

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

**Spolupráce sestry pracující na dětském oddělení s anesteziologickou
sestrou v péči o dětského pacienta v předoperačním, peroperačním a
pooperačním období**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
Mgr. Alena Machová

Autor:
Bc. Lucie Žáková

2010

Abstract

I selected the topic of the diploma thesis “Cooperation between a nurse working at a children’s ward and an anaesthetic nurse in care of a child patient in pre-operation, per-operation and post-operation periods” because I am very interested in the work of nurses and in preparation of children and their parents in these periods. These entire periods and the associated activities are very demanding and burdening for all the involved parties. The cooperation and communication between the anaesthetic nurse and the children’s nurse is crucial for the child to cope with the period.

The objective of the diploma thesis was to ascertain the opinions of anaesthetic and children’s nurses on their cooperation, and to find out whether the cooperation between anaesthetic and children’s nurses influences satisfaction of a child’s needs in the concerned periods.

The theoretical part of the diploma thesis addresses paediatrics and segmentation of childhood, anaesthesiology and the specifics of childhood, children surgery and nursing care of children in three operation periods in general terms. The practical part is divided into a quantitative and a qualitative subpart. The quantitative subpart is focused on cooperation between anaesthetic nurses and nurses working at the children’s ward, and uses the data collected by means of a questionnaire, while the qualitative subpart ascertains whether the cooperation between nurses has an influence on the needs of children in the concerned periods, and uses the data obtained from observation of children and interviews of nurses.

The summary of the results revealed that hypothesis 1 “Anaesthetic nurses and nurses working at a children’s ward cooperate in the pre-operation period” was confirmed. Hypothesis 2 “Anaesthetic nurses and nurses working at a children’s ward cooperate in the post-operation period” was confirmed. Hypothesis 3 “Anaesthetic nurses are interested in improvement of cooperation with nurses working at a children’s ward” was confirmed. Hypothesis 4 “Nurses working at a children’s ward are interested in improvement of cooperation with anaesthetic nurses” was confirmed. The qualitative subpart revealed that cooperation between nurses influenced satisfaction of a child’s needs in the concerned periods.

The findings of this diploma thesis may be used by children's and anaesthetic nurses or by other persons interested in this issue for the sake of better preparation of a child for the operation period, better satisfaction of a child's needs in the concerned period, and provision of more comprehensive care in the period in general.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Spolupráce sestry pracující na dětském oddělení s anesteziologickou sestrou v péči o dětského pacienta v předoperačním, peroperačním a pooperačním období“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 24.5.2010

.....
Lucie Žáková

Poděkování

Touto cestou bych ráda srdečně poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Aleně Machové za cenné rady, připomínky a ochotu při zpracování mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Jedličkové za rady a pomoc při práci se statistickým programem. Rovněž bych chtěla poděkovat hlavním sestřám, které mi umožnili provádět výzkum v nemocnicích Jihočeského kraje a také sestřám, které se výzkumu účastnily. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat celé mé rodině za všestrannou podporu a pomoc během celého studia.

Obsah

Úvod	4
1 Současný stav	5
1.1 <i>Pediatric</i>	5
1.2 <i>Rozdělení dětského věku</i>	6
1.3 <i>Potřeby u dětí</i>	9
1.4 <i>Anesteziologie v pediatrii</i>	11
1.5 <i>Zvláštnosti dětského věku z pohledu anesteziologa a anesteziologické sestry</i>	13
1.5.1 <i>Krevní oběh</i>	13
1.5.2 <i>Dýchací systém</i>	14
1.5.3 <i>Centrální nervový systém</i>	15
1.5.4 <i>Ledvinný systém</i>	17
1.5.5 <i>Gastrointestinální systém</i>	17
1.5.6 <i>Termoregulace</i>	18
1.6 <i>Dětská chirurgie</i>	19
1.7 <i>Ošetrovatelská péče u dítěte v předoperačním, intraoperačním a pooperačním období</i>	20
1.7.1 <i>Úloha dětské sestry v předoperačním období</i>	22
1.7.1.1 <i>Požadavky na osobnost dětské sestry</i>	22
1.7.1.2 <i>Předoperační období</i>	23
1.7.2 <i>Úloha anesteziologické sestry v intraoperačním období</i>	27
1.7.2.1 <i>Náplň práce anesteziologické sestry</i>	27
1.7.2.2 <i>Intraoperační péče</i>	27
1.7.3 <i>Úloha dětské sestry v pooperačním období</i>	29
1.7.3.1 <i>Úloha sestry v uspokojování potřeby být bez bolesti v pooperačním období</i>	31
2 Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky	34
2.1 <i>Cíle práce</i>	34
2.2 <i>Hypotézy</i>	34
2.3 <i>Výzkumné otázky</i>	35

3 Metodika	36
3.1 Metodika práce.....	36
3.2 Statistická analýza.....	37
3.3 Charakteristika souboru	38
4 Výsledky	40
4.1 Výsledky kvantitativního šetření – statistické zpracování dat.....	40
4.2 Třídění druhého stupně	70
4.2.1 Vztah zařazení sester a odpovědi na otázku v dotazníku týkající se názorů sester zda by měly dětská a anesteziologická sestra spolu spolupracovat ...	70
4.2.2 Vztah zařazení sester a odpovědi na otázku v dotazníku týkající se spolupráce sester v péči o dětského pacienta v předoperačním období	71
4.2.3 Vztah zařazení sester a odpovědi na otázku v dotazníku týkající se spolupráce sester v péči o dětského pacienta v intraoperačním období.....	73
4.2.4 Vztah zařazení sester a odpovědi na otázku v dotazníku týkající se spolupráce sester v péči o dětského pacienta v pooperačním období	75
4.2.5 Vztah zařazení sester a odpovědi na otázku v dotazníku týkající se zájmu sester o zlepšení spolupráce mezi sestrou pracující na dětském a anesteziologickém oddělení.....	77
4.3 Výsledky kvalitativního šetření.....	79
4.3.1 Kasuistika 1	79
4.3.2 Kasuistika 2	84
4.3.3 Kasuistika 3	89
4.3.4 Kasuistika 4.....	93
4.3.5 Kasuistika 5	98
4.4 Shrnutí výsledků rozhovorů od sester pracujících na dětském a anesteziologickém oddělení	103
4.4.1 Shrnutí výsledků před operací.....	103
4.4.2 Shrnutí výsledků po operaci	107
5 Diskuse	111
6 Závěr	123

7 Seznam literatury a použitých zdrojů	125
8 Klíčová slova	132
9 Přílohy	133
<i>9.1 Seznam příloh</i>	133

ÚVOD

Období operace je velmi náročné a zatěžující období, které ovlivňuje nejen samotného člověka, který se na operaci připravuje, ale celé jeho široké okolí. Sám dospělý člověk prožívá toto období velmi emocionálně, i když to nedává na sobě tolik znát.

Vnímání celého období u každého člověka je individuálně ovlivněno celou řadou různých faktorů. U dětí se vnímání tohoto období liší v mnoha směrech. Velmi záleží na věku dítě, celkovém psychickém vývoji a řadě dalších faktorů. Dětský pacient je velmi křehká bytost, teprve věci poznává, vyvíjí se, získává nové zkušenosti, je zvědavý a přitom bojácný a již od dětství vyhledává a upřednostňuje příjemné věci a vyhýbá se nepříjemným. Proto návštěva nemocničního prostředí budí u dítěte často negativní pocity, je to pro dítě neznámé prostředí, plné zvláštních zvuků, pachů, divných věcí, a také vnímá celkovou atmosféru ostatních lidí a dětí, kteří jsou plní strachu, obav, nejistoty i nervozity. Dítě toto všechno kolem sebe velmi citlivě vnímá, ale odlišně v různých věkových obdobích. Proto velmi záleží na přístupu a profesionalitě celého ošetrovatelského týmu a na jejich spolupráci, která by měla být v péči o dětského pacienta v perfektní souhře.

Téma diplomové práce jsem si vybrala z mnoha důvodů, jedním z nich jsou osobní zkušenosti s těmito dětmi, ale i s jejich rodiči a také zjistit jaké jsou názory a pohledy ošetrovatelského personálu jak na dětském, tak na anesteziologickém oddělení, na celou problematiku, jak chápou dětského pacienta a zda vnímají kvalitu a rozsah své spolupráce jako jeden z možných vlivů na dětského pacienta.

Cílem práce je tedy zmapovat činnost a spolupráci sester pracujících na dětském a anesteziologickém oddělení a dále zda spolupráce anesteziologické a dětské sestry ovlivňuje uspokojení potřeb dítěte v předoperačním a pooperačním období.

Výsledky této práce bude možno použít k edukaci sester na dětských a anesteziologických odděleních ke zkvalitnění jejich spolupráce a následně ke zkvalitnění ošetrovatelské péče poskytované dětem ve všech věkových obdobích.

1 Současný stav

1.1 Pediatrie

Obor pediatrie (dětské lékařství) se zabývá dítětem ve zdraví a nemoci a věnuje se vývoji a péči o zdraví kojenců, dětí a mladistvých, tak aby dosáhli plnohodnotné dospělosti. Je to základní lékařský obor, který se postupně vyvíjel od konce 18. století. Do této doby byla péče o děti spojena s léčením dospělých. Potřebám dítěte a nemocem v dětském věku se věnovalo především interní lékařství a porodnictví. V souvislosti se zdravím a nemocí je důležitý hlavně soulad tělesného, duševního a sociálního vývoje dítěte (16, 53, 39, 42).

Náplní dětského lékařství je etiologie, patogeneze, symptomatologie, diagnostika, terapie a prevence nemocí, které postihují dětskou populaci. Pediatrická péče začíná narozením dítěte, ale ve spolupráci hlavně s porodnictvím zasahuje i do prenatálního období. Horní hranicí dětského věku je 18 let. Charakteristickým rysem pediatrie je vývoj tělesný, duševní, citový a sociální, dále prevence a zdravý způsob života, na který je kladen velký důraz (16, 42, 39).

Pediatrická péče je zajišťována na úrovni ambulantní péče, která zahrnuje péči primární a specializovanou a dále na úrovni ústavní péče, kdy péče ambulantní a domácí se upřednostňuje před ústavní péčí (42).

Ambulantní péče primární je poskytována praktickým lékařem pro děti a dorost a dětskou sestrou, kteří úzce spolupracují se sociální péčí a školskými zařízeními. Jedná se hlavně o péči léčebnou, preventivní a dispenzární. Významnou metodou je také screening, který probíhá prenatálně i postnatálně v tzv. zdravé populaci. Ambulantní péče specializovaná je soustředěna ve specializovaných pediatrických ambulancích, ve kterých pracují pediatri s příslušnou kvalifikací a sestry specialistky (42, 53).

Do ústavní péče je zahrnuta péče nemocniční a péče poskytovaná ve zvláštních dětských zařízeních. Nemocniční péče je zabezpečována dětskými lékaři a sestrami na dětských a dorostových odděleních nemocnic. Zvláštní zdravotní péči dětem poskytují denní a týdenní stacionáře (sanatoria), kojenecké ústavy, dětské domovy, dětské ozdravovny a lázeňské léčebny (42).

Lůžková péče je poskytována na dětských lůžkových odděleních, která jsou součástí různých typů nemocnic (státních, nestátních). Zabezpečuje hospitalizaci nemocným dětem, kterým stav neumožňuje ambulantní péči. Tato oddělení mají složku lůžkovou i ambulantní. Lůžková část je často rozdělena na stanici pro kojence a batolata a na stanici pro větší děti. Některá dětská lůžková oddělení mají zřízeny jednotky intenzivní péče. Součástí dětských oddělení jsou někdy i stanice pro novorozence, v některých jsou zřízena perinatologická centra, která poskytují léčebnou péči patologickým novorozencům a novorozencům s nízkou porodní hmotností. Část dětských oddělení nemocnic poskytují i specializované a konziliární služby (42, 53).

Ošetrovatelská péče v pediatrii vychází stejně jako další aplikované obory z teoretických základů vědeckého ošetrovatelství. A samozřejmě se již stává poskytování ošetrovatelské péče dětem i adolescentům metodou ošetrovatelského procesu a využívání standardizovaných postupů a měřících technik. Velmi důležité a nezbytné je zapojení široké škály odborníků do péče o dítě, tedy tzv. interdisciplinární spolupráce, bez které by nebylo možné úspěšně zajistit odbornou kvalitní péči (50).

1.2 Rozdělení dětského věku

Novorozenecké období je etapou života, kdy dítě přechází z chráněného intrauterinního života do světa plného nových podnětů. Začíná odstřížením pupečníku a končí 28. den, trvá tedy přibližně jeden měsíc, je to období, kdy začíná systematická a neustálá adaptace na podmínky života mimo dělohu (53, 18, 21).

Od samého počátku má novorozené dítě velmi dobře vyspělé všechny smysly. Významným zdrojem podnětů je pro novorozence matka. Proto je velmi důležitý časný tělesný kontakt pro formování jejich vzájemného emočního vztahu a také pobyt dítěte s matkou na jednom pokoji (tzv. rooming in) je velmi důležitý. To vše má vliv také na úspěšnost kojení (3, 51, 18, 43).

Kojenecké období trvá od jednoho měsíce do jednoho roku. Toto období je charakteristické prudkým psychickým vývojem, tělesným růstem a zráním centrální nervové soustavy. Vývoj motoriky postupuje směrem kefalokaudálním (od hlavy

k patě), proximodistálním (od centra k periférii) a ulnoradiálním (od malíkové strany dlaně k palcové při aktivním úchopu) [(Příloha 1)] (3, 51, 18).

V tomto období se ve větší míře než dříve projevují individuální rozdíly u jednotlivých dětí. Hlavně v prožívání, chování a v celkovém vývojovém trendu. Životně důležitý je pro kojence vztah s matkou. Hlavně láska a bezpečí jsou v tomto období životně důležitými potřebami. Také důvěra, která je velmi významná pro vývoj zdravé osobnosti, je často považována za základ emocionálního růstu (3, 21, 55).

Batoletí období trvá od jednoho roku do tří let. Dochází k výraznému rozvoji dětské osobnosti, velký pokrok je v oblasti hrubé a jemné motoriky a řeči. Toto období je také nazýváno věkem autonomie, tedy nezávislosti, emancipace, ale i sebekontroly (učí se například zachovávat čistotu) (3, 55, 18).

Zhruba u dvouletých dětí se dostavuje období prvního vzdoru („já sám“), které se projevuje negativismem. Toto období souvisí právě s vytvářením autonomie a osobnosti. Trvá různě dlouho a zákonitě patří k vývoji dítěte. Důležitý je hlavně trpělivý přístup a kladný citový vztah k dítěti. Při hře začínají děti napodobovat činnosti dospělých, chce pomáhat, ale hraje si ještě samo, nebo vedle jiného dítěte (není zde spolupráce při hře), až na konci tohoto období nastupuje hra sociální (3, 55,27).

Předškolní období trvá od 3 let a končí nástupem dítěte do školy (6-7 let). V tomto věku jsou děti neobyčejně podnikavé, zvědavé, milé a neúnavné. Snaží se být hodné a rodičům se zalíbit. Charakteristické je osvojení a zdokonalování motorických, kognitivních a sociálních schopností. Zvládá dobře chůzi po nerovném terénu (51, 55, 21, 43).

Nástupem do mateřské školy dochází k dalšímu uvolnění dítěte z úzkého kruhu rodiny a dítě si postupně začíná zvykat na odloučení od matky a rozvíjí se vztah s vrstevníky. Hra se v tomto věku mění, děti si začínají hrát společně s ostatními dětmi, spolupracují při hře. Dochází k velkému rozvoji v kresbě, řeči a myšlení. Rozlišuje barvy a hodně se ptá. Také se často nazývá obdobím iniciativy (3, 51, 27, 43).

Školní věk je období často rozdělováno na mladší školní období, které začíná nástupem dítěte do školy (6-7 let) a trvá do 11-12 let (dokončení prvního stupně školy).

A na starší školní období, které zahrnuje věk mezi 11-15 rokem (druhý stupeň školy). Toto období bývá často označováno názvem puberta, nebo pubescence (3, 51, 18).

V mladším školním věku se u dětí rozvíjí smyslové vnímání, pozornost, vytrvalost, dítě je pečlivé, umí pozorovat a je schopno sebeovládání. V souvislosti s rozvojem řeči se rozvíjí i paměť. Pohybová aktivita těchto dětí je výrazná a směřuje ke specializovaným činnostem a hrám, zlepšuje se i pohybová koordinace, svalová síla a pohyby jsou rychlejší. Toto období je také charakterizováno jako stádium snaživé píle. Děti ve školním věku se mnohem více zabývají skutečností a nikoli fantazií a jsou také schopny mnohem složitějšího myšlení, na rozdíl od dětí v předškolním věku. Dítě je schopno provádět myšlenkové operace s více proměnnými při řešení konkrétního problému (12, 21, 9, 18, 43).

Starší školní věk je bouřlivé období, kdy dochází k nápadným změnám, které jsou hlavně v oblasti tělesného vzrůstu, dále dochází k pohlavnímu dozrávání a ke změnám psychickým. Dítě rychleji roste, typický dětský věk se mění a více připomíná postavu dospělého člověka. Samozřejmostí jsou individuální rozdíly mezi dětmi, kdy stejně staří jedinci se od sebe mohou značně lišit, růstem, silou a pohlavním dospíváním (3, 21, 9, 39).

Ve starším školním období nabývá postupně na důležitosti spíše hodnocení vrstevníků, s kterými se dítě identifikuje a snaží se mezi nimi prosadit. Sebepojetí tak obsahuje nejen hodnocení dospělých, ale i pohledy vrstevníků a i další zkušenosti se sebou v průběhu života. Do jaké míry si dítě věří a sebe akceptuje, záleží hlavně na tom, jak je akceptováno druhými a jaké má uplatnění mezi vrstevníky. Toto období je dobou přípravy na zaměstnání, partnerství i rodičovství. Dítě je schopno vcítit se do druhého a zajímat se zejména o to, co si o něm myslí vrstevníci, protože chce být oblíbené a úspěšné (55, 24).

Období dospívání (adolescence) zahrnuje věk od 15 let do 20-22 let. Je to období, které začíná objevením sekundárních pohlavních znaků a končí citovou zralostí, ukončením růstu a zvětšováním svalové síly. Je to přechodné období mezi dětstvím a dospělostí. Dochází k celkové proměně osobnosti v oblasti somatické, psychické a sociální (3, 51, 21, 27).

Představuje specifickou životní etapu, která má své typické znaky a svůj objektivní i subjektivní význam. Společně s biologickým zráním dochází k řadě významných psychických změn, které lze charakterizovat novými pudovými tendencemi, celkovou emoční labilitou a zároveň nástupem vyspělého způsobu myšlení (51, 18).

1. 3 Potřeby u dětí

Dítě jako jedinec a jeho postavení ve společnosti prošlo velmi zajímavým a protikladným vývojem. Dítě bylo pojímáno spíše jako věc či objekt, s kterým je možné manipulovat. Teprve později se dětství věnuje větší pozornost, především jeho obecným a pak i specifickým potřebám. Přitom platí, že čím je dítě mladší, tím větší bývá závažnost postižení a zahrnuje více struktur a funkcí, proto uspokojování jeho základních potřeb musí být důraznější. V závislosti na svém prostředí se dítě vyvíjí, roste a postupně se z toho to prostředí vymaňuje, dosahuje tak plné zralosti a dospělosti. V tomto procesu socializace má nenahraditelnou úlohu rodina. Potřeby dítěte je možné chápat jako nedostatek, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. A pokud nedojde k uspokojení potřeb, může vzniknout porucha ve vývoji a stavu dítěte. Dochází k poruše mezi vnitřním a vnějším světem (12, 48, 5).

Lidské potřeby se velmi často vyvíjí a mění a život zdravého člověka lze charakterizovat neustálým uspokojováním různorodých potřeb, které ale pro každého člověka nemají stejnou váhu. Některé potřeby jsou chápány jako nutnost (potřeba spát, jíst,...) a jiné se stávají přáními, tužbami. Mají často vědomé a trvalé zaměření a je jim věnováno mnoho pozornosti a síly, stávají se pro dítě velkou hodnotou, či přímo životními cíli. V průběhu života se potřeby neustále mění jak z hlediska kvantity, tak i kvality, neprobíhají izolovaně, ale jsou ve vzájemné interakci a ovlivňují se. Jedny vznikají a druhé jsou uspokojeny, jiné neuspokojeny, nebo odsouvány. Proces uspokojování potřeb probíhá cyklicky a dočasně (48, 41).

Definicí potřeb člověka je mnoho a definice dle A. Maslowa vše velmi dobře vystihuje: „Potřeby motivují chování jednotlivce“ (6, str. 62). Model potřeb dle Maslowa zahrnuje fyziologické a psychologické potřeby a dle Maslowa je nutné

uspokojit potřeby nejdříve na jedné úrovni, než se začnou uspokojovat potřeby na úrovni další. Tedy nejdříve základní (fyziologické) potřeby, které jsou nezbytné pro zachování lidské existence. Je to dostatek vzduchu, vyloučení škodlivých vlivů, uspokojení hladu, potřeby odpočinku, spánku, tepla, sexuální potřeby, potřeby rozmnožování se a také sem patří potřeba bezpečí, pro dítě je zde specifická hlavně dostatečná stimulace pro dobrý rozvoj tělesných orgánů a funkcí, posilování a rozvoj obranyschopnosti, ochrana a podpora dítěte. Poté jsou to vyšší (psychické, sociální a duchovní) potřeby, které činí náš život bohatší a příjemnější, přináší seberealizaci, prestižní uspokojení, také potřebu společenství, blízkosti druhého člověka, lásky a potřebu kulturnosti. Pro dítě je zde nutný dostatek psychických podnětů v pravé míře a v pravý čas, zabezpečení smyslu života dítěte a rozvoj vědomí vlastní identity, také potřeba lásky a jistoty a velmi důležitou potřebou je od nejtělejšího dětství osvojit si zdravý životní styl . Snazší orientaci v potřebách dětí sestře umožňuje Maslowova pyramida potřeb, která je hierarchicky uspořádána dle naléhavosti jednotlivých potřeb (Příloha 2). Celková intenzita a množství potřeb jsou ovlivňovány pohlavím a věkem jedince, dále jeho kulturní a společenskou úrovní, prostředím, ve kterém vyrůstal, a také jeho inteligencí, zdravotním stavem a životními zkušenostmi (48, 6, 44, 12).

U dítěte je velmi důležité a nezbytné sledovat jeho celkový stav a projevy, protože podle věku nám dítě svoje potřeby signalizuje různě a velmi často neverbálními projevy chování. Při ošetřování v nemocnici je důležitá něžnost a náklonnost, která chrání dítě před strachem a usnadňuje mu odreagovat napětí. V tomto případě je velmi vhodná přítomnost rodiče, nebo blízké osoby u dítěte. Pobyt rodiče s dítětem na oddělení je pozitivním faktorem, který usnadňuje adaptaci dítěte na cizí prostředí, naplňuje jeho potřeby a mírní nežádoucí vlivy. Velmi vhodná a přínosná je také činnost herního specialisty, který pracuje nejen s dětmi, ale i s jejich doprovody (problematice se věnuje Nadační fond Klíček). Mezi důležité potřeby dětí patří potřeba citového vztahu s dospělým, potřeba slyšet lidskou řeč od prvních dnů života a při každé činnosti, dále je to potřeba stimulace k psychomotorickému rozvoji, potřeba orientace a činnosti v prostředí, potřeba sociálního kontaktu, vytvoření očního kontaktu,

oslovování jménem, potřeba klidného spánku, tišení bolesti a potřeba fyzického kontaktu prostřednictvím laskajících doteků (3, 7, 17).

Existuje mnoho faktorů, které narušují, znesnadňují nebo mění způsob uspokojování potřeb člověka. Je to hlavně nemoc, individualita člověka, mezilidské vztahy, vývojové stádium člověka a okolnosti, za kterých nemoc vznikla. V době nemoci je důležité uspokojit potřeby, které jsou limitovány samotným onemocněním (změna životního stylu, sociální a ekonomické potřeby) a které nově vznikly (pomoc od bolesti, ztráta pocitu bezpečí). V průběhu nemoci se potřeby neustále mění, mizí, nebo se objevují (48, 44).

„Potřeby jsou nutné, užitečné, velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života“ (44, str.53).

1.4 Anesteziologie v pediatrii

Anesteziologie je medicínský obor, který úzce spolupracuje s dalšími operačními i neoperačními obory a svým posláním patří mezi obory interdisciplinární. Tento obor se postupně rozvíjel stejně jako pediatrie na základě získaných zkušeností v této problematice u dospělých. V roce 1972 ve fakultní nemocnici v Praze – Motole zahájilo činnost první anesteziologicko-resuscitační oddělení pro děti (33, 39).

Anesteziologie a resuscitace je lékařským oborem, který se zabývá organizováním, poskytováním, zkoumáním a výukou anesteziologické, resuscitační a intenzivní péče. Anesteziologická péče zahrnuje diagnostické a léčebné postupy, které umožňují provádět operační, vyšetřovací a léčebné výkony v celkovém nebo regionálním znečítlivění. Součástí je příprava k výkonu, samotné zajištění v průběhu výkonu a nezbytná navazující péče. Anesteziolog je odborníkem v resuscitaci a anesteziologii, kde mu pomáhá anesteziologická sestra. Podává anestézii při operačních výkonech a současně se sestrou pečuje o celkový stav operovaného. Především se soustředí na jeho základní životní funkce, kterými jsou dýchání, krevní oběh, vědomí a vnitřní prostředí. Anesteziolog řídí a zabezpečuje přípravu i volbu anestézie dle indikace a plánu výkonu chirurga a dle celkového stavu pacienta. Operatér a anesteziolog mají v průběhu výkonu své povinnosti i kompetence. Při závažných

komplikacích řeší postup dle společného zhodnocení. Anesteziologické oddělení má charakter vysunutého pracovního prostoru, zasahuje na operační sál, příjmovou ambulanci, na speciální pracoviště endoskopických a miniinvazivních metodik. Jako konziliář je anesteziolog také zván ke kriticky nemocným při urgentním příjmu, na jednotku intenzivní péče či k neodkladné resuscitaci pacienta na oddělení. Základní tým tvoří anesteziolog–lékař a anesteziologická sestra (57, 33).

Anestézii lze rozdělit na dvě velké skupiny, anestézii místní (vědomí je zachováno), jejímž účelem je odstranění vnímání bolesti na určitém okrsku těla při zachování vědomí nemocného, tím je umožněna komunikace a spolupráce s nemocným během výkonu. A anestézii celkovou (vědomí je vyřazeno), která je charakterizována ztrátou vědomí (různého stupně), kdy je operatérovi umožněno bezbolestné provedení výkonu. Základními termíny je anestézie (vyřazení veškerého cití, bolestivého i senzitivního), analgezie (vyřazení jen bolestivého vnímání) a analgosedace (analgezie spojená s větším, nebo menším útlumem vědomí). Analgosedace se dále rozděluje dle stupně zachovaného vědomí na dvě základní skupiny. Je to monitorovaná anesteziologická péče (řiditelný stav útlumu vědomí), při které pacient není probuditelný silným podnětem a je doprovázen částečnou nebo úplnou ztrátou ochranných reflexů včetně schopnosti udržet průchodné dýchací cesty a účelně reagovat na verbální či taktilní stimulaci. Druhou skupinou je sedace při vědomí (řiditelný stav útlumu vědomí), při kterém je pacient snadno probuditelný a je schopen spolupracovat s lékařem. Minimálně jsou ovlivněny základní životní funkce a ochranné reflexy horních cest dýchacích jsou zachovány (57, 33, 11).

Anestézie v pediatrii je poskytována jedincům počínaje novorozeneckým věkem a konče adolescenty. Horní hranice věkového spektra je z pohledu fyziologie, chování a spolupráce velmi podobná znakům dospělosti. Děti nižších věkových skupin se ale ve všech těchto aspektech velmi odlišují od dospělých. Z anestetizovaných pacientů děti tvoří pouhých 10 %, ale i přesto má v oboru anestézie dětská problematika zvláštní postavení. Nezbytně důležité je znát v této oblasti zásadní fyziologické, patofyziologické a farmakologické odlišnosti dětského věku (Příloha 3). Nelze hovořit o dětech jako o jedné věkové skupině, proto je velmi důležité respektovat dělení

dětského věku. Anesteziologická péče o děti má některá zásadní bezpečnostní pravidla, která musí být respektována, bez ohledu na to, kde je poskytována (45, 46).

1.5 Zvláštnosti dětského věku z pohledu anesteziologa a anesteziologické sestry

Dětský anesteziolog a anesteziologická sestra, kteří se ve své činnosti setkávají s dítětem, si musí dítě nejprve zařadit dle věkové kategorie. Věkové kategorie se dělí dle kritérii české pediatrie do skupin novorozenecké období, kojenecké období, batolecí věk, předškolní období, školní období a adolescenti. Dále je nezbytné respektovat fyziologické, anatomické a psychické zvláštnosti té určité věkové skupiny a na tomto základě zvolit neoptimálnější způsob přípravy a vedení celkové anestézie. Dětský věk představuje nepoměrně větší rozdíly od dospělých. Například tělesná hmotnost jedince vzroste během prvním 15 let 20-30krát, výška 3-4krát a všechny systémy prodělají mezi období novorozeneckým a dospělostí významné změny. Hlavně tělesná výška a hmotnost dítěte udává základní charakteristiku fyziognomie. Zvláště tělesná hmotnost je pro výběr tracheální rourky, laryngoskopu, velikosti manžety k tonometru nebo ke stanovení terapeutické dávky velmi důležitá (Příloha 4, 5, 6) (38, 46).

1.5.1 Krevní oběh

Pro zdravý vývoj plodu v děloze je důležitý funkční placentární oběh krevní, který je plně vyvinut již od druhého měsíce embryonálního vývoje. Po ukončení embryonálního vývoje srdce lze mluvit již o srdci plodu jako o pumpě, která čerpá a rozvádí krev a živiny po těle a odvádí zplodiny z těla. V tomto období plíce nedýchají, jsou kolabovány. Protéká jimi jen asi 10 % celkové krve a provádí jen základní mělké dýchací pohyby. Okysličování se tedy neděje v plicích, ale v placentě a celý oběh krve je funkční díky několika zkratům (foramen ovale, ductus Botalli). Při porodu se vdechnutým vzduchem rozepnou plíce, dojde k rozšíření krevního řečiště v plicích a ke snížení plicní cévní rezistence a dochází postupně k uzavření fetálních otvorů (nejprve funkčně – po 24 hodinách, pak anatomicky – po třech týdnech). V tomto období může každá hypotermie, hypoxie, či acidóza zvýšit plicní cévní rezistenci

a způsobit tak znovuotevření Botallovovy dučeje. Z tohoto důvodu je plicní cirkulace v prvních dnech života dítěte velmi citlivá k větším výkyvům paO_2 a k acidóze (38, 46).

Ve srovnání s dospělým má srdeční sval dítěte po narození mnohem menší množství kontraktlní tkáně (30 % u dítěte, 60 % v dospělosti), a proto srdce novorozence nemá schopnost se stáhnout takovou silou a nemá rezervní kapacitu. Čím je menší svalová hmota, tím je menší možnost rozejetí svalu a dochází k zvětšení tepového objemu. Dítě má z klinického hlediska menší možnost zvýšit svůj tepový objem, a proto zvýšením tepové frekvence zajišťuje zvýšení minutového srdečního výdeje (bradykardie je velmi nebezpečná – pokles pod 60/min je u malého kojence indikací k zahájení KPR). Dále má dítě inkompletní sympatickou inervaci, která způsobuje nedostatečnou produkci endogenních katecholaminů, a proto je při stresu srdeční výkonnost menší ve srovnání s dospělým. Také nevyvinuté baroreceptory mají za následek sníženou schopnost novorozence kompenzovat hypotenzi. V období předškolního a školního věku se typ oběhu mění na dospělý a tepový objem se zvyšuje (Příloha 7) (38, 46, 39).

1.5.2 Dýchací systém

Reziduální plicní objem a normální dechový objem se vytváří v prvních 5-10 minutách života. U novorozence je stabilita alveolárních sklípků závislá na přítomnosti přiměřeného množství surfaktantu, kterého nemusí být u nedonošeného dítěte dostatek. Tento deficit následně vede ke kolapsu alveolů, porušené výměně plynů, nerovnoměrné ventilaci, ke snížení poddajnosti a ke zvýšenému dýchacímu úsilí – syndrom dechové tísně (RDS). Také dochází v novorozeneckém věku častěji k pneumotoraxu než v jiném období života. Novorozenci mají také oproti dospělým relativně vysokou spotřebu kyslíku, až dvojnásobnou. Proto je potřebná vyšší minutová ventilace. Dítě dosahuje zvýšeného přívodu kyslíku zvýšenou dechovou frekvencí (Příloha 8). Z toho je zřejmé, že úvod do anestézie inhalačními anestetiky i vyvedení z anestézie bude rychlejší. V tomto období jsou žebra uložena více horizontálně a na zvýšení nitrohruďního tlaku při inspiriu se podílí jen málo. O to více závisí dýchání na pohybech bránice (brániční typ dýchání). V dalším vývoji se žebra dostávají do postavení vertikálnějšího.

Novorozenec dýchá výhradně nosem, proto při každé jeho obstrukci hrozí velké nebezpečí (38).

U zdravého, donošeného dítěte je regulace dýchání dobře vyvinuta. U nedonošeného dítěte není reakce na zvýšený podíl vdechovaného CO₂ tak kvalitní a reakce je snížena hlavně u dětí, kde byly pozorovány apnoické pauzy. Novorozenec je také citlivý na změny paO₂, kdy přívod 100% kyslíku ventilaci snižuje. Ventilací odpověď novorozence je ovlivněna mnoha faktory, především je to délka těhotenství, délka života, tělesná teplota a kvalita spánku. U mnoha nedonošených, ale i části donošených dětí se objevuje periodické dýchání. Je to rychlé dýchání, které se střídá s apnoe periodami (5-10 sekund). Toto dýchání obvykle vymizí do 6 týdnů. Vyskytovat se také mohou závažnější, život ohrožující apnoické pauzy, převážně u dětí předčasně narozených. Tyto apnoické pauzy jsou doprovázeny bradykardií a trvají déle než 20 sekund. Příčina může být různá, může to být neschopnost reakce na hypoxii, obstrukce dýchacích cest, únava dýchacích svalů, nebo může být symptomem probíhající choroby (sepsy, nitrolební krvácení, anémie,...) (38).

U dospělého a dítěte jsou v dýchacím ústrojí značné anatomické rozdíly, s nimiž je důležité při podávání celkové anestézie počítat (Příloha 9). U dítěte jsou to úzké nozdry, velký kořen jazyka, vysoko postavená epiglotis, nedokončená osifikace patra, úzká prstenčitá chrupavka, objemný týl. Dále je to relativně úzká dýchací trubice, těsný subglotický prostor (přibližně do 8 let) a každá retence sekretu vede poměrně rychle k její obstrukci. U dítěte odstupují oba bronchy přibližně v úhlu 55° a u dospělého odstupuje pravý bronchus pod pravým úhlem (38, 46, 58).

1.5.3 Centrální nervový systém

Centrální nervová soustava zajišťuje styk mezi zevním a vnitřním prostředím organismu, tedy získává informace, zpracovává a vykonává řídicí a koordinační funkci vůči ostatním orgánům a systémům. Stav centrálního nervového systému u dítěte a dospělého není shodný. Například mícha dosahuje na úroveň L₃ (v jednom roce na L₁). Velmi důležité jsou tyto údaje při centrálních svodných technikách. Dozrávání

nervosvalové ploténky a myelinizace periferních nervů není zatím dokončena. A mimo jiné to má za následek zpomalenou aferentaci bolesti (38, 46).

Neuron je základní anatomickou jednotkou a společnou fyziologickou činností je vzruch a jeho vedení. Periferní nervy mají motorická, senzitivní a vegetativní vlákna. Motorická vlákna jsou uložena v myelinové pochvě, vedou podněty odstředivě od ústředí k nižším etážím a nejméně podléhají účinku lokálních anestetik. Jsou ale citlivá na tlak, proto nevhodné polohování během anestézie může vést k parézám. Senzitivní vlákna jsou tenčí, vedou vzruchy pomaleji. Informace vedou od receptorů, nebo drobných nervových zakončení a postupují k vyšším nervovým ústředím. Tato vlákna podléhají dobře účinku lokálních anestetik. Nejpomaleji vedou vzruch vegetativní vlákna a snadno podléhají účinku lokálních anestetik (38).

Aktivní činnost mozkových buněk je charakterizována jako zachování integrity jedince a po vyhasnutí těchto činností mluvíme o mozkové smrti. Zásobování mozku je zprostředkováno z a. carotis interna a z oblasti a. vertebrales. Na spodině lební vytváří tzv. circulus Willisi (cévní síť). Pro anestézii je důležité si uvědomit, že při nevhodném polohování hlavy (hyperextenze, pootočení hlavy) může vzniknout nedostatečné zásobení mozku. Mozkový oběh krevní má autoregulační schopnost, která udržuje perfuzní tlak ve fyziologických hodnotách. Pokud dojde k centralizaci oběhu, je jako poslední omezeno zásobování mozku (38).

Zdrojem nitrolebního tlaku za fyziologických podmínek je sekreční tlak chorioidálních pletení. K zajištění adekvátní mozkové perfúze je potřebný nitrolební tlak pod 15 mmHg (norma). Během anestézie může být nitrolební tlak ovlivněn například náplní oběhu, při použití polohy hlavou dolů, dále také stoupá při kašli a při užití nitrobřišního lisu, je také ovlivněn některými farmaky (halothan, ketamin). Funkcí mozkomíšního moku, který je v mozkových komorách, subarachnoideálním prostoru, v cisternách a v páteřním kanálu, je pohotově vyrovnávat změny nitrolebního tlaku. Jeho úloha je důležitá při spinální anestézii (38).

1.5.4 Ledvinný systém

S věkem se funkce ledvin výrazně mění. Jde hlavně o rychlost glomerulární filtrace, která s věkem stoupá. Tyto změny glomerulární filtrace a funkce ledvin jsou provázeny reakcemi, které ovlivňují schopnost regulovat metabolismus vody a soli a také je ovlivněn změnami antidiuretický hormon. U novorozenců je obecně voda vylučována s nadbytkem sodíku. Proto mají nedonošené děti i donošení novorozenci sklon k hyponatrémii, ale ledviny donošeného kojence jsou již schopny sodík uchovávat. U novorozence tvoří celková tělesná voda asi 75-80 % hmotnosti. Po porodu nemusí novorozenec močit 24 hodin, ale pak je již očekávána minimální diuréza (1ml/kg/hod.). Kolem 2. roku se objevuje dozrání ledvinné funkce. Tyto vývojové aspekty mají velký vliv na léčbu. Nejvýraznější jsou tyto vlivy v prvních několika měsících života a vyžadují pečlivé sledování tekutin a sledování rovnováhy sodíku a draslíku. Pro dětský organismus je nesmírně důležitá přiměřená hydratace. Obrát vody u kojence je 3-5 krát vyšší než u dospělého (ztráty vody – dýchání, močení, stolici, zvracením). Čím je dítě mladší, tím ho dehydratace více ohrožuje (38, 46, 39).

1.5.5 Gastrointestinální systém

Také gastrointestinální trakt prochází charakteristickými změnami ve vývoji člověka, které mohou mít vliv na reakci dítěte na anestézii. Ph žaludku je těsně po narození alkalické povahy, ale již od druhého dne se ph žaludku upravuje. U donošených kojenců jsou již množství a sekrece šťáv obdobná jako u dospělých. Nevyzrálé jsou ale koordinace polykacích reflexů a funkce spodního jícnového svěrače, které přetrvávají až do 6. měsíce věku. U těchto dětí je proto velmi běžné, že často dochází k uvolnění napolykaného vzduchu s příměsí stravy ze žaludku do dutiny ústní (ublinkávání, říhání). Velmi důležitým bodem je otázka předoperačního lačnění, kdy hrozí hypoglykémie již po delším hladovění. Především to platí u předčasně narozených, hypotrofických dětí nebo u dětí, které mají v důsledku horečky, sepse, či větší dechové námahy zvýšenou metabolickou spotřebu. Z těchto důvodů bývá indikován parenterální přísun cukrů, aby byla zajištěna vhodná doba lačnění. Při narození je vývoj gastrointestinálního traktu ukončen, ale mohou se objevit

problémy spojené s kongenitálními malformacemi nebo vývojovými anomáliemi, které mohou být příčinou gastrointestinální dysfunkce (38).

Funkčně nezralá jsou játra u novorozenců a malých kojenců. Příčinou je růst a vývoj enzymových systémů, které nepůsobí v plné míře a dále je to dáno relativně sníženým průtokem krve játry. Při narození je tedy zmenšena schopnost konjugovat a katabolizovat cirkulující substrát a farmakologické látky. Z tohoto důvodu mají léky delší poločas rozpadu u novorozenců v porovnání se staršími dětmi. Funkční nezralost jater u novorozenců může vést také ke změně farmakokinetiky a farmakodynamiky. Nedostatečně rozvinutý je hlavně sacharidový metabolismus. Ve 26.-40. gestačním týdnu se tvoří sacharidové rezervy, a proto mají nedonošené děti velmi chudé zásoby glykogenu. Novorozenec má glykémii 2,7-3,3 mmol/l. V průběhu operačního výkonu je pokles glykémie velmi rychlý, je nutné ji sledovat a při poklesu pod 1,6 mmol/l hradit 10% glukózou (2ml/kg). Úroveň zralosti dospělých dosáhne hepatická funkce obvykle v několika prvních měsících života (38, 46).

Okolo 6. měsíce života se obvykle objeví první mléčný zub, příležitostně mají některé děti zuby již při porodu. V období 6. roku života nastává výměna mléčného chrupu za trvalý (Příloha 10). Děti mají v této době mezi řezáky intubační mezeru. Před anestézií je tedy důležité zkontrolovat stav dentice. Mohlo by dojít k nechtěnému vypadnutí mléčného chrupu během intubace a následné aspiraci, nebo zapadnutí do jícnu (38).

1.5.6 Termoregulace

Udržením normální tělesné teploty v peroperačním období se více zabývají anesteziologové v pediatrii než u dospělých. Potřeba termoregulační kontroly má u dětí důležitý význam a je více zdůrazňována než u dospělých. Od počátku 20. století se udržování termoneutrality kojenců stalo základním kamenem pediatrie (v roce 1900 Pierre-Constant Bouldin navrhl inkubátor) (38).

Udržování termoneutrality u dětí během anestézie platí dvojnásob. Vlivem chladu u novorozence dochází k vyšší spotřebě kyslíku, hypoxii, acidóze, respirační tísní, vyčerpání zásob živočišných škrobů, hypoglykémii, pulmonální vazokonstrikci

a možnosti vzniku šoku. Také dochází ke změně metabolismu léků (jejich účinek se prodlužuje). Prodlužuje se zároveň probouzení z účinku celkových anestetik. Narůstá tak v pooperačním období nebezpečí hypoxie z hypoventilace, regurgitace a aspirace žaludečního obsahu. K tepelné ztrátě může dojít čtyřmi základními mechanizmy, je to radiace, konvence, evaporace a kondukce. K zabránění těmto ztrátám se používají vyhřívané podložky, sálová topná tělesa, vytápění operačního sálu, infrazářiče, teplovzdušné ventilátory. Tělesná teplota je měřena kožním čidlem, nebo jícnovým teploměrem. Současně je důležité ohřívaný vzduch zvlhčovat. U novorozenců a mladších kojenců by měla teplota operačního sálu dosáhnout 26,5°C. Pro kojence od 6. měsíce do 2 let věku by měla teplota dosáhnout 24,5°C s vlhkostí 80 %. Dále je velmi důležité všechny podávané roztoky a transfuze ohřívat. U předčasně narozených dětí je termoregulace zhoršena slabší vrstvou podkožního tuku, který se teprve vytváří. Dále je to nepříznivý poměr mezi tělesnou hmotností a povrchem těla a neexistuje termoregulace třesem. Při rychlém nekontrolovaném poklesu tělesné teploty dochází k útlumu dýchání a k poklesu tepové frekvence (38, 58, 39).

1.6 Dětská chirurgie

Chirurgie patří vůbec k nejstarším odvětvím lékařství. Název je odvozen z řeckého cheirurgia – práce rukou (cheir – ruka, ergein – pracovat). Chirurgie se v průběhu historie vyvíjela jako chirurgický obor, který se tedy zabývá léčbou nemocí pomocí úkonů, které byly prováděny rukama, tj. operacemi, ať již prostřednictvím nástrojů, nebo přímo. Ve starších spisech se slovo chirurgie překládalo jako ranhojičství, nebo také ranné lékařství a chirurg byl ranhojičem. Jako samostatný obor se dětská chirurgie vymezila ze všeobecné chirurgie dospělých pro výrazné rozdíly mezi chirurgií dospělých a dětí, a to nejen pro rozdílnou velikost operovaného (52, 57, 4, 11).

Nejde ale jen o technickou stránku provádění výkonů, mnohdy důležitější je diagnostika chirurgických onemocnění, posouzení místního a celkového stavu pacienta, indikace k operaci, příprava před operací a ovládnutí pravidel antiseptiky a aseptiky. Dále sem patří znalost základních způsobů anestézie, pooperační péče, rozpoznání a včasné léčení pooperačních komplikací, rehabilitace, prevence chirurgických chorob,

posudková činnost, depistáž a dispenzarizace. Nezbytnou částí práce chirurga je poučení pacienta o navrhovaném způsobu léčení, o účelnosti operačního výkonu, o možných komplikacích a následcích po operaci. V této části je velmi důležité uplatnění etických principů a je nutná vysoká morální úroveň a odborná zodpovědnost chirurga za celý průběh léčení. Jde hlavně o plně týmovou práci, při které se musí dbát všech zásad lékařské etiky (57).

Dětská chirurgie se věnuje chirurgickým onemocněním u dětí ve věku do 15 let. V tomto věku se mohou objevovat téměř všechna onemocnění jako v dospělosti, navíc se vyskytují vrozené vady, které se manifestují v prvních dnech, měsících či letech života (52).

V dětské chirurgii je důležité při ošetřování dětí dodržovat určité zásady. Tou základní zásadou je, že dítě není malý dospělý. Reaktivita dítěte se odlišuje od dospělého. Novorozenci a kojenci snadněji podléhají infekcím pro jejich nezralý imunitní systém. Na druhé straně i novorozenci snášejí velké operace překvapivě dobře. Dále dávkování léků musí být přizpůsobeno a řídí se dle doporučení výrobce. Především při podávání infúzní terapie vzhledem k velmi malému cirkulujícímu objemu. Malé děti mají také vysoký metabolismus s rychlými obměnami vody a elektrolytů a dle toho mají i vysoké nároky na oxygenaci. Také velmi rychle ztrácejí tělesné teplo a díky nedostatečné funkci regulačních mechanismů velmi špatně snášejí změnu okolní teploty, hlavně její snížení. Proto je důležitá zvýšená teplota na operačním sále a novorozenci se při operacích podkládají na vyhřívané matrace. Rovněž jsou tyto malé děti velmi citlivé na poruchy dýchání, protože neumějí dýchat ústy a velmi úzké horní dýchací cesty se mohou lehce uzavřít edémem (52).

1.7 Ošetrovatelská péče u dítěte v předoperačním, intraoperačním a pooperačním období

Nemoc je obecně definována jako stav organismu, který vzniká působením zevních či vnitřních vlivů narušujících jeho rovnováhu a správné fungování. Dochází k poruše struktury orgánu a jeho funkce, které vedou ke vzniku příznaků nemoci a k dalším důsledkům. Je to souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy a postihuje

dítě i jeho okolí. Následkem jsou i změny v životním rytmu rodiny. Důležité je na každého nemocného člověka pohlížet s vážností, protože i subjektivní pocit nerovnováhy ve zdraví je nemoc, při které dochází k neuspokojování celé řady potřeb. Nemoc, která působí na organismus dítěte, se vždy promítá do celé jeho osobnosti. Každé dítě svou nemoc prožívá a uvědomuje si ji individuálním způsobem. Izolace od rodiny, kamarádů, omezení pohybu v něm vyvolává úzkost i hněv. Může trpět i pocitem viny. Osobnosti dětských pacientů, stejně jako těch dospělých, jsou tak individuální, že nelze použít jeden platný recept, ale je potřeba obecná pravidla přizpůsobit každému dítěti dle věku, vyspělosti a současných potřeb. Velmi důležitým aspektem je chování zdravotníků, které následně ovlivňuje chování dítěte nejen v průběhu onemocnění, ale i v době po uzdravení a při dalším onemocnění. Ovlivní to i celkový postoj k lékařům, sestřám, k vlastnímu zdraví a ke zdraví svých blízkých. Velmi důležité je dobré navázání kontaktu s dítětem a celková komunikace s ním, která by měla být přizpůsobena věku dítěte, které je v tomto období velmi citlivé. Správná komunikace dětské sestře pomůže nejen k navázání kontaktu, ale také k dosažení úspěšné spolupráce s dítětem (44, 56, 7, 47, 2, 26, 54).

Profesní tým tvoří lékaři a sestry, jejich jediným společným cílem je pomoci lidem, dětem, pomoci potřebným. Od svého lékaře a od své sestry nemocný očekává pomoc, pochopení, chce aby byli průvodci jeho nemocí, eventuálně i ve chvílích nejtěžších. Sestra má často s pacientem velmi úzký vztah, pomáhá mu při plnění jeho základních biologických potřeb a je strážkyní jeho zájmů. Proto by zde měl být vztah vzájemné úcty, respektu a pochopení. „Profese sestry je chápána jako role samostatně konajícího pracovníka, sestra je expertem a nositelkou ošetřování v celé jeho šíři, je nositelkou hmatatelné úlevy“ (44, str. 30) (44, 1).

Každá operace je nefyziologický zásah do organismu, na který tělo reaguje jak před operací, v době operace, tak i v době po operaci. Proto je velmi důležité, aby sestra věnovala zvýšenou pozornost fyzickým i psychickým potřebám nemocného dítěte. Předoperační fáze je obdobím přípravy pacienta na výkon fyzicky a psychicky. Začíná rozhodnutím o výkonu a končí předáním dětského pacienta na operační sál. Období od uložení pacienta na operační stůl až do jeho předání na pooperační jednotku je

nazýváno obdobím intraoperačním. Následné pooperační období je doba mezi předáním pacienta na pooperační pokoj a úplným kompletním zotavením z operace (29).

1.7.1 Úloha dětské sestry v předoperačním období

1.7.1.1 Požadavky na osobnost dětské sestry

Narušení zdraví, prožívání nemoci a s tím často související hospitalizace, odloučení od rodiny, kamarádů, známého prostředí a zvyklostí se u dětí různého věku projevuje zcela odlišně a jedinečně. Následkem je změna hierarchie dětských potřeb, způsobu jejich signalizace i změna intenzity jejich vnímání. Poskytování ošetrovatelské péče dětem není jednoznačně podmíněno jen dosažením odborné způsobilosti k výkonu povolání, ale především vyžaduje osobnostní předpoklady a vlastnosti, jako je láska k dětem, citlivost k dětské bolesti a trápení, obrovská míra trpělivosti, vytříbené pozorovací schopnosti, míra předvídavosti, rozhodovací schopnosti, logická úvaha, smysl pro sebekázeň, odpovědnost, estetické cítění, a obětavost. Neměly by zde chybět i předpoklady pro výchovnou práci s dětmi, hudební a výtvarné schopnosti i určité pedagogické dovednosti a všeobecný rozhled. Nepostradatelnou vlastností dětské sestry je hlavně aktivní zájem o děti, trvalá snaha jim porozumět, a vřelé, klidné a laskavé chování, které pramení z vlastní povahové vyrovnanosti (50, 7).

Dítě jde do zdravotnického zařízení často na základě rozhodnutí a souhlasu svého zákonného zástupce, nikoli na základě vlastní volby. Zejména malé děti se zde ocitají nedobrovolně. Proto získat si důvěru dítěte a zajistit jeho spolupráci na léčebném procesu vyžaduje často nadlidské úsilí. Je důležité, aby sestra dokázala správně posoudit psychický stav a citové rozpoložení dítěte, správně zvolit formu komunikace dle úrovně vývoje a vyjadřovacích schopností dítěte. Dítě často nedokáže přesně určit lokalizaci potíží. Jeho bolest je ovlivnitelná nejen emočními prožitky, ale i předešlými zkušenostmi a dalšími okolnostmi. Proto je nesmírně důležitá schopnost dětské sestry posoudit různé nápadnosti v chování, zvláštnosti neverbální komunikace zvláště u malých dětí, kde se projevy bolesti a strachu jen těžko odlišují (50).

Práce dětské sestry je mnohem více zaměřena na rodinu, než v jiných oborech. Často je dítě přijato do nemocnice v doprovodu blízké osoby a dětská sestra se zde

dostává do situace, kdy poskytuje své služby současně dvěma klientům. Zároveň je ve smyslu autority pro dítě vystavena velké konkurenci (trojúhelník vztahu dětská sestra – dítě – matka, blízká osoba). Z přirozených zákonitostí bude pro dítě na prvním místě vždy matka. Zde je nutné najít mezi dětskou sestrou a matkou vzájemný vztah důvěry a spolupráce (50).

1.7.1.2 Předoperační období

V předoperačním období u dítěte je velmi důležitá důkladná příprava dítěte na vyšetření, zákrok a také na narkózu. Cílem je snížit operační riziko na minimum, vytvořit optimální podmínky k vlastnímu operačnímu výkonu a anestézii, zabránit intraoperačním a pooperačním komplikacím a zkrátit dobu léčení a rekonvalescence na minimum. Zvláště důležité je, aby dítě mělo správnou představu o narkóze a jejím účelu. Kojenci a batolata se zpravidla nebrání usnout (nerozumějí situaci), ale starší děti se usnutí za takovýchto nezvyklých okolností brání. Přibližuje jim totiž představu smrti a u dětí se může dostavit pocit tísně a úzkosti, který někdy přetrvává do období po operaci. Proto je důležité dítě ujistit, že usne přirozeně a klidně jako doma, že spánek bude také dočasný jako každý jiný a že je důležitý k tomu, aby dítě nevnímalo jakoukoliv bolest. Podrobné vysvětlení má mít i probouzení z narkózy. Protože dítě se z narkózy neprobouzí čilé a osvěžené jako po spánku, který zná, ale budí se naopak s nepříjemnými pocity a často i s bolestí. Je nutné proto dítě připravit na to, že po probouzení bude ještě nějakou dobu trvat, než se uzdraví, ale uzdravovat se pak již bude rychle a bude mu postupně lépe (7, 15).

Předoperační příprava se rozděluje na předoperační přípravu celkovou všeobecnou a speciální a na bezprostřední přípravu všeobecnou a speciální. Všeobecná příprava se týká všech pacientů bez rozdílu onemocnění a operovaného orgánu. Speciální příprava je prováděna u pacienta dle druhu operačního výkonu a rozsahu onemocnění. Úkolem speciální přípravy je sledovat vliv jednotlivých a přidružených onemocnění, které by mohly nepříznivě ovlivnit pooperační průběh léčby a celkový stav nemocného. Úkolem předoperační péče je zabezpečit dítě od počátku podezření na onemocnění, které vyžaduje operaci, až po předání dítěte na operační sál. Patří sem

klinická, laboratorní, rentgenologická a speciální vyšetření, anamnéza, včetně vakcinace fyzikální vyšetření. Je nezbytné, aby vyšetření bylo kompletní, jinak mohou nastat komplikace nejen pro dítě, ale i pro operační tým. Důležité je, aby sestra přistupovala s ohledem na udržení optimálních základních životních funkcí. Kromě diagnostiky vlastního onemocnění zahrnuje předoperační příprava i zjištění možných vedlejších onemocnění a zhodnocení celkového stavu. Hlavním smyslem předoperačního vyšetření dítěte je především posouzení operačních rizik (věk, stav výživy, stav tekutin a elektrolitů, léky, duševní zdraví), prevence příhod a možných pooperačních komplikací. Případné odchylky od normálního zdravotního stavu je důležité odstranit nebo zmírnit. Významnou roli hrají nejen fyzické ale i psychické poruchy. Součástí předoperační přípravy je tedy i psychická příprava, která se týká hlavně informovanosti nemocného o onemocnění, léčbě a možných komplikacích (poskytuje lékař). V této etapě je hlavním úkolem sestry dítě uklidňovat (vlastní výkon nesmí být bagatelizován). Důležité je na výkon a předoperační vyšetření připravit nejen dítě, ale i rodiče a vše jim vysvětlit. Seznámení s ošetrovatelským personálem je důležité ke zmírnění jejich strachu a úzkosti. U plánovaných výkonů je důležitá úprava celkového stavu dítěte (výživa, orgánová onemocnění) a u urgentních operací se předoperační příprava omezuje na úpravu těžké anémie, diabetické acidózy a hypovolemie a abnormalit vodního a solného hospodářství. Pediatrické vyšetření před operací by nemělo být starší déle než jeden týden (52, 32, 50, 57, 44, 49, 40).

Příprava k operaci se především zaměřuje na časový faktor, tedy kdy bude operace prováděna. U operace neodkladné (emergentní – okamžitá operace) je příprava omezena na nezbytné minimum, tedy úprava základních životních funkcí (například: ruptura aneurizmu, poranění hrudníku,...). Výkon je prováděn do 1 hodiny. Naléhavé (urgentní) operace se provádí co nejdříve po úpravě základních životních funkcí (například střevní obstrukce, velké fraktury). Výkon je prováděn do 24 hodin. U plánované operace je nutno dosáhnout optimální úpravy možných komplikujících stavů. Je to časná operace, ale nikoli bezprostředně záchraňující život. Výkon se provádí během 1-3 týdnů. Je zde důležitá celková předoperační příprava, která je zaměřena na přípravu psychickou, somatickou, sociální a spirituální. Dále jsou to dohodnuté

(elektivní) operace, které se provádí v době, která vyhovuje pacientovi i chirurgovi. Toto rozdělení operací je dle stupně naléhavosti. Dále se operace rozdělují dle rozsahu na velké a malé operace. A podle účelu na probatorní (k určení rozsahu patologického procesu), paliativní (zmírnění symptomů chorobného procesu), rekonstrukční (náhrada poškozených tkání a orgánů), konstrukční (úprava vrozených orgánových či tkáňových malformací) a ablativní operace (odstranění orgánů či částí těla) (44, 38, 29, 57, 31).

Před anestézií je každé dítě prohlédnuto anesteziologem. Nejpozději by anesteziologická vizita měla proběhnout v den před plánovaným výkonem, aby anesteziolog mohl naordinovat případná další opatření, významná z hlediska anestézie, která přispějí ke zlepšení stavu dětského pacienta. Zde se poprvé setkává anesteziolog s dětským pacientem a cílem je také zmírnění strachu dítěte. U menších dětí by se mělo toto vyšetření uskutečnit za přítomnosti rodičů. Pokud je to možné anesteziologickou vizitu by měl provést tentýž anesteziolog, který bude poté provádět anestézii. Předanesteziologické vyšetření shrnuje závěry dosud provedených vyšetření, dále slouží k zhodnocení fyzického a psychického stavu, je provedena cílená anesteziologická anamnéza, zhodnocení závažnosti zátěže a míry rizika ve stupnici dle ASA (American Society of Anesthesiologists) (Příloha 11). Dále slouží k volbě anesteziologického postupu a k informování pacienta o navrhované anestézii a získání jeho souhlasu (u dětí podepisuje souhlas jejich zákonný zástupce), součástí vyšetření je i uklidnění dítěte, zmírnění jeho strachu a obav a vybudování kladného kontaktu. Dítě má být sestrou a lékařem přiměřeným a srozumitelným způsobem seznámeno s tím, co ho čeká. Dále je to ordinace prepremedikace a premedikace. Závěrem anesteziolog posoudí, zda je dítě schopno anestézie. Pomocí sesterské předoperační anamnézy je zjišťována fyzická zdatnost dítěte, jeho psychický stav, dále jak dítě pochopilo podstatu výkonu, předchozí zkušenost dítěte s hospitalizací, zákrokem, jaké jsou očekávané výsledky dítěte ale i rodičů. Dále jaké jsou zdroje pro lehčí vyrovnávání se situací a jak vnímá obraz svého těla (19, 57, 29, 50, 32).

Bezprostřední příprava v den před operací obsahuje hlavně psychickou přípravu dítěte, rozhovor o nadcházející operaci (dle věku), vysvětlení průběhu přípravy, součástí je celková koupel, pacient musí být čistý, bez šperků a ozdob, bez nalíčení, u dívek

odlakování nehtů, čistá pupeční jizva. Důležité je vyjmutí případně umělého chrupu, u dětí sestra kontroluje stav mléčného chrupu. Příprava operačního pole je velmi důležitá. Pokud je nutné odstranit ochlupení v místě zamýšlené operační rány, pak je vhodnější použít stříhání nebo depilační krém, který způsobí méně infekčních komplikací operační rány než holící strojek. Je možné odstranit ochlupení až v den operace, protože drobná poranění by se za delší dobu mohla kontaminovat (snížení infekčních komplikací). Dále se provádí bandáže dolních končetin, modelové nácviky pooperačního dýchání a odkašlávání, přidržování operační rány, vyprázdnění tlustého střeva (neprovádí se u náhlých příhod břišních). Dle ordinace lékaře sestra podává premedikace večer před výkonem k navození dobrého spánku a pokud možno perorálně. Velmi důležitou součástí je hladovění dětského pacienta, které má za cíl snížení objemu a kyselosti žaludečního obsahu. Hladověním se snižuje riziko regurgitace a aspirace žaludečního obsahu během operace. Dle nejnovějších poznatků se ustupuje od lačnění od půlnoci a přistupuje se k volnějším režimům. U dětí je nutné především sladit potřebu vyprázdněného žaludku s prevencí rychle nastupující dehydratace. Nejméně 6-8 hodin před výkonem je přípustná poslední dávka tuhé stravy (u kojenců se udává možnost podat mateřské mléko tři hodiny před výkonem). Tekutou stravu (nejlépe sladký čaj) je možné podávat nejpozději 2 hodiny před výkonem. U starších dětí se stravovací a pitný režim shoduje s režimem dospělých. Pokud je příjem per os zastaven z jakékoliv příčiny, je nutné jej nahradit infúzní hydratací. Bezprostřední předoperační příprava v den operace obsahuje ranní hygienu, úprava vlasů, kontrola fyzikální a psychické přípravy a veškeré dokumentace, operačního pole, dítě se označí identifikační páskou pro ověření totožnosti operovaného, vymočí se a je podána premedikace dle ordinace lékaře, která slouží k lepšímu navození do anestézie. A dítě již z lůžka nevstává. Dále je dětský pacient převezen na operační sál. Speciální bezprostřední příprava k operaci se provádí podle druhu a rozsahu operace (52, 44, 57, 50, 38, 36, 8, 40).

1.7.2 Úloha anesteziologické sestry v intraoperačním období

1.7.2.1 Náplň práce anesteziologické sestry

Pracovní náplň anesteziologické sestry je především asistence lékaři při podávání celkové anestézie a při poskytování neodkladné resuscitace. Při podávání celkové, lokální a svodné anestézie vyplývají pro sestru určité povinnosti. Anesteziologická sestra připravuje anesteziologický přístroj, ventilátor, infúzní pumpy, lineární dávkovače, monitor, vyhřívanou podušku (dle ordinace lékaře). Dále provede kontrolu odsávačky, zajišťuje připravenost a pohotovost léků, infúzí a krevních derivátů. Zajišťuje připravenost pomůcek, dále aplikuje intravenózní injekce pod kontrolou lékaře. Zajišťuje podávání premedikace a plynulý přesun pacienta na operační sál, dále kontroluje podání premedikace a čas jejího podání. Asistuje lékaři při všech výkonech, které jsou potřebné k podávání anestézie. Společně s lékařem vede anesteziologickou dokumentaci (anesteziologický záznam, anesteziologickou knihu, opiátovou knihu). Dále sleduje celkový stav dítěte nejen před anestézií, ale i během podání a po ukončení anestézie (veškeré změny hlásí lékaři). Po ukončení operačního programu sestra provede úklid všech pomůcek a přístrojů a dbá o doplnění použitých pomůcek, resterilizované pomůcky připravuje do centrální sterilizace. Dodržuje hygienické zásady asepse, provádí denní a týdenní harmonogram podle rozpisu. Dle potřeby se účastní likvidace následků hromadných neštěstí a během poskytování neodkladné resuscitace úzce spolupracuje s lékařem. Anesteziologická sestra musí být stejně jako lékař vždy dosažitelná (38).

1.7.2.2 Intraoperační péče

Ošetřování pacienta v intraoperačním období zajišťuje odborný zdravotnický personál operačního sálu. Zajišťuje hlavně ochranu dětského pacienta před infekcí, před zraněním, také zajišťuje ochranu pokožky před poraněním (při polohování), zajišťuje udržování polohy dítěte, monitorování fyziologických funkcí. Dále vede dokumentaci, provádí ošetrovatelské výkony, používá ochranné pomůcky a provádí soupis použitých chirurgických nástrojů a materiálu. Po skončení operace operatér vypisuje operační protokol. Po celou dobu operace zde asistují dva typy sester, jedna je

„sterilní“ (sterilně oblečená instrumentářka) a druhá je „cirkulující“, nebo také obíhající (29).

Od doby příjezdu dítěte na operační sál až do doby zahájení anestézie by měla uběhnout co nejkratší doba, která by měla být vyplněna nepřetržitou péčí ošetřujícího personálu, hlavně sestry o pacienta. Je nutné dítěti vysvětlit veškeré následující kroky formou, která odpovídá jeho věku. Úvod dítěte do celkové anestézie musí být proveden klidně, rychle a nenásilně. U dětí se v anestézii používají stejné anesteziologické prostředky jako u dospělých. V současné době je preferován inhalační úvod do anestézie, pro její jednoduchou dostupnost a dobrou řiditelnost, ale jsou děti, které přiložení masky na obličej, nebo uložení na operační stůl nesnesou. Je tedy možné je uvést do anestézie v náručí proudem inhalačního anestetika nasměřovaným k obličejí. Nebo se provede intravenózní úvod, ale k jeho provedení je nutný žilní vstup a jeho provedení je často také problematické. Pokud nelze použít standardní metody úvodu do anestézie (nezvladatelný neklid dítěte), využívá se nitrosvalový, nebo rektální úvod. Po úvodu je nutné vždy zajistit funkční žilní vstup. Ve speciálních indikacích je používána svodná anestézie. Svodná anestézie není v dětském věku kontraindikována, ale nepatří také ke standardním postupům. U dětí ve věku 3-5 let je nutné indikaci k tomuto druhu anestézie zvážit. V tomto období má dítě velký strach z tělesného poranění a blokádu ochablé a znečitlivělé části těla mohou u dítěte vyvolat hrůzu a zděšení. U dětí kolem 8 let věku je nutné provést blokádu v anestézii nebo v sedaci, protože na bolestivý vpich bude dítě reagovat obranými mechanismy. Rezervovanost některých anesteziologů ke svodné anestézii u dětí má několik příčin, je to odmítnutí injekce dítětem při vědomí, relativně vysoké nároky na čas, strach z možných komplikací a potřeba větší zkušenosti a zručnosti ve srovnání se svodnou anestézií u dospělých. Předností svodné anestézie je především dobrá analgezie v průběhu operace i po ní (46, 19).

Mezi dospělými a dětmi je nejnápadnějším rozdílem vzrůst, ale děti nejsou oproti dospělým jen menší, jsou mezi nimi velmi podstatné anatomické i fyziologické, biologické a psychologické rozdíly. Čím je dítě menší, tím jsou rozdíly výraznější. A z toho plynou četné zvláštnosti anesteziologických postupů u dětí, kterým je potřeba

věnovat značná pozornost. Pro anesteziologa a anesteziologickou sestru je proto důležité u velmi malých dětí v prvních dnech a týdnech jejich života se vyvarovat hypoxie, nevynechávat v premedikaci vagolitickou složku – atropin, adekvátně hradit krevní ztráty a zvolit vhodnou monitoraci oběhu, je důležité volit vhodnou ventilační techniku k maximální minimalizaci mrtvého prostoru. Vždy zajistit dobrou průchodnost dýchacích cest a při každém zpovrchnění dýchání, nebo změně rytmu dýchání zvažovat překážku v dýchacích cestách. Důležité je zajistit adekvátní oxygenaci vyšším příkonem kyslíku ve směsi a volit odpovídající ventilační režim. Anesteziolog a anesteziologická sestra zde musí důkladně sledovat ovlivňování nervového systému anestetiky a možnost ovlivnění nitrolebního tlaku vlivem vhodných anestetických postupů a vlivem anestetik. Je velmi důležité, aby sestra zkontrolovala stav chrupu před anestézií, především v období výměny dentice. Dále je důležité přesné sledování bilance tekutin a udržování a sledování hladiny kaliumu a sodíku. Dobu lačnění je potřebné překlenuj infuzí cukerných roztoků, dále respektovat nezralost jaterního parenchymu a věnovat pozornost rozdílné farmakodynamice a farmakokinetice v období novorozeneckém a mladším kojeneckém. V neposlední řadě by se měla zvažovat možnost výskytu regurgitace žaludečního obsahu v ranném věku. A v dětském věku více než u dospělých je nezbytné, aby sestra pečovala o termoneutrální prostředí (38, 19).

Ukončení celkové anestézie je možné dvěma způsoby. Dle stavu jsou někteří pacienti indikováni k pooperační řízené ventilaci, kdy se analgezie a svalová relaxace ponechá a inhalační anestézie se nahradí intravenózní sedací. V druhém případě je celková anestézie ukončena probuzením dítěte, kdy se inhalační anestézie zastaví a dítě se prodýchá čistým kyslíkem. V době, kdy je dítě na operačním sále, je nutné připravit lůžko a pokoj pro pooperační období, proto je zde nezbytná spolupráce a komunikace mezi anesteziologickou a dětskou sestrou (29, 46).

1.7.3 Úloha dětské sestry v pooperačním období

Po ukončení výkonu je pacientům poskytována zpravidla intenzivní, výjimečně resuscitační péče. Pooperační období se rozděluje na péči bezprostřední, intermediální a rekonvalescenci. Dítě je po výkonu pod stálým dohledem, nejčastěji anesteziologa,

a to dokud nemá stabilizovaný oběh, dostatečně spontánně nedýchá a dokud se mu nenavrátí obranné reflexy (kašlací, polykací). V této časné pooperační době se může objevit řada komplikací. Může přetrvávat účinek myorelaxačních látek, kdy může nastat obrna dýchacích svalů, zapadání jazyka, zvracení (hrozí aspirace), či laryngospasmus. Proto je důležitá bezprostřední a kvalifikovaná pomoc. Sestra sleduje stav dítěte a dokud nepominul účinek myorelaxačních látek a dítě není dokonale probuzeno, nesmí opustit operační trakt. Tato bezprostřední péče se v moderních zařízeních provádí na pooperačním (dospávacím) pokoji, který je součástí operačního traktu. Tím se zkracuje prostoje mezi operacemi a dětský pacient může na tomto pokoji pod stálým dohledem sestry a lékaře zůstat dvě i více hodin. Dle stavu jsou děti předány na jednotku intenzivní péče, nebo na lůžkové oddělení (nejdříve po 2 hodinách). Dítě je předáváno na oddělení s dokumentací, kterou operatér doplní o operační diagnózu, popíše zde operační výkon a vyznačí přesné ordinace v dohodě s anesteziologem (intervaly měření fyziologických funkcí, sledování příjmu a výdeje tekutin, sledování rány,...) (32, 52, 57).

V prvních hodinách po operaci sestra sleduje puls, krevní tlak a dýchání po 15, 30 a 60 minutách. Interval se prodlužuje na 3-4 hodiny při stabilitě dítěte. Sleduje se i teplota a barva akračních částí těla, stav vědomí, dále poměr příjmu a výdeje tekutin a sleduje se poloha dítěte, která je dle druhu operace naordinována lékařem. U velmi vážně nemocných je monitorováno i EKG a centrální žilní tlak. Nutné je sledovat pravidelně a pečlivě operační ránu (vyklenutí, bolestivost) a odvod drény (více jak 200ml/h – známka život ohrožujícího krvácení). Důležité je hluboké dýchání a odkašlávání, při silném zahlenění je nutné odsávání. Při odkašlávání je velmi důležité chránit operační ránu tak, že sestra drží ruku na operační ráně, nebo poučí pacienta o ochraně rány při odkašlávání. Dále se sleduje při zavedeném močovém katétru hodinová diuréza. V případě, že nemá cévku, měl by se vymočit do 6-8 hodin po operaci. Pokud nastanou problémy s odchodem moči, nejprve se volí odstranění psychických zábran (pustit vodu, intimita, teplý obklad na podbříšek) a až později se provádí cévkování. V neposlední řadě se sleduje i psychický stav a bolest. Dle stavu dítěte je vhodné zajistit přítomnost alespoň jednoho z rodičů (29, 52, 44, 50, 11).

Intermediální péče je zpravidla prováděna již na standardním lůžkovém oddělení, kde sestra dále sleduje fyziologické funkce, močení a funkce trávicího traktu. Během 2-3 dnů se většinou navrácí peristaltika. Doba odchodu plynů je závislá na druhu a rozsahu operace. V případě problémů je možné zavést rektální rourku nebo glycerínový čípek. Závažné problémy signalizuje porucha odchodu plynů déle než 3.-4. den po operaci. Perorální příjem potravy v podobě tekutin je možný za 3-4 hodiny po ukončení anestézie po nekomplikovaném výkonu (záleží na druhu operace a stavu dítěte). Perorální výživu začíná dítě přijímat během 2-3 dnů. Nejprve sestra začíná podávat čaj po lžičkách, při toleranci zajišťuje vhodný příjem tekutin. Dále dle tolerance sestra podá kašovitou stravu a později podává racionální výživu bez omezení. U každého dítěte a každé operace je realimentace individuální. Důležité je dodržování hygieny dutiny ústní a celkové hygieny nemocného. Již první pooperační den, je nutné aby sestra dítě mobilizovala, zpočátku polohováním, posazováním a následně vstáváním z lůžka (prevence pooperačních komplikací). Pokud dítě nemůže vstát a chodit, musí provádět pod dohledem rehabilitačního pracovníka pravidelně dechová cvičení a cvičit dolními končetinami. U imobilních pacientů je nutné provádět polohování po 2-4 hodinových intervalech. V prvních dnech po operaci se drény v operačním poli zkracují nebo extrahují (46, 52, 44).

Období rekonvalescence je obdobně jako předešlá období zaměřeno na prevenci komplikací. Postupně se dítěti navrácí zájem o okolí, nabývá síly a začíná přibývat na váze. Tato fáze probíhá již většinou v domácím ošetřování (52).

1.7.3.1 Úloha sestry v uspokojení potřeby být bez bolesti v pooperačním období

„Bolest je cokoli, co pacient za bolest označí, existuje vždy, když si pacient na ni stěžuje.“ (Mc Caffery) (44, str. 66).

Bolest (akutní) je normální biologická odpověď, která umožňuje zachovat tělesnou integritu proti škodlivým vlivům z vnějšího i z vnitřního prostředí. Je to nepříjemný, subjektivní pocit, který je každým dítětem prožíván individuálně a ovlivňuje nejen myšlení dítěte, ale celý jeho život. Intenzitu a kvalitu bolesti nelze měřit objektivně, její měření je nepřímé. Základním předpokladem úspěšné péče

o operovaného dětského pacienta je kvalitní pooperační analgezie, jejímž cílem je eliminace pooperační bolesti a následně i zmírnění stresu dítěte. Minimalizuje se tím negativní paměťová stopa, která může případný další pobyt dítěte v nemocnici významně ovlivnit. Samotný strach z bolesti je často větším stresorem pro dítě než bolest sama a proto je velmi důležitá i předoperační péče a psychická příprava (Příloha 12). Standardně se dnes doporučuje připravit na bolest dítě i rodiče takovým způsobem, který odpovídá věku dítěte, zvláštnostem dítěte i rodičů a charakteru výkonu. Mezi psychologicky účinné metody například patří hra, hraní rolí ve skupině dětí, nasměrování fantazie jiným směrem, odvádění pozornosti dítěte, hudba. U starších dětí se používá jasné vysvětlení postupu a upozornění na pozitivní stránky. Onemocnění narušuje imunitní systém dítěte, které je tak vystaveno více infekcím. S tím souvisí například hůře se hojící rány a bolest. Některé děti ani nevědí, že by se s bolestí měly svěřit, dokonce jí někdy i popírají a malé děti jí naopak hůře vyjadřují. Dětská sestra si u jednotlivých věkových kategorií musí umět všimnout projevů bolesti a znát hodnotící škály. Dětem by se měli léky podávat přednostně perorální nebo rektální cestou, protože intramuskulární podávání může vést k ignorování či popírání bolesti. Nezbytné je aby sestra sledovala jejich účinek. Při tišení bolesti je důležité používat i nefarmakologické techniky (arteterapie, terapie hrou,...) (30, 7, 28, 23, 10 20, 22, 15).

Bolest po operaci je akutní, rychle vznikající a většinou postupně odeznívá. Velmi důležité je, aby dítě po operaci nepocítilo žádnou bolest. Proto je potřeba jí předcházet a ne reagovat až na bolestivé projevy dětského pacienta. Léky k tlumení bolesti sestra podává intermitentně intramuskulárně nebo intravenózně ve 4-6 hodinových intervalech nebo kontinuálně pumpou. Bolesti u dětí nebyla dlouhou dobu věnována náležitá pozornost. Čím je bolest větší a trvá delší dobu, tím více je negativně ovlivněna centrální nervová soustava a dobrý psychosociální vývoj dítěte. Dítě reaguje na bolest odlišně než dospělý (Příloha 13). U dítěte je primárním indikátorem bolesti změna chování (pláč, pohyb tělem, končetinami, změna výrazu tváře). Ale různí se i reakce jednotlivých dětí. Především v závislosti na jejich vývojovém období. Čím je dítě mladší, tím je určení bolesti těžší. S přibývajícím věkem stoupá u dětí práh bolesti a silné bolesti mohou u dětí školního věku vést k negativistickému chování. Školní děti

již začínají logicky uvažovat, jsou samostatnější, rozumějí konceptu času, velmi se bojí změny vzhledu svého těla a mají velmi bohatou fantazii (30, 7, 52, 19, 5).

Kromě odstranění subjektivního utrpení přináší léčba bolesti i pozitivní vliv na léčbu a hojení pooperační rány. Důležitý je soulad mezi premedikací, peroperační a pooperační analgezií. Nezbytná je také optimalizace zevních vlivů sestrou, které pacienta ovlivňují. Patří sem hlavně ruch na oddělení, minimální soukromí, nešetrná manipulace a intenzivní osvětlení. V některých případech může být diskutabilní přítomnost rozrušených rodičů u dítěte. Velmi důležitá je monitorace pooperační analgezie. Sestra zjišťuje hlavně lokalizaci bolesti (topologie- za pomoci malby – Margelosoova mapa) (Příloha 14), kvalitu (pomocí barev) a kvantitu bolesti (psychometrické techniky, změny fyziologických funkcí). U dětí do 1 roku se používá nejvíce rozšířená škála NIPS (Neonatal/Infant Pain Scale), pro batolata je to stupnice FLACC (Face-Legs-Activity-Cry-Consolability). U dětí, které jsou již schopné diferencovat obrázky, je možné použít VAS (vizuálně analogové škály zhruba od 4 let věku). Nejčastěji se používá škála výrazů obličeje (Příloha 15), teploměr jako vizuální škála nebo obrázky, které znázorňují typ počasí (Příloha 16). Dále se bolest hodnotí dle anamnézy bolesti a podle vegetativní odpovědi (změny tepové frekvence, krevního tlaku, pocení, mydriáza). Vhodné je, aby dítě bylo co nejvíce zaměstnáno hrou, zábavou a poutavými činnostmi. Je vhodnější dítěti předčítat než jej nutit aby četlo samo. „Každé nemocné dítě by mělo mít možnost zůstat dítětem, to znamená hrát si, prožívat své fantazie, doufat, snít.“ (14, str. 11) (30, 7, 37, 28, 14, 15).

2 Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat činnost a spolupráci anesteziologických sester a sester pracujících na dětském oddělení

Kvantitativní výzkum je zaměřen na cíl 1 a hypotézy k tomuto cíli stanovené.

Cíl 2: Zjistit vliv spolupráce sester pracujících na dětském oddělení a anesteziologických sester na uspokojení potřeb dětí v předoperačním, peroperačním a pooperačním období

Kvalitativní výzkum je zaměřen na cíl 2 a k němu stanovené výzkumné otázky.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Anesteziologické sestry a sestry pracující na dětském oddělení spolu spolupracují v předoperačním období

Hypotéza 2: Anesteziologické sestry a sestry pracující na dětském oddělení spolu spolupracují v pooperačním období

Hypotéza 3: Anesteziologické sestry mají zájem o zlepšení spolupráce se sestrami pracujícími na dětském oddělení

Hypotéza 4: Sestry pracující na dětském oddělení mají zájem o zlepšení spolupráce s anesteziologickými sestrami

2.3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jak ovlivňuje spolupráce anesteziologické sestry a sestry pracující na dětském oddělení uspokojení potřeb v předoperačním období u dítěte?

Výzkumná otázka 2: Jak ovlivňuje spolupráce anesteziologické sestry a sestry pracující na dětském oddělení uspokojení potřeb v pooperačním období u dítěte?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Ke zpracování empirické části diplomové práce byla použita kvantitativně-kvalitativní metoda výzkumu. Pro kvantitativní výzkum byla použita metoda dotazování, technika dotazníku. Byly vytvořeny 2 nestandardizované dotazníky. Jeden pro sestry pracující na dětském oddělení (Příloha 17) a jeden pro anesteziologické sestry (Příloha 18). Dotazníky byly anonymní.

Dotazníky obsahovaly shodné otázky, jen jejich formulace byla přizpůsobená pro anesteziologické sestry a pro sestry pracující na dětském oddělení. Zvolili jsme dva dotazníky pro lepší přehlednost. Dotazníky byly tvořeny uzavřenými a polootevřenými otázkami a každý obsahoval 31 otázek.

Výzkumné šetření probíhalo nejprve po domluvě s hlavními sestrami 7 nemocnic v Jihočeském kraji, které se s dotazníky seznámily. Následně bylo šetření domluveno s vrchními, nebo staničními sestrami dětských a anesteziologických oddělení, v některých případech i s primáři oddělení, telefonicky nebo emailem. Vrátilo se celkem 188 kompletně vyplněných dotazníků, návratnost byla 74,90%. Šetření probíhalo od února do března roku 2010.

Pro kvalitativní výzkum byly použity následující techniky: Strukturované přímé pozorování, obsahová analýza dokumentů a nestandardizovaný rozhovor.

Strukturované přímé zúčastněné pozorování proběhlo po domluvě s vrchní sestrou a primářem dětského oddělení a s vrchní sestrou anesteziologického oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. Pro pozorování byl vytvořen speciální pozorovací arch (Příloha 19). Do pozorovacího archu byly zaznamenávány potřeby každého pozorovaného dítěte v průběhu předoperační, intraoperační a pooperační fáze, poznatky z obsahové analýzy dokumentace každého dítěte a poznatky z rozhovorů s maminkami některých dětí. Při pozorování byly sledovány biologické a psychické potřeby dětí dle Maslowovy pyramidy a jejich uspokojování v předoperačním, intraoperačním a pooperačním období. Pro přehlednost byl arch také rozdělen na tato tři období

a potřeby se v nich opakují. Z biologických potřeb byly sledovány: potřeba výživy, pohybu a aktivity, hygienické potřeby a čistoty, dále potřeba udržování tělesné teploty a oblékání, potřeba spánku a odpočinku, potřeba vyprazdňování, dýchání a potřeba sexuální. Z psychických potřeb byly sledovány: potřeba bezpečí a jistoty, lásky a sounáležitosti, potřeba uznání a sebeúcty a potřeba seberealizace a sebeaktualizace.

Dále byla použita obsahová analýza dokumentů, ke které byla použita zdravotnická dokumentace jednotlivých dětí na dětském oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Z dokumentace byly použity informace týkající se rodinné, osobní anamnézy a současného onemocnění, tyto informace byly zaznamenány do pozorovacího archu.

Při sběru dat byl dále použit nestandardizovaný rozhovor s některými maminkami hospitalizovaných dětí a se sestrami pracujícími na dětském a anesteziologickém oddělení. Pro rozhovor se sestrami byl použit strukturovaný rozhovor (Příloha 20). Otázky v rozhovoru byly rozděleny na dvě části, před operací a po operaci a směřovány na činnosti sester, jejich spolupráci a následně na vliv jejich spolupráce na uspokojování potřeb dítěte před operací a po operaci.

Pro rozhovor s maminkami, které byly hospitalizovány společně s dětmi, které šly na operaci, byl použit strukturovaný rozhovor. Informace získané od maminek byly použity k doplnění pozorovacího archu. Šetření kvalitativního výzkumu probíhalo v dubnu roku 2010.

3.2 Statistická analýza

Vyhodnocení výsledků z dotazníků bylo prováděno analýzou a syntézou dat za použití programu SPSS 12.0 a Microsoft Office Excel 2000. Pro výpočet byly použity matematické a deskriptivní funkce. Pro frekvenční hodnocení – početní zastoupení (Frequency), absolutní procentuální zastoupení vždy ze 100 % dotazovaných respondentů (Percent), validní procentuální zastoupení (Valid percent) a kumulativní procentuální četnost (Cumulative percent), která se počítá z validní procentuální četnosti (Valid percent). K vyhodnocování statisticky významných vztahů námi

vybraných proměnných byly použity kontingenční tabulky (Crosstest) a Pearsonův test chí kvadrát (Pearson Chi-Square). Data byla zaokrouhlena na jedno desetinné místo k relativně malému počtu dotazovaných respondentů.

3.3 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor pro kvantitativní šetření tvořilo celkem 188 sester, z toho bylo 96 sester pracujících na dětském oddělení a 92 anesteziologických sester. Celkem bylo rozdáno 251 dotazníků, z toho 126 na dětská oddělení a 125 na anesteziologická oddělení, počet byl řízen dle pokynů hlavních, vrchních a staničních sester.

1. výzkumný soubor pro kvantitativní výzkum tvořily sestry pracující na dětském oddělení a sestry pracující na anesteziologickém oddělení v 7 nemocnicích Jihočeského kraje.

2. výzkumný soubor pro kvalitativní výzkum tvořily děti, které byly přijaty na dětské oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. k plánované operaci. Výzkumný vzorek tvořilo 5 dětí a ze získaných informací byly vytvořeny kasuistiky. Hlavním kritériem pro výběr dětí byla plánovaná operace.

3. výzkumný soubor byl tvořen sestrami pracujícími na dětském oddělení, které ošetřovaly jednotlivé děti na oddělení, a anesteziologickými sestrami, které jednotlivé děti ošetřovaly na sále, a byl s nimi proveden rozhovor.

Tabulka 1 Počet respondentů jednotlivých nemocnic Jihočeského kraje

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	České Budějovice	35	18,6	18,6	18,6
	Český Krumlov	20	10,6	10,6	29,2
	Jindřichův Hradec	23	12,2	12,2	41,4
	Písek	27	14,4	14,4	55,8
	Prachatice	12	6,4	6,4	62,2
	Strakonice	28	14,9	14,9	77,1
	Tábor	43	22,9	22,9	100,0

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů se šetření účastnilo 35 (18,6 %) respondentů z Nemocnice České Budějovice, a.s., 20 (10,6 %) respondentů z Nemocnice Český Krumlov, a.s., 23 (12,2 %) respondentů z Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., 27 (14,4 %) respondentů z Nemocnice Písek, a.s., 12 (6,4 %) respondentů z Nemocnice Prachatice, a.s., 28 (14,9 %) respondentů z Nemocnice Strakonice, a.s., 43 (22,9 %) respondentů z Nemocnice Tábor, a.s.

4 Výsledky

4.1 Výsledky kvantitativního šetření

Čísla tabulek a grafů nesouhlasí s čísly otázek v dotazníku pro sestry pracující na dětském a anesteziologickém oddělení.

Tabulka 2 Pracovní zařazení

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	DEO	96	51,1	51,1	51,1
	ARO	92	48,9	48,9	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů pracuje 96 (51,1 %) sester na dětském oddělení a 92 (48,9 %) sester na anesteziologickém oddělení.

Tabulka 3 Pohlaví (Otázka 1)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muž	3	1,6	1,6	1,6
	Žena	185	98,4	98,4	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů byli 3 (1,6 %) muži a 185 (98,4 %) žen.

Tabulka 4 Věkové kategorie (Otázka 2)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21-35 let	81	43,1	43,1	43,1
	36-50 let	80	42,6	42,6	85,7
	Nad 50 let	27	14,3	14,3	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů bylo 81 (43,1 %) sester ve věku 21-35 let, 80 (42,6 %) sester bylo ve věku 36-50 let a 27 (14,3 %) sester bylo ve věku nad 50 let.

Tabulka 5 Délka praxe ve zdravotnictví (Otázka 3)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5 let a méně	33	17,6	17,6	17,6
	6 – 15 let	48	25,5	25,5	43,1
	16 – 25 let	53	28,2	28,2	71,3
	Déle než 25 let	54	28,7	28,7	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

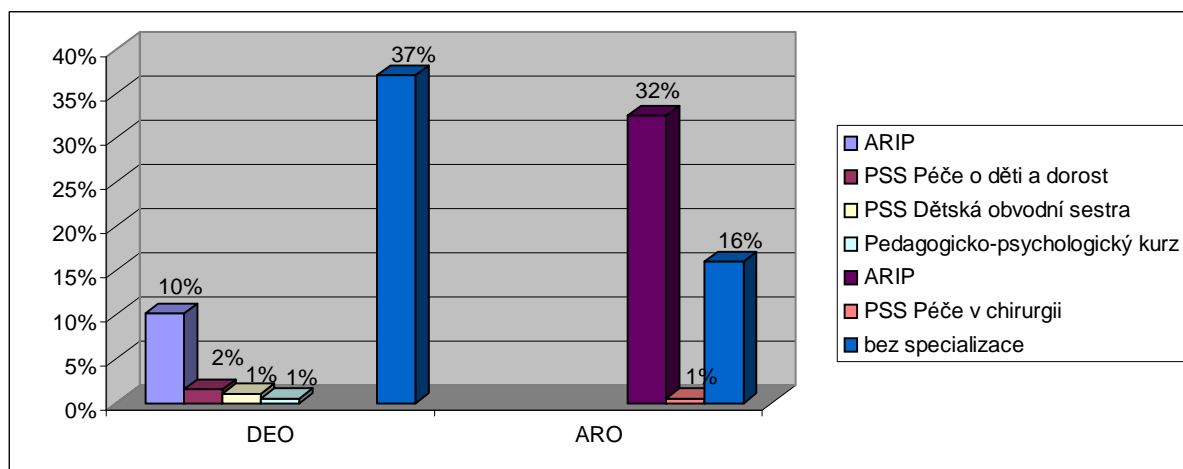
Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů pracuje ve zdravotnictví 5 let a méně 33 (17,6 %) sester, 6-15 let pracuje 48 (25,5 %) sester, 16-25 let pracuje 53 (28,2 %) sester a déle než 25 let pracuje ve zdravotnictví nejvíce 54 (28,7 %) sester.

Tabulka 6 Nejvyšší dosažené vzdělání (Otázka 4)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SZŠ	152	80,9	80,9	80,9
	VZŠ	25	13,3	13,3	94,2
	VŠ-Bc.	9	4,8	4,8	99,0
	VŠ-Mgr.	2	1,0	1,0	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů má nejvyšší dosažené vzdělání na střední zdravotnické škole 152 (80,9 %) sester, vyšší zdravotnickou školu má 25 (13,3 %) sester, bakalářské studium má 9 (4,8 %) sester a magisterské studium mají 2 sestry (1,0 %).

Graf 1 Specializace (Otázka 5)



Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů mělo specializaci ze sester pracujících na dětském oddělení 25 (14 %) respondentů, z toho mělo 19 (10 %) sester specializaci ARIP, 3 (2 %) sestry měly PSS Péče o děti a dorost, 2 (1 %) sestry měly PSS Dětská obvodní sestra a 1 (1 %) sestra měla Pedagogicko psychologický kurz a 71 (37 %) sester nemělo žádnou specializaci. Z anesteziologických sester mělo specializaci 62 (33 %) respondentů, z toho mělo 61 (32 %) sester specializaci ARIP, 1 (1 %) sestra měla PSS v chirurgii a 30 (16 %) sester nemělo žádnou specializaci.

Tabulka 7 Délka praxe na konkrétním oddělení - dětské, anesteziologické (Otázka 6)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5 let a méně	52	27,7	27,7	27,7
	6 – 15 let	54	28,7	28,7	56,4
	16 – 25 let	49	26,1	26,1	82,5
	Déle než 25 let	33	17,5	17,5	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů pracuje na konkrétním oddělení (dětské, anesteziologické) 5 let a méně 52 (27,7 %) sester, 6-15 let pracuje na odděleních nejvíce sester 54 (28,7 %), 16-25 let pracuje 49 (26,1 %) sester a déle než 25 let pracuje na odděleních 33 (17,5 %) sester.

Tabulka 8 Registrace sester (Otázka 7)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	176	93,6	93,6	93,6
	Ne	12	6,4	6,4	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů bylo 176 (93,6 %) sester registrovaných a 12 (6,4 %) neregistrovaných sester.

Tabulka 9 Bližší zájem sester o problematiku péče o dítě v období operace (Otázka 8)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	81	43,1	43,1	43,1
	Ne	25	13,3	13,3	56,4
	Nevím	4	2,1	2,1	58,5
	Částečně ano	78	41,5	41,5	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů má bližší zájem o problematiku nejvíce sester 81 (43,1 %), 25 (13,3 %) sester nemá bližší zájem o tuto problematiku, 4 (2,1 %) sestry nevěděly a 78 (41,5 %) sester se o problematiku zajímá částečně.

Tabulka 10 Názor sester na stejnorodost péče o dospělého a dětského pacienta (Otázka 9)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	31	16,5	16,5	16,5
	Ne	145	77,1	77,1	93,6
	Nevím	6	3,2	3,2	96,8
	Jen v některých aspektech	6	3,2	3,2	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů se 31 (16,5 %) sester domnívá, že péče o dospělého a dětského pacienta v období operace je stejná, 145 (77,1 %) sester se domnívá, že péče o dospělého a dětského pacienta v tomto období není stejná, 6 (3,2 %) sester nevědělo, zda péče je nebo není stejná. 6 (3,2 %) sester se domnívá, že se péče odlišuje jen v některých aspektech, a to především přístup k dítěti dle jeho věku byl popsán 4 krát, ve 2 případech byla popsána odlišná příprava dítěte od dospělého.

Tabulka 11 Názory sester na význam přípravy dítěte na výkon (Otázka 10)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dítě na výkon předem připravit	170	90,4	90,4	90,4
	Dítě na výkon předem nepřipravit	3	1,6	1,6	92,0
	Jiné	15	8,0	8,0	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

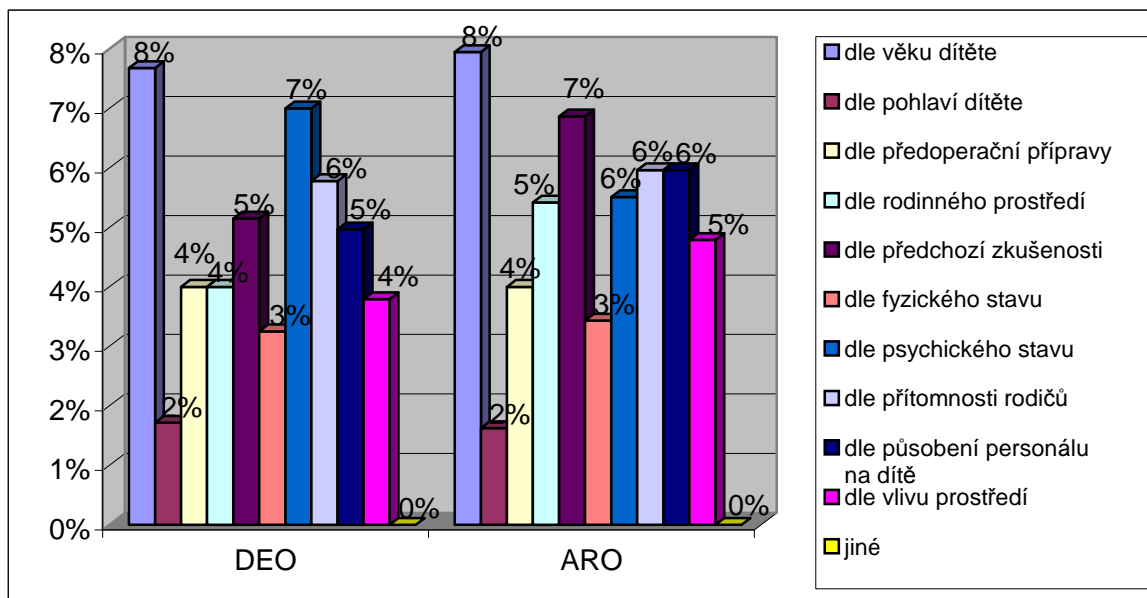
Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů si 170 (90,4 %) sester myslí, že dítě je nutné na výkon předem připravit, 3 (1,6 %) sestry si myslí, že není nutné dítě na výkon předem připravit, a 15 (8,0 %) sester zvolilo možnost jiné, kde se ve 13 případech objevil individuální přístup, ve 4 případech bylo zdůrazněno, že každý má jiné potřeby, v 8 případech bylo popsáno, že je důležité dítě připravit dle věku, také podle psychického stavu, zde byla jedna odpověď. Nutnost připravit dítě dle situace byla popsána v 1 případě.

Tabulka 12 Rozdíly u dětí ve vnímání operačního období (Otázka 11)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	185	98,4	98,4	98,4
	Ne	1	0,5	0,5	98,9
	Nevím	2	1,1	1,1	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů se 185 (98,4 %) sester domnívá, že u dětí jsou ve vnímání operačního období dítětem určité rozdíly, 1 (0,5 %) sestra se domnívá, že není rozdíl ve vnímání operačního období dítětem, a nevěděly 2 (1,1 %) sestry.

Graf 2 Rozdíly ve vnímání operačního období u dítěte (Otázka 11)



Od 185 respondentů bylo získáno 1 107 (100 %) odpovědí. Z toho od sester pracujících na dětském oddělení bylo 531 (48 %) odpovědí a od anesteziologických sester bylo 576 (52 %) odpovědí, respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Dětské sestry se domnívají v 85 (8 %) odpovědích má vliv věk dítěte, v 19 (2 %) odpovědích má vliv pohlaví dítěte, v 53 (4 %) odpovědích má vliv předoperační příprava, v 53 (4 %) odpovědích má vliv rodinné prostředí, v 57 (5 %) odpovědích má vliv předchozí zkušenost, v 36 (3 %) odpovědích má vliv fyzický stav dítěte, v 67 (7 %) odpovědích má vliv psychický stav dítěte, v 64 (6 %) odpovědích má vliv přítomnost rodičů dítěte, v 55 (5 %) odpovědích má vliv personál, ve 42 (4 %) odpovědích má vliv prostředí a možnost jiné nikdo nezvolil. Anesteziologické sestry se domnívají v 88 (8 %) odpovědích má vliv věk dítěte, 18 (2 %) odpovědích má vliv pohlaví dítěte, v 50 (4 %) odpovědích má vliv předoperační příprava, v 60 (5 %) odpovědích má vliv rodinné prostředí, v 76 (7 %) odpovědích má vliv předchozí zkušenost, v 38 (3 %) odpovědích má vliv fyzický stav, v 61 (6 %) odpovědích má vliv psychický stav, v 66 (6 %) odpovědích má vliv přítomnost rodičů dítěte, v 66 (6 %) odpovědích má vliv personál, ve 53 (5 %) odpovědích má vliv prostředí a možnost jiné nikdo nezvolil.

Tabulka 13 Umožňování přítomnosti rodičů při převozu dítěte na sál (Otázka 12)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	116	61,7	61,7	61,7
	Jen v některých případech	56	29,7	29,7	91,4
	Ne	8	4,3	4,3	95,7
	Nevím	8	4,3	4,3	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

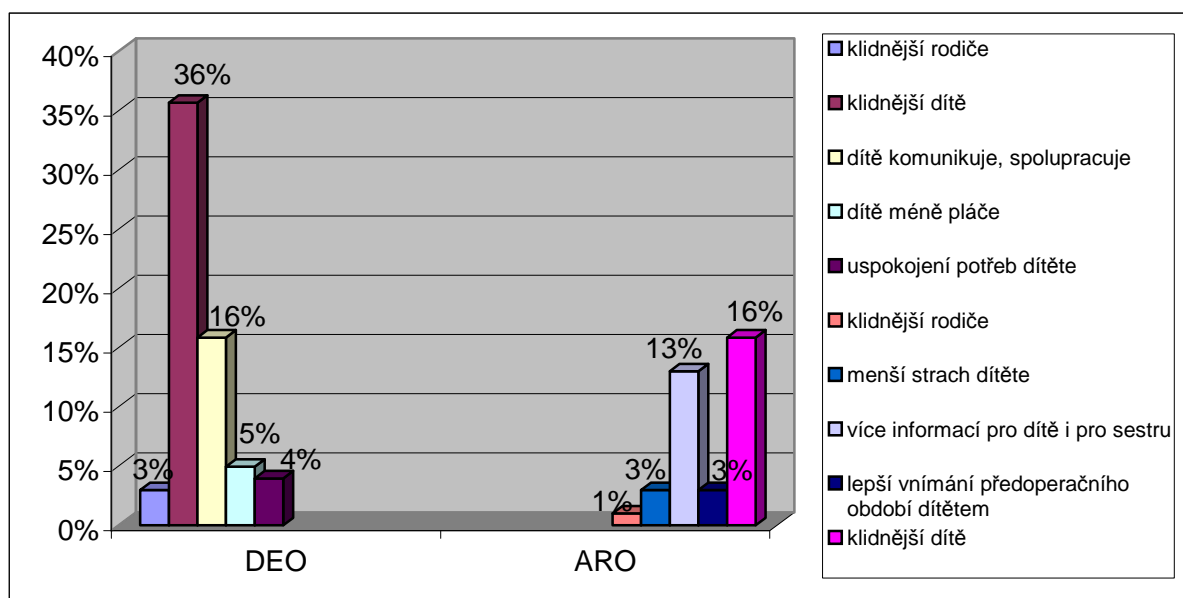
Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů umožňuje přítomnost rodičů při převozu dítěte na sál 116 (61,7 %) dotazovaných, 56 (29,7 %) dotazovaných umožňuje přítomnost rodičů jen v některých případech, 8 (4,3 %) dotazovaných vůbec neumožňuje přítomnost rodičů při převozu dítěte na sál a 8 (4,3 %) dotazovaných zvolilo odpověď nevím.

Tabulka 14 Zkušenosti sester s přítomností rodičů při předávání dítěte na sál (Otázka 13)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pozitivní	87	46,3	46,3	46,3
	Negativní	50	26,6	26,6	72,9
	Nevím, nezajímám se o to	3	1,6	1,6	74,5
	Nevím, nemám s tím zkušenost	30	16,0	16,0	90,5
	Pozitivní i negativní	18	9,5	9,5	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

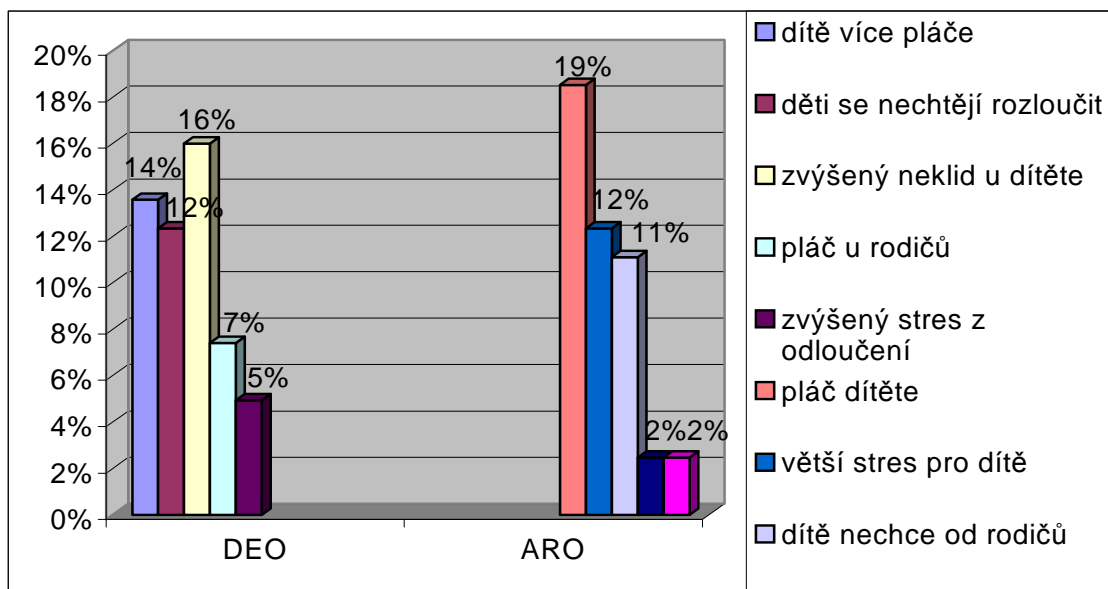
Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů má nejvíce sester 87 (46,3 %) pozitivní zkušenosti s přítomností rodičů při předávání dítěte na sál, negativní zkušenosti s přítomností rodičů má 50 (26,6 %) sester, 3 (1,6 %) sestry nevěděly, protože se o problematiku nezajímají, dalších 30 (16,0 %) sester zvolilo odpověď nevím, protože nemá s danou situací zkušenost a 18 (9,5 %) sester má pozitivní i negativní zkušenosti s přítomností rodičů při předávání dítěte na sál.

Graf 3 Pozitivní zkušenosti sester s přítomností rodičů při předávání dítěte na sál (Otázka 13)



Od 87 respondentů bylo 101 (100 %) odpovědí. Z toho od sester pracujících na dětském oddělení bylo 64 (64 %) odpovědí a od anesteziologických sester bylo 37 (36 %) odpovědí. Odpovědi dětských sester: 3 (3 % odpovědí) sestry uvedly, že rodiče jsou klidnější, a to ovlivní i dítě, 36 (36 % odpovědí) sester uvedlo, že dítě je klidnější, 16 (16 % odpovědí) sester uvedlo, že dítě komunikuje a spolupracuje, 5 (5 % odpovědí) sester popsalo, že dítě méně pláče a 4 (4 % odpovědí) sestry popsaly, že jsou uspokojeny potřeby dítěte. Odpovědi anesteziologických sester: 1 (1 % odpovědí) sestra uvedla, že rodiče jsou klidnější, a to ovlivní i dítě, 3 (3 % odpovědí) sestry uvedly, že dítě má menší strach, 14 (13 % odpovědí) sester uvedlo, že sestra a dítě mají více informací, 3 (3 % odpovědí) sestry uvedly, že dítě lépe vnímá předoperační období a 16 (16 % odpovědí) sester popsalo, že dítě je klidnější.

Graf 4 Negativní zkušenosti sester s přítomností rodičů při předávání dítěte na sál (Otázka 13)



Od 50 respondentů bylo 81 (100 %) odpovědí. Z toho od sester pracujících na dětském oddělení bylo 43 (54 %) odpovědí a od anesteziologických sester bylo 38 (46 %) odpovědí. Odpovědi dětských sester: 11 (14 % odpovědí) sester popsalo, že dítě více pláče, 10 (12 % odpovědí) sester popsalo, že se děti nechtějí rozloučit, 12 (16 % odpovědí) sester uvedlo, že dítě je více neklidné, ve strachu, 6 (7 % odpovědí) sester uvedlo, že rodiče pláčou a stresují tak dítě a 4 (5 % odpovědí) sestry uvedly, že dítě má větší stres z odloučení. Odpovědi anesteziologických sester: 15 (19 % odpovědí) sester uvedlo, že dítě více pláče, 10 (12 % odpovědí) sester uvedlo, že dítě je ve větším stresu, 9 (11 % odpovědí) sester uvedlo, že dítě nechce od rodičů, 2 (2 % odpovědí) sestry popsaly, že rodiče pláčou a stresují dítě a 2 (2 % odpovědí) sestry uvedly, že dítě nespolupracuje.

Tabulka 15 Přínos přítomnosti rodičů při předávání dítěte na sál pro dítě (Otázka 14)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	57	30,3	30,3	30,3
	Spíše ano	82	43,6	43,6	73,9
	Spíše ne	41	21,8	21,8	95,7
	Ne	8	4,3	4,3	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů se 57 (30,3 %) sester domnívá, že při předávání dítěte na sál je pro dítě přínosnější, pokud je přítomen jeden z rodičů, než když je dítě samo. Nejvíce - 82 (43,6 %) sester zvolilo odpověď spíše ano, 41 (21,8 %) sester zvolilo odpověď spíše ne a dalších 8 (4,3 %) sester se domnívá, že přítomnost jednoho z rodičů při předávání dítěte na sál není vůbec přínosem.

Tabulka 16 Význam dodržování specifických pravidel při komunikaci s dětmi (Otázka 15)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	170	90,4	90,4	90,4
	Ne	8	4,3	4,3	94,7
	Nevím	10	5,3	5,3	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů si 170 (90,4 %) sester myslí, že při komunikaci s dětmi je důležité dodržovat určitá pravidla, 8 (4,3 %) sester si myslí, že není důležité dodržovat specifická pravidla při komunikaci s dětmi, a 10 (5,3 %) sester nevědělo, zda je důležité při komunikaci s dětmi dodržovat určitá specifická pravidla.

Tabulka 17 Význam spolupráce dětské a anesteziologické sestry (Otázka 16)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	121	64,4	64,4	64,4
	Spíše ano	66	35,1	35,1	99,5
	Spíše ne	0	0	0	99,5
	Ne	1	0,5	0,5	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

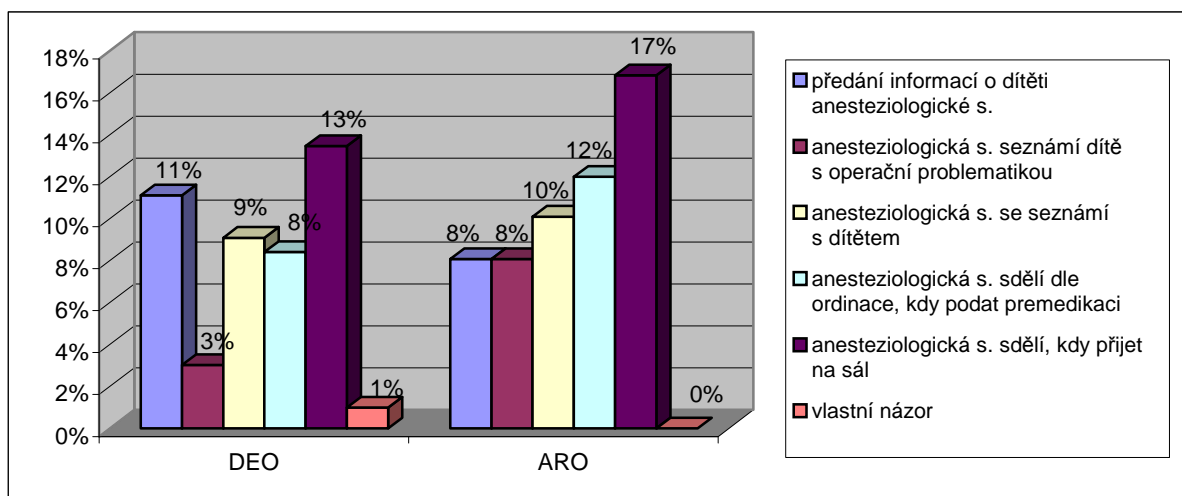
Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů se 121 (64,4 %) sester domnívá, že anesteziologická a dětská sestra by spolu měly spolupracovat, 66 (35,1 %) sester uvedlo odpověď spíše ano, možnost odpovědi spíše ne ne zvolil žádný z respondentů a 1 (0,5 %) sestra se domnívá, že by spolu anesteziologická a dětská sestra spolupracovat neměly.

Tabulka 18 Spolupráce sester pracujících na dětském a anesteziologickém oddělení při péči o dětského pacienta v předoperačním období (Otázka 17)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	122	64,9	64,9	64,9
	Ne	57	30,3	30,3	95,2
	Nevím	9	4,8	4,8	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

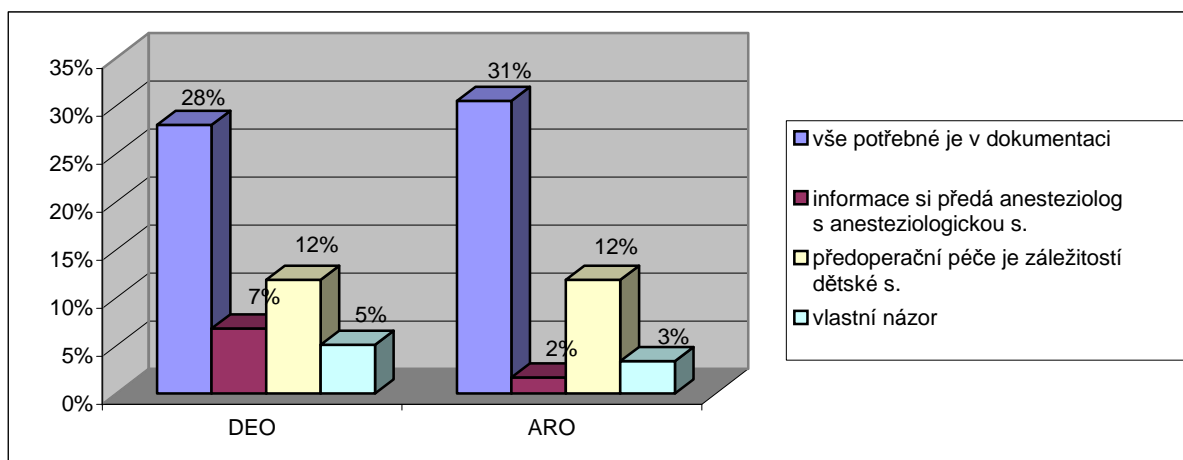
Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů spolupracuje při péči o dítě v předoperačním období 122 (64,9 %) sester, 57 (30,3 %) sester při péči o dítě v předoperačním období nespolečně a 9 (4,8 %) sester zvolilo odpověď nevím.

Graf 5 Důvody spolupráce anesteziologické a dětské sestry v předoperačním období (Otázka 17)



Od 122 respondentů bylo 297 (100 %) odpovědí. Z toho od sester pracujících na dětském oddělení bylo 135 (45 %) odpovědí a od anesteziologických sester bylo 162 (55 %) odpovědí. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. 33 (11 %) odpovědí dětských a 24 (3 %) odpovědí anesteziologických sester uvedlo, že dětská sestra předá anesteziologické sestře takové informace o dítěti, které v dokumentaci nenajde (reakce na injekce, celkové chování na oddělení, čeho se dítě bojí,...), 9 (3 %) odpovědí dětských a 24 (8 %) odpovědí anesteziologických sester uvedlo, že anesteziologická sestra dítěti popíše význam a průběh uspání a operace a seznámí dítě s operačním sálem, 27 (9 %) odpovědí dětských a 30 (10 %) odpovědí anesteziologických sester uvedlo, že anesteziologická sestra se seznámí s dítětem, 25 (8 %) odpovědí dětských a 34 (12 %) odpovědí anesteziologických sester uvedlo, že anesteziologická sestra sdělí dětské sestře v den operace, kdy má dětská sestra dítěti podat premedikaci, 40 (13 %) odpovědí dětských a 50 (17 %) odpovědí anesteziologických sester uvedlo, že anesteziologická sestra sdělí dětské sestře, kdy má přijet s dítětem na sál, a 1 (1 %) dětská sestra se domnívá dle vlastního názoru, že spolupráce je nutná vždy.

Graf 6 Důvody nespolupráce anesteziologické a dětské sestry v předoperačním období (Otázka 17)



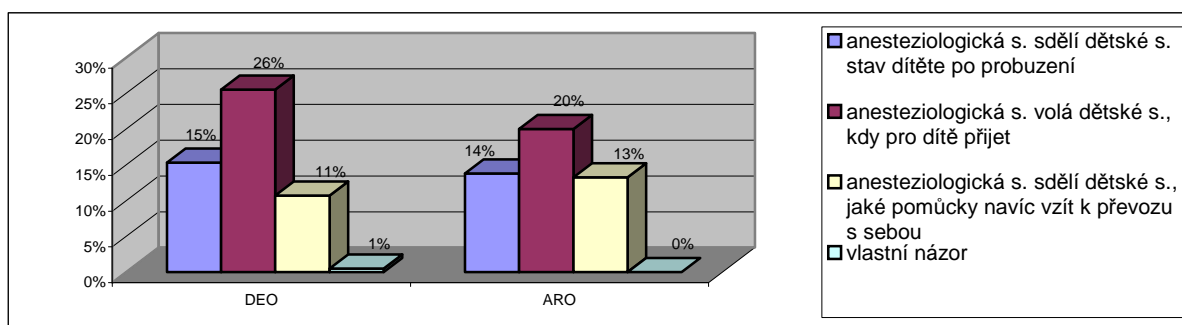
Od 57 respondentů bylo 59 (100 %) odpovědí. Z toho od sester pracujících na dětském oddělení bylo 31 (52 %) odpovědí a od anesteziologických sester bylo 28 (48 %) odpovědí. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. 17 (28 %) odpovědí dětských a 18 (31 %) odpovědí anesteziologických sester uvedlo, že pediatr i anesteziolog napíše vše potřebné do dokumentace, a proto spolu sestry nespolupracují. 4 (7 %) odpovědi dětských a 1 (2 %) odpověď anesteziologické sestry byly u možnosti, kdy informace si může předat anesteziolog s anesteziologickou sestrou, 7 (12 %) odpovědí dětských a 7 (12 %) odpovědí anesteziologických sester uvedlo, že předoperační péče je záležitostí jen dětské sestry. 3 (5 %) dětské a 2 (3 %) anesteziologické sestry zvolily možnost vlastního názoru, kde 1 dětská sestra odpověděla, že dítěti vše vysvětlí pediatr a dětská sestra, proto s anesteziologickými sestrami nespolupracují, 2 dětské sestry odpověděly, že se v tomto období s anesteziologickými sestrami vůbec nestýkají. A 1 anesteziologická sestra odpověděla, že spolupráce mezi sestrami vůbec nefunguje, a 1 anesteziologická sestra odpověděla, že se v tomto období s dětskými sestrami vůbec nevidí.

Tabulka 19 Spolupráce sester pracujících na dětském a anesteziologickém oddělení při péči o dětského pacienta v intraoperačním období (Otázka 18)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	100	53,2	53,2	53,2
	Ne	79	42,0	42,0	95,2
	Nevím	9	4,8	4,8	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

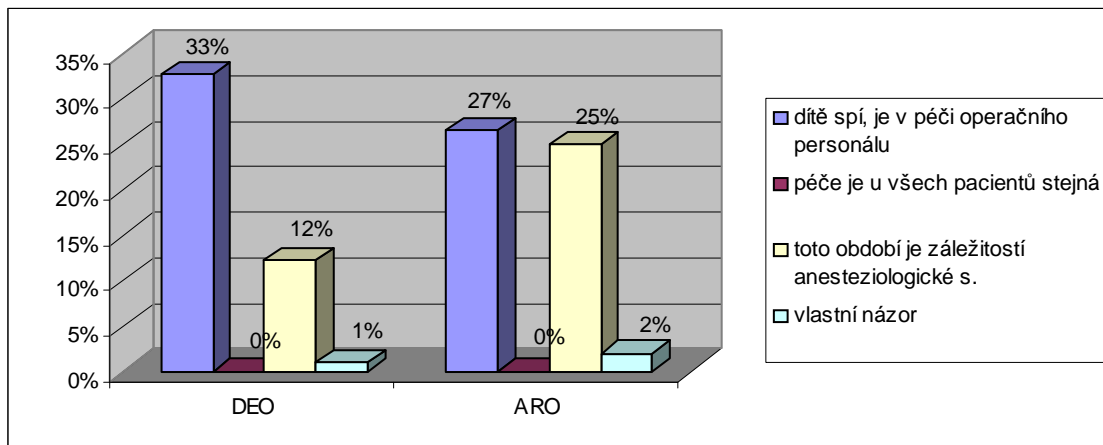
Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů spolupracuje při péči o dítě v intraoperačním období 100 (53,2 %) dotazovaných, 79 (42,0 %) dotazovaných při péči o dítě v intraoperačním období nespolupracuje a 9 (4,8 %) dotazovaných zvolilo odpověď neví.

Graf 7 Důvody spolupráce anesteziologické a dětské sestry v intraoperačním období (Otázka 18)



Od 100 respondentů bylo 196 (100 %) odpovědí. Z toho od sester pracujících na dětském oddělení bylo 102 (53 %) odpovědí a od anesteziologických sester bylo 94 (47 %) odpovědí. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. 30 (15 %) odpovědí dětských a 27 (14 %) odpovědí anesteziologických sester uvedlo, že anesteziologická sestra sdělí dětské sestře stav dítěte bezprostředně po probuzení, 50 (26 %) odpovědí dětských a 41 (20 %) odpovědí anesteziologických sester uvedlo, že anesteziologická sestra volá dětské sestře, kdy si má pro dítě přijet na sál, 21 (11 %) odpovědí dětských a 26 (13 %) odpovědí anesteziologických sester uvedlo, že anesteziologická sestra sdělí dětské sestře, jaké pomůcky si má vzít případně s sebou k převozu dítěte, a 1 (1 %) dětská sestra zvolila možnost vlastního názoru (anesteziologická sestra někdy doprovází dítě na oddělení).

Graf 8 Důvody nespolupráce anesteziologické a dětské sestry v intraoperačním období (Otázka 18)



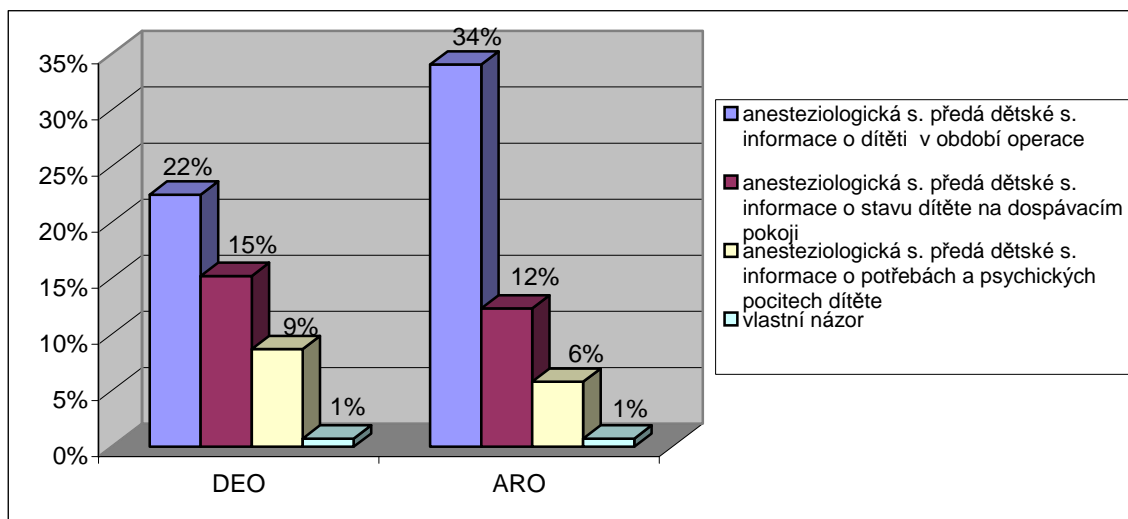
Od 79 respondentů bylo 98 (100 %) odpovědí. Z toho od sester pracujících na dětském oddělení bylo 45 (46 %) odpovědí a od anesteziologických sester bylo 53 (54 %) odpovědí. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. 32 (33 %) odpovědí dětských a 26 (27 %) odpovědí anesteziologických sester uvedlo, že dítě spí a je v péči operačního personálu, proto sestry v intraoperačním období nespolupracují. Možnost, kdy je péče u všech pacientů stejná, nezvolila žádná sestra, 12 (12 %) odpovědí dětských a 25 (25 %) odpovědí anesteziologických sester uvedlo, že toto období je záležitostí jen anesteziologické sestry, a proto spolu nespolupracují. 1 (1 %) dětská sestra dle jejího vlastního názoru nespolupracuje, protože jí spolupráce nebyla nabídnuta, a 2 (2 %) anesteziologické sestry nespolupracují, protože podle 1 sestry to v praxi není běžné. 1 sestra nespolupracuje, protože dítě je předáváno jiné anesteziologické sestře ze sanitky.

Tabulka 20 Spolupráce sester pracujících na dětském a anesteziologickém oddělení při péči o dětského pacienta v pooperačním období (Otázka 19)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	107	56,9	56,9	56,9
	Ne	71	37,8	37,8	94,7
	Nevím	10	5,3	5,3	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

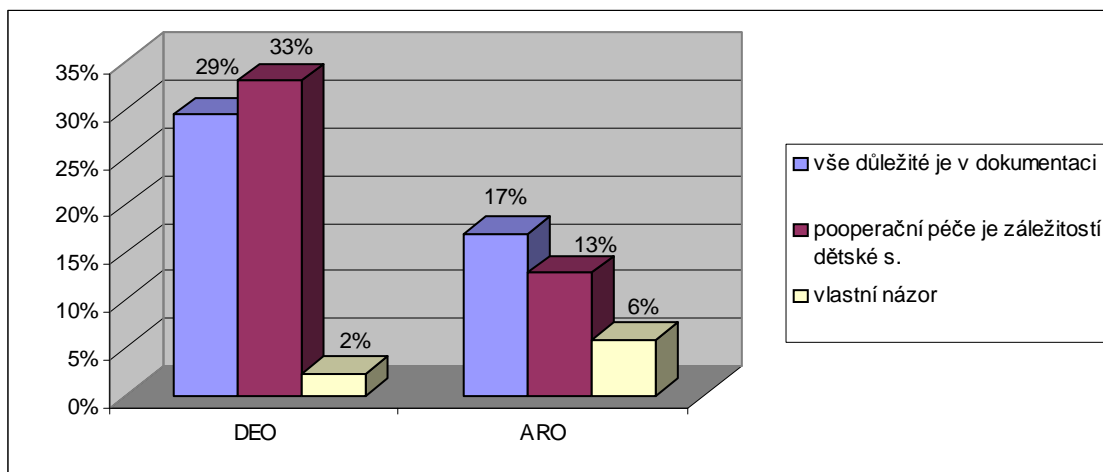
Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů spolupracuje při péči o dítě v pooperačním období 107 (56,9 %) dotazovaných, 71 (37,8 %) dotazovaných při péči o dítě v pooperačním období nespolupracuje a 10 (5,3 %) dotazovaných zvolilo odpověď neví.

Graf 9 Důvody spolupráce anesteziologické a dětské sestry v pooperačním období (Otázka 19)



Od 107 respondentů bylo 138 (100 %) odpovědí. Z toho od sester pracujících na dětském oddělení bylo 65 (47 %) odpovědí a od anesteziologických sester bylo 73 (53 %) odpovědí. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. V 31 (22%) odpovědích dětských a 47 (34 %) odpovědích anesteziologických sester bylo uvedeno, že anesteziologická sestra předá dětské sestře informace o dítěti v období operace, ve 21 (15 %) odpovědích dětských a 17 (12 %) odpovědích anesteziologických sester bylo uvedeno, anesteziologická sestra předá dětské sestře informace o stavu dítěte na dospávacím pokoji, ve 12 (9 %) odpovědích dětských a v 8 (6 %) odpovědích anesteziologických sester bylo uvedeno, anesteziologická sestra předá dětské sestře informace o potřebách dítěte, jeho psychických pocitech (například na koho se ptal a koho hledal,...) a podle vlastního názoru 1 (1 %) dětská sestra spolupracuje s anesteziologickou sestrou, protože jí upozorní na závažné věci a 1 (1 %) anesteziologická sestra dle vlastního názoru spolupracuje s dětskou sestrou, protože při předání dítěte poskytne dětské sestře potřebné informace.

Graf 10 Důvody nespolupráce anesteziologické a dětské sestry v pooperačním období (Otázka 19)



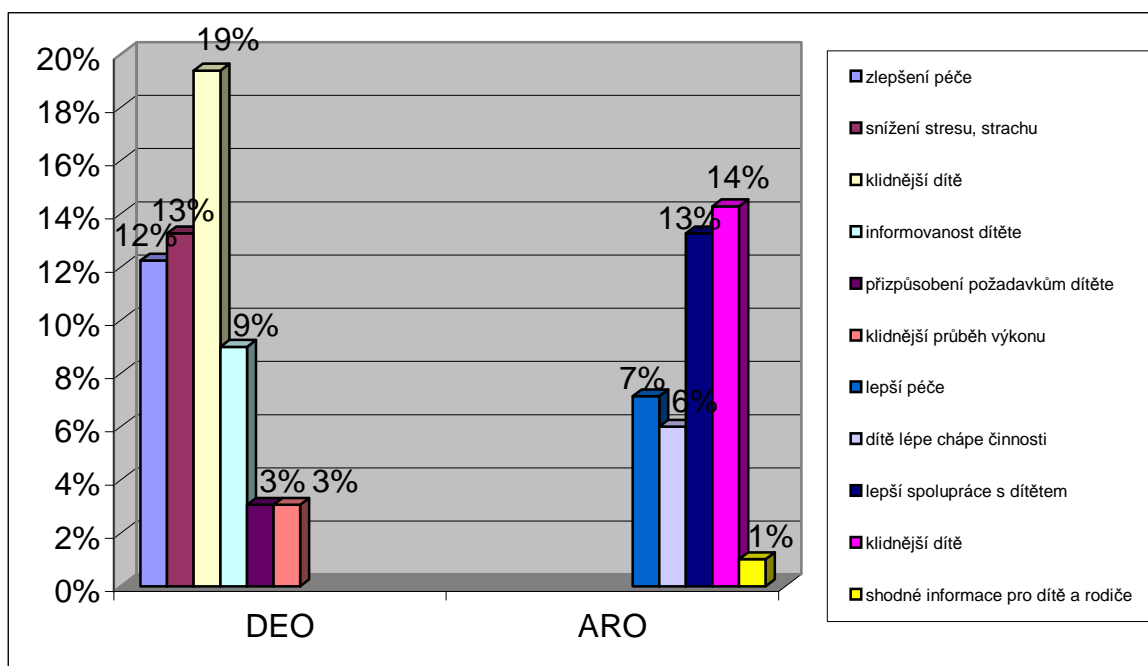
Od 71 respondentů bylo 85 (100 %) odpovědí. Z toho od sester pracujících na dětském oddělení bylo 55 (64 %) odpovědí a od anesteziologických sester bylo 30 (36 %) odpovědí. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. Ve 25 (29 %) odpovědích dětských a ve 14 (17 %) odpovědích anesteziologických sester bylo uvedeno, že vše důležité je v dokumentaci, proto sestry v pooperačním období nespolupracují, ve 28 (33 %) odpovědích dětských a v 11 (13 %) odpovědích anesteziologických sester bylo uvedeno, že pooperační péče je záležitostí jen dětské sestry, a 2 (2 %) dětské sestry zvolily možnost vlastního názoru, kdy 1 sestra nespolupracuje s anesteziologickou sestrou, protože všechny děti jdou ihned po operaci na dětské oddělení, a 1 sestra uvedla, že spolupráce jí nebyla nikdy nabídnuta. Vlastní názor zvolilo 5 (6 %) anesteziologických sester, kdy 1 sestra spolupracuje těsně po operaci, jindy ne, protože dítě jde do péče dětské sestry, 1 sestra odpověděla, že jako anesteziologické sestry nepečují o děti po operaci, a 2 sestry nespolupracují, protože dítě jde na dospávací pokoj a tam se o něj stará jiná sestra než na sále.

Tabulka 21 Přínos spolupráce mezi sestrami - pozitiva pro dítě (Otázka 20)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	79	42,0	42,0	42,0
	Ne	20	10,6	10,6	52,6
	Nevím	89	47,4	47,4	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů se 79 (42,0 %) dotazovaných domnívá, že spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou přináší pro dítě určitá pozitiva, 20 (10,6 %) dotazovaných se domnívá, že spolupráce dětské a anesteziologické sestry pro dítě určitá pozitiva nepřináší, a 89 (47,3 %) dotazovaných nevědělo, zda spolupráce dětské a anesteziologické sestry přináší pro dítě určitá pozitiva.

Graf 11 Pozitiva ze spolupráce sester pro dítě (Otázka 20)



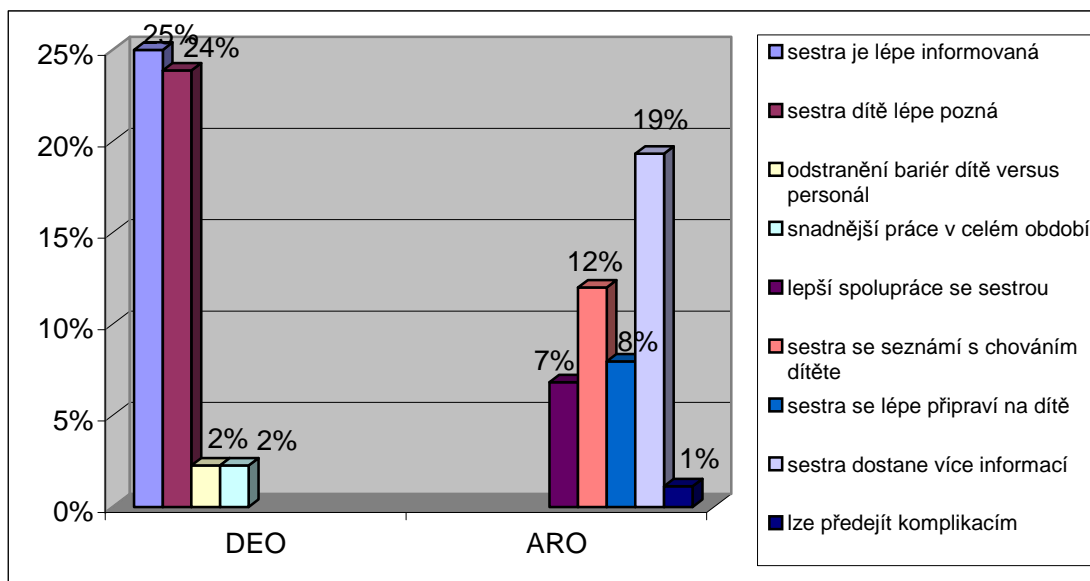
Od 79 respondentů bylo 98 (100 %) odpovědí. Z toho od sester pracujících na dětském oddělení bylo 58 (59 %) odpovědí a od anesteziologických sester bylo 40 (41 %) odpovědí. Dětské sestry: 12 (12 % odpovědí) sester se domnívá, že dojde ke zlepšení péče, 13 (13 % odpovědí) sester se domnívá, že u dítěte dojde ke snížení stresu a strachu, 19 (19 % odpovědí) sester popsalo, že dítě bude klidnější, 8 (9 % odpovědí) sester si myslí, že se k dítěti dostane více informací, 3 (3 % odpovědí) sestry si myslí, že se mohou lépe přizpůsobit požadavkům dítěte, a 3 (3 % odpovědí) sestry popsaly, že při spolupráci má výkon klidnější průběh. Anesteziologické sestry: 7 (7 % odpovědí) sester se domnívá, že dítě má lepší péči, 5 (6 % odpovědí) sester se domnívá, že dítě lépe chápe činnosti a celý proces, 13 (13 % odpovědí) sester se domnívá, že dítě lépe spolupracuje, 14 (14 % odpovědí) sester si myslí, že dítě je klidnější, a 1 (1 % odpovědí) sestra si myslí, že dítě i jeho rodiče dostanou shodné informace.

Tabulka 22 Přínos spolupráce mezi sestrami - pozitiva pro anesteziologickou sestru (Otázka 21)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	75	39,9	39,9	39,9
	Ne	21	11,2	11,2	51,1
	Nevím	92	48,9	48,9	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů se 75 (39,9 %) dotazovaných domnívá, že spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou přináší pro anesteziologickou sestru určitá pozitiva, 21 (11,2 %) dotazovaných se domnívá, že spolupráce dětské a anesteziologické sestry pro anesteziologickou sestru určitá pozitiva nepřináší, a 92 (48,9 %) dotazovaných nevědělo, zda spolupráce dětské a anesteziologické sestry přináší pro anesteziologickou sestru určitá pozitiva.

Graf 12 Pozitiva ze spolupráce sester pro anesteziologickou sestru (Otázka 21)



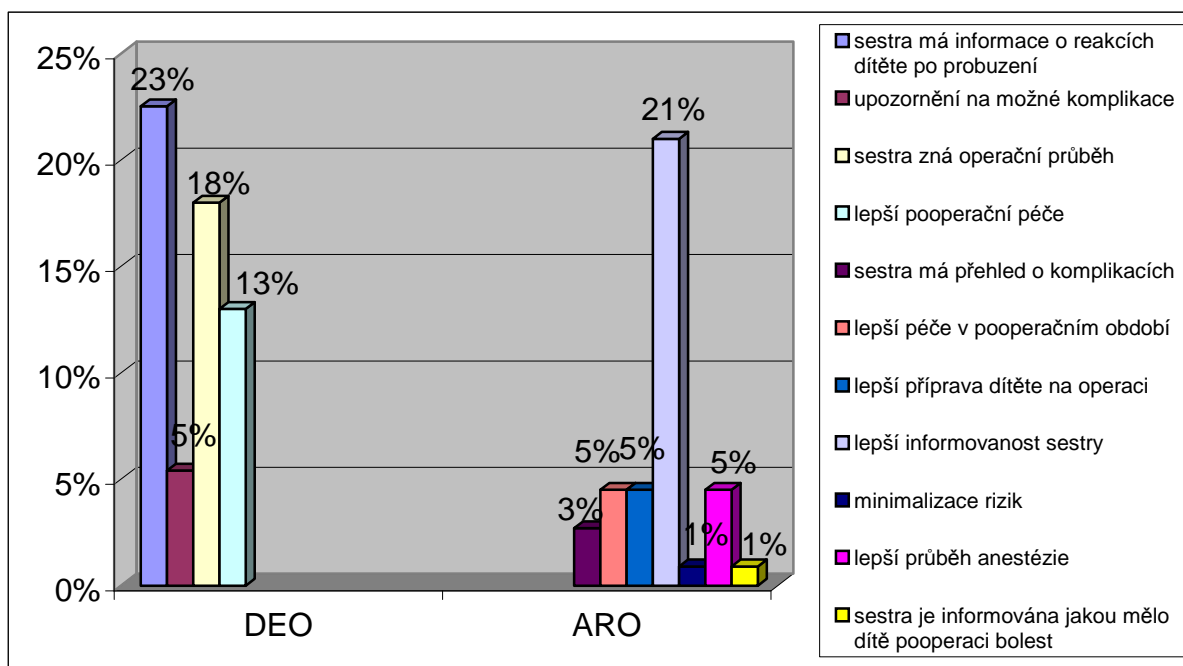
Od 75 respondentů bylo 88 (100 %) odpovědí. Z toho od sester pracujících na dětském oddělení bylo 47 (53 %) odpovědí a od anesteziologických sester bylo 41 (47 %) odpovědí. Dětské sestry: 22 (25 % odpovědí) sester se domnívá, že anesteziologická sestra dostane více informací, 21 (24 % odpovědí) sester se domnívá, že anesteziologická sestra dítě lépe pozná, 2 (2 % odpovědí) sestry se domnívají, že dojde k odstranění bariér mezi dítětem a personálem, 2 (2 % odpovědí) sestry popsaly, že je snadnější práce v celém období. Anesteziologické sestry: 6 (7 % odpovědí) sester se domnívá, že je lepší spolupráce s dětskou sestrou, 10 (12 % odpovědí) sester uvedlo, že se seznámí s chováním dítěte, 7 (8 % odpovědí) sester uvedlo, že se mohou lépe na dítě připravit, 17 (19 % odpovědí) sester uvedlo, že mají více informací, a 1 (1 % odpovědí) sestra se domnívá, že může lépe předcházet komplikacím.

Tabulka 23 Přínos spolupráce mezi sestrami - pozitiva pro dětskou sestru (Otázka 22)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	84	44,7	44,7	44,7
	Ne	19	10,1	10,1	54,8
	Nevím	85	45,2	45,2	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů se 84 (44,7 %) dotazovaných domnívá, že spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou přináší pro dětskou sestru určitá pozitiva, 19 (10,1 %) dotazovaných se domnívá, že spolupráce dětské a anesteziologické sestry pro dětskou sestru určitá pozitiva nepřináší, a 85 (45,2 %) dotazovaných nevědělo, zda spolupráce dětské a anesteziologické sestry přináší pro dětskou sestru určitá pozitiva.

Graf 13 Pozitiva ze spolupráce sester pro dětskou sestru (Otázka 22)



Od 84 respondentů bylo 111 (100 %) odpovědí. Z toho od sester pracujících na dětském oddělení bylo 67 (59 %) odpovědí a od anesteziologických sester bylo 44 (41 %) odpovědí. Dětské sestry: 25 (23 % odpovědí) sester uvedlo, že dětská sestra má více informací o reakcích dítěte, hlavně po probuzení, 6 (5 % odpovědí) sester uvedlo, že sestra je upozorněna na možné komplikace a nedostatky, 21 (18 % odpovědí) sester uvedlo, že dětská sestra zná operační průběh, 15 (13 % odpovědí) sester uvedlo, že je lepší pooperační péče. Anesteziologické sestry: 3 (3 % odpovědí) sestry uvedly, že dětská sestra má lepší přehled o komplikacích, 5 (5 % odpovědí) sester uvedlo, že je následně lepší péče v pooperačním období, 5 (5 % odpovědí) sester uvedlo, že dítě je lépe připraveno na operaci, 24 (21 % odpovědí) sester uvedlo, že sestra má více informací, 1 (1 % odpovědí) sestra uvedla, že lze minimalizovat rizika, 5 (5 % odpovědí) sester se domnívá, že je následně lepší průběh anestézie, a 1 (1 % odpovědí) sestra se domnívá, že dětská sestra ví, jakou mělo dítě po operaci bolest.

Tabulka 24 Přínos spolupráce mezi sestrami - negativa pro dítě (Otázka 23)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	1	0,5	0,5	0,5
	Ne	138	73,4	73,4	73,9
	Nevím	49	26,1	26,1	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů se 1 (0,5 %) dotazovaný domnívá, že spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou přináší pro dítě určitá negativa, 138 (73,4 %) dotazovaných si myslí, že spolupráce dětské a anesteziologické sestry pro dítě negativa nepřináší, a 49 (26,1 %) dotazovaných nevědělo, zda spolupráce dětské a anesteziologické sestry přináší pro dítě nějaká negativa.

Tabulka 25 Přínos spolupráce mezi sestrami – negativa pro anesteziologickou sestru (Otázka 24)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	1	0,5	0,5	0,5
	Ne	126	67,0	67,0	67,5
	Nevím	61	32,5	32,5	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů si 1 (0,5 %) sestra myslí, že spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou přináší pro anesteziologickou sestru určitá negativa a tím negativem je, že dojde ke zdržení celého operačního týmu. 126 (67,0 %) sester si myslí, že spolupráce dětské a anesteziologické sestry pro anesteziologickou sestru negativa nepřináší, a 61 (32,5 %) sester nevědělo, zda spolupráce dětské a anesteziologické sestry přináší pro anesteziologickou sestru nějaká negativa.

Tabulka 26 Přínos spolupráce mezi sestrami - negativa pro dětskou sestru (Otázka 25)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	0	0,0	0,0	0,0
	Ne	136	72,3	72,3	72,3
	Nevím	52	27,7	27,7	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů si nikdo z dotazovaných nemyslí, že spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou přináší pro dětskou sestru určitá negativa, 136 (72,3 %) dotazovaných si myslí, že spolupráce dětské a anesteziologické sestry pro dětskou sestru určitá negativa nepřináší, a 52 (27,7 %) dotazovaných nevědělo, zda spolupráce dětské a anesteziologické sestry přináší pro dětskou sestru nějaká negativa.

Tabulka 27 Zájem o zlepšení spolupráce mezi sestrami (Otázka 26)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	47	25,0	25,0	25,0
	Spíše Ano	98	52,1	52,1	77,1
	Spíše ne	25	13,3	13,3	90,4
	Ne	18	9,6	9,6	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů má 47 (25,0 %) sester zájem o zlepšení spolupráce mezi anesteziologickou a dětskou sestrou, 98 (52,1 %) sester zvolilo odpověď spíše ano, mám zájem o zlepšení spolupráce mezi sestrami, 25 (13,3 %) sester zvolilo odpověď spíše ne, nemám o zlepšení spolupráce mezi sestrami zájem a 18 (9,6 %) sester o zlepšení spolupráce mezi anesteziologickou a dětskou sestrou zájem nemá vůbec.

Tabulka 28 Zájem o osobní kontakt anesteziologické sestry s dětmi před operací na oddělení a seznámení dětí s problematikou usnutí a operace (Otázka 27)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	41	21,8	21,8	21,8
	Spíše ano	47	25,0	25,0	46,8
	Spíše ne	52	27,7	27,7	74,5
	Ne	48	25,5	25,5	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů, by 41 (21,8 %) sester přivítalo, kdyby anesteziologická sestra docházela v předoperačním období za dítětem a seznámila ho s problematikou operace, 47 (25,0 %) sester zvolilo odpověď spíše ano, přivítaly by příchod anesteziologické sestry za dítětem v předoperačním období, 52 (27,7 %) sester zvolilo odpověď spíše ne, docházku anesteziologické sestry za dítětem v předoperačním období by nepřivítaly a 48 (25,5 %) sester by docházení anesteziologické sestry za dítětem v předoperačním období vůbec nevívalo.

Tabulka 29 Edukace dětí anesteziologickou sestrou na oddělení (Otázka 28)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	5	2,7	2,7	2,7
	Ne	162	86,2	86,2	88,9
	Nevím	21	11,1	11,1	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů uvedlo 5 (2,7 %) sester, že tento typ edukace anesteziologickou sestrou na jejich oddělení funguje, 162 (86,2 %) sester uvedlo, že tento typ edukace anesteziologickou sestrou na jejich oddělení nefunguje, a 21 (11,1 %) dotazovaných sester zvolilo možnost nevím.

Tabulka 30 Záznam do sesterská dokumentace během operace u dítěte (Otázka 29)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	43	22,9	22,9	22,9
	Ne	99	52,7	52,7	75,6
	Nevím	46	24,4	24,4	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů ví 43 (22,9 %) dotazovaných, že anesteziologická sestra vypisuje sesterskou dokumentaci u dítěte během operace, 99 (52,7 %) dotazovaných ví, že anesteziologická sestra nevypisuje u dítěte během operace sesterskou dokumentaci, a 46 (24,4 %) dotazovaných neví, zda anesteziologická sestra během operace u dítěte vypisuje sesterskou dokumentaci.

Tabulka 31 Přístup k této sesterské dokumentaci (Otázka 30)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	39	20,7	20,7	20,7
	Ne	0	0	0	20,7
	Nevím	47	25,0	25,0	45,7
	Jen na vyžádání	3	1,6	1,6	47,3
	Dokumentace není k dispozici	99	52,7	52,7	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů, 39 (20,7 %) dotazovaných zvolilo odpověď ano, dětská sestra má přístup k této dokumentaci, nikdo z respondentů nezvolil odpověď ne, že dětská sestra nemá přístup k této dokumentaci, 47 (25,0 %) dotazovaných nevědělo, zda má dětská sestra přístup k této dokumentaci, a v 99 (52,7 %) případech dokumentace není vypisována.

Tabulka 32 Způsob komunikace mezi dětskou a anesteziologickou sestrou (Otázka 31)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pouze telefonicky	36	19,1	19,1	19,1
	Převážně telefonicky	89	47,3	47,3	66,4
	Pouze osobně	3	1,7	1,7	68,1
	Převážně osobně	20	10,6	10,6	78,7
	Telefonicky i osobně	40	21,3	21,3	100,0
	Celkem	188	100,0	100,0	

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů v 36 (19,1 %) případech komunikuje dětská s anesteziologickou sestrou pouze telefonicky, převážně telefonicky spolu komunikuje 89 (47,3 %) dotazovaných, pouze osobně spolu komunikují 3 (1,7 %) dotazovaní, převážně osobně spolu komunikuje 20 (10,6 %) dotazovaných a 40 (21,3 %) dotazovaných spolu komunikují telefonicky i osobně.

4.2 Třídění druhého stupně

4.2.1 Vztah zařazení sester a odpovědi na otázku v dotazníku týkající se názorů sester zda by měly dětská a anesteziologická sestra spolu spolupracovat

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H 0: Frekvence názorů sester na spolupráci mezi dětskou a anesteziologickou sestrou je nezávislá na zařazení sester.

H 1: Frekvence názorů sester na spolupráci mezi dětskou a anesteziologickou sestrou je závislá na zařazení sester.

Tabulka 33 Kontingenční (Pracovní zařazení x Názory na spolupráci – ot. 16)

			Spolupráce				Total
			Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	
Zařazení	Deo	Count	55	41	0	0	96
		% within Zařazení	57,3%	42,7%	0,0%	0,0%	100,0%
	Aro	Count	66	25	0	1	92
		% within Zařazení	71,7%	27,2%	0,0%	1,1%	100,0%
Total	Count	121	66	0	1	188	
	% within Zařazení	64,4%	35,1%	0,0%	0,5%	100,0%	

Tato tabulka znázorňuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí v otázkách, které se týkaly pracovního zařazení sester, dětské, nebo anesteziologické sestry, a názoru sester na společnou spolupráci (otázka 16). Na otázku odpovědělo všech 188 (100 %) respondentů.

U obou dvou skupin vysoce převažovaly odpovědi „ano“ a „spíše ano“. Odpovědi „ne“ a „spíše ne“ nebyly použity téměř žádnými respondenty. Kvůli nízkému zastoupení těchto odpovědí nebyla tato kontingenční tabulka testována statistickým testem chí-kvadrát.

4.2.2 Vztah zařazení sester a odpovědi na otázku v dotazníku týkající se spolupráce sester v péči o dětského pacienta v předoperačním období

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H 0: Frekvence spolupráce sester v péči o dětského pacienta v předoperačním období je nezávislá na zařazení sester.

H 1: Frekvence spolupráce sester v péči o dětského pacienta v předoperačním období je závislá na zařazení sester.

Tabulka 34 Kontingenční (Pracovní zařazení x Spolupráce sester před operací – ot. 17)

			Spolupráce před operací			Total
			Ano	Ne	Nevím	
Zařazení	Deo	Count	62	30	4	96
		% within Zařazení	64,6%	31,3%	4,1%	100,0%
	Aro	Count	60	27	5	92
		% within Zařazení	65,2%	29,3%	5,5%	100,0%
Total		Count	122	57	9	188
		% within Zařazení	64,9%	30,3%	4,8%	100,0%

Tato tabulka znázorňuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, které se týkaly pracovního zařazení sester, dětské, nebo anesteziologické sestry, a otázky číslo 17, která se týkala spolupráce sester v péči o dětského pacienta v předoperačním období. Na otázku odpovědělo všech 188 (100 %) respondentů.

Sestry obou skupin tvrdí, že spolupracují asi 2/3 zástupců, necelá třetina pak říká, že nespolupracuje.

Tabulka 35 Testování závislosti proměnných pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu (Pracovní zařazení x Spolupráce sester před operací – ot. 17)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	0,217(a)	2	0,897
Likelihood Ratio	0,217	2	0,897
Linear-by-Linear Association	0,006	1	0,940
N of Valid Cases	188		

a 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,40.

Na základě hodnoty signifikance Pearsonova chí-kvadrát testu 0,897 (89,7 %) v prvním řádku, která je větší než 5 %, nezamítáme na 5% hladině spolehlivosti nulovou hypotézu, že frekvence spolupráce sester v péči o dětského pacienta v předoperačním období je nezávislá na zařazení sester. Lze říci, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé – obě skupiny sester odpovídaly na danou otázku shodně.

4.2.3 Vztah zařazení sester a odpovědi na otázku v dotazníku týkající se spolupráce sester v péči o dětského pacienta v intraoperačním období

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H 0: Frekvence spolupráce sester v péči o dětského pacienta v intraoperačním období je nezávislá na zařazení sester.

H 1: Frekvence spolupráce sester v péči o dětského pacienta v intraoperačním období je závislá na zařazení sester.

Tabulka 36 Kontingenční (Pracovní zařazení x Spolupráce sester v intraoperačním období – ot. 18)

			Spolupráce v intraoperačním období			Total
			Ano	Ne	Nevím	
Zařazení	Deo	Count	55	37	4	96
		% within Zařazení	57,3%	38,5%	4,2%	100,0%
	Aro	Count	45	42	5	92
		% within Zařazení	48,9%	45,7%	5,4%	100,0%
Total		Count	100	79	9	188
		% within Zařazení	53,2%	42,0%	4,8%	100,0%

Tato tabulka znázorňuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, které se týkaly pracovního zařazení sester, dětské, nebo anesteziologické sestry, a otázky číslo 18, která se týkala spolupráce sester v péči o dětského pacienta v intraoperačním období. Na otázku odpovědělo všech 188 (100 %) respondentů.

Sestry obou skupin tvrdí, že spolupracuje asi 1/2 zástupců, necelá polovina pak říká, že nespolupracuje a zbytek odpověděl neví.

Tabulka 37 Testování závislosti proměnných pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu (Pracovní zařazení x Spolupráce sester v intraoperačním období – ot. 18)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,343(a)	2	0,511
Likelihood Ratio	1,345	2	0,511
Linear-by-Linear Association	1,259	1	0,262
N of Valid Cases	188		

a 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,40.

Na základě hodnoty signifikance Pearsonova chí-kvadrát testu 0,511 (51,1 %) v prvním řádku, která je větší než 5 %, nezamítáme na 5% hladině spolehlivosti nulovou hypotézu, že frekvence spolupráce sester v péči o dětského pacienta v intraoperačním období je nezávislá na zařazení sester. Lze říci, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé – obě skupiny sester odpovídaly na danou otázku shodně.

4.2.4 Vztah zařazení sester a odpovědi na otázku v dotazníku týkající se spolupráce sester v péči o dětského pacienta v pooperačním období

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H 0: Frekvence spolupráce sester v péči o dětského pacienta v pooperačním období je nezávislá na zařazení sester.

H 1: Frekvence spolupráce sester v péči o dětského pacienta v pooperačním období je závislá na zařazení sester.

Tabulka 38 Kontingenční (Pracovní zařazení x Spolupráce sester po operaci – ot. 19)

			Spolupráce po operaci			Total
			Ano	Ne	Nevím	
Zařazení	Deo	Count	48	42	6	96
		% within Zařazení	50,0%	43,8%	6,2%	100,0%
	Aro	Count	59	29	4	92
		% within Zařazení	64,2%	31,5%	4,3%	100,0%
Total		Count	107	71	10	188
		% within Zařazení	56,9%	37,8%	5,3%	100,0%

Tato tabulka znázorňuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, které se týkaly pracovního zařazení sester, dětské, nebo anesteziologické sestry, a otázky číslo 19, která se týkala spolupráce sester v péči o dětského pacienta v pooperačním období. Na otázku odpovědělo všech 188 (100 %) respondentů.

Obě skupiny sester tvrdí, že spolupracuje více jak 1/2 zástupců, necelá polovina pak říká, že nespolupracuje a zbytek odpověděl nevím.

Tabulka 39 Testování závislosti proměnných pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu (Pracovní zařazení x Spolupráce sester po operaci – ot. 19)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,828(a)	2	0,148
Likelihood Ratio	3,844	2	0,146
Linear-by-Linear Association	3,373	1	0,066
N of Valid Cases	188		

a 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,89.

Na základě hodnoty signifikance Pearsonova chí-kvadrát testu 0,148 (14,8 %) v prvním řádku, která je větší než 5 %, nezamítáme na 5% hladině spolehlivosti nulovou hypotézu, že frekvence spolupráce sester v péči o dětského pacienta v pooperačním období je nezávislá na zařazení sester. Lze říci, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé. Přestože v tomto období anesteziologické sestry spolupracují spíše více než dětské sestry, rozdíl není statisticky významný.

4.2.5 Vztah zařazení sester a odpovědi na otázku v dotazníku týkající se zájmu sester o zlepšení spolupráce mezi sestrou pracující na dětském a anesteziologickém oddělení

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H 0: Frekvence zájmu sester o zlepšení spolupráce mezi sestrami pracujícími na dětském a anesteziologickém oddělení je nezávislá na zařazení sester.

H 1: Frekvence zájmu sester o zlepšení spolupráce mezi sestrami pracujícími na dětském a anesteziologickém oddělení je závislá na zařazení sester.

Tabulka 40 Kontingenční (Pracovní zařazení x Zájem o zlepšení spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou – ot. 26)

			Zájem o zlepšení spolupráce				Total
			Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	
Zařazení	Deo	Count	20	50	16	10	96
		% within Zařazení	20,8%	52,1%	16,7%	10,4%	100,0%
	Aro	Count	27	48	9	8	92
		% within Zařazení	29,3%	52,2%	9,8%	8,7%	100,0%
Total		Count	47	98	25	18	188
		% within Zařazení	25,0%	52,1%	13,3%	9,6%	100,0%

Tato tabulka znázorňuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, které se týkaly pracovního zařazení sester, dětské, nebo anesteziologické sestry, a otázky číslo 26, která se týkala názoru sester, zda mají zájem o zlepšení spolupráce mezi anesteziologickou a dětskou sestrou. Na otázku odpovědělo všech 188 (100 %) respondentů.

Obě skupiny sester tvrdí, že zájem o spolupráci má 3/4 zástupců, necelá 1/4 pak říká, že nemá zájem o zlepšení spolupráce.

Tabulka 41 Testování závislosti proměnných pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu (Pracovní zařazení x Zájem o zlepšení spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou – ot. 26)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,182(a)	3	0,364
Likelihood Ratio	3,211	3	0,360
Linear-by-Linear Association	2,181	1	0,140
N of Valid Cases	188		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,81.

Na základě hodnoty signifikance Pearsonova chí-kvadrát testu 0,364 (36,4 %) v prvním řádku, která je větší než 5 %, nezamítáme na 5% hladině spolehlivosti nulovou hypotézu, že frekvence zájmu sester o zlepšení spolupráce mezi sestrami pracujícími na dětském a anesteziologickém oddělení je nezávislá na zařazení sester. Lze říci, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé – obě skupiny sester odpovídaly na danou otázku shodně.

4.3 Výsledky kvalitativního šetření

Ze získaných informací byly vytvořeny kasuistiky.

4.3.1 Kasuistika 1

Chlapec - Pepa, 2 roky

Chlapec přichází k plánované operaci kýly. Přichází v doprovodu maminky, s kterou je přijat na oddělení. V předešlé době již byl jednou operován a nynější hospitalizace je druhá.

První příchod dítěte na oddělení a nynější první kontakt s personálem dítě negativně nevnímá. Dítě přichází s úsměvem v doprovodu maminky, komunikuje, spolupracuje, hlavně pokud je maminka na blízku. Pokud se maminka vzdálí, hledá jí, volá na ni, je smutný. Maminka doma dítě žádným způsobem na výkon nepřipravovala, ani mu neříkala, že půjdou do nemocnice. První kontakt s ostatními dětmi na oddělení je dobrý, chlapec je usměvavý, po chvílce komunikoval a začal si v herně hrát bez větších zábran. Chlapec je zvyklý na oslovení Josífkou, Pepíno nebo Pupa. Chlapec byl přijat s maminkou na pokoj na oddělení kojenců, kde již byla jiná maminka s podobně starým chlapečkem.

Před operací

Potřeba výživy: Chlapec váží 10 kg, měří 83 cm, BMI je 14,52. Pokožka dítěte je dostatečně hydratovaná, chlapec má své pití z domova, nejraději má slazený čaj, ale pije i džus (ředěný), šťávu. Vypije denně kolem 400 ml tekutin, příjem tekutin na oddělení se neliší od příjmu tekutin doma. Na oddělení je možnost vzít si čaj. Dle maminky jsou oblíbeným jídlem chlapce omáčky, těstoviny, rýže. Chuť k jídlu má dobrou, potíže při jídle nemá. Má alergii na mléko a čokoládu (zhoršení kožního ekzému). Dietu žádnou nedodrží, nejí jen čokoládu a mléko. Maminka a chlapec byli sestřičkou poučeni, že Josífek nemá od půlnoci nic jíst ani pít. Nejdříve sestřičkou na ambulanci, později na oddělení a pak ještě večer před spaním byly znovu poučeni. Chlapec má mléčný chrup.

Potřeba pohybu a aktivity: Pepíček si hraje sám na pokoji, nebo s maminkou, hraje si i na herně, vedle ostatních dětí. Pohybu má na oddělení zatím dost, nestěžuje si, dle maminky ale bude horší snížení aktivity po operaci.

Potřeba hygienické péče a čistoty: Při příchodu na oddělení je chlapec čistý, má umyté vlasy, čisté oblečení i pyžámko, ve kterém je na oddělení. Ostříhané nehtíky nemá. Večer je u chlapce maminkou provedena hygiena.

Potřeba udržování TT a oblékání: Tělesná teplota chlapce při příjmu je 36,8°C, teplota v pokoji je 24°C. Dle maminky bylo chlapci v pokoji přiměřeně, spíše tepleji, viditelně se ale více nepotil. V době pozorování do pokoje svítilo sluníčko a bylo tam tepleji, proto byly i zatažené žaluzie, aby chlapci nebylo příliš velké horko. O větrání se staraly maminky vždy po vzájemné domluvě.

Potřeba spánku a odpočinku: Dle maminky spalo dítě před operací celou noc, nebudil se, ani doma se v noci již nebudí. Přes den spí ještě pravidelně po obědě, většinou 2-2,5 hodiny. Před spaním, spíše před tím večerním, mu maminka zpívá, hladí ho a má u sebe v postýlce oblíbené plyšové zvířátko. V noci spí dle maminky běžně od 19 hodin do 5,30 hodin, podobně spal i na oddělení, jen se občas vzbudil, když druhý chlapeček začal plakat, ale pak zase usnul. Po spaní byl odpočatý, odpoledne nepolehával v lůžku, spíše byl na herně, nebo si hrál na pokoji v posteli maminky. Neklid u dítěte před spaním pozorován nebyl, ani potíže s usínáním v souvislosti s nadcházející operací nebo cizím prostředím.

Potřeba vyprazdňování: Chlapec má pleny, dle maminky potíže s močením nebo s vyprazdňováním stolice nemá, stolicí má pravidelně 1x denně nebo ob den. Zkouší vysazovat na nočník. Potí se přiměřeně.

Potřeba dýchání: Chlapec dýchá pravidelně, 30'. Potíže při dýchání nemá ani žádné projevy onemocnění dýchacích cest.

Potřeba sexuální: Chlapec je vyšetřován na ambulanci a poté na pokoji. Pokoje jsou prosklené, ale opatřeny závěsem pro zachování intimity pro děti a jejich maminky.

Potřeba bezpečí a jistoty: Maminka s dítětem byla seznámena s prostory oddělení. S denním režimem na oddělení seznámeni nebyli. Chlapec se sestřičkami komunikuje částečně až po delší době. Sestřičky se k dítěti chovají mile, vstřícně,

respektují jeho individuální potřeby. S průběhem předoperační přípravy sestřička seznámila maminku, s průběhem operačního dne dopředu seznámeni nebyli. Vzhledem k věku se dítě s problematikou uspaní a anestézie neseznamovalo, problematika nebyla objasněna ani mamince. Bolest dítě neverbalizuje, ani jinak neprojevuje.

Potřeba lásky a sounáležitosti: S Josífkem je na oddělení přijata maminka, se sestřičkami chlapec komunikuje, hlavně pokud je nablízku maminka.

Potřeba uznání a sebeúcty: Sestra respektuje individuální potřeby dítěte, chlapce chválí a komunikuje s ním dle jeho věku, je k němu vnímavá a naslouchá mu.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace: Dítě rozumí verbálnímu vyjádření sestry, je pozitivně motivován k činnostem maminkou i sestrou. O rozvoj chlapcovy osobnosti pečuje na oddělení maminka.

Den operace

Potřeba výživy: Chlapec je od půlnoci nalačno. Josífek ráno příliš neverbalizuje hlad nebo žízeň. Sestřička dotazem na maminku zkontrolovala, zda dítě neporušilo lačnění.

Potřeba pohybu a aktivity: Chlapec byl premedikován až na sále, z tohoto důvodu nebylo nutné chlapce na oddělení omezovat v pohybu. Na sále po premedikaci chlapce anesteziologická sestřička chová, nebo je chlapec na lůžku s hračkami v předsálí. Sestřička je stále u něj a kontroluje ho. Po operaci je přenesen na lůžko na předsálí, kde je klidný, pospává.

Potřeba hygienické péče a čistoty: Chlapec je čistý, umytý, nemá ostříhané nehty. Na sál odchází ve svém pyžámku, které měl od doby příchodu na oddělení, zároveň je teple oblečen, protože na sál se chodí ven z budovy přes část areálu nemocnice. Po operaci je chlapec převlečen zpět do svého pyžama.

Potřeba udržování TT a oblékání: V den operace má dítě tělesnou teplotu 36,6°C, chlapci je přiměřeně teplo. Na přechod na sál je teple oblečen. Na sále je dítěti přiměřeně teplo. Po operaci je na lůžku přikryt dekou k udržení tělesné teploty.

Potřeba spánku a odpočinku: Před odchodem na sál chlapec není v lůžku, hraje si, již nespí. Po premedikaci na sále je plačtivý, ale postupně unavený a usíná. Do doby,

než je přenesen na operační sál, spí v lůžku na předsálí a je kontrolován sestrou. Po operaci pospává na lůžku v předsálí.

Potřeba vyprazdňování: Chlapec v den operace na stoličce nebyl, močí do pleny, potí se přiměřeně. Chlapci byla dána po operaci náhradní čistá plena.

Potřeba dýchání: Před operací dýchá dítě volně, pravidelně, 28', občas trochu vzlykne ze spánku. Strach z masky a uspání u chlapce není, protože je dobře premedikován a spí. Po operaci dýchá volně, pravidelně, bez potíží.

Potřeba sexuální: Chlapci je při převlékání zajištěna maximální intimita, je převlékán na lůžku v předsálí a přenesen zabalený v roušce na operační sál. Po operaci je stejným způsobem sestřičkou přenesen na lůžko na předsálí a oblečen do svého pyžama.

Potřeba bezpečí a jistoty: Chlapec měl žilní kanylku aplikovanou ráno na hřbet ruky již na oddělení, na sál tedy odcházel s již zajištěnou žílou. Chlapce na sál doprovází maminka a předává ho anesteziologické sestřičce, chlapec je smutný, začal poplakávat, ale pak se uklidnil, více začal plakat až po podání čípku k premedikaci. Sestřička chlapce chovala, utěšovala, komunikovala s ním a ukázala mu prostory sálu. Chlapec se neustále ptal, kde je maminka, uklidňoval ho pohled z okna na auta, děj na silnici a komunikace se sestřičkou, poslouchal, co říká. Další činnosti sestry dítěti předem neoznamuje, uklidňuje ho, aby usnul. Po operaci chlapec spí, ale trochu neklidně, v obličeji měl výraz nepohody, bolesti.

Potřeba lásky a sounáležitosti: Maminka chlapce doprovázela na sál, při předávání je plačtivý, ale utišil se. Na anesteziologickou sestru z počátku reaguje odmítavě, pláče, ale později se u sestřičky chová v klidu. Po operaci je v doprovodu anesteziologické sestry, která má službu, převezen sanitkou zpět na oddělení, kde na něj čeká maminka.

Potřeba uznání a sebeúcty: Sestra na sále dítěti naslouchá, utěšuje ho, povzbuzuje a posiluje jeho sebevědomí chválením.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace: Sestra dítě před operací pozitivně motivuje k uzdravení.

Po operaci

Potřeba výživy: Po probuzení na oddělení chlapec neverbalizuje hlad, ale má žízeň, ví, že nesmí nic jíst ani pít. Sestřička na oddělení poučila maminku, kdy se chlapec bude moci napít, vysvětlila jí, které tekutiny jsou nejvhodnější a jakým způsobem s příjmem tekutin po operaci začít. První příjem tekutin chlapec toleroval dobře, nezvracel. Maminka postupovala přesně podle rad sestřičky.

Potřeba pohybu a aktivity: Po operaci na oddělení byl chlapec chvíli neklidný, pak usnul. Po spánku chtěl chodit, ale byl poučen, že nesmí ještě sám chodit, že ho nožičky neunesou. Maminkou byl stále kontrolován.

Potřeba hygienické péče a čistoty: Po operaci má chlapec čisté lůžko, stejné co měl při odchodu na sál a stejné pyžamo.

Potřeba udržování TT a oblékání: Po operaci měl chlapec tělesnou teplotu 36,7°C, zima mu nebyla, na pokoji mu bylo přiměřeně teplo.

Potřeba spánku a odpočinku: Chlapec po operaci byl z počátku na oddělení neklidný, poté pospával, spánek byl klidný.

Potřeba vyprazdňování: Po operaci chlapec stolici zatím neměl, močil za 4 hodiny po operaci, bez potíží. Dítě se potí přiměřeně.

Potřeba dýchání: Chlapec po operaci dýchal bez potíží, pravidelně, 32'. Na potíže při dýchání si nestěžuje, párkrát kýchnul. Jak chránit ránu při kašli a kýchání maminka nebyla poučena.

Potřeba sexuální: Po operaci na oddělení je chlapci zajištěna dostatečná intimita i při kontrole rány.

Potřeba bezpečí a jistoty: S následujícím pooperačním průběhem maminka nebyla seznámena. Chlapec má bolest v operační ráně, pohybuje se po postýlce, ale v některých okamžicích má bolestivý výraz obličeje. Sestra sleduje u dítěte bolest, podává léky dle ordinace lékaře a sleduje jejich účinek pozorováním a dotazem na maminku. Alternativní způsoby zvládnutí bolesti používá maminka, snaží se chlapce zabavit hrou.

Potřeba lásky a sounáležitosti: Maminka čekala na chlapce na oddělení a je s ním po celou dobu po operaci, utěšuje ho a uklidňuje.

Potřeba uznání a sebeúcty: Sestra se k dítěti po operaci chová vnímavě a posiluje jeho sebevědomí chválením.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace: Sestra i maminka dítě pozitivně motivují k uzdravení. S chlapcem hovoří o pozitivních věcech, které budou následovat a na co se může těšit.

4.3.2 Kasuistika 2

Chlapec - Adámek, 2,5 let

Chlapec přichází k plánované operaci kýly. Přichází v doprovodu obou rodičů. Na oddělení je hospitalizován společně s maminkou. Tato operace je první, kterou podstoupí, ale hospitalizován v nemocnici již byl, tedy nynější hospitalizace je druhá.

První příchod dítěte na oddělení a nynější první kontakt s personálem dítě negativně pociťuje. Dítě přichází smutné v doprovodu maminky, hůře komunikuje. Pokud se maminka vzdálí, hledá jí, křičí, je smutný. Maminka doma dítě žádným způsobem na výkon nepřipravovala, ani mu neříkala, že půjdou do nemocnice. První kontakt s ostatními dětmi na oddělení je dobrý, chlapec po chvíli komunikoval, na děti se usmíval a začal si v herně hrát. Chlapec je zvyklý na oslovení Adí. Chlapec byl přijat s maminkou na pokoj na oddělení kojenců.

Před operací

Potřeba výživy: Chlapec váží 12,5 kg, měří 92 cm, BMI je 15,36. Pokožka dítěte je dostatečně hydratovaná, chlapec má možnost vzít si čaj na oddělení, ale má své pití z domova, nejraději má slazený čaj. Vypije denně kolem 1-1,5 litru tekutin, příjem tekutin na oddělení se neliší od příjmu tekutin doma. Dle maminky jsou oblíbeným jídlem chlapce hlavně omáčky s jakoukoliv přílohou. Dle maminky se chuť k jídlu mění, někdy jí dobře, někdy hůře, musí ho maminka k jídlu nutit, potíže při jídle jiné nemá. Alergie na potraviny se dle maminky zatím žádná neprojevila. Dietní omezení žádné nemá. Maminka a chlapec byli sestřičkou poučeni, že Adámek nemá od půlnoci nic jíst ani pít. Dle maminky to bude zřejmě velký problém, protože Adámek je v noci zvyklý pít z lahvičky. Chlapec má mléčný chrup.

Potřeba pohybu a aktivity: Adámek si hraje sám na pokoji nebo s maminkou, hraje si i na herně vedle ostatních dětí, neustále mamince utíká z místnosti a běhá po oddělení. Pohybu má na oddělení zatím dost, ale nejraději by běhal venku. Dle maminky bude mnohem horší nucené snížení aktivity po operaci.

Potřeba hygienické péče a čistoty: Při příchodu dítěte na oddělení je chlapec čistý, má umyté vlasy, čisté oblečení ve kterém je na oddělení. Ostříhané nehtíky má. Večer je u chlapce maminkou provedena hygiena.

Potřeba udržování TT a oblékání: Tělesná teplota chlapce při příjmu je 36,7°C, teplota v pokoji je 24°C. Dle maminky bylo chlapci v pokoji přiměřeně, spíše tepleji, viditelně se ale více nepotil.

Potřeba spánku a odpočinku: Dle maminky spí chlapec doma celou noc, jen se budí několikrát na pití z lahvičky. V noci spí dle maminky běžně od 21 hodin do 6 hodin. Přes den spí ještě pravidelně po obědě, většinou 1-1,5 hodiny. Před spaním mu maminka povídá nejčastěji nějakou pohádku. Po spaní bývá dle maminky odpočatý, odpoledne nepolehával v lůžku, spíše byl na herně, nebo si hrál na pokoji v posteli u maminky. Neklid u dítěte před spaním pozorován nebyl, ani potíže s usínáním v souvislosti s nadcházející operací nebo cizím prostředím.

Potřeba vyprazdňování: Chlapec má pleny, dle maminky potíže s močením nemá ale s vyprazdňováním stolice ano, stolici má nepravidelně, trpí zácpou. Po podání léků, které mají od svého dětského lékaře, chlapec chodí na stolicí pravidelněji (1x denně nebo ob den), ale nesmí léky vynechat, při vynechání je opět stolice nepravidelná (až po 5 dnech). Zkouší vysazovat na nočník. Potí se přiměřeně.

Potřeba dýchání: Chlapec dýchá pravidelně, 28'. Potíže při dýchání nemá ani žádné projevy onemocnění dýchacích cest.

Potřeba sexuální: Chlapec je vyšetřován na ambulanci a poté na pokoji. Pokoje jsou prosklené, ale opatřeny závěsem pro zachování intimity pro děti a jejich maminky.

Potřeba bezpečí a jistoty: Maminka s dítětem byla seznámena s prostory oddělení. S denním režimem na oddělení seznámeni nebyli. Chlapec se sestřičkami komunikuje částečně až po delší době. Sestřičky se k dítěti chovají mile, vstřícně, respektují jeho individuální potřeby. S průběhem předoperační přípravy sestřička

seznámila maminku, s průběhem operačního dne dopředu seznámeni nebyli, ale maminka chlapce částečně seznámila s průběhem následujícího dne. Vzhledem k věku se dítě s problematikou uspaní a anestézie neseznamovalo, problematika nebyla objasněna ani mamince. Dítě žádné otázky týkající se dalšího dne nepokládá. Bolest dítě neverbalizuje, ani jinak neprojevuje.

Potřeba lásky a sounáležitosti: S Adámekem je na oddělení přijata maminka, jsou spolu na jednom pokoji. Se sestřičkami chlapec komunikuje, hlavně pokud je nablízku maminka.

Potřeba uznání a sebeúcty: Sestra respektuje individuální potřeby dítěte, chlapce chválí a komunikuje s ním dle jeho věku, je k němu vnímavá a naslouchá mu.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace: Dítě rozumí verbálnímu vyjádření sestry, je pozitivně motivován k činnostem maminkou i sestrou. O rozvoj chlapcovy osobnosti pečují na oddělení maminka.

Den operace

Potřeba výživy: Adámek je od půlnoci nalačno. V noci nespal, dožadoval se nočního pití, jak je zvyklý, napít mu maminka nedala. Ráno příliš neverbalizuje, že by měl hlad, ale žízeň ano. Maminka s chlapcem neustále hovoří a vysvětluje mu, proč mu nemůže dát napít a proč to musí vydržet. Chlapeček se i přesto dožaduje svého. Sestřička dotazem na maminku zkontrolovala, zda dítě neporušilo lačnění.

Potřeba pohybu a aktivity: Chlapec byl premedikován až na sále, z tohoto důvodu nebylo nutné chlapce na oddělení omezovat v pohybu. Na sále po premedikaci chlapce anesteziologická sestřička chová a ukazuje mu dění venku na ulici. Poté je chlapec na lůžku s hračkami v předsálí. Sestřička je stále u něj a kontroluje ho. Po operaci je přenesen na lůžko na předsálí, kde je klidný, prospává.

Potřeba hygienické péče a čistoty: Chlapec je čistý. Na sál přichází ve svém pyžámku, které měl na noc na spaní, zároveň je teple oblečen, protože na sál se chodí ven z budovy přes část areálu nemocnice. Po operaci je chlapec převlečen zpět do svého pyžama.

Potřeba udržování TT a oblékání: V den operace má dítě tělesnou teplotu 36,7°C, chlapci je přiměřeně teplo. Na přechod na sál je teple oblečen, má pyžamo,

čepici, ponožky a bundu. Na sále je dítěti přiměřeně teplo. Po operaci je na lůžku ve svém pyžamu přikryt dekou k udržení tělesné teploty.

Potřeba spánku a odpočinku: Před odchodem na sál je chlapec v lůžku, polehává, je unavený, ale také si hraje i v herně. Před operací velkou část noci chlapec proplakal, protože se dožadoval pití, které z důvodu lačnění nemohl dostat. Většinu noci proto trávili s maminkou na chodbě, kde se ho maminka snažila utišit, aby nebudil ostatní děti. Po premedikaci na sále je plačtivý, ale postupně unavený a usíná. Do doby, než je přenesen na operační sál, spí v lůžku na předsálí a je kontrolován sestrou. Po operaci pospává na lůžku v předsálí, je klidný.

Potřeba vyprazdňování: Chlapec v den operace na stolicí nebyl, močí do plen, potí se přiměřeně.

Potřeba dýchání: Před operací dýchá dítě volně, pravidelně, 28'. Strach z masky a uspání u chlapce není, protože je dobře premedikován a spí. Po operaci dýchá volně, pravidelně, bez potíží.

Potřeba sexuální: Chlapci je při převlékání zajištěna maximální intimita, je převlékán na lůžku v předsálí a přenesen zabalený v roušce na operační sál. Po operaci je stejným způsobem sestřičkou přenesen na lůžko na předsálí a oblečen do svého pyžama a přikryt dekou.

Potřeba bezpečí a jistoty: Chlapec měl žilní kanylku aplikovanou ráno na hřbet ruky již na oddělení, na sál tedy odcházel s již zajištěnou žílou. Chlapce na sál doprovází maminka a předává ho anesteziologické sestřičce, chlapec je smutný, začal poplakávat a chtěl za maminkou, ale pak se uklidnil, více začal plakat až po podání čípku k premedikaci, ale také se utišil. Sestřička chlapce chovala, utěšovala, komunikovala s ním a ukázala mu prostory v předsálí. Chlapec se neustále ptal, kde je maminka, a chtěl za ní, sestřička s chlapcem komunikovala a odpovídala na jeho otázky, ukazovala mu dění na silnici a auta, která ho zaujala, ale i tak stále opakoval, kde je maminka. Další činnosti sestry dítěti předem neoznamuje, uklidňuje ho, aby usnul. Po chvilce Adámek usíná a spí na lůžku v předsálí. Po operaci chlapec klidně spí. Na bolest si nestěžuje, ani bolest neverbálně neprojevuje.

Potřeba lásky a sounáležitosti: Maminka chlapce doprovázela na sál, při předávání je plačtivý, ale utišil se. Na anesteziologickou sestru z počátku reaguje odmítavě, netečně, pláče, ale později se u sestřičky chová celkem v klidu. Ptá se neustále, kde je maminka. Po operaci je v doprovodu anesteziologické sestry, která má službu, převezen sanitkou zpět na oddělení, kde na něj čeká maminka.

Potřeba uznání a sebeúcty: Sestra na sále dítěti naslouchá, utěšuje ho, povzbuzuje a posiluje jeho sebevědomí chválením.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace: Sestra dítě před operací pozitivně motivuje k uzdravení.

Po operaci

Potřeba výživy: Po probuzení na oddělení chlapec neverbalizuje hlad, ale má žízeň, ví, že nesmí nic jíst ani pít, ale pít se neustále dožaduje. Sestřička na oddělení poučila maminku, kdy se chlapec bude moci napít, vysvětlila jí, které tekutiny jsou nejvhodnější a jakým způsobem s příjmem tekutin po operaci začít. První příjem tekutin chlapec toleroval dobře, nezvracel. Maminka postupovala podle rad sestřičky, ale jen pár lžiček, pak už maminka chlapci dala lahvičku, aby se utišil.

Potřeba pohybu a aktivity: Po operaci na oddělení byla chlapec celkem neklidný, pak na chvíli usnul. Po spánku chtěl chodit, ale byl poučen, že nesmí ještě sám chodit, že ho nožičky neunesou. Maminkou byl stále kontrolován a usměrňován, že nesmí vstávat, polehával ve své postýlce nebo u maminky na lůžku.

Potřeba hygienické péče a čistoty: Po operaci má chlapec čisté lůžko, stejné co měl při odchodu na sál a stejné pyžamo.

Potřeba udržování TT a oblékání: Po operaci měl chlapec tělesnou teplotu 36,5°C, zima mu nebyla, na pokoji mu bylo přiměřeně teplo.

Potřeba spánku a odpočinku: Chlapec po operaci byl z počátku na oddělení neklidný, poté pospával, spánek byl klidný, ale krátký, po spánku byl opět neklidný.

Potřeba vyprazdňování: Po operaci chlapec stolici zatím neměl, močil za 3 hodiny po operaci, bez potíží. Potí se přiměřeně.

Potřeba dýchání: Chlapec po operaci dýchal bez potíží, pravidelně, 34'. Na potíže při dýchání si nestěžuje. Jak chránit ránu při kašli a kýchání maminka nebyla poučena.

Potřeba sexuální: Po operaci na oddělení je chlapci zajištěna dostatečná intimita i při kontrole rány.

Potřeba bezpečí a jistoty: S následujícím pooperačním průběhem maminka nebyla seznámena. Chlapec má bolest v operační ráně, polehává, kňourá, je neklidný, neustále se obrací na lůžku a v některých okamžicích má bolestivý výraz obličeje. Sestra sleduje u dítěte bolest, podává léky dle ordinace lékaře a sleduje jejich účinek pozorováním a dotazem na maminku. Alternativní způsoby zvládnutí bolesti používá maminka, snaží se chlapce zabavit hrou, povídáním pohádek.

Potřeba lásky a sounáležitosti: Maminka čekala na chlapce na oddělení a je s ním po celou dobu po operaci, utěšuje ho a uklidňuje, povídá si s ním.

Potřeba uznání a sebeúcty: Sestra se k dítěti po operaci chová vnímavě a posiluje jeho sebevědomí chválením.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace: Sestra i maminka dítě pozitivně motivují k uzdravení. S chlapcem hovoří o pozitivních věcech, které budou následovat a na co se může těšit.

4.3.3 *Kasuistika 3*

Chlapec - Kryštůfek, 5 let

Chlapec přichází k plánované operaci kýly ráno v den operace. Přichází v doprovodu maminky. Na oddělení je hospitalizován společně s maminkou. Tato operace i hospitalizace je první.

První příchod dítěte na oddělení a nynější první kontakt s personálem dítě negativně nepociťuje. Dítě přichází usměvavé v doprovodu maminky, dobře komunikuje. Maminka doma dítě žádným způsobem na výkon nepřipravovala, ani mu neříkala, že půjdou do nemocnice. První kontakt s ostatními dětmi na oddělení je dobrý, chlapec s dětmi komunikoval, na děti se usmíval a začal si v herně hrát bez větších

zábran. Chlapec je zvyklý na oslovení Kryštůfek. Chlapec byl přijat na pokoj, kde již byly další 2 děti, pokoj byl celkem pro 4 děti.

Den operace

Potřeba výživy: Chlapec váží 14,6 kg, měří 106 cm, BMI je 12,46. Pokožka dítěte je dostatečně hydratovaná, chlapec má možnost vzít si čaj na oddělení, ale je již od půlnoci nalačno. Nejraději má vodu s bezinkovou šťávou. Vypije denně kolem 750 ml tekutin. Dle maminky jsou oblíbeným jídlem chlapce hlavně rohlíky a houbová polévka. Dle maminky má chuť k jídlu dobrou, potíže při jídle nemá. Alergii na potraviny nemá. Dietní omezení žádné nemá. Chlapec má mléčný chrup, žádný není nestabilní. Ráno příliš neverbalizuje, že by měl hlad, nebo žízeň, ví, že nesmí nic jíst ani pít. Když je snídaně, odchází z herny, aby se chlapec nedíval na ostatní děti, jak jí. Sestřička dotazem na maminku zkontrolovala, zda dítě neporušilo lačnění.

Potřeba pohybu a aktivity: Kryštůfek si hraje sám, nebo s maminkou na herně. Pohybu má na oddělení dost. Chlapec nebyl premedikován ani na sále, z tohoto důvodu nebylo nutné chlapce na oddělení ani na předsálí omezovat v pohybu. Na předsálí si chlapec hraje na lůžku s hračkami a prohlíží si knížky. Sestřička je stále u něj a kontroluje ho. Chlapec bez problémů komunikuje i s ostatním personálem v předsálí. Po operaci je přenesen na lůžko na předsálí, kde pospává, ale je neklidný, vstává, sedá si, je plačtivý, dostává dle ordinace lékaře utišující léky.

Potřeba hygienické péče a čistoty: Při příchodu dítěte na oddělení je chlapec čistý, má umyté vlasy, má čisté pyžamo, ve kterém je na oddělení. Ostříhané nehtíky nemá. Doma byla maminkou provedena hygiena. Na sál přichází ve svém pyžámku, které měl na oddělení, zároveň je teple oblečen, protože na sál se chodí ven z budovy přes část areálu nemocnice. Po operaci je chlapec převlečen zpět do svého pyžama.

Potřeba udržování TT a oblékání: Tělesná teplota chlapce při příjmu je 36,6°C, teplota v pokoji je 22°C. Dle maminky je chlapci v pokoji i na herně přiměřeně. Chlapci je přiměřeně teplo. Na přechod na sál je teple oblečen. Na sále je dítěti přiměřeně teplo. Po operaci je na lůžku ve svém pyžamu přikryt dekou k udržení tělesné teploty.

Potřeba spánku a odpočinku: Dle maminky spal chlapec doma celou noc, v noci se nebudil. V noci spí dle maminky běžně od 20,30 hodin do 6 hodin. Přes den spí ještě

pravidelně po obědě, někdy i 3 hodiny. Před spaním mu maminka povídá nejčastěji nějakou pohádku, nebo mu pustí pohádku na DVD, nebo na CD. Po spaní bývá dle maminky odpočatý. Neklid u dítěte před spaním pozorován nebyl, ani potíže s usínáním v souvislosti s nadcházející operací. Před odchodem na sál nespí, na sále je v lůžku, hraje si, premedikace nebyla podávána, chlapec si může vybrat, zda bude uspáván maskou, nebo mu bude napíchnuta žíla. Kryštof si vybral uspání maskou, sestřička mu popsala, že bude nafukovat balónek. Po operaci pospává, ale je neklidný.

Potřeba vyprazdňování: Chlapec dle maminky potíže s močením a vyprazdňováním stolice nemá. Chodí na stolicí pravidelně (1x denně nebo i 2x denně). Potí se přiměřeně. Chlapec v den operace na stolicí nebyl, močil, potí se přiměřeně.

Potřeba dýchání: Chlapec dýchá pravidelně, 25'. Potíže při dýchání nemá, ani žádné projevy onemocnění dýchacích cest. Před operací dýchá dítě volně, pravidelně, 28'. Kryšťufek si vybral uspání maskou, chtěl nafukovat balónek, strach z masky a uspání chlapec neměl, dobře spolupracuje, sestřička mu popisuje vše, co dělá, chlapec se dívá, jak nafukuje balónek a usíná. Po operaci dýchá volně, pravidelně, bez potíží.

Potřeba sexuální: Při vyšetřování je u chlapce zajištěna intimita. Chlapci je na předsálí při převlékání zajištěna maximální intimita, je převlékán na lůžku v předsálí a přenesen zabalený v roušce na operační sál. Po operaci je stejným způsobem sestřičkou přenesen na lůžko na předsálí a oblečen do svého pyžama a přikryt dekou.

Potřeba bezpečí a jistoty: Maminka s dítětem byla seznámena s prostory oddělení. S denním režimem na oddělení seznámeni nebyli. Chlapec se sestřičkami komunikuje. Sestřičky se k dítěti chovají mile, vstřícně, respektují jeho individuální potřeby. S průběhem předoperační přípravy a operačního dne maminka chlapce dopředu podrobně neseznamovala, jen mu řekla, že mu v nemocnici spraví břicho, že tam s ním maminka bude a tatínek mu pak přinese velké překvapení. S problematikou uspání a anestézie maminka ani chlapec seznámeni nebyli. Chlapec žádné otázky nepokládal. Bolest dítě neverbalizuje ani jinak neprojevuje. Chlapce na sál doprovází maminka a předává ho anesteziologické sestřičce, chlapec je maličko vyděšený, ale nepláče, spolupracuje, v lůžku na předsálí si hraje s hračkami. Komunikuje s ostatním

personálem bez problémů. Po domluvě byl chlapec nejdříve uspán maskou a až po uspání mu byla napíchnuta kanyla. Po operaci chlapec neklidně spí. Na bolest si nestěžuje, ale jsou viditelné bolestivé projevy v obličeji.

Potřeba lásky a sounáležitosti: S kryštofem je na oddělení přijata maminka. Se sestřičkami chlapec komunikuje. Maminka chlapce doprovázela na sál, při předávání je klidný, trochu vystrašený, ale spolupracuje. Po operaci je v doprovodu anesteziologické sestry, která má službu, převezen sanitkou zpět na oddělení, kde na něj čeká maminka.

Potřeba uznání a sebeúcty: Sestra respektuje individuální potřeby dítěte, chlapce chválí a komunikuje s ním dle jeho věku, je k němu vnímavá a naslouchá mu. Sestra na sále dítěti naslouchá, komunikuje s ním, říká mu vše, co bude následovat, co bude dělat, povzbuzuje ho a posiluje jeho sebevědomí chválením.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace: Dítě rozumí verbálnímu vyjádření sestry, je pozitivně motivováno k činnostem maminkou i sestrou. O rozvoj chlapcovy osobnosti pečuje na oddělení maminka. Sestra na sále dítě před operací povzbuzuje k dodržování pokynů od sestry a lékaře a pozitivně ho motivuje k uzdravení.

Po operaci

Potřeba výživy: Na oddělení chlapec neříká, že by měl hlad, ale má žízeň, ví, že nesmí nic jíst ani pít. Říká, že má suché rty a sucho v pusince. Maminka mu otírala rty vlhkou plenou. To chlapce na nějakou dobu uspokojilo. Maminka se pak ptala sestřičky, kdy se chlapec bude moci napít. Sestřička mamince vše vysvětlila. První příjem tekutin chlapec toleroval dobře, nezvracel. Maminka postupovala podle rad sestřičky.

Potřeba pohybu a aktivity: Po operaci na oddělení byl chlapec celkem neklidný, pak na chvíli usnul. Po spánku chtěl vstát z lůžka a chodit, ale byl poučen maminkou, že nesmí ještě sám chodit, že by spadl. Maminkou byl stále kontrolován a usměrňován, že nesmí vstávat. Chtěl se posadit, a tak mu maminka upravila lůžko k pohodlnému sezení tak, aby chlapci mohla číst jeho oblíbený časopis.

Potřeba hygienické péče a čistoty: Po operaci má chlapec čisté lůžko, stejné co měl při odchodu na sál a stejné pyžamo.

Potřeba udržování TT a oblékání: Po operaci měl chlapec tělesnou teplotu 36,8°C, zima mu nebyla, na pokoji mu bylo přiměřeně teplo.

Potřeba spánku a odpočinku: Chlapec po operaci byl z počátku na oddělení neklidný, poté chvíli spal, spánek byl klidný, ale velmi krátký, po spánku byl již klidný, prohlížel si hračky a časopis.

Potřeba vyprazdňování: Po operaci chlapec stolici neměl, močil za 4,5 hodiny po operaci, bez potíží. Potí se přiměřeně.

Potřeba dýchání: Chlapec po operaci dýchal bez potíží, pravidelně, 25'. Na potíže při dýchání si nestěžuje. Jak chránit ránu při kašli a kýchání maminka nebyla poučena.

Potřeba sexuální: Po operaci na oddělení je chlapci zajištěna dostatečná intimita i při kontrole rány.

Potřeba bezpečí a jistoty: S následujícím pooperačním obdobím maminka ani chlapec nebyli seznámeni. Kryštof klade otázky týkající se následující doby, maminka mu na ně odpověděla. Chlapec má bolest v operační ráně, polehává, sedí na lůžku a v některých okamžicích má bolestivý výraz obličeje. Sestra sleduje u dítěte bolest, podává léky dle ordinace lékaře a sleduje jejich účinek pozorováním a dotazem na maminku. Alternativní způsoby zvládnutí bolesti používá maminka, snaží se chlapce zabavit hrou, povídáním pohádek, čtením chlapcova oblíbeného časopisu.

Potřeba lásky a sounáležitosti: Maminka čekala na chlapce na oddělení a je s ním po celou dobu po operaci, utěšuje ho a uklidňuje, povídá si s ním, čte mu.

Potřeba uznání a sebeúcty: Sestra se k dítěti po operaci chová vnímavě a posiluje jeho sebevědomí chválením.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace: Sestra i maminka dítě pozitivně motivují k uzdravení. S chlapcem hovoří o pozitivních věcech, které budou následovat a na co se může těšit. Maminka chlapci říkala o překvapení, které odpoledne přinese tatínek, na které se chlapec těšil již před operací.

4.3.4 Kasuistika 4

Chlapec - Toník, 2 roky

Chlapec přichází k plánované reoperaci kýly. Přichází v doprovodu maminky, s kterou je společně na oddělení hospitalizován. Tato operace je druhá, kterou podstoupí, ale hospitalizován v nemocnici již byl i s jiným problémem, tedy nynější hospitalizace je třetí.

První příchod dítěte na oddělení a nynější první kontakt s personálem dítě negativně nepocítuje. Dítě přichází usměvavé v doprovodu maminky, dobře komunikuje. Maminku neustále kontroluje pohledem, zda je u něj. Maminka doma chlapce na výkon trošku připravovala, říkala mu, že půjdou do nemocnice, kde už to zná, že už tam byl. První kontakt s ostatními dětmi na oddělení je dobrý, chlapec dobře komunikoval, na děti se usmíval a začal si v herně hrát. Kouká se po ostatních dětech, co dělají. Chlapec je zvyklý na oslovení Toníčku, Týno, Tonásku. Byl přijat na pokoj na oddělení pooperační, kde byly již další 3 děti, pokoj byl pro 4 děti.

Den operace

Potřeba výživy: Chlapec váží 10,5 kg, měří 85 cm, BMI je 13,84. Pokožka dítěte je dostatečně hydratovaná, chlapec má možnost vzít si čaj na oddělení, ale nechutná mu. Je již od půlnoci nalačno. Nejraději má vodu se šťávou, nebo čaj oslazený šťávou. Vypije denně kolem 0,5-1l tekutin. V noci se budí na pití, vzbudil se tuto noc, ale napít nedostal, nakonec usnul. Dle maminky jsou oblíbeným jídlem chlapce hlavně omáčky, rýže, těstoviny, rohlík s máslem, jogurty i ryba a sladkosti. Dle maminky má chuť k jídlu dobrou, potíže při jídle nemá. Alergii na potraviny nemá. Dietní omezení žádné nemá. Chlapec má mléčný chrup, žádný není nestabilní. Ráno chlapec říká, že má hlad a žízeň. Ví, že nesmí nic jíst ani pít, když je snídaně maminka ho odvádí z herny, aby se chlapec nedíval na ostatní děti, jak jí. Sestřička dotazem na maminku zkontrolovala, zda dítě neporušilo lačnění.

Potřeba pohybu a aktivity: Toníček si hraje s maminkou, sám i vedle ostatních dětí na herně. Pohybu má na oddělení dost, nestěžuje si. Chlapec byl premedikován na sále z tohoto důvodu nebylo nutné chlapce na oddělení omezovat v pohybu. Na sále po premedikaci je chvíli plačtivý, sestřička ho chová, uklidňuje a pak si chlapec hraje na lůžku s hračkami a prohlíží si knížky. Ještě než usnul, se stále zvedal, sedal si.

Sestřička je stále u něj a kontroluje ho, nebo ho chová. Po operaci je přenesen na lůžko na předsálí, kde pospává, je klidný.

Potřeba hygienické péče a čistoty: Při příchodu dítěte na oddělení je chlapec čistý, má umyté vlasy, má čisté pyžamo, ve kterém je na oddělení, a má ostříhané nehtíky. Na sál přichází ve svém pyžámku, které měl na oddělení, zároveň je teple oblečen, protože na sál se chodí ven z budovy přes část areálu nemocnice. Po operaci je chlapec převlečen zpět do svého pyžama.

Potřeba udržování TT a oblékání: Tělesná teplota chlapce při příjmu je 36,7°C, teplota v pokoji je 24°C. Dle maminky je chlapci v pokoji horko, na herně přiměřeně. Na přechod na sál je chlapec teple oblečen. Na sále je dítěti přiměřeně teplo. Po operaci je na lůžku ve svém pyžamu přikryt dekou k udržení tělesné teploty.

Potřeba spánku a odpočinku: Dle maminky spal chlapec doma celou noc, v noci se vzbudil, protože mu bylo horko, a pak chtěl napít. V noci spí dle maminky běžně od 21,22 hodin do 8 hodin. Přes den spí ještě pravidelně po obědě, 1,5 hodiny. Před spaním mu maminka povídá nejčastěji nějakou pohádku, nebo mu pustí pohádku na CD. Po spaní bývá dle maminky odpočatý. Neklid u dítěte před spaním pozorován nebyl, ani potíže s usínáním v souvislosti s nadcházející operací. Před odchodem na sál nespí, hraje si na herně, nebo je v lůžku, kde si také hraje, nebo se dívá na pohádky. Na sále je v lůžku, hraje si, nebo ho sestřička chová, po podání premedikace chvíli plakal, pak se utišil a dobře usnul, je klidný. Po operaci spí klidně na lůžku v předsálí.

Potřeba vyprazdňování: Chlapec dle maminky potíže s močením a vyprazdňováním stolice nemá. Chodí na stolicí pravidelně (1x denně). Chlapec v den operace na stolicí nebyl, močil ráno, před operací ne, potí se přiměřeně.

Potřeba dýchání: Chlapec dýchá pravidelně, 28'. Potíže při dýchání nemá, ani žádné projevy onemocnění dýchacích cest. Před operací dýchá dítě volně, pravidelně, 32'. Toníček strach z masky a uspání neměl, protože sestřička na něj působila velmi klidně a byl dobře premedikován, takže v době uspání maskou spal. Po operaci dýchá volně, pravidelně, bez potíží.

Potřeba sexuální: Při vyšetřování je u chlapce zajištěna intimita. Chlapci je na sále při převlékání zajištěna maximální intimita, je převlékán na operačním stole

a přikryt rouškou. Po operaci je stejným způsobem sestřičkou oblečen a přenesen na lůžko na předsálí a přikryt dekou.

Potřeba bezpečí a jistoty: Maminka s dítětem nebyla seznámena s prostory oddělení ani s denním režimem na oddělení. Mamince ani chlapci to nečinilo potíže, protože už na oddělení leželi a znali to tam. Chlapec se sestřičkami komunikuje. Sestřičky se k dítěti chovají mile, vstřícně, respektují jeho individuální potřeby. S průběhem předoperační přípravy a operačního dne maminka chlapce dopředu podrobně neseznamovala, jen maličko, do podrobností nezacházela. S problematikou uspání a anestézie maminka ani chlapec seznámeni nebyli. Chlapec žádné otázky nepokládal. Bolest dítě neverbalizuje, ani jinak neprojevuje. Chlapce na sál doprovází maminka a předává ho anesteziologické sestřičce, chlapec trošičku poplákával, nechtěl se rozloučit s maminkou, pak se utišil, spolupracuje, méně komunikuje. Po podání premedikace byl plačtivý, ale sestřička ho utěšovala, chovala a chlapec nakonec usnul. Pak si na lůžku sedal, vstával, točil se, ale spal. Až po uspání mu byla napíchnuta kanyla. Po operaci chlapec spí. Na bolest si nestěžuje, ale trochu reaguje neklidně, občas má bolestivý výraz v obličeji.

Potřeba lásky a sounáležitosti: S Toníčkem je na oddělení přijata maminka. Se sestřičkami chlapec komunikuje. Maminka chlapce doprovázela na sál, při předávání je klidný, trošku vystrašený, ale spolupracuje. Chlapec má u sebe svůj oblíbený dudlík. Na anesteziologickou sestru reaguje celkem klidně, částečně komunikuje s maminkou se nechce rozloučit. Po operaci je v doprovodu anesteziologické sestry, která má službu převezen sanitkou zpět na oddělení, kde na něj čeká maminka.

Potřeba uznání a sebeúcty: Sestra respektuje individuální potřeby dítěte, chlapce chválí a komunikuje s ním dle jeho věku, je k němu vnímavá a naslouchá mu, posiluje jeho sebevědomí chválením.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace: Dítě rozumí verbálnímu vyjádření sestry, je pozitivně motivováno k činnostem maminkou i sestrou. O rozvoj chlapcovy osobnosti pečuje na oddělení maminka. Sestra na sále s dítětem před operací pozitivně komunikuje.

Po operaci

Potřeba výživy: Po probuzení na oddělení chlapec neverbalizuje hlad, ale má žízeň, ví, že nesmí nic jíst ani pít, ale pít se dožaduje. Sestřička na oddělení poučila maminku, kdy se chlapec bude moci napít. První příjem tekutin chlapec toleroval dobře, nezvracel. Maminka postupovala podle rad sestřičky.

Potřeba pohybu a aktivity: Po operaci na oddělení byl chlapec klidný, spal. Po spánku polehával v lůžku, díval se na pohádky, hrál si. Maminkou byl kontrolován a usměrňován, že nesmí vstávat, polehával ve své postýlce.

Potřeba hygienické péče a čistoty: Po operaci má chlapec čisté lůžko, stejné co měl při odchodu na sál a stejné pyžamo.

Potřeba udržování TT a oblékání: Po operaci měl chlapec tělesnou teplotu 36,5°C, zima mu nebyla, jen trošku při převozu, na pokoji mu bylo přiměřeně teplo.

Potřeba spánku a odpočinku: Chlapec po operaci byl na oddělení klidný, spal. Spánek byl klidný.

Potřeba vyprazdňování: Po operaci chlapec stolici neměl, močil za 5 hodin po operaci, trošku bolestivě (při operaci, byla zároveň provedena deglutinace). Potí se přiměřeně.

Potřeba dýchání: Chlapec po operaci dýchal bez potíží, pravidelně, 36'. Na potíže při dýchání si nestěžuje. Jak chránit ránu při kašli a kýčání maminka nebyla poučena.

Potřeba sexuální: Po operaci na oddělení je chlapci zajištěna dostatečná intimita i při kontrole rány.

Potřeba bezpečí a jistoty: S následujícím pooperačním průběhem maminka ani chlapec nebyli seznámeni. Chlapec má bolest v operační ráně, polehává, obrací se na lůžku. Sestra sleduje u dítěte bolest, podává léky dle ordinace lékaře a sleduje jejich účinek pozorováním a dotazem na maminku. Alternativní způsoby zvládnutí bolesti používá maminka, snaží se chlapce zabavit hrou, pouští mu pohádky.

Potřeba lásky a sounáležitosti: Maminka čekala na chlapce na oddělení a je s ním po celou dobu po operaci, utěšuje ho a uklidňuje, povídá si s ním.

Potřeba uznání a sebeúcty: Sestra se k dítěti po operaci chová vnímavě a posiluje jeho sebevědomí chválením.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace: Sestra i maminka dítě pozitivně motivují k uzdravení. S chlapcem hovoří o pozitivních věcech, které budou následovat a na co se může těšit.

4.3.5 Kasuistika 5

Chlapec - Honzík, 4 roky

Chlapec přichází k plánované operaci ráno v den operace. Přichází v doprovodu maminky. Na oddělení je hospitalizován společně s maminkou. Tato operace i hospitalizace je první.

První příchod dítěte na oddělení a nynější první kontakt s personálem dítě negativně nepocituje, je trochu nervózní, ale nepláče a komunikuje. Maminka doma dítě žádným způsobem na výkon nepřipravovala. První kontakt s ostatními dětmi na oddělení je dobrý, chlapec s dětmi komunikoval, na děti se usmíval a začal si v herně hrát bez větších zábran. Chlapec je zvyklý na oslovení Honzík. Chlapec byl přijat na pokoj, kde již byly další 3 děti, pokoj byl celkem pro 4 děti.

Den operace

Potřeba výživy: Chlapec váží 17,1 kg, měří 107 cm, BMI je 14,85. Pokožka dítěte je dostatečně hydratovaná, chlapec má možnost vzít si čaj na oddělení, ale je již od půlnoci nalačno. Nejraději má čaj, nebo ředěný džus. Vypije denně kolem 500 ml tekutin. Dle maminky jsou oblíbeným jídlem chlapce hlavně omáčky a kuře. Dle maminky má chuť k jídlu dobrou, potíže při jídle nemá. Alergii na potraviny nemá. Dietní omezení žádné nemá. Chlapec má mléčný chrup, žádný není nestabilní. Ráno příliš neverbalizuje, že by měl hlad, ale žízeň trochu ano, ví, že nesmí nic jíst ani pít. Sestřička dotazem na maminku a chlapce zkontrolovala, zda dítě neporušilo lačnění.

Potřeba pohybu a aktivity: Honzík si hraje sám na herně a komunikuje při tom s maminkou. Pohybu má na oddělení dost. Chlapec nebyl premedikován na oddělení, z tohoto důvodu nebylo nutné chlapce na oddělení omezovat v pohybu. Na předsálí po premedikaci si chlapec hraje na lůžku s hračkami a prohlíží si knížky. Chlapec

bez problémů komunikuje i s ostatním personálem v předšálí. Po premedikaci chtěl jít „čurat“, šel v doprovodu sestřičky. Sestřička je stále u něj a kontroluje ho, chlapec stále chce vstávat, nebo si sedá. Po operaci je přenesen na lůžko na předšálí, kde pospává, ale je neklidný, vstává, sedá si, poplává.

Potřeba hygienické péče a čistoty: Při příchodu dítěte na oddělení je chlapec čistý, má umyté vlasy, má čisté pyžamo, ve kterém je na oddělení, má ostříhané nehtíky. Na sál přichází ve svém pyžamku, které měl na oddělení, zároveň je teple oblečen, protože na sál se chodí ven z budovy přes část areálu nemocnice. Po operaci je chlapec převlečen zpět do svého pyžama.

Potřeba udržování TT a oblékání: Tělesná teplota chlapce při příjmu je 36,8°C, teplota v pokoji je 22°C. Dle maminky je chlapec v pokoji i na herně přiměřeně. Na přechod na sál je teple oblečen. Na sále je dítěti přiměřeně teplo. Po operaci je na lůžku ve svém pyžamu přikryt dekou k udržení tělesné teploty.

Potřeba spánku a odpočinku: Dle maminky spal chlapec doma celou noc, v noci se nebudil, spal klidně. V noci spí dle maminky běžně od 20 hodin do 7 hodin. Přes den spí jen někdy po obědě 1-1,5 hodiny. Před spaním mu maminka povídá nejčastěji nějakou pohádku. Po spaní bývá dle maminky odpočatý. Neklid u dítěte před spaním pozorován nebyl, ani potíže s usínáním v souvislosti s nadcházející operací. Před odchodem na sál nespí, hraje si. Na sále je v lůžku, hraje si, premedikace byla podávána. Honzík je pak uspáván maskou, sestřička mu popsala, že bude nafukovat balónek. Chlapec spolupracoval, pak se trochu bránil. Po operaci pospává, ale je neklidný.

Potřeba vyprazdňování: Chlapec dle maminky potíže s močením a vyprazdňováním stolice nemá. Chodí na stolicí pravidelně (1x denně). Potí se přiměřeně. Chlapec v den operace na stolicí nebyl, před premedikací nemočil, potí se přiměřeně.

Potřeba dýchání: Chlapec dýchá pravidelně, 23'. Potíže při dýchání nemá, ani žádné projevy onemocnění dýchacích cest. Před operací dýchá dítě volně, pravidelně, 28'. Honzík je uspáván maskou, nafukuje balónek, strach z masky a uspání chlapec neměl, dobře spolupracuje, sestřička mu popisuje vše, co dělá, chlapec se dívá,

jak nafukuje balónek, pak se trošku, brání ale usíná. Sestřička s paní doktorkou na Honzika neustále mluví. Po operaci dýchá volně, pravidelně, bez potíží.

Potřeba sexuální: Při vyšetřování je u chlapce zajištěna intimita. Chlapci je na předsáli při převlékání zajištěna maximální intimita, je převlékán na lůžku na sále a přikryt rouškou. Po operaci je stejným způsobem sestřičkou oblečen a přenesen na lůžko na předsáli a přikryt dekou.

Potřeba bezpečí a jistoty: Maminka s dítětem nebyla seznámena s prostory oddělení, ani s denním režimem na oddělení seznámeni nebyli. Chlapec se sestřičkami komunikuje. Sestřičky se k dítěti chovají mile, vstřícně, respektují jeho individuální potřeby. S průběhem předoperační přípravy a operačního dne maminka chlapce dopředu podrobně neseznamovala. S problematikou usnutí a anestézie maminka ani chlapec seznámeni nebyli. Chlapec žádné otázky nepokládal. Bolest dítě neverbalizuje, ani jinak neprojevuje. Maminka se domnívá, že chlapec strach trošku má, maminka se snaží chlapce zabavit, aby strach minimalizovala. Chlapce na sál doprovází maminka a předává ho anesteziologické sestřičce, chlapec je maličko vyděšený, ale nepláče, spolupracuje, v lůžku na předsáli si hraje s hračkami. Po domluvě na chlapce maminka počká před sálem a pojedje s ním po operaci zpět na oddělení. Honzík komunikuje s ostatním personálem bez problémů. Po premedikaci chlapec chvíli plakal, ale pak se uklidnil, hraje si. Honzík je usnán maskou a až po usnutí mu byla napíchnuta kanyla. Po operaci chlapec neklidně spí. Na bolest si nestěžuje, ale jsou viditelné bolestivé projevy v obličeji.

Potřeba lásky a sounáležitosti: S Honzíkem je na oddělení přijata maminka. Se sestřičkami chlapec komunikuje. Maminka chlapce doprovázela na sál, při předávání je klidný, trošku vystrašený a smutný, ale spolupracuje. Na anesteziologickou sestru reaguje klidně, komunikuje. Po operaci na něj v předsáli čeká maminka a v doprovodu anesteziologické sestry jsou převezeni sanitkou zpět na oddělení. Při převozu je chlapec stále neklidný, chce si sednout.

Potřeba uznání a sebeúcty: Sestra na oddělení respektuje individuální potřeby dítěte, komunikuje s ním dle jeho věku, je k němu vnímavá a naslouchá mu. Sestra

na sále dítěti naslouchá, komunikuje s ním, říká mu vše, co bude následovat, co bude dělat, povzbuzuje ho a posiluje jeho sebevědomí chválením.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace: Dítě rozumí verbálnímu vyjádření sestry, je pozitivně motivováno k činnostem maminkou i sestrou. O rozvoj chlapcovy osobnosti pečuje na oddělení maminka. Sestra na sále dítě před operací moc nepovzbuzuje, ani nemotivuje.

Po operaci

Potřeba výživy: Na oddělení po operaci chlapec neříká, že by měl hlad, ale má žízeň, ví, že nesmí nic jíst ani pít. Sestřička mamince vysvětlila, kdy a jakým způsobem s příjmem tekutin po operaci začít. První příjem tekutin chlapec toleroval dobře, nezvracel.

Potřeba pohybu a aktivity: Po operaci na oddělení byl chlapec celkem neklidný, pak na malou chvíli usnul. Po spánku chtěl vstát z lůžka a chodit, ale byl poučen maminkou, že nesmí ještě sám chodit. Maminkou byl stále kontrolován, že nesmí vstávat. Ale chlapec je mrzutý, plačtivý, neustále si sedá, točí se v postýlce.

Potřeba hygienické péče a čistoty: Po operaci má chlapec čisté lůžko, stejné co měl při odchodu na sál a stejné pyžamo.

Potřeba udržování TT a oblékání: Po operaci měl chlapec tělesnou teplotu 36,6°C, zima mu při převozu trošku byla, na pokoji mu bylo přiměřeně teplo.

Potřeba spánku a odpočinku: Chlapec po operaci byl z počátku na oddělení velmi neklidný, poté chvíli spal, spánek byl klidný, ale velmi krátký, po spánku byl zase neklidný, plačtivý.

Potřeba vyprazdňování: Po operaci chlapec stolicí neměl, močil za 4 hodiny po operaci a bolestivě (při operaci, byla zároveň provedena deglutinace). Potí se přiměřeně.

Potřeba dýchání: Chlapec po operaci dýchal bez potíží, pravidelně, 24'. Na potíže při dýchání si nestěžuje. Jak chránit ránu při kašli a kýčání maminka nebyla poučena.

Potřeba sexuální: Po operaci na oddělení je chlapci zajištěna dostatečná intimita i při kontrole rány.

Potřeba bezpečí a jistoty: S následujícím pooperačním obdobím maminka ani chlapec nebyli seznámeni. Maminka chlapci stručně popsala podle sebe, co bude následovat. Honzík neklade otázky týkající se následující doby. Chlapec má bolest v operační ráně, polehává a v některých okamžicích má bolestivý výraz obličeje, je plačtivý, neklidný. Sestra sleduje u dítěte bolest, podává léky dle ordinace lékaře a sleduje jejich účinek pozorováním a dotazem na maminku. Alternativní způsoby zvládnání bolesti používá maminka, snaží se chlapce zabavit povídáním pohádek, komunikuje s ním, ale chlapec je stále celkem neklidný, nakonec přišla sestřička a mluvila s Honzíkem, slíbila mu, že když bude hodný a bude mu dobře, bude pak moct na hernu a chlapec se celkem utišil.

Potřeba lásky a sounáležitosti: Maminka čekala na chlapce v předsálí a je s ním po celou dobu po operaci, utěšuje ho a uklidňuje, povídá si s ním.

Potřeba uznání a sebeúcty: Sestra se k dítěti po operaci chová vnímavě a posiluje jeho sebevědomí chválením, povzbuzuje ho a komunikuje s ním. Podařilo se jí chlapce po operaci uklidnit.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace: Sestra i maminka dítě pozitivně motivují k uzdravení. S chlapcem hovoří o pozitivních věcech, které budou následovat a na co se může těšit. Maminka chlapci říkala, že třeba dostane nějaké překvapení.

4.4 Shrnutí výsledků rozhovorů od sester pracujících na dětském a anesteziologickém oddělení

4.4.1 Shrnutí výsledků před operací

Tabulka 42 Způsob předání informací o dítěti, které jde na operaci (Otázka 1)

	Dětské sestry					Σ	Anesteziologické sestry					Σ
	DS1	DS2	DS3	DS4	DS5		AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	
Anesteziologická sestra volá den před operací – tel.	1	1	1	1		4	1	1	1			3
V den operace – telefonicky	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5
Příliš si informace nepředáváme		1	1			2						0
Počet odpovědí	2	3	3	2	1	11	2	2	2	1	1	8

Na otázku, jakým způsobem a kdy si sestry předávají informace o dítěti, které jde na operaci, z 5 dětských sester uvedly 4 sestry - anesteziologická sestra nám volá den před operací, 5 sester si předává telefonicky informace v den operace, a 2 sestry si příliš informace nepředávají. Z 5 anesteziologických sester uvedly 3 sestry - voláme den před operací a 5 sester si předává informace v den operace, telefonicky.

Tabulka 43 Způsob seznámení dítěte s operačním sálem (Otázka 2)

	Dětské sestry					Σ	Anesteziologické sestry					Σ
	DS1	DS2	DS3	DS4	DS5		AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	
Přímo na sále	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5
Seznamování dle věku	1				1	2	1		1	1		3
Seznamování dle času					1	1				1		1
Počet odpovědí	2	1	1	1	3	8	2	1	2	3	1	9

Na otázku, jakým způsobem a kdy seznamujete dítě s operačním sálem, 5 dětských sester uvedlo: seznamuje děti se sálem přímo na sále, 2 sestry seznamují dle věku dítěte a 1 sestra podle toho jak je čas. 5 anesteziologických sester uvedlo: seznamuje děti se sálem přímo na sále, 3 sestry seznamují dle věku dítěte a 1 sestra podle toho jak je čas.

Tabulka 44 Způsob seznámení dítěte s činnostmi před operací a s problematikou uspaní (Otázka 3, 4)

	Dětské sestry					Σ	Anesteziologické sestry					Σ
	DS1	DS2	DS3	DS4	DS5		AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	
Podle času						0				1	1	2
Sestra seznamuje maminku, ta pak dítě	1	1	1	1	1	5						0
Podle věku					1	1	1	1	1	1	1	5
Sestra seznamuje dítě		1		1		2						0
Sestra dítě neseznamuje			1	1		2						0
Podle psych. stavu dítěte						0		1	1		1	3
Počet odpovědí	1	2	2	3	2	10	1	2	2	2	3	10

Na otázku, jakým způsobem a kdy seznamujete dítě s činnostmi, které operace vyžaduje, a na otázku, jakým způsobem a kdy seznamujete dítě s problematikou uspaní, z 5 dětských sester uvedlo 5 sester, že seznamuje maminku, ta pak dítě, 1 sestra seznamuje děti dle jejich věku, 2 sestry seznamují přímo děti a 2 sestry seznamují děti podle psychického stavu dítěte. Z 5 anesteziologických sester uvedly 2 sestry, seznamujeme děti podle toho, jak je čas, 5 sester seznamuje děti podle věku a 3 sestry podle psychického stavu dítěte.

Tabulka 45 Způsob zjišťování specifík a individuálních potřeb u dítěte před operací (Otázka 5)

	Dětské sestry					Σ	Anesteziologické sestry					Σ
	DS1	DS2	DS3	DS4	DS5		AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	
Před operací od dítěte	1	1				2						0
Dle věku od dítěte	1					1						0
Od maminky		1			1	2				1		1
V průběhu dne na odd.			1	1	1	3						0
Na sále						0	1	1	1		1	4
Individ. potřeby nezjišťuji						0				1		1
Počet odpovědí	2	2	1	1	2	8	1	1	1	2	1	6

Na otázku, jak a kdy zjišťujete specifika a individuální potřeby konkrétního dítěte před operací, z 5 dětských sester uvedly 2 sestry - individuální potřeby dítěte zjišťujeme v období před operací, 1 sestra zjišťuje informace od dětí dle jejich věku, 2 sestry zjišťují informace od maminek a 3 sestry zjišťují informace v průběhu dne na oddělení. Z 5 anesteziologických sester uvedla 1 sestra - zjišťuji informace od maminek, 4 sestry zjišťují informace na sále a 1 sestra informace o individuálních potřebách dítěte nezjišťuje.

Tabulka 46 Názor sester na společný kontakt dítěte a obou sester před operací (Otázka 6)

	Dětské sestry					Σ	Anesteziologické sestry					Σ
	DS1	DS2	DS3	DS4	DS5		AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	
Sestry souhlasí		1	1		1	3	1	1				2
Není to potřeba		1	1			2				1		1
Není čas			1	1	1	3		1	1		1	3
Sestry odmítají	1			1		2			1	1	1	3
Počet odpovědí	1	2	3	2	2	10	1	2	2	2	2	9

Na otázku, zda by sestry uvítaly společný kontakt s dítětem a druhou sestrou den před operací, z 5 dětských sester uvedly 3 sestry - společný kontakt před operací bychom uvítaly, 2 sestry se domnívají, že to není potřeba, 3 sestry nemají čas a 2 sestry takový kontakt odmítají. Z 5 anesteziologických sester uvedly 2 sestry - společný kontakt před operací bychom uvítaly, 1 sestra se domnívá, že to není potřeba, 3 sestry nemají čas a 3 sestry takový kontakt odmítají.

Tabulka 47 Význam komunikace mezi sestrami před operací (Otázka 7)

	Dětské sestry					Σ	Anesteziologické sestry					Σ
	DS1	DS2	DS3	DS4	DS5		AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	
Důležitá	1	1			1	3	1	1		1	1	4
Nutná			1	1		2						0
Potřebná						0			1			1
Sdělí informace o chování dítěte	1					1		1			1	2
Informace sestra najde v dokumentaci						0	1					1
Počet odpovědí	2	1	1	1	1	6	2	2	1	1	2	8

Na otázku, jak je pro Vás důležitá komunikace s dětskou/anesteziologickou sestrou v předoperačním období, z 5 dětských sester uvedly 3 sestry - komunikace je pro nás důležitá, pro 2 sestry je nutná a 1 sestra sdělí informace o chování dítěte. Z 5 anesteziologických sester uvedly 4 sestry - komunikace je pro nás důležitá, pro 1 sestru je potřebná, 2 sestry sdělí informace o dítěti a 1 sestra si informace najde v dokumentaci.

Tabulka 48 V jaké fázi spolu sestry komunikují a proč (Otázka 8)

	Dětské sestry					Σ	Anesteziologické sestry					Σ
	DS1	DS2	DS3	DS4	DS5		AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	
Nekomunikují	1					1						0
Ráno – telefonicky			1	1		2	1	1	1			3
Před operací, kdy přivést dítě na sál –telefonicky		1	1		1	3		1		1	1	3
Předání důležitých informací						0	1	1				2
Počet odpovědí	1	1	2	1	1	6	2	3	1	1	1	8

Na otázku, v jaké fázi předoperační péče sestry komunikují a proč, z 5 dětských sester 1 sestra nekomunikuje, 2 sestry komunikují ráno, telefonicky a 3 sestry komunikují před operací telefonicky. Z 5 anesteziologických sester komunikují 3 sestry ráno, telefonicky, 3 sestry komunikují před operací, kdy přivést dítě na sál, a 2 sestry si předají důležité informace.

Tabulka 49 Vliv předaných informací mezi sestrami na potřeby dítěte před operací (Otázka 9)

	Dětské sestry					Σ	Anesteziologické sestry					Σ
	DS1	DS2	DS3	DS4	DS5		AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	
Má vliv	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5
Počet odpovědí	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5

Na otázku: Domníváte se, že Vámi předané informace by mohly mít vliv na potřeby dítěte před operací, odpovědělo 5 dětských a 5 anesteziologických sester, že se všechny domnívají, že předané informace mají vliv na potřeby dítěte před operací.

Tabulka 50 Vliv spolupráce sester na předoperační období a operační den dítěte (Otázka 10)

	Dětské sestry					Σ	Anesteziologické sestry					Σ
	DS1	DS2	DS3	DS4	DS5		AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	
Lepší péče			1		1	2				1		1
Předcházení komplikacím	1	1				2						0
Sestra lépe pozná dítě						0			1			1
Sestra má víc informací			1		1	2	1	1	1	1	1	5
Počet odpovědí	1	1	2	0	2	6	1	1	2	2	1	7

Na otázku: Domníváte se, že Vaše spolupráce se sestrou může zkvalitnit a ulehčit dítěti celé předoperační období a operační den, z 5 dětských sester uvedly 2 sestry - lepší péče, 2 sestry - předcházení komplikacím a 2 sestry - máme více informací. Z 5 anesteziologických sester uvedla 1 sestra - lepší péče, 1 sestra dítě lépe pozná a 5 sester - má více informací.

4.4.2 Shrnutí výsledků po operaci

Tabulka 51 Způsob předání informací o dítěti po operaci (Otázka 1)

	Dětské sestry					Σ	Anesteziologické sestry					Σ
	DS1	DS2	DS3	DS4	DS5		AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	
Předání informací sestře ze sanitky						0	1	1	1	1	1	5
Sestra, která dítě přivezla na oddělení	1	1	1	1	1	5						0
Nekomunikují						0		1				1
Případně telefonicky						0				1		1
Počet odpovědí	1	1	1	1	1	5	1	2	1	2	1	7

Na otázku, jakým způsobem a kdy si sestry předávají informace o dítěti, které je bezprostředně po operaci, z 5 dětských sester si 5 sester předává informace se sestrou, která dítě přivezla ze sálu. Z 5 anesteziologických sester předává 5 sester informace sestře ze sanitky, 1 sestra nekomunikuje a 1 sestra si předává informace případně telefonicky.

Tabulka 52 Způsob seznámení dítěte s činnostmi po operaci (Otázka 2)

	Dětské sestry					Σ	Anesteziologické sestry					Σ
	DS1	DS2	DS3	DS4	DS5		AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	
Neseznamujeme dítě						0	1	1	1	1	1	5
Seznamujeme dítě		1	1	1	1	4						0
Seznamujeme maminky	1	1	1	1	1	5						0
Počet odpovědí	1	2	2	2	2	9	1	1	1	1	1	5

Na otázku, jakým způsobem a kdy seznamujete dítě s činnostmi, které vyžaduje pooperační období, z 5 dětských sester seznamují 4 sestry přímo dítě a 5 sester seznamuje maminky. Z 5 anesteziologických sester 5 sester dítě s činnostmi neseznamuje.

Tabulka 53 Způsob zjišťování specifík a individuálních potřeb u dítěte po operaci (Otázka 3)

	Dětské sestry					Σ	Anesteziologické sestry					Σ
	DS1	DS2	DS3	DS4	DS5		AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	
V průběhu po operaci	1	1	1	1	1	5						0
Nezjišťujeme indiv. potřeby						0	1	1	1	1	1	5
Počet odpovědí	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5

Na otázku, jak a kdy zjišťujete specifika a individuální potřeby konkrétního dítěte po operaci, z 5 dětských sester 5 sester specifika o dítěti v průběhu pooperačního období zjišťuje. Z 5 anesteziologických sester 5 sester nezjišťuje individuální potřeby dětí po operaci.

Tabulka 54 Názor sester na vliv osobního kontaktu anesteziologické sestry a dítěte na dítě po operaci (Otázka 4)

	Dětské sestry					Σ	Anesteziologické sestry					Σ
	DS1	DS2	DS3	DS4	DS5		AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	
Neovlivní	1	1	1	1	1	5			1	1	1	3
Možná						0	1	1				2
Ovlivní, spíše negativně			1			1						0
Ovlivní, dle věku						0	1	1				2
Na tento kontakt není čas						0			1	1		2
Počet odpovědí	1	1	2	1	1	6	2	2	2	2	1	9

Na otázku: Domníváte se, že by návštěva anesteziologické sestry den po operaci dítě nějakým způsobem ovlivnila, z 5 dětských sester uvedlo 5 sester neovlivní, 1 sestra, že ovlivní, ale spíše negativně. Z 5 anesteziologických sester uvedly 3 sestry neovlivní, 2 sestry uvedly možná, 2 sestry uvedly ovlivní, ale spíše dle věku, a 2 sestry uvedly, že na tento kontakt není čas.

Tabulka 55 Důležitost komunikace mezi sestrami po operaci (Otázka 5)

	Dětské sestry					Σ	Anesteziologické sestry					Σ
	DS1	DS2	DS3	DS4	DS5		AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	
Důležitá	1	1			1	3	1	1	1	1	1	5
Potřebná			1	1		2						0
Předání informací o dítěti		1		1	1	3	1		1			2
Počet odpovědí	1	2	1	2	2	8	2	1	2	1	1	7

Na otázku, jak je důležitá pro Vás komunikace s dětskou/anesteziologickou sestrou v pooperačním období, z 5 dětských sester je pro 3 sestry komunikace důležitá, pro 2 sestry potřebná a 3 sestry si předávají informace o dítěti. Z 5 anesteziologických sester je pro 5 sester komunikace důležitá a 2 sestry si předávají informace o dítěti.

Tabulka 56 V jaké fázi spolu sestry komunikují a proč (Otázka 6)

	Dětské sestry					Σ	Anesteziologické sestry					Σ
	DS1	DS2	DS3	DS4	DS5		AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	
Při předávání dítěte	1	1	1	1	1	5						0
Nekomunikujeme s dětskou sestrou						0	1	1	1		1	4
Po výkonu telefonicky			1	1	1	3	1			1		2
Předání informací	1	1	1	1		4						0
Počet odpovědí	2	2	3	3	2	12	2	1	1	1	1	6

Na otázku, v jaké fázi pooperační péče se sestrou komunikujete a proč, z 5 dětských sester komunikuje 5 sester při předávání dítěte, 3 sestry komunikují po výkonu a 4 sestry si předávají informace. Z 5 anesteziologických sester 4 sestry nekomunikují a 2 sestry komunikují po výkonu telefonicky.

Tabulka 57 Vliv informací a spolupráce sester na potřeby dítěte a vnímání pooperačního období dítětem (Otázka 7, 8)

	Dětské sestry					Σ	Anesteziologické sestry					Σ
	DS1	DS2	DS3	DS4	DS5		AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	
Ano více informací a lépe uspokojené potřeby dítěte	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5
Ano více informací a lepší péče v pooperačním období	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5
Počet odpovědí	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10

Na otázku: Domníváte se, že Vámi předané informace by mohly mít vliv na potřeby dítěte po operaci a na otázku: Domníváte se, že Vaše spolupráce se sestrou může zkvalitnit a ulehčit dítěti celé předoperační období a operační den, z 5 dětských a 5 anesteziologických sester se všechny sestry domnívají, že vliv mají kvalitní informovanost a spolupráce, které vedou k uspokojení potřeb dítěte a k lepší péči v pooperačním období.

5. Diskuse

V diplomové práci jsme se zaměřili na problematiku spolupráce sester, které pracují na dětském a anesteziologickém oddělení a pečují o děti v předoperačním intraoperačním a pooperačním období. Toto téma mě velmi zajímá nejen proto, že s těmito dětmi pracuji, ale také proto, že se domnívám, že vždy je co zlepšovat, hlavně pokud jde o děti a nejen o ně. Protože jak uvádí ve své knize Leifer a Fendrychová (21,7), v případě nemoci dítěte a jeho hospitalizace je do celé problematiky vtaženo i jeho nejbližší okolí a celou situaci s ním všichni velmi emočně prožívají. S tímto názorem plně souhlasím nejen jako dětská sestra, ale také jako matka.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaká je spolupráce anesteziologických a dětských sester, ale také zda mají zájem o zlepšení vzájemné spolupráce a následné zkvalitnění péče. Také jsme se snažili zjistit, jak široce je spoluprací obou sester ovlivněno uspokojování potřeb dětí v předoperačním, pooperačním a částečně intraoperačním období.

Pro získání těchto dat byly vytvořeny dva dotazníky, jeden pro sestry pracující na dětském oddělení a jeden pro anesteziologické sestry. Dva dotazníky byly vytvořeny z důvodu přehlednosti a také pro usnadnění vyplňování dotazníku sestrami. Šetření bylo tedy prováděno na dětských a anesteziologických odděleních. Nejdříve byly osloveny hlavní sestry sedmi nemocnic Jihočeského kraje, které po shlédnutí dotazníků a žádosti k šetření tuto distribuci dotazníků schválily. U jedné z nemocnic jsem obdržela i písemné povolení k studijnímu průzkumu. Spolupráce se všemi hlavními, vrchními i staničními sestrami byla skvělá. Jen jednání v nemocnici České Budějovice se velmi protahovalo i přesto, že jsem jednala s předstihem, protože komplikace jsem po předešlých zkušenostech očekávala. I po dlouhém jednání a konečném schválení nejen hlavní a vrchní sestrou ale také primářem dětského oddělení, byla spolupráce s celým oddělením i v kvalitativním šetření nad očekávání úžasná. K nepříjemnosti došlo při navrácení dotazníků z nemocnice Strakonice, ale nakonec i tyto dotazníky mohly být zařazeny do šetření. Celkem se tedy kvantitativního šetření zúčastnilo 188 sester, 96 sester pracujících na dětském oddělení a 92 anesteziologických sester (tabulka 2).

Skutečnost, že mezi dotazovanými v kvantitativním šetření byli jen 3 muži (tabulka 3), kteří byli ze souboru anesteziologických sester, mě příliš nepřekvapila. Již v bakalářské práci jsem zjistila, že na dětském oddělení pracují jen ženy a tato skutečnost se potvrdila i při šetření v diplomové práci. Zajímavé je, že v celém Jihočeském kraji na dětském oddělení pracují pouze ženy. Nabízí se otázka, proč na dětském oddělení nepracují muži. Je tomu tak i v jiných nemocnicích u nás i ve světě?

Dále byl zjišťován věk sester (tabulka 4). Nejvíce sester bylo ve věku 21 – 35 let (81), což nás překvapilo, očekávali jsme, že v tomto věku bude počet sester nižší vzhledem ke studiu, nebo mateřství sester.

Délka praxe sester ve zdravotnictví byla početně nejvíce zastoupená v kategorii déle než 25 let, kde bylo 54 sester (tabulka 5). Ve srovnání s délkou praxe sester na jednotlivých odděleních (tabulka 7) je patrné, že sestry během své celkové praxe ve zdravotnictví měnily oddělení.

Velmi důležité v dnešní době je vzdělání sester, které má určitě vliv na kvalitu poskytované péče a také má vliv na rozvoj pediatrie samotné (44). Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce sester bylo jich 152, má střední zdravotnickou školu (tabulka 6). Dále měly sestry absolvované různé druhy specializací. Celkem bylo 25 dětských a 62 anesteziologických sester, které měly specializaci (graf 1). Také jsme zjišťovali zda jsou sestry registrované (tabulka 8), aby mohly vykonávat svou práci bez odborného dohledu. Zjistili jsme, že 12 sester bylo neregistrovaných.

Jak uvádí ve své knize Novák (32), velmi mimořádnou pozornost si vyžaduje léčení dětí, které je nutné řešit operačním výkonem. Sestry by se tedy měly neustále zlepšovat nejen ve svých vědomostech, ale i schopnostech proto, aby mohly dětem alespoň trochu již tak těžkou situaci ulehčit. Pozitivním zjištěním je, že většina sester (81) projevuje bližší zájem o celou problematiku péče o dítě v operačním období a druhá většina (78) sester se o problematiku zajímá alespoň částečně (tabulka 9).

Stejně jako Novák (32), Valenta (52), tak i Zemanová (58) se zmiňují o rozdílech v péči nejen mezi dítětem a dospělým, ale také jsou poměrně velké rozdíly

i u jednotlivých věkových skupin dětského věku. Ty jsou dány hlavně anatomickými a fyziologickými zvláštnostmi, které jsou charakteristické pro určité vývojové období dítěte. Většina sester tento fakt v šetření potvrdila (tabulka 10), domnívají se, že péče o dětského a dospělého pacienta není stejná, a s tím mohu jen plně souhlasit. Významné rozdíly také popisuje ve své knize Ryšavá (38), která se zaměřila na zvláštnosti anesteziologie u dětí. Dětský pacient a každé věkové období ve vývoji člověka je tak charakteristické a specifické, že si dle mého názoru vyžaduje speciální přístup.

Připravit dítě na výkon je samozřejmě velmi složitá situace a celá příprava by měla začít již v domácím prostředí společně s dětským praktickým lékařem nebo zařízením, kam dítě na operaci půjde. 170 sester souhlasilo s tím, že je nutné dítě na výkon předem připravit, samozřejmě je důležité přihlédnout k věku a individualitě dítěte, tak jak to některé sestry popisovaly (tabulka 11). A jak také uvádí ve své knize Vacušková, nebo Leifer (50, 21), nutné je připravit nejen dítě, ale i rodiče. Jsem ráda, že výsledky vyšly podobně jako ve výzkumu, který byl prováděn na Slovensku a je velmi pěkně popsán v článku samotné autorky (35).

Stejně tak jako děti v jednotlivých vývojových obdobích vnímají různě samotnou hospitalizaci (21), tak děti odlišně vnímají i operační období (44), s tím souhlasí skoro všechny dotazované sestry (tabulka 12). V grafu 2 jsou pak sjednoceny některé aspekty, které vnímání operačního období u dítěte mohou ovlivnit. Samozřejmě největší zastoupení měl věk dítěte, ale také předchozí zkušenosti dítěte.

Dalším důležitým aspektem je přítomnost rodičů při převozu a předávání dítěte na sál. Ideálem by byla přítomnost rodičů při úvodu dítěte do anestézie a při probuzení, jak uvádí ve své knize Vacušková (50). S tím jsem se zatím ještě nesetkala, ale myslím si, že by to pro stav dítěte mělo velmi pozitivní vliv, samozřejmě s přihlédnutím k individualitě jednotlivých dětí. Z výsledků vyplynulo, že více jak polovina sester umožňuje, aby rodiče byly přítomni při předávání dítěte na sál. Velké množství sester (56) také umožňuje přítomnost rodičů jen v některých případech, což je pozitivní, protože sestry vnímají individualitu dětí a jejich rodičů (tabulka 13).

Přestože zkušenosti sester s přítomností rodičů při předávání dítěte na sál jsou skoro v polovině případů pozitivní (tabulka 14), tak třetina sester má negativní

zkušenosti s touto situací. Pozitivní zkušenosti sester souvisely s tím, že dítě je klidnější, ale nejen dítě i rodiče (graf 3). Negativní zkušenosti sester souvisely s pláčem a neklidem dítěte (graf 4). Sestry popisovaly, že dítě je neklidné, je ve větším stresu a nechce se s rodiči rozloučit. Velkým negativem bylo, že někdy plakaly i rodiče, a to se domnívám, že se odrazilo i na chování dítěte.

Většina sester se domnívá, že přítomnost rodičů v této situaci je pro dítě prospěšná (tabulka 15), stejně jako Šamánková (44) a spousta dalších autorů (21, 50).

Dětský věk je také velmi specifický co se týče komunikace s dětmi. Velmi pěkně a prakticky to popisuje Pilát v kapitole knihy Péče o kriticky nemocné dítě (7). Významu dodržování určitých pravidel při komunikaci s dětmi jsou si vědomy skoro všechny dotazované sestry (170). Tento výsledek považuji za velmi pozitivní, když vezmu v úvahu, že anesteziologické sestry se převážně orientují na dospělé pacienty.

Spolupráce všech oborů je v péči o pacienta nejen dětského, ale i dospělého velmi důležitá. Ve svém článku Mezioborová spolupráce sester na operačním sále Páleníková a Prosecká (34) zdůrazňují spolupráci všech oborů, s čímž plně souhlasím. V článku se autorky soustředí spíše na spolupráci anesteziologických sester a sester instrumentárek, ale neopomíjí ani důležitost spolupráce sester při předávání pacienta z lůžkové části a naopak. Stejný názor sdílí i dotazované sestry v našem šetření, které se bez jedné domnívají, že dětská a anesteziologická sestra by spolu měly spolupracovat (tabulka 17). Pomocí kontingenční tabulky u této otázky jsme zjistili, že jedna sestra, která se domnívá, že by sestry neměly spolu spolupracovat, je z anesteziologického oddělení, jinak všechny ostatní sestry se shodují na potřebě spolupráce (tabulka 33). Zda spolu sestry opravdu spolupracují, a to konkrétně v jednotlivých obdobích jsme se snažily také zjistit. Z výsledků vyšlo, že v předoperačním období (tabulka 18) spolupracuje více jak polovina sester (122), podobné výsledky vyšly i v intraoperačním (tabulka 19) a pooperačním období (tabulka 20), kdy spolupracuje kolem poloviny sester. Největší počet spolupracujících sester byl zaznamenán právě v předoperačním období, kde se i poměry odpovědí dětských a anesteziologických sester celkem vyrovnávají (tabulka 34). Oproti intraoperačnímu období, kde o nepatrně více

spolupracují dětské sestry (tabulka 36), naopak v pooperačním období, kdy zase o něco více spolupracují anesteziologické sestry (tabulka 38).

Zajímalo nás také, jaké jsou důvody sester pro spolupráci či nespoleupráci mezi nimi. Výsledky z předoperačního období shrnuje graf 5. Z odpovědí vyplynulo, že nejčastěji se anesteziologické a dětské sestry zajímají o informaci, kdy přivést dítě na sál, dětské sestry dále uváděly, že předávají anesteziologické sestře informace o dítěti. Sestry, které uvedly, že spolu nespoleupracují (graf 6), se domnívají, že veškeré informace, které potřebují, najdou v dokumentaci, a že toto období je převážně záležitostí dětské sestry. S nimi tedy nemohu souhlasit, protože se domnívám, že dokumentace mi o dítěti, hlavně jeho individuálních potřebách a charakteristikách neřekne vůbec nic. Také si myslím, že kdyby dítě (podle věku) znalo anesteziologickou sestru již před operací, na sále by se necítilo tolik samo a mezi neznámými lidmi.

V intraoperačním období si sestry nejčastěji předávají informace o tom, kdy si má dětská sestra pro dítě přijet na sál a současně si sdělí i informace o dítěti po probuzení (graf 7). Důvody ne spolupráce sester v tomto období byly vysvětlovány tím, že dítě spí, je v péči operačního personálu a celé toto období je záležitostí spíše anesteziologické sestry, proto spolupráce není nutná (graf 8). Ani s tím nemohu souhlasit, mému přesvědčení spíše odpovídá graf 7.

V pooperačním období (graf 9) si sestry nejčastěji předávají komplexní informace o stavu dítěte po operaci, nebo z dospávacího pokoje. Také si předávají i informace o psychických pocitech a potřebách dítěte, ale jen málo sester se věnuje těmto informacím. Například v této oblasti bych očekávala větší spolupráci. Pro nespoleupráci v tomto období sestry opět volily nejčastěji důvody dostatečných informací v dokumentaci a následně, že toto období je záležitostí pouze dětské sestry (graf 10).

Na podkladě zjištěných výsledků můžeme říci, že **Hypotéza 1: Anesteziologické sestry a sestry pracující na dětském oddělení spolu spolupracují v předoperačním období byla potvrzena** a **Hypotéza 2: Anesteziologické sestry a sestry pracující na dětském oddělení spolu spolupracují v pooperačním období byla také potvrzena.**

Spolupráce sester bezesporu ovlivňuje mnoho lidí, činností i situací kolem. Zajímalo nás zda přináší nějaká pozitiva či negativa konkrétně pro dítě, pro anesteziologickou sestru a pro dětskou sestru. Překvapivě sestry spíše nevěděly, zda spolupráce může těmto třem osobám přinést nějaká pozitiva, ale také ve velmi podobném počtu sestry volily, že spolupráce sester opravdu pozitiva přináší (tabulka 21,22,23). Sestry považovaly spolupráci za pozitivní přínos pro dítě, je klidnější, má menší strach a lépe spolupracuje (graf 11). Pozitiva, která plynou ze spolupráce sester pro anesteziologickou sestru, jsou jednoznačná, jak sestry uváděly. Sestra dostane více informací o dítěti a také se s dítětem lépe seznámí (graf 12). I dětské sestře se dostane více informací o dítěti, hlavně o období operačním, zná pooperační průběh a může být pak následně i lepší pooperační péče (graf 13).

V další části jsme zjišťovali, zda spolupráce přináší nějaká negativa pro dítě anesteziologickou a dětskou sestru (tabulka 24,25,26). Převážně se sestry domnívají, že spolupráce sester nepřináší žádná negativa ani pro dítě, ani pro sestry. Jen jedna anesteziologická sestra byla opačného názoru, ale neuvedla důvod svého tvrzení (tabulka 24). Jedna dětská sestra, která se také domnívá, že spolupráce se negativně projeví u anesteziologické sestry, a to zdržením celého operačního týmu (tabulka 25). Osobně si myslím, že spolupráce má být průběžná, třeba i po telefonické domluvě, takže ke zdržení operačního týmu by nemělo dojít už jen proto, že předané informace o dítěti jsou většinou prospěšné pro celý operační tým a pro hladký průběh celé operace, což je cílem všech.

To, že je spolupráce sester velmi důležitá a má i určitá pozitiva je zřejmé. O zlepšení dosavadní spolupráce mezi sestrami jsme se také zajímali a zjistili jsme, že zájem mají celé 3/4 dotazovaných, ale 1/4 zájem o zlepšení spolupráce nemá (tabulka 27). Nemyslím si, ale že pokud některé sestry nechtějí spolupráci zlepšit, že by to bylo projevem čistého nezájmu sester. U některých může být spolupráce na tak dobré úrovni, že další zlepšení již opravdu není nutné. Blíže jsme chtěli zjistit, zda jsou názory na zlepšení spolupráce sester odlišné u dětských a anesteziologických sester (tabulka 40). Celkem mě překvapilo, že o zlepšení spolupráce mají, i když s nepatrným rozdílem, větší zájem spíše anesteziologické sestry než dětské sestry. Osobně jsem předpokládala,

že jednoznačně bude větší zájem na straně dětských sester, protože předpokládám, že mají „větší starost o dítě“, o to, jak to celé období zvládne. Na druhou stranu, jsem zjistila, že vlastně dětská sestra je ta, která dítě více „zná“ a již tedy nepotřebuje tolik informací, a anesteziologická sestra je ta, která nemá o dítěti mimo dokumentace žádné informace, a tak se snaží nějaké získat. Došla jsem ale k závěru, že pro dítě je období operace často něco nového a také reaguje odlišně, nečekaně. Ať už sestra dítě zná více či méně, spolupráce by měla být na obou stranách vyrovnaná, vzhledem k individualitě dětí a náročnosti celého období.

Na podkladě získaných výsledků lze předpokládat, že: **Hypotéza 3 Anesteziologické sestry mají zájem o zlepšení spolupráce se sestrami pracujícími na dětském oddělení se potvrdila** a **Hypotéza 4 Sestry pracující na dětském oddělení mají zájem o zlepšení spolupráce s anesteziologickými sestrami se také potvrdila.**

Období operace je zastřeno stále mnoha tajemstvími a nejasnostmi a pacienti mají mnoho i celkem jednoduchých otázek, třeba kde se nachází sál, jak vypadá a jak se tam dostanou. Pokud otázky nemá dítě, protože je malé, má je maminka, která se o celý průběh zajímá, protože pokud je klidná ona, bývá klidnější i dítě. O fungování této edukace, která zatím probíhá u plánovaných operací a u dospělých pacientů píše Chmelíková a Šilhartová (13) ve svém článku. Hovoří o této edukaci jako o rozhovoru mezi sestrou a pacientem, kdy sestra pacienta seznámí s prostory sálu a co se kdy a kde bude s pacientem dít. Zajímalo nás zda by podobnou formu edukace sestry uvítaly i u dětí, samozřejmě s přihlédnutím k věku, ale sestry o tento typ edukace ve větší míře zájem nemají (tabulka 28). Dále jsme zjistili, že obdobná edukace dětí dle většiny odpovědí sester na dětském oddělení nefunguje. Doufám, že je to jen otázka času, kdy se něco podobného rozvine i na dětských odděleních, domnívám se, že by jim to alespoň trochu usnadnilo celé období.

Dokumentace má své nezastupitelné místo ve shromažďování informací o pacientovi, a to nejen lékařských, ale i ošetrovatelských dat. Z výzkumu vyplynulo, že ošetrovatelská dokumentace se na operačním sále u dítěte nevypisuje (tabulka 30). Osobně se domnívám, že i zde by měla mít sestra prostor pro záznam svých pozorování

z ošetřovatelského procesu. Z vlastní zkušenosti vím, že dokumentace je již tak dost plná různých dokumentů a že sestry si na přemíru papírů v dokumentaci stěžují a velmi negativně přijímají další nové a nové, ale myslím si, že ještě nějaké to místo by se určitě našlo. Zda má dětská sestra k této dokumentaci přístup jsme se ptali a hlavně z důvodu, pokud by taková dokumentace existovala. Vzhledem k tomu, že se tato dokumentace nevyписuje, většina sester tedy odpověděla, že dokumentace není k dispozici (tabulka 31).

Komunikace je bezesporu mezi sestrami velmi důležitá a nezbytná a z šetření vyplynulo, že anesteziologické a dětské sestry spolu převážně hovoří telefonicky, nebo také telefonicky a osobně (tabulka 32). Myslím si, že telefonický rozhovor je většinou nejschůdnější pro často velkou vzdálenost dětských oddělení od operačních sálů.

Pro získání dat ke kvalitativnímu šetření byl vytvořen pozorovací arch, který byl rozdělen do 3 oddílů pro sledování potřeb dětí v předoperačním, intraoperačním a pooperačním období. Potřeby byly posuzovány dle Maslowa a jeho pyramidy potřeb (Příloha 2). Pro výzkum byly vybírány děti, které šly na plánovanou operaci. V době šetření nastoupily na oddělení k plánované operaci děti v nízkém věku, proto jsou s nimi hospitalizovány i jejich maminky. Mělo nastoupit jedno dítě ve starším věku bez maminky, ale nakonec se k příjmu toto dítě nedostavilo. Nejdříve jsem maminky požádala o povolení k provedení pozorování dětí, které bylo anonymní, a všechny maminky na tuto skutečnost byly upozorněny. Všechny maminky s pozorováním souhlasily a byly velmi vstřícné a ochotné. Také samy maminky projevovaly zájem, názory a připomínky. V době šetření nebyla k operaci hlášena ani žádná dívka, takže pozorování byli jen chlapi. Proto nemůže dojít k závěrečnému srovnání podle pohlaví pozorovaných dětí. Dvě děti byly na oddělení přijaty den před operací, kasuistika je u nich zpracována na tři období a tři děti přišly až v den operace, jejich kasuistiky jsou zpracovány na dvě období, kde v prvním období jsou shrnuty informace z předoperačního a operačního dne po rozhovorech s maminkami a následném pozorování. Dále byly provedeny rozhovory s dětskými a anesteziologickými sestrami, které byly následně zpracovány pro přehlednost do tabulek. Celé kvalitativní šetření

probíhalo na dětském oddělení a na operačních sálech Nemocnice České Budějovice a.s., kde jsem byla velmi mile překvapena vstřícností a milou spoluprací všech sester jak na dětském oddělení, tak i na operačních sálech, a za to jim velmi děkuji.

Fendrychová ve své knize uvádí (7), že rodiče a dítě je nutné léčit jako celek. Ze svých zkušeností s tím plně souhlasím ať už jde o dítě malé nebo starší. Všech 5 dětí, jak už bylo řečeno, bylo přijato na oddělení společně s maminkami. O výhodách společné hospitalizace jsem se přesvědčila již při mém šetření v bakalářské práci, kde nejen rodiče, ale i sestry uvedly, že dávají raději přednost společné hospitalizaci dítěte s rodičem než návštěvám. Celé problematice se věnuje Nadační fond a Sdružení Klíček. Jak dětem usnadnit pobyt v nemocnici, například s pomocí herního terapeuta je popsáno v jejich článku (17). V našem šetření se přesně potvrdilo, jak je důležité spolupracovat s rodiči a že při společné hospitalizaci se dítě cítí lépe, je klidnější, spolupracuje, hraje si a usmívá se, protože jeho maminka je na blízku. V souvislosti s touto problematikou velmi často slyšíme pojem zdravotní klaun (25). V době mého pozorování měly děti možnost takové klauny vidět. Většině dětem se setkání s klauny velmi líbilo, ale ti nejmenší se spíše bály a jen z dálky pozorovaly činnost klaunů a radost ostatních dětí.

Leifer (21) a Fendrychová, která v knize Vacuškové (50) uvádí, jak je velmi důležité dítě i rodiče seznámit s prostory a chodem oddělení, jsem zjistila, že maminky sice s oddělením seznámeny byly, ale velmi povrchně a s chodem oddělení již vůbec ne. Některé maminky nevěděly například, kde najdou čaj pro děti, nebo vůbec jaký je obvyklý režim dne na oddělení. To osobně pokládám za negativum, protože seznámit dítě nebo maminku s oddělením pokládám za základ dobré a společné spolupráce a předejde se tak nepříjemnostem, které mohou nastat. Jinak prostředí oddělení bylo vhodně zařízené s hernou, maminkám s dětmi byla zajištěna intimita na pokojích.

V den operace byly všechny děti od půlnoci nalačno, celkem nebyl větší problém, jen jeden chlapeček byl zvyklý v noci pít, ale protože nemohl, proplakal dle maminky celou noc. Seznámení s průběhem dalších činností pokládám za velmi důležité, protože dojde ke snížení úzkosti a strachu, jak se o tom zmiňuje Fendrychová v knize Vacuškové (50). Ale z pozorování vyplynulo, že maminky ani děti nebyly

seznámeny s dalším postupem, nebo jen částečně. Při přepravě dítěte na sál bylo pozitivní, že maminky šly vždy s dětmi. Překvapující bylo, že jsme na sál šli přes venkovní prostory, protože stávající stavební uspořádání to jinak neumožňuje. Ale v nejbližší době by se tyto podmínky díky stavbě nové budovy měly změnit. Dětem to ale viditelně nijak nevadilo, byly rády, že maminky jsou s nimi. Jak jsem se již zmínila, ideálem by bylo, kdyby maminky mohly být při usnání a probuzení dítěte, jak to uvádí Vacušková (50), ale zatím se to u nás nepraktikuje. Výhodné je, že maminky mohou, alespoň dítě doprovodit na sál.

V další fázi na sále jsem byla velmi mile překvapena přístupem anesteziologických sester a tím, že jsou na sále na děti připravené – dětská postýlka, hračky, přístup k dětem. Dosud jsem ze své praxe měla zkušenosti jen s předáním dítěte na sál. Co se děje dál, jsem nevěděla. Z důvodu přesunu dětí přes venkovní prostory se dětem dává dle ordinace lékaře premedikace až na předsálí, děti to trochu rozrušilo. Jistě by bylo vhodnější, kdyby premedikaci (cípek) mohla podat maminka, ale děti se nakonec zklidnily, a to díky přístupu sester, které děti chovaly, utěšovaly a neustále s dětmi někdo komunikoval. Starší děti si mohly vybrat, zda budou nafukovat balónek (inhalační úvod do anestézie), nebo dostanou kanylku do žilky. Děti se k mému překvapení převlékaly z pyžama až po té, co usnuly po premedikaci, nebo až na operačním stole se zajištěním maximální intimity. Stejně byly i oblékány. Při mém pozorování jsem měla možnost setkat se s případem, kdy 4letá holčička byla přinesena v náručí sestry úplně nahatá již z místnosti, kde se předávají pacienti (tato holčička nebyla součástí výzkumu). Byl to šok nejen pro mě, ale hlavně pro ni, velmi plakala a třásla se zimou. Holčička nepřicházela z dětského, ale z dospělého oddělení, kde je zřejmě tohle klasický postup. Nevyděsilo to jen mě, ale také anesteziologickou sestru. Holčičku jsme se snažily všemi možnými způsoby nejen zahřát, ale hlavně utiшит, zaujaly jsme jí knížkou a vyprávěním, na chvíli se zklidnila, ale po skončení knížky se opět rozplakala. Operační průběh byl nakonec u všech dětí klidný, i u téhle holčičky, ale domnívám se, že tato zkušenost zanechá na holčičce velké stopy. Ze sálu pak byly děti převáženy sanitkou, kde je doprovázela k tomu určená anesteziologická sestra, která dítě předala na oddělení dětské sestře.

Po probuzení byly děti individuálně klidné i neklidné, domnívala jsem se, že děti které budou před operací klidné, budou mít i klidný pooperační průběh, ale nebylo tomu tak. U Kryštůfka jsem předpokládala velmi klidný pooperační průběh, protože před operací neplakal, komunikoval a spolupracoval, ale již na předsáli po operaci byl velmi neklidný.

Po operaci se o děti staraly maminky, snažily se děti všemi způsoby zabavit a odvést jejich pozornost od počínající bolesti. Po překonání několika hodin, kdy se děti již mohly napít dle pokynů sestry, se děti celkem zklidnily.

Ke každému dítěti byly provedeny následně dva rozhovory - jeden s anesteziologickou a jeden s dětskou sestrou, byly rozděleny na období před operací a po operaci. Předávání informací o dítěti před operací u sester probíhá nejčastěji telefonicky (tabulka 42) a po operaci spíše osobním kontaktem se sestrou, která dítě ze sálu veze (tabulka 51).

Jak jsem se již zmiňovala, Chmelíková a Šilhartová (13) popisují edukaci pacientů na sále v předoperačním období. V šetření sestry uváděly, že dítě je seznamováno s prostory sálu přímo na sále před operací (tabulka 43).

Je velmi důležité seznámit děti nebo jejich rodiče s činnostmi, které budou následovat. Dětské sestry v předoperačním období nejčastěji informují maminky a je pak na nich, jak seznámí své dítě s následujícím dnem. Anesteziologické sestry, protože se s dítětem setkají až na sále, informují nejčastěji děti dle jejich věku (tabulka 44). V pooperačním období je u dětských sester informování stejné jako před operací a anesteziologické sestry s následujícími činnostmi pacienty neseznamují (tabulka 52).

Dětské sestry se snaží zjišťovat individuální charakteristiky dítěte v průběhu předoperačního období, kdy mají možnost dítě sledovat a pozorovat. Anesteziologické sestry tuto možnost nemají, a tak je jejich sledování omezeno na období, kdy je jim dítě předáno na sál (tabulka 45). I Vlachová v knize Sedlářové (39) zdůrazňuje individuální přístup k dětskému pacientovi, zkušenosti mé i jiných sester to jen potvrzují. V pooperačním období je to u dětských sester obdobné a anesteziologické sestry tyto informace nezjišťují (tabulka 53).

Pro společný kontakt dětské, anesteziologické sestry a dítěte před operací by dětské sestry i souhlasily, ale neví, kdy by se to mělo časově zvládnout, a anesteziologické sestry spíše nesouhlasí, také z důvodu nedostatku času (tabulka 46). Po operaci se sestry hromadně shodly, že tento kontakt by na dítě neměl výraznější vliv (tabulka 54).

Pozitivní je, že sestry komunikaci mezi sebou pokládají za pozitivní nejen v předoperačním, ale i v pooperačním období (tabulka 47, 55).

Před operací si sestry nejčastěji předávají informace ve fázi, kdy zjišťují, kdy mají dítě přivést na sál (tabulka 48). Po operaci si dětské sestry předávají informace ve fázi předávání dítěte ze sálu na oddělení a anesteziologické sestry převážně s dětskými sestrami nekomunikují, jen někdy telefonicky. Je to zřejmě z toho důvodu, že dítě předávají sestře ze sanitky a ta pak předá dítě na oddělení (tabulka 56).

Zda mají předané informace vliv na uspokojení potřeb dítěte v předoperačním a pooperačním období, se sestry jednoznačně shodly. Domnívají se, že jimi předané informace mohou ovlivnit uspokojení potřeb dítěte (tabulka 49,57).

Také se sestry domnívají, že i kvalita jejich spolupráce může ovlivnit (zkvalitnit, ulehčit) dítěti předoperační i pooperační období, a to z důvodu, že mají více informací o dítěti (tabulka 50, 57).

Z výsledků můžeme na Výzkumnou otázku 1: Jak ovlivňuje spolupráce anesteziologické sestry a sestry pracující na dětském oddělení uspokojení potřeb v předoperačním období u dítěte odpovědět. Pokud je spolupráce sester a předání informací před operací kvalitní a v dostatečné míře, mohou být potřeby dítěte uspokojeny na velmi dobré úrovni. Na Výzkumnou otázku 2: Jak ovlivňuje spolupráce anesteziologické sestry a sestry pracující na dětském oddělení uspokojení potřeb v pooperačním období u dítěte můžeme také odpovědět. Stejně jako před operací velmi záleží na množství a kvalitě předaných informací o dítěti, následně jsou pak podle toho uspokojeny i potřeby dítěte, protože sestry ví, co jednotlivé dítě vyžaduje.

6 Závěr

Už od narození se každý člověk setkává s různými zdravotnickými zařízeními a zdravotnickým personálem, ať už při preventivních prohlídkách, nebo v nemoci. Pokaždé u člověka tato situace vyvolá většinou negativní reakce, strach, obavy, úzkost. Musí se člověk, ať už dítě, nebo dospělý, vyrovnávat s řadou více či méně nepříjemných věcí, kterými je například nemoc, bolest, ztráta soukromí, odloučení od svých blízkých, kamarádů. Hlavně u dětí je velmi citlivě vnímáno odloučení od rodičů, pobyt v neznámém prostředí a kontakt s neznámými, pro dítě cizími lidmi. A tyto situace nevnímají negativně jen ty nejmenší děti, ale i ty větší. Pokládají se sice již za dospělé, ale hluboko uvnitř jsou ještě tím malým dítětem, které se trochu bojí. A ti všichni potřebují obrovskou péči a podporu v tak náročné situaci, kterou operace bezesporu je. V období operace je potřeba spolupráce celého multidisciplinárního týmu a v největším kontaktu s dítětem jsou sestry, proto v péči o dítě záleží především také na jejich spolupráci.

Cílem práce bylo zmapovat činnost a spolupráci anesteziologických sester a sester pracujících na dětském oddělení. Dalším cílem práce bylo zjistit, jak spolupráce anesteziologické sestry a sestry pracující na dětském oddělení ovlivňuje uspokojení potřeb v předoperačním a pooperačním období u dítěte.

V kvantitativní části byly stanoveny čtyři hypotézy. Hypotéza 1: Anesteziologické sestry a sestry pracující na dětském oddělení spolu spolupracují v předoperačním období - byla potvrzena. Hypotéza 2: Anesteziologické sestry a sestry pracující na dětském oddělení spolu spolupracují v pooperačním období - se potvrdila. Hypotéza 3: Anesteziologické sestry mají zájem o zlepšení spolupráce se sestrami pracujícími na dětském oddělení - se potvrdila a hypotéza 4: Sestry pracující na dětském oddělení mají zájem o zlepšení spolupráce s anesteziologickými sestrami - se také potvrdila. V druhé kvalitativní části byly stanoveny dvě výzkumné otázky: První - Jak ovlivňuje spolupráce anesteziologické sestry a sestry pracující na dětském oddělení uspokojení potřeb v předoperačním období u dítěte, druhá - Jak ovlivňuje spolupráce anesteziologické sestry a sestry pracující na dětském oddělení uspokojení potřeb

v pooperačním období u dítěte. Obě výzkumné otázky byly zodpovězeny. Anesteziologické a dětské sestry se domnívají, že spolupráce má vliv na uspokojení potřeb dítěte před operací a po operaci. Cíl práce byl splněn.

Výsledky šetření mohou být využity dětskými i anesteziologickými sestrami, nebo dalšími zájemci o danou problematiku, pro poskytování lepší a kvalitnější péče v tomto období. Celá práce by mohla být podnětem k provedení dalších podrobnějších výzkumů, které by přispěly ke zkvalitnění péče, ale i třeba usnadnění práce ve zdravotnických zařízeních.

7 Seznam literatury a použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada, 2005. 188s. ISBN 80-247-1197-4.
2. COOK, P. *Supporting Sick Children and their Families*. 1. vydání. Edinburg: Baillière Tindall, 1999. 269 s. ISBN 07020 22071.
3. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika II*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2004. 160s. ISBN 80-7333-028-8.
4. DUDA, M. a kol. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vydání. Praha: Grada, 2000. 392s. ISBN 80-7169-642-0.
5. DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha: Grada, 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9.
6. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2006. 212s. ISBN 80-8063-227-8.
7. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. a kol. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2005. 414s. ISBN 80-7013-427-5.
8. HEMINGWAY, P. et al. Pre-operative hair removal to reduce surgical site infection. *Best Practice*. [online]. 2007, vol. 11, no. 4 [cit. 2009-12-14], s.1-4. Dostupné z < http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/BPISEng_11_4.pdf >.

9. HLADÍK, M. *Dětské lékařství pro studenty ošetrovatelství*. 1. vydání. Opava: Slezská univerzita v Opavě, filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2008. 224s. ISBN 978-80-7248-472-0.
10. HLAVÁČKOVÁ, E., BENDOVÁ, M. Zvládání pooperační bolesti u dětí. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 10, s. 8-9. ISSN 1210-0404.
11. HRABOVSKÝ, J. a kol. *Chirurgie pro zdravotnické školy*. 2. vydání. Praha: Eurolex Bohemia, 2006. 444s. ISBN 80-86861-49-X.
12. HRODEK, O., VAVŘINEC, J. a kol. *Pediatric*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 767s. ISBN 80-7262-178-5.
13. CHMELÍKOVÁ, J., ŠILHARTOVÁ, V. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 62. ISSN 1210-0404.
14. KALOUSOVÁ, J. a kol. Bolest u dětí: hodnocení a některé způsoby léčby. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: 2008, roč. 9, č. 1, s. 7 - 11. ISSN 1213-0494.
15. KASAL, E. a kol. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 197s. ISBN 80-246-0556-2.
16. KLÍMA, J. a kol. *Pediatric*. 1. vydání. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 320s. ISBN 80-86432-38-6.
17. KRÁLOVCOVI, M. a J. Když jde dítě do nemocnice. *Porozumění: příloha časopisu Florence*. Praha: 2008, roč. 1, č. 2, s. 4-7. ISSN 1801-464X.

18. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2006, 368s. ISBN 80-247-1284-9.
19. LARSEN, R. *Anestezie*. Přel. J. Drábková a kol., 2. vydání. Praha: Grada, 2004. 1392s. Přel. z: *Anästhesie*. ISBN 80-247-0476-5.
20. LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L. a kol. *Preklinická pediatrie*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. 248s. ISBN 978-80-7262-438-6.
21. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Přel. O. Flégr, 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 988s. Přel. z: Thompson's *Introduction to Maternity and Pediatric Nursing*. ISBN 80-247-0668-7.
22. MAREŠ, J. a kol. *Dítě a bolest*. 1. vydání. Praha: Grada, 1997. 320s. ISBN 80-7169-267-0.
23. MASARIKOVÁ, R. *Dítě a bolest*. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 9, s. 36-38. ISSN 1210-0404.
24. MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. 4. vydání. Praha: Portál, 2007. 108s. ISBN 978-80-7367-272-0.
25. MELÍŠKOVÁ, D. *Smích v nemocnici? Ano!* *Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č. 1, s. 51-52. ISSN 1210-0404.
26. MIHÁL, V. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie III*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2001. 201 s. ISBN 80-244-0339-0.
27. MICHÁLEK, J. a kol. *Pediatrická propedeutika, vybrané kapitoly*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 160s. ISBN 978-80-210-4695-5.

28. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče I.* 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 248s. ISBN 80-247-1442-6.
29. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče II.* 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 172s. ISBN 80-247-1443-4.
30. MIXA, V. Komplexní pohled na perioperační analgézií dítěte – Guidelines 2008. In *Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti 2008.* Praha: Galén, 2008. s. 52-59. ISBN 978-80-7262-589-5.
31. NICHOLLS, A., WILSON, I. *Perioperační medicína.* Přel. I. Suchardová. 1. vydání. Praha: Galén, 2006. 370s. Přel. z: Perioperative medicine: Managing surgical patients with medical problems. ISBN 80-7262-320-6.
32. NOVÁK, I. a kol. *Intenzivní péče v pediatrii.* 1. vydání. Praha: Galén; Praha: Karolinum, 2008. 579s. ISBN 978-80-7262-512-3.
33. PACHL, J., ROUBÍK, K. a kol. *Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých i dětí.* 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 374s. ISBN 80-246-0479-5.
34. PÁLENÍKOVÁ, K., PROSECKÁ, M. Mezioborová spolupráce sester na operačním sále. *Sestra.* Praha: 2010, roč. 20, č. 2, s. 41-42. ISSN 1210-0404.
35. RAPČÍKOVÁ, T. Význam uspokojovania potreby bezpečia a istoty u hospitalizovaných dětí. *Florence.* Praha: 2008, roč. 4, č. 3, s. 118-119. ISSN 1801-464X.

36. ROBERTSON-MALT S. et al. Preoperative fasting for preventing perioperative complications in children. *Best Practice*. [online]. 2008, vol. 12, no. 1 [cit. 2009-05-18], s.1-4. Dostupné z <http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/BP_Book_Vol12_1.pdf>.
37. ROKYTA, R. a kol. *Bolest a jak s ní zacházet, Učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 176s. ISBN 978-80-247-3012-7.
38. RYŠAVÁ, M. *Základy anesteziologie a resuscitace u dětí*. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2006. 234s. ISBN 80-7013-400-3.
39. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 248s. ISBN 978-80-247-1613-8.
40. SKALICKÁ, H. a kol. *Předoperační vyšetření – návody pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1079-2.
41. STAŇKOVÁ M. a kol. *Základy ošetřování nemocných*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 145s. ISBN 80-246-0845-6.
42. STOŽICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K. a kol. *Základy dětského lékařství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. 359s. ISBN 80-246-1067-1.
43. STOŽICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K. *Nemoci dětského věku*. 3. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 296s. ISBN 80-246-0711-5.
44. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. 353s. ISBN 80-246-1091-4.

45. ŠNAJDOUF, J., CVACHOVEC, K., TRČ, T. a kol. *Dětská traumatologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 180s. ISBN 80-7262-152-1.
46. ŠNAJDOUF, J., ŠKÁBA, R. a kol. *Dětská chirurgie*. 1. vydání. Praha: Galén; Praha: Karolinum, 2005. 395s. ISBN 80-7262-329-X.
47. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace, Komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. 136s. ISBN 978-80-7262-599-4.
48. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vydání, Brno: NCO NZO, 2005. 186s. ISBN 80-7013-324-4.
49. TRNĚNÁ, D. Příprava pacienta k operaci před nástupem do nemocnice. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 12, s. 34. ISSN 1210-0404.
50. VACUŠKOVÁ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii 1. část*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2009. 225s. ISBN 978-80-7013-491-7.
51. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. – Dětství a dospívání*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
52. VALENTA, J. a kol. *Základy chirurgie*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. 277s. ISBN 978-80-7262-403-4.
53. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2007. 136s. ISBN 80-7040-813-8.

54. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8.
55. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál, 2003. 400s. ISBN 80-7178-740-X.
56. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5.
57. ZEMAN, M. a kol. *Chirurgická propedeutika*. 2. vydání. Praha: Grada, 2003. 524s. ISBN 80-7169-705-2.
58. ZEMANOVÁ, J. *Základy anesteziologie – 1. část*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2002. 149s. ISBN 80-7013-374-0.

8 Klíčová slova

Dítě

Sestra

Operace

Spolupráce




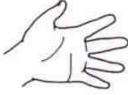






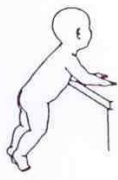

Péče











9 Přílohy

9.1 Seznam příloh

- Příloha 1 Psychomotorický vývoj
- Příloha 2 Maslowova pyramida potřeb
- Příloha 3 Vývojové změny od kojeneckého až do dospívajícího období
- Příloha 4 Velikosti tracheálních rourek
- Příloha 5 Laryngoskopy
- Příloha 6 Manžety k tonometru
- Příloha 7 Hodnoty P a TK v jednotlivých věkových obdobích
- Příloha 8 Hodnoty D v jednotlivých věkových obdobích
- Příloha 9 Porovnání dýchacích cest dítěte a dospělého
- Příloha 10 Prořezávání trvalého chrupu
- Příloha 11 ASA rizika
- Příloha 12 Příprava dítěte na bolestivý výkon
- Příloha 13 Porovnání vnímání bolesti u dítěte a dospělého
- Příloha 14 Schématická mapa bolesti
- Příloha 15 Škála hodnocení bolesti pomocí obličejů
- Příloha 16 Diagnostické posuvné měřítko
- Příloha 17 Dotazník pro sestry pracující na dětském oddělení
- Příloha 18 Dotazník pro anesteziologické sestry
- Příloha 19 Pozorovací arch
- Příloha 20 Otázky pro dětské a anesteziologické sestry

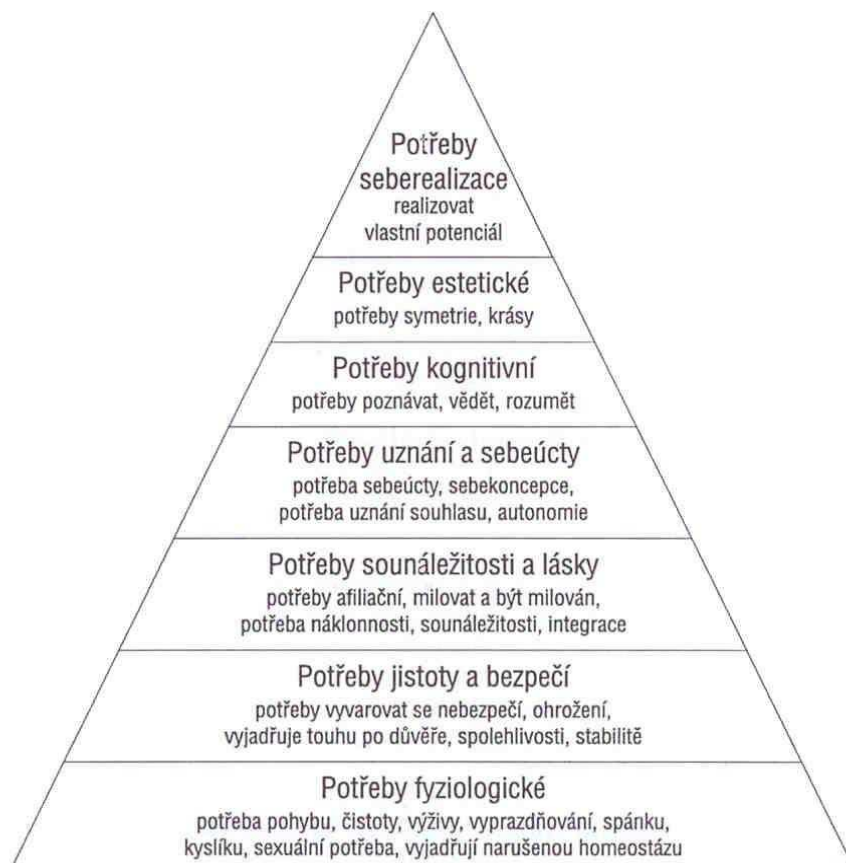
Příloha 1 Psychomotorický vývoj

	Pohyblivost	Uchopování	Percepce
1 měsíc	 <p>Zdvihá bradu.</p>	 <p>Ruce s prsty sevřenými v pěst. Prsty se pohybují bez záměrné koordinace.</p>	Je schopné se soustředit na zřetelně kontrastní zavěšenou hračku.
2 měsíce	 <p>Zdvihá horní polovinu trupu. Zdvihá se pomocí vlastních paží.</p>	 <p>Ruce většinou s rozevřenými prsty.</p>	Selektivně reaguje na vzorce, barvy. Napodobuje výrazy. Soustředí se na sebe. Dává přednost zrakovému zkoumání známých předmětů.
4 měsíce	 <p>Překulí se z vlastní vůle z polohy na zádech.</p>	 <p>Prsty natahuje po předmětech visících nad ním, přičemž do předmětu prsty naráží.</p>	Vnímá rozdíly ve výrazu tváře.
5 měsíců	 <p>Dokáže chvíli samostatně sedět.</p>	 <p>Uchopí hračku tak, že ji stiskne.</p>	
6 měsíců	 <p>Pevně sedí a opírá se o ruce.</p>	 <p>Uchopuje věci tak, že palec je při úchopu postavený proti prstům.</p>	Rozlišuje mezi známými a neznámými tvářemi.
8 měsíců	 <p>Sedí s oporou. Postaví se s přidržováním.</p>	 <p>Uchopuje předměty pomocí palce a ukazováčku, aniž by je svíralo dlaní. Dokáže předmět přendat z jedné ruky do druhé.</p>	Rozlišuje mezi šťastným a vystrašeným výrazem ve tváři.

	Pohyblivost	Uchopování	Percepce
9 měsíců	 <p>Leze.</p>	 <p>Používá prst ke zkoumání předmětu, který vidí očima. Je vyvinuta koordinace ruka – ústa.</p>	Bojí se cizích lidí. Vnímá samo sebe jako bytost odlišnou od rodičů.
10 měsíců	 <p>Kráčí, pokud jej jiná osoba vede.</p>	 <p>Dokáže si hrát jen s jednou hračkou najednou.</p>	Vrchol separační úzkosti.
11 měsíců	 <p>Samostatně stojí a dokáže si ze stoje sednout.</p>	 <p>Uchopuje drobné předměty pinzetovým úchopem.</p>	
12 měsíců	 <p>Ujde tři kroky.</p>	 <p>Ruka je vedena myslí určitým směrem. Cílevědomost je slabá, avšak dítě dokáže hračku umístit do krabice.</p>	„Cilově korigované partnerství“ umožňuje dítěti chytat se rodičů, protože předvidá, že zůstane s cizím člověkem.
15 měsíců	 <p>Vyjde s podporou schody.</p>	 <p>Mysl zcela ovládá ruce. Dokáže umístit kulatý předmět do kulatého otvoru.</p>	

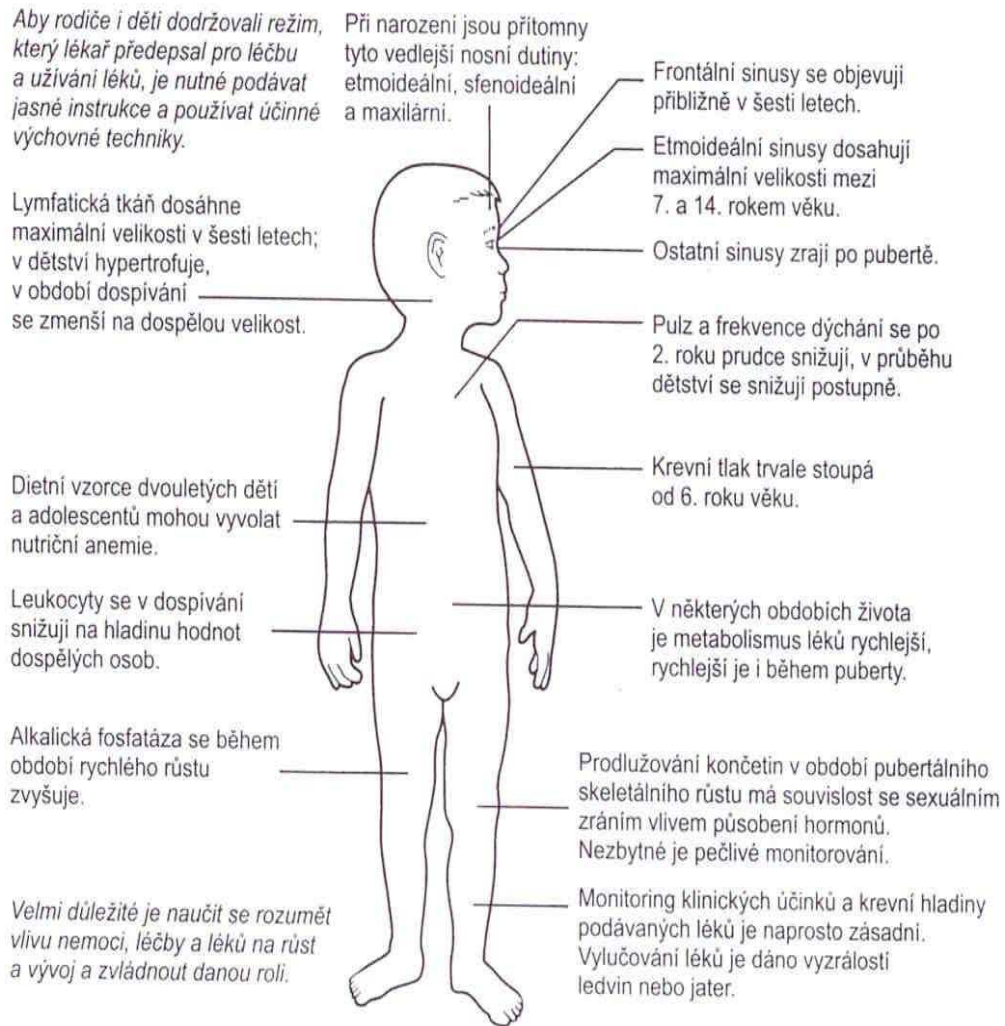
Zdroj: LEIFER, G. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství (21)

Příloha 2 Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: TRACHTOVÁ, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu (48)

Příloha 3 Vývojové změny od kojeneckého až do dospívajícího období



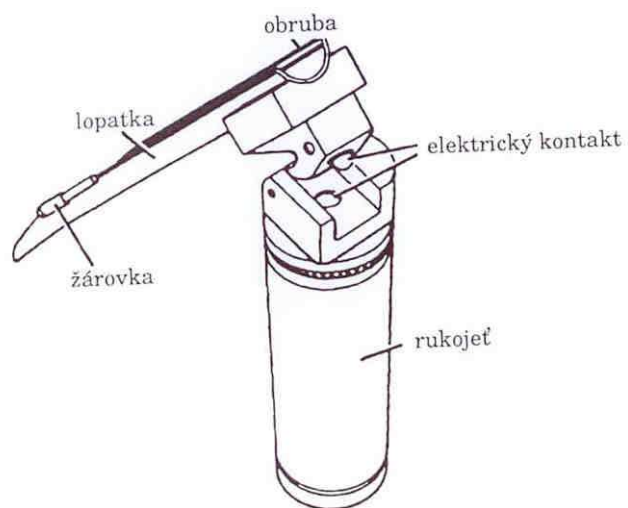
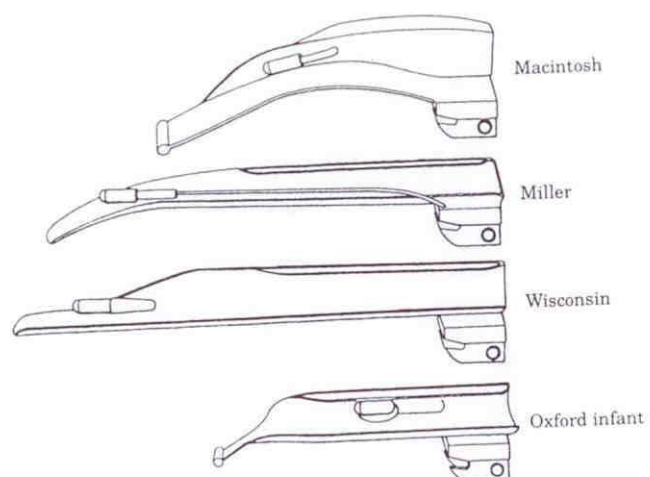
Zdroj: LEIFER, G. Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství (21)

Příloha 4 Velikosti tracheálních rourek

Tracheální rourky				
průměr (v mm)		délka (cm)		věk
vnitřní	zevní	oral	nasal	
				novorozenci
2,5	3,4	7,5	9	0,7 - 1 kg
2,5	3,4	8,0	9,5	1,1 - 1,5 kg
3,0	4,2	8,5	10,0	1,6 - 2,0 kg
3,0	4,2	9,0	10,5	2,1 - 2,5 kg
3,0	4,2	9,5	11,0	2,6 - 3,0 kg
3,0	4,2	10,5	13,0	3,1
3,5	4,8	11,0	14,0	0,3 měsíce
4,0	5,4	12,0	15,0	3-6 měsíců
4,5	6,2	12,5	15,5	6-12 měsíců
5,0	6,8	13,0	16,0	2 roky
5,0	6,8	13,5	16,5	3 roky
5,5	7,4	14,0	17,0	4 roky
5,5	7,4	14,5	17,5	5 roků
6,0	8,2	15,0	18,0	6 roků
6,0	8,2	15,5	18,5	7 roků
6,5	8,8	16,0	19,0	8 roků
6,5	8,8	16,5	19,5	9 roků
7,0	9,6	17,0	20,0	10 roků
7,0	9,6	17,5	20,5	11 roků
7,5	10,2	18,0	21,0	12 roků
7,5	10,2	18,5	21,5	13 roků
8,0	11,0	21,0	24,0	14 roků
8,0	11,0	21,0	24,0	15 roků
7,5	10,2	21,0	24,0	dospělé ženy
8,0	11,0	21,0	24,0	
8,5	11,6	22,0	25,0	dospělí muži
9,0	12,2	22,0	25,0	
9,5	13,0	23,0	26,0	

Zdroj: RYŠAVÁ, M. Základy anesteziologie a resuscitace u dětí (38)

Příloha 5 Laryngoskopy



Zdroj: RYŠAVÁ, M. Základy anesteziologie a resuscitace u dětí (38)

Příloha 6 Manžety k tonometru

věk dítěte	šíře (cm)	délka (cm)
novorozenec	2,5	10,0
3 měs. - 1 rok	4,0	12,5
1-3 roky	5,0	15,0
3-6 let	7,5	15,0
7 let a výše	10,0	17,5

Zdroj: RYŠAVÁ, M. Základy anesteziologie a resuscitace u dětí (38)

Příloha 7 Hodnoty P a TK v jednotlivých věkových obdobích

věk	SF:/min.	TK: mmHg
nedonošený nov.	140	systola 40-60
zralý novorozenec	140	75/50
1-6 měs.		80/50
6-12 měs.	120	90/65
12-24 měs.		95/65
2-6 let	100	100/60
6-12 let	80	110/60

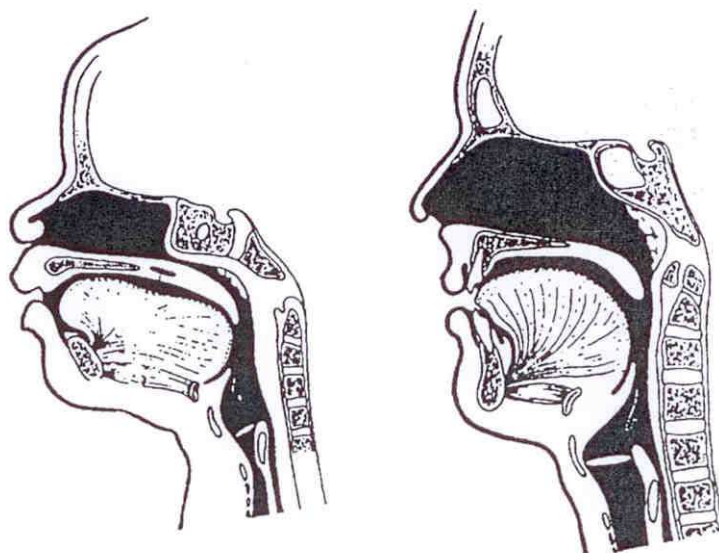
Zdroj: RYŠAVÁ, M. Základy anesteziologie a resuscitace u dětí (38)

Příloha 8 Hodnoty D v jednotlivých věkových obdobích

nedonošené dítě	55 - 65 dechů/min.
novorozenec v termínu	35 - 45
1. měsíc	25 - 30
6. měsíc	20 - 25
1. - 2. rok	20 - 25
2. - 3. rok	15 - 20
4. - 6. rok	15 - 20
6. - 8. rok	12 - 20
8. - 12. rok	12 - 20
12. - 14 rok	10 - 14

Zdroj: RYŠAVÁ, M. Základy anesteziologie a resuscitace u dětí (38)

Příloha 9 Porovnání dýchacích cest dítěte a dospělého



Srovnání anatomie horních cest dýchacích

	normální stav	edém 1 mm	resistence	průsvit
dítě			↑ 16 x	↓ 75 %
dospělý			↑ 3 x	↓ 44%

Vzájemné vztahy při edému dýchacích cest u dětí a dospělých

Zdroj: RYŠAVÁ, M. Základy anesteziologie a resuscitace u dětí (38)

Příloha 10 Prořezávání trvalého chrupu

	Horní	Dolní
1. řezák	7–8	6–7
2. řezák	8–9	7–8
špičák	11–12	9–11
1. třenový	10–11	10–12
2. třenový	10–12	11–13
1. stolička	6–7	6–7
2. stolička	12–13	12–13
3. stolička	17–22	17–22

Zdroj: STOŽICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K. Nemoci dětského věku (43)

Příloha 11 ASA rizika

Klasifikace celkového fyzického stavu před anestezií podle ASA

(ASA – American Society of Anesthesiologists)

Stanovení operačního rizika:

ASA I – zdravý K/P bez patologického klinického a laboratorního nálezu. Chorobný proces, pro který je operován, je lokalizovaný a nezpůsobuje systémovou poruchu.

ASA II – mírně až středně závažné systémové onemocnění, pro které je K/P operován. Případně je vyvolané jiným patofyziologickým procesem beze změn výkonnosti a funkce orgánů (obezita, lehká forma ICHS, anemie atd.).

ASA III – závažné systémové onemocnění jakékoli etiologie, omezující aktivitu K/P a výkonnost a funkci orgánů (stav po IM, závažná forma DM, srdeční selhání atd.).

ASA IV – závažné, život ohrožující systémové onemocnění, které není vždy operací řešitelné (srdeční dekompenzace, pokročilá forma plicní, ledvinné, jaterní, endokrino-logické nedostatečnosti, ileus, peritonitis atd.).

ASA V – K/P, u něhož je operace poslední možností záchrany života.

Pro akutní výkony klasifikace ASA je doplněna písmenem E (z anglického *emergency*), čímž se vyjadřuje, že klinický stav K/P je horší než odpovídající stupeň klasifikace ASA – riziko je 1,6–2x vyšší.

Rozdělení K/P do skupin podle míry operačního rizika:

- **K/P s malým operačním rizikem** – mladí zdraví jedinci bez průvodního systémového onemocnění,
- **K/P se středním operačním rizikem** – riziko operace se zvyšuje se stoupajícím věkem, infekcí, špatným stavem výživy,
- **K/P s vysokým operačním rizikem** – pacienti s projevy systémového onemocnění nebo s onemocněním několika orgánů.

Zdroj: MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. Kapitoly z ošetrovatelské péče II (29)

Příloha 12 Příprava dítěte na bolestivý výkon



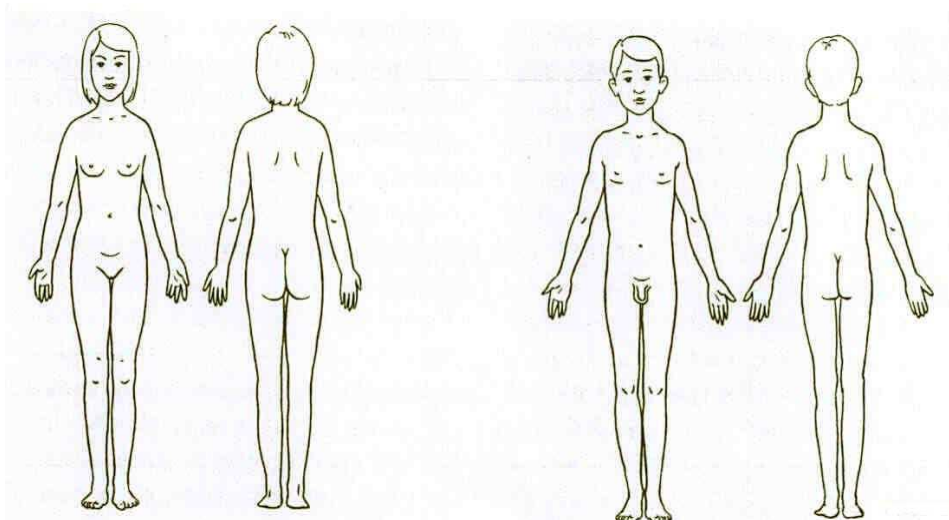
Zdroj: MAREŠ, J. Dítě a bolest (22)

Příloha 13 Porovnání vnímání bolesti u dítěte a dospělého

bolest u dospělého	bolest u dítěte
je univerzální zkušeností	je dílčí, epizodickou zkušeností
<i>je provázána negativními emocemi</i>	<i>je provázána negativními emocemi</i>
přichází k lékaři sám	dítě bývá k lékaři přiváděno
odhadne možnou příčinu bolesti	často není schopno odhadnout příčinu své bolesti
<i>dokáže bolest lokalizovat</i>	<i>zpravidla dokáže bolest lokalizovat</i>
<i>dokáže zhodnotit její intenzitu</i>	<i>při použití vhodné metody dokáže popsat intenzitu své bolesti</i>
dokáže popsat její kvalitu	má obtíže s vyjádřením kvality prožívané bolesti
dokáže popsat její časový průběh	má obtíže s popsáním jejího časového průběhu
dokáže popsat její ovlivnitelnost	má obtíže s popsáním její ovlivnitelnosti
je schopen pochopit lékařovo vysvětlení bolesti	často nechápe lékařovo vysvětlení bolesti
umí se na připravit na bolest	potřebuje vnější pomoc při přípravě na bolest
nepotřebuje výraznou sociální oporu	potřebuje výraznou sociální oporu
akceptuje i bolestivé výkony	brání se bolestivým výkonům
má širší repertoár zvládnání zátěžových situací	má úzký repertoár zvládnání zátěžových situací
dokáže spolupracovat	ne vždy dobře spolupracuje
může odmítnout výkon	nikdo se ho neptá
personál se více kontroluje	personál se méně kontroluje
dokáže si stěžovat	netroufne si stěžovat
předpokládá se, že cítí bolest	ne vždy se předpokládá, že cítí bolest
bolest bývá dostatečně tlumena	bolest nebývá vždy dostatečně tlumena

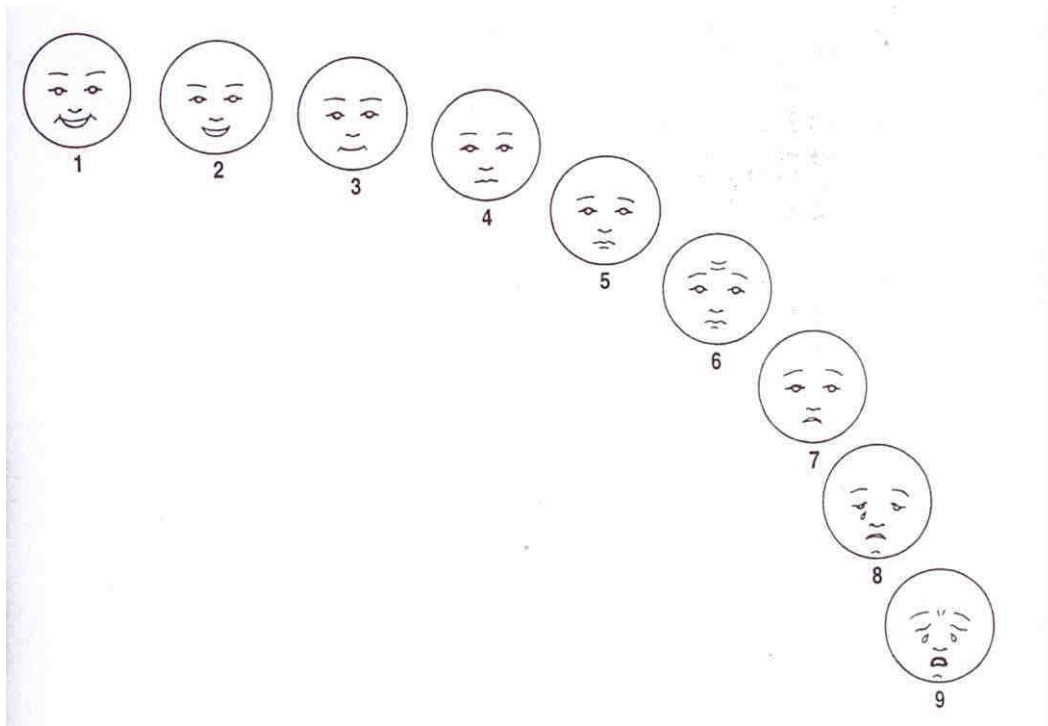
Zdroj: MAREŠ, J. Dítě a bolest (22)

Příloha 14 Schématická mapa bolesti



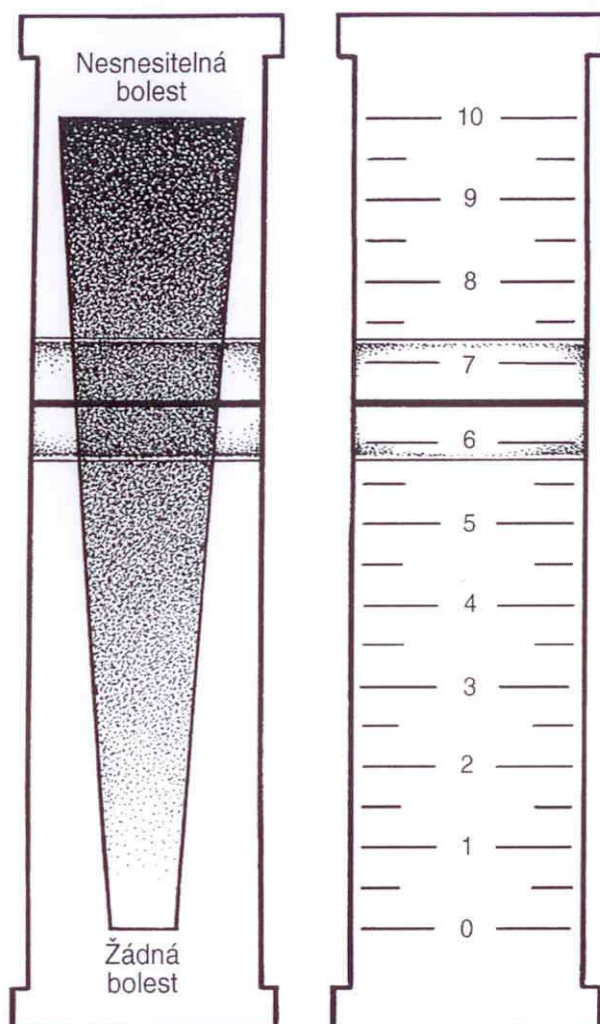
Zdroj: LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L. a kol. Preklinická pediatrie
(20)

Příloha 15 Škála hodnocení bolesti pomocí obličejů



Zdroj: MAREŠ, J. Dítě a bolest (22)

Příloha 16 Diagnostické posuvné měřítko



Zdroj: MAREŠ, J. Dítě a bolest (22)

Příloha 17 Dotazník pro sestry pracující na dětském oddělení

DOTAZNÍK PRO SESTRY PRACUJÍCÍ NA DĚTSKÉM ODDĚLENÍ

Vážená/ý kolegyně/kolego, ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma: Spolupráce sestry pracující na dětském oddělení s anesteziologickou sestrou v péči o dětského pacienta v předoperačním, intraoperačním a pooperačním období. Výsledky a analýza tohoto dotazníku budou součástí diplomové práce. Tento výzkum je anonymní.

Předem děkuji za spolupráci. Bc. Lucie Žáková studentka ZSF JCU, 2. ročník OSN, skodovaL@quick.cz

1. Osobní údaje:

- muž
 žena

2. Věkové kategorie :

- 21 - 35 let
 36 - 50 let
 nad 50 let

3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- 5 let a méně
 6 – 15 let
 16 – 25 let
 déle než 25 let

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- střední zdravotnická škola
 vyšší zdravotnická škola
 VŠ - bakalářské studium
 VŠ - magisterské studium

5. Máte absolvovanou nějakou specializaci? (prosím vypište jakou)

.....
.....

6. Jak dlouho pracujete na dětském oddělení?

- 5 let a méně
 6 – 15 let
 16 – 25 let
 déle než 25 let

7. Jste registrovaná/ý?

- ano
 ne

8. Zajímáte se blíže o problematiku péče o dítě v období před operací, v době operace a po operaci?

- ano
- ne
- nevím
- částečně ano

9. Domníváte se, že péče o dospělého pacienta a dětského pacienta v období operace je stejná?

- ano
- ne
- nevím
- jen v některých aspektech (prosím doplňte).....

10. Domníváte se, že je nutné:

- dítě na výkon předem připravit? (pokud dítě ví, co se s ním bude dít, lépe situaci snáší.)
- dítě na výkon předem nepřipravovat? (pokud dítě neví, co se s ním bude dít, alespoň se nebojí a netrpí strachem a úzkostí.)
- jiné (váš názor).....

11. Myslíte si, že jsou u dětí ve vnímání operačního období nějaké rozdíly?

- ano (pokud ano, zaškrtněte možnosti – možné zaškrtnout i více odpovědí)
 - dle věku dítěte
 - dle pohlaví dítěte
 - dle předoperační přípravy
 - dle rodinného prostředí
 - dle předchozí zkušenosti
 - dle fyzického stavu
 - dle psychického stavu
 - dle přítomnosti rodičů
 - dle působení personálu na dítě
 - dle vlivu prostředí
 - jiné

- ne
- nevím

12. Umožňujete při prevozu dítěte na sál přítomnost rodičů?

- ano
- jen v některých případech
- ne
- nevím

13. Jaké jsou vaše zkušenosti s přítomností rodičů při předávání dítěte na sál ?

- pozitivní (prosím doplňte jaké)
-
- negativní (prosím doplňte jaké)
-
- nevím, nezajímám se o to
- nevím, nemám s tím zkušenost
- pozitivní i negativní (dle individuality dítěte)

14. Domníváte se, že při předávání dítěte na sál je pro dítě přínosnější když je přítomen jeden z rodičů než když je dítě samo?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

15. Domníváte se, že je důležité při komunikaci s dětmi dodržovat určitá specifická pravidla?

- ano
- ne
- nevím

16. Domníváte se, že by spolu měly dětská a anesteziologická sestra spolupracovat?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

17. Spolupracujete při péči o dětského pacienta, který přichází na operaci s anesteziologickou sestrou v předoperačním období?

- ano (pokud ano, zaškrtněte možnosti-možné zaškrtnout i více odpovědí)
- předám anesteziologické s. informace o dětském pacientovi, které v dokumentaci nenajde (jak reaguje na injekce,...)
- anesteziologická s. dítěti popíše význam a průběh usnutí a operace a seznámí dítě s operačním sálem
- anesteziologická s. se seznámí s dětským pacientem
- anesteziologická s. mi v den operace sdělí, kdy máme podat premedikaci
- anesteziologická s. mi sdělí, kdy máme přijet na sál

- vlastní názor.....
.....
- ne (pokud ne, zaškrtněte možnosti-možné zaškrtnout i více odpovědí)
- protože vše potřebné napíše pediatr a anesteziolog do dokumentace
 - protože informace si může předat anesteziolog s anesteziologickou sestrou
 - protože předoperační péče je jen záležitostí dětské sestry
 - vlastní názor.....
.....
- nevím

18. Spolupracujete při péči o dětského pacienta, který přichází na operaci s anesteziologickou sestrou v intraoperačním období?

- ano (pokud ano, zaškrtněte možnosti-možné zaškrtnout i více odpovědí)
- anesteziologická s. mi sdělí stav dětského pacienta bezprostředně po probuzení
 - anesteziologická s. mi volá, kdy si máme pro dítě přijet
 - anesteziologická s. mi sdělí případné pomůcky navíc, které je potřeba vzít s sebou k prevozu dítěte ze sálu
 - vlastní názor.....
.....
- ne (pokud ne, zaškrtněte možnosti-možné zaškrtnout i více odpovědí)
- protože dítě spí a je v péči personálu operačního sálu
 - protože péče je u všech pacientů stejná
 - protože toto období je záležitostí jen anesteziologické sestry
 - vlastní názor.....
.....
- nevím

19. Spolupracujete při péči o dětského pacienta, který přichází na operaci s anesteziologickou sestrou v pooperačním období?

- ano (pokud ano, zaškrtněte možnosti-možné zaškrtnout i více odpovědí)
- anesteziologická s. mi předá informace o dítěti v období operace
 - anesteziologická s. mi předá informace o tom, jaký byl stav dítěte po 2 hodinách po operaci na dšpávacím

- pokoji
- anesteziologická s. mi předá informace o tom, na co se dětský pacient ptal, koho hledal, co potřeboval, jeho psychické pocity
- vlastní názor.....
-

- ne (pokud ne, zaškrtněte možnosti-možné zaškrtnout i více odpovědí)
- vše důležité je v dokumentaci
- pooperační péče je jen záležitostí dětské sestry
- vlastní názor.....
-
- nevím

20. Domníváte se, že spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou přináší pro dítě nějaká pozitiva?

- ano (pokud ano, prosím vypište jaká)
-
- ne
- nevím

21. Domníváte se, že spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou přináší pro anesteziologickou sestru nějaká pozitiva?

- ano (pokud ano, prosím vypište jaká)
-
- ne
- nevím

22. Domníváte se, že spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou přináší pro dětskou sestru nějaká pozitiva?

- ano (pokud ano, prosím vypište jaká)
-
- ne
- nevím

23. Domníváte se, že spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou přináší pro dítě nějaká negativa?

- ano (pokud ano, prosím vypište jaká)
-
- ne
- nevím

24. Domníváte se, že spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou přináší pro anesteziologickou sestru nějaká negativa?

- ano (pokud ano, prosím vypište jaká)
-
- ne
- nevím

25. Domníváte se, že spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou přináší pro dětskou sestru nějaká negativa?

- ano (pokud ano, prosím vypište jaká)
-
- ne
- nevím

26. Máte zájem o zlepšení spolupráce s anesteziologickou sestrou?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

27. Přivítala byste, pokud by anesteziologická sestra docházela za dětmi před operací na oddělení a seznámila je s problematikou usnutí a operace (dle věku), případně jim zodpověděla jejich dotazy?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

28. Funguje tento typ edukace dětí anesteziologickou sestrou na Vašem oddělení?

- ano
- ne
- nevím

29. Vypisuje anesteziologická sestra během operace u dítěte sesterskou dokumentaci?

- ano
- ne
- nevím

30. Máte k této dokumentaci přístup?

- ano
- ne
- nevím
- jen na vyžádání
- dokumentace není k dispozici (není vedena)

31. Jak komunikujete s anesteziologickou sestrou?

- pouze telefonicky
- převážně telefonicky
- pouze osobně
- převážně osobně
- telefonicky i osobně

Děkuji Vám za strávený čas nad tímto dotazníkem a přeji hezký den.

Zdroj: Vlastní

Příloha 18 Dotazník pro anesteziologické sestry

DOTAZNÍK PRO ANESTEZIOLOGICKÉ SESTRY

Vážená/ý kolegyně/kolego, ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma: Spolupráce sestry pracující na dětském oddělení s anesteziologickou sestrou v péči o dětského pacienta v předoperačním, intraoperačním a pooperačním období. Výsledky a analýza tohoto dotazníku budou součástí diplomové práce. Tento výzkum je anonymní.

Předem děkuji za spolupráci. Bc. Lucie Žáková studentka ZSF JCU, 2. ročník OSN, skodovaL@quick.cz

1. Osobní údaje:

- muž
 žena

2. Věkové kategorie :

- 21 - 35 let
 36 - 50 let
 nad 50 let

3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- 5 let a méně
 6 – 15 let
 16 – 25 let
 déle než 25 let

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- střední zdravotnická škola
 vyšší zdravotnická škola
 VŠ - bakalářské studium
 VŠ - magisterské studium

5. Máte absolvovanou nějakou specializaci? (prosím vypište jakou)

.....
.....

6. Jak dlouho pracujete na anesteziologickém oddělení?

- 5 let a méně
 6 – 15 let
 16 – 25 let
 déle než 25 let

7. Jste registrovaná/ý?

- ano
 ne

8. Zajímáte se blíže o problematiku péče o dítě v období před operací, v době operace a po operaci?

- ano
- ne
- nevím
- částečně ano

9. Domníváte se, že péče o dospělého pacienta a dětského pacienta v období operace je stejná?

- ano
- ne
- nevím
- jen v některých aspektech (prosím doplňte).....

10. Domníváte se, že je nutné:

- dítě na výkon předem připravit? (pokud dítě ví, co se s ním bude dít, lépe situaci snáší.)
- dítě na výkon předem nepřipravovat? (pokud dítě neví, co se s ním bude dít, alespoň se nebojí a netrpí strachem a úzkostí.)
- jiné (váš názor).....

11. Myslíte si, že jsou u dětí ve vnímání operačního období nějaké rozdíly?

- ano (pokud ano, zaškrtněte možnosti – možné zaškrtnout i více odpovědí)
 - dle věku dítěte
 - dle pohlaví dítěte
 - dle předoperační přípravy
 - dle rodinného prostředí
 - dle předchozí zkušenosti
 - dle fyzického stavu
 - dle psychického stavu
 - dle přítomnosti rodičů
 - dle působení personálu na dítě
 - dle vlivu prostředí
 - jiné

- ne
- nevím

12. Umožňujete při převozu dítěte na sál přítomnost rodičů?

- ano
- jen v některých případech
- ne

nevím

13. Jaké jsou vaše zkušenosti s přítomností rodičů při předávání dítěte na sál ?

pozitivní (prosím doplňte jaké)

negativní (prosím doplňte jaké)

- nevím, nezajímám se o to
 nevím, nemám s tím zkušenost
 pozitivní i negativní (dle individuality dítěte)

14. Domníváte se, že při předávání dítěte na sál je pro dítě přínosnější když je přítomen jeden z rodičů než když je dítě samo?

- ano
 spíše ano
 spíše ne
 ne

15. Domníváte se, že je důležité při komunikaci s dětmi dodržovat určitá specifická pravidla?

- ano
 ne
 nevím

16. Domníváte se, že by spolu měly anesteziologická a dětská sestra spolupracovat?

- ano
 spíše ano
 spíše ne
 ne

17. Spolupracujete při péči o dětského pacienta, který přichází na operaci s dětskou sestrou v předoperačním období?

- ano (pokud ano, zaškrtněte možnosti-možné zaškrtnout i více odpovědí)
- dětská s. mi podá informace o dětském pacientovi, které v dokumentaci nenajdu (jak reaguje na injekce,...)
 - popíši dítěti význam a průběh uspání a operace a seznámím dítě s operačním sálem
 - seznámím se s dětským pacientem
 - dětské s. v den operace sdělím dle ordinace lékaře kdy má podat premedikaci

- dětské s. sdělím kdy má přijet na sál
- vlastní názor.....
.....

- ne (pokud ne, zaškrtněte možnosti-možné zaškrtnout i více odpovědí)
 - protože vše potřebné napíše pediatr a anesteziolog do dokumentace
 - protože informace si mohou předat s anesteziologickým lékařem
 - protože předoperační péče je jen záležitostí dětské sestry
 - vlastní názor.....
.....
- nevím

18. Spolupracujete při péči o dětského pacienta, který přichází na operaci s dětskou sestrou v intraoperačním období?

- ano (pokud ano, zaškrtněte možnosti-možné zaškrtnout i více odpovědí)
 - dětské s. sdělím stav pacienta bezprostředně po probuzení
 - dětské s. nahlásím kdy si má pro pacienta přijet
 - dětské s. sdělím případné pomůcky navíc, které je potřeba vzít s sebou k převozu pacienta ze sálu
 - vlastní názor.....
.....
- ne (pokud ne, zaškrtněte možnosti-možné zaškrtnout i více odpovědí)
 - protože dítě spí a je v péči personálu operačního sálu
 - protože péče je u všech pacientů stejná
 - protože toto období je záležitostí jen anesteziologické sestry
 - vlastní názor.....
.....
- nevím

19. Spolupracujete při péči o dětského pacienta, který přichází na operaci s dětskou sestrou v pooperačním období?

- ano (pokud ano, zaškrtněte možnosti-možné zaškrtnout i více odpovědí)
 - dětské s. předám informace o pacientovi v období operace
 - dětské s. předám informace o tom jaký byl stav dítěte po 2 hodinách po operaci na dospávacím pokoji

dětské s. předám informace o tom na co se dětský pacient ptal, koho hledal, co potřeboval, jeho psychické pocity

vlastní názor.....
.....

ne (pokud ne, zaškrtněte možnosti-možné zaškrtnout i více odpovědí)

vše důležité je v dokumentaci

pooperační péče je jen záležitostí dětské sestry

vlastní názor.....
.....

nevím

20. Domníváte se, že spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou přináší pro dítě nějaká pozitiva?

ano (pokud ano, prosím vypište jaká)
.....

ne

nevím

21. Domníváte se, že spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou přináší pro anesteziologickou sestru nějaká pozitiva?

ano (pokud ano, prosím vypište jaká)
.....

ne

nevím

22. Domníváte se, že spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou přináší pro dětskou sestru nějaká pozitiva?

ano (pokud ano, prosím vypište jaká)
.....

ne

nevím

23. Domníváte se, že spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou přináší pro dítě nějaká negativa?

ano (pokud ano, prosím vypište jaká)
.....

ne

nevím

24. Domníváte se, že spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou přináší pro anesteziologickou sestru nějaká negativa?

ano (pokud ano, prosím vypište jaká)
.....

- ne
- nevím

25. Domníváte se, že spolupráce mezi dětskou a anesteziologickou sestrou přináší pro dětskou sestru nějaká negativa?

- ano (pokud ano, prosím vypište jaká)
-
- ne
- nevím

26. Máte zájem o zlepšení spolupráce s dětskou sestrou?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

27. Přivítala byste, pokud by anesteziologická sestra docházela za dětmi před operací na oddělení a seznámila je s problematikou uspaní a operace (dle věku), případně jim zodpověděla jejich dotazy?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

28. Funguje tento typ edukace dětí na Vašem oddělení?

- ano
- ne
- nevím

29. Vypisujete během operace u dítěte sesterskou dokumentaci?

- ano
- ne
- nevím

30. Má k této dokumentaci přístup dětská sestra?

- ano
- ne
- nevím
- jen na vyžádání
- dokumentace není k dispozici (není vedena)

31. Jak komunikujete s dětskou sestrou?

- pouze telefonicky
- převážně telefonicky
- pouze osobně
- převážně osobně
- telefonicky i osobně

Děkuji Vám za strávený čas nad tímto dotazníkem a přeji hezký den.

Zdroj: Vlastní

Příloha 19 Pozorovací arch

POZOROVACÍ ARCH

Číslo:

Pohlaví:

Věk:

Školní třída, kterou dítě navštěvuje:

Výkon:

Počet předešlých operací:

Pořadí nynější hospitalizace:

Přichází s doprovodem? ano ne

Společná hospitalizace s rodičem (doprovodem)? ano ne

Doprovod matka otec prarodič jiní.....

Jak si přeje být dítě oslovováno?.....

Byla provedena příprava dítěte na výkon? ano ne

Příprava byla provedena? doma od rodičů u PLDD v nemocnici při přijetí
 ne

1. příchod na oddělení, dítě je usměvavé plačtivé smutné zamračené
 úzkostné komunikující nekomunikující
 spolupracuje nespolupracuje

1. kontakt se spolupacienty na pokoji usměvavé plačtivé komunikující
 nekomunikující navazuje kontakt nenavazuje kontakt

Reakce při odchodu rodičů? usměvavé plačtivé smutné zamračené
 úzkostné hysterické

I. PŘED OPERACÍ

1. Potřeba výživy

Váha: Výška: BMI:

Hydratace: dostatečná nedostatečná

Tekutiny: Má dítě tekutiny k dispozici ano, má své pití z domova

ne, dítě nemá své pití z domova

ano, na oddělení je přístup k čaji

ne, na oddělení není přístup k čaji

odmítá tekutiny

Co nejraději pije?.....a kolik?.....

Kolik dítě vypije tekutin na oddělení? stejně jako doma méně více

Strava: Oblíbené jídlo?.....

Má dítě chuť k jídlu? ano ne

Má dítě alergii na potraviny? ano ne jaké.....

Má dítě nějaké potíže při jídle? ano ne jaké.....

Má dítě nějaké dietní omezení? ano ne jaké.....

Je dítě poučeno, že nemá pít a jíst od půl noci? ano ne

Bylo poučeno sestrou doprovodem a kdy.....Opakovaně ano ne

Zná dítě důvod lačnění? ano ne

Chrup mléčný trvalý

Je v době hospitalizace nějaký zub nestabilní (viklá se)? ano ne

2. Potřeba pohybu a aktivity

Hraje si dítě (provádí jiné aktivity) samo s ostatními dětmi s doprovodem
 nehraje si, nechce

Je na oddělení herna? ano ne Chybí dítěti pohyb (cvičení)? ano ne

3. Potřeba hygienické péče a čistoty

Je dítě čisté a umyté při příchodu na oddělení? ano ne

Má dítě umyté vlasy při příchodu na oddělení? ano ne

Má dítě ostříhané nehty při příchodu na oddělení? ano ne

Má dítě čisté oblečení při příchodu na oddělení? ano ne

Je u dítěte před operací provedena hygiena? ano ne

Kým.....

4. Potřeba udržování TT a oblékání

TT dítěte.....

Teplota v pokoji.....

Je dítěti v pokoji zima? ano ne horko? ano ne

teplota mu vyhovuje? ano ne

5. Potřeba spánku a odpočinku

Spalo dítě celou noc budilo se

Spí dítě přes den? ano ne

Má dítě před spaním nějaké rituály? ano ne

jaké.....

Kolik hodin v noci spalo?.....Cítí se odpočaté po spaní? ano ne

Odpočívá dítě přes den v lůžku? ano ne

Je u dítěte pozorován neklid před spaním (způsoben nervozitou před operací)? ano
 ne

Verbalizuje dítě potíže s usínáním z důvodu nervozity před operací? ano ne

6. Potřeba vyprazdňování

Močení: Má dítě nějaké potíže s vyprazdňováním moče? ano ne jaké.....

Stolice: Má dítě nějaké potíže s vyprazdňováním stolice? ano ne jaké.....

Jak často chodí na stolicí? pravidelné nepravidelné 1x denně 2x denně

jinak..... ob den

Potí se dítě přiměřeně k věku nadměrně málo

7. Potřeba dýchání

D.....

Má dítě nějaké potíže při dýchání? ano ne

Má dítě nějaké projevy onemocnění dýchacích cest? ano ne

8. Potřeba sexuální

Dívky: V době hospitalizace má dívka menstruaci? ano ne

Zná dívka a umí používat hygienické potřeby při menstruaci? ano ne

Má nějaké potíže při menstruaci? (bolesti, nevolnost, zvracení,...) ano ne

Je při vyšetřování dítěte, přípravě operačního pole, ... chráněna jeho intimita? ano
 ne

Respektuje sestra stud dítěte? ano ne

9. Potřeba bezpečí a jistoty

- Je dítě seznámeno s prostory oddělení? ano ne částečně
Je dítě seznámeno s denním režimem na oddělení? ano ne
Komunikuje dítě se sestrou? ano ne částečně (ostýchavě)
Jsou respektovány individuální potřeby dítěte? ano ne
Jak se sestra k dítěti chová? vstřícně, mile odmítavě, ignoruje jeho přání, potřeby neutrálně (ani mile, ani odmítavě)
Je dítě seznámeno s průběhem předoperační přípravy? ano ne
Jakým způsobem..... Kým.....
Je dítě seznámeno s průběhem operačního dne? ano ne
Kým.....Jak.....
Jsou odpovězeny dítěti jeho otázky? ano ne Kým.....
Kdy.....
Je dítě seznámeno s termínem anestézie a usnutí, je mu vysvětlen celý proces? ano ne
I po opakovaných dotazech ano ne
Má dítě strach? ano ne z čeho.....
Pomáhá sestra dítěti strach zvládnout? ano ne
jak.....
Má dítě bolest? ano ne Kde.....

10. Potřeba lásky a souznělosti

- Je s dítětem na oddělení přijat doprovod? ano ne
Ne: Přišli rodiče za dítětem na návštěvu? ano ne
Mají rodiče a dítě dostatek času na rozloučení? ano ne
Dítě při loučení pláče nedává nic znát smutné usmívá se
 nechce se rozloučit
Věnuje se sestra dítěti po odchodu rodičů, aby zlepšila jeho psychický stav? ano ne
Jak.....
Jak dítě reaguje na sestru? odmítavě vstřícně komunikuje
nekomunikuje

11. Potřeba uznání a sebeúcty

- Respektuje sestra individuální potřeby dítěte? ano ne jaké.....
Naslouchá sestra dítěti? ano ne
Posiluje sestra sebevědomí dítěte (chválením)? ano ne
Komunikuje sestra s dítětem dle jeho věku? ano ne
Chová se sestra k dítěti nadřazeně vnímavě

12. Potřeba seberealizace, sebeaktualizace

- Rozumí dítě verbálnímu vyjádření sestry? ano ne
Motivuje sestra pozitivně dítě? ano ne

II. V DOBĚ OPERACE

1. Potřeba výživy

- Je dítě od půlnoci nalačno? ano ne
Verbalizuje dítě, že má hlad? ano ne
Verbalizuje dítě, že má žízeň? ano ne

Kontroluje sestra dítě, zda neporušilo lačnění? ano ne jak.....

2. Potřeba pohybu a aktivity

Je dítě upozorněno, že po premedikaci již nesmí vstávat z lůžka? ano ne

Dodržuje dítě klid na lůžku po aplikaci premedikace? ano ne

Kontroluje dítě sestra? ano ne jak.....

3. Potřeba hygienické péče a čistoty

Je dítě čisté a umyté? ano ne

Je připraveno operační pole? ano ne

V jakém oblečení odjíždí dítě na sál?.....

4. Potřeba udržování TT a oblékání

TT dítěte.....

Jak je dítěti? teplo zima přiměřeně

Při převozu dítěte, je mu zima horko přiměřeně

Jak je dítěti při předávání na sále? zima horko přiměřeně chladněji

Jak je dítěti na sále? zima horko přiměřeně chladněji

5. Potřeba spánku a odpočinku

Spí dítě přes den, před operací? ano ne

Odpočívá dítě v lůžku před podáním premedikace? ano ne

6. Potřeba vyprazdňování

Mělo dítě stolici v den operace? ano ne

Močí dítě bez potíží? ano ne

Bylo dítě upozorněno na to, že se má dojit vymocit před premedikací? ano ne

Vymocilo se dítě před premedikací? ano ne

Potí se dítě nadměrně? ano ne

7. Potřeba dýchání

BEZPROSTŘEDNĚ PŘED OPERACÍ

V DOBĚ OPERACE (průměrně)

Počet dechů.....

.....

Dýchá dítě volně? ano ne

ano ne

Dýchá dítě pravidelně? ano ne

ano ne

Má dítě strach z inhalační masky? ano ne

Komunikuje sestra s dítětem aby strach minimalizovala? ano ne Jak.....

Potřeba sexuální

Je dítěti zajištěna jeho intimita v době převlékání pyžama? ano ne

Je dítěti zajištěna jeho intimita v době předávání dítěte na sál? ano ne

Kdy je dítě převlékáno?.....

Je dítěti zajištěna jeho intimita na sále? ano ne

Je dítěti zajištěna jeho intimita v době předávání dítěte ze sálu? ano ne

9. Potřeba bezpečí a jistoty

Je dítě seznámeno s prostory sálu? ano ne

Klade dítě otázky před usmáním? ano ne jaké.....

Je dítěti odpovězeno na jeho otázky před usmáním? ano ne

Komunikuje dítě se sestrou před usmáním? ano ne částečně (ostýchavě)

Komunikuje sestra s dítětem před usmáním? ano ne částečně (jen to co je nezbytně nutné)

Komunikuje sestra s dítětem dle jeho věku? ano ne
Jsou respektovány individuální potřeby dítěte před usmáním? ano ne
Jak se sestra k dítěti chová před usmáním? vstřícně, mile odmítavě, ignoruje jeho přání, potřeby neutrálně (ani mile, ani odmítavě)
Je dítě seznámeno s průběhem následujících činností? ano ne částečně
Verbalizuje dítě strach z bolesti? ano ne
Má dítě bolest? ano ne

10. Potřeba lásky a sounáležitosti

Je lékařem dovoleno doprovodit dítě na sál blízkou osobou? ano ne
Doprovází ho blízká osoba na sál (předsálí)? ano ne
Jak reaguje dítě při předávání na sál (přítomen doprovod)? pláče nedává nic znát smutné usmívá se nechce se rozloučit
Jak reaguje dítě při předávání na sál (nepřítomen doprovod)? pláče nedává nic znát smutné usmívá se nechce se rozloučit
Může mít dítě s sebou při převozu na sál oblíbenou hračku? ano ne
Jak dítě reaguje na sestru na operačním sále? odmítavě vstřícně komunikuje nekomunikuje pláče

11. Potřeba uznání a sebeúcty

Naslouchá sestra dítěti? ano ne
Posiluje sestra sebevědomí dítěte (chválením)? ano ne

12. Potřeba seberealizace, sebeaktualizace

Povzbuzuje dítě sestra k dodržování pokynů od sestry/lékaře? ano ne
Motivuje sestra pozitivně dítě k uzdravení? ano ne

III. PO OPERACI

1. Potřeba výživy

Má dítě po probuzení hlad? ano ne
Má dítě po probuzení žízeň? ano ne
Ví, že nesmí nic jíst ani pít? ano ne
Poučila sestra dítě, kdy se bude moci napít? ano ne maminku
A jak (po malých douškách)? ano ne
Toleruje dítě první příjem tekutin? ano ne

2. Potřeba pohybu a aktivity

Je dítě poučeno že nesmí po operaci samo vstát? ano ne
Je dítě po operaci neklidné? ano ne

3. Potřeba hygienické péče a čistoty

Má dítě čisté lůžko? ano ne
Má dítě čisté pyžamo? ano ne

4. Potřeba udržování TT a oblékání

TT dítěte.....

Při převozu je dítěti zima horko přiměřeně
Jak je dítěti na lůžku na pokoji? zima horko přiměřeně

5. Potřeba spánku a odpočinku

Pospává dítě po operaci? ano ne
Spí dítě po operaci klidně? ano ne

Je dítě klidné po probuzení? ano ne

6. Potřeba vyprazdňování

Mělo dítě stolici po operaci? ano ne

Vymočilo se dítě po operaci? ano ne Za kolik hodin po operaci?.....

Odpovídá množství moče, příjmu tekutin? ano ne

Dítě se potí málo hodně přiměřeně

7. Potřeba dýchání

Počet dechů.....

Dýchá dítě volně? ano ne

Dýchá dítě pravidelně? ano ne

Stěžuje si na potíže při dýchání? ano ne

Je dítě poučeno jak má chránit operační ránu při kašli a kýchání? ano ne kým...

8. Potřeba sexuální

Je dítěti zajištěna jeho intimita v době pooperační? ano ne

Je dítěti při kontrole rány odhalována jen nezbytná část těla? ano ne

9. Potřeba bezpečí a jistoty

Klade dítě otázky týkající se pooperační péče? ano ne

Je dítě seznámeno s průběhem pooperační péče? ano ne

Má dítě bolest? ano.... Jaká.....kde.....jak silně.....

Sleduje sestra všechny aspekty bolesti? ano ne

Po podání léků na bolest je dítě klidnější? ano ne

Sleduje sestra účinek podaných léků? ano ne

Používá sestra alternativní způsoby zvládnání bolesti? ano ne

Používá maminka alternativní způsoby zvládnání bolesti? ano ne
 ne

10. Potřeba lásky a sounáležitosti

Byla blízká osoba dítěte již na sále při předávání dítěte zpět na oddělení? ano ne

Je s dítětem na oddělení v pooperačním období blízká osoba? ano ne

11. Potřeba uznání a sebeúcty

Posiluje sestra sebevědomí dítěte (chválením)? ano ne

Chová se sestra k dítěti po operaci nadřazeně vnímavě

12. Potřeba seberealizace, sebeaktualizace

Motivuje sestra pozitivně dítě k uzdravení? ano ne

Verbalizuje dítě své plány a přání po ukončení léčby? ano ne

Zdroj: Vlastní

Příloha 20 Otázky pro dětské a anesteziologické sestry

ROZHOVOR – otázky pro sestry dětského a anesteziologického oddělení

Před operací:

1. Jakým způsobem a kdy si předáváte informace o dítěti, které jde na operaci?
2. Jakým způsobem a kdy seznamujete dítě s operačním sálem?
3. Jakým způsobem a kdy seznamujete dítě s činnostmi, které operace vyžaduje?
4. Jakým způsobem a kdy seznamujete dítě s problematikou usnutí?
5. Jak a kdy zjišťujete specifika a individuální potřeby konkrétního dítěte před operací?
6. Uvítaly byste společný kontakt s dítětem a sestrou den před operací?
7. Jak je důležitá pro Vás komunikace s dětskou/anesteziologickou sestrou v předoperačním období?
8. V jaké fázi předoperační péče se sestrou komunikujete a proč?
9. Domníváte se, že Vámi předané informace by mohly mít vliv na potřeby dítěte před operací a jaký?
10. Domníváte se, že Vaše spolupráce se sestrou může zkvalitnit a ulehčit dítěti celé předoperační období a operační den a jak?

Po operaci:

1. Jakým způsobem a kdy si předáváte informace o dítěti, které je bezprostředně po operaci?
2. Jakým způsobem a kdy seznamujete dítě s činnostmi, které vyžaduje pooperační období?
3. Jak a kdy zjišťujete specifika a individuální potřeby konkrétního dítěte po operaci?
4. Domníváte se, že by návštěva anesteziologické sestry den po operaci dítě nějakým způsobem ovlivnila (pozitivně, negativně)?
5. Jak je důležitá pro Vás komunikace s dětskou/anesteziologickou sestrou v pooperačním období?
6. V jaké fázi pooperační péče se sestrou komunikujete a proč?
7. Domníváte se, že Vámi předané informace by mohly mít vliv na potřeby dítěte po operaci a jaký?
8. Domníváte se, že Vaše spolupráce se sestrou může zkvalitnit a ulehčit dítěti pooperační období a jak?

Zdroj: Vlastní