

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Daniela Bartoníčková

**Ideální sestra očima dětských pacientů a
jejich rodičů**

Bakalářská práce

Praha 2013

Autor práce: **Daniela Bartoníčková**

Vedoucí práce: **PhDr. Šárka Tomová**

Oponent práce: **Mgr. Hana Nikodemová**

Datum obhajoby: **2013**

Bibliografický záznam

BARTONÍČKOVÁ, Daniela. *Ideální sestra očima dětských pacientů a jejich rodičů*.

Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2013. 117 s.

Vedoucí bakalářské práce PhDr. Šárka Tomová.

Anotace

Bakalářská práce „Ideální sestra očima dětských pacientů a jejich rodičů“ se zabývá hodnocením profese sestry z pohledu jak nejmenších pacientů, školáků a adolescentů, tak jejich rodičů. Práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a empirickou. Teoretická část popisuje význam slova ideál, umožňuje retrospektivní pohled do minulosti, popisuje současnost pediatrické péče. Dále se zabývá vzděláváním a kompetencemi dětské sestry. Značný význam je přiložen hodnocení ideální image dětské sestry, zvláště jejím znalostem, dovednostem při práci, charakterovým vlastnostem, vzhledu a schopnosti komunikace, edukace dětí a jejich rodičům.

V empirické části jsou stanoveny cíle a pracovní hypotézy pro průzkumné šetření. Jejím účelem je pomocí dotazníků získat reálná data, u kterých je následně provedena primární analýza. Zjištěné výsledky napomáhají nalézt ideální obraz sestry a dle vlastností sester pracujících na pediatrických odděleních odhalit, zda a do jaké míry dětské sestry tento ideál naplňují.

Annotation

Bachelor paper “The perfect nurse in the eyes of pediatric patients and their parents“ deals with the evaluation of professional nurses from the perspective of how the youngest of patients, school children and adolescents and their parents perceive them. The paper is divided into two sections - theoretical and empirical. The theoretical section describes the meaning of the word ideal, enables a retrospective view of the past, and describes the present state of pediatric care. It also deals with the education and the competencies of nurses. A considerable emphasis is given to the evaluation of an ideal image of nurses, particularly their knowledge, their skills, their character, their communication skills, the education given to children and the parents of the children.

In the empirical section objectives are set and a working hypothesis is proposed for the survey. The purpose of the empirical section is to obtain real data, through the use of questionnaires, for which then a primary analysis is conducted. The obtained results are used to help to find the ideal image of nurses and the ideal characteristics for nurses working on pediatric wards to reveal to what extent nurses fulfill this ideal.

Klíčová slova

Dětský pacient; Rodiče dětského pacienta; Dětská sestra; Ideální dětská sestra

Keywords

Children as a patient; Parents of hospital children; Children's nurse; Ideal children's nurse

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Daniela Bartoníčková**

studijní program: **Ošetrovatelství**

studijní obor: **Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetrovatelství**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Ideální sestra očima dětských pacientů a jejich rodičů**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana UK 2. LF č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. ISBN 8024701790.
SEDLÁŘOVÁ, Petra. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.
SIKOROVÁ, Lucie. Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3593-1
PLEVOVÁ, Ilona. TI: Ošetrovatelství I : historie, vzdělávání, současné ošetrovatelství, role sestry a nemocného, ošetrovatelský proces, konceptuální modely a teorie, klasifikační systémy, výzkum, praxe založená na důkazech. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
PLEVOVÁ, Ilona — SLOWIK, Regina. Komunikace s dětským pacientem. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. 247 s. : il., tab. ; 21 cm. ISBN: 978-80-247-2968-8.

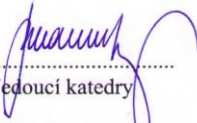
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Tomová Šárka**

Oponenti: **Mgr. Nikodemová Hana**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 14.6.2012

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry
V Praze dne 19.12.2012


.....
Děkan
prof.PaedDr. Pavel KOLÁŘ, Ph.D.

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Šárky Tomové, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 30. 4. 2013

Daniela Bartoníčková

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování PhDr. Šárce Tomové za cenné rady, připomínky a trpělivost při vedení mé bakalářské práce.

Velký dík patří mému příteli za neskutečnou podporu ve všech nesnázích, jeho a mé rodině za věnovanou péči, přátelům a známým za útěchu a rozptýlení.

Obsah

SEZNAM ZKRATEK	10
1 ÚVOD	11
1.1 CÍLE PRÁCE	12
2 TEORETICKÁ ČÁST	13
2.1 VYMEZENÍ POJMU IDEÁL	13
2.2 PEDIATRIE	14
2.2.1 Historie a současnost pediatrie	14
2.3 DĚTSKÝ PACIENT A JEHO RODINA	16
2.3.1 Dětský pacient	16
2.3.2 Rodiče dětského pacienta	19
2.4 DĚTSKÁ SESTRA	21
2.4.1 Historie dětského ošetrovatelství	21
2.4.2 Vzdělání dětské sestry	21
2.4.3 Kompetence dětské sestry	23
2.4.4 Náplň práce dětské sestry	24
2.5 IDEÁLNÍ IMAGE DĚTSKÉ SESTRY	26
2.5.1 Význam slova image	26
2.5.2 Image sesterské profese	26
2.5.3 Vliv médií na utváření image sestry	27
2.5.4 Image ideální dětské sestry	27
2.6 IDEÁLNÍ DĚTSKÁ SESTRA	28
2.6.1 Sestra jako osobnost	28
2.6.2 Vzhled dětské sestry	30
2.6.3 Schopnost komunikace dětské sestry	32
2.6.3.1 Komunikace sestry s dětským pacientem	32
2.6.3.2 Komunikace sestry s rodičem dětského pacienta	35
2.6.4 Edukační dovednosti dětské sestry	37
2.7 PŘEHLED DŘÍVE REALIZOVANÝCH STUDIÍ	38
3 EMPIRICKÁ ČÁST	39
3.1 CÍLE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY	39
3.2 METODIKA	40
3.3 ANALÝZA DAT	42
3.4 ORGANIZACE ŠETŘENÍ	43
3.5 CHARAKTERISTIKA A POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU	44
3.6 VÝSLEDKY VLASTNÍ PRÁCE	44
3.7 DISKUZE	74
4 ZÁVĚR	80
REFERENČNÍ SEZNAM	81
SEZNAM TABULEK	89
SEZNAM OBRÁZKŮ	91
SEZNAM PŘÍLOH	92
PŘÍLOHY	93
Příloha A: Charta práv hospitalizovaných dětí	93
Příloha B: Aspekty komunikace s dítětem	95
Příloha C - Dotazník pro předškolní věk	96
Příloha D - Dotazník pro mladší školní věk	99
Příloha E - Dotazník pro starší školní věk	102
Příloha F - Dotazník pro adolescenty	106
Příloha G - Dotazník pro rodiče	110
Příloha H – Souhlasné stanovisko	115

Seznam zkratek

ČR – Česká republika

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

OSN – Organizace spojených národů

TP – těžké postižení

WHO – World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

ZTP – zvlášť těžké postižení

Zkratky vztahující se k průzkumnému šetření

n = absolutní četnost

% = relativní četnost

p – hodnota = hladina významnosti

G = výpočet testového kritéria

H_0 = nulová hypotéza

H_A = alternativní hypotéza

n_i = součet znaků

n_j = součet skupin

α = hladina významnosti

μ = aritmetický průměr

1 Úvod

Není nic hezčího než dětský smích. Přitahuje nejen pozornost rodičů dětí samotných, ale všech okolo. Spokojené dítě je důkazem harmonie rodiny, přibližuje nám svět bezstarostného a radostného dětství. Střípky úsměvných událostí střídají někdy záblesky pláče, avšak i ty jsou pro další rozvoj osobnosti dítěte velmi důležité. Děti hledají útěchu u svých nejbližších, když však nejsou nablízku, tak u lidí, kterým důvěřují. S jistotou lze říci, že sestra by měla patřit mezi ty, kteří uspějí nejen utišením plačícího dítěte, ale na tváři tohoto bezmocného stvoření dokážou vykouzlit nejkrásnější okamžik, který pohne srdcem každého z nás – úsměv.

Spokojenost a radost dítěte vyvolává nejen příjemné pocity, ale umožňuje také pohodovou a klidnou spolupráci s jejich rodiči. V dnešní době je běžná hospitalizace rodiče či jiného zákonného zástupce společně s dítětem a pouze na sestřích záleží, zda s nimi navážou kladný vztah a hospitalizace dítěte bude probíhat bez problémů. Je velmi důležité si uvědomit, že rodiče nejsou v nemocnici společně s dítětem proto, že by chtěli kritizovat sesterskou práci, ale proto, že jim chtějí být nápomocni a být nablízku tomu nejdražšímu, co mají – dítěti.

Medicína se posouvá stále dopředu, objevují se nové ošetrovatelské trendy a postupy, děti jsou v popředí zájmu společnosti. Ošetrovatelská péče o dítě se stále zdokonaluje, vzdělání sester se prohlubuje, dětská oddělení hrají barvami a herny překypují nejrůznějšími hračkami. Vyšší požadavky na vzdělání sester by měly zvyšovat úroveň poskytované ošetrovatelské péče. Otázkou je, zda právě vzdělání utváří daný sesterský ideál nebo je-li to charakter a chování sestry, které jí napomáhají se takovému ideálu přiblížit.

Sestra je vnímána jako archetyp ženy, jejíž dotek léčí, pohled zotavuje, úsměv tiší bolest, náruč konejší a přítomnost hřeje. Zkrátka její kladné vlastnosti trvale převyšují vlastnosti záporné. Avšak i v nemocnici lze potkat sestry, které našim představám a požadavkům ne zcela vyhovují.

Jistě není pochyb, že na sestry starající se o dětské pacienty budou kladeny vyšší požadavky. Mezi přednostmi sestry v pediatrické péči by měl patřit nejen kladný vztah k dětem, ale také vysoká dávka trpělivosti, soucitnosti, empatie a něžnosti, schopnosti získat si dětskou důvěru.

Jaká by však dětská sestra měla být dle našich dětských pacientů a jejich rodičů? Měla by být optimistická, vždy dobře naladěná a usměvavá? Nebo je důležitější její manuální zručnost, ochota a zodpovědnost? Je sestra pro děti a jejich rodiče osoba, které se mohou se vším svěřit, která jim umí vše vysvětlit a tráví s nimi dostatek času? Je důležitý vzhled sestry? Jak si vůbec dětský pacient a jeho rodič představuje „ideální sestru“ a jsou jí sestry pracující na dětských odděleních alespoň z části podobné?

Pohledů na „ideál dětské sestry“ je mnoho a každý si jej jistě představuje jinak. Ve své bakalářské práci se zaměřuji na sestry pracující na pediatrických odděleních, zvláště pak na obraz ideální sestry dle hospitalizovaných dětí a jejich rodičů. Jaká by měla sestra být a jaká by naopak být neměla. V české literatuře není dostupný žádný výzkum, který by se zabýval problematikou ideální sestry očima dětských pacientů a jejich rodičů. Proto bych toto téma ve své práci chtěla otevřít, nalézt „*univerzální sesterský ideál*“ a nabídnout jej sestram jako předlohu k jejich jednání s dětskými pacienty a rodiči.

1.1 Cíle práce

Účelem předložené bakalářské práce je zjistit ideální obraz zdravotní sestry očima dětských pacientů a jejich rodičů a nalézt u sester pracujících na pediatrických odděleních vlastnosti, které budou vyobrazovat daný ideál. K dosažení tohoto záměru byly stanoveny následující cíle:

1. Prezentovat základní poznatky o dětských sestrách.
2. Zaměřit se na vyobrazení obrazu ideální image dětské sestry.
3. Zjistit obraz ideálu sestry z pohledu dětského pacienta.
4. Nastínit pohled rodiče na ideální sestru.
5. Provést primární analýzu získaných dat.
6. Provést žádoucí komparaci na podkladě zjištěných dat.

2 Teoretická část

Cílem teoretické části bakalářské práce je přiblížit pojem ideál, podat retrospektivní pohled do minulosti, nastínit charakter současnosti pediatrie a zaměřit se na profesi dětské sestry, zvláště pak orientovat se na ideál této profese.

2.1 Vymezení pojmu ideál

Slovo ideální představuje něco dokonalého, neskutečného, nedosažitelného či vysněného. Ideálem je tedy nejčastěji vzor či dokonalý představitel, který nás motivuje v tom být lepší, ideál však také může znamenat vysoký cíl, kterého chceme dosáhnout. Ideál je rovněž směr ve filozofii a psychologii, který uznává existenci reálných předmětů a jevů mimo nás, ale současně učí, že lidské představy a vjemy nejsou věrným otiskem skutečnosti, ale jsou závislé na individuálním subjektu vnímání a představování. Ideální ego/self označuje představu a přání, jaký by člověk měl být. Ideální já pak vyobrazuje cílový obraz vlastní psychiky a osobnosti a je jednou ze základních determinant motivace a autoregulace (<http://slovník-cizích-slov.abz.cz/>).

Ideálů nás v životě obklopuje hned několik. Stačí se zamyslet a rozhlédnout kolem sebe. Ideální partner pro život je přece nejdůležitější složkou našeho života. Většinou neznáme ženu, která by nechtěla mít ideální hmotnost nebo postavu. Odjezd na ideální dovolenou nám zaručí každá cestovní kancelář. Pokud na ideální dovolenou nemáme, proč nezkusit ideální řešení tím, že nám banka zajistí ideální půjčku bez akontace a navýšení. Fyzikové popisují ideální vlastnosti plynů a kapalin, lékaři hledají ideálního dárce, meteorologové slibují ideální počasí na víkend.

Ideálů je zkrátka spousta, avšak Max Weber pak popisuje ideální typ jako očištěný myšlenkový obraz sociální reality. Dle Webera ideální typ ve skutečnosti neexistuje, není to žádný statistický průměr, ani nemá zobrazovat empirickou realitu. Velmi důležitou roli v pojmu ideální typ hraje imaginace a fantazie (<http://www.dejiny sociologie.cz/max-weber/>).

Co tedy opravdu ideál znamená? Pro každého jedince něco jiného, něco výjimečného. Každý z nás si musí svůj ideál najít, vysnit a nejlépe se mu svým chováním a svými činy alespoň zlehka přiblížit. Ideál je tedy klíčem k odemčení našeho nitra.

„Všechny ideály nepotřebují jen křídla, ale i místo, odkud by mohly vzlétnout.“

Ernest Hemingway

2.2 Pediatrie

Definicí pojmu pediatrie je mnoho, avšak Velemínský a kol. (2009, s. 9) celek pediatrie formuluje jakožto „*obor, který se zabývá péčí o zdraví kojenců, dětí a mladistvých a jejich vývojem tak, aby tito dosáhli plnohodnotné dospělosti*“ (Velemínský a kol. 2009, s. 9).

2.2.1 Historie a současnost pediatrie

Pediatrie pochází z dvou řeckých slov: pais – dítě a iatria – léčba. Péče o zdravé a nemocné děti má dlouhodobou tradici. První zprávy se zachovaly z doby 2000 let před naším letopočtem, kdy vůbec za nejstarší dochované zprávy se považují babylonské nápisy, které obsahují „*Pokyny kojným*“. Už „*otec medicíny*“ Hippokrates (460-370 př. n. l.) psal o nemocech, které se vyskytují pouze u dětí. Značné zásluhy v tomto oboru jsou přisuzovány Abrahamu Jacobovi, který je díky nim považován za otce pediatrie (Klíma a kol., 2003; Leifer, 2004; Sedlářová a kol., 2008).

První dětská nemocnice vznikla v Paříži v roce 1802, u nás v Praze v roce 1842. Roku 1855 byla ve Filadelfii založena první pediatrická klinika - *The Children's Hospital*. První česká dětská klinika byla otevřena roku 1902. Po vzniku Československa roku 1918 u nás postupně vznikala řada dětských oddělení při velkých nemocnicích, kde byla poskytována péče specializovaná i dětem nejmladších věkových kategorií. Od první poloviny 20. století se začíná všeobecná péče o děti stále zdokonalovat. Charta práv dítěte byla vyhlášena Organizací spojených národů 20. listopadu 1959 a je označována za předchůdkyni modernější Úmluvy o právech dítěte. Úmluva o právech dítěte byla Valným shromážděním OSN přijata 20. listopadu 1989. Stanovuje občanská, politická, ekonomická, sociální a kulturní práva dětí. Zásady v péči o hospitalizované dítě byly přesně formulovány a schváleny Evropskou asociací na podporu dětí v nemocnici v rámci první evropské konference o hospitalizovaných dětech v květnu 1988 v holandském Leidenu, jakožto Charta práv hospitalizovaných dětí (viz příloha A – Charta práv hospitalizovaných dětí). V ČR byla Charta práv dětí v nemocnici uznána v roce 1992 (Klíma a kol., 2003; Leifer, 2004; Sedlářová a kol., 2008; Slezáková a kol., 2010; <http://www.detivnemocnici.cz/>, <http://www.osn.cz/>).

Péče o zdraví obyvatelstva je v České republice dána *Listinou základních práv a svobod*, která byla přijata usnesením předsednictva České národní rady 16. 12. 1992. Stát tímto dokumentem garantuje péči o zdraví všech obyvatel s vědomím, že jde o největší bohatství národa, a že zdraví populace je utvářeno zdravím každého jedince (David, 2001).

V současnosti je péče o dítě jednou z nejdůležitějších oblastí celospolečenských úkolů, která ovlivňuje zdraví celé populace. Komplexní péče poskytovaná dětem je zajištěna řadou společenských struktur. Základní a nejdůležitější článek v péči o dítě tvoří rodina. Dále zde hrají roli společenské skupiny a společenské úseky péče, pod kterými lze uvést zdravotnictví, sociální péči a školství (Klíma a kol., 2003).

Pediatric je základní lékařský obor, který klade důraz na soulad tělesného, duševního i sociálního vývoje dítěte v souvislosti se zdravím i nemocí. Komplexní péči o dítě lze rozdělit na ambulantní a ústavní (Klíma a kol., 2003; Sedlářová a kol., 2008).

2.3 Dětský pacient a jeho rodina

2.3.1 Dětský pacient

Péče o dítě vyžaduje důkladné znalosti zvláštností a projevů dítěte v oblasti vývojové psychologie, individuální přístup a znalosti reakcí dítěte na nemoc a hospitalizaci. Dítě dle Šimka (2007) má na rozdíl od dospělých nejen odlišné fyziologické reakce, patologické děje a rozdílný metabolismus, ale i psychologické a sociální citění. Stupeň emocionality a kognice určuje chápání a vyrovnání se s určitým onemocněním. Starostlivost, empatie a schopnost předvídat potřeby a hodnoty dítěte napomáhají při nedokonalých komunikačních schopnostech. Sestra tedy při práci s dítětem musí být dostatečně vzdělaná a musí se neustále ve svém oboru vzdělávat, aby své znalosti mohla dále rozšiřovat. Potřebné znalosti teorie je nutné pak umět spojit s praxí (Goldman, Cichá, 2004; Fendrychová, Klimovič, 2005; Šimek, 2007).

Dítě od narození do dospělosti prochází jednotlivými vývojovými obdobími, proto je pro účely bakalářské práce uvádíme ve zkrácené verzi.

Novorozenecké období (0. - 28. den) je charakteristické především všeobecnou adaptací tělních systémů na postnatální prostředí.

Kojenecké období (29. den – 1. rok) lze označit obdobím nejrychlejšího růstu a vývoje, dítě postupně začíná ovládat své tělo, lze zachytit první smysluplné slovo.

Batolecí období (1. – 3. rok) lze charakterizovat osamostatňováním dítěte, je nazýváno také jako období negativismu a vzdoru, dochází k rozvoji řeči.

Předškolní období (3. – 6. rok) je období, kdy začíná socializace dítěte, typické je rovněž zpomalení růstu, rozvoj abstraktního myšlení a talentu.

Období školního věku někteří autoři rozdělují na 2 etapy:

- a) *Mladší školní věk* (6. – 10. rok) je charakteristický zahájením povinné školní docházky, dochází k rozvoji rozumových schopností, rozvoji intelektu.
- b) *Starší školní věk /pubescence/* (10. – 15. rok) lze začlenit do období pohlavního dospívání, kdy se projevují hlavně biologické, psychologické a sociální změny.

Adolescence (15. – 18. / 20. rok) je pak popisováno jako období typické změnou kognitivních schopností a rozvojem individuality, ukončením růstu a vývoje organismu daného jedince (Čechová a kol., 2004; Fendrychová, Klimovič, 2005; Slezáková a kol., 2010).

Nemoc je definována jako „stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu“ (Zacharová a kol., 2007, s. 17). Nemoc dítěti přináší řadu obtíží, přivádí jej do cizího prostředí, pečují o něj cizí lidé. Dítě často pociťuje strach, úzkost a nejistotu z bolesti, nepříjemných tělesných pocitů, izolace, omezení mobility, či ze zákazu příjemných aktivit nebo nařizování různých omezení (Fendrychová, Klimovič, 2005; Šimek, 2007).

Hospitalizace dítěte dle Matějčka (2001) znamená „narušení normálního života dítěte, jeho denních aktivit a životního stylu rodiny, vytržení z rutiny denního života, z kontaktu se sourozenci, s příbuznými a vrstevníky“ (Matějček, 2001).

Zvládání nemoci v dětském věku je dle některých autorů pro každé vývojové období odlišné, proto je velkou výhodou sestry se s těmito reakcemi při práci na dětském oddělení seznámit a tím pádem lze předvídat chování dítěte. Nelze však zapomínat, že je nutné ke každému dítěti přistupovat přísně individuálně a toto rozdělení lze tedy brát pouze jako předpoklad očekávané reakce.

U *novorozenců a kojenců* nejvýznamnější ohrožení vyplývá ze ztráty jistoty a pocitu bezpečí při separaci od rodičů, kontaktu s cizími lidmi a nemocničním prostředím, z nedostatečné smyslové a pohybové stimulace. Důležité je vytvořit takové prostředí, které dítěti zajistí pocit bezpečí a za to lze považovat hospitalizaci s blízkou osobou, poskytnutí oblíbených hraček a dodržování dětských rituálů.

Batolata a děti předškolního věku se těžko vyrovnávají s pohybovým omezením, odloučením od rodiny. Při opakovaných nepříjemných událostech často vzniká úzkost až fobie, často z injekce, bílého pláště. Velmi důležité je uvědomit dítě, že nikdo za jeho onemocnění není vinen, ani že si dítě nemoc samo nezpůsobilo, v nemocnici není z důvodu toho, že zlobilo.

Děti školního věku se na nemocniční podmínky adaptují poměrně rychle, avšak problém často souvisí s omezením hybnosti, nedostatkem kontaktů s přáteli, pocitem neúspěchu, různými postiženími. Velký význam má podávání věrohodných informací, vysvětlování výkonů. Nelhat, nestrašit, neužívat násilí, chválit a povzbuzovat – to vše posiluje spolupráci a důvěru.

Pro děti v *pubertě a období dospívání* jsou kritické poznámky, zesměšňování a výtky. Velkou hodnotu nese respektování intimity a důkladná příprava k náročným situacím. Velmi se osvědčuje řešit vše v klidu a držet se konkrétního problému při řešení různých situací. Introvertním dětem je pak důležité věnovat mnohem více pozornosti (Škrála, Škrlová, 2003; Fendrychová, Klimovič, 2005; Martinková, 2008).

Hra je spontánní činnost dítěte a pro normální vývoj velmi důležitá. Pomocí hry se dítě seznamuje se vším, čemu obvykle nerozumí. Hry lze dělit na volné a řízené, přičemž volné hry pomáhají sestře při odpoutání od problémů dětského pacienta, navazování důvěrného vztahu a řízené hry pak seznamují děti s nemocí a prostředím. Základní znalosti sester o herních aktivitách dětí v jednotlivých obdobích jsou nezbytné z důvodu, že nemocné děti si dle Machové a Brabcové (2010) spontánně samy nehrají, proto bych herní aktivity ve své práci chtěla přiblížit (Machová, Brabcová, 2010).

Novorozenec je většinou závislý na pobytu matky s dítětem (rooming-in). V tomto věku mají největší podíl na zajištění herních aktivit rodiče. Nejdůležitější pro novorozence je častý kontakt s nejbližší osobou formou dotyků a mluveného slova.

V *kojeneckém věku* se uplatňují sluchově, zrakově a senzomotoricky stimulující hry. Dítě lze v tomto věku zaujmout zpíváním, vyprávěním pohádek a pobrukováním. Velmi důležité je navázat oční kontakt. Prostřednictvím maňáska lze vysvětlit spoustu věcí. Dítě rádo shazuje věci na zem, staví kostky, napodobuje zvířecí zvuky a hraje na schovávanou. Úkolem sestry je zvolit hračky bezpečné věku a zdravotnímu stavu dítěte.

Pro *batolecí období* je typická paralelní hra, kdy děti si hrají vedle sebe, ne spolu. V tomto období lze dítě zaujmout sledováním pohádek, pohyblivými hračkami a manipulačními hrami. Tanec, kreslení, prohlížení knížek, stavebnice, velká auta a panenky jsou pro ně velmi zajímavé. Za nejoblíbenější aktivitu v tomto věku lze považovat messy play neboli hru s materiálem, která je většinou nestrukturovaná.

V *předškolním věku* se hry mění na kooperativní, kolektivní. Oblíbené jsou hry úkolové, kam lze zařadit například hru na lékaře, obchod, maminku a tatínka, řidiče atd. Dále sem patří pohybové hry, hry s míčem, hádanky, dětské domácí náčiní, hudební nástroje, převleky, velké stavebnice, výtvarné činnosti, messy play a konstruktivní hry.

U *mladších školáků* jsou hry dány fyzickými a intelektuálními schopnostmi. Mezi nejvhodnější hry patří výtvarné činnosti, stavebnice, skládačky, messy play a společenské hry. Většinou jsou hry podobné hrám u předškoláků, avšak složitější a kreativnější. Poslední dobou však nejvíce v tomto věku vyhrává mobilní telefon a počítač. Děti jsou velmi soutěživé a hrají si rády s vrstevníky.

Děti *staršího školního věku a adolescenty* je velmi dobré zapojit do přípravy a organizace her. V tomto věku pak dále volíme počítačové hry, hlavolamy, knihy, filmy, hudbu, hudební nástroje a výtvarné činnosti. Děti mají rády společenské a kolektivní hry se složitými pravidly. Mezi velmi oblíbené aktivity patří také psaní deníků, povídek, fotografování a pořádání večírků (Sedlářová a kol. 2008; Leifer, 2004).

2.3.2 Rodiče dětského pacienta

Rodina je dle Klímy (2003) primární společenská skupina opírající se o svazek muže a ženy, založená na pokrevním vztahu rodičů a dětí. Stabilita rodiny formuje vývoj dítěte, charakter a postoje, čímž ovlivňuje vývoj celé společnosti. V zájmu štěstí a harmonického rozvoje osobnosti by měly děti vyrůstat v rodinném prostředí, ve vzájemném porozumění. Rodiče poskytují dítěti lásku a péči, konejší a ochraňují jej, poskytují mu dostatečnou podporu a jistotu ve chvílích, kdy to dítě potřebuje (Klíma a kol., 2003; Sedlářová a kol., 2008; <http://www.osn.cz/>).

Péče zdravotníků by měla být zaměřená nejen na nemocné dítě, ale na celou rodinu. Vyplývá to z osvědčeného uznávaného principu Family Centered Care, což je systém péče, který vznikl ve Velké Británii. Výskyt nemoci dítěte poukazuje na důležitost rodiny, soudržnost jejích členů v rozporu s obrovskou zátěží, kterou každé onemocnění jistě přináší (Fendrychová, Klimovič, 2005, Sedlářová a kol., 2008).

Dle formy zdravotní péče a úkolů rodičů při hospitalizaci jejich dítěte lze poskytovanou péči dělit na ambulantní a nemocniční.

V rámci ambulantní péče rodiče poskytují anamnestické údaje, jsou informováni o zdravotním stavu dítěte, následných vyšetřeních a léčbě daného onemocnění. Rodič nebo jiný doprovod má právo být přítomen při vyšetření i ošetření, avšak ošetřující lékař může jeho přítomnost v zájmu dítěte nebo jiného závažného důvodu vyloučit. Doprovod dále zodpovídá za dítě po odchodu z ordinace (Vondráček, 2007).

Nemocniční forma péče pro každé dítě i jeho rodiče znamená traumatizující životní zkušenost. Od přijetí Charty práv hospitalizovaných dětí Etickou komisí MZ ČR je nezbytné, aby prostředí hospitalizovaného dítěte bylo co nejvíce blízké přirozenému prostředí jeho rodiny. Znamená to přítomnost členů rodiny u dítěte, přizpůsobení denního režimu a prostorám, které vyhovují potřebám dítěte. V ČR právní předpis stanovuje, že při pobytu dítěte v nemocnici s ním může být přijat průvodce, o čemž rozhoduje ošetřující lékař vzhledem ke zdravotnímu stavu dítěte. Průvodce, nejčastěji jeden z rodičů, je pravidelně informován o zdraví dítěte, vyšetřovacích postupech a léčbě. Dále musí být poučen o svých právech a povinnostech, chodu oddělení, domácím řádu oddělení, který je povinen dodržovat, a o bezpečnostních opatřeních nutných k ochraně hospitalizovaných dětí. Za dítě ve zdravotnickém zařízení nese rodič plnou zodpovědnost (Klíma a kol., 2003; Královec, Královcová, 2007; Sedlářová a kol., 2008).

Dle Cabajové a Bártlové (2007) v současnosti existují dvě možnosti společné hospitalizace dítěte s doprovázející osobou, a to indikovaný pobyt a pobyt rodiče samoplátce.

Indikovaný pobyt je určen rodičům dětí mladších šesti let, průvodcům dětí se TP či ZTP, mentálně retardovaným, dále rodičům dětí ohrožených na životě, onkologicky nemocných v akutní fázi léčby a dětí s mnohočetným poraněním. Indikovaný pobyt je hrazen zdravotní pojišťovnou při zachování regulačních poplatků.

Při pobytu rodiče samoplátce si náklady spojené s pobytem v nemocnici rodiče hradí sami. Rodič nebo doprovod musí být vždy předem informováni o výši úhrady pobytu (Cabajová, Bártlová, 2007; Královec, Královcová, 2007).

Při onemocnění dítěte se celkově mění rodičovské role, priority i hodnoty. Zapojení rodičů do ošetrovatelské péče o dítě přináší nejen pozitivní pocity, ale umožňuje rodičům přebírat odpovědnost za něj a zlepšuje pocit kontroly nad dítětem. Verwey a Jooste (2009) uvádějí, že zdravotničtí pracovníci mají medicínské znalosti, kdežto rodiče znalosti komplexní ohledně dítěte a chápou, jakou roli zaujímá dítě v rodině a jakou roli zase rodina v životě dítěte (Verwey, Jooste, 2009).

Nemocné dítě je velmi významná okolnost, která utváří rodinný systém a daná nemoc v tomto systému i v sociálních vztazích vyvolává celou řadu změn. Dle Fendrychové, Klimoviče (2005) platí tedy zásadní pravidlo, že pokud stoná dítě, stoná i celá rodina. Předpokládá se, že dobré vztahy v rodině urychlují proces uzdravování jedince (Fendrychová, Klimovič, 2005).

Fendrychová, Klimovič (2005) dále rozvádí dopady nemoci dítěte na ostatní členy rodiny a jejich chování:

- Matka - nejdůležitější osoba pro dítě, která při nemoci dítěte trpí nejvíce. Projevy chování při onemocnění jsou popisovány jako řada neurotických problémů, mezi které patří nespavost, úzkost, strach a případné bolesti hlavy.
- Otec – postoje a reakce jsou méně známé, vazba mezi otcem a dítětem není většinou tak pevná. Mezi pozorované změny chování patří nadměrná pracovitost, pocit bezmocnosti a utrpení.
- Sourozenci – záleží na předchozím vztahu sourozenců. U některých lze vyzorovat ochranný postoj, u ostatních se může vytvořit rivalita a pocit žárlivosti z důvodu soustředění pozornosti na nemocné dítě (Fendrychová, Klimovič, 2005).

2.4 Dětská sestra

2.4.1 Historie dětského ošetřovatelství

Specializovaná ošetřovatelská péče o dětské pacienty nemá dlouhou tradici, ošetřování dětí bylo většinou spjato s ošetřováním dospělých. První náznaky dětského ošetřovatelství lze zaznamenat v 18. století, avšak znalosti o dětských nemocech byly na nízké úrovni. Prvními dětskými sestrami byly civilní sestry v nalezincích a řádové sestry v prvních dětských nemocnicích. Poznatky o příčinách a projevech dětských onemocnění, o výživě a hygieně se většinou předávaly z generace na generaci. Vědomosti se získávaly z praktických dovedností, teoretická příprava, respektive odborná literatura prakticky neexistovala. Vývoj ošetřovatelství souvisí s rozvojem pediatrie, profesionalizace péče o dítě rozkvétá na počátku 20. století (Marounková, 2006; Sedlářová a kol., 2008).

2.4.2 Vzdělání dětské sestry

Vzdělávání dětských ošetřovatelek formou jednoletého kurzu na Státní ošetřovatelské škole bylo zahájeno v roce 1918. V roce 1922 byla založena první specializovaná škola pro dětské sestry při nemocnici Ochrany matek a dětí v Krči a byla jedinou formou vzdělávání až do roku 1945. Po osvobození roku 1946 profesor Švejcár založil v Praze školu, která sloužila k výuce a výchově dětských sester. Roku 1948 byly všechny školy přeměněny na střední odborné a délka vzdělávání se několikrát změnila. Od roku 1955 bylo studium čtyřleté se zařazením předmětů pedagogika a psychologie, později byly přidány předměty hudební a výtvarné výchovy, zaměstnávání dětí atd. (Marounková, 2006; Sedlářová a kol., 2008).

Zákonem 138/1995 Sb. se v roce 1995 zrušilo veškeré vzdělávání dětských sester. V roce 1996 v důsledku nedostatku sester na dětských odděleních byl nově zaveden pomaturitní obor „Dětská diplomovaná sestra“ na vyšších zdravotnických školách, jehož studium trvalo tři roky (Marounková, 2006).

Další změny přinesl zákon 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, který definitivně ukončil vzdělávání dětských sester. Dále tento zákon nahradil obor všeobecná zdravotní sestra oborem zdravotnický asistent. Absolventi středních zdravotnických škol bez vysokoškolského vzdělání dle tohoto zákona mají kompetence pracovat ve zdravotnictví pod odborným dohledem (Škubová, Chvatálová, 2004; Zákon č. 96/2004 Sb.; Marounková, 2006; Sedlářová a kol., 2008).

Zrušení vzdělávání dětských sester v oboru souviselo s přijetím nových kritérií Evropské unie k uznání ošetrovatelských profesí, kdy se ČR řídila především oborovými směrnici členských zemí pro uznání kvalifikace všeobecné sestry a porodní asistentky. Dětské sestry po vstupu platnosti zákona 96/2004 Sb. byly registrovány jako všeobecné sestry. Specializace dětské sestry v počátcích platnosti tohoto zákona byla diplomovaným dětským sestrám a dětským sestrám na základě předložených dokumentů Ministerstvu zdravotnictví přiznána (Zouharová, 2005; Zákon č. 96/2004 Sb.).

Dětská sestra dle nařízení vlády č. 31/2010 Sb. je označením odbornosti pro specializační obor „*Ošetrovatelská péče v pediatrii*“. Podmínkou pro celoživotní vzdělávání zahrnující specializační vzdělávání, navazující magisterské a doktorské vzdělání, je získání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.

Získání specializované způsobilosti „Dětské sestry“:

Dětské sestry mohou své kompetence získat studiem modulového programu specializačního vzdělávání, které je legislativně ukotveno zákonem 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Získání specializované způsobilosti zahrnuje absolvování teoretické a praktické výuky, splnění požadované odborné praxe na akreditovaném pracovišti, získání stanoveného počtu kreditů, prokázání výkonu povolání na pediatrickém oddělení a úspěšné vykonání atestační zkoušky.

Požadavky pro výkon povolání dětské sestry lze také k roku 2013 splnit studiem navazujícího magisterského studijního programu „*Ošetrovatelská péče v pediatrii*“ na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, či na Ostravské univerzitě v Ostravě a to jak ve formě prezenční, tak kombinované, dále také pouze ve formě prezenční na Západočeské univerzitě v Plzni (Nařízení vlády č. 31/2010; <http://www.mzcr.cz>; <http://www.jcu.cz>; <http://www.osu.cz>; <http://fzs.zcu.cz/>).

Dne 22.4.2011 byla provedena tzv. „*malá novela*“ zákona 96/2004 Sb. – zákon č. 105/2011 Sb., která prodloužila registrační období nelékařských zdravotnických pracovníků. Dále se týkala zvýšení kompetencí zdravotnického asistenta, celoživotního vzdělávání, snížení správních poplatků a sjednocení způsobilosti záchranářů. „*Velká novela*“ s platností v roce 2013 pak upravuje podmínky pro výkon povolání, registraci a vzdělávání nelékařů, upravuje podmínky specializačního vzdělávání a akreditací, definuje nové role profesních organizací (Škubová, 2011; Hladíková, Šmídová, 2012).

2.4.3 Kompetence dětské sestry

Výraz kompetence představuje souhrn oprávnění a povinností. Kompetence sester vyplývají z vyhlášky MZ ČR č. 55/2011 Sb. Paragraf 57 této vyhlášky uvádí kompetence po získání specializované způsobilosti v oboru „dětská sestra“.

Kompetence dětské sestry po ukončení specializačního vzdělávání či navazujícího magisterského programu:

Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

- a) Provádí první ošetření novorozence včetně zahájení resuscitace, zajišťuje termoneutrální prostředí a sleduje bezproblémovou poporodní adaptaci.
- b) Vykonává specializovanou ošetrovatelskou péči u dětí v domácím prostředí i během hospitalizace, vykonává návštěvní službu. Spolupracuje s ostatními členy ošetrovatelského týmu – fyzioterapeutem, nutričním terapeutem, klinickým psychologem, či zdravotně sociálním pracovníkem.
- c) Vytváří stimulační prostředí pro zdravý rozvoj dítěte, sleduje psychomotorický vývoj, rozvíjí komunikační schopnosti dítěte, vyhodnocuje výchovné, sociální a léčebné prostředí ve zdravotnických zařízeních a zvláštních dětských zařízeních.
- d) Vykonává činnosti specializované ošetrovatelské péče u dětí s poruchou duševního zdraví, které však nevyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení svého zdraví nebo zdraví okolí.
- e) Zajišťuje preventivní a protiepidemické opatření, jejichž součástí je plán povinného očkování.
- f) Provádí edukaci rodičů či zákonných zástupců ve výchově a ošetrovatelské péči v jednotlivých věkových obdobích a to zejména ve výživě, hygieně, v oblasti preventivních prohlídek a dispenzární péče.

Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

- a) Vykonává preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační činnosti, včetně činností neodkladné a dispenzární péče u dítěte.
- b) Aplikuje infúzní roztoky a nitrožilní farmaka, avšak s výjimkou radiofarmak.
- c) Provádí výplach žaludku u dětí při vědomí.
- d) Zavádí gastrickou a duodenální sondu u dětí při vědomí.
- e) U dívek provádí katetrizaci močového měchýře (Vyhláška 55/2011 Sb.; Pacovský, Jurásková, Horová, 2008).

2.4.4 Náplň práce dětské sestry

Péče o nemocné děti, jak uvádí Šamánková a kol. (2006), vyžaduje skutečnou lásku a trpělivost, odborné lékařské a sesterské schopnosti, ale i pedagogické dovednosti (Šamánková a kol., 2006).

Práce sester se dělí dle úseků péče, ve kterých působí v rámci ambulantního a nemocničního úseku péče.

V rámci primární péče sestra provádí péči společně s obvodním dětským lékařem nejen diagnostickou a kurativní, ale také preventivní. V rámci této péče jsou zajišťovány pravidelné preventivní prohlídky, při nichž se hodnotí růst a vývoj, smyslový rozvoj, rozvoj řeči. Dále sestra zjišťuje hmotnost, výšku, obvod hlavy a hrudníku, posuzuje se barva a stav pokožky a celkový vzhled dítěte. Důležité je posoudit stav jemné a hrubé motoriky, psychomotorický vývoj a různá zdravotní rizika. Součástí je také informovanost rodičů o kojení, výživě a povinném očkování (Vincentová, 2007; Šamánková a kol., 2006).

Náplň práce sestry v rámci nemocniční péče spočívá v plánování a provádění komplexní ošetrovatelské péče, kdy sestra přijímá dětské pacienty, získává informace a sleduje změny jejich zdravotního stavu. Základem ošetrovatelské činnosti je stanovení ošetrovatelského procesu, který umožňuje systematický přístup jak k dítěti, tak k jeho doprovodu.

Tato metoda se skládá dle Tóthové (2009) z pěti fází:

1. Anamnéza – při níž se sbírají a třídí veškeré údaje o dítěti, o jeho zdravotním stavu, ale také o rodině a prostředí, ve kterém dítě vyrůstá.
2. Diagnostika – zahrnuje analýzu všech zjištěných informací a na tomto základě jsou stanoveny dané ošetrovatelské diagnózy.
3. Plánování – stanovují se priority v péči o dítě, cíle a různá měřitelná kritéria v souladu s průběhem léčby.
4. Realizace – naplánované činnosti v podobě intervencí jsou následně realizovány a zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace.
5. Hodnocení – hodnocením dané ošetrovatelské péče se zjišťuje, zda se dosáhlo daného cíle či nikoliv. Úsudek o dané péči je velmi cenný, jelikož umožňuje případnou činnost změnit, ukončit, či v ní dále pokračovat (Sedlářová a kol., 2008; Tóthová, 2009).

Ošetrovatelský proces má svůj efekt při individualizaci a komplexnosti v přístupu k dítěti i jeho rodině. I přesto, že vedení dokumentace je velmi důležité, na prvním místě vždy zůstává dítě, včetně všech jeho problémů, stesků a trápení (Sedlářová a kol., 2008).

Rozsypalová a Šafránková (2002) rozdělily úseky činností sester všeobecně do tří oblastí, kdy sestra společně s celým týmem zdravotníků zajišťuje péči o nemocné nepřetržitě po celých 24 hodin. I když je toto rozdělení spíše věnováno dospělým pacientům, dle mého názoru jej lze aplikovat i u dětských pacientů.

Činnosti, které sestra provádí v nepřítomnosti nemocného dítěte. Sem patří vedení záznamu o stavu, potřebách a projevech nemocných, vyplňování žádanek, získávání výsledků vyšetření, objednávání stravy dětem, objednávání léků, čištění, dezinfekce a sterilizace pomůcek, psaní hlášení sester, předávání služby atd.

Činnosti, které sestra provádí u nemocného dítěte. Do této oblasti je zařazena komunikace s nemocným dítětem, shromažďování informací, sledování vzhledu a stavu, dále úprava lůžek, asistence při vizitě a výkonech, které lékař provádí, servírování jídla a provádění různých rehabilitačních cvičení.

Činnosti, které sestra provádí při bezprostředním kontaktu s dítětem. Tyto činnosti zahrnují měření fyziologických funkcí, odběry biologického materiálu, hygienická péče a případná úprava polohy u nesoběstačných dětí, dále podávání léků, krmení, aplikace injekcí a infúzí, přikládání obkladů, péče o rány, cévkování, klyzma atd. (Rozsypalová, Šafránková, 2002).

V současnosti však vzdělání sester posiluje jejich kompetence, proto lze činnosti sester zvaných Rozsypalovou a Šafránkovou považovat za již poněkud zastaralé. Sestry mají v současnosti na starosti administrativní činnosti a provádějí odborné výkony. Úprava lůžek a zajišťování stravy připadá většinou sanitářům, rehabilitaci zajišťují fyzioterapeuti a rehabilitační sestry. Dle Machové a Brabcové (2010) do ošetrovatelských činností také spadá zajištění herních aktivit dětí, zajištění chodu herny a výběr vhodných hraček. V posledních letech je sestra vnímána jako partnerka lékaře. Dále dle Farkašové a kol. (2006) sestra plní role poskytovatelky ošetrovatelské péče, manažerky, edukátorky, advokátky, nositelky změn, výzkumnice a mentorky (Farkašová a kol., 2006; Mičudová, 2007; Machová, Brabcová, 2010).

2.5 Ideální image dětské sestry

2.5.1 Význam slova image

Slovo Image je latinského původu a znamená „*představu, ideu, obraz osoby nebo jevu často záměrně pěstovaný s cílem získat úspěch, prezentovat se navenek a udělat dojem na okolí*“. Z psychologického hlediska dle Petráčkové a Krause image představuje „*psychický otisk reality subjektivně přepracovaný do formy dojmu, obrazu skutečnosti*“ (Petráčková, Kraus, 2000, s. 322, <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>).

2.5.2 Image sesterské profese

Image nebo-li obraz sestry představuje externí a interní stránku její osobnosti. Interní stránka vyobrazuje individuální pohled sestry na sebe samotnou a na svou profesi. Externí image pak popisuje laická veřejnost, lékaři, legislativa, sdělovací prostředky a další. Představa jedné konkrétní image neexistuje z důvodu různorodých pracovišť a preference různých sesterských rolí. I přes bouřlivý vývoj ošetrovatelské péče ve 20. století stále existují dva základní obrazy sestry. První altruistická, soucitná žena s mateřským přístupem, druhá kvalifikovaná profesionálka, racionálně jednající i ve vypjatých situacích. Žádná sestra nevyhovuje oběma těmto představám současně, nýbrž se pohybuje na škále mezi těmito dvěma póly (Škrla, Škrlová, 2003).

Image sestry prošla několika etapami vývoje. První image „anděla milosrdenství“ zosobňovaná Florence Nightingalovou na konci první světové války vystřídala „dívka pro všechno“, což bylo zapříčiněno zhoršenými podmínkami ve vzdělávání. Během druhé světové války byla sestra vnímána jako racionálně se rozhodující „hrdinka“. Čtvrtý typ image „matky“ jakožto obětavé ženy média pohltila představou posledního obrazu sestry jakožto „sexuálního objektu“. V současnosti se ve všech vyspělých státech usiluje o image sestry „profesionálky“, která je progresivní, asertivní a sofistikovaná, uvažuje logicky, jedná autonomně, vnímá potřeby pacientů a snaží se dosáhnout co nejvyšší úrovně ošetrovatelské péče (Škrla, Škrlová, 2003; Plevová a kol., 2011).

Mezi faktory, které vyzdvihují image sestry, patří efektivní způsoby verbální a neverbální komunikace, empatický přístup, schopnost a ochota naslouchat, komplexní vnímání pacienta, přiměřené ovládání svých reakcí, nabývání vyšší odbornosti a sebezviditelňování se formou aktivního zapojení na profesionálních akcích (Škrla, Škrlová, 2003; Plevová a kol., 2011).

2.5.3 Vliv médií na utváření image sestry

Mediálně přiřazená významnost povolání často koresponduje s tím, jakou významnost této oblasti věnuje veřejnost. Medializace povolání je však většinou soustředěna proti správným postojům. Příkladem ve zdravotnictví mohou být dřívější či současné seriály ze zdravotnického prostředí. Sestry jsou v těchto seriálech vyobrazovány jakožto ne příliš inteligentní a samostatně myslící ženy. Většinou si neporadí s vlastním životem, natož s životem ostatních lidí. Česká média vykreslují sestru obvykle jako nezodpovědnou osobu. Jak se říká, prezentace dělá image, a proto si veřejnost často myslí, že jediným úkolem sestry je flirtovat s lékaři, hádat se s ostatními členy zdravotnického týmu a být věčně nespokojenou osobou. V zahraničí jsou však sestry naopak prezentovány úplně naopak, proč tomu tak je? Příkladem ze zahraničních seriálů je sestra zobrazována jakožto empatická, vzdělaná a obětavá osobnost, která vždy vyjde každému vstříc. Mediální prezentace sester by přece měla vyobrazovat sestru takovou jaká je, anebo v lepším případě jaká by měla být. Sesterská profese je přece poslání, při němž sestra poskytuje pomoc bez rozdílu všem, kteří ji potřebují (Černá, Šípková, 2004; Mičudová 2007).

2.5.4 Image ideální dětské sestry

Image sestry pracující na dětském oddělení utvářejí její znalosti, dovednosti při náplni práce, charakterové vlastnosti, celkový vzhled a zdatnost v komunikaci a edukaci. Vnější image nejčastěji klasifikují děti a jejich rodiče sami při poskytování ošetrovatelské péče.

Stejně jako dospělý pacient je každé dítě osobnost, ke které je nutné přistupovat přísně individuálně. Proto jak uvádí Fendrychová, Klimovič (2005) musí mít zdravotník vedle důkladných vědomostí také aktivní zájem o děti, trvalou snahu jim porozumět a laskavé, klidné chování, které pramení z vlastní povahové vyrovnanosti. Tento přístup je nutný též pro vybudování důvěry u rodičů dětských pacientů. Je neustále podstatné mít na paměti, že „*dítě není zmenšeninou dospělého*“ (Fendrychová, Klimovič, 2005; Plevová, Slowik, 2010).

Image sester pak dle prezentace Ptáčkové vytváří chování, jednání a vzhled sestry. Dále uvádí, že na image se podílí i osobnost sestry, kterou tvoří vztah k povolání, lidem, kultivovanost projevu, chování a vystupování, odborné znalosti a její zevnějšek.

2.6 Ideální dětská sestra

2.6.1 Sestra jako osobnost

Charakter vytváří osobnost. Vytvořená osobnost je pak historicky a geograficky podmíněný typ jedince s osobitým a jedinečným životním slohem a jistým sociálním místem. Obecnými vlastnostmi zdravotníka pak lze rozumět ty, které ovlivňují vzájemný vztah mezi zdravotníkem a nemocným dítětem a jeho rodičem pozitivním směrem. K obecným vlastnostem sestry patří autenticita, akceptace a empatie. Přičemž autenticita znamená otevřenost a pozitivní prožívání dětského jedince, akceptaci lze chápat jako úctu, sympatii, důvěru a empatie je pak schopnost vcítit se a porozumět dítěti a jeho rodiči (Plevová a kol., 2011).

Charakterové vlastnosti sestry lze shrnout do tří základních oblastí. Jelikož literatura není v této oblasti dostatečná, některé vlastnosti byly doplněny z vlastních zkušeností a názoru na to, jaké vlastnosti by, dle našeho názoru, ideální sestra mít bezpodmínečně měla.

Vlastnosti, které jsou důležité v mezilidských vztazích

V kontaktu s druhými lidmi je velmi důležitá spravedlnost, svědomitost, diskrétnost, ohleduplnost, spolehlivost, trpělivost, vlídnost, ale i kolegiálnost. Umění jednat s lidmi je pro tuto profesi stejně důležité jako snadné navazování kontaktu a poskytování ošetrovatelské péče všem rovnocenným způsobem. Velmi důležitá je také spolupráce s ostatními členy zdravotnického týmu.

Vlastnosti, které charakterizují společenské chování člověka

Společenské chování člověka vypovídá o jeho optimismu, radosti. Sestra je člověk, který by měl mít na tváři trvalý úsměv. Laskavost a spokojený život vypovídají navenek o její duševní vyrovnanosti a sebeovládání. V žádném případě by ji neměly „rozhodit“ maličkosti, neměla by se ze své rovnováhy nechat vyvést. Čestné jednání a pravdomluvnost pak dávají najevo její upřímnost.

Vlastnosti, které jsou předpokladem odbornosti (profesionálního výkonu)

Mezi vlastnosti, které jsou předpokladem pro profesionální výkon povolání, patří ochota, manuální zručnost a schopnost předvídavosti. Sestra se často dostává do situací, kdy se musí rychle rozhodovat, proto je schopnost účelně se rozhodovat v tomto povolání velmi důležitá. Dále je také důležitý smysl pro čistotu a pořádek, proto pracovní prostředí má být vždy vzorem čistoty, pořádku a úpravy (Rozsypalová a kol., 1996).

Předpoklady pro výkon povolání sesterské profese lze dle Plevové (2011) rozdělit na presumpce senzomotorické, estetické, intelektové, sociální, autoregulační a komunikační. Tyto předpoklady pak určují osobnost sestry. Senzomotorické předpoklady souvisí se zručností, šikovností a pohybovou obratností. Estetické presumpce vypovídají o schopnosti úpravy zevnějšku, ale i úpravy zdravotnického prostředí. Intelektové se pak zaměřují na schopnost řešení proměnlivých situací, osvojování si širokých pojmů a vybírání optimálních řešení problémů. Sociální presumpce spočívají ve schopnosti navázat kontakt, vést dialog, vcítit se do druhého člověka, předjímat sociální role, ovládat vlastní verbální i neverbální projevy a působit pozitivním způsobem na ostatní lidi. Předpoklady autoregulační poukazují na odolnost vůči stresu, přizpůsobivosti a sebezapření. Komunikační pak určují to, jak je sestra schopna naslouchat, stimulovat hovor, zrcadlit neboli využívat schopnosti reflexe, ale i mlčet (Plevová a kol., 2011).

Max Hubert (v Klevetová, 2011) pak uvádí dobré skutky, které sestru nic nestojí a, dle mého názoru, měla by se jimi řídit každá sestra. Patří mezi ně schopnost přiznat si vlastní slabost, každý den se těšit na zítřek, nebrat své smutky vážně, trpělivě mluvit s netrpělivými. Dále pak dávat dobré rady, číst věci, které nutí k zamyšlení, být solidární, být přítomen tomu, kdo je smutný. Umět o něco poprosit, čestně se vždy přiznat ke spáchanému bezpráví, nepovažovat křivé slovo za urážku, ale za poučení. Udělat si volný čas, radovat se z maličkostí a všem prokazovat lásku (Klevetová, 2011).

Staňková (2002) uvádí, že činnosti sester jsou postaveny na etických zásadách a na začátku 21. století by sestra měla splňovat tyto požadavky:

- Emancipovanost, která učí sestru pracovat samostatně, přebírat konkrétní odpovědnost.
- Vzdělání, jež vzbuzuje respekt jak ze strany nemocných, tak lékařů a uděluje tomuto povolání vysoký společenský kredit a respekt veřejnosti.
- Osobní angažovanost, kdy sestra iniciativně hledá nové cesty k poskytování dokonalejší péče.
- Důvěryhodnost, která vzhledem i vystupováním vzbuzuje pocit toho, že si sestra váží svého pacienta jakožto respektovaného spolupracovníka.
- Členka národní sesterské organizace, která se nebojí veřejně vystoupit.
- Progresivnost, kdy aplikuje do praxe vědecké poznatky.
- Nezastupitelnost, při níž v komunitní péči provádí samostatně prevenci a profylaxi (Staňková, 2002).

2.6.2 Vzhled dětské sestry

Vizáž sestry se zcela jistě podílí na celkovém dojmu, kterým působí na děti i jejich rodiče. K celkovému utváření dobrého dojmu, jak uvádí Rozsypalová a kol. (1996), přispívá osobní hygiena, správná životospráva, aktivní odpočinek, pravidelný životní režim a pracovní oděv (Rozsypalová a kol., 1996).

Sestra by měla pečlivě dbát o osobní hygienu a čistotu. Pravidelné sprchování a péče o dutinu ústní jsou samozřejmostí. Vlasy by měla mít stažené, aby jí při práci nepřekážely. Ruce, jakožto primární zdroj infekce, by si měla stále udržovat v čistotě a před každým výkonem i po výkonu je důkladně omýt vodou a mýdlem, případně dezinfekčním mýdlem. Pravidelný kontakt s dezinfekcí ruce vysušuje, proto je vhodné používat ochranný mastný krém. Nehty mají být vždy krátké a čisté. Gelové a dlouhé nehty mohou dítě poranit, jsou také zdrojem infekce. Toles (2002) uvádí, že počet kolonií mikrobů na umělých nehtech je vyšší než na přírodních nehtech, umělé nehty jsou spojovány s horší hygienou rukou a častěji vedou k proděravění rukavic (Toles, 2002). Šperky rovněž nejsou v profesi sestry vhodné, jelikož jsou rezervoárem infekce (Rozsypalová a kol., 1996, Venglářová, Mahrová, 2006).

Pracovní oděv sester hraje důležitou roli při pohledu laické veřejnosti na tuto profesi. Čistota, upravenost a dobrý vzhled utváří celkově dobrou image. Jak uvádí Škubová (2012), náladu sester ovlivňuje i vědomí toho, jak se v oblečení cítí, zda si sestra připadá hezká a upravená. Pracovní oděv je sestřám poskytován ve zdravotnickém zařízení zdarma, avšak většinou se nákup řídí ekonomickými hledisky. Sestry, které se nespokojí s obnošeným a nekvalitním pracovním oblečením, musí tedy soukromě do pracovních oděvů investovat. Rozumný manažer však bere v úvahu i ostatní hlediska z oblasti estetiky, modernosti a komfortnosti. Materiál by měl vycházet z charakteru práce a v úvahu by se měly brát mikroklimatické podmínky spojené s pracovní zátěží (Rozsypalová a kol., 1996; Škubová, 2012).

Základní požadavky na oblečení v České republice, které zaměstnavatel zdravotníkům přiděluje, jsou bezpečnost a pohodlnost. Mezi klasické oděvy patří dvojdielné oblečení (svrchní oděv a kalhoty či sukně) nebo oblečení jednodílné (šaty). Každá sestra má jiný vkus, komfort a pocit elegance jsou při oblékání velmi důležité. Celostátní standard stanovující formu oblečení neexistuje, proto sestry lze často potkávat v oblečení, které jim vyhovuje nejvíce (Šebestová, 2009; Škubová, 2012).

Šebestová (2009) pak dále rozvádí trendy pracovních oděvů v zahraničí. V Německu používá zdravotnický personál nejčastěji bílé oblečení, mimo to jsou povolené drobné barevné doplňky. Švédské sestry bývají oblečeny v bílé nebo modrobílé tunice, dánské v bílém pracovním plášti nebo v šatech doplněných o barevný pásek. Velká Británie obléká své sestry do světle modrých šatů zdobených bílým páskem se stříbrnou sponou, se striktní délkou těsně nad kolena. Řecké sestry pak nosí bílý oděv z popelínu, jejich hlava je kryta čepcem, který získávají již ve škole (Šebestová, 2009).

Obuv sester je další neméně důležitou složkou. Zdravotnická obuv by měla být bílé barvy, měla by mít příjemný vzhled a zajišťovat komfort. Pata by měla být pevná nebo by obuv měla mít překlopený pásek přes patu. Obuv je v zákoníku práce zařazena do ustanovení osobních ochranných prostředků. Někdy se požadují u obuvi zabezpečení proti pádu a uklouznutí a antistatické účinky. Obuv je poskytována zaměstnavatelem dle vlastního předpisu pracoviště (Škubová, 2012).

Sesterské uniformy

O sjednocení sesterských uniforem se zasloužil ruský chirurg Nikolaj Ivanovič Pirogov, který působil ve válce na Krymu. (Plevová a kol., 2011) Od poloviny 19. století se tedy civilní sestry oblékaly do uniforem nejen z důvodu ochrany civilních oděvů, ale i proto, aby vyjádřily příslušnost k ošetrovatelské profesi. V ČR se sestry začaly odívat do uniforem roku 1918, kdy do praxe vstoupily první diplomové sestry. Pracovní uniformy byly bílé barvy a vyjadřovaly jednotnost a čistotu v povolání zdravotních sester (Šebestová, 2009).

Bílá barva zůstává na odděleních dodnes a může sdělovat identitu, kontrolu nad infekcí, skromnost, ale i profesní zdraví. Jak uvádí Campbell et al. (2000), bílé šaty jsou stále symbolem zdravotních sester. V moderním ošetrovatelství se pohled na ošetrovatelské uniformy hodně změnil. Mnoho studií dokázalo, že bílá barva u dětí vyvolává pocity strachu a úzkosti. Studie Meyer (1992) prokázala, že děti preferují pestrobarevné oblečení více než tradiční sesterské uniformy. Bylo dokázáno, že barevné oblečení tedy u dětí snižuje pocit strachu a úzkosti a navozuje klidnější spolupráci s dětskými pacienty (Campbell et al., 2000; Roohavza et al., 2009).

2.6.3 Schopnost komunikace dětské sestry

Komunikační dovednosti jsou obecně vnímány jako schopnost komunikace s druhými lidmi. Přispívají k navázání a rozšíření vzájemného kontaktu, vztahu mezi zdravotnickým personálem, dětským pacientem a jeho rodinou. Tyto dovednosti lze pak rozdělit na verbální a nonverbální. Mezi základní komunikační dovednosti v práci sestry patří schopnost naslouchat, projev empatie, porozumění, ale také zájem, podpora, mlčení a schopnost poskytovat rady. Správně vedený rozhovor, vědomosti a využívání komunikačních dovedností přispívají k účelnému získávání informací, pozitivnímu ovlivnění dětí i rodičů a přesvědčení ke vhodné spolupráci (Vybíhalová, 2011).

Pro komunikaci s dítětem a jeho rodiči je dle Matějčka (2001) nutná obrovská dávka trpělivosti, důslednosti, upřímnosti, lidskosti a schopnosti naslouchat v kombinaci s profesionálním vystupováním. U nemocného dítěte je třeba nejen naslouchat sluchem, ale pozorovat i jeho neverbální projevy zrakem a zvláště pak srdcem projevovat empatii. Nejdůležitější je vřelý vztah k dítěti a celkové poznání dítěte (Matějček, 2001).

2.6.3.1. Komunikace sestry s dětským pacientem

Hospitalizace dítěte přináší do celé rodiny obrovskou dávku stresu a starostí. Pro rodiče i dítě jsou zkušenosti s hospitalizací velice traumatickou událostí. Silné pocity jako obava, úzkost se mísí s nejistotou, strachem, vinou a smutkem. Dítě často pocítuje obavu, hněv, nejistotu, což ovlivňuje jeho stav a chování. Dalším faktorem, který ovlivňuje dětskou psychiku, je bolest. Předchozí zkušenost s bolestí v dětském organismu vyvolává strach z opakované návštěvy lékaře (Hopia, 2005).

Prvotní dojem sestry vyžaduje určité zásady, které je nezbytně nutné při prvním kontaktu s dítětem dodržovat. Příchod do nemocnice v dítěti vyvolává negativní pocity a nejdůležitějším úkolem sestry je udělat dobrý dojem a získat si jak dítě, tak i jeho rodiče. Kristlová (2004) uvádí, jaké činnosti by sestra při příjmu dítěte měla dodržet. V prvé řadě je důležité slušně pozdravit a představit se. Sestra se nejprve orientuje na dítě, poté na matku či doprovázející osobu. Dítě osloví a zeptá se jej na jméno či na to, jak jej oslovují ostatní. Kontakt lze navázat pomocí hračky a pozornost poté může sestra orientovat na oblíbenou hračku, která dopomáhá snížit strach. Poté dítěti ukáže oddělení, pokoj a vyšetřovnu, představí jej ostatním dětem a ukáže mu hernu, hračky a knihy. Dále mu může povyprávět o lidech v nemocnici, jejich práci, poskytne mu prostor na různé otázky, které je důležité vždy trpělivě zodpovědět (Kristlová, 2004).

Návštěva zdravotnického zařízení vyvolává u dětí nejistotu, strach a zvláště pak aktivní komunikace dle Boledovičové a kol. (2006) je předpokladem úspěšně poskytované péče. Venglářová a Mahrová (2006) jsou přesvědčeny, že sestra se při hospitalizaci dítěte stává vedle rodičů nejbližší kontaktní osobou. V kontaktu s dítětem v nemocnici sestry nejsou pouze zdravotníky, ale partnery při hře, náhradou kamarádů a někdy i rodičů (Boledovičová a kol., 2006; Venglářová, Mahrová, 2006).

Před hospitalizací je velmi důležitá dle Boledovičové a kol. (2006) psychická příprava, která je většinou úkolem rodičů. Obecně se zprávy o hospitalizaci sdělují dle věku a rozumové schopnosti dítěte:

- a) Děti do sedmi let – sdělení o hospitalizaci by mělo proběhnout přibližně dva týdny před přijetím, kdy je důležité vše vysvětlit v klidu a srozumitelně.
- b) Děti ve školním věku – sdělení o hospitalizaci je nutné vysvětlit důkladněji a více rozumově.

Můžeme usuzovat, že by toto rozdělení mělo být rozebráno o něco podrobněji, nejlépe na jednotlivá věková období, jelikož specifika věku jsou rozmanitá.

Dle Matějčka (2001) se snažíme dítě k hospitalizaci příznivě nalákat, je důležité ho něčím zaujmout. Například můžeme použít, že „pozná nové kamarády“, „přijdou se podívat za ním klauni“, „naučí se spoustu nových věcí“, atd. (Matějček, 2001, Boledovičová, 2006).

Špatenková a Králová (2009) se dovolávají toho, že komunikace by především měla probíhat s dítětem. (viz příloha B – Aspekty komunikace s dítětem). Velmi důležité je dítě chválit, oceňovat jej a usmívat se na něj (Špatenková, Králová, 2009).

Při komunikaci je rovněž výhodná metoda projekce, kdy se sestra pokouší navázat kontakt přes oblíbenou hračku. Pokud není k dispozici žádná hračka, volí sestra jiné alternativy, jako například obrázek, informační letáky atd. (Plevová, Slowik, 2010).

Mezi chyby v komunikaci s dítětem dle Martinkové (2008) patří nevyžádané rady, přílišné vysvětlování, předpokládání a vyjadřování soucitu. U dětí by se měly používat stručné a prosté rady, děti chtějí mít většinou ve všem jasno a proto by jim sestra měla říct vše „na rovinu“. Při utišování nevyjadřujeme přílišný soucit, jelikož zvládnutí zátěže vede k vytváření odolnosti. Chyby v komunikaci s nemocným dítětem jsou pak zastírání, lhaní a zlehčování, autoritativní přístup sestry, zlehčování emocionálních projevů, kárání, nadměrné projevy lítosti a ignorace jejich dotazů (Martinková, 2008).

Při komunikaci s dítětem může sestra využít některé komunikační strategie rozdělené do jednotlivých věkových období.

V *novorozeneckém období* jsou důležité dvě komunikační zbraně a to příjemný, vlídný hlas a úsměv.

V *kojenecké období* je kladen důraz na něžný hlas a úsměv, komunikaci prostřednictvím hry a neverbální komunikaci. Osvědčuje se též uklidňování dítěte, péče o něj a úzká spolupráce s rodiči.

V *batolecím období* se používají krátká a jasná sdělení, nejčastěji z jejich slovníku. Dítě je důležité oslovovat jménem, vhodné je odvedení pozornosti na jiné situace nebo předměty, či metoda zrcadlení, kdy dítě v jeho činnostech sestra napodobuje.

Dětem *předškolního období* sestra sděluje důležité věci jasně, stručně a srozumitelně. Artikulace by měla být klidná a pomalá, využívají se zejména jednoduchá slova a krátké věty. Velký význam mají naslouchání, pochvaly a ocenění. Pro vysvětlení ošetrovatelských věcí používá sestra často hru, dává dítěti možnosti k výběru, umožňuje mu oblíbené činnosti. Oceňován je partnerský přístup a důvěra.

Ve *školním věku* sestra stále používá dětský slovník, doporučuje se podněcovat dítě tím, že se používá vyjádření ve třetí osobě, vhodné jsou kreativní způsoby komunikace. Osobnost a situace, kdy dítě komunikovat nechce, je vhodné respektovat. Náročné je pubertální období, kdy dítě se často projevuje arogantním jednáním, nevhodným chováním a někdy vulgarismy. Příčinou je často nejistota a citlivost.

U *dospívajících* vybudování vztahu závisí na důvěře a naslouchání, vhodné je vykání a používání správných odborných výrazů se zpětnou vazbou. Význam má také vyhýbání se direktivnímu a autoritativnímu chování, respektování soukromí a vysoce individuální přístup i přes jeho úpravu zevnějšku a chování (Špatenková, Králová, 2009; Plevová, Slowik, 2010).

Mezi profesionální jednání s dítětem pak dle Groligové (2012) patří projevování zájmu, zajištění dostatečné informovanosti a navázání úzkého vztahu s rodiči. Dále je důležité respektovat důstojnost, poskytovat uvolnění a pocit bezpečí. Motivace, povzbuzení, aktivizace, přizpůsobení prostředí a neomezené návštěvní hodiny mají rovněž velmi kladný efekt. Vedle řeči jakožto představení svého já je pak také důležité využít další smysly, mezi které patří kontakt sluchový, hmatový, pohybový a zrakový (Groligová, 2012).

2.6.3.2. Komunikace sestry s rodičem dětského pacienta

Komunikační dovednosti sestry mají nenahraditelný vliv na utváření vztahu mezi ní a rodinou dítěte. Ovšem i další faktory jako profesionalita, schopnost komunikace, projev empatie, pravdomluvnost, pracovitost, laskavost a láska k povolání a lidem jsou v povolání sestry důležité. Sestra by měla být komunikativní, vstřícná a orientovat svůj zájem nejen na dětského pacienta, ale i jeho rodinu (Vybíhalová, 2012).

Spolupráci s rodinou lze pojmut jako proces, který začíná prvním setkáním a navázáním kontaktu. Při prvním kontaktu je nezbytné stejně jako u dětí se s rodiči vzájemně představit a vzbudit tak důvěru. Vzájemná a produktivní komunikace závisí na obou stranách a mnohdy může být negativně ovlivněna předchozí zápornou zkušeností s hospitalizací. Proto může být komunikace s rodičem dítěte stejně obtížná jako s ním samotným. Vzájemná pozitivní spolupráce umožňuje získání potřebných informací nezbytných k vytvoření ošetrovatelské anamnézy, ale i zajištění kvalitní informovanosti rodiny nemocného dítěte (Vybíhalová, 2012).

Spolupráci mezi rodinou a sestrou ovlivňuje jak charakter onemocnění, tak i délka a průběh hospitalizace. Mezi podmínky dobré spolupráce zdravotníků s rodinou dle Sedlářové a kol. (2008) patří umožnění rodičům starat se o dítě po celou dobu hospitalizace, brát rodiče jako partnery a spolupracovníky, umožnit rodičům ošetřovat dítě, včetně ovlivnění ošetřování a režimu dne dítěte a poskytovat jasné, srozumitelné a opakované informace. Při komunikaci s rodiči je důležité nepoužívat příliš odborné terminologie. Důležité však je používat správné názvy onemocnění, léčby, léků, velkou výhodou je poskytnout dané informace i v písemné podobě (Sedlářová a kol., 2008; Vybíhalová, 2012).

Komunikace s rodinou by měla být vedena v přátelském duchu. Sestra by měla hovořit přátelsky, vlídně, se snahou pochopit danou situaci, ve které se celá rodina ocitá. Mezi základní pravidla komunikace, jak uvádí Vybíhalová (2012), patří výběr vhodného místa ke sdělení informací, kontrola svých neverbálních projevů a srozumitelná, zřetelná řeč. Velmi důležité je vědět, co chce daným sdělením říci a předem rozhodnout, jakým způsobem informaci podá. Vhodné tempo, odpovídající tón řeči a udržování očního kontaktu jsou také neméně významnou složkou. Dále by při sdělování měla sledovat reakce rodiny, brát v úvahu jejich pocity, nezneklidňovat je a umožnit jim se k podané informaci dostatečně vyjádřit. Nezbytnou složkou závěru daného sdělení je zpětná vazba od rodičů (Vybíhalová, 2012).

Základní potřebou rodiče jsou pak dle Sedlářové a kol. (2008) opakované a srozumitelné informace. Sestra by neměla zapomínat při komunikaci s rodiči, že se jedná o laiky, kteří mohou být v nemocnici poprvé a nemusejí pro ně být termíny běžné pro zdravotnické pracovníky známé. Mnoho rodičů pak potřebuje o problému hovořit opakovaně z důvodu ujištění se, že vše správně pochopili. Proto je úkolem sestry se k danému problému s rodiči vracet a poskytnout jim možnost ptát se na cokoliv. Avšak, jak dále Sedlářová a kol. (2008) uvádí, každý zdravotnický pracovník má dané kompetence a musí vědět, jaké informace může rodině podat a které jsou naopak záležitostí lékařů. V těchto případech často dochází k podávání rozdílných a neúplných informací. Sestra by se v této situaci, i přes naléhání rodičů, měla zdvořile omluvit a odkázat je na pomoc lékaře, či jim sjednat nejbližší možné setkání (Sedlářová a kol., 2008).

Pomoc rodině při onemocnění jejich dítěte je další významnou složkou vzájemného utváření dobrého vztahu. Mezi zásady při pomoci rodině s nemocným dítětem patří pozitivní přijetí skutečnosti, získání spolupráce rodiny, účelné postupování, zajištění šťastného dětství a hrdinství. *Pozitivní přijetí skutečnosti rodinou* je důležité z důvodu vyrovnání se s faktem závažné nemoci dítěte. Rodičům by měly být důkladně a podrobně vysvětleny příčiny a mechanismus nemoci na základě jejich vnímavosti a vzdělání. *Získání spolupráce širší rodiny* přispívá k uklidnění a pozitivnímu vyrovnávání se s nemocí dítěte, avšak může být patrný i druhý pól, kdy sestra bude rodiče podněcovat k neužitečnému postoji, například hledáním viny a viníka. *Účelné postupování* popisuje, jak vzácný význam má čas, energie, dobrá vůle a odhodlání se s nemocí vypořádat. *Zajištění šťastného dětství* popisuje, že každé dítě nemůže být zdravé, ale může být i přesto šťastné. Dítě potřebuje, aby rodina fungovala tak jak má a aby její členové byli zdraví, zdatní, odolní, spokojení a radostní. *Hrdinství* rodičů je dobré opakovaně chválit, zvláště pak připomínat to, že si sestra váží jejich výchovné a pečovatelské péče, ale také je chválit za překonávání překážek, vytrvalost a schopnost obstát v tak důležitém úkolu jako je pečovat o nemocné dítě (Fendrychová, Klimovič, 2005; Plevová, Slowik, 2010).

Někdy se sestra může setkat i s nepřiměřeným chováním rodiny, tehdy Čechová a kol. (2003) radí, aby sestra zachovala klid a vyřešila případné nesrovnalosti mimo dohled dítěte. Nedorozuměním lze nejlépe, dle Plevové a Slowika (2010) předejít tím, že sestra bude matku podrobně o všem informovat a při přijetí si vymezí jasná pravidla vzájemné spolupráce (Čechová a kol., 2003; Plevová, Slowik, 2010).

2.6.4 Edukační dovednosti dětské sestry

Edukace dětí a rodičů nevychází z jednorázového poučení, ale je označována jako dlouhodobý proces, který je velmi důležité vždy naplánovat a uskutečňovat po celou dobu hospitalizace. Na počátku edukace je důležité zjistit, do jaké míry mají rodiče i děti znalosti o dané problematice. Sestra je oprávněna edukovat pacienty o ošetrovatelských postupech, připravuje pro ně informační brožury. Rodiče dětských pacientů dále informuje o výchově a péči o děti a pomáhá jim řešit problémy jak zdravotní, tak sociální. Na základě indikace lékaře je oprávněna případně edukovat o postupech diagnostických a terapeutických (Sedlářová a kol., 2008).

Edukaci nebo-li proces vzdělávání dle Sedlářové a kol. (2008) lze rozdělit do tří základních oblastí:

Edukace při přijetí

Děti i rodiče potřebují dostatek informací, partnerský a důvěrný vztah se zdravotníky a otevřené jednání. Sestra při příjmu dítěte získává co největší množství informací. U malých dětí jsou informace získávány od matky, u starších pak samotnými dětmi. Již tato fáze hospitalizace poukazuje, na co se při edukaci zaměřit.

Edukace při zákroku, či vyšetření

Příprava se zaměřuje na individualitu jedince, avšak nezbavuje jej strachu a úzkosti. Hlavním úkolem je pomocí vnitřních sil posilovat sebevědomí dítěte i jeho rodiny. V první řadě je úkolem sestry poučit rodiče a získat jejich souhlas s daným výkonem. Poté se sestra s rodiči domluví, zda má poučit dítě o výkonu ona nebo jim poskytne návod, jak mohou své dítě informovat sami. Informovanost dítěte má však zásadní význam. Dítě je mnohem klidnější, když ví, co a kdy se s ním bude dít, jak dlouho bude výkon trvat a co poté bude následovat. Velmi důležité je používat vhodná slova. Velkým přínosem jsou i pomůcky, které mohou daný výkon přiblížit.

Edukace při propuštění

Úkolem sestry je shrnout základní informace a zkontrolovat pomocí zpětné vazby, zda rodiče i dítě všemu rozuměli. Vhodné je se dále ujistit, zda jsou zajištěny veškeré pomůcky, ústní informace doplnit písemnými, domluvit kontroly u odborníků a předat kontakt na případnou psychologickou pomoc (Sedlářová a kol., 2008).

Na závěr teoretické části bychom chtěli přiblížit tzv. Desatero hospitalizovaného dítěte, kterým by se měla řídit každá sestra pracující na pediatrickém oddělení. Toto desatero lze nalézt v knize od Plevové a Slowika (2011), které jej ve své knize přejaly od autora Kráka et al. (1991).

1. *Měj ke mně úctu jako k člověku.*
2. *Zajímej se o mě upřímně.*
3. *Povídej mi o lidech v nemocnicích.*
4. *Nejdříve mi řekni, co se mnou budeš dělat a co ode mne očekáváš.*
5. *Nezapomeň, že potřebuji ochranu, jistotu a pozornost.*
6. *Věnuj mi teplý lidský vztah.*
7. *Můžeš mi cokoli říct i přikázat, ale vyslechni mě.*
8. *Nauč mě něco nového.*
9. *Jsem raději, když svoje povinnosti vykonáváš s milým úsměvem.*
10. *Zkus vidět situaci mýma očima (Plevová, Slowik, 2011).*

2.7 Přehled dříve realizovaných studií

Do tohoto přehledu lze uvést tyto bakalářské práce:

Ideální sestra v ordinaci praktického lékaře, kde autorka Ivana Bílá se zabývala ideálem sestry ze strany pacientů navštěvujících danou ordinaci. Obhajoba proběhla v roce 2008. Ve své práci z pohledu těchto pacientů nastínila představu pacientů o tzv. dobré sestře, jak jí vidí pacienti v ordinaci praktického lékaře.

Představa ideální sestry očima pacientů v malé nemocnici, jejíž obhajoba proběhla v roce 2007. Autorka Jana Bystřická v ní hledala ideál sestry v malé nemocnici.

Jelikož obě práce jsou hodnoceny pouze ze strany dospělých pacientů, nelze ideál, který jsme v práci hledali my, srovnávat s těmito pracemi.

3 Empirická část

V této kapitole jsou uvedeny cíle a pracovní hypotézy, které se vztahují k empirické části bakalářské práce. Dále empirická část obsahuje popis zvolené metodiky, organizaci šetření a charakteristiku zkoumaného vzorku. Následně jsou analyzovaná data z dotazníků prezentována v kapitole Výsledky vlastní práce a kapitola je zakončena diskuzí nad danou problematikou.

3.1 Cíle a pracovní hypotézy

Pro empirickou část bakalářské práce „Ideální sestra očima dětských pacientů a jejich rodičů“ byly stanoveny jednotlivé cíle a k nim se vztahující pracovní hypotézy.

Stanovené cíle pro empirickou část:

1. Zmapovat preference různých názorů na profesi sestry
2. Zjistit obraz ideálu sestry z pohledu dětského pacienta.
3. Nastínit pohled rodiče na ideální sestru.
4. Zmapovat, zda jednotlivé vlastnosti sester pracujících na dětských odděleních se přibližují některým ideálními vlastnostem

Pracovní hypotézy vztahující se k cílům:

H1: Předpokládám, že rodiče pokládají jméno sestry za důležitější než jejich děti.

- H1.1: Lze předpokládat, že důležitost jména sestry je vyšší u dětí a rodičů, jejichž děti byly hospitalizovány vícekrát než u dětí a rodičů, jejichž děti jsou v nemocnici poprvé.

H2: Předpokládám, že děti budou více preferovat v sesterské profesi ženské pohlaví před pohlavím mužským.

- H2.1: Dá se předpokládat, že ženy a dívky budou více preferovat v sesterské profesi ženské pohlaví více než muži a chlapci.

H3: Předpokládám, že děti budou preferovat nižší věk sestry z důvodu lepší vzájemné spolupráce než rodiče, kteří budou preferovat starší sestry se zkušenostmi.

H4: Dá se předpokládat, že v hodnocení nevhodných atributů sestry i při utváření daného ideálu budou rodiče více preferovat profesní vlastnosti než děti, které budou spíše dbát na vlastnosti týkající se vztahu k nim samotným.

H5: Předpokládám, že sestry na dětských odděleních ideální vlastnosti zčásti naplňují.

3.2 Metodika

Pro získání požadovaných dat o obrazu ideální sestry očima dětských pacientů a jejich rodičů jsem použila průzkumné šetření formou anonymních dotazníků. Dotazníkové šetření se řadí k exploračním výzkumným metodám a je považováno za nejfrekventovanější metodu získávání údajů. Mezi jeho výhody patří hromadné zjišťování velkého počtu domněnek respondentů, přičemž tyto potřebné údaje lze získat v relativně krátkém časovém úseku. Předkládané dotazníky jsou uvedeny v příloze této práce (viz přílohy C - G – dotazníky) a skládají se ze tří základních celků.

Dotazníky se v jednotlivých věkových kategoriích značně lišily z důvodu rozdílnosti rozumových schopností dílčích vývojových kategorií dětského věku v porovnání k celkovému počtu jejich rodičů. Jednotlivé formy dotazníků z tohoto důvodu obsahují rozdílné počty otázek, přičemž jejich počet se navyšuje od předškolního období k adolescenci a vrcholí u rodičů.

Jednotlivé formy dotazníků obsahovaly společnou stať, která byla rozdělena na 3 základní celky. První, úvodní celek byl orientován na osobní údaje respondentů. Druhá část zjišťovala preferenci různých názorů kladených na profesi sester. Třetí část pak zkoumala mínění respondentů o obrazu ideální sestry jak z pohledu dětských pacientů, tak jejich rodičů. Tato část pak cíleně zahrnovala tři dílčí oblasti týkající se ideálního obrazu sestry:

- a) Osobnostní předpoklady – charakterové vlastnosti (chování, jednání)
- b) Pracovní předpoklady – pracovní charakteristika (náplň práce)
- c) Estetické předpoklady – fyzická charakteristika (vzhled).

Z důvodu tvorby obrazu ideálu jakožto celku je vhodné si všimnout i záporných rysů osobnosti, proto byly dále v této práci zjišťovány i nevhodné atributy sestry, které byly orientovány na charakterové vlastnosti a vzhled. Popis záporných vlastností je pro některé lidi mnohem snazší, proto se domnívám, že k celkovému vyobrazení ideálu sestry byla tato otázka potřebná. V poslední části, která je zakomponována do dotazníků u starších věkových kategorií, jsem se snažila zjistit, zda sestry pracující na dětských odděleních se přibližují svým chováním některým ideálním vlastnostem sester.

Forma dotazníku pro předškolní věk zahrnovala dané základní celky a skládala se z celkového počtu 9 otázek. První část obsahovala osobní údaje týkající se pohlaví a počtu hospitalizací. Záměrně byla tato část rozšířena o výběr budoucího povolání i pro mladší školní věk z důvodu motivace a odlehčení situace při společném vyplňování.

Zásadním účelem výzkumu bylo zjištění ideálních vlastností sestry, proto tato stěžejní část předcházela jak u dětí předškolního věku, tak u mladšího školního věku, celku druhému týkajícímu se jména, pohlaví a věku sestry. Konečnou část pak tvořil popis záporných atributů sestry a otázka zjišťující, zda se s nevhodným chováním sestry někdy setkaly.

Dotazník určený pro mladší školní věk byl téměř totožný s dotazníkem pro děti mladšího školního věku. Rozdílnost spočívala ve formulaci některých otázek a přiřazení otázky týkající se zjištění důležitosti vzdělání budoucích sester. Celkový počet otázek byl v této věkové kategorii tedy deset.

Dotazníky určené pro starší školní věk a období adolescence lze považovat za identické s minimální rozdílností, kdy adolescentům bylo v dotazníku vykáno. Dotazník tvořilo celkem patnáct otázek. První část tedy zahrnovala osobní údaje týkající se pohlaví a počtu hospitalizací. Druhá část byla zaměřena na důležitost jména sestry, preferenci pohlaví a věku, důležitost vzdělání a vlivu médií na tuto profesi. Třetí část se zabývala klady sester pracujících na dětských odděleních pro účely pozdějšího srovnání. Dále obsahovala otázky týkající se vzhledu sester, popisu záporných atributů, dotazu ohledně setkání se s nevhodným chováním sestry a závěr byl věnován přiřazení důležitosti osobnostním, pracovním a estetickým vlastnostem pro záměrné vyobrazení ideálu sestry.

Rodiče v dotazníku měli za úkol vyplnit celkem devatenáct otázek. Otázky byly formulovány podobnou formou jako pro adolescenty. V první části byla otázka týkající se počtu hospitalizací orientována na počet hospitalizací jejich dětí, která sloužila ke kontrole odpovědí dětí. Druhá část zahrnující jméno, pohlaví, věk, vzdělání sestry a média byla rozšířena o informovanost o zdravotním stavu jejich dítěte, podání informací sestrou, platové ohodnocení a o prestiž sesterské profese. Třetí, závěrečná část zjišťovala klady sester na oddělení, záporné atributy sestry, setkání se s nevhodným chováním s možností popisu dané události. Dále tato část obsahovala otázky týkající se vzhledu sestry, kdy byla vyřazena otázka týkající se štíhlé postavy. Poslední otázka pak zabezpečovala vyobrazení ideálu sestry z osobnostního, pracovního i estetického hlediska.

První a druhá část všech verzí dotazníků obsahovala uzavřené otázky, které nabízely odpovědi vztahující se k daným otázkám. V druhé části dotazníku v předškolním a mladším školním věku byly obsaženy otázky se zjednodušenou škálou odpovědí ano – ne – nevím. Starším dětem a rodičům bylo umožněno vybírat z odpovědí ano – asi ano – spíše ne – ne – nepřemýšlela jsem nad tím. Některé tyto

odpovědi byly následně sloučeny do tří oblastí ano – ne – nevím pro snazší porovnání. Třetí část týkající se obrazu ideální sestry byla zcela odlišná v jednotlivých věkových kategoriích. U dětí předškolního věku a mladšího školního věku byl preferován otevřený popis obrázku sestry, který byl rozdělen na 3 části, a to na popis charakterových vlastností, náplně práce a vzhledu sestry. U starších dětí a rodičů byla ideální sestra hledána pomocí výčtu vlastností vztahujících se k osobnostním, pracovním a estetickým předpokladům, kterým přisuzovali důležitost hodnotami od 1 do 5. Hodnota 5 určovala u dané vlastnosti význam nejvyšší, 1 pak zaznamenávala význam nejnižší. U všech věkových kategorií byla obsažena otevřená otázka týkající se nevhodných atributů sestry a navazující uzavřená otázka, která zjišťovala, zda se s nevhodným chováním sestry někdy setkali. Rodiče pak měli za úkol popsat danou situaci, kterou považovali za nevhodné chování ze strany sestry. Otázky, týkající se vzhledu sestry, nabízely odpovědi ano – asi ano – spíše ne – ne - nepřemýšlela jsem nad tím. Vzhled sestry se zabýval otázkami ohledně čistoty, upravenosti, atraktivity a doplňků, u staršího školního věku a adolescence pak také štíhlé postavy. Poslední typy otázek důležitých pro srovnání ideálních vlastností s vlastnostmi sester pracujících na odděleních poskytovaly respondentům výběr odpovědí ano – ne – nevím. Zaměřovaly se na vlastnosti týkající se optimismu a radosti, důvěry, spravedlnosti, schopnosti edukace, svědomitosti, zodpovědnosti, manuální zručnosti, ochoty a kolegiality.

3.3 Analýza dat

Pro primární analýzu dat byla použita aplikace Microsoft Excel 2007, v níž byly zpracovány tabulky s absolutní a relativní četností.

Absolutní četnost byla vypočítána dle vzorce:

$$n_i = n_1 + n_2 + n_3 + \dots + n_k = \sum_{i=1}^k n_i = n$$

Relativní četnost byla vypočítána dle vzorce:

$$f_i = \frac{n_i}{n}, \quad f_1 + f_2 + f_3 + \dots + f_k = \sum_{i=1}^k f_i = 1$$

Pro testování některých otázek potřebných ke zjištění stanovených hypotéz byla použita neparametrická metoda testu dobré shody (Chí – kvadrát). Jedná se o postup, který u testovaných vzorků prokáže, zda výskyt jednotlivých znaků je statisticky významný, či nikoliv.

U toho testu je nutné stanovit nulové a alternativní hypotézy, kdy nulové hypotézy nepředpokládají mezi pozorovanými jevy žádný vztah, alternativní pak předpokládají statisticky významný vztah, což znamená, tj. vzájemné ovlivnění sledovaných znaků. Dále byla vytvořena kontingenční tabulka a pomocí Microsoft Excel vypočítány očekávané četnosti. Pomocí funkce CHITEST byla vypočítána statistická hladina významnosti (p – hodnota).

Pro stanovenou hladinu významnosti (α) byla zvolena hodnota 0,05 a pro výpočet testového kritéria použit vzorec:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Kritická hodnota byla následovně vyhledána pomocí tabulek. Pro čtyřpolní tabulku o dvou znacích použitou v této práci byla při stanovené hladině významnosti 0,05 stanovena kritická hodnota 3,84.

Poslední použitou metodou průzkumného šetření byl výpočet aritmetického průměru dle vzorce:

$$\bar{x} = \frac{x_1 + x_2 + \dots + x_n}{n} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}$$

3.4 Organizace šetření

Před vlastním šetřením byla provedena pilotní studie, ve které byly osloveny vždy 2 děti z každé vývojové kategorie za účelem vyplnění údajů v dotazníku z důvodu ověření jednoznačnosti a srozumitelnosti kladených otázek v tištěné podobě. Formulace některých otázek byla po předběžném průzkumném šetření upravena do srozumitelnější formy, zvláště otázky pro předškolní a mladší školní věk. Pro starší děti, adolescenty a rodiče pak po předběžném šetření byla rozšířena nabídka vlastností k hodnocení ideální sestry.

Vlastní distribuce dotazníků proběhla po úpravách a za vyjádření kladného souhlasu (viz příloha H – souhlasné stanovisko) náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve FN Motol. Dotazníkové šetření probíhalo od začátku prosince 2012 do poloviny února 2013. Celkově bylo poskytnuto 160 dotazníků, přičemž dotazníky byly rozděleny do jednotlivých vývojových kategorií. Šetření se týkalo hospitalizovaných dětí a jejich rodičů ve FN Motol v rámci různých dětských oddělení. Jelikož jsem si byla vědoma

nízkého věku respondentů, zvláště pak dětí předškolního a mladšího školního věku, vyplňovala jsem s nimi tento dotazník osobně. V době, kdy mi mladší děti pomáhaly s utvářením obrazu ideální sestry, jejich rodiče měli za úkol vyplnit dotazník určený pro ně samotné. Děti staršího školního věku a adolescenti pak vyplňovali dotazník samostatně a jejich úkolem bylo poskytnout tento dotazník i svým rodičům, kteří je navštěvovali. Z důvodu zachování anonymity byla pro tyto rodiče poskytnuta na chodbě klinických pracovišť krabice, kam mohli tento dotazník odevzdat. Jelikož jsem s mladšími dětmi vyplňovala dotazníky sama, na dotazníky od jejich rodičů a zároveň starších dětí vždy vyčkala, návratnost dotazníků od těchto respondentů byla stoprocentní. Od rodičů starších dětí jsem očekávala návratnost minimální, avšak s potěšením lze konstatovat, že i tyto dotazníky se vrátily všechny. Pro vlastní výzkum byla tedy zpracována data od všech respondentů v celkovém počtu 160 dotazníků (100%).

3.5 Charakteristika a popis zkoumaného vzorku

Soubor respondentů tvořilo celkem 160 klientů, přičemž 80 z nich byli dětské pacienti a 80 rodiče, jejichž děti byly hospitalizovány ve FN Motol na různých odděleních. Z úvodní části dotazníků (otázky 1 – 2) lze charakterizovat soubor respondentů. Zjištěné informace jsou uvedeny v tabulkách s absolutní a relativní četností v kapitole 3.5 Výsledky vlastní práce.

3.6 Výsledky vlastní práce

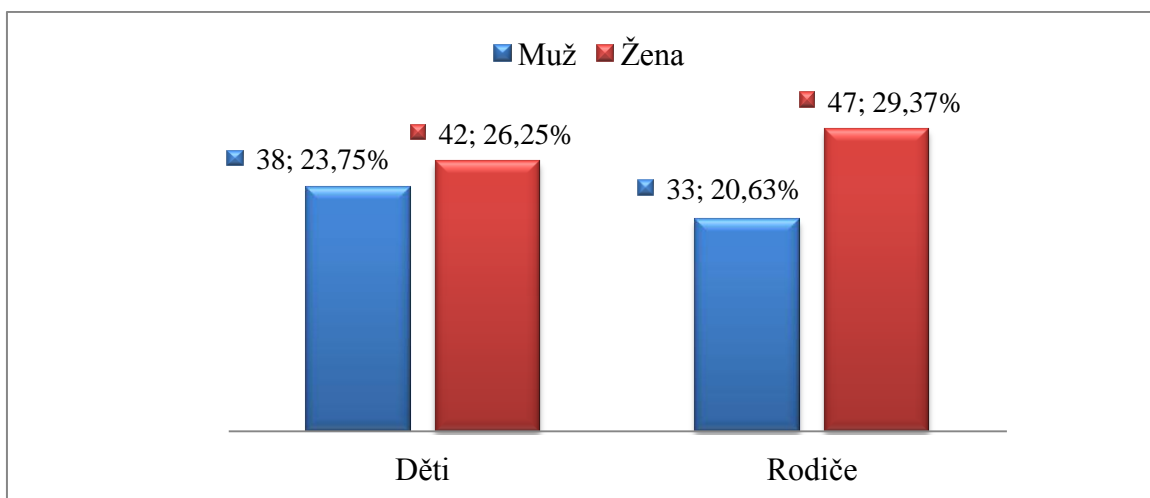
Kapitola výsledky vlastní práce prezentuje výsledky z dotazníků, které jsou záměrně rozděleny na jednotlivé části. První, úvodní část dotazníků je věnována osobním údajům respondentů (položky 1 - 2). V předškolním a mladším školním věku je pak tato část z důvodu účelné motivace rozšířena o výběr budoucího povolání (položka č. 3). Druhou část dotazníků, vlastní konstrukcí otázek, tvoří preference dílčích oblastí týkajících se jména, pohlaví, věku sestry (položky 4 - 6), vzdělání, vlivu médií z pohledu starších věkových kategorií (položky 7 - 8) a podávání informací, platovém ohodnocení a prestiže povolání sesterské profese pouze z pohledu rodičů (položky 9 – 12). Poslední, třetí, oblast výzkumného šetření vystihuje obraz „Ideální sestry očima dětských pacientů a jejich rodičů“ a lze ji považovat za část stěžejní (položky 13 - 16)

Položka č. 1 – Pohlaví respondentů

Uvedená tabulka 1 vyjadřuje, jaké je zastoupení mužů a žen ve sledovaném souboru. Jednotlivé věkové kategorie dětí jsou tvořeny vždy 20 respondenty (12,50%), což udává celkový počet 80 dětských pacientů (50,00%) a 80 rodičů (50,00%). Z těchto výsledků je patrné, že ve sledovaném souboru 160 respondentů (100,00%) je větší zastoupení žen (n = 89; 55,62%). Dále lze pozorovat, že ve sledovaném souboru je u dětí v zastoupení 38 chlapců (23,75%), 42 dívek (26,25%), u rodičů pak 33 mužů (20,63%) a 47 žen (29,37%), což znázorňuje obrázek 1.

Tab. 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Muž		Žena		Celkový počet	
	n	%	n	%	n	%
<i>Věkové kategorie</i>						
Předškolní věk	9	5,62%	11	6,88%	20	12,50%
Mladší školní věk	7	4,38%	13	8,13%	20	12,50%
Starší školní věk	8	5,00%	12	7,50%	20	12,50%
Adolescence	14	8,75%	6	3,75%	20	12,50%
Rodiče	33	20,63%	47	29,37%	80	50,00%
Celkem	71	44,38%	89	55,62%	160	100,00%

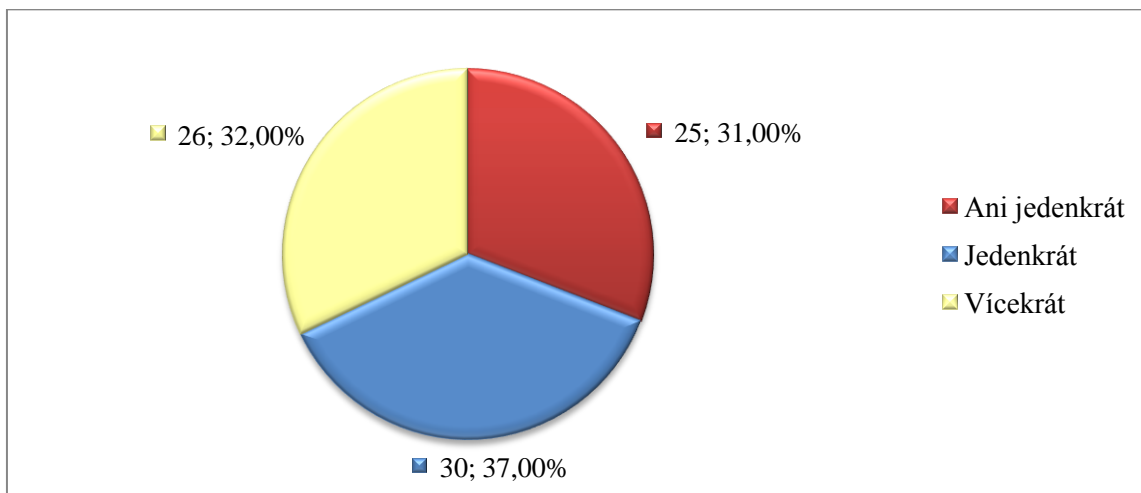
Obr. 1: Pohlaví respondentů

Položka č. 2 – Počet hospitalizací

Níže uvedená tabulka 2 přináší informaci o celkovém počtu hospitalizací dětí. Z počtu 160 (100,00%) respondentů vyplývá, že názor dětí a rodičů na počet hospitalizací se lišil. Názor dětí pak z celkového počtu 80 (100,00%), že byly v nemocnici minimálně jednou před současnou hospitalizací, činil 57 (71,25%), kdežto u rodičů byl tento názor nižší, 54 (67,50%). Celkem uvedlo 23 (28,75%) dětí, že jsou v nemocnici poprvé, a rodičů se pak ohledně prvotní hospitalizace dítěte vyjádřilo 26 (32,50%). Průměrný počet hospitalizací byl zjištěn pomocí aritmetického průměru, přičemž dle daného výpočtu bylo 25 (31,00%) dětí hospitalizovaných poprvé, 30 (37,00%) podruhé a 26 (32,00%) již vícekrát, což znázorňuje obrázek 2.

Tab. 2: Počet hospitalizací

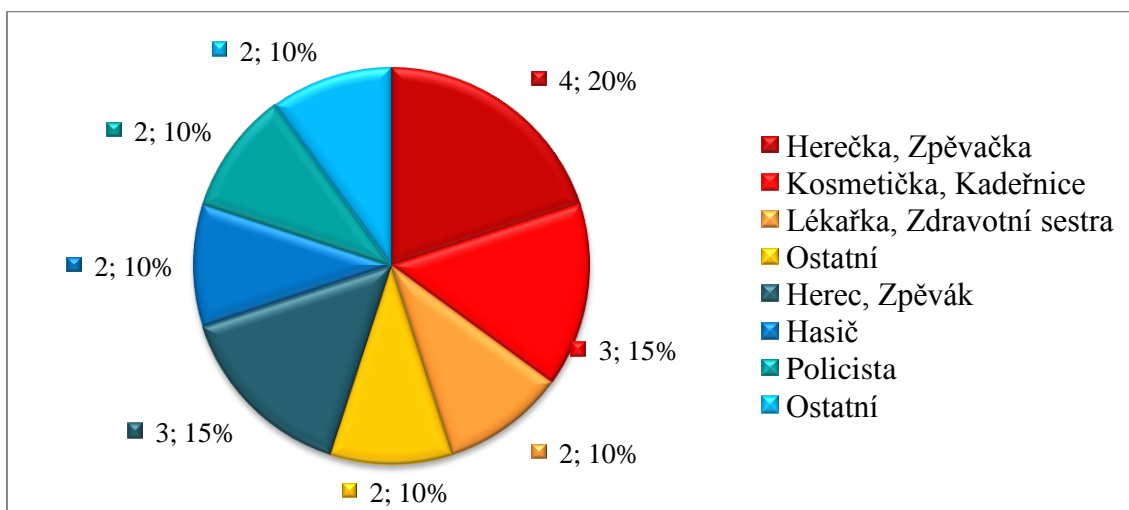
Počet hospitalizací	Ani jedenkrát		Jedenkrát		Vícekrát		Celkový počet	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Věkové kategorie</i>								
Předškolní věk	7	8,75%	5	6,25%	8	10,00%	20	25,00%
Mladší školní věk	3	3,75%	6	7,50%	11	13,75%	20	25,00%
Starší školní věk	7	8,75%	8	10,00%	5	6,25%	20	25,00%
Adolescence	6	7,50%	10	12,50%	4	5,00%	20	25,00%
<i>Děti celkem</i>	23	28,75%	29	36,25%	28	35,00%	80	100,00%
Rodiče	26	32,50%	30	37,50%	24	30,00%	80	100,00%

Obr. 2. Počet hospitalizací – průměrný počet

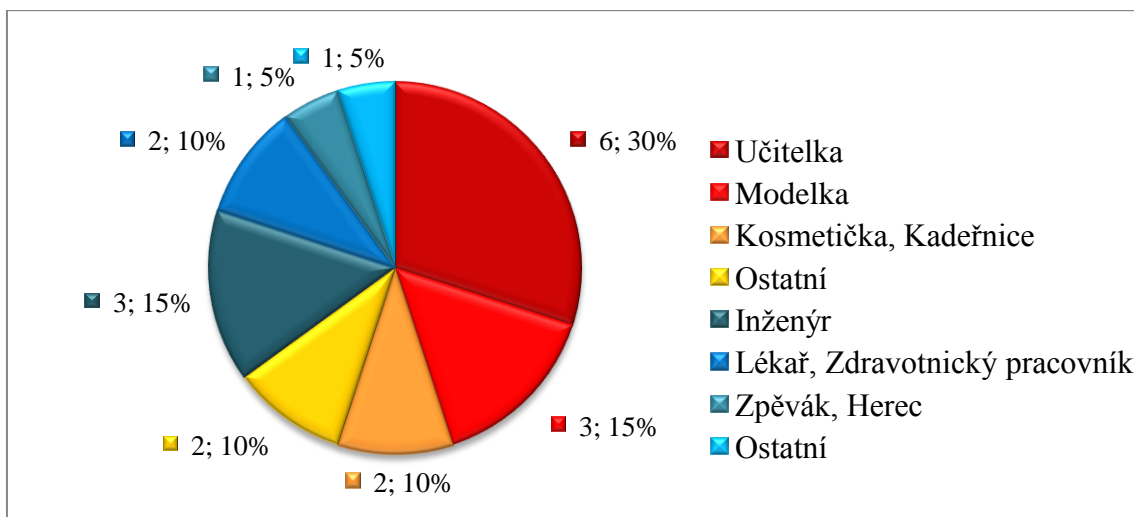
Položka č. 3 – Budoucí povolání

Otázka týkající se povolání byla pouze doplňující, která měla za úkol motivovat děti předškolního a mladšího školního věku ke spolupráci. Celkový počet respondentů byl tedy pro tuto položku 40 (50,00%) z celkového počtu dětí 80 (100,00%). Dívky předškolního věku (n = 11) uvedly jako nejčastější povolání herečka, zpěvačka 4 (20,00%) a chlapci předškolního věku (n = 9) herec, zpěvák 3 (15,00%) z celkového počtu 20 (100,00%) dětí předškolního věku. Přehled budoucího povolání předškolního věku znázorňuje obrázek 3. Obrázek 4 pak popisuje přehled budoucího povolání u mladších školních dětí, kde u dívek (n = 13) byla nejčastěji uvedena učitelka 6 (30,00%) a u chlapců (n = 7) inženýr 3 (15,00%) rovněž z celkového počtu 20 (100,00%) dětí mladšího školního věku.

Obr. 3: Budoucí povolání - předškolní věk



Obr.4: Budoucí povolání - mladší školní věk

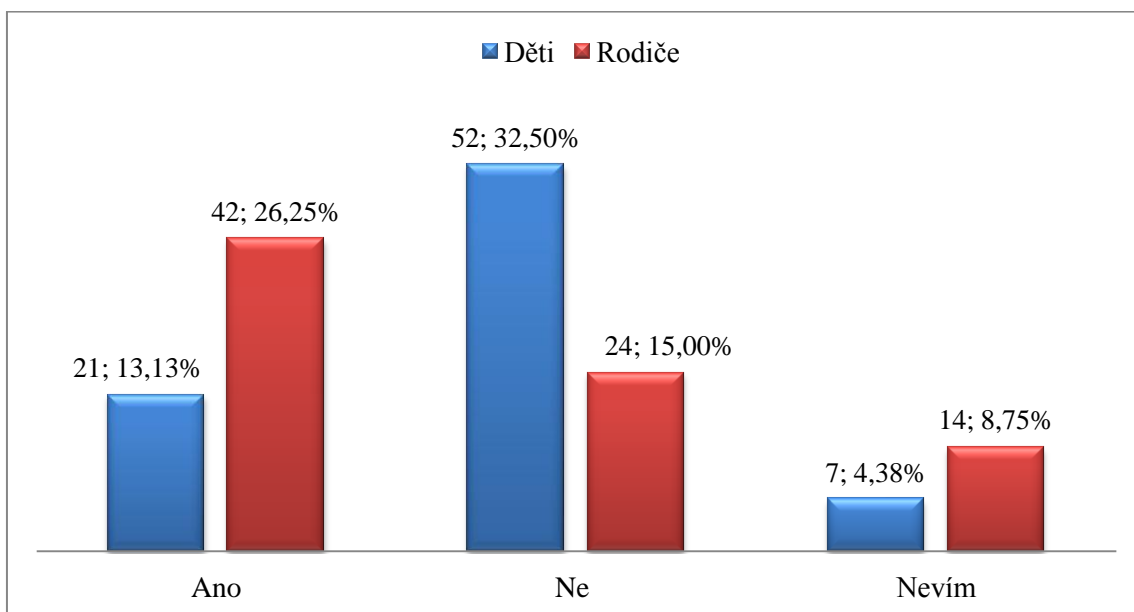


Položka č. 4 – Důležitost jména sestry

Položka č. 4 přináší informaci o důležitosti jména sestry (viz. tabulka 3). Z uvedených možností vyplývá, že pro rodiče 42 (26,25%) je důležitost jména sestry vyšší než pro děti 21 (13,13%). Většina dětí nepovažují jméno sestry za důležité 52 (32,50%), rodičů 24 (15,00%), což znázorňuje obrázek 5. Odpověď nevím zvolilo celkem 21 (13,13%) respondentů, přičemž 14 (8,75%) těchto respondentů byli rodiče.

Tab. 3: Důležitost jména sestry

Důležitost jména sestry	Ano		Ne		Nevím		Celkový počet	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Věkové kategorie								
Předškolní věk	2	1,25%	15	9,38%	3	1,88%	20	12,50%
Mladší školní věk	5	3,13%	14	8,75%	1	0,63%	20	12,50%
Starší školní věk	6	3,75%	12	7,50%	2	1,25%	20	12,50%
Adolescence	8	5,00%	11	6,88%	1	0,63%	20	12,50%
Rodiče	42	26,25%	24	15,00%	14	8,75%	80	50,00%
Celkem	63	39,38%	76	47,50%	21	13,13%	160	100,00%

Obr. 5: Důležitost jména sestry – porovnání dětí a rodiče

Položka 4. 1. vztahující se k položce č. 4 – Důležitost jména sestry ve vztahu k celkovému počtu hospitalizací

Pomocí statistické metody chí - kvadrát testu byla v této části vztahující se k položce č. 4 zjištěna důležitost jména sestry ve vztahu k celkovému počtu hospitalizací dětí, jak z pohledu jich samotných, tak z pohledu rodičů.

Odpovědi „nevím“ byly z testovaného vzorku vyloučeny, takže celkový počet odpovědí respondentů byl snížen na 139 (100,00%). Odpovědi ohledně počtu hospitalizací dvakrát a vícekrát byly sloučeny do oblasti více než jedenkrát.

Pro stanovenou hladinu významnosti (α) byla zvolena hodnota 0,05. Pro vypočítání testového kritéria byl použit vzorec:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Kritickou hodnotu jsem vyhledala pomocí tabulek. Pro čtyřpolní tabulku o dvou znacích byla při stanovené hladině významnosti 0,05 stanovena kritická hodnota 3,84.

Tab. 4: Důležitost jména sestry vztahující se k celkovému počtu hospitalizovaných dětí z pohledu dětí i rodičů

Počet hospitalizací	Důležitost jména sestry			
	Data	Ano	Ne	Celkový součet
1x	n	6	32	38
	%	15,79%	84,21%	100,00%
> 1x	n	57	44	101
	%	56,44%	43,56%	100,00%
Celkem počet		63	76	139
Celkem %		45,32%	54,68%	100,00%

H_0 : Mezi důležitostmi jména sestry a počtem hospitalizací u celkového počtu respondentů nebudou zjištěny statisticky významné rozdíly.

H_A : Mezi důležitostmi jména sestry a počtem hospitalizací u celkového počtu respondentů budou zjištěny statisticky významné rozdíly.

Znak 1 – děti, které byly hospitalizovány poprvé, či rodiče, jejichž děti byly hospitalizovány poprvé.

Znak 2 – děti, které byly hospitalizovány více než jedenkrát, či rodiče, jejichž děti byly hospitalizovány více než jedenkrát.

Skupina 1 – respondenti, kteří považují jméno sestry za důležité.

Skupina 2 – respondenti, kteří nepovažují jméno sestry za důležité.

n_i – součet obou znaků

n_j – součet obou skupin

Tab. 5: Pozorované a očekávané četnosti – důležitost jména sestry

Pozorované četnosti				Očekávané četnosti			
	Skupina 1	Skupina 2	n_i		Skupina 1	Skupina 2	n_j
Znak 1	6	32	38	Znak 1	17,22	20,78	38
Znak 2	57	44	101	Znak 2	45,78	55,22	101
n_i	63	76	139	n_i	63	76	139

Tab. 6: Výsledky statistického testování – důležitost jména sestry

p - hodnota	α	G	Kritická hodnota
$1,78 \cdot 10^{-5}$	0,05	18,40	3,84

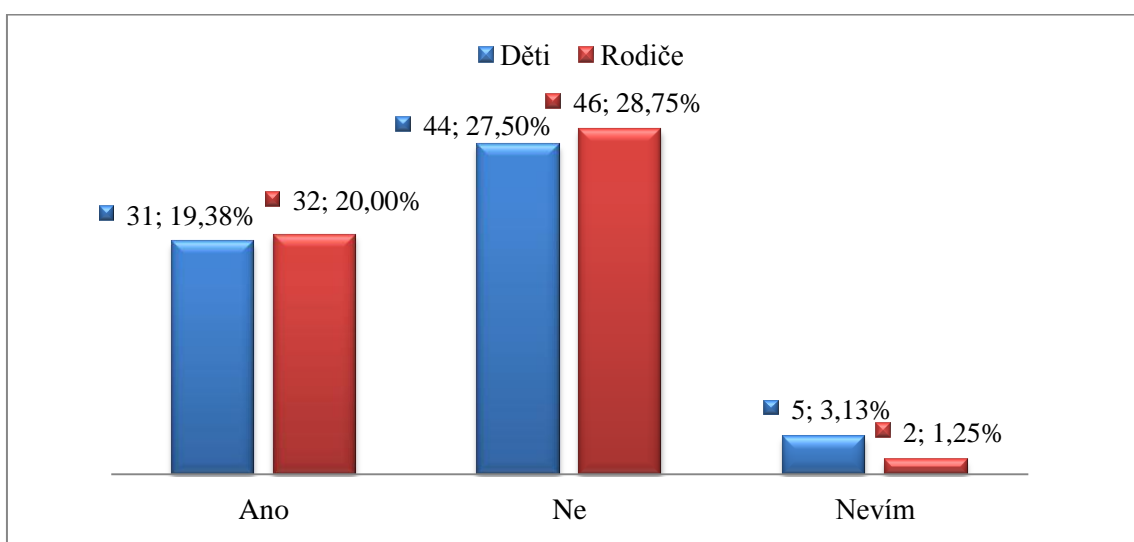
Z výsledků statistického testování (viz. tab. 6) lze nulovou hypotézu zamítnout a přijmout alternativní hypotézu. Z výsledků tedy vyplývá, že důležitost jména sestry vzrůstá s počtem hospitalizací dětí jak z pohledu dětí, tak jejich rodičů i přesto, že pro děti není jméno sestry až tak důležité jako pro rodiče. Mezi znaky, tedy mezi důležitostmi jména sestry a celkovým počtem hospitalizací existuje statisticky významný vztah.

Položka č. 5 – Preference ženského pohlaví u profese sestry

Uvedená tabulka 7 informuje o tom, zda respondenti preferují v profesi sestry ženského pohlaví. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že z celkového počtu 160 (100,00%) respondentů 90 (56,25%) – 44 (27,50%) dětí a 46 (28,75%) rodičů nepreferuje u sester ženského pohlaví. Celkem 31 (19,38%) dětí a 32 (20,00%) rodičů však ženského pohlaví u sestry preferuje a 7 (4,38%) respondentů na tuto otázku neznalo odpověď, což vykresluje obrázek 6.

Tab. 7: Preference ženského pohlaví sestry

Preference ženského pohlaví sestry	Ano		Ne		Nevím		Celkový počet	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Věkové kategorie</i>								
Předškolní věk	13	8,13%	6	3,75%	1	0,63%	20	12,50%
Mladší školní věk	8	5,00%	10	6,25%	2	1,25%	20	12,50%
Starší školní věk	6	3,75%	13	8,13%	1	0,63%	20	12,50%
Adolescence	4	2,50%	15	9,38%	1	0,63%	20	12,50%
Rodiče	32	20,00%	46	28,75%	2	1,25%	80	50,00%
Celkem	63	39,38%	90	56,25%	7	4,38%	160	100,00%

Obr. 6. Preference ženského pohlaví sestry – porovnání dětí a rodiče

Položka 5. 1. vztahující se k položce č. 5 – Preference ženského pohlaví sestry v závislosti na pohlaví respondentů

Pomocí statistické metody chí - kvadrát testu byla v této podpoložce vztahující se k položce č. 4 zjištěna důležitost jména sestry ve vztahu k celkovému počtu hospitalizací dětí, jak z pohledu jich samotných, tak z pohledu rodičů.

Odpovědi nevím ze zkoumaného vzorku byly vyloučeny, takže celkový počet respondentů klesl na 153 (100,00%).

Pro stanovenou hladinu významnosti (α) byla zvolena hodnota 0,05. Pro vypočítání testového kritéria byl použit vzorec:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Kritickou hodnotu jsem vyhledala pomocí tabulek. Pro čtyřpolní tabulku o dvou znacích byla při stanovené hladině významnosti 0,05 stanovena kritická hodnota 3,84.

Tab. 8: Preference ženského pohlaví sestry v závislosti na pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Pohlaví sestry			Celkový součet
	Data	Ano	Ne	
Žena	n	46	41	87
	%	52,87%	47,13%	100,00%
Muž	n	17	49	66
	%	25,76%	74,24%	100,00%
Celkem počet		63	90	153
Celkem %		41,18%	58,82%	100,00%

H_0 : Mezi pohlavími respondentů ohledně preference ženského pohlaví v profesi zdravotní sestry nebudou zjištěny statisticky významné rozdíly.

H_A : Mezi pohlavími respondentů ohledně preference ženského pohlaví v profesi zdravotní sestry budou zjištěny statisticky významné rozdíly.

Znak 1 – respondenti – ženy.

Znak 2 – respondenti - muži.

Skupina 1 – respondenti preferující ženské pohlaví v profesi zdravotní sestry.

Skupina 2 – respondenti, kteří nepreferují v profesi zdravotní sestry ženské pohlaví.

n_i – součet obou znaků

n_j – součet obou skupin

Tab. 9: Pozorované a očekávané četnosti – preference pohlaví sestry

Pozorované četnosti				Očekávané četnosti			
	Skupina 1	Skupina 2	n_j		Skupina 1	Skupina 2	n_j
Znak 1	46	41	87	Znak 1	35,82	51,18	87
Znak 2	17	49	66	Znak 2	27,18	38,82	66
n_i	63	90	153	n_i	63	90	153

Tab. 10: Výsledky statistického testování – preference pohlaví sestry

p - hodnota	α	G	Kritická hodnota
0,001	0,05	11,4	3,84

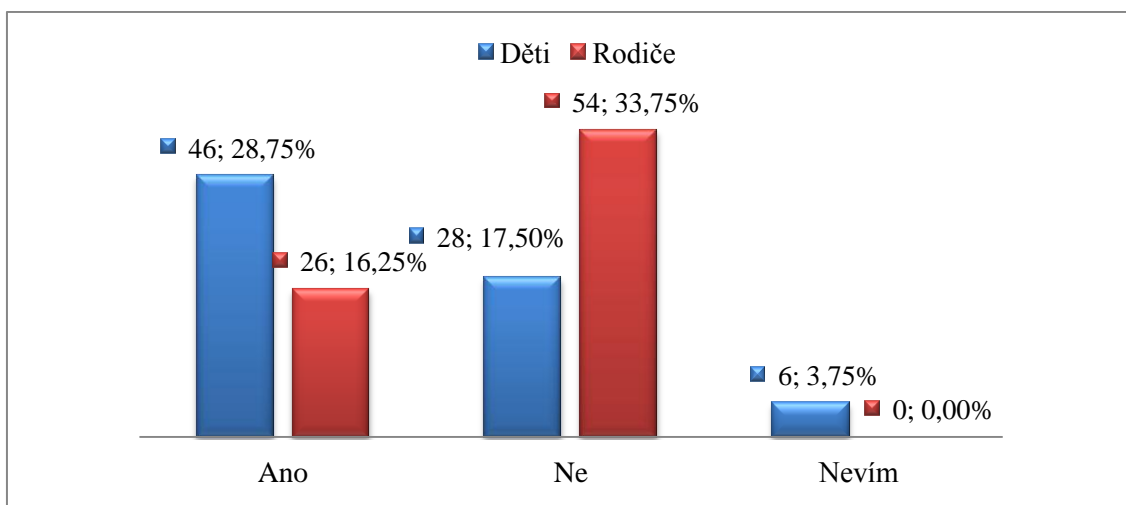
Na základě statistického testování (viz tab. 10) lze nulovou hypotézu zamítnout a přijmout hypotézu alternativní. Respondenti - ženy preferují ženské pohlaví v profesi sestry více než respondenti - muži. Mezi danými znaky, tedy mezi pohlavími respondentů ohledně preference ženského pohlaví v profesi zdravotní sestry existuje statisticky významný vztah.

Položka č. 6 – Preference nižšího věku u profese sestry

Tabulka 11 v této položce přináší informaci o preferenci nižšího věku u profese sestry. Z celkového počtu 160 (100,00%) respondentů uvedlo, že 82 (51,25%) nepreferuje mladší sestry, avšak 72 (45,00%) pak nižšímu věku sestry přikládá hodnotu. Preference nižšího věku sestry je pak podstatně vyšší u dětí 46 (28,75%) než u rodičů, kteří zmíněný nižší věk nepreferují s počtem 54 (33,75%), což znázorňuje obrázek 7. Celkem 6 (3,75%) respondentů neví, zda nižší věk preferuje, či nikoliv, avšak tito respondenti byli z řad předškolního a mladšího školního věku.

Tab. 11: Preference nižšího věku sestry

Preference nižšího věku sestry	Ano		Ne		Nevím		Celkový počet	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Věkové kategorie</i>								
Předškolní věk	11	6,88%	4	2,50%	5	3,13%	20	12,50%
Mladší školní věk	14	8,75%	5	3,13%	1	0,63%	20	12,50%
Starší školní věk	9	5,63%	11	6,88%	0	0,00%	20	12,50%
Adolescence	12	7,50%	8	5,00%	0	0,00%	20	12,50%
Rodiče	26	16,25%	54	33,75%	0	0,00%	80	50,00%
Celkem	72	45,00%	82	51,25%	6	3,75%	160	100,00%

Obr. 7: Preference nižšího věku sestry – porovnání dětí a rodiče

Položka č. 7 – Důležitost vzdělání sestry

Tato položka č. 7 přináší informaci o důležitosti vzdělání sestry, o čemž informuje tabulka č. 12. Celkový počet respondentů v této položce byl 140 (100,00%), kdy u předškolního věku byla otázka důležitosti vzdělání záměrně vypuštěna. Z celkového počtu respondentů vyplývá, že vzdělání přikládá hodnotu celkem 89 (63,57%) respondentů, z čehož tento celek tvořilo 39 (27,86%) dětí a 50 (35,71%) rodičů, 39 (27,86%) všech respondentů nepokládá vzdělání za důležité a 12 (8,57%) respondentů odpovědělo možnostmi nevim.

Tab. 12: Důležitost vzdělání sestry

Důležitost vzdělání sestry	Ano		Ne		Nevím		Celkový počet	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Věkové kategorie</i>								
Mladší školní věk	14	10,00%	0	0,00%	6	4,29%	20	14,29%
Starší školní věk	12	8,57%	6	4,29%	2	1,43%	20	14,29%
Adolescence	13	9,29%	7	5,00%	0	0,00%	20	14,29%
<i>Děti celkem</i>	<i>39</i>	<i>27,86%</i>	<i>13</i>	<i>9,29%</i>	<i>8</i>	<i>5,71%</i>	<i>60</i>	<i>42,86%</i>
Rodiče	50	35,71%	26	18,57%	4	2,86%	80	57,14%
Celkem	89	63,57%	39	27,86%	12	8,57%	140	100,00%

Položka č. 8 – Vliv médií na povolání sestry

Položka č. 8 zjišťuje, zda média mají vliv na utváření pohledu o sestřích. Tato otázka byla pokládána pouze dětem staršího školního věku, adolescentům a rodičům, což znamená, že celkový počet odpovědí činil 120 (100,00%). Z tohoto počtu celkem 62 (51,67%) respondentů uvedlo, že média nemají vliv na utváření obrazu o sestřích, 45 (37,50%) naopak uvedlo jako odpověď ano, média mají vliv na utváření pohledu v profesi sestry, a 13 (10,83%) respondentů neví, což znázorňuje tabulka č. 13.

Tab. 13: Vliv médií na povolání sestry

Vliv médií na povolání sestry	Ano		Ne		Nevím		Celkový počet	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Starší školní věk	12	10,00%	7	5,83%	1	0,83%	20	16,67%
Adolescence	8	6,67%	10	8,33%	2	1,67%	20	16,67%
<i>Děti celkem</i>	<i>20</i>	<i>16,67%</i>	<i>17</i>	<i>14,17%</i>	<i>3</i>	<i>2,50%</i>	<i>40</i>	<i>33,33%</i>
Rodiče	25	20,83%	45	37,50%	10	8,33%	80	66,67%
Celkem	45	37,50%	62	51,67%	13	10,83%	120	100,00%

Položka č. 9 – Dostatečná informovanost rodičů o zdravotním stavu jejich dítěte

Na tuto položku odpovídali jen rodiče 80 (100,00%) a dané odpovědi lze nalézt v tabulce č. 14. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že 68 (85,00%) rodičů mají dostatečné nebo spíše dostatečné informace o zdravotním stavu dítěte, 8 (10,00%) spíše ne, 0 (0,00%) ne a 4 (5,00%) respondenti nad touto otázkou nepřemýšleli.

Tab. 14: Dostatečná informovanost o zdravotním stavu dítěte

Dostatečná informovanost o zdravotním stavu dítěte	Rodiče	
	n	%
Ano	36	45,00%
Asi ano	32	40,00%
Spíše ne	8	10,00%
Ne	0	0,00%
Nepřemýšlel(a) jsem nad tím	4	5,00%
Celkem	80	100,00%

Položka č. 10 – Podání informací o zdravotním stavu dítěte sestrou

Tato položka byla rovněž určena jen rodičům 80 (100,00%) a zabývá se tím, zda sestra podala rodičům informace o zdravotním stavu dítěte – tabulka č. 15. Z analyzovaných výsledků vyplývá, že 41 (51,25%) rodičů od sestry někdy získali informace o zdravotním stavu jejich dítěte, 33 (41,25%) nikoliv a 6 (7,50%) nad touto otázkou nepřemýšlelo.

Tab. 15: Podání informací o zdravotním stavu dítěte sestrou

Podávání informací o zdravotním stavu dítěte sestrou	Rodiče	
	n	%
Ano	26	32,50%
Asi ano	15	18,75%
Spíše ne	15	18,75%
Ne	18	22,50%
Nepřemýšlel(a) jsem nad tím	6	7,50%
Celkem	80	100,00%

Položka č. 11 – Odpovídající platové ohodnocení sester

Položka č. 11 zjišťuje, zda rodiče 80 (100,00%) považují platové ohodnocení sester za odpovídající. Odpovědi respondentů jsou znázorněny v tabulce č. 16. Z výsledků je patrné, že pouze 5 (6,25%) respondentů platové ohodnocení sester považuje za dostačující, 32 (40,00%) označilo odpověď spíše ne a 28 (35,00%) ne. 15 (18,75%) rodičů nad touto otázkou nepřemýšlelo.

Tab. 16: Odpovídající platové ohodnocení sester

Odpovídající platové ohodnocení povolání sestry	Rodiče	
	n	%
Ano	1	1,25%
Asi ano	4	5,00%
Spíše ne	32	40,00%
Ne	28	35,00%
Nepřemýšlel(a) jsem nad tím	15	18,75%
Celkem	80	100,00%

Položka č. 12 – Vysoká prestiž povolání sestry

Položka č. 12 přináší informaci o prestiži povolání sestry. Výsledky prezentuje tabulka 17. Z celkového počtu 80 (100,00%) rodičů odpovědělo ano 17 (21,25%), asi ano 4 (5,00%). 48 (60,00%) respondentů nepovažuje povolání sestry za prestižní. 11krát (13,75%) pak byla rodiči zvolena odpověď, že nad touto otázkou nepřemýšleli.

Tab. 17: Vysoká prestiž povolání sestry

Vysoká prestiž povolání sestry	Rodiče	
	n	%
Ano	17	21,25%
Asi ano	4	5,00%
Spíše ne	26	32,50%
Ne	22	27,50%
Nepřemýšlel(a) jsem nad tím	11	13,75%
Celkem	80	100,00%

Položka č. 13 – Nevhodné atributy sestry

Položka č. 13 nevhodné atributy sestry přináší informace o tom, jak by se sestra neměla chovat, jak by neměla jednat a jak by neměla vypadat z pohledu dětí a rodičů. Respondenti měli v této otevřené otázce za úkol napsat názory na vlastnosti a vzhled sester, které považují za naprosto nevyhovující tomuto povolání.

Položka 13. 1. vztahující se k položce 13 - Nevhodné charakterové vlastnosti sestry

Položka 13.1 přináší informace o tom, jak by se sestra neměla chovat, jak by neměla jednat. Z celkového počtu odpovědí byly vybrány 3 nejčastější a zobrazeny v tabulkách 18 – 22. Z analyzovaných dat pak vyplývá, že děti nechtějí sestru zlou 40 (26,49%), nepříjemnou 34 (22,52%), netrpělivou 13 (8,61%). Rodiče pak nechtějí sestru neprofesionální 46 (33,82%), se záporným vztahem k dětem 37 (27,20%), nešikovnou 33 (24,27%). Tyto nejčastější odpovědi jsou znázorněny na obrázcích 8, 9. Ostatní odpovědi, které lze nalézt v jednotlivých tabulkách z celkového počtu 287 (100,00%) odpovědí činí 84 (29,27%).

Tab. 18: Nevhodné charakterové vlastnosti sestry – předškolní věk

<i>Nevhodné charakterové vlastnosti sestry - předškolní věk</i>			
Pořadí	Vlastnosti	n	%
1.	Zlá	12	52,17%
2.	Hloupá	6	26,09%
3.	Neměla by zvyšovat hlas	3	13,04%
4.	Ostatní	2	8,70%
Celkem		23	100,00%

Mezi ostatní odpovědi patřilo, že by sestra neměla lhát a mlátit děti.

Tab. 19: Nevhodné charakterové vlastnosti sestry – mladší školní věk

<i>Nevhodné charakterové vlastnosti sestry - mladší školní věk</i>			
Pořadí	Vlastnosti	n	%
1.	Zlá	16	44,44%
2.	Nepříjemná	8	22,22%
3.	Nešikovná	5	13,89%
4.	Ostatní	7	19,44%
Celkem		36	100,00%

V odpovědích ostatní byly uvedeny vlastnosti typu nafoukaná, otrávená, smutná, hloupá, hrubá, pyšná, líná.

Tab. 20: Nevhodné charakterové vlastnosti – starší školní věk

<i>Nevhodné charakterové vlastnosti sestry - starší školní věk</i>			
Pořadí	Vlastnosti	n	%
1.	Nepříjemná	17	35,42%
2.	Zlá	12	25,00%
3.	Nespolečenská	6	12,50%
4.	Ostatní	13	27,08%
Celkem		48	100,00%

Ostatní odpovědi uváděly, že by sestra neměla být nezdvořilá, neslušná, netrpělivá, hrubá, smutná, hádavá, vulgární, líná, drzá, neopatrná, neohleduplná, sobecká, impulzivní.

Tab. 21: Nevhodné charakterové vlastnosti – adolescence

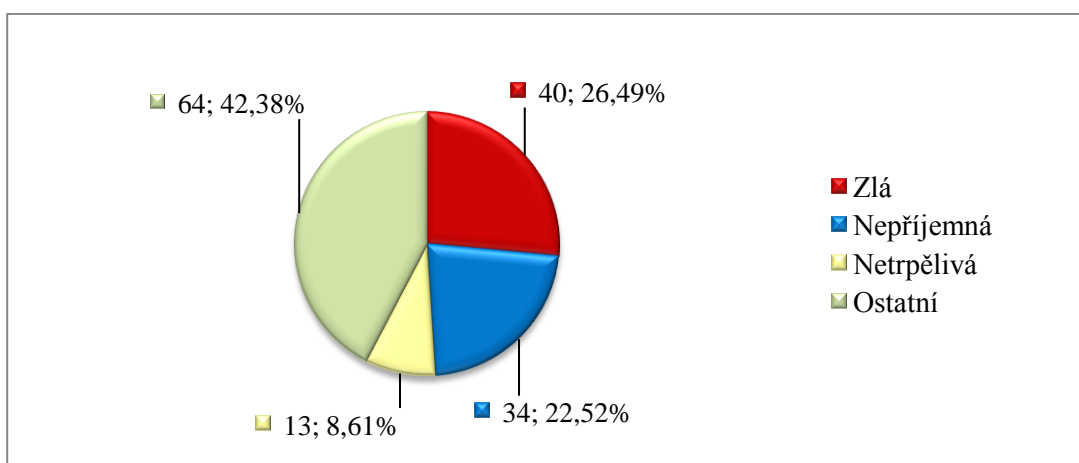
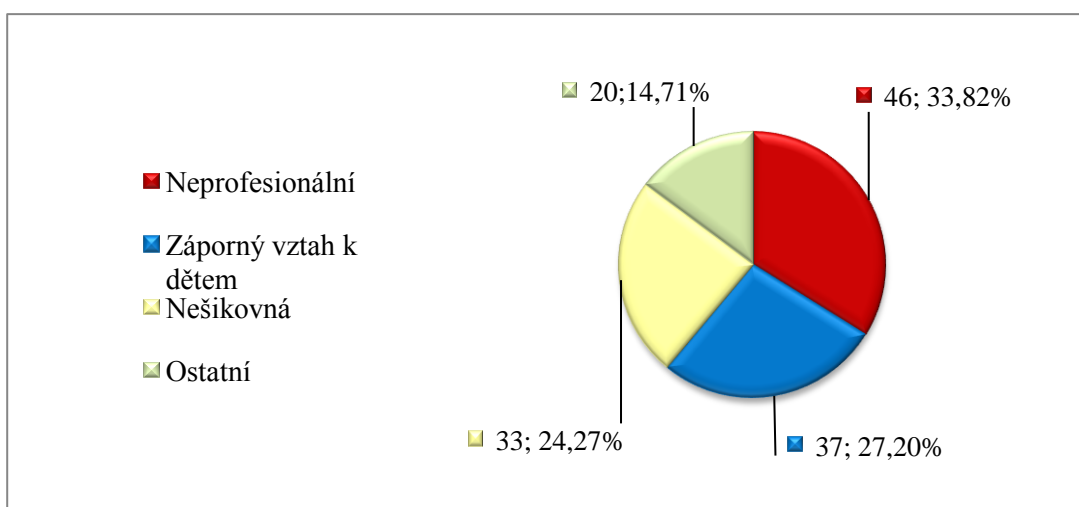
<i>Nevhodné charakterové vlastnosti sestry - adolescence</i>			
Pořadí	Vlastnosti	n	%
1.	Netrpělivá	13	29,55%
2.	Nepříjemná	9	20,45%
3.	Nafoukaná	8	18,18%
4.	Ostatní	14	31,82%
Celkem		44	100,00%

Mezi ostatní pak patřily vlastnosti hrubá, nesvědomitá, vulgární, nekomunikativní, nesdílná, neupřímná, zbrklá, bezohledná, nedochvilná, protivná, arogantní, ukřičená, líná, neklidná.

Tab. 22: Nevhodné charakterové vlastnosti - rodiče

<i>Nevhodné charakterové vlastnosti sestry - rodiče</i>			
Pořadí	Vlastnosti	n	%
1.	Neprofesionální	46	33,82%
2.	Záporný vztah k dětem	37	27,20%
3.	Nešikovná	33	24,27%
4.	Ostatní	20	14,71%
Celkem		136	100,00%

Ostatní vlastnosti pak dle rodičů byly protivná, netrpělivá, nepříjemná, odtažitá, namyšlená, povrchní, neochotná, nespolečenská, zbrklá, neslušná, zlá, sprostá, protivná, agresivní, bezohledná, netrpělivá, vztahovačná, sobecká, arogantní, výbušná.

Obr. 8: Nevhodné charakterové vlastnosti sestry dle dětí**Obr. 9: Nevhodné charakterové vlastnosti sestry dle rodičů**

Položka 13. 2. vztahující se k položce 13 - Nevhodný vzhled sestry

Položka 13.2 se zabývá nevhodným vzhledem sestry, kdy opět byly vybrány 3 nejčastější odpovědi a následně zobrazeny v tabulkách 23 – 27. Z celkového počtu odpovědí dětí 106 (100,00%) mezi nejčastější patřilo, že by sestra neměla být neupravená 32 (30,19%), špinavá 13 (12,26%), nadměrně nalíčená 13 (12,26%). Ostatních odpovědí u dětí bylo celkem 48 (45,29%), u rodičů pak 9 (9,68%). Rodiče by nechtěli, aby sestry vzhled byl neupravený 34 (36,55%), 28 (30,11%) uvedlo, že vzhled nerozhoduje a 22 (23,66%) nechce u sestry extravagantní vzhled. Nejčastější odpovědi jsou pak znázorněny na obrázcích 10,11.

Tab. 23: Nevhodný vzhled sestry – předškolní věk

<i>Nevhodný vzhled sestry - předškolní věk</i>			
Pořadí	Vlastnosti	n	%
1.	Strašidelná	9	40,90%
2.	Tmavé oblečení	7	31,82%
3.	Špinavá	3	13,64%
4.	Ostatní	3	13,64%
Celkem		22	100,00%

Mezi ostatní nevhodné charakteristiky vzhledu patřilo, že by sestra neměla mít velké zuby, neměla by se mračit a neměla by mít rozcuchané vlasy.

Tab. 24: Nevhodný vzhled sestry – mladší školní věk

<i>Nevhodný vzhled sestry - mladší školní věk</i>			
Pořadí	Vlastnosti	n	%
1.	Špinavá	10	37,04%
2.	Rozcuchané vlasy	8	29,63%
3.	Ošklivá	4	14,81%
4.	Ostatní	5	18,52%
Celkem		27	100,00%

Děti mladšího školního věku k ostatním nevhodným charakteristikám vzhledu uváděly, že by sestra neměla nosit šperky, boty na podpatku, oblečení, ve kterém přišla, neměla by být holohlavá a neměla by být cítit kouřem.

Tab. 25: Nevhodný vzhled sestry – starší školní věk

<i>Nevhodný vzhled sestry - starší školní věk</i>			
Pořadí	Vlastnosti	n	%
1.	Neupravená	12	37,50%
2.	Nadměrně nalíčená	6	18,75%
3.	Nadměrně obézní	4	12,50%
4.	Ostatní	10	31,25%
Celkem		32	100,00%

K ostatním charakteristikám pak patřilo, že, že by sestra neměla být ošklivá, neměla by mít roztrhané, pomačkané oblečení, neměla by mít chlupaté nohy, neměla by být cítit kouřem, alkoholem, ani výrazným parfémem, neměla by mít piercing, dredy, tetování a neměla by nosit příliš mnoho šperků.

Tab. 26: Nevhodný vzhled sestry – adolescence

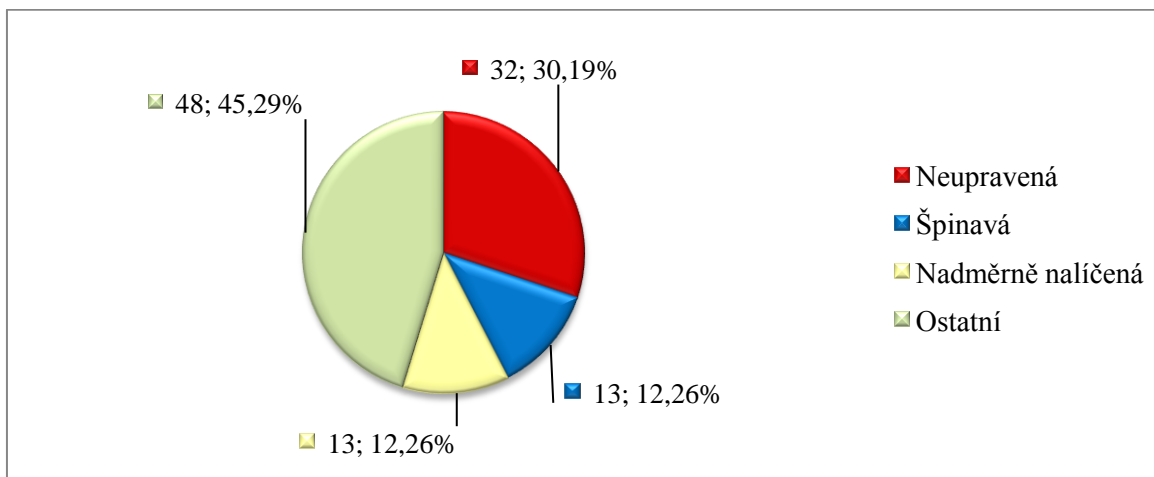
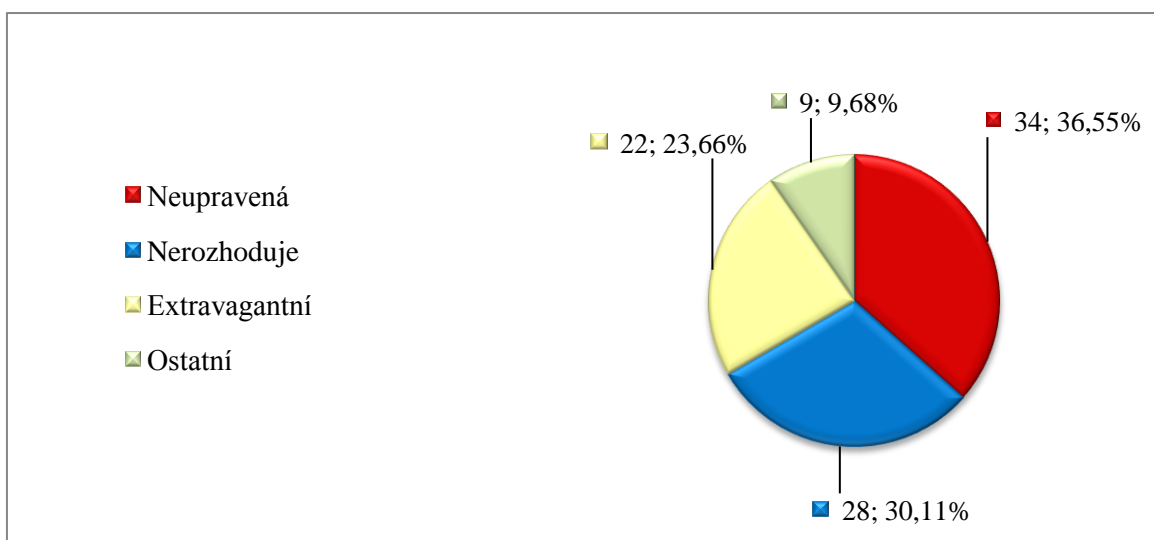
<i>Nevhodný vzhled sestry - adolescence</i>			
Pořadí	Vlastnosti	n	%
1.	Neupravená	12	48,00%
2.	Nadměrně nalíčená	7	28,00%
3.	Vyzývavě oblečená	4	16,00%
4.	Ostatní	2	8,00%
Celkem		25	100,00%

Mezi ostatní patřilo, že by sestra neměla být nečistá a že vzhled není podstatný.

Tab. 27: Nevhodný vzhled sestry – rodiče

<i>Nevhodný vzhled sestry - rodiče</i>			
Pořadí	Vlastnosti	n	%
1.	Neupravená	34	36,55%
2.	Nerozhoduje	28	30,11%
3.	Extravagantní	22	23,66%
4.	Ostatní	9	9,68%
Celkem		93	100,00%

K ostatním nevhodným charakteristikám vzhledu u rodičů patřilo, že by sestra neměla být nečistá, ověšená šperky, příliš nalíčená, neměla by mít rudé nehty, dlouhé nehty, krátké šaty, neměla by mít piercing, dredy, tetování.

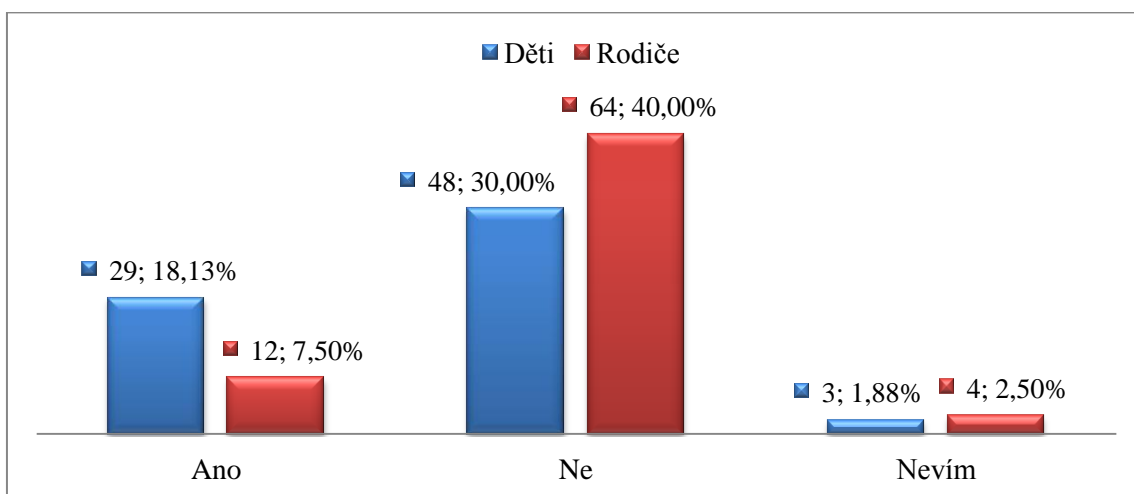
Obr. 10: Nevhodný vzhled sestry dle dětí**Obr. 11: Nevhodný vzhled sestry dle rodičů****Položka č. 14 – Setkání se s nevhodným chováním sestry**

Položka č. 14 zkoumá, zda se respondenti po dobu hospitalizace setkali s nevhodným chováním ze strany sestry, což lze vyčíst z tabulky 28. Z celkového počtu respondentů 160 (100,00%) uvedlo 41 (25,63%), že se s nevhodným chováním sestry setkalo. Rodiče, kteří se setkali s nevhodným chováním 12 (7,50%) v následující otázce tento přístup popisovali. Celkem 112 (70,00%) respondentů se nikdy s nevhodným chováním ze stran sestry nesetkalo. 7 (4,38%) neví, či nechce udat. Z uvedeného obrázku 12 pak vyplývá, že i přesto, že více respondentů se nesetkalo s nevhodným chováním, více dětí 29 (18,13%) než rodičů 12 (7,50%) se s nevhodným chováním setkalo.

Tab. 28: Setkání s nevhodným chováním sestry

Setkání s nevhodným chováním sestry	Ano		Ne		Nevím		Celkový počet	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Věkové kategorie								
Předškolní věk	2	1,25%	16	10,00%	2	1,25%	20	12,50%
Mladší školní věk	3	1,88%	17	10,63%	0	0,00%	20	12,50%
Starší školní věk	11	6,88%	9	5,63%	0	0,00%	20	12,50%
Adolescence	13	8,13%	6	3,75%	1	0,63%	20	12,50%
Rodiče	12	7,50%	64	40,00%	4	2,50%	80	50,00%
Celkem	41	25,63%	112	70,00%	7	4,38%	160	100,00%

Obr. 12: Setkání s nevhodným chováním – porovnání dětí a rodiče



Položka 14. 1. vztahující se k položce 14 - Setkání se s nevhodným chováním – popis dle rodičů

V této podpoložce se rodiče vyjádřili k nevhodnému chování sestry, kdy popisovali události, se kterými se setkali. Z odpovědí jsem vybrala tyto:

„Nemám ráda bezúsměvné lidi. Myslím si, že úsměv nic nestojí, zvláště sestru, která by měla podpořit nervózní matku starající se o své dítě.“

„Když o něco požádáte a sestra se na vás ani nepodívá a tváří se kysele, to vám na náladě moc nepřidá.“

„Nevhodný přístup bez vroucného, milého slova vůči nemocnému dítěti.“

Položka č. 15 – Ideální sestra dle dětí a jejich rodičů

Ideální sestra pak byla dle dětí předškolního a mladšího školního věku hodnocena formou otevřené otázky popisem obrázku. Z daného popisu, který se týkal charakterových vlastností, vzhledu a náplně práce byly vybrány 3 nejčastější názory a následně zpracovány do tabulek 29, 30, 31. Děti předškolního věku popisovaly ideální sestru jako osobu, která by měla být podobná jejich mamince 13 (39,40%), měla by být hodná, milá 11 (33,33%), přátelská 5 (15,15%). Ideální sestra by dle těchto dětí měla být z estetické stránky usměvavá 14 (48,27%), měla by nosit v práci barevné oblečení 7 (24,14%) a měly by být čisté 5 (17,24%). V hodnocení náplně práce pak popisovali, že sestra odebírá krev 12 (44,44%), měří fyziologické funkce 6 (22,22%) a podává léky 5 (18,52%). Ostatní odpovědi pak z celkového počtu 89 (100,00%) názorů byly zastoupeny v celkovém počtu 11 (12,36%). Děti mladšího školního věku hodnotí vlastnosti ideální sestry tak, že by měla být milá, hodná 17 (38,64%), komunikativní 12 (27,28%), klidná a trpělivá 8 (18,18%). Její vzhled pak popisují, že by měla být usměvavá 12 (34,29%), měla by nosit bílé oblečení 10 (28,57%) a měla by být celkově upravená 6 (17,14%). Mezi její pracovní činnosti patří péče o děti 13 (35,14%), měření fyziologických funkcí 12 (32,42%), odběry krve (16,22%). Ostatní odpovědi z celkového počtu 112 (100,00%) bylo 20 (17,86%). Ideální vlastnosti a vzhled sestry dle předškolních a mladších školních dětí popisují obrázky č. 12, 13.

V hodnocení sester dle dětí staršího školního věku, adolescentů a rodičů zaujímal celkový počet respondentů 120 (100,00%). Ideální vzhled sestry byl hodnocen navíc dle nabídnutých možností, jelikož se počítalo s tím, že mu nebude přikládán velký význam. Z dosažených výsledků vyplývá, že největší hodnota je dle všech věkových skupin věnovaná čistotě a upravenosti sestry 114 (95,00%). Hodnocení osobnostních, pracovních a estetických vlastností sestry spočíval v přiřazení určité vlastnosti důležitost hodnotou od 1 do 5, přičemž číslo 5 označovalo hodnotu, které je přikládán největší význam. Pomocí aritmetického průměru byly zjištěny vlastnosti sester, které respondenti preferují z nabídnutých odpovědí nejvíce. Každá hodnota od 1 do 5 mohla být zvolena maximálně desetkrát. Z analyzovaných dat pak vyplývá, že děti staršího školního věku chtějí sestry spravedlivé (4,75), usměvavé (4,7), tolerantní (4,5), optimistické (4,4), citlivé (4,4) a obětavé (4,35). Adolescenti pak požadují po sestřích upřímnost (4,9), optimismus (4,9), milé chování (4,8), trpělivost (4,65), usměvavost (4,6) a velkorysost (4,6). Rodiče ideál vidí v zodpovědnosti (4,99), spolehlivosti (4,94), trpělivosti (4,9), manuální zručnosti (4,76), důvěryhodnosti (4,63) a spravedlnosti (4,6).

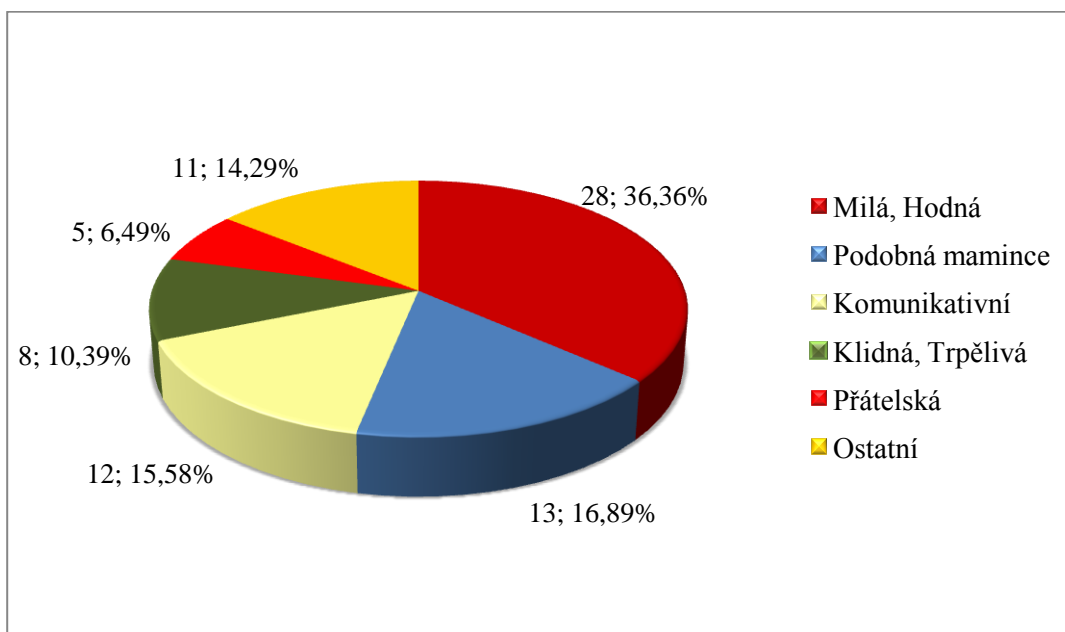
Tab. 29: Ideální sestra dle předškolního věku – charakterové vlastnosti, vzhled

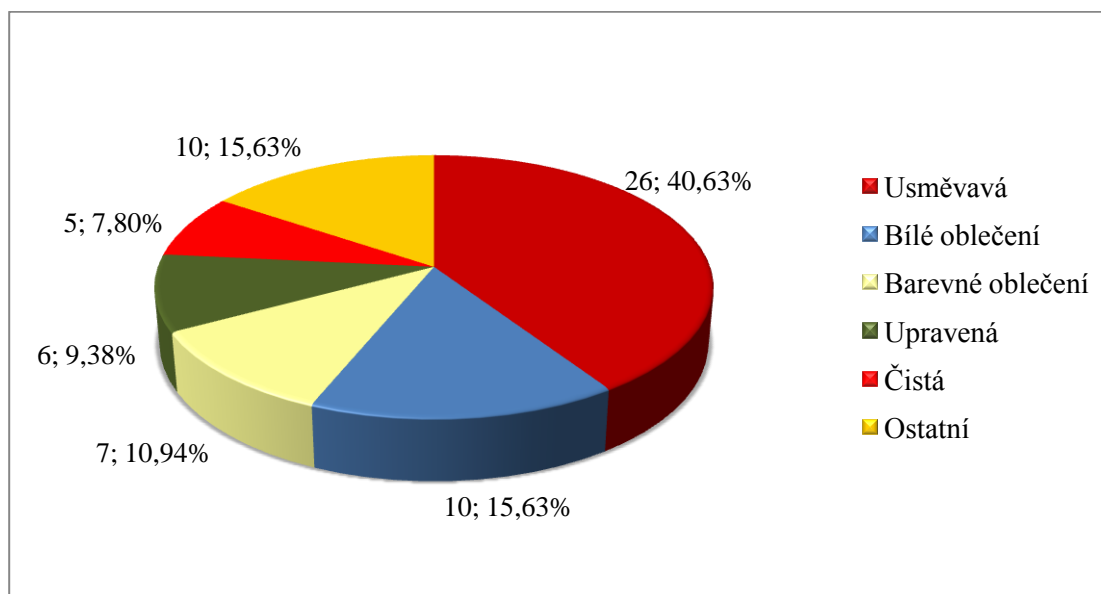
Předškolní věk					
Charakterové vlastnosti			Vzhled		
Vlastnosti	n	%	Vlastnosti	n	%
Podobná mamince	13	39,40%	Usměvavá	14	48,28%
Milá, Hodná	11	33,33%	Barevné oblečení	7	24,14%
Přátelská	5	15,15%	Čistá	5	17,24%
Ostatní	4	12,12%	Ostatní	3	10,34%
Celkem	33	100,00%	Celkem	29	100,00%

Tab. 30: Ideální sestra dle mladšího školního věku – charakterové vlastnosti, vzhled

Mladší školní věk					
Charakterové vlastnosti			Vzhled		
Vlastnosti	n	%	Vlastnosti	n	%
Milá, Hodná	17	38,64%	Usměvavá	12	34,29%
Komunikativní	12	27,28%	Bílé oblečení	10	28,57%
Klidná, Trpělivá	8	18,18%	Upravená	6	17,14%
Ostatní	7	15,90%	Ostatní	7	20,00%
Celkem	44	100,00%	Celkem	35	100,00%

Obr. 12: Ideální sestra – Charakterové vlastnosti dle předškolního a mladšího školního věku



Obr. 13: Ideální sestra – Vzhled dle předškolního a mladšího školního věku**Tab. 31: Ideální sestra dle předškolního a mladšího školního věku – náplň práce**

Předškolní věk			Mladší školní věk		
Náplň práce	n	%	Náplň práce	n	%
Odběr krve	12	44,44%	Péče o děti	13	35,14%
Měření FF	6	22,22%	Měření FF	12	32,42%
Podávání léků	5	18,52%	Odběr krve	6	16,22%
Ostatní	4	14,81%	Ostatní	6	16,22%
Celkem	27	100,00%	Celkem	37	100,00%

Tab. 32: Ideální sestra dle dětí staršího školního věku - vzhled

Ideální vzhled sestry - starší školní věk							
<i>Vzhled</i>	Data	Ano	Asi ano	Spíše ne	Ne	Nepře- mýšlel(a)	Celkem
Čistota, upravenost	n	18	2	0	0	0	20
	%	90,00%	10,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Atraktivita	n	0	6	2	12	0	20
	%	0,00%	30,00%	10,00%	70,00%		100,00%
Štíhlá postava	n	0	0	1	19	0	20
	%	0,00%	0,00%	5,00%	95,00%	0,00%	100,00%
Doplňky	n	3	11	2	4	0	20
	%	15,00%	55,00%	10,00%	20,00%	0,00%	100,00%

Tab. 33: Ideální sestra dle adolescentů - vzhled

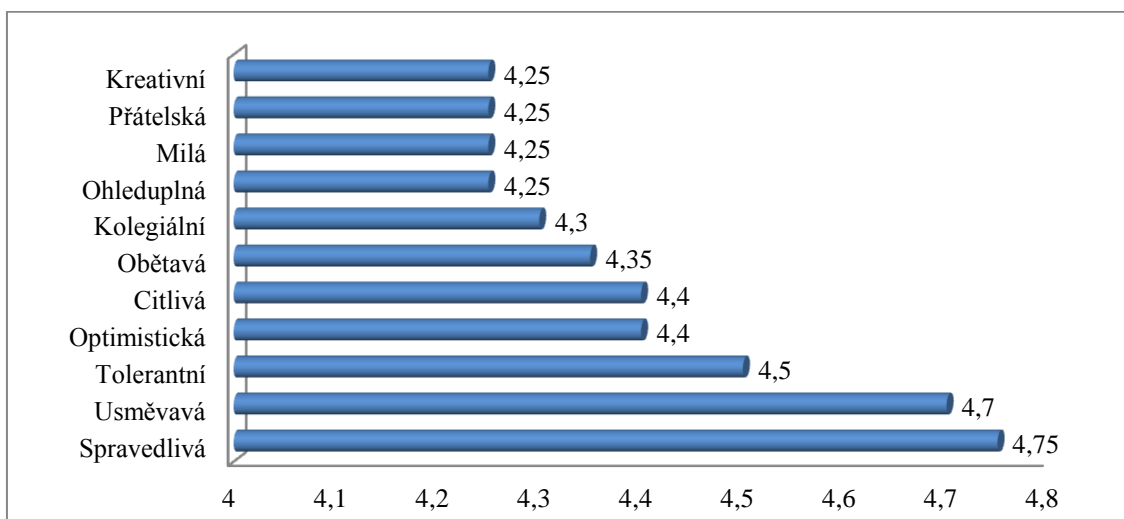
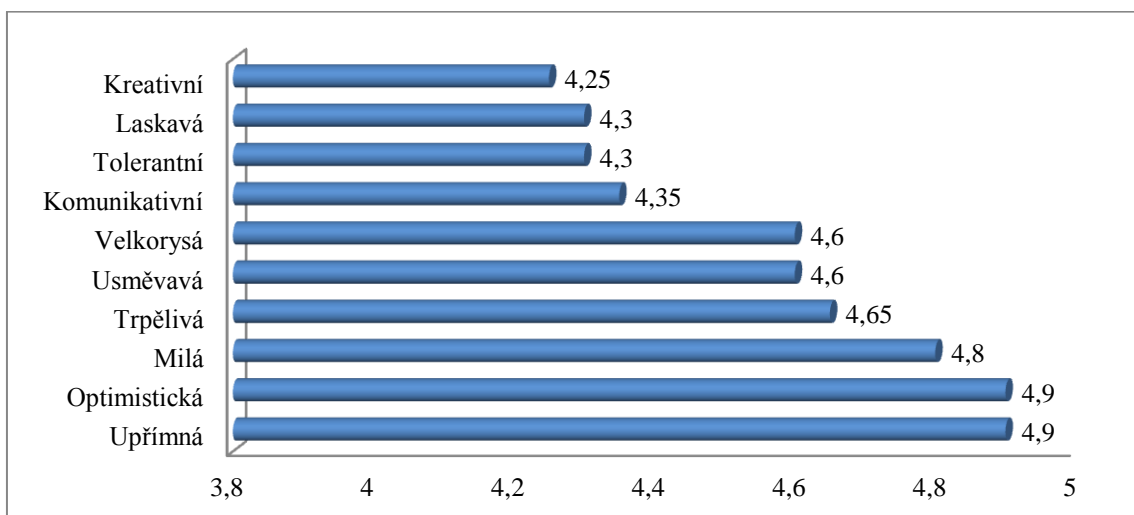
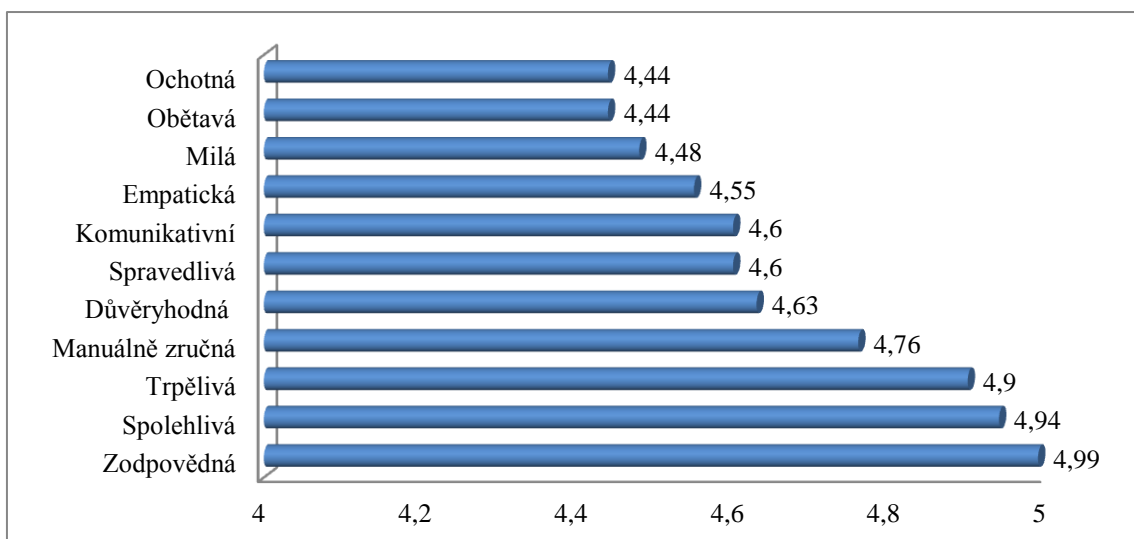
Ideální sestra - adolescence							
<i>Vzhled</i>	Data	Ano	Asi ano	Spíše ne	Ne	Nepře- mýšlel(a)	Celkem
Čistota, upravenost	n	15	5	0	0	0	20
	%	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Atraktivita	n	3	8	0	8	1	20
	%	15,00%	40,00%	0,00%	40,00%	5,00%	100,00%
Štíhlá postava	n	2	0	3	14	1	20
	%	10,00%	0,00%	15,00%	70,00%	5,00%	100,00%
Doplňky	n	0	3	9	4	4	20
	%	0,00%	15,00%	45,00%	20,00%	20,00%	100,00%

Tab. 34: Ideální sestra dle rodičů - vzhled

Ideální sestra – rodiče							
<i>Vzhled</i>	Data	Ano	Asi ano	Spíše ne	Ne	Nepře- mýšlel(a)	Celkem
Čistota, upravenost	n	54	20	4	0	2	80
	%	67,50%	25,00%	5,00%	0,00%	2,50%	100,00%
Atraktivita	n	2	10	42	18	8	80
	%	2,50%	12,50%	52,50%	22,50%	10,00%	100,00%
Doplňky	n	5	15	28	25	7	80
	%	6,25%	18,75%	35,00%	31,25%	8,75%	100,00%

Tab. 35: Ideální sestra dle dětí staršího školního věku, adolescentů a rodičů

Charakteristiky sestry	Rodiče	Adolescence	Starší školní věk
	μ	μ	μ
Ohleduplná	4,75	3,9	4,99
Trpělivá	4,7	4,65	4,94
Tolerantní	4,5	4,3	4,9
Spravedlivá	4,4	4,05	4,76
Upřímná	4,4	4,9	4,63
Usměvavá	4,35	4,6	4,6
Milá	4,3	4,8	4,6
Optimistická	4,25	4,9	4,55
Laskavá	4,25	4,3	4,48
Empatická	4,25	3,45	4,44
Klidná	4,25	4,2	4,44
Přátelská	4,2	4,05	4,23
Obětavá	3,95	3,9	4,2
Citlivá	3,8	4	4,18
Cílevědomá	3,75	3,65	4,06
Velkorysá	3,75	4,6	4,05
Zodpovědná	3,75	4,2	4,01
Kreativní	3,75	4,25	4
Pracovitá	3,65	3,65	3,95
Svědomitá	3,55	3,7	3,95
Manuálně zručná	3,5	3,55	3,84
Spolehlivá	3,5	3,65	3,83
Kolegiální	3,45	3,4	3,79
Ochetná	3,4	3,55	3,75
Předvídavá	3,4	3,85	3,75
Rozhodná	3,3	3,75	3,69
Loajální k lékaři	3,3	3,6	3,64
Schopná organizovat	3,3	3,25	3,56
Pohotová	3,3	3,55	3,55
Důvěryhodná	3,25	3,9	3,49
Komunikativní	3,1	4,35	3,4
Schopna edukace	2,95	3,3	3,2
Upravená	2,8	3,4	3,15
Čistá	2,8	2,9	2,85
Příjemný vzhled	2,8	3,95	2,4
Elegantní	2,6	3,15	2,01
Atraktivní	2,6	2,35	1,56
Mladá	2,3	2,55	1,36

Obr. 15: Charakteristika ideální sestry – starší školní věk**Obr. 16: Ideální charakter sestry – adolescence****Obr. 17: Ideální charakter sestry – rodiče**

Položka č. 16 – Aplikace ideálních vlastností na vlastnosti sester pracujících na dětských odděleních

Položka č. 16, která byla použita pouze u dětí staršího školního věku, adolescentů a rodičů, zjišťovala, zda sestry pracující na dětských odděleních naplňují dle dětských pacientů a jejich rodičů některé charakterové vlastnosti vystihující ideál sestry - viz. tabulky 36, 37, 38 znázorňující rozdíly mezi danými věkovými kategoriemi. Dle celkového počtu respondentů 120 z analyzovaných dat vyplývá, že sestry pracující na dětských odděleních nejčastěji zastupují tyto vlastnosti: zodpovědnost, svědomitost 113 (94,17%), kolegiální 111 (92,50%), optimismus, radost 106 (88,33%), schopnost edukace 104 (86,67%), spravedlnost 102 (85,00%), důvěra 97 (80,83%), ochota 88 (73,33%), manuální zručnost (stejnost) 47 (39,17%), což znázorňuje obrázek č. 18.

Tab. 36: Charakterové vlastnosti sester pracujících na dětských odděleních – starší školní věk

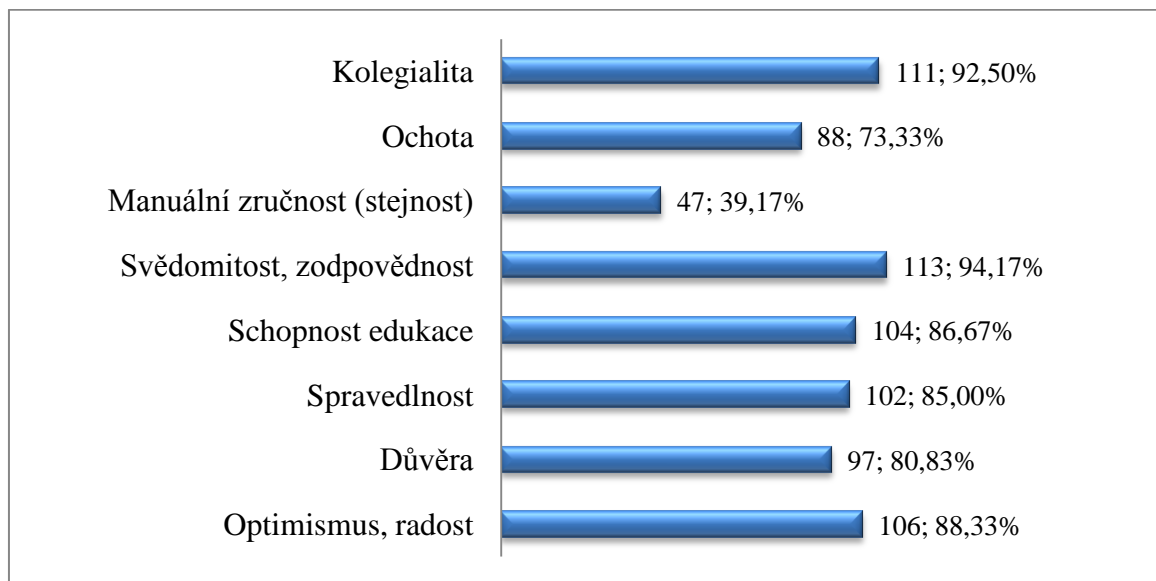
Starší školní věk <i>Charakterové vlastnosti sester</i>	Ano		Ne		Nevím		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Optimismus, radost	18	90,00%	1	5,00%	1	5,00%	20	100,00%
Důvěra	19	95,00%	1	5,00%	0	0,00%	20	100,00%
Spravedlnost	16	80,00%	3	15,00%	1	5,00%	20	100,00%
Schopnost edukace	20	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	20	100,00%
Svědomitost, zodpovědnost	18	90,00%	2	10,00%	0	0,00%	20	100,00%
Manuální zručnost (stejnost)	10	50,00%	10	50,00%	0	0,00%	20	100,00%
Ochota	14	70,00%	6	30,00%	0	0,00%	20	100,00%
Kolegiální	18	19,00%	2	10,00%	0	0,00%	20	100,00%

Tab. 37: Charakterové vlastnosti sester pracujících na dětských odděleních - adolescence

Adolescence	Ano		Ne		Nevím		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Optimismus, radost	15	75,00%	3	15,00%	2	10,00%	20	100,00%
Důvěra	16	80,00%	4	20,00%	0	0,00%	20	100,00%
Spravedlnost	16	80,00%	2	10,00%	2	10,00%	20	100,00%
Schopnost edukace	17	85,00%	3	15,00%	0	0,00%	20	100,00%
Svědomitost, zodpovědnost	19	95,00%	0	0,00%	1	5,00%	20	100,00%
Manuální zručnost (stejnost)	10	50,00%	9	45,00%	1	5,00%	20	100,00%
Ochota	18	90,00%	2	10,00%	0	0,00%	20	100,00%
Kolegialita	17	85,00%	1	5,00%	2	10,00%	20	100,00%

Tab. 38: Charakterové vlastnosti sester pracujících na dětských odděleních - rodiče

Rodiče	Ano		Ne		Nevím		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Optimismus, radost	73	91,25%	3	3,75%	4	5,00%	80	100,00%
Důvěra	62	77,50%	13	16,25%	5	6,25%	80	100,00%
Spravedlnost	70	87,50%	5	6,25%	5	6,25%	80	100,00%
Schopnost edukace	67	83,75%	13	16,25%	0	0,00%	80	100,00%
Svědomitost, zodpovědnost	76	95,00%	2	2,50%	2	2,50%	80	100,00%
Manuální zručnost (stejnost)	37	46,25%	39	48,75%	4	5,00%	80	100,00%
Ochota	56	70,00%	16	20,00%	8	10,00%	80	100,00%
Kolegialita	76	95,00%	2	2,50%	2	2,50%	80	100,00%

Obr. 18: Charakterové vlastnosti sester pracujících na dětských odděleních

3.7 Diskuze

Hlavním záměrem empirické části bylo najít obraz ideální sestry dle dětských pacientů a jejich rodičů. Předem stanovené cíle za pomoci pracovních hypotéz a následné aplikaci statistických metod byly splněny. Znamená to tedy, že v bakalářské práci ohledně ideálu dětské sestry byly utvrzeny preference různých názorů v profesi sestry, zjištěn obraz sesterského ideálu dle dětských pacientů a nastíněn pohled dle rodičů. Následně pak byly aplikovány některé ideální vlastnosti na sestry pracující na dětských odděleních a zjišťováno, zda sestry tyto vlastnosti naplňují.

Distribuce dotazníků proběhla v rámci různých pracovišť na pediatrické klinice ve FN Motol. Pro průzkumné šetření bylo vyhodnoceno celkem 160 dotazníků, z nichž polovinu tvořili dětské pacienti a polovinu pak jejich rodiče.

Úvodní část dotazníků sloužila k získání osobních údajů, ve kterých bylo zjištěno pohlaví a počet hospitalizací dle respondentů. Rozdíly v pohlaví nebyly až tak vysoké, výzkumný soubor tvořilo 44,38% mužů a 55,62% žen. Je zajímavé, že názory na počet hospitalizací se u dětí a jejich rodičů lišily. Děti oproti svým rodičům uvedly o tři názory méně, že jsou v nemocnici poprvé, o jeden názor méně, že se jedná o jejich druhou hospitalizaci a o čtyři více odpovědí u možnosti vícekrát. Tuto rozdílnost přisuzují buďto předchozím negativním zkušenostem z hospitalizace dětí, či nepozornosti při vyplňování dotazníků. U dětí předškolního a mladšího školního věku z důvodu motivace k vyplňování dotazníků byla použita otázka týkající se budoucího povolání, kde děti měly na výběr z různých povolání, popřípadě uvést jiné libovolné povolání. Tato otázka neměla pro účely dalšího zpracování žádný význam.

Druhá část dotazníků obsahovala otázky, jejichž cílem bylo zjistit různé preference v profesi zdravotní sestry. Tato část se vztahovala zejména k důležitosti znalosti jména sestry, preferenci ženského pohlaví a nižšího věku, důležitosti vzdělání, vlivu medií na tuto profesi. U rodičů pak dále pak zkoumala dostatečnou informovanost o zdravotním stavu jejich dítěte, podání informací sestrou, odpovídající platové ohodnocení sester, společenskou prestiž profese. K této části se vztahovaly dvě hypotézy.

V **hypotéze číslo 1** jsem předpokládala, že rodiče považují znalost jména sestry za důležitější než jejich děti. Přestože takřka polovina z celkového počtu respondentů odpověděla negativně (celkem 47,50%), byly v těchto odpovědích daleko častěji zastoupeny děti (32,50% dětí oproti 15,00% dospělých). Významných 26,25% rodičů

znalost jména sestry před 13,13% dětí za důležité považuje. Hypotézu č. 1 lze tedy přijmout. Velmi zajímavé rovněž bylo, že z celkového počtu 21 (13,13%) respondentů, kteří na danou otázku odpověděli možností nevím, bylo 14 (8,75%) rodičů. Dle mého názoru by to měly být spíše děti, které nevědí, zda je pro ně znalost jména důležitá či nikoliv. Odpověď „nevím“ v následující hypotéze byla vypuštěna. Hypotéza 1.1, která navazovala na důležitost znalosti jména sestry a zkoumala ji ve vztahu k počtu hospitalizací, pak předpokládala, že děti, či jejich rodiče, které nejsou v nemocnici poprvé, považují jméno sestry za důležitější než děti, popř. jejich rodiče, které jsou hospitalizovány prvně. Na základě výsledků vypočtených pomocí chí – kvadrát testu lze tuto hypotézu rovněž přijmout. Tato hypotéza byla stanovena na základě pilotní studie, která na tento významný statistický fenomén značně poukazovala. Můžeme tedy tvrdit, že s rostoucím počtem hospitalizací dětí roste důležitost znalosti jména ošetřující sestry. Na základě těchto dvou hypotéz lze s významným závěrem prohlásit, že právě u rodičů, kteří mají své dítě opakovaně hospitalizováno, je potřeba znalosti jména sestry nejdůležitější.

U další položky týkající se preference ženského pohlaví u profese sestry byla stanovena **hypotéza číslo 2**, ve které jsem předpokládala, že děti budou více preferovat v sesterské profesi ženské pohlaví před mužským. Z analyzovaných výsledků vyplývá, že až 56,25% respondentů nepreferuje v povolání sestry ženské pohlaví. 19,38% dětí odpovědělo, že preferuje u sestry ženské pohlaví, což však bylo pouze o jednoho respondenta méně než u rodičů, kteří udávali tuto preferenci ve 20,00%. Preference ženského pohlaví sestry, k němuž se vztahovala hypotéza č. 2, se tedy nepotvrdila. S touto hypotézou byla úzce spjata hypotéza 2.1, která předpokládala, že ženy a dívky budou více preferovat ženy v sesterské profesi než muži a chlapci, zvláště pak v mladším věku z důvodu větší důvěry ke stejnému pohlaví. Ze stanovené hypotézy, která byla vypočítána pomocí chí – kvadrát testu, vyplynulo, že ženy a dívky opravdu více preferují (52,87%) u sester ženské pohlaví než muži a chlapci (25,76%). Odpověď „nevím“ (4,38%) jsem z testovaného vzorku, který zkoumal hypotézu 2.1, vypustila. Hypotéza 2.1 tedy mohla být přijata. Na základě obou hypotéz lze tvrdit, že ženy a dívky více preferují ženské pohlaví sestry s téměř vyváženým rozdělením mezi dětmi i rodiči. Celkový počet respondentů však ženské pohlaví nepreferuje. V dnešní době mnoho mužů vykonává profesi sestry, proto by bylo dle mého názoru poněkud diskriminující preferovat pouze ženy z důvodu, že mají historicky k tomuto povolání blíže než muži.

Z položky týkající se preference nižšího věku vyplynulo, že 51,25% respondentů a priori nepreferuje nižší věk sester. K této otázce se vztahuje **hypotéza číslo 3**, ve které jsem předpokládala, že děti budou preferovat nižší věk sestry z důvodu lepší vzájemné spolupráce než rodiče, kteří budou preferovat starší sestry se zkušenostmi. Rovněž předpokládám, že z hlediska kvality péče budou rodiče klást vyšší důraz na vzdělání. S ohledem na výsledky vlastního šetření lze hypotézu číslo 3 přijmout, jelikož 28,75% dětí preferuje nižší věk sestry na rozdíl od 16,25% rodičů. Z následující položky lze pak vyčíst, že rodiče v 35,71% považují vzdělání sester za důležité, na rozdíl od dětí, které odpovídaly totožně v 27,86% případů. Celkem tedy 63,75% respondentů považuje vzdělání sester za významnou složku v této profesi. 27,89% respondentů nepovažuje vzdělání za důležité, přičemž je převážně tvoří rodiče (18,57%).

K dalším otázkám v této oblasti nebyly stanoveny hypotézy, avšak výsledky přináší některé důležité poznatky, proto je ve zkrácené verzi uvádím. Média mají vliv v utváření pohledu na sestru v 37,50%. Otázky týkající se pouze rodičů pak poukazují na to, že rodiče jsou v 95,00% dle jejich názoru dostatečně informováni o zdravotním stavu jejich dítěte a až 51,25% z nich byla o zdravotním stavu dítěte informována sestrou. Zajímavostí je, že 41,25% respondentů uvedlo, že nikdy nezískali informace o zdravotním stavu dítěte od sester. Tři respondenti dokonce doplnili odpověď o údaj, že sestry nemají kompetence k podávání informací o zdravotním stavu pacienta. Je tedy možné, že mezi respondenty byly i matky, které měly ke zdravotnickému povolání blízko. Z otázky zajímavější se o názor respondentů ohledně odpovídajícího platového ohodnocení vyplynulo, že pouhých 6,25% respondentů považuje platy sester odpovídající jejich náplni práce. Profese sestry dle respondentů není v 60,00% povoláním s vysokou společenskou prestiží. S jistou dávkou literární licence se nabízí otázka: „Která povolání jsou prestižnější než profese pomáhající lidem ve všech nesnázích?“

Závěrečná část vytváří obraz ideální sestry jak z pohledu dětí, tak rodičů. Tato část obsahuje popis nevhodných atributů sestry od všech věkových kategorií respondentů. Dle názorů dětí lze soudit, že sestra by neměla být zlá (26,49%), nepříjemná (22,52%) a netrpělivá (8,61%). Podle rodičů by pak neměla být neprofesionální (33,82%), neměla by mít záporný vztah k dětem (27,20%) a neměla by být nešikovná (24,27%). Z celkového počtu odpovědí lze soudit, že některé kategorie respondentů se k odpovědím nevyjádřily dostatečně. Na děti předškolního věku připadá 1,15 odpovědí na jednoho respondenta, na děti mladšího školního věku 1,8, na děti

staršího školního věku 2,4, na adolescenty 2,2 a na rodiče 1,7. Tohoto nedostatku jsem si vědoma u předškolních a mladších školních dětí, jelikož od některých již nebylo možné potřebné údaje získat, některé děti již tato otázka nebavila, jiným se však tato otázka popisovala mnohem lépe než hodnocení ideálních vlastností. U ostatních dětí a rodičů byly některé tabulky nevyplněné, v některých případech byla uvedena pouze jedna odpověď, ostatní respondenti vyplňovali dotazníky pečlivěji a doufám, že z jejich názorů dostatečně vyplývají nevhodné atributy sester. Ohledně vzhledu by dle dětí neměla být neupravená (30,19%), špinavá (12,26%), nadměrně naličená (12,26%). Podle rodičů neupravená (36,55%), vzhled nerozhoduje (30,11%), extravagantní (23,66%). V tomto případě na děti předškolního věku připadá 1,1 odpovědi, na děti mladšího školního věku 1,35, na děti staršího školního věku 1,6, na adolescenty 1,25 a na rodiče 1,16. Ostatní uvedené odpovědi lze nalézt v předchozí kapitole (Kapitola 3.5 – výsledky vlastní práce). K této položce se pak vztahovala otázka týkající se setkání s nevhodným chováním sestry. Z uvedených odpovědí vyplývá, že 70,00% respondentů se s nevhodným chováním sestry nikdy nesesetkalo. Rodiče, kteří udali zkušenost s nevhodným chováním sester, pak nevhodný přístup popsali, což lze rovněž nalézt v předchozí kapitole. Ze skupiny všech dotazovaných dětí uvedlo setkání s nevhodným chováním 36,25%, rodiče pouze v 7,50%. Je možné, že rodiče mohli pociťovat strach i přesto, že sestry na odděleních k vyplněným dotazníkům neměly přístup.

Dalším celkem bylo hodnocení ideální sestry z hlediska osobnostní, pracovní a estetické stránky. Děti předškolního věku a mladšího školního věku popisovaly obrázek sestry, starší děti, adolescenti a rodiče pak vybírali z určitých vlastností ty, kterým přiřadili největší důležitost číslem 5 a důležitost nejmenší číslem 1. Z analyzovaných výsledků vyplývá, že dle dětí předškolního a mladšího školního věku by sestra měla být po osobnostní stránce milá, hodná (36,36%), podobná mamince (16,89%), komunikativní (15,58%), klidná, trpělivá (10,39%) a přátelská (6,49%). Vzhledově pak tyto děti přiřadily důležitost úsměvu (40,63%), bílému oblečení (15,63%) dle mladšího školního věku, barevnému oblečení (10,94%) pak dle předškoláků. Dalšími významnými odpověďmi byla upravenost (9,38%), čistota (7,80%). Ostatní zajímavé odpovědi, z hlediska charakterových vlastností, estetické stránky i pracovních dovedností, jsou uvedeny v předchozí kapitole (Kapitola 3.5 – Výsledky vlastní práce). Jako náplň práce sestry uvedly předškolní a mladší školní děti širší škálu odpovědí, které pro účel práce zahrnujeme pod pojem „měření fyziologických funkcí“ (28,13%), dále odběr krve (28,13%), péče o děti (20,31%) a podávání léků (7,81%). Osobnostní

předpoklady obsahovaly z celkového počtu 40 dětí (100,00%) 77 odpovědí, estetické 64 a pracovní rovněž 64. Dle nejčtenějších odpovědí jsem pro předškolní a mladší školní věk stanovila tento žebříček priorit: milá, hodná (n = 28), usměvavá (n = 26), sestra odebírá krev (n = 18), měří fyziologické funkce (n = 13), měla by být podobná mamince (n = 13) a komunikativní (n = 12). I přesto, že děti uváděly usměvavá v estetických vlastnostech, dle mého názoru úsměv patří spíše do osobnostních rysů. Z uvedených odpovědí jasně vyplývá, že pro tyto děti jsou velmi důležité osobnostní předpoklady sestry, tj. jak by se k nim sestra měla chovat, jak by s nimi měla jednat. Dále pak často uvádějí pracovní charakteristiky, přičemž lze usuzovat, že jsou uváděny z toho důvodu, že se s nimi setkávají každý den, či mají s některými z nich špatné zkušenosti. Estetika pro ně nehraje až tak důležitou roli. V hodnocení vzhledu, dle dětí staršího školního věku, adolescentů a rodičů na základě navržených otázek, jednoznačně vítězí čistota a upravenost sestry (114 ze 120 dotazovaných). Dle staršího školního věku nezáleží na atraktivitě (14 z 20 respondentů), ani na štíhlé postavě (20 z 20 respondentů). Adolescenti atraktivitu považují za důležitou (kladná odpověď v 11 případech z 20), štíhlá postava pak nehraje roli (záporná odpověď v 17 případech z 20). Rodiče hodnotili pouze atraktivitu, která v povolání sestry nehraje roli (60 z 80), avšak u 12 respondentů roli hraje. Dotazníky pak dokládají, že všech těchto 12 respondentů bylo mužského pohlaví. Otázku týkající se doplňků hodnotili starší školáci kladně (n = 14), adolescenti záporně (n = 13) a rodiče rovněž spíše záporně (n = 53) přesto, že 20 respondentů z řady rodičů uvedlo, že sestra by doplňky v podobě šperků při práci nosit mohla. Ohledně charakteru sestry dle dětí staršího školního věku, adolescentů a rodičů lze říci, že každá tato věková skupina má odlišný názor na ideál sestry. Pro děti staršího školního věku jsou důležité spravedlivost (4,75), usměvavost (4,7), tolerance (4,5), optimismus (4,4), citlivost (4,4), obětavost (4,35), kolegiálnost (4,3), ohleduplnost (4,25), milost (4,25), přátelství (4,25) a kreativita (4,25). Nelze se divit, že v tomto období bouřlivých změn lze pozorovat tyto preference. Adolescenti popisují ideál vlastnostmi, jako jsou upřímnost (4,9), optimismus (4,9), milost (4,8), trpělivost (4,65), usměvavost (4,6), velkorysost (4,6), tolerance (4,3), laskavost (4,3) a kreativita (4,25). Rodiče pak hodnotí ideální sestru jako osobu zodpovědnou (4,99), spolehlivou (4,94), trpělivou (4,9), manuálně zručnou (4,76), důvěryhodnou (4,63), spravedlivou (4,6), komunikativní (4,6), empatickou (4,55), milou (4,48), obětavou (4,44) a ochotnou (4,44) bytost.

Na základě této části průzkumu lze tedy vystopovat více pragmatický přístup dospělých, u nichž jsou požadavky na ideál sestry jasně definovány již před hospitalizací

v kontrastu s dětmi staršího školního věku a adolescenty, kteří svůj přístup teprve formují v průběhu hospitalizace. Tyto děti pak kladou větší důraz na vztah sester k nim samotným než na postoj sester ke své profesi. Zdá se tedy, že zatímco rodiče porovnávají svůj předdefinovaný ideál s realitou, děti svůj ideál teprve vytvářejí na základě čerstvé osobní zkušenosti. V souladu s **hypotézou číslo 4** můžeme tvrdit, že děti kladou větší důraz na osobnostní rysy sestry, rodiče pak na rysy profesní. V posledním úseku hodnocení ideálu sestry byly některé vlastnosti, které patří k ideálními, aplikovány na sestry pracující na klinikách dětských pracovišť. Starší školní děti, adolescenti a rodiče tedy měli za úkol odpovědět na otázky vztahující se k jejich ošetřujícím sestrám. Tyto otázky se týkaly zejména charakterových vlastností, celkový počet respondentů byl 120. Tito respondenti pak označili, že sestry z daných pracovišť jsou v 94,17% svědomité a zodpovědné, v 92,50% kolegiální, v 88,33% optimistické a radostné, v 86,67% schopné edukovat, v 85,00% spravedlivé, v 80,83% k nim mají respondenti důvěru, v 85,00% jsou spravedlivé, v 73,33% ochotné a v pouhých 39,17% všechny stejně manuálně zručné. Toto hodnocení bylo velmi překvapivé. Nečekala jsem, že kromě shody v manuální zručnosti budou ostatní ideální vlastnosti, aplikované na sestry, kladně hodnoceny nadpoloviční většinou. Jednotlivé charakterové vlastnosti jsou z hlediska jednotlivých kategorií rozebrány v kapitole 3.6. Výsledky vlastní práce. Na základě poslední položky, aplikace ideálních vlastností na sestry v praxi, lze **hypotézu číslo 5 přijmout**, ne-li říci, že dopadla ještě lépe, než bylo očekáváno. Sestry na dětských odděleních očima dětských pacientů a jejich rodičů z hodnocení nadpoloviční většiny naplňují stanovené ideální vlastnosti.

Myslím si, že i přesto, že očekávané cíle byly splněny a pracovní hypotézy vypočteny, dá se na bakalářské práci obrazu „ideální sestry“ leccos zlepšovat. Jsem si vědoma toho, že k utváření skutečného ideálu by bylo zapotřebí mnohem většího počtu respondentů. Tato práce se snaží nastínit alespoň hrubý obraz „ideálu“ se všemi aspekty, které k němu patří. I přesto, že k průzkumnému šetření nebylo využito většího počtu respondentů a práce zajisté nenese všechny znaky ideálních vlastností, pevně doufám, že nastínění toho obrazu se vyvedlo a pomůže alespoň zčásti sestrám pracujících na dětských odděleních jakožto předloha k tomu, co si děti a jejich rodiče přejí.

4 Závěr

Závěrem bych chtěla říci, že názory lidí jsou různé a proto taky každý jedinec bude hledat ideál v něčem jiném. Pro jednoho může být ideálem jeho rodina, pro druhého zase oblíbená celebrita. Někdo vidí ideál denně kolem sebe, jiný si jej zas vytváří pouze ve svých snech. Ideál je vlastní ocenění člověka, které nelze nikomu darovat, ani vnutit. Znamená to tedy, že to, co pro jednoho člověka může být ideální, pro druhého být ideální nemusí. Celé je to o lidech, o jejich názorech, postojích a snech. Sny a mnohdy nereálné myšlenky nám dávají možnost výběru, možnost myšlenkové přeměny nereálnosti ve skutečnost.

Bakalářská práce „Ideální sestra očima dětských pacientů a jejich rodičů“ se snaží nastínit „univerzální sesterský ideál“ jak z pohledu nejmenších lidských stvoření, přes starší děti, tak z pohledu jejich ochránců, rodičů. Očima nejmenších respondentů by měla být sestra podobná tomu nejdražšímu, co mají – mamince, milá, hodná a přátelská. Úsměv na její tváři by měl být trvalý, čistota a barevnost oblečení jsou v této profesi nezbytné. Z pohledu dětí mladšího školního věku by sestra měla být milá, hodná, komunikativní a při své práci s dětmi mít obrovskou dávku trpělivosti. Nezbytností estetického hlediska je pak bílé oblečení a upravenost. Úsměv, jako trvalá hodnota, rovněž stojí na prvním místě. Děti staršího školního věku vidí ideál ve spravedlnosti, usměvavosti, toleranci a optimismu, adolescenti pak v upřímnosti, optimismu, milém vystupování a trpělivosti. Rodiče dětských pacientů jsou přesvědčeni o tom, že hlavní hodnota ideálu spočívá v zodpovědnosti, spolehlivosti, toleranci a manuální zručnosti.

Já vidím ideál ve snaze se těmito vlastnostem přiblížit. Není jednoduché být někým, či něčím, co si ostatní přejí. Každý z nás je unikátní a trvalá snaha se něčemu podobat není správná. Vlastnosti vytváří osobnost. Těmito vlastnostem se nelze naučit, člověk se s nimi již narodí. Postupem času některé z nich přijmeme, jiné zase odmítneme. Je to v lidech. Proto si dovoluji parafrázovat více než dvě stě let staré myšlenky osvíceného filozofa Immanuela Kanta, a sice že ne každý umí daný ideál naplnit, ale měl by se mu svými činy pokoušet alespoň přiblížit. I přesto, že nikdo není dokonalý, úsměv na tváři nic nestojí, a přesto v ostatních zanechá stopu uspokojení a štěstí. Jsem přesvědčena o tom, že „nikdo není tak chudý, aby úsměv nemohl darovat“.

„A v čem vidíte ideál sestry Vy?“

REFERENČNÍ SEZNAM

1. BOLEDOVIČOVÁ, Mária a kol. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*, 2. vyd., Martin: Osveta, 2006. 209 s. ISBN 80-80063-211-1.
2. CABAJOVÁ, Veronika; BÁRTLOVÁ, Sylva. Hospitalizace dítěte z pohledu doprovázející osoby. *Pediatric pro praxi*, 2009, roč. 10, č. 3, s. 196-197. ISSN 1213-0494.
3. CAMPBELL S, O'MALLEY C, WATSON D, CHARLWOOD J, SUSAN M & LOWSON SM (2000) The image of the children's nurse: a study of the qualities required by families of children's nurses' uniform. *Journal of Clinical Nursing* 9, 71-82.
4. ČECHOVÁ, Věra et al. *Psychologie a pedagogika II: pro střední zdravotnické školy*. Vyd. 1. Praha: Informatorium, 2004. ISBN 978-807-3330-286.
5. ČECHOVÁ, Věra, MELLANOVÁ, Alena, ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie*. 4. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, 173 s. ISBN 80-701-3386-4.
6. DAVID, Roman. *Listina základních práv a svobod*. 3. přep. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2001, 259 s. ISBN 80-718-2109-8.
7. *Dějiny sociologie: Max Weber* [online]. 2013 [cit. 2013-04-24]. Dostupné z: <http://www.dejiny sociologie.cz/max-weber/>
8. *Děti v nemocnici* [online]. 2006-7 [cit. 2013-04-24]. Dostupné z: <http://www.detivnemocnici.cz/>
9. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-806-3227-8.
10. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Michal KLIMOVIČ. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005, 414 s. ISBN 80-701-3427-5.

11. GOLDMANN, Radoslav a Martina CICHÁ. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 978-802-4409-078.
12. GROLIGOVÁ, Lenka. Komunikace s handicapovanými dětmi v nemocniční péči. *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 7-8, s. 31-32. ISSN: 1210-0404.
13. HLADÍKOVÁ, Lenka; ŠMÍDOVÁ, Alena. Jak to bude se vzděláváním zdravotnických pracovníků? *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 11, s. 14-15. ISSN: 1210-0404.
14. HOPIA H, TOMLINSON PS, PAAVILAINEN E & ASTEDT-KURKI P. Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of clinical nursing*, 2005, number 12, p. 212-222.
15. *Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Ošetrovatelská péče v pediatrii* [online]. [cit. 2013-04-24].
Dostupné z:
http://www.zsf.jcu.cz/studium/informace-pro-uchazece-o-studium/prijimaci-rizeni/info_2007/osetrovatelstvi-nav-mag-studium/
16. KÁBRT, Milan. *Aplikovaná statistika: Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce* [online]. 2009 [cit. 2013-04-24].
Dostupné z: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>
17. KLÍMA, Jiří. *Pediatrie*. Vyd. 1. Praha: Eurolex Bohemia, 2003, 320 s. ISBN 80-864-3238-6.
18. KLEVETOVÁ, Dana. Vyznáte se sami v sobě? *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 5, s. 17-18. ISSN 1210-0404.
19. KRÁLOVEC, Jiří a KRÁLOVCOVÁ, Markéta. Děti a rodiče v nemocnici. Hospitalizace dětí a problémy s ní spojené. *APERIO*, 2007, roč. 6, č. 5, s. 22-25. ISSN 1214-7389.
20. KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004, 211 s. ISBN 80-806-3160-3.

21. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 951 s. ISBN 80-247-0668-7.
22. MACHOVÁ, Alena; BRABCOVÁ, Iva. Úloha sestry v zajištění herních aktivit hospitalizovaných dětí. *Kontakt*, 2010, roč. 12, č. 2, s. 144-150. ISSN 1212-4117.
23. MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3., přepracované vyd. Jinočany: Nakl. H&H, 2001, 147 s. ISBN 80-860-2292-7.
24. MAROUNKOVÁ, Jana. Dětská sestra a ošetrovatelství. *Nemocniční listy*, 2006, roč. 7, č. 2, s. 14-15. ISSN 1802-0224.
25. MARTINKOVÁ, Vlasta. Komunikace s dětským pacientem. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2008, roč. 4, č. 4, s. 24-25. ISSN 1801-1349.
26. MIČUDOVÁ, Erna. Zamyšlení nad postavením sester v české společnosti. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 5, s. 20. ISSN 1210-0404.
27. *Ministerstvo zdravotnictví: Nové vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.* [online]. 2010 [cit. 2013-04-24].
Dostupné z:
http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/nove-vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarске-zdravotnicke-pracovniky-dle-narizeni-vlady-c-sb_4225_941_3.html
28. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Specializační vzdělávání* [online]. 2010 [cit. 2013-04-24].
Dostupné z:
http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/specializacnivzdelavani_1765_935_3.html
29. NAŘÍZENÍ VLÁDY ze dne 11. ledna 2010, o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Sbírka zákonů ČR č. 31/2010.

30. Nařízení vlády 31/2010 Sb.: o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí [online]. 2010 [cit. 2013-04-24].
Dostupné z:
https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:5N5zfWGXUuMJ:www.cнна.cz/docs/tiskoviny/narizeni_vlady_32_2010.pdf+&hl=cs&gl=cz&pid=bl&srcid=ADGEESiq4toTT9YHdW7CAsNaUtqPE0FCKINfm1UjC_EM04Q09in5VkcaLuWwIUC4FSy9jpU49t7CK488ZNjK3mOKnevHzvtY-6fVVCqANWLWw07DqIVVPd6OVpWQuhVi2JUBB-Z51zxD&sig=AHIEtbQmDJUzMUllbnmeqIgjUNjqTQNT1w
31. ONDRIOVÁ, Iveta; SINAIOVÁ, Anna. Prevence psychických problémů u dětí v souvislosti s chirurgickým zákrokem. *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 4, s. 34-36. ISSN 1210-0404.
32. Organizace spojených národů: Úmluva o právech dítěte [online]. 2005 [cit. 2013-04-24].
Dostupné z:
<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>
33. Ostravská univerzita v Ostravě: Ošetrovatelská péče v pediatrii [online]. 2006 [cit. 2013-04-24].
Dostupné z: <http://lf.osu.cz/index.php?kategorie=154&id=10445>
34. PACOVSKÝ, Vladimír; JURÁSKOVÁ, Dana; HOROVÁ, Hana. Lékaři a sestry - dialog o profesních rolích a kompetencích. *Časopis lékařů českých*, 2008, roč. 147, č. 8, s. 434-436. ISSN 0008-7335.
35. PETRÁČKOVÁ, Věra; KRAUS, Jiří, a kol. *Akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha : Academia, 2000. 834 s. ISBN 80-200-0607-9.
36. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 285 s. ISBN 978-802-4735-573.

37. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 247 s. ISBN 978-802-4729-688.
38. PŘEDPIS č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Sbírka zákonů MZ ČR č. 55/2011, s platností od 14. 3. 2011.
39. PTÁČKOVÁ, Blanka. *Role a osobnost sestry, její profesionalita* [online]. [cit. 2013-04-24].
Dostupné z:
https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:0aopP6BEhXIJ:skripta.kachitta.net/tul/uzs/tos06.ppt+&hl=cs&gl=cz&pid=bl&srcid=ADGEEShAtL1vVR4Y6mAgRiMMpSIO-sr6qxoAYuj8xA7-D2MPkpCmi2UCwzOfoPVaiwuvFoPK5e1Kb7rsIqJI_jmbyTWD7HA8W9Bs71CTEANcjZor_gkR3B8yHIvX6m_SxQAqfwyGfHWH&sig=AHIEtbQ6DCsHpCt_5vbQPkATiSCmv4RAFA
40. ROOHAFZA H, PIRNIA A, SADEGHI M, TOGHIANIFAR N, TALEI M & ASHRAFI M (2008) Impact of nurses clothing on anxiety of hospitalised children. *Journal of Clinical Nursing* 18, 1953–1959.
41. ROZSYPALOVÁ, Marie a Alena ŠAFRÁNKOVÁ. *Ošetřovatelství I: pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002, 231 s. ISBN 80-860-7396-3.
42. ROZSYPALOVÁ, Marie a Marta STAŇKOVÁ. *Ošetřovatelství I/1: pro střední zdravotnické školy*. 2. přeprac. vyd. Praha: Informatorium, c1996, 234 s. ISBN 80-854-2793-1.
43. SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. ISBN 978-802-4716-138.
44. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství v pediatrii*. Praha: Grada, 2010, 280 s. ISBN 978-802-4732-862.

45. *Slovník cizích slov: Ideál* [online]. 2005-2006 [cit. 2013-04-24].
Dostupné z:
[http://slovníkcizichslov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=ide%
E1](http://slovníkcizichslov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=ide%E1)
46. *Slovník cizích slov: Image* [online]. 2005-2006 [cit. 2013-04-24].
Dostupné z:
[http://slovník-cizich-
slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=image](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=image)
47. STAŇKOVÁ, M. České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry. Sestra – reprezentant profese. IDVZP, Brno, 2002, ISBN: 80-7013-368-6.
48. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
49. ŠEBESTOVÁ, Nela. Úprava a odívání sester. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 7-8, s. 35-36. ISSN 1210-0404.
50. ŠIMEK, Jiří. Dětský pacient. *Dimenze moderního zdravotnictví*, 2007, roč. 1, č. 2, s. 38. ISSN 1802-4084.
51. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-717-2841-1.
52. ŠKUBOVÁ, Jarmila. Pracovní oděvy zdravotníků nelékařů. *Florence*, 2012, roč. 8, č. 2, s. 35-37. ISSN 1801-464X.
53. ŠKUBOVÁ, Jarmila. „Velká“ novela zákona č. 96/2004 Sb. *Florence*, 2011, roč. 7, č. 7-8, s. 3-4. ISSN 1801-464X.
54. ŠKUBOVÁ, J.; CHVÁTALOVÁ H. *Sestra - O životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. Brno: NCO NZO, 2004. 140 s. ISBN 80-7013-407-0.

55. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-807-2625-994.
56. ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. Informovaný souhlas v pediatrii. *Pediatric pro praxi*, 2007, roč. 8, č. 2, s. 119-121. ISSN 1213-0494.
57. TOLES, Angela. Artificial Nails: Are They Putting Patient at Risk? A Review of The Research; *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 2002, number 19, p. 164-171.
58. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009, 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
59. VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2009, 176 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
60. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
61. VERWEY, M; JOOSTE, K (2009) Managerial guidelines to support parents during the hospitalisation of their children in a private paediatric unit. *Curationis*, 9 , 47-59.
62. VINCENTOVÁ, Dana. Preventivní prohlídky v pediatrii, role dětské sestry v primární péči. *Pediatric pro praxi*, 2007, roč. 8, č. 2, s. 116-118. ISSN 1213-0494.
63. VONDRÁČEK, Jan. Práva a povinnosti dětí a rodičů při poskytování zdravotní péče. *Dimenze moderního zdravotnictví*, 2007, roč. 1, č. 2, s. 65. ISSN 1802-4084.
64. VORLÍČKOVÁ, Hilda; ČERNÁ – ŠÍPKOVÁ, Hana. Moderní pojetí sestry. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 4, s. 4. ISSN: 1210-0404.

65. VYBÍHALOVÁ, Lenka. Komunikační dovednosti při práci sestry. *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 1, s. 28. ISSN 1210-0404.
66. ZÁKON č. 96 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně ně, kterých souvisejících zákonů - zákon o nelékařských zdravotnických povolání, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 30, 2004.
67. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 978-802-4720-685.
68. *Západočeská univerzita v Plzni: Ošetrovatelská péče v pediatrii* [online]. 1991-2013 [cit. 2013-04-24].
Dostupné z:
http://fzs.zcu.cz/media/news/index.html?file=/media/news/2012/prijimaci_rizeni.html
69. ZOUHAROVÁ, Alena. Způsobilost k výkonu povolání dětské sestry. *Pediatric pro praxi*, 2005, roč. 6, č. 1, s. 29-30. ISSN 1213-0494.

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů
- Tabulka č. 2: Počet hospitalizací
- Tabulka č. 3: Důležitost jména sestry
- Tabulka č. 4: Důležitost jména sestry vztahující se k celkovému počtu hospitalizovaných dětí z pohledu dětí i rodičů
- Tabulka č. 5: Pozorované a očekávané četnosti – důležitost jména sestry
- Tabulka č. 6: Výsledky statistického testování – důležitost jména sestry
- Tabulka č. 7: Preference ženského pohlaví sestry
- Tabulka č. 8: Preference ženského pohlaví sestry v závislosti na pohlaví respondentů
- Tabulka č. 9: Pozorované a očekávané četnosti – preference pohlaví sestry
- Tabulka č. 10: Výsledky statistického testování – preference pohlaví sestry
- Tabulka č. 11: Preference nižšího věku sestry
- Tabulka č. 12: Důležitost vzdělání sestry
- Tabulka č. 13: Vliv médií na povolání zdravotní sestry
- Tabulka č. 14: Dostatečná informovanost o zdravotním stavu dítěte
- Tabulka č. 15: Podání informací o zdravotním stavu dítěte sestrou
- Tabulka č. 16: Odpovídající platové ohodnocení sester
- Tabulka č. 17: Vysoká prestiž povolání sestry
- Tabulka č. 18: Nevhodné charakterové vlastnosti sestry – předškolní věk
- Tabulka č. 19: Nevhodné charakterové vlastnosti sestry – mladší školní věk
- Tabulka č. 20: Nevhodné charakterové vlastnosti sestry – starší školní věk
- Tabulka č. 21: Nevhodné charakterové vlastnosti sestry - adolescence
- Tabulka č. 22: Nevhodné charakterové vlastnosti sestry - rodiče
- Tabulka č. 23: Nevhodný vzhled sestry – předškolní věk
- Tabulka č. 24: Nevhodný vzhled sestry – mladší školní věk
- Tabulka č. 25: Nevhodný vzhled sestry – starší školní věk
- Tabulka č. 26: Nevhodný vzhled sestry - adolescence
- Tabulka č. 27: Nevhodný vzhled sestry - rodiče
- Tabulka č. 28: Setkání s nevhodným chováním sestry
- Tabulka č. 29: Ideální sestra dle předškolního věku – charakterové vlastnosti, vzhled
- Tabulka č. 30: Ideální sestra dle mladšího školního věku – charakterové vlastnosti, vzhled

Tabulka č. 31: Ideální sestra dle předškolního a mladšího školního věku – náplň práce

Tabulka č. 32: Ideální sestra dle dětí staršího školního věku - vzhled

Tabulka č. 33: Ideální sestra dle adolescentů - vzhled

Tabulka č. 34: Ideální sestra dle rodičů - vzhled

Tabulka č. 35: Ideální sestra dle dětí staršího školního věku, adolescentů a rodičů

Tabulka č. 36: Charakterové vlastnosti sester pracujících na dětských odděleních – starší školní věk

Tabulka č. 37: Charakterové vlastnosti sester pracujících na dětských odděleních - adolescence

Tabulka č. 38: Charakterové vlastnosti sester pracujících na dětských odděleních - rodiče

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Pohlaví respondentů (sloupcový graf)

Obrázek č. 2: Počet hospitalizací – průměrný počet (výsečový diagram)

Obrázek č. 3: Budoucí povolání – předškolní věk (výsečový diagram)

Obrázek č. 4: Budoucí povolání – mladší školní věk (výsečový diagram)

Obrázek č. 5: Důležitost jména sestry – porovnání dětí a rodiče (sloupcový graf)

Obrázek č. 6: Preference ženského pohlaví sestry – porovnání dětí a rodiče (sloupcový graf)

Obrázek č. 7: Preference nižšího věku sestry – porovnání dětí a rodiče (sloupcový graf)

Obrázek č. 8: Nevhodné charakterové vlastnosti sestry dle dětí (výsečový diagram)

Obrázek č. 9: Nevhodné charakterové vlastnosti sestry dle rodičů (výsečový diagram)

Obrázek č. 10: Nevhodný vzhled sestry dle dětí (výsečový diagram)

Obrázek č. 11: Nevhodný vzhled sestry dle rodičů (výsečový diagram)

Obrázek č. 12: Setkání s nevhodným chováním sestry – porovnání dětí a rodiče (sloupcový graf)

Obrázek č. 13: Ideální sestra – charakterové vlastnosti dle předškolního a mladšího školního věku (výsečový diagram)

Obrázek č. 14: Ideální sestra – vzhled dle předškolního a mladšího školního věku (výsečový diagram)

Obrázek č. 15: Ideální charakter sestry – starší školní věk (pruhový graf)

Obrázek č. 16: Ideální charakter sestry – adolescence (pruhový graf)

Obrázek č. 17: Ideální charakter sestry – rodiče (pruhový graf)

Obrázek č. 18: Charakterové vlastnosti sester pracujících na dětských odděleních (pruhový graf)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Charta práv hospitalizovaných dětí	93
Příloha B: Aspekty komunikace s dítětem.....	95
Příloha C: Dotazník pro předškolní věk.....	96
Příloha D: Dotazník pro mladší školní věk.....	99
Příloha E: Dotazník pro starší školní věk	102
Příloha F: Dotazník pro adolescenci	106
Příloha G: Dotazník pro rodiče	110
Příloha H: Souhlasné stanovisko	115

PŘÍLOHY

Příloha A: Charta práv hospitalizovaných dětí

Charta práv dětí v nemocnici

Podle organizace National Association for the Welfare of Children in Hospital (NAWCH) se sídlem v Londýně.

Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky text po úpravách schválila a prohlásila za platný 25. února 1992.

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

9. Děti musejí být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti musejí mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a zdělávání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Dostupné z: http://www.forumek.cz/documents/texts/1_2.pdf

Příloha B: Aspekty komunikace s dítětem

Profesionální jednání při kontaktu s nemocným dítětem

- Nevyměňovat si v přítomnosti nemocného dítěte informace
- Projevit zájem o nemocné dítě
- Zajistit dostatečnou informovanost
- Snažit se zajistit co nejširší kontakt s rodinou
- Respektovat důstojnost a povahu nemocného dítěte
- Poskytovat uvolnění a pocit bezpečí
- Návštěvní hodiny kdykoliv – jsou důležité pro psychický stav, návštěvu lze využít ke spolupráci na procesu uzdravování
- Motivovat, povzbuzovat a aktivizovat nemocné dítě
- Přizpůsobovat prostředí v rámci možností zařízení
- Komunikovat s nemocným dítětem, nepracovat mlčky

Zdroj: Groligová, Lenka (2012)

Příloha C - Dotazník pro předškolní věk

Ideální sestra očima dětských pacientů a jejich rodičů Dotazníkové šetření pro předškolní věk (3-6 let)

Ahoj,

jmenuji se Daniela Bartoničková a studuji 2. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze, obor Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrii. Letošním rokem zakončuji studium na této vysoké škole a pro úspěšné zvládnutí tohoto studia je nutností publikovat bakalářskou práci, jejíž součástí je také zpracování kvantitativního výzkumu. Samozřejmostí je anonymita, což znamená, že nikdo nebude vědět, že jste tento dotazník vyplňovali právě Vy.

Má práce nese název Ideální sestra očima dětských pacientů a jejich rodičů. Prostřednictvím těchto dotazníků bych chtěla zjistit, jak si Vy, předškoláci, představujete „Ideální sestřičku“.

Předem Vám všem zúčastněným děkuji za pomoc a přeji mnoho úspěchů, jak v léčbě Vašeho onemocnění, tak v dalších činnostech, která Vás provedou neuskutečnými tajemstvími života.

1. *Jsem:* (Zaškrnout) a) Holčička b) Chlapeček
2. *Už jsi byl(a) někdy v nemocnici?* (Zaškrnout)
 - a) Ano, jedenkrát b) Ano, vícekrát c) Ani jedenkrát
3. *Až budu velký/velká, tak bych chtěl(a) být:* (Zaškrtnout)

Holčičky

- Učitelka
- Prodavačka
- Kosmetička, Kadeřnice
- Sekretářka
- Kuchařka
- Lékařka, Sestřička
- Servírka
- Pekařka, Cukrářka
- Letuška
- Uklízečka
- Zpěvačka
- Herečka
- Modelka
- Spisovatelka, Novinářka
- Jiné: (doplňte)

Chlapečci

- Učitel
- Prodavač
- Policista
- Hasič
- Inženýr
- Řidič nákladního vozu
- Stavební dělník
- Lékař, Zdravotnický pracovník
- Popelář
- Pekař, Cukrář
- Kosmonaut
- Zpěvák
- Herec
- Spisovatel, Novinář
- Jiné: (doplňte)

4. Charakterové vlastnosti, náplň práce, vzhled

Pro výzkum předškolního a mladšího školního věku jsem zvolila pro své šetření formu diskuze a otevřený popis obrázku Ideální sestry.

Charakterové vlastnosti
(chování, jednání)
„Jaká by sestřička měla být?“

Náplň práce
„Co všechno by měla
sestřička v práci dělat?“



Vzhled sestřičky
„Jak by měla sestřička
vypadat?“

5. *Znáš nějakou sestřičku jménem?*

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

6. *Myslíš si, že by měla být sestřička žena?*

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

7. *Myslíš si, že by měla být sestřička mladá?*

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

8. *Jaká by sestřička neměla být?* (Vypsat společně s dětmi)

Charakterové vlastnosti – chování, jednání	Vzhled

9. *Chovala se k tobě už někdy sestřička zle?*

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Příloha D - Dotazník pro mladší školní věk

Ideální sestra očima dětských pacientů a jejich rodičů Dotazníkové šetření pro mladší školní věk (6-10 let)

Ahoj,

jmenuji se Daniela Bartoničková a studuji 2. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze, obor Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrii. Letošním rokem zakončuji studium na této vysoké škole a pro úspěšné zvládnutí tohoto studia je nutností publikovat bakalářskou práci, jejíž součástí je také zpracování kvantitativního výzkumu. Samozřejmostí je anonymita, což znamená, že nikdo nebude vědět, že jste tento dotazník vyplňovali právě Vy.

Má práce nese název Ideální sestra očima dětských pacientů a jejich rodičů. Prostřednictvím těchto dotazníků bych chtěla zjistit, jak si Vy, drazí školáci, představujete „Ideální sestřičku“.

Předem Vám všem zúčastněným děkuji za pomoc a přeji mnoho úspěchů, jak v léčbě Vašeho onemocnění, tak v dalších činnostech, která Vás provedou nesmírnými tajemstvími života.

1. *Jsem:* (Zaškrtnout) a) Dívka b) Chlapec
2. *Už jsi byl(a) někdy v nemocnici?* (Zaškrtnout)
 - a) Ano, jedenkrát b) Ano, vícekrát c) Ani jedenkrát
3. *Až budu velký/velká, tak bych chtěl(a) být:* (Zaškrtnout)

Dívky

- Učitelka
- Prodavačka
- Kosmetička, Kadeřnice
- Sekretářka
- Kuchařka
- Lékařka, Sestřička
- Servírka
- Pekařka, Cukrářka
- Letuška
- Uklízečka
- Zpěvačka
- Herečka
- Modelka
- Spisovatelka, Novinářka
- Jiné: (doplňte)

Chlapci

- Učitel
- Prodavač
- Policista
- Hasič
- Inženýr
- Řidič nákladního vozu
- Stavební dělník
- Lékař, Zdravotnický pracovník
- Popelář
- Pekař, Cukrář
- Kosmonaut
- Zpěvák
- Herec
- Spisovatel, Novinář
- Jiné: (doplňte)

4. Charakterové vlastnosti, náplň práce, vzhled

Pro výzkum předškolního a mladšího školního věku jsem zvolila pro své šetření formu diskuze a otevřený popis obrázku Ideální sestry.

Charakterové vlastnosti
(chování, jednání)
„Jaká by sestřička měla být?“

Náplň práce
„Co všechno by měla
sestřička v práci dělat?“



Vzhled sestřičky
„Jak by měla sestřička
vypadat?“

5. *Je pro tebe důležité znát jméno sestřičky?*
a) Ano
b) Ne
c) Nevim
6. *Je pro tebe důležité, aby sestra byla žena?*
a) Ano
b) Ne
c) Nevim
7. *Je pro tebe důležitý věk sestry?*
a) Ano
b) Ne
c) Nevim
8. *Myslíš si, že je pro budoucí sestry důležité vzdělání?*
a) Ano
b) Ne
c) Nevim
9. *Jaká by sestřička neměla být? (Vypsat společně s dětmi)*

Charakterové vlastnosti – chování, jednání	Vzhled

10. *Setkal(a) jsi se někdy se špatným chováním sestry?*
a) Ano
b) Ne
c) Nevim

6. Myslíš si, že je vzdělání pro budoucí povolání sestry důležité?

- a) Ano, vzdělání je velmi důležité
- b) Asi ano
- c) Spíše ne
- d) Ne, vzdělání není důležité
- e) Nepřemýšlel(a) jsem o tom

7. Myslíš si, že média vyobrazují sestru tak, jaká by měla opravdu být? (Ordinace v růžové zahradě, Nemocnice na kraji města,...)

- a) Ano, jsou úplně stejné
- b) Asi ano
- c) Spíše ne
- d) Ne, každá je úplně jiná
- e) Nepřemýšlel(a) jsem o tom

8. Jaké jsou sestry na oddělení, na němž se nacházíš? (Zaškrtni)

Vlastnosti sestry	Ano	Ne	Nevím
Když se ráno v nemocnici probudíš, přichází za tebou vždy milá a usměvavá sestra?			
Když tě něco trápí, bolí, není ti dobře, je sestra člověk, kterému se můžeš se vším svěřit?			
Chová se sestra k ostatním hospitalizovaným dětem stejně jako k tobě?			
Při každém odborném výkonu (odběr krve, měření fyziologických funkcí,...) ti sestra vždy vše pečlivě a trpělivě vysvětlí?			
Máš pocit, že sestry na oddělení vykonávají svoji práci zodpovědně a svědomitě?			
Myslíš si, že jsou všechny sestry manuálně stejně zručné (stejně šikovné při odborných výkonech)?			
Myslíš si, že s tebou sestra tráví přes den dostatek času?			
Máš dojem, že sestra vždy spolupracuje s lékařem?			

9. Měla by být sestra vždy čistá a upravená?

- a) Ano, vždy
- b) Asi ano
- c) Spíše ne
- d) Ne, nezáleží na tom
- e) Nepřemýšlel(a) jsem nad tím

10. Měla by podle tebe být sestra atraktivní ve svém zaměstnání?

- a) Ano, atraktivita je pro mě důležitá
- b) Asi ano
- c) Spíše ne
- d) Ne, na atraktivitě nezáleží
- e) Nepřemýšlel(a) jsem nad tím

11. Je pro tebe důležité, aby sestra byla štíhlá?

- a) Ano, je to důležité
- b) Asi ano
- c) Spíše ne
- d) Ne, nezáleží na postavě
- e) Nepřemýšlel(a) jsem nad tím

12. Myslíš si, že by měla sestra v práci nosit šperky, prsteny a jiné doplňky?

- a) Ano, zlepšit to její vizáž
- b) Asi ano
- c) Spíše ne
- d) Ne, je to nepřípustné
- e) Nepřemýšlel(a) jsem nad tím

13. Jaká by sestra neměla být?

(Vypiš)

Charakterové vlastnosti – chování, jednání	Vzhled

14. Setkal(a) ses někdy se špatným chováním sestry?

- a) Ano, mnohokrát
- b) Asi ano
- c) Spíše ne
- d) Ne, nikdy
- e) Nepřemýšlel(a) jsem o tom

15. V následující tabulce ohodnot' prosím vlastnosti ideální sestry, které považuješ za nejdůležitější. V nabídce jsou hodnoty 1-5, přičemž 5 je hodnota nejvyšší (tato vlastnost je pro tebe nejdůležitější), 1 je hodnota nejnižší (tato vlastnost pro tebe není až tak důležitá). Hodnota 5 smí být použita maximálně 10x.

Charakteristiky ideální sestry					
Ohleduplná	1	2	3	4	5
Trpělivá	1	2	3	4	5
Tolerantní	1	2	3	4	5
Spravedlivá	1	2	3	4	5
Upřímná	1	2	3	4	5
Usměvavá	1	2	3	4	5
Milá	1	2	3	4	5
Optimistická	1	2	3	4	5
Laskavá	1	2	3	4	5
Empatická	1	2	3	4	5
Klidná	1	2	3	4	5
Přátelská	1	2	3	4	5
Obětavá	1	2	3	4	5
Citlivá	1	2	3	4	5
Cílevědomá	1	2	3	4	5
Velkorysá	1	2	3	4	5
Zodpovědná	1	2	3	4	5
Kreativní	1	2	3	4	5
Pracovitá	1	2	3	4	5
Svědomitá	1	2	3	4	5
Manuálně zručná	1	2	3	4	5
Spolehlivá	1	2	3	4	5
Kolegiální	1	2	3	4	5
Ochotná	1	2	3	4	5
Předvídavá	1	2	3	4	5
Rozhodná	1	2	3	4	5
Loajální k lékaři	1	2	3	4	5
Schopná organizovat	1	2	3	4	5
Pohotová	1	2	3	4	5
Důvěryhodná	1	2	3	4	5
Komunikativní	1	2	3	4	5
Schopna edukace	1	2	3	4	5
Upravená	1	2	3	4	5
Čistá	1	2	3	4	5
Příjemný vzhled	1	2	3	4	5
Elegantní	1	2	3	4	5
Atraktivní	1	2	3	4	5
Mladá	1	2	3	4	5

Příloha F - Dotazník pro adolescenty***Ideální sestra očima dětských pacientů a jejich rodičů
Dotazníkové šetření pro adolescenci (15-18/20 let)***

Dobrý den,

jmenuji se Daniela Bartoníčková a studuji 2. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze, obor Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrii. Letošním rokem zakončuji studium na této vysoké škole a pro úspěšné zvládnutí tohoto studia je nutností publikovat bakalářskou práci, jejíž součástí je také zpracování kvantitativního výzkumu. Samozřejmostí je anonymita, což znamená, že nikdo nebude vědět, že jste tento dotazník vyplňovali právě Vy.

Má práce nese název Ideální sestra očima dětských pacientů a jejich rodičů. Prostřednictvím těchto dotazníků bych chtěla zjistit, jak si Vy, drazí adolescenti, představujete „Ideální sestřičku“.

Předem Vám všem zúčastněným děkuji za pomoc a přeji mnoho úspěchů, jak v léčbě Vašeho onemocnění, tak v dalších činnostech, se kterými budete muset ve Vašem životě bojovat.

-
1. ***Jste:*** (Zakroužkujte) a) Žena b) Muž
2. ***Dříve už jste byl(a) hospitalizováná:*** (Zakroužkujte)
- b) Ano, jedenkrát b) Ano, vícekrát c) Ani jedenkrát
3. ***Je pro Vás důležité znát jméno sestry?***
- f) Ano, samozřejmě
g) Asi ano
h) Spíše ne
i) Ne, není to pro mě podstatné
j) Nepřemýšlel(a) jsem nad tím
4. ***Je pro Vás důležité, aby sestra byla ženského pohlaví?***
- f) Ano, sestra by měla být žena
g) Asi ano
h) Spíše ne
i) Ne, i muž je dobrou sestrou
j) Nepřemýšlel(a) jsem o tom
5. ***Je pro Vás důležitý věk sestry?***
- f) Ano, sestra by měla být mladá
g) Asi ano
h) Spíše ne
i) Ne, na věku nezáleží
j) Nepřemýšlel(a) jsem o tom



6. Myslíte si, že je vysokoškolské vzdělání pro budoucí povolání sestry důležité?

- f) Ano, vzdělání je velmi důležité
- g) Asi ano
- h) Spíše ne
- i) Ne, vzdělání není důležité
- j) Nepřemýšlel(a) jsem o tom

7. Myslíte si, že média vyobrazují sestru tak, jaká by měla opravdu být? (Ordinace v růžové zahradě, Nemocnice na kraji města,...)

- f) Ano, jsou úplně stejné
- g) Asi ano
- h) Spíše ne
- i) Ne, každá je úplně jiná
- j) Nepřemýšlel(a) jsem o tom

8. Jaké jsou vlastnosti sester na oddělení, na němž se nacházíte? (Zaškrtněte)

Vlastnosti sestry	Ano	Ne	Nevím
Když se ráno v nemocnici probudíte, přichází za Vámi vždy milá a usměvavá sestra?			
Když Vás něco trápí, bolí, není Vám dobře, je sestra člověk, kterému se můžete se vším svěřit?			
Chová se sestra k ostatním hospitalizovaným dětem stejně jako k Vám?			
Při každém odborném výkonu (odběr krve, měření fyziologických funkcí,...) Vám sestra vždy vše pečlivě a trpělivě vysvětlí?			
Máte pocit, že sestry na oddělení vykonávají svoji práci zodpovědně a svědomitě?			
Myslíte si, že jsou všechny sestry manuálně stejně zručné (stejně šikovné při odborných výkonech)?			
Myslíte si, že s Vámi sestra tráví přes den dostatek času?			
Máte dojem, že sestra vždy spolupracuje s lékařem?			

9. Měla by být sestra vždy čistá a upravená?

- f) Ano, vždy
- g) Asi ano
- h) Spíše ne
- i) Ne, nezáleží na tom
- j) Nepřemýšlel(a) jsem nad tím

10. Měla by podle Vás být sestra atraktivní ve svém zaměstnání?

- f) Ano, atraktivita je pro mě důležitá
- g) Asi ano
- h) Spíše ne
- i) Ne, na atraktivitě nezáleží
- j) Nepřemýšlel(a) jsem nad tím

11. Je pro Vás důležité, aby sestra byla štíhlá?

- f) Ano, je to důležité
- g) Asi ano
- h) Spíše ne
- i) Ne, nezáleží na postavě
- j) Nepřemýšlel(a) jsem nad tím

12. Myslíte si, že by měla sestra v práci nosit šperky, prsteny a jiné doplňky?

- f) Ano, zlepší to její vizáž
- g) Asi ano
- h) Spíše ne
- i) Ne, je to nepřípustné
- j) Nepřemýšlel(a) jsem nad tím

13. Jaká by sestřička neměla být?

(Vypište)

Charakterové vlastnosti – chování, jednání	Vzhled

14. Setkal(a) jste se někdy se špatným chováním sestry?

- f) Ano, mnohokrát
- g) Asi ano
- h) Spíše ne
- i) Ne, nikdy
- j) Nepřemýšlel(a) jsem o tom

15. V následující tabulce ohodnot'te prosím vlastnosti ideální sestry, které považujete za nejdůležitější. V nabídce jsou hodnoty 1-5, přičemž 5 je hodnota nejvyšší (tato vlastnost je pro Vás nejdůležitější), 1 je hodnota nejnižší (tato vlastnost pro Vás není až tak důležitá). Hodnota 5 smí být použita maximálně 10x.

Charakteristiky ideální sestry					
Ohleduplná	1	2	3	4	5
Trpělivá	1	2	3	4	5
Tolerantní	1	2	3	4	5
Spravedlivá	1	2	3	4	5
Upřímná	1	2	3	4	5
Usměvavá	1	2	3	4	5
Milá	1	2	3	4	5
Optimistická	1	2	3	4	5
Laskavá	1	2	3	4	5
Empatická	1	2	3	4	5
Klidná	1	2	3	4	5
Přátelská	1	2	3	4	5
Obětavá	1	2	3	4	5
Citlivá	1	2	3	4	5
Cílevědomá	1	2	3	4	5
Velkorysá	1	2	3	4	5
Zodpovědná	1	2	3	4	5
Kreativní	1	2	3	4	5
Pracovitá	1	2	3	4	5
Svědomitá	1	2	3	4	5
Manuálně zručná	1	2	3	4	5
Spolehlivá	1	2	3	4	5
Kolegiální	1	2	3	4	5
Ochotná	1	2	3	4	5
Předvídavá	1	2	3	4	5
Rozhodná	1	2	3	4	5
Loajální k lékaři	1	2	3	4	5
Schopná organizovat	1	2	3	4	5
Pohotová	1	2	3	4	5
Důvěryhodná	1	2	3	4	5
Komunikativní	1	2	3	4	5
Schopna edukace	1	2	3	4	5
Upravená	1	2	3	4	5
Čistá	1	2	3	4	5
Příjemný vzhled	1	2	3	4	5
Elegantní	1	2	3	4	5
Atraktivní	1	2	3	4	5
Mladá	1	2	3	4	5

Příloha G - Dotazník pro rodiče***Ideální sestra očima dětských pacientů a jejich rodičů
Dotazníkové šetření pro rodiče***

Dobrý den,

jmenuji se Daniela Bartoníčková a studuji 2. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze, obor Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrii. Letošním rokem zakončuji studium na této vysoké škole a pro úspěšné zvládnutí tohoto studia je nutností publikovat bakalářskou práci, jejíž součástí je také zpracování kvantitativního výzkumu. Samozřejmostí je anonymita, což znamená, že nikdo nebude vědět, že jste tento dotazník vyplňovali právě Vy.

Má práce nese název Ideální sestra očima dětských pacientů a jejich rodičů. Prostřednictvím těchto dotazníků bych chtěla zjistit, jak si Vy, vážení rodiče, představujete „Ideální sestřičku“.

Předem Vám všem zúčastněným děkuji za pomoc a přeji mnoho úspěchů, jak v léčbě onemocnění Vašeho dítěte, tak v dalších činnostech, se kterými budete muset zajisté ve Vašem životě bojovat.

-
1. ***Jste:*** (Zakroužkujte) a) Žena b) Muž

 2. ***Bylo už Vaše dítě někdy hospitalizované?***
 - a) Ano, jedenkrát b) Ano, vícekrát c) Ani jedenkrát

 3. ***Je pro Vás důležité znát jméno sestry ošetřující Vaše dítě?***
 - k) Ano, samozřejmě
 - l) Asi ano
 - m) Spíše ne
 - n) Ne, není to pro mě podstatné
 - o) Nepřemýšlel(a) jsem nad tím

 4. ***Je pro Vás důležité, aby sestra byla ženského pohlaví?***
 - k) Ano, sestra by měla být žena
 - l) Asi ano
 - m) Spíše ne
 - n) Ne, i muž je dobrou sestrou
 - o) Nepřemýšlel(a) jsem o tom

 5. ***Je pro Vás důležitý věk sestry?***
 - k) Ano, sestra by měla být mladá
 - l) Asi ano
 - m) Spíše ne
 - n) Ne, na věku nezáleží
 - o) Nepřemýšlel(a) jsem o tom



6. *Myslíte si, že je vysokoškolské vzdělání pro budoucí povolání sestry důležité?*
- k) Ano, vzdělání je velmi důležité
 - l) Asi ano
 - m) Spíše ne
 - n) Ne, vzdělání není důležité
 - o) Nepřemýšlel(a) jsem o tom
7. *Myslíte si, že média vyobrazují sestru tak, jaká by měla opravdu být? (Ordinace v růžové zahradě, Nemocnice na kraji města,...)*
- k) Ano, sestry se chovají stejně, jak je medializují
 - l) Asi ano
 - m) Spíše ne
 - n) Ne, sestry v nemocnici se chovají jinak, než je vyobrazují média
 - o) Nepřemýšlel(a) jsem o tom
8. *Dostáváte vždy dostatek informací o zdravotním stavu Vašeho dítěte?*
- a) Ano, vždy
 - b) Asi ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne, nikdy
 - e) Nepřemýšlel(a) jsem nad tím
9. *Podala Vám sestra ošetřující Vaše dítě někdy informace o zdravotním stavu Vašeho dítěte?*
- a) Ano, vždy když se zeptám, tak mi sestra podá dostatek informací
 - b) Asi ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne, podávání informací o zdravotním stavu mého dítěte není v jejich kompetencích
 - e) Nepřemýšlel(a) jsem nad tím
10. *Myslíte si, že povolání sestry je dobře platově ohodnocené?*
- a) Ano, sestry jsou dobře placené
 - b) Asi ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne, toto povolání není dobře ohodnocené
 - e) Nepřemýšlel(a) jsem nad tím
11. *Myslíte si, že povolání sestry je povoláním s vysokou prestižní úrovní?*
- a) Ano, je to vysoce prestižní povolání
 - b) Asi ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne, prestiž v tomto povolání nehraje roli
 - e) Nepřemýšlel(a) jsem nad tím

12. Jaké jsou vlastnosti sester na oddělení, na němž se nacházíte? (Zaškrtněte)

Vlastnosti sestry	Ano	Ne	Nevím
Když se v nemocnici setkáte se zdravotní sestrou ošetřující Vaše dítě, je tato sestra vždy milá a usměvavá?			
Když Vás něco trápí ohledně zdravotního stavu Vašeho dítěte, je sestra člověk, kterému se můžete se vším svěřit?			
Chová se sestra k ostatním rodičům hospitalizovaných dětí stejně jako k Vám?			
Při každém odborném výkonu prováděném na Vašem dítěti (odběr krve, měření fyziologických funkcí,...) Vám i Vašemu dítěti sestra vždy vše pečlivě a trpělivě vysvětlí?			
Máte pocit, že sestry na oddělení jsou při práci důsledné a vykonávají svoji práci vždy zodpovědně a svědomitě?			
Myslíte si, že jsou všechny sestry manuálně stejně zručné (stejně šikovné při odborných výkonech)?			
Myslíte si, že s Vašimi dětmi sestra tráví přes den dostatek času?			
Máte dojem, že zdravotní sestra vždy spolupracuje s lékařem?			

13. Měla by být sestra vždy čistá a upravená?

- k) Ano, vždy
- l) Asi ano
- m) Spíše ne
- n) Ne, nezáleží na tom
- o) Nepřemýšlel(a) jsem nad tím

14. Máte dojem, že hraje v povolání sestry roli atraktivita?

- k) Ano, atraktivita je v povolání sestry důležitá
- l) Asi ano
- m) Spíše ne
- n) Ne, na atraktivitě nezáleží
- o) Nepřemýšlel(a) jsem nad tím

15. Myslíte si, že by měla sestra v práci nosit šperky, prsteny a jiné doplňky?

- k) Ano, lepší to její vizáž
- l) Asi ano
- m) Spíše ne
- n) Ne, je to nepřípustné
- o) Nepřemýšlel(a) jsem nad tím

16. Jaká by sestra neměla být

(Vypište)

Charakterové vlastnosti – chování, jednání	Vzhled

17. Setkal(a) jste se někdy s nevhodným přístupem k Vám ze strany ošetřujícího personálu?

- a) Ano, už mnohokrát
- b) Asi ano
- c) Spíše ne
- d) Ne, nikdy
- e) Nepřemýšlela jsem nad tím

18. Pokud bylo v otázce 17 odpovězeno – Ano, už mnohokrát/ Asi ano – Jak tento přístup vypadal a jak jste se cítil(a)?

Popište konkrétní situaci:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

19. V následující tabulce ohodnořte prosím vlastnosti ideální sestry, které považujete za nejdůležitější. V nabídce jsou hodnoty 1-5, přičemž 5 je hodnota nejvyšší (tato vlastnost je pro Vás nejdůležitější), 1 je hodnota nejnižší (tato vlastnost pro Vás není až tak důležitá). Hodnota 5 smí být použita maximálně 10x.

Charakteristiky ideální sestry					
Ohleduplná	1	2	3	4	5
Trpělivá	1	2	3	4	5
Tolerantní	1	2	3	4	5
Spravedlivá	1	2	3	4	5
Upřímná	1	2	3	4	5
Usměvavá	1	2	3	4	5
Milá	1	2	3	4	5
Optimistická	1	2	3	4	5
Laskavá	1	2	3	4	5
Empatická	1	2	3	4	5
Klidná	1	2	3	4	5
Přátelská	1	2	3	4	5
Obětavá	1	2	3	4	5
Citlivá	1	2	3	4	5
Cílevědomá	1	2	3	4	5
Velkorysá	1	2	3	4	5
Zodpovědná	1	2	3	4	5
Kreativní	1	2	3	4	5
Pracovitá	1	2	3	4	5
Svědomitá	1	2	3	4	5
Manuálně zručná	1	2	3	4	5
Spolehlivá	1	2	3	4	5
Kolegiální	1	2	3	4	5
Ochotná	1	2	3	4	5
Předvídavá	1	2	3	4	5
Rozhodná	1	2	3	4	5
Loajální k lékaři	1	2	3	4	5
Schopná organizovat	1	2	3	4	5
Pohotová	1	2	3	4	5
Důvěryhodná	1	2	3	4	5
Komunikativní	1	2	3	4	5
Schopna edukace	1	2	3	4	5
Upravená	1	2	3	4	5
Čistá	1	2	3	4	5
Příjemný vzhled	1	2	3	4	5
Elegantní	1	2	3	4	5
Atraktivní	1	2	3	4	5
Mladá	1	2	3	4	5

Příloha H – Souhlasné stanovisko



FN MOTOL



FAKULTNÍ NEMOCNICE v MOTOLE
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
150 06 Praha 5 - Motol, V úvalu 84
☎ 22443 1050, Fax: 22443 1020
E-mail: jana.novakova@fnmotol.cz

V Praze dne 6.12.2012

Vážená paní
Daniela Bartoníčková
Sadová 1168
534 01 Holice

Věc: Souhlasné stanovisko

Vážená paní Bartoníčková,

vyhovuji Vaší žádosti a **souhlasím** s dotazníkovým šetřením pro Vaši bakalářskou práci na téma „Ideální sestra očima dětských pacientů a jejich rodičů“. Kontaktujte prosím vrchní sestry, které potřebujete oslovit.

S pozdravem



Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84
náměstkyně pro oš. péči
IČO: 00064203 DIČ: CZ00064203

Poznámky

