulanci dětského oddělení měla mít? (možnost více odpovědí)

- Empatická
- Hezká
- Komunikativní
- Milá
- Obětavá
- Odpovědná
- Ohleduplná
- Ochotná
- Optimistická
- Spolehlivá
- Sympatická
- Trpělivá
- Vlídná
- Vzdělaná

Jiné, prosím vypište

.....

15. Jaké role sestra plní na ambulanci dětského oddělení? (možnost více odpovědí)

- Manažerka
- Edukátorka
- Advokátka
- Nositelka změn
- Výzkumnice
- Mentorka
- Poskytovatelka ošetrovatelské péče
- Žádné
- Neznám role sester

16. Změnil/a byste něco na ambulancích dětského oddělení?

Ano, prosím vypsát

.....

Ne

17. Jaká sestra byla/je na dětské ambulanci dětského oddělení?

Prosím vypište:

.....

18. Místo pro Vaše názory/připomínky/náměty.

.....

Děkuji za Váš čas ☺

### ***Příloha 3: Dotazník pro sestry z lůžkových oddělení***

#### Dotazník pro sestry z dětského oddělení

Vážená paní/ vážený pane. Jsem studentka 2. ročníku navazujícího studia Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích a studuji obor dětská sestra. Píši diplomovou práci na téma Multidimenzionální pohled na práci dětské sestry v ambulantní sféře dětského oddělení. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění několika otázek, které budou sloužit jako podklad k mé diplomové práci. Dotazník je anonymní. Děkuji za ochotu a přeji Vám hezký den.

Bc. Iveta Příplatová

1. Pohlaví:

- Žena
- Muž

2. Váš věk:

- Do 20 let
- 21-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51-60 let
- 61 a více let

3. Vaše délka praxe na dětském oddělení:

- 0-1 rok
- 2rok - 5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-30 let
- Více než 30 let

4. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- Středoškolské
- Vyšší odborné – Dis.
- Vysokoškolské – Bc.
- Vysokoškolské – Mgr.
- Vysokoškolské – doktorské
- Specializace

Prosím vypište:

- Jiné

Prosím vypište:

5. Máte zařazení dětská sestra?

- Ano
- Ne

6. Myslíte si, že na ambulanci dětského oddělení by měla pracovat dětská sestra (tzn. se specializací nebo vyšším vzděláním)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

7. Myslíte si, že mají sestry na ambulanci dětského oddělení hodně práce?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím
- Nárazově, jak kdy

8. Myslíte si, že práce na ambulanci dětského oddělení je náročná?

- Ano
  - Psychicky
  - Fyzicky
  - Psychicky i fyzicky
- Ne
- Nevím

9. Jak se Vám spolupracuje se sestrami z ambulance dětského oddělení?

- Výborně
- Velmi dobře
- Dobře
- Dostatečně
- Špatně

10. Co si myslíte, že je náplní práce sestry v ambulanci dětského oddělení? (možnost více odpovědí)

- Práce s dokumentací
- Práce s počítačem
- Odběry krve
- Měření fyziologických funkcí
- Klyzma
- Cévkování
- Podávání léků
- Zvedat telefony
- Nic



Jiné, prosím vypište:

.....

11. Vyzkoušel/a jste si někdy práci na ambulanci dětského oddělení?

- Ano
- Ne
- Nevím

12. Chtěla/a byste pracovat na ambulanci dětského oddělení?

- Ano
- Ne
- Nevím

13. Myslíte si, že sestra na ambulanci dětského oddělení musí umět komunikovat?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

14. Myslíte si, že by sestra na ambulanci dětského oddělení měla umět cizí jazyky?  
(možnost více odpovědí)

- Ano
  - Anglický jazyk
  - Německý jazyk
  - Ruský jazyk
  - Jiný

Prosím vypište:

.....

Ne

15. Jaké vlastnosti by sestra na ambulanci dětského oddělení měla mít? (možnost více odpovědí)

- Empatická
- Hezká
- Komunikativní
- Milá
- Obětavá
- Odpovědná
- Ohleduplná
- Ochetná
- Optimistická
- Spolehlivá

- Sympatická
- Trpělivá
- Vlídna
- Vzdělaná
- Jiné, prosím vypište

.....

16. Jaké role sestra plní na ambulanci dětského oddělení? (možnost více odpovědí)

- Manažerka
- Edukátorka
- Advokátka
- Nositelka změn
- Výzkumnice
- Mentorka
- Poskytovatelka ošetrovatelské péče
- Žádné
- Neznám role sester

17. Změnil/a byste něco na ambulancích dětského oddělení?

- Ano, prosím vypsát

.....

- Ne

18. Jaká sestra byla/je na dětské ambulanci dětského oddělení?

Prosím vypište:

.....

19. Místo pro Vaše názory/připomínky/náměty.

.....

Děkuji za Váš čas ☺

#### ***Příloha 4: Dotazník pro lékaře***

##### Dotazník pro lékaře

Vážená paní/ vážený pane. Jsem studentka 2. ročníku navazujícího studia Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích a studuji obor dětská sestra. Píši diplomovou práci na téma Multidimenzionální pohled na práci dětské sestry v ambulantní sféře dětského oddělení. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění několika otázek, které budou sloužit jako podklad k mé diplomové práci. Dotazník je anonymní. Děkuji za ochotu a přeji Vám hezký den.

Bc. Iveta Příplatová

1. Pohlaví:

- Žena
- Muž

2. Váš věk:

- Do 20 let
- 21-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51-60 let
- 61 a více let

3. Vaše délka praxe na dětském oddělení:

- 0-1 rok
- 2 roky - 5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-30 let
- Více než 30 let

4. Myslíte si, že by na ambulanci dětského oddělení měla pracovat dětská sestra (tzn. se specializací nebo vyšším vzděláním)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

5. Myslíte si, že mají sestry na ambulanci dětského oddělení hodně práce oproti sestrám z lůžkových oddělení dětského oddělení?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

6. Myslíte si, že je práce sestry na ambulanci dětského oddělení náročná?

- Ano
  - Psychicky
  - Fyzicky
  - Psychicky i fyzicky
- Ne
- Nevím

7. Jak se Vám spolupracuje se sestrami z ambulance dětského oddělení?

- Výborně
- Velmi dobře
- Dobře
- Dostatečně
- Špatně

8. Jaká je dle vašeho názoru náplň práce sestry na ambulanci dětského oddělení?  
(možnost více odpovědí)

- Práce s dokumentací
- Práce s počítačem
- Odběry krve
- Měření fyziologických funkcí
- Klyzma
- Cévkování
- Podávání léků
- Zvedat telefony
- Nic
- Jiné, prosím vypište:

.....

9. Jste spokojení s prací na ambulanci dětského oddělení?

- Ano
- Ne
- Nevím

10. Myslíte si, že sestra na ambulanci dětského oddělení musí umět komunikovat?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

11. Myslíte si, že by sestra na ambulanci dětského oddělení měla umět cizí jazyky?  
(možnost více odpovědí)

- Ano
- Anglický jazyk
  - Německý jazyk
  - Ruský jazyk
  - Jiný

Prosím vypište:

.....

- Ne

12. Jaké vlastnosti by sestra na ambulanci dětského oddělení měla mít? (možnost více odpovědí)

- Empatická
- Hezká
- Komunikativní
- Milá
- Obětavá
- Odpovědná
- Ohleduplná
- Ochotná
- Optimistická
- Spolehlivá
- Sympatická
- Trpělivá
- Vlídná
- Vzdělaná
- Jiné, prosím vypište

.....

13. Jaké role sestra plní na ambulanci dětského oddělení? (možnost více odpovědí)

- Manažerka
- Edukátorka
- Advokátka
- Nositelka změn
- Výzkumnice
- Mentorka
- Poskytovatelka ošetrovatelské péče
- Žádné
- Neznám role sester

14. Změnil/a byste něco na ambulanci dětského oddělení?

Ano

Prosím, vypište co

.....

Ne

15. Jaká sestra byla/je na dětské ambulanci dětského oddělení?

Prosím vypište:

.....

16. Místo pro Vaše názory/připomínky/náměty.

.....

Děkuji za Váš čas ☺

## ***Příloha 5: Dotazník pro pacienty nebo jejich doprovod***

### Dotazník pro pacienty a jejich doprovod

Vážená paní/ vážený pane. Jsem studentka 2. ročníku navazujícího studia Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích a studuji obor dětská sestra. Píši diplomovou práci na téma Multidimenzionální pohled na práci dětské sestry v ambulantní sféře dětského oddělení. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění několika otázek, které budou sloužit jako podklad k mé diplomové práci. Dotazník je anonymní. Děkuji za ochotu a přeji Vám hezký den.

Bc. Iveta Příplatová

1. Pohlaví:

- Žena
- Muž

2. Váš věk:

- Do 19 let
- 20-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51-60 let
- 61 a více let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- Základní
- Střední bez maturity/ vyučen (a)
- Střední s maturitou
- Vyšší odborné – Dis.
- Vysokoškolské – Bc.
- Vysokoškolské – Mgr.
- Vysokoškolské – doktorské
- Jiné

Prosím vypište:

.....

4. Myslíte si, že na ambulanci dětského oddělení by měla pracovat dětská sestra (tzn. se specializací nebo vyšším vzděláním)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

5. Myslíte si, že mají sestry na ambulanci dětského oddělení hodně práce?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

6. Myslíte si, že je práce sestry na ambulanci dětského oddělení náročná?

- Ano
  - Psychicky
  - Fyzicky
  - Psychicky i fyzicky
- Ne
- Nevím

7. Jak hodnotíte přístup sester zde na ambulanci dětského oddělení?

- Výborně
- Velmi dobře
- Dobře
- Dostatečně
- Špatně

8. Co Vás přivedlo na ambulanci dětského oddělení?

Prosím vypište:

.....

9. Jak se Vám zde, na ambulanci dětského oddělení, líbí?

- Velmi hezké
- Hezké
- Ujde
- Moc ne
- Vůbec ne

10. Změnil/a byste zde něco na ambulanci?

- Ano
- Prosím vypište co:

.....

- Ne
- Nevím



11. Myslíte si, že sestra na ambulanci dětského oddělení musí umět komunikovat?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

12. Myslíte si, že by sestra na ambulanci dětského oddělení měla umět cizí jazyky?  
(možnost více odpovědí)

- Ano
    - Anglický jazyk
    - Německý jazyk
    - Ruský jazyk
    - Jiný
- Prosím vypište:

.....

- Ne

13. Jaké vlastnosti by sestra na ambulanci dětského oddělení měla mít? (možnost více odpovědí)

- Empatická
- Hezká
- Komunikativní
- Milá
- Obětavá
- Odpovědná
- Ohleduplná
- Ochetná
- Optimistická
- Spolehlivá
- Sympatická
- Trpělivá
- Vlídná
- Vzdělaná
- Jiné, prosím vypište:

.....

14. Navštívil/a jste někdy dětskou ambulanci v jiné nemocnici?

- Ano
- Jakou, prosím vypište:

.....

- Ne

15. Ambulanci dětského oddělení jste navštívil/a jako:

- Pacient
- Doprovod

16. Jaká sestra byla/je na dětské ambulanci dětského oddělení?

Prosím vypište:

.....

17. Místo pro Vaše názory/připomínky/náměty.

.....

Děkuji za Váš čas ☺

## ***Příloha 6: Dotazník pro veřejnost***

### **Multidimenzionální pohled na práci dětské sestry v ambulantní sféře dětského oddělení**

---

## **Multidimenzionální pohled na práci dětské sestry v ambulantní sféře dětského oddělení**

Vážená paní/ vážený pane.

Jsem studentka 2. ročníku navazujícího studia Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích a studuji obor dětská sestra. Píši diplomovou práci na téma Multidimenzionální pohled na práci dětské sestry v ambulantní sféře dětského oddělení. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění několika otázek, které budou sloužit jako podklad k mé diplomové práci.

Mým cílem je zjistit případné nedostatky v oblasti ambulantní péče dětského oddělení v Nemocnici České Budějovice a.s. a přispět tak k možnému z kvalitnější péče o naše dětské pacienty.

Dotazník je anonymní. Děkuji za ochotu a přeji Vám hezký den.

Bc. Iveta Příplatová

### **1. Pohlaví:**

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Žena
- Muž

### **2. Váš věk:**

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Do 19 let
- 20-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51-60 let
- 61 a více let

### 3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Základní
- Středoškolské
- Vyšší odborné - Dis.
- Vysokoškolské - Bc.
- Vysokoškolské - Mgr., Ing.
- Vysokoškolské - doktorské
- Jiné - prosím napište:

### 4. Vaše zaměstnání:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Sestra
- Lékař
- Záchranář
- Jiné - prosím napište:

### 5. Myslíte si, že na ambulanci dětského oddělení nemocnic by měla pracovat dětská sestra?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

### 6. Myslíte si, že by se dětská sestra po získání kvalifikace měla dále vzdělávat?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano - prosím napište jak (semináře, specializace, další studium -Dis., Bc., Mgr.,...)
- Ne
- Nevím

7. Myslíte si, že mají sestry na ambulanci dětského oddělení hodně práce?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím
- Nárazově, jak kdy

8. Myslíte si, že je práce na ambulanci dětského oddělení náročná?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano - psychicky
- Ano - fyzicky
- Ano - psychicky i fyzicky
- Ne
- Nevím

9. Co si myslíte, že je hlavní náplní práce sestry v ambulanci dětského oddělení?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Práce s počítačem
- Práce s dokumentací
- Odběry krve
- Měření fyziologických funkcí
- Podávání klyzma/cévkování
- Podávání léků
- Zvedat telefony
- Povídat si s dětmi
- Jiné - prosím vypište:

10. Byl/a jste někdy na ambulanci dětského oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano
- Ne
- Nevím

11. Jakou ambulanci jste navštívil/a na dětském oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Odbornou (prosím napište jakou - př. dětskou neurologickou, dětskou diabetologickou, dětskou revmatologickou,..)
- Příjmovou
- Nikdy jsem tam nebyl/a

12. Jak se Vám líbilo na ambulanci dětského oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Velmi hezké
- Hezké
- Ujde
- Moc ne
- Vůbec ne
- Nikdy jsem tam nebyl/a

13. Jak jste byl/a spokojen/a na dětské ambulanci Nemocnice České Budějovice a.s.?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Velmi spokojený/á
- Spokojený/á
- Průměr
- Nespokojený/á
- Velmi nespokojený/á
- Nikdy jsem tam nebyl/a

14. Změnil/a byste něco na dětské ambulanci Nemocnice České Budějovice a.s.?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano - prosím napište co:
- Ne
- Nevím

15. Kolik času jste strávil/a na ambulanci dětského oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Do půl hodiny
- Půl hodiny - 1 hodinu
- 1 -2 hodiny
- 3 a více hodin
- Jiné - prosím vyplňte:
- Nikdy jsem tam nebyl/a

16. Co Vás přivedlo na dětskou ambulanci Nemocnice České Budějovice a.s.? (pokud jste tam nebyl/a, prosím napište, že jste tam nikdy nebyl/a)

17. Myslíte si, že by sestra na ambulanci dětského oddělení měla umět cizí jazyky?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Ano - anglický jazyk
- Ano - německý jazyk
- Ano - ruský jazyk
- Ano - Jiný, prosím vyplňte:
- Ne

18. Jaké vlastnosti by sestra na ambulanci dětského oddělení měla mít?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Empatická
- Hezká
- Komunikativní
- Milá
- Obětavá
- Odpovědná
- Ohleduplná
- Ochotná
- Optimistická
- Spolehlivá
- Sympatická
- Trpělivá
- Vlídňá
- Vzdělaná
- Jiné - prosím vypište:

19. Navštívil/a jste někdy nějakou dětskou ambulanci?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano - Jakou? prosím vypište:
- Ne



20. Jaké role sestra plní na ambulanci dětského oddělení?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Manažerka
- Edukátorka
- Advokátka
- Nositelka změn
- Výzkumnice
- Mentorka
- Poskytovatelka ošetrovatelské péče
- Žádné
- Neznám role sester

21. Místo pro Vaše názory/připomínky/náměty.

## ***Příloha 7: Dotazník pro záchranáře***

### **Multidimenzionální pohled na práci dětské sestry v ambulantní sféře dětského oddělení - pro záchranáře**

---

## **Multidimenzionální pohled na práci dětské sestry v ambulantní sféře dětského oddělení - pro záchranáře**

Vážená paní/ vážený pane.

Jsem studentka 2. ročníku navazujícího studia Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích a studuji obor dětská sestra. Píši diplomovou práci na téma Multidimenzionální pohled na práci dětské sestry v ambulantní sféře dětského oddělení. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění několika otázek, které budou sloužit jako podklad k mé diplomové práci.

Mým cílem je zjistit případné nedostatky v oblasti ambulantní péče dětského oddělení v Nemocnici České Budějovice a.s. a přispět tak k možnému zkvalitnění péče o naše dětské pacienty. Práce se zaměřuje i na spolupráci sester a záchranářů.

Dotazník je anonymní. Děkuji za ochotu a přeji Vám hezký den.

Bc. Iveta Příplatová

### **1. Pohlaví:**

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Žena
- Muž

### **2. Váš věk:**

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Do 19 let
- 20-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51-60 let
- 61 a více let

### 3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Základní
- Středoškolské
- Vyšší odborné - Dis.
- Vysokoškolské - Bc.
- Vysokoškolské - Mgr., Ing.
- Vysokoškolské - doktorské
- Jiné - prosím napište:

### 4. Vaše délka praxe v zaměstnání:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Do 1 roku (včetně)
- od 1 roku do 5 let (včetně)
- od 5 let do 10 let (včetně)
- od 10 let do 15 let (včetně)
- od 15 let do 30 let (včetně)
- více než 30 let

### 5. Myslíte si, že na ambulanci dětského oddělení nemocnic by měla pracovat dětská sestra?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

6. Myslíte si, že by se dětská sestra po získání kvalifikace měla dále vzdělávat?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ne
- Nevím
- Ano - prosím napište jak (semináře, specializace, další studium -Dis., Bc., Mgr.,...)

7. Myslíte si, že mají sestry na ambulanci dětského oddělení hodně práce?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím
- Nárazově, jak kdy

8. Myslíte si, že je práce na ambulanci dětského oddělení náročná?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano - psychicky
- Ano - fyzicky
- Ano - psychicky i fyzicky
- Ne
- Nevím

9. Co si myslíte, že je hlavní náplní práce sestry v ambulanci dětského oddělení?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Práce s počítačem
- Práce s dokumentací
- Odběry krve
- Měření fyziologických funkcí
- Podávání klyzma/cévkování
- Podávání léků
- Zvedat telefony
- Povídat si s dětmi
- Jiné - prosím vyplňte:

10. Byl/a jste někdy na ambulanci dětského oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano
- Ne
- Nevím

11. Jak se Vám spolupracovalo se sestrami v ambulanci dětského oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Výborné
- Velmi dobře
- Dobře
- Dostatečně
- Špatně
- Nikdy jsem tam nebyl/a

12. Jak se Vám líbilo na ambulanci dětského oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Velmi hezké
- Hezké
- Ujde
- Moc ne
- Vůbec ne
- Nikdy jsem tam nebyl/a

13. Jak jste byl/a spokojen/a na dětské ambulanci Nemocnice České Budějovice a.s.?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Velmi spokojený/á
- Spokojený/á
- Průměr
- Nespokojený/á
- Velmi nespokojený/á
- Nikdy jsem tam nebyl/a

14. Změnil/a byste něco na dětské ambulanci Nemocnice České Budějovice a.s.?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ne
- Nevím
- Ano - prosím napište co:

15. Myslíte si, že by sestra na ambulanci dětského oddělení měla umět cizí jazyky?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Ano - anglický jazyk
- Ano - německý jazyk
- Ano - ruský jazyk
- Ne
- Ano - Jiný, prosím vyplňte:

16. Jaké vlastnosti by sestra na ambulanci dětského oddělení měla mít?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Empatická
- Hezká
- Komunikativní
- Milá
- Obětavá
- Odpovědná
- Ohleduplná
- Ochetná
- Optimistická
- Spolehlivá
- Sympatická
- Trpělivá
- Vlídná
- Vzdělaná
- Jiné - prosím vyplňte:

17. Navštívil/a jste někdy nějakou jinou dětskou ambulanci?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ne
- Ano - Jakou? prosím vyplňte:

18. Jaké role sestra plní na ambulanci dětského oddělení?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Manažerka
- Edukátorka
- Advokátka
- Nositelka změn
- Výzkumnice
- Mentorka
- Poskytovatelka ošetrovatelské péče
- Žádné
- Neznám role sester

19. Místo pro Vaše názory/připomínky/náměty.



**Příloha 8: Pozorovací arch**

POZOROVACÍ ARCH
<u>Místo pozorování:</u>
<u>Datum:</u>
<u>Pozorováno:</u>
1. KOMUNIKACE SESTER S DĚTSKÝM PACIENTEM NEBO S DOPROVODEM
2. SPOLUPRÁCE SESTER Z AMBULANCE SE SETRAMI Z LŮŽKOVÉHO ODDĚLENÍ
3. SPOLUPRÁCE SESTER Z AMBULANCE S LÉKAŘI
4. SPOLUPRÁCE SESTER SE ZDRAVOTNICKÝMI ZÁCHRANÁŘI
5. SPOKOJENOST DĚTÍ NEBO JEJICH DOPROVODU NA AMBULANCI

## 10. Seznam použitých zkratek

DEO	Dětské oddělení
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
i. v.	Intravenózně, do žíly
LSPP	Lékařská služba první pomoci
OSPOD	Orgán sociálně - právní ochrany dětí
PC	Personal computer, osobní počítač
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost