



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Příprava dětského pacienta na invazivní zákrok

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

PEDIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Petra Pavlíková

Vedoucí práce: Mgr. Milena Mágrová

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Příprava dětského pacienta na invazivní zákrok*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 6.8. 2024

.....

Petra Pavlíková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především Mgr. Mileně Mágrové za její ochotu, čas a přínosné rady poskytované v průběhu vedení této bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala celé mé rodině za obrovskou podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.

Příprava dětského pacienta na invazivní zákrok

Abstrakt

Současný stav: V současné době je perioperační medicína rozvíjející se víceoborovou disciplínou a zároveň hojně diskutovanou oblastí zdravotní péče, kdy právě multidisciplinární přístup a vzájemná kooperace umožňují pacientům bezpečně překonat obtíže spojené s operačními výkony. Právě vzájemná spolupráce nejrůznějších odborností je zcela nezbytná pro bezpečnou přípravu pacientů k invazivnímu zákroku i jeho průběhu. To platí nejen u dospělých pacientů, ale také u dětí. Dle délky přípravy před operačním výkonem je perioperační příprava klasifikována na dlouhodobou, krátkodobou, bezprostřední a anesteziologickou. Předoperační vyšetření je doménou buď klinického pediatra, nebo praktického lékaře pro děti a dorost. Klinický pediatr se soustředí na provádění spíše akutního předoperačního vyšetření. Praktický lékař pro děti a dorost provádí plánovaná předoperační vyšetření, příp. doplňuje své vyšetření o vyšetření ambulantních specialistů. Krátkodobá a bezprostřední perioperační příprava před invazivním zákrokem je rovněž v kompetenci sestry působící na konkrétním oddělení zdravotnického zařízení nemocničního typu, kde jsou dětské pacienti kvůli operačnímu výkonu hospitalizováni. Anesteziologická perioperační péče pak spadá do rukou anesteziologa, event. anesteziologické sestry.

Cíle práce: Prvním cílem bylo zjistit ošetrovatelská specifika přípravy dětského pacienta na invazivní zákrok. Druhým cílem bylo zjistit úlohu sestry při minimalizaci dopadů negativních vlivů spojených s přípravou na invazivní zákrok.

Metodologie: Kvalitativní výzkum byl uskutečněn prostřednictvím metody dotazování a techniky hloubkových polostrukturovaných rozhovorů se sestrami provádějícími předoperační přípravu u dětských pacientů na invazivní zákrok a se samotnými dětmi indikovanými k operaci z oddělení dvou vybraných zdravotnických zařízení nemocničního typu v Jihočeském kraji. Celkem bylo provedeno 10 rozhovorů se sestrami a 7 rozhovorů s dětskými pacienty. Získané rozhovory byly doslovně přepsány do elektronické podoby prostřednictvím textového editoru MS Word. Pro jejich detailní analýzu byla využita metoda „tužka a papír“. Metodou kódování byly v dílčích odpovědích sester a dětských pacientů vyhledávány společné znaky s jejich následným barevným rozlišením na základě jednotlivých analogicky orientovaných celků. Tyto

byly dále soustředovány do určitých kategorií a podkategorií, a to s ohledem na přímou souvislost s výzkumnými otázkami, na jejichž základě byla vytvořena jednotlivá schémata. Výzkumné šetření probíhalo v dubnu a květnu roku 2024.

Výsledky: Z kvalitativního výzkumného šetření vyplynulo, že nejvýznamnějším specifikem ošetrovatelské péče v rámci předoperačního období u dětských pacientů je komunikace, a to jak s dětmi, tak s jejich rodiči. Výsledky výzkumu ukázaly, že k nejvíce se vyskytujícím negativním dopadům u dětských pacientů před operací a v průběhu hospitalizace patří jednoznačně strach, a to zvláště z prostředí a z bolesti.

Závěr a doporučení pro praxi: Výsledky výzkumu poukázaly na ošetrovatelská specifika perioperační přípravy u dětí indikovaných k operaci, která mohou mít významný vliv nejen na průběh samotného operačního výkonu, ale rovněž na celkové prožívání a zvládnutí hospitalizace dítětem a proces uzdravování. Zároveň výsledky výzkumného šetření identifikovaly negativní dopady u hospitalizovaných dětí pro invazivní zákrok. Tímto byla potvrzena významná a nezastupitelná úloha sestry v rámci předoperační přípravy dětských pacientů na operační výkon. V závěru práce byly předloženy návrhy na zlepšení v rámci předoperační přípravy dětských pacientů na invazivní zákrok.

Klíčová slova

Dětský pacient; invazivní zákrok; dětská sestra; předoperační příprava; komunikace.

Preparation of a paediatric patient for an invasive procedure

Abstract

Current status: Perioperative medicine is an evolving multidisciplinary field and a frequently discussed area of healthcare. It is this multidisciplinary approach and cooperation that enables patients to overcome the challenges associated with surgical procedures safely. The collaboration between various specialties is essential for the safe preparation and execution of invasive procedures in both adult patients and children patients. Depending on the length of preparation before surgery, perioperative preparation is classified as long-term, short-term, immediate, and anaesthetic. A preoperative examination is the domain of either a clinical paediatrician or a general practitioner for children and adolescents. Clinical paediatricians focus on performing acute preoperative examinations, while general practitioners conduct planned preoperative examinations and may supplement their examinations with those of outpatient specialists. Short-term and immediate perioperative preparation before an invasive procedure is also within the competence of nurse working in the specific department of the hospital where children are hospitalized for surgery. Anaesthetic perioperative care is then in the hands of an anaesthesiologist or anaesthesiology nurse.

Objectives of the thesis: The first objective was to identify the nursing specifics of preparing a child for an invasive procedure. The second objective was to determine the role of the nurse in minimizing the impact of negative influences associated with preparing for an invasive procedure.

Methodology: Qualitative research was conducted through inquiring and in-depth semi-structured interviews with nurses performing preoperative preparation for paediatric patients undergoing invasive procedures and with the children themselves, from two selected hospitals in the South Bohemian Region. A total of 10 interviews were conducted with nurses and 7 with paediatric patients. The interviews were transcribed verbatim into electronic form using MS Word editor. For their detailed analysis the "pen and paper" method was used. Through coding, common characteristics were identified in the individual responses of nurses and paediatric patients. These characteristics were colour-coded based on analogously oriented units and further grouped into categories and subcategories, considering their direct relevance to the

research questions on which were individual schemes created. The research was conducted in April and May of 2024.

Results: The qualitative research revealed that the most important specific aspect of nursing care in the preoperative period for paediatric patients is communication, both with the children and their parents. The research results showed that among the most frequent negative impacts on children before surgery and during hospitalization is fear, especially of the environment and pain.

Conclusion and recommendations for practice: The research results highlighted the nursing specifics of perioperative preparation for children indicated surgery, which can significantly influence the course of the surgical procedure itself, as well as the overall experience, coping with hospitalisation and the healing process of the child patient. Furthermore, the research results identified negative impacts on hospitalised children undergoing invasive procedures. This confirmed the significant and irreplaceable role of a nurse in the preoperative preparation of paediatric patients for surgery. The thesis concludes with suggestions for improvement in the preoperative preparation of paediatric patients for invasive procedures.

Keywords

Paediatric patient; invasive procedure; paediatric nurse; preoperative preparation; communication.

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav	11
1.1 Invazivní zákrok u dětí.....	11
1.1.1 Dělení invazivních zákroků	11
1.1.2 Indikace k operaci u dětských pacientů	13
1.1.3 Nejčastější chirurgické výkony u dětí.....	13
1.1.4 Kontraindikace k invazivním zákrokům u dětí.....	15
1.2 Předoperační příprava dětského pacienta.....	16
1.2.1 Dlouhodobá předoperační příprava	17
1.2.2 Krátkodobá předoperační příprava	18
1.2.3 Bezprostřední předoperační příprava.....	19
1.2.4 Anesteziologická předoperační příprava	19
1.3 Hospitalizace dětského pacienta	21
1.3.1 Přijetí dítěte v nemocnici	22
1.3.2 Spolupráce dítěte a dětské sestry	23
1.3.3 Komunikace dětské sestry s dětským pacientem.....	23
1.3.4 Edukace dětského pacienta dětskou sestrou o invazivním zákroku	25
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Výzkumné otázky.....	28
3 Metodika.....	29
3.1 Metodika výzkumu.....	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	29
3.2.1 Identifikační údaje sester	30
3.2.2 Identifikační údaje pacientů.....	31
4 Výsledky výzkumného šetření	32
4.1 Kategorizace odpovědí získaných od sester.....	32
4.2 Kategorizace odpovědí získaných od pacientů	40
5 Diskuse	46

6	Závěr.....	51
7	Seznam literatury.....	53
8	Přílohy	58
9	Seznam zkratek.....	61

Úvod

Bakalářská práce se zabývá problematikou předoperační přípravy na invazivní zákrok u dětí. Předoperační lékařství představuje neustále se rozvíjející multidisciplinární obor. Jedná se o významnou oblast zdravotní péče, v níž sehrávají významnou úlohu zmiňovaná multidisciplinarita a vzájemná spolupráce. Fungování těchto dvou aspektů usnadňuje pacientům bezpečně a snáze překonat těžkosti v souvislosti s operačními zákroky a hospitalizací. Na svém významu nabývá zvláště u dětských pacientů. Předoperační příprava všeobecně zahrnuje dlouhodobou, krátkodobou, bezprostřední a anesteziologickou přípravu. U dětí je prováděna klinickým pediatrem, praktickým lékařem pro děti a dorost, sestrou ve zdravotnickém zařízení, anesteziologem a případně anesteziologickou sestrou. Pro předoperační přípravu na invazivní zákrok u dětí jsou charakteristická určitá specifika daná mimo jiné nejen tím, že jde o dětské pacienty, ale i konkrétním typem operačního výkonu.

Cílem práce je poskytnout základní informace (přehled) v oblasti komplexní předoperační přípravy dětských pacientů na invazivní chirurgické zákroky (operace), které by mohly být využity pro zpracování předmětných edukačních materiálů určených dětským pacientům a jejich rodičům před podstoupením ať už plánovaného, nebo akutního operačního výkonu u dětí.

Teoretická část práce je zaměřena na mapování současného stavu v oblasti invazivních zákroků a v předoperační přípravě u dětí na operaci. V teoretické části je uvedena nejprve definice invazivního zákroku, dále pak jsou uvedeny jednotlivé invazivní zákroky dle různých kritérií, indikace a kontraindikace k invazivním zákrokům u dětí a nejčastější chirurgické výkony u dětských pacientů. Další oblast teoretické části je komplexně věnována dlouhodobé, krátkodobé, bezprostřední a anesteziologické předoperační přípravě na invazivní zákrok u dětí. Poslední oblast teoretické části je zaměřena na aspekty samotné hospitalizace dětského pacienta po operaci od přijetí dítěte do nemocnice přes spolupráci dítěte a zdravotnického personálu, zásady komunikace s dětským pacientem až po edukaci dítěte o operačním zákroku. V empirické části práce byla zjišťována ošetrovatelská specifika přípravy dětského pacienta na invazivní zákrok. Následně byla zjišťována úloha sestry při minimalizaci dopadů negativních vlivů spojených s přípravou na invazivní zákrok.

1 Současný stav

1.1 *Invazivní zákrok u dětí*

Invazivní zákroky jsou jedním z hlavních pilířů zdravotní a ošetrovatelské péče. Na celém světě je ročně provedeno u dospělých i dětí nejméně 230 milionů zákroků a jejich počet pravděpodobně poroste v důsledku rozšiřujícího se používání miniinvazivních a obrazem řízených technik (Slezáková et al., 2019).

Jedna ze základních definic je, že invazivní zákrok je léčebná nebo diagnostická procedura, kdy je zasahováno do integrity nemocného. Je dosaženo záměrného přístupu k tělu prostřednictvím incize, perkutánní punkce, kdy se používají instrumentace, funkční jehla nebo instrumentace přes přirozený otvor. Začíná vstupem do těla a je ukončen opětovným obnovením integrity prořatých tkání suturou, výjimečně slepením tkání. Invazivní postupy jsou prováděny za pomoci nástrojů, mezi které patří mimo jiné endoskopy, katetry, skalpely, nůžky atd. (Janíková a Zeleníková, 2013).

V současné době neexistuje široce přijímaná definice invazivního zákroku a jednotlivé termíny jsou charakterizovány nejednotně. Jedna z definic uvádí, že invazivní zákroky jsou postupy, s jejichž pomocí lze měnit anatomii těla za pomoci řezu a jsou prováděny ve sterilním prostředí s využitím anestezie. Každý z nich má svá omezení. Například požadavek, aby postupy fyzicky změnily anatomii, vyloučí invazivní diagnostické postupy (např. laparoskopii, artroskopii). Invazivní zákrok zahrnuje chirurgický řez s výjimkou invazivních zákroků, které jsou prováděny přes přirozené otvory (např. endoskopie) nebo pomocí perkutánních technik (např. srdeční katetrizace) (Slezáková et al., 2019).

1.1.1 *Dělení invazivních zákroků*

Operace, chirurgický výkon či invazivní zákrok znamená jakýkoli zásah do organismu. Chirurgické výkony se rozdělují podle více kritérií. Dle povahy samotných zákroků je lze dělit na diagnostické a terapeutické. V rámci diagnostických zákroků je vždy prioritou minimální invazivní způsob provedení, většinou s cílem zobrazení vnitřního povrchu orgánu či odebrání vzorku tkáně pro biopsii. Cílem diagnostických operačních výkonů je zjištění příčiny onemocnění v případě, že selhaly všechny ostatní neinvazivní metody. Punkce nebo extirpace nádoru s následným histologickým vyšetřením patří

k diagnostice onkologických onemocnění (Páral et al., 2020). Terapeutický radikální zákrok je považován za řešení onemocnění, pro které byl indikací. Radikalita je hodnocena při onkologických onemocněních. K terapeutickému paliativnímu zákroku je přistupováno v okamžiku, kdy není radikální přístup možný. Paliativní operační výkon není řešením základního onemocnění, ale jeho cílem je zlepšit kvalitu života pacienta (Páral et al., 2020).

Dále lze invazivní zákroky rozdělit na ambulantní výkony či operační výkony spojené s hospitalizací. Ambulantní výkony nevyžadují hospitalizaci a není před výkonem nutná speciální předoperační příprava (Zeman et al., 2023).

Operační výkony spojené s hospitalizací jsou všechny výkony vyžadující odbornou předoperační přípravu a následné pooperační monitorování z důvodu vzniku pooperačních komplikací (Zeman et al., 2023). V České republice je dostupná také možnost jednodenní chirurgie, která využívá moderních léčebných postupů a nabízí pacientům krátkou dobu hospitalizace po invazivním zákroku. Umožňuje propuštění pacientů ze zdravotnického zařízení do 24 hodin od přijetí, pokud to výkon a zdravotní stav pacienta dovolují. Význam jednodenní péče roste díky pokroku v léčbě a chirurgických technikách, které využívají krátkodobě působící anestetika. Pacienti navíc velmi těží z možnosti získat další léčbu v jejich známém sociálním prostředí (Bailey et al., 2019).

Další rozdělením invazivních výkonů je na plánované, akutní a urgentní. Plánované neboli elektivní operační výkony jsou indikovány při chronických onemocněních, která nejsou řešitelná konzervativní terapií. Tyto výkony mohou být odloženy v řádu několika dní až týdnů a jsou uskutečňovány v době, která vyhovuje nemocnici i pacientovi. Pacient je při ambulantní konzultaci s chirurgem pečlivě seznámen se smyslem a rozsahem zákroku (Páral et al., 2020). Akutní výkon je nutné provést do 72 hodin. Urgentní výkon je situace, kdy je třeba provést okamžitou, neplánovanou operaci poté, co pacient vážně onemocní, těžce se zraní nebo nedýchá. Děje se tak za účelem záchranu života pacienta nebo řešení vážného ohrožení orgánů, končetin nebo tkání. U dětí se jedná například o akutní apendicitis či torzi varlete u chlapců (Bailey et al., 2019).

V rámci operačního přístupu lze rozdělit invazivní zákroky na klasické, miniinvazivní a na robotickou chirurgii. Klasický otevřený invazivní výkon je provedení širokého

přístupu do tělesné dutiny. Při miniinvazivním výkonu jsou provedeny minimální incize, kterými jsou zavedeny přístroje s videokamerou. Roboticky asistovaný výkon patří mezi miniinvazivní zákroky, které umožňují provést stejný chirurgický výkon jako při klasické operaci, ale z minimálního přístupu. Nevýhodami oproti miniinvazivním zákrokům jsou délka operačního zákroku, nutná speciální poloha pacienta (většinou Trendelenburgova poloha), úzké spektrum výkonů (Šeblová et al., 2018).

Další klasifikací v rámci invazivních výkonů jsou jednodobé operace, jež jsou konečným řešením onemocnění. Vícedobé výkony vyžadují časový plán operačních výkonů. Mezi tyto výkony patří plastické operace popálenin nebo rekonstrukční plastické operace vývojových vad. Nejčastějšími vrozenými vadami jsou vrozené vady srdeční, u chlapců pak můžeme mluvit i o vadách pohlavních orgánů, zejména se jedná hypospadii a nesestouplé varle (Zeman et al., 2023).

1.1.2 Indikace k operaci u dětských pacientů

V České republice každoročně podstoupí operační výkon v celkové anestezii přibližně 100 tisíc dětí. Indikace k operaci a použití celkové anestezie u dětí jsou velmi rozmanité, přičemž významnou roli hrají faktory, jako jsou věk a povaha výkonu. Tyto indikace lze dále kategorizovat na chirurgické a nechirurgické, a to dle diagnostických důvodů. Děti kvůli nízkému věku a omezené schopnosti tolerovat některé diagnostické postupy často vyžadují anestezii u výkonů, které mohou dospělí podstoupit bez ní nebo pouze s analgosedací. Mezi tyto výkony patří mimo jiné počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance, gastrokopie, rektoskopie a různé typy radiačních procedur. Podání celkové anestezie je v těchto případech zásadní pro zmírnění strachu a nepohodlí dítěte a zajištění úspěšného a kvalitního výsledku vyšetření (Prem a Höllwarth, 2016).

1.1.3 Nejčastější chirurgické výkony u dětí

Nejčastější chirurgické výkony u dětí jsou následující:

1. Zánět slepého střeva neboli akutní apendicitida je nejčastějším chirurgickým onemocněním u dětí, zejména ve věku 10 až 18 let. Akutní apendicitida se odhadem ročně vyvine u 19 až 28 z 100 000 dětí. Většina případů tohoto onemocnění je léčena chirurgicky. Standardní apendektomie je zřídka naléhavým postupem a obvykle se provádí během prvního dne diagnózy (Hollinger a Lee, 2021). U dětí se apendicitida projevuje odlišně do dvou let

věku a po nich. U dětí do dvou let je relativně vzácná, neboť ústí apendixu do céka je široké, což brání městnání obsahu. Nicméně je nebezpečná kvůli snížené schopnosti ohraničit zánět. V raných stádiích se projevuje ospalostí, plačtivostí, podrážděností a nechutenstvím, zatímco zvracení, horečka a bolest se objevují až v pokročilém stadiu onemocnění. U dětí starších 2 let se klinický obraz výrazně neliší od dospělých (nechutenství, horečka, nevolnost, bolest v pravém podbříšku), avšak vyšetření je komplikováno horší spoluprací dětských pacientů (Slezáková et al., 2019).

2. Tříselné kýly jsou dalším nejčastějším chirurgickým zákrokem u dětí. Jsou téměř vždy vrozené a vyskytují se s frekvencí do 2 %. Výskyt tříselné kýly může být výrazně vyšší v závislosti na porodní hmotnosti, a to zejména u předčasně narozených dětí s porodní hmotností nižší než 1 000 gramů. Základní příčinou je neuzavřený procesus vaginalis, který se může naplnit obsahem kýly z břišní dutiny. Pouze při naplnění poševního výběžku dochází k viditelnému otoku v tříslech a/nebo varlatech. Tříselné kýly převažují u chlapců, a to v poměru 5:1. (Ferko et al., 2015).
3. Tonsilektomie a adenektomie patří k nejběžnějším chirurgickým zákrokům u dětí. Tonsilektomie je chirurgický zákrok, při kterém jsou odstraněny mandle, nacházející se párově na bočních stěnách orofaryngu. Zvětšení nebo zanícení mandlí může vyžadovat jejich chirurgické odstranění. Indikace zahrnují opakující se záněty, peritonsilární absces, chronickou a hemoragickou tonzilitidu, streptokokovou infekci, potíže s polykáním a podezření na maligní onemocnění (Hahn et al., 2019).
4. Nesestouplé varle neboli také kryptorchismus, je patologický stav, kdy chybí varle v šourku. Varlata se během nitroděložního života vyvíjejí v dutině břišní a poté sestupují do třísla a tříselným kanálem do šourku. Chirurgická léčba kryptochismu, orchidopexe, by měla být dokončena nejlépe do jednoho roku dítěte, nejpozději do 18 měsíců, aby se předešlo poškození varlete (Kočvara et al., 2023).
5. Úrazová chirurgie. Nehody jsou nejčastější příčinou traumat u dětí, kterým lze předejít. Mezi úrazy u dětí je odhadem 73 % způsobeno dopravními nehodami. Druhou nejčastější příčinou jsou pády z výšky. Mezi často postižené orgány patří játra, slezina a ledviny. Těžká poranění mohou vést ke kýlám břišní stěny, perforaci močového měchýře, zlomeninám, neurologickým problémům a šoku.

Středně těžké až těžké případy traumatu vyžadují chirurgický zákrok (Ferko et al., 2015).

6. Stomatochirurgický výkon u dítěte je indikován z mnoha příčin. Zejména se jedná o vrozené vady a čelistní anomálie, úrazy obličeje, sanaci chrupu, nádory obličeje a čelistí, reanimaci paretického obličeje, chirurgii lební base. Další skupinou pacientů jsou ti s vrozenými a vývojovými vadami, které způsobují poruchy růstu čelisti a obličeje (Pazdera, 2022).
7. Pyeloplastika neboli reimplantace močovodů. U pyeloplastiky dochází ke zhoršenému odtoku moči z důvodu překážky v oblasti takzvané pelviureterální junkce. Cílem pyeloplastiky je vytvořit nové, funkční spojení mezi močovodem a močovým měchýřem, které zajistí volný průtok moče z ledvin přes močovody do močového měchýře (Kočvara et al., 2023).

1.1.4 Kontraindikace k invazivním zákrokům u dětí

Kontraindikace je specifická situace, ve které by neměly být použity léky, procedury nebo chirurgické zákroky, protože mohou být pro osobu škodlivé. Vzhledem k tomu, že ne všechny chirurgické výkony jsou elektivní, je třeba zvážit závažnost a typ plánované operace. Často se jedná o aktuální stav pacienta, který znemožňuje, zakazuje provedení určitého výkonu (Páral et al., 2020).

Existují relativní a absolutní kontraindikace. Relativní kontraindikace znamená, že možné komplikace mohou být zmírněny správně zvolenou perioperační přípravou a léčebný účinek jednoznačně převažuje nad negativními dopady. Absolutní kontraindikace znamená, že událost nebo látka mohou způsobit život ohrožující situaci. Je třeba se vyhnout postupu nebo léku, který spadá do této kategorie (Páral et al., 2020).

Peroperační komplikace jsou častější u mladších dětí, zejména do 3 let, a u kojenců. Anatomie a fyziologie dětí způsobují více respiračních nežádoucích příhod ve srovnání s dospělými pacienty. Hlavními rizikovými faktory jsou infekce horních cest dýchacích (Röher a Fideler, 2022).

Perioperační hypotenze může ohrozit cerebrální oxygenaci, zvláště pokud jsou přítomny hypokapnie a anémie. Vrozená srdeční vada vede k vyššímu výskytu kardiovaskulárních nežádoucích příhod a měla by být diagnostikována předoperačně. Venózní a arteriální kanylace je u dětí náročnější a komplikace jsou častější i při

práci zkušených lékařů. Ultrazvuk je základním nástrojem pro periferní žilní přístup i pro centrální žilní katetrizaci (Röher a Fideler, 2022).

Posouzení, zda lze u dětského pacienta provést miniinvazivní chirurgický zákrok v dutině břišní, je často omezeno různými kontraindikacemi. Mezi ně patří například srůsty v břišní dutině a peritonitida po předchozích operacích, povrchové infekce (kůže, břišní stěna), poruchy srážlivosti krve, které nelze kontrolovat, vysoká kardiální a respirační rizika pro anestezii (Páral et al., 2020).

1.2 Předoperační příprava dětského pacienta

V předoperační přípravě je připravován pacient na operační výkon. Lze ji rozdělit na tři části dle délky přípravy před výkonem, tedy na dlouhodobou, krátkodobou, bezprostřední (Slezáková et al., 2019).

Péče o pacienta se liší v závislosti na zdravotnickém zařízení, ve kterém je pacient hospitalizován. Zákrok může být realizován na klasickém chirurgickém oddělení nebo na jednodenní chirurgii, která je poslední dobou velmi vyhledávaná. Ošetrovatelská péče o pacienta je dělena na předoperační, peroperační a pooperační. Tato péče se může lišit v souvislosti s naléhavostí operace (Libová et al., 2019). Předoperační fáze zahrnuje předoperační vyšetření, posuzování a samotnou předoperační přípravu dětského pacienta. Důležité je poučení pacienta, případně jeho rodiny, před operací, které zahrnuje podrobné informování o průběhu výkonu. Operační zákrok je všeobecně pro organismus velmi zatěžující, a proto je nutno se na daného pacienta soustředit jako na celek, nejen jako na diagnózu (Slezáková et al., 2019).

Operační zákrok zahrnuje i operační riziko se vznikem komplikací během operace a pooperačních komplikací. Stupeň operačního rizika závisí na naléhavosti operačního zákroku, obtížnosti daného výkonu a také na stavu pacienta (Libová et al., 2019).

Klasifikace stavu nemocného podle American Society of Anesthesiologists (ASA) je celosvětově používané schéma pro vyjádření fyzického stavu nemocného před operací. Údaje, které popisují a hodnotí předoperační stav nemocného, popř. určují riziko chirurgického výkonu, jsou významné z hlediska rozhodování o operaci i z pohledu volby anestezie (Larsen, 2022):

1. ASA I. Zdravý pacient bez klinického patologického nálezu, chorobný proces, jenž je indikací k operaci, je lokalizovaný a nezpůsobuje systémovou poruchu.
2. ASA II. Pacient s lehkým až středně závažným, kontrolovaným, funkčně nelimitujícím systémovým onemocněním.
3. ASA III. Pacient s těžkým nebo obtížně kontrolovatelným systémovým onemocněním, pacienta funkčně limitujícím, neohrožujícím však trvale pacienta na životě.
4. ASA IV. Pacient se závažným a funkčně limitujícím onemocněním, které ho trvale ohrožuje na životě, dále pacienti po chemoterapiích, radioterapiích, transplantacích, klinicky imunodeficientní a pacienti ve střední a těžké malnutrici.
5. ASA V. Moribundní nemocný, u kterého je předpoklad úmrtí do 24 hodin a operace je poslední možností záchrany života tzv. vitální indikací (Vojtíšek, 2016).

1.2.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Časové hledisko dlouhodobé předoperační přípravy je určováno dle typu plánovaného invazivního zákroku a pacientova celkového zdravotního stavu. Lékař a dětská sestra by měli pacienta řádně poučit a zapojit dítě a zákonného zástupce do procesu terapie, neboť jejich aktivní přístup je důležitý v následné rekonvalescenci po zákroku. Veškeré podávané informace by měly být předávány srozumitelně pro zákonného zástupce dítěte, a to verbální i písemnou formou (Janíková a Zeleníková, 2013).

Dlouhodobá předoperační příprava je zaměřena především na zajištění předoperačních vyšetření během několika dní až týdnů před operací. Zajišťuje ji praktický lékař pro děti a dorost. Nutné je rozhodně v rámci předoperačního vyšetření zhodnotit osobní anamnézu, většina dětí indikována k invazivnímu zákroku je z interního hlediska zdravá. Někteří pacienti mohou být polymorbidní, a proto je podrobná anamnéza zásadní pro bezpečný průběh anestezie. Je nutné u dětí zhodnotit kardiopulmonální riziko a rezervy. Důraz je kladen zejména na reaktivitu dýchacích cest. Astma bronchiale v různých formách je u dětské části populace na vzestupu a anesteziolog by měl být připraven na větší náchylnost dítěte k bronchospazmům. Mezi další specifika předoperačního vyšetření je zdůraznění okolností, které mohou způsobit ztíženou

intubaci. Patří k nim vrozené vývojové vady, operace v ORL oblasti atd. (Vojtíšek, 2016).

Praktický lékař pro děti a dorost má povinnost uvést v rámci tohoto vyšetření případné alergie, zejména pokud má dítě alergii na antibiotika, dezinfekční prostředky, náplasti nebo kontrastní látky. Důležité je rovněž uvedení závažných chorob vyskytujících se v rodině, zejména pokud se v rodině vyskytují svalové poruchy, neurologická onemocnění, krvácivé/trombotické choroby atd. (Barash et al., 2015). Dále praktický lékař pro děti a dorost zajišťuje pediatrické klinické vyšetření a laboratorní vyšetření biologického materiálu. Krev je odebírána na hematologické vyšetření – krevní obraz + diferenciál, krevní skupina – a na biochemické vyšetření – hladiny minerálů (Na, K, Cl, Ca), ledvinné funkce (urea, kreatinin), jaterní testy (ALT, AST, ALP, GGT). Moč se odesílá do biochemické laboratoře na chemické vyšetření, tzn. moč + sediment, pokud je pacient před urologickým výkonem, posílá se moč i do mikrobiologické laboratoře na vyšetření K+C (Slezáková et al., 2019).

1.2.2 Krátkodobá předoperační příprava

Krátkodobá předoperační příprava je omezena na 24 hodin před plánovanou operací a zahrnuje v sobě fyzickou přípravu, anesteziologickou přípravu a psychickou přípravu dětského pacienta. Při příjmu lékař kontroluje předoperační výsledky, ty však nesmějí být starší 14 dnů, a celkově dítě ještě vyšetří, vysvětlí zákonnému zástupci, případně i dítěti, průběh operace a také pooperační režim. Dětem se takové informace podávají srozumitelně k jejich věku a schopnostem. Lze k tomu využít různé demonstrační pomůcky, jako jsou např. panenky nebo plyšová medvídci (Krátká, 2016). Na závěr zákonný zástupce podepíše informovaný souhlas s hospitalizací a informovaný souhlas s daným výkonem (Janíková a Zeleníková, 2013).

Důležitá je v rámci této krátkodobé předoperační přípravy samotná fyzická příprava pacienta. U dětských pacientů se připraví místo k zavedení i. v. katétru pomocí krému Emla za účelem místní analgezie. Důležité jsou předoperační lačnění a restrikce tekutin. Obzvláště novorozenci a kojenci jsou na výpadky příjmu tekutin velmi citliví. Jejich denní obrat tekutin dosahuje až 15 % vlastní hmotnosti a několikahodinové lačnění zhoršuje jejich předoperační stav. Šestihodinový interval lačnění by měl být dodržen po konzumaci pevných pokrmů. Po vydatném, smaženém, tučném jídle se tento interval prodlužuje až na 8 hodin. Interval 6 hodin v sobě obsahuje i kojeneckou stravu

a kravské mléko. Jiná situace je u kojení, kdy je nutné dodržet čtyřhodinový interval od posledního kojení. Všechny uvedené časy jsou stanoveny jako minima (Vojtíšek, 2016).

1.2.3 Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední předoperační příprava je limitována na úsek těsně před výkonem, což představuje 2 hodiny před operací. Součástí přípravy jsou kontrola dokumentace, kontrola hygieny a úpravy operačního pole, aplikace premedikace dle ordinace lékaře (Slezáková et al., 2019). U výkonů z vitální indikace se předoperační vyšetření omezí na minimum. Přes to je vhodné se pokusit před výkonem provést alespoň základní laboratorní vyšetření a vyšetření krevní skupiny (Vojtíšek, 2016).

Před každým plánovaným i urgentním operačním výkonem je třeba podat premedikaci pacienta dle ordinace anesteziologického lékaře. U dětských pacientů s anamnézou mírného až středně těžkého reaktivního onemocnění dýchacích cest, kardiálního onemocnění či epilepsie musejí být dítě, rodiče, pediatr a dětská sestra poučeni, aby v den operace dítě užilo léky na dané onemocnění (Slezáková et al., 2019).

1.2.4 Anesteziologická předoperační příprava

Diskuse před anestezií slouží jako podklad pro rozhodnutí anesteziologa, který anesteziologický postup je pro pacienta pro plánovanou operaci nejvhodnější. Anesteziolog se ve své praxi běžně setkává s dětskými pacienty, a proto musí umět dítě zařadit dle určité věkové kategorie a přizpůsobit anestezii psychické a fyziologické zvláštnosti dané věkové skupiny (Keene, 2015).

V rámci premedikační návštěvy je každý dětský pacient před diagnostickým nebo terapeutickým výkonem vyšetřen anesteziologem. Po odebrání pečlivé anamnézy je vytvořen individuální rizikový profil a pacient je klasifikován dle ASA klasifikace. U chronicky nemocných pacientů musí být také objasněna příslušná dlouhodobá medikace, aby bylo možné určit peroperační management farmakoterapie. Následuje fyzikální vyšetření a v závislosti na zdravotním stavu pacienta a velikosti a naléhavosti výkonu je připraveno diagnostické vybavení (Keene, 2015).

Postup anestezie se volí po pečlivém zvážení všech ovlivňujících faktorů a s přihlédnutím k přání pacienta. Rozhodujícími hlavními faktory jsou druh operace, předpokládaná doba trvání operace, předchozí onemocnění, věk. V rámci

předanesteziologické diskuse vysvětluje anesteziolog nejen výhody, ale i možná rizika zvoleného anesteziologického postupu (Ferko et al., 2015).

Účelem předoperačního posouzení anestezie je identifikovat klinické faktory, které mohou komplikovat perioperační klinický průběh konkrétního dětského pacienta. Každá anamnéza pediatrické anestezie by se měla zaměřit na několik kritických oblastí včetně vývojového stadia pacienta, jeho speciálních potřeb, aktuálního stavu dítěte a rodinné anamnézy problémů souvisejících s anestezií. Nezbytný je sběr informací o jakýchkoli alergiích (zejména na latex, antibiotika atd.), předchozích zkušenostech s anestezií, stavu dýchacích cest a o případném umístění spolehlivého intravenózního přístupu u pacientů (Mixa et al., 2019).

U dětí, které v minulosti podstoupily obtížnou anestezii, by měly být vyšetřeny pooperační změny chování, jako jsou záchvaty vzteku, noční pláč, enuréza nebo generalizovaná úzkostná porucha. Musí být přezkoumán seznam léků, které může dítě užívat, a musejí být poskytnuty příslušné pokyny k ukončení nebo pokračování léčby podle potřeby. Mezi hlavní anesteziologem zkoumané léky patří chemoterapeutika, steroidy, léky na astma, léky na ředění krve, beta-blokátory nebo diuretika (Vymazal et al., 2017).

Děti přicházející na předoperační návštěvu s anamnézou vrozených anomálií vyžadují zvláštní pozornost. Je známo, že pokud existuje jedna anomálie, může jich potenciálně existovat více. Proto je nezbytné shromáždit další podrobnosti o klinickém stavu pacienta (Mixa et al., 2019).

Druh a rozsah informační diskuse musejí být zdokumentovány a podepsány zákonným zástupcem dítěte i lékařem poskytujícím informace. Obvykle se zde používají speciální anamnéza a informační formuláře. Kromě toho musí být pacient informován o určitých předoperačních pravidlech chování (Ferko et al., 2015). Předoperační vyšetření má tedy za cíle zhodnocení fyzického a psychického stavu dítěte, stanovení rizika v souvislosti s výkonem, který bude prováděn v celkové anestezii, naordinování premedikace, informování rodičů o možných rizicích anestezie spolu s riziky spojenými s operačním výkonem a eventuálně získání informovaného souhlasu (Vymazal et al., 2017).

1.3 Hospitalizace dětského pacienta

V rámci hospitalizace dětského pacienta před invazivním výkonem je nutné vyšetření dítěte ještě pediatrem při příjmu. U dětí jsou zapotřebí důkladná anamnéza a fyzikální vyšetření, je-li to indikováno, provádí se odběr. Popřípadě je nutné dovyšetření specialistou. U pediatrických pacientů však existují zvláštní ohledy, které je činí jedinečnými a vyžadují další vyšetření a pozornost (Lulgjuraj a Maneval, 2021). Důležité je ověřit, zda se dítě nenarodilo předčasně, protože následky nedonošenosti mohou ovlivnit vedení anestezie a očekávané komplikace. Vyšetření se zaměřuje i na neurologický vývoj pacienta, anomálie dýchacích cest, chirurgickou anamnézu, předchozí intubace a obecný zdravotní stav (srdce, plíce, endokrinní poruchy, poruchy ledvin). Dítě s genetickým nebo dysmorfickým syndromem by mělo být důkladně vyšetřeno, protože anomálie v krční páteři (např. Downův syndrom) nebo kraniofaciální dysmorfie mohou významně ovlivnit vedení anestezie (Serafini et al, 2014).

Děti mají jedinečnou fyziologii, kterou je třeba vzít v úvahu. Děti mají přirozeně menší kardiopulmonální rezervu a mohou být snadno náchylné k cyanóze, bradykardii a zástavě srdce (Serafini et al., 2014). Výsledky se však u dětských pacientů podstupujících anestezii v průběhu let zlepšily v důsledku pokroku v monitorování a vybavení, bezpečnějších a snadněji titrovatelných anestetik. Znalost často se vyskytujících možných komplikací při podávání pediatrické anestezie by však měla směřovat k podrobnému předoperačnímu zhodnocení, které v konečném důsledku slouží jako základ pro časnější detekci a možnou prevenci potenciálních perioperačních problémů vedoucích k lepším výsledkům (Larsen, 2022).

Je třeba řešit psychologické problémy, protože mohou ovlivnit hladký průběh operace. Děti s psychickým onemocněním mohou vyžadovat zásah specialisty v rámci dětské psychologie, aby byl přechod na operační sál úspěšný.

Cílem zhodnocení zdravotního stavu dítěte pediatrem a anesteziologem je detekovat jakoukoli neznámou patologii, která by mohla změnit anestetickou techniku, nebo rizika, jakými mohou být problém s koagulací či subklinická myopatie. Zhodnocení laboratorních výsledků je rovněž užitečné před výkonem, zejména zhodnocení hemoglobinu (Šebková a Zima, 2023).

Rodiče by měli být také upozorněni, že anamnéza a fyzikální vyšetření jejich dítěte laboratorní budou rychle aktualizovány v den přijetí a že zrušení na poslední chvíli je možné, pokud by jakýkoli nový nález mohl ohrozit bezpečné anesteziologické vedení dítěte (Vymazal et al., 2017).

1.3.1 Přijetí dítěte v nemocnici

Před samotným příjmem do nemocnice je důležitá příprava doma. Dítěti je potřeba otevřeně říci, že bude hospitalizováno v nemocnici, předejde se tak nežádoucímu překvapení a stavu úzkosti. Při rozhovoru o pobytu v nemocnici je třeba nezdůrazňovat nepříjemnosti, které hospitalizace přináší, ale naopak se zaměřit na pozitivní okolnosti, jakými jsou např.: vybavená herna všemožnými hračkami, seznámení se s novými kamarády, představení loutkového divadla či pobavení tzv. zdravotními klauny (Plevová a Slowik, 2010).

Při přijímání pacienta na dětské oddělení se dětská sestra soustředí v rámci komunikace primárně na dětského pacienta. Naváže prvotní kontakt pozdravem a představí se. Domluví se s dětským pacientem na jeho oslovení tak, aby mu to bylo příjemné, provede ho po oddělení, ukáže dítěti herna a nabídne výčet aktivit, které jsou úměrné k jeho aktuálnímu stavu (Tagher a Knapp, 2023). Nemocnice ale může být pro dítě matoucím místem. Hospitalizace a lékařské procedury mohou být pro děti všech věkových kategorií velmi stresující. Včasná příprava dětí na situace, které mohou v nemocnici zažít, sníží velkou část jejich úzkosti a pomůže jim zvládnout situaci a důvěřovat lékaři a lidem, které v nemocnici potkají. V jistém smyslu je pro děti „nemocnice jako cizí země“, jejímž zvykům, jazyku a rozvrhu se musejí naučit přizpůsobit. Kvůli kognitivním a emocionálním omezením a závislosti na druhých jsou děti zvláště zranitelné vůči stresu spojenému s adaptací na jejich stav nemoci a hospitalizaci (Trachtová et al., 2013). Není neobvyklé vidět změny v chování dítěte před hospitalizací, během ní nebo po ní. Reakce dětí na hospitalizaci a lékařské procedury se budou lišit v závislosti na jejich věku, procedurách, které podstoupily, a jejich minulých zkušenostech (Karlsson et al., 2014).

Nejtěžší zkušenosti mohou být na začátku období hospitalizace, kdy se děti, často nečekaně a nechtěně, musejí poprvé setkat s těmito procedurami a ošetřeními. Upoutání na lůžko nebo sociální omezení může dětem připadat jako nekonečný stav „vězení“ bez ohledu na délku pobytu (Longobardi et al., 2019).

Chronicky nemocné děti často trpí další úzkostí a dlouhodobými problémy s přizpůsobením, protože často nemohou vykonávat své běžné rutiny a aktivity, které jim pomáhají v dalším životě rozvíjet behaviorální a emoční kompetence. Například často vyjadřují smutek a úzkost z toho, že zameškají školu a mají omezenou šanci stýkat se se svými přáteli a vrstevníky nebo se zapojit do svého rodinného života a interakcí se svými rodiči a sourozenci (Longobardi et al., 2019).

1.3.2 Spolupráce dítěte a dětské sestry

Důležité je s dítětem zacházet klidně, přívětivě a s porozuměním, aby ke zdravotnickému personálu nabylo dostatek důvěry. Se stejnou dávkou porozumění je nutné se chovat i k rodičům. Hospitalizované děti jsou běžně zmatené, vystrašené a potřebují podporu, ujistění, vysvětlení, čemu budou vystaveny, a to způsobem, který odpovídá jejich úrovni zralosti. Od rodičů je vhodné získat co nejvíce informací o fungování dítěte tak, aby si zdravotnický personál mohl učinit představu o jeho individuální povaze. Tyto informace je potřeba zjistit i v případě, že je rodič hospitalizován spolu s dítětem (Leifer, 2014).

Každé dítě reaguje na odloučení od rodiny odlišně. Některé děti pláčou a pobyt v nemocnici snášejí velmi těžce, jiné děti jsou naopak zamlklé. Dětská sestra je pro dětského pacienta zdrojem jistoty a útěchy, jelikož je to právě ona, kdo mu poskytuje fyzickou a psychickou péči, podobně jako rodič (Donald et al., 2023). Největšími zdroji strachu a stresu u dětských pacientů různých věkových skupin jsou separace a bolest z invazivních výkonů. Faktory, které dále ovlivňují zdroj stresu, závisejí na věku dítěte, rodičích, velikosti rodiny, kulturních a náboženských faktorech, předchozích zkušenostech s hospitalizací a lékaři, aktuálním zdravotním stavu dítěte při hospitalizaci a na dalších (Leifer, 2014).

Doporučuje se, aby si zdravotníci byli vědomi psychologických a emocionálních potřeb dětí. Zejména pediatrické nemocnice musejí jít nad rámec úzkého zaměření lékařského aspektu léčby dětských nemocí a zlepšit důsledky hospitalizace pro děti tím, že jim poskytnou komunikaci, podporu a empatii přiměřenou věku dítěte (Mazalová, 2014).

1.3.3 Komunikace dětské sestry s dětským pacientem

Efektivní komunikace mezi dětskými sestrami, pacienty a jejich rodiči je považována za klíčový nástroj poskytování kvalitní ošetrovací péče. Sikorová (2011, s. 24) uvádí,

že „jednotlivec je komplexní, holistická bytost. Identifikace potřeb jedince, plánování a hodnocení péče však vyžaduje komplexní pohled, a to v kontextu jeho rodiny, komunity, kultury a širšího prostředí.“

Správná komunikace s dítětem ve zdravotnických zařízení může utvářet celoživotní postoj k lékařům a sestřám a ovlivnit jeho budoucí přístup k intervencím či doporučením. Později v životě, až se dítě samo stane rodičem, mohou jeho dojmy a vzpomínky na lékaře, lékařské zákroky a hospitalizaci ovlivnit postoj, který přeneseme na své vlastní děti. Respektování, naslouchání a pochopení stejně jako pochopení důvodů pro lékařský záměr nebo doporučení mohou připravit půdu pro budoucí vývoj dítěte (Tagher a Knapp, 2023).

Dětské pacienty představují náročnou výzvu pro zdravotnický personál. Předávané informace musejí být podány srozumitelným způsobem všem osobám (rodičům či dětem). Komunikace s dětmi by měla probíhat nepřetržitě, jejímž cílem je dítě dostatečně připravit na pobyt v nemocnici. (Donald et al., 2023).

Pokud jde o komunikaci s dětskými pacienty, existují pro každou věkovou skupinu jedinečná hlediska, ale existují také pevné zásady, které musejí zdravotníci dodržovat. Jedním z klíčových aspektů efektivní komunikace je vytvoření příznivého prostředí. Vždy se doporučuje vybrat prostor, který podporuje pohodlí a bezpečí dítěte (Karlsson et al., 2014). Bez ohledu na to, zda je dětský pacient sám nebo s doprovodem, zda je jeho hospitalizace krátkodobá či dlouhodobá nebo zda podstoupí bolestivé zákroky, musejí sestry vždy pamatovat na význam neverbální komunikace. Neverbální projevy, jako jsou jemné doteky, objetí nebo držení za ruce, hrají zásadní roli ve zlepšení emoční pohody dítěte. Děti jsou velmi pozorné a reagují na chování sester. Pro dětskou sestru je nanejvýš důležité zachovat k dětem upřímnost, protože jejich důvěra může být snadno narušena (Donald et al., 2023).

Pochopení různých fází vývoje komunikace je pro dětské sestry zásadní pro navázání efektivní komunikace s nemocnými dětmi napříč různými věkovými skupinami. Obecně se děti mohou začít podílet na komunikaci o své zdravotní péči a léčbě ve věku 3 let. Věk dítěte, kdy lze očekávat větší zapojení a schopnost porozumět informacím dosahující schopností dospělého, je kolem 12 let. Mezi determinanty úspěšné komunikace patří nejen uspokojování vývojové fáze dítěte, ale také navázání vztahu s dítětem a kladení otázek způsobem, kterému děti rozumějí. Schopnost dítěte

porozumět sdělení navíc závisí na tom, čemu bylo v minulosti vystaveno (Prosen, 2015). K dětským pacientům přistupujeme stejně jako k dospělým s respektem, bereme ohledy na jejich přání a aktivně nabízíme účast v rozhodovacím procesu. Dětem a mladistvým se obecně doporučují otevřené otázky (Farková, 2017).

Děti školního věku však mohou mít větší potíže s porozuměním kladeným otázkám. V tomto případě mohou být pro shromažďování konkrétních informací užitečné uzavřené otázky. Je třeba se dítěte pravidelně doptávat, zda informacím správně porozuměl, nabízet mu výčet možností, poprosit ho o povolení něco udělat, aby mělo pocit, že je hlavním účastníkem komunikace a může spolurozhodovat o tom, co se s ním bude dít (Muris et al., 2014).

Adolescenti by měli být primárními osobami, které během setkání přijímají a poskytují informace. I když se mohou zdráhat mluvit, adolescenti ocení příležitost mluvit a zacházet s nimi jako s dospělými. Právě adolescenti často projevují odmítání diagnózy, zejména u chronických nebo závažných onemocnění s prognózou. Mají tendenci bojovat proti pravidlům (Farková, 2017).

1.3.4 Edukace dětského pacienta dětskou sestrou o invazivním zákroku

Edukační proces v ošetrovatelství učí lidi např. hygienickým návykům, předcházet rizikům, porozumět zdraví a nemoci. „*Edukační proces probíhá v logické návaznosti pěti etap jako záměrný, cílevědomý, řízený a plánovaný proces.*“ (Kuberová, 2010, s. 25)

Dětem je nutné podat srozumitelné informace uzpůsobené jejich věku a jejich rozumovým schopnostem, musejí mít možnost volby a prostor pro vyjádření vlastního názoru, protože lepší porozumění poskytuje pocit kontroly, který zmírňuje strach, a tím snižuje škody spojené s nemocí a zraněním. K tomuto účelu lze použít několik metod, jako jsou videa nebo hraní rolí. Cílem je umožnit dětem klást otázky a podílet se na rozhodování. Nejlepším přístupem je zapojit děti do komunikace a rozhodování o jejich zdraví; to ukazuje respekt k jejich schopnostem a umožňuje jim být více než jen pěšcem v rozhodovacím procesu (Farková, 2017).

V souladu s předpisem č. 104/1991 Sb., Úmluva o právech dítěte, je nezbytné zohledňovat názory dítěte, je-li schopno je vyjádřit, s přihlédnutím k jeho s věkem rostoucím rozumovým schopnostem. To se stává zvláště relevantní, když starší děti

mají odlišné názory než jejich rodiče na navrhované intervence, což může vést k situaci, kdy dítě intervenci odmítá. Je povinností lékaře a dětské sestry zhodnotit psychickou vyspělost dítěte a jeho pochopení důsledků vlastního rozhodnutí na jeho zdraví. Pokud lékař uzná dítě za způsobilé, požádá o rozhodnutí soudem ustanoveného opatrovníka. Jak vyplývá ze zákona č. 147/2016 Sb., kterým se upravují zdravotní služby, musí být posudek nezletilého doložen. V případech, kdy stanovisko nelze určit, je jako takové uvedeno v dokumentaci.

Neexistuje všeobecný postup, jak správně dítě edukovat v rámci přípravy na invazivní zákrok. Každé dítě je individuální, a proto je třeba edukaci ze strany ošetrovatelského personálu přizpůsobit dítěti na míru, ale existují zásady, dle kterých je vhodné postupovat:

- Zjistit, jaké informace dítě má a čeho se nejvíce bojí.
- Informovat, kde a kdy zákrok proběhne.
- Informovat o bolesti a o tom, jak s ní případně pracovat.
- Informovat o časové náročnosti výkonu.
- Vysvětlit samotný postup výkonu.
- Edukovat o pooperační péči.
- Diskuse, prostor na doptání se.
- Edukace rodičů například s čím mohou pomoci.

Pro edukaci je důležité vybrat správné místo, které poskytne dostatek klidu a soukromí (Plevová a Slowik, 2010).

Jak je výše uvedeno, edukaci dětí lze kategorizovat do pěti odlišných etap. V první fázi se jedná o počáteční posouzení a diagnostiku, kdy se dětská sestra snaží zjistit úroveň znalostí dětského pacienta. Posuzují se dovednosti, návyky a postoje dítěte a na základě těchto informací se stanoví jeho edukační potřeby a také edukační diagnóza (Klíma, 2016).

Ve fázi projektování neboli v druhé fázi edukačního procesu pacienta se pozornost sestry přesouvá k plánování cílů a k výběru vhodného přístupu k edukaci. Konečnými cíli jsou prevence, snížení a odstranění potenciálních zdravotních problémů. Organizační formou se pak rozumí konkrétní podoba, ve které se obsah edukačního plánu dostává k jedinci. U mladších pacientů je navíc v procesu přípravy nezbytné

použití didaktických pomůcek, hraček a dalšího materiálu a technického vybavení (Klíma, 2016). Významná je zde spolupráce mezi ošetřujícím personálem a herním specialistou, jelikož herní specialista je přímo vyškolen ve využití her při přípravě pacienta na lékařský zákrok či léčebný úkon. Používá speciálně vybavené pomůcky, díky kterým si mohou dětské pacienty názorně představit, co je čeká, např. zavedení nasogastrické sondy na látkové panence (Kokešová Kleinová et al., 2022).

Ve třetí fázi realizace má jako první krok přednost motivace zdravotnického personálu. Poté rychle následuje expozice, ve které sestra předává dítěti čerstvé poznatky postavené na pevných pedagogických zásadách (Klíma, 2016).

Na expozici pak navazuje čtvrtá fáze fixace. Čtvrtou fází je fáze upevnění a prohlubování učiva, což je zásadní krok k zajištění toho, aby se znalosti uchovaly v dlouhodobé paměti dítěte. Tato fáze navíc zahrnuje hodnocení výsledků vzdělávání, sebereflexi a optimalizaci celého procesu. Pátou fází zpětné vazby je samotné hodnocení edukačního procesu (Klíma, 2016).

V poslední řadě hodnotí edukátor také sám sebe. To může být obohaceno o zpětnou vazbu ze strany edukátora nebo jeho blízkých. Při nesplnění edukačních cílů je třeba edukaci zopakovat. Edukační proces je nutné zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace (Kudlová, 2016).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíle práce jsou následující:

- Cíl 1: Zjistit ošetrovatelská specifika přípravy dětského pacienta na invazivní zákrok.
- Cíl 2: Zjistit úlohu sestry při minimalizaci dopadů negativních vlivů spojených s přípravou na invazivní zákrok.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly stanoveny následně:

- Výzkumná otázka 1: Jaká je úloha sestry na dětském oddělení při přípravě na invazivní zákrok?
- Výzkumná otázka 2: Jakými způsoby může dětská sestra minimalizovat negativní dopady na dětského pacienta?
- Výzkumná otázka 3: Jaký názor mají dětské pacienty na předoperační přípravu ze strany sestry?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Empirická část bakalářská práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření. K získávání dat byla využita metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumné šetření bylo prováděno ve dvou nemocnicích Jihočeského kraje po schváleném písemném souhlasu vedení nemocnic, které však nejsou součástí bakalářské práce z důvodu zachování anonymity, ale jsou k dispozici u autorky. Sběr dat byl zahájen a realizován v dubnu a květnu roku 2024.

Výzkumný soubor této bakalářské práce tvoří sestry pracující na dětském oddělení a pacienti hospitalizovaní na dětském oddělení a přijatí k plánovanému nebo akutnímu operačnímu výkonu. Účast informantů v rámci výzkumného šetření byla dobrovolná a byli ujištěni o anonymitě. U dětských pacientů byl získáván písemný souhlas s výzkumným šetřením od zákonných zástupců, tyto souhlasy rovněž nejsou součástí bakalářské práce z důvodu zachování anonymity, ale jsou k dispozici u autorky. Pro oba výzkumné soubory byla připravena sada otázek, na které navazovaly další podotázky v průběhu rozhovoru. Rozhovor pro sestry měl 11 otázek, které zkoumaly přípravu dětského pacienta na operaci a specifika práce na dětském oddělení. Rozhovor pro dětské pacienty obsahoval 10 otázek zabývajících se spokojeností v rámci hospitalizace na dětském oddělení a přípravou na operaci ze strany dětských sester.

Rozhovory byly vedeny osobně přímo na konkrétních pracovištích. Na začátku každého rozhovoru byli všichni informanti seznámeni s účelem poskytování rozhovorů, tématem bakalářské práce a cíli výzkumného šetření. Průměrná doba rozhovorů byla 10–15 minut. Rozhovory byly s ústním souhlasem informantů nahrávány na audio záznam. Vše bylo následně přepisováno do elektronické podoby v programu MS Word. Dále byly výsledky zpracovávány pomocí otevřeného kódování metodou tužka a papír. Na základě tohoto kódování bylo sestaveno několik kategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor tvořilo 10 sester, konkrétně ty, které pracují na dětském oddělení, jelikož se s danou problematikou setkávají nejčastěji. Pro zachování

anonymity informantek jsou označeny písmenem S a pořadovým číslem 1–10 (tabulka 1).

Druhý výzkumný soubor se zaměřuje na dětské pacienty, kteří jsou hospitalizováni na dětském oddělení. Osloveno bylo 7 pacientů – 4 muži a 3 ženy, kteří byli hospitalizováni na dětském oddělení, a mohli tak odpovídat na otázky týkající se tohoto pobytu. Byli označeni písmenem P a pořadovým číslem 1–7 (tabulka 2).

3.2.1 Identifikační údaje sester

Na začátku každého rozhovoru proběhla identifikace sester, kdy byly zjišťovány pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe v nemocnici a délka praxe na dětském oddělení. Níže uvedená tabulka (viz tabulka 1) ukazuje přehled informantek, se kterými byl veden rozhovor. V rámci tohoto výzkumného šetření bylo dotazováno 10 sester, z čehož byly všechny ženského pohlaví a délka jejich praxe se pohybovala v rozmezí 7 měsíců až 22 let. Mezi informantkami byly 4 sestry se středoškolským vzděláním, 1 sestra s vyšším odborným vzděláním, 3 sestry s vysokoškolským (bakalářským) vzděláním a 2 sestry s vysokoškolským (magisterským) vzděláním.

Tabulka 1: Identifikační údaje dotazovaných sester

Sestra	Pohlaví	Vzdělání	Obor	Praxe v nemocnici	Praxe na DEO
S1	Žena	Střední zdravotnická škola	Všeobecná sestra	22 let	22 let
S2	Žena	Střední zdravotnická škola	Všeobecná sestra	20 let	1,5 roku
S3	Žena	Vysoká škola – bakalářské studium	Dětská sestra	1 rok	1 rok
S4	Žena	Střední zdravotnická škola	Praktická sestra	2 roky	2 roky
S5	Žena	Vysoká škola – bakalářské studium	Dětská sestra	7 měsíců	7 měsíců
S6	Žena	Vysoká škola – bakalářské studium	Dětská sestra	7 měsíců	7 měsíců
S7	Žena	Vysoká škola – magisterské studium	Dětská sestra	12 let	2 roky
S8	Žena	Střední zdravotnická škola	Všeobecná sestra	8 let	8 let
S9	Žena	Vysoká škola – magisterské studium	Dětská sestra	3 roky	1 rok
S10	Žena	Vyšší odborná škola	Všeobecná sestra	7 let	3 roky

Zdroj: vlastní zpracování

3.2.2 Identifikační údaje pacientů

Na začátku každého rozhovoru proběhla identifikace pacientů, kdy byly zjišťovány pohlaví, věk a typ operace. V tabulce uvedené níže (viz tabulka 2) je možné vidět přehled pacientů, se kterými byl veden rozhovor. V rámci tohoto výzkumného šetření bylo dotazováno 7 pacientů – 3 ženy a 4 muži ve věku od 8 do 16 let, přičemž byly 4 zákroky plánované a 3 akutní. Kromě pacienta P1 byl u rozhovorů přítomný zákonný zástupce pacienta, ale rozhovor byl veden primárně s dětmi a zákonný zástupce pouze upřesnil některé informace.

Tabulka 2: Identifikační údaje pacientů

Pacient	Věk	Pohlaví	Operace	Výkon
P1	15 let	Muž	Plánovaná	Ortopedický
P2	8 let	Muž	Plánovaná	ORL
P3	12 let	Žena	Plánovaná	Ortopedický
P4	13 let	Muž	Plánovaná	Ortopedický
P5	10 let	Žena	Akutní	Chirurgický
P6	15 let	Žena	Akutní	ORL
P7	16 let	Muž	Akutní	Chirurgický

Zdroj: vlastní zpracování

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Kategorizace odpovědí získaných od sester

Analýzou získaných dat vzniklo celkem sedm kategorií. Kategorie jsou následující: nejčastější invazivní zákroky na dětském oddělení, předoperační příprava z pohledu sestry, komplikace při přípravě na operaci, negativní dopady na dětské pacienty v průběhu hospitalizace, specifika ošetrovatelské péče v rámci předoperačního období, zájem o novinky v oboru a návrhy na zlepšení.

Kategorie 1 – Nejčastější invazivní zákroky na dětském oddělení

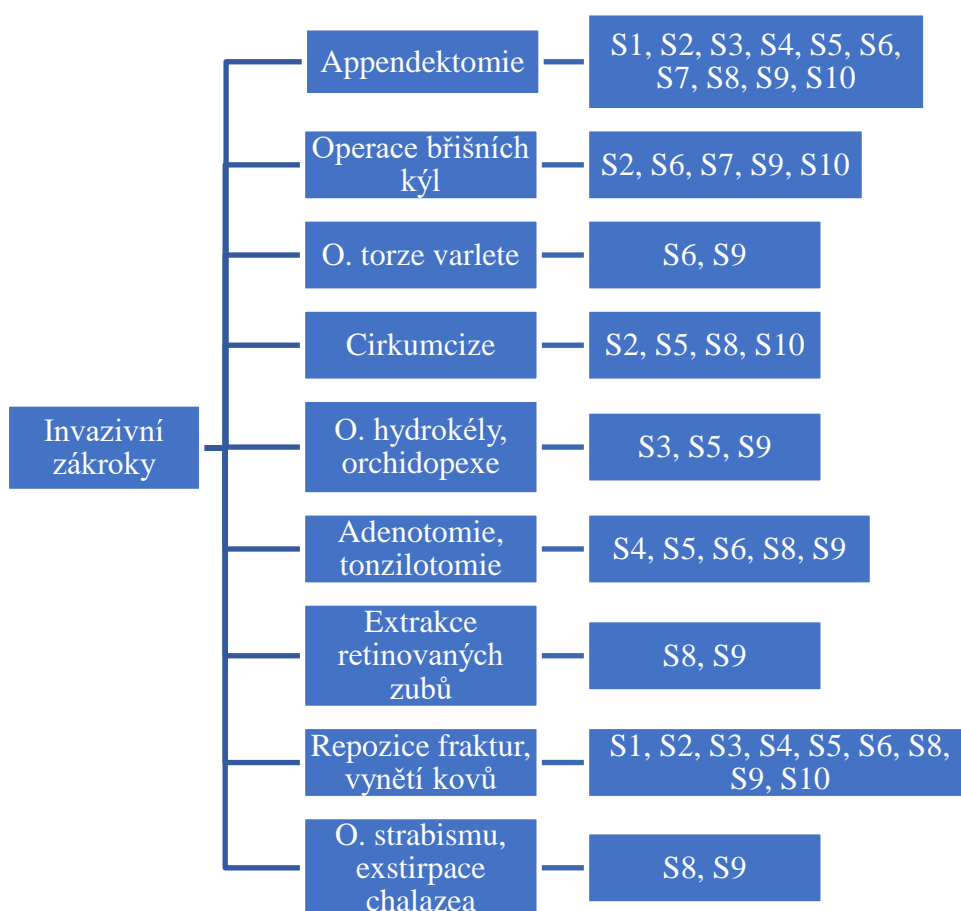


Schéma 1 Nejčastější invazivní zákroky na dětském oddělení

Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 1 – Nejčastější invazivní zákroky na dětském oddělení. V této kategorii byly sestry dotazovány na otázku: „S jakými invazivními zákroky se setkáváte na vašem pracovišti nejčastěji?“ Po chvilce přemýšlení sestry vyjmenovaly invazivní zákroky, se kterými se ve své praxi setkávají nejvíce. Na schématu je možné vidět, že škála

odpovědi byla opravdu široká. Všechny dotazované sestry uvedly apendektomii jako jednu z nejčastěji prováděných operací. Sestra S1 odpověděla: „Na našem oddělení ležávají nejčastěji pacienti po apendektomii, alespoň co se operativy týče.“ Ortopedické operace, jako jsou repozice fraktur či vynětí kovů, uvedly sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8, S9 a S10. Dále mezi často zmiňované operace lze zařadit i operace břišních kýl, které zmínily sestry S2, S6, S7, S9 a S10. „Jako jedny z častých operací se u nás provádí odstranění nosních a krčních mandlí,“ uvedla sestra S6 a s tímto tvrzením se dále shodují i sestry S4, S5, S8 a S9. Cirkumcizi ve své odpovědi uvedly sestry S2, S5, S8 a S10. Podle sester S6 a S9 se lze setkat i s operačním zákrokem řešícím torzi varlete a hydrokélu. Sestry S8 a S9 jako jediné ve svých odpovědích zmínily oční operace, a to přesně operaci strabismu a exstirpaci chalazea, dále jako jediné uvedly extrakci retinovaných zubů.

Kategorie 2 – Předoperační příprava z pohledu sestry

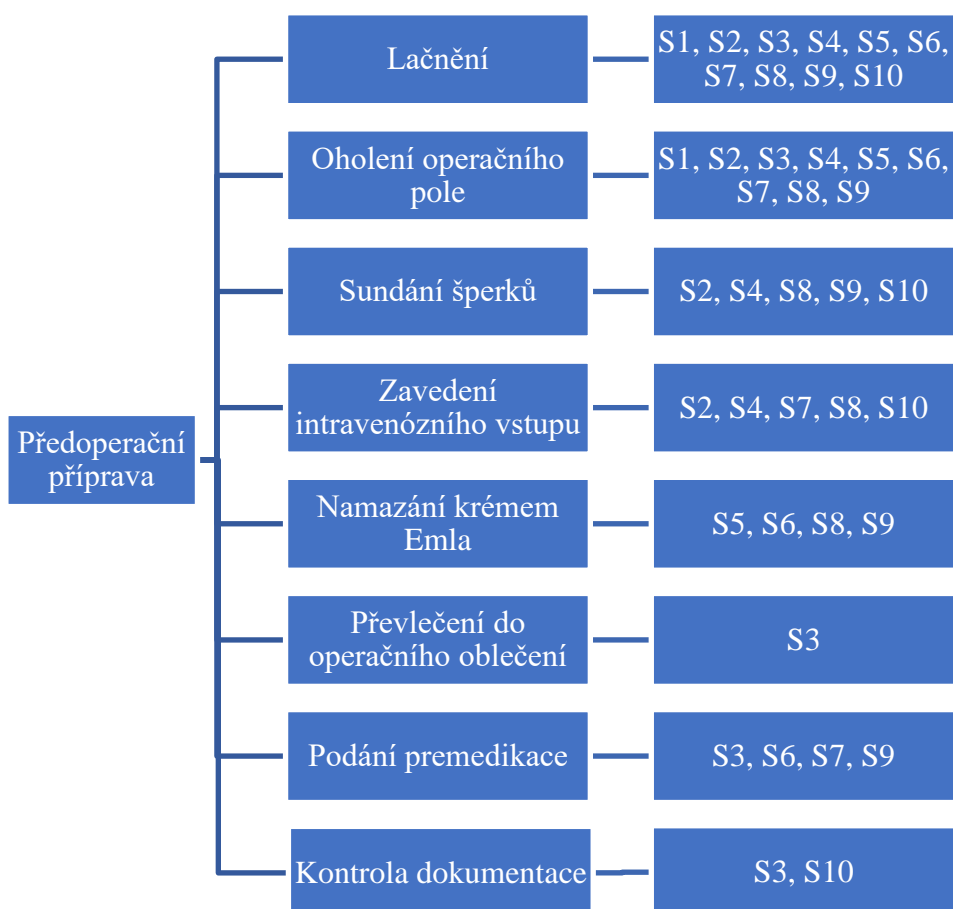


Schéma 2 Předoperační příprava z pohledu sestry

Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 2 – Předoperační příprava z pohledu sestry. V této kategorii bylo předmětem zájmu, jakým způsobem sestry připravují dětské pacienty na invazivní zákrok v rámci krátkodobé předoperační přípravy. U této otázky se sestry jednoznačně shodly, že sem patří předoperační lačnění, informantka S6 zdůraznila: „*Záleží, zda je operace plánovaná, pokud ano, tak pacient přichází od půlnoci lačný. Jedná-li se o operaci akutní, musíme čekat alespoň 6 hodin na vylačnění od posledního jídla.*“ Sestra S8 uvedla: „*Někteří anesteziologové uvádí i přesnou hodinu, kdy se pacient může napít naposledy, tato doba se odvíjí podle času, kdy bude pacient operován.*“ Dále mezi často opakovanými odpověďmi zaznělo oholení operačního pole, sundání veškerých šperků, zavedení intravenózního vstupu nebo namazání místa vpichu krémem Emla. Informantka S3 jako jediná uvedla, že pacienta převléká do operačního oblečení (otevřená košile, tzv. anděl a čepice), a naopak informantka S9 odpověděla: „*My zde klasického anděla nepoužíváme, takže děti pouze informujeme, ať jsou převlečené ve svém pyžámku.*“ Informantky S3, S6, S7 a S9 se shodly, že pacientům podávají premedikaci, a sestra S9 dodala: „*U nás se nejčastěji jako premedikace u menších dětí dává sirup simplex s Midazolem a u větších dětí většinou dáváme Lexaurin, Diazepam nebo i Dipidolor.*“ Informantky S3 a S10 uvádějí, že před operačním zákrokem kontrolují pacientovu dokumentaci a podepsání veškerých potřebných souhlasů (souhlas zákonného zástupce s daným výkonem a anestézií). Dále bylo předmětem zájmu, jakým způsobem dětské sestry poučují pacienty a jejich zákonné zástupce před operací a zda k tomu využívají nějaké materiály (např. edukační brožurky či letáčky související s operačním zákrokem). Informantky se shodly, že informují pacienty hlavně ústně s použitím informovaného souhlasu. Informantka S5 odpověděla: „*K nám pacienti většinou přicházejí již poučení z odborných ambulancí, ale já osobně jim vše ještě jednou zopakuji.*“ Informantky S4, S6 a S9 uvedly, že využívají jako pomůcku k přípravě na operaci i plyšáka. Informantka S4 ještě dodala, že děti a jejich rodiče dostávají již na ambulanci brožury ohledně chodu oddělení a předoperační přípravy.

Kategorie 3 – Komplikace při přípravě na operaci

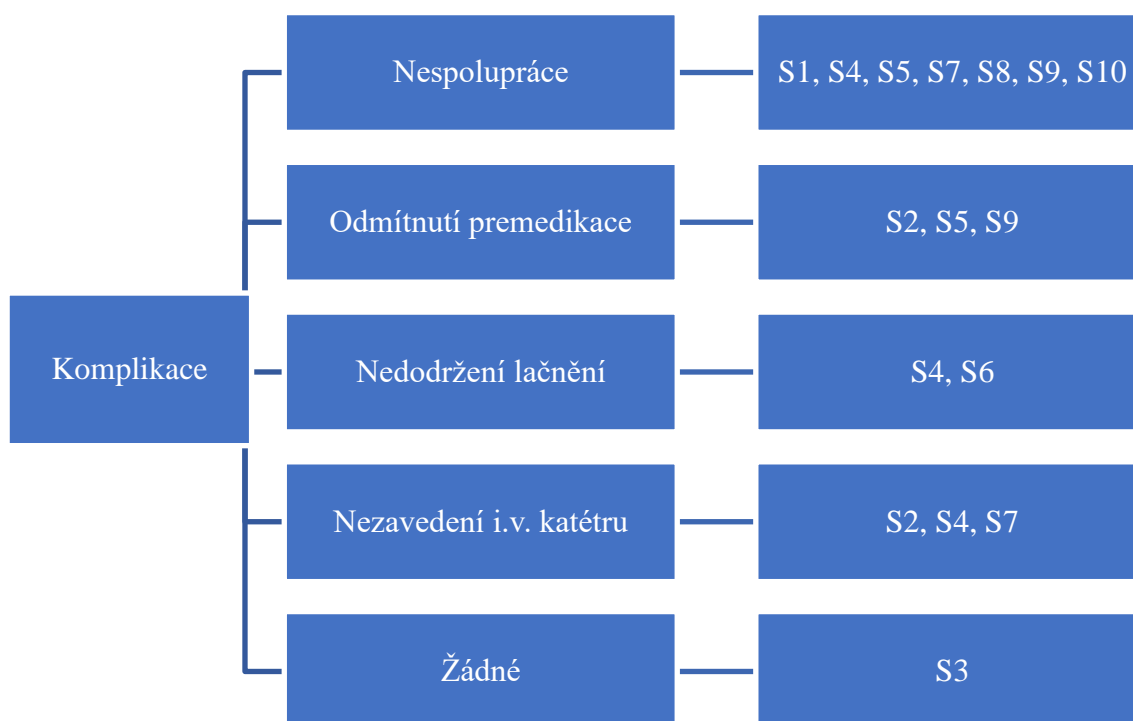


Schéma 3 Komplikace při přípravě na operaci

Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 3 – Komplikace při přípravě na operaci. Ve třetí kategorii bylo zjišťováno, jaké komplikace se vyskytují při přípravě dětského pacienta na operaci. Sestry S1, S4, S5, S7, S8, S9 a S10 uvedly jako komplikaci nespolupráci dětského pacienta. Sestra S5 odpověděla: „*Jako největší komplikaci vnímám nespolupráci pacienta, například když jdeme dát sirup, tak to některé děti prostě nespolknou, a to má za důsledek, že nejsou tak zklidněné, jak bychom chtěli.*“ Sestra S4 uvedla: „*Dítě má strach, protože ty situace jsou pro něj nové, nechce spolupracovat, brečí a vzteká se.*“ Sestry S2, S5 a S9 odpověděly, že jako jednu z komplikací vidí odmítnutí premedikace. Na odpovědi, že pacient nedodrží lačnění, se shodují sestry S4 a S6, sestra S4 odpověděla: „*Nedodržení lačnění bývá jako komplikace taky velmi často, prostě se v noci napijí a nevydrží to až do rána.*“ Informantky S2, S4 a S7 odpověděly, že mezi komplikace patří nepovedené zavedení intravenózního katétru. Sestra S4 uvedla: „*Pokud pacient nespolupracuje a je neklidný, může být velmi obtížné zavést kanylu. Když zavedení kanyly musíme několikrát opakovat, je pacient o to neklidnější.*“ Sestra S3 odpověděla, že se za svoji praxi s žádnými zásadními komplikacemi nesetkala.

Kategorie 4 – Negativní dopady na dětské pacienty v průběhu hospitalizace

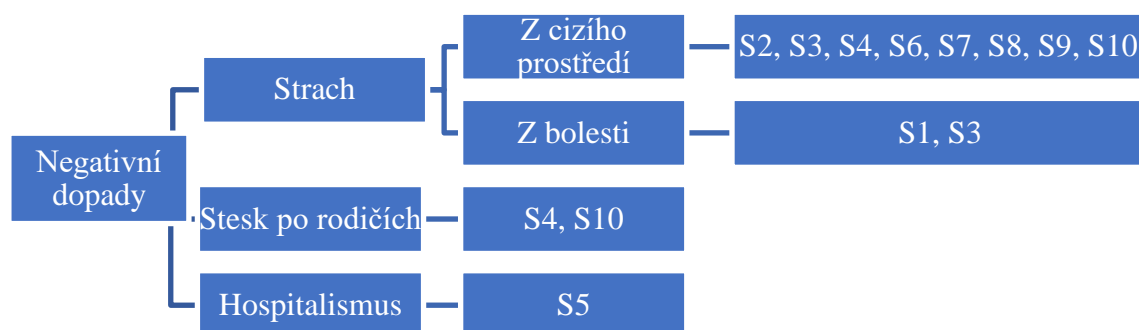


Schéma 4 Negativní dopady na dětské pacienty v průběhu hospitalizace

Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 4 – Negativní dopady se zabývala otázkou: „*Jaké jsou podle vás nejčastější negativní dopady na dětského pacienta spojené s hospitalizací a invazivním zákrokem?*“ Často zmiňovanou odpovědí byl strach obecně. Informantky S2, S3, S4, S6, S7, S8, S9 a S10 odpověděly, že se dětské pacienty bojí cizího prostředí či nových neznámých tváří, a to na ně může negativně působit. Sestra S9 uvedla: „*Děti nemají rády nemocnici jako takovou, například můžou mít strach z vyšetřoven, ústenek nebo bílého oblečení.*“ Sestry S1 a S3 se shodly, že děti mají strach z bolesti, která bývá se zákrokem spojena. „*Pro děti jsou invazivní zákroky bolestivé, proto jsou zákroky spojené navíc s úzkostí, která setrvává nějakou dobu, než dítě zjistí, že vlastně ten výkon byl jeden a že teď už ten přístup bude klidnější.*“ „*Dítě musí nabyt jistoty, že už se ten bolestivý výkon nebude opakovat,*“ zmínila S1. Informantky S4 a S10 dále zmínily jako jeden z negativních dopadů stesk po rodičích. Jediná z oslovených informantek S5 uvedla: „*Pokud jsou děti dlouhodobě hospitalizované, může se u nich objevit takzvaný hospitalismus, proto je dle mého důležité děti hospitalizovat pouze v nezbytně nutných případech a dobu hospitalizace zbytečně neprodlužovat.*“ Na konci své odpovědi sestra S8 dodala: „*Všichni jsme individuální, ta hospitalizace na někoho dopadá a někdo to snáší dobře. Já si myslím, že většina dětí a rodičů odsud odchází spokojeně s úsměvem na tváři a neodnáší si domů traumata.*“ Dále bylo předmětem zájmu, jak těmto negativním dopadům mohou sestry předcházet. Všechny sestry se po krátkém zamyšlení shodly, že nedílnou součástí hospitalizace dětských pacientů je možnost kontaktu s rodičem. Sestra S3 uvedla: „*Děti do 6 let jsou hospitalizované spolu s rodiči, aby mělo možnost tu někoho mít. I pokud jsou děti starší, je dobré, aby po celou dobu hospitalizace sestry nabízely možnost návštěv.*“ A jediná sestra S10 uvedla: „*Podle*

mého názoru záleží velmi na vystupování ošetrovatelského personálu, pokud nejsme dostatečně vstřícní, empatičtí a působíme nejistě, děti i rodiče mohou nabýt strachu a úzkosti.“

Kategorie 5 – Specifika ošetrovatelské péče v rámci předoperačního období

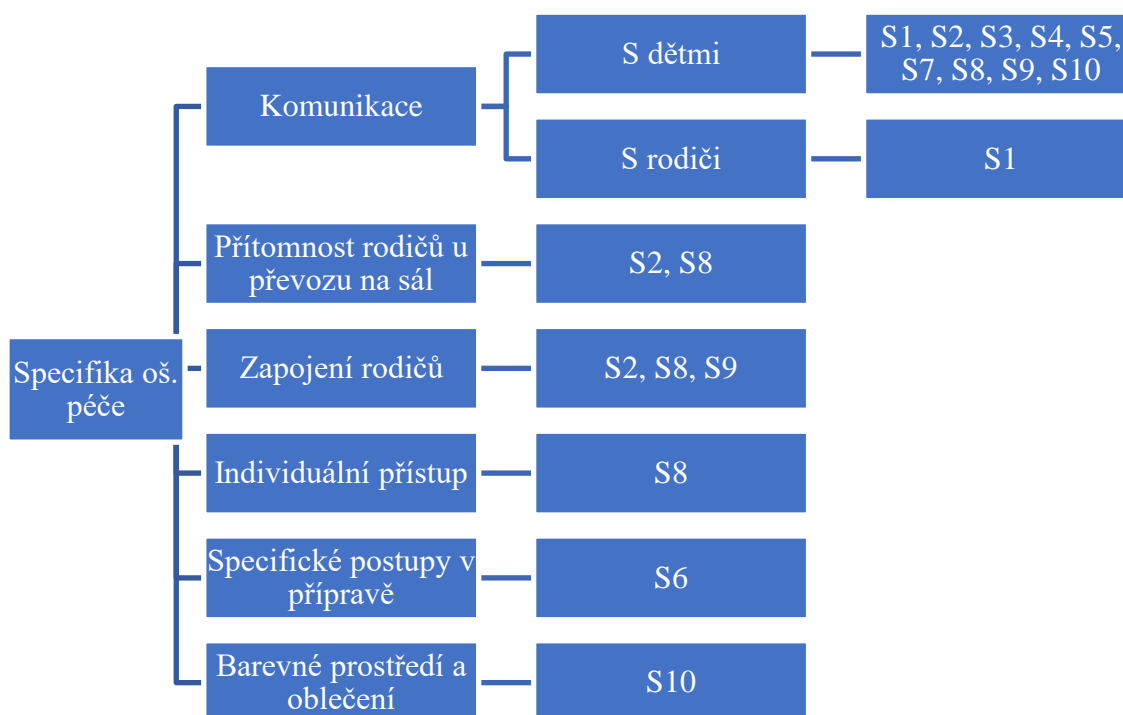


Schéma 5 Specifika ošetrovatelské péče v rámci předoperačního období

Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 5 – Specifika ošetrovatelské péče v rámci předoperačního období. Pátá kategorie ukazuje odpovědi sester týkající se specifík ošetrovatelské péče na dětském oddělení v rámci předoperační přípravy. Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S7, S8, S9 a S10 se shodly, že komunikace ve spolupráci s dětským pacientem je klíčová. Sestra S1 navíc zdůraznila i komunikaci s rodičem: „U dětí je důležité vysvětlovat a popisovat naše postupy úměrně jejich věku, aby byly schopné pochopit, co všechno se děje a bude dít. Musíme mít na mysli, že u dítěte je vždy přítomen rodič, takže je důležitá komunikace i s tím rodičem, a nejen s dítětem.“ Sestra S3 dodala: „Dětem je důležité nelhat, aby v nás neztratily potřebnou důvěru. Nerada také vidím, když některé sestry používají věty typu: *nebreč, jsi už velký kluk a velcí kluci nepláčou. To mi přijde velmi neempatické a neprofesionální, jelikož děti před operací mají strach a takové řeči jim nepomohou.*“ Sestra S8 zdůrazňuje individualitu každého dítěte: „Každé dítě je jiné, někoho stačí poučit jednou o předoperačním režimu a je mu vše jasné. Jsou ale i děti, kterým je nutné

to vysvětlit vícekrát. Vždy se radši doptávám, zda všemu rozumí a jestli nemají nějaké otázky.“ Sestra S9 zmínila: „Já aktivně zapojuji rodiče do péče, pokud je to alespoň trochu možné. Například u polykání premedikace.“ Stejnou odpověď uvedly i sestry S2 a S8, které ji navíc doplnily o možnost doprovázení dětí jejich zákonnými zástupci přímo k překladové místnosti. Sestra S6 odpověděla: „Myslím, že si při práci na dětském oddělení musíme trochu přizpůsobovat i postupy některých výkonů, například u zavedení kanyly před operací používáme vibrační včeličku nebo berušku, která se nasadí na škrtidlo a má za úkol odvést pozornost od tohoto nepříjemného výkonu. To vidím jako specifikum.“ Sestra S10 uvedla: „Napadá mě ještě hezky barevné prostředí a možnost nosit barevné haleny, pro děti je to u nás na oddělení hned příjemnější a může to snížit strach před operací.“ Dále bylo v této kategorii zjišťováno využití herní terapie v předoperační přípravě. Všechny sestry uvedly, že herní terapii nevyužívají. Sestra S9 odpověděla: „Herní terapii před operací úplně nevyužíváme, jelikož na operace se většinou jezdí dopoledne, a to tady bývá dost rušno. Děti ale mají neomezený přístup do herny, kde si můžou cokoli vzít s sebou na pokoj.“ Sestra S8 ke své odpovědi ještě dodala: „Naše oddělení navštěvují zdravotní klauni a divadýlko, ale to využíváme spíše u dětí již po operaci, podle jejich stavu.“

Kategorie 6 – Zájem o novinky v oboru

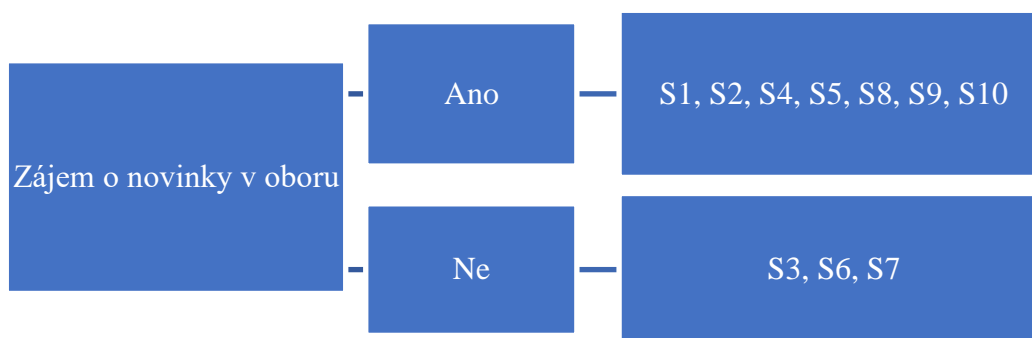


Schéma 6 Zájem o novinky v oboru

Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 6 – Zájem o novinky v oboru. Šestá kategorie zahrnuje odpovědi informantek na otázky: „Nabízí váš zaměstnavatel možnosti se dále vzdělávat v oboru?“ a „Zajímáte se o novinky v oboru z vlastní iniciativy?“ V odpovědi na první otázku se všechny informantky shodly a odpověděly, že zaměstnavatel nabízí možnosti dalšího vzdělávání. Informantka S2 uvedla: „Jako sestra mám povinnost se vzdělávat, takže ano, navštěvuji semináře v rámci nemocnice. Ráda se vzdělávám, co se týče seminářů zaměřených přímo na dětské pacienty i na ty, co jsou zaměřeny obecně, nabídka je opravdu široká.“

Mě osobně nejvíce zaujal seminář, který pojednával o možnostech, které děti mají v různých krizových situacích a lince bezpečí. Dozvěděla jsem spoustu nových informací a seminář byl pro mě přínosem.“ Naopak informantka S7 odpověděla: „Seminářů a kurzů se účastním pouze, protože musím nasbírat dostatečné množství kreditů. Nemocnice ani nenabízí ničím zajímavé semináře, pravidelně je to správná hygiena rukou nebo BOZP.“ U druhé otázky tak jednoznačná odpověď nebyla. Informantky S1, S2, S4, S5, S8, S9 a 10 odpověděly, že se o novinky v oboru zajímají i z vlastního zájmu. Sestra S4 uvedla: „Zájem z mé strany určitě je, ráda jsem obohacována novými vědomostmi. Měla jsem i tu možnost přednášet na dnech kazuistických, a to pro mě bylo opravdu zajímavé.“ Sestry S3, S6 a S7 odpověděly, že se o novinky v oboru z vlastní iniciativy nezajímají. „Vzhledem k tomu, že jsem tady krátce, tak se spíš stále učím základní dovednosti a běžný chod oddělení,“ uvedla S6. Sestra S3 odpověděla podobně, navíc k tomu uvedla: „Pokud ale v praxi narazím na nějaký výkon, který jsem neměla ještě možnost za ten rok vidět nebo si ho zkusit, tak si o tom přečtu, abych si ho připomněla a v budoucnu již byla připravená.“ Sestra S7 odpověděla, že má již dostatečně vysoké vzdělání, a proto se dále ze své iniciativy o nové skutečnosti v oboru nezajímá.

Kategorie 7 – Návrhy na zlepšení

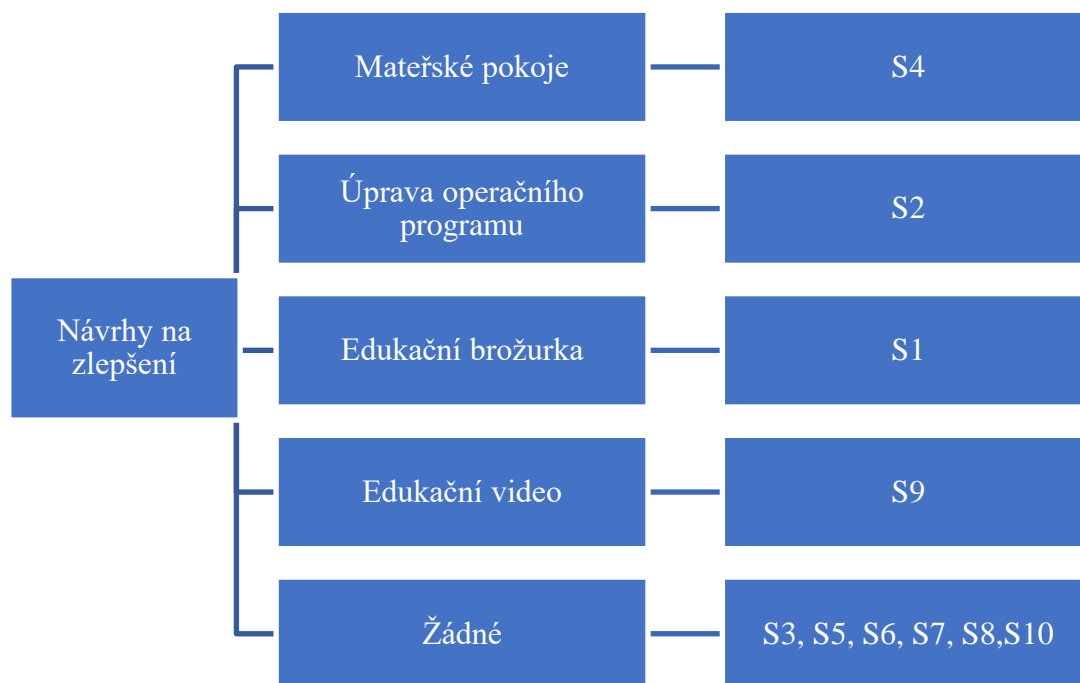


Schéma 7 Návrhy na zlepšení

Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 7 – Návrhy na zlepšení. V poslední kategorii byly sestry dotazovány otázkou: „*Je něco, co byste na vašem oddělení změnila v rámci přípravy dětského pacienta na invazivní zákrok?*“ Většina sester se shodla, že na jejich oddělení by nic neměnily, konkrétně sestry S3, S5, S6, S7, S8 a S10. Sestra S8 by nic neměnila, protože dle jejího názoru je vše dobře nastavené, zatímco sestra S6 uvedla, že je na oddělení pouze krátce a zatím nenašla nic, co by chtěla změnit nebo zlepšit. Každá ze zbylých sester by na svém oddělení změnila něco jiného. Sestra S4 odpověděla: „*Myslím si, že tady není úplně vymyšlený systém s matkami, není tu prostor pro mateřské pokoje, takže ty maminky tady nemají dostatek komfortu, nemají vlastní postel, takže musí být celou dobu na židli. Je to jak pro nás, tak pro ně dost komplikovaný.*“ Sestra S1 a S9 se shodly v tom, že jim na oddělení chybí nějaké edukační materiály, sestra S1 by uvítala nějakou edukační brožurku, zatímco sestra S9 uvedla: „*Podle mě by byla šikovná krátká videoukázka, kde bude pro děti srozumitelně ukázáno, jaká je příprava na operaci. Něco jako dříve byl 'Byl jednou jeden život'.*“ Sestra S2 by ráda změnila pořadí operantů tak, aby dětští pacienti šli na sál přednostně a nemuseli dlouho čekat.

4.2 Kategorizace odpovědí získaných od pacientů

Analýzou získaných dat vznikly celkem tři kategorie. Jde o kategorie: příjem dítěte k invazivnímu zákroku, příprava na invazivní zákrok z pohledu dětského pacienta a spokojenost dětského pacienta s hospitalizací a přípravou na operaci.

Kategorie 1 – Příjem dítěte k invazivnímu zákroku



Schéma 8 Příjem dítěte k invazivnímu zákroku

Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 1 – Příjem dítěte k invazivnímu zákroku. V této kategorii byla od pacientů zjišťována odpověď na otázku: „*Jak vypadal váš příjem do nemocnice?*“ Odpovědi pacientů si lze rozdělit podle toho, zda se jednalo o akutní či plánovaný příjem. Každý

z těchto příjmů vypadal jinak. Pacienti P1, P2, P3 a P4 byli přijati k plánovanému výkonu, všichni procházeli přes dětskou ambulanci, kde byl lékařem zhodnocen jejich stav, a následně byli přijati na oddělení, zde ovšem podobnost jejich příjmů končí a každý z nich má zkušenost poněkud odlišnou. Pacient P1 uvedl: *„Po příchodu na oddělení jsem čekal asi hodinu na pokoj, protože tu neměli volné lůžko. Po hodině čekání mě sestřička zavedla na pokoj, kde mi ukázala koupelnu a signalizační zařízení.“* Pacient P2 odpověděl: *„Spolu s maminkou nás sestřička dovedla na pokoj, zkontrolovala si můj náramek na ruce a odešla.“* Na doptání, zda byl nějak proveden po pokoji či oddělení, pacient odpověděl, že ne. Pacientka P3 uvedla: *„Na oddělení už probíhalo všechno hrozně rychle. Sestřička mi ukázala pokoj a informovala mě, ať se převléknu do pyžama, a na ruku mi namazala krém, jelikož jsem za chvíli měla jet na ortopedii.“* Pacient P4 byl otázkou lehce zaskočený a musel chvíli přemýšlet o sledu událostí, nakonec odpověděl: *„Na pokoji mi sestry změřily tlak, zeptaly se mě, s jakým kolenem budu operován, a dostal jsem od nich náramek.“* Úplně rozdílně vypadaly příjmy pacientů P5, P6 a P7, kteří byli přijímáni s akutní diagnózou. Pacientka P5 uvedla: *„Prvně jsem jela s rodiči za mojí paní doktorkou, ta mě poslala do nemocnice. Na chirurgické ambulanci si mě zkontroloval pan doktor, který mě poslal na vyšetření s gelem, a tam mi řekli, že mám podezření na apendix, a převezli mě sem na dětské.“* Pacientka P6 popisuje svůj příjem do nemocnice následovně: *„Nejdřív jsme šli s tatškou na ORL ambulanci, tam si mě pan primář prohlédl, dal mi hodně bolestivou injekci do pusy a řekl mi, že ještě ten večer musím na operaci a zůstat v nemocnici.“* Poslední pacient P7 uvedl: *„Můj příjem vypadal tak, že jsme dojeli s mamkou na urgent po tom, co mě celý den bolela pravá strana břicha, tam mi odebrali krev. A chtěli po mně i moč, tak mi sestra řekla, ať hodně piju. Pak mě poslali na dětský, kde se mi představila paní doktorka, řekla mi, že si mám stoupnout na pravou nohu a poposkočit si. Když to bolelo, tak řekla, že to bude pravděpodobně slepák a poslala mě lehnout si na pokoj. Tam mi řekli, že si mám sundat šperky, a dostal jsem červený náramek.“* Dále bylo v této kategorii zjišťováno, zda se ošetřující personál při příjmu daným pacientům představil. Pacienti P3 a P4 se shodli, že se jim ošetřující i lékařský personál představil. Naopak pacienti P2, P5 a P6 uvedli, že se jim nepředstavil vůbec nikdo. Pacient P1 odpověděl, že se mu představil pouze lékař. *„Na urgentu se mi nepředstavil nikdo. Až na dětském oddělení se mi představila paní doktorka,“* uvedl pacient P7.

Kategorie 2 – Příprava na invazivní zákrok z pohledu dětského pacienta

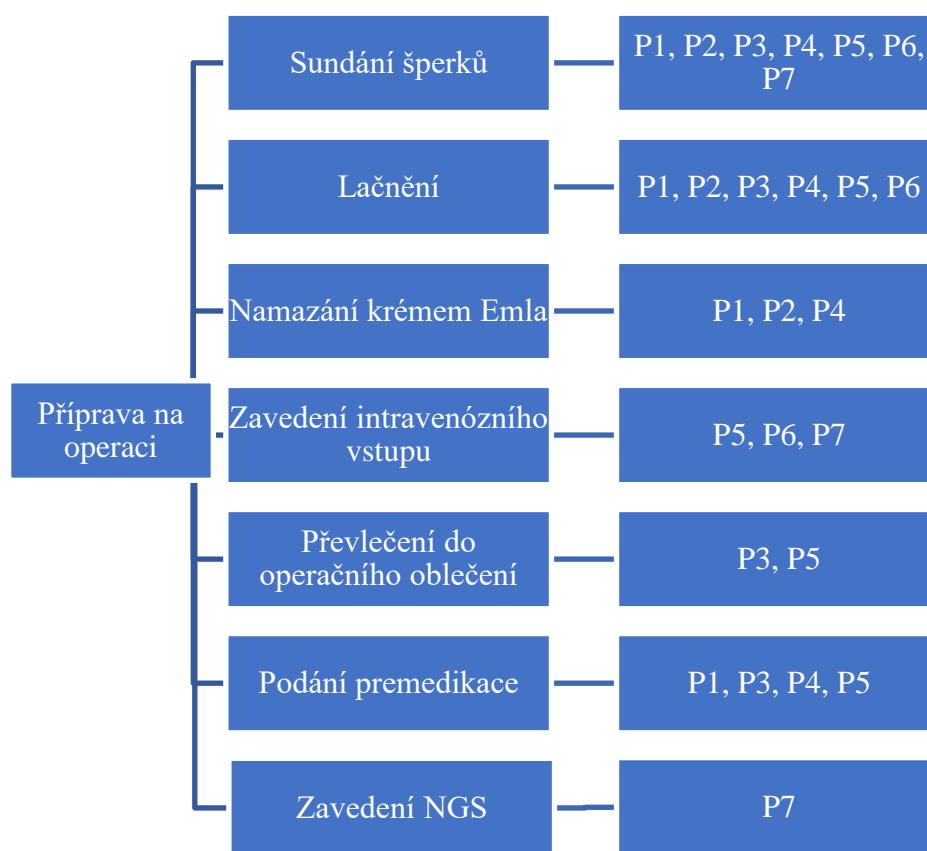


Schéma 9 Příprava na invazivní zákrok z pohledu dětského pacienta

Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 2 – Příprava na invazivní zákrok z pohledu dětského pacienta. Druhá vytvořená kategorie se zabývala průběhem samotné přípravy na operaci z pohledu dětského pacienta. V této kategorii je možné vidět, jak prováděné úkony dětské pacienty v předoperační přípravě vnímají a jak na ně působí. Všichni pacienti se shodli, že je ošetřující personál informoval o nutnosti sundání veškerých šperků či kovů. Pacienti P1, P2, P3, P4 a P5 se dále shodli na tom, že museli lačnit. Pouze pacient P7 uvedl: „*Na urgentu mi dali vypít spoustu vody kvůli odběru moči. Takže mi nakonec museli navíc zavádět hadičku přes nos do žaludku.*“ Podání premedikace ve svých odpovědích uvedli pacienti P1, P3, P4 a P5. „*Dostala jsem malý prášek. Sestřička mi řekla, ať ho zapiju jen jedním lokem, ale nevyšlo to, tak jsem ho musela zapít třikrát,*“ uvedla pacientka P5. Pacient P1 odpověděl: „*Před operací mi sestřička dávala injekci do zadku a řekla mi, ať už nikam nechodím, protože můžu být omámený.*“ Namazání analgetickým krémem Emla uvedli pacienti P1, P2 a P4. U pacientů P5, P6 a P7 byl na oddělení zaveden intravenózní katétr. „*Když mi sestřičky píchaly kanylu, tak jim to nešlo a brečela jsem.*“

Povedlo se to až na jedenáctý pokus,“ uvedla pacientka P5. Podobně odpovídá i pacient P7: *„Sestry mi zaváděly kanylu do předloktí, i když jsem jim říkal, že tam mám špatné žíly, a ukazoval jim lepší místo, kde mi obvykle nabírají krev. Asi po patnácti vpichách mi jí nakonec daly na to místo, na které jsem ukazoval.“* Pacientovi P3 byla kanyla zavedena až na sále bez předešlého použití Emla krému. Převlékání do operační košile zmínili pacienti P3 a P5. Ostatní pacienti P1, P2, P4, P6 a P7 byli na sál převezeni ve vlastním pyžamu.

Kategorie 3 – Spokojenost pacientů s hospitalizací a přípravou na operaci

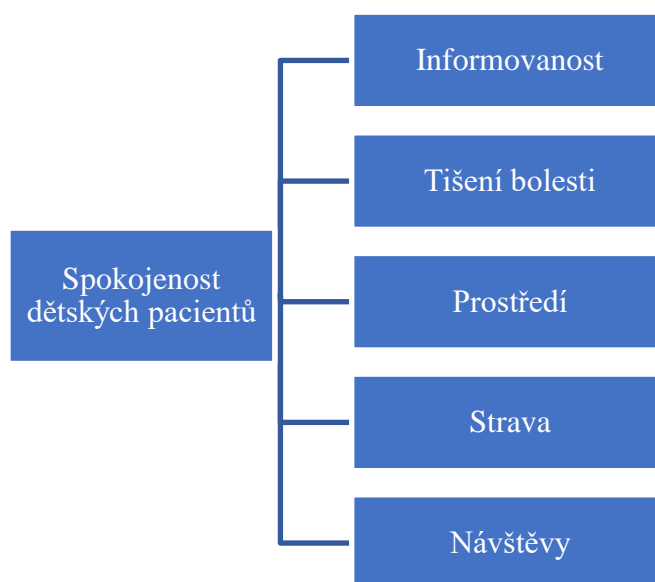


Schéma 10 Spokojenost pacientů s hospitalizací a přípravou na operaci

Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 3 – Spokojenost pacientů s hospitalizací a přípravou na operaci odhaluje odpovědi pacientů na otázky týkající se jejich pobytu v nemocnici a předoperační přípravy. Pozornost byla upřena na několik kritérií týkajících se kvality poskytované péče. Jednalo se o kritéria: informovanost pacientů, tišení bolesti, prostředí, strava a návštěvy. Pacienti byli nejprve dotázáni otázkou: *„Jakým způsobem jste byl informovaný o výkonu?“* Na tuto otázku pacienti odpověděli jednotně za asistence svých zákonných zástupců. Všichni pacienti byli edukováni ústně za pomoci informovaného souhlasu s výkonem. Dále byli pacienti dotázáni: *„Byly vám poskytnuty informační letáky, brožury či manuál týkající se operačního výkonu či přípravy na něj?“* Pacienti P2, P5 a P7 uvedli, že žádné speciální edukační materiály nedostali. Pacientka P5 odpověděla: *„Zatím jsem žádné brožurky nedostala, ale myslím, že*

sestřička říkala, že nějaké pokyny rodiče dostanou při odchodu.“ Pacient P1 uvedl: *„Dostal jsem již předtím na ambulanci papíry o tom, co ta operace obnáší a jaký jsou její rizika.“* *„Dostali jsme na ortopedické ambulanci letáčky o tom, co s sebou máme mít, a nějaké papíry týkající se přímo operace,“* odpověděl pacient P4. S tímto názorem se shoduje i pacientka P3.

Pacienti byli dále dotázáni na otázku: *„Pokud jste něčemu nepochopil, měl jste prostor na to se personálu zeptat?“* Při odpovědi na tuto otázku se pacienti jednoznačně shodli. Podle pacientů byl personál velmi ochotný a vždy na případné otázky odpověděl. Pacientka P3 uvedla: *„Sestřička se mě na konci rozhovoru vždy zeptala, jestli všemu rozumím, takže možnost doptání se určitě byla, ale já stejně vše pochopila napoprvé.“*

Dotazování pacientů pokračovalo otázkou zabývající se tišením bolesti před a po výkonu. Pacienti P1, P2, P4, P5 a P6 se shodli, že pokud se bolest objevila, zdravotnický personál aktivně nabízel možnosti, jak tuto bolest zvládnout. Pacient P1 odpověděl: *„Po operaci jsem dostal malou kapačku s nějakým lékem, který mi pomohl od bolesti. Také mi sestřička pravidelně měnila obklady s ledem.“* Pacientka P6 se setkala s negativní zkušeností: *„Sestřičce jsem si stěžovala na bolest, na kterou jsem dostala prášek, který moc nepomohl. Bolest jsem musela zaspat.“* Pacient P7 si stěžoval na zbytečnou bolest při zavádění kanyly, jelikož nebylo respektováno jeho přání týkající se místa zavedení. Dále bylo předmětem zájmu, jak se pacientům líbilo prostředí, ve kterém probíhala příprava na operaci a následná hospitalizace. Pacienti byli dotazováni, jak jsou spokojeni s vybavením a vzhledem pokoje. Všichni pacienti odpověděli, že vybavení pokojů bylo dobré a prostředí jim bylo sympatické. Pacient P7 odpověděl: *„Je to tady hezký, čistý a líbí se mi malůvky na zdech. Mám tu televizi a zásuvku k nabíjení mobilu, nic víc ani nepotřebuji.“* Pacientům byla dále položena otázka: *„Měl jste možnost využít dětskou hernu? Bylo její vybavení dostatečné?“* Všichni pacienti se shodli, že měli možnost navštívit dětskou hernu, ale ne všichni tuto nabídku využili. Pacienti P1, P3, P6 a P7 hernu nenavštívili, protože vzhledem k jejich věku pro ně nebyla atraktivní. Pacientka P5 uvedla: *„Hračky v herně jsou už docela staré a panenky, které tam jsou vystavené, mě trochu děsí.“* Pacientovi P2 v herně chyběly nějaké společenské hry, jako jsou například karty, které by mohl hrát s ostatními dětmi. Dalším kritériem byla nemocniční strava. Pacienti P1, P3 a P4 byli s nemocniční stravou spokojeni. Pacient P1 uvedl: *„Občas je jídlo málo slané, ale nic,*

co by se nedalo přežít.“ Pacienti P2, P5, P6 a P7 měli vzhledem k prováděnému zákroku stravu omezenou, proto nebyla hodnocena příliš kladně. Pacient P7 s úsměvem odpověděl: *„Po operaci mi sestry nosily neslazený čaj, což mi udělalo radost. Dneska jsem měl k obědu kaši s mletým masem, a to bych si už znovu asi nedal.*“ Pacientka P5 uvedla: *„Po operaci jsem dostávala takovou polévku s vajíčkem a ta mi moc nechutnala.*“ Nakonec bylo od pacientů zjišťováno, zda byli spokojeni s návštěvním režimem. Pacienti P1, P2, P3, P4, P5, P6 byli s návštěvním režimem spokojeni. Pacientka P5 uvedla: *„Mamka tady se mnou mohla být až do večera.*“ Pouze pacient P7 měl nějakou výtku k možnostem návštěv: *„Rodiče za mnou mohli, ale moje holka to měla od sestřiček zakázané, protože sem můžou prý pouze rodinní příslušníci.*“

5 Diskuse

Diskusní část bakalářské práce je věnována shrnutí zpracovaných výsledků z výzkumného šetření včetně jejich zasazení do kontextu zkoumané problematiky odborné literatury, příp. jiných výzkumných studií. Předem definovaných cílů bylo úspěšně dosaženo prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření. Jeho cílem bylo zjistit ošetřovatelská specifika přípravy dětského pacienta na invazivní zákrok a úlohu sestry při minimalizaci dopadů negativních vlivů spojených s přípravou na operaci. Výzkumné šetření bylo uskutečněno metodou dotazování a technikou hloubkových polostrukturovaných rozhovorů se sestrami a dětskými pacienty. Výzkumu se zúčastnilo celkem 10 sester a 7 dětí ze dvou vybraných nemocnic v rámci Jihočeského kraje.

Rozhovory ukázaly, že nejčastějším invazivním zákrokem na dětském oddělení je dle všech deseti dotazovaných sester (S1-S10) appendektomie, což potvrzují Hollinger a Lee (2021), přičemž doplňují, že akutní apendicitida je nejčastější u dětí ve věku od 10 do 18 let. Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8, S9, S10 v této souvislosti uvedly repozice fraktur a vynětí kovů. Sestry S4, S5, S6, S8 a S9 pak zmínily operace břišních kýl. Naopak Ferko e al. (2015) uvádějí jako nejčastěji se vyskytující invazivní zákrok u dětí namísto břišních kýl kýly tříselné, objevující se ve 30 % případů u předčasně narozených dětí s porodní hmotností nižší než 1 000 gramů. Tříselné a pupeční kýly ve smyslu nejčastějších operačních zákroků u dětí zmiňuje v rozhovoru i primářka chirurgie Horáková (nemocnice Písek) (Kadlčáková, 2016). Lze konstatovat, že druhy prováděných operačních výkonů u dětských pacientů jsou poměrně rozmanité. Nezbytné je rovněž připustit skutečnost, že invazivní zákroky se u dětí pochopitelně liší v závislosti na oddělení zdravotnického zařízení.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že nedílnou součástí předoperační přípravy u dětí je podle všech dotazovaných sester (S1-S10) lačnění a restrikce tekutin, které se však odvíjejí od toho, zda se jedná o plánovaný či akutní operační zákrok. Důležitost lačnění a omezení příjmu tekutin ve svém přehledovém článku zmiňuje i Vojtíšek (2016). Dále k předoperační přípravě patří oholení operačního pole, což zmínily sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8 a S9. Další nejčastěji vykonávanou činností v rámci perioperační přípravy dětí na operaci je podle dotazovaných sester sundání šperků a zavedení intravenózního vstupu. Jedná se tedy o výkony, které jsou prováděny v rámci bezprostřední předoperační přípravy na invazivní zákrok.

Výsledky výzkumu ukázaly, že podle dotazovaných sester S1, S4, S5, S7, S8, S9 a S10 je nejčastější a největší komplikací v rámci předoperační přípravy u dětských pacientů nespolupráce dětí. S tímto souvisí i provádění dalších předoperačních činností jako odmítnutí premedikace či nemožnost zavedení intravenózního katetru. Dle autorčiných zkušeností získaných během praxí v nemocnici lze zařadit i jako jednu z komplikací také nespolupráci rodičů dětí. Autorka se například setkala s rodiči, kteří dítěti ani neřekli, že je hospitalizované z důvodu operačního zákroku. S takovým dítětem je poté obtížné pracovat, jelikož na hospitalizaci nebylo nijak připraveno.

Kvalitativním výzkumným šetřením byl dále identifikován nejčastější negativní dopad na dětského pacienta spojený s hospitalizací a invazivním zákrokem. Všechny 10 sester účastnících se rozhovorů se shodlo na tom, že nejčastějším negativním dopadem operace a hospitalizace na děti je strach. Sestry S2, S3, S4, S6, S7, S8, S9 a S10 uvedly, že děti se nejvíce bojí cizího prostředí či nových pro ně neznámých tváří. Sestry S1 a S3 v této souvislosti uvedly strach z bolesti, která bývá s operačními výkony spojena. Tyto zjištěné skutečnosti potvrzuje Leifer (2014), podle ní jsou největšími zdroji stresu u hospitalizovaných dětí strach a bolest z invazivních zákroků. Současně upřesňuje faktory ovlivňující zdroje stresu u dětských pacientů. Patří k nim věk dítěte, psychický stav rodičů, velikost rodiny, kulturní a náboženské faktory, předchozí zkušenosti s hospitalizací a zdravotnickým personálem a aktuální zdravotní stav dítěte v rámci hospitalizace. Dle autorky je strach běžnou součástí lidského života a je tedy přirozené, že se děti v rámci příprav na operaci bojí. Z pohledu dětí se jedná o něco cizího a neznámého, a proto by měly dětské sestry přistupovat k pacientovi individuálně a s dostatečnou dávkou pochopení. Kategorie nejčastějších negativních dopadů na dětského pacienta v souvislosti s hospitalizací a invazivním zákrokem se vztahovala k prvnímu výzkumnému cíli. Bylo jí zjištění úlohy sestry při minimalizaci dopadů negativních vlivů spojených s přípravou na invazivní zákrok. Tomuto výzkumnému cíli odpovídala druhá výzkumná otázka. Ta zjišťovala způsoby, jimiž může dětská sestra minimalizovat negativní dopady na dětského pacienta. V souvislosti s prožívaným strachem dětských pacientů z prostředí či bolesti z operace lze konstatovat, že na tomto místě nabývá na významu úloha samotné sestry. Za účelem zvládnutí, překonání či odbourání strachu u dětí, stejně jako pro zajištění jejich spolupráce při provádění ošetrovatelských a lékařských činností spojených s předoperační přípravou jsou důležité klidný, přívětivý a trpělivý přístup, snaha o získání důvěry, vyjádření porozumění z přítomných

obav a strachu, poskytování podpory a dostatečného množství srozumitelných informací s ohledem na věk dítěte a jeho úroveň zralosti (Leifer, 2014).

Prvním výzkumným cílem bylo zjistit ošetrovatelská specifika přípravy dětského pacienta na invazivní zákrok. Všech deset dotazovaných sester se shodlo na tom, že zásadním ošetrovatelským specifikem je u předoperační přípravy dětských pacientů na operaci komunikace. Podle sester S1, S2, S3, S4, S5, S7, S8, S9, S10 je klíčová především komunikace s dětmi. Sestra S1 neopomněla zmínit důležitost komunikace s rodiči. Efektivní komunikace sester s dětmi a jejich rodiči je ukazatelem kvality poskytované ošetrovatelské péče (Sikorová, 2011). Význam této komunikace je však daleko hlubší, neboť se může podílet na genezi celoživotního postoje dítěte k sestřím a lékařům. Negativní zkušenosti z dětství pak mohou být předávány z generace na generaci (Tagher a Knapp, 2023). Při komunikaci s dětskými pacienty a jejich rodiči existují určitá pravidla a zásady, které je nutno dodržovat. Jde zejména o nepřetržitost a srozumitelnost, jak uvádějí Donald et al. (2023). Karlsson et al. (2014) přidávají i další důležité aspekty komunikace, jako jsou vytvoření příznivého prostředí či zajištění bezpečí a pohodlí. Podle názoru autorky je barevné prostředí a oblečení zdravotníků podstatné, a to hned z několika důvodů, barevnější prostředí je dětem sympatičtější a u některých výkonů může odvést pozornost a tímto způsobem snížit pocit strachu dítěte. Efektivní komunikace podle Proseny (2015) závisí rovněž na dalších determinantech, a sice na navázání vztahu s dítětem a kladení otázek způsobem, kterému rozumí. Farková (2017) jen doplňuje, že by se u dětí a mladistvých mělo jednat o kladení otevřených otázek. Naproti tomu u dětí školního věku jsou lepší otázky uzavřené (Muris et al., 2014).

Sestry v rozhovorech přiznaly, že jim jejich zaměstnavatel nabízí možnosti se dále vzdělávat v oboru, což je v souladu se směrnicí Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 6. července 2005 o uznávání odborných kvalifikací: „*V souladu se specifickými postupy každého členského státu zajistí další vzdělávání a odbornou přípravu, aby osoby, které ukončily vzdělávání, byly s to držet krok s vývojem v daném povolání v rozsahu, který je nezbytný pro zachování bezpečného a účinného výkonu tohoto povolání.*“ (Směrnice EU 2005/36/ES, čl. 22, písm. b)) Sedm sester (S1, S2, S4, S5, S8, S9, S10) uvedlo, že mají zájem o novinky v oboru z vlastní iniciativy. Z výzkumu vyplynulo, že sestry využívají seminářů, které jim nabízí jejich zaměstnavatel nebo si samy aktivně vyhledávají různé vzdělávací akce. Povinnost

celoživotního vzdělávání je zakotvena v zákoně č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. Rozumí se jím „*průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky v zájmu zachování bezpečného a účinného výkonu příslušného povolání*“ (Zákon č. 96/2004 Sb., § 53, odst. 1). Uznávanými formami celoživotního vzdělávání sester jsou specializační vzdělávání; certifikované kurzy; inovační kurzy a odborné stáže v akreditovaných zařízeních; účast na školicích akcích, konferencích, kongresech a sympoziích; publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost, vypracování standardu nebo nového postupu; e-learningový kurz či samostatné studium odborné literatury (Zákon č. 96/2004 Sb., § 54, odst. 1, písm. a) až h)). Autorka osobně je velkým zastáncem vzdělávání. Je zřejmé, že do zdravotnictví to zkrátka patří. Vyvíjí se nové postupy, nástroje či pomůcky ke zkvalitnění péče o pacienta, proto je nutné, aby zdravotnický personál držel krok s dobou a využíval tyto nejmodernější a nejšetrnější techniky, které pomáhají k zotavení pacienta.

Poslední předmětnou kategorii v rámci rozhovorů se sestrami tvořily návrhy samotných sester ve smyslu zlepšení předoperační přípravy dětských pacientů na invazivní zákrok na oddělení, kde pracují. Šest sester (S3, S5, S6, S7, S8, S10) žádné návrhy na zlepšení perioperační přípravy u dětí na operaci nevedlo. Ostatní sestry (S1, S2, S4, S9) zmiňovaly v této souvislosti každá něco jiného. Sestra S4 navrhovala zavedení tzv. mateřských pokojů, kdy by měly matky hospitalizovaných dětí dostatek komfortu. Sestry S1 a S9 uvedly, že na jejich oddělení chybí edukační materiály, navrhly tedy zpřístupnění edukačních letáků, brožurek a videí o předoperační přípravě dětským pacientům a jejich rodičům. Sestra S2 navrhovala úpravu operačního programu tak, aby dětští pacienti byli operováni přednostně a nemuseli na operační zákrok dlouho čekat. Podle autorky je tento návrh nejvýznamnější, jelikož by mohl přispět k částečné eliminaci strachu u dětí.

Z provedených rozhovorů s dětskými pacienty vyplynulo, že čtyři děti (P1, P2, P3, P4) účastníci se výzkumu byly do nemocnice přijaty pro plánovaný operační zákrok. V případě třech dětí (P5, P6, P7) se jednalo o zákroky akutní. Všechny přijaté děti

procházely přes dětskou ambulanci, kde byl lékařem zhodnocen jejich zdravotní stav, a následně byly přijaty na oddělení. Na tomto místě však podobnost příjmů dětí k hospitalizaci končí. Dále se zkušenosti dětí liší, a to právě s ohledem na to, zda se jednalo o plánovaný či neplánovaný (akutní) operační výkon.

Výsledky výzkumu týkající se činností v rámci předoperační přípravy na invazivní zákrok z pohledu dětského pacienta byly shodné s výpověďmi sester. Jak již bylo zmíněno, nedílnou součástí předoperační přípravy u dětí je podle všech dotazovaných sester lačnění a restrikce tekutin.

V rámci výzkumného šetření prováděného v řadách dětských pacientů byla zjišťována spokojenost dětí s přípravou na operaci a hospitalizací, přičemž pozornost byla zaměřena na kvalitu poskytované péče z hlediska jejich informovanosti, tišení bolesti, prostředí, stravy a návštěv. S tímto korespondovala třetí výzkumná otázka zjišťující názor dětských pacientů na předoperační přípravu ze strany sestry. Výzkum ukázal, že děti byly o invazivním zákroku, který měly podstoupit, informovány ústně za pomoci informovaného souhlasu s výkonem za asistence svých zákonných zástupců. Někteří dětské pacienti na oddělení obdrželi edukační materiály týkající se operačního výkonu či přípravy na něj, jiným dětem nebylo poskytnuto nic. V souvislosti s tišením bolesti před a po operačním výkonu děti taktéž odpovídaly různě. Dotazované děti se shodly na tom, že jim zdravotnický personál aktivně nabízel možnosti pro zvládnutí bolesti. Odlišnosti byly zjištěny v účinku léků tlumících bolest. Některým dětem léky od bolesti pomohly, u jiných nezabraly. Vojtíšek (2016) uvádí, že nejčastěji se v rámci farmakologické premedikace u dětí využívají midazolam, chloralhydrát, antihistaminika, atropin, skopolamin nebo glykopyrolát. Ze skupiny analgetik jsou to ibuprofen, paracetamol nebo morfin. Výzkumné šetření prokázalo spokojenost dětských pacientů s vybavením i prostředím pokoje, na němž byli hospitalizováni. V poslední řadě byla zjišťována i spokojenost dětí se stravou v nemocnici. Na nemocniční stravování však ze strany dětí nebyly příliš kladné ohlasy.

6 Závěr

V bakalářské práci zabývající se předoperační (perioperační) přípravou u dětí na invazivní zákrok, byly stanoveny dva cíle, jichž bylo úspěšně dosaženo prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření metodou dotazování a technikou hloubkového polostrukturovaného rozhovoru.

Výzkumné šetření ukázalo, že nejvýznamnějším specifikem ošetrovatelské péče v rámci předoperačního období u dětských pacientů je komunikace, a to jak s dětmi, tak s jejich rodiči. Velmi důležité jsou poskytování srozumitelných a hlavně pravdivých informací pro zamezení ztráty důvěry, popisování a vysvětlování postupů prováděných výkonů, snaha získat zpětnou vazbu o srozumitelnosti a pochopení poskytovaných informací. Na základě výsledků výzkumu lze konstatovat, že role sestry při přípravě dětí na operaci je zcela nezastupitelná, neboť právě předoperační příprava dětských pacientů na operační zákrok je čistě v kompetenci sester. V předoperačním období přicházejí děti jakožto pacienti a jejich rodiče nejčastěji do styku se sestrami, které je na operaci po všech stránkách připravují. Jako klíčovou záležitost je možné vnímat získání vzájemné důvěry mezi sestrou a dětským pacientem a odbourání strachu u dětí, což může přispět ke zlepšení spolupráce dětských pacientů v přípravě na operační zákrok. Dle výsledků výzkumného šetření je možné zdůraznit i významnou úlohu sestry v oblasti minimalizace negativních dopadů v souvislosti s předoperační přípravou u dětských pacientů, k nimž jednoznačně patří strach dětí z nemocničního prostředí a bolesti. Základem pro zvládnutí negativních dopadů souvisejících s předoperační přípravou u dětí je empatický přístup sester, snaha o zpříjemnění zdravotnického prostředí potřebám dětí, používání různých pomůcek pro odpoutání pozornosti dětí od méně příjemných či nepříjemných činností prováděných v rámci předoperační přípravy na invazivní zákrok a v neposlední řadě snaha o efektivní tlumení a zvládnutí bolesti. V rozhovorech dětské pacienti vyjádřili svou relativní spokojenost s hospitalizací a s přípravou na operaci ze strany sester. Jejich spokojenost se netýkala pouze nemocničního stravování.

Tato bakalářská práce může být jedním ze základních informačních zdrojů poskytujících komplexní poznatky z oblasti předoperační přípravy dětí na invazivní zákrok. Lze ji využít k edukaci dětských pacientů a jejich rodičů v období přípravy před operací. S ohledem na výsledky práce lze navrhnout vytvoření edukačních materiálů

stručně shrnujících specifika a zásady ošetrovatelské péče u dětí před operačním výkonem. Výstupem práce prostřednictvím doporučení pro praxi je zdůraznění úlohy sestry v přípravě dětského pacienta na invazivní zákrok a v minimalizaci dopadů negativních vlivů spojených s touto přípravou.

7 Seznam literatury

1. BAILEY, C. R., AHUJA, M., BARTHOLOMEW, K., BEW, S., FORBES, L. et al., 2019. Guidelines for day-case surgery 2019: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery. *Anaesthesia* [online]. 74(6), 778–792 [cit. 2024-01-31]. ISSN 1526-7598. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30963557/>
2. BARASH, P., CULLEN, B., STOELTING, R., 2015. *Klinická anesteziologie*. 6. vyd. Praha: Grada. 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9.
3. DONALD, H. S., HUNT, E. A., McCLOSKEY, J., TASKER, R., 2023. *Rogers' Textbook of Pediatric Intensive Care*. 6th ed. Wolters Kluwer Health. 2288 p. ISBN 978-1-97-517421-7.
4. FARKOVÁ, M., 2017. *Vybrané kapitoly z psychologie*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. 400 s. ISBN 978-80-7452-130-0.
5. FERKO, A., ŠUBRT, Z., DĚDEK, T. (ed.), 2015. *Chirurgie v kostce*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
6. HAHN, A. et al., 2019. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. 440 s. ISBN 978-80-271-0572-4.
7. HOLLINGER, L., LEE, S., 2021. Appendectomy in Children and Teens. *Healthy children* [online]. [cit. 2024-02-26]. Dostupné z: <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/surgery/Pages/Appendectomy-in-Children-and-Teens.aspx>
8. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
9. KADLČÁKOVÁ, E., 2016. Kvůli čemu musí děti nejčastěji na operaci? *Český rozhlas* [online]. [cit. 2024-02-26]. Dostupné z: <https://budejovice.rozhlas.cz/kvuli-cemu-musi-deti-nejcastěji-na-operaci-7045606>.
10. KARLSSON, K., RYDSTROM, I., ESKAR, K., ENGLUND, A.-Ch., 2014. Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health* [online].

- 9, 1–11 [cit. 2024-01-25]. ISSN 1748-2623. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24646473/>
11. KEENE, N., 2015. *Your Child in the Hospital: A Practical Guide for Parents*. 3rd ed. Bellingham: Childhood Cancer Guides. 176 p. ISBN 978-1-941089-99-6.
 12. KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
 13. KOČVARA, R., DRLÍK, M. et al., 2023. *Dětská urologie*. Praha: Maxdorf. 856 s. ISBN 978-80-7345-740-2.
 14. KOKEŠOVÁ KLEINOVÁ, G., ŘEZNÍČKOVÁ, A., HRDLIČKOVÁ, L., 2022. Herní specialista a jeho úloha v péči o onkologicky nemocné děti a dospívající. *Onkologie* [online]. 16(2), 67–70 [cit. 2024-01-31]. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2022/02/03.pdf>
 15. KRÁTKÁ, A., 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. 79 s. ISBN 978-80-7454-635-8.
 16. KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vyd. Překlad D. Pilařová. Praha: Portál. 246 s. ISBN 978-807-3676-841.
 17. KUDLOVÁ, P., 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. 133 s. ISBN 978-80-7454-600-6.
 18. LARSEN, R., 2022. *Anesteziologie*. 11. vyd. Praha: Grada. 1223 s. ISBN 978-80-247-2217-7.
 19. LEIFER, G., 2014. *Introduction to maternity and pediatric nursing*. 7th ed. St. Louis: Elsevier. 864 s. ISBN 978-1-4557-7015-1.
 20. LIBOVÁ, L., BALKOVÁ, H., JANKECHOVÁ, M., 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-2466-4.
 21. LONGOBARDI, C., PRINO, L., FABRIS, M., SETTANNI, M., 2019. Soap bubbles as a distraction technique in the management of pain, anxiety, and fear in children at the paediatric emergency room: A pilot study. *Child Care, Health*

- and Development* [online]. 45(2), 300–305 [cit. 2024-01-29]. ISSN 0305-1862. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/cch.12633>
22. LULGJURAJ, D., MANEVAL, R., 2021 Unaccompanied Hospitalized Children: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. 56, 38–46 [cit. 2024-02-22]. ISSN 0882-5963. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0882596320306266>
 23. MAZALOVÁ, L., 2014. Hodnocení projevů strachu u dětí v nemocnici dětskými sestrami. *Pediatric pro praxi* [online]. 15(5), 300–302 [cit. 2024-01-29]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201405-0012.php>
 24. MIXA, V. et al., 2019. *Dětská anestezie*. Praha: Mladá fronta. 525 s. ISBN 978-80-204-5053-1.
 25. MURIS, P., OLLENDICK, T., ROELOFS, J., AUSTIN, K., 2014. The Short Form of the Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R-SF): An efficient, reliable, and valid scale for measuring fear in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders* [online]. 28(8), 957–965 [cit. 2024-01-29]. ISSN 0887-6185. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25445086/>
 26. PÁRAL, J. et al., 2020. *Chirurgická propedeutika: základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-1235-7.
 27. PAZDERA, J., 2022. *Základy ústní a čelistní chirurgie*. 5., aktualiz. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 336 s. ISBN 978-80-244-5972-1.
 28. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
 29. PREM, P., Höllwarth, M. E., 2016. *Pediatric Surgery: Diagnosis and Management*. Springer Nature. 1022 p. ISBN 978-3-662-50041-5.
 30. PROSEN, M., 2015. Introducing Transcultural Nursing Education: Implementation of Transcultural Nursing in the Postgraduate Nursing Curriculum. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [online]. 149–155 [cit. 2024-01-25]. ISSN 1877-0428. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815006916>

31. RÖHER, K., FIDELER, F., 2022. Perioperative Complications in Pediatric Anesthesia. *Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie* [online]. 57(9), 563–576 [cit. 2024-02-02]. ISSN 1439-1074. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36049740/>
32. Sdělení č. 104/1991 Sb., federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech dítěte, 1991. [online]. [cit. 2024-02-15]. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-104>
33. SERAFINI, G., INGELMO, P. M., ASTUTO, M. et al., 2014. Preoperative evaluation in infants and children: recommendations of the Italian Society of Pediatric and Neonatal Anesthesia and Intensive Care (SARNePI). *Minerva anesthesiologica* [online]. 80(4), 461–469 [cit. 2024-02-22]. ISSN 1827-1596. Dostupné z: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.translate.google/24193177/>
34. SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-802-4735-931.
35. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii I. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-2900-8.
36. Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 6. července 2005 o uznávání odborných kvalifikací.
37. ŠEBKOVÁ, A., ZÍMA, Z., 2023. *Praktické dětské lékařství. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 546 s. ISBN 978-80-271-3741-1.
38. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J. et al, 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2.*, dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. 492 s. ISBN 978-80-271-0596-0.
39. TAGHER, G., KNAPP, L., 2023. *Pediatric Nursing: A Case-Based Approach*. 2nd ed. LWW. 848 p. ISBN 978-1-975-20906-3.
40. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
41. VOJTÍŠEK, P., 2016. Předoperační příprava u dětí. *Pediatric pro praxi* [online]. 17(3), 158–162 [cit. 2024-01-16]. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/03/07.pdf>

42. VYMAZAL, T. et al, 2017. *Doporučené postupy pro podávání anestezie dětem a dospělým*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta. 200 s. ISBN 978-80-204-4710-4.
43. Zákon č. 147/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, 2016. [online]. [cit. 2024-02-20]. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-147>
44. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. [online]. [cit. 2024-02-20]. In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
45. ZEMAN, M., KRŠKA, Z. et al., 2023. *Chirurgická propedeutika*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-271-3484-7.

8 Přílohy

ASA klasifikace

- 1** Zdravý pacient bez klinického patologického nálezu.
- 2** Pacient s lehkým, kontrolovaným, funkčně nelimitujícím systémovým onemocněním.
- 3** Pacient s těžkým nebo obtížně kontrolovatelným systémovým onemocněním, pacienta funkčně limitujícím, neohrožujícím však trvale pacienta na životě.
- 4** Pacient s těžkým systémovým onemocněním, pacienta funkčně limitujícím, které ho trvale ohrožuje na životě.
- 5** Moribundní pacient, u kterého je předpoklad úmrtí do 24 hodin a operační výkon je poslední možností záchrany života (tzv. vitální indikace).
- E** U urgentních výkonů se klasifikace ASA doplňuje písmenem – „E“ (Emergency).

Příloha 1: ASA klasifikace

Zdroj: VOJTÍŠEK, P., 2016. Předoperační příprava u dětí. *Pediatric pro praxi* [online]. 17(3), 158–162 [cit. 2024-01-16]. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/03/07.pdf>

Na začátku každého rozhovoru proběhne identifikace sester, kde se budou získávat údaje: Nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe v nemocnici a délka praxe na dětském oddělení.

Otázky pro sestry:

1. S jakými invazivními zákroky se setkáváte na vašem pracovišti nejčastěji?
2. Jaké intervence vedou k tišení bolesti (např. při zavádění invazivních vstupů)? Používáte tyto techniky u dětských pacientů?
3. Jakým způsobem na Vašem oddělení poučujete pacienta před operací? Využíváte k tomu nějaké materiály? Informovaný souhlas s operací, brožury, plyšák
4. Jaké činnosti provádíte v rámci krátkodobé předoperační přípravy?
5. Jakým způsobem se liší příprava na akutní a plánovanou operaci?
6. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče na dětském oddělení v rámci přípravy pacienta na operaci?
7. K jakým nejčastějším komplikacím dochází při přípravě dětského pacienta na operaci?
8. Jaké jsou podle Vás nejčastější negativní dopady na dětského pacienta spojené s hospitalizací a invazivním zákrokem? A jak jim můžeme předcházet?
9. Využíváte v rámci předoperačních příprav herní terapii? Pokud ano, jakým způsobem?
10. Nabízí Vás zaměstnavatel možnosti se dále vzdělávat v oboru? (semináře, kurzy...) Zajímáte se o novinky v oboru z vlastní iniciativy? Pokud ano, o jaké?
11. Je něco, co byste na Vašem oddělení změnila v rámci přípravy dětského pacienta na invazivní zákrok?

Na začátku každého rozhovoru proběhne identifikace pacientů, kde se budou získávat údaje: Věk, pohlaví, diagnóza a provedená operace (akutní/plánovaná)

Otázky pro pacienty:

1. Představil se Vám ošetřující personál při příjmu? Jak vypadal Váš příjem do nemocnice?
2. Měl jste možnost využít dětskou hernu? Bylo její vybavení dostatečné?
3. Jak na Vás působilo prostředí v rámci přípravy na operaci?
4. Jakým způsobem probíhala samotná příprava na operaci?
5. Měl jste v průběhu hospitalizace pocit, že jste ošetřujícímu personálu na obtíž?
6. Pokud jste něčemu neporozuměl, měl jste prostor na to se personálu zeptat?
7. Byly Vám poskytnuty informační letáky, brožury či manuál týkající se operačního výkonu či přípravy na něj? Pokud ano, jaké?
8. Postrádal jste něco v rámci předoperační přípravy? (strava, návštěvy...)
9. Jak jste byl spokojený s chováním a jednáním dětských sester v rámci přípravy na operaci? (tišení bolesti, ochota)

Příloha 2: Otázky k rozhovorům

Zdroj: vlastní zpracování



Příprava dítěte na operační zákrok



Brožurka pro dětské pacienty a jejich rodiče

Co je to operace?

Operace je výkon, kdy nestačí nebo nepomáhá běžná léčba, proto je nutné, aby se pan doktor přesněji podíval na to, co se v tvém těle děje.

Co si s sebou vzít do nemocnice?

Pyžamo
Župan
Pantofle
Osušku



Hygienické potřeby (kartáček a zubní pastu, šampón a sprchový gel, hřebení)

Plyšového kamaráda



Co tě v nemocnici čeká?

1. Příjem

Při příjmu se setkáš se sestřičkou a panem doktorem, společně tě vyšetří (stejně jako u tvého dětského doktora) a potom tě přestěhují na oddělení do tvého pokoje.

2. Oddělení

Po příchodu na oddělení ti sestřičky ukážou, kde a co najdeš (postel, koupelnu, hemičku, signalizační zařízení).

Následně se převlékneš do pyžamka, aby se ti pohodlně leželo. Nemusíš mít strach rodiče tě můžou kdykoliv přijít navštívit (a do 6 let věku s tebou můžou zůstat ležet v nemocnici).



3. Těsně před operací

Je důležité, abys před operací nějaký čas nejedl a nepil (většinou od půlnoci). Je to nutné kvůli tomu, aby se ti při a po operaci neudělalo špatně. Musíš si sundat veškeré své šperky. Někdy je taky nutné převléknout se do speciálního oblečení, které ti sestřička donese. Jedná se o košili a čepičku.

Před operací ti sestřička může píchnout kanylu, aby si mohl dostávat během a po operaci potřebné léky. Když se aplikuje kanyla bolí to přibližně stejně jako píchnutí včelky. V ruce ti zůstane pouze plastová hadička.

Nakonec tě sestřička poprosí, aby sis došel na záchod a dá ti sirup nebo prášek na zklidnění. A pak už společně s rodiči vyrazíte na operační sál.



4. Po operaci

Po operaci budeš převezán na takzvaný dospávací pokoj, kde bude sestřička, která na tebe bude dávat pozor. Na dospávací pokoj za tebou už můžou přijít rodiče a počkat tam s tebou.

Po dvou hodinách tě převezou zpátky na tvůj pokoj, kde už to znáš.



Zdroje

Literatura:

Použité informace vycházejí z rozhovorů sester, které se účastnily této bakalářské práce.

Ilustrační obrázky:

canva.com

Bc. Magdaléna Kolářová



Příloha 3: Edukační brožura

Zdroj: Vlastní zpracování

9 Seznam zkratek

ASA American Society of Anesthesiologists

CT počítačová tomografie

DEO dětské oddělení

MS Microsoft

ORL otorhinolaryngologie