



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Profese sestry očima dětských pacientů

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Marie Ludvíková

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Profese sestry očima dětských pacientů*“ 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 2. května 2019

.....

podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Aleně Machové za cenné rady při vedení mé bakalářské práce a za věnovaný čas. Poděkování také patří dětem, které byly ochotné zúčastnit se výzkumu.

Profese sestry očima dětských pacientů

Abstrakt

Téma práce je Profese sestry očima dětských pacientů. V práci je obsaženo nejprve téma ošetrovatelství, pediatrie, profese sestry. Jaké jsou kompetence dětské sestry a jaká je její úloha. Dále také téma dětský pacient, vývojové fáze dítěte, specifika chování dítěte v nemoci, jaké jsou potřeby dítěte a komunikace sestry s dítětem. V práci je také zahrnuto, jak správně přistupovat k nemocnému dítěti a jaká jsou práva dětského pacienta.

Cíle práce jsou: Zmapovat pohled dětských pacientů na profesi sestry v nemocnici a zmapovat, jaké pohledy mají dětské pacienti na profesi sestry v ambulanci. Byly zvoleny tyto výzkumné otázky: Jaký pohled na profesi sestry mají dětské hospitalizované pacienti? Jaký pohled mají dětské pacienti na profesi sestry pracující v ambulanci?

K zjištění pohledů dětí na profesi sestry byl zvolen kvalitativní výzkum, pomocí hloubkového rozhovoru a analýzy slohových prací. Dotazovány byly děti ve věku od 10 do 18ti let. Analýza dokumentů byla provedena na slohových pracích od dětí osmé a deváté třídy. Přepsané rozhovory a slohové práce byly podrobeny analýze, pomocí metody papír a tužka, otevřeným kódováním. Z analýzy dat rozhovorů vznikly 4 kategorie a z analýzy dat slohových prací také 4 kategorie. K jednotlivým kategoriím jsou přiřazeny podkategorie, ve kterých jsou zakódovaná data.

Z výzkumného šetření vyplývá, že děti mají všeobecné znalosti o profesi sestry. Umí si představit určitý ideál sestry. Mají kladné i záporné zkušenosti se sestrou, ovšem převažují ty kladné. U dětí také převažuje spokojenost s přístupem sestry nad nespokojeností. Nejlépe své zkušenosti a přístup sestry hodnotily děti v ordinaci u praktického lékaře/lékařky, poté v nemocnici a nejhůře ve specializovaných ambulancích. Pro děti je důležitá především komunikace se sestrou a chování sestry.

Klíčová slova

Profese; sestra; dítě; hospitalizace; ambulantní péče

Nurse Profession from child patients point of view

Abstract

The theme of the thesis is Nurse Profession from child patients point of view. Firstly, the topic of nursing, paediatrics, nursing profession is included. Then, the thesis deals with the responsibilities of a nurse and her role. Furthermore, the thesis includes topics such as the subject of the child patient, child development stages, specifics of the child's behaviour in the illness, the needs of the child and the communication of the nurse with the child. The work also solves the way how to properly treat a sick child and the rights of a child patient.

The aims of the thesis are to: Map the views of child patients on the nurse profession in the hospital and find out what views the child patients have on the nurse profession in the outpatient department. The following research questions have been chosen: What views do the child patients have on the nurse profession? What views do child patients have on the nurse profession working in an outpatient department?

To find out the views of children on the nurse profession, the qualitative research was chosen, through in-depth interview and analysis of essays. Children were interviewed at the age of 10 to 18 years. The analysis of the documents was done on essays from children attending 8th and 9th grade of basic school. The rewritten interviews and essays were subjected to analysis, using the paper and pencil method, by open coding. From the interview analysis were created four categories and four categories from the analysis of essays. Each category has subcategories where data is encoded

The research shows that children have general knowledge of the nursing profession. They can imagine an ideal nurse. They have both positive and negative experience with the nurse, but the positive ones prevail. Children are also more satisfied with the nurse's attitude than dissatisfied. The best experience and attitude was assessed by the children at the GP's office, then by the hospital and the worst was in the specialized outpatient departments. The communication with the nurse and the nurse's behaviour is the most important for children.

Keywords

Profession; nurse; hospitalization; outpatient care

Obsah

ÚVOD	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 ÚVOD DO OŠETŘOVATELSTVÍ.....	9
1.2 PEDIATRIE.....	11
1.3 PROFESE SESTRY.....	13
1.3.1 <i>Kompetence dětské sestry</i>	15
1.3.2 <i>Úloha sestry v ambulantní péči</i>	16
1.3.3 <i>Úloha sestry v lůžkové péči</i>	18
1.4 DĚTSKÝ PACIENT	19
1.4.1 <i>Vývojová stádia dítěte</i>	22
1.4.2 <i>Práva dětského pacienta</i>	24
1.4.3 <i>Potřeby dítěte</i>	26
1.4.4 <i>Role dětské sestry v komunikaci s dětským pacientem</i>	27
1.4.5 <i>Přístup k nemocnému dítěti</i>	29
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
2.1 CÍLE PRÁCE.....	31
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
3 METODIKA	32
3.1 METODIKA VÝZKUMU	32
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	33
3.3 CHARAKTERISTIKA PROSTŘEDÍ VÝZKUMU	33
4 VÝSLEDKY	34
4.1 HLOUBKOVÉ ROZHOVORY	34
4.2 ANALÝZA SLOHOVÝCH PRACÍ.....	43
5 DISKUZE	50

6	ZÁVĚR	55
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
8	PŘÍLOHY	62
8.1	PODKLADY PRO SLOHOVÉ PRÁCE	62
8.2	OTÁZKY-ROZHOVORY	63

Úvod

Téma bakalářské práce zní „Profese sestry očima dětských pacientů“. Toto téma jsem si vybrala, protože mě zajímají dětské pacienti a zvláštnosti při péči o ně. Cílem mého šetření je „Zmapovat pohled dětských pacientů na profesi sestry.“ A to jak hospitalizovaných v nemocnicích, tak v ambulantních zařízeních. Myslím, že je zajímavé zmapovat pohled dětí na profesi sestry, protože dětský pohled je vždy jiný než pohled dospělého člověka s určitými zkušenostmi.

Dětský pacient se liší od dospělého a vyžaduje specifický přístup. Abychom věděli, jak k dětskému pacientovi správně přistupovat je nutné znát vývojové fáze dítěte, jeho rozumové schopnosti, jeho schopnost se adaptovat, komunikovat, ale také znát jak „nás sestry“ vnímá.

Na profesi sestry jsou kladeny vysoké nároky. Musí mít vysoké odborné znalosti, které musí celoživotně doplňovat. Musí být psychicky i fyzicky odolná. Je součástí zdravotnického týmu, a tak musí s ostatními členy umět vhodně spolupracovat. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu v současné době zaznamenává změny vlivem transformace zdravotní péče, včetně ošetrovatelství (Vévoda et al., 2013). Sestra je nejbližší pacientovi a podílí se na uspokojování jeho bio-psycho-socio-spirituálních potřeb. Sestry pomáhají pacientům, rodinám a skupinám dosáhnout jejich fyzického, mentálního a sociálního potenciálu. Pomáhají jim jej udržovat ve vazbě na prostředí, ve kterém pacienti žijí a pracují. Sestry potřebují kompetence k rozvíjení a podpoře faktorů, které podporují a udržují zdraví a předchází nemocem (Plevová et al., 2011).

Při péči o dětského pacienta jsou nutné znalosti na odborné úrovni, ale i trpělivost, vstřícnost a milé vystupování. Je nezbytné navázání vztahu mezi dítětem a sestrou. Sestra svou odbornou činností směřuje k navrácení či udržení zdraví. Je mu oporou při nepříjemných prožitcích, je mu partnerkou při hře a umožňuje dítěti nepřetržitý kontakt s rodinou či ostatními dětmi, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje.

Výsledky práce by mohly být použity v odborných člancích, především by mohly sloužit jako nástroj lepšímu porozumění dětskému pacientovi.

1 Současný stav

1.1 Úvod do ošetrovatelství

Ošetrovatelství má mnoho definic. Jde především o samostatnou vědní disciplínu zaměřenou na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, sociálních, psychických a spirituálních potřeb nemocného, ale i zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Zaměření je zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného a zajištění klidného umírání. Dále se ošetrovatelství podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetrovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat své potřeby. Edukuje nemocné i jejich blízké, a vede nemocné k sebepéči. Těm, kteří o sebe nemohou, neumí či nechtějí pečovat, zajišťují profesionální zdravotnickou péči (Plevová et al., 2011).

Ošetrovatelský proces je způsob organizace ošetrovatelské péče, kdy se pacient podílí na plánování a vykonávání ošetrovatelských činností. Jde o systematický přístup při komplexní péči o pacienty. Ošetrovatelský proces se skládá z pěti kroků: ošetrovatelská anamnéza, ošetrovatelská diagnóza, ošetrovatelský plán, realizace ošetrovatelského plánu a zhodnocení realizace ošetrovatelského plánu (Burda, Šolcová, 2015).

První fází je zhodnocení/posuzování, kdy sestra provádí sběr informací a hodnotí zdravotní stav pacienta. Hledá patologické procesy a rizikové faktory, které mohou negativně ovlivnit pacientův zdravotní stav. Zjišťuje též silné stránky pacienta (Tóthová et al., 2014).

Druhou fází je diagnostika, která je charakterizována jako analyticko-syntetický proces vyúsťující do výběru a formulace ošetrovatelské diagnózy. Ta tvoří východisko pro plánování a realizaci ošetrovatelské péče. Používání ošetrovatelských diagnóz podporuje profesionální zodpovědnost a samostatnost sestry. Poskytují terminologii pro kategorizaci ošetrovatelských problémů. Jsou účinným prostředkem komunikace mezi sestrami a poskytují rámec pro ošetrovatelský výzkum (Tomagová, 2011).

Ve třetí fází, tedy plánování jsou důležité čtyři základní kroky. Prvním je krok, kdy sestra ve spolupráci s pacientem určuje problémy, které vyžadují okamžitou pozornost, dále problémy, které mohou počkat, tedy nemusejí být okamžitě řešeny. Dalšími jsou ty, na které se musí

sestra soustředit. Dále, které může delegovat na dalšího člena ošetrovatelského týmu a které potřebují multidisciplinární aproximaci. Druhým krokem je stanovení cíle a očekávané výsledky, co se od pacienta očekává a za jakou dobu. Třetím krokem je určení činností, které jsou potřebné k dosažení stanovených cílů. Čtvrtým krokem je zaznamenávání plánu péče, který zároveň individualizuje. Zjišťuje, zdali jsou respektovány individuální zvláštnosti pacienta při sestavování plánu péče nebo zdali je používán standardní plán péče (Tóthová et al., 2014).

Čtvrtá fáze je realizace, charakterizována jako provedení ošetrovatelských intervencí v klinické praxi. Intervence jsou zaměřené na dosažení stanoveného výsledku (Tomagová, 2011). Dochází k realizaci plánu péče. Před vykonáním činností se znovu posoudí momentální stav pacienta. Sestra zjišťuje, zda se nevyskytl nový problém či nedošlo ke změnám, které vyžadují okamžitou změnu plánu péče. Jednotlivé činnosti realizuje tak, že nepřetržitě a pečlivě pozoruje pacienta. V případě potřeby změní postup. Sestra zjišťuje, jak pacient reaguje a zdali není nutná nějaká změna, nelze čekat do fáze hodnocení v případě nutnosti změn. Informace sestra zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. Hodnotí nové informace, jejich důležitost a potřebu okamžitého hlášení (Tóthová et al., 2014).

Vyhodnocení je poslední fází ošetrovatelského procesu. Sestra vyhodnocuje, zda bylo dosaženo plánovaných cílů, očekávaných výsledků a zda všechny naplánované aktivity byly účinné. Poté v případě potřeby může sestra plán modifikovat. Pokud byl problém vyřešen může být z plánu péče odstraněn. Pokud nebylo dosaženo stanoveného cíle, je nutné určit proč. Ošetrovatelský proces je cyklický, sledující logický postup. Vyhodnocování vyžaduje opakování všech jeho fází (Mastiliaková, 2014).

Péče vedená formou ošetrovatelského procesu vyžaduje od poskytovatelů znalosti, tvůrčí přístup, přizpůsobivost, zaujetí a důvěru ve vztahu k práci a umění vycházet s lidmi a získání technických dovedností (Šamánková et al., 2011).

Ošetrovatelská péče se vykonává v určitém čase, a je orientována na osobu, která se nachází v určitém stavu zdraví a v určitém prostředí. Ošetrovatelská péče je poskytována pomocí ošetrovatelského procesu s ohledy ke všem oblastem lidského bytí-fyziologickým, psychosociálním a spirituálním potřebám. Formy ošetrovatelské péče, na které se tato práce

bude ve výzkumu zaměřovat jsou: ambulantní a ústavní péče. Ambulantní péče je na úrovni prvního kontaktu. Jedná se o komplex činností zaměřující se na podporu zdraví, prevenci, vyšetřování, léčení, rehabilitaci a ošetřování v blízkém prostředí občanů. Dělí se na všeobecnou a specializovanou. Do všeobecné ambulantní péče spadá ambulance praktického lékaře, stomatologa či gynekologa. Do specializované spadá například neurologická nebo psychiatrická ambulantní péče. Ústavní péči zahrnuje zdravotnickou péči v nemocnicích a odborných léčebných ústavech. Ústavní péči tvoří lůžka akutní, standardní a následné péče (Plevová et al., 2011).

1.2 Pediatrie

Pediatrie je lékařský obor, zabývající se péčí o zdravé, nemocné a defektní děti od jejich narození do 18 let věku. Obor pediatrie, se neustále zdokonaluje (Slezáková et al., 2010).

Pediatrická péče je poskytována buď jako ambulantní zdravotní péče, jedná se o primární ordinace praktického lékaře pro děti a dorost či specializované pediatrické poradny. Dále nemocniční zdravotní péče, zde zahrnujeme novorozenecká a dětská lůžková oddělení. To jsou standardní, intermediární, intenzivní a resuscitační. Péče může být poskytována i ve zvláštních dětských zařízeních, jako jsou dětské léčebny a ozdravovny, stacionáře, kojenecké ústavy, dětské domovy, jesle a ústavy sociálního zabezpečení (Slezáková et al., 2010).

Ambulantní zdravotní péče je poskytována jako primární zdravotní péče dětem a dospívajícím praktickým lékařem. Jeho blízkou spolupracovnicí je dětská sestra. Měla by mít nejméně pět let praxe na lůžkovém dětském oddělení. Lékař poskytuje léčebně preventivní péči, včetně návštěvní služby. Péče začíná již v novorozeneckém věku a pokračuje preventivními prohlídkami dětí a dorostu. V prvním roce života je to desetkrát do roka. Poté v osmnácti měsících, ve třech letech, a poté vždy za další dva roky. Při návštěvách je hodnocen především psychomotorický vývoj dítěte, posuzována školní zralost dítěte a usměrňována volba budoucího povolání dítěte. Součástí je zajištění očkování dětí a dospívajících dle platného očkovacího kalendáře. Dispenzární péče praktického lékaře je poskytována vybraným zdravým, ohroženým a chronicky nemocným dětem a mladistvým. Tato péče může být poskytována i ve specializovaných pediatrických poradnách, jako jsou například kardiologické, urologické atd. Součástí práce zdravotníků v primární péči je

zdravotní výchova dětí a dospívajících. Ta je zaměřena zdravou výživu, osobní hygienu, prevenci pohlavních chorob, boj proti drogovým závislostem, výchovu k rodičovství atd. (Slezáková et al., 2012).

Dětská lůžková oddělení umožňují hospitalizaci tam, kde není možné zajistit vyšetření a léčbu ambulantním způsobem. Zásady přístupu k dětem a dospívajícím jsou v nemocnici vyjádřeny Chartou práv hospitalizovaných dětí. Ve větších nemocnicích jsou dětská oddělení rozčleněna obvykle dle věku dětí a charakteru jejich onemocnění. V menších nemocnicích je diferenciací dětí a dospívajících v rámci tohoto oddělení. S vážným onemocněním jsou děti a dospívající hospitalizováni na dětských jednotkách intenzivní a resuscitační péče. Novorozenecká oddělení tvoří celek spolu s oddělením porodnickým. Poskytují péči novorozencům systémem rooming in, kdy je dítě umístěno na pokoji společně s matkou. Rizikovní novorozenci jsou umístováni v perinatologických centrech, kde jim je poskytována specializovaná péče (Slezáková et al., 2012). Lůžková sekundární pediatriká péče je poskytována na dětských odděleních jednotlivých nemocnic. Terciální péči zajišťují univerzitní kliniky a další nemocnice fakultního typu. Tato zařízení poskytují i super specializovanou péči v rámci tzv. pediatrických center-kardiocentrum, centrum pro transplantaci kostní dřeně a ledvin apod. Průměrná doba pobytu na lůžku dětského oddělení se významně zkrátila a pohybuje se okolo 4,5 dne (Muntau, 2014).

V dětských léčebnách a ozdravovnách jsou doléčovány chronicky nemocné nebo oslabené děti. Probíhá zde léčebná rehabilitace a je využíváno specifických klimatických podmínek spolu s působením minerálních pramenů. Stacionáře se soustřeďují na komplexní a diferencovanou péči, uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb zdravotně postižených dětí. Zajišťují denní i týdenní pobyty těchto dětí. Kojenecké ústavy a dětské domovy dočasně nahrazují rodinnou péči, v případě, kdy vlastní rodina není schopna zajistit výchovu dítěte. Ústavy sociálního zabezpečení jsou pro děti s vážným mentálním a tělesným postižením, kdy v rodině nejsou z různých důvodů dostatečně uspokojovány potřeby těchto dětí. Jesle jsou pro děti do tří let. Jejich počty jsou snižovány, z důvodu, že optimálním prostředím pro zdárný vývoj dítěte je vlastní rodina (Slezáková et al., 2012).

1.3 Profese sestry

Ošetrovatelská profese je náročná psychicky i fyzicky, sestry jsou svědky lidských neštěstí, umírání, okamžiků, které mění životní hodnoty. Výbava sester a požadavky na ni jsou v celém historickém vývoji této profese aktuální. Například Florence Nightingalová zdůrazňuje, že ošetrovatelka by měla být: svědomitá, spolehlivá, střídmatá, počestná, pokorná, rozhodná, klidná, rozvážená, dobrý pozorovatel, dobrosrdečná, důvěryhodná a empatická. Jde především o blaho pacienta. Sestry by měly věnovat pozornost zvláštnostem pacienta. Ke svému povolání by měla mít úctu, neboť dar života je často vložen do jejích rukou. Sestra by měla mít individuální zájem o každého nemocného a snahu mu pomoci, inteligenci a bystrost postřehu, odborné ošetrovatelské znalosti a zkušenosti a přesnost a spolehlivost při hlášení příznaků. Sestry patřili v tzv. socialismu k váženým profesím, ale přesto musely poslušně sklánět hlavu a poslouchat. Postupem času si získávaly vážnost a stávají se nepostradatelnou pomocnicí lékaře a rozvoj medicíny postupně přináší větší kompetence. To je spojeno s vyššími nároky na vzdělání a na osobnostní profil sestry (Kutnohorská, 2010).

Správné jednání ve zdravotnické profesi vyžaduje, aby zdravotníci uměli přístup k lidem obměňovat, přizpůsobovat se jejich zvláštnostem. Od zdravotníků je vyžadován individuální přístup ke klientům i profesionálnost ve vztazích mezi sebou (Vévoda et al., 2013).

Zdravotní péči mohou poskytovat pouze kvalifikovaní zdravotničtí pracovníci či jiní odborní pracovníci. Povolání sestry je regulováno zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních – viz kapitola Kompetence dětské sestry. Všem zdravotnickým pracovníkům je společná povinnost celoživotního vzdělávání. Jedná se o průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti v příslušném oboru v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky (Vévoda et al., 2013).

Všeobecná sestra je přímou poskytovatelkou ošetrovatelské péče, dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy, poskytuje informace v souladu se svou odbornou způsobilostí a podílí se na praktickém vyučování studentů. Je absolventkou kvalifikačního studia vyšší odborné školy, vysoké školy oboru všeobecná sestra či dříve dokončené střední zdravotnické školy s několikaletou praxí (Vytejková et al., 2011).

Na počátku 21. století k sestře patří přívětivost, pochopení a laskavost. Sestra je blízkým člověkem pacientů, proto musí být lidská, empatická a odborně erudovaná. Sestra vytváří příjemné prostředí v ordinaci, čekárně i recepci. Napomáhá rozvoji zázemí na úrovni mezilidských vztahů. Zajišťuje základní i vyšší potřeby pacienta, zjišťuje možnosti rodiny a blízkého okolí. Komunikuje s pacientem, odkrývá skryté příčiny obtíží, popřípadě potíže, které pacient podceňuje a pro které by k lékaři nepřišel, ale je třeba, aby jim byla věnována pozornost. Podporuje pacienty, dodává jim odvalu se svěřit lékaři se svými obtížemi, o kterých se stydí mluvit. Edukuje, uklidňuje a instruuje pacienty před vyšetřením a dodává pocit sebejistoty (Kutnohorská, 2010).

Do senzomotorických předpokladů výkonu povolání sestry patří šikovnost, zručnost, pohybová obratnost a neporušené smyslové vnímání. Do předpokladů estetických, můžeme zahrnout smysl pro úpravu vlastního zevnějšku a smysl pro úpravu zdravotnického prostředí. Dále intelektové předpoklady jako je schopnost vybrat optimální řešení z komplexu možných, schopnost řešit proměnlivé situace. Sociální předpoklady jako je pozitivní vztah k lidem, schopnost navázat kontakt, schopnost vést dialog, schopnost empatie, schopnost ovládat své projevy. Do autoregulačních předpokladů můžeme zahrnout přizpůsobivost, sebezapření a zvýšenou odolnost vůči fyzickému i psychickému stresu. Poslední jsou předpoklady komunikační do kterých patří schopnost naslouchání, podněcování hovoru, zrcadlení, sumarizování a mlčení (Plevová et al., 2011).

Sestra by měla mít snahu neustále prohlubovat své znalosti a postupně zvyšovat své kompetence. Měla by se zajímat o novinky ve svém oboru. Ošetřovatelství není jen profese s vysokou technickou dovedností jednotlivých úkonů, ale i vědecká činnost, která hodnotí zavedené stereotypy práce, vyhodnocuje je pro teorii ošetřovatelství. Vytváří znalosti o péči o lidi ve zdraví a nemoci. Obecné principy morálky a morálního jednání jsou zakotveny v etickém kodexu sester (Kutnohorská, 2010).

Sestra přispívá k péči o pacienta svým jedinečným způsobem, profese lékař, sestry mají společné určité dovednosti, které jsou nezbytné z hlediska zajištění kvality péče. Profesionální komunikace sestry a lékaře je základní předpoklad úspěšné týmové spolupráce (Vévoda et al., 2013).

Práce dětských sester je nezastupitelná především v přístupu k dětem, dále ve znalosti vývojové psychologie, potřeb dětí a metodiky výchovné péče (Vlachová, 2013).

1.3.1 Kompetence dětské sestry

Zdravotnická profese je náročná a může být vykonávána pouze osobami, které odpovídají kritériím vymezeným zákonnými a podzákonnými normami (Plevová et al., 2011).

Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění vyhlášky 391/2017 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, dětská sestra vykonává činnosti bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou lékaře nebo zubního lékaře, poskytuje či zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči o zdravé a nemocné děti všech věkových kategorií, prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Může se účastnit porodů, provádět první ošetření novorozence, sledovat a hodnotit poporodní adaptaci, edukovat matky, sledovat a vyhodnocovat psychomotorický vývoj dítěte a tak dále. Také může vykonávat činnosti (bez odborného dohledu na indikaci lékaře nebo zubního lékaře) preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče. Může zavádět periferní žilní katetry dětem všech věkových kategorií, kromě nedonošenců, provádět katetrizaci močového měchýře dívek opět s výjimkou nedonošených a tak dále. Pod odborným dohledem lékaře může například aplikovat nitrožilně krevní deriváty či zpracovávat dentální materiály v ordinaci.

Dle zákona č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), se odborná způsobilost k výkonu povolání dětské sestry získává absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu dětských sester, nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra na vyšší zdravotnické škole, studijního oboru dětská sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997.

Dále dle zákona č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., zkráceným, minimálně ročním studiem na VOŠZ, tzv. 4+1, absolvent získá neakademický titul DIS.

Podmínkou pro zkrácené studium je předchozí získaná kvalifikace praktické sestry, všeobecné sestry, zdravotnického záchranáře či porodní asistentky. Absolventi musí splnit podmínky jednotlivých škol, prokázat se znalostí prvního a druhého ročníku VOŠZ, včetně absolvované praxe. Pokud jsou podmínky splněné, mohou nastoupit již do třetího ročníku. Pokud uchazeč bude podmínky plnit pouze částečně, může vedení školy nabídnout variantu, že nastoupí do druhého ročníku, tedy studovat verzi 4+2 (Kordulová, 2017).

Pro oblast pediatrického ošetřovatelství je určeno i kontinuální celoživotní studium. Formou specializačního vzdělávání, certifikovaných a inovačních kurzů, odborných stáží a účastí na školení. Sestry mohou využít studia na tzv. rezidenčním místě. Ministerstvo zdravotnictví ČR vypisuje počet rezidenčních míst v jednotlivých oborech na rok. Současné akreditované certifikované kurzy určené sestřím pracujících v pediatrii jsou například v Nemocnici České Budějovice, a.s.-komplexní ošetřovatelská péče o vybrané invazivní vstupy v pediatrii, Fakultní nemocnice Plzeň-specifika ošetřovatelské péče na dětských pracovištích atd. (Kordulová, 2017).

1.3.2 Úloha sestry v ambulantní péči

„Primární péče je úrovní prvního kontaktu se zdravotnictvím pro jedince, rodiny a komunity“
(Sikorová, 2012, s. 9).

Prevence je zaměřena proti nemocem a je vedena snahou jim předcházet. Prevenci dle času dělíme na primární, kdy nemoc ještě nevznikla. Cílem je zabránit vzniku nemoci. Uplatňují se aktivity posilující zdraví nebo odstraňující rizikové faktory. Podstatou sekundární prevence je časná diagnostika a účinná léčba nemoci. Základem je předejít nežádoucímu průběhu již vzniklé nemoci a zabránit komplikacím. Poslední je terciální prevence zaměřující se na prevenci následků nemocí, vad, dysfunkcí a handicapů, které by vedly k invaliditě a imobilitě. Cílem tedy je omezit následky nemocí na nejnižší míru a co nejdéle udržet kvalitu života (Machová et al., 2016).

Dětská sestra se v oblasti primární péče podílí na aktivitách primární prevence, jako je hodnocení a podpora normálního růstu a vývoje dítěte, podpora uspokojování potřeb dítěte v rodině, vývoj pozitivních vztahů mezi rodiči a dětmi. Dále ochrana zdraví a předcházení zdravotním problémům dětí a dorostu, v rodině, jeslích, mateřské, základní škole atd. Účastní

se na preventivních prohlídkách, organizuje očkování, poskytuje zdravotní výchovu, zajišťuje prevenci úrazovosti a prevenci rizikového chování (Sikorová, 2012).

Ambulantní péči poskytuje dětem praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař a gynekolog. U vybraného lékaře je dítě registrováno. Ambulantní péče může být poskytována jako primární ambulantní péče, specializovaná a stacionární péče. Primární ambulantní péče je poskytována ošetřujícím lékařem. Ten provádí preventivní, diagnostické, léčebné úkony a v případě potřeby koordinuje následnou péči. Také sem patří služba návštěvní. Specializovaná ambulantní péče je poskytována lékařem specialistou v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče. Do stacionární péče patří denní a noční stacionář, která je poskytována nemocným, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní návštěvy (Křiváková, Číková, 2016).

V ordinaci praktického lékaře, po příchodu rodiče s dítětem sestra připraví potřebnou dokumentaci. Podle ordinace lékaře odebere dítěti biologický materiál na vyšetření. Dítě i rodiče poučí o tom, co a jak se bude dělat a v průběhu výkonu každou svou činnost komentuje. Po zákroku nezapomene dítě pochválit, i když pláče nebo se brání. Podle pokynu lékaře změří dítěti teplotu, krevní tlak a pulz. Důležitá je také evidence očkování, zvaní dětí ve správných intervalech a dbá na to, aby děti zvala v určených intervalech na preventivní prohlídky. Při nich kontroluje váhu, míry dítěte, měří krevní tlak a orientačně vyšetřuje zrak, sluch, barvocit a moč. S rodiči by měla pohovořit o zdravé životosprávě (Vejrostová, 2009). Sleduje se také psychomotorický vývoj, rodinná i osobní anamnéza, úrazy, operace, alergie a řada dalších položek přesně stanovených pro jednotlivá věková období (Kukla et al., 2016).

Při preventivních prohlídkách dětí se hodnotí stav psychomotorického vývoje, provádí se fyzikální vyšetření (například měření hmotnosti, délky, výšky atd.). Doplnuje se anamnéza dítěte, rodiny. Hodnotí se reakce na vnější okolí a adaptace například na výživu. Dále se klade důraz na posouzení nejen zdravotních rizik, ale také sociálních rizik rodiny. Jako je včasný záchyt týrání dítěte, zneužívání atd. Součástí preventivních prohlídek je i očkování, screeningové odběry, předepisování receptů a zdravotně výchovná činnost (Křiváková, Číková, 2016).

V rámci preventivní péče se sestra podílí na povinném i nepovinném očkování dětí. V oblasti dokumentace, organizace a vlastní aplikace. Součástí práce sestry je také edukace rodičů s cílem motivace rodičů ke spolupráci (Machová, Suchanová, 2013).

Také je třeba věnovat velkou pozornost stavu řeči u dětí. Opožděný nebo zastavený vývoj řeči může signalizovat poruchu v celkovém vývoji nebo být prvním příznakem jiného onemocnění dítěte. Je potřeba vyloučit sluchovou vadu, neurologické nebo psychiatrické postižení, poruchu autistického spektra a stanovit úroveň rozumových schopností (Aksenovová, 2015). Při preventivních prohlídkách sleduje a vyhodnocuje také růst dítěte a věnuje pozornost vývoji genitálu. Při odchylkách od normy se pacient směřuje k příslušným specialistům (Zemková, Šnajderová, 2009).

Význam screeningu spočívá v tom, že se v populaci zavčas zachytí závažná onemocnění a poruchy. Mohou se hned od počátku léčit a zajistit danému jedinci přiměřeně kvalitní život (Kukla et al., 2016).

Součástí povinností sestry je i péče o ordinaci. Kontroluje dostatek pomůcek, žádanek, dostatek a vhodnost obvazového materiálu, ochranných pomůcek a dezinfekčních roztoků. Dezinfikuje a uklízí lékovou lednici, lékárnu a kontroluje expiraci všech léků. Upozorní lékaře na léky, které je nutné doplnit (Vejrostová, 2009).

1.3.3 Úloha sestry v lůžkové péči

Lůžková péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních. Dítě je odesláno buď s doporučením z ambulantní péče, nebo přicházejí bez doporučení. Dítě je přijato k lůžkové péči, pokud není možné řešit stav dítěte cestou ambulantní (Křiváková, Číková, 2016). Hospitalizace je pro dítě obtížná a může to být traumatická zkušenost. Protože je pryč od rodinného prostředí a musí se přizpůsobovat novému prostředí, plného běžných postupů, vybavením a jinými lidmi (Depianti et al., 2014).

Při hospitalizaci dítěte sestra přebírá roli pečovatele, na kterého se dítě, včetně jeho doprovodu obrací se svými potřebami. Na setkávání se s etickými problémy a s jejich řešeními by se měla připravovat během svého studia i celoživotně. Nezbytné je umění komunikace a edukace. Největší motivací je klidné zvládnutí hospitalizace a uzdravení dítěte

pro všechny zúčastněné osoby. V praxi je důležité zvýšit informovanost o informovaném souhlasu především u rozvedených rodičů či nežijících v jedné domácnosti a zajistit vyšší míru soukromí pacientům v adolescentním věku (Beránková, 2011).

Dítě by mělo být hospitalizováno pouze v závažném případě, a to na co nejkratší dobu, v prevenci proti hospitalismu. Také je vhodná hospitalizace s rodinným příslušníkem, v případě možnosti. Nutné je umožnit dítěti kontakt s rodinou a dodržovat rituály, na které je dítě zvyklé, například čtení před spaním. Dítě by také mělo být dostatečně stimulováno, pomocí herních terapeutů, nemocničních klaunů apod. (Svatušková, 2014). Sestry by měly do praxe v oblasti péče začlenit herní činnost, která činí hospitalizaci méně traumatickou událostí (Depianti, 2018). Klást důraz na individuální péči o dítě je též velmi podstatné. Malé děti vnímají změny ve svém životě či prostředí, což ovlivní jejich nálady a vystupování. Proto je důležité si uvědomit, jak i chování dospělých může ovlivnit další vývoj hospitalizovaného dítěte (Svatušková, 2014).

Sestra nahlíží na onemocnění dětského pacienta odborným pohledem a snaží se co nejefektivněji uplatnit své vědomosti za dosažením žádoucího úspěchu. Negativa hospitalizace dítěte se snižují spolu přijetím matky. Pomáhá při adaptaci a v nutnosti provedení časově náročnějších výkonů, například infuze. Matka dítěte dokonce může spolupracovat při výkonech jako podávání výživy a naučit se určitým postupům (podávání léků, klyzmatu). Někdy ve vztahu matka-sestra, mohou vzniknout neshody. Sestra by měla správně pochopit situaci matky, která má nemocné dítě. Sestra by neměla zapomínat na spolupráci s rodičem. Měla by správně komunikovat s rodičem, s cílem odstranit deficity v potřebách dětského pacienta, tím bude ošetrovatelská péče efektivnější a kvalitnější. Sestra by měla umět rodiče správně usměrňovat a informovat ho v rozsahu svých kompetencí. Sestra pomáhá rodinným příslušníkům pochopit sled událostí, a tak podpořit jejich účast. Závisí na empatickém přístupu ošetřující sestry, do jaké míry dokáže zmírnit následky stresu na psychice dítěte (Ondriová, Sinaiová, 2010).

1.4 Dětský pacient

Děti jsou v neustálém vývoji, a to jak ve fyzickém, tak i psychosociálním. Děti nejsou „malý dospělý“, jak to bylo vnímáno dříve. Mají své vlastní, zvláštní požadavky, které by měly být

splněny specifickými způsoby. Jejich schopnost vyrovnat se s hospitalizací je ovlivněna věkem, vývojovou fází a předchozími zkušenostmi. Proto se jejich potřeby liší od potřeb dospělých (Edwards, Coyne, 2013).

Nemoc pro dítě představuje změnu jeho stavu, vzniká situace, kterou nezná, je pro něj zatěžující a ve většině případů nepříjemná. Na dítě jsou kladeny nové nároky a nutí ho k adaptaci na změněnou situaci. Je potřeba si tyto změny uvědomit a přizpůsobit jim také nové prostředí dítěte, chování pečovatele, zohlednit nová rizika bezpečnosti a dále sledovat změny dítěte vlivem nemoci (Křiváková, Číková, 2016).

Změny prožívání a chování dítěte v době nemoci ovlivňují různé faktory. Jedním z nich je věk. U malých dětí je především negativně vnímán pocit tělesného diskomfortu. Starším dětem lze podávat informace (věku přiměřené) a tím negativní vnímání zmírnit (Křiváková, Číková, 2016). Pohlaví také ovlivňuje přijetí nemoci. S dívkami je problém například tehdy, jedná-li se o ekzém, lupénku, akné apod. Nemoci, které mění jejich vzhled. Chlapci se hůře smiřují s tím, že nemohou kvůli chronické nemoci, jako je například astma, hrát fotbal, hokej, prostě soutěžit s ostatními (Kukla et al., 2016). Dalším z faktorů jsou okolnosti vzniku nemoci. Například úraz, který si dítě způsobilo samo snáší lépe než úraz způsobený někým jiným. Dále průběh onemocnění, akutní, náhlý, ale krátké onemocnění, je lépe snášeno než onemocnění chronické. To v sobě dlouhodobou přítomnost příznaků, stavy zhoršení a zlepšení, dlouhodobé, někdy až celoživotní omezení v některé oblasti. Podstatné jsou i projevy nemoci, čím jsou viditelnější, tím je nemoc hůře vnímána. Téměř každou nemoc provází bolest. Bývá prvním z příznaků nemoci. Intenzita a charakter bolesti se promítají do všech reakcí dítěte. Omezení pohybu je dětmi též citelně vnímáno. Dítě může krátkodobou imobilizaci či pobyt na lůžku vnímat jako zajímavou zkušenost. V případě, kdy se jedná o dlouhodobé tělesné omezení nebo se stává trvalým handicapem, je vyrovnání s touto zkušeností pro dítě velmi náročné (Křiváková, Číková, 2016).

To, jak dítě prožívá svou nemoc je ovlivňováno také výchovnými postoji v rodině. Rodiče nemají jednoduchou situaci. Snaží se být spravedliví a dítě „vychovávat“, ale zároveň mají strach, aby mu neublížili a tím nezhoršili jeho zdravotní stav. Předpokladem uzdravování jsou dobré vztahy v rodině. Důležitý je nejen výchovný postoj rodičů, ale také vztahy všech členů rodiny a klidné domácí prostředí (Kukla et al., 2016).

Velký význam pro přijetí nemoci jsou její zkušenosti. Při opakovaném onemocnění, hospitalizaci, u dítěte dochází k adaptaci. Předchozí zkušenosti ovlivňují následné chování dítěte. Zkušenosti mohou být jak pozitivní, tak i negativní. Je důležité po nich pátrat a dle toho usměrňovat podávané informace dítěti. Hospitalizace znamená pro dítě vytržení ze známého prostředí, narušení denního režimu i intimity. Jedná-li se o dítě do tří let, může být matka hospitalizována společně s dítětem. U starších dětí, kromě návštěv je i možný tzv. celodenní pobyt jednoho z rodičů. Následky onemocnění ovlivňují celý další život dítěte. Ovlivňují nejen chování dítěte, ale celé jeho rodiny. Dále svou roli sehrává i osobnost dítěte, délka nemoci, pohlaví a izolace, která dítě velmi omezuje v každém jeho věku (Křiváková, Číková, 2016).

Hospitalizace sebou přináší řadu změn, které je nutné poznat, monitorovat a adekvátně řešit. Především první kontakt dítěte s nemocnicí by měl být pozitivní. Hospitalizace se zpravidla zapíše do paměti dítěte. Projevům hospitalismu kromě jiného by bylo možné předejít i komplexním dodržování práv hospitalizovaného dítěte. Negativa hospitalizace se snižují spolupřijetím matky. Matka napomáhá při adaptaci a je pro dítě psychickou a emocionální oporou. Poskytuje mu ochranu, bezpečí, lásku a jistotu, tedy v případě pozitivního vztahu dítěte s matkou. Závisí především na ošetřující sestře a jejím přístupu, do jaké míry dokáže zmírnit následky stresu na psychice dítěte. Sestra stráví s dítětem v průběhu jeho pobytu v nemocnici nejvíce času a může pozitivně ovlivnit jeho adaptaci (Ondriová, Sinaiová, 2010).

Některé děti schopné pochopit, co se s nimi v nemocnici bude dít. Velký problém pro dítě představuje odloučení od jeho rodičů. Některé děti prožívají záchvaty vzteku, jiné nekomunikují, nemluví a jsou zakřiknuté. Děti, které neprojevují své pocity, mnohdy procházejí větším trápením než děti, které pláčou. Zdravotnický personál nenahradí rodiče, ať je sebevíc vyškolený. Hospitalizace však nemusí být jen negativní zkušenost. Je to i období, kdy dítě osobnostně roste a stává se nezávislým (Leifer, 2014).

Hlavním cílem pobytu dítěte v nemocnici je stanovení diagnózy onemocnění a zahájení léčby, následuje celý léčebný a ošetrovatelský proces. V době začínajícího uzdravování je nutno naplnit „volný čas“ dítěte. Nejvíce jsou děti stresovány separací, bolestí a strachem ze zákroků (Dorková, Šrahůlková, 2010).

1.4.1 Vývojová stádia dítěte

Prenatální období trvá 9 kalendářních, 10 lunárních měsíců po 28 dnech. Jedná se o dobu, která uplyne od oplození vajíčka do narození dítěte. Toto období dále dělíme na období od oplození do uhníždění blastocysty. Vytváří se tři zárodečné listy. Ve třetím týdnu vzniká nervová trubice. Koncem třetího týdne začíná embryonální období. Vytvářejí se všechny orgánové základy. Od dvanáctého týdne nastává fetální období, které trvá již do narození (Vágnerová, 2012).

Novorozenecký věk začíná odstřížením pupečníku a končí 28. dnem, vyznačuje se především reakcemi na matku a 3. týden dochází ke zrakovému a sluchovému soustředění (Kukla et al., 2016).

Kojenecké období začíná prvním měsícem života dítěte a končí prvním rokem. Dochází k rychlému rozvoji mnoha kompetencí. Dochází také k vývoji potřeb. Na počátku jde zejména o uspokojování biologických potřeb, později potřeba učení, přiměřené stimulace, citové jistoty a bezpečí. Dochází k vývoji poznávacích schopností, k vývoji sluchového vnímání a základů, dále k emočnímu vývoji, k socializaci a k vývoji sebepojetí-vývoj vztahu k sobě. Velmi důležitý je specifický vztah k matce (Vágnerová, 2012).

Batolecí období můžeme dělit na mladší (tj. do dvou let) a starší batolecí věk (od dvou do tří let věku). Růst je pozvolnější, psychický vývoj převažuje nad motorickým. Uplatňuje se abstraktní myšlení. Významný je pohyb, rozšiřování zájmu, zvědavost a aktivita. Dítě zná a zvládá základní hygienické návyky, verbální komunikaci a začleňuje se do kolektivu rodiny a vrstevníků. Dochází k rozvoji hrubé i jemné motoriky (Klíma et al., 2016).

Předškolní věk trvá od tří do šesti let, končí tedy nástupem do základní školní docházky. Dítě chápe abstraktní pojmy, uvědomuje si vlastní „já“, dochází také k vytváření a fixaci mezilidských vztahů v rodině, i v kolektivu vrstevníků. Vývoj sebekontroly a ukázněnosti předbíhá rozvoji znalostí a dovedností. Růst stabilní a pravidelný, dítě váží asi 20-25 kg a měří asi 120 cm. Dochází k překotnému vývoji řeči (Klíma, et al., 2016). Dochází k intelektualizaci řeči, tedy k rozšiřování slovní zásoby. Dítě vyjadřuje své myšlenky obsahově i formálně s dostatečnou přesností. Dítě si též vytváří vlastní pojmenování pro věci, jevy a předměty, jedná se o tzv. neologizmy. Když spolu hovoří dva předškoláci, jedná se

často o tzv. egocentrickou řeč. Vlastně dva monology, jedno dítě čeká, až domluví druhé, ale neodpovídá. Mluví o něčem jiném (Kopecká, 2011). Existují testy školní zralosti, které vypovídají o somatické i psychické připravenosti dítěte na vstup do školy (Klíma et al., 2016).

Školní věk trvá od 6-15 let, jde o období základní školní docházky. Nástupem do školy se mění denní režim dítěte, dále i prostředí, ve kterém tráví převážnou část dne, a i míra a druh zátěže. Dítě přestává být ovlivňováno pouze prostředím rodiny. Mladší školní věk představuje období školní adaptace a končí nástupem do puberty (Klíma et al., 2016). V tomto období mohou být děti ohroženy stresem v rodině, při vyučování i v dětském kolektivu. V současné době se dítě může setkávat s cigaretami, drogami či alkoholem. Časté jsou také úrazy, jsou popisovány pokusy o sebevraždu, které jsou bohužel někdy dokonány a dochází i k přeceňování vlastních schopností. Může se objevit závislost na mobilech a počítačových hrách (Velemínský st., Velemínský ml., 2017).

Starší školní věk se vyznačuje nárůstem duševní kapacity, schopnostmi přijímat a uchovávat nové poznatky. Zdokonaluje se proces učení a získávání vzdělání. Růst je významný v pubertě. Nejdříve se urychluje růst končetin, pak i trupu. Rozvoj motorických schopností, získávání sportovních dovedností. Dochází k osamostatňování, získání schopnosti samostatného rozhodování. Rozhoduje o své budoucí úloze a zařazení. Základní potřebou je vzdělávání (Klíma et al., 2016). Objevuje se pubické ochlupení a mění e výraz tváře. Chlapcům začínají růst vousy. Patrné je psychické napětí, nejistota, vlastní podceňování a výkyvy nálad. Objevuje se zájem o druhé pohlaví. Školní děti přicházejí nejčastěji k lékaři s ortopedickým onemocněním a vadami páteře, proto se musejí často podrobovat rehabilitaci. Mohou se objevovat vady zraku (Velemínský st., Velemínský ml., 2017).

Adolescencí neboli dospíváním, dochází k somatickým, psychickým i sociálním změnám. Probíhá přechod mezi dětstvím a dospělostí. Dochází k hormonální přestavbě s vyžíváním pohlavních orgánů. Dokončuje se vývoj druhotných pohlavních znaků a charakteristických změn ve stavbě těla (například ochlupení, ukládání tuku). Charakteristické je vyrovnávání se s novou úlohou vlastního těla a začlenění se do společnosti, nutnost zvolit si budoucí povolání, potřeba osamostatnit se od rodiny v rozhodování i v systému hodnot. Legislativně dospívání končí 18. rokem života (Klíma et al., 2016).

1.4.2 Práva dětského pacienta

Práva pacientů se stala základem pro plnohodnotný vztah mezi pacientem a zdravotníkem. V České Republice v roce 1993 byla schválena jako platný dokument Charta práv hospitalizovaných dětí (Zacharová, 2010).

Základní právní normy, které se vztahují k dítěti jsou tvořeny ústavně-právními dokumenty a mezinárodně-právními dokumenty, jejichž základními principy jsou: prosazování nejlepšího zájmu dítěte, nepostradatelný význam rodiny, nepřipustnost diskriminace, maximální ochrana před nepříznivými vlivy a podmínkami, plná právní subjektivita dítěte, respektování jeho názoru, účast na veřejném životě a plnohodnotné zastoupení zájmu a prospěchu dítěte (Kukla et al., 2016).

Prvním právem je, že děti musejí být do nemocnice přijímány tehdy, pokud vyžadující péče nemůže být stejně dobře poskytnuta ambulantně nebo při domácím ošetřování (MZČR, ©2010). Příjem do nemocnice vyvolává u dětí nepříznivé reakce, které vyvolává změna prostředí, hospitalizace bez doprovázející osoby a další faktory. Zdravotníci by měli poskytovat odbornou péči v souladu s nejnovějšími poznatky vědy. V důvěře, klidu a pohodě. Péče nesmí ztratit hlubokou jednotu lidské bytosti v interakci všech tělesných funkcí a s nimi spojených citových, intelektuálních a duchovních dimenzí (Zacharová, 2010).

Druhým právem je v nemocnici neustálý kontakt dítěte se svými rodiči a sourozenci. Kde je to možné, měli by se rodiče povzbudit k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti (MZČR, ©2010).

Třetím právem je právo dítěte a jejich rodiče na informace, v podobě, jaká odpovídá jejich věku, chápání a zdravotním a individuálním zvláštnostem. Je vhodné, aby i děti mohly komunikovat se zdravotnickým personálem, není správné děti omezovat v rozhovoru. V oblasti sdělování informací o zdravotním stavu dítěte, postupu diagnosticko-terapeutické činnosti či souhlasu s plánovaným výkonem je nutná spolupráce se zákonnými zástupci (Zacharová, 2010).

Čtvrté právo dítěte a/nebo rodiče poučeně s podílet na veškerém rozhodování ohledně poskytované zdravotní péče. Dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které nejsou pro jeho léčbu nezbytné (MZČR, ©2010).

Páté právo, je právo dítěte na takt a pochopení. Zdravotníci by měli jednat s dítětem a rodiči citlivě a taktně s ohledem na věk a maximální míru soukromí. Dítěti pomáhá i umožnění využití vlastních věcí, hraček, knih či oblečení (Zacharová, 2010).

Šestá právem je, že se dětem musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové kategorie (MZČR, ©2010). Dětem by měla být poskytována péče kvalifikovanými odborníky, se specializací na úsek dětského lékařství (Zacharová, 2010).

Sedmé právo je možnost dítěte na nošení svého vlastního oblečení a mít s sebou v nemocnici své vlastní věci (MZČR, ©2010).

Osmým právem je pečování o děti společně s jinými dětmi téže věkové skupiny. Není vhodné, aby byly děti dlouhodobě hospitalizovány na odděleních pro dospělé pacienty s ohledem na jejich zdravotní problémy (Zacharová, 2010).

Devátým právem dítěte je být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům. Zároveň, aby vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o dítě (MZČR, ©2010).

Posledním, desátým právem, je právo hospitalizovaných dětí na příležitost ke hře, odpočinku, a vzdělání, přizpůsobené věku a zdravotnímu stavu. I v nemocnicích probíhá vzdělávací proces dle platných směrnic, pedagogové, musí mít speciální pedagogické vzdělávání, které umožní propojovat odbornou pedagogickou činnost s odpočinkem a relaxací. Děti předškolního věku by měly mít příležitost ke hře, jako zájmovou aktivitu (Zacharová, 2010).

Traumatizace dítěte chorobou se může znásobit diagnostickými a terapeutickými postupy a hospitalizací. Proto do pediatrické praxe stále intenzivněji pronikají psychologické a etické postupy, zaměřující se na humanizaci pediatrické péče. Je vhodné práva hospitalizovaného dítěte dostat do povědomí široké veřejnosti a v nejširší míře je prosazovat v léčebné a ošetrovatelské péči zdravotnickými pracovníky (Ondriová, 2010).

1.4.3 Potřeby dítěte

Potřeby můžeme dělit na základní biologické, psychické, sociální a vývojové. Mezi potřeby biologické patří zejména potřeba potravy, potřeba základních hygienických požadavků, potřeba dostatku adekvátních stimulů a potřeba zdravého dítěte. Psychické potřeby umožňují dítěti rozvoj v oblasti intelektu, citů, vůle, chování, interakci s okolím, chápání sebe i ostatních a jeho osamostatnění. K základním psychickým potřebám dětí patří například potřeba náležitého přívodu podnětů, potřeba smysluplnosti světa, potřeba jistoty, potřeba vlastní identity atd. Sociální potřeby dítěte a jejich uspokojení jsou nezbytným požadavkem pro optimální socializaci člověka. Patří k nim například potřeba lásky a bezpečí, potřeba přijetí dítěte, potřeba identifikace s „vlastním člověkem“, potřeba rozvinutí všech sil a schopností dítěte atd. Vývojové potřeby motivují k aktivitám, které prostřednictvím proces učení aktivizují vnitřní možnosti jedince a postupně pokračují k rozvoji. Vedou k činnostem, kterými se jedinec sám rozvíjí. Důležitou roli hraje i spiritualita, která se nejčastěji vystaví v období dospívání, při hledání vlastní identity, při hledání odpovědí na otázky smyslu vlastní existence, umírání a smrti (Sikorová, 2012).

Dítě se ve svém rozvoji postupně vymaňuje z plné závislosti na nižších potřebách a vyvíjí se potřeby vyšší, vyjadřující více jeho svébytnost. Vývoj vyšších potřeb může být u dítěte zpomalen či oslaben deprivací, z důvodu neuspokojování nižších potřeb, především v raných obdobích dítěte. Aby vývoj dítěte nebyl narušen, vyžadují některé základní potřeby plné uspokojení. Míra neuspokojení základních potřeb bývá i mírou narušení celkového stavu a vývoje dítěte. Za prvotní potřebu lze považovat potřebu „dobře se narodit“. To znamená narodit se zdravý, chtěný, vítaný a nadaný všemi předpoklady a schopnostmi pro správný a všestranný vývoj. Pro novorozence je okamžitou potřebou kyslík a teplo. Postupně dochází k dalším biologickým, psychickým, sociálním a duševním potřebám, které se prolínají. Potřeby dítěte zabezpečuje především rodina a později i škola. Jsou-li potřeby dítěte na jakémkoliv vývojovém stupni správně saturovány, projeví se to pozitivně v emocích, motivaci, poznávání, sebehodnocení, v úrovni komunikace i v sociálních vztazích dítěte (Sikorová, 2011).

V náročných životních situacích uspokojování potřeb se děje tzv. vnitřními intrapsychickými procesy a snažíme se přehodnotit situaci. Nemocí nastává nová životní situace, při které

vzniká řada nových potřeb. U nemocného pacienta stojí na prvním místě potřeba biologické, především potřeba spánku, jídla, pití a být bez bolesti. Dále je velmi důležitá potřeba bezpečí a jistoty. Při pobytu v nemocničním prostředí dochází u dětí k odloučení od rodiny a kamarádů. Pocit bezpečí a jistoty může být také narušen léčebným režimem a diagnostickými a léčebnými zákroky. Potřeba změny, podnětů a činnosti je potlačena. Při dlouhodobém onemocnění je dítě omezeno ve hrách, v kontaktu s blízkými osobami, zájmové činnosti a může dojít k nepříjemným pocitům z jejich nedostatku (Marešová, 2009).

Nemocné děti by chtěly být zdravé a bez potíží. Děti staršího školního věku se nejvíce obávají samoty, a to ve stejné míře jako obavy z bolesti a vyšetření. Pro nemocné děti je dále důležitý úspěch ve škole, především u nemocných staršího školního věku. Bojí se, že se nedostanou na školu, kterou by chtěli studovat. Dětem se komplikuje školní docházka a edukační proces (Marešová, 2009).

Lidské potřeby se celý život mění a jsou mnohočetně rozvité, proto způsoby jejich uspokojení nemohou být vždy vyřešeny jednoduchým receptem (Marešová, 2009). „*V péči o dítě-zdravé nebo nemocné-je nevyhnutelné zabezpečit jeho zdravý rozvoj, který podmiňují jeho uspokojené potřeby. Je důležité, kromě potřeb biologických, uspokojování i potřeb psychických a sociálních. Hospitalizované děti potřebují stimulaci řečového vývoje, možnost podmínek pro hru, pohyb a aktivitu. Děti v sestře vidí nejen matku, ale i partnera ke hře*“ (Ondriová, Sinaiová, 2010, s.43).

1.4.4 Role dětské sestry v komunikaci s dětským pacientem

V komunikaci s dětským pacientem hraje roli věk dítěte a zda se jedná o dítě hospitalizované, hospitalizované s matkou nebo ambulantně léčené. Způsob komunikace často závisí na vnějších vlivech a vnitřních faktorech. Do vnějších vlivů patří rodinné prostředí, charakter a druh onemocnění. Do vnitřních faktorů pohlaví, osobnost dítěte a míru sociální, psychické a emocionální zralosti (Zacharová, 2017).

V praxi je kladen důraz na dodržování správných zásad v oblasti komunikace verbální i neverbální. Na dítě působí nejen slovo, ale i řeč těla, která může být pro dítě signálem (Zacharová, 2017).

U mimiky hraje důležitou roli oční kontakt a úsměv. U postoje je vhodné, zvláště v počátku být na stejné úrovni s dítětem, tedy zvolit stejnou výšku-přidřepnout, vzájemně se posadit. Někdy je vhodné zrcadlení, jindy přímá komunikace pomocí gest, které představují vzájemné signály. V oblasti dotyku je nutná citlivost. Dotekem můžeme dítě uklidnit ale i rozrušit. Vhodné je například pohlazení, podržení za ruku, nošení v náručí, důležité je ovšem správně určit povahu dítěte. Důležitou roli hraje také první dojem, tedy zevnějšek. Náhrada uniformy za líbivější, popřípadě legračnější oděv, významně mění emocionální naladění. V nemocničním provozu tohle příliš zatím moc nejde, ale stačí detaily, jako barevný fonendoskop, barevná náplast s obrázky a podobně. Další oblastí je zrcadlení v pohybu. Například, když se dítě prochází a my začneme chodit spolu s ním, určitě si popovídáme. Dále je důležitá úprava vnějšího prostředí. Prostor je zdrojem podnětů. Snažme se proto o co nejdůležitější a nejobtížnější úpravu svého pracoviště. Při navazování kontaktu můžeme využívat hračky, obrázky, knihy. Zjistíme, co má dítě rádo, a vybereme vhodné téma pro rozhovor, který uvolní napětí. Obzvláště nevhodná je bílá sterilita a anatomické nákresy na stěnách (Venglářová, Mahrová, 2006).

Při správné verbální komunikaci se používají srozumitelné věty, jednoduchý slovník. Dále k prvkům správné verbální komunikace patří trpělivost při vysvětlování, ocenění, povzbuzení a pochvala dítěte či ověření si, že nám dítě rozumí. Vhodnými slovy dítě připravujeme na bolest a aktivně nasloucháme. Dbáme na to, aby dítě vědělo, že nezůstalo samo. Při navázání kontaktu využíváme hračky, obrázky, knihy a vhodným rozhovorem se snažíme uvolnit napětí. Pokud je možná spolupráce s rodiči, zapojíme je do probíhající činnosti (Zacharová, 2017).

Častými chybami v přístupu k dítěti je lhaní, zastírání, zlehčování, přístup k dítěti jako k malému dospělému, autoritativní přístup, direktiva-může mít krátkodobý dobrý efekt, ovšem celkově působí napětí a stres, což se může projevit v budoucnosti a bude mít negativní vliv na kooperaci. Dalšími chybami jsou: devalvace emocionálních projevů- (pláč, vztek, strach), ignorace dětských otázek, neurčité odpovědi, popřípadě devalvace typu- „tomu bys ještě nerozuměl“, kárání dítěte za nešikovnost, výčitky, srovnávání s jinými dětmi, projevy lítosti. (Venglářová, Mahrová, 2006)

V předškolním věku se vyjadřujeme jasně, srozumitelně, stručně, používáme jednoduchá slova a krátké věty. Vhodné je opět mluvit pomalu, klidně a udržujeme oční kontakt. Dítě potřebuje, aby se mu naslouchalo, nepřerušujeme ho. Chválíme a oceňujeme. Uznáváme regresi, projekci, fantazii, jako běžné reakce na náročnou životní situaci. Vhodná komunikace hrou. Dítě by mělo mít možnost samo rozhodovat. Stále přetrvává závislost na matce či na jiných blízkých osobách. Děti oceňují partnerský přístup (Plevová, Slowik, 2010).

V období školního věku stále ještě používáme dětský slovník. Dochází k velkému rozvoji řeči, proto se dá komunikovat dobře verbálně. Může se využívat kresba k vysvětlení některých pojmů. Vhodné dítě zahrnovat do spolurozhodování o jeho osobě. Respektujeme jeho osobnost. Děvčata jsou obvykle komunikativnější. Vhodně mluvit ve třetí osobě – například: „některé děti nemají rády, když...“ (Plevová, Slowik, 2010).

V dospívání je nutné nesoudit a vyslechnout. Dospívajícímu vykáme a oslovujeme jménem. Spolupracujeme s ním o poskytované ošetrovatelské péči, podporujeme ho v zodpovědnosti o jeho zdraví. Používáme správné odborné výrazy, ale ověřujeme si, zda nám rozumí. Nekomunikujeme autoritativně a direktivně. Dospívajícímu dovoluujeme, aby se vyjádřil a projevil. Respektujeme jeho soukromí i stud (Plevová, Slowik, 2010).

1.4.5 Přístup k nemocnému dítěti

Dítě je v době nemoci více citlivější a vnímavější, z důvodu tělesného diskomfortu a bolesti. Dítě může být lítostivé, plačtivé, náladové, mrzuté. Můžeme se setkat s projevy vzteku, agresivity a výbušnosti. Toto chování je třeba akceptovat a tolerovat. Projevy nenásilnou formou zmírňovat. Je důležité dítě povzbuzovat, konejšit, ujistit ho, že rozumíme tomu, co se s ním děje, a cítíme s ním. Dítě by mělo vědět, že jsme tu pro něj, a že mu v nesnázích pomůžeme. Informovanost také napomáhá dítěti mentálně zpracovat vzniklý problém. Vysvětlení problémů spojených s nemocí na úrovni chápání dítěte pomůže zmírnit jeho obavy (Křiváková, Číková, 2016).

V oblasti výživy, dítě může trpět nechutenstvím. Je vhodné dítěti nabízet na co má chuť a povzbuzovat ho k jídlu. Ne násilím a výhružkami. Při dietním omezení je nutné dítěti

opakovat a zdůvodňovat například i následky porušení diety. U menších dětí zamezit v přístupu k jídlu, které nesmí (Křiváková, Číková, 2016).

Důležitá je také aktivizace, proto je nutné dítěti nabídnout dle věku vhodnou aktivitu, například poslech pohádky, čtení, hru. Tato aktivizace má psychoterapeutický účinek. Odpoutá od mírné bolesti, nepohodlí (Křiváková, Číková, 2016). Hra je pro dítě přirozenou činností a stejně tomu je i v době nemoci. Zdravotníci podílející se na uzdravování hospitalizovaného dítěte by měli tuto skutečnost respektovat. Je důležité umožnit dětem realizovat hru i v nemocničním prostředí. Hry v nemocnici můžeme rozdělit na hry začleněné do běžné i specializované ošetrovatelské péče, hry jako součást edukace dítěte na nějaký ošetrovatelský zákrok, terapeutické hry a volnočasové hry. Hru je potřeba přizpůsobit zdravotnímu stavu a věku dítěte. Navázání přátelského kontaktu sestry s dítětem umožňuje zlepšit spolupráci dítěte i rodiny při procesu uzdravování (Machová, Brabcová, 2010).

Specifikem péče o dětského pacienta je současná péče soustředěná na celou jeho rodinu, tato idea je převzata z britského systému Family Center Care. Rodina je základní jistotou citové oblasti dítěte. V etickém kodexu Charta práv dětí v nemocnici je zakotveno právo dítěte i jeho rodičů na zohlednění jejich žádosti o společnou hospitalizaci, s dítětem může být hospitalizován někdo z rodiny. Obvykle jde o rodiče či prarodiče, může to být i jiná osoba dítěti blízká nebo na niž je fixováno (Beránková, 2011).

Při práci s dítětem v nemocnici bychom měli myslet na jeho strach z odloučení od rodičů, na jeho strach z bolesti. Myslet na to, že dítě by nemělo mít čas se bát, je nutné dítě zaměstnávat. Dále je nutné upozornit dítě na nevyhnutelnou bolest, po překonání bolesti dítě pochválit (Kelnarová, Matějková, 2014). Bolest u dítěte, je provázena negativními emocemi. Při použití vhodné metody, dokáže popsat intenzitu své bolesti. Dítě potřebuje výraznou sociální oporu při bolesti. Brání se bolestivým zákrokům. Bolest je ne vždy dostatečně tlumena, bývá u dětí podceňována (Kukla et al., 2016). Při bolesti je vhodné volit šetrné a jemné postupy při ošetrování. Umožnit dítěti projevit bolest, navrhnout prostředky k tišení a možnost odpoutat pozornost (Křiváková, Číková, 2016). Měli bychom nemoc dítěti objasnit a nestrašit ho tím, že je nemoc za to, že zlobilo (Kelnarová, Matějková, 2014).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat pohled hospitalizovaných dětí na profesi sestry.

Cíl 2: Zmapovat pohled dětí na profesi sestry mající zkušenost s ambulantní péčí.

2.2 Výzkumné otázky

Následující výzkumné otázky byly stanoveny na základě stanovených cílů této práce.

Výzkumná otázka 1: Jaký pohled na profesi sestry mají dětské hospitalizované pacienty?

Výzkumná otázka 2: Jaký pohled mají dětské pacienty na profesi sestry pracující v ambulanci?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Téma bakalářské práce je zpracováno na základě odborné literatury. K výzkumu bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Metoda hloubkového rozhovoru a analýza slohových prací. Výzkum probíhal v období únor až březen v Jihočeském kraji. Na hloubkové rozhovory byl vybrán vzorek deseti respondentů. Respondenty tvořily děti ve věku od deseti do osmnácti let. Respondenti byli předem seznámeni s tématem bakalářské práce a s důvodem výzkumného šetření. Děti byly ochotné podstoupit hloubkový rozhovor a povolily jej nahrát na diktafon. Otázky rozhovoru jsou rozděleny pro děti, které mají zkušenost s hospitalizací a které nemají zkušenost s hospitalizací (viz. přílohy: otázky-rozhovory). Děti, které měly zkušenost jak s ambulantní, tak nemocniční péčí, odpovídaly na všechny otázky. Jejich zákonní zástupci byli také informováni a souhlasili písemně s rozhovorem.

Metodu hloubkového rozhovoru je možné definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu, většinou jedním badatelem, prostřednictvím otevřených otázek. Pomocí otevřených otázek může badatel porozumět pohledu jiných lidí. Hloubkový rozhovor umožňuje zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě (Švaříček, Šedřová et al., 2007).

Analýza slohových prací byla prováděna z třiceti devíti slohových prací od žáků osmé a deváté třídy. Slohové práce děti psaly při hodině českého jazyka ve vybrané základní škole Jihočeského kraje. Jejich třídní učitelka a vedení školy povolilo výzkum. Děti dostaly zpracovaný podklad s osnovou pro slohovou práci (viz. přílohy: podklady pro slohové práce), podle něhož slohovou práci zpracovaly. Také byly seznámeny s výzkumem a souhlasily. Slohové práce jsou anonymní, bez podpisu. Byly analyzovány a vráceny zpět dětem. Jsou to úvahy, kde děti popisují jejich zkušenosti s dětskou sestrou, a jejich pohled na ně a obsahuje celkové zamyšlení nad profesí sestry.

Analýza dokumentů je definována a chápána jako kvalitativně-interpretační analýza písemných svědectví, která mohou sloužit jako pramen k vysvětlení lidského jednání. Hlavní podmínkou je definování problému, cílů a výzkumných otázek, je nutné definovat, co jsou ve vztahu k nim relevantní dokumenty (Kutnohorská, 2009).

Analýza získaných dat probíhala metodou papír a tužka, otevřeným kódováním. Při metodě papír a tužka neboli kódování v ruce se postupuje tak, že je nejprve analyzovaný text rozdělen na jednotky. Jednotkou může být slovo, sekvence slov, věta nebo odstavec. Každé vzniklé jednotce je přidělen nějaký kód. Kód je slovo nebo krátká fráze, která vystihuje určitý typ a odlišuje jej od ostatních (Švaříček, Šed'ová et al., 2007).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek pro hloubkové rozhovory tvořilo 10 dětí, 6 chlapců a 4 dívky. Ve věku od 10-17 let. Celkem se výzkumu hloubkového rozhovoru zúčastnilo 10 respondentů.

Zkušenosti se sestrou v nemocnici měli tito respondenti: R4, R5, R8, R9 a R10. Zkušenosti se sestrou v ordinaci praktického lékaře měli všichni respondenti (R1-R10). Zkušenosti se sestrou ve specializované ambulanci měli respondenti R1, R3, R6 a R9.

Výzkumný vzorek pro analýzu dokumentů, konkrétně analýzu slohových prací tvořili jejich autoři-děti osmé a deváté třídy, základní školy. Celkem 39 slohových prací, 39 autorů ve věku od 14-16 let. Osmou třídu tvořilo 19 autorů, tedy 19 slohových prací. Devátou třídu 20 autorů, tedy 20 slohových prací.

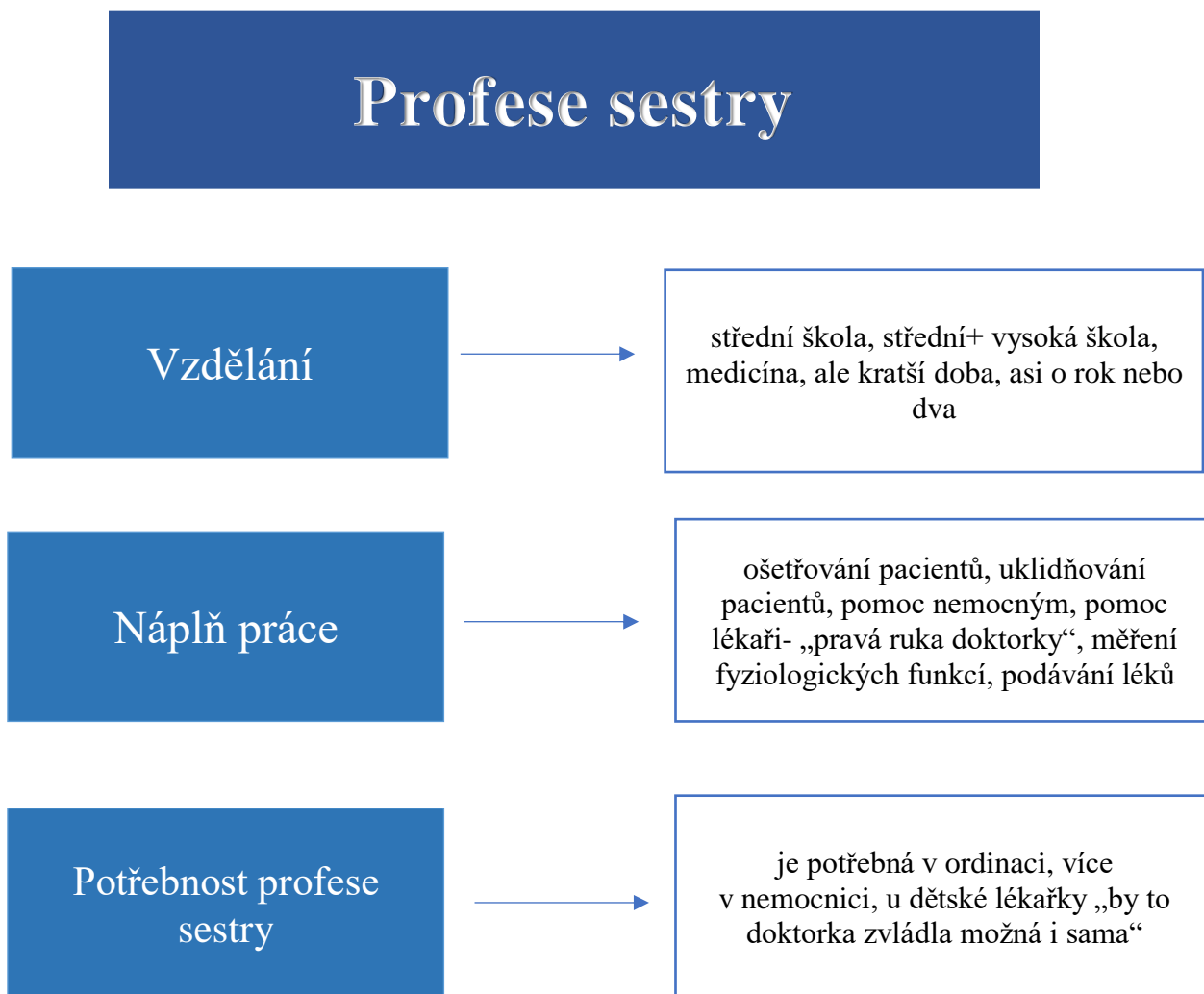
3.3 Charakteristika prostředí výzkumu

Výzkumné šetření metodou hloubkových rozhovorů probíhalo u respondentů doma. V domácím prostředí se respondenti cítili klidně a uvolněně. Rodiče byli požádáni, aby u rozhovoru nebyli přítomni, z důvodu, aby se děti nebály odpovídat upřímně a nebyly ovlivněny jejich odpovědi. Aby děti i rodiče nebyli rozrušení, tak byli nejdříve seznámeni s výzkumem a s anonymitou. Rodičům, než odešli do vedlejší místnosti, byla nabídnuta možnost, aby si přečetli otázky (viz. přílohy: otázky-rozhovory), které poté byly položeny jejich dětem. Slohové práce byly tvořeny dětmi ve škole, v jejich třídě. Toto prostředí je žákům známé a jsou na třídu zvyklí. Práce žáci psali při hodině českého jazyka, na základě zadání, které tvořily podklad (viz. přílohy: podklady pro slohové práce).

4 Výsledky

4.1 Hlubkové rozhovory

Schéma 1- Kategorie profese sestry



Profese sestry

Kategorie profese sestry je zaměřena na všeobecné znalosti respondentů. Všeobecné znalosti respondentů o profesi sestry byly podrobeny analýze dat, ze kterých je vytvořena kategorie Profese sestry. K této kategorii byly vytvořeny tři podkategorie: vzdělání, náplň práce, potřebnost profese sestry. Do jednotlivých podkategorií byly zakódovány výrazy, kterými

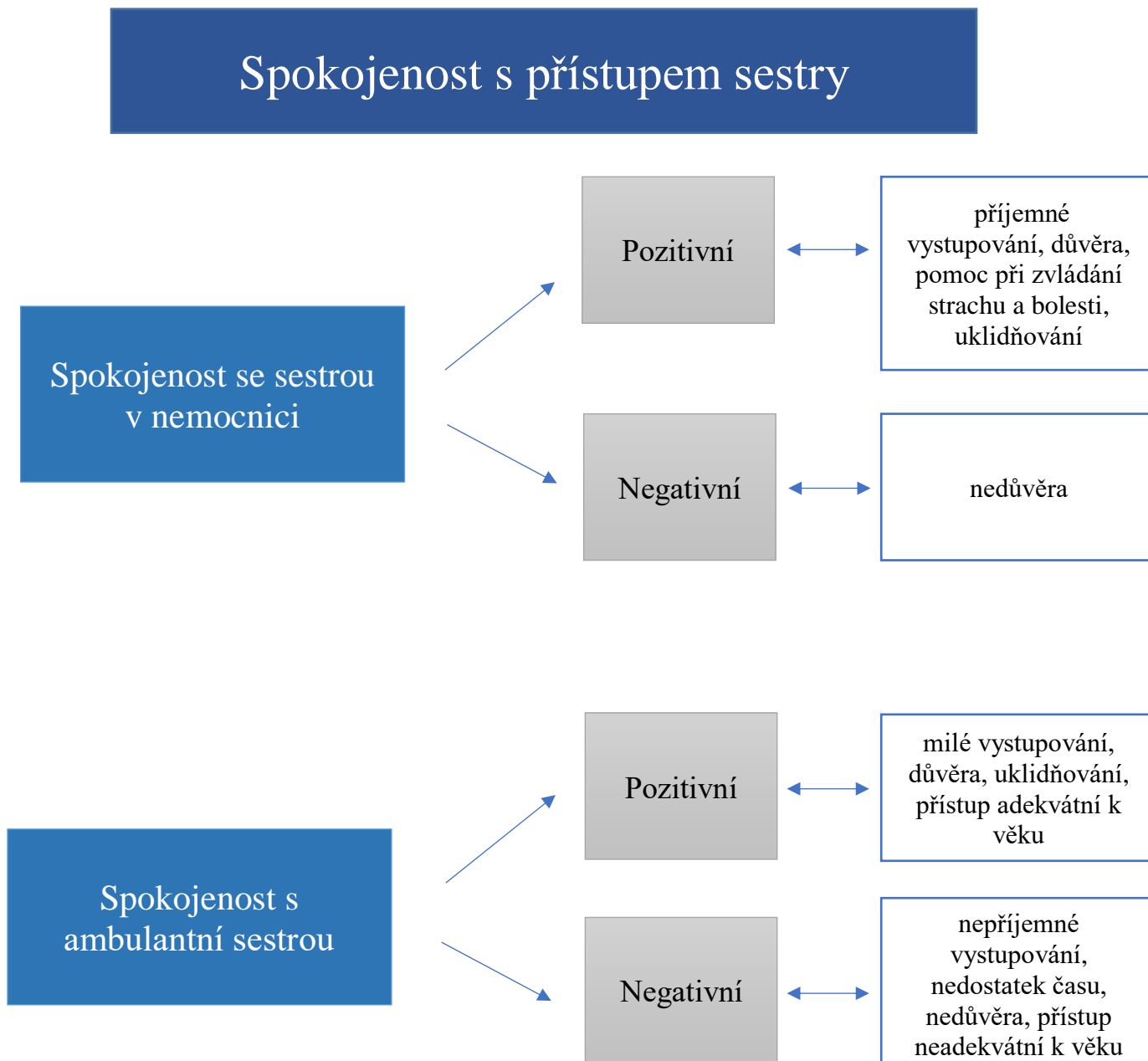
nejčastěji respondenti profesi sestry definovali. Veškerá analyzovaná data jsou shrnuta v přehledném schématu 1.

Z rozhovoru vyplynulo, že respondenti mají všeobecné znalosti o profesi sestry. Podkategorii Vzdělání sestry, většina respondentů definovala odlišně. Ovšem nejčastější společný znak byl středoškolské vzdělání. Většina dětí se domnívá, že musí mít sestra střední zdravotní školu. Respondentka 8 odpověděla: „*Určitě středí, jinak nevím*“. Respondent 9 řekl: „*Nejmíň středoškolský*“. Více jak polovina, konkrétně 6 respondentů odpovědělo, že je potřeba i vysoká škola či něco více než střední. Každý respondent definoval vzdělání trochu jinak. Respondenti R3, R5 a R6 odpověděli přímo střední a vysokou. A respondenti R1, R4 a R7 odpověděli, že sestra musí mít střední zdravotní školu a něco k tomu či medicínu s kratší dobou než pro lékaře. Přesně nevěděli, jak vzdělání definovat. Respondent 1 uvedl, že musí mít: „*Zdrávku a něco k tomu*“ či respondent 7 řekl: „*Medicínu, ale kratší než doktor, asi o rok nebo o dva*.“ Respondent 4 odpověděl: „*Sestra musí mít medicínu*“. Podkategorie Náplň práce měla také rozdílné odpovědi. Nejčastější odpověď je ošetřování a pomoc nemocným. Dále polovina respondentů odpověděla pomoc lékaři: „*Pravá ruka doktorky*.“ Respondenti R2, R5, R6, R10 odpověděli, že uklidňuje pacienty a respondenti R1, R5 a R9, že také měří fyziologické funkce, měří zrak a sluch při prohlídkách a podává léky. Respondent 7 také uvedl, že je sestra blíže pacientům než lékař. Je s nimi častěji. Podkategorie Potřebnost profese sestry má společný nejčastější znak, že je určitě potřebná v ambulanci. Z důvodu že s ambulantní sestrou měla většina respondentů jedinou zkušenost. Respondenti R7, R9, R10 uvedli, že je více potřebná v nemocnici. Respondenti R7 a R9 uvedli, že v ordinaci praktické lékařky je potřebná méně či vůbec: „*Doktorka by to tam zvládla i sama*“.

- střední škola R2, R8, R9, R10
- střední škola+ vysoká R3, R5, R6,
- medicína, s kratší dobou než pro lékaře, „zdrávka a něco k tomu“ R1, R4, R7
- pomoc nemocným, ošetřování pacientů R2, R3, R5, R6, R7, R8, R9, R10
- uklidňování pacientů R2, R5, R6, R10
- pomoc lékaři- „pravá ruka doktorky“ R1, R2, R3, R4, R6
- měření fyziologických funkcí R1
- podávání léků R5, R9

- je potřebná v ordinaci R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8, R10
- více v nemocnici R7, R9, R10
- u dětské lékařky „by to doktorka zvládla možná i sama“ R7, R9

Schéma 2- Kategorie zkušenosti s profesí sestry



Spokojenost s přístupem sestry

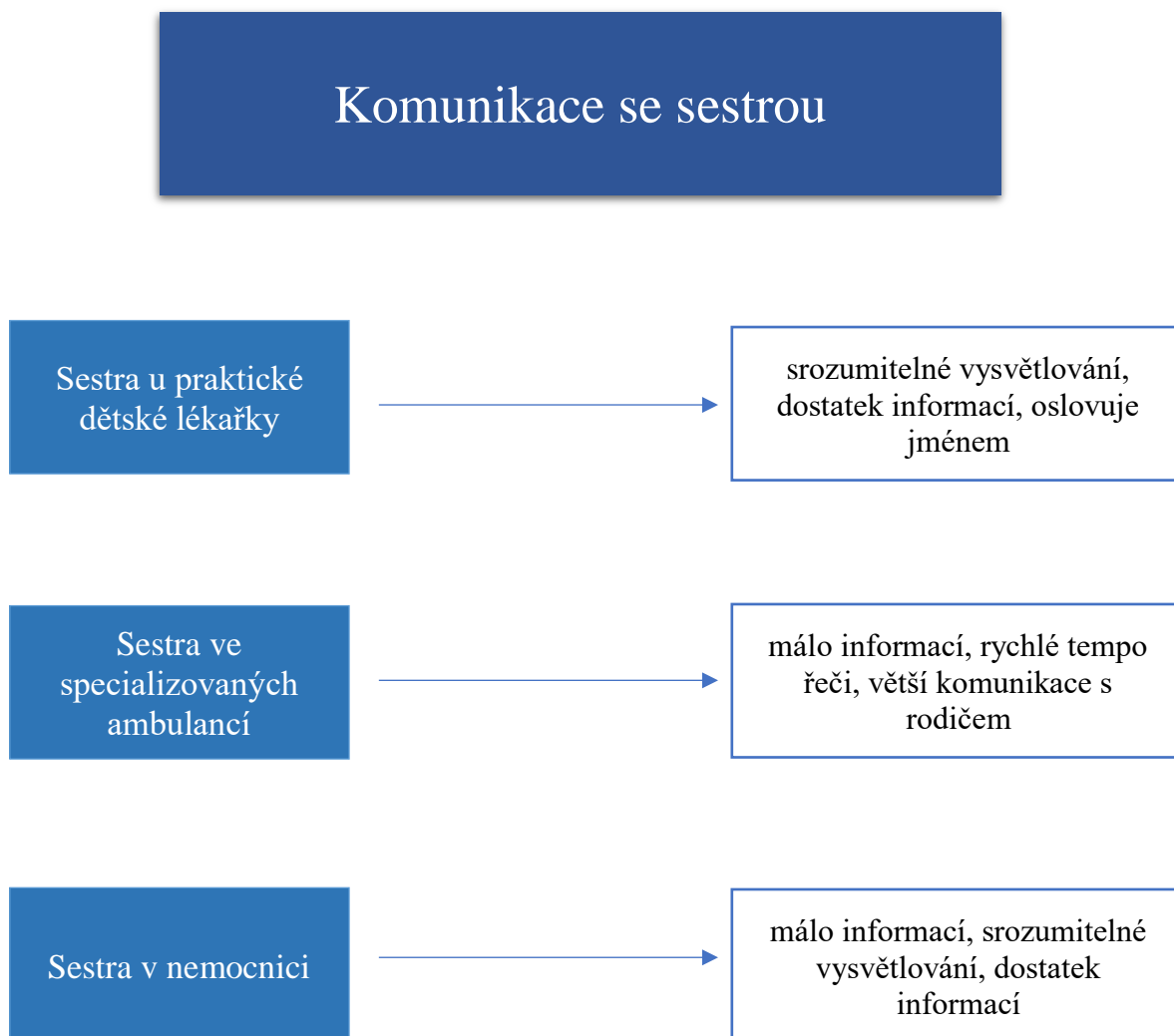
Kategorie spokojenost s přístupem sestry je zaměřena na to, jak jsou respondenti spokojeni s přístupem sestry, jak ji vnímají, na základě své zkušenosti. Všechny tyto odpovědi respondentů byly podrobeny analýze dat, ze kterých je vytvořena tato kategorie: Spokojenost s přístupem sestry. Kategorie je rozdělena na dvě podkategorie-spokojenost se sestrou v nemocnici a spokojenost s ambulantní sestrou. Jednotlivé podkategorie jsou dále děleny na stránku negativní a pozitivní. Podkategorie tvoří zakódované vyjádření jednotlivých respondentů, které jsou shrnuty ve schématu 2.

Většina respondentů zmiňovala přístup sester, na základě jejich zkušenosti jak kladně, tak i negativně. U sestry v nemocnici se shodli na těchto pozitivních stránkách: příjemné vystupování, důvěra, pomoc při zvládání strachu a bolesti a uklidňování. Na základě přístupu sestry většina respondentů uvádí, důvěru k ní. Všichni respondenti (R4, R5, R8, R9, R10), mající zkušenost s hospitalizací uvádí, že jim sestra pomáhala při zvládání strachu a bolesti. Na pomoc při zvládání strachu, respondent 10 uvedl: *„Pomohla. Tím, že mi vše říkala, popisovala. Při bolestivých výkonech mě držela za ruku, uklidňovala mě, že to brzy bude za mnou a tak.“* Respondent 4 uvedl: *„Určitě ano a hodně, uklidňovala mě, a hlavně mi všechno říkala a vysvětlovala, to mě uklidňovalo, a to čemu jsem nerozuměl mi dořekla mamka, ta tam byla se mnou, to mi taky hodně pomohlo.“* Také na celkovou spokojenost se sestrou v nemocnici odpověděl, že byl spokojený: *„Hodně, byla taky hodná, jako u dětský doktorky, ale tu jak znám víc, tak je to lepší, v nemocnici byla taky hodně hodná, ale jak jsem ji neznal vůbec, tak to bylo takový jiný, nebyl jsem si tak jistý a víc jsem se bál.“* Z odpovědí u většiny respondentů (R4, R8, R9, 10) se zkušeností s hospitalizací, také vyplynulo, že jim pomohlo lépe zvládat strach a bolest a celkový pobyt v nemocnici umožnění přítomnosti matky. Respondent 4 také uvádí, že v nemocnici: *„Jsem byl krátce, tak mi to nějak nevadilo a pak jsem byl doma a nemusel do školy. Ale jen díky tomu, že jsem tam byl krátce, kdybych tam měl být delší dobu, tak to bych určitě nechtěl, i přesto, že tam všichni byli hodní.“* Společný znak u negativní stránky v přístupu sestry v nemocnici je nedůvěra. Respondent 8 na otázku, zda v něm sestra u praktika a v nemocnici vzbudila důvěru odpověděl: *„Jo vzbudila, ale v nemocnici, jak se furt sestry měnily, tak ani moc ne.“* Tedy důvěru měl v sestře v ordinaci, a v nemocnici ne. Pozitivní stránky v přístupu ambulantní sestry jsou: milé vystupování důvěra, uklidňování a přístup adekvátní k věku. Milé, příjemné vystupování uvedli všichni

respondenti u sester pracujících v ordinaci praktického lékaře. Respondenti R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10 uvedli důvěru v sestru, jak v nemocnici, tak v ordinaci. Respondent 8 má důvěru v sestře v ordinaci, v nemocnici ne. Nedůvěru označil také respondent 2 se sestrou v ordinaci praktického lékaře. Respondent 2 uvedl, že sestra v ordinaci u něj důvěru: „*Vzbudila, ale pak řekla něco, že udělá a udělala to jinak, takže pak už ne a ani teď už jí moc nevěřím.*“ Uklidňování také uvedla většina respondentů (R4, R2, R5, R6, R8, R9, R10). Respondent 1 udává: „*Tý v ordinaci důvěřuju víc, už mě zná od mala.*“ Přístup adekvátní k věku byl téměř většiny respondentů společný znak. Negativní stránky ambulantní sestry obsahují: nepříjemné vystupování, nedostatek času, nedůvěra a přístup neadekvátní k věku. Nepříjemné vystupování uvádí většina respondentů u sester ve specializovaných ambulancích. Respondent 9 udává, že když byl na ambulanci s úrazem, tak tam: „*Sestra byla hrozná, úplně jako bych nic nevěděl a nepříjemná, jsem se těšil až budu moct odejít*“. Nedostatek času označila respondentka 1. Udává, že sestra byla: „*Uchvátaná, všechno mi říkala rychle, měla hodně práce.*“ Přístup neadekvátní k věku označil respondent 1, který udává: „*Mluvila se mnou, jak s tříletým, hodně krát mi přišlo.*“ Většina respondentů ohodnotila přístup sestry známkou jedna (R2, R3, R4, R6, R7, R8, R9), nejhorší známka byla 2 (R1, R9, R10). Respondent R1 ohodnotil známkou dva sestru v ordinaci praktického lékaře a respondent 9 a 10 sestry v nemocnici. Rozmezí bylo 1-5, hodnocení jako ve škole.

- důvěra R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10
- pomoc při zvládnání strachu a bolesti R4, R8, R9, 10
- uklidňování R4, R2, R5, R6, R8, R9, R10
- nedostatek času R3
- nedůvěra R2, R8
- milé, příjemné vystupování R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10
- nepříjemné vystupování R1, R9, R10
- přístup neadekvátní k věku R1
- přístup adekvátní k věku R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10

Schéma 3- Kategorie komunikace se sestrou



Komunikace se sestrou

Kategorie komunikace se sestrou je zaměřena na to, jak respondenti vnímají komunikaci se sestrou. Všechny poznatky respondentů byly podrobeny analýze dat, ze kterých je vytvořena tato kategorie. Kategorie je rozdělena na tři podkategorie: sestra u praktické dětské lékařky, sestra ve specializovaných ambulancích a sestra v nemocnici. Podkategorie tvoří zakódované vyjádření jednotlivých respondentů, které jsou shrnuty ve schématu 3.

Respondenti se shodli na tom, že jim sestra v nemocnici a u praktického dětského lékaře vše srozumitelně vysvětlovala. Na tomto společném znaku se shodla téměř většina respondentů. Respondent 7 udává že se mu se sestrou v ordinaci komunikovalo: „Dobře, vždycky mi všechno řekla, neměl jsem problém se sestrou mluvit. Myslím, že se mi s ní komunikovalo dostatečně.“ Na nedostatku informací se shodli respondenti u sestry v nemocnici a u sestry ve specializované ambulanci. Respondent 8 uvádí: „Vše mi vysvětlovali, ale když jsem v nemocnici chodil na nějaké vyšetření, tak jsem nevěděl, co mi budou dělat.“ Respondent 1 uvedl že se mu v jedné specializované ambulanci nekomunikovalo dobře. Měl nedostatek informací, uvádí: „Nevěděl jsem, co se bude dít, jsem rád, že tam se mnou byla mamka. S ní se bavila víc, než se mnou.“ Znak větší komunikace s rodičem, než s dítětem také uvádí respondent 6, který se vyjádřil takto: „Hodně toho říkala tatkově spíš a on mi to pak řekl.“ Další znak, uveden jedním respondentem je rychlé tempo řeči, na kterém se respondenti shodli u sester ve specializovaných ambulancích. Respondentka 3 uvedla: „Byla taky hodná, ale měla hodně práce, tak byla uchvátaná a všechno mi říkala rychle, že jsem něčemu nerozuměla.“ Dostatek informací byl uveden téměř u většiny respondentů u sester v ordinaci praktického dětského lékaře (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9, R10) a respondenti R4, R5, R9 a R10 sester v nemocnici. Poslední znak uváděný všemi respondenty (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10), se zkušeností se sestrou u praktického lékaře je oslovení jménem, což hodnotili pozitivně. Dává jim to pocit, že je sestra už více zná.

- srozumitelné vysvětlování R1, R3, R5, R6, R7, R8, R9, R10
- dostatek informací R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9, R10
- málo informací R1, R8, R10
- rychlé tempo řeči R3
- větší komunikace s rodičem R1, R6
- oslovuje jménem R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10

Schéma 4- Kategorie ideální sestra



Ideální sestra

Kategorie ideální sestra je zaměřena na to, jak si děti představují ideální sestru, od které by chtěly ošetřovat. Všechny představy respondentů byly podrobeny analýze dat, ze kterých byla vytvořena tato kategorie. Kategorie je dále rozdělena na tři podkategorie: chování, vzhled a vlastnosti. Podkategorie tvoří zakódované vyjádření jednotlivých respondentů, které jsou shrnuty ve schématu 4.

U podkategorie chování respondenti R1, R3, R6 odpověděli, že by měla být usměvavá a respondent 8 uvádí, že by měla být vlídná. U podkategorie vzhled respondenti R1, R3, R9 odpověděli, že by měla být upravená: „*Vypadat by měla hlavně upraveně, čistě.*“ Respondenti R8 a R2 uvedli, že by neměla vypadat přísně: „*Vypadat tak jako mile ne přísně.*“ Dále respondent 10 uvedl, že by měla být hezká. U poslední podkategorie vlastnosti se nejvíce

respondentů shodlo na odpovědi, že by měla být hodná. Tuto odpověď uvedla téměř většina. Respondent 5 uvedl: „*Hodná, tak akorát, pak to vypadá, že to nemyslí upřímně.*“ Dále polovina respondentů (R2, R3, R5, R7, R8), že jejich ideální sestra by měla být také milá. Respondent 7 se vyjádřil takto: „*Být milá, ke všem stejně, ne nějak přehnaně, to nemám rád.*“ Dále polovina (R1, R3, R6, R8, R9), že by měla být vzdělaná. Respondent 1 uvádí: „*Měla by co nejlíp pomoci.*“ Téměř třetina dále uvedla, že by měla být sympatická. Respondenti R8 a R10 uvedli, že by měla být také příjemná a respondenti R4 a R9, že by měla mít ráda lidi.

- usměvavá R1, R3, R6
- vlídná R8
- upravená R1, R3, R9
- hezká R10
- milá R2, R3, R5, R7, R8
- hodná R2, R3, R4, R5, R8, R9, R10
- sympatická R3, R8, R9
- příjemná R8, R10
- má ráda lidi R4, R9
- vzdělaná R1, R3, R6, R8, R9
- nevypadá přísně R8, R2

4.2 Analýza slohových prací

Schéma 5- Kategorie zkušenosti se sestrou



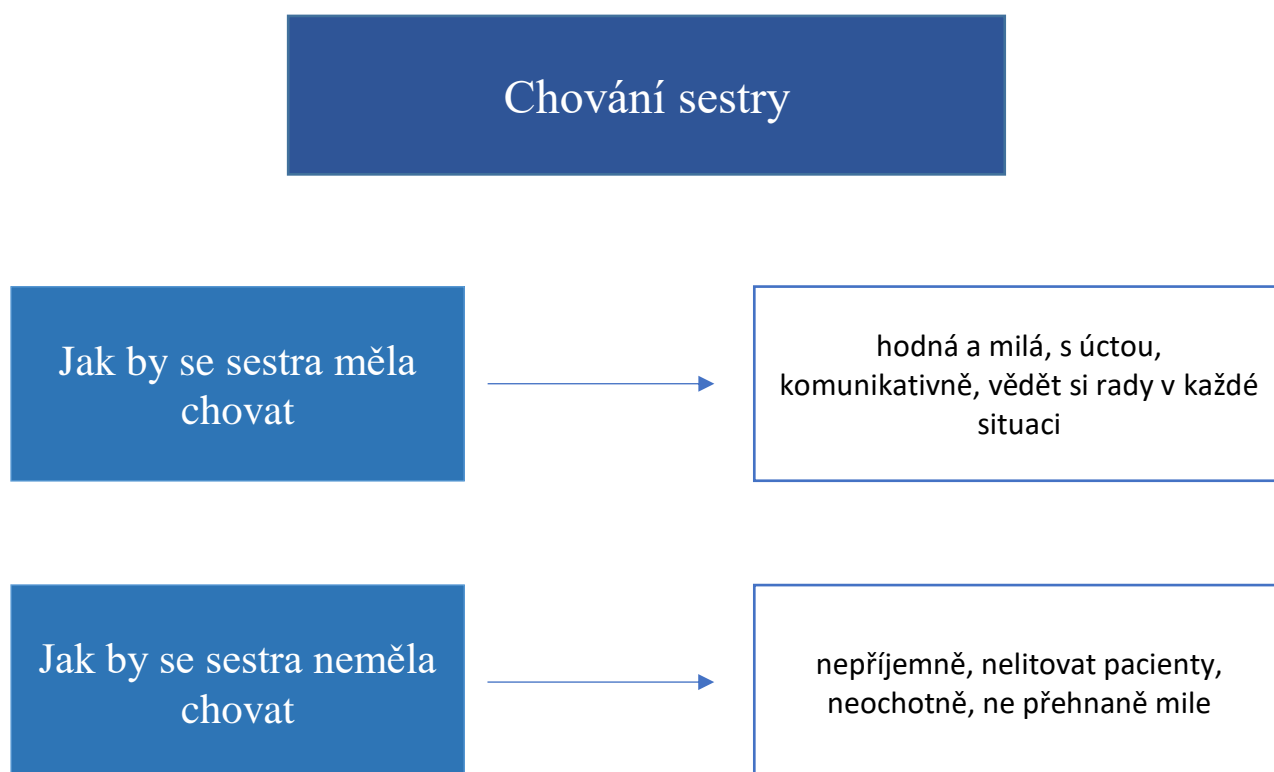
Zkušenosti se sestrou

Kategorie zkušenosti se sestrou je zaměřena na to, jaké zkušenosti děti mají se sesterskou profesí. Jakým způsobem byly ošetřovány či byly pozorovateli ošetřovatelské péče. Všechny zkušenosti dětí byly podrobeny analýze dat, ze kterých byla vytvořena tato kategorie: Zkušenosti se sestrou. Kategorie je dále rozdělena na tři podkategorie: zkušenosti se sestrou v ordinaci praktického lékaře, zkušenosti se sestrou ve specializované ambulanci a zkušenosti se sestrou v nemocnici. Jednotlivé podkategorie jsou dále děleny na stránku pozitivní a negativní. Podkategorie tvoří zakódované vyjádření jednotlivých dětí, které jsou shrnuty ve schématu 5.

Většina dětí uvedla své zkušenosti v ordinaci praktického lékaře pozitivně, nejčastěji přístup sestry popsaly takto: dostatečná, přátelská komunikace, milý přístup, hodné sestry. Většina dětí, které popisovaly své zkušenosti v ordinaci praktického lékaře uvedly, že sestra byla hodná a milá, kromě žáků 6, 25, 29 a 37. Dostatečnou komunikaci také uvedla většina žáků (Ž 1-4, Ž9, Ž12, Ž14, Ž21-25, Ž29, Ž37). Žák 14 napsal, že sestra u praktického lékaře je hodná, milá a přátelská a usuzuje, že je to tím, že jí práce baví. Dále zmiňuje, že se sestry u jeho praktického lékaře mění a jsou hodné všechny, ale raději by byl, kdyby tam byla stále jen jedna. Žák 18 zmiňuje, že sestra v ordinaci ho uklidňovala, když měl strach. Je příjemná, hodná a komunikativní. Napsal, že si vždy spolu popovídají a panuje přátelská atmosféra. V negativní stránce zkušenosti se sestrou v ordinaci praktického lékaře děti nejčastěji zmiňují dlouhé čekání a nervozitu sestry. Dlouhé čekání uvedl žák 6, 12, 21 a 31. Dlouhé čekání žák 31 zmínil tak, že byly hodný sestra i doktorka, ale vadilo mu dlouhé čekání. Uvádí, že pak byli lidé nervózní a poté i sestra s lékařkou. Dále popisoval, že obvykle je organizace dobrá a nečeká dlouho, ale občas se stane, že dlouho čeká, a to je nepříjemné. Nervozitu sestry uvedli žáci 3 a 23. Žák 23 napsal, že sestra byla hodná, ale s doktorem nervózní. Zkušenosti se sestrou ve specializované ambulanci měla asi čtvrtina dětí. Nejčastější pozitivní zkušenost žáků je milý přístup sester. Milý přístup sester označili žáci 1, 5 a 30. Do negativní stránky děti označily, že sestry byly neochotné, nervózní a nedostatečně komunikovaly. Neochotu označil žák 26 a 31. Žáci 7 a 10 napsali, že sestra byla nervózní. Nedostatečnou komunikaci sester ve specializovaných ambulancích označil žák 28, 32 a 33. Do pozitivní stránky zkušenosti se sestrou v nemocnici žáci označili nejčastěji tyto společné znaky: milý, vstřícný přístup, ochotné, přátelská komunikace, zájem. Milý, vstřícný přístup označili žáci 1, 3, 8,

13, 15, 21, 26, 29, 31, 33, 35 a 38. Žáci 5, 15, 18, 22, 25, 28 a 31 uvedli, že sestry v nemocnici byly ochotné. Přátelskou, dostatečnou komunikaci označili tito žáci: Ž3, Ž13, Ž15, Ž17, Ž18, Ž22, Ž26, Ž31, Ž35. Žák 17 napsal, že si s ním sestra v nemocnici povídala o fotbale a tak podobně, což se mu líbilo, protože pak nebyl nervózní. Zmínil se také, že jak která, že se v nemocnici sestry střídaly, že některé se s ním bavily více a některé méně. Projev zájmu děti hodnotily velmi kladně. Zájem u sester uvedli žáci 3, 13, 22 a 31. Dále negativní zkušenosti se sestrou v nemocnici dětí jsou: bez zájmu, neochotné a nepříjemné sestry. Neochotné a nepříjemné sestry označili tito žáci, mající zkušenost se sestrou v nemocnici: Ž2, Ž11, Ž16, Ž23, Ž34 a Ž36. Žáci 1, 14 a 27 napsali, že na ně sestra v nemocnici působila bez zájmu. Žák 14 napsal, že jedna sestra se zajímala, jestli ho něco nebolí a ptala se pravidelně, jak mu je a jestli něco nepotřebuje a pak tam jiné dny byla sestra, který bylo jedno, že má bolesti a vůbec se o něj nezajímala, jen mu po nějaké době dala tabletu.

Schéma 6- Kategorie chování sestry

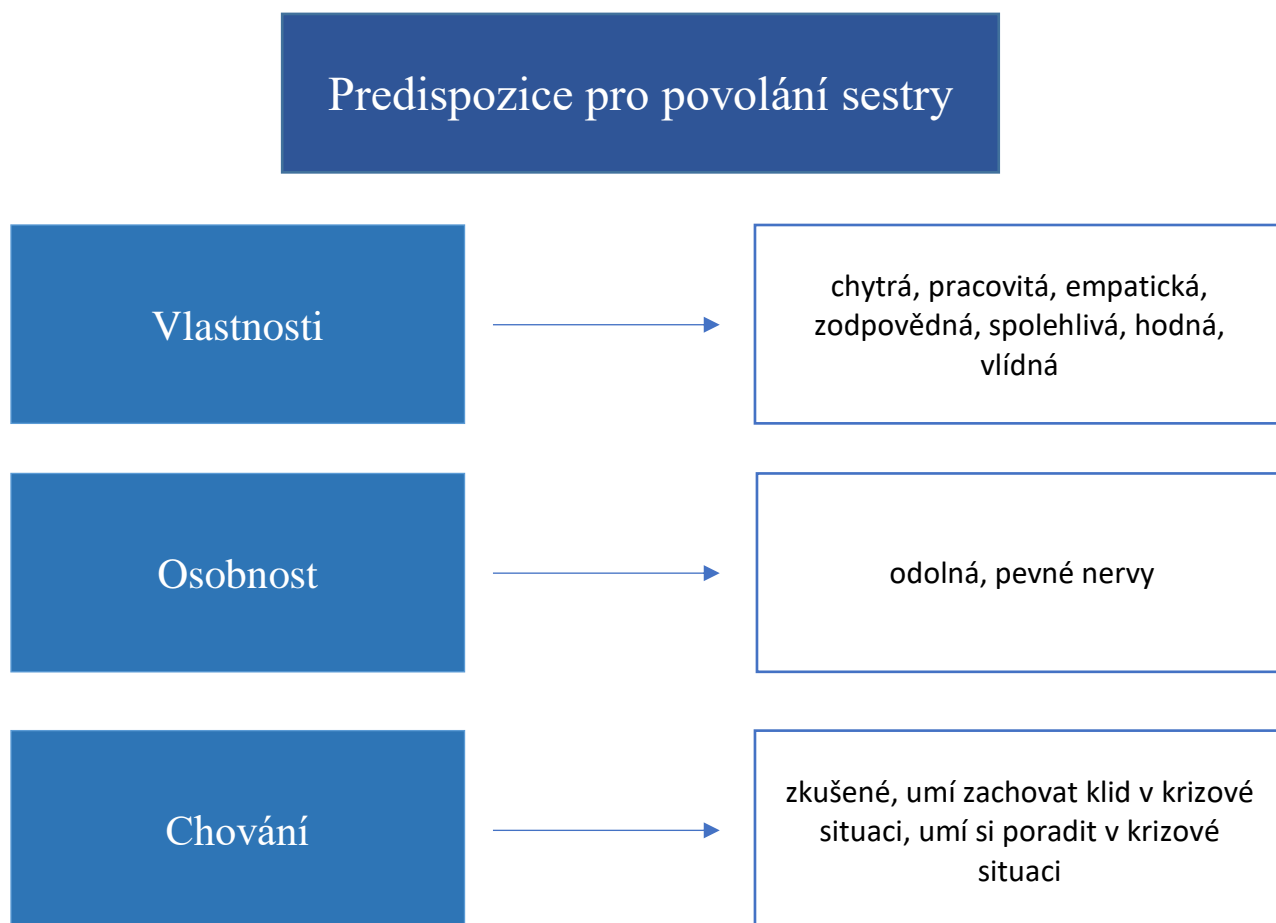


Chování sestry

Kategorie chování sestry se zaměřuje na názor dětí, jak by se sestra měla chovat při své práci. Všechny názory dětí byly podrobeny analýze dat, ze kterých byla vytvořena tato kategorie: chování sestry. Kategorie je dále rozdělena na dvě podkategorie: Jak by se sestra měla chovat a Jak by se sestra neměla chovat. Podkategorie tvoří zakódované názory jednotlivých dětí, které jsou shrnuty ve schématu 6.

U podkategorie, jak by se sestra měla chovat, nejvíce dětí označilo tyto společné znaky: milá a hodná, s úctou, komunikativně, měla by si vědět rady v každé situaci. Všichni žáci kromě žáků 13, 18, 35, 36, 37 a 39 napsali, že by sestra měla být především milá a hodná. Žáci 13, 11, 20, 21, 22, 24, 27, 28, 30 napsali, že by se sestra měla chovat ke svým pacientům s úctou. Žáci 11, 12, 22, 32 a 33 se zmínili, že by sestra měla být komunikativní. Žák 21 a 24 si myslí, že by sestra měla umět zachovat klid a vědět si rady v každé situaci. Žák 17 napsal, že by se sestra měla chovat tak, jak by chtěla, aby se někdo choval k ní. Žák 22 se také domnívá, že by si sestra měla být jistá tím, co dělá, protože když si není jistá tím, co dělá, pacient to pozná a je pak nervózní a bojí se. Žák 28 napsal do své práce, že by měla pomáhat lékařům a domnívá se, že by také doktoři vše bez sestřiček nezvládli. Žák 26 uvedl, že by sestra měla být milá a usmívat se. Především proto, že pacienti už tak přiházejí za zdravotníky vystresovaní a se strachem a když je sestra nepříjemná a je na ní vidět, že jí to nebaví a že je tam nerada, jsou pak vystresovaní a vystrašení ještě více. Dále také dodal, že se za každé situace musí zkrátka chovat profesionálně i když má své osobní problémy. U podkategorie, jak by se sestra neměla chovat, většina dětí označila tyto společné znaky: ne nepříjemně, neměla by litovat pacienty, chovat se neochotně. Všichni žáci kromě žáků 8, 13, 20, 26, 29, 33, 34, 36, 37, 38 a 39 napsali, že by se sestra neměla chovat nepříjemně. Zhruba čtvrtina žáků (Ž1, Ž3, Ž5, Ž8, Ž11, Ž22, Ž27, Ž31, Ž32) napsali, že by se sestra neměla chovat neochotně. Že by sestra neměla litovat své pacienty označili tito žáci: Žák 34, 29, 8 a 4. Žák 32 uvedl, že by se sestra neměla chovat přehnaně mile, protože to pak nepůsobí upřímně, s tímto se shoduje s žákem 19, kterému se to také nelíbí. Žák 22 se domnívá, že by si sestra také měla být jistá tím, co dělá. Domnívá se, že když si není úplně jistá, pacienti se pak více bojí.

Schéma 7- Kategorie predispozice pro povolání sestry



Predispozice pro povolání sestry

Kategorie predispozice pro povolání sestry je zaměřena na to, jaké predispozice jsou nezbytné pro povolání sestry podle dětí. Všechny názory dětí byly podrobeny analýze dat, ze kterých byla vytvořena tato kategorie: Predispozice pro povolání sestry. Kategorie je dále rozdělena na tři podkategorie: vlastnosti, osobnost, chování. Podkategorie tvoří zakódované názory dětí, které jsou shrnuty ve schématu 7.

U podkategorie vlastnosti většina dětí označila tyto společné znaky: chytrá, pracovitá, empatická, zodpovědná, spolehlivá, hodná. Že by sestra měla být chytrá napsali do své práce tito žáci: Ž21, Ž27, Ž30, Ž32, Ž37. Žák 21 napsal, že sestra musí mít vědomosti, aby uměla správně pomáhat nemocným. Žák 37 uvedl, že sestra musí mít hodně vědomostí, ale méně než lékař. Že by sestra měla být pracovitá zmínili žáci 12, 24, 34 a 39. Žáci 14, 22, 28, 32,

33, 34 napsali, že by sestra měla být empatická. Zodpovědnost zmínili žáci 16, 22, 25 a 34. Žáci 13, 16 a 34 napsali, že by sestra měla být spolehlivá. Že by měla být hodná, vlídná označili žáci: 5, 7, 13, 16-19, 21, 26, 33, 39. U podkategorie Osobnost většina dětí označila tyto společné znaky: odolná, pevné nervy. Že by sestra měla být odolná napsali do své práce tito žáci: Ž1, Ž20, Ž24, Ž26, Ž34, Ž35, Ž37, Ž38. Žák 1 uvádí, že by sestra měla odolná, že by měla zvládnout vidět krev, nemoci a různé nepříjemnosti. Že sestře nesmí vadit pohled na krev zmínil i žák 24 a 38. Že by sestra také měla mít pevné nervy zmínili: Ž13, Ž24 a Ž36. Žák 13 napsal, že sestry by měly mít pevné nervy, protože někteří pacienti si ze sester dělají služby a jsou nevděční. Žák 24 se vyjádřil tak, že sestra musí mít pevné nervy, musí řešit těžké situace, poslouchat doktora, pacienty a dělat to, co chtějí. U podkategorie chování většina dětí označila tyto společné znaky: zkušené, umí zachovat klid v krizové situaci, umí si poradit v krizové situaci. Že by sestra měla mít pro povolání sestry zkušenosti, praxi označili tito žáci: Ž12, Ž32 a Ž37. Žák 3,4 a 21 napsali, že sestra musí umět zachovat klid v krizové situaci a umět lidem v krizové situaci pomoci.

Schéma 8- Názory na profesi sestry



Názory na profesi sestry

Kategorie názory na profesi sestry je zaměřena na to, jaké obecné názory děti mají na profesi sestry. Všechny názory dětí byly podrobeny analýze dat, ze kterých byla vytvořena tato kategorie: Názory na profesi sestry. Kategorie je dále rozdělena na dvě podkategorie: kladné stránky profese sestry a záporné stránky profese sestry. Podkategorie tvoří zakódované názory dětí, které jsou shrnuty ve schématu 8.

V podkategorii kladné stránky profese sestry jsou společné tyto znaky: důležité povolání, dobré skutky, dobrý plat, potřebná profese. Že profese sestry je důležité povolání zmínili tito žáci: Ž6, Ž14, Ž32 a Ž34. Žák 34 napsal, že profese sestry je důležité povolání pro všechny. Že každý je někdy nemocný a potřebuje jak lékaře, tak i sestru. Dále děti napsaly, že sestra pomáhá nemocným, a proto vykonává dobré skutky. Dobré skutky napsal žák 28 a 32. Žák 32 napsal, že sestra může mít dobrý pocit z této práce, protože vykonává dobré skutky. Dobrý plat zmínil žák 19, 31 a 34. To že tato profese je potřebná napsali do svých prací žáci: Ž5, Ž11, Ž19, Ž23, Ž30, Ž33 a Ž38. Žák 19 napsal, že profese sestry je velmi potřebná, protože pomáhá nemocným a nemocný je někdy každý. V podkategorii Záporné stránky profese sestry jsou společné tyto znaky: stresující pracovní prostředí, dlouhé směny, nízký plat, nedocenené povolání, psychicky i fyzicky náročné povolání. Žáci 21, 33 a 37 napsali, že sestra pracuje ve stresujícím prostředí. Žáci 6, 14, 21 a 32, napsali, že profese sestry vyžaduje dlouhé směny. Žák 21 napsal, že sestra musí být pracovitá, protože musí pracovat dlouho. Nízký plat označili žáci 14, 29, 31 a 36. Žák 14 napsal, že profese sestry je důležité povolání, ale náročné, protože pracují dlouho a často, za nízký plat. To, že profese sestry je nedocenené povolání napsal žák 18 a 33. Žák 18 napsal, že někteří pacienti si neváží toho, že jim sestra pomáhá a dělají si z ní „poskoka“ a nedoceňují toto povolání. Žáci 18, 21, 29 a 36 napsali, že profese sestry je psychicky i fyzicky náročné povolání. Žák 21 napsal, že sestra musí být fyzicky zdatná, protože když například spadne pacient, tak ho musí zvednout, a i psychicky odolná, protože musí koukat na trpící lidi.

5 Diskuze

Cílem práce bylo zmapovat pohled dětí na profesi sestry. Je zjišťováno, jak dítě vnímá profesi sestry, jaké má se sestrou zkušenosti a jak na děti sestra působí. Práce je zaměřena na zkušenosti dětí se sestrou u praktického lékaře, v nemocnicích a ve specializovaných ambulancích. Děti měly možnost při hloubkovém rozhovoru vyslovit svůj názor na profesi sestry, zkušenosti se sestrami, vnímání jejich chování a jeho hodnocení. Dále ke zjišťování názorů dětí na profesi sestry a zkušeností dětí se sestrami byla použita analýza slohových prací. Ke zjišťování všech potřebných informací byl tedy použit kvalitativní výzkum pomocí hloubkového rozhovoru a analýzy slohových prací. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 49 dětí, 10 dětí se zúčastnilo hloubkových rozhovorů a 39 dětí napsalo slohové práce. Z výzkumného šetření se prokázalo, že děti mají znalosti v oblasti sesterské profese, mají zkušenosti a určité názory na profesi sestry.

Z rozhovorů s dětmi byly vytvořeny celkem 4 schémata, kde jsou zaznamenány odpovědi dětí a dále popsány. První schéma-Kategorie profese sestry, je rozdělena na tři podkategorie: vzdělání, náplň práce a potřebnost profese sestry. U podkategorie vzdělání byl nejčastější společný znak středoškolské vzdělání. Z odpovědí respondentů na téma, jaké musí mít sestra vzdělání, vyplynulo, že jsou děti ve vzdělání sestry poměrně orientované. Všichni věděli, že musí být minimálně středoškolské. Také si většina respondentů uvědomuje, že by sestra měla mít kromě střední školy i vysokou. Nebo neuměly přesně definovat jakou vysokou školu: „*medicínu, ale kratší než doktor*“, „*střední a něco k tomu*“. Dle zákona č. 201/2017 Sb., se odborná způsobilost k výkonu povolání dětské sestry získává absolvováním nejméně tříletého bakalářského studijního oboru či nejméně tříletého studia na vyšší zdravotnické škole. Popřípadě střední zdravotnická škola, oboru dětská sestra, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997. Děti tedy odpovídaly správně střední a vysoká. Akorát u odpovědi, že sestra musí mít pouze střední už přesně nedefinovaly, že oboru dětská sestra, kdy studium musí být zahájeno ve školním roce 1996/1997. Tedy že už dnes, pouze středoškolské vzdělání nestačí. U podkategorie náplň práce z výsledků vyplývá, že děti správně vědí, jaké jsou činnosti sestry a jejich úloha. U podkategorie potřebnost profese sestry, se děti shodují, že je profese sestry potřebná v ambulancích. Tuto odpověď uváděli respondenti, kteří neměli zkušenost s nemocnicí. Ty, co měli, uvádějí, že je

nejvíce potřebná právě v nemocnicích. Dále dva respondenti uvádějí, že je nejméně potřebná v ordinaci praktického lékaře. Kde by to „lékařka možná zvládla i sama“.

Druhé schéma-Kategorie spokojenost s přístupem sestry, je rozdělena na dvě podkategorie: spokojenost se sestrou v nemocnici a spokojenost s ambulantní sestrou. Jednotlivé podkategorie jsou dále rozděleny na stránku pozitivní a negativní. Z odpovědí dětí vyplývá, že většina dětí byla spokojena s přístupem sestry. Nejvíce kladně hodnotily děti přístup sestry v ordinaci praktického lékaře, poté v nemocnici a nejhůře hodnotily přístup sestry ve specializovaných ambulancích. Nejvíce spokojeni děti byly s přístupem sestry v ordinaci praktického lékaře, zřejmě z důvodu častějšího kontaktu se sestrou. Sestra děti zná a umožňuje jí to individuální přístup k nim, ví, jak s nimi komunikovat. Zatímco sestra v nemocnici má méně času a děti se tam často střídají. Pořád má při hospitalizaci dítěte více času ho poznat a navázat s ním určitý kontakt než v ambulancích. Kam docházejí i dospělí, pouze na většinou jednorázový kontakt. Dítě z toho nemusí cítit potřebnou jistotu. Také si děti stěžovaly na nedostatek času sestry ve specializované ambulanci a v nemocnici, což může způsobit vysoký počet ambulantních pacientů, nedostatek personálu a administrativní zátěž.

Ve schématu 3- Kategorie komunikace se sestrou, byly vytvořeny tyto kategorie: sestra u praktické dětské lékařky, sestra ve specializované ambulanci a sestra v nemocnici. Většina dětí se zkušenostmi v nemocnici a v ordinaci praktického lékaře/lékařky uvedla srozumitelné vysvětlování a dostatek informací. Dva respondenti uvedli, že měli málo informací od sestry v nemocnici. Dva respondenti také zmínili, že sestry komunikovaly více s rodičem než s nimi. Zde je vidět nejen znak málo informací, ale i znak větší komunikace s rodičem než s dítětem. Kdy je z komunikace dítě vynecháváno. U sestry v ordinaci praktického lékaře/lékařky také děti uvedly, že je sestra oslovuje jménem, což hodnotily kladně. Nejkritičtěji děti hodnotily komunikaci sester ve specializovaných ambulancích. Málo informací, rychlé tempo řeči, větší komunikace s rodičem. Z odpovědí vyplývá, že nejvíce dětí bylo spokojeno s komunikací se sestrou v ordinaci, poté v nemocnici, a nakonec spíše nespokojeni s komunikací sester ve specializovaných ambulancích. Ribeiro et al., (2016), uvádí, že komunikace mezi ošetrovatelskými profesionály a hospitalizovanými dětmi může napomoci vzniku a upevňování vazeb a spoluúčasti na podpoře zdraví. V praxi však můžeme

pozorovat, že zdravotnický tým často dítě izoluje. Mluví pouze s rodiči. Rodiče se domnívají, že tím, že nesdílejí informace o nemoci a léčbě svým dětem, tak je chrání. Ovšem informace, kromě toho, že jsou důležité pro stimulaci vazby a spoluúčasti dítěte, představují také právo dítěte sledovat to, co se s ním děje. Záleží pak na dospělých, aby přizpůsobili informace úrovni zralosti a možnostem porozumění. Nedostatek informací a vysvětlení, podporují vznik ohrožujících fantazií a zvyšují utrpení dítěte. Že je komunikace pro děti důležitá a potřebují dostatek informací potvrzuje i tento výzkum.

Ve schématu 4- Kategorie ideální sestra byly vytvořeny tři podkategorie: chování, vzhled a vlastnosti. V podkategorii chování nejvíce dětí vnímá ideální sestru jako usměvavou a vlídnou. U vzhledu jako upravenou, hezkou a která nevypadá přísně. U vlastností jako milou, hodnou, sympatickou, příjemnou, vzdělanou a která má ráda lidi. Plevová et al., (2011) také uvádí, že by sestra měla mít pozitivní vztah k lidem. Uvádí, že je to nezbytný předpoklad k výkonu povolání sestry. Že by ideální sestra měla být usměvavá, uvádí i bakalářská práce „Ideální sestra očima dětských pacientů a jejich rodičů“ (Bartoníčková, 2013), která tvrdí, že z pohledu dětí mladšího školního věku by sestra měla být usměvavá, stejně tak z pohledu dětí staršího školního věku. Dále se práce shodují v tom, že ideál představuje pro děti také milé vystupování sestry, že by sestra měla být hodná, upravená a komunikativní. Dále dle Bartoníčkové jako ideální sestru děti považují sestru, která je trpělivá, děti staršího školního věku vidí ideál ve spravedlnosti, toleranci a optimismu. Adolescenti navíc v upřímnosti.

Ze slohových prací byly vytvořeny také 4 schémata. Schéma 5: Zkušenosti se sestrou je rozděleno na tři podkategorie-zkušenosti se sestrou v ordinaci praktického lékaře, zkušenosti se sestrou ve specializované ambulanci a se sestrou v nemocnici. Ty jsou dále rozděleny na stránku pozitivní a negativní. Ze slohových prací vyplývá, že většina dětí má dobré, pozitivní zkušenosti se sestrou v ordinaci. Jen čtyři děti zmínily dlouhé čekání v ordinaci a dva nervozitu sestry, což hodnotily negativně. U sestry ve specializované ambulanci převládají spíše negativní zkušenosti (zmínily 4 děti). Většina dětí mající zkušenost se sestrou ve specializované ambulanci uvádějí, že sestry byly neochotné, nervózní a nedostatečně komunikovaly. Méně dětí uvádí pozitivní zkušenost-milý přístup (zmínily 3 děti). Ze zkušeností se sestrou v nemocnici, vyplývá, že u dětí převládají spíše pozitivní zkušenosti nad negativními.

Schéma 6: Kategorie chování sestry je rozdělena na dvě podkategorie-jak by se sestra měla chovat a jak by se sestra neměla chovat. Ze slohových prací vyplývá, že se většina dětí shoduje na tom, že by se sestra měla chovat, s úctou, komunikativně, vědět si rady v každé situaci a měla by být milá a hodná. Že by si sestra měla poradit v každé situaci uvádí i Plevová et al., (2011), která tvrdí, že by sestra měla být schopná řešit proměnlivé situace. Jak by se sestra neměla chovat se děti shodly, že ne nepříjemně, nelitovat pacienty, ne přehnaně mile a neochotně.

Schéma 7: Kategorie predispozice pro povolání sestry je rozdělena na tři podkategorie-vlastnosti, osobnost a chování. U podkategorie vlastnosti se většina dětí shoduje na tom, že by sestra měla být chytrá, pracovitá, empatická, zodpovědná, spolehlivá, hodná a vlídná. Kutnohorská (2010) také zmiňuje, že by sestra měla být empatická. U podkategorie osobnost, že by měla mít pevné nervy a být odolná. Dle Plevové et al., (2011), je nezbytný předpoklad výkonu povolání sestry zvýšená odolnost vůči fyzickému i psychickému stresu. Děti také napsaly, že sestra musí být odolná, ale přesně nedefinovaly. Ovšem u kategorie názory na profesi sestry uvedly, že je to fyzicky i psychicky náročné povolání a stresující pracovní prostředí. Z toho lze tedy usuzovat, že odolná by měla být právě proti fyzickému i psychickému stresu. A u podkategorie chování se děti domnívají, že by mělo být zkušené, umí zachovat klid v krizové situaci a umí si poradit v krizové situaci.

Schéma 8: Kategorie názory na profesi sestry je rozdělena na dvě podkategorie-kladné stránky profese sestry a záporné stránky profese sestry. Většina dětí označila tyto kladné stránky: důležité povolání, dobré skutky, dobrý plat, potřebná profese. A tyto stránky negativní, které převažují: stresující pracovní prostředí, dlouhé směny, nízký plat, nedocenené povolání, fyzicky i psychicky náročné povolání. Přestože převažují negativní stránky profese, těch pozitivních napsalo do svých prací více dětí.

V bakalářské práci „profese sestry očima dítěte“, kde byla k dosažení stanovených cílů použita analýza dětských kreseb, vyšlo, že děti zobrazují zdravotní sestru převážně pozitivně. Děti dokázaly, že mají jasnou představu, co profese sestry obnáší, jaké činnosti sestra vykonává. Pro část dětí je zdravotní sestra milá a působí na ně pozitivně. Řada výkonů je pro dítě nepříjemná a bolestivá, a přesto si uvědomují jejich potřebnost a důležitost. Součástí života dítěte jsou i preventivní prohlídky a ve většině případů, děti nepocítují strach nebo jen

dočasně. Část dětí se na prohlídku dokonce těší (Brojáčová, 2015). S těmito výsledky se shoduje i naše práce. Děti také vnímají sestru převážně pozitivně, mají představu o tom, co profese sestry obnáší a jaké činnosti sestra vykonává. Většina dětí také hodnotila zkušenosti s preventivními prohlídkami kladně.

Dle diplomové práce „Hodnocení kvality péče dětmi hospitalizovanými na standardním dětském oddělení“, děti hodnotily kladně spokojenost s dětskými sestrami. Důležitá je pro hospitalizované dítě přítomnost rodiče, která se dostala většině dětí (Hubalová, 2018). S těmito výsledky se naše práce také shoduje, spokojenost s dětskými sestrami převažovala a většina dětí hodnotila přístup sestry kladně. Zhruba polovina dětí, které absolvovaly rozhovor a měly zkušenosti s hospitalizací se také zmínily o přítomnosti rodiče, z toho lze usuzovat, že jim přítomnost byla umožněna a hodnotily ji kladně. Přítomnost rodiče zmiňovaly i děti v ambulancích, též kladně.

Při výzkumném šetření jsem se domnívala, že děti budou nejvíce spokojeni s přístupem sestry v ordinacích praktického lékaře/lékařky. Přece jen ordinaci většina dětí navštěvuje nejčastěji a svou sestru znají. Což tento výzkum potvrdil. Je pozitivní, že většina dětí líčila své zkušenosti se sestrami především kladně. Překvapilo mě, že u všeobecných pohledů na profesi sestry, si děti uvědomovaly, že je u sesterské profese důležité vzdělání. Nejen středoškolské, ale i vysokoškolské. Také si uvědomují, že sestra není jen podřízená lékaře, ale jejich vztah je partnerský, i lékař sestru potřebuje. Děti také uváděly náročnost a nedocenenost povolání.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá tím, jak dětští pacienti pohlíží na profesi sestry. Zaměřuje se převážně na to, jaké mají děti všeobecné znalosti o profesi sestry, jaké mají se sestrou zkušenosti, zda byly spokojeny s přístupem sestry a také jak si představují ideální sestru.

V teoretické části je popsáno ošetřovatelství, pediatrie, profese sestry, její kompetence. Dále je popsán dětský pacient, vývojová stádia dítěte, práva dítěte, potřeby dítěte, komunikace sestry s dětským pacientem, úloha sestry v lůžkové péči, úloha sestry v ambulantní péči a správný přístup k nemocnému dítěti.

Stanovené výzkumné cíle-zmapování pohledů hospitalizovaných dětí na profesi sestry a zmapování pohledů dětí na profesi sestry mající zkušenost s ambulantní péčí, byly splněny.

Pohledy hospitalizovaných dětí na profesi sestry a pohledy dětí na profesi sestry mající zkušenost s ambulantní péčí byly zjištěny při rozhovorech s dětmi, kdy byly zmapovány všeobecné znalosti dětí o profesi sestry-jaká je její náplň práce, jaké musí mít vzdělání a kde je sesterská profese nejvíce potřebná. Dále při rozhovorech bylo zjištěno, jak jsou děti spokojeny s přístupem sestry na základě svých zkušeností, jak děti hodnotí komunikaci se sestrou a jak si představují ideální sestru. Pohledy hospitalizovaných dětí na profesi sestry a pohledy dětí na profesi sestry mající zkušenost s ambulantní péčí byly také zjištěny analýzou slohových prací, kde byly popsány zkušenosti dětí se sestrou jak pozitivní, tak negativní. Dále, jak dětští pacienti hodnotí chování sestry, jaké predispozice by sestra měla mít z dětského pohledu a jaké jsou obecné názory dětí na profesi sestry.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že děti ve věku od 10-18 let mají poměrně dobré všeobecné znalosti o profesi sestry, což je pozitivní. Je vidět, že jsou děti v tomto ohledu orientovány. Samozřejmě někteří více a někteří méně. Děti hodnotily komunikaci se sestrami a chování sester. Komunikaci i chování hodnotili spíše pozitivně a nejhůře byly hodnoceny sestry ve specializovaných ambulancích, bylo to především z důvodu nedostatku času. Děti mají představu o ideální sestře, která by podle nich měla být především usměvavá, komunikativní, příjemná a milá. Děti mají utvořené určité názory na profesi sestry. Uvědomují si potřebnost, důležitost profese, ale převažovaly názory negativní. Uváděly, že profese sestry je psychicky i fyzicky náročná, má dlouhou pracovní dobu, nízký plat, myslí si, že je to nedocenené

povolání. Byly také zjištěny zkušenosti dětí se sestrami a spokojenost dětí s přístupem sester. Převažovaly kladné zkušenosti nad negativními. Nejvíce dětí měly zkušenosti se sestrou v ordinaci praktického lékaře, a ty hodnotily především pozitivně. Nejméně zkušeností měly děti ve specializovaných ambulancích, ale ty byly hodnoceny především negativně. Celkově spokojenost s přístupem sestry převažovala nad nespokojeností. Děti hodnotili přístup sestry známkami, a většina dětí hodnotila sestry známkou jedna. Nejhorší známka byla 2. Toto je také pozitivní skutečnost. Výsledky této práce by mohly být prezentovány v odborných časopisech a sloužit sestrám, aby pochopily, jak je vnímají děti a správně k nim přistupovaly.

7 Seznam použité literatury

1. AKSENOVÁ, Z., 2015. Poruchy řeči-praktický pohled v ordinaci pediatra. *Pediatric pro praxi*. [online]. 16(5), 316-319. [cit. 2019-06-02]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/05/19.pdf>.
2. BARTONÍČKOVÁ, D., 2013. *Ideální sestra očima dětských pacientů a jejich rodičů*. Praha. Bakalářská práce. LF2 UK.
3. BERÁNKOVÁ, Ž., 2011. Etické problémy při hospitalizaci dítěte. *Ošetřovatelství a porodní asistence*. 2(3), 272-280. ISSN 1804-2740.
4. BROJÁČOVÁ, D., 2015. *Profese sestry očima dítěte*. Hradec Králové. Bakalářská práce. LFHK UK.
5. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetřovatelská péče (pro obor ošetřovatel) I. díl*. Praha: Grada, 224+4 s., ISBN 978-80-247-9803-5.
6. DEPIANTI, B., R., J., 2014. Nursing perceptions of the benefits of ludicity on care practices for children with cancer: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(2), 154-161. ISSN: 1676-4285.
7. DEPIANTI, B., R., J. et al., 2018. Playing to continue being a child and freeing itself from the confinement of the hospitalization under precaution. *Anna Nery School Journal of Nursing*. 22(2), 1-9. ISSN: 1414-8145.
8. DORKOVÁ, Z., ŠRAHŮLKOVÁ K., 2010. Péče o psychické potřeby hospitalizovaných dětí. In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství*. s. 50-55. ISBN 9788087347034.
9. EDWARDS, S., COYNE, I., 2013. *A Survival Guide to Childrens Nursing* [online]. Oxford, United Kingdom: Elsevier, [cit. 2018-01-02]. ISBN 978-0-7020-4227-0. Available from: <https://www.elsevier.com/books/a-survival-guide-to-childrensnursing/edwards/978-0-7020-4227-0>.
10. HUBALOVÁ, R., 2018. *Hodnocení kvality péče dětmi hospitalizovanými na standardním dětském oddělení*. Pardubice. Diplomová práce. FZS UP.

11. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie 2. díl pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
12. KLÍMA, J. et al., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-271-9364-6.
13. KOPECKÁ, I., 2011. *Psychologie 1. díl*. Praha: Grada, 200 s., ISBN 978-80-247-3875-8.
14. KORDULOVÁ, P., 2017. Vzdělávání sester v pediatrii. *Pediatric pro praxi*. 18(6), 383-386. ISSN 1213-0494.
15. KŘIVÁKOVÁ, M., ČÍKOVÁ, Z., 2016. *Pečovatelsví*. Praha: Galén, 186 s. ISBN 978-80-7492-263-3.
16. KUKLA, L. et al., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
17. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
18. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
19. LEIFER, G., 2014. *Introduction to maternity and pediatric nursing*. 7th. ed. St.Louis: Elsevier. 864 p. ISBN 978-1-4557-7015-1.
20. MACHOVÁ, J. et al., 2016. *Výchova ke zdraví*. 2. vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-271-0993-7.
21. MACHOVÁ, A., BRABCOVÁ, I., 2010. Úloha sestry v zajištění herních aktivit. *Kontakt*. 12(2), 144-150. ISSN 1212-4117.
22. MACHOVÁ, A., SUCHANOVÁ, M., 2013. Povinné očkování dětí-úloha sestry v ordinaci PLDD. *Pediatric pro praxi*. 14 (2), 130-136. ISSN 1213-0494.

23. MAREŠOVÁ, G., 2009. Dětský pacient a hodnotový systém. *Sestra. Temat. sešit 247 - Pediatrie*. 19(5), 38-39. ISSN 1210-0404.
24. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
25. MUNTAU, C., A., 2014. *Pediatrie: překlad 6. vydání*. 6. vydání. Praha: Grada. 608 s. ISBN 978-80-247-4588-6.
26. ONDRIOVÁ, I., 2010. Práva hospitalizovaného dítěte. *Sestra*. 20(10), 17-18. ISSN 1210-0404.
27. ONDRIOVÁ, I., SINAIOVÁ, A., 2010. Zmírňování negativních následků hospitalizace u dětí. *Sestra*. 20(7-8), 41-43. ISSN 1210-0404.
28. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
29. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
30. *Práva a povinnosti*, 2010. [online]. MZČR. [cit. 2019-03-02]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/prava-a-povinnosti_2620_22.html.
31. RIBEIRO, P., J. et al., 2016. Reflecting on the construction of caring in pediatrics. *Journal of Nursing UFPE*. 10(12), 4672-4679. ISSN 1981-8963.
32. SHERWIN, S., 2016. Performing school nursing: Narratives of providing support to children and young people. *Community Practitioner*. 89(4), 30-34. ISSN 1462-2815.
33. SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
34. SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.

35. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetřovatelství v pediatrii*. Praha: Grada. 292 s. ISBN 978-80-247-3286-2.
36. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2012. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy II pediatrie, chirurgie*. 2. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3602-0.
37. SVATUŠKOVÁ, H., 2014. Hospitalismus u dětí. *Sestra*. 24(1), 48-49. ISSN 1210-0404.
38. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví i nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
39. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
40. TOMAGOVÁ, M., 2011. Ošetřovatelský proces. In: PLEVOVÁ, I. et al., *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. s. 105-129. ISBN 978-80-247-3557-3.
41. TOTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
42. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 536 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
43. VEJROSTOVÁ, E., 2009. Povinnosti dětské sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. In: *Sestra v praxi: vybrané kapitoly*. ISBN 978-80-8732-711-1.
44. VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ M., 2017. *Dítě od početí do puberty: 1 500 otázek a odpovědí*. 4. vydání. Praha: Triton. 434 s. ISBN 978-80-7553-148-3.
45. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
46. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

47. VLACHOVÁ, M., 2013. Dětská sestra – od kvalifikace ke specializaci [online]. Praha: FN Motol. s. 62-63. [cit 2019-07-03] *Cesta k modernímu ošetrovatelství XV*. Dostupné také z: <http://www.fnmotol.cz/o-nas/odborna-verejnost/konference-a-seminare/sborniky-prispevkuzpredchozichkonferenci/?fbclid=IwAR1qFIfKi1n6JfiYUywhH2349BLpWFlpwzbmL2qyMzoGJy57V3E7FIO7I9xE>.
48. Vyhláška č. 55/2011 Sb., ve znění vyhlášky 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. [online]. [cit 2019-05-03]. In: Sběrka zákonů ČR, částka 20. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.
49. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
50. ZACHAROVÁ, E., 2010. Práva dětského pacienta v ošetrovatelské péči. *Pediatric pro praxi*. 11(5), 334-335. ISSN 1213-0494.
51. ZACHAROVÁ, E., 2017. Význam sociální komunikace s dítětem ve zdravotnické praxi. *Pediatric pro praxi*. 18(2), 79. ISSN 1213-0494.
52. Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povolání), 2017. [online]. [cit 2019-04-02]. In: Sběrka zákonů ČR, částka 72. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>.
53. ZEMKOVÁ, D., ŠNAJDEROVÁ, M., 2009. Puberta v ambulanci pediatra. *Pediatric pro praxi*. [online]. [cit 2019-08-02]. 10(5), 289-293. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2009/05/02.pdf>.

8 Přílohy

8.1 Podklady pro slohové práce

1. Úvaha
2. Co by měla práce obsahovat:
 1. úvod-pohled na profesi sestry, co je to profese sestry, náplň práce
 2. stat'-zkušenost se sestrou v ambulanci či v nemocnici (pokud zkušenost z hospitalizací má-porovnat)
 - chování sestry-klady, zápory, spokojenost dítěte
 - komunikace sestry, vysvětlování postupů atd.
 - jak dotyčný/á vnímal/a sestru (vstřícnost, nápomoc při potížích, bolesti, ulehčení hospitalizace, pomoc při zvládnání strachu, důvěra/nedůvěra k sestře-proč atd.)
 3. závěr-shrnutí-prospěšnost sestry či nikoli, potřebnost profese, spokojenost dítěte se sestrou, s kterou má zkušenost

8.2 *Otázky-rozhovory*

Děti nemající zkušenost s hospitalizací:

1. Setkal/a jsi se s dětskou sestrou v ordinaci při prohlídce či v jiné ordinaci, máš zkušenost i s hospitalizací v nemocnici?
2. Co ti říká profese sestry, víš, jaké musí mít sestra vzdělání? Jaká je zhruba její náplň práce?
3. Jak na tebe působila sestra při prohlídce?
4. Jak se ti s ní komunikovalo?
5. Vysvětlovala ti krok za krokem, co se bude dít?
6. Když jsi měla/měl nějaký problém obrátil/a jsi se na sestru? (obrátil by ses spíš na sestru, lékařku nebo na obě?)
7. Vzbudila v tobě sestra důvěru? Popřípadě čím?
8. Přistupovala k tobě sestra s respektem, s ohledem k tvému věku?
9. Je podle tebe práce sestry v ordinaci praktické lékařů/řky potřebná?
10. Zná tě sestra u praktického lékaře/řky jménem?
11. Cítil/a si se při prohlídce klidně, bylo to i zásluhou sestry?
12. Jak bys ohodnotil/a přístup sestry k tobě od 1-5, jako ve škole?
13. Popsal/popsala bys mi, co si představíš pod pojmem ideální sestra? Jak by měla vypadat, jak by se měla chovat atd.?

Děti mající zkušenost s hospitalizací:

1. Máš zkušenost s hospitalizací v nemocnici?
2. Odpověděl/a jsi, že máš zkušenost s hospitalizací, jak dlouho jsi byl/a hospitalizovaný?
3. Jak jsi byl/a spokojený s ošetřováním sestry?
4. Jak jsi byl/a spokojený s komunikací se sestrou? Vysvětlovala ti řádně vše, co se bude dít, popřípadě jak?
5. Vzbudila v tobě sestra důvěru? Popřípadě čím?
6. Pomohla ti sestra se zvládnutím strachu z různých výkonů, zákroků, pro tebe nových? Popřípadě jak?

7. Pomáhala ti se zvládnutím bolesti, pokud jsi nějakou prožíval/a? Popřípadě jakým způsobem?
8. Pomohla ti svou přítomností lépe zvládnout pobyt v nemocnici?
9. Jak na dobu strávenou v nemocnici vzpomínáš?
10. Jak bys ohodnotil/a přístup sestry k tobě od 1-5, jako ve škole?
11. Co ti říká profese sestry, víš, jaké musí mít sestra vzdělání? Jaká je zhruba její náplň práce?
12. Popsal/popsala bys mi, co si představíš pod pojmem ideální sestra? Jak by měla vypadat, jak by se měla chovat atd.?