



Bakalářská práce

Edukace rodiče dětského pacienta po operaci tříselné kýly

Studijní program:

B5341 Ošetrovatelství

Studijní obor:

Všeobecná sestra

Autor práce:

Eva Šustrová

Vedoucí práce:

Mgr. Zuzana Paukertová

Fakulta zdravotnických studií

Liberec 2023



Zadání bakalářské práce

Edukace rodiče dětského pacienta po operaci tříselné kýly

<i>Jméno a příjmení:</i>	Eva Šustrová
<i>Osobní číslo:</i>	D19000008
<i>Studijní program:</i>	B5341 Ošetrovatelství
<i>Studijní obor:</i>	Všeobecná sestra
<i>Zadávací katedra:</i>	Fakulta zdravotnických studií
<i>Akademický rok:</i>	2021/2022

Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

1. Popsat zásady edukace pacienta dle relevantních zdrojů.
2. Zjistit informovanost rodičů dětských pacientů o zásadách péče o operační ránu po operaci tříselné kýly.
3. Zjistit informovanost rodičů dětských pacientů o zásadách stravování po operaci tříselné kýly.
4. Zjistit informovanost rodičů dětských pacientů o zásadách pohybového režimu po operaci tříselné kýly.
5. Vytvořit edukační materiál pro dětské oddělení, sloužící k edukaci rodičů dětských pacientů po operaci tříselné kýly.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Tříselná kýla (hernia inguinalis) se řadí mezi nejčastější chirurgické onemocnění v dětském věku. Nejen pro dítě, ale i pro rodiče je velmi důležitá edukace, tak aby rekonvalescence v domácím prostředí probíhala bez komplikací a k rychlému návratu k běžnému životu. Po propuštění dítěte do domácí péče se stává nejlepší pečovatelkou jeho matka, a proto je důležité, aby všeobecné sestry byly schopny rodiče edukovat tak, aby se zabránilo výskytu možných komplikací v pooperační rekonvalescenci.

Výstupem z bakalářské práce bude vytvoření edukačního materiálu pro dětské oddělení, který bude sloužit k edukaci rodičů dětských pacientů po operaci tříselné kýly.

Výzkumné předpoklady / výzkumné otázky:

1. Výzkumný předpoklad nestanoven, jedná se o popisný cíl.
2. Předpokládáme, že 70% a více rodičů dětských pacientů je informováno o zásadách péče o operační ránu po operaci tříselné kýly.
3. Předpokládáme, že 70% a více rodičů dětských pacientů je informováno o zásadách stravování po operaci tříselné kýly.
4. Předpokládáme, že 70% a více rodičů dětských pacientů je informováno o zásadách pohybového režimu po operaci tříselné kýly.

Výzkumné předpoklady budou upřesněny na základě provedení předvýzkumu.

Metoda: Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Technika práce: Dotazník

Vyhodnocení dat: Data budou zpracována pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Office Excel 2013. Text bude zpracován v textovém editoru Microsoft Office Word 2013.

Místo a čas realizace výzkumu:

Místo: Nemocnice krajského typu.

Čas výzkumu: únor 2022-březen 2022

Vzorek:

Respondenti: Rodiče dětských pacientů podstupující operaci tříselné kýly, před propuštěním z hospitalizace.

Počet respondentů: 50

Rozsah práce:

Rozsah bakalářské práce činí 50-70 stran (tzn. 1/3 teoretická část, 2/3 výzkumná část).

Forma zpracování kvalifikační práce:

Tištěná a elektronická.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování práce:

tištěná/elektronická

Jazyk práce:

čeština

Seznam odborné literatury:

- ČOUPKOVÁ, Hana et al. 2019. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2900-8.
- HEITZ, James W., ed. 2019. *Pooperační stavy: příznaky, diagnostika, postupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0873-2.
- JEDLIČKOVÁ, Jaroslava et al. 2019. *Ošetřovatelská perioperační péče*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-598-3.
- KACHLÍK, David. 2018. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 978-80-246-4058-7.
- KRÁTKÁ, Anna. 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetřovatelství: studijní texty*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-635-8.
- KUDLOVÁ, P., J. GATĚK a M. KUBICOVÁ. 2020. *Ošetřovatelská péče v břišní chirurgii*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-958-8.
- LIBOVÁ, L', H. BALKOVÁ a M. JANKECHOVÁ. 2019. *Ošetřovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2466-4.
- MANDYSOVÁ, Petra. 2016. *Příprava na edukaci v ošetřovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-971-5.
- TOMOVÁ, Šárka. 2017. *Základy edukace pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 978-80-88176-12-1.
- ŠEBKOVÁ, Alena a Zdeněk ZÍMA. 2020. *Praktické dětské lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1200-5.
- YEAP, E., M. PACILLI and RM. NATARAJA. 2020. Inguinal hernias in children. *Aust J Gen Pract.* 49(1-2), 38-43.
DOI 10.31128/AJGP-08-19-5037.

Vedoucí práce:

Mgr. Zuzana Paukertová
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce:

30. listopadu 2021

Předpokládaný termín odevzdání: 29. července 2022

L.S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc.,
MBA
děkan

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

Rozhodnutí o žádosti studenta

Jiný typ žádosti, uveďte se cílem žádosti ručně

Jméno a příjmení: **Eva Šustrová**
Osobní číslo: **D19000008**
Datum podání žádosti **29.07.2022**

Rozhodnutí děkana ze dne 17.08.2022 :

VYHOVĚL

Odůvodnění

Poučení

Rozhodnutí nemá odvolání.

Rozhodnutí rektora ze dne

NEUVEDENO

Odůvodnění:

Poděkování

Touto cestou bych upřímně poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Zuzaně Paukertové za cenné rady a podporu během celého procesu tvorby, jejíž odborné vedení a nápady mi byly neocenitelnou pomocí při zpracování tématu. Nemale poděkování patří všem respondentům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření a věnovali mi svůj čas. A dále bych ráda poděkovala svým dvěma dcerám a partnerovi za trpělivost během celého studia.

Anotace

Jméno a příjmení autora:	Eva Šustrová
Instituce:	Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií
Název práce:	Edukace rodiče dětského pacienta po operaci tříselné kýly
Vedoucí práce:	Mgr. Zuzana Paukertová
Počet stran:	67
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2023

Anotace:

Tématem bakalářské práce je edukace rodiče dětského pacienta po operaci tříselné kýly. Dělí se na část teoretickou a praktickou. Teoretická část popisuje vývojovou psychologii vybraného věkového období. Edukaci, kde jsou zmíněny obecné pojmy a zásady edukace rodičů a dětí. Dále je popsána tříselná kýla, její dělení a pooperační režim dítěte. Výzkumná část se věnuje analýze dotazníkového šetření. Výstupem práce je informační materiál ve formě letáku, který bude sloužit k informování rodičů dětí po operaci tříselné kýly.

Klíčová slova: batole, edukace, kojeneček, ošetřovatelství, tříselná kýla

Annotation

Name and surname:	Eva Šustrová
Institution:	Technical University of Liberec, Faculty of Health Studies
Title:	Parent education after pediatric inguinal hernia repair
Vedoucí práce:	Mgr. Zuzana Paukertová
Počet stran:	67
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2023

Anotace:

The topic of the bachelor's thesis is parental education of pediatric patients after inguinal hernia surgery. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part describes the developmental psychology of the chosen age group, education in general terms, and the principles of educating parents and children. Furthermore, inguinal hernia is described, including its classification and the postoperative regimen for the child. The research section focuses on analyzing a questionnaire survey. The outcome of the thesis is an informational material in the form of a pamphlet, which will serve to inform parents of children who have undergone inguinal hernia surgery.

Klíčová slova: toddler, education, infant, nursing, inguinal hernia

Obsah

Seznam symbolů a zkratk.....	11
1 Úvod	12
2 Teoretická část.....	13
2.1 Vývojová a pediatrická psychologie	13
2.2 Charakteristika vybraných období dětského věku a jejich hospitalizace ..	14
2.3 Edukace	17
2.3.1 Fáze edukačního procesu	19
2.4 Edukace dětí a rodičů	21
2.5 Tříselná kýla u dětí (hernia inguinalis)	23
2.5.1 Pooperační péče	26
3 Praktická část.....	29
3.1 Cíle bakalářské práce	29
3.2 Výzkumné předpoklady	29
3.3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	30
3.4 Metodika výzkumu.....	30
3.5 Analýza výzkumných dat	30
3.6 Analýza cílů a předpokladů.....	52
3.6.1 Analýza výzkumného cíle č. 1	52
3.6.2 Analýza výzkumného cíle č. 2 a předpokladu č. 2	52
3.6.3 Analýza výzkumného cíle č. 3 a předpokladu č. 3	53
3.6.4 Analýza výzkumného cíle č. 4 a předpokladu č. 4	54

4	Diskuze	55
5	Návrh doporučení pro praxi.....	58
6	Závěr.....	59
	Seznam použité literatury	60
	Seznam tabulek	64
	Seznam grafů	65
	Seznam příloh	66

Seznam symbolů a zkratek

aj.	a jiné
atd.	a tak dále
č.	číslo
et al.	a další, a kolektiv
FLACC	škála Face, Legs, Activity, Cry, Consolability
PAT	škála Pain Assessment Tool
s.	strana
tzv.	takzvaný
tj.	to je
VS	všeobecná sestra

1 Úvod

Tématem bakalářské práce je edukace rodiče dětského pacienta po operaci tříselné kýly. Jedním z důležitých aspektů po chirurgickém zákroku u dítěte je kvalitní a cílená edukace rodičů, aby byli schopni podpořit své potomky v procesu zotavování.

Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část práce je zaměřena na vývojovou psychologii vybraného věkového období, zásady efektivní edukace rodičů a dětí, stejně jako na detailní popis tříselné kýly jako diagnózy a očekávaného pooperačního režimu. V praktické části práce je provedena analýza dotazníkového šetření mezi rodiči dětských pacientů, kteří podstoupili operaci tříselné kýly. Tato analýza nám poskytne cenné informace o jejich zkušenostech s edukací po operaci a také zpětnou vazbu k efektivitě poskytované podpory. Na základě získaných dat bude vytvořen informační materiál ve formě letáku, který bude sloužit jako praktický zdroj informací pro rodiče, kteří pečují o své děti po operaci tříselné kýly. Tato práce si klade za cíl přispět ke zlepšení kvality péče poskytované dětem po operaci tříselné kýly a zdůrazňuje význam spolupráce mezi lékaři, zdravotnickým personálem a rodiči v procesu rehabilitace a zotavování.

2 Teoretická část

Teoretická východiska jsou vypracována v závislosti na cílech práce.

2.1 Vývojová a pediatriká psychologie

Psychologie v pediatrii je nezbytnou součástí komplexní péče o dítě, a to nejen v ambulantním prostředí, ale i v tom nemocničním. Znat pravidla psychického vývoje a jejich charakteristické rysy chování dětí v určitých érách života je nedílnou součástí vědomostí odborných zdravotnických zaměstnanců. Langmeirův přístup zdůrazňuje důležitost psychologických faktorů v procesu nemoci, a to jak v prevenci, diagnostice, tak i v léčbě dětských onemocnění (Langmeir a Krejčířová, 2006).

Mezi vývojovou psychologií a pediatrikou psychologií je rozdíl v zaměření a oblasti aplikace. Vývojová psychologie se zaměřuje na studium psychologického vývoje během celého života, pediatriká psychologie se specializuje na psychologický vývoj dětí a adolescentů s důrazem na zdravotní problémy a zdravotní péči (Langmeir a Krejčířová, 2006).

Psychický vývoj má obecné znaky. Vágnerová a Lisá (2021) shrnuje obecné znaky psychického vývoje do několika bodů, a to: Psychický vývoj je charakterizován jako zákonitý proces, jehož obsahem jsou složky psychické, somatické a sociální. Každá na sebe navazující vývojová fáze je různě dlouhá, kdy se střídá období latence a rychlejšího (skokového) rozvoje. Vývoj je individuálně specifický, určován interakcí mezi biologickými a environmentálními faktory, kde biologické faktory zahrnují genetiku, dědičnost a fyziologické procesy, zatímco environmentální faktory zahrnují prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá (rodina, škola, kultura a společnost). Vývojové fáze obsahují tzv. vývojové mezníky, které ukazují změnu některé složky psychosociálního vývoje a definuje rozhraní dvou vývojových fází. Rozvíjení dovedností nebo vlastností jedince je ovlivněno určitou vývojovou fází, tzv. senzitivní (citlivější), kdy je jeho kognitivní a emocionální vývoj zvláště ovlivnitelný konkrétními podněty nebo zkušenostmi. Senzitivní fáze jsou charakterizovány tím, že dítě je v daném období zvláště schopné se naučit určité dovednosti, získat určité vědomosti nebo vyvinout určité schopnosti rychleji nebo s větší lehkostí než v jiných fázích vývoje. Po uplynutí senzitivní fáze se schopnost dítěte vyvinout danou dovednost nebo schopnost může stát obtížnější. Existuje několik teorií psychického vývoje, které se snaží vysvětlit, jak se psychické

procesy, jako je vnímání, myšlení, emocionalita, a sociální interakce, vyvíjejí a mění během života jedince. Důležité vývojové teorie jsou například podle C. G. Junga, E. H. Eriksona a Sigmunda Freuda. Metodologie vývojové psychologie je soubor metod a postupů, které jsou používány k výzkumu a studiu psychického vývoje jedinců během jejich života. Tato metodologie se zabývá způsoby, jakými lze sbírat a analyzovat data o vývoji psychických procesů, jako je vnímání, myšlení, emocionalita, a sociální interakce, v různých věkových obdobích (Vágnerová a Lisá, 2021).

2.2 Charakteristika vybraných období dětského věku a jejich hospitalizace

Život nezačíná narozením nýbrž početím, jedná se tedy o **prenatální věk**, jehož délka je od početí po narození a přerušení pupečníku (Langmeir a Krejčířová, 2006). Toto období je klíčové pro vývoj plodu a může mít dlouhodobý vliv na zdraví a vývoj novorozence. Organogeneze je obdobím od 3. týdne, tehdy je plod nejvíce náchylný na všelijaká poškození, škodliviny, nákazy atd. Končí po 12. týdnu, kdy už je většina životně důležitých orgánů založena (Klíma, 2016). Další etapou vývoje je **novorozenecké období**, jehož počátek je v momentu přestřížení pupeční šňůry a trvá do 28. dne života. Jedná se o dobu přizpůsobení se novému prostředí (dýchání, krevní oběh, příjem potravy a adaptace na okolní prostředí). Klíčový moment je v prvních deseti minutách adaptace, kdy se novorozenec hodnotí dle Apgarové v 1., 5., a 10. minutě a dále 2 hodiny po porodu, a nakonec dokončení adaptace 7. den života. Sleduje se výživa, růst a vývoj (Klíma, 2016). **Kojenecký věk** probíhá od 29. dne až do 1 roku života. Během tohoto období dochází k rapidnímu fyzickému, emocionálnímu a sociálnímu vývoji dítěte. Velmi důležitá je pestrá a vyvážená strava pro správný růst a vývoj, zejména centrálního nervového systému. **Batoletčí věk** trvá od jednoho roku do tří let. Dělí se na dvě části na mladší batoletčí věk a starší batoletčí věk (Klíma, 2016).

Ošetrovatelská péče o dětského pacienta během hospitalizace není vůbec snadná. Péče o dětského pacienta se liší od péče o dospělého pacienta a vyžaduje specifické přístupy a zacházení. Zdravotník musí znát věkové a vývojové zvláštnosti dítěte a respektovat je. Holistický přístup k pacientovi, který je v koncepci ošetrovatelství, zde znamená vnímat a chápat dítě jako osobnost v celé jeho psychomotorické jednotě (Zacharová, 2008). Komunikace s dětským pacientem je klíčovým prvkem péče

o dětského pacienta a vyžaduje charakteristické přístupy, které jsou věkově a vývojově přiměřené (Plevová a Slowik, 2010).

Hospitalizace pro dítě může být stresující a nepříjemná zkušenost, protože se nachází mimo své obvyklé prostředí. Velký význam v celkovém prožívání pobytu v nemocnici hraje připravenost na vzniklou změnu. Příprava na pobyt v nemocnici začíná nejčastěji v ambulanci či poradně před plánovaným výkonem. Velkou roli v připravenosti dítěte hrají rodiče, kteří jsou s ním po dobu, než dojde k hospitalizaci. Chování dítěte ovlivní celkový postoj rodiče k jeho nemoci a léčbě. Proto by měl být každý rodiče seznámen s tím, co se od něj očekává, při přijetí do nemocnice. Další vliv na celkovou přípravu dítěte na pobyt v nemocnici hraje věk a jeho vztah s rodiči (Plevová a Slowik, 2010).

Jako první sděluje informace o cíli, terapeutickém plánu a předpokládaných výsledcích lékař. Rodiče, jež znají kladné a záporné stránky dítěte, mohou dítě připravit a pomoci mu zvládnout události, které ho čekají. Rodič je důležitým informátorem a vykladatelem pro přípravu dítěte k hospitalizaci (Boledovičová et al., 2006). Není dobré dítě podvádět, ale je nezbytné říci, že bude v nemocnici, abychom jej ušetřili od nepříjemných překvapení a stavů úzkosti. Pokud dítě rodič včas a šetrně informuje, zamezí více komplikacím, než kdyby se snažil nalézt jiná opatření, aby dítě „nemělo předem strach“ (Plevová a Slowik, 2010).

Nejhlavnější a dominantní činností je pro dítě **hra**. Stejně tak i pro nemocné dítě přetrvává hravá aktivita a je přínosná pro léčebný proces. Má pozitivní vliv na citový vztah a usnadňuje adaptaci na nové prostředí i zdravotní stránku. Dále také dokáže prolomit sociální izolaci a vytvořit vztah jistoty, důvěry a spolupráce (Boledovičová et al., 2006). Ideální je, pokud je na dětském oddělení herna, jejíž vybavení je řízeno na základě vybavení heren v mateřských školách (Plevová a Slowik, 2010).

Komunikace s dětským pacientem vyžaduje specifické přístupy a dovednosti zdravotnického personálu, které by měly být citlivé na věk a rozumovou úroveň dítěte. Pro dítě se mimo rodiče stává nejbližší kontaktní osobou všeobecná sestra. Jako první je důležité přizpůsobit věkově odpovídající komunikaci. (Venglářová a Mahrová, 2006). Dle Seifertové (2016) je důležité si uvědomit, že i když dítě občas nerozumí významu slov, zcela chápe napjatou nebo přátelskou atmosféru (Seifertová, 2016).

Podstatné je, aby komunikace byla vedena s dítětem. I když se nám zdá, že je dítě příliš malé, stydí se a máme pocit, že se nám spojení nezdařilo, jelikož nereaguje tak,

jak bychom očekávali, musíme být trpěliví a opakovat k dítěti klidný a vlídný přístup. Ptát se na svolení, dát pocit, že je aktérem komunikace. Nejlépe se navazuje komunikace přes hračku, kterou má dítě s sebou nebo mu nějakou půjčit (Plevová a Slowik, 2010).

Na komunikaci není příliš malé žádné dítě. **Novorozenec** reaguje již po porodu na lidský hlas, pozná matčin hlas, na který má živější reakci než na ostatní hlasy. Je také schopen napodobit mimické výrazy a odlišit příjemný a nepříjemný dotek. Jeho mocnou zbraní je křik, jímž volá o pomoc (Plevová a Slowik, 2010).

Plevová a Slowik (2010) ve své knize zmiňují názor Špatenkové a Králové (2009), že je vhodné navázat kontakt s **kojencem** podobně jako u novorozenců, tedy naklonit se k němu, aby byl náš obličej jasně vidět. Měli bychom se usmívat, jelikož kojenci mají tendenci úsměv vrátit. Používat něžnou a klidnou mluvu. Pro dobrý vztah je důležitá neverbální komunikace jako jsou doteky, uchopení a houpání. Od 8. měsíce trpí dítě separační úzkostí mateřské osoby, proto je vhodné do péče zapojit rodiče (Špatenková a Králová, 2009).

Pokud se jedná o **batole**, dítě oslovujeme jménem, které má rádo. Nepoužíváme dlouhá sdělení, ale jasná a krátká. Pro pocit bezpečí, dovolíme dítěti používat jemu známé předměty, jako jsou např. hračky, oblečení, které nosí doma. Také je dobré užívat výrazy, jemu vlastní, např. pro jídlo a vyprazdňování. Důležité je vědět, že kolem 3. roku života nastupuje období vzdoru a negativismu. Dochází k uvědomování si svojí individuality. Toto období se projevuje u všech dětí, ovšem odlišně z důvodu temperamentu a výchovy dítěte. Jeho projevy ve verbální rovině jsou vyjádřeny slovy: „Já sám!“ „Já chci!“ Neverbálně je projev dupotem, stisknutými pěstmi, mimika nebo vztek. Doporučení v tomto případě je odvést dětskou pozornost či napodobit jeho chování (Plevová a Slowik, 2010).

2.3 Edukace

Výraz edukace pochází z latinských slov *educare*, *educare*, které znamenají vychovávat, vést vpřed či vypěstovat. Definici výrazu edukace lze vysvětlit jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince, tak aby byly navozeny pozitivní změny v jeho vědomostech, návycích, postojích a dovednostech. Edukace je výchovně vzdělávací proces (Juřeníková, 2010).

Edukace je nedílnou součástí ošetrovatelské praxe, jejímž úkolem je přispění k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví a také docílit ke zvýšení kvality života jedince (Juřeníková, 2010). Pokud požadujeme, aby byla edukace efektivní, je nezbytné, aby všeobecná sestra, tedy edukátorka, byla v dané oblasti erudovaná. Zároveň by všeobecná sestra edukátorka měla oplývat vlastnostmi jako je trpělivost, empatie a dovednost správně komunikovat (Podrazilová et al., 2016).

Všeobecná sestra v roli edukátorky plní funkci v určitých praktických činnostech, mezi které patří například nalezení pacientova problému, který je nutno skrze edukaci odstranit. Také zhodnocení psychomotorických schopností pacienta a poskytnutí informací i názorného zobrazení k dosažení stanoveného cíle. Dále je úkolem vyhodnocení progresu pacienta prostřednictvím konkrétních progresů či zpětnou vazbou (Svěráková, 2012).

Edukaci ve zdravotnické péči dělíme dle tří typů na základě toho, jaké informace či komu jsou předávány. První typ edukace se nazývá **základní**, ta v sobě skrývá edukaci pacientů, kteří nebyli s danou problematikou vůbec seznámeni. Jsou jim předávány nové informace a postupy při dané léčbě. Druhý typ edukace je pojmenována jako **komplexní**. V tomto případě jsou pacientovi předávány informace nejen o konkrétní problematice onemocnění, ale i o změně životního stylu, který bude vést k udržení či zlepšení zdraví. **Reedukační edukace** je posledním typem edukace, kdy je možné navázat na předchozí získané znalosti a aktualizovat, prohlubovat i upevňovat. Bývá označován i jako edukace pokračující či rozvíjející (Svěráková, 2012).

Pro orientaci v problematice edukace je důležité znát **vybrané pojmy**, které s ní jsou úzce vázány. **Edukační proces** je komplexní součást ošetrovatelské péče o pacienta, jehož definicí je činnost osob, při které dochází k procesu učení ať už podmíněně, či nepodmíněně. Již od prenatálního věku až do smrti probíhají tyto

edukační procesy. Jako příklad může být osvojení si mateřského jazyka dítětem, které se učí záměrně i nezáměrně od matky či ostatních lidí (Juřeníková, 2010).

Krátká (2016) popisuje edukační proces jako formu „odvozování“ určitých informací, uskutečňující se ve vztahu všeobecná sestra – klient. Nazývá se také jako dynamický vztah mezi všeobecnou sestrou a klientem. Klientem se může myslet pacient, jeho rodinní příslušníci či široká veřejnost (Krátká, 2016). Součástí edukačního procesu je edukant, edukátor. Edukace je uskutečněna v edukačním prostředí a jeho kvalita je ovlivněna edukačními konstrukty. Edukační proces je členěn do 5 fází, stejně jako ošetrovatelský proces (více popsáno níže).

Další pojem, který se v edukaci vyskytuje je **edukant**. Je to tzv. subjekt učení a vzdělávání (Juřeníková, 2010). Jedná se o individuální osobnost jejíž charakteristika ovlivňuje celkový průběh edukačního procesu. Jsou to vlastnosti fyzické pohlaví, věk, afektivní schopnosti čili postoje, sociální status, motivace k uzdravení, kognitivní schopnosti, tedy schopnost učit se novým věcem atd. (Krátká, 2016). Ve zdravotnickém zařízení se jedná nejčastěji o pacienta, který může být zdravý, nemocný nebo s handicapem (Juřeníková, 2010).

Následuje **edukátor**, což ve zdravotnickém zařízení zaujímá všeobecná sestra. Úroveň edukace je odvíjena od charakteristických vlastností, zkušeností, návyků, dovedností typu komunikační, rétorické, organizátorské, takt, morálnost, spravedlivost aj. Na edukátora v ošetrovatelství jsou kladeny další požadavky, např.: Dobré teoretické a praktické znalosti (Tomová, 2017). Zodpovědnost edukátora je nejen v tom, co učí, ale také jak učí (Dušová et al, 2019).

Do kvality edukačního procesu zasahují **edukační konstrukty**. Patří mezi ně standardy ošetrovatelské péče, teorie, plány, legislativa (vyhlášky, zákony, předpisy), edukační materiály, pomůcky a učebnice (Krátká, 2016).

Posledním zmíněným pojmem je **edukační prostředí**, který charakterizujeme jako prostor, ve kterém se provádí edukační proces. Mohou být zcela rozdílná edukační prostředí, která se od sebe liší druhem učících subjektů, edukantů a vyučujících edukátorů zúčastněných v daných prostředích. Lze uvést např.: rodinné (rodiče, děti), školní (žáci, učitelé), zdravotnické (lékaři, pacienti, zdravotničtí pracovníci) (Tomová, 2017).

Ve zdravotnickém zařízení je edukační prostředí ovlivněno vícero faktory. Je to dáno především typem zdravotnického zařízení a také organizací činností konkrétního pracoviště (speciální ošetrovací jednotka, ambulance, standardní

oddělení, aj.), dále je ovlivněno vybavením (dostačující pomůcky) a především dostatkem času a atmosférou na pracovišti (Krátká, 2016).

Didaktika ošetřovatelství pojednává o uplatnění didaktiky během edukace pacientů. Ošetřovatelská kvalita edukace je ovlivněna mnoha faktory, řadíme mezi ně třeba pedagogické, didaktické a také edukační um sestry. Všeobecná sestra v roli pedagoga by měla podporovat aktivní přístup pacienta, pomáhat rozvinout vlastní tvořivost a fantazii a také dodat sebevědomí a nezávislosti.

V ošetřovatelském procesu jsou podstatné vybrané principy. Zásada **přiměřenosti** je adekvátní přizpůsobení cíle, obsahu, forem i prostředků výuky vzhledem ke stavu edukanta. Zásada **uvědomělosti**, jejíž jádro je v tom, aby edukant porozuměl předávaným informacím a nepostrádal jejich smysl. Je nutná motivace, zvolení vhodné edukační metody a formy vzhledem k možnostem edukanta (věk, zkušenosti, osobní předpoklady). Zásada **postupnosti** je vyznačena nutností pokračovat během edukace od jednoduchého k postupně složitějšímu tématu, od konkretizované ukázky k abstraktním pojmům a dále od obecných představ ke specifickým. Zásada **soustavnosti** klade důraz na systematičnost v celém edukačním procesu, tedy zvolení vhodné edukační metody. Zásada **výchovnosti** zaujímá jedno ze zásadních didaktických principů. Je důležité vyvážit všechny složky výchovy (rozumové, mravní, estetické, pracovní a tělesné). Pedagogická působnost všeobecné sestry je spojkou kompletního edukačního procesu, jenž formuje osobnost edukanta ke spoluzodpovědnosti za své zdraví. Zásada **cílevědomosti** je nutnost, aby edukant znal cíl edukace, který může být zároveň stimulačním prvkem (Tomová, 2017).

Didaktických postupů lze najít mnoho, je ale neuskutečnitelné vytvořit jednotný systém kategorizace, aniž by byl brán zřetel na různá hlediska, které klasifikaci edukačních metod ovlivňují (Tomová, 2017).

2.3.1 Fáze edukačního procesu

Edukační proces je řízen vůči pedagogickým a didaktickým zásadám (Krátká, 2016). Dělíme jej do pěti fází, které jsou:

1. Fáze počáteční pedagogické diagnostiky: edukátor je v roli posuzovatele, kdy je zmapována edukantova erudovanost, např.: pomocí strukturovaného rozhovoru, dotazníku, aj. a to z toho důvodu, aby nedocházelo v dalším kroku k opakování již známého. Prvním krokem je tedy vymezení vzdělávací potřeby (co edukant umí,

zná/co by měl umět/znát). Jako další je zapotřebí zhodnotit edukantovu schopnost a chuť učit se novým věcem (Mandysová, 2016).

Základním kamenem první fáze je **motivace a spolupráce** učence. Motivace za pomoci vnitřních a vnějších faktorů ovlivňuje postoje a rozhodování edukované osoby. Motivace jde ruku v ruce s dodržováním léčebného postupu (adherencí). V případě, že není adherence, tak i ten sebelepší edukační plán může zaniknout (Mandysová, 2016).

2. Fáze vyhodnocení edukačních potřeb: navazuje na první fázi. Zde si edukátor stanoví cíle díky již získaných informacích o problému (Juřeníková, 2010).

Cíle si můžeme představit jako nejideálnější stav, ke kterému se díky edukaci dostaneme (Kuberová, 2010). Bylo by vhodné plánovat cíle dohromady s pacientem, kvůli spojení s tím, co si přeje pacient znát a co je podstatné vědět dle edukátora. Cíle mohou být krátkodobé nebo dlouhodobé (Mandysová, 2016).

3. Fáze stanovení edukačního plánu: charakterizovaná přípravou, kdy je nezbytné stanovit priority, metodu, obsah edukace. V této fázi se opíráme o sedm otázek: **CO?** (obsah edukace), **KOHO?** (kdo bude edukován), **PROČ?** (s ohledem na stanovené cíle), **KDO?** (personalita edukátora), **JAK?** (vhodně stanovená metoda edukace), **JAKÉ PODMÍNKY?** (místo, čas, vybavení), **JAKÝ EFEKT?** (výsledek edukace) (Juřeníková, 2010). Proces plánování vzdělávacího projektu zahrnuje dlouhodobou přípravu, během které edukátor pečlivě promýšlí obsah, který chce předat. Tento obsah je následně strukturován do logicky propojených „vzdělávacích aktivit“. V souladu s tímto obsahem je pak naplánována nejvhodnější forma realizace a průvodce vzděláním. Bezprostřední příprava vzdělávání se soustředí na optimalizaci prostředí, ve kterém bude vzdělávání probíhat. To zahrnuje připravení vhodného prostoru a potřebných pomůcek (Šulistová a Trešlová, 2012).

4. Fáze realizace: fází ukotvení učiva a cestou ke splnění stanovených cílů. Je nutné zohlednit fakt, že polovinu získaných znalostí do druhého dne při nepochybování zapomeneme. Z toho důvodu je nutné stanovit takový plán vyučování, aby byl výsledek uspokojivý (Krátká, 2016).

5. Fáze evaluace (vyhodnocení): předává nám informaci, zdali byla naše sdělení přijímána, zda se nabylo nové dovednosti a došlo k naplnění stanovených cílů. Tato fáze zahrnuje i hodnocení ze strany pacienta, tedy zpětnou vazbu (Krátká, 2016).

2.4 Edukace dětí a rodičů

Dle Sedlářové (2008) nesmí být edukace dětí a rodičů jednorázovým poučením, ale dlouhodobým procesem, který se musí plánovat a prolínat. Edukace hraje zásadní roli při přijetí do nemocnice, před každým léčebným zákrokem nebo vyšetřením a také před propuštěním do domácí péče (Sedlářová, 2008).

Při prvním rozhovoru by měla sestra získat o pacientovi co nejvíce informací. U menších dětí se tak děje prostřednictvím rodičů, u větších se mohou informace získávat přímo od nich. V této první fázi je již sestra schopna vysledovat, zda je rodina na přijetí dítěte do nemocnice dostatečně připravená, informovaná a na jaké části se zaměřit v rámci edukačního programu (Sedlářová, 2008).

Je důležité, aby byla edukace přizpůsobena individuálním potřebám a preferencím dítěte a rodiny a aby byla poskytována v souladu s potřebami dítěte a lékařskými postupy. Také získat důvěru rodiče v postupy a péči, které bude jejich dítě dostávat (Sedlářová, 2008).

Obecné zásady při edukaci dětí a rodičů jsou: **Zjištění** kolik informací dítě a rodič má, jestli jim rozumí a jaké jsou obavy. Dále **vysvětlení**, kdy by mělo dojít k popisu, co se bude dít a kdy. V případě **bolesti**, jak s ní pracovat a zmírnit. Kdo bude dítě **doprovázet** (zdravotník, rodič). Jak **dlouho** bude výkon trvat a co bude **následovat**. Důležité je **praktické znázornění** hrou či malováním. Dále je nutné nechat **prostor na dotazy** a také poradit rodičům, jak mohou být v dané situaci přínosní (Sedlářová, 2008).

Celkovou kvalitu přípravy ovlivňuje **prostor**, ve kterém příprava probíhá, proto je nutné zvolit takové místo, kde bude mít rodina a edukující sestra dostatek klidu a soukromí (Sedlářová, 2008).

V edukačním procesu pro děti a rodiče v nemocnici je důležité používat vhodné edukační pomůcky, které jsou přizpůsobeny věku, zdravotnímu stavu a schopnostem dětí, stejně jako potřebám a zájmům rodičů. Tyto pomůcky by měly být snadno pochopitelné, vizuálně atraktivní a motivující. Vhodnými edukačními pomůckami jsou: ilustrované brožury nebo letáky, model lidského těla, interaktivní aplikace, videa a animace, hry a hračky, malování a omalovánky (Sedlářová, 2008).

V případě edukace **rodičů novorozenců a kojenců** se jedná se o zvláštní edukaci, kdy je vedena výhradně k rodičům dětského pacienta. Ze začátku bychom se měli informovat, jaké informace rodiče o daném problému ví, jak ho vnímají a jaká je jejich schopnost učit se. Nesmí se opomenout zjištění, zda rodič nemá smyslové omezení. V případě, že se jedná o cizince je nutné zjistit mluvený jazyk a eventuálně zajistit tlumočnicka (Sedlářová, 2008). Je nutné, aby edukátor dbal na to, aby měli rodiče dostatečnou možnost klást otázky a vést diskusi (Kukla, 2016).

U dětí věkové kategorie **batolat** je nejvhodnější zvolit přípravu formou hry, v případě, že je to možné, vždy za přítomnosti rodičů, z důvodu velké závislosti na nich a potřeby cítit ochranu a podporu. Rodič může být při přípravě dítěte pro zdravotníky velkým pomocníkem, je ovšem důležité, aby měl předem dostatečné množství informací. Je vhodné, aby rodič projevil důvěru k sestře, kterou může projevit např.: *„Péťo, tohle je sestřička, která nám teď řekne, jak to bude zítra všechno probíhat.“* Přípravu je nutné zohlednit k věku, zralosti, jazykové vybavenosti dítěte. Slovní vysvětlení je u batolat vhodné podpořit hrou s panenkou nebo jeho oblíbenou hračkou. **Hra je nejvhodnější komunikačním prostředkem** (Sedlářová, 2008).

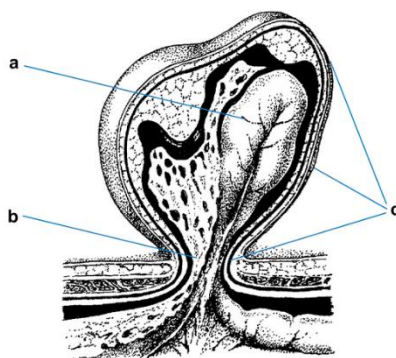
2.5 Tříselná kýla u dětí (hernia inguinalis)

Jedná se o jedno z nejčastějších onemocnění v dětském věku. U donošených dětí je výskyt v 3,5–5 %, v případě nedonošených dětí je výskyt násobně vyšší, přibližně v 10 %. Nejvyšší počet výskytu, a to až ve 30 % je při porodní váze do 1 kg dítěte. Také dvojčata bývají častěji ohrožena. Jsou i rozdíly četnosti mezi chlapci a dívkami. U chlapců je onemocnění 6x častější (Dražan, 2011). U dívek je významné riziko pro reprodukční orgány během chirurgického zákroku (Chukwubuike, 2021). Lokalizace tříselné kýly bývá v 60 % na pravé straně, 30 % na straně levé a v 10 % se jedná o oboustrannou tříselnou kýlu (děvčata ve 20–40 %). Dále hraje roli familiární výskyt (Dražan, 2011).

U malých dětí je **tříselný kanál** krátký a neprobíhá šikmo. Přední stěna je složena z aponeurózy (tenké vazivové blány, která je plošně rozprostřenou šlachou) zevního šikmého svalu. Jedná se o anatomickou oblast nacházející se v oblasti třísel. Tento kanál vzniká během embryonálního vývoje, kdy se břišní orgány a struktury přesouvají z dutiny břišní do třísla a k vývoji reprodukčního systému. U chlapců vybíhá vychlípenina pobřišnice z dutiny břišní do šourku zevním anulem (vazivovým prstencem), souběžně kanálem probíhá funikl složen chámovodem a cévami (Vacek, 2011). Chámovod je úzká, brkovitě tuhá svalová trubice, která v ocasu nadvarlete navazuje na vývod nadvarlete (Kachlík, 2018)., u děvčat kanálem probíhá ligamentum teres uteri jehož úkolem je držet dělohu v symetrii. Výchlipka se z větší části případů uzavírá po narození bez komplikací (Vacek, 2011).

Obecně se kýla (hernie) popisuje jako neobvyklé vyboulení či vysunování některého vnitřního orgánu břišní dutiny skrze porušenou část břišní stěny zevně. Může se jednat o vyklenování přední, postranní nebo zadní část břišní stěny, ale také poškozenými místy svalového pánevního dna a bránice (Michalský, Pařko a Satinský, 2000). Kýly se dělí na tzv. **pravou kýlu** (vyklenující orgán je kryt pobřišnicí), **zevní kýlu** (na pohled patrná), **vnitřní kýlu** (zasunutí orgánu břišní dutiny do preformovaných vychlípek pobřišniční dutiny jako je např. foramen omentale), **brániční kýlu** (proniká bránicí mimo břišní dutinu, na pohled není zjevná) a **prolaps** neboli **výhřez** (způsobený nejčastěji traumatem, poškozenou pobřišnicí dojde k vysunutí břišního obsahu) (Ferko, Šubrt, Dědek (ed.), 2015).

Kýla je složena ze tří částí, a to z **kýlní branky**, ta tvoří prostor, kde došlo k oslabení břišní stěny, pánevního dna či bránice. Dále z **kýlního vaku**, což je vychlípenina peritonea. Poslední částí je **kýlní obsah**, jehož výplň může být kterýkoliv orgán břišní dutiny, nejčastějším obsahem je tenké střevo nebo omentum (Pafko, 2008). Hlavním zdravotním rizikem spojeným s kýlymi je možnost, že se jejich obsah zachytí a nemůže se vrátit zpět do břišní dutiny (tento jev se nazývá "inkarcerace"). Při inkarceraci dochází k tlaku na cévy, které zásobují postižený orgán krví. Tímto tlakem se může narušit krevní zásobení orgánu a vést k jeho odumření. Během několika hodin může orgán ztratit svoji schopnost získávat živiny a kyslík, což může vyústit v jeho nekrózu. Celý proces inkarcerace také může způsobit zánět, který se může šířit dále do oblasti pobřišnice (peritonea) a vyústit v závažný stav známý jako peritonitida, který ohrožuje život (Kudlová, 2020). Terapie kýl je pouze chirurgická, tedy plánovaná operace. Spočívá v repozici obsahu kýlního vaku, resekcí kýlního vaku a uzávěru branky. Konzervativní léčba je málo účinná a její charakter je spíše v prevenci vzniku komplikací (Čoupková, 2019).



Obr. 1 Součásti kýly (pravá kýla): a) kýlní obsah, b) kýlní branka, c) kýlní vak (Zdroj: Ferko, Šubrt, Dědek, eds. 2015, s. 1278)

V dětském věku se jedná nejčastěji o kýlu vrozenou. Příčinou vzniku je vsunutí nitrobřišního orgánu nebo jeho části do otevřené peritoneální výchlípy (Vacek, 2011). Hernie vystoupí v oslabené tříselné oblasti nebo u chlapců šíří do šourku a u dívek se vyklene v horní části stydkých pysků (Dražan, 2011). U chlapců i děvčat je obsah kýly nejčastěji vyplněn kličkou tenkého střeva, občas cékem s apendixem. V případě děvčátek v kojeneckém věku bývá obsahem vaječník s kouskem vejcovodu (Vacek, 2011).

Rodiče si mohou všimnout měkkého vyklenutí v třísle při pláči, či námaze dítěte, většinou je kýla zjištěna až při preventivní prohlídce (Šnajdauf a Škába, 2005). Nalezení

vyklenutého pružného (reponibilního) výběžku v tříselné oblasti, občas pronikající až do šourku. Ze začátku viditelná ve stoje a námaze, následně trvale (Vacek, 2011). V některých případech může být značná ihned po porodu. Reponace (návrat) jde zpočátku snadno, s postupem času dochází k navyšování objemu. Pokud došlo k inkanceraci (uskřinutí) tříselné kýly, dítě je neklidné, zvrací, jeví příznaky střevní obstrukce, může se objevit i horečka, enteroragie a otok se zarudnutím v pozici tříselného kanálu. Inkancerace tříselné kýly je vážnou situací, kdy dochází k uvíznutí obsahu kýly v místě slabiny a tím k poruše průchodu krve a kyslíku. Tento stav může být velmi bolestivý a vyžaduje okamžitou lékařskou pomoc (Lebl, 2012).

Při stanovení diagnózy je využita důkladná palpace a aspekce v tříselné oblasti. V případě podezření na inkanceraci je využíván RTG snímek břicha. Pro upřesnění a odlišení od hydrokély (nahromaděná tekutina ve varleti), je možné využít ultrazvukové vyšetření (Lebl, 2012).

Z důvodu možného uskřinutí kýly, je navržena vždy indikace k operaci. V případě nedonošených dětí je možná operace až po docílení hmotnosti okolo 2 000 g ve spinální anestezii. V případě, že dojde k inkanceraci (uskřinutí) se lékař pokusí o repozici, ale pouze za podmínek, že nejsou příznaky a známky pokročilé inkancerace (Vacek, 2011). Poté se provede operace do 48 hodin. Do 48–72 hodin by měl být proveden operační zákrok hernie u dívek obsahující vejcovod či ovarium. Okamžitá indikace k operaci je v případě příznaků strangulace, peritoneálního dráždění nebo ileózního stavu (Dražan, 2011).

Po operaci tříselné kýly u dětí mohou nastat různé komplikace, řadí se sem malpozice varlete (iatrogenní kryptorchismus), narušení střevní stěny s nutností resekcce (při uskřinutých kýl 1–2 %), poškození chámovodu (Lebl, 2012). Infekce rány, ta je v případě plánovaných zákroků menší než 1 %. Větší riziko nastává v případě inkancerace a urgentní operaci (Dražan, 2011).

Recidiva nepřímé tříselné kýly je 0,5–1 %, v případě nedonošených dětí to jsou 2 % a po uskřinutí 3–6 % (Lebl, 2012). Jestliže dojde k návratu kýly, v 50 % případů se tak stane do 1 roku po operaci, v 75 % do 2 let od zákroku (Dražan, 2011).

2.5.1 Pooperační péče

Po operačním výkonu je důležité dodržovat správnou **výživu** dítěte, aby se zamezilo vzniku zácpy. Dietní omezení nebývá pravidlem. Vhodná strava by měla obsahovat potraviny bohaté na vlákninu, která pomáhá udržovat pravidelnou stolici a zlepšuje trávení (např. obiloviny). Volit šetrné potraviny, které jsou snadno stravitelné a nezpůsobují nadýmání.

Výživa kojence je velmi důležitá pro jeho zdravý růst a vývoj. Hlavním zdrojem výživy pro kojence je mateřské mléko. Pokud je to možné, doporučuje se kojení, protože mateřské mléko obsahuje všechny živiny, které dítě potřebuje. Je navrženo tak, aby uspokojilo potřeby růstu a vývoje dítěte v prvních šesti měsících života. Pokud z nějakého důvodu nelze kojit, existují na trhu také mléčné formule, které jsou navrženy tak, aby poskytovaly živiny, které jsou kojencům potřebné. Mléčné formule jsou vyrobeny z kvalitních surovin a obsahují bílkoviny, sacharidy, tuky, vitamíny a minerály potřebné pro správný růst a vývoj dítěte.

Strava batolat a dětí předškolního věku by měla být velmi pestrá, v počtu 5 porcí za den (Sedlářová, 2008). Je vhodné řídit se dle principu potravinové pyramidy, kdy jsou jednotlivé porce jídla skládány ze všech pater (Státní zdravotní ústav, 2023).

Dítě by mělo také dostávat dostatečné množství **tekutin**, aby se zabránilo dehydrataci a podpořilo správné trávení (Tůmová, 2017). Výpočet pitného režimu u dětí závisí na několika faktorech, jako je věk dítěte, jeho váha, fyzická aktivita a okolní podmínky. Novorozenci do 7 měsíců: 150–160 ml na kilogram tělesné hmotnosti denně, děti od 8 měsíců do 1 roku: 100–140 ml na kilogram tělesné hmotnosti denně a děti od 1 roku do 3 let: 80–120 ml na kilogram tělesné hmotnosti denně. Vhodnými tekutinami jsou voda a dětské čaje (Doležel, 2007).

Péče o jizvu: Hojení rány je proces, při kterém se tělo snaží obnovit a uzdravit poškozenou tkáň vazivem, které se mění v jizvu (Pokorná, 2012). Vlastní hojení probíhá většinou v několika plynule na sebe navazujících a také částečně prolínajících fázích. První fází hojení je **exsudace**, kdy dochází k čištění, tedy k odbourávání poškozených částí tkání. Následuje druhá fáze, **granulace** (proliferace), která má za úkol chybějící tkáň zacelit granulační tkání (Brabcová, 2021). Pokračuje **reparační fáze**, kdy dochází k tvorbě kolagenních vláken a ke kontrakci rány. Závěrečnou fází je **diferenciální fáze**,

kdy vzniká pevná a stabilní pojivová nebo specifická tkáň, tj. jizva (Čoupková et al., 2019).

Operační řez je veden 2–3 cm, k šití je využíván vstřebatelný materiál, který je dobře snášen a stehy se nevytahují (Fakultní nemocnice Ostrava, 2023). V případě šití rány nevstřebatelným materiálem, jsou stehy odstraněny po 7 dnech od operace (nemocnice ve Frýdku-Místku, 2016). Péče o operační ránu po operaci tříselné kýly u dětí je velmi důležitá pro správné hojení a minimalizaci rizika infekce. Ránu je nutné udržovat v suchu a čistotě. K celkové hygieně dítěte dáváme přednost sprchování před koupelí. K mytí volíme neparfémovaná mýdla (Tůmová, 2017).

Komplikace v podobě infekce rány je velmi nízká, u plánovaného zákroku je to méně než 1 %. V případě, že se jedná o urgentní zákrok při uskřinutí je riziko infekce rány vyšší a to 5–7 %. Infekce rány se projeví zčervenáním a vyšší teplota kůže v místě rány (Dražan, 2011).

Projevy pooperační bolesti u dětí mohou mít některé zvláštnosti ve srovnání s projevy bolesti u dospělých. V různých fázích dětského věku se liší prožívání, projevy a následky neléčené bolesti i adaptivní chování a zvládnutí bolesti. Pro správnou reakci a pomoci dětem je nutné znát vývojové odlišnosti a brát je v úvahu (Sedlářová, 2008). Je důležité, aby rodiče a zdravotníci byli citliví na projevy bolesti u dětí a reagovali na ně vhodným způsobem.

Bolest u novorozenců a kojenců: neuroendokrinní a nervový systém je dostatečně vyvinut i u nedonošených dětí, tudíž jsou schopny vnímat a reagovat na bolest. Příčinou komplikací v postnatálním období a reaktivitu na bolest v průběhu celého života může být dlouhotrvající a intenzivní bolest. Verbální projev bolesti neexistuje, jediné, co je možné vnímat je změna chování a fyziologické funkce. V případě, že je dítě neklidné, pláče a nejde ukonejšit jiným osvědčeným způsobem, může být příčinou právě bolest. (Sedlářová, 2008).

Bolest u batolat: vnímání bolesti u batolat se liší od vnímání bolesti u novorozenců, protože batolata jsou již schopna komunikovat a projevovat své potřeby. Batolata jsou schopna používat slova a jednoduché fráze k vyjádření bolesti. Mohou se snažit říct, že „to bolí“, „au“, „bebí“, atd. nebo ukázat na místo, kde cítí bolest. Začínají si uvědomovat vlastní osobu, je vhodné jim dát možnost volby, jelikož je pro ně částečná možnost kontroly důležitá (Sedlářová, 2008). Batolata mohou projevovat změny

v chování během bolesti. Mohou být neklidná, zamračená, podrážděná, mohou se stahovat nebo se naopak stávat zpomalenými a unavenými (Plevová a Slowik, 2010).

Existuje několik **škál** a nástrojů, které se používají k diagnostice a hodnocení bolesti u dětí. Tyto škály a nástroje pomáhají získat objektivní informace o intenzitě a projevech bolesti u dětí. U novorozenců, kojenců a batolat je základem **pozorování**, lze využít škály FLACC škála (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability). Hodnotí se pět oblastí: obličejový výraz, pohyby nohou, aktivity/dokončování úkolů, pláč a schopnost se utěšit. PAT (Pain Assessment Tool), kde se sleduje dýchání, pulz, saturace, krevní tlak, pozice těla/tonus, průběh spánku, výraz, barva kůže a křik (Plevová a Slowik, 2010). Za zlatý standard je považováno **sebeposouzení** dětí (self-report) pomoci rozhovoru. Od 3 let je možné využít metody pokerových žetonů, kostiček různých velikostí, Oucher, tj. šest barevných fotografií dětských obličejů, vyjadřující míru bolesti, na fotkách jsou čísla. Dále lze využít škálu obličejových výrazů (Face scale). (Mareš, 2021).

Pooperační bolesti po operaci tříselné kýly jsou tlumeny analgetiky v podobě čípků, kapek či tabletek (Fakultní nemocnice Ostrava, 2023).

Po operaci tříselné kýly je důležité dodržovat určitý pohybový režim, aby se minimalizovalo riziko komplikací a podpořilo správné hojení. Ve většině případů si malé děti svoji aktivitu omezují samy dle potíží (nemocnice ve Frýdku-Místku, 2016). Vhodné je zmírnit větší fyzickou námahu, jako je jízda na kole, skákání, plavání a aktivity spojené s běháním po dobu tří týdnů (Tůmová, 2017). Je důležité si uvědomit, že každé dítě je individuální a postoperativní pohybový režim by měl být stanoven lékařem na základě konkrétních okolností a pokroku hojení.

3 Praktická část

Pro výzkumnou část bakalářské práce bylo stanoveno 5 cílů. První cíl je popisný, jeho splnění je v rámci vypracované teoretické části práce. U cílů 2–4 byl stanoven 1 výzkumný předpoklad.

3.1 Cíle bakalářské práce

1. Popsat zásady edukace pacienta dle relevantních zdrojů.
2. Zjistit informovanost rodičů dětských pacientů o zásadách péče o operační ránu po operaci tříselné kýly.
3. Zjistit informovanost rodičů dětských pacientů o zásadách stravování po operaci tříselné kýly.
4. Zjistit informovanost rodičů dětských pacientů o zásadách pohybového režimu po operaci tříselné kýly.
5. Vytvořit edukační materiál pro dětské oddělení, sloužící k edukaci rodičů dětských pacientů po operaci tříselné kýly.

3.2 Výzkumné předpoklady

1. V tomto případě se jedná o popisný cíl, výzkumný předpoklad nebyl stanoven. Jeho splnění je vypracováno v teoretické části práce.
2. Předpokládáme, že 70 % a více rodičů dětských pacientů je informováno o zásadách péče o operační ránu po operaci tříselné kýly.
3. Předpokládáme, že 70 % a více rodičů dětských pacientů je informováno o zásadách stravování po operaci tříselné kýly.
4. Předpokládáme, že 70 % a více rodičů dětských pacientů je informováno o zásadách pohybového režimu po operaci tříselné kýly.

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Cílovou skupinou tohoto výzkumného šetření byli rodiče dětí ve věkovém období od novorozence až po batole, které podstoupily operaci tříselné kýly. Výzkum probíhal v průběhu června až srpna 2023 na dětském chirurgickém oddělení vybraných nemocnic krajského typu. Všichni respondenti se na výzkumu podíleli dobrovolně.

3.4 Metodika výzkumu

Ke sběru dat v bakalářské práci byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu pomocí sestaveného dotazníku, který se skládal z 22 otázek (Příloha A). Z tohoto počtu otázek byla jedna polootevřená (otázka č. 18), jedna otevřená (otázka č. 21) a dvacet otázek bylo uzavřených (otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22). Část otázek se zaměřovala na znalosti rodičů o pooperačním režimu dětí, konkrétně v oblasti pohybového režimu, péči o operační ránu a stravování. Další část otázek byla zaměřena na zjištění, jak probíhala edukace rodiče sestrou nebo lékařem. Závěrečné čtyři otázky byly identifikační, kde bylo zjišťováno pohlaví, věk rodiče a dítěte a také nejvyšší dosažené vzdělání respondenta.

Pro výzkumnou část práce byli osloveni rodiče dětských pacientů, které podstoupily v konkrétním časovém úseku operaci tříselné kýly ve vybraných nemocnicích krajského typu. Sběr dat probíhal od června do srpna 2023. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků. Po výběru a kontrole správnosti bylo vyplněno 52 dotazníků. Návratnost správně vyplněných dotazníků tedy činila 86,67 %.

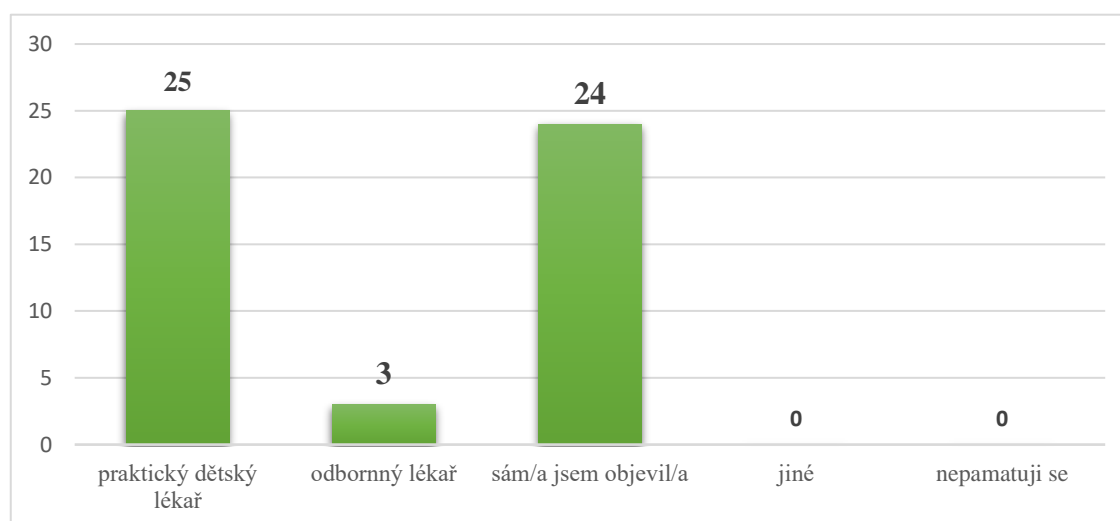
3.5 Analýza výzkumných dat

Všechna získaná data, která byla sesbírána během výzkumného šetření formou dotazníků, byla poté zpracována pomocí tabulek a grafů v programu Microsoft Office Word 2019 a v programu Microsoft Office Excel 2019. Data v tabulkách u každé otázky jsou uváděna v absolutní četnosti, tedy v celých číslech a dále v relativní četnosti, tedy procentech. Procenta byla zaokrouhlena na dvě desetinná místa. Grafy jsou identické v celé práci a byly zvoleny sloupcové. U otázek zaměřených na znalost rodičů jsou v tabulkách vyznačené správné odpovědi zelenou barvou.

3.5.1 Analýza dotazníkové otázky č. 1: Kdo u dítěte objevil/diagnostikoval tříselnou kýlu?

Tab. 1 Zpozorování/diagnostika tříselné kýly dítěte

	ni [-]	fi [%]
praktický dětský lékař	25	48,08
odborný lékař	3	5,77
sám/a jsem objevil/a	24	46,15
jiné	0	0
nepamatuji se	0	0
celkem	52	100



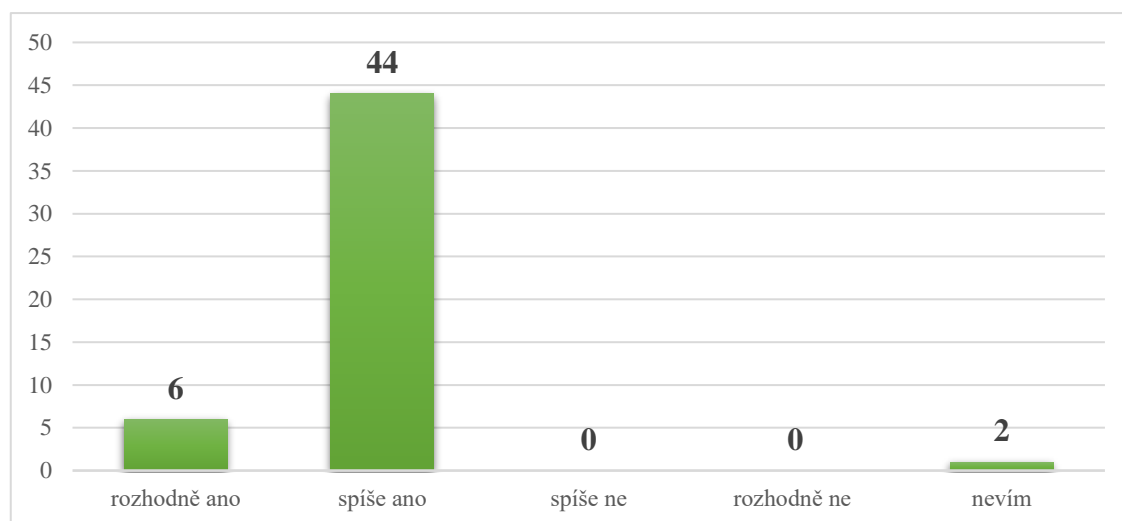
Graf 1 Zpozorování/diagnostika tříselné kýly u dítěte

V první otázce dotazníku bylo zjišťováno, kdo jako první zpozoroval tříselnou kýlu u dítěte (Tab. 1). Z 52 rodičů označilo odpověď „praktický dětský lékař“ celkem 25 (48,08 %) rodičů. Odpověď „sám/a jsem objevil/a“ zaškrtnulo 24 (46,15 %) respondentů. Dále odpověď „odborný lékař“ označili 3 (5,77 %) respondenti. Možnost „jiné“ a „nepamatuji se“ zvolilo 0 (0,00 %) respondentů (Graf 1).

3.5.2 Analýza dotazníkové otázky č. 2: Myslíte si, že máte dostatečnou informovanost v péči o operační ránu dítěte?

Tab. 2 Dostatek informací v péči o operační ránu

Odpovědi	ni [-]	fi [%]
rozhodně ano	6	11,54
spíše ano	44	84,62
spíše ne	0	0
rozhodně ne	0	0
nevím	2	3,85
celkem	52	100



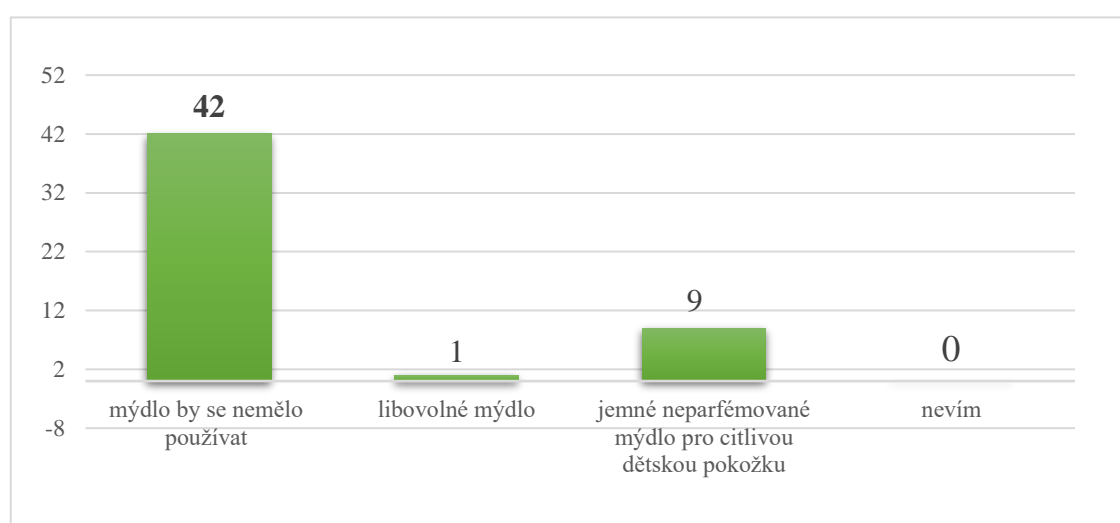
Graf 2 Dostatek informací v péči o operační ránu

V otázce číslo 2 bylo zjišťováno, zda se rodiče domnívají, že mají dostatek informací o péči o operační ránu dítěte (Tab. 2). Odpověď „spíše ano“ vybralo 44 (86,54 %) respondentů z celkového počtu 52. Odpověď „rozhodně ano“ byla zvolena 6 (11,54 %) respondenty. 1 (3,85 %) respondent odpověděl „nevím“. Žádný z dotazovaných neodpověděl odpovědí „spíše ne“ a také nebyla zvolena odpověď „rozhodně ne“, tedy 0 (0,00 %), (Graf 2).

3.5.3 Analýza dotazníkové otázky č. 3: Uved'te, prosím, jaké mýdlo můžete použít při mytí rány Vašeho dítěte po operaci?

Tab. 3 Jaké bude použito mýdlo po operaci dítěte?

Odpovědi	ni [-]	fi [%]
mýdlo by se nemělo používat	42	80,77
libovolné mýdlo	1	1,92
jemné neparfémované mýdlo pro citlivou dětskou pokožku	9	17,31
nevím	0	0
celkem	52	100



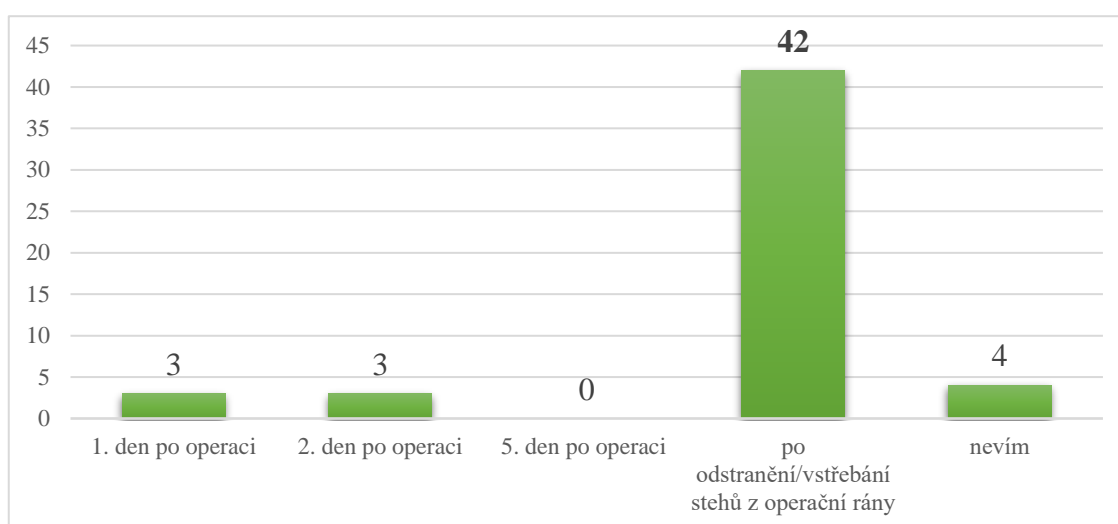
Graf 3 Jaké bude použito mýdlo po operaci dítěte?

V otázce číslo tři byly mapovány znalosti rodičů o druhu mýdla, které mohou použít během mytí dítěte po operaci (Tab. 3). Správnou odpověď „mýdlo by se nemělo používat“ zodpovědělo celkem 42 (80,77 %) z celkového počtu 52 tázaných. Mýdlo, které je jemné a neparfémované určeno pro citlivou dětskou pokožku by zvolilo 9 (17,31 %) rodičů. 1 (1,92 %) respondent zvolil odpověď „libovolné mýdlo“ a nikdo z tázaných nevybral odpověď „nevím“ (Graf 3).

3.5.4 Analýza dotazníkové otázky č. 4: Kolikátý den po operaci můžete Vaše dítě koupat ve vaně?

Tab. 4 Koupání ve vaně

dpovědi	ni [-]	fi [%]
1. den po operaci	3	5,77
2. den po operaci	3	5,77
5. den po operaci	0	0
po odstranění/vstřebání stehů z operační rány	42	80,77
nevím	4	7,69
celkem	52	100



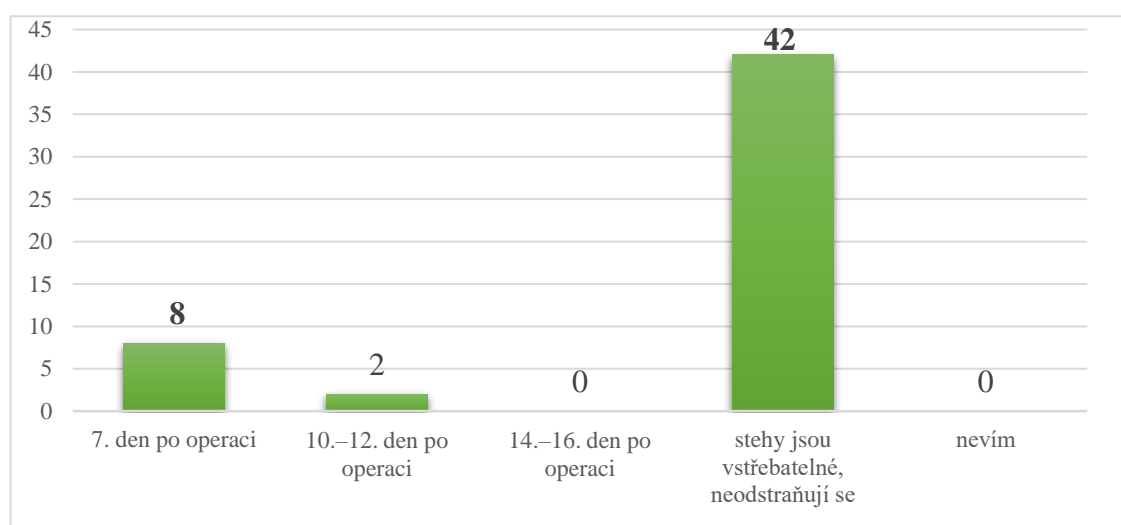
Graf 4 Koupel ve vaně

V dotazníkové otázce číslo 4 bylo zjišťováno, zda rodiče vědí, kdy se může dítě koupat ve vaně namísto sprchování (Tab. 4). Správnou odpověď „po odstranění/vstřebání stehů z operační rány“ zodpovědělo 42 (80,77 %) respondentů. Z 52 dotazovaných zvolili 4 (7,69 %) odpověď „nevím“. Stejný počet respondentů, tedy 3 (5,77 %) vybralo „1. den po operaci“ a „2. den po operaci“ - Odpověď 5. den po operaci“ nezvolil žádný, tedy 0 (0,00 %) z dotazovaných (Graf 4).

3.5.5 Analýza dotazníkové otázky č. 5: Kolikátý den po operaci budou Vašemu dítěti odstraněny stehy z operační rány?

Tab. 5 Odstranění stehů z operační rány

Odpovědi	ni [-]	fi [%]
7. den po operaci	8	15,38
10.–12. den po operaci	2	3,85
14.–16. den po operaci	0	0
stehy jsou vstřebatelné, neodstraňují se	44	80,77
nevím	0	0
celkem	52	100



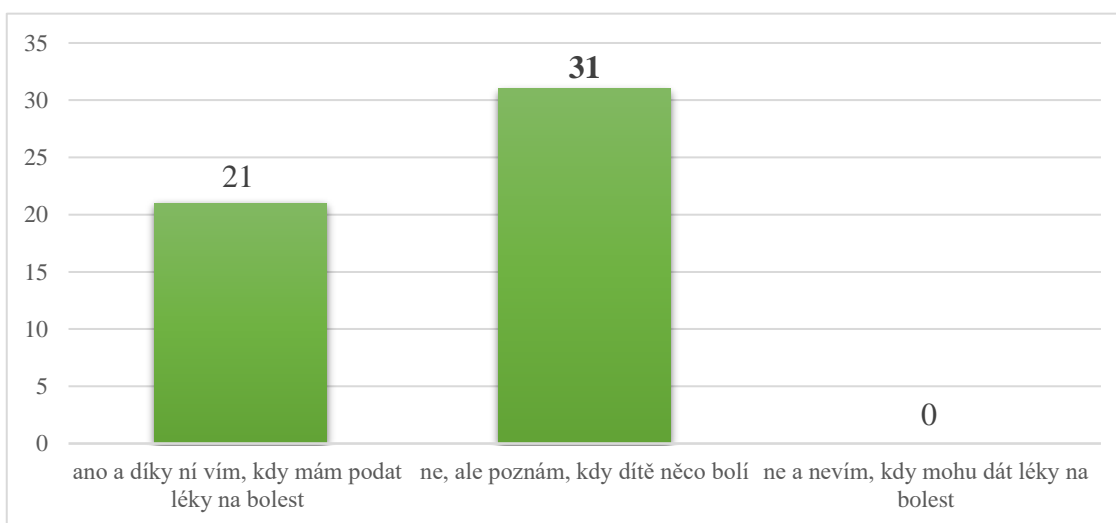
Graf 5 Odstranění stehů z operační rány

V otázce číslo 5 bylo zjišťováno, zdali rodiče ví, kdy budou odstraněny stehy z operační rány. 44 (84,62 %) respondentů zvolilo odpověď „stehy jsou vstřebatelné, neodstraňují se“, bereme to tedy jako správnou odpověď. V případě nevyužití vstřebatelného materiálu zodpovědělo správně 8 (15,38 %) rodičů „10. – 12. den po operaci“. Zbylé možnosti „7. den po operaci, 14. –16. den po operaci a „nevím“ nezvolil žádný z dotazovaných (Graf 5).

3.5.6 Analýza dotazníkové otázky č. 6: Byla Vám nabídnuta škála k diagnostice a hodnocení bolesti u dětí?

Tab. 6 Škála k diagnostice bolesti

Odpovědi	ni [-]	fi [%]
ano a díky ní vím, kdy mám podat léky na bolest	21	40,38
ne, ale poznám, kdy dítě něco bolí	31	59,62
ne a nevím, kdy mohu dát léky na bolest	0	0
celkem	52	100



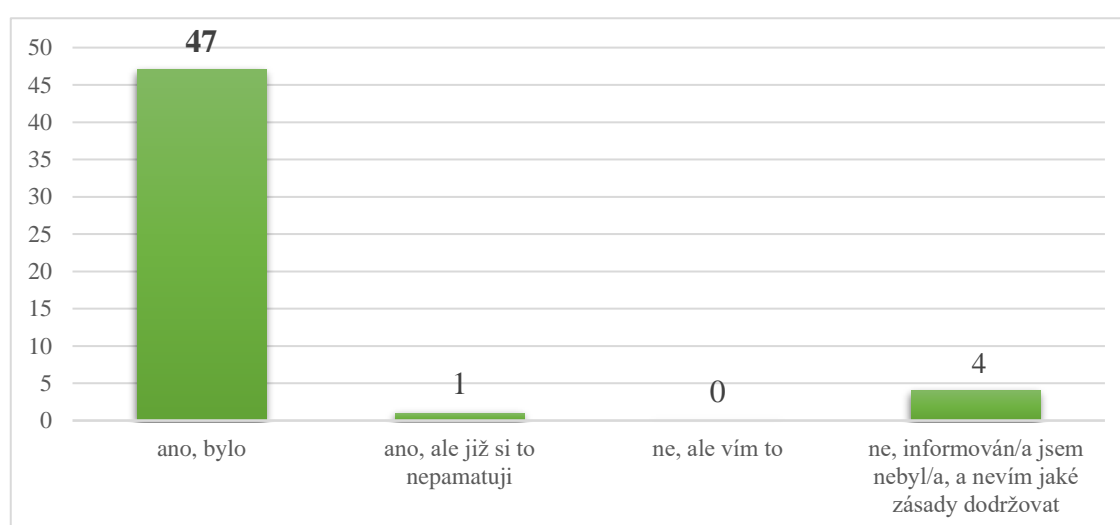
Graf 6 Škála k diagnostice bolesti

Otázka č. 6 byla zaměřena na bolest, zdali byla rodičům nabídnuta škála k diagnostice a hodnocení bolesti (Tab. 6). 31 respondentů (59,62 %) odpovědělo „ne, ale poznám, když dítě něco bolí“ a 21 (40,38 %) vybralo „ano a díky ní vím, kdy mám podat léky na bolest“. Žádný z 52 respondentů neodpověděl „ne a nevím, kdy mohu dát léky na bolest“ (Graf 6).

3.5.7 Analýza dotazníkové otázky č. 7: Bylo Vám vysvětleno, jaké budou zásady dodržování stravování dítěte po prodělané operaci?

Tab. 7 Zásady stravování po operaci

Odpovědi	ni [-]	fi [%]
ano, bylo	47	90,38
ano, ale již si to nepamatuji	1	1,92
ne, ale vím to	0	0
ne, informován/a jsem nebyl/a, a nevím jaké zásady dodržovat	4	7,69
celkem	52	100



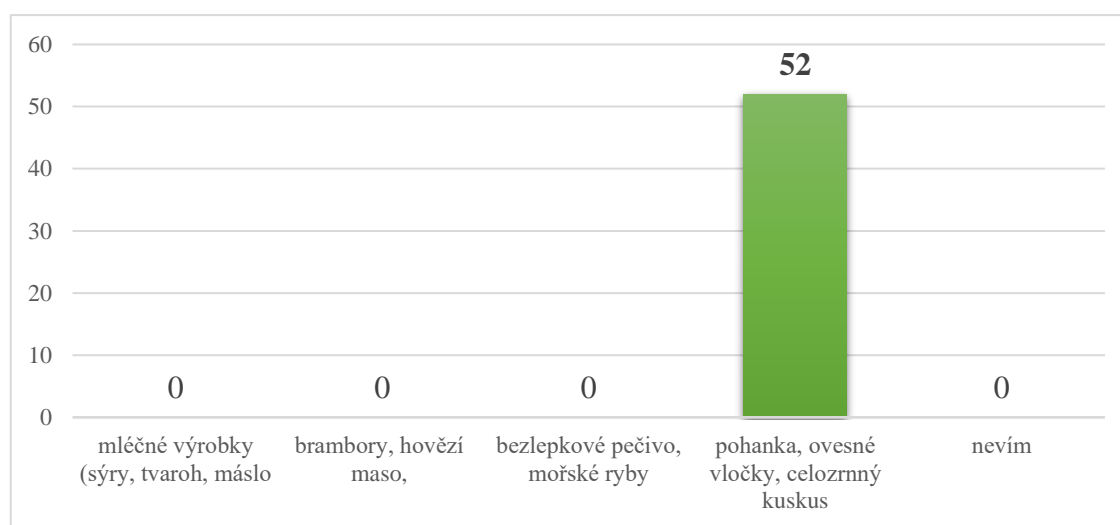
Graf 7 Zásady stravování po operaci

V dotazníkové otázce č. 7 bylo zjišťováno, zdali byli rodiče poučeny o zásadách stravování dítěte po operaci (Tab. 7). Z 52 tázaných bylo 47 (90,38 %) seznámeno s informacemi o stravování. 4 (7,69 %) rodiče odpověděli „ne, informován/a jsem nebyl/a, a nevím jaké zásady dodržovat“. Odpověď „ano, ale již si to nepamatuji“ zvolil jeden respondent (1,92 %).

3.5.8 Analýza dotazníkové otázky č. 8: Uved'te, které potraviny obsahují vlákninu?

Tab. 8 potraviny bohaté na vlákninu

Odpovědi	ni [-]	fi [%]
mléčné výrobky (sýry, tvaroh, máslo	0	0
brambory, hovězí maso,	0	0
bezlepkové pečivo, mořské ryby	0	0
pohanka, ovesné vločky, celozrnný kuskus	52	100
nevím	0	0
celkem	52	100



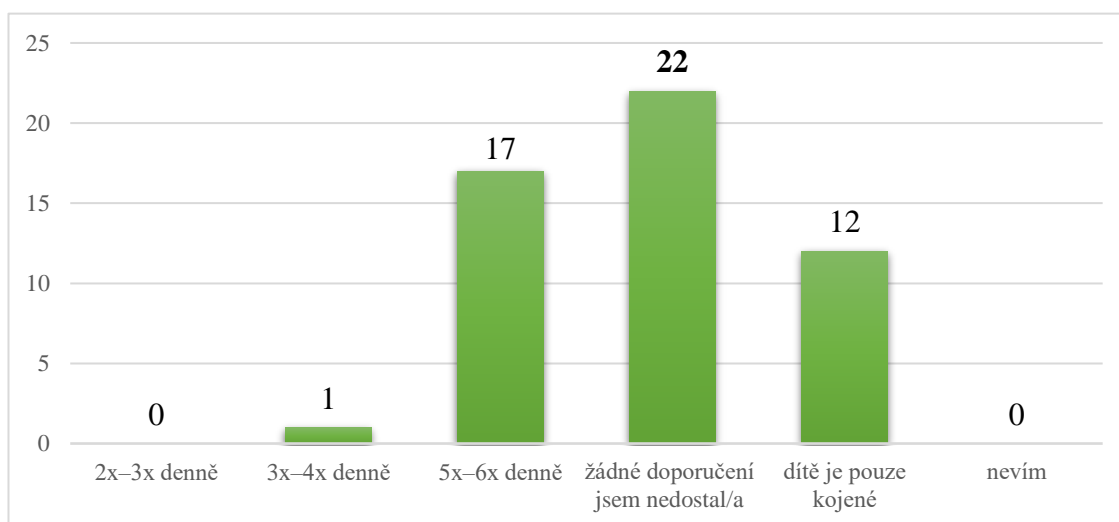
Graf 8 potraviny bohaté na vlákninu

V otázce číslo 8 bylo tázáno na potraviny, které obsahují vlákninu (Tab. 8). Všechny 52 (100 %) respondentů zodpovědělo správnou odpověď „pohanka, ovesné vločky, celozrnný kuskus“. Nikdo další ne zvolil odpověď „mléčné výrobky, sýry, tvaroh, máslo“, dále „brambory, hovězí maso“, poté „bezlepkové pečivo, mořské ryby“ a také žádný z rodičů ne zvolil odpověď „nevím“, (Graf 8).

3.5.9 Analýza dotazníkové otázky č. 9: Kolikrát denně bylo doporučeno, aby Vaše dítě jedlo?

Tab. 9 Doporučená frekvence stravování

Odpovědi	ni [-]	fi [%]
2x–3x denně	0	0
3x–4x denně	1	1,92
5x–6x denně	17	32,69
žádné doporučení jsem nedostal/a	22	42,31
dítě je pouze kojené	12	23,08
nevím	0	0
celkem	52	100



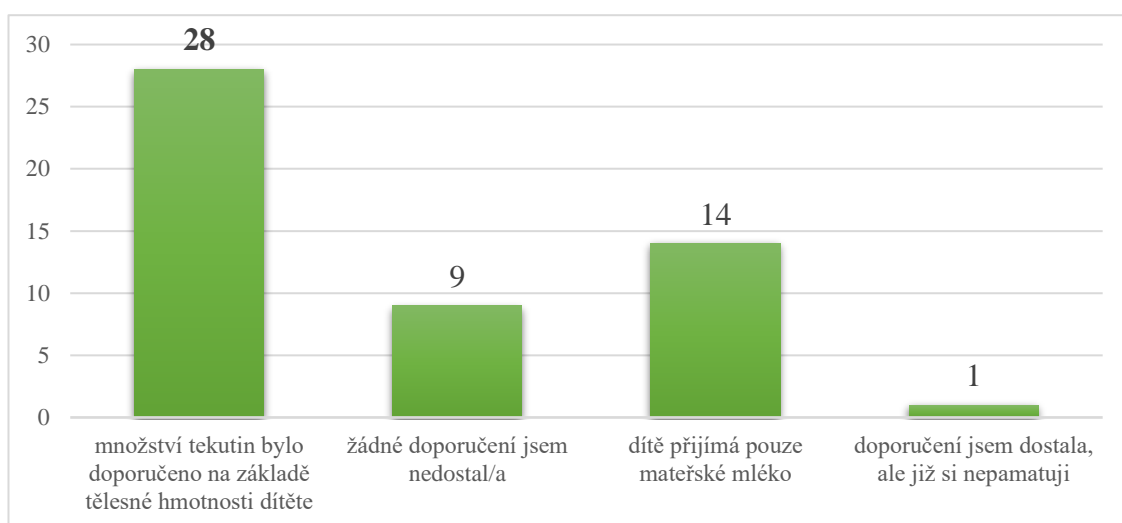
Graf 9 Doporučená frekvence stravování

Otázka číslo 9 byla zaměřena na doporučenou frekvenci ve stravování (Tab. 9). Nejvíce respondentů a to 22 (42,31 %) odpovědělo, že žádné doporučení nedostalo. 17 (32,69 %) tázaných odpovědělo „5x–6x denně“ což je správná odpověď. 12 (23,08 %) vybralo možnost „dítě je pouze kojené“, 1 (1,92 %) odpověď byla „3x– x denně“. Žádný z dotazovaných nevybral možnost „nevím“ (Graf 9).

3.5.10 Analýza dotazníkové otázky č. 10: Jaké množství tekutin bylo Vašemu dítěti po operaci doporučeno?

Tab. 10 Doporučené množství tekutin

Odpovědi	ni [-]	fi [%]
množství tekutin bylo doporučeno na základě tělesné hmotnosti dítěte	28	53,85
žádné doporučení jsem nedostal/a	9	17,31
dítě přijímá pouze mateřské mléko	14	26,92
doporučení jsem dostala, ale již si nepamatuji	1	1,92
celkem	52	100



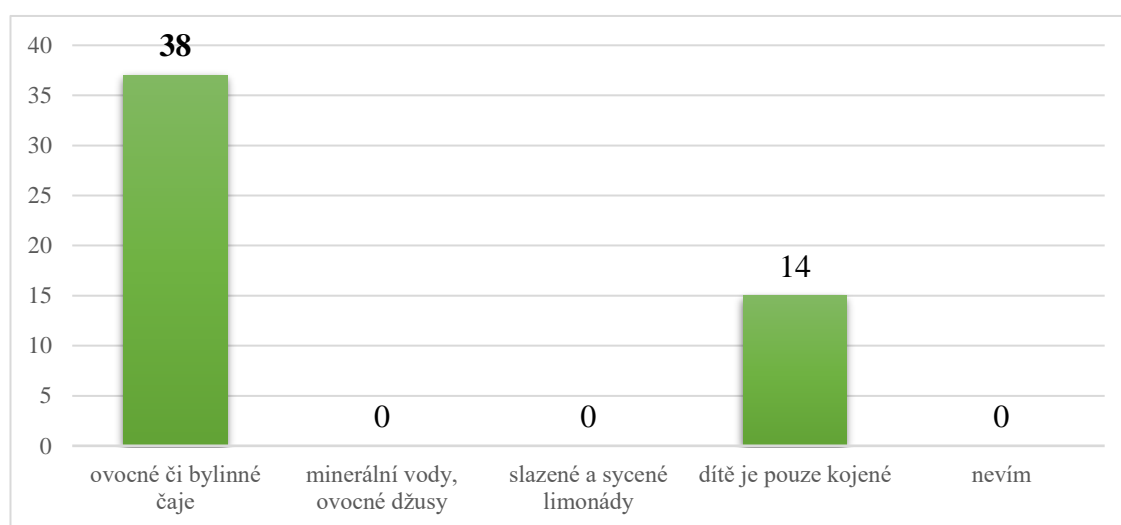
Graf 10 Doporučené množství tekutin

Otázka číslo 10 dotazníkového šetření byla zaměřena na pitný režim dětí po operaci (Tab. 10). 28 (53,85 %) odpovědělo správně „množství tekutin bylo doporučeno na základě tělesné hmotnosti dítěte“. 14 (26,92 %) respondentů odpovědělo „dítě přijímá pouze mateřské mléko“, množství se tedy neovlivňuje. 9 (17,31 %) tázaných zvolilo odpověď „žádné doporučení jsem nedostal/a“ a 1 (1,91 %) odpověď „doporučení jsem dostala, ale již si nepamatuji“ (Graf 10).

3.5.11 Analýza dotazníkové otázky č. 11: Jaké tekutiny jsou pro Vaše dítě po operaci vhodné?

Tab. 11 Vhodné tekutiny

Odpovědi	n [-]	fi [%]
ovocné či bylinné čaje	38	71,15
minerální vody, ovocné džusy	0	0
slazené a sycené limonády	0	0
dítě je pouze kojené	14	28,85
nevím	0	0
celkem	52	100



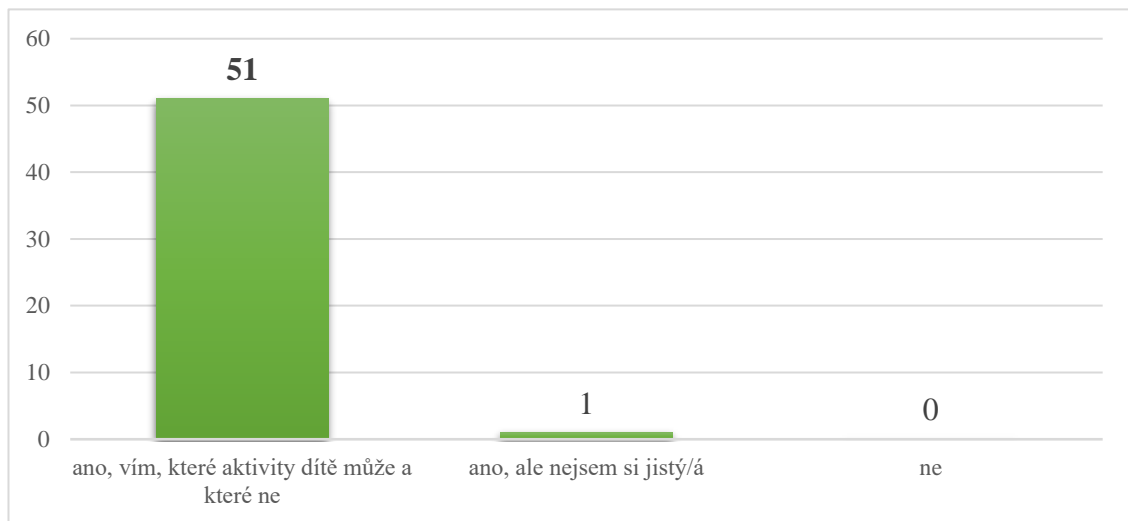
Graf 11 Vhodné tekutiny

V otázce číslo 11 bylo zjišťováno, jaké tekutiny jsou vhodné pro děti po operaci (Tab. 11). Zde odpovědělo 38 (73,08 %) správně „ovocné či bylinné čaje“, dále 14 (26,92 %) respondentů odpovědělo, že je jejich dítě pouze kojené. Méně vhodné nápoje jako „minerální vody, ovocné džusy“ a „slazené a sycené limonády“ nezvolil žádný z dotazovaných a stejně tak i odpověď „nevím“ (Graf 11).

3.5.12 Analýza dotazníkové otázky č. 12: Byl/a jste poučen/a o pohybovém režimu Vašeho dítěte po operaci?

Tab. 12 Poučení o pohybovém režimu

Odpovědi	ni [-]	fi [%]
ano, vím, které aktivity dítě může a které ne	51	98,08
ano, ale nejsem si jistý/á	1	1,92
ne	0	0
celkem	52	100



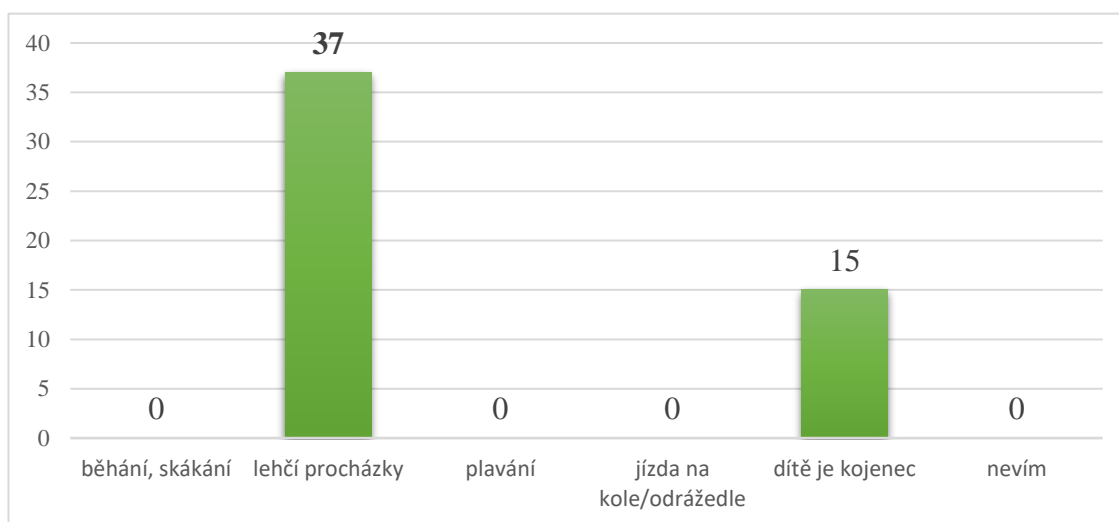
Graf 12 Poučení o pohybovém režimu

V otázce číslo 12 bylo zjišťováno, zdali byli rodiče poučeni o pohybovém režimu dítěte po operaci (Tab. 12). Zde odpovědělo 51 (98,08 %) „ano, vím, které aktivity dítě může a které ne“ a 1 (1,92 %) odpověď „ano, ale nejsem si jistý/á“. Odpověď „ne“ nebyla zvolena ani jednou (Graf 12).

3.5.13 Analýza dotazníkové otázky č. 13: Uveďte, jaké fyzické aktivity jsou po operaci Vašeho dítěte vhodné?

Tab. 13 Vhodné fyzické aktivity

Odpovědi	n [-]	fi [%]
běhání, skákání	0	0
lehčí procházky	37	71,15
plavání	0	0
jízda na kole/odrážedle	0	0
dítě je kojeneček	15	28,85
nevím	0	0
celkem	52	100



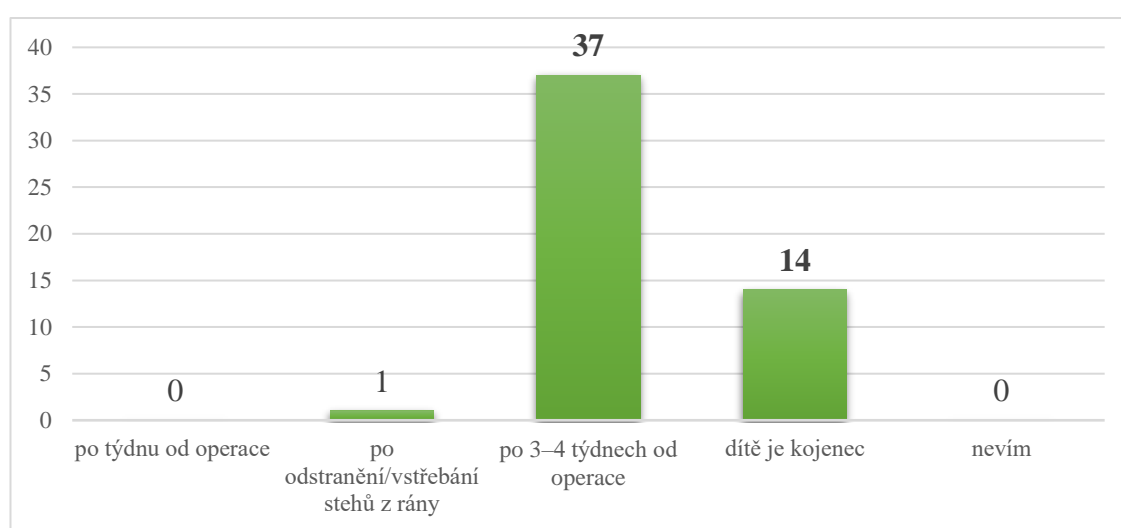
Graf 13 Vhodné fyzické aktivity

Otázka číslo 13, byla ověřovací, zdali rodiče vědí, jaké jsou vhodné fyzické aktivity po operaci dítěte (Tab. 13). 37 (71,15 %) respondentů odpovědělo správnou odpovědí „lehčí procházky“, 15 (28,85 %) odpovědělo „dítě je kojeneček“. Žádný s respondentů ne zvolil nevhodné fyzické aktivity „plavání“, „běhání, skákání“, „jízdu na kole/odrážedle“ a ani nebyla zvolena odpověď „nevím“ (Graf 13).

3.5.14 Analýza dotazníkové otázky č. 14: Kdy se může Vaše dítě vrátit k plné fyzické aktivitě?

Tab. 14 Doba omezení pohybové aktivity

Odpovědi	ni [-]	fi [%]
po týdnů od operace	0	0
po odstranění/vstřebání stehů z rány	1	1,92
po 3–4 týdnech od operace	37	71,15
dítě je kojeneček	14	26,92
nevím	0	0
celkem	52	100



Graf 14 Doba omezení pohybové aktivity

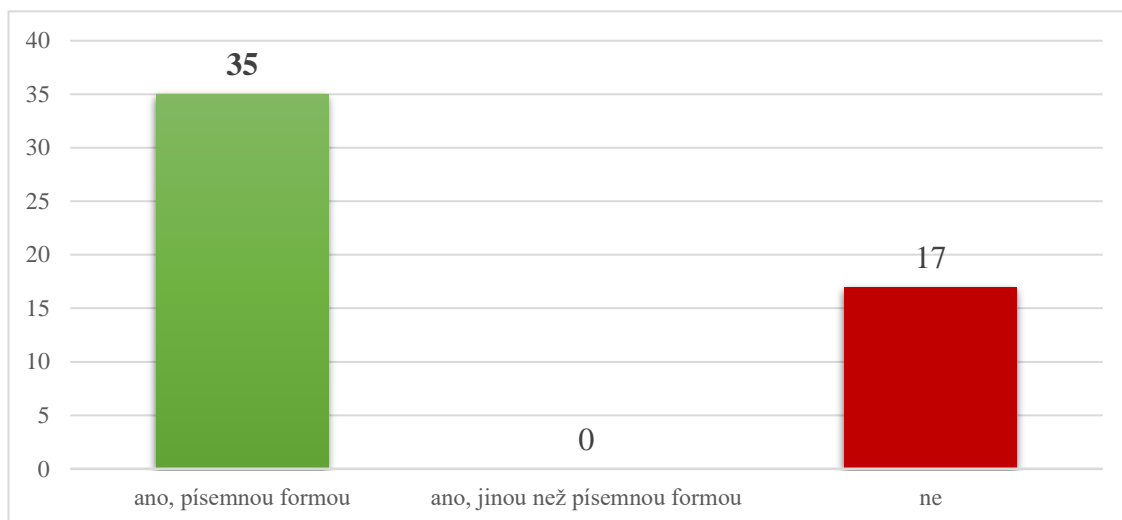
Otázka číslo 14 dotazníkového šetření byla zaměřena na znalost rodičů dítěte o době omezení pohybové aktivity po operaci tříselné kýly (Tab. 14). 37 (71,15 %) odpovědělo správně „po 3–4 týdnech od operace“ a v případě 14 (26,92 %) se jednalo „dítě je kojeneček“. 1 (1,92 %) respondent odpověděl „po odstranění/vstřebání stehů z rány“. Odpovědi „po týdnů od operace“ a „nevím“ nebyla zvolena ani jednou (Graf 14).

..

3.5.15 Analýza dotazníkové otázky č. 15: Obdržel/a jste nějaké edukační materiály?

Tab. 15 Edukační materiály

Odpovědi	ni [-]	fi [%]
ano, písemnou formou	35	67,31
ano, jinou než písemnou formou	0	0
ne	17	32,69
celkem	52	100



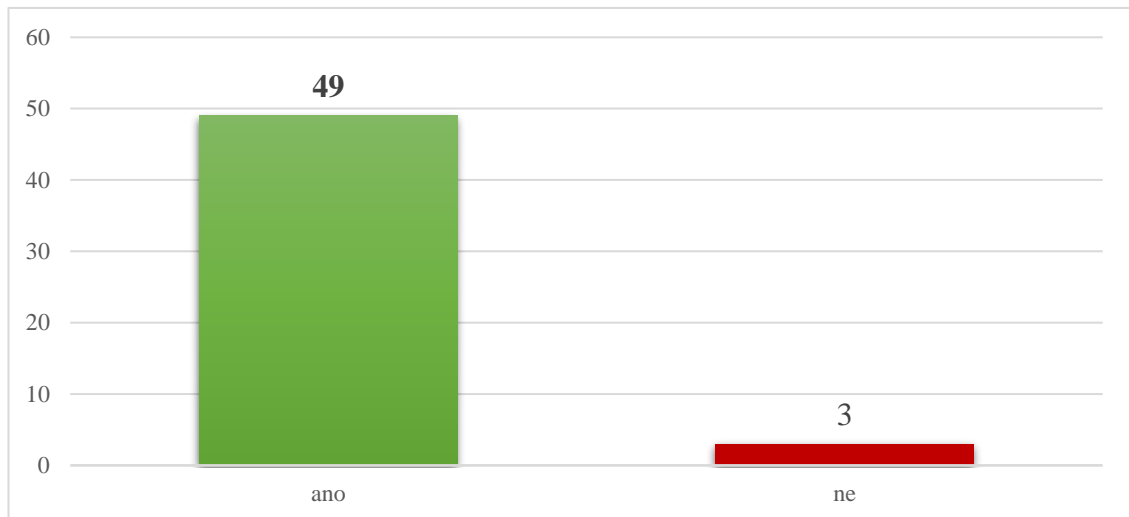
Graf 15 Edukační materiály

Otázka číslo 15 v dotazníkovém šetření byla zaměřena na edukaci, zdali rodiče dítěte po operaci tříselné kýly obdrželi nějaký druh edukačního materiálu (Tab. 15). Z celkového počtu 52 tázaných odpovědělo 35 (67,31 %) respondentů „ano, písemnou formou“ a „ne“ bylo vybráno 17 (32,69 %) dotazovaných. Žádná odpověď nebyla „ano, jinou než písemnou formou“ (Graf 15).

3.5.16 Analýza dotazníkové otázky č. 16: Zajímal/a se lékař/sestra, zda podávaným informacím dostatečně rozumíte?

Tab. 16 Ověření srozumitelnosti edukace

Odpovědi	ni [-]	fi [%]
ano	49	94,23
ne	3	5,77
celkem	52	100



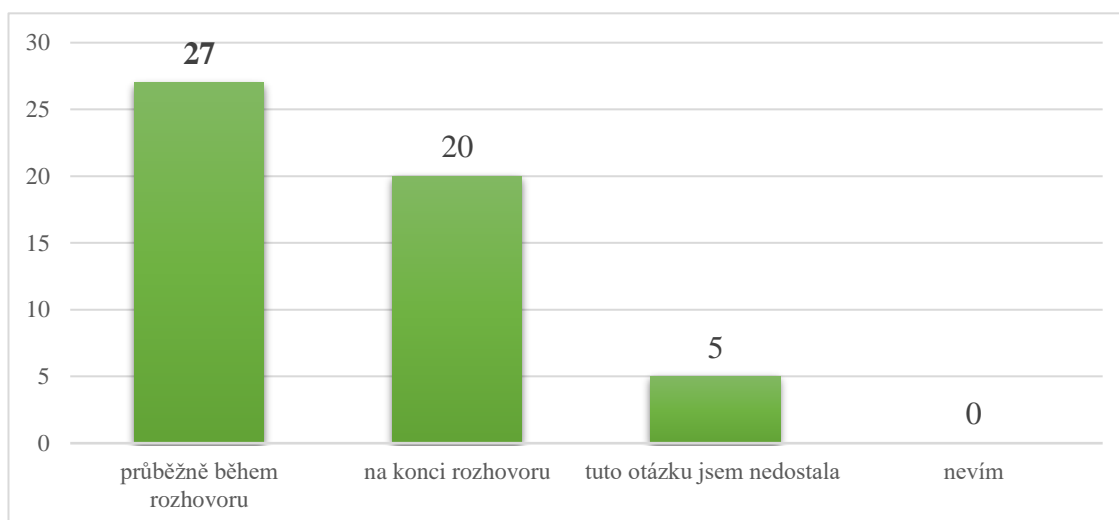
Graf 16 Ověření srozumitelnosti edukace

Otázka číslo 16 sloužila k ověření, zdali lékař nebo sestra během edukace projevili zájem o to, zdali rodiče podávaným informacím rozumí v dostačující míře (Tab. 16). Na výběr bylo mezi odpovědí „ano“ či „ne“. Z tabulky je vidět, že u 49 (94,23 %) respondentů z celkového počtu 52 lékař, či sestra projevili zájem. Odpověď „ne“, tedy, že se lékař nebo sestra nezajímali uvedli 3 (5,77 %) respondenti (Graf 16).

3.5.17 Analýza dotazníkové otázky č. 17: Kdy Vám byla položena otázka, zda předávaným informacím rozumíte?

Tab. 17 Otázka na srozumitelnost edukace

Odpovědi	ni [-]	fi [%]
průběžně během rozhovoru	27	51,92
na konci rozhovoru	20	38,46
tuto otázku jsem nedostala	5	9,62
nevím	0	0
Celkem	52	100



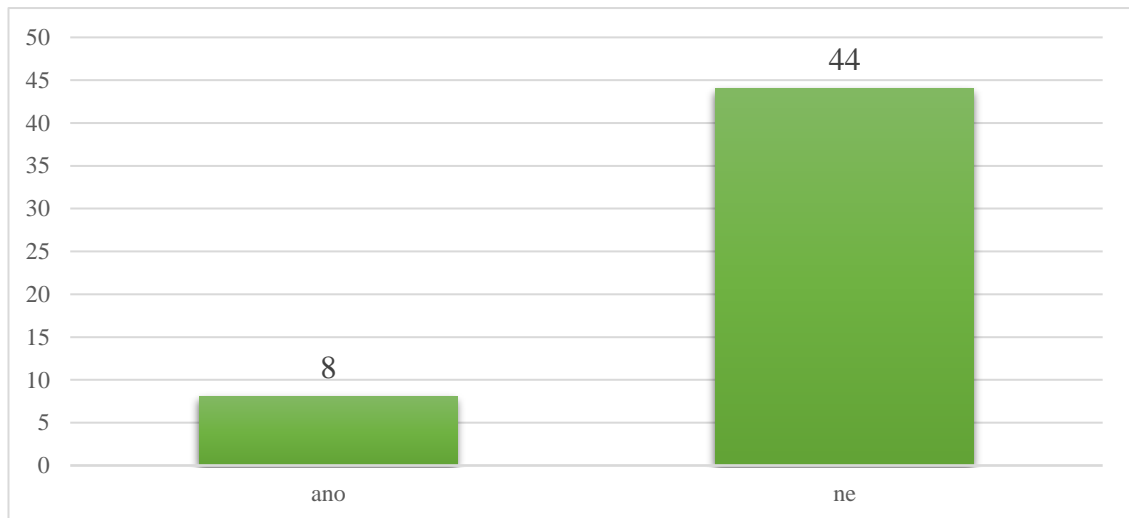
Graf 17 Otázka na srozumitelnost edukace

Na předchozí otázku navazovala otázka číslo 17 ve které bylo zjišťováno, v jaké části edukace byla rodiči položena otázka, zda předávaným informacím dostatečně rozumí (Tab. 17). Z celkového počtu 52 respondentů, vybralo odpověď „průběžně během rozhovoru“ 27 (51,92 %). 20 (38,46 %) dotazovaných zvolilo odpověď „na konci rozhovoru“. Tato otázka nebyla položena 5 respondentům, tedy 9,62 % odpovídajících. Žádný z respondentů nezvolil odpověď „nevím“ (Graf 17).

3.5.18 Analýza dotazníkové otázky č. 18: Chyběly Vám nějaké informace po prodělaném zákroku dítěte? Napište, prosím, jaké?

Tab. 18 Změna v informovanosti

Odpovědi	ni [-]	fi [%]
ano	8	15,38
ne	44	84,62
celkem	52	100



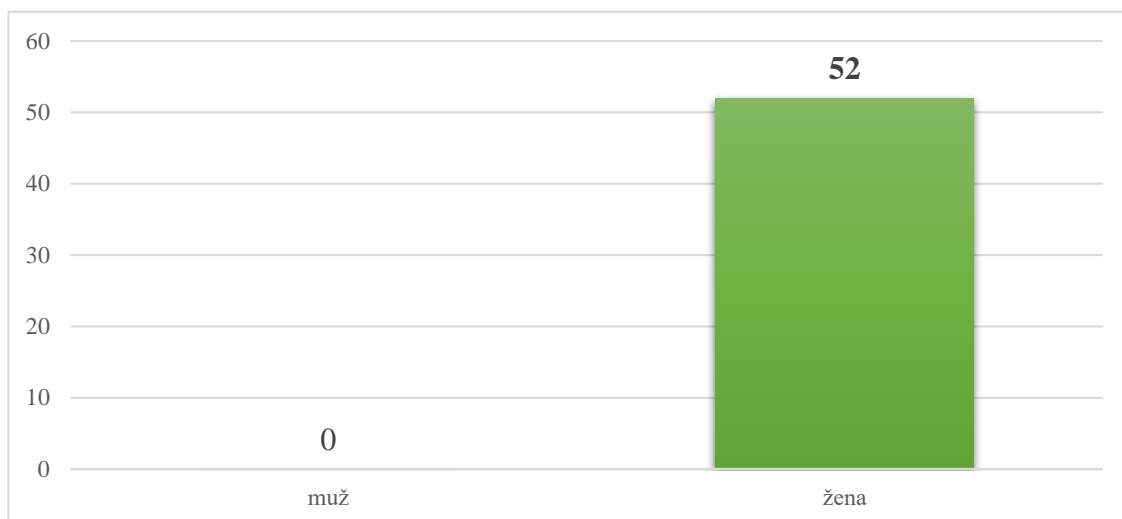
Graf 18 Změna v informovanosti

Otázka číslo 18 se zaměřovala na to, zdali rodiči chyběly nějaké informace a zdali by něco změnil během edukace. Pokud respondent zvolil odpověď „ano“, bylo žádáno, aby na určené místo napsal, které informace mu chyběly. Z tabulky číslo 18 jde vidět, že 44 (84,62 %) dotazovaných bylo spokojeno a žádné informace po prodělaném zákroku nechyběly. U 8, tedy 15,38 % respondentů bylo uvedena odpověď „ano“ (Graf 18). U těchto 8 respondentů bylo vypsáno 6x, že chyběly informace o stravování, 1x byla vypsána odpověď o chybějících informacích o režimu doma a 3x se objevila péče o jizvu.

3.5.19 Analýza dotazníkové otázky č. 19: Jaké je Vaše pohlaví?

Tab. 19 Pohlaví respondenta

Odpovědi	ni [-]	fi [%]
muž	0	0
žena	52	100
celkem	52	100



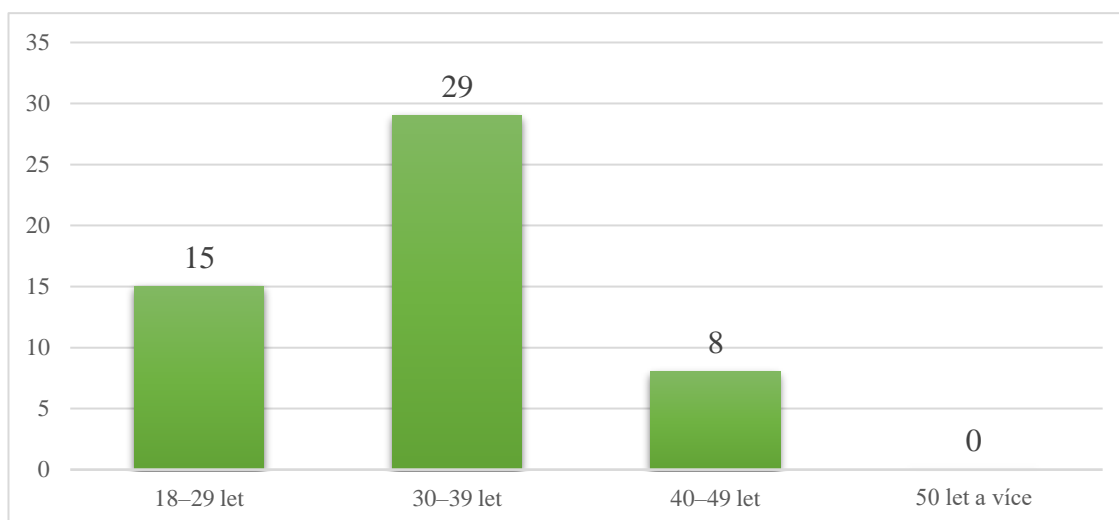
Graf 19 Pohlaví respondenta

Otázka číslo 19 byla identifikační otázkou, která byla zaměřena na pohlaví respondenta (Tab. 19). Z celkového počtu 52 respondentů, tvořilo 52, tedy 100 % žen, žádný muž (Graf 19).

3.5.20 Analýza dotazníkové otázky č. 20: Kolik je Vám let?

Tab. 20 Věk respondenta

Odpovědi	ni [-]	fi [%]
18–29 let	15	28,85
30–39 let	29	55,77
40–49 let	8	15,38
50 let a více	0	0
celkem	52	100



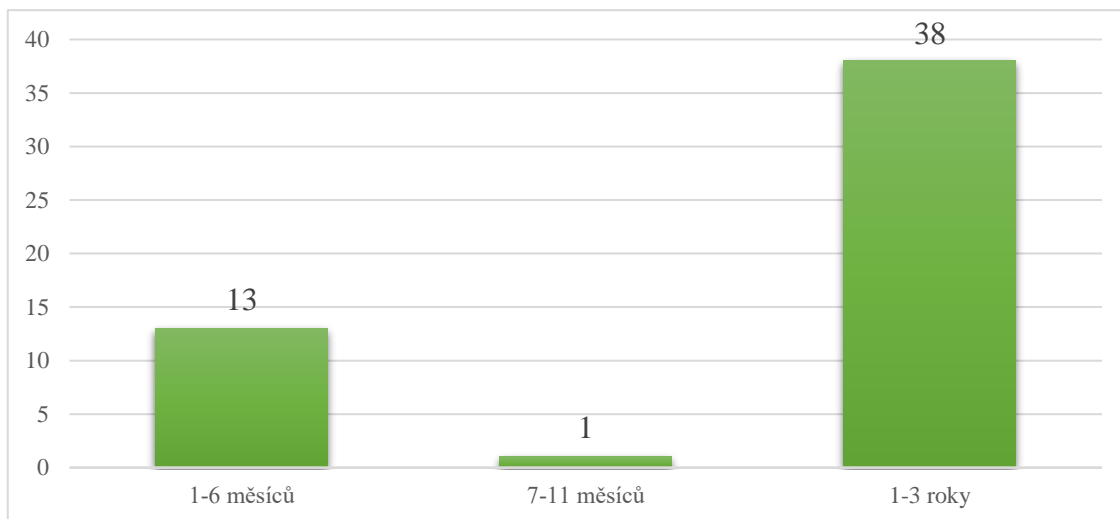
Graf 20 Věk respondenta

Otázkou č. 20 dotazníkového šetření byl zjišťován věk respondentů (Tab. 20). Věk respondentů se pohyboval v rozmezí od 18 do 49 let. Nejvíce respondentů bylo ve věkové hranici mezi 30 a 39 lety. Do této kategorie spadalo 29 (55,77 %) odpovídajících. Další zastoupení tvořili respondenti věkového rozmezí od 18 do 29 let, kterých bylo 15, což odpovídá 28,85 %. Věková hranice 40-49 let byla zastoupena 8 respondenty, tedy 15,38 % z celkového počtu 52 odpovídajících. Dotazníkového šetření se nezúčastnil nikdo ve věku 50 let a více (Graf 20).

3.5.21 Analýza dotazníkové otázky č. 21: Kolik let je Vašemu dítěti?

Tab. 21 Věk dítěte

Věk	ni [-]	fi [%]
1-6 měsíců	13	25
7-11 měsíců	1	1,92
1-3 roky	38	73,08
celkem	52	100

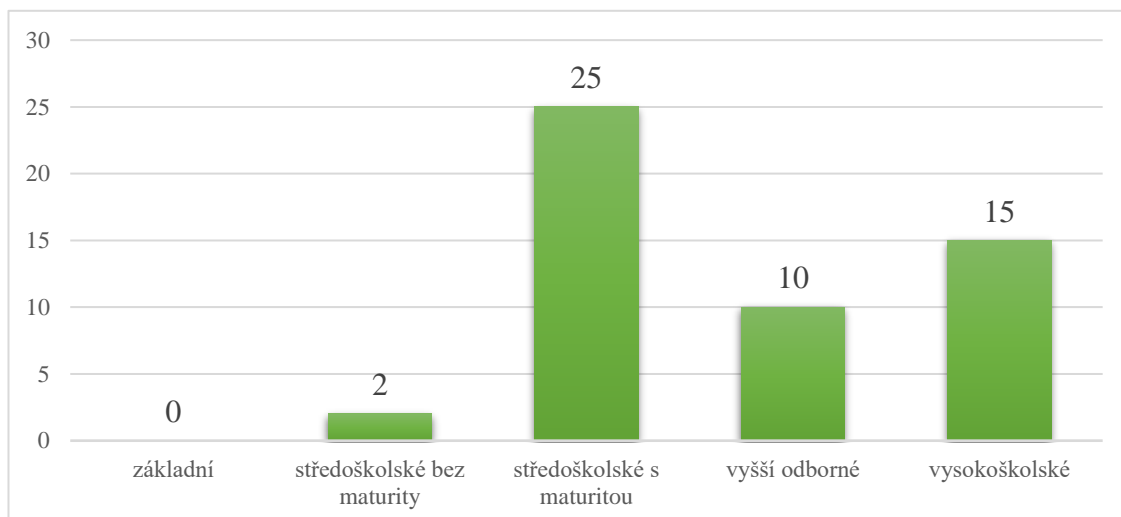


Graf 21 Věk dítěte

3.5.22 Analýza dotazníkové otázky č. 22: Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 22 Dosažené vzdělání

Odpovědi	ni [-]	fi [%]
základní	0	0
středoškolské bez maturity	2	3,85
středoškolské s maturitou	25	48,08
vyšší odborné	10	19,23
vysokoškolské	15	28,85
celkem	52	100



Graf 22 Dosažené vzdělání

3.6 Analýza cílů a předpokladů

Výzkumné cíle a předpoklady byli analyzovány dle 52 respondentů, kteří se podíleli na dotazníkovém šetření na oddělení vybraných nemocnic. Celkem bylo stanoveno 5 výzkumných cílů a předpokladů pět. Výzkumné předpoklady byly po uskutečněním výzkumném šetření zpracovány za pomoci programu Microsoft Office Word 2019 a programu Microsoft Office Excel 2019. Data v uvedených tabulkách byla zaokrouhlena na dvě desetinná místa. K získaným datům byly také vytvořeny sloupcové grafy.

3.6.1 Analýza výzkumného cíle č. 1

Výzkumný cíl č. 1: Popsat zásady edukace pacienta dle relevantních zdrojů. V tomto případě se jedná o popisný cíl, výzkumný předpoklad nebyl stanoven. Jeho splnění je vypracováno v teoretické části práce.

3.6.2 Analýza výzkumného cíle č. 2 a předpokladu č. 2

Výzkumný cíl č. 2: Zjistit informovanost rodičů dětských pacientů o zásadách péče o operační ránu po operaci tříselné kýly. K tomuto výzkumnému cíli byl stanoven **výzkumný předpoklad č. 2:** Předpokládáme, že 70 % a více rodičů dětských pacientů je informováno o zásadách péče o operační ránu po operaci tříselné kýly.

Tab. 23 Výzkumný předpoklad 2

Předpoklad č. 2	Dotazníkové otázky					
	č. 2	č. 3	č.4	č.5	č. 6	a. průměr
Splněná kritéria [%]	96,16	80,77	80,77	96,15	40,38	78,84
Nesplněná kritéria [%]	3,85	19,23	19,23	3,85	59,62	21,16
Celkem [%]	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Analýza výzkumného předpokladu byla vyhotovena z otázek č. 2, 3, 4, 5 a 6. Podle výsledků dotazníkového šetření bylo zjištěno, že pro splnění předpokladu v otázce

č. 2 splňovalo kritéria 50 (96,16 %) rodičů. V otázce č. 3 a 4 se jednalo o 42 (80,77 %) rodičů. V otázce č. 5 splňovalo kritéria 50 rodičů, tedy 96,15 % a otázku č. 6 splnilo pouze 21 (40,38 %) rodičů. Aritmetický průměr splnění kritérií zmíněných 6 otázek byl 78,84 % (Tab. 23). **Zjištěné výsledky jsou v souladu s výzkumným předpokladem a cíl byl splněn.**

3.6.3 Analýza výzkumného cíle č. 3 a předpokladu č. 3

Výzkumný cíl č. 3: Zjistit informovanost rodičů dětských pacientů o zásadách stravování po operaci tříselné kýly. K tomuto výzkumnému cíli byl stanoven **výzkumný předpoklad č. 3:** Předpokládáme, že 70 % a více rodičů dětských pacientů je informováno o zásadách stravování po operaci tříselné kýly.

Tab. 24 Výzkumný předpoklad č. 3

Předpoklad č. 3	Dotazníkové otázky					
	č. 7	č. 8	č.9	č.10	č. 11	a. průměr
Splněná kritéria [%]	90,38	100,00	55,77	80,77	100,00	85,38
Nesplněná kritéria [%]	9,61	0,00	44,23	19,23	0,00	14,61
Celkem [%]	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Pro analýzu předpokladu č. 3 byly rodičům položeny otázky č. 7 až 11. V otázce č. 7 byla splněna kritéria na 90,38 % tedy 47 respondentů. Na 100 % byla splněna kritéria u otázek č. 8 a 11. U otázky č. 9 se jednalo o 55,77 %, tedy 29 respondentů a u otázky č. 10 se jednalo o 80,77 %, což činilo 42 respondentů. Výzkumný předpoklad č. 3 byl průměrně splněn na 85,38 % (Tab. 24). **Zjištěné výsledky jsou v souladu s výzkumným předpokladem a cíl byl splněn.**

3.6.4 Analýza výzkumného cíle č. 4 a předpokladu č. 4

Výzkumný cíl č. 3: Zjistit informovanost rodičů dětských pacientů o zásadách pohybového režimu po operaci tříselné kýly. K tomuto výzkumnému cíli byl stanoven **výzkumný předpoklad č. 3:** Předpokládáme, že 70 % a více rodičů dětských pacientů je informováno o zásadách pohybového režimu po operaci tříselné kýly.

Tab. 25 Výzkumný předpoklad č. 4

Předpoklad č. 4	Dotazníkové otázky			
	č. 12	č. 13	č.14	a. průměr
Splněná kritéria [%]	100,00	100,00	98,07	99,36
Nesplněná kritéria [%]	0,00	0,00	1,92	0,64
Celkem [%]	100,00	100,00	100,00	100,00

Pro ověření čtvrtého předpokladu byly využity otázky č. 12, 13 a 14. Splněná kritéria byla u otázky č. 12 a 13 na 100 %, tedy 55 rodičů, splnilo. U otázky číslo 14 byla kritéria splněna na 98,07 %, což znamená 51 respondentů. Výzkumný předpoklad č. 4 byl průměrně splněn na 99,36 % (Tab. 25). **Zjištěné výsledky jsou v souladu s výzkumným předpokladem a cíl byl splněn.**

4 Diskuze

Tříselná kýla je dle Dražana (2011) nejčastější chirurgický problém u kojenců a malých dětí a jedná se o problém, který nejde vyléčit jinak než operací. Po operaci je důležité, aby rodiče byli informováni o tom, jak správně pečovat o své dítě během období zotavování. To zahrnuje péči o operační ránu, omezení určitých fyzických aktivit a stravovací doporučení. Edukace pomáhá minimalizovat riziko komplikací a podporuje rychlejší a bezproblémové zotavení. Informovaní rodiče jsou obvykle méně zmatení a méně stresováni, protože vědí, co očekávat a jak reagovat na různé situace. Celkově vzato, edukace rodičů dětí po operaci tříselné kýly má za cíl zajištění nejen fyzického zotavení, ale také emocionálního a psychologického pohodlí pro dítě i jeho rodinu.

Praktická část této práce byla zaměřena na edukaci rodiče dětského pacienta po operaci tříselné kýly ve věkové kategorii kojenec až batole. **První cíl byl cíl popisný, který byl orientován na popis zásad edukace dle relevantních zdrojů.** Byly zde vytyčeny základní pojmy edukace dle Juřenikové (2010), Tomové (2017) a Krátké (2016) a dále popsány zásady při edukaci dětí a rodičů dle Sedlářové (2008). **Druhým cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost rodičů dětského pacienta o zásadách péče o operační ránu po operaci tříselné kýly. Zde byl stanoven předpoklad, že 70 % a více rodičů dětských pacientů je informováno o zásadách péče o operační ránu po operaci tříselné kýly.** Tento předpoklad se potvrdil ve výsledku dotazníkového šetření, kdy 79,62 % rodičů zná zásady péče o operační ránu dítěte. Otázkou č. 2 bylo ověřeno, zda byli respondenti, v našem případě rodiče, informováni o péči o operační ránu dítěte. 96,16 % respondentů zodpovědělo otázku pozitivně (Tab. 2). Další otázky byly zaměřeny na hygienu dítěte, kdy procento kladné odpovědi bylo vysoké, tedy 80,77 % a 96,15 % rodičů (Tab. 4 Tab.5). Otázka č. 6 nás informovala o tom, zdali byla rodičům nabídnuta škála k diagnostice a hodnocení bolesti u dítěte. V tomto případě se jednalo pouze o 40,38 % dotazovaných rodičů, kteří odpověděli kladně. 59,62 %, tedy 31 rodičů odpovědělo, že jim sice nebyla nabídnuta škála k diagnostice bolesti, ale poznají, kdy dítě něco bolí. Dle Plevové (2010) jsou pro děti v kojeneckém a batolecím věku možné využít škály FLACC a PAT, u dětí od 3 let je možné využít metodu pokerových žetonů. Získaná data nás utvrzují v tom, že je informovanost rodičů o péči o operační ránu dostačující, tak aby se zamezilo možnému vzniku infekce a pooperačních komplikací.

Ve třetím cíli bylo nutné zjistit, jaká je **informovanost rodičů dětských pacientů o zásadách stravování po operaci tříselné kýly**. Tady byl stanoven předpoklad, že 70 % více rodičů dětských pacientů je informováno o zásadách stravování po operaci tříselné kýly. Předpoklad je v souladu s vyhodnocenými daty z dotazníkového šetření, konkrétně, že 85,38 % rodičů je poučeno o stravovacím režimu dětí (Tab. 24). Otázka č. 7 byla zaměřena na to, zdali jsou rodičům předávány informace o stravovacím režimu po operaci. Ze získaných dat vyplývá, že 90,38 %, což bylo 47 rodičů, informace dostali (Tab. 7). Otázka č. 8 byla zaměřena na konkrétní potraviny, které obsahují vlákninu. V případě dětí, které přijímají nejen mateřské mléko je důležitá vláknina pro podporu správného vyprazdňování. Díky pravidelné defekaci bude méně namáhané operované třísllo. Tuto otázku zodpovědělo správně všech 52 rodičů, tedy 100 %. Následující otázka se týkala doporučené frekvence stravování za den. Dle Sedlářové (2008) by měla být strava dětí velmi pestrá, v počtu 5 porcí denně. Z 52 rodičů, odpovědělo správně 17, tedy 32,69 %, za správné odpovědi se považují i děti, které jsou pouze kojené, v tomto případě jich bylo 12 (23,08 %). Ohledně počtu porcí jídla za den, neobdrželo doporučení 22 rodičů (42,31 %). Na pravidelné defekaci má nemalý podíl i pitný režim. Dle Doležela (2007) by mělo být množství tekutin doporučeno na základě tělesné hmotnosti dítěte. Pitného režimu se týkala otázka č. 10, kde bylo zjištěno, že 28 rodičů, tedy 53,85 %, byl doporučen pitný režim na základě tělesné hmotnosti dítěte. 14 (26,92 %) rodičů zvolilo odpověď, že dítě přijímá pouze tekutiny v podobě mateřského mléka, odpověď je hodnocena jako správná, frekvence kojení se často mění na základě potřeb dítěte. Na 10. otázku navazuje otázka č. 11, kde se zjišťovalo, zdali rodiče vědí, které tekutiny jsou pro dítě vhodné. Z nabízených druhů nápojů byla správná možnost „ovocné či bylinné čaje“, tuto variantu zvolilo 73,08 % rodičů, tedy 38. 14 (26,92 %) rodičů zvolilo, že je dítě pouze kojené, což je také považováno za správnou odpověď.

Čtvrtým cílem bylo zjistit **informovanost rodičů dětských pacientů o zásadách pohybového režimu po operaci tříselné kýly**. Tu byl stanoven předpoklad, že 70 % a více rodičů dětských pacientů je informováno o zásadách pohybového režimu po operaci tříselné kýly, Stejně jako předešlé předpoklady, i tento byl v dotazníkovém šetření splněn a to na 99,36 % (Tab. 25). V otázce č. 12 bylo zjišťováno, zda byli rodiče poučeni o pohybovém režimu dítěte po operaci. Zde to bylo velmi pozitivní, jelikož 51 rodičů, což je 90,08 % odpovědělo kladně (Tab. 12).

Následující otázka sloužila k ověření znalostí, zda rodiče vědí, které pohybové aktivity z nabízených možností jsou vhodné. Zde byl výsledek opět pozitivní, jelikož 37 rodičů, tedy 71,15 % odpovědělo správně a zvolilo možnost „lehčí procházky“. Zbytek respondentů, tedy 15 (28,85 %) vybralo odpověď, že je dítě kojeneček a nabízené fyzické aktivity neprovádí. Pokračující otázka č. 14 ověřovala, zda jsou si rodiče jisti, kdy se může jejich dítě vrátit plně ke své fyzické aktivitě na kterou bylo zvyklé. Dle Tůmové (2017) je vhodné zmírnit větší fyzickou námahu, jako je jízda na kole, skákání, plavání a aktivity spojené s běháním po dobu tří týdnů. Zde byl výsledek také pozitivní, jelikož odpovědělo správně 71,15 % rodičů a ve 26,92 % se jednalo o kojence u kterých se pohybová aktivita neomezuje.

Po rekapitulaci získaných dat lze říci, že jsou rodiče dětských pacientů po operaci tříselné kýly edukováni. Podle zjištěných dat je vhodné doplnit informace o stravování. V otázce č. 18 bylo dotazováno, zdali rodičům chyběly nějaké informace. Dle 84,62 % rodičů, žádné informace nechyběly, což je velmi pozitivní výsledek a značí, že edukace zdravotníky probíhá (Tab. 18).

Závěrem lze říci, že informovanost rodičů byla na dobré úrovni a veškeré výzkumné předpoklady se potvrdily v získaných datech.

5 Návrh doporučení pro praxi

V rámci výzkumné části této práce byly stanoveny celkem čtyři cíle, veškeré byly splněny prostřednictvím provedeného dotazníkového šetření. I přes tento úspěch je stále potřeba zdůrazňovat význam správné edukace ze strany zdravotnického personálu. Zároveň je důležité zdůraznit, že rodiče by neměli váhat se ptát na nejasnosti. Vytvoření otevřené komunikační linky mezi zdravotnickým personálem a rodiči může přispět k odstranění obav a k zajištění důkladné informovanosti v klíčovém období po operaci.

V dotazníkovém šetření bylo velké procento rodičů, kteří neobdrželi žádný edukační materiál. V tomto případě doporučuji zpracovat stručné informace na webových stránkách nemocnice, pokud by nebyl možný tisk vytvořeného informačního materiálu ve formě letáku (Příloha C). Výsledný informační materiál by měl sloužit rodičům dětí, které prodělaly operaci tříselné kýly. Tento materiál obsahuje základní informace o pooperačním režimu, který by mohl pomoci rodičům lépe porozumět a správně se postarat o své děti během zotavovacího období.

6 Závěr

Tato bakalářská práce je zaměřena na edukaci rodičů, jejichž děti prodělaly operaci tříselné kýly. Toto téma jsem si zvolila, jelikož mám dvě děti ve věkovém období, na které se práce zaměřuje a také proto, že mám zkušenost s nedostatečnou informovaností rodičů po propuštění do domácí péče, jejichž dítě bylo po tomto zákroku. Práce je strukturována do dvou hlavních částí, a to teoretické a praktické. V teoretické části jsem popsala vývojovou a pediatriickou psychologii, charakteristiku vybraných období dětského věku a jejich hospitalizace a následně jsem se zaměřila na edukaci, její význam v ošetrovatelství a detailněji jsem rozebrala základní pojmy a fáze edukačního procesu. V další části jsem se zaměřila na edukaci dětí a rodičů, kde jsem zmínila její obecné zásady. Poslední část teoretické části jsem věnovala tříselné kýle u dětí, popsala jsem rozdělení kýl a pooperační režim dítěte.

Ve výzkumné části jsem se zaměřila na informovanost rodičů dětských pacientů dle jednotlivých výzkumných cílů a předpokladů. Cíle prověřovaly znalosti rodičů o operační ránu dítěte, znalosti v oblasti stravování po operaci a také o pohybovém režimu. Ve výzkumné části jsem si také ověřovala, zda chyběly rodičům nějaké informace po proběhlé edukaci.

Data jsem sesbírала díky dotazníkovému šetření, které se týkalo rodičů dětí po operaci tříselné kýly. Ačkoliv jsem zjistila menší nedostatky v informovanosti rodičů, mám z celkového výsledku pozitivní dojem a doufám, že navržený informační leták je pomůžou odstranit, tak aby edukace dosáhla ještě vyšší kvality, jelikož je klíčovým faktorem v ošetrovatelském procesu.

Dotazník obsahoval také otázku, týkající se věkového rozmezí respondentů a vzhledem k výsledné věkové hranici respondentů, moderním trendům ve vzdělávání a době ve které žijeme, navrhuji distribuci edukačního obsahu pro rodiče dětí po operaci tříselné kýly přes vzdělávací proces e-learning.

Závěrem si myslím, že zaměření na edukaci rodičů v této specifické oblasti může mít pozitivní dopad na celý proces léčby a zotavování dětí po operaci tříselné kýly.

Seznam použité literatury

BOLEDOVIČOVÁ, Mária; Erika KRIŠTOFOVÁ; Miroslava LÍŠKOVÁ; Iveta NÁDASKÁ; L'uboslava PAVELOVÁ et al. 2006. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 2. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-331-8.

BRABCOVÁ, Soňa. 2021. *Péče o rány pro sestry a ostatní nelékařské profese*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3133-4.

ČOUPKOVÁ, Hana; Lenka SLEZÁKOVÁ; Pavel MARCIÁN; Vladislava MARCIÁNOVÁ; Lucie PŘIKRYLOVÁ et al. 2019. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2900-8.

DOLEŽEL, Zdeněk. Pitný režim u dětí. 2007. PDF; online. *Pediatric pro praxi*, roč. 8, č. 3, s. 136-138. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/03/02.pdf>

DRAŽAN, Daniel. 2011. Tříselná kýla. Online. 31. 3. 2011. In: *Mudr. Daniel Dražan*. Dostupné z: <https://www.danieldrazan.cz/casta-onemocneni/triselna-kyla/>. [citováno 2023-05-04].

DUŠOVÁ, Bohdana; Martina HERMANNOVÁ; Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ. 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0836-7.

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA. 2023. Informovaný souhlas: operace vrožené tříselné a vodní kýly v dětském věku. Online. In: *Fakultní nemocnice Ostrava*. Dostupné z: <https://www.fno.cz/documents/informovane-souhlasy/Operace>. [citováno 2023-08-05].

FERKO, A., Z. ŠUBRT a T. DĚDEK (ed.). 2015. *Chirurgie v kostce*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1005-1.

CHUKWUBUIKE, K. Emeka. 2021. Inguinal Hernia in Female Children: A Single Surgeion's Experience. PDF; online. *Remedy Publications LLC*, roč. 6, č. 3198. Dostupné z: https://Kevin-Chukwubuike/publication/353298654_Inguinal_Hernia_in_Female_Children

JUŘENÍKOVÁ, Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KACHLÍK, David. 2018. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 978-80-246-4058-7.

KLÍMA, Jiří; Filip KAŠÁK; Jiří MRÁZEK; Jaroslava NĚMEČKOVÁ; Jan PAJEREK et al. 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9364-6.

KRÁTKÁ, Anna. 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství: studijní texty*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-635-8. Dostupné také z: https://Zaklady_pedagogiky_a_edukace_v_oseetrovatelstvi_2016.

KUBEROVÁ, Helena. 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-684-1.

KUDLOVÁ, Pavla; Jiří GATĚK a Miroslava JANKECHOVÁ. 2020. *Ošetrovatelská péče v břišní chirurgii*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-958-8.

KUKLA, Lubomír; Dominika PRŮCHOVÁ; František SCHNEIBERG; Petr STRUK; Nora STRUKOVÁ et al. 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3874-1.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.

LÉBL, Jan; Jan JANDA; Petr POHUNEK a Jan STARÝ. 2012. *Klinická pediatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-772-1.

MANDYSOVÁ, Petra. 2016. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-971-5.

MAREŠ, Jiří. 2021. Novinky v problematice dětské bolesti. PDF; online. *Pediatric pro praxi*, roč. 22, č. 4, s. 268-271. ISSN 1213-0494. Dostupné z: https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-202104-0005_novinky_v_problematice_detske_bolesti_-_druha_cast.php

MICHALSKÝ, Rudolf; Pavel PAFKO a Igor SATINSKÝ. 2000. *Operační léčení tříselné kýly*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-971-3.

NEMOCNICE VE FRÝDKU–MÍSTKU. 2016. Informovaný souhlas: operace tříselné kýly u dětí. PDF; Online. In: Nemocnice Frýdek–Místek. Dostupné z: <https://www.nemfm.cz/zdravotnicka-oddeleni>. [citováno 2023-08-05].

PAFKO, Pavel. 2008. *Základy speciální chirurgie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-402-7.

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

PODRAZILOVÁ, Petra; Martin KRAUSE; Lenka ĎURÁČOVÁ a Tereza KUČEROVÁ. 2016. *Teorie ošetrovatelství: (skripta pro bakalářské studijní obory)*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7494-297-6.

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3371-5.

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

SEIFERTOVÁ, Jarmila. 2016. Komunikace praktického lékaře pro děti a dorost. PDF; online. *Pediatric pro praxi*, roč. 17, č. 2, s. 102-103. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/>.

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. 2023. Potravinová pyramida v praxi. Online. In: *nzip.cz*. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. [citováno 2023-08-08].

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Grada. ISBN 978-80-7394-246-5.

ŠNAJDAUF, Jiří a Richard ŠKÁBA. 2005. *Dětská chirurgie*. Praha: Galén. ISBN 80-262-329-X.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.

TOMOVÁ, Šárka. 2017. *Základy edukace pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Univerzita Karlova, Ústřední knihovna. ISBN 978-80-88176-12-1.

TŮMOVÁ, Veronika. 2017. Tříselná kýla u dětí. Online. 28. 8. 2017. In: *Zdravě.cz*. Dostupné z: <https://www.zdrave.cz/nemoci-a-lecba/triselna-kyla-u-deti/>. [citováno 2023-05-07].

VACEK, Václav. 2011. Nejčastější kýly v dětském věku: Tříselná a pupeční kýla. Vodní kýla. Epigastrická kýla. PDF; online. *Vox pediatrics*, roč. 11, č. 3, s. 22-24. ISSN 1213-2241. Dostupné z: http://www.detskylekar.cz/files/show-node-file?attachment_id=6487&node_id=17895.

VÁGNEROVÁ, Marie a Lidka LISÁ. 2021. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 3. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 978-80-246-4961-0.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

YEAP, E., M. PACILLI a RM. Nataraja. 2020. Inguinal hernias in children. Online. *Aust J Gen Pract*, roč. 49, č. 1-2, s 38-43. DOI: 10.31128/AJGP-08-19-5037. Dostupné z: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2020/>.

ZACHAROVÁ, Eva. 2008. Úloha sociální komunikace v dětském lékařství. PDF; online. *Pediatric pro praxi*, roč. 9, č. 1, s. 56-57. ISSN 1213. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/01/12.pdf>.

Seznam tabulek

- Tab. 1 Zpozorování/diagnostika tříselné kýly dítěte
- Tab. 2 Dostatek informací v péči o operační ránu
- Tab. 3 Jaké bude použito mýdlo po operaci dítěte?
- Tab. 4 Koupání ve vaně
- Tab. 5 Odstranění stehů z operační rány
- Tab. 6 Škála k diagnostice bolesti
- Tab. 7 Zásady stravování po operaci
- Tab. 8 potraviny bohaté na vlákninu
- Tab. 9 Doporučená frekvence stravování
- Tab. 10 Doporučené množství tekutin
- Tab. 11 Vhodné tekutiny
- Tab. 12 Poučení o pohybovém režimu
- Tab. 13 Vhodné fyzické aktivity
- Tab. 14 Doba omezení pohybové aktivity
- Tab. 15 Edukační materiály
- Tab. 16 Ověření srozumitelnosti edukace
- Tab. 17 Otázka na srozumitelnost edukace
- Tab. 18 Změna v informovanosti
- Tab. 19 Pohlaví respondenta
- Tab. 20 Věk respondenta
- Tab. 21 Věk dítěte
- Tab. 22 Dosažené vzdělání
- Tab. 23 Výzkumný předpoklad 2
- Tab. 24 Výzkumný předpoklad č. 3
- Tab. 25 Výzkumný předpoklad č. 4

Seznam grafů

Graf 1 Zpozorování/diagnostika tříselné kýly u dítěte

Graf 2 Dostatek informací v péči o operační ránu

Graf 3 Jaké bude použito mýdlo po operaci dítěte?

Graf 4 Koupel ve vaně

Graf 5 Odstranění stehů z operační rány

Graf 6 Škála k diagnostice bolesti

Graf 7 Zásady stravování po operaci

Graf 8 potraviny bohaté na vlákninu

Graf 9 Doporučená frekvence stravování

Graf 10 Doporučené množství tekutin

Graf 11 Vhodné tekutiny

Graf 12 Poučení o pohybovém režimu

Graf 13 Vhodné fyzické aktivity

Graf 14 Doba omezení pohybové aktivity

Graf 15 Edukační materiály

Graf 16 Ověření srozumitelnosti edukace

Graf 17 Otázka na srozumitelnost edukace

Graf 18 Změna v informovanosti

Graf 19 Pohlaví respondenta

Graf 20 Věk respondenta

Graf 21 Věk dítěte

Graf 22 Dosažené vzdělání

Graf 23 Výzkumný předpoklad 2

Graf 24 Výzkumný předpoklad č. 2

Graf 25 Výzkumný předpoklad č. 3

Graf 26 Výzkumný předpoklad č. 4

Seznam příloh

Příloha A Dotazník k bakalářské práci

Příloha B Protokol k realizaci výzkumu

Příloha C Informační leták

Příloha A Dotazník k bakalářské práci

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Eva Šustrová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií v Liberci. Ráda bych Vás touto cestou poprosila o vyplnění tohoto zcela anonymního a dobrovolného dotazníku na téma Edukace rodiče dětského pacienta po operaci tříselné kýly, který poslouží k výzkumné části mé bakalářské práci.

Předem Vám moc děkuji za Váš čas a spolupráci při vyplnění dotazníku.

Eva Šustrová

U následujících otázek vždy zakroužkujte pouze jednu variantu.

1. Kdo u dítěte objevil/diagnostikoval tříselnou kýlu?

- A) praktický dětský lékař
- B) odborný lékař
- C) sám/a jsem objevil/a
- D) jiné
- E) Nepamatuji se

2. Myslíte si, že máte dostatečnou informovanost v péči o operační ránu dítěte?

- A) rozhodně ano
- B) spíše ano
- C) spíše ne
- D) rozhodně ne
- E) nevím

3. Uveďte, prosím, jaké mýdlo můžete použít při mytí rány Vašeho dítěte po operaci?

- A) mýdlo by se nemělo používat
- B) libovolné mýdlo
- C) jemné neparfémované mýdlo pro citlivou dětskou pokožku
- D) nevím

4. Kolikátý den po operaci můžete Vaše dítě koupat ve vaně?

- A) 1. den po operaci
- B) 2. den po operaci
- C) 5. den po operaci
- D) po odstranění/vstřebání stehů z operační rány
- E) nevím

5. Kolikátý den po operaci budou Vašemu dítěti odstraněny stehy z operační rány?

- A) 7. den po operaci
- B) 10.–12. den po operaci
- C) 14.–16. den po operaci
- D) stehy jsou vstřebatelné, neodstraňují se
- E) nevím

6. Byla Vám nabídnuta škála k diagnostice a hodnocení bolesti u dětí?

- A) ano a díky ní vím, kdy mám podat léky na bolest
- B) ne, ale poznám, kdy dítě něco bolí
- C) ne a nevím, kdy mohu dát léky na bolest

7. Bylo Vám vysvětleno, jaké budou zásady dodržování stravování dítěte po prodělané operaci?

- A) ano bylo
- B) ano, ale již si to nepamatuji
- C) ne, ale vím to
- D) ne, informován/a jsem nebyl/a, a nevím jaké zásady dodržovat

8. Uveďte, které potraviny obsahují vlákninu?

- A) mléčné výrobky (sýry, tvaroh, máslo)
- B) brambory, hovězí maso,
- C) bezlepkové pečivo, mořské ryby
- D) pohanka, ovesné vločky, celozrnný kuskus
- E) nevím

9. Kolikrát denně bylo doporučeno, aby Vaše dítě jedlo?

- A) 2x–3x denně
- B) 3x–4x denně
- C) 5x–6x denně
- D) žádné doporučení jsem nedostal/a
- E) dítě je pouze kojené
- F) nevím

10. Jaké množství tekutin bylo Vašemu dítěti po operaci doporučeno?

- A) množství tekutin bylo doporučeno na základě tělesné hmotnosti dítěte
- B) žádné doporučení jsem nedostal/a
- C) dítě přijímá pouze mateřské mléko
- D) doporučení jsem dostala, ale již si nepamatuji

11. Jaké tekutiny jsou pro Vaše dítě po operaci vhodné?

- A) ovocné či bylinné čaje
- B) minerální vody, ovocné džusy
- C) slazené a sycené limonády
- D) dítě je pouze kojené
- E) nevím

12. Byl/a jste poučen/a o pohybovém režimu Vašeho dítěte po operaci?

- A) ano, vím, které aktivity dítě může a které ne
- B) ano, ale nejsem si jistý/á
- C) ne

13. Uveďte, jaké fyzické aktivity jsou po operaci Vašeho dítěte vhodné?

- A) běhání, skákání
- B) lehčí procházky
- C) plavání
- D) jízda na kole/odrážedle
- E) dítě je kojeneček
- F) nevím

14. Kdy se může Vaše dítě vrátit k plné fyzické aktivitě?

- A) po týdnu od operace
- B) po odstranění/vstřebání stehů z rány
- C) po 3–4 týdnech od operace
- D) dítě je kojeneček
- E) nevím

15. Obdržel/a jste nějaké edukační materiály?

- A) ano, písemnou formou
- B) ano, jinou než písemnou formou
- C) ne

16. Zajímal/a se lékař/sestra, zda podávaným informacím dostatečně rozumíte?

- A) ano
- B) ne

17. Kdy Vám byla položena otázka, zda předávaným informacím rozumíte?

- A) průběžně během rozhovoru
- B) na konci rozhovoru
- C) tuto otázku jsem nedostala
- D) nevím

18. Chyběly Vám nějaké informace po prodělaném zákroku dítěte? Napište, prosím, jaké?

- A) ano
- B) ne

Uveďte prosím, jaké informace Vám chyběly:

Na závěr, prosím, o několik údajů o Vás.

19. Jaké je Vaše pohlaví?

- A) muž
- B) žena

20. Kolik je Vám let?

- A) 18–29 let
- B) 30–39 let
- C) 40–49 let
- D) 50 let a více

21. Kolik let je Vašemu dítěti?

22. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

- A) základní
- B) středoškolské bez maturity
- C) středoškolské s maturitou
- D) vyšší odborné
- E) vysokoškolské

Děkuji Vám moc za Vaši spolupráci a Váš čas.

Příloha B Protokol k realizaci výzkumu

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ TUL



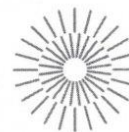
PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Eva Šustrová
Osobní číslo studenta:	D19000008
Univerzitní e-mail studenta:	eva.sustrova@tul.cz
Studijní program:	Ošetrovatelství
Ročník:	3.
Prohlášení studenta	
Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován, pokud k tomu není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.	
Podpis studenta:	
Kvalifikační práce	
Téma kvalifikační práce:	Edukace rodiče dětského pacienta po operaci tříselné kýly
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. Zuzana Paukertová
Metoda a technika výzkumu:	Metoda: kvantitativní. Technika: dotazník
Soubor respondentů:	50
Název pracoviště pro realizaci výzkumu:	Dětské oddělení
Datum zahájení výzkumu:	01.06.2023
Datum ukončení výzkumu:	14.08.2023
Finanční zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis vedoucího kvalifikační práce:	
Spolupracující instituce	
Souhlas odpovědného pracovníka instituce s realizací výzkumu:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Souhlas s případným zveřejněním názvu instituce v kvalifikační práci a publikacích:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis odpovědného pracovníka a razítko instituce:	 Mgr. L. Penjaková



PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Eva Šustrová
Osobní číslo studenta:	D19000008
Univerzitní e-mail studenta:	eva.sustrova@tul.cz
Studijní program:	Ošetrovatelství
Ročník:	3.
Prohlášení studenta	
Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován, pokud k tomu není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.	
Podpis studenta:	
Kvalifikační práce	
Téma kvalifikační práce:	Edukace rodiče dětského pacienta po operaci tříselné kýly
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. Zuzana Paukertová
Metoda a technika výzkumu:	Metoda: kvantitativní. Technika: dotazník
Soubor respondentů:	50
Název pracoviště pro realizaci výzkumu:	Dětské oddělení
Datum zahájení výzkumu:	01.06.2023
Datum ukončení výzkumu:	14.08.2023
Finanční zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis vedoucího kvalifikační práce:	
Spolupracující instituce	
Souhlas odpovědného pracovníka instituce s realizací výzkumu:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Souhlas s případným zveřejněním názvu instituce v kvalifikační práci a publikacích:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis odpovědného pracovníka a razítko instituce:	



PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Eva Šustrová
Osobní číslo studenta:	D19000008
Univerzitní e-mail studenta:	eva.sustrova@tul.cz
Studijní program:	Ošetrovatelství
Ročník:	3.
Prohlášení studenta	
Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován, pokud k tomu není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.	
Podpis studenta:	
Kvalifikační práce	
Téma kvalifikační práce:	Edukace rodiče dětského pacienta po operaci tříselné kýly
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. Zuzana Paukertová
Metoda a technika výzkumu:	Metoda: kvantitativní. Technika: dotazník
Soubor respondentů:	50
Název pracoviště pro realizaci výzkumu:	Dětské oddělení
Datum zahájení výzkumu:	01.06.2023
Datum ukončení výzkumu:	14.08.2023
Finanční zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis vedoucího kvalifikační práce:	
Spolupracující instituce	
Souhlas odpovědného pracovníka instituce s realizací výzkumu:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Souhlas s případným zveřejněním názvu instituce v kvalifikační práci a publikacích:	<input type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis odpovědného pracovníka a razítko instituce:	

Příloha C Informační leták



Informace pro rodiče dětského pacienta po operaci tříselné kýly

Vážení rodiče,

s láskou a péčí jsme pro Vás připravili tento informační leták, který Vám poskytne užitečné rady a informace ohledně péče o Vaše dítě po operaci tříselné kýly. Rozumíme, že se může jednat o náročný čas plný otázek a obav, a proto jsme tu, abychom Vám pomohli získat důvěru a vědomosti, které potřebujete.

Úvod

Tříselná kýla je nejčastější chirurgický problém u kojenců a dětí, projevující se vyklenutím v tříselné krajině. Vzniká tím, že skrze tříselný prstenec, který je normálně otevřený během nitroděložního vývoje a uzavírá se v době kolem porodu, proniká kýlní vak. U některých dětí nedojde z nejasných důvodů k uzavěru tříselného prstence. Kýlní vak pak tvoří cestu, kudy nitrobřišní orgány (u chlapců střevo, u dívek střevo nebo vaječník) pronikají do třísla, respektive u chlapců až do šourku.



Zdroj: Dr. Manish Madhav Blog, Inguinal Hernia Surgery in Children, 2020

Léčba

Tříselná kýla je problém, který se téměř vždy operuje. Účelem výkonu je odstranění kýlního vaku, zpevnění břišní stěny a zabránění hrozcím komplikacím v důsledku uskřínutí. Operační řez je veden 2–3 cm, k šití je často využíván vstřebatelný materiál, který je dobře snášen a stehy se nevytahují. Pokud není použit vstřebatelný materiál, stehy jsou vytaženy zpravidla za 7 dní.

Péče o ránu

Ránu je nutné udržovat v suchu a čistotě. K celkové hygieně dítěte dáváme přednost sprchování před koupelí. K mytí volíme neparfémovaná mýdla. Po operaci není vhodné dítě několik dní koupat, pouze omývat houbou. Pooperační bolesti jsou tlumeny analgetiky v podobě čípků, kapek či tabletek.

U kojence a batolete můžeme poznat bolest např. dle FLACC škály (tvář, končetiny, aktivita, křik/pláč, utižitelnost), která je pomůckou k hodnocení bolesti (>3=bolest) a komfortu dítěte, které není schopné slovně bolest vyjádřit.

Tvář	žádný určitý výraz nebo úsměv	0
	občas se zmačká, grimasuje, nejeví zájem o okolí	1
Dolní končetiny	časté chvění brady, sevřená čelist, vyděšený výraz	2
	fyziologická poloha, nohy uvolněné	0
Aktivita	neklid, napjaté nohy	1
	nohy přitážené k břichu, napjaté, kope	2
	fyziologická poloha těla, lehké pohyby	0
Pláč/křik	motorický neklid, napětí	1
	stáčení se do luku, křeče, celkově zvýšené svalové napětí	2
Utižitelnost	nepláče (spí nebo bdí)	0
	občas nespokojené, naříká, kňourá	1
Celkem počet bodů	pláče stále, často nespokojené, ječí	2
	spokojené, uvolněné	0
Celkem počet bodů	uklidnění chováním, mluvením, odvedením pozornosti	1
	nedá se uklidnit nebo jen s velkými obtížemi	2

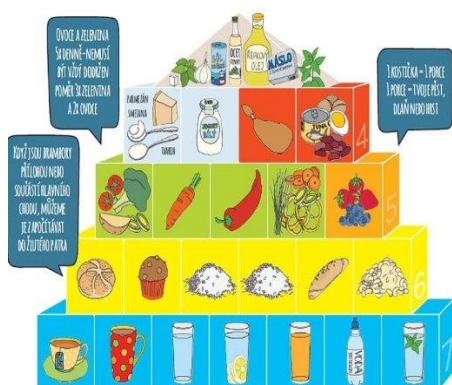
Upraveno dle FLACC, zdroj: Merkel S. et al. Pediatr Nurs, 1997

Zdroj: Autor

Výživa

Výživa kojence a batolete je velmi důležitá pro jeho zdravý růst a vývoj. Hlavním zdrojem výživy pro kojence je mateřské mléko, či mléčné formule, které jsou vyrobeny z kvalitních surovin a obsahují bílkoviny, sacharidy, tuky, vitamíny a minerály potřebné pro správný růst a vývoj dítěte.

Dietní omezení po operaci nebývá pravidlem. Strava by měla podporovat pravidelné vyprazdňování stolice (po operaci do 72 hodin). Vhodná strava by měla obsahovat potraviny bohaté na vlákninu, dále ty, které jsou snadno stravitelné a nenadýmají. Strava batolat a dětí předškolního věku by měla být velmi pestrá, v počtu 5 až 6 porcí za den.



Zdroj: Výživová pyramida. nzip.cz

Dále je důležitý pitný režim, kdy je množství tekutin vypočítáno viz tabulka níže.

novorozenec - 7. měsíc	150-160 ml/kg
8. měsíc - 1 rok	100-140 ml/kg
1. - 3. rok	80-120 ml/kg

Zdroj: Doležel. Pitný režim u dětí. 2007

Pohybový režim

Je důležité si uvědomit, že každé dítě je individuální a pooperační pohybový režim by měl být stanoven lékařem na základě konkrétních okolností a pokroku hojení.

Ve většině případů si malé děti svoji aktivitu omezují samy. Vhodné je zmírnit větší fyzickou námahu, jako je jízda na kole, skákání, plavání a aktivity spojené s běháním po dobu 3–4 týdnů.



Komplikace

Pokud zpozorujete následující příznaky, vyhledejte lékařskou pomoc co nejdříve:

- zvýšená tělesná teplota
- zčervenání, otok nebo hnisání rány
- nevolnost nebo zvracení

Uvedené informace jsou pouze informativní a nenahrazují radu lékaře.

Zdroje:

DOLEŽEL, Zdeněk. 2007. Pitný režim u dětí. *Pediatric pro praxi*. 8(3), 136-138.

ISSN 1213-0494.

DRAŽAN, Daniel. 2011. MUDr. Daniel Dražan. *Tříselná kýla* [online]. [Jindřichův Hradec], [cit.2023-13-08].

MADHAV, Manish. 2020. Inguinal Hernia Surgery in Children. CYBER help India. *Dr.ManishMAhavaBlog.cz* [online]. Matigara. [cit. 2023-08-08].

SEDLÁŘOVÁ, Petra. 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. 2023. Zásady správné výživy. Web studio. *nzip.cz*. [online]. Praha. [cit. 2023-08-08].

TŮMOVÁ, Veronika. 2017. *Tříselná kýla u dětí*. DIAMANTAN investment. *Zdravě.cz* [online]. [Praha]. [cit. 2023-05-07].

Autor: Eva Šustrová. Student FZS TUL. 7/2023

Zdroj: Autor