

Dětský pacient a jeho doprovod v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

Lenka Štětkářová, DiS

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka ŠTĚTKÁŘOVÁ, DiS.**

Osobní číslo: **H080300**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Dítě a jeho doprovod v ordinaci praktického lékaře
pro děti a dorost**

Zásady pro vypracování:

v teoretické části:

definovat jednotlivá vývojová období od předškolního věku k adolescenci

definovat způsoby komunikace v jednotlivých obdobích

definovat osobnost sestry v ambulantní péči

definovat barvy jako nástroj sociální komunikace

v empirické části:

zjistit informovanost o Chartě práv

zjistit, jak prostředí čekáren, vzhled a chování personálu ovlivňuje prožívání dítěte

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychologie osobnosti. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2010. 467 s. ISBN 978-80-246-1832-6

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie I : dětství a dospívání. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8

LANGMEIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana. Vývojová psychologie. 2., aktualiz. vyd. Praha : Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9

MATĚJČEK, Zdeněk. Co děti nejvíc potřebují. Vyd. 3. Praha : Portál, 2003. 108 s. ISBN 8071788538

ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. Komunikace mezi rodičem a dítětem : styly a techniky komunikace, komunikace rodiče ve vztahu k dítěti, vývojová období dítěte, komunikace v náročných situacích. Vyd. 1. Praha : Grada, 2009. 101 s. ISBN 978-80-247-2698-4

PLEVOVÁ, Ilona; SLOWIK, Regina. Komunikace s dětským pacientem. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. 247 s. ISBN 978-80-247-2968-8

KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha : Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 23.5.2011



1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce pojednává o tom, jak by zdravotničtí pracovníci měli přistupovat k dětem a dospívajícím a komunikovat s nimi v jednotlivých věkových obdobích, co všechno ovlivňuje prožívání dětského pacienta v čekárně a ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost.

Cílem praktické části je pomocí kvantitativního průzkumu zjistit, jak prožívají dětské pacienty návštěvu lékaře, co by uvítali v čekárně, zda jim vyhovují ordinace hodiny a jaké je povědomí dětských pacientů a jejich doprovodu o Chartě práv hospitalizovaných dětí.

Klíčová slova: dětský pacient, čekárna, praktický lékař, sestra v ambulantní péči, komunikace

ABSTRACT

The thesis deals with how the health workers had access to children and adolescents and to communicate with them in terms of age, what influences the experience of child patient in the waiting room and the general practitioner for children and adolescents. Object of practical part is through the quantitative survey to determine how experienced pediatric patients visiting a doctor, would be welcome in the waiting room, whether they like office hours and what's awareness of child patients and their escorts on the Charter rights of hospitalized children.

Keywords: child patient, waiting room, general practitioner, district nurse, communication

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc., za odborné vedení, za cenné připomínky a za čas, který mi věnovala při zpracování této bakalářské práce.

Děkuji také všem dětským pacientům a rodičům za ochotu a jejich pomoc při realizaci průzkumného šetření. Děkuji své rodině a přátelům za podporu a pomoc při studiu a zpracování bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KOMUNIKACE S PACIENTEM	12
1.1 KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI SESTRY	12
1.2 ZÁSADY KOMUNIKACE PRO ZDRAVOTNÍKY	12
2 VÝVOJOVÁ OBDOBÍ A KOMUNIKACE	14
2.1 BATOLECÍ OBDOBÍ.....	14
2.1.1 Komunikace s dítětem v batolecím období.....	15
2.2 OBDOBÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU	16
2.2.1 Komunikace s dítětem v předškolním období.....	16
2.3 OBDOBÍ ŠKOLNÍHO VĚKU.....	17
2.3.1 Komunikace s dětmi školního věku	18
2.4 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ	19
2.4.1 Komunikace s dospívajícím	19
2.5 KOMUNIKACE S RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY DĚTÍ	20
2.6 IDENTITA DĚTSKÉHO A DOSPÍVAJÍCÍHO PACIENTA	21
3 ROLE SESTRY V AMBULANTNÍ PÉČI	22
3.1 OSOBNOST SESTRY	22
3.2 PROFESIONÁLNÍ IMAGE AMBULANTNÍ SESTRY	23
3.3 SPECIFIKACE KOMUNIKACE SESTRA – PACIENT V AMBULANTNÍ PÉČI	23
4 VLIV VNĚJŠÍHO PROSTŘEDÍ	25
4.1 ESTETICKÉ ASPEKTY OVLIVŇUJÍCÍ PSYCHIKU	25
4.1.1 Psychologie vnímání světla.....	25
4.1.2 Osvětlení a dětský věk	26
4.2 PSYCHOLOGIE VNÍMÁNÍ BAREV	26
4.3 VLIV HUDBY.....	27
II PRAKTICKÁ ČÁST	28
5 PRŮZKUM	29
5.1 CÍLE PRŮZKUMU.....	29
5.2 HYPOTÉZY.....	29
5.3 METODIKA A TECHNIKY PRŮZKUMU.....	29
5.3.1 Pilotní šetření	30
5.4 PRŮBĚH PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	30
5.5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	30
5.5.1 Položky z dotazníku pro děti od 3-12 let a jejich doprovod	32
5.5.2 Položky z dotazníku pro dospívající a adolescenty ve věku 13-19 let.....	42
5.5.3 Položky z dotazníku, které byly u obou skupin respondentů stejné	51
6 DISKUZE	67
ZÁVĚR	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	73
SEZNAM GRAFŮ	74
SEZNAM TABULEK.....	75
SEZNAM PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

Téma pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala, jelikož oblasti komunikaci s dětmi a vlivu prostředí v čekárně a ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost (dále PLDD) není věnováno tolik pozornosti, jak by mělo být. A pokud ano, je tato problematika zaměřena spíše na nemocniční prostředí, nikoli na primární péči.

Nicméně je třeba si uvědomit, že právě PLDD je tím prvním ze zdravotnických pracovníků, se kterými se dítě setkává a proto se důležité, aby měl co nejlepší zkušenosti a minimalizovaly se negativní zážitky. Návštěva zdravotnického zařízení je u většiny dětí spojena se strachem, nejistotou a nedůvěrou neboť zde získávají první zkušenosti s nezbytnými bolestivými zákroky (očkování, odběry krve apod.). V čekárně zvyšuje úzkost jak dlouhé čekání, tak pláč ostatních dětí v čekárně nebo křik dítěte v ordinaci. Nepříznivě také působí neobvyklost prostředí, převažující bílá barva či bílé oblečení personálu. (Čechová, Melanová, Rozsypalová, 1999).

Jelikož pracuji jako zdravotní sestra u praktického lékaře pro děti a dorost, zjištěné poznatky z praktické části bych chtěla využít v praxi. To znamená vylepšit prostředí čekárny, eventuelně zlepšit vystupování a přístup k dětem a jejich rodinným příslušníkům a podle možností více přizpůsobit chod ordinace přáním rodičů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE S PACIENTEM

„To nejdůležitější v komunikaci je slyšet to, co nebylo řečeno“.

P.F. Drucker

Člověk se jako sociální tvor odlišuje od ostatních živočichů tím, že je schopný využívat řeč jako nástroj dorozumívání a myšlení. Komunikace je univerzálním jevem lidské společnosti a přímým regulátorem úrovně mezilidských vztahů.

Slovo komunikace pochází z latinského *communicare*, jehož význam je „tvořit něco společné, radit se nebo povídat si, rozmlouvat“. (Kristová, 2004)

1.1 Komunikační schopnosti sestry

Komunikace ve zdravotnictví neznamena jen mluvit, ale sdělovat a získávat informace, na nichž závisí naše zdraví a někdy i životy. Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Sestry, které účinně komunikují, jsou úspěšnějšími iniciátorkami změn na upevnění zdraví, lépe vytvářejí důvěrný vztah s pacientem a jeho blízkými a předcházejí právním problémům v ošetrovatelské praxi. Účinná komunikace je základem vzniku sestra-pacient, popřípadě dítě. (Plevová, Slowik, 2010)

1.2 Zásady komunikace pro zdravotníky

Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez vzájemné komunikace mezi sestrou a pacientem. Smysluplnost komunikace závisí na tom, do jaké míry je sestra schopna uplatňovat zásady produktivní komunikace:

- začít komunikaci pozdravem a přivítáním („Dobré ráno, paní Nováková!“)
- oslovovat pacienta jménem nebo příjmením („paní Kulíšková“, „paní Vlasta“)
- nechat pacienta povídat („Poslouchám vás...“, „Povídejte dál...“)
- aktivně, pozorně a zaujatě poslouchat

- vyhýbat se intruzi - skákání do řeči
- trpělivě vyslechnout monolog
- střídat roli hovořícího a poslouchajícího („Chtěla bych vám říct ještě...“)
- mluvit o tom, o co má pacient zájem
- vyhnout se stereotypnímu poslouchání a radám („Nesmíte jíst sladké, máte přece cukrovku!“)
- schopnost poskytnout psychickou podporu
- adekvátně využít neverbální projevy
- vyloučit odbornou terminologii a slangové výrazy
- přizpůsobit se řečovému projevu pacienta
- vyhnout se afektivnímu řečovému projevu („Pche, jak vás to mohlo napadnout?“)
- vytvořit zpětnou vazbu a ubezpečit se, zda pacient porozuměl
- projevit empatii
- najít společné východisko
- hledat podstatu konání a chování pacienta
- mluvit zřetelně
- všimnout si, čemu se pacient při komunikaci vyhýbá
- ubezpečit pacienta, že se informace nezneužijí („Ubezpečuji Vás, že tyto informace zůstanou jen mezi námi.“)
- respektovat přání a rozhodnutí pacienta
- nekritizovat pacienta před ostatními pacienty, zdravotnickými pracovníky ani příbuznými
- chválit pacienta veřejně (na vizitě, před zdravotnickými pracovníky, ostatními pacienty)
- konkretizovat problém pacienta v pravou chvíli
- sladit slovní a neverbální projev
- zachovat auditivní složku verbálního projevu
- využívat parafrázování („Povídali jste, že...“)
- poskytnout reflexi emocí pacienta („...jste naštvaná,“ „...cítím zklamání...“)

(Kristová, 2004)

2 VÝVOJOVÁ OBDOBÍ A KOMUNIKACE

„Komunikace s dětským pacientem je vždy velmi specifická. Aby dítě spolupracovalo, je nutná efektivní komunikace ze strany zdravotnických profesionálů. Z pohledu ošetřovatelství je třeba znát zvláštnosti a okolnosti, které komunikaci s dětským pacientem modifikují, případně podporují nebo omezují. Prvním předpokladem úspěšné komunikace sestry s dítětem je důkladná znalost vývojových charakteristik každého vývojového období od narození dítěte až do období adolescence. Věk a řečové predispozice jsou determinanty, které prvotně určují charakter komunikace ve vztahu sestry a dítěte. Komunikace je bezprostředně podmíněná zdravotním stavem, charakterem a typem onemocnění a intenzitou klinických příznaků. Ovlivňuje ji i momentální prožívání a psychický stav dítěte.“ (Plevová, Slowik, 2010, s. 63)

„Komunikace s dítětem a jeho rodiči vyžaduje velkou dávku trpělivosti, důslednosti upřímnosti, lidskosti a schopnosti naslouchat, ale i profesionální vystupování. Pro komunikaci s nemocným dítětem platí dvojnásobně, že je třeba naslouchat nejen sluchem, ale i zrakem (signály neverbální komunikace) a zvláště srdcem (projevovat empatii).“ (Plevová, Slowik, 2010, s. 63)

V ordinaci praktických dětských lékařů se samozřejmě setkáváme se všemi vývojovými stádii, nicméně významnými pro komunikaci jsou stadia od batolecího období, proto jsem období novorozenecké a kojenecké v této práci podrobně nezmínila.

2.1 Batolecí období

Batolecí věk trvá od jednoho zhruba do 3 let. Je obdobím, kdy dochází k výraznému rozvoji mnoha kompetencí i dětské osobnosti. Dítě se stává samostatnějším, aktivnějším, vědomé své vlastní existence i svých schopností. Je to období první emancipace, která je podmínkou dalšího vývoje. Jelikož se batole ještě neodkáže vždy správně orientovat, potřebuje pevné vedení a kontrolu. Usiluje o sebeprosazení, o potvrzení svých kompetencí a zjištění svých limitů.

V batolecím období jsou charakteristické určité emoční projevy, někdy značné intenzity. Batole dovede reagovat silným afektem a vztekem, začínají chápat význam pravidel chování, objevují se pocity studu, projevy lítosti a strach.

Mění se vztahy k lidem. Mizí obavy z cizích lidí, ale narůstá intenzita separační úzkosti a můžeme se též setkat s projevy žárlivosti.

Socializace batolete probíhá v rámci rodiny, pod vlivem rodičů a sourozenců.

Děti mají potřebu komunikovat, což stimuluje rozvoj řečových dovedností. K osvojení řeči je motivováno i chováním dospělých. Pro batolecí věk není často důležitý obsah sdělení, ale spíše potřeba udržet kontakt, v komunikaci s různými lidmi používají batolata i neverbální projevy, které jim usnadňují vyjádření. (Vágnerová, 2005)

2.1.1 Komunikace s dítětem v batolecím období

Při komunikaci s dítětem užíváme jméno dítěte (resp. takovou podobu jména, kterou má dítě rádo, jak jej oslovují rodiče). Používáme krátká a jasná sdělení. Musíme respektovat čas dítěte na odpočinek, zejména ten aktivní (čas a prostor pro pohyb, sezení, chození). Dovolíme dítěti, aby používalo známé předměty (např. hračky), aby mělo pocit bezpečí, zejména ve stresových situacích. Neměli bychom být direktivní, jelikož na toto naše chování často děti reagují vzdorem. I takto malé děti chtějí být nezávislé, uvědomují si vlastní osobu a chtějí kontrolovat situaci například tím, že jim dáme vybrat, kterou ruku na odběr nám chtějí dát, zda chtějí sedět rodiči na klíně či ležet a podobně.

Zlobení dítěte a jeho agresivita mohou být způsobem, jak se dítě vyrovnává se stresem. Dětský negativismus a vzdor je v tomto věku naprosto normální, často je toto období označováno jako období prvního vzdoru nebo „malá puberta“. Projevuje se zejména kolem třetího roku života, kdy si dítě uvědomuje svoji individualitu a snaží se ji prosadit. Mezi verbální projevy tohoto vzdoru patří výroky: „Já sám!“ „Já nechci!“ „Já chci!“ Na neverbální rovině je patrný sverpý výraz tváře, zatnuté pěstičky, dupání nožičkami. V tomto stavu se osvědčilo odvedení pozornosti dítěte jinam (např. jiná situace nebo předměty) nebo zrcadlení.

Batolata mají první slůvka pro bolest. Vyjadřují ji napětím, záškuby těla, zamračeným obočím, pevně zavřenýma očima, pláčem. Bojí se cizích lidí, je pro ně velmi důležitá přítomnost rodičů.

2.2 Období předškolního věku

Předškolní období trvá od 3 do 6-7 let. Konec této fáze je dán především sociálně, nástupem do školy. Toto období je charakteristické stabilizací vlastní pozice ve světě, diferenciací vztahu ke světu. Přetrvávající egocentrismus ovlivňuje uvažování i komunikaci. Předškolní věk je označován také jako období iniciativy, dítě má potřebu něco zvládnout, vytvořit a potvrdit svoje kvality.

Poznávání je zaměřeno na nejbližší svět a pravidla, která v něm platí. Tento kognitivní vývoj se také označuje jako období názorného, intuitivního myšlení, které ještě nerespektuje zákony logiky a je tudíž nepřesné a má mnohá omezení. V myšlení předškolních dětí je popředí útržkovitost, nekoordinovanost, nepropojenost absence komplexního přístupu.

Emoční prožívání předškolních dětí je charakteristické větší stabilitou a vyrovnaností než v batolecím věku. Citové prožitky bývají intenzivní, snadno přechází z jedné kvality do druhé, např. střídání smíchu a pláče. Pro děti je typickým pozitivním emočním stavem veselost, rozvíjí se smysl pro humor, vztahové emoce, ubývá negativních emočních reakcí, jako je vztek a zlost. Objevují se city, jako je láska, sympatie, nesympatie, ale i soucit a pocity sounáležitosti. Nově se objevují pocity viny, vázané na dosažení určitého stupně morálního uvažování.

Socializace předškolního dítěte stále probíhá především v rodině. Významným sociálním mezníkem je zařazení do mateřské školy. Předškolní děti se učí žádoucímu způsobu chování, respektování práv ostatních. Vázanost na rodinu a dospělé se postupně uvolňuje, děti navazují kontakty s vrstevníky, učí se s nimi soupeřit i spolupracovat. (Vágnerová, 2005)

2.2.1 Komunikace s dítětem v předškolním období

Při komunikaci s dítětem mluvíme klidně a pomalu, používáme jednoduchá slova, krátké věty. Vyjadřujeme se stručně, jasně, srozumitelně a snažíme se udržovat oční kontakt. Dítě při jeho sděleních nepřerušujeme, ale pečlivě mu nasloucháme, nešetříme pochvalou. Používáme „terapii hrou“ pro vysvětlení ošetřovatelských zákroků a výkonů („Dáme medvídkovi také injekci, aby byl zdravý.“). Dovolujeme dítěti komunikovat pomocí kresby a malování, dopřáváme dostatek prostoru ke hře.

Při navázání kontaktu děti oceňují partnerský přístup, kdy mluvíme přímo k dítěti, nikoli jen k jeho doprovodu. Důležité je získat důvěru dítěte, nikdy jej nepodvádíme – když dítěti

slíbíme, že mu nebudeme nic dělat, a pak provedeme bolestivý výkon, vyhodnotí tuto situaci jako podraz. Bolest již dokáže vyjádřit slovy, bojí se jehel, bojí se krve. Snaží se získat čas a bolest odložit, vyžadují pobyt v náručí rodiče nebo někoho blízkého. Mísí se u nich skutečnost a fantazie, čehož můžeme využít k odpoutání pozornosti. Zhruba od čtyř let věku děti již umí lokalizovat bolest a k určení její intenzity nám může pomoci metoda pokerových žetonů nebo dětských obličejů.

Rozdíly v komunikaci jsou také v závislosti na pohlaví. Chlapci mohou být netrpěliví, mají sklony k introverzi a špatně snášejí jakákoliv omezení. Ze strany zdravotníků oceňují otevřené jednání. Děvčátka bývají mnohem komunikativnější než chlapci (zpravidla za den řeknou o 10 tisíc slov více než chlapci), podvědomě hledají spřízněnou osobu, která si s nimi bude povídat. (Plevová, Slowik, 2010)

2.3 Období školního věku

Nástup do školy je významným sociálním mezníkem. Dítě získává novou roli žáka a spolužáka. Ve škole je dítě vystaveno očekáváním vyplývajících z těchto rolí, musí se chovat požadovaným způsobem, respektovat určité normy a také musí přijmout autoritu učitele. (Vágnerová, 2005)

Podmínky školní zralosti, které by dítě mělo splňovat, aby úspěšně započalo svou školní dráhu, jsou:

1. Dítě si v celém svém minulém vývoji osvojilo ty znalosti, které se od něj očekávají
2. Dítě má v současné době dostatečně rozvinutou aktivní pozornost a přiměřeně vyvinuté intelektové schopnosti.
3. Dítě je dostatečně motivováno k budoucímu soustavnému učení ve škole. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Školní věk je obdobím oficiálního vstupu do společnosti, fáze píle a snaživosti, jejímž hlavním cílem je uspět, prosadit se svým výkonem. Dělíme jej na tři dílčí fáze:

1. *Raný školní věk* – trvá od nástupu do školy do 8-9 let
2. *Střední školní věk* – trvá od 8-9 let do 11-12 let, tj. do doby, kdy dítě přehází na 2. stupeň a začíná dospívat. Je to fáze přípravy na dospívání.

3. *Starší školní věk* – je to období 2. stupně základní školy a trvá do ukončení povinné školní docházky, tj. do 15 let. Je to období pubescence neboli první fáze dospívání.

Na počátku školního věku se mění způsob dětského poznávání a uvažování, rozvíjí se zraková i sluchová percepce. Ubývá poznávacího egocentrismu.

Dítě školního věku dokáže více ovládat pozornost, zvyšuje se kapacita paměti a rozvíjejí se paměťové strategie.

Rozvíjí se emoční inteligence, děti lépe rozumí svým pocitům, přesněji diferencují jejich kvalitu, intenzitu i délku trvání.

Pro vývoj dítěte je nejvýhodnější kompletní funkční rodina, otec i matka jsou zdrojem jistoty a bezpečí, významným sociálním faktorem jsou také vztah se sourozenci.

Rozvoj generového sebepojetí je ve značné míře ovlivněn působením vrstevnické skupiny, kontaktem s dětmi obého pohlaví. V mladším a středním školním věku dochází ke stále větší generové diferenciaci. Děti až do 11 let preferují stejnopohlavní skupiny.

2.3.1 Komunikace s dětmi školního věku

Školní dítě dovede užívat různé způsoby komunikace podle toho, zda je mezi dospělými nebo mezi dětmi, ve škole nebo doma. Vyhraňuje se specifický způsob komunikace v dětské skupině s převahou slangu, oblibou citoslovců, velkou hlučností a zdůrazněním neverbální komunikačních projevů. Školáci dovedou z toho slangu přecházet na zdvořilou řeč. Brzy se naučí, že ve třídě či vyučování musí používat formálnější způsob komunikace, jejíž nedodržení může být sankcionováno. (Vágnerová, 2005)

V tomto věku dochází k velkému rozvoji řeči, zvětšuje se slovní zásoba a proto je komunikace velmi dobrá. Pro vysvětlování ošetřovatelských intervencí stále používáme dětský slovník. Můžeme také využívat kresbu k vysvětlení různých pojmů nebo vysvětlení plánovaných procedur. Pro diagnostiku intenzity bolesti již můžeme využít vizuální analogové škály. Respektujeme, pokud dítě komunikovat nechce.

Náročným obdobím je počínající pubertální věk, který se může projevit klackovitým chováním, arogantním jednáním či vulgarismy. Příčinou tohoto jednání je zpravidla nejistota a vnitřní citlivost, křehkost a zranitelnost. Hoši v tomto období komunikují méně. (Plevová, Slowik, 2010)

2.4 Období dospívání

V této přechodné době mezi dětstvím a dospělostí, která zahrnuje dekádu od 10 do 20 let, dochází ke komplexní proměně osobnosti v oblasti somatické, psychické i sociální. Je to období hledání vlastní identity, boje s nejistotou a pochybnostmi o sobě samém s cílem dosáhnout přijatelného sociálního postavení a uspokojivé, zralejší formy vlastní identity.

Období dospívání je možno rozdělit na dvě fáze:

1. *Raná adolescence* – neboli pubescence je časově lokalizována mezi 11. - 15. rokem. Nejvýznamnější změnou je tělesné dospívání spojené s pohlavním dozráváním. Hormonální proměny stimulují změny emočního prožívání, pubescent se začíná osamostatňovat z vázanosti na rodiče a značný význam pro něj mají jeho vrstevníci. Mění se vztah k dospělým, dochází k deidentifikaci s rodiči, kdy adolescent nechce být jako oni, chce se lišit.

Důležitým mezníkem je ukončení povinné školní docházky a diferenciací dalšího profesního směřování.

2. *Pozdní adolescence* – trvá přibližně od 15 do 20 let, s individuální variabilitou, zejména v oblasti psychické a sociální. Je to období komplexní psychosociální proměny, obvykle dochází k prvním pohlavnímu styku a důležitým sociálním mezníkem je ukončení profesní přípravy, následované nástupem do zaměstnání a s tím spojená určitá ekonomická nezávislost. Pro mnohé adolescenty není nastávající dospělost atraktivní, protože je spojena se zodpovědností a mnoha omezeními.

Dochází k postupné stabilizaci a vyrovnaní vztahů s rodiči, vztahy s vrstevníky se rozvíjí především v oblasti partnerství. (Vágnerová, 2005)

2.4.1 Komunikace s dospívajícím

Pro správnou komunikaci s dospívajícím je vhodné vybudovat vztah tím, že jim dopřejeme čas, nebudeme soudit a vyslechneme je.

Dospívajícího oslovujeme jménem a velmi vhodné je vykání. Dovolujeme mu participaci na diskuzi o poskytované ošetrovatelské péči a podporujeme jej v zodpovědnosti za jeho zdravotní stav. Používáme správné odborné výrazy týkající se jeho těla, vyšetření či zdravotního stavu, ale vždy si musíme ověřit, zda nám rozumí. Snažíme se vyhnout direktivnímu a autoritativnímu stylu komunikace a hlavně respektujeme pacientovo soukromí a pocit

studu. Týká se to nejen soukromí fyzického, ale také např. sdělování některých informací rodičům bez vědomí nebo dokonce proti vůli dospívajícího. (Plevová, Slowik, 2010)

2.5 Komunikace s rodinnými příslušníky dětí

Jak dítě prožívá svou nemoc, je výrazně ovlivňováno výchovnými postoji v rodině, vztahy všech členů rodiny a stabilním domácím prostředím, protože dobré vztahy jsou předpokladem k uzdravování. Zejména u nejmenších dětí je nejdůležitější matka, která bývá s nemocným dítětem nejčastěji.

Nemoc a zvláště pak hospitalizace dítěte se dotýká každého člena rodiny a proto je nezbytné, aby sestra chápala změny v jejich chování a jednání, povzbuzovala je k aktivní účasti na léčbě a zajistila pocit důvěry ke členům ošetrovatelského týmu.

Základní potřebou pro pacienta a jeho rodinu jsou opakované a srozumitelné informace. Čím lépe se v situaci orientují a rozumí jí, tím lépe se na ni mohou připravit a řešit ji. Snažíme se vyhnout přílišné odborné terminologii, v průběhu rozhovoru se ujišťujeme, zda nám rozumí a popřípadě dále vysvětlit. Hovoříme-li však o konkrétním onemocnění, léčebném postupu či léčivu, musíme užívat správné výrazy. Naši komunikaci můžeme doplnit, ale nikoli nahradit, brožurami.

Nejčastější chybou zdravotnických pracovníků je, že poskytují rodičům neúplné či rozdílné informace, proto je nezbytné, aby každý člen zdravotnického týmu věděl, jaké informace může rodině podávat. Je třeba si uvědomit, že dobrá spolupráce s rodinou je nutným předpokladem pro naplňování *Úmluvy o právech dítěte* a *Charty práv dětí v nemocnici* (Příloha 1).

Při některých náročnějších výkonech je vhodné taktně matku požádat, aby pokoj opustila. Také u nepříjemných a bolestivých výkonů je na zvážení personálu, zda bude rodič přítomen či nikoli, jelikož část dětí je v přítomnosti rodičů více vystresována, než kdyby u výkonu nebyli.

V případě ambulantní péče je význam komunikace s rodiči taktéž zásadní. Pacient si totiž po odchodu z ordinace pamatuje jen asi 60% informací, které mu byly poskytnuty. Pozornost a všípivost paměti rodičů často klesá v důsledku pocitu zahanbení či vzteku na dítě, pokud jejich dítě nespolupracuje a udělá takzvaně ostudu. Je nutné informace zopakovat a zeptat se, zda všemu rozuměli a nechtějí se ještě na něco zeptat. (Plevová, Slowik, 2010)

2.6 Identita dětského a dospívajícího pacienta

Když uvažujeme o osobnosti, hledáme vlastně to, co po stránce psychické jednoho člověka odlišuje od jiných, co ho vystihuje z hlediska chování a prožívání, zkoumáme, jaká je dynamika jednání, na co ses člověk zaměřuje a čemu se vyhýbá, jak zvládá životní situace, jak efektivně řeší problémy a jak jed identifikovaný se svým prostředím, se svou dominující činností, s druhými lidmi a se smyslem života. (Smékal, Macek, 2002)

Počátky utváření vlastního já, i když zprvu jen v rudimentární podobě začínají již v novorozeneckém věku. Základy sebepojetí jsou utvořeny v batolecím období a ve dvou letech věku již mnohé děti uvádějí své základní charakteristiky – znají své pohlaví a vědí, že jsou děti a ne dospělí. V předškolním věku pak již dítě dokáže popsat i své vlastní fyzické rysy, své vlastnictví i své preference (co má a nemá rádo). Vlastní uvědomělé sebehodnocení se rozvíjí teprve až ve školním věku. Školní dítě se při popisu sebe sama již nezaměřuje jen na své „objektivní“ charakteristiky, ale více zná i své psychické vlastnosti a schopnosti. Kolem sedmi let si dítě uvědomuje stabilitu osobnosti v čase, což mu dovoluje se s druhými srovnávat a vytvořit si tak stabilnější úroveň sebehodnocení. Významnou součástí sebehodnocení je i posuzování vlastní školní úspěšnosti, které od počátku školní docházky po celá školní léta souvisle klesá v důsledku srovnávání s druhými. V období dospívání dochází k četným biologickým, psychickým a sociálním změnám. Hledání identity však není jen pasivním sebezpozorováním, zkoumáním svého zjevu a svých psychických vlastností a snahy o porozumění vlastním myšlenkám a emocím, ale bývá spojeno i s aktivní experimentací a sebeutvářením – adolescent se snaží být sám sebou, blížit se svému ideálu a všechny své projevy zvoleným směrem formovat. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

3 ROLE SESTRY V AMBULANTNÍ PÉČI

Práce sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost má svá specifika. Výběr sestry je pro lékaře velice důležitý krok, jelikož spolu v ordinaci tráví většinu času z celého dne a je potřeba se jeden na druhého spolehnout, rozumět si a najít společnou strategii v péči o pacienty.

Práci sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost lze rozdělit do několika oblastí. Sestra se podílí na prevenci, diagnostice a terapii, poskytuje péči v rozsahu své odborné způsobilosti, dále zajišťuje ošetrovatelskou péči, administrativní činnost, psychologickou pomoc pacientům a jejich rodinným příslušníkům a podílí se na bezchybném a plynulém chodu ordinace.

3.1 Osobnost sestry

Americká národní liga pro vzdělávání sester připravila již v roce 1938 inventář vhodných vlastností, které by sestra měla mít. Sestra by měla být: citově zralá, čilá, důkladná, kritická, kritiku přijímající, nadšená, loajální, nezávislá, odvážná, přemýšlivá, přizpůsobivá, spolehlivá, srdečná, sympatická, šetrná, taktní, tolerantní, upřímná, vytrval, zdvořilá, pracovitá, měla by mít vysokou sebekontrolu k autoritám, k nadřízeným, měla by mít smysl pro krásu, pro humor a měla by být spokojená v manželství.

Ošetrovatelskou péči o nemocné mohou vykonávat takoví lidé, kteří si již v dětství vytvořili pozitivní vztah k ostatním lidem, empatii. Empatie je schopnost vcítit se do pocitů a jednání druhé osoby, je to citová komunikace s druhou osobou.

Pro sociální zralost zdravotní sestry je důležité sebepoznání, neboli vědomí, jak mě vidí ostatní, co si o mně myslí, jakou pro ně mám hodnotu a sebepojetí, což je představa sebe sama, jak jedinec vidí sám sebe.

Kvalita ošetrovatelské péče je založena nejen na znalosti práv a zákonů ve zdravotnictví, na kvalitě zdravotní sestry, ale i na její odbornosti. A to nejen odbornosti, kterou získala studiem, ale i dalším prohlubování vědomostí v certifikovaných kurzech, na seminářích, kongresech, studiem odborné literatury apod. (Kelarová, Matějková, 2008)

3.2 Profesionální image ambulantní sestry

Sestra v má obvykle s pacientem častější a užší kontakt než lékař. Pomáhá pacientům při plnění jejich základních biologických potřeb, obstarává jeho osobní potřeby, přání a doplňuje společenské vztahy. Sestra je pro nemocného člověkem, který zajišťuje uspokojení většiny jeho potřeb, zná možnosti jak pomoci, radí mu ze zkušeností. Zná lékařská nařízení, má spojení s lékařem a slouží jako prostředník mezi pacientem a lékařem. Udržuje přirozený postoj k pacientovi a k lékaři a snaží se udržovat stejnoměrně vzájemný vztah. Pomáhá v pacientovi vytvářet důvěru k lékaři. (Bártlová, 2005)

O svou image musí sestry usilovat a zasloužit si ji. Je pohledem sestry na sebe samu a současně je vyjádřena představou veřejnosti, médií a politiků. Ambulantní sestra by měla být obětavá žena s určitými kompetencemi, soucitem, se schopností vytvořit důvěryhodný vztah, ale také vzdělanou profesionálkou, která ovládá medicínskou techniku, je rozhodná a spolehlivá. Všem těmto nárokům lze těžko vyhovět, a proto se sestra pohybuje někde mezi oběma póly. Vliv na její image mají sdělovací prostředky tím, jak ji prezentují světu, ale především její interakce s pacientem samotným. Pozitivní postoj ke své profesi vyjádří upraveným oblečením a účesem, chůzí, gesty, způsobem sezení i stání. V chování musí být za všech okolností profesionální. (Včeličková, 2010)

Ideální setra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost je vysoce vzdělanou profesionálkou, která s přehledem a spolehlivě zvládá náročné situace a problémy, které každodenně charakter provozu ordinace přináší. Usiluje o vyšší kvalitu praxe, nemá komunikační problémy s pacienty a je loajální ke svému lékaři. Dobrá sestra je tou nejlepší vizitkou dobrého praktického lékaře. (Seifert, Beneš, 2005)

3.3 Specifikace komunikace sestry – pacient v ambulantní péči

Jak již bylo výše uvedeno, pacient si po odchodu z ordinace pamatuje pouze 60% informací, které mu byly sděleny, proto by měl být kladen důraz na opakování důležitých pokynů a pomocí zpětné vazby si ověřovat, zda nám pacient porozuměl. Po odchodu z ordinace již pacient nemá možnost znovu si ověřit, zda všemu správně porozuměl a může tak ve svém léčení udělat řadu chyb.

Přestože ve zdravotnictví hraje podstatnou úlohu nemoc, musíme si uvědomit, že ji ve svém okolí nenajdeme, je tam nemocný člověk a ten je předmětem našeho zájmu, nikoli jeho obtíže. Rozhovor je velmi důležitý pro získání pacientovi důvěry.

V úvodu rozhovoru je třeba si ověřit aktuální schopnost porozumět. Sdělení by mělo být stručné, jasné s použitím běžných slovních obrátů a bez odborných výrazů. Některé obraty běžně používané mezi zdravotníky nejsou známé širší veřejnosti a při obavě nemocného zeptat se, může dojít k závažnému nedorozumění. Vhodné je, aby sdělení byla stručná. V době nemoci, kdy máme tělesné obtíže, strach, obavy a nejasná očekávání jsme citliví na čas. Stručná informace působí profesionálně, ale nesmí být zaměňována se strohostí či neochotou mluvit. Zbytečné okliky vzbuzují nedůvěru, že mluvčí neví, o čem mluví. Po stručném sdělení necháme prostor na dotazy. Při komunikaci musíme jasně vyjádřit podstatu věci a neměli bychom zapomínat na neverbální projevy.

Významným pojmem je zpětná vazba, ta udržuje rovnováhu v mezilidské komunikaci. (Venglářová, Mahrová, 2006)

4 VLIV VNĚJŠÍHO PROSTŘEDÍ

Již Florence Nightingalová se zmiňuje význam rozmanitosti prostředí kolem nemocného pacienta. Pěkné prostředí kladně ovlivňuje psychický stav každého člověka.

Jednotvárnost, malá barevnost, stereotypní uspořádání nábytku či dokonce poškozený nábytek může mít nepříznivý dopad na psychiku nemocného. V těch zařízeních, kde to hygienické předpisy a provoz umožňují, dbáme o dokonalou čistotu, ale také barevnost prostředí. Nevhodné jsou ve zdravotnických zařízeních pro děti anatomické nákresy na stěnách či bílá sterilita. Měli bychom se snažit o co nejdomáctější a nejzábavnější úpravu pracoviště, což můžeme poté využít při navazování kontaktu s dětským pacientem. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 1999; Plevová, Slowik, 2010)

Například Nadace Archa Chantal byla zřízena za účelem zlepšení prostředí v nemocnicích a léčebnách. Přáním nadace je zateplit studené, neosobní prostředí barvami, obrázky, hernami a všemi dostupnými prostředky navodit u nemocných dětí pocit bezpečí a co nejvíce zmírnit jejich duševní strádání, strach a stesk po domově. V nemocnicích by se totiž nemělo léčit pouze tělo, ale i obolavělá duše. (<http://www.archa-chantal.cz/>)

4.1 Estetické aspekty ovlivňující psychiku

4.1.1 Psychologie vnímání světla

Osvětlení je nezbytnou složkou zrakového vnímání a může působit na lidskou duši v rozsahu zahrnující citové a estetické vjemy, ale i uměleckým účinkem. Jedním z požadavků na vnitřní prostředí v budovách je zraková pohoda, kterou lze definovat jako příjemný psychofyziologický stav, který je důležitý pro práci a odpočinek. To znamená vytvořit vhodné světelné podmínky s dostatečnou intenzitou a rovnoměrností osvětlení, které zajistí dobrou viditelnost a bezpečnost provozu. Dostatečná intenzita světla v interiéru ještě není zárukou zrakové pohody. Negativně například působí oslnění. (Konůpková, 2008)

4.1.2 Osvětlení a dětský věk

V průběhu života se u lidí mění jejich fyziologické schopnosti a psychické reakce. Děti jsou více vnímavé a citlivé, i při nižších hladinách osvětlení vidí dobře. Jsou ale citlivější na běžné druhy oslnění. Díky větší akomodační schopnosti a rozlišení detailu vnímají celkem dobře i v situacích, kdy dospělý člověk již nevidí.

V noci se ale situace mění, protože děti mají strach z úplné tmy. Mají rychlejší adaptaci ze světla na tmu a rychleji se tak přizpůsobí novým podmínkám. (Konůpková, 2008)

4.2 Psychologie vnímání barev

Základem barev je světlo, které má duální charakter. Chová se jako částice a jako vlnění. Části viditelného světla jsou vnímány jako barvy.

Barvy dělíme na tři kategorie. První skupinou jsou barvy primární, což je červená, modrá a žlutá. Kombinací těchto barev vznikají barvy sekundární a barvy terciální vznikají kombinací primárních a sekundárních barev. Dále můžeme barvy rozdělit na teplé a studené.

Každá barva působí jinak na náladu, čehož využívají psychologové i bytoví architekti. Barvy mohou být povzbuzující, depresivní, konstruktivní či destruktivní. Jednotlivé barvy mají své účinky, které mohou být využity k léčení a harmonizaci.

Barvy v nás probouzejí pocity a emoce označované jako radost z barevného vidění. Barva při prostorovém vnímání plní tři hlavní funkce:

- dojem vzdálenosti (pocit hloubky a délky prostoru)
- dojem teploty (vyvolává pocity různého působení tepla)
- celkový dojem prostoru (vliv barvy, která převládá, na celkové prostorové vnímání)

Tabulka 1: Vliv barev na psychické ladění člověka

Barva	Prostorový vjem	Dojem teploty	Vyvolává pocit
Modrá	vzdaluje, zvětšuje	Ochlazuje	uklidňuje
Zelená	Vzdaluje	Ochlazuje	velmi uklidňuje
Červená	přibližuje, zmenšuje	Otepluje	velmi dráždí, zneklidňuje
Oranžová	velmi přibližuje	velmi otepluje	povzbuzuje
Žlutá	přibližuje, zmenšuje	velmi otepluje	povzbuzuje
Hnědá	velmi přibližuje, zmenšuje	neutralizuje	povzbuzuje
Fialová	velmi přibližuje	ochlazuje	znepokojuje, dráždí

(Konůpková, 2008, str. 21)

4.3 Vliv hudby

Hudba je umění a tvoří hudební myšlenky s estetickým působením. Hudba v nás vzbuzuje náladu a pocity a její účinky jsou:

- estetický – výsledkem je pocit libosti či nelibosti
- patetický – hudbou probuzená nálada
- symbolický – citový dojem vyvolaný hudbou
- asociativní – sdružování určitých představ
- idealizující – přenesení do odlišné sféry. (Konůpková, 2008)

Hudba ovlivňuje vegetativní funkce – srdeční rytmus, krevní tlak, dýchání, svalový tonus, motoriku, termoregulaci apod. Používá se zmírnění bolesti, úzkosti, strachu, u poinfarktových stavů nebo při léčbě dlouhotrvajících chorob.

V psychoterapii se hudba užívá k léčbě adaptability, komunikace, v souvislosti s neurózami apod. Hudba je sama o sobě komunikací, proto umožňuje oslovení a porozumění i tam, kde jsou narušené běžné mezilidské kontakty. Pomáhá jednak poslechem hudby (receptivní muzikoterapie) a jednak aktivní provozování hudby. Aktivní muzikoterapie je účinná při rozvoji psychicky i somaticky zaostalých dětí. (Wikipedie : Muzikoterapie, 2011)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 PRŮZKUM

5.1 Cíle průzkumu

V praktické části práci je mým cílem zjistit:

Cíl 1. Jak prostředí a vybavení čekárny a ordinace, oděv a chování personálu ovlivňuje prožívání dětí a dospívajících.

Cíl 2. Jak jsou spokojeni s ordinačními hodinami a sjednávacím systémem.

Cíl 3. Jaká je informovanost dospívajících a rodičů dětí o Chartě práv hospitalizovaného dítěte. Ačkoli se tato listina týká pobytu v nemocnici, zajímalo mne, jaká je informovanost mezi rodiči a dospívajícími a zda je rozdíl o povědomí této listiny mezi dětmi, které již byly hospitalizovány a které nikoli.

5.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Většina dětí a adolescentů má před návštěvou lékaře strach.

Hypotéza 2: Většina respondentů by v čekárně uvítala pastelové barvy.

Hypotéza 3: Většina respondentů je spokojena s délkou ordinačních hodin a objednávacím systémem.

Hypotéza 4: Většina respondentů Chartu práv zná.

5.3 Metodika a techniky průzkumu

Průzkumné šetření bylo prováděno pomocí kvantitativní metody, dotazníkovou technikou. Byl vytvořen dotazník s 17 otázkami. Z celkového počtu bylo 13 otázek uzavřených, 3 polouzavřené s možností doplnění vlastní odpovědi a 1 otázka byla škálová, kde měli respondenti očíslovat dle oblíbenosti nabídnuté možnosti.

5.3.1 Pilotní šetření

Pilotní šetření jsem prováděla v období měsíce březnu 2011, abych zjistila, zda respondenti chápou otázky v dotazníku a zda k dotazníku nemají dotazy a připomínky. Dotazníky jsem rozdala celkem 10 respondentům bez rozdílu věku a toho, zda mají doprovod či nikoliv. S každým respondentem jsem pak dotazník prošla a zeptala se, zda mají k dotazníku výhrady. Společně jsme pak došli k závěru, že otázky jsou nevhodně položeny, aby jednotně vyjádřili názor dětí do 12 let a jejich doprovodu a adolescentů. Mým řešením tedy bylo vytvoření 2 dotazníků, z nichž jeden byl určen pro děti od 3 do 12 let a jejich doprovod (Příloha 2) a druhý dotazník pro dospívající děti a adolescenty od 13 do 19 let (Příloha 3).

V dotaznících bylo 8 otázek různých, dle skupiny, pro kterou byl vytvořen a 10 otázek stejných pro oba dotazníky.

5.4 Průběh průzkumného šetření

Vlastní průzkumné šetření, kdy byly vytvořeny 2 dotazníky pro 2 skupiny respondentů, probíhalo v průběhu měsíce dubna 2011 v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v okresu Uherské Hradiště. Dotazníky jsem rozdávala osobně a po jejich vyplnění si je opět vyzvedla. Dotazník byl koncipován tak, aby respondenty v čekárně nezdržoval a přitom mi poskytl informace, které potřebuji pro zpracování tohoto průzkumného šetření.

Za cíl jsem si stanovila návratnost 40 dotazníků z každé skupiny respondentů.

5.5 Interpretace výsledků

Rozdáno bylo celkem 45 dotazníků ve skupině dětí 3-12 let a jejich doprovod. Návratnost byla sice 100%, nicméně 5 dotazníků bylo pro neúplnost vyřazeno. U druhé skupiny respondentů, což byly pacienti ve věku 13-19 let bylo rozdáno 43 dotazníků, návratnost byla opět 100%, ale pro neúplnost byly vyřazeny 3 dotazníky.

Do průzkumného zpracování bylo zahrnuto 40 dotazníků z první skupiny respondentů a 40 dotazníků z druhé skupiny respondentů.

Údaje, které byly zjištěny, jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti v tabulkách. Údaje, které se vztahují k očekávaným výsledkům, jsou zpracovány do grafu v relativní četnosti. Pro lepší přehlednost jsou výsledné hodnoty zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

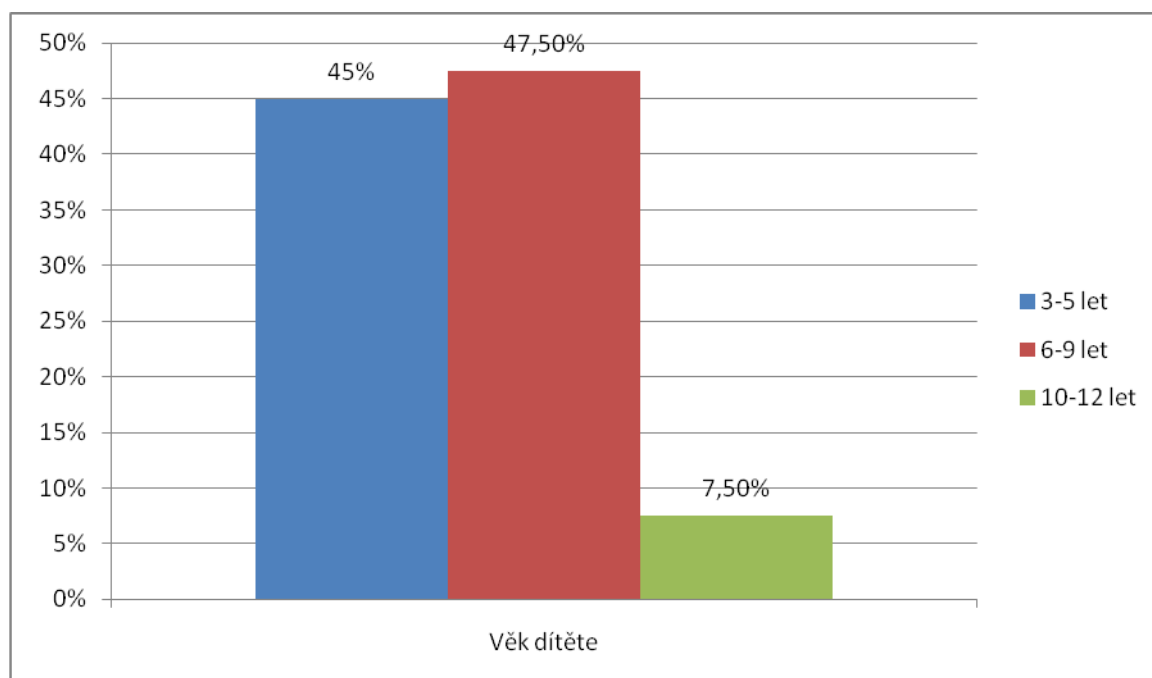
V praktické části je nejprve zpracováno 8 položek z dotazníků pro skupinu respondentů dětí od 3-12 let a jejich doprovod, poté 8 položek z dotazníku pro dospívající a adolescenty ve věku 13-19 let a nakonec je zpracováno 10 položek, které byly v dotaznících pro obě skupiny respondentů stejné.

5.5.1 Položky z dotazníku pro děti od 3-12 let a jejich doprovod

Položka 1: Věk dítěte

Tabulka 2: Věk dítěte

Věk dítěte	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
3-5 let	18	45,00 %
6-9 let	19	47,50 %
10-12 let	3	7,50 %
Celkem	40	100,00 %



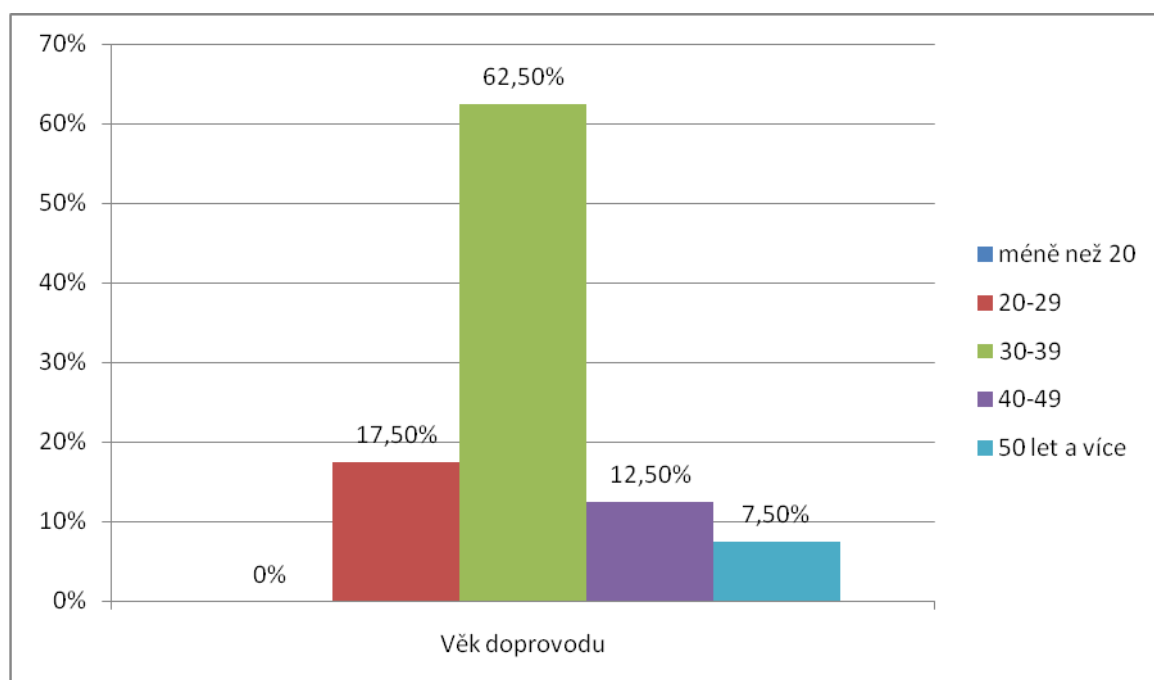
Graf 1: Věk dítěte

První položka zjišťovala věk dětí, které přichází k praktickému lékaři pro děti a dorost se svým doprovodem. Z tabulky i grafu vyplývá, že nejpočetnější věkovou skupinou byly děti mezi 6-9 lety, následuje skupina 3-5 let a nejméně zastoupeny byly děti ve věkovém rozmezí 10-12 let.

Položka 2: Věk doprovodu

Tabulka 3: Věk doprovodu

Věk doprovodu	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
méně než 20 let	0	0 %
20-29 let	7	17,50 %
30-39 let	25	62,50 %
40-49 let	5	12,50 %
50 let a více	3	7,50 %
Celkem	40	100,00 %



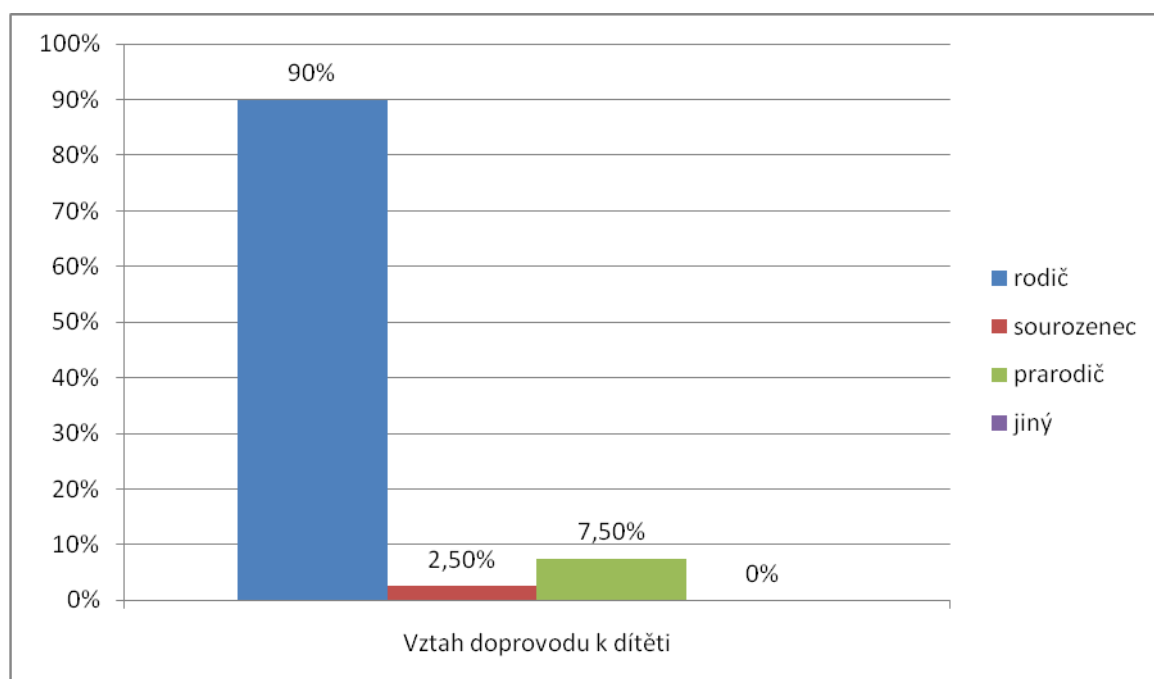
Graf 2: Věk doprovodu

Jak je patrné z tabulky i grafu nejvíce zastoupena byla skupina doprovázející dítě, ve věku 30-39 let. Jednalo se téměř vždy o rodiče, jak ukáže následující položka. Méně byla zastoupena skupina 20-29 let, dále 50-49 let, více než 50 let a ve skupině méně než 20 let nebyl žádný respondent.

Položka 3: Vztah doprovodu k dítěti

Tabulka 4: Vztah doprovázející osoby k dítěti

Vztah doprovodu	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
rodič	36	90,00 %
sourozenec	1	2,50 %
prarodič	3	7,50 %
jiný	0	0 %
Celkem	40	100,00 %



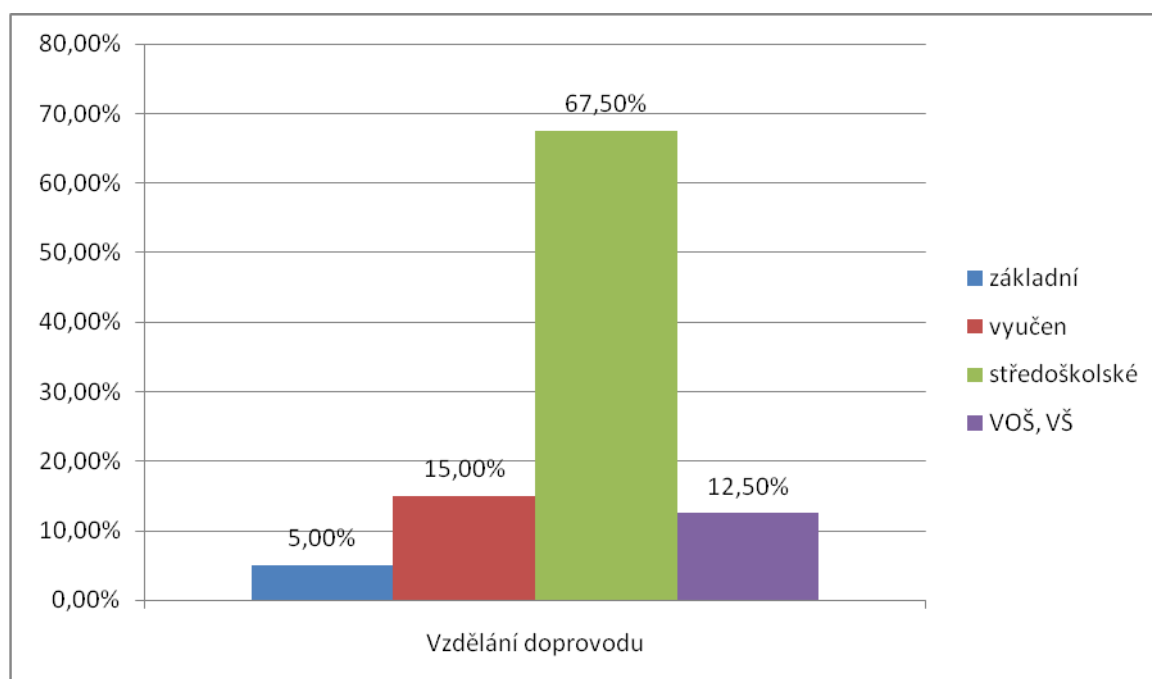
Graf 3: Vztah doprovázející osoby k dítěti

V položce číslo 3 jsem zjišťovala, jaký vztah má doprovázející osoba k dítěti, které přichází k lékaři. V převážné většině je touto osobou rodič, méně často prarodič a pouze v 1 případě to byl sourozenec. Výsledek by se mohl zdát předem jasný, nicméně v dnešní době, kdy bývají rodiče hodně zaneprázdněni prací, stále více využívají jiné příbuzné osoby, aby jejich dítě k lékaři doprovodila.

Položka 4: Vzdělání doprovodu

Tabulka 5: Vzdělání doprovázející osoby

Vzdělání doprovodu	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
základní	2	5,00 %
vyučen	6	15,00 %
středoškolské	27	67,50 %
VOŠ, VŠ	5	12,50 %
Celkem	40	100,00 %



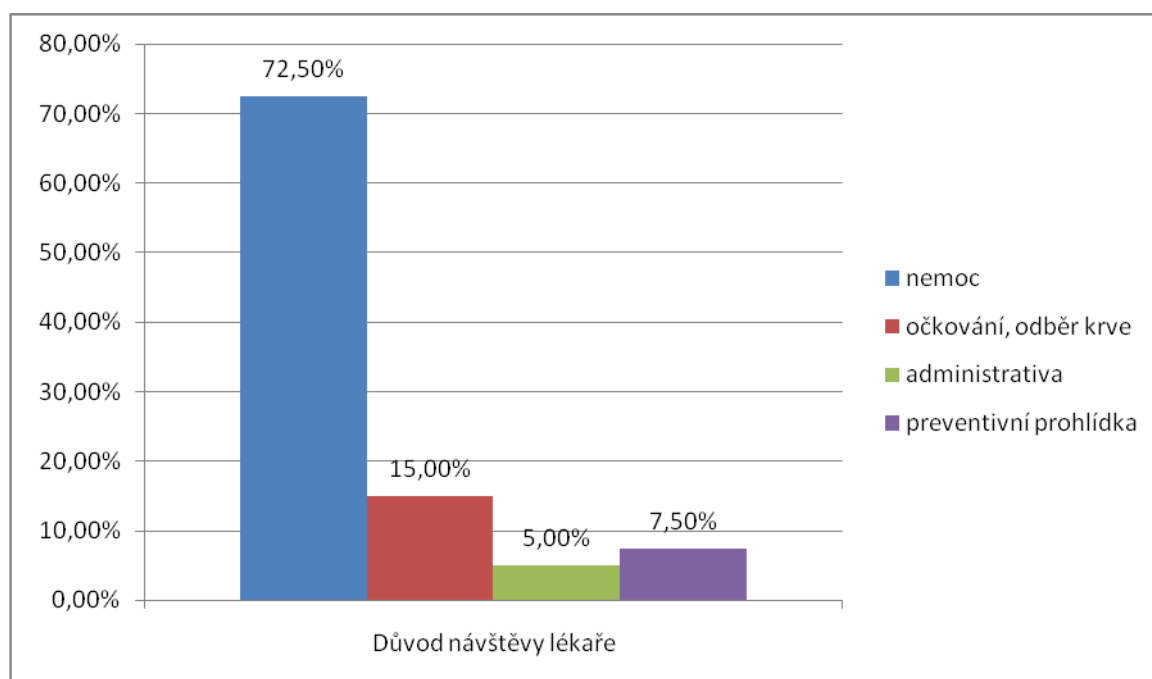
Graf 4: Vzdělání doprovázející osoby

Položka 4 zkoumala nejvyšší dokončené vzdělání doprovázející osoby. Ve většině případů to byla osoba se středoškolským vzděláním, dále osoby vyučené, méně vysokoškolsky vzdělaní lidé a pouze 2 osoby (5%) se základním vzděláním-při hlubším zkoumání jsem zjistila, že to byli v obou případech prarodiče dětí, což přisuzuji tomu, že dříve nebyly takové možnosti studovat jako dnes.

Položka 5: Důvodem dnešní návštěvy je?

Tabulka 6: Důvod návštěvy dítěte u PLDD

Důvod návštěvy	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
nemoc dítěte	29	72,50 %
očkování, odběr krve	6	15,00 %
administrativa	2	5,00 %
preventivní prohlídka	3	7,50 %
Celkem	40	100,00%



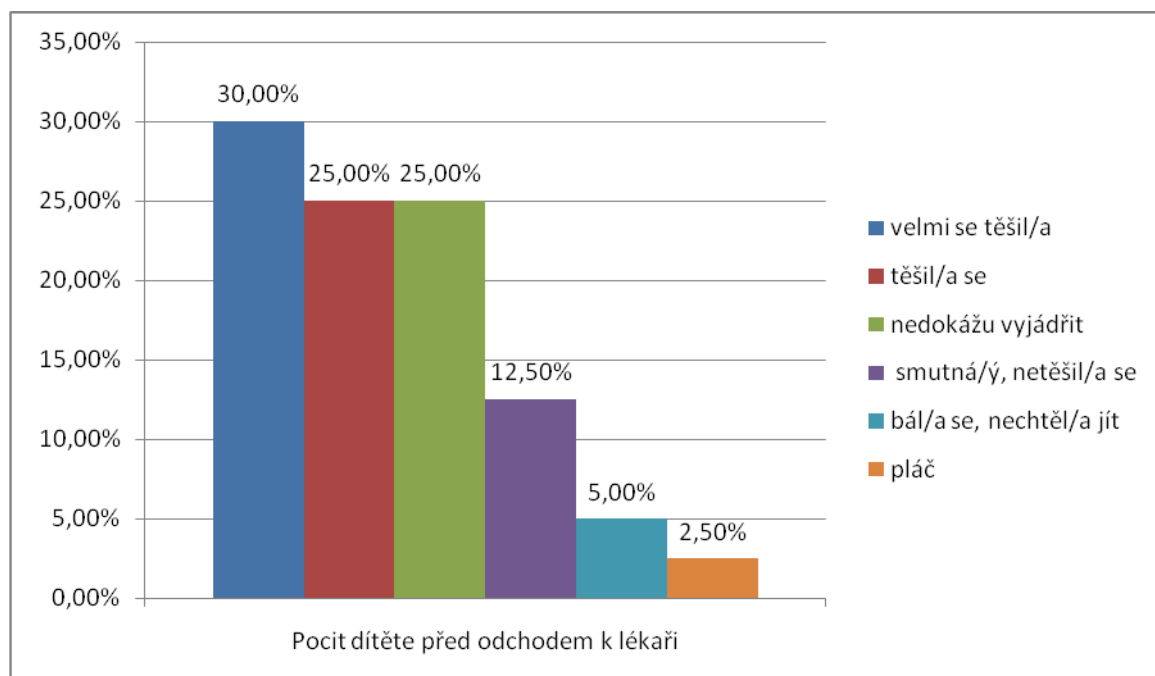
Graf 5: Důvod návštěvy lékaře

Položka 5 v dotazníku se zajímala o to, z jakého důvodu dítě ke svému lékaři přichází. Bezpochyby nejčastěji je to kvůli vyšetření pro nemoc nebo ke kontrole po nemoci. V době chřipkové epidemie, kdy byl průzkum prováděn, je to zcela na místě. Z dalších důvodů to byly odběry krve a očkování, méně preventivní prohlídky a administrativní výkony, jako je vystavení receptu, vyplnění přihlášek do mateřských školek a jiná potvrzení.

Položka 6: Dokážete vyjádřit, jak se dítě cítilo před odchodem k lékaři?

Tabulka 7: Pocit dítěte před odchodem k lékaři

Pocit dítěte před odchodem k lékaři	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
velmi se těšil/a	12	30,00 %
těšil/a se	10	25,50 %
nedokáží vyjádřit	10	25,50 %
smutný/á, netěšil/a se	5	12,50 %
bál/a se, nechtěl/a jít	2	5,00 %
pláč	1	2,50 %
Celkem	40	100,00 %



Graf 6: Pocit dítěte před odchodem k lékaři

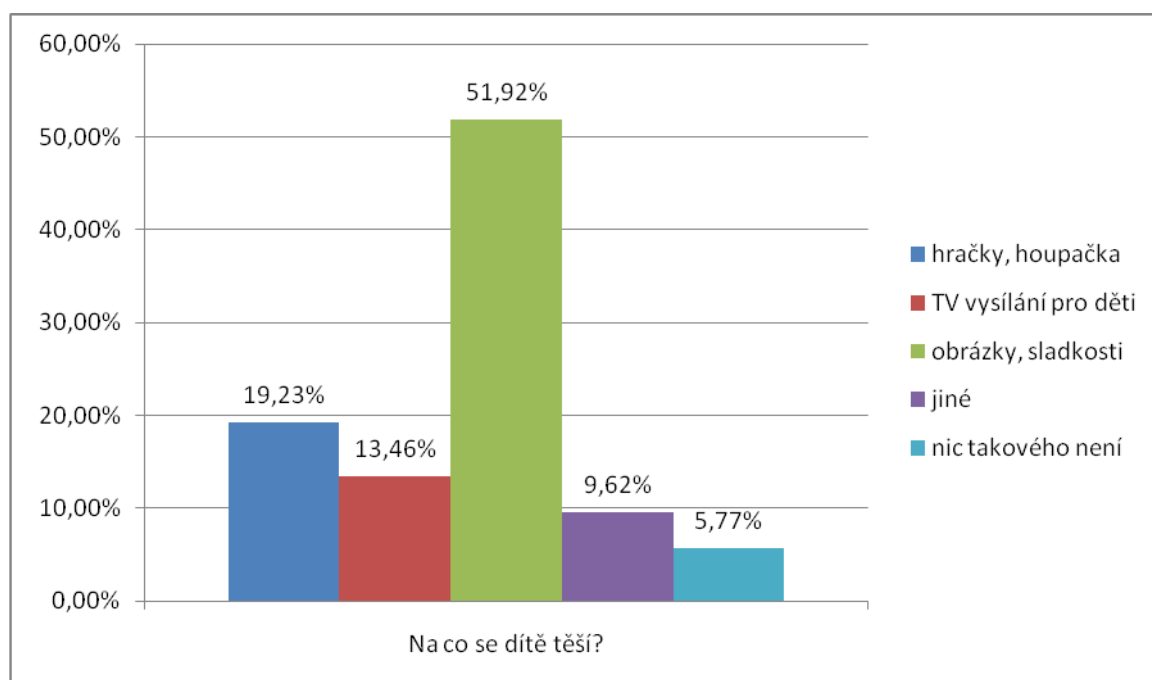
Položka 6 se u respondentů zajímala, zda dokáží vyjádřit, jak se jejich dítě cítilo před odchodem k lékaři. V dotazníku byla tato otázka koncipována jako 6 obličejů, skrz které mohly hlavně menší děti lépe vyjádřit své pocity. Pro lepší zpracování do tabulky a grafu jsem obličejů převedla do slovního hodnocení.

Z tabulky a grafu je patrné, že více než polovina dětí se k lékaři těší. Asi jedna čtvrtina nedokázala své pocity přesně popsat a zaškrtnla „neutrálního smajlíka“ a čtvrtina dětí se k lékaři bála nebo dokonce před odchodem k lékaři plakala. Na tuto položku navazuje v dotazníku další, která objasňuje, na co se děti k lékaři těší.

Položka 7: Dokážete určit, na co se dítě k lékaři těší?

Tabulka 8: Na co se dítě k lékaři těší?

Na co se dítě těší?	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
hračky, houpačka	10	19,23 %
TV vysílání pro děti	7	13,46 %
obrázky, sladkosti	27	51,92 %
jiné	5	9,62 %
nic takového není	3	5,77 %
Celkem	52	100,00 %



Graf 7: Na co se dítě k lékaři těší?

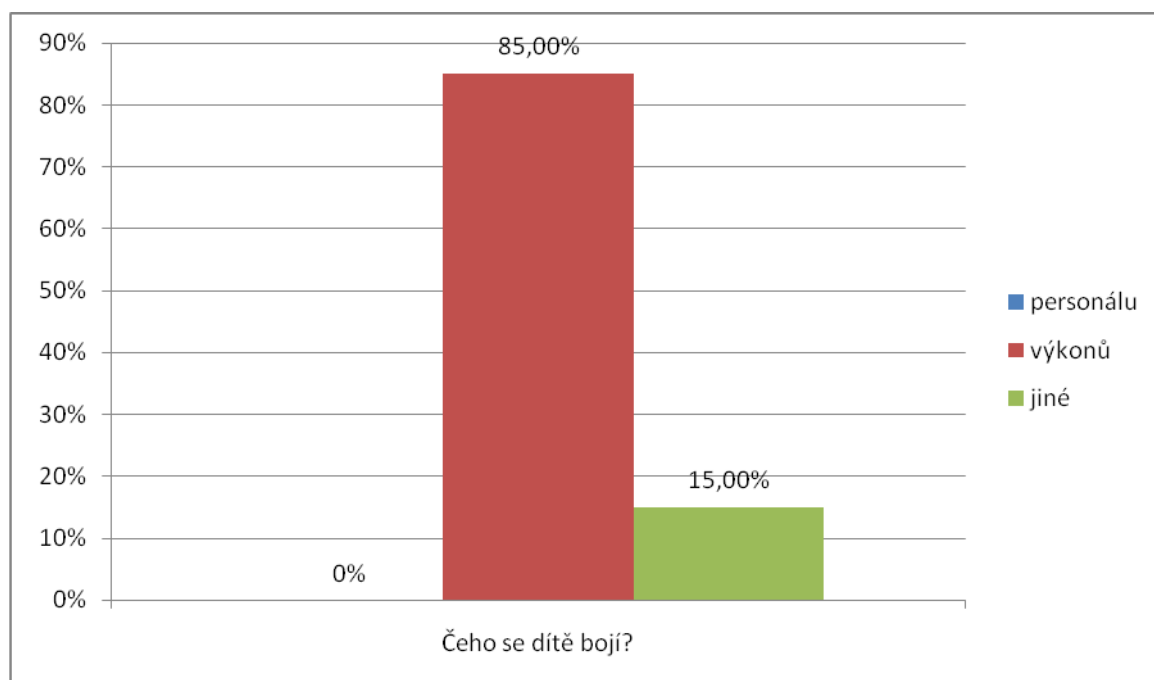
Cílem položky 7 bylo zjistit, jestli existuje něco, na co by se dítě k lékaři těšilo. Na výběr byly 4 nabídky k zaškrtnutí a jedna s možností doplnění. Bylo možno zaškrtnout i více než jednu z nabízených a někteří respondenti této možnosti využili.

Z nabízených odpovědí více než polovina respondentů vybrala možnost *obrázky a sladkosti*, které děti vždy po ošetření od personálu dostávají. Pětina zaškrtnla *hračky a houpačku*, méně pak *televizní vysílání pro děti*, které běží v čekárně. V 5 případech respondenti také volili možnost *jiné* a uvedli, že se jejich dítě těší „*na paní doktorku a sestřičku*“ a 3 uvedli, že není „*nic, na co by se dítě těšilo*“.

Položka 8: Dokážete určit, čeho se dítě u lékaře bojí?

Tabulka 9: Čeho se dítě u lékaře bojí?

Čeho se dítě bojí?	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
personálu	0	0 %
výkonů	34	85,00 %
jiné	6	15,00 %
Celkem	40	100,00 %



Graf 8: Čeho se dítě u lékaře bojí?

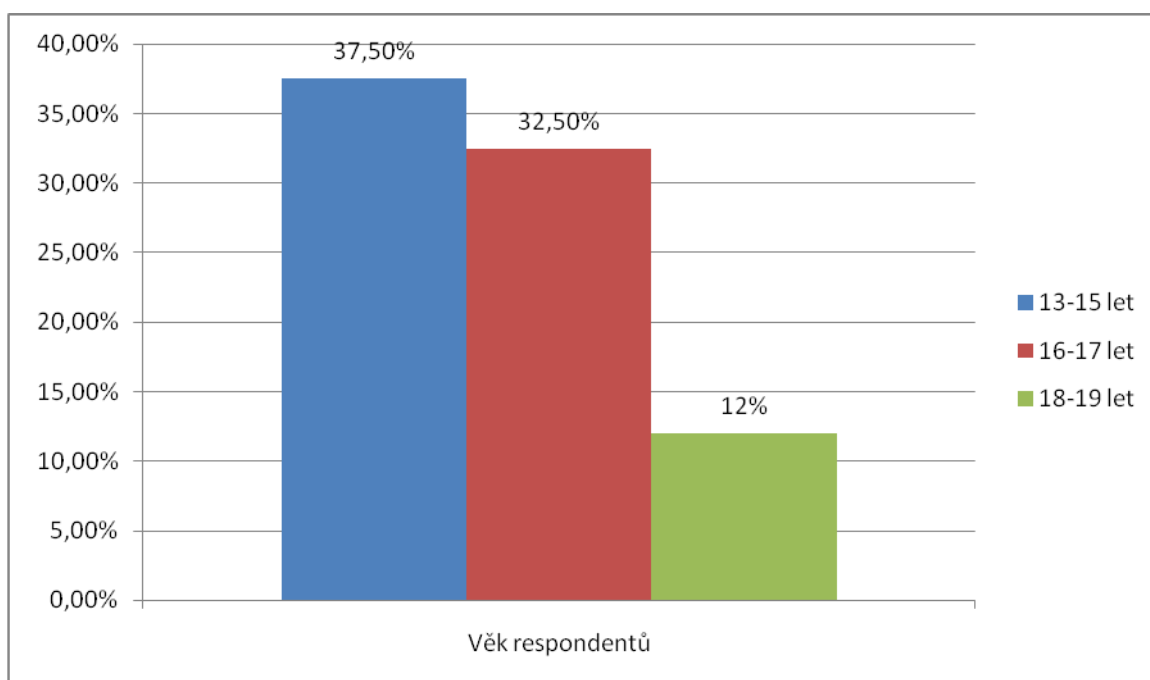
V položce 8 jsem se zajímala, čeho se děti, které k lékaři přichází, nejvíce bojí. Asi není překvapením, že více než 2/3 respondentů vyplnilo odpověď *výkonů*, což zahrnuje, injekce a odběry krve. Důvodem je určitě bolest, která tyto výkony provází. Možnou odpověď *jiné* zaškrtnulo 6 respondentů, z nichž 2 dopsali, že se jejich dítě bojí „*dlouhého čekání v čekárně*“ a další 4 napsali, což mne mile překvapilo, že se jejich dítě „*nebojí ničeho*“.

5.5.2 Položky z dotazníku pro dospívající a adolescenty ve věku 13-19 let

Položka 1: Tvůj věk:

Tabulka 10: Tvůj věk

Věk	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
13-15 let	15	37,50 %
16-17 let	13	32,50 %
18-19 let	12	30,00 %
Celkem	40	100,00 %



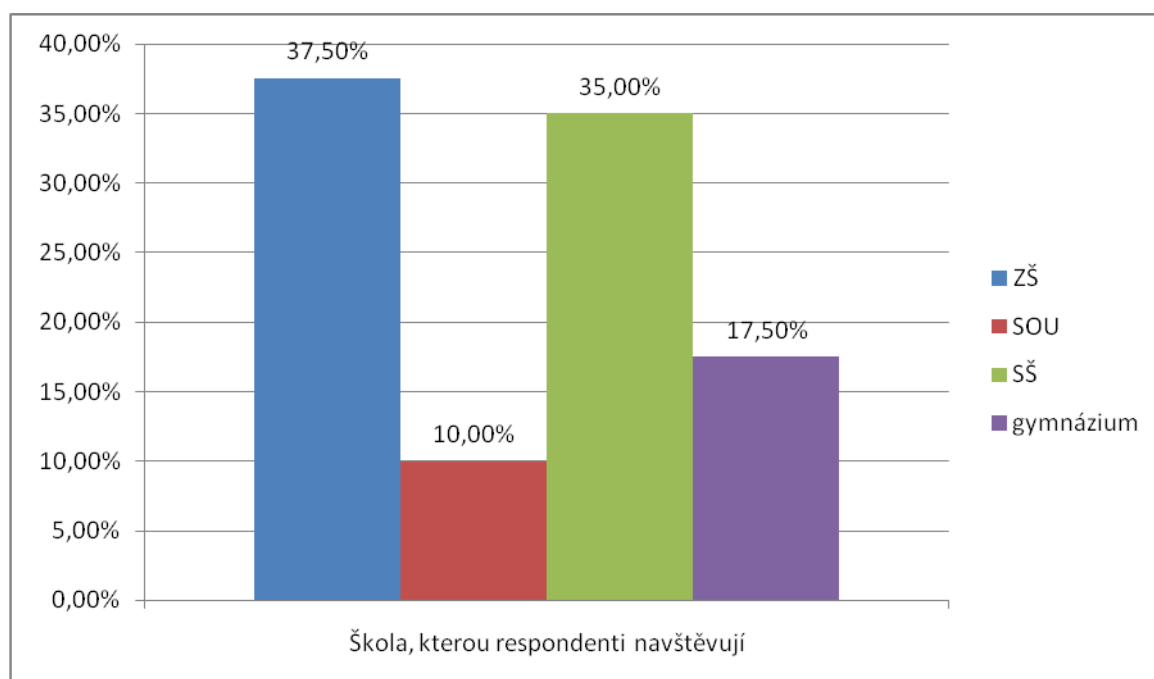
Graf 9: Tvůj věk

Položka 1 v dotazníku pro dospívající a adolescenty se zajímala stejně jako u menších dětí o věk respondentů. Tabulka a graf vypovídají o tom, že věkové rozložení respondentů je největší ve věku 13-15 let, méně je zastoupena skupina 16-17 let a nejméně bylo respondentů ve věku 18-19 let.

Položka 2: Nyní studuješ?

Tabulka 11: Nyní studuješ?

	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
základní školu	15	37,50 %
střední odborné učiliště	4	10,00 %
střední školu	14	35,00 %
gymnázium	7	17,50 %
Celkem	40	100,00 %



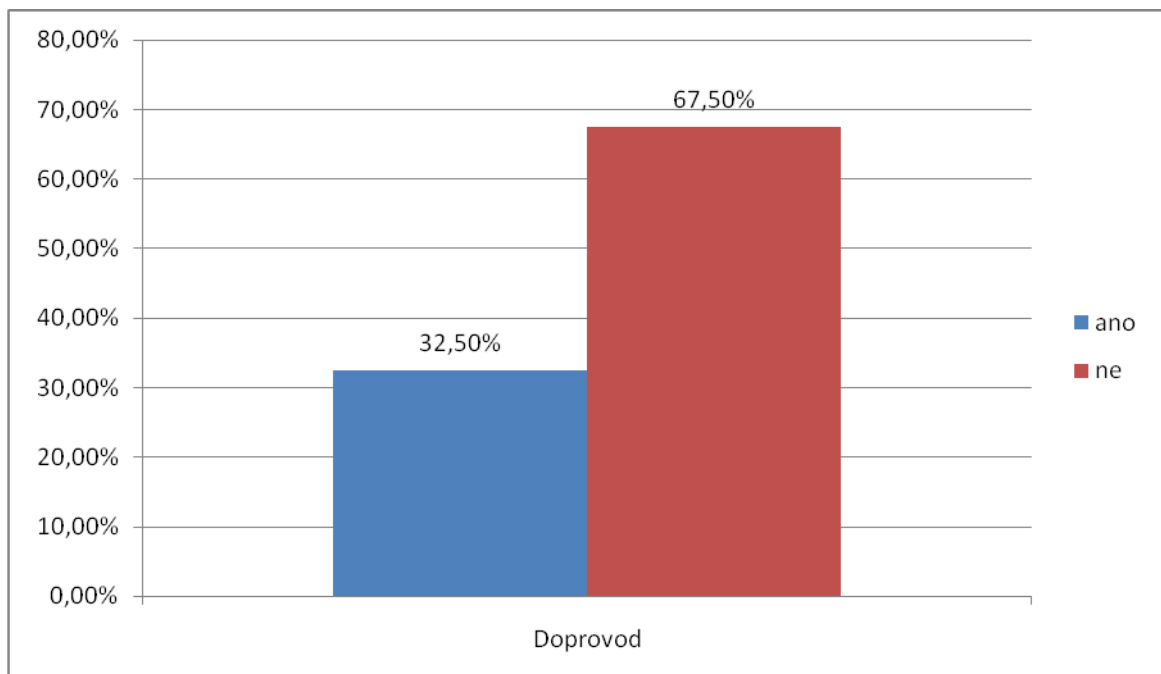
Graf 10: Nyní navštěvuješ?

Položka 2 v dotazníku se zabývala tím, kterou školu respondenti navštěvují. Nejvíce dospívajících respondentů ještě chodí na základní školu, což odpovídá tomu, že byl dotazník pro věkové rozmezí 13-19 let. Co mne zaujalo je to, jak málo dětí v dnešní době studuje střední odborné učiliště (pouze 10%). Jistě je to dáno dobou, kdy děti raději budou studovat, než aby šli po vyučení pracovat. A když už pracovat, tak tzv. „hlavou“, než „rukama“.

Položka 3: Doprovod dospělého či jiné osoby?

Tabulka 12: Doprovod

Doprovod	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	13	32,50 %
ne	27	67,50 %
Celkem	40	100,00 %



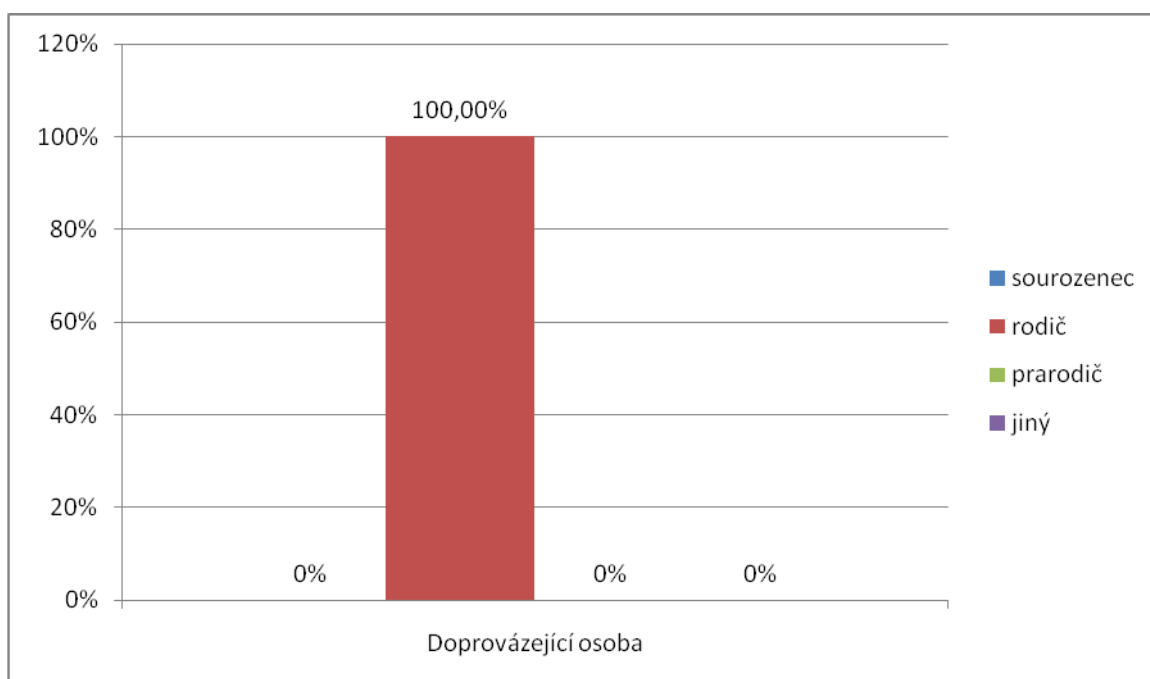
Graf 11: Doprovod

Cílem této otázky bylo zjistit, zda dospívající a adolescenti chodí k PLDD s doprovodem dospělé osoby či nikoliv. Z tabulky i grafu je patrné, že dvě třetiny respondentů přišli ke svému lékaři sami a pouze jedna třetina s doprovodem dospělé osoby. Důvodem je jistě to, že rodiče adolescentů se domnívají, že návštěvu lékaře ve svém věku zvládnou sami a nepotřebují dohled dospělého.

Položka 4: Doprovázející osoba je:

Tabulka 13: Doprovázející osoba

Doprovázející osoba	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
sourozenec	0	0 %
rodič	13	100,00 %
prarodič	0	0%
jiný dospělý	0	0 %
Celkem	13	100,00 %



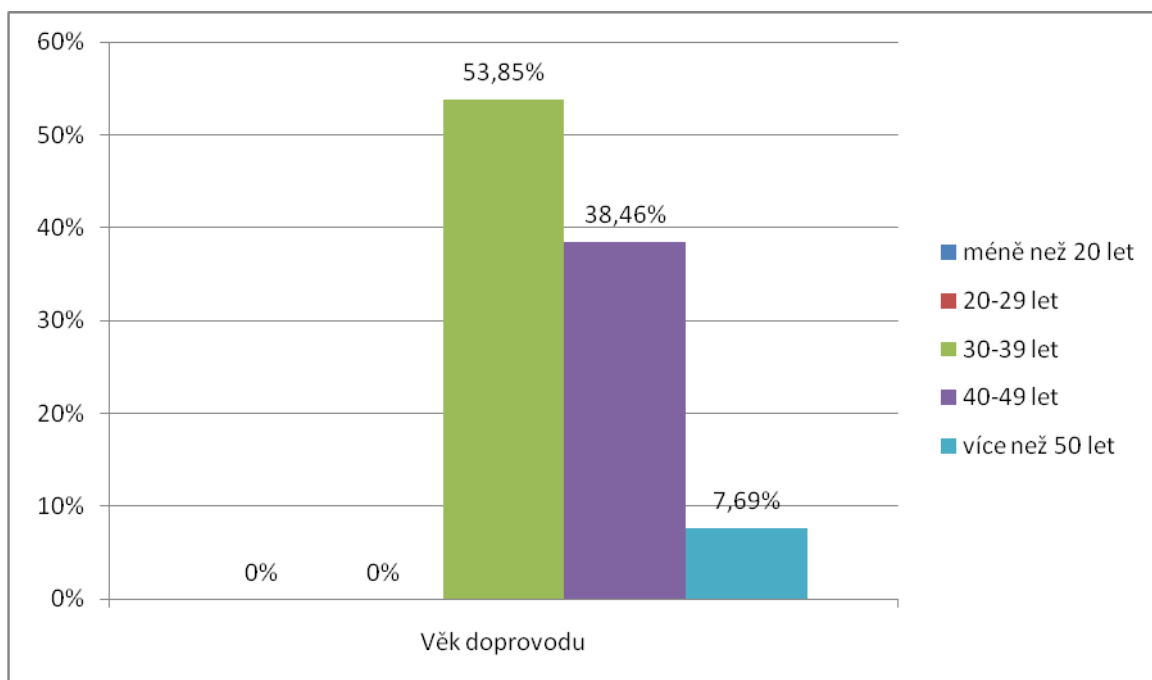
Graf 12: Doprovázející osoba

Tato položka zjišťovala, kdo je doprovázející osobou, která s dospívajícím či adolescentem přichází k PLDD a navazovala na předchozí položku dotazníku. Tabulka i graf jasně ukazují, že u všech dětí byla doprovázející osobou rodič.

Položka 5: Věk doprovodu

Tabulka 14: Věk doprovodu

Věk doprovodu	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
méně než 20 let	0	0 %
20-29 let	0	0 %
30-39 let	7	53,85 %
40-49 let	5	38,46 %
více než 50 let	1	7,69 %
Celkem	13	100,00 %



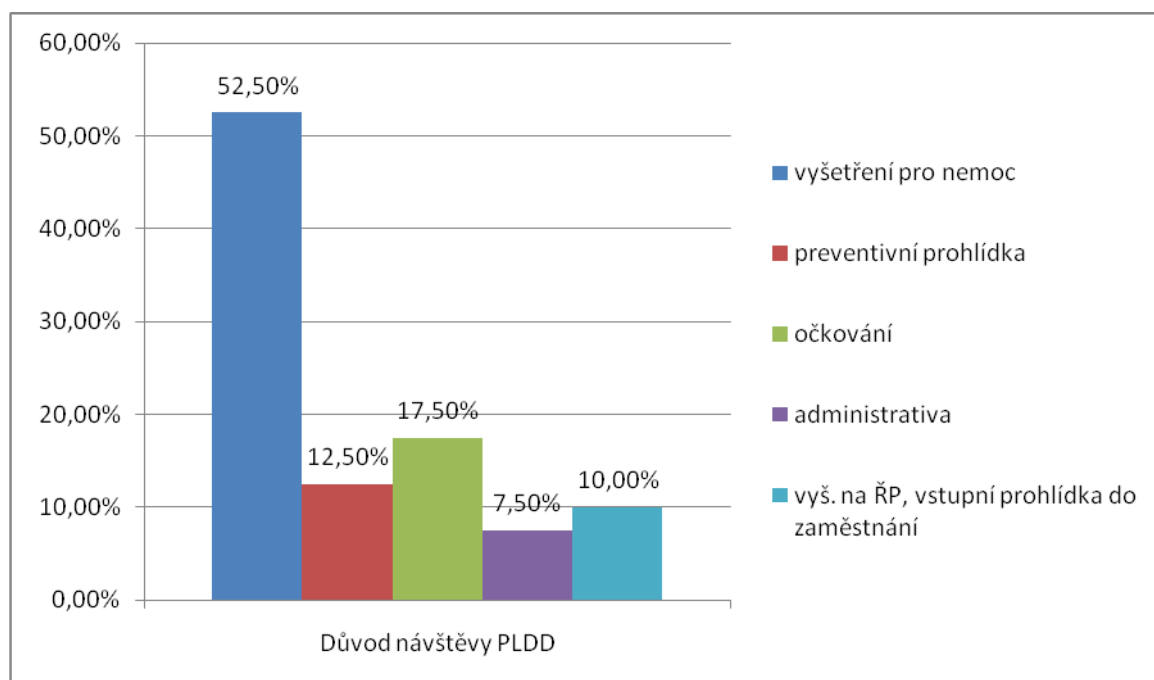
Graf 13: Věk doprovodu

Na tuto položku, stejně jako na předchozí odpovídali pouze respondenti, kteří kladně odpověděli na třetí položku dotazníku. Jelikož všichni v předchozí položce zaškrtnuli, že jejich doprovázející osobou je rodič, odpovídá tomu i toto věkové rozvrstvení.

Položka 6: Důvodem tvé dnešní návštěvy u lékaře je?

Tabulka 15: Důvod tvé návštěvy?

důvod návštěvy	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
vyšetření pro nemoc	21	52,50 %
preventivní prohlídka	5	12,50 %
očkování	7	17,50 %
administrativa	3	7,50 %
vyš. na řidičský průkaz, prohlídka do zaměstnání	4	10,00 %
Celkem	40	100,00 %



Graf 14: Důvod tvé návštěvy?

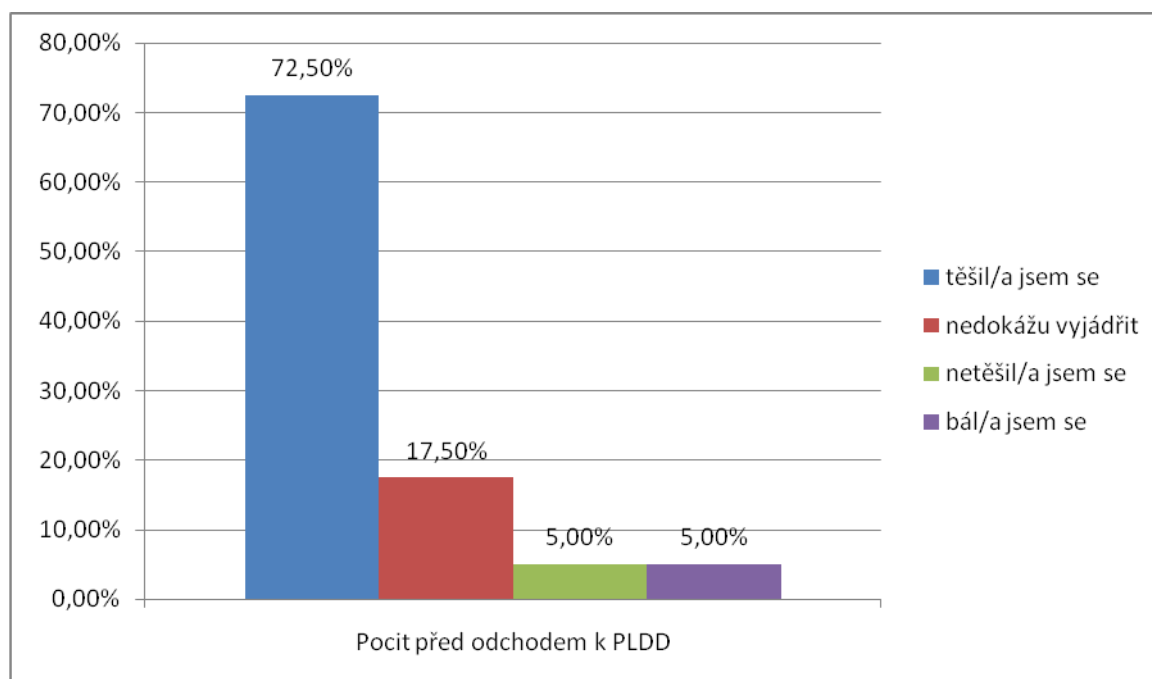
Položka 6 se v dotazníku zajímala, jaký byl důvod respondenta k návštěvě PLDD. Stejně jako u menších dětí bylo nejčastěji, a to v polovině případů, *vyšetření pro nemoc či kontrola po nemoci*. Méně šli respondenti ke svému lékaři kvůli *očkování* (převážně nepovinné a

neplacené ze státního pojištění), třetím nejčastějším důvodem byla *preventivní prohlídka*, čtvrtou nejčastější zaškrtnutou možností bylo *vyšetření pro získání řidičského oprávnění* (ať už na motocykl či automobil) *nebo vstupní prohlídka do zaměstnání*. Nejméně zastoupena byla z nabízených možností odpověď *administrativní úkony*, kam jsem zařadila vystavení receptu, potvrzení přihlášek na střední, vyšší odborné či vysoké školy a jiná potvrzení.

Položka 7: Dokážeš vyjádřit, jak ses cítil/a před odchodem k lékaři?

Tabulka 16: Dokáže vyjádřit jak ses cítil/a?

Pocit před odchodem	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
těšil/a jsem se	29	72,50 %
nedokážu vyjádřit	7	17,50 %
netěšil/a jsem se	2	5,00 %
bál/a jsem se	2	5,00 %
Celkem	40	100,00 %



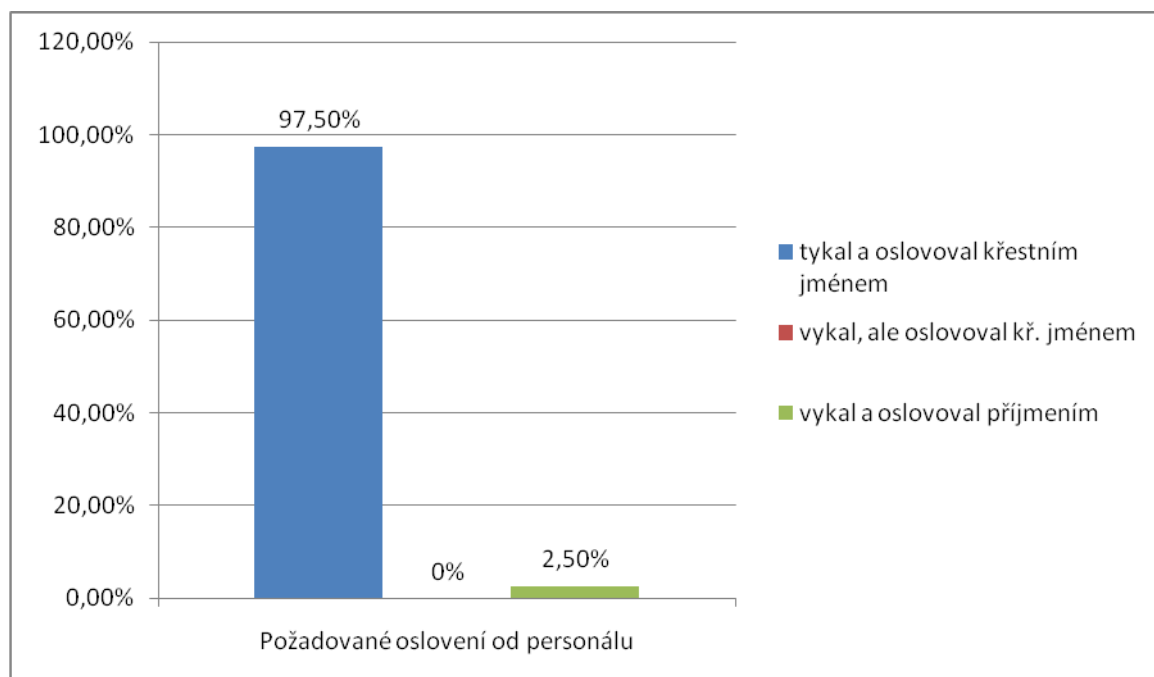
Graf 15: Dokážeš vyjádřit, jak ses cítil/a před odchodem k lékaři?

V této položce bylo cílem zjistit, jak se adolescenti cítí před odchodem k lékaři. Téměř tři čtvrtiny respondentů zaškrtnuly možnost, že se k PLDD *těší*, dle mého názoru, proto že již vědí, co je čeká a i pokud je jejich návštěva spojena s bolestivým výkonem, dokáží pochopit, že je tento výkon nutný a že musí bolest zvládnout. Necelá pětina nedokázala přesně *vyjádřit své pocity*, necelá pětina se *netěšila* a stejný počet respondentů se dokonce *bálo*.

Položka 8: Rád/a bych, aby mi personál této ambulance:

Tabulka 17: Požadované oslovení od personálu:

Pocit před odchodem	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
tykal a oslovoval mne křestním jménem	39	97,50 %
vykal, ale oslovoval mne křestním jménem	0	0 %
vykal a oslovoval mne příjmením	1	2,50 %
Celkem	40	100,00 %



Graf 16: Požadované oslovení od personálu

Tato položka v dotazníku zjišťovala, jak by dospívající děti a adolescenti chtěli, aby je personál oslovoval. Je zvykem, že se všem dětem bez rozdílu věku tyká a oslovují se křestním jménem. Z výsledků v tabulce a grafu vyplývá, že oslovení vyhovuje i respondentům, pouze 1 respondent by chtěl, aby mu personál *vykal a oslovoval jej příjmením*.

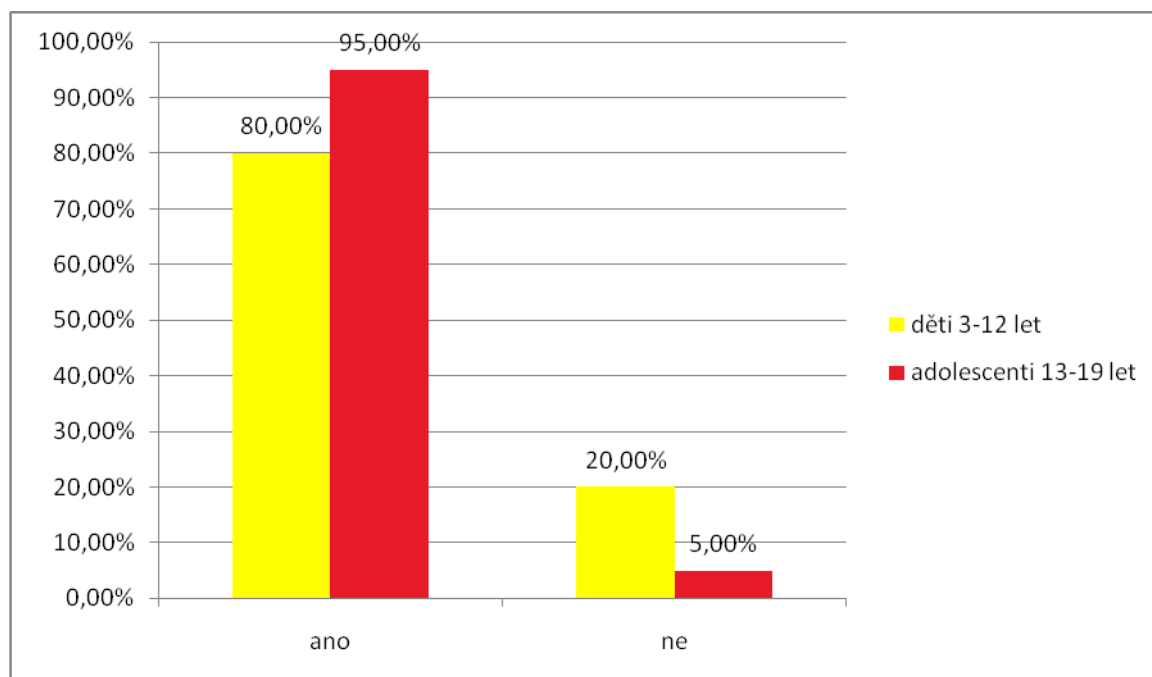
5.5.3 Položky z dotazníku, které byly u obou skupin respondentů stejné

Následujících 10 položek bylo pro obě skupiny respondentů stejné, proto jsem je dala do společné tabulky a grafu.

Položka 9: Navštěvuje vaše dítě pravidelně i jiného lékaře? (Chodíš pravidelně k jinému lékaři?)

Tabulka 18: Pravidelná návštěva jiného lékaře:

Pravidelná návštěva jiného lékaře	děti 3-12 let s doprovodem		adolescenti 13-19 let	
	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	32	80,00%	38	95,00%
ne	8	20,00%	2	5,00%
Celkem	40	100,00%	40	100,00%



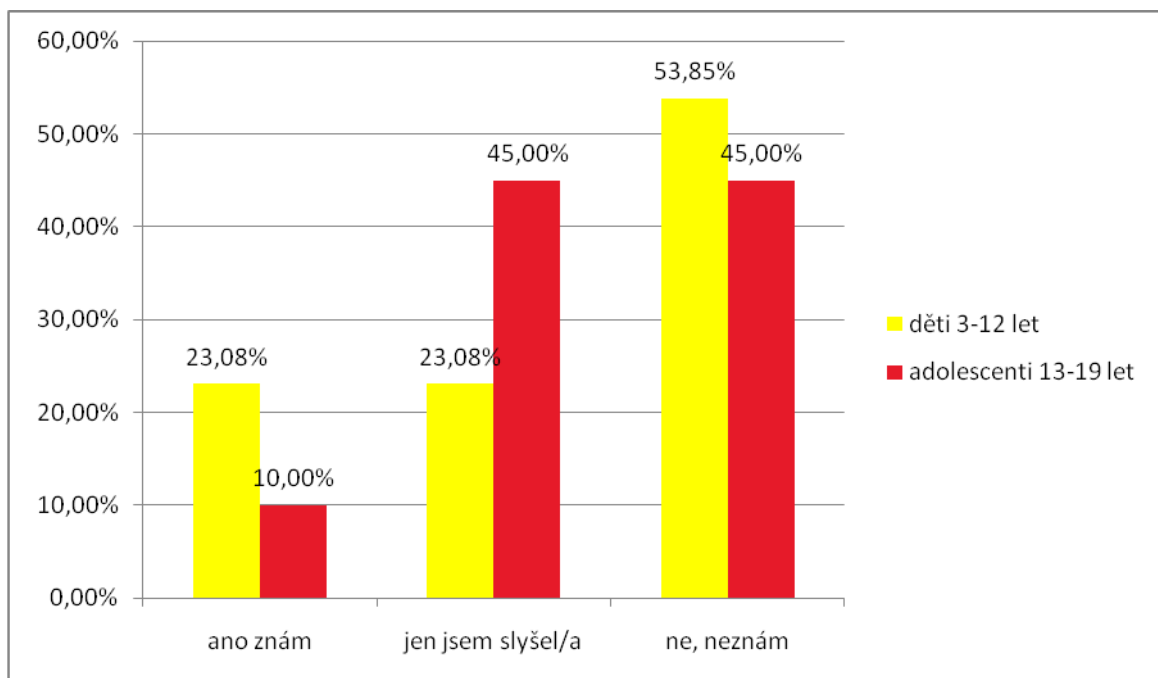
Graf 17: Pravidelná návštěva jiného lékaře

Cílem položky 9 v dotazníku bylo zjistit, zda děti a adolescenti chodí pravidelně i k jinému lékaři než PLDD, např. zubní lékař, alergolog, dermatolog atd. Dle tabulky a grafu je patrné, že většina dětí ve věku 3-12 let (80%) a adolescentů ve věku 13-19 let (dokonce 95%) k jinému lékaři chodí. Myslím si, že častější návštěvy u PLDD a jiných lékařů pomáhají dítěti utvářet vztah ke zdravotnickým pracovníkům, otázkou však je, jestli jsou tyto zkušenosti pozitivní a pomáhají utvářet kladný vztah k lékaři či negativní a výsledkem je pak strach ze zdravotnických pracovníků.

Položka 10: Povědomí dětí a jejich doprovodu a adolescentů o Chartě práv hospitalizovaných dětí, kteří již někdy BYLI hospitalizováni

Tabulka 19: Povědomí o Chartě práv u respondentů, kteří byli hospitalizováni

Povědomí o Chartě práv	děti 3-12 let s doprovodem		adolescenti 13-19 let	
	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
znám a vím, čeho se týká	6	23,08%	2	10,00%
slyšel/a jsem, ale nevím, co obsahuje	6	23,08%	9	45,00%
neznám	14	53,85%	9	45,00%
Celkem	26	100,00%	20	100,00%



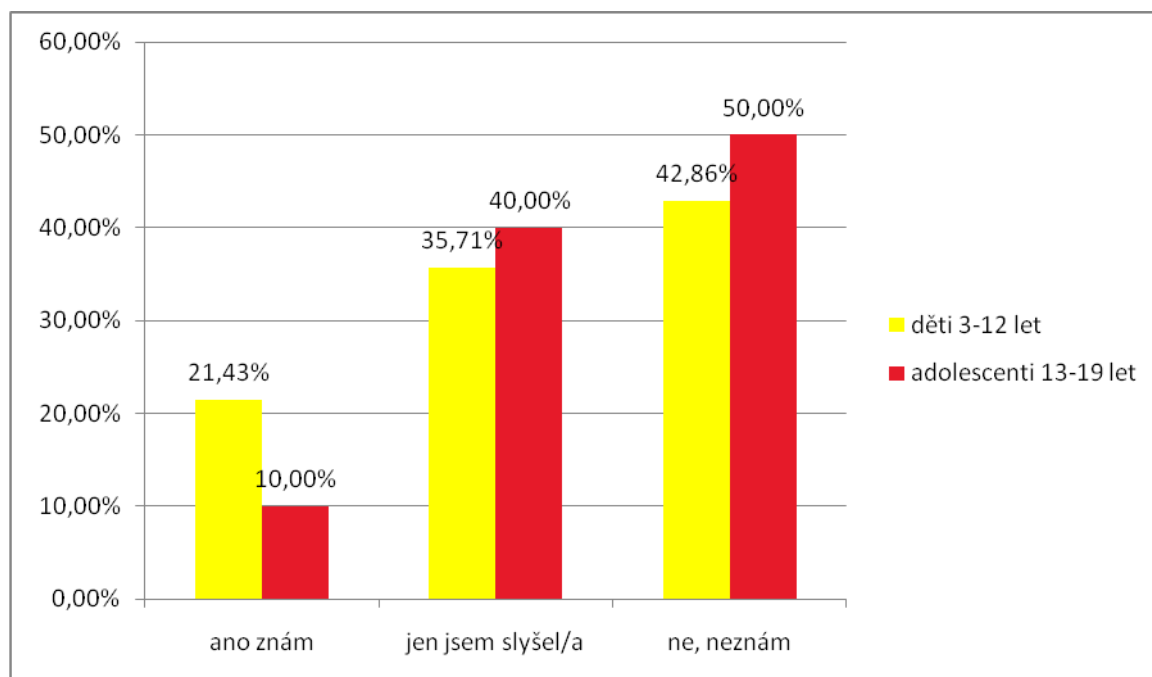
Graf 18: Povědomí o Chartě práv u respondentů, kteří byli hospitalizováni

Do této položky jsem zpracovala dvě otázky z dotazníku. Zajímalo mne, jaké je povědomí o Chartě práv hospitalizovaných dětí a zda je rozdíl u respondentů, kteří již byli hospitalizováni a kteří nikoliv. Ve výše uvedené tabulce a grafu jsou zpracovány odpovědi respondentů, kteří již v minulosti byli hospitalizováni. Možnost *ano, znám a vím, co obsahuje*, zaškrtnla jedna čtvrtina u obou skupin respondentů. *Slyšel/a jsem, ale nevím, co obsahuje*, zvolila jedna čtvrtina respondentů ze skupiny dětí 3-12 let a jejich doprovod a téměř polovina respondentů ze skupiny 13-19 let. Bohužel smutné je, že možnost *ne, neznám* volilo nejvíce respondentů a to více než polovina dětí 3-12 let a jejich doprovod a téměř polovina adolescentů ve věku 13-19 let. Asi je to tím, že hospitalizované děti a popřípadě jejich doprovody nejsou o této listině v nemocnicích edukovány nebo se o ni vůbec nezajímají

Položka 11: Povědomí o Chartě práv hospitalizovaných dětí u respondentů, kteří doposud NEBYLI hospitalizováni

Tabulka 20: Povědomí o Chartě práv u respondentů, kteří nebyli hospitalizováni

Povědomí o Chartě práv	děti 3-12 let a doprovodem		adolescenti 13-19 let	
	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
znám a vím, čeho se týká	3	21,43%	2	10,00%
slyšel/a jsem, ale nevím, co obsahuje	5	35,71%	8	40,00%
neznám	6	42,86%	10	50,00%
Celkem	14	100,00%	20	100,00%



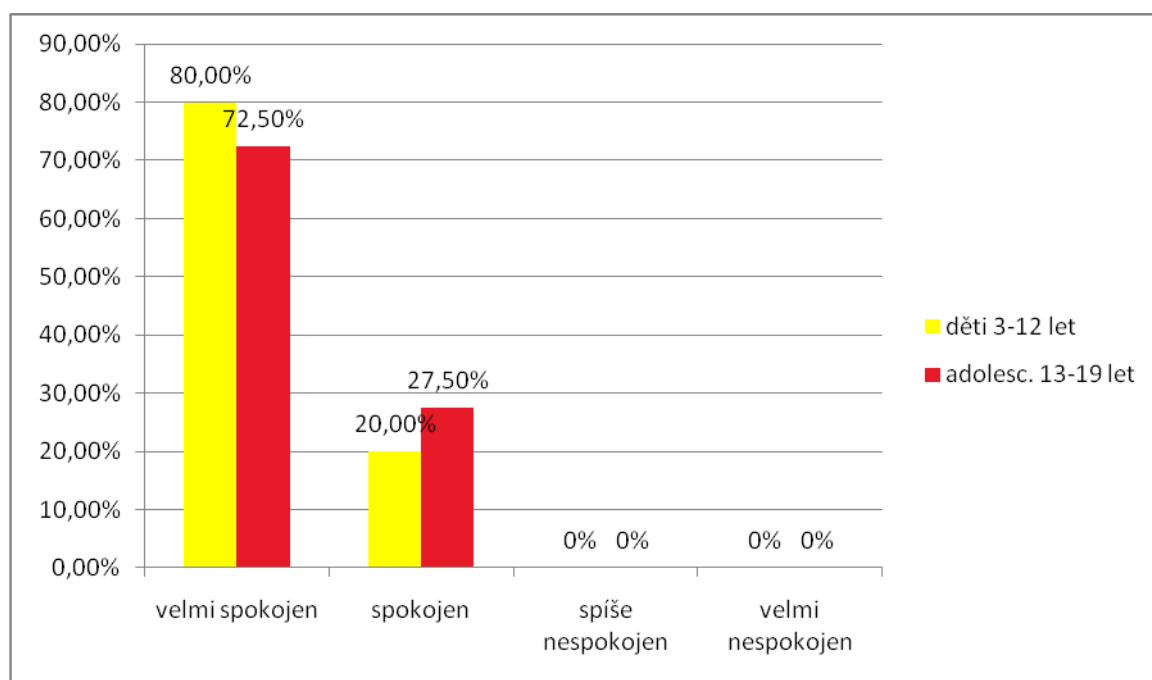
Graf 19: Povědomí o Chartě práv respondentů, kteří nebyli hospitalizováni

Tato tabulka a graf znázorňují povědomí o Chartě práv u respondentů, kteří doposud nebyli hospitalizováni. Odpověď *ano, znám* zvolila pětina respondentů věku 3-12 let a jejich doprovodu a pouze desetina adolescentů. O Chartě práv *jen slyšely, ale neví, co obsahuje* téměř dvě třetiny u obou skupin respondentů a téměř polovina odpověděla, že tuto listinu vůbec *nezná*. Výsledky jsou jistě dány tím, že pokud děti nebo dospívající nebyli hospitalizováni a nebyli seznámeni s Chartou v nemocnici, tuto listinu samo aktivně nevyhledává a neseznamuje se s jejím obsahem.

Položka 12: Spokojenost s přístupem personálu v ambulanci

Tabulka 21: Spokojenost s přístupem personálu

Spokojenost s přístupem personálu	děti 3-12 let s doprovodem		adolescenti 13-19 let	
	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
velmi spokojen	32	80,00%	29	72,50%
spokojen	8	20,00%	11	27,50%
spíše nespokojen	0	0%	0	0%
velmi nespokojen	0	0%	0	0%
Celkem	40	100,00%	40	100,00%



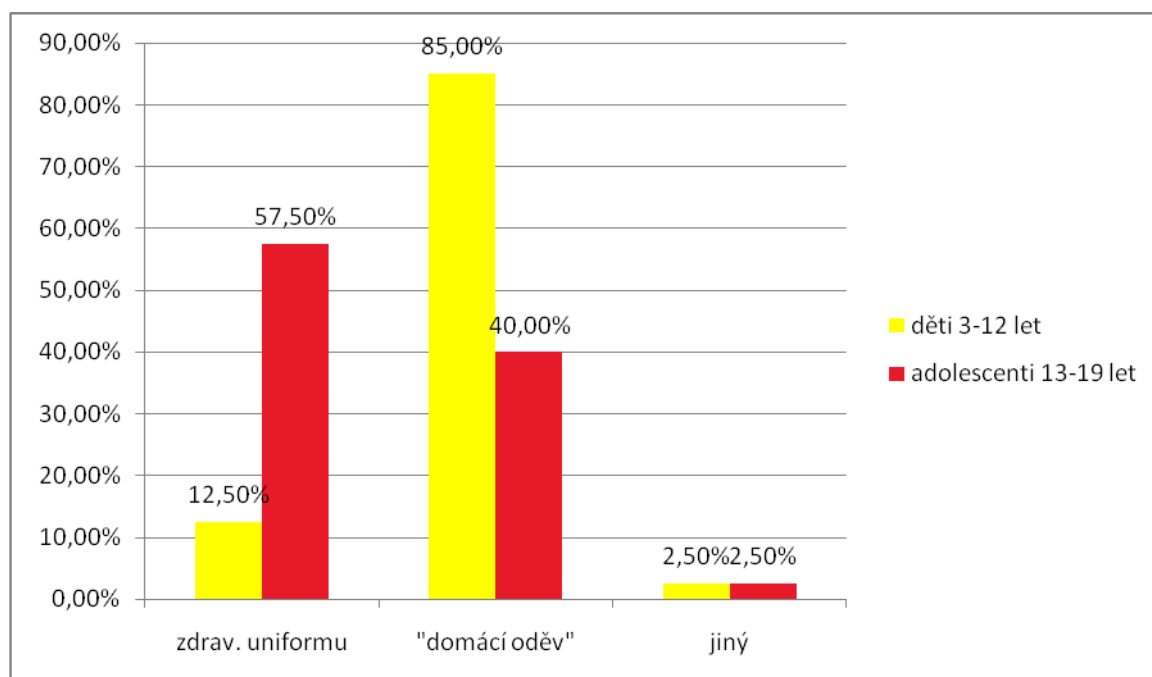
Graf 20: Spokojenost s přístupem personálu

Výsledek této položky znázorněný v tabulce a grafu mne velmi potěšil, protože udává, že všichni respondenti *jsou spokojeni* s přístupem personálu, ať už více či méně.

Položka 13: Jaký typ oděvu bys/byste preferoval/a u personálu?

Tabulka 22: Jaký typ oděvu preferujete u personálu?

Typ oděvu	děti 3-12 let s doprovodem		adolescenti 13-19 let	
	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
zdravotn. uniforma	5	12,50%	23	57,50%
„domácí oděv“	34	85,00%	16	40,00%
jiný	1	2,50%	1	2,50%
Celkem	40	100,00%	40	100,00%



Graf 21: Jaký typ oděvu preferujete u personálu?

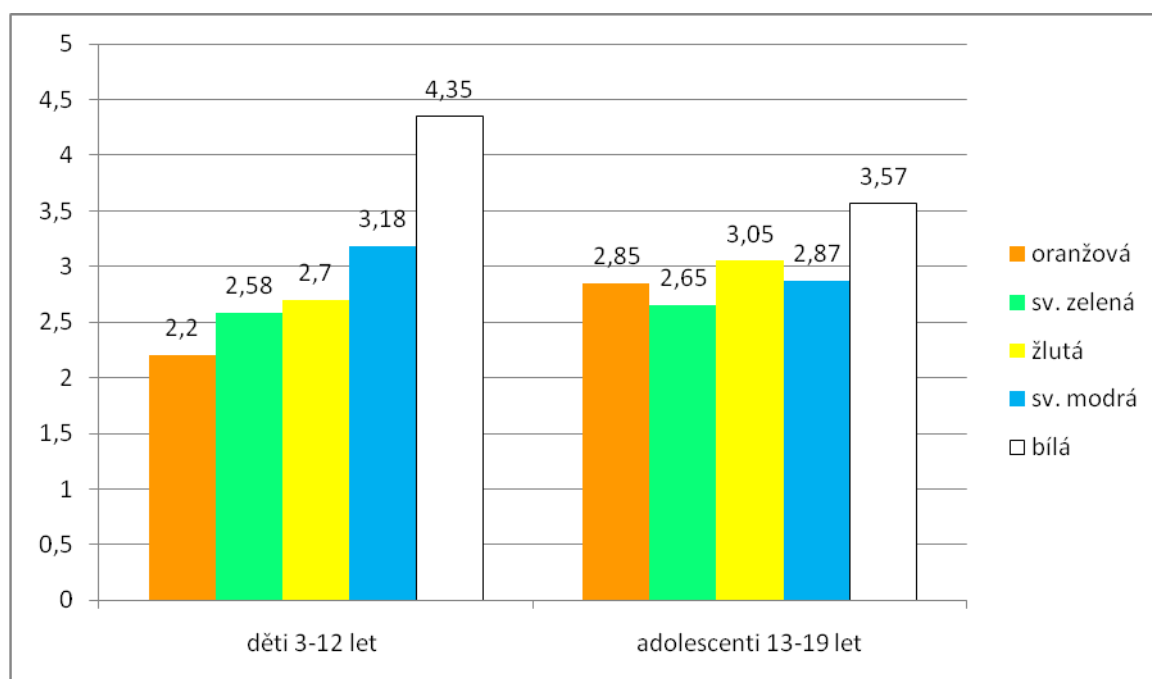
V této položce je znatelný rozdíl v názoru mezi skupinou dětí s doprovodem a adolescentů. První skupina by uvítala, kdyby ošetřující personál nosil tzv. „domácí oděv“, což jsou barevná trika a kalhoty, ale druhá skupina má opačný názor. Raději by preferovali klasickou zdravotnickou uniformu. Dle mého pohledu je to proto, že menší děti mají ze zdravotníků

strach a bílá barva v nich strach ještě prohlubuje. Proto určitě i jejich doprovázející osoby volily tuto možnost a viděla by ošetřující personál oděn ve veselých barvách, který v dětech nevyvolává pocit, že jsou u lékaře. Naproti tomu skupina adolescentů raději preferuje zdravotnickou uniformu. Důvodem může být, že klasická uniforma je pro ně symbol čistoty, serióznosti a respektu a chtějí se u lékaře cítit jako ve zdravotnickém zařízení, nikoliv jako na návštěvě u přátel.

Položka 14: Jaká barva stěn by se ti líbila v čekárně?

Tabulka 23: Jaká barva by se ti líbila v čekárně?

Barva	děti 3-12 let a doprovodem	adolescenti 13-19 let
oranžová	2,20	2,85
světle zelená	2,58	2,67
žlutá	2,70	3,05
světle modrá	3,18	2,87
bílá	4,35	3,57



Graf 22: Jakou barvu stěn bys preferoval/a v čekárně?

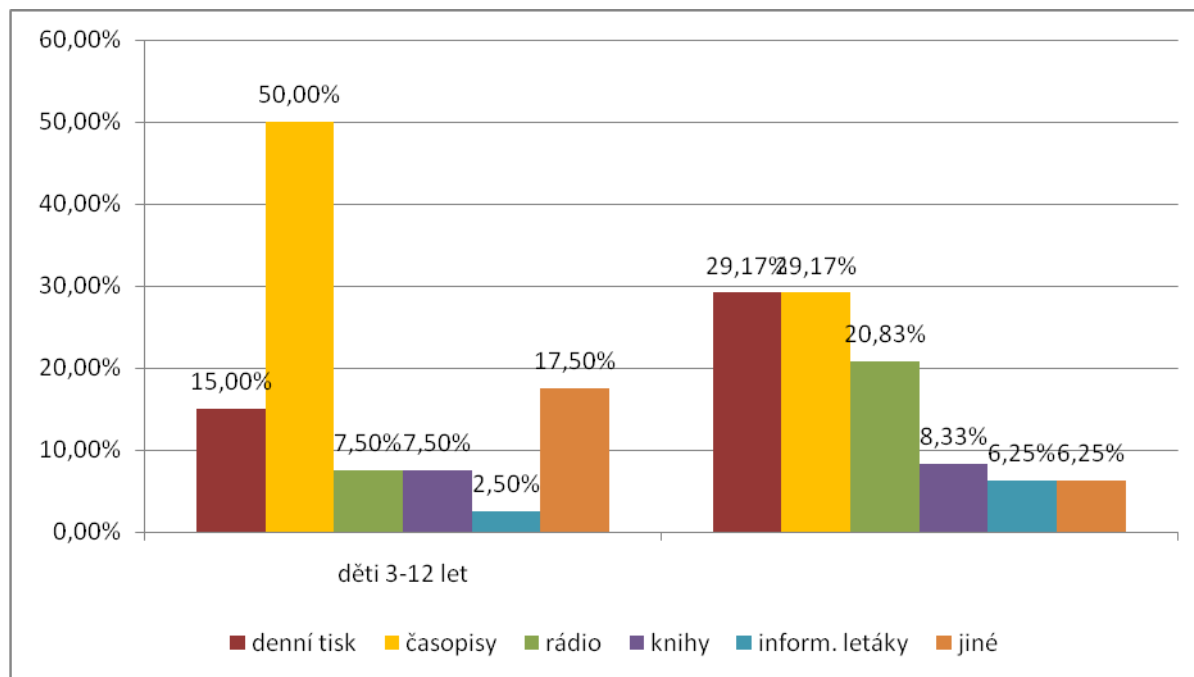
Tato položka se zajímala o to, jakou barvu by respondenti nejraději viděli na zdech čekárny a ordinace. Přece jen v čekárně tráví někdy hodně času a je důležité, aby se v ní cítili dobře, což samozřejmě ovlivňují i barvy. V této položce měli respondenti za úkol „oznámkovat“ své oblíbené barvy od 1 do 5. Výsledná známka je podílem všech známek a počtu respondentů. Tabulka i graf názorně ukazují, že v první skupině respondentů zvítězila

oranžová barva a na pomyslném posledním místě skončila barva *bílá*. U druhé skupiny respondentů byla jako neoblíbenější označena barva *světle zelená* a nejméně oblíbená je opět *bílá* barva. Myslím si, že většina respondentů volí pastelové a veselé barvy, které v nich vyvolávají příjemnější pocity, což je patrné zvláště v první skupině. U adolescentů takový výrazný rozdíl nebyl a nejspíše to souvisí s názorem popsáním již výše u preferovaného typu oděvu.

Položka 15: Co byste uvítali v čekárně?

Tabulka 24: V čekárně bych uvítal/a

Uvítal/a bych	děti 3-12 let s doprovodem		adolescenti 13-19 let	
	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
denní tisk	6	15,00%	14	29,17%
časopisy	20	50,00%	14	29,17%
rádio	3	7,50%	10	20,83%
knihy	3	7,50%	4	8,33%
více inform. letáků	1	2,50%	3	6,25%
jiné	7	17,50%	3	6,25%
Celkem	40	100,00%	48	100,00%



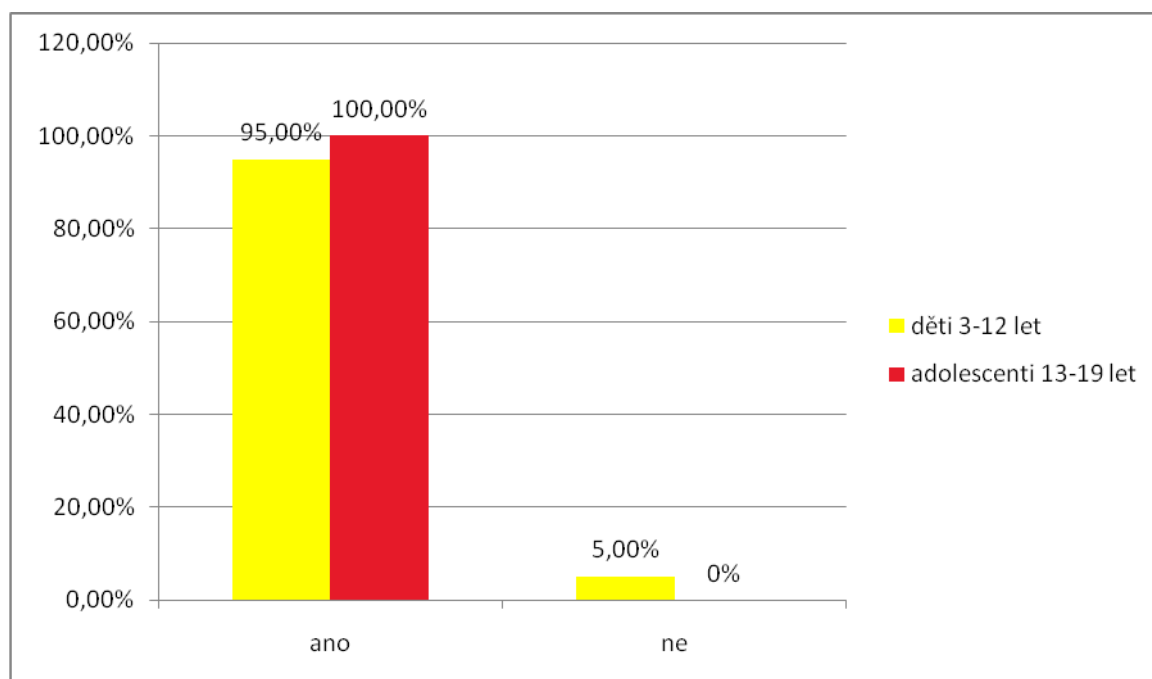
Graf 23: V čekárně bych uvítal/a

Položka 15 v dotaznících zjišťovala, co by respondenti uvítali v čekárně. Měli na výběr z výše uvedených možností a mohli zaškrtnout i více, než jednu. Polovina první skupiny, děti 3-12 let s doprovodem, by nejvíce uvítala *časopisy*, ať už pro děti nebo pro dospělé, necelá pětina uvedla možnost *jiné*, kde doplnilo 6 respondentů, že jim v čekárně nic nechybí a 1 respondent by chtěl více hraček. Čtvrtina dotázaných by chtěla v čekárně číst *denní tisk*, necelá desetina *knihy*, stejný počet by rád poslouchal *rádio* a pouze 1 respondent odpověděl, že by chtěl ještě *více informačních letáků*. Druhá skupina dotázaných, což byli adolescenti od 13 do 19 let, by nejvíce uvítala v čekárně *denní tisk* a *časopisy*. Pětinu by potěšil poslech *rádia*, méně by chtělo číst *knihy*, 3 respondenti by uvítali *více informačních letáků* a 3 zaškrtnuli možnost *jiné*, kde uvedli, že by chtěli v čekárně zrcadlo, běžnou televizi, kterou je možno přepínat dle libosti a 1 respondent uvedl, že mu nic nechybí.

Položka 16: Vyhovují ti/vám ordinační hodiny?

Tabulka 25: Vyhovují ti/vám ordinační hodiny?

Vyhovují ordinační hodiny?	děti 3-12 let s doprovodem		adolescenti 13-19 let	
	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	38	95,00%	40	100,00%
ne	2	5,00%	0	0%
Celkem	40	100,00%	40	100,00%



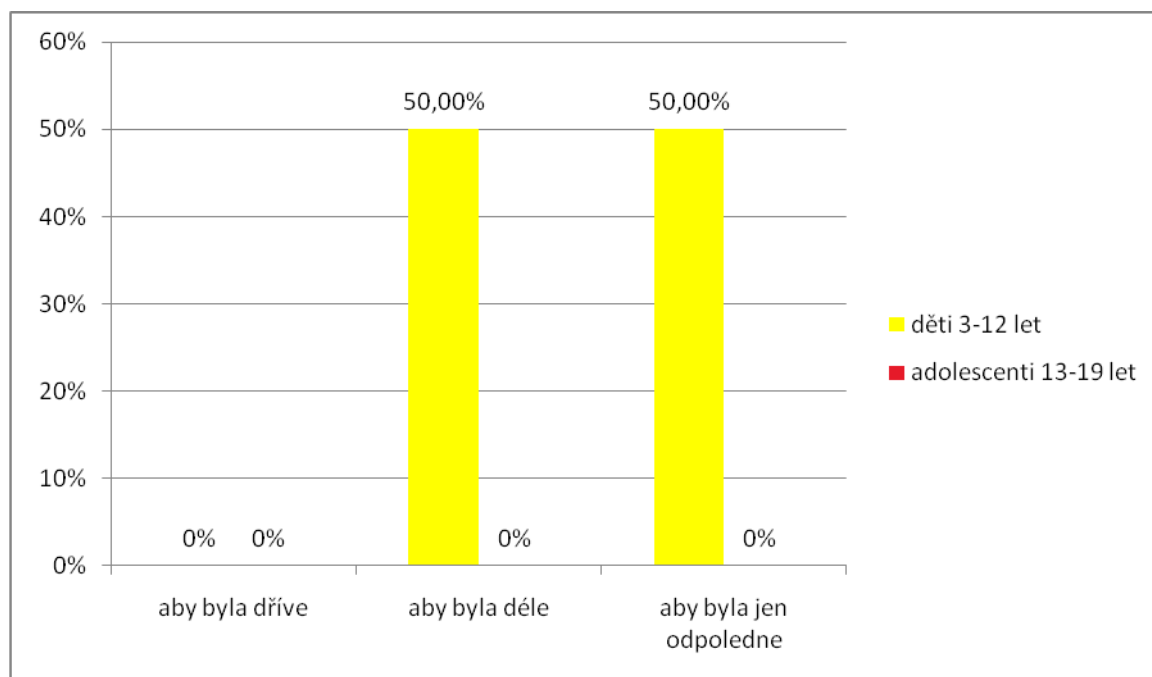
Graf 24: Vyhovují ti/vám ordinační hodiny?

Položka 16 měla za cíl zjistit, zda ordinační hodiny respondentům vyhovují. Velmi mne potěšilo, že 95% respondentů dětí 3-12 let s doprovodem odpovědělo, že *ano* a stejnou odpověď uvedli i všichni respondenti z druhé skupiny adolescentů 13-19 let. Pouze 2 respondenti zvolili možnost, že jim ordinační hodiny *nevyhovují* a pokračovali zdůvodněním proč další otázkou dotazníku.

Položka 17: Pokud ti/vám ordinace hodiny nevyhovují, uveďte důvod.

Tabulka 26: Uveďte důvod, proč Vám ordinace doba nevyhovuje.

Důvod	děti 3-12 let s doprovodem		adolescenti 13-19 let	
	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
aby začínala dříve	0	0%	0	0%
aby byla déle	1	50,00%	0	0%
1 den v týdnu byla jen odpoledne	1	50,00%	0	0%
Celkem	2	100,00%	0	0%



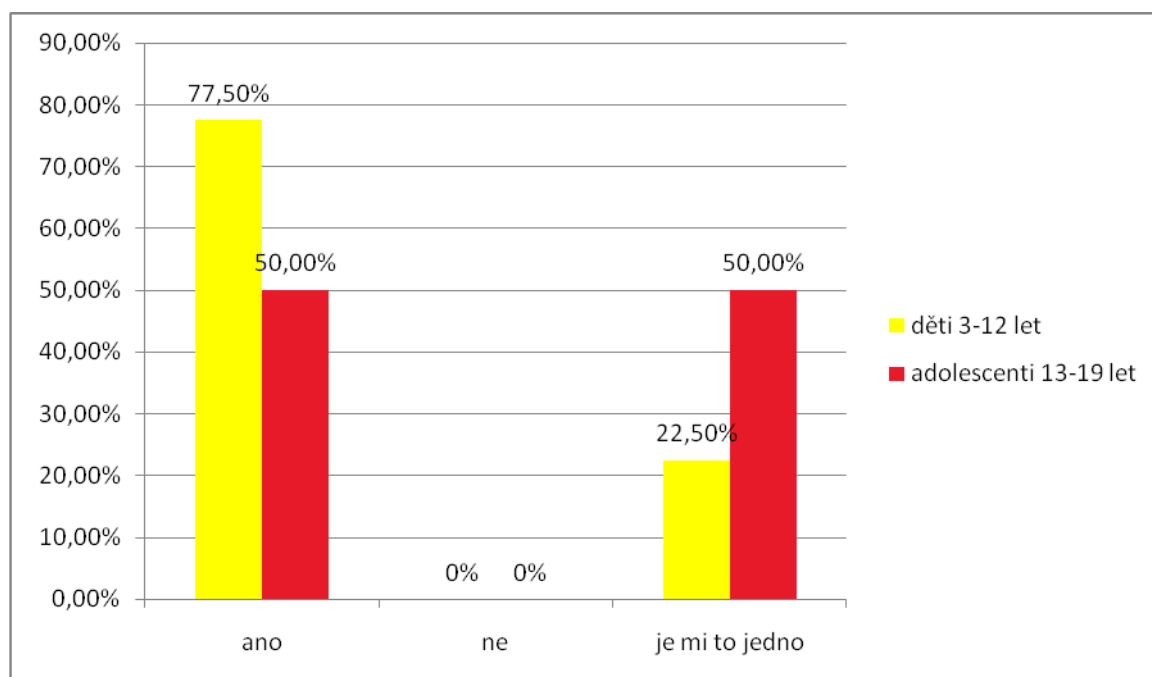
Graf 25: Uveďte důvod, proč Vám ordinace doba nevyhovuje.

Na tuto otázku odpovídali pouze 2 respondenti ze skupiny děti 3-12 let s doprovodem a uvedli, že by chtěli, aby ordinace byla buď jeden den v týdnu *jen odpoledne*, nebo některý den *déle*, alespoň do 17 hodin.

Položka 18: Vyhovuje ti/Vám objednávací systém?

Tabulka 27: Vyhovuje ti/Vám objednávací systém?

Vyhovuje objednávací systém?	děti 3-12 let s doprovodem		adolescenti 13-19 let	
	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	31	77,50%	20	50,00%
ne	0	0%	0	0%
je mi to jedno	9	22,50%	20	50,00%
Celkem	40	100,00%	40	100,00%



Graf 26: Vyhovuje ti/Vám objednávací systém?

V této položce respondenti vyjadřovali názor na objednávací systém. Přes tři čtvrtiny respondentů skupiny děti 3-12 let s doprovodem udali, že jim tento systém *vyhovuje* a necelá čtvrtina, že *je jim to jedno*, protože čekání jim nevádí. Z druhé skupiny dotázaných, adolescenti 13-19 let, systém vyhovuje polovině a druhé polovině taktéž nevádí čekání.

6 DISKUZE

Cílem tohoto průzkumu bylo zjistit, jak prostředí čekárny, vzhled a chování personálu ovlivňují prožívání dětských pacientů, jak jim a jejich doprovázejícím osobám vyhovují ordinace hodiny, objednávací systém a také jaké je povědomí o Chartě práv dětí v nemocnici a zda je rozdíl ve znalosti tohoto dokumentu mezi dětmi již v minulosti hospitalizovanými a těmi, které doposud hospitalizovány nebyly. Pro dosažení stanovených cílů a očekávaných hypotéz jsem vytvořila dotazníky, které jsem distribuovala dětským pacientům v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Průzkumu se zúčastnilo celkem 80 respondentů, kteří byly rozděleny do 2 skupin. První skupinu tvořily děti ve věku 3-12 let s doprovázející osobou (dále menší děti), druhou skupinou byly adolescenti ve věkovém rozmezí 13-19 let (adolescenti).

Ke každému z cílů jsem si stanovila hypotézu/y a výsledky jsou následující.

K cíli 1 se vztahovaly hypotézy 1 a 2.

Hypotéza 1: Většina dětí a adolescentů má před návštěvou lékaře strach.

K této hypotéze se vztahuje položka 6 dotazníku pro menší děti s doprovodem a položka 7 dotazníku pro adolescenty. Při zpracování této položky jsem dospěla k závěru, že více než polovina (55%) dětí ve věku 3-12 let se k lékaři *těší*, 25% *nedokázala přesně určit pocit*, který před odchodem k lékaři mají pouze a 20% dětí má před návštěvou lékaře *strach*. V druhé skupině respondentů, což byli adolescenti 13-19 let byl výsledek obdobný, téměř tři čtvrtiny (72,50%) odpovědělo, že se k lékaři *těší*, 17,50% nedokázalo popsat svůj pocit před odchodem k lékaři a pouze 10% respondentů udalo, že mají před návštěvou lékaře *strach*. **Hypotéza se mi tedy nepotvrdila**, protože více než polovina v každé skupině respondentů odpověděla, že se k lékaři *těší*. U menších dětí je také zajímavé, zda je něco, na co se dítě k lékaři *těší* (položka 7 dotazníku). Přes polovinu (51,92%) dětí uvedlo, že se nejvíce k lékaři *těší* na *obrázky a sladkosti*, méně (19,23%) na *hračky a houpačku* v čekárně a dále na *TV vysílání pro děti* (13,46%). Co mne u této otázky velmi překvapilo, bylo to, že v možnosti odpovědi *jiné*, respondenti uvedli, že se nejvíce *těší* na *paní doktorku a sestřičku* (9,62%) a 5,77% uvedlo, že *není nic*, na co by se jejich dítě *těšilo*. Stejně jako na co se děti *těší*, mne zajímalo, čeho se děti u lékaře *bojí*. To zjišťovala položka 8 v dotazníku. Příjemným překvapením bylo, že nikdo z respondentů nevedl, že by se jejich dítě bálo *personálu*. Drtivou převahou (85%) zvítězila možnost, že se děti *bojí* výkonů, ať už jsou to odběry krve či očkování. Zbýlých 15% v možnosti *jiné* uvedlo, že se jejich děti

bojí *dlouhého čekání v čekárně*, ale také, že se jejich dítě *ničeho nebojí*. K výše uvedené hypotéze bych ještě přiřadila položku 12 z dotazníků, která se zajímala, zda jsou respondenti spokojeni s přístupem personálu. Možnost *velmi spokojen* zvolilo 80% respondentů ze skupiny dětí 3-12 let s doprovodem a 72,50% adolescentů. Možnost *spokojen* pak 20% menších dětí s doprovodem a 27,50% adolescentů. Nikdo z obou skupin si nevybral možnost *spíše nespokojen a velmi nespokojen*.

Hypotéza 2: Většina respondentů by v čekárně uvítala pastelové barvy.

K potvrzení či vyvrácení této hypotézy sloužila v dotaznících otázka 14. Zde měli respondenti na výběr z 5 barev (oranžová, světle zelená, žlutá, světle modrá a bílá), které měli označovat jako ve škole (1=nejvíce oblíbená, 5=nejméně oblíbená). Z daných bodů jsem pak vytvořila výslednou známku, která je znázorněna v tabulce 22 a grafu 21. Nejoblíbenější barvou u menších dětí se stala *oranžová* (2,2), následována *světle zelenou*, *žlutou*, *světle modrou* a nejméně oblíbenou byla *bílá* (4,35). U adolescentů bylo pořadí obdobné. Nejraději by v čekárně viděli *světle zelenou* (2,65), dále *oranžovou*, *světle modrou*, *žlutou* a nejméně opět *bílá* (3,57). **Hypotéza** se mi tedy **potvrdila**. K barvám se vztahovala také otázka 13 v dotaznících, která chtěla znát názor respondentů na to, jaký oděv by měl nosit ošetřující personál v ambulanci. Překvapivým pro mě byl rozdílný názor v jednotlivých skupinách. Menší děti a jejich doprovod by v 85% pro personál volil možnost „domácí oděv“, kde by dominovali barevná trika a kalhoty, naproti tomu tuto možnost zvolilo jen 40% adolescentů. Více než polovina (57,50%) adolescentů by personál raději vidělo oděno do bílé zdravotnické uniformy, kterou u menších dětí volilo jen 12,50% respondentů. Jistě je to dáno tím, že rodiče menších dětí nechtějí, aby si děti pěstovaly tzv. „syndrom bílého pláště“ a proto by chtělo, aby personál preferoval spíše domácí pohodlné barevné oblečení, které v dětech nebude vzbuzovat strach. Pro adolescenty je tento oděv zdá se nedůstojný zdravotnického povolání a bílá je pro ně symbolem čistoty a respektu. Další položkou, která se vztahovala k vybavení čekárny, byla položka 15. Jejím cílem bylo zjistit, co by respondenti v čekárně uvítali. Zde z nabízených možností nejvíce respondenti volili *časopisy* (50% menších dětí a 29,17% adolescenti) a *denní tisk* (15% menší děti a 29,17% adolescenti). Za povšimnutí také stojí, že 20,83% adolescentů by uvítalo rádio, což menší děti pouze v 7,50%.

K cíli 2 se vztahovala hypotéza 3: Respondenti jsou spokojeni s délkou ordinačních hodin a objednávacím systémem.

K této hypotéze se vztahují položky 16, 17 a 18 v dotaznících. Položka 16 zjišťovala, zda respondentům vyhovují ordinační hodiny. Ordinační hodiny v této ambulanci jsou denně od 7 do 15 hodin, po domluvě i déle. Výsledkem této položky bylo, že 95% menších dětí a 100% adolescentů *je* s délkou ordinační doby *spokojeno*. Tohoto výsledku si osobně velmi vážím, jelikož si myslím, že v ordinaci trávíme hodně času, snažíme se přizpůsobit požadavkům našich pacientů myslím si, že tato délka ordinační doby je více než běžná. Pouze 5% respondentů menších dětí tato ordinační doba nevyhovuje a v navazující položce 17, kde měli uvést důvod, sdělili, že by chtěli, aby byla ordinace otevřena *déle (do 17 hodin)* nebo byla jeden den v týdnu *pouze odpolední ordinace*. Tento důvod je jistě pochopitelný, když většina rodičů pracuje do 15 hodin nebo déle. Jistě je toto podnět k debatě s mojí nadřízenou, které výsledky svého průzkumného šetření budu sdělovat. Položka 18 se také zajímala, zda respondentům vyhovuje objednávací systém, který je v ambulanci zaveden téměř dva roky. Možnost *ano* zvolilo 77,50% menších dětí a 50% adolescentů. Možnost *ne* nevolil nikdo a třetí možnost, *je mi to jedno*, si vybralo 22,50% menší dětí a zbylých 50% adolescentů. Výsledkem pro ambulanci tedy je, že zavedený objednávací systém se osvědčil a většina respondentů je spokojena a zbylým nevádí ani dlouhé čekání. **Hypotéza se potvrdila částečně**, jelikož 5% by uvítala odpolední ordinaci nebo ordinaci alespoň do 17 hodin, ale s objednávacím systémem je spokojena většina respondentů

K Cíli 3 se vztahovala hypotéza 4: Většina respondentů Chartu práv dítěte zná.

Ke zjištění, zda respondenti znají Chartu, práv sloužila v dotaznících otázka 11. Respondenti mohli vybírat ze tří nabídnutých možností a výsledek je takový, že pouze 16,25% všech respondentů tuto listinu *zná a ví, čeho se týká*. 35% dotázaných odpovědělo, že o ní *již někdy slyšelo, ale neví, co je jejím obsahem* a 48,75% označilo odpověď *ne, nikdy jsem o ní neslyšel/a*. **Hypotéza se mi tedy nepotvrdila**, protože pouze necelá pětina všech dotázaných zná Chartu práv dítěte a dokázala by říct, co je jejím obsahem. A jelikož mne zajímalo, zda je rozdíl ve znalostech této listiny mezi respondenty, kteří již byli hospitalizováni a kteří doposud ne, rozebrala jsem otázky 10 a 11 podrobněji. Skupina respondentů, která již někdy byla hospitalizována, odpověděla na dotaz o znalosti Charty práv takto: malé děti, respektive jejich doprovázející osoba uvedli ve 23,08%, že Chartu práv *znají*, stejnou odpověď uvedlo pouze 10% adolescentů. Stejný počet menších dětí (23,08%) zaškrtnl možnost *slyšel/a jsem, ale neví, co přesně je jejím obsahem*, tuto možnost zvolilo

45% adolescentů a možnost *ne, nikdy jsem o ní neslyšel*, zvolilo 53,85% menších dětí a 45% adolescentů. Docela mne tento výsledek překvapil, jelikož jsem se domnívala, že většina respondentů, která již byla hospitalizována a měla by tedy tento dokument znát, odpověděla negativně. Skupina respondentů, která doposud hospitalizována nebyla, odpověděla na stejnou otázku následovně. Chartu práv *znám a ví, čeho se týká*, odpovědělo 21,43% menších dětí a 10% adolescentů, možnost *slyšela jsem, ale nevím, co obsahuje*, zvolilo 35,71% menších dětí a 40% adolescentů a třetí nabízenou možnost, *ne a nikdy jsem o ní neslyšela*, zaškrtnulo 42,86% menších dětí a 50% adolescentů. V této skupině respondentů je výsledek pochopitelný, protože pokud se o tuto listinu nezajímají ve vlastním zájmu, neznají ji. Domnívám se, že u adolescentů je povědomí o Chartě práv také díky školní výuce. Také je možné, že většina respondentů by byla schopna odpovědět na otázku, na co všechno mají děti v nemocnici právo, a výsledkem by bylo, že většina by odpověděla správně a vyjmenovala právě ty body, která v Chartě práv jsou, nicméně to už by bylo na další průzkumné šetření.

Rešerží s Theses <www.theses.cz> jsem dospěla k závěru, že porovnání dosažených výsledků mé práce s jinou prací není možné, protože touto problematikou se z ošetřovatelského pohledu v ambulantní sféře u dětí takto nikdo nezabýval.

Cíle byly splněny.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem zjišťovala, jak dětské pacienty ovlivňuje estetické prostředí čekárny a estetické prostředí ordinace u praktického lékaře pro děti a dorost, zda jim vyhovuje harmonogram práce, který je v ambulanci nastolen, to znamená délka ordinační doby a objednávací systém. Také jaké by preferovali barvy v čekárně a v ordinaci a jaký oděv by u ošetřujícího personálu rádi viděli.

Teoretická část práce je rozdělena na kapitoly, její první část se týká komunikace pro zdravotníky, druhá kapitola popisuje jednotlivá vývojová období a komunikaci s dítětem a doprovodem. Třetí část popisuje roli sestry v ambulantní péči a čtvrtá se věnuje vlivu vnějšího prostředí.

Průzkumné šetření bylo prováděno formou dotazníku a zjištěná data byla zahrnuta do tabulek v absolutních i relativních četnostech.

Všechny cíle byly splněny, hypotézy jsou podrobně rozebrány v předchozí kapitole.

Bakalářská práce bude mít také praktické využití. Výsledky předám mé nadřízené s návrhem řešení zjištěných nedostatků. Mezi něž řadím, že většina respondentů by v čekárně uvítala místo bílých stěn pastelové barvy, a to nejvíce oranžovou, světle zelenou či světle modrou. Dalším bodem je vybavení čekárny, kde by dotazovaní uvítali více časopisů, ať už dětských nebo pro adolescenty, denní tisk a adolescenti také rádio. Jelikož je naším cílem to, aby se naši pacienti cítili v čekárně a ordinaci co nejlépe, budeme se snažit v co nejkratší době o úpravu prostředí splněním zjištěných nedostatků, aby našich spokojených pacientů bylo ještě více.

S výsledky bych také chtěla seznámit širší zdravotnickou veřejnost prezentací na odborném semináři či konferenci a publikováním v odborném časopise.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Bártlová, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví, 6. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
- Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. *Speciální psychologie*. Brno: IDVPZ, 1999. 174s. ISBN 80-7013-243-4.
- Kelnarová, J., Matějková, E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*. Praha: Grada, 2009. 140 s. ISBN 978-80-247-2831-8.
- Konůpková, J. *Estetické aspekty nemocničního prostředí a vliv na psychický stav pacienta: bakalářská práce*. Hradec Králové: Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetřovatelství, 2008, 85 s.
- Kristová, J. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-8063-160-3.
- Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 200s. ISBN: 80-247-0179-0.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. *Vývojová psychologie, 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN: 978-80-247-1284-0
- Mahrová, Venglářová. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- Plevová, I., Slowik, R. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
- Seifert B., Beneš V. et al. *Všeobecné praktické lékařství, 1. vydání*. Praha: Galén (koedice Galén-Karolinum), 2005. 292 s. ISBN 80-7262-369-9 (Galén), ISBN 80-246-1131-7 (Karolinum)
- Smékal, M., Macek, P. *Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister & Principal, 2002. 264s.
- Vágnerová, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. 468 s. ISBN: 8024609568
- Zacharová, E., Hermanová, M., Šrámková, J. *Zdravotnická psychologie, teorie a praktická cvičení. 1.vyd.* Praha: Grada, 2007. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5.

internetové zdroje:

Wikipedie : *Muzikoterapie* [Online].[cit.2011-03-07]. Dostupné z WWW<<http://cs.wikipedia.org/wiki/Muzikoterapie>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
Tj.	To je
Např.	Například
Resp.	Respektive
Apod.	A podobně
ZŠ	Základní škola
SŠ	Střední škola
SOU	Střední odborné učiliště
Vyš.	Vyšetření
ŘP	Řidičský průkaz
Kř.	Křestní jméno
Adolesc.	Adolescenti
Sv.	Světlo
Inform.	Informačních

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk dítěte	32
Graf 2: Věk doprovodu	33
Graf 3: Vztah doprovázející osoby k dítěti	34
Graf 4: Vzdělání doprovázející osoby	35
Graf 5: Důvod návštěvy lékaře	36
Graf 6: Pocit dítěte před odchodem k lékaři	37
Graf 7: Na co se dítě k lékaři těší?	39
Graf 8: Čeho se dítě u lékaře bojí?	41
Graf 9: Tvůj věk.....	42
Graf 10: Nyní navštěvuješ?.....	43
Graf 11: Doprovod.....	44
Graf 12: Doprovázející osoba	45
Graf 13: Věk doprovodu	46
Graf 14: Důvod tvé návštěvy?	47
Graf 15: Dokážeš vyjádřit, jak ses cítil/a před odchodem k lékaři?	49
Graf 16: Požadované oslovení od personálu.....	50
Graf 17: Pravidelná návštěva jiného lékaře	51
Graf 18: Povědomí o Chartě práv u respondentů, kteří byli hospitalizováni	53
Graf 19: Povědomí o Chartě práv respondentů, kteří nebyli hospitalizováni.....	55
Graf 20: Spokojenost s přístupem personálu	57
Graf 21: Jaký typ oděvu preferujete u personálu?	58
Graf 22: Jakou barvu stěn bys preferoval/a v čekárně?	60
Graf 23: V čekárně bych uvítal/a.....	62
Graf 24: Vyhovují ti/vám ordinační hodiny?.....	64
Graf 25: Uveďte důvod, proč Vám ordinační doba nevyhovuje.	65
Graf 26: Vyhovuje ti/Vám objednávací systém?	66

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Vliv barev na psychické ladění člověka	27
Tabulka 2: Věk dítěte.....	32
Tabulka 3: Věk doprovodu	33
Tabulka 4: Vztah doprovázející osoby k dítěti	34
Tabulka 5: Vzdělání doprovázející osoby	35
Tabulka 6: Důvod návštěvy dítěte u PLDD.....	36
Tabulka 7: Pocit dítěte před odchodem k lékaři	37
Tabulka 8: Na co se dítě k lékaři těší?	39
Tabulka 9: Čeho se dítě u lékaře bojí?.....	41
Tabulka 10: Tvůj věk.....	42
Tabulka 11: Nyní studuješ?	43
Tabulka 12: Doprovod.....	44
Tabulka 13: Doprovázející osoba	45
Tabulka 14: Věk doprovodu	46
Tabulka 15: Důvod tvé návštěvy?	47
Tabulka 16: Dokáže vyjádřit jak ses cítil/a?.....	49
Tabulka 17: Požadované oslovení od personálu:.....	50
Tabulka 18: Pravidelná návštěva jiného lékaře:	51
Tabulka 19: Povědomí o Chartě práv u respondentů, kteří byli hospitalizováni.....	53
Tabulka 20: Povědomí o Chartě práv u respondentů, kteří nebyli hospitalizováni	55
Tabulka 21: Spokojenost s přístupem personálu	57
Tabulka 22: Jaký typ oděvu preferujete u personálu?	58
Tabulka 23: Jaká barva by se ti líbila v čekárně?	60
Tabulka 24: V čekárně bych uvítal/a	62
Tabulka 25: Vyhovují ti/vám ordinační hodiny?	64
Tabulka 26: Uveďte důvod, proč Vám ordinační doba nevyhovuje.....	65
Tabulka 27: Vyhovuje ti/Vám objednávací systém?	66

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Charta práv hospitalizovaných dětí

Příloha 2: Dotazník pro děti 3-12 let a jejich doprovod

Příloha 3: Dotazník pro adolescenty 13-19 let

PŘÍLOHA P 1: CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI

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

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

zdroj: <http://www.fnmotol.cz/charta-prav-deti-v-nemocnici.html>

PŘÍLOHA P 2: DOTAZNÍK PRO DĚTI A JEJICH DOPROVOD

DOTAZNÍK

Vážený respondente,

jmenuji se Lenka Štětkářová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií ve Zlíně. Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Dětský pacient a jeho doprovod v ordinaci praktického lékaře“.

Prosím Vás tímto o vyplnění následujícího dotazníku, kterým bych ráda zjistila údaje potřebné k dokončení mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze ke studijním účelům.

Není-li uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď, v případě otázky č. 14 očísľujte.

Předem děkuji za Vaši ochotu, čas a poskytnuté informace.

Lenka Štětkářová

1. Věk dítěte:

- 3-5 let
- 6-9 let
- 10-12 let

2. Věk doprovodu:

- méně než 20 let
- 20-29 let
- 30-39 let
- 40-49 let
- 50 let a více

3. Vztah doprovodu k dítěti:

- rodič
- prarodič
- sourozenec
- jiný, prosím doplňte.....

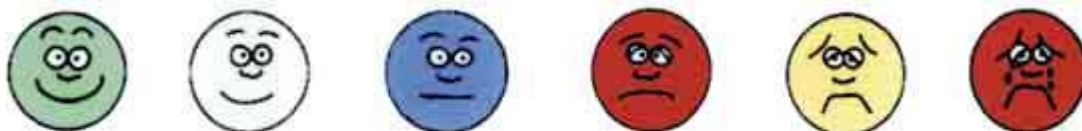
4. Vzdelání doprovodu:

- základní
- vyučen
- střední a střední odborné
- vyšší odborné a vysokoškolské

5. Důvodem Vaší návštěvy s dítětem je:

- vyšetření pro nemoc
- očkování nebo odběr krve
- administrativa (potvrzení přihlášky do MŠ, školy, vystavení receptu, potvrzení atd.)
- preventivní prohlídka

6. Dokážete vyjádřit, jak se vaše dítě cítilo před odchodem k lékaři?



7. Dokážete určit, na co se dítě před odchodem k lékaři těší?

- hračky v čekárně
- vysílání pro děti, které běží v čekárně v TV
- obrázky a sladkosti
- jiné, prosím uveďte.....
- nic, na co by se dítě těšilo, není

8. Dokážete určit, čeho se dítě před odchodem k lékaři bojí?

- personálu
- výkonů (injekce, odběry krve atd.)
- jiné, prosím uveďte.....

9. Navštěvuje vaše dítě pravidelně i jiného lékaře, např. zubní lékař, alergolog, dermatolog atd.?

- ano
- ne

10. Bylo vaše dítě někdy hospitalizováno v nemocnici?

- ano
- ne

11. Znáte Chartu práv hospitalizovaného dítěte?

- ano a orientačně vím, čeho se týká
- někdy jsem o ní slyšel/a, ale nevím, co obsahuje
- ne, nikdy jsem o něčem takovém neslyšel/a

12. Jak jste spokojen/a s přístupem personálu v této ambulanci?

- velmi spokojen
- spokojen
- spíše nespokojen
- velmi nespokojen

13. Jaký typ oděvu byste preferoval/a u personálu?

- zdravotnickou uniformu (bílé kalhoty a košile)
- „domácí oděv“ (barevná trika, pohodlné kalhoty)
- jiný, prosím uveďte.....

14. Jaká barva stěn by se Vám a vašemu dítěti líbily v čekárně a ordinaci? Prosím „oznámkujte“ každou barvu jako ve škole: 1 nejvíce oblíbená, 5 nejméně oblíbená)

- bílá
- oranžová
- světle zelená
- světle modrá
- žlutá

15. Co byste vy a vaše dítě uvítali v čekárně? (možno zaškrtnout více možností)

- denní tisk
- více časopisů
- rádio
- knihy
- více informačních letáků
- jiné, prosím uveďte.....

16. Vyhovují Vám ordinační hodiny?

- ano
- ne

17. Pokud ne, uveďte prosím důvod:

- rád/a bych, kdyby ordinace začínala dříve, uveďte prosím v kolik hodin.....
- rád/a bych, kdyby ordinace byla déle, prosím uveďte do kolika hodin.....
- rád/a bych, kdyby jeden den byla JEN odpolední ordinace

18. Vyhovuje Vám objednávací systém v této ambulanci?

- ano, nerad/a čekám
- ne, obtěžuje mě telefonické objednávání
- je mi to jedno, čekání mi nevadí

PŘÍLOHA P3: DOTAZNÍK PRO DOSPÍVAJÍCÍ A ADOLESCENTY

DOTAZNÍK

Vážený respondente,

jmenuji se Lenka Štětkářová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií ve Zlíně. Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Dětský pacient a jeho doprovod v ordinaci praktického lékaře“.

Prosím Vás tímto o vyplnění následujícího dotazníku, kterým bych ráda zjistila údaje potřebné k dokončení mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze ke studijním účelům.

Není-li uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď, v případě otázky č. 14 očísľujte.

Předem děkuji za Vaši ochotu, čas a poskytnuté informace.

Lenka Štětkářová

1. Tvůj věk:

- 13-15 let
- 16-17 let
- 18-19 let

2. Jakou školu nyní navštěvuješ?

- základní školu
- odborné učiliště
- odbornou školu
- gymnázium

3. Doprovod rodiče nebo jiného dospělého?

- ano (pokračuj otázkou č. 4)
- ne (pokračuj otázkou č. 6)

4. Doprovázející osoba je:

- sourozenec
- rodič
- prarodič
- jiný příbuzný

5. Věk doprovázející osoby:

- méně než 20 let
- 20-29 let
- 30-39 let
- 40-49 let
- více než 50 let

6. Důvodem tvé návštěvy je:

- vyšetření pro nemoc
- preventivní prohlídka
- očkování, odběr krve, stěry atd.
- administrativa (potvrzení přihlášek, vystavení receptu atd.)
- vyšetření na řidičský průkaz nebo nástup do zaměstnání

7. Dokážeš vyjádřit pocity před návštěvou lékaře?

- těšil/a jsem se
- netěšil/a jsem se
- bál/a jsem se
- nedokážu určit

8. Rád/a bych, aby mi personál:

- tykal a oslovoval mě křestním jménem
- vykal a oslovoval mě křestním jménem
- vykal a oslovoval mě příjmením

9. Navštěvuješ pravidelně jiného lékaře, např. zubní, alergolog, ORL lékař, kožní lékař atd.?

- ano
- ne

10. Byl/a jsi někdy hospitalizována v nemocnici?

- ano
- ne

11. Znáš Chartu práv hospitalizovaných dětí?

- ano a orientačně vím, čeho se týká
- někdy jsem o tom slyšel/a, ale nevím, co obsahuje
- ne, nikdy jsem o ní neslyšela

12. Jak jsi spokojen/a s přístupem personálu v této ambulanci?

- velmi spokojen
- spokojen
- spíše nespokojen
- velmi nespokojen

13. Jaký typ oděvu bys preferoval/a u personálu?

- zdravotnickou uniformu (bílé kalhoty, košili, sukně)
- „domácí oděv“ (barevná trika a pohodlné kalhoty)
- jiný, prosím uveď

14. Jaká barva stěn by se ti líbila v čekárně a v ordinaci? Prosím, oznámkuj jako ve škole (1 = nejvíce oblíbená, 5 = nejméně oblíbená)

- bílá
- oranžová
- světle zelená
- světle modrá
- žlutá

15. Co bys uvítal/a v čekárně? (možno zaškrtnout více možností)

- denní tisk
- více časopisů
- rádio
- knihy
- více informačních letáků
- jiné, prosím uveď

16. Vyhovují ti ordinační hodiny?

- ano
- ne

17. Pokud ne, uveď prosím důvod:

- rád/a bych, kdyby ordinace začínala dříve, uveď prosím v kolik hodin.....
- rád/a bych, kdyby ordinace byla déle, prosím uveď do kolika hodin.....
- rád/a bych, kdyby jeden den byla JEN odpolední ordinace

18. Vyhovuje Ti objednávací systém v této ambulanci?

- ano, nerad/a čekám
- ne, obtěžuje mě telefonické objednávání
- je mi to jedno, čekání mi nevadí