



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Diplomová práce

# Strategie zvládnání strachu a bolesti u dětí v souvislosti s ošetrovatelskou péčí

Vypracovala: Bc. Zuzana Procházková  
Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

České Budějovice 2016

# Abstrakt

## Strategie zvládání strachu a bolesti u dětí v souvislosti s ošetrovatelskou péčí

Pro sestru pečující o dětské pacienty jsou důležité nejen znalosti z pediatrického ošetrovatelství, osobnostní a sociální předpoklady, ale i teoretické a praktické poznání metod a technik sloužících k identifikaci a efektivnímu ovlivňování nepříjemných pocitů hospitalizovaných dětí, mezi které patří zejména bolest a strach. Tyto prožitky mohou významně negativně ovlivnit proces léčby a navrácení zdraví, a proto je nezbytné, aby se sestra v této problematice orientovala a uměla získané poznatky využít ve prospěch dětského pacienta a úspěšného průběhu ošetrovatelského procesu.

Tato diplomová práce si kladla za cíl identifikovat základní zdroje strachu u hospitalizovaných dětí předškolního a mladšího školního věku a zjistit účinné metody a zásady spolupráce s dítětem, případně s jeho doprovodem za účelem zmírnění strachu u dětského pacienta. Dále pak zmapovat diagnostiku a hodnocení bolesti u dětí sestrami a předložit, jaké způsoby nefarmakologického tlumení bolesti u dětí jsou v souvislosti s ošetrovatelskou péčí nejčastěji využívány. K těmto cílům bylo stanoveno pět výzkumných otázek. V1: Jaké jsou základní zdroje strachu u hospitalizovaného dítěte? V2: Jaké jsou účinné metody ke zmírnění, resp. odstranění zdroje strachu u dětí? V3: Které zásady spolupráce mezi sestrou a dítětem, popř. doprovodem dítěte přispívají ke zmírnění dětského strachu? V4: Které metody sestry využívají k monitoraci bolesti u hospitalizovaného dítěte? V5: Jaké způsoby nefarmakologického tlumení bolesti v souvislosti s ošetrovatelskou péčí jsou u dětí nejčastěji používány?

Empirická část byla zpracována formou kvalitativní analýzy dat, pro jejich sběr byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru. První výzkumný soubor byl tvořen 12 sestrami, z nichž 6 pracuje na dětském lůžkovém oddělení Nemocnice Písek a dalších 6 na Klinice dětské chirurgie FN Motol v Praze. Druhý výzkumný soubor pak tvořilo 12 dětských pacientů, z nichž 6 bylo hospitalizováno na dětském lůžkovém oddělení Nemocnice Písek a dalších 6 na Klinice dětské chirurgie FN Motol v Praze. 3 dětské respondenty daného zdravotnického zařízení byli předškolního věku (pro účely výzkumu věková kategorie 5 – 6 let), zbývající 3 mladšího školního věku (věková kategorie 7 – 10 let).

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že většina dotázaných sester se domnívá, že se dětští pacienti nejvíce bojí cizího prostředí, dále pak očekávané bolesti a samoty bez rodičů. Odpovědi dětských respondentů na tuto otázku se však lišily - nejvíce dotázaných dětí uvedlo, že se bojí bolesti, dále pak cizího prostředí, omezení svých potřeb, nepřátelského přístupu zdravotníku a spolupacientů, smrti a tmy.

Nejvíce oslovených sester se domnívá, že nejúčinnějším způsobem, jak řešit strach u dětských pacientů je přátelský přístup zdravotníků, zdůraznily zejména význam úsměvu, pochvaly, fyzického kontaktu a podpory. Jako další účinnou metodu pak uvedly možnost odvedení pozornosti od strachu a to zejména pomocí povídání, her, čtení a kreslení. Jako velmi přínosnou pro mírnění strachu u dětí vidí dotázané sestry také přítomnost doprovázejícího rodiče.

Při konfrontaci odpovědí sester s odpověďmi dětských pacientů v této oblasti došlo ke shodě u dvou nejčastějších zmíněných metod, kterými byly „přátelský přístup zdravotníků“ a „odvedení pozornosti od strachu“. Dále pak dětští pacienti zmínili ke zmírnění strachu dodržování navyklých specifík při usínání a požadavek, aby se o ně starala během hospitalizace stejná sestra, resp. menší počet stejných sester. Kromě uvedených metod, všech 12 dotázaných dětí uvedlo jako zásadní faktor pro snížení pocíťovaného strachu z nemocničního prostředí pobyt rodičů na oddělení.

Výzkumná otázka č. 3 zněla: Které zásady spolupráce mezi sestrou a dítětem, popř. doprovodem dítěte přispívají ke zmírnění dětského strachu? Sestrami byla uvedena důležitost jednotného postupu mezi zdravotníky a dítětem, kladly důraz především na vhodnou formu informací. Dále byl uveden význam poskytnutí psychické a emoční podpory dítěti i jeho doprovodu, navození atmosféry důvěry a přínos dobře provedené edukace, byla zmíněna i potřeba klidu a zbytečného nevyrušování.

Na rozdíl od sester, děti se svými doprovody v oblasti zásad spolupráce kladou na první místo poskytnutí psychické a emoční podpory, dále pak uvedly stejně jako oslovené sestry význam dostatku poskytnutých informací.

4. výzkumná otázka se zabývala metodami, které sestry využívají k monitoraci bolesti u hospitalizovaného dítěte. Co se týče metod používaných sestrami k diagnostice bolesti u dětských pacientů, většina sester uvedla rozhovor s dětským pacientem či jeho

doprovodem s využitím cílených dotazů na bolest, dále pak bylo zmíněno sledování nonverbálních projevů, klinické zhodnocení sestrou a sledování doprovodných projevů bolesti. Dětské odpovědi potvrdily tvrzení sester - všech 12 oslovených dětských respondentů uvedlo, že sestry používaly jako hlavní metodu k diagnostice bolesti cílené dotazování, dále pak uvedli sledování celkového stavu a doprovodných projevů bolesti. Cílené dotazování bylo zmíněno sestrami i dětskými pacienty jako hlavní metoda rovněž u hodnocení bolesti.

5. výzkumná otázka zněla: Jaké způsoby nefarmakologického tlumení bolesti v souvislosti s ošetrovatelskou péčí jsou u dětí nejčastěji používány? Většina dotázaných sester uvedla odvedení pozornosti od bolestivého stimulu, dále pak význam fyzikálních metod, zaujmutí vhodné úlevové polohy a cílenou přípravu na nepříjemný výkon. Sestry rovněž zmínily zapojení doprovázející osoby dítěte do zvládání bolesti, dále pak uvedly dechové relaxační cvičení a metodu imaginace.

Otázka léčby bolesti byla opět probrána i s pacienty. V souvislosti s tlumením pooperační bolesti uvedli všichni tito respondenti jako zásadní podání analgetik. Dále pak zmínili jako velmi přínosné odvedení pozornosti od bolesti a to zejména po odeznění akutní fáze bolesti. Zdůrazněn byl i přátelský přístup sester, ledování bolestivého místa a vhodná úlevová poloha. Při prožívání akutní bolesti dětskými pacienty bylo požadováno zejména zajištění klidu, pohodlí a soukromí. Všech 12 respondentů shodně uvedlo, že jim při zvládání bolesti pomohla přítomnost rodičů či blízkých osob.

Teoretická část diplomové práce, stejně jako výsledky empirické výzkumné fáze, jsou vhodné ke zpřístupnění sestrám pečujícím o dětské pacienty a mohou přispět ke zkvalitnění péče na dětských lůžkových odděleních. Představení zpracovaného tématu je naplánováno na pediatrický seminář písecké nemocnice „Pracovní dny 2016“ a získané výsledky budou rovněž nabídnuty ke zveřejnění v odborném časopise s pediatrickou ošetrovatelskou tematikou.

*Klíčová slova:* strach, bolest, copingové strategie, dítě předškolního a mladšího školního věku, ošetrovatelská péče, rodiče, hospitalizace

# **Abstract**

## **Coping strategies in children's fear and pain in relation to nursing care**

For the nurse, taking care of hospitalized children is important not only pediatric nursing knowledge, personal and social preconditions, but also the theoretical and practical competency of methods and techniques, which are used for identification and effective influencing of unpleasant feelings like pain and fear. This experience can have the strong negative effect on healing process and therefore is necessary for the nurse to be knowledgeable in this issue and to know how the knowledge use in order to help the infant patient and also the successful course of the nursing process.

The aim of this thesis was to identify the main sources of fear of the hospitalized preschool and young school age children and to find out the effective methods and principles of the cooperation with children, alternatively with their accompanying parents in order to moderate the fear of the small patient. Then the thesis tried to chart the nursing diagnostic and evaluation procedure of the pain and get the most used nursing methods of non-pharmacological pain relief. Regarding these targets, the following research questions were set: Research question 1: What are the main sources of fear of the hospitalized child? Research question 2: What are the effective methods of children's fear eliminating? Research question 3: Which principles of the cooperation with children, alternatively with their accompanying parents are helpful for the elimination of the children's fear? Research question 4: Which methods are used by nurses for the children's pain monitoring? Research question 5: What are the most used nursing methods of non-pharmacological pain relief at children?

To obtain the necessary data, the qualitative research was used with a semi-structured interview as a research instrument. The first research group consisted of 6 nurses working in a standard paediatric ward in Písek hospital and 6 nurses working in Clinic of children's surgery in university hospital of Motol in Prague. The second group consisted of 12 children's patients – 6 of them were hospitalized in Písek hospital and the other 6 were hospitalized in Motol. 3 children of each medical

institution were of preschool age (5 – 6 years for the research purpose) and the other 3 were of young school age (7 – 10 years).

The results of the survey show, that the majority of the asked nurses thinks, that children's patients are afraid especially of non-familiar environment, then of the awaited pain and of the solitude without parents. However, the patients' responses were different. The most patients said, that they were afraid especially of pain, then of non-familiar environment, restriction of their needs, hostile attitude of the medical staff and of the other neighbouring patients. They were also frightened of the death and of the darkness.

Most reported nurses mean, that the most effective solution of the children's fear is the friendly attitude of the medics, they point out especially the value of the smile, praise, physical contact and support. They also mentioned the fact of taking the focus off the fear and particularly thanks to talking, playing games, listening and drawing. The presence of the parents is also beneficial.

The nurses' answers were in conformity with patients opinion in two fields - friendly attitude of the medics and taking the focus off the fear. Then the children mentioned abiding of their specifics in connection to falling asleep and the demand of being treated by the same sister or by few same sisters. All 12 respondents also talked about the benefit of parents presence.

The third research question was set: Which principles of the cooperation with children, alternatively with their accompanying parents are helpful for the elimination of the children's fear? Nurses answered the importance of united medical procedures, especially the proper way of information transfer to patients and their parents was pointed out. Then the respondents – nurses mentioned the psychical and emotional support for children and their accompaniments, the atmosphere of confidence and the value of well – done education. Also the need of calm, silence and privacy was stated.

Unlike nurses, children and their parents regarding to principles of the cooperation prefer the psychical and emotional support, then the importance of enough information was mentioned.

The fourth research question bears on the methods used for children pain monitoring. Regarding the diagnostic, the nurses said, that the intentional interview with the patient or with the parents was used as a main technique. The nurses also reported the observation of nonverbal expression of pain, clinical evaluation and the observation of secondary pain characteristics. Children 's responses confirmed these claims – they also talked about the intentional interview, then about the general state observation and also the observation of secondary pain characteristics was mentioned. The intentional interview was stated by nurses and patients as a main pain evaluating method as well.

Research question number five said: What are the most used nursing methods of non-pharmacological pain relief at children? Most responded nurses mentioned the distraction of children attention from the painful incentive, then the importance of physical methods, relief position and purposeful preparation for the unpleasant intervention. Nurses also named the helpful contribution of the parents, relaxing exercises and the method of imagination.

Regarding the pain treatment, it was noted, that all childish patients preferred the analgesic therapy. Then they quoted the distraction of their attention from the painful incentive (especially when the pain is not acute), the friendly attitude of the medics, using the ice compress and the relief position. In the pain acute phase, children required mostly calm, comfort and privacy. All hospitalized children also considered the presence of their parents as very helpful.

The theoretical and empirical part of the thesis are suitable for being studied by nurses taking care of children and it can be helpful for nursing quality improvement at children 's wards in hospitals. The thesis is intended to be presented at the paediatric seminar of Písek hospital called „Working days 2016“ and the obtained results will be also offered to the professional paediatric journals.

Keywords: Fear, pain, coping strategies, preschool and young school age child, nursing care, parents, hospitalization

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Strategie zvládání strachu a bolesti u dětí v souvislosti s ošetrovatelskou péčí“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 16. 5. 2016

.....

Zuzana Procházková



## **Poděkování**

Ráda bych tímto poděkovala své vedoucí diplomové práce paní Mgr. Dítě Novákové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a ochotný a přátelský přístup. Poděkování patří také mé rodině za to, že mi byla oporou po celou dobu studia.

# Obsah

Úvod .....	12
<b>1 SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Uspokojování potřeb dítěte v souvislosti s ošetrovatelskou péčí .....</b>	<b>14</b>
1.1.1 <i>Fyziologické potřeby</i> .....	14
1.1.2 <i>Potřeby bezpečí a jistoty</i> .....	15
1.1.3 <i>Potřeby psychosociální</i> .....	15
<b>1.2 Strach a úzkost .....</b>	<b>16</b>
1.2.1 <i>Specifika prožívání strachu podle vývojových období</i> .....	16
1.2.2 <i>Strach u pediatrických pacientů jako ošetrovatelská diagnóza</i> .....	20
1.2.3 <i>Strategie zvládání strachu u pediatrických pacientů</i> .....	21
1.2.4 <i>Cílená příprava dítěte na nepříjemný zákrok</i> .....	22
1.2.5 <i>Konkrétní techniky boje se strachem</i> .....	24
1.2.6 <i>Spolupráce s rodinou</i> .....	25
<b>1.3. Bolest .....</b>	<b>26</b>
1.3.1 <i>Patofyziologie bolesti</i> .....	27
1.3.2 <i>Bolest u pediatrických pacientů</i> .....	28
1.3.3 <i>Vnímání bolesti u dětí podle vývojových stadií</i> .....	30
1.3.4 <i>Diagnostika bolesti</i> .....	31
1.3.5 <i>Topologie bolesti</i> .....	32
1.3.6 <i>Způsoby hodnocení bolesti u dětí</i> .....	33
1.3.6.1 <i>Observační škály hodnocení bolesti u dětí</i> .....	33
1.3.6.2 <i>Subjektivní hodnocení bolesti u předškolních dětí</i> .....	35
1.3.6.3 <i>Subjektivní hodnocení bolesti u školních dětí</i> .....	37
1.3.7 <i>Léčba bolesti</i> .....	38
1.3.7.1 <i>Farmakologická léčba</i> .....	38
1.3.7.2 <i>Nefarmakologická léčba</i> .....	40
1.3.8 <i>Důsledky nedostatečně tlumené bolesti u dítěte</i> .....	41
1.3.9 <i>Bariéry v managementu bolesti</i> .....	42
1.3.10 <i>Spolupráce s rodinou</i> .....	42

1.3.11	<i>Ošetřovatelský proces u dítěte s bolestí</i> .....	43
2	<b>CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....	45
2.1	Cíle práce .....	45
2.2	Výzkumné otázky.....	45
3	<b>METODIKA VÝZKUMU</b> .....	46
3.1	Metodika a technika výzkumu.....	46
3.2	Charakteristika výzkumného souboru .....	47
4	<b>VÝSLEDKY</b> .....	50
4.1	Výsledky rozhovorů se sestrami .....	50
4.2	Výsledky rozhovorů s dětskými pacienty a jejich doprovodem .....	71
5	<b>DISKUZE</b> .....	93
6	<b>ZÁVĚR</b> .....	106
7	<b>SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ</b> .....	108
8	<b>PŘÍLOHY</b> .....	114

## Úvod

„Nad zlato dražší klenot jest dítě,  
avšak nad sklo křehčí.“

(J. A. Komenský)

K volbě tématu této diplomové práce, která se zabývá zvládnutím bolesti a strachu u dětských pacientů, mě přivedla vedle osobního zájmu především má profese sestry na dětském lůžkovém oddělení píské nemocnice. Svoji práci považuji stále za velice smysluplnou, pracovně i lidsky naplňující a motivující, umožňuje mi téměř denně sledovat chování a prožitky dětských pacientů v nemocničním prostředí, které mají děti bohužel často s pocity strachu a bolesti spojené. K dobré adaptaci a tedy i k úspěšné léčbě dítěte přispívá správný přístup ze strany zdravotnických pracovníků, zejména pak sestry, která je ve styku s dítětem prožívajícím úzkost či bolest ve zdravotnických zařízeních nejčastěji a po nejdélší dobu. Pole její působnosti je velice široké – sestra poskytuje dětským pacientům nejen nezbytnou ošetrovatelskou péči, ale je zapojena do všech aspektů péče o dítě a jeho rodinu - zastává také funkci psychologa, učitele, pomocníka, obhájce práv, prostředníka mezi dítětem a lékařem a často přebírá také roli přítele.

Proto je velmi důležité, aby právě sestry důkladně znaly nejen teoretické mechanismy zvládnutí pocitů strachu a bolesti u hospitalizovaného dítěte, ale aby dítě vnímaly jako individuální bytost se specifickými bio-psycho-sociálními požadavky a byly schopné teoretické znalosti vhodně uplatnit v ošetrovatelské praxi. Měly by se snažit u pacientů nepříjemným pocitům jako je strach a bolest předcházet, pokud to není možné, tak jejich projevy včas rozpoznat, správně vyhodnotit a snažit se efektivně o jejich odstranění. Na jejich profesionalitě podstatnou měrou závisí to, jak se bude dětský pacient v nemocnici cítit.

I přes veškerou snahu zdravotníků a velké pokroky v medicíně mnoho nemocných dětí i v rozvinutých zemích trpí nadměrným strachem a bolestí, která není včas rozpoznána a adekvátně tlumena. Častými důvody takového přístupu je podle mého názoru jednak omezená schopnost malých dětí strach a bolest vyjádřit, popsat

a dožadovat se důrazně pomoci, dalším důvodem je ale pravděpodobně také to, že o projevech a vnímání strachu a bolesti u dětí stále nemáme úplné znalosti. Přestože jsou rozvíjeny strategie zabývající se podporou emocionální stránky hospitalizovaného dítěte, tato oblast stále poskytuje mnoho příležitostí k výzkumu a hledání nových cest ke zlepšení současného stavu.

Pediatrická ošetrovatelská péče je aplikovaným oborem ošetrovatelství, který u nás prochází v současné době dynamickým rozvojem souvisejícím ve velké míře s podporou vzdělávání dětských sester - jejich povolání vyžaduje specifické vědomosti, znalosti a praktické dovednosti. V ošetrovatelství se uplatňuje široká škála farmakologických i nefarmakologických léčebných možností, moderní ošetrovatelské techniky, progresivní doporučené postupy. Tato veškerá opatření však selhávají bez vstřícného empatického přístupu k dětskému pacientovi, bez snahy sester pochopit a zejména uvěřit dítěti v jeho problémech a utrpení. Na významu nabývá schopnost sester zachovat si i v dnešním výkonově zaměřeném zdravotnictví obyčejný lidský přístup. Z tohoto důvodu si tedy myslím, že je velmi důležité zjistit současný stav a vnímání těchto dvou důležitých aspektů hospitalizace, jakými bolest a strach bezpochyby jsou, samotnými sestrami pracujícími na dětských odděleních, protože iniciátorkami a hlavními nositelkami myšlenky holistické pediatrické péče by měly být právě ty, které tuto ošetrovatelskou péči poskytují.

Poznatky o problematice zvládnutí strachu a bolesti u dětských pacientů v lůžkových zdravotnických zařízeních, obsažené v této práci, mohou pomoci k lepší informovanosti v této ošetrovatelské oblasti a přispět tak co nejvíce ke zkvalitnění péče o hospitalizované dětské pacienty.

## **1 SOUČASNÝ STAV**

Ošetřovatelství chápe člověka jako komplexní individuální bytost a vychází z názoru, že potřeby jednotlivce musí být v rovnováze a harmonii. Důležitost uspokojování potřeb platí samozřejmě ve zvýšené míře u dětských pacientů (Sikorová, 2011a). Adaptační mechanismy jejich organismu jsou ovlivňovány při hospitalizaci ve velké míře nepříjemnými pocity bolesti a strachu. Sestry, trávící s dítětem v nemocnici mnohdy nejvíce času, proto musí znát základní potřeby dětských pacientů a účinně je naplňovat (Sedlářová et al., 2008)..

### **1.1 Uspokojování potřeb dítěte v souvislosti s ošetrovatelskou péčí**

Hospitalizace představuje pro dítě každého věku náročnou životní situaci, trpí následky odloučení od rodiny a přátel, musí podstoupit řadu nepříjemných a bolestivých výkonů. U dětí se negativní stránky hospitalizace významně promítají v projevech separace, frustrace a psychické deprivace. Je důležité, aby sestra znala specifika jednotlivých vývojových období dětského a adolescentního věku, neboť v různých fázích vývoje se nároky a požadavky dítěte mění, přesto je však několik základních potřeb trvalých a ty vyžadují své plné uspokojení, nemá - li být vývoj dítěte narušen. Z holistického hlediska lze základní potřeby dítěte rozdělit na potřeby fyziologické, potřeby jistoty a bezpečí a potřeby psychosociální (Sikorová, 2011a).

#### **1.1.1 Fyziologické potřeby**

K základním fyziologickým potřebám dítěte patří především řádná výživa, která odpovídá po stránce kvality a kvantity aktuálním i vývojovým potřebám dítěte a je doplněna přiměřenou hydratací. Hospitalizace mění zvyky a rituály dítěte a to i v oblasti výživy. Pokud to lze, je velmi důležité, aby se sestra snažila stravovací návyky dítěte z domácího prostředí zachovat. Sestra také podporuje dostatečné a pravidelné vyprazdňování moče a stolice, zejména u větších dětí dbá na zabezpečení vhodného prostředí a intimity (Sedlářová et al., 2008).

Pro děti je rovněž důležitá potřeba spánku a odpočinku a zároveň i pohybových a motorických aktivit přiměřených vývojovému stupni dítěte. Mezi další biologické

potřeby patří uspokojení základních hygienických požadavků, zejména tepla a čistoty. Uspokojení potřeby zdravého růstu a vývoje zajišťuje komplexní zdravotní péče doprovázená nezbytnou péčí ošetrovatelskou (Sikorová, 2012).

### ***1.1.2 Potřeby jistoty a bezpečí***

Potřeba jistoty a bezpečí patří mezi základní lidské potřeby, vyjadřuje touhu po stabilitě, důvěře, jistotě a spolehlivosti, představuje tendenci vyhnout se ohrožení a stresu. Jistota a bezpečí jsou jako jedny ze základních lidských potřeb dokonce zakotveny v Listině základních práv a svobod, která je součástí Ústavního pořádku České Republiky (Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, 1992).

Dospělý člověk je schopen zvládnout neuspokojení této potřeby kompenzačními mechanismy, které se vyvíjí během života. U dětí však tyto mechanismy ještě plně nefungují a proto se situaci ohrožení brání – jsou agresivní, křičí, pláčou, utíkají nebo se naopak uzavřou do sebe a jsou apatičtí (Trachtová et al., 2013).

K potřebám jistoty a bezpečí lze zařadit tyto kategorie – potřebu ochrany zdraví, potřebu klidu a míru, potřebu důvěry, naděje a potřebu vyhnout se ohrožení, což zahrnuje právě požadavek ochrany před bolestí a strachem. Dítě získává pocit bezpečí a jistoty dodržováním pravidel a denním režimem navozeným v domácím prostředí. Tento pocit bezpečí a jistoty je výrazně narušen pobytem ve zdravotnickém zařízení a sestry mají v této oblasti u hospitalizovaného dítěte nezastupitelnou úlohu (Sikorová, 2011a).

### ***1.1.3 Potřeby psychosociální***

Dětství je obvykle spojeno s radostí, vitalitou a zdravím. Je – li však dítě nemocné, je obvykle kladen důraz na přívlastek „nemocné“ a v pozadí zůstává označení „dítě“, přitom právě v období nemoci je psychosociální aspekt osobnosti dítěte ohrožen více než kdy jindy. Uspokojování základních psychosociálních potřeb přispívá k rozvoji dítěte v oblasti intelektu, citů, vůle, interakce s okolím, podporuje sociální inteligenci a významně přispívá k osamostatnění. K základním psychosociálním potřebám dětí náleží: potřeba prvotních citových a sociálních vztahů, potřeba určitého množství,

kvality a proměnlivosti podnětů, potřeba řádu, stálosti okolí a smysluplnosti světa, potřeba identity, tj. touha po společenském uplatnění a otevřené budoucnosti (Šamánková, 2011). Základním předpokladem kvalitní ošetrovatelské péče v této oblasti je úzká spolupráce s rodinou, v ideálním případě jeden z rodičů dítě doprovází a podílí se na jeho ošetřování (Sedlářová et al., 2008).

## **1.2 Strach a úzkost**

Strach je fyziologická reakce organismu na stávající či potencionální nebezpečí. Je subjektivně pocíťován jako většinou nepříjemná emoce, doprovázená neurovegetativními projevy, kterými jsou například zvýšení krevního tlaku, rozšíření zornic, tachykardie, třes, nadměrná potivost či změna barvy kůže. U dítěte se strach projevuje také pláčem, záchvatem vzteku, ustrnutím nebo zvýšenou potřebou fyzického kontaktu s blízkou osobou (Bacus, 2007).

Strach je důležitý fyziologický fenomén, který má primárně obranný charakter – napomáhá přežití a adaptaci jedince v prostředí. Jeho prožívání je ovlivněno řadou faktorů - projevuje se zde jak dědičnost, tak i vliv okolí, zejména rodiny a stylu výchovy, ve školním a dorostovém věku se pak významně uplatňuje vliv vrstevníků (Michalčáková, 2007).

Pojem „strach“ je často zaměňován s pojmem „úzkost“. Z psychologického hlediska však rozdíl mezi těmito fenomény existují. Zjednodušeně se dá říci, že strach vzniká „z něčeho“ a úzkost je „z ničeho“. Strach má nějakou příčinu, lze ho mít z určité věci, zvířete, člověka či situace. Úzkost je „strach“ bez konkrétního podkladu, je to špatné tušení či očekávání něčeho zlého (Muris, 2007).

### ***1.2.1 Specifika prožívání strachu podle vývojových období***

Každý věk s sebou přináší určité obtíže a je třeba dát dítěti čas, aby se mohlo přizpůsobit. Strach má smysl, pokud ho lze chápat jako otevřené okno ve vývoji dítěte a jako nutný krizový moment. Je zřejmé, že v průběhu svého vývoje prožije každé dítě určité druhy strachu, které jsou tak rozšířené a časté, že je lze označit za strachy „normální“ (strach z velkých zvířat, ze tmy, z bouřky, atd.). To, že pocity strachu či



úzkosti jsou v dětství časté a většina jich s dospíváním vymizí, však vedlo mnoho dětských psychologů k chybným závěrům, že dětský strach není třeba brát příliš vážně (Muris, 2007).

Základním vývojovým úkolem novorozeneckého a kojeneckého období je utvoření pevného vztahu dítěte k matce (rodičům) a získání pocitu bazální jistoty a důvěry v okolní svět. I krátkodobě odloučení dítěte od matky se pak zhruba mezi 6. a 8. měsícem věku projevuje separační úzkostí, o něco později se přidává strach z cizích lidí. Při delší izolaci dítěte od známého prostředí může dojít v tomto období (kritická je i následující etapa batolecího věku) k rozvoji tzv. anaklitické deprese, jejíž vznik je podmíněn ztrátou pouta k osobě, která doposud uspokojovala sebezáchovné potřeby dítěte (Langmeier a Krejčířová, 2006). V nemocničním prostředí jsou pak tyto projevy označovány jako hospitalismus, kdy dítě po období protestu s pláčem a voláním po matce upadá do apatie a ztrácí zájem o okolí. Postupně může dojít k adaptaci na nové prostředí a navázání vztahu k náhradní osobě (Říčan a Krejčířová, 2006). Děti v kojeneckém věku jsou kromě separace také velmi citlivé na senzomotorickou deprivaci (nedostatek pohybových a smyslových podnětů) a při delší hospitalizaci může dojít k vývojové regresi. Z hlediska zvládnutí nemoci je proto nezbytné, maximálně omezit případné odloučení dítěte od rodiny a důsledně zavádět stimulační programy (O'Leary, 2009).

Batolata také velmi trpí izolací od matky a nepříznivě na ně působí střídání cizích lidí v jejich blízkosti. Snadno již vznikají různé fobie – například strach z „lidí v bílém“, který pak může trvat po celý život. Tyto strachy lze jen obtížně zpracovávat, protože batole dosud nemá vytvořeny racionální mechanismy pro zvládnutí kritických situací – z tohoto důvodu je doporučováno odložit závažnější invazivní výkony na pozdější dobu (Říčan a Krejčířová, 2006). Pro děti mezi 1. a 3. rokem věku je typická vysoká pohybová aktivita a pokud to zdravotní stav dítěte dovolí, měla by sestra dbát na důslednou aktivizaci dítěte a dostatek prostoru pro jeho autonomii při pevně stanovených limitech chování. Řada nemocnic již využívá k zabavení a aktivizaci dětí pomoc dobrovolníků, kteří si s dětmi povídají, hrají a předčítají jim oblíbené knihy (Bowden a Greenberg, 2008). K nemocnému dítěti přistupují rodiče často

hyperprotektivně, zdravotníci naopak mívají tendenci dítě mírnit či okřikovat – sestra by si však měla uvědomit, že není vždy dobře tlumit projevy negativizmu či vzteku, protože jsou často jedinou možnou formou dětského protestu (Ptáček a Bartůněk, 2011).

Dítě v předškolním věku řeší podle německo – amerického psychologa Erika Eriksona vývojový konflikt mezi vlastní iniciativou a pocitem viny. Narůstá potřeba dítěte porozumět okolnímu světu, myšlení se však často opírá o bohatou fantazii a magické představy a dítě může vnímat nemoc či hospitalizaci jako trest za špatné chování – výsledkem takových představ je pak pocit provinění, studu a strachu (Hockenberry a Wilson, 2013). Dětem toho věku vadí pocit nesvobody, upoutání na lůžko, izolace v neznámém prostředí. Neznají většinou ještě pocit úzkosti, ale dominantní je strach z konkrétních bolestivých procedur (Ptáček a Bartůněk, 2011). Někdy také prožívají noční děsy, nadále trvá značné riziko vzniku fobií. Předškolní děti mívají často strach z imaginárních strašidel a tmy – je tedy vhodné, ponechá-li sestra dítěti na usínání například rozsvícenou lampičku nebo umístí menší děti na pokoj v blízkosti sesterské místnosti (Potts a Mandleco, 2012). Dětské pacienti mohou být také zmatení z používání cizích výrazů a pojmenování, například nemoci či léčebného výkonu - vysvětlování a informování dítěte v tomto věku je tedy již nezbytné, doporučována je i přímá příprava na nepříjemný zákrok či hospitalizaci (O’Leary, 2009). Intenzivní kontakt s rodinou je stále velmi důležitý – vzhledem k častým emočním regresům dětí při zhoršeném zdravotním stavu může separační úzkost někdy přetrvávat až do období školního věku (Říčan a Krejčířová, 2006).

V období mladšího školního věku se do popředí zájmu dítěte dostává snaha o výkon ve škole i mimo ni a soupeření s ostatními dětmi. V případě selhání mohou vzniknout pocity méněcennosti, které hrozí zejména u dětí s tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením, ale často i v případech, kdy únava, opakované absence ve škole, případně i vedlejší účinky podávaných léků snižují výkonnost dítěte. Velice důležitá je pro dítě interakce s vrstevníky - dostatek kontaktů a jinými dětmi je nezbytný pro rozvoj sociálních dovedností, osvojování sociálních rolí i vlastní identity (Říčan a Krejčířová, 2006). Zejména v tomto věku je třeba omezit případnou izolaci dítěte na minimum. K navození běžného režimu pomáhá i standardní plnění domácích úkolů ze

školy - dítě si tak udržuje kontakt s probíranou látkou i svými spolužáky a vrstevníky a ví, že se do svého obvyklého denního cyklu zase brzy vrátí (Bowden a Greenberg, 2008). Školáci již znají pocit úzkosti, bojí se smrti, což se často v nemocnici projevuje strachem usínat o samotě - žádají sestry pod různými záminkami o jejich přítomnost. Děti v tomto věku si smrt personifikují, představují si ji nejčastěji jako kostru s kosou, kterou lze občas i obelstít (Malá, 2010). Někdy se děti snaží strach skrývat a tvářit se statečně, sestra by se však neměla nechat tímto přístupem zmást. Je vhodné, jednat s dětmi otevřeně a vyvarovat se postojů „na nic se nevyptávej, stejně tomu nerozumíš, od toho jsme tady my.“ (Ptáček a Bartůněk, 2011).

V pubertě se uvolňují vazby k rodině a ještě více sílí vliv vrstevnické skupiny. Častým problémem pro spolupráci dítěte se zdravotníky je odpor či ambivalentní postoj vůči autoritě - v tomto věku je proto zcela nezbytné pracovat i s dítětem samotným v nepřítomnosti rodičů, přestože spolupráce s nimi nepřestává být pro sestru důležitá. Je nezbytné poskytnout dítěti dostatek příležitostí k otázkám, ale umožnit mu co největší podíl při rozhodování o další léčbě a ošetrovatelské péči. Odpoutávání od rodiny jako jeden ze základních vývojových úkolů dospívání bývá značně ztíženo u dětí chronicky či vážně nemocných. Intenzivní práce s dítětem, jeho časná mobilizace a rehabilitace je nezbytná zejména tam, kde nemoc či operace mohou vést k trvalému omezení funkce organismu. Celé období dospívání je obdobím specifické zranitelnosti a snížené odolnosti vůči stresu (Říčan a Krejčířová, 2006). Adolescenti obtížně snášejí ztrátu kontroly nad svým životem, mají obavy z omezování, přílišného dohledu. Jsou pokořeni ztrátou soukromí, nechráněnou polohou těla, nahotou. Projevují se obavy ze změny životního stylu v důsledku nemoci, poškození vzhledu či image - dospívající snadno upadají do deprese a vážným rizikem je možnost suicidia (Ptáček a Bartůněk, 2011). Objevují se pocity strachu z nejasné budoucnosti, ze zhoršené možnosti seberealizace. Je dobré, když s nimi sestra otevřeně hovoří o jejich obavách, včetně strachu ze smrti, respektuje jejich soukromí a zajištění intimity a dbá na to, aby byli adolescenti hospitalizováni na pokoji s pacienty přibližně stejného věku, jako jsou oni (Bowden a Greenberg, 2008).

### ***1.2.2 Strach u pediatrických pacientů jako ošetrovatelská diagnóza***

Jednou z dominantních potřeb zdravého dítěte a nemocného obzvláště, je potřeba bezpečí a jistoty. Pocit bezpečí a jistoty okolního světa narušuje pocit strachu, který je v dětství často spojován s nemocí a pobytem dítěte ve zdravotnickém zařízení (Roberts, 2010). Pro minimalizování negativních emocionálních důsledků hospitalizace dětí hraje klíčovou roli sestra - je pro dítě v nemocnici nejen zdravotníkem, ale často i jeho kamarádem, přítelem či důvěrníkem. Děti sledují chování sester a reagují na jejich klid, rozvahu, schopnost poradit, pravdomluvnost a respekt (Ptáček a Bartůněk, 2011). Stěžejním úkolem sestry je zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči a optimální pohodu dítěte v nemocnici. Ošetrovatelské aktivity by měly být tedy zaměřeny především na prevenci nepřiměřeného strachu nebo alespoň na jeho snížení na úroveň přijatelnou pro dítě (Mazalová, 2014).

K přesnému popisu stavu potřeb dítěte, tedy pro ošetrovatelskou diagnostiku, by měla sestra využít standardizovanou ošetrovatelskou terminologii mezinárodní klasifikace ošetrovatelských diagnóz NANDA International, která je využitelná ve všech oblastech ošetrovatelské péče, tedy i v péči pediatrické a je v ní také zařazena aktuální ošetrovatelská diagnóza Strach s kódem 00148 (Mazalová, 2011).

Sestra pečující o dětské pacienty je kompetentní k tomu, zajišťovat základní i specializovanou péči pomocí ošetrovatelského procesu, který je zaměřen na stanovení ošetrovatelských problémů, plánování a realizaci ošetrovatelské péče. Dále se soustředí na vyhodnocování účinnosti ošetrovatelské péče a zaznamenávání výstupů všech kroků ošetrovatelského procesu do ošetrovatelské dokumentace (Ministerstvo vnitra České republiky, 2015).

K zodpovědnému posouzení situace v oblasti reakce nemocného dítěte na nemoc a hospitalizaci slouží ošetrovatelské fenomény druhé diagnostické třídy „Reakce na zvládání zátěže“, která je zařazena v deváté doméně NANDA Int. „Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu“. Ošetrovatelské diagnózy této domény jsou standardním pojmenováním ošetrovatelských problémů v oblasti zvládání stresu, který souvisí s okolím dítěte (Marečková, 2006). Před rozhodnutím o ošetrovatelském diagnostickém závěru je nutné ověřit, zda stav dítěte odpovídá definici ošetrovatelské diagnózy.

V případě diagnózy Strach – 00148 je definice uvedena takto: „Strach je reakcí člověka na hrozbu, kterou si připouští jako nebezpečí” (Herdman et al., 2009). Pro klinické rozhodnutí o diagnostickém závěru, který dokládá přítomnost některé aktuální ošetrovatelské diagnózy u konkrétního pacienta, je nezbytné potvrdit přítomnost minimálně jednoho určujícího znaku (například - pacient je panický, má zvýšené tělesné napětí, atd.) současně s minimálně jedním souvisejícím faktorem (například samota, neznámé prostředí, nepřítomnost rodičů, jazyková bariéra, atd.). Dále je nutné ověřit, zda definice dané ošetrovatelské diagnózy odpovídá stavu pacienta. Uvedený postup je označován jako diagnostický algoritmus (Marečková, 2006).

### ***1.2.3 Strategie zvládnání strachu u pediatrických pacientů***

V současné době je cílem lékařské a ošetrovatelské péče o pediatrické pacienty dosažení optimálního zdravotního stavu nejen po stránce tělesné, ale i po stránce duševní – od začátku je tedy třeba dbát na to, aby úspěšné somatické vyléčení dítěte nebylo vykoupeno negativními psychickými následky hospitalizace, které mohou být vážnější a trvalejší, než bylo původně vlastní onemocnění (Langmeier a Matějček, 2011).

Při ošetrování dětského pacienta je nezbytné vycházet z Charty práv hospitalizovaných dětí, která byla v ČR přijata v roce 1993 (Příloha 1) a dodržovat zásady vedoucí k eliminaci strachu a úzkosti u hospitalizovaného dítěte. Respektování práv dítěte, ale i jeho fyziologických, emocionálních a psychických potřeb je tím nejlepším naplněním etiky v ošetrovatelské praxi (Kutnohorská, 2007).

Při přijetí do zdravotnického zařízení je třeba zohlednit aktuální stav dítěte - není - li při příjmu v dobrém zdravotním stavu, není vhodné zbytečně prodlužovat sepisování vstupní ošetrovatelské dokumentace. Později je však nutné zejména ošetrovatelskou anamnézu důkladně zpracovat - sběr a vyhodnocení informací o dětském pacientovi, jeho potřebách a působících faktorech může sestře zásadně pomoci při tvorbě copingových strategií pro zvládnání strachu u dítěte (Kyle, 2008).

V průběhu hospitalizace je třeba umožnit rodičům i sourozencům trávit s nemocným dítětem co nejvíce času a oblíbí - li si dítě někoho z personálu, je vhodné

umožnit, aby byl jeho ošetřující osobou vždy, když je to možné. Děti mají strach z neznámých lidí – proto by se sestra měla snažit přestat být pro dítě cizincem, oslovovat ho křestním jménem, větším dětem se při prvním kontaktu představit a toto dodržovat i u ostatních nových členů zdravotnického týmu. Pocit bezpečí také pomáhá udržovat stabilní denní režim, kdy dítě získá pocit, že čas je strukturovaný, nemocniční režim není chaotický a ono samo má na organizaci času vliv, samozřejmostí je informovanost dítěte o tom, „co ho čeká“. Velice důležité je také respektování cyklu den – noc, je nutné nechat dítě v noci dostatečně vyspat, nezatěžovat ho zbytečně ošetrovatelskými úkony, které lze odložit na pozdější dobu (Ptáček a Bartůněk, 2011).

Chod a činnosti dětského oddělení jsou organizovány tak, aby napomáhaly získání či upevnění zdraví dítěte v co nejkratším čase, je však třeba nepodléhat rutinně a najít si čas i na osobní problémy dítěte a posílit v něm pocit, že sestra je tu nejen pro jeho zdravotní stav, ale i osobní pohodu (Říčan a Krejčířová, 2006). Pocit jistoty také upevňuje přítomnost známých věcí, oblíbených hraček, pohádek, filmů, knížek, předmětů z domova, nezbytností jsou hračky, s nimiž je dítě zvyklé usínat. Pokud to zdravotní stav dítěte dovoluje, mohou mu nosit rodiče z domova i oblíbená jídla a pití, hospitalizované děti by také měly mít možnost nosit své vlastní oblečení. Velice podstatné je zjistit od rodičů zvláštnosti v chování dítěte, například různé stereotypy v souvislosti s jídlem či usínáním, během pobytu v nemocnici není úkolem sestry dítě zásadně měnit, přísně vychovávat či se ho snažit odnaučit zlovykům. Sestry by také neměly opomíjet dodržování závěrečného bodu Charty práv hospitalizovaných dětí, který pediatrickým pacientům umožňuje plnou příležitost ke hře, odpočinku i vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu (Ptáček a Bartůněk, 2011).

#### ***1.2.4 Cílená příprava dítěte na nepříjemný zákrok***

Dětem nahání strach neznámá situace a zdravotníci by vždy měli dítě na nepříjemný výkon ohleduplně připravit, zároveň ale nastávající situaci příliš nezveličovat. U menších dětí je vhodné používat jiné slovo než „bolest“ (např. štípne to, přiletí včelka, píchne to jako komár, apod.) (Ptáček a Bartůněk, 2011).

Pokud je to jen trochu možné a zdravotnický tým není v akutní časové tísní, mělo by se usilovat o dobrovolnou spolupráci dětského pacienta. Sestra má přiměřeně věku dítěti vysvětlit, co ho čeká, dát najevo, že ví o jeho strachu, ponechat mu alespoň částečnou možnost ovlivnění situace (např. u krevního odběru může dítě ležet či sedět, vybrat si pravou nebo levou ruku, může být samo či s maminkou, půjde na řadu první či poslední, apod.). Důležité je také načasování - příliš málo času může vyvolat pocit ohrožení, ale zbytečné oddalování výkonu zvyšuje anticipační úzkost (Takacs, 2011). Vhodné je ukázat plánovaný zákrok na panence nebo plyšové hračce a použít stejné materiální vybavení a nástroje, které pak budou skutečně využity i u dítěte. Starším dětem je dobré objasnit, proč je nutné např. aplikovat injekci, jaký lék obsahuje a jak mu pomůže v jeho nemoci (Coyne a Timins, 2010).

Důležitým krokem, na který by sestra neměla nikdy zapomenout, je ujištění dítěte, že mít strach z nepříjemného zákroku je normální, mají ho i dospělí, ale je dobré se strachem společně bojovat a pokusit se ho zvládnout. Je užitečně zjistit od dítěte nebo od jeho rodičů, co dítěti při nepříjemných situacích pomáhá, co se již osvědčilo a během výkonu ponechat dítěti možnost vyjádřit své pocity a emoce - nejčastěji jde právě o strach a bolest. Někdy může dětský pacient reagovat z pohledu sestry neadekvátně, dokonce agresivně - kopat, plivat, používat vulgarismy. V těchto případech je vhodné dítě napomenout, ale zachovat přitom klid. Většina dětí však dává průchod svým emocím způsobem přiměřeným náročné situaci – pláčem, naříkáním, vztekem, pocukáváním končetinou či celým tělem, smlouváním s personálem, apod. Tyto děti je vhodné pochválit a ocenit, že se snažily ovládnout a být statečné, je dobré, dát jim drobnou odměnu. Pomáhat je však nutné všem dětským pacientům, ne jen těm nahlas protestujícím – mnohem zranitelnější jsou naopak často děti mlčenlivé, tiše trpící, které se bojí dát najevo své emoce, protože mají strach z posměchu či odsouzení (Sedlářová et al., 2008).

Ve zdravotnickém týmu je vhodné diskutovat o chybách, nevhodném léčebném či ošetrovatelském jednání a hledat šetrnější způsoby vedoucí ke zmírnění strachu a úzkosti před nepříjemným výkonem u dětských pacientů. Sestra si musí být vědoma toho, že psychický a citový komfort dětského pacienta má přímý vliv na patofyziologii

odpovědi na zátěž. Snížení strachu u dítěte snižuje hladinu stresových hormonů, podílí se na zlepšení energetické bilance a vede k rychlejšímu uzdravení organismu (Ptáček a Bartůněk, 2011).

### ***1.2.5 Konkrétní techniky boje se strachem***

Sestra by si měla být vědoma toho, že každé dítě reaguje na prožívaný strach individuálně. Neexistuje tedy žádný univerzální návod, jak s úzkostnými pocity u dětí pracovat. Sestra pečující o dětské pacienty by měla znát rozmanité možnosti a postupy a zjišťovat, co kterému dítěti vyhovuje nejvíce, zvláště u déle hospitalizovaných či chronicky nemocných dětí je třeba používané metody často kombinovat, střídat či je nahradit jinými postupy. Doporučuje se předem novou techniku v klidu vyzkoušet a natrénovat – dítě ji pak bude dobře ovládat i ve stresové situaci (Sedlářová et al., 2008).

Nejčastější používanou technikou zvládnutí strachu u pediatrických pacientů je odpoutání pozornosti od stresujícího faktoru - zaměření pozornosti na jiný stimul než je strach či bolest. Důležité je vhodné načasování – nezačít moc brzy, aby to dítě nepřestalo zajímat, ale ani příliš pozdě, kdy je dítě již ve stresu a není schopné rozptýlení vnímat. Krátkodobou metodou je ukázat například dítěti nějaký veselý předmět, hračku či obrázek na zdi, účinnější je však najít strategii, která má efekt po celou dobu procedury. Mezi takové strategie lze zahrnout například zpěv oblíbené písničky, vyprávění pohádek nebo příběhů (starých osvědčených či vymýšlet spolu s dítětem příběhy nové, které dítě nezná a musí se více soustředit). Zvláště účinnou metodou zejména u menších dětí je počítání nebo řešení jednoduchých matematických příkladů či hádanek, sestra se může nechat i od dítěte zkoušet, naschvál říkat chyby a dítě ji opravuje. Dalším způsobem k odvedení pozornosti je vyprávění vtipů či hádanek, je vhodné mít na oddělení k tomuto účelu knihy či časopisy a čerpat z nich nové nápady. Vhodné je i poslouchání rádia, hudby z přehrávače či sledování televizního pořadu – dítě si samo vybere, zaposlouchá se a poté je možno začít s výkonem. K odpoutání pozornosti je možné využít i rodiče dítěte – poučení rodiče si začnou s dítětem povídat o oblíbeném tématu chvíli před výkonem, pokračují i po



vstupu na vyšetřovnu a personál se k nim plynule připojí. Nebo může rodina začít hrát před výkonem osvědčenou hru (slovní fotbal, hádání známe osoby) a dobře naladěné dítě je pak ochotné lépe spolupracovat, je však nutné, aby i sestra na tuto hru přistoupila a aktivně se jí účastnila (Sedlářová et al., 2008).

Obzvláště u starších dětí jsou vhodné relaxační techniky boje se strachem a vyžívání imaginace. Imaginace je technika založená na představování si, vytváření snových obrazů, fantazírování a je pro většinu dětí zábavná a zajímavá. Například u krevního odběru si může dítě představit, že si natahuje speciální rukavici, která jeho ruku chrání a vpich pak nebolí. Při technice tzv. řízené představy může sestra dětského pacienta vyzvat k tomu, aby si představil, že je na svém oblíbeném místě (v pokojíčku, u babičky, v ZOO, na louce), cítí vůni toho místa, slyší všechny zvuky. Tuto techniku lze kombinovat s relaxačními metodami a tak ještě účinněji odbourávat stres (Kalousová, 2008).

### ***1.2.6 Spolupráce s rodinou***

V posledních letech došlo v České republice ke změně v systému péče o hospitalizované dítě – péče zdravotnického týmu není zaměřena pouze na nemocné dítě, ale subjektem péče by měla být celá rodina. Tento model vycházející z ověřeného, v zahraničí uznávaného principu péče Family centered care (péče zaměřená na celou rodinu), uznává přirozenou pečovatelskou roli a zodpovědnost rodiny, která společně se zdravotníky usiluje o dosažení optimálního zdraví dětského pacienta (Brykczynska a Simons, 2011).

Umožnit rodině pečovat o dítě po celou dobu hospitalizace, akceptovat rodiče jako partnery, umožnit jim ovlivňovat režim dítěte, poskytovat jim pravdivé a jasné informace – to jsou základní předpoklady efektivní a jednotné spolupráce rodiny s ošetřujícím týmem, která má vést nejen ke zlepšení zdravotního stavu dítěte, ale i k redukci jeho úzkostných pocitů (Sedlářová et al., 2008).

Důležitou roli hrají rodiče v mírnění strachu u dětských pacientů ještě před samotnou hospitalizací (pokud se nejedná o hospitalizaci akutní, neplánovanou) a to v souvislosti s přípravou dítěte na pobyt v nemocničním zařízení - co nejvíce informací

přiměřených věku a chápání dítěte pomáhá odbourávat strach z neznámého, dítě nastupuje k hospitalizaci s větším klidem a jistotou. Mnoho zahraničních nemocničních zařízení má již vyvinuté speciální programy a určené odborníky ke spolupráci rodiny a nemocnice před začátkem plánované hospitalizace (O'Leary, 2009).

Rodiče jsou pro nemocné dítě nezastupitelnou psychickou a citovou oporou, někdy však potřebují od zdravotníků radu, jak hospitalizovanému dítěti nejlépe pomoci (Ptáček a Bartůněk, 2011). Často sami situaci dobře nerozumí, neví, jak dítěti ulevit - upadají do pasivity a bezradnosti, mají pocit selhání (dítě je prosí o pomoc, ale oni nemohou nic dělat), trpí pocitem zbytečnosti a zoufalství (jsou tu k ničemu), ztrátou sebedůvěry (nedokáží se naučit vše nové a potřebné). Vše samozřejmě zhoršuje velký strach o dítě (Sedlářová et al., 2008). Tyto pocity mohou vyústit až v negativní vnímání léčby a v nedůvěru k ošetřujícímu týmu (rodiče mohou mít pocit, že je dítě zbytečně týráno, bezdůvodně vyšetřováno nebo naopak, že se o něj nikdo nezajímá). Rodiče se pak v takové situaci snaží od nepříjemné záležitosti distancovat a být s dítětem zadobře - strach a zlobu přesměrovat na zdravotníky (Ptáček a Bartůněk, 2011). V těchto případech je třeba, aby sestra s rodiči o jejich pocitech hovořila, povzbuzovala je a nabídla jim podle potřeby pomoc, porozumění a emoční podporu. Rodiče potřebují vědět, že zdravotníci chápou jejich náročnou situaci a jsou – li odborníci vlídní, vstřícní a přátelští, rodiče se postupně upokojí, posílí se jejich důvěra i sebedůvěra a je možné společně dítěti efektivně pomoci ve zlepšení jeho zdravotního stavu i udržení psychické pohody (Sedlářová et al., 2008).

### **1.3 Bolest**

Všeobecně akceptovanou definicí bolesti je charakteristika IASP – International Association for the Study of Pain (Světová organizace pro studium bolesti): „Bolest je nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s aktuálním anebo potenciálním poškozením tkání“ (IASP Taxonomy, 2014). Definice obsahuje důležitý dodatek, že bolest je vždy subjektivní a to i přesto, že vnímání bolesti se liší podle věku, pohlaví, rasy a etnika (Rokyta et al., 2009).

Tento výrok tedy tvrdí, že bolest je nepříjemný smyslový a citový zážitek, což představuje mnohem širší pojetí než dřívější představa, že bolest má jednu jednoduchou dráhu od poškozené oblasti do mozku a jedná se o vjem podobný například vjemu zrakovému či dotykovému. Bolest je komplexní zážitek, jehož kvalita a intenzita jsou ovlivněny také předchozí zkušeností, významem, jaký je bolesti a celkové situaci přikládán a způsobem, jakým se člověk s bolestí vyrovnává (zcela odlišně prožívá zranění kotníku sportovce, který chce dohrát zápas a jinak osamocené dítě v nemocnici) (Janáčková, 2008).

Z časového hlediska lze dělit bolest na akutní a chronickou. Akutní bolest trvá minuty, hodiny, dny až týdny a má význam varovného příznaku poškození či nemoci (u dětí běžná například bolest břicha při akutní apendicitidě nebo bolest v krku při tonzilitidě). V případě akutní bolesti je nejdůležitější zahájit kauzální (příčinnou) léčbu, doprovázenou také léčbou symptomatickou. Bolest trvající déle než 3 měsíce je označována jako bolest chronická (u dětí nejčastěji bolesti hlavy při migréně či bolesti dolních končetin). Analgetika jsou obvykle v případě chronické bolesti nedostačující, je vhodné je doplnit například i nefarmakologickými postupy (fyzioterapie, akupunktura, sugesce, relaxační techniky) (Sedlářová et al., 2008).

Při hospitalizaci ve zdravotnických zařízeních se pacienti setkávají s tzv. procedurální bolestí, která bývá součástí preventivních, vyšetřovacích a léčebných intervencí. Obvykle je krátkého trvání, očekávaná, vyvolávající úzkost a strach. Tento typ bolesti si může dětský pacient vysvětlovat jako trest, zvláště při nesprávném chování rodičů i zdravotníků, proto v tomto případě hraje nezastupitelnou úlohu správný psychologický přístup zdravotnického týmu, zejména sester (Mikšová, 2006).

### ***1.3.1 Patofyziologie bolesti***

Bolest je nepříjemný subjektivní pocit, projevuje se jako častý příznak mnohých onemocnění a představuje signál poruchy nebo narušení funkce či struktury organismu. Vyvolává stresovou reakci, při které dochází k aktivaci sympatiku a k sekreci kortikoidů z nadledvin, jedná se v podstatě o přípravu lidského organismu ve smyslu "bojů nebo úteč" (fight or flight). V případě neléčené bolesti pak proto dochází k omezení ventilace,

tachykardií, zvýšení krevního tlaku, útlumu funkce trávicího a vylučovacího systému a imunosupresi (Sedlářová et al., 2008).

Proces nocicepce (vznik a přenos signálu o bolesti) je neurohumorální proces zahrnující vznik bolesti podrážděním nociceptorů, její vedení nervovými vlákny do mozku a následné zpracování centrálním nervovým systémem (Kalousová, 2008). Etiologie bolesti je mnohostranná - může být způsobena chemickými, biologickými či fyzikálními vlivy, ale také psychickými poruchami na úrovni vnímání bolesti (psychogenní bolest) (Rokyta et al., 2009).

### ***1.3.2 Bolest u pediatrických pacientů***

Bolest je subjektivním prožitkem nejen pro dítě, ale i pro jeho rodiče a zdravotníky - každý z nich má svoji představu o charakteru a intenzitě bolesti, kterou by dítě mělo vnímat, tato představa se však nemusí shodovat se skutečnými prožitky malého pacienta. Je tedy vhodné chování dítěte nebagatelizovat a zamyslet se nad jeho skutečnou reakcí a co je možné z hlediska ošetrovatelské péče udělat, aby se tomuto předešlo (Sedlářová et al., 2008).

Dětská bolest je fenoménem, kterému nebyla dlouhou dobu věnována patřičná pozornost a byl spojován s řadou mýtů a nepravd (Plevová a Slowik, 2010). Do sedmdesátých let 20. století existovalo pouze minimum výzkumů o bolesti a jejím managementu. Léčba dětské bolesti však zaznamenala zejména v posledním desetiletí velký pokrok související mj. i s vývojem a validizací specifických nástrojů pro hodnocení bolesti u dětských pacientů různých věkových skupin, které jsou neustále zdokonalovány. Ve srovnání s výzkumem bolesti u dospělých, znalost a léčba bolesti v pediatrii doposud značně zaostávala vzhledem k nedostatku klinických znalostí, nepřesnému pediatrickému výzkumu a strachu z vedlejších účinků opiátů a následného vzniku závislostí. Problém tedy nebyl v nedostatku soucitu u zdravotníků, ale zejména v tom, že pracovali s nepřesnými a nekompletními informacemi (Verghese a Raafat, 2010).

Ač to bude znít jednoduše, největším pokrokem v oblasti dětské bolesti bylo poznání, že neléčená bolest je významnou příčinou zvýšené morbidity a dokonce

mortality (po chirurgickém traumatu). Pokroky ve vývojové neurobiologii a farmakologii v posledních dvaceti letech a znalost nových analgetik a modernější způsob podání a dávkování těch původních umožnily efektivně ovlivňovat léčbu dětské bolesti. To zahrnuje například ve světě již běžně používané podávání opiátů přes kůži a nosní sliznice, systémová analgetika či nesteroidní protizánětlivá činidla. Analgetika se slabším účinkem, lokální anestezie a analgosedace spolu s opiáty, pokud jsou indikovány, jsou zkombinovány tak, aby se minimalizovaly nežádoucí účinky jednotlivých léků nebo léčebného postupu (Verghese a Raafat, 2010).

Při hodnocení bolesti, při zvažování úspěšnosti léčebných postupů a v neposlední řadě při zmírňování utrpení má sestra naprosto zásadní roli – naslouchací, vyhodnocovací, realizační, informační i edukační. Plnění těchto úloh vyžaduje vysoce specializované znalosti v problematice fyziologie, analgeziologie, farmakoterapie, ale také psychologie, nezbytný je dostatek zájmu, času a pochopení pro dětské pacienty i jejich rodiče (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014). Objektivizace hodnocení a měření bolesti u dětí patří k nejnáročnějším posuzovacím aktivitám sesterské profese - etická povinnost odstranit či alespoň zmírnit utrpení dětských pacientů, je podstatou vysoce humánní ošetrovatelské péče v pediatrii (Boledovičová et al., 2010).

Zásady ošetrovatelského přístupu k bolesti u dětských pacientů shrnuli Baker a Wong (autoři škály hodnocení bolesti podle obličejů - Wong-Baker FACES Pain Rating Scale) do akronymu QUEST - česky: hledej, pátrej (Baker a Wong, 2010). „V českém překladu lze jednotlivé kroky označit akronymem POMÁHEJ: **P**tej se dítěte na bolest. **O**hodnoť bolest podle škály. **M**ěř změny fyziologických funkcí a zhodnoť chování. **A**ktivní účast rodičů. **H**ledej příčinu bolesti nebo zhoršení. **E**liminuj faktory z okolí, které mohou bolest zhoršovat. **J**ednej: proved' opatření proti bolesti a zhodnoť účinek." (Sedlářová et al., 2008, str. 118 – 119).

Zvláštní pozornost z hlediska ošetrovatelské péče by měla být věnována zejména výjimečně zranitelným skupinám, jako jsou novorozenci, kojenci a batolata a mentálně postižené děti. Dále sem lze zahrnout děti obtížně se adaptující na nemocniční prostředí a vysoce rizikové děti jako jsou chronicky a vážně nemocní dětské pacienti podstupující pravidelně bolestivé procedury (Takacs, 2011).

### ***1.3.3 Vnímání bolesti u dětí podle vývojových stadií***

Vnímání, projevy i následky netlumené bolesti se liší podle jednotlivých vývojových období dítěte. Aby sestra mohla dětským pacientům pomoci náročnou situaci zvládnout, musí tyto vývojové odlišnosti znát a vhodně s nimi pracovat (Sedlářová et al., 2008).

Novorozenci, i ti nedonošení, mají dostatečně vyvinutý nervový a endokrinní systém, což jim umožňuje vnímat bolest a reagovat na ni. Bylo prokázáno, že již 26 týdenní fetus je schopen vnímat nociceptivní podněty, které mají své odezvy v podobě stresu (Plevová a Slowik, 2010). Dlouhotrvající a intenzivní bolest může být příčinou problémů nejen v raném postnatálním období, ale může ovlivnit reaktivitu na bolest během celého života. U dětí tohoto věku není možné získat verbální vyjádření bolesti, pozorovatelné jsou pouze změny chování, fyziologických funkcí a pláč, ale i u novorozence je možné stanovit míru bolesti a účinek léčby (American Academy of Pediatrics, 2006).

U kojenců může neléčená bolest vést k poruchám spánku, příjmu potravy, poruchám vazby dítěte na matku. Periferní nervový systém kojence se opakovaným poraněním tkáně (například při odběru krve z patičky) mění a poranění může mít za následek zvýšenou citlivost a déle trvající hyperalgezií. Stres spojený s nepříjemnou událostí může mít vliv na kojencovu reakci na podobnou událost v budoucnu. Spouštěcím signálem nebezpečí, který aktivuje dětskou paměť, může být bílý plášť lékaře, uniforma sestry, určitý zdravotnický nástroj či pouhý „nemocniční zápach“ (McConigle, 2006).

Batolata užívají slovní výraz pro bolest zhruba od osmnácti měsíců věku („au“, „bebí“, „bolí“). Stejně jako novorozenci vyjadřují bolest také napětím těla nebo záškuby, někdy až prohnutím do oblouku; zamračením a stažením obočí, pevně zavřenými očima, hlasitým pláčem; hypersenzibilitou či zvýšenou iritací. Děti ve věku do tří let nerozumí abstraktním konceptům jako je čas, příčina či následek a z tohoto důvodu je pro ně nemožné pochopit, proč se bolest objevila nebo že brzy nastane úleva - vnímají pouze, že to právě teď bolí (Kalousová, 2008).

Děti předškolního věku jsou již schopné vyjádřit bolest slovně - dokáží sice intenzitu bolesti verbálně popsat (bolí to hodně, málo), ale nezhodnotí její prožívání výstižnou slovní charakteristikou. Například bolest při vrtání zubu může dítě předškolního věku označit jako „lechtavou“ či „drnčivou“ (Plevová a Slowik, 2010). Často věří, že si bolest sami přivodily jako trest za své chování, což je pro ně o to více stresující. Nepřemýšlí v souvislostech a nedokážou pochopit, jak jim bolestivý zákrok může pomoci k uzdravení, snaží se získat čas a bolest odložit, bojí se jehel a krve (Sedlářová et al., 2008).

Děti školního věku už využívají logického myšlení, dokážou spojit představu příčiny a následku a akceptují odložení odměny za bolestivý či nepříjemný výkon na pozdější dobu (Sedlářová et al., 2008). Mají bohatou fantazii a jsou schopné si zjistit dostatek informací, některé jejich obavy a představy jsou skutečně děsivé a je obtížné je odhalit (Kalousová, 2008).

Dospívající mají schopnost abstraktního myšlení. Potřebují pocit sebejistoty, důstojnosti a kontroly. Dobrý účinek u nich má nácvik různých technik zvládnání bolesti. Mohou popírat bolest a mají sklony nedodržovat léčebný režim (Plevová, 2012).

### ***1.3.4 Diagnostika bolesti***

Zdravotníci v klinické praxi si musí být stále vědomi toho, že bolest je třeba nejdříve diagnostikovat a teprve následně odstraňovat. Existuje mnoho nástrojů, které byly vytvořeny pro diagnostiku a hodnocení bolesti malých pacientů (Rybářová, 2008).

Výsledkem diagnostického procesu by mělo být určení lokalizace a intenzity bolesti, zhoršujících nebo úlevových faktorů, popis charakteru bolestivých pocitů a dalších doprovodných symptomů (například nauzea, zvracení, zácpa), stanovení vhodného způsobu hodnocení intenzity bolesti pro další období (škály). Nezbytné je důkladné klinické vyšetření, sestavení přesné ošetřovatelské anamnézy a sledování celkového stavu dítěte po celou dobu hospitalizace. Při celém diagnostickém procesu si sestra všimá neverbálních projevů dítěte, jakými mohou být například mimika a paralingvistické projevy (naříkání, pláč, vzdychání), pohyby končetin (bolestivé

ucuknutí, tření daného místa) či vegetativní projevy (dušnost, tachykardie, pocení) (Rybárová, 2008).

Z klinického hlediska je intenzita dětské bolesti jedním z nejdůležitějších diagnostických údajů, od kterého by se měl odvíjet další léčebný a ošetrovatelský postup. Má subjektivní charakter a během nemoci se mění a nelze ji měřit přímo. Získat odpověď na otázku, jak moc to dítě bolí, není pro zdravotníky snadné, není to však ani neřešitelné (Mareš, 1997). Ve zdravotnické praxi je třeba vždy myslet na to, že dětská bolest obsahuje z klinického hlediska pět důležitých aspektů: neurologický, fyziologický, psychologický, behaviorální a farmakologický a komplexní posuzování tedy zahrnuje indikátory fyziologické, verbální, behaviorální, sensorické a kognitivní (Rybárová, 2008).

### ***1.3.5 Topologie bolesti***

Topologie bolesti spočívá v systematickém vyhledávání a sledování míst, která pacient uvádí jako bolestivá a představuje tedy důležitou součást diagnostického procesu. Na počátku 80. let se objevily dva přístupy k určení místa bolesti u dospělých pacientů. Body Parts Problem Assessment vychází z verbální charakteristiky, kdy je pacientovi předložen výčet jednotlivých částí těla a pacient má za úkol numericky posoudit škály a označit místa bolesti (Plevová a Slowik, 2010).

Druhý směr představuje metoda Pain Chart, v překladu mapa bolesti, která byla pediatrii upravena pro použití u dětských pacientů. Používá se několik variant kreseb dětských postav, do kterých děti samy zakreslují místa, kde cítí bolest. Další možností je volná dětská kresba, u které je však třeba počítat s méně realističtějším vyobrazením, ale dítě většinou samo zvýrazní to, co považuje za důležité (Rybárová, 2008).

Klinické studie ukazují, že metoda Pain Chart je vhodná pro děti mladšího školního věku i pro dospívající. Úkol nakreslit vnitřní bolest mohou úspěšně splnit teprve děti desetileté a starší (Plevová a Slowik, 2010).



### ***1.3.6 Způsoby hodnocení bolesti u dětí***

Při hodnocení bolesti u dětí je důležité pochopit vnímání bolesti podle vývojových stádií a podle toho využít adekvátní měřicí nástroj (Kalousová, 2008).

K vyjádření míry bolesti jsou využívány škály zachycující některé odpovědi organismu na bolest. Tyto škály je možné rozdělit na observační a sebehodnotící. Škály zahrnují jak fyziologické ukazatele bolesti (zejména změny srdeční frekvence, krevního tlaku, dýchání, resp. saturace krve kyslíkem), tak indikátory behaviorální (zejména verbální vyjádření, výraz obličeje, pohyby těla). Vhodným prostředkem ke zhodnocení bolesti u dětí jsou připomínky rodičů, kteří dokážou nejlépe zachytit signály svého dítěte (Sikorová, 2011b).

Hodnotící škály bolesti jsou stále více využívány při posuzování stavu dětských pacientů a stávají se tak nezbytnou součástí ošetrovatelské dokumentace. Většina z nich byla vytvořena a validována v zahraničí a byla následně českými sestrami převzata, popřípadě upravena pro místní potřeby. V posledních letech procházejí některé z nich poměrně složitým procesem standardizace (Fendrychová, 2014). Důležitými vlastnostmi v praxi používaných hodnotících systémů jsou především validita (platnost, měření vlastní bolesti, nikoliv pouze doprovodných projevů), reliabilita (spolehlivost, například bez ohledu na kulturní a etnické odlišnosti), dále pak adekvátnost (přiměřenost věku dítěte a měřené dimenzi bolesti), senzitivita (citlivost na změny v bolesti u konkrétního dítěte a choroby), jednoduchost (na pochopení i vyhodnocení) a rychlost (Rybářová, 2008).

Bolest je multidimenzionální jev a k jejímu hodnocení je tedy třeba zvolit multidimenzionální přístup. Optimální je použít kombinaci několika metod s přihlédnutím k věku, předchozí zkušenosti, typu bolesti a celkovému kontextu onemocnění, což umožňuje zabezpečit přesnější a klinicky využitelnější měření dětské bolesti (McConigle, 2006).

#### ***1.3.6.1 Observační škály hodnocení bolesti u dětí***

Observační diagnostické škály se používají zejména u dětí do tří let věku, s nimiž je nesnadné podrobně komunikovat o prožívané bolesti. Existuje mnoho metod, které

hodnotí míru bolesti hlavně u nedonošených dětí a novorozenců, kde vlastní hodnocení dítětem není možné. Novorozenci, zvláště ti předčasně narození, podstupují opakovaně mnoho diagnostických a terapeutických zákroků, které jsou nepříjemné a bolestivé, ale z důvodů léčebné a ošetrovatelské péče nezbytné (Stevens, 2007).

Podle současných poznatků reaguje fyziologický novorozenec na bolestivý podnět nejen somatickými změnami, ale i svým chováním: křikem, změnou výrazu obličeje, pohybem končetin, propnutím těla a trhavými pohyby trupu. (Plevová, 2012).

V ošetrovatelské praxi a studijní výuce v České republice je využívána škála stavu chování SBS (State Behavioral Scale), která byla vytvořena v roce 2006 ve spolupráci s Pensylvánskou univerzitou (Fendrychová, 2014). Byla navržena pro použití u dětských pacientů v intenzivní péči ve věku 6 týdnů až 6 let, kteří nejsou schopni komunikovat verbálně a jsou připojeni na umělou plicní ventilaci. Na základě chování, vegetativních projevů (kašel) a reakcí (na stimuly, na pečovatele, na utišení) je sledována a hodnocena míra sedace či agitovanosti dítěte (Curley, 2006) (Příloha 2).

Z dalších nástrojů pro měření bolesti se využívají také např. škály PBRS (Procedure Behavior Rating Scale) - škála posuzující dětské chování při procedurální bolesti, kdy se sleduje výskyt jedenácti typů chování během bolestivého výkonu ve třech časových fázích, dále metoda PBCL (Pain Behavior Checklist) - inventář bolestivého chování, který sleduje výskyt osmi typů dětského chování pomocí pětistupňové škály. Mezi dalšími hodnotícími škálami lze uvést například NIPS (Neonatal/Infant Pain Scale) – škála bolesti novorozenců (Příloha 3) a PIPP (Premature Infant Pain Profile) – profil bolesti u nedonošenců. Pro hodnocení abstinčních příznaků novorozenců drogově závislých matek je používána škála NWI (Neonatal Withdraw Inventory), která sleduje projevy vzniklé v těhotenství následkem užívání drog matkou, ale zohledňuje i postnatální léčbu dítěte (Fendrychová, 2014).

Mezi jednodušší metody, určené pro pozorování a hodnocení dětské bolesti všeobecnými sestrami, patří například metody posuzování intenzity bolesti v ošetrovatelství NAPI (Nursing Assesment of Pain Intensity) nebo škála dětské bolesti RIPS (Riley Infant Pain Scale) (Plevová a Slowik, 2010).

Observační škály zahrnují vyšetřovací kritéria chování a příznaků poruch a navádějí sestru, jak stav dítěte hodnotit. Přesto vlastní proces hodnocení bývá ovlivněn subjektivním přístupem sestry, jejím vzděláním a zkušenostmi. Proto by se měli sestry i lékaři nejprve s každou nově používanou škálou podrobně seznámit a dohodnout se na jednotném postupu při hodnotícím procesu (Fendrychová, 2014).

#### *1.3.6.2 Subjektivní hodnocení bolesti u předškolních dětí*

V souladu s definicí bolesti dle IASP, která určuje bolest jako zásadně subjektivní prožitek, je sebehodnocení při stanovení intenzity bolesti nejcennější a nejpřesnější. U dětí předškolního věku, jejichž mentální a verbální schopnosti již umožňují bolest lépe specifikovat, se otevírají zdravotníkům při diagnostice bolesti nové možnosti (Plevová, 2012).

Širšího klinického využití doznala, vzhledem ke své časové nenáročnosti a snadné pochopitelnosti, například Metoda pokerových žetonů (PCT - Poker Chip Tool), která je určena pro děti ve věku 4 - 8 let, které již rozumí pojmům "více" a "méně". Děti vyjadřují intenzitu své bolesti počtem žetonů - plastových či papírových koleček, kdy každé kolečko navíc znamená větší míru prožívané bolesti. Metoda, při které je k měření bolesti užíváno kostiček, je nazývána Equal Size Block (Plevová a Slowik, 2010).

Často používanou technikou nejen u dětí je Visual Analogue Scale (VAS) - vizuální analogová škála, jejíž užití je možné u pacientů od 5 let. Pacient na úsečce označí místo, které odpovídá jeho bolesti. Úsečka může být horizontální nebo vertikální, znázornění může být i ve formě trojúhelníku, krajní mezní póly označují "žádnou bolest", na druhé straně je pak uvedena "nesnesitelná bolest". (Příloha 4a) Pro děti může být škála nakreslena i v podobě "teploměru bolesti". Úkolem dítěte je vyznačit, kam až sahá sloupeček bolesti. U starších dětí lze jejich odpovědi formalizovat užitím například posuvného měřidla (Plevová, 2012).

Metoda Faces Scale využívá škálu nakreslených dětských obličejů. Její změněnou variantou je pak Facial Affect Scale, škála afektivních výrazů obličeje. (Příloha 4b) Škály se od sebe odlišují počtem obličejů, způsobem vyobrazení a umístěním obličejů v ploše. Pro děti starší 5 let je používána Coloured Analogue Scale (CAS), při které je

pomocí upraveného posuvného logaritmického pravítka určována barevná a numerická oblast - odstupňování bolesti je vyjádřeno dvěma způsoby, rozšiřující se plochou a změnou barevnosti této plochy. Dítě vyjadřuje svoji bolest tak, že posune pohyblivého jezdce na místo, které odpovídá intenzitě jeho bolesti (Plevová a Slowik, 2010).

Oucher, česky označován jako "bolítoměr", je obrazovo grafická metoda určená dětem od 3 do 12 let a je považována za jednu ze škál s největší validitou (Rybárová, 2008). Pro menší pacienty využívá kombinaci dětských obličejů vyjadřujících různý stupeň intenzity bolesti, pro větší děti je přidána škála s číselnými hodnotami (Příloha 5).

Další možnost zhodnocení bolesti u dětí předškolního věku i dětí mladších představuje analýza kreseb, popř. jiných výtvarných výtvorů. Výzkumy prováděné na toto téma například ukázaly, že většina dětí si spojuje bolest se dvěma výraznými barvami, červenou a černou. U starších dětí je výtvarný způsob znázornění bolesti považován i za určitou formu arteterapie (Rybárová, 2008).

Ať už sestra zvolí jakoukoliv metodu či škálu hodnocení bolesti, vždy je třeba všimnout si chování a všech projevů dítěte a upřesnit si identifikaci bolesti cílenými dotazy. Je-li bolest mírná, dítě na ní může při hře i zcela zapomenout. Naopak při intenzivní bolesti se přestává zajímat o hru, odmítá jídlo, pláče, vyžaduje pomoc. Při nesnesitelné bolesti se pláč stává neutišitelným, dítě je zoufalé, schvácené (Plevová a Slowik, 2010).

Při hodnocení bolesti je velice důležité respektovat a podporovat subjektivní popis bolestivých či nepříjemných pocitů dítětem popřípadě s pomocí jeho rodičů a dítě i rodiče by pak měli být zapojeni do rozhodovacího procesu, jehož výsledkem bude nejvhodnější léčebný postup (Plevová a Slowik, 2010). Je velmi důležité si uvědomit, že primárním zdrojem informací o prožívané bolesti je vždy pacient, bez ohledu na jeho vývojový stupeň a úroveň komunikačních schopností. Sestra při popisu bolesti dítětem může zároveň zjistit, jaká slova a výrazy dítě pro interpretaci bolesti používá. V předškolním věku ještě není natolik vyvinuta potřeba sebekontroly a sebeovládání, a proto verbalizace, chování a vnější projevy dítěte mohou mít významnou výpovědní hodnotu (Rybárová, 2008).

### *1.3.6.3 Subjektivní hodnocení bolesti u školních dětí*

U dětských pacientů školního věku je hodnocení prožívané bolesti relativně jednodušší, jejich slovní zásoba je bohatší a úroveň vyjadřování dokonalejší. Od 10., 11. roku jsou již více schopni uvažovat abstraktně a je možné již komplexně posoudit jednotlivé stránky bolesti (Plevová a Slowik, 2010). Dítě je schopno poměrně přesně popsat kvalitu bolesti, časové souvislosti, změny intenzity bolesti (stupňování či zmírnění bolesti ve sledovaném období či v závislosti na aplikaci analgetické léčby, apod). Mezi nejčastější metody pro hodnocení bolesti u dětí tohoto věku patří proto klinický standardizovaný rozhovor s dítětem i jeho rodiči. Vhodnou formulací otázek je možné dítě motivovat k vyjádření bolesti a pomoci mu při jejím hodnocení. Dítě při správně vedeném rozhovoru dokáže vysvětlit příčinu a někdy i svůj názor na onemocnění či vznik bolesti. Pro efektivní rozhovor musí být vytvořeny vhodné podmínky – klid, soukromí, zabránění nežádoucímu vstupování rodičů do komunikace, atmosféra důvěry a pochopení dětského postoje. Pátrání po skrytých problémech, které často stojí v pozadí a podmiňují vnímání bolesti dítětem, může významně pomoci při léčbě bolesti. Dítě není pouze pasivním příjemcem bolestivých stimulů, ale bolestivý vjem moduluje na základě svých zkušeností, osobnostních rysů, zkušeností a rodinného prostředí (Rybářová, 2008).

Mezi další diagnostické metody pro hodnocení bolesti u dětí školního věku patří již zmiňované vizuální analogové škály v různých variantách a podobách. Nejčastěji se jedná o úsečku s verbálním označením koncových bodů škály, obvykle v podobě slovně – grafické, kdy u nabízené úsečky nejsou popsány jenom její dva krajní body, ale i další úseky – vznikne tak kontinuum typu: žádná bolest, malá bolest, střední bolest, velká bolest, nesnesitelná bolest (Mareš, 1997).

Bolest u větších dětských pacientů lze poměrně přesně vyjádřit pomocí numerických škál, u nichž jsou pomocí číslic odstupňovány přechody od žádné bolesti k nesnesitelné. Numerické metody jsou určeny dětem, které bezpečně ovládají číselné pojmy, dokážou spolehlivě určovat matematické srovnávací vztahy. Obvykle je dětem nabízena škála pětistupňová nebo desetistupňová, výjimečně i stostupňová. U starších dětí je možné požadovat, aby se neopíraly o konkrétní myšlení, ale používaly myšlení

formální – do připraveného rámečku přímo vepíše konkrétní číslici ze stupnice se známými krajními body (např. 0 až 10), která odpovídá intenzitě jejich bolesti (Mareš, 1997).

### **1.3.7 Léčba bolesti**

Léčba a tlumení bolesti představuje základní poslání lékařského a sesterského povolání. Požadavek biopsychosociálního přístupu k pacientovi vede zdravotníky k využití široké škály možností ovlivňování bolesti. V praxi je využívána nejčastěji léčba farmakologická, chirurgická nebo fyzioterapeutická, kterou vhodně doplňují další nejčastěji psychoterapeutické techniky (Janáčková, 2008).

#### *1.3.7.1 Farmakologická léčba*

Farmakologický přístup k řešení bolesti u dětí, při kterém sestra formou závislé intervence plní ordinace lékaře, by měl vždy směřovat k tomu, aby bylo možné bolesti zabránit a předcházet. Analgetika je tedy vhodné podat preventivně a udržovat dostatečnou hladinu tak, aby bolest vůbec nevznikla. Pokud se ale již bolest projeví, je třeba jednat okamžitě a nenechat dítě na léčbu čekat. Léčení „průlomové“ bolesti (z anglického breakthrough – bolest, která prolomila účinek analgezie) vyžaduje vždy vyšší dávky léků (Kalousová, 2008).

Analgetický žebříček WHO dělí analgetika podle účinnosti do tří skupin na slabá, středně silná a silná. (Příloha 6) Do první skupiny neopiátových analgetik patří jednak analgetika – antipyretika (paracetamol, kyselina acetylsalicylová a bazické pyrazolony, např. metamizol) a nesteroidní antirevmatika – antiflogistika (NSA) (ibuprofen, diklofenak, selektivní inhibitory cyklooxygenázy). Ve druhé skupině jsou slabé opioidy (např. tramadol a kodein), ve třetí pak silné opioidy, zejména parenterálně podávané (morfin, fentanyl, sufentanil). Léky první skupiny lze vhodně kombinovat s preparáty ze druhé nebo třetí skupiny (Hakl et al., 2009). Ze studií účinnosti jednotlivých analgetik a jejich kombinací byla sestavena tzv. Oxfordská liga analgetik. Jako nejúčinnější se v léčbě akutní bolesti ukázala kombinace paracetamolu a opioidů, NSA nebo metamizol v monoterapii (Sedlářová et al., 2008).

Opiáty se podávají nejčastěji parenterálně, u dětí se upřednostňuje nitrožilní kanylace. Mnohé děti mají takový strach z injekční jehly, že raději popírají bolest, než aby její léčba byla spojena s intramuskulárním či intravenózním vpichem. Velmi vhodná je tzv. pacientem kontrolovaná analgezie (PCA – Patient Controlled Analgesia). Při této technice je speciální pumpou podávána kontinuálně bazální dávka a pacient může při bolesti stisknutím knoflíku aktivovat pumpu, která podá bolus léku. Tuto metodu lze použít již u dětí od 5 let. Děti mají částečně kontrolu nad léčbou, což snižuje úzkost, dodává sebedůvěru a ve svém důsledku pomáhá snášet bolest lépe (Kalousová, 2008).

Mezi nejnovější způsoby podávání opiátů patří podání transdermální, pomocí náplastí. Je indikované v léčbě chronické bolesti (například nádorové). Lipofilní opiát – fentanyl se z náplasti uvolňuje pomalu a dosahuje stabilní hladinu v krvi. Účinek nastupuje asi po 16 hodinách od nalepení náplasti a trvá ještě 24 hodin po jejím odlepení (Hakl et al., 2009).

Kromě celkově podávaných analgetik je možné použít i svodnou a regionální analgezi, blokády periferních nervů, v posledních letech se i u dětí stále častěji v pooperační péči využívá analgezie epidurální. U dětských pacientů se také osvědčilo lokální znecitlivění pomocí náplasti nasycené anestetickou směsí – EMLA (Eutectic Mixture of Local Anesthetics). Krém nebo náplast poskytuje dostatečnou místní anestezii při kanylaci periferních žil i při drobných zákrocích v oblasti kůže a podkoží zhruba do 5 mm hloubky. V našich podmínkách bohužel brání širšímu používání těchto prostředků vyšší cena (Kalousová, 2008).

Při léčbě bolesti u dětí by sestra měla porozumět farmakodynamice (vztah dávka - účinek) a farmakokinetice (pohyb léku tělem v čase) za účelem překonání zábran v používání analgetik (zvláště opioidních analgetik) (Sedlářová et al., 2008). Ve skutečnosti se u méně než 1 % dětí léčených opiody vytvoří somatický návyk a vznik psychické závislosti je při řádném dávkování extrémně nízký. Nezbytná je samozřejmě pečlivá monitorace podávaných léků a celkového stavu dítěte. Obavy ze závislosti by nikdy neměly ovlivnit léčbu bolesti u dětí (Plevová a Slowik, 2010).

### 1.3.7.2 Nefarmakologická léčba

Nefarmakologické procesní řízení bolesti představuje způsob tlumení bolesti bez léků. Patří sem fyzikální, behaviorální a psychologické techniky sloužící nejen ke snížení pocitu bolesti, ale také ke kontrole strachu a úzkosti doprovázející bolestivý postup či výkon. Metody nefarmakologického managementu bolesti zahrnují odpovídající přípravu na postup, zapojení podporující osoby, vhodnou polohu dítěte a užívání copingových strategií, jako je rozptýlení, odvádění pozornosti či různé relaxační techniky. Sestra si musí být vědoma toho, že bolest je možné účinně zmírnit pouze za předpokladu, že se její léčba zaměřuje na zvládnání všech ovlivňujících faktorů (Takacs, 2011).

Tzv. kognitivní a behaviorální metody jsou většinou založeny na využití dětské fantazie a smyslu pro hru. Lze je však použít i u nejmenších dětí ve formě masáží, hlazení, houpání, polohování do klubíčka nebo audio přenosu intrauterinních zvuků. Jako pomocné techniky lze uplatnit i používání dudlíků či sladkých roztoků. U batolat a předškolních dětí je možné použít k odvrácení pozornosti od bolestivého výkonu bublifuky, různá kukátka či kaleidoskopy, vyprávění pohádek, počítání, je možno zapojit i techniku – notebooky, tablety, videohry. Sestra může také na dítě působit prostřednictvím jednoduché sugesce - vyzve ho, aby si představilo, že si svléká bolest z ruky jako rukavici prst po prstu, že je přikryté kouzelnou peřinkou, která bolest zažene, nebo že může bolest vypnout či ztlumit vypínačem jako světlo. U větších dětí jsou vhodnou metodou k rozptýlení různá dechová cvičení - hluboké pomalé dýchání nebo naopak dýchání mělké a rychlé, rytmické dýchání, například dva nádechy a dva výdechy doplněné citoslovcem „hů“, jako když troubí vlak, nebo pravidelné dýchání, kterým se dítě snaží odfouknout bolest. Starší děti si můžou představit, že se věnují oblíbenému sportu, zálibě nebo jí oblíbené jídlo a představit si i všechny pocity s tím spojené (Kalousová, 2008). Některé děti, zvláště školního věku, používají vlastní účinné metody zvládnání bolesti – například cílené odpoutání pozornosti (odříkávání abecedy pozpátku, počítání v angličtině, apod.) nebo tělesný pohyb (sevření pěstí, zatnutí zubů) (Říčan a Krejčířová, 2006).



Mezi metody, které již vyžadují speciální trénink se školeným instruktorem, popřípadě zvláštní vybavení, patří progresivní svalová relaxace (cílené střídaté napínání a uvolňování hybného svalstva), biofeedback (biologická zpětná vazba s využitím měření tělesných funkcí), transkutánní nervová stimulace (aplikace elektrického proudu přes pokožku za účelem zmírnění bolesti), akupunktura (vpichování tenkých jehel do akupunkturních bodů po celém těle), hypnóza a sugesce. Hypnóza a sugesce představují metody, které jsou u dětí často velmi účinné s minimem vedlejších účinků. Nadaný a empatický instruktor dokáže dítě zavést do světa příjemných či fantazijních představ, pomocí nichž dítě zahání bolest. Všechny tyto metody mohou pomoci v případech chronické, ale i akutní bolesti (Kalousová, 2008).

Lze tedy říci, že základním kamenem správného přístupu k nefarmakologickému řešení bolesti u dětského pacienta je komplexní ošetrovatelská péče, která zahrnuje kromě volby správné metody a techniky také ochranu dítěte před dalšími nepříjemnými stimuly, jako jsou například nadměrný hluk, ostré světlo, tepelný či chladový stresor, nepřiměřená stimulace a také izolace od rodičů (Plevová a Slowik, 2010).

### ***1.3.8 Důsledky nedostatečně tlumené bolesti u dítěte***

Důsledky netlumené bolesti je možné rozdělit do tří oblastí. Mezi krátkodobé důsledky lze zařadit problematické hojení ran, prodloužení doby rekonvalescence, narušený spánek, snížení výkonnosti a mentálních schopností dítěte, poruchy komunikace s okolím (negativně laděná reakce), nedůvěra k rodině, pocit bezmocnosti, úzkosti nebo změny chování například ve smyslu agresivity či apatie (Plevová a Slowik, 2010).

Z dlouhodobého hlediska hrozí u neléčené či opakovaně prožívané bolesti ireverzibilní poruchy neuropsychického vývoje dítěte (narušení vývoje řeči, schopnosti učení a paměti), somatického vývoje (například menší vzrůst). Dále existuje reálné riziko vyššího výskytu sociálních a behaviorálních problémů, v pozdějším věku se mohou objevit sklony k rozvoji depresivního, v krajním případě i sebevražedného chování (Plevová a Slowik, 2010).

Do třetí kategorie spadají fyziologické důsledky bolesti, mezi které řadíme například respirační dysfunkce, kardiovaskulární a gastrointestinální změny, zvýšenou sekreci stresových hormonů, zvýšení krevního a intrakraniálního tlaku, potlačení imunitních funkcí a tím vyšší vnímavost k infekcím (Gabrhelík a Pieran, 2012).

### ***1.3.9 Bariéry v managementu bolesti***

Kromě mýtů o dětské bolesti existuje ve zdravotnictví i řada potenciálních bariér v managementu bolesti. Mezi tyto překážky lze například zařadit zastaralé nebo nedostatečné dovednosti při hodnocení bolesti, nekompletní znalosti fyziologických a behaviorálních známek bolesti u kojenců a malých dětí, přehlížení bolesti spojené s chronickými stavy a nedostatečné pochopení důsledků neléčené či nedoléčené bolesti. Mezi další problematické oblasti patří nepřesně dávkované nebo nedostatečné používání analgetik u dětských pacientů a minimální porozumění účinným nefarmakologickým metodám tlumení bolesti. Za pochybení lze označit také nedostatečný multidisciplinární přístup a nízkou prioritu managementu bolesti (Plevová a Slowik, 2010).

### ***1.3.10 Spolupráce s rodinou***

Péče o nemocné dítě, léčbu bolesti nevyjímaje, musí probíhat ve spolupráci s rodinou, která je pro nemocné dítě nenahraditelnou oporou. Často je úlohou rodičů rozpoznat, že dítě trpí bolestí, a rozhodnout, zda má být léčena, být v roli prostředníka mezi zdravotníky a dítětem. Základem spolupráce mezi zdravotníky a rodinou je vstřícnost a jasná komunikace. K tomu je nutné poskytnout rodině veškeré informace a podporu (Trachtová et al., 2013).

Bylo prokázáno, že jednoduchá, věku odpovídající informace o pooperačním průběhu podaná před operací snížila intenzitu bolesti již u batolat. Sestra by měla u dítěte snížit strach z neznáma, sdělit mu, že bolest je očekávanou součástí plánované léčby, že sice může přijít, ale jistě přijde i pomoc a že nedovolí, aby se stala příliš silnou. Doporučeným postupem je připravit společně s dítětem a rodiči plán zvládnutí bolesti. Důležité je také správné načasování a vhodná forma sdělení informace. Na řadě

oddělení se již i u nás těmto aktivitám věnují speciálně školené sestry, tzv. herní terapeutky (Kalousová, 2008).

Samotní rodiče mají dítě informovat otevřeně a pravdivě. Není dobré tvrdit, že zákrok nebude bolet, ale přiznat dítěti, že bolet může. Rodič má stát během nepříjemného výkonu blízko hlavy dítěte, mluvit na ně, podle věku se dítě pokoušet utěšit nebo rozptýlit hlazením, vyprávěním, apod. Je důležité, aby vědělo, že je v pořádku, když pláče nebo křičí. Rodič nemá pomáhat dítě přidržovat nebo znehybnit, taková situace je pro dítě matoucí, neodpovídá jeho představám o roli rodičů v jeho životě, zvyšuje stres. Rodiče, kteří jsou vhodně poučeni, mohou svému dítěti velmi účinně pomoci snést bolestivý zákrok (Trachtová et al., 2013).

### ***1.3.11 Ošetrovatelský proces u dítěte s bolestí***

Úkolem sestry pečující o dětské pacienty je pohlížet na dětskou bolest jako na ošetrovatelský problém, který vyžaduje řešení. Prostředkem k úspěšnému výsledku je ošetrovatelský proces. Ošetrovatelský proces začíná fyzikálním posouzením stavu pacienta a sestavením ošetrovatelské anamnézy, kdy sestra cíleně shromažďuje potřebné informace a na základě zjištěných údajů stanovuje ošetrovatelskou diagnózu (Mareš, 1997).

Pocit bolesti vede ke vzniku deficitních potřeb v kterékoliv oblasti života dítěte, proto sestra může kromě sesterských diagnóz Akutní bolest a Chronická bolest stanovit řadu dalších ošetrovatelských diagnóz (Boledovičová et al., 2010). Mezi diagnózy vznikající v souvislosti s bolestí lze zařadit například Nespavost, Zhoršená tělesná pohyblivost, Únava, Intolerance aktivity, Úzkost, Neefektivní zvládnání zátěže, Strach, Bezmocnost, Zhoršený komfort, Sociální izolace a další (Nanda International, 2013).

Dalšími kroky ošetrovatelského procesu jsou plánování a realizace ošetrovatelských intervencí. Sestry pracující v českém zdravotnictví nemají pravomoc v rozhodování o indikaci analgetik. Sestra je zodpovědná za to, že ordinace bude splněna a lékař bude včas a správně informován o změně stavu dětského pacienta. Kromě farmakoterapie má však sestra k dispozici řadu nefarmakologických intervencí, které může v rámci svých kompetencí provést za účelem zmírnění či odstranění bolesti.

K těmto možnostem patří, kromě již zmíněných postupů psychologických, například fyzikální metody – některé somatické bolesti mohou být zmírněny působením tepla či naopak chladu. Teplo (nahřívání, obklady, koupel) působí úlevu tím, že zvyšuje krevní cirkulaci a pomáhá odplavovat odpadní metabolity. Chlad (bývá označován jako jednoduché lokální anestetikum) pomáhá redukovat zánět, otoky a tím zmenšuje tlak na senzitivní nervová zakončení (Mareš, 1997).

Dítěti se často uleví tím, že jsou uspokojeny jeho základní fyziologické potřeby – jídlo zmírní nepříjemné svalové kontrakce, dostatečný přívod tekutin eliminuje potíže plynoucí z dehydratace, pravidelné vyprazdňování zabrání nepříjemným pocitům plného močového měchýře či střev. Zejména u malých dětí je nutné zajistit odpočinek a kvalitní spánek, neboť únava zvyšuje citlivost dítěte na bolestivé podněty. Zaujetí správné tělesné polohy pomáhá předcházet bolestivým otlakům, napětí svalů či dýchacím problémům. U dětských chirurgických pacientů musí sestra předpokládat, že každá tělesná námaha způsobuje dítěti bolest. Dokud není operační rána dostatečně zhojena, je třeba na dítě dohlédnout, aby některé činnosti nenarušily hojení rány a zároveň mu pomoci při sebeobsluze a polohování a tím pooperační bolest snižovat (Mareš, 1997).

Nezbytnou součástí ošetrovatelské péče a poslední fází ošetrovatelského procesu je pak vyhodnocení a posouzení splnění či nesplnění stanovených cílů a pečlivé zaznamenání do ošetrovatelské dokumentace. Ošetrovatelskou dokumentaci je třeba vést v průběhu celého procesu co možná nejpodrobněji, aby bylo možné péči o konkrétního pacienta maximálně individualizovat a aby se každý člen zdravotnického týmu mohl se specifickými potřebami dítěte seznámit a vhodně na ně reagovat (Sedlářová et al., 2008).

## **2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

1. Identifikovat základní zdroje strachu u hospitalizovaného dítěte předškolního a mladšího školního věku.
2. Předložit účinné metody ke zmírnění, případně odstranění zdroje strachu.
3. Definovat zásady spolupráce mezi sestrou a hospitalizovaným dítětem, popřípadě jeho doprovodem za účelem zmírnění strachu u dětského pacienta.
4. Zmapovat, jaký způsob diagnostiky a hodnocení bolesti u hospitalizovaných dětí sestry využívají.
5. Zjistit sestrami nejčastěji používané způsoby nefarmakologického tlumení bolesti u dětí v souvislosti s ošetrovatelskou péčí.

### **2.2. Výzkumné otázky**

1. Jaké jsou základní zdroje strachu u hospitalizovaného dítěte?
2. Jaké jsou účinné metody ke zmírnění, resp. odstranění zdroje strachu u dětí?
3. Které zásady spolupráce mezi sestrou a dítětem, popř. doprovodem dítěte přispívají ke zmírnění dětského strachu?
4. Které metody sestry využívají k monitoraci bolesti u hospitalizovaného dítěte?
5. Jaké způsoby nefarmakologického tlumení bolesti v souvislosti s ošetrovatelskou péčí jsou u dětí nejčastěji používané?

### **3 METODIKA VÝZKUMU**

#### **3.1 Metodika a technika výzkumu**

Cílem výzkumného šetření bylo identifikovat základní zdroje strachu u hospitalizovaných dětí a předložit účinné metody a zásady spolupráce s dítětem, případně jeho doprovodem za účelem zmírnění strachu u dětského pacienta. Dále pak zmapovat diagnostiku a hodnocení bolesti u dětí sestrami a zjistit, jaké způsoby nefarmakologického tlumení bolesti jsou v souvislosti s ošetrovatelskou péčí nejčastěji využívány.

Empirická část diplomové práce byla zpracována formou kvalitativní analýzy sesbíraných dat. Výzkumné šetření bylo realizováno z důvodu získání objektivnějšího náhledu na danou problematiku na dvou zcela odlišných pracovištích - na dětském lůžkovém oddělení Nemocnice Písek a na Klinice dětské chirurgie FN Motol v Praze. Potřebná data byla získávána pomocí polostrukturovaného rozhovoru – rozhovory byly vedeny se sestrami a s hospitalizovanými dětmi předškolního a mladšího školního věku. Rozhovor se skládal z deseti otevřených otázek sestavených vzhledem ke stanoveným výzkumným cílům – prvních pět bylo věnováno tématice strachu u hospitalizovaného dítěte, dalších pět se pak zabývalo problematikou bolesti dětských pacientů. Struktura otázek kladených sestram je obsahem Přílohy 6, struktura otázek pro rozhovor s dětskými pacienty a jejich doprovodem je uvedena v Příloze 7. Doslovný přepis rozhovorů je zaznamenán na CD, které je přiloženo k diplomové práci. Rozhovory s respondenty byly dále analyzovány a rozděleny do jednotlivých kategorií a podkategorií, které byly znázorněny v pořadí podle četnosti odpovědí a ve vzájemné souvislosti pomocí schémat v programu Microsoft Word 2007 SmartArt. Výsledky výzkumného šetření byly zaznamenávány za pomoci otevřeného kódování s použitím metody papír a tužka.

Celkový sběr dat probíhal v období od prosince 2015 do dubna 2016. Veškerá data byla získávána od respondentů na základě jejich dobrovolného rozhodnutí za podmínky dodržení anonymity a se souhlasem zdravotnického personálu a zdravotnického zařízení.

### **3.2. Charakteristika výzkumného souboru**

Za účelem zmapování pocitů strachu a možností jeho mírnění u dětských pacientů z pohledu sester a samotných pacientů byly sledovány dva výzkumné soubory - první byl tvořen 12 sestrami, z nichž 6 pracuje na dětském lůžkovém oddělení Nemocnice Písek a dalších 6 na Klinice dětské chirurgie FN Motol v Praze. Věkové složení respondentek z řad sester, včetně délky praxe a nejvyššího dosaženého vzdělání bylo cíleně vybíráno tak, aby bylo rovnoměrně zastoupeno celé spektrum možností. Identifikační údaje sester jsou zpracovány do Tabulky 1 a barevně rozlišené podle místa pracoviště.

Druhý výzkumný soubor pak tvořilo 12 dětských pacientů, z nichž 6 bylo hospitalizováno na dětském lůžkovém oddělení Nemocnice Písek a dalších 6 na Klinice dětské chirurgie FN Motol v Praze. 3 dětské respondenty daného zdravotnického zařízení byli předškolního věku (pro účely výzkumného šetření věková kategorie 5 – 6 let), zbývající 3 mladšího školního věku (věková kategorie 7 – 10 let). Tyto věkové kategorie pacientů byly vybrány cíleně proto, že děti tohoto věku jsou významně ohroženy negativními vlivy hospitalizace a jsou tedy z vývojového hlediska rizikovou skupinou, přesto jsou již schopné verbálně vyjádřit své myšlenky a pocity, které je možné zaznamenat a výzkumně zpracovat. Rozhovory s dětskými pacienty byly vedeny vždy za přítomnosti a často také aktivní účasti rodičů. Identifikační údaje dětských pacientů jsou zpracovány do Tabulky 2 a barevně rozlišené podle místa hospitalizace.

U vybraných respondentů z řad sester a dětských pacientů byl provedeno také šetření za účelem zodpovězení výzkumných otázek, týkajících se metod využívaných sestrami k monitoraci bolesti a způsobů nefarmakologického tlumení bolesti v souvislosti s ošetrovatelskou péčí. Z důvodu srovnatelnosti intenzity prožívané bolesti a použitých ošetrovatelských postupů byli všichni respondenti z řad dětských pacientů v době provedení rozhovoru 3. den po stejném operačním výkonu - laparoskopické apendektomii.

**Tabulka 1 – Identifikační údaje sester**

<b>RESPONDENT SESTRA (VĚK)</b>	<b>PRACOVISŤĚ</b>	<b>DĚLKA PRAXE NA DĚTSKÉM ODDĚLENÍ</b>	<b>NEJVVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ</b>
S (1) – 25 let	Dětské oddělení Nemocnice Písek	3 roky	VŠ – všeobecná sestra
S (2) – 31 let	Dětské oddělení Nemocnice Písek	10 let	SŠ – všeobecná sestra
S (3) – 36 let	Dětské oddělení Nemocnice Písek	11 let	VŠ – dětská sestra
S (4) – 44 let	Dětské oddělení Nemocnice Písek	20 let	SŠ – dětská sestra
S (5) – 52 let	Dětské oddělení Nemocnice Písek	31 let	SŠ – dětská sestra
S (6) – 55 let	Dětské oddělení Nemocnice Písek	37 let	SŠ – všeobecná sestra
S (7) – 23 let	Klinika dětské chirurgie Motol	2 roky	VŠ – všeobecná sestra
S (8) – 30 let	Klinika dětské chirurgie Motol	5 let	VŠ – dětská sestra
S (9) – 39 let	Klinika dětské chirurgie Motol	13 let	VŠ – dětská sestra
S (10) – 40 let	Klinika dětské chirurgie Motol	17 let	VŠ – dětská sestra
S (11) – 50 let	Klinika dětské chirurgie Motol	30 let	SŠ – dětská sestra
S (12) – 58 let	Klinika dětské chirurgie Motol	34 let	SŠ – všeobecná sestra



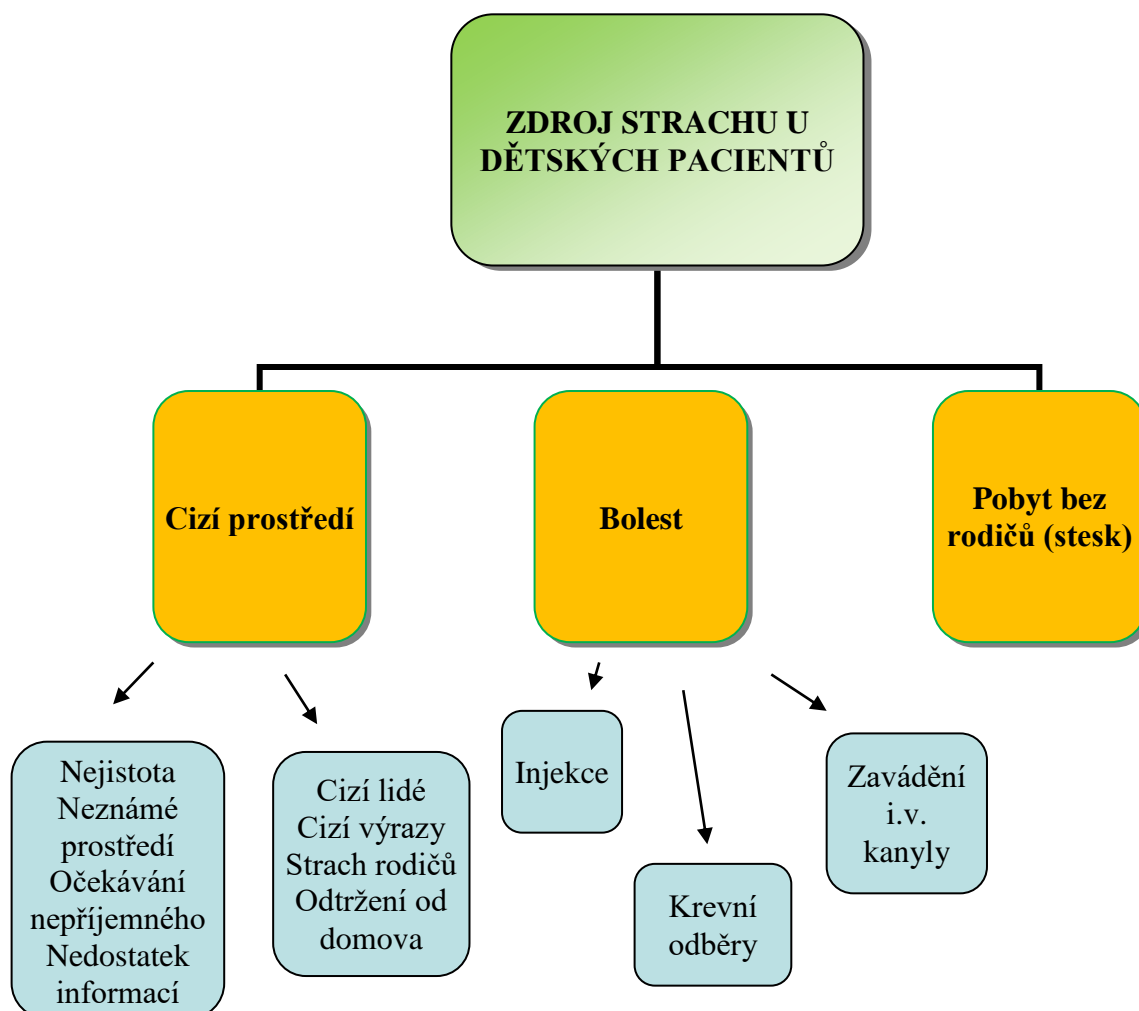
**Tabulka 2 – Identifikační údaje dětských pacientů**

<b>RESPONDENT PACIENT (VĚK)</b>	<b>MÍSTO HOSPITALIZACE</b>	<b>PŘEDCHOZÍ ZKUŠENOST S HOSPITALIZACÍ</b>	<b>DOPROVOD</b>
<b>P (1) – chlapec, 5 let</b>	<b>Dětské oddělení Nemocnice Písek</b>	<b>Ano – cirkumcize ve 3 letech</b>	<b>Ano - matka</b>
<b>P (2) – dívka, 5 let</b>	<b>Dětské oddělení Nemocnice Písek</b>	<b>Ne</b>	<b>Ano - matka</b>
<b>P (3) – dívka, 6 let</b>	<b>Dětské oddělení Nemocnice Písek</b>	<b>Ne</b>	<b>Ano - otec</b>
<b>P (4) – chlapec, 7 let</b>	<b>Dětské oddělení Nemocnice Písek</b>	<b>Ne</b>	<b>Ano - matka</b>
<b>P (5) – chlapec, 9 let</b>	<b>Dětské oddělení Nemocnice Písek</b>	<b>Ano - tonzilektomie v 5 letech</b>	<b>Ne, návštěvy rodiny ano</b>
<b>P (6) – dívka, 10 let</b>	<b>Dětské oddělení Nemocnice Písek</b>	<b>Ne</b>	<b>Ne, návštěvy rodiny ano</b>
<b>P (7) – chlapec, 5 let</b>	<b>Klinika dětské chirurgie Motol</b>	<b>Ano – laryngitis ve 4 letech</b>	<b>Ano - otec</b>
<b>P (8) – dívka, 6 let</b>	<b>Klinika dětské chirurgie Motol</b>	<b>Ano – pokousání psem v 5 letech</b>	<b>Ano – matka</b>
<b>P (9) – chlapec, 6 let</b>	<b>Klinika dětské chirurgie Motol</b>	<b>Ne</b>	<b>Ano - otec</b>
<b>P (10) – dívka, 8 let</b>	<b>Klinika dětské chirurgie Motol</b>	<b>Ne</b>	<b>Ne, návštěvy rodiny ano</b>
<b>P (11) – dívka, 9 let</b>	<b>Klinika dětské chirurgie Motol</b>	<b>Ano – susp. apendicitis v 8 letech</b>	<b>Ne, návštěvy rodiny ano</b>
<b>P (12) – dívka, 10 let</b>	<b>Klinika dětské chirurgie Motol</b>	<b>Ano – popálenina předloktí v 5 letech</b>	<b>Ne, návštěvy rodiny ano</b>

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Výsledky rozhovorů se sestrami

*Schéma 1 - Zdroje strachu u pacientů předškolního a mladšího školního věku*

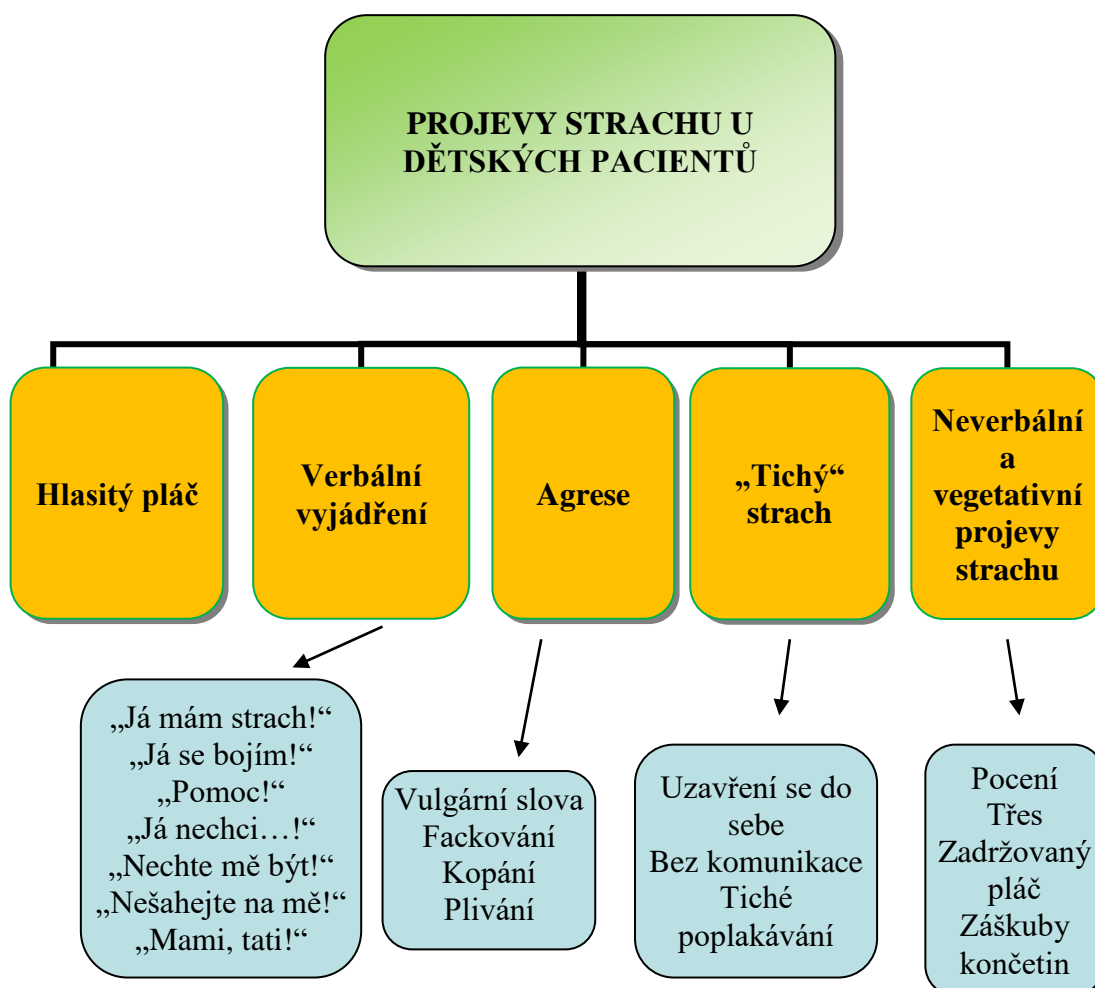


Z výsledků výzkumného šetření na téma možných zdrojů strachu u hospitalizovaných pacientů předškolního a mladšího školního věku vyplývá, že většina respondentek z řad sester (7 sester z dotázaných 12 – konkrétně sestry S1, S2, S3, S7, S8, S9, S10) uvedla takové odpovědi, které lze souhrnně zakódovat pod pojmem „cizí prostředí“. S1 k této otázce hovoří takto: „*Myslím si, že děti jsou vyděšené nejvíce proto, že jsou v místě, které neznají a neví, co je tady čeká a tuší, že to nebude nic*

*příjemného.*“ S2 a S7 se shodují v názoru, že děti se při hospitalizaci nejvíce obávají cizích lidí, které neznají a o kterých neví, co jim budou dělat. Mají obavu, zda jim nebudou ubližovat, neví, co od nich mají čekat. S3 odpověděla v rozhovoru takto: „*Děti se bojí nejvíc té nejistoty, neznáma, cizích lidí a cizích výrazů.*“ Pocit nejistoty a neznámého prostředí zmínila rovněž S8: „*Děti jsou v cizím prostředí, jsou nejisté a vyděšené, nikdo jim nic neřekne.*“ S9 uvedla: „*Děti se bojí toho neznáma kolem sebe, jsou vytržené ze svého prostředí domova, rodiny, kamarádů a najednou je kolem nich plno lidí v bílém a oni neví, co se s nimi bude dít. K tomu jim není dobře, rodiče jsou vyděšení a dítě nechápe proč.*“ S9 zde zmínila fakt, ke kterému se svým názorem přidala i S10, že strach dětského pacienta je ještě vystupňovaný, pokud je dítě svědkem toho, že jeho rodič je také vyděšený, nezakrývá své obavy nebo dokonce pláče. S8 doplňuje: „*Několikrát jsem byla svědkem toho, že dítě bylo celkem v pohodě, ale když vidělo, jak je maminka vyděšená nebo že pláče, začalo se teprve pak bát.*“

S4, S6 a S11 shodně odpověděly, že děti se nejvíce v nemocnici bojí očekávané bolesti. S4 uvedla: *Myslím si, že děti, od té chvíle co vkročí do nemocnice, očekávají, že jim někdo dá injekci, odebere krev, prostě jim udělá něco, co je bude bolet a z toho mají už předem největší strach.*“ S6 dodává: „*Děti mají strach z bolestivých úkonů, z jehel, z injekcí a samozřejmě z vlastní krve.*“ S11 ještě doplnila jako možný zdroj strachu zavádění intravenózní kanyly. S5 a S12 v rozhovoru uvedly, že děti předškolního a mladšího školního věku se nejvíce bojí toho, že budou samy, maminka odejde a jim se bude stýskat.

*Schéma 2 - Projevy strachu u pacientů předškolního a mladšího školního věku*



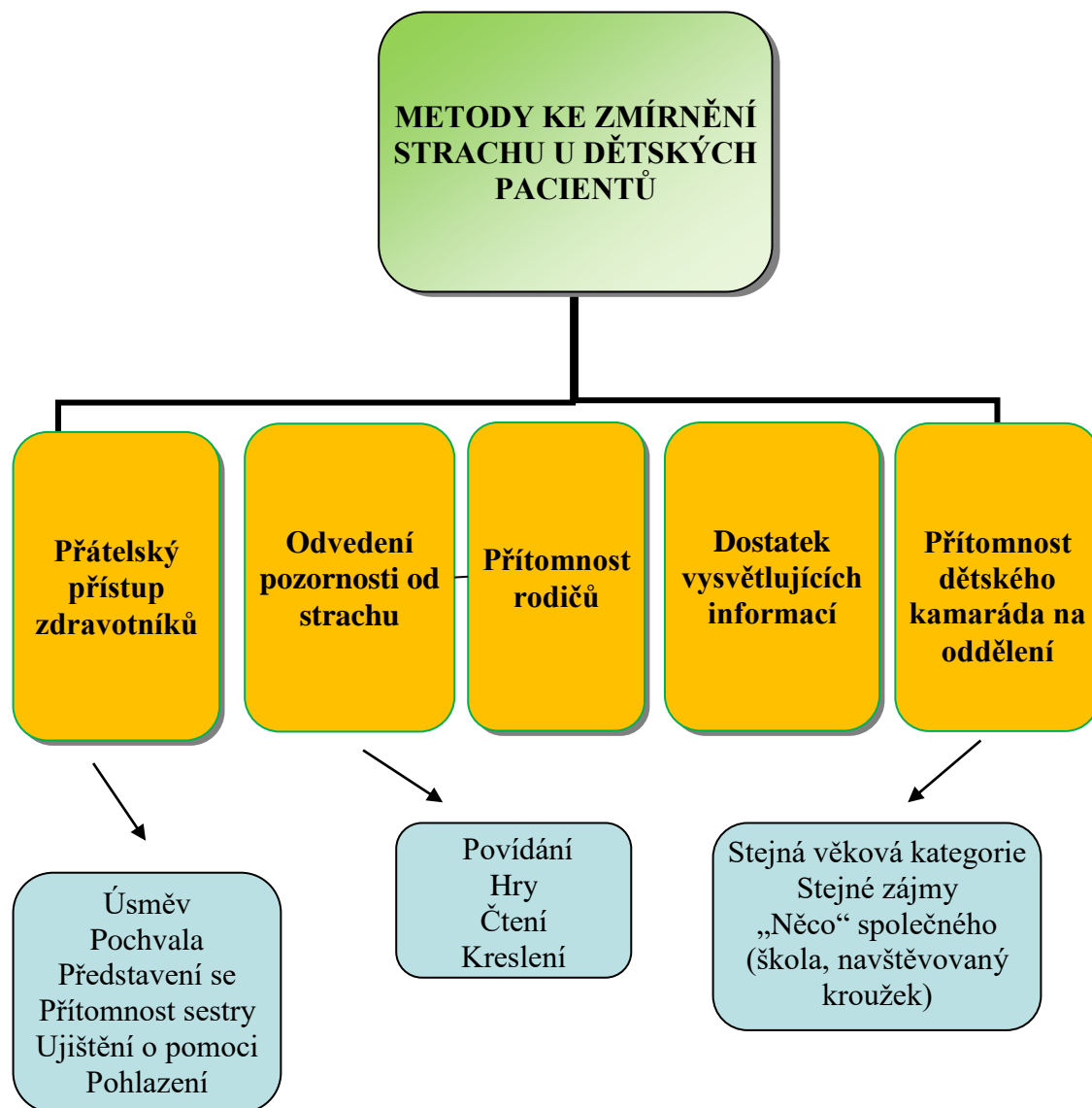
Ve všech odpovědích sester respondentek se v rozhovoru u otázky týkající se projevů strachu u dětských pacientů objevila odpověď „pláč“. S12 tímto svoji odpověď ukončila, S1 – S11 dále uvedly jako projev dětského strachu „křik“. Tyto sestry kromě S6, S8 a S9 také odpověděly ve smyslu, že „to děti samy řeknou, že mají strach“. Kromě verbálního projevu „Já se bojím!“ a „Mám strach!“ uvedly sestry jako nejčastější slovní vyjádření strachu také „Pomoc!“ „Já nechci...!“ „Nechte mě být!“ „Nešáhejte na mě!“ a dovolávání se pomoci rodičů.

U šesti odpovědí (S1, S2, S3, S4, S7, S11) se také objevila odpověď týkající se projevů agrese. S1 uvedla: *V naší práci musíme počítat s tím, že když se menší děti bojí, jsou často agresivní - snaží se kolem sebe kopat, mlátit, plivou a bývají vulgární. Je třeba to brát rozumně, ony často opravdu nemají jinou možnost jak dát najevo to, že mají strach.* S2, S4 a S7 rovněž zmínily kopání a vulgarismy, S3 a S11 doplnily plivání a pokus o fackování zdravotníků.

4 sestry (S2, S5, S8 a S9) zmínily v rozhovoru také projevy, které lze souhrnně označit jako „tichý“ strach. S2 tento stav popsala takto: *„Dítě se uzavře do sebe, neodpovídá nám, nekomunikuje, občas tiše pláče, má strach, ale nechce nebo neví jak o tom mluvit.“* S5 uvedla, že *„dítě trpí uvnitř.“*

Pouze S5 a S9 zmínily také neverbální a vegetativní projevy strachu. S5 uvedla: *Někdy se hlavně děti mladšího školního věku snaží chovat dospěle, statečně, jsou moc šikovné, přestože je poznat, že se bojí – potí se jim ruce, třesou se, reagují nepřirozeně, přemáhají pláč – je třeba vždy takové chování ocenit, dát jim i malou odměnu a hlavně je pochválit za statečnost!“* S9 doplnila svoji odpověď takto: *„Některé děti se snaží svůj strach nedat najevo, ale třeba při krevním odběru ucukávají rukou, nekontrolovaně se jim třese jedna z končetin, potí se, tečou jim slzy, apod. Vždy děti chválíme a opravdu takové chování oceníme.“*

Schéma 3 - Metody ke zmírnění strachu u dětských pacientů



8 sester (S1, S3, S4, S5, S6, S8, S9, S10) z 12 dotázaných uvedlo jako účinnou metodu ke zmírnění strachu techniku, kterou lze označit pojmem „přátelský přístup zdravotníků“. 5 z těchto sester (S1, S3, S4, S6, S9) zdůraznilo význam úsměvu, S3 doslova uvádí: „*Během své praxe jsem si již několikrát ověřila, jakou sílu má i u úplně malých dětí úsměv. Děti reagují pozitivně na pozitivně naladěnou tvář. Jako „hodnou“*“

označují většinou sestru, která se často směje a usmívá se na ně.“ 5 sester (S1, S3, S4, S6, S8) také vyzdvihlo význam pochvaly, ocenění jejich statečnosti. S2 k této otázce uvedla: „*Děti se cítí úplně jinak, dospěleji, když je pochválíte, oceníte, jak jsou šikovné, co všechno zvládají a vůbec se nebojí.*“ 3 sestry (S6, S9, S10) na tuto otázku odpověděly, že je důležité, aby dětské pacienty věděli, že „sestra je tady pro ně“. S9 dodala: „*Mnoho dětí uklidní, když ví, že nebudou samy, že když jim třeba večer bude smutno po rodičích, že sestra tady bude pořád a ony za ní mohou kdykoliv přijít a ona je neodbyde.*“ S10 doplnila k této oblasti také důležitost fyzického kontaktu, konkrétně pohlazení.

Jako další účinnou metodu ke zmírnění dětského strachu uvedly sestry S2, S3, S7, S8, S10, S11, S12 „odpoutání pozornosti“. Nejčastěji mezi odpověďmi respondentek (pětkrát – S3, S7, S8, S10, S11) zaznělo „povídání“. S11 svoji odpověď rozvedla takto: „*Důležité je, aby děti na strach nemyslely, dobré je si s nimi hodně povídat – třeba o tom, co je baví, co rádi dělají, kam pojedou s rodiči na prázdniny, kam chodí na školu, jestli mají sourozence, jak se jmenuje jejich kamarád a jak si spolu hrají, možností je mnoho, bohužel ten čas na to chybí.*“ Sestry u této kategorie také zmiňovaly jako možnost zmírnění strachu „hry, hraní si“ (S3, S8, S11), dále pak „čtení“ (S2) a „kreslení“ (S10). K tématu hry S3 uvedla: „*Na oddělení máme k zapůjčení mnoho stolních her, karty, pexeso. K tomu máme hezky zařízenou hernu, kde je spousta hraček a chodí k nám pravidelně herní klaun, který děti zabaví a udělá jim zvířátka z balónků, apod. Když si s dětmi někdo hraje, zapomenou i na strach a vůbec na to, že jsou v nemocnici.*“

5 sester (S7, S8, S10, S11, S12) z těch, které uvedly odpoutání pozornosti jako svoji odpověď, však doplnily, že na tuto metodu bohužel často nemají ve svém pracovním dni dostatek času. S10 doslova řekla: „*Vím, že dětem, které se v nemocnici bojí, pomůže, když odvedou svoji pozornost jiným směrem. Nejlepší je, když si s nimi někdo hraje, povídá, kreslí, my jako sestry na to bohužel nemáme tolik času, kolik by bylo třeba. Proto oceníme, když si s nimi hrají rodiče, kamarádi, přijde herní klaun nebo tu máme studentky na praxi a ty děti zabaví. Nejlepší je samozřejmě přítomnost rodičů.*“

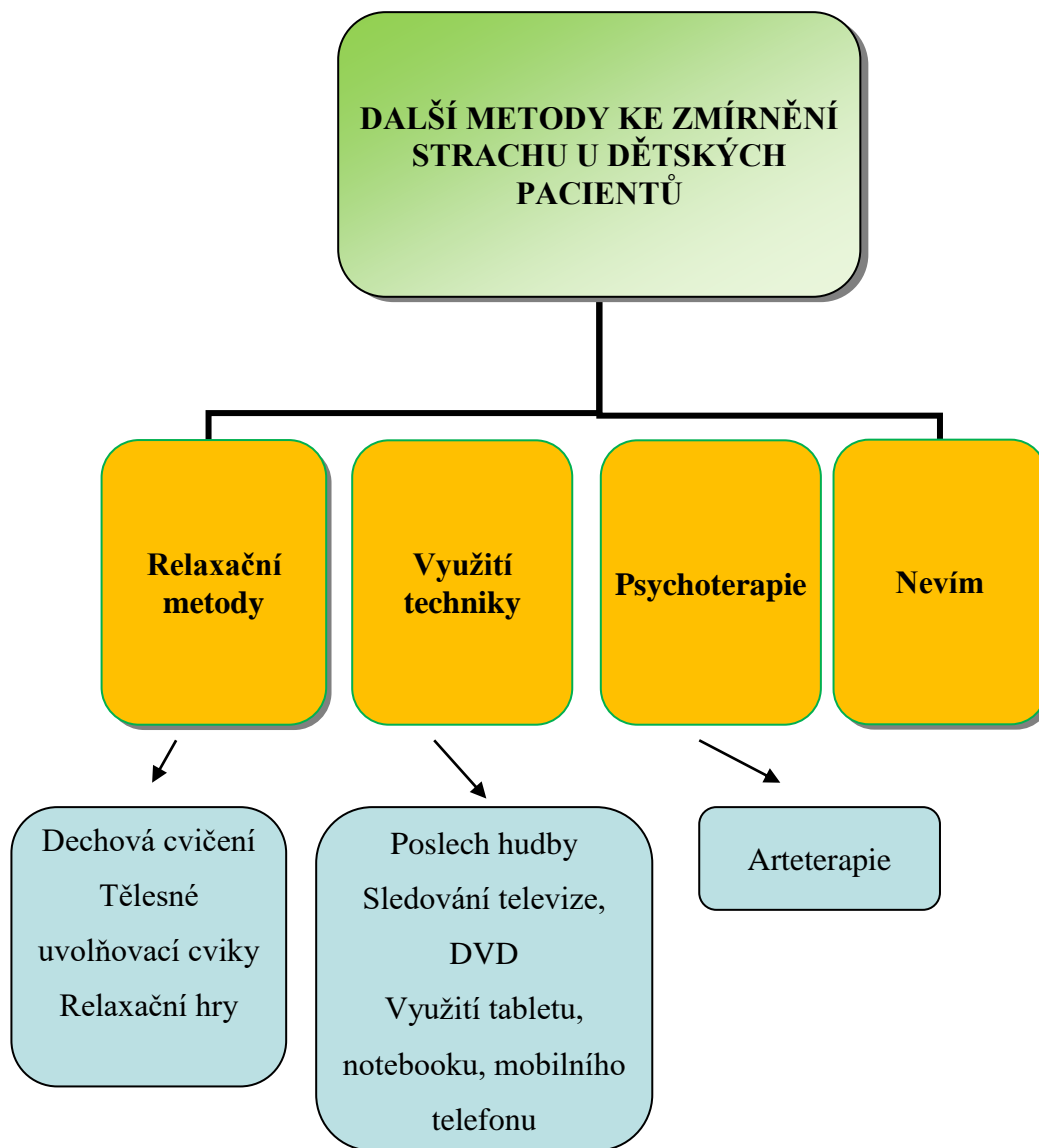
7 z dotázaných sester (S3, S4, S5, S7, S8, S10, S12) zmínilo jako účinnou metodu v boji s dětským strachem přítomnost rodičů dítěte (stejný počet respondentek jako u kategorie „odpoutání pozornosti“ - v grafickém diagramu znázorněno vodorovnou čarou). S12 odpověděla doslova takto: *„I když se my, jako zdravotníci, snažíme sebe víc, aby se dítě nebálo a bylo v pohodě, stejně nikdo nevymyslel nic lepšího než přítomnost maminky nebo tatínka a v nemoci je dítě potřebuje víc, než kdykoliv jindy.“*

4 respondentky (S1, S2, S8, S11) také uvedly k tématu metod mírnění strachu u dětského pacienta důležitost dostatku informací. S2 doslova uvádí: *„Dítě prostě potřebuje vědět, co se s ním bude v nemocnici dělat, co ho čeká. Když ho zavřeme na pokoji a nikdo mu nic neřekne, dítě je vyděšené a neví, co bude dál. Když mu srozumitelně a přiměřeně věku vysvětlíme, co budeme vyšetřovat a léčit a to nepříjemné, například krevní odběry, hned uděláme, je dítě klidnější.“*

2 respondentky (S1 a S3) také zmínily důležitost přítomnosti dětského kamaráda na oddělení. S1 uvedla: *„Už jsem několikrát zažila, že dětem se ani nechtělo z nemocnice domů, když si na oddělení, někdy přímo na pokoji našly kamaráda nebo kamarádku. Je dobré na to myslet už při umisťování nového dětského pacienta na pokoj – dítě by mělo být hospitalizováno s někým přibližně stejného věku a ideální je, když mají třeba stejnou školu nebo kroužky, prostě něco společného, co je sblízuje. Často takové přátelství trvá i po propuštění z nemocnice.“*



*Schéma 4 - Znalost dalších metod ke zmírnění strachu u dětských pacientů*



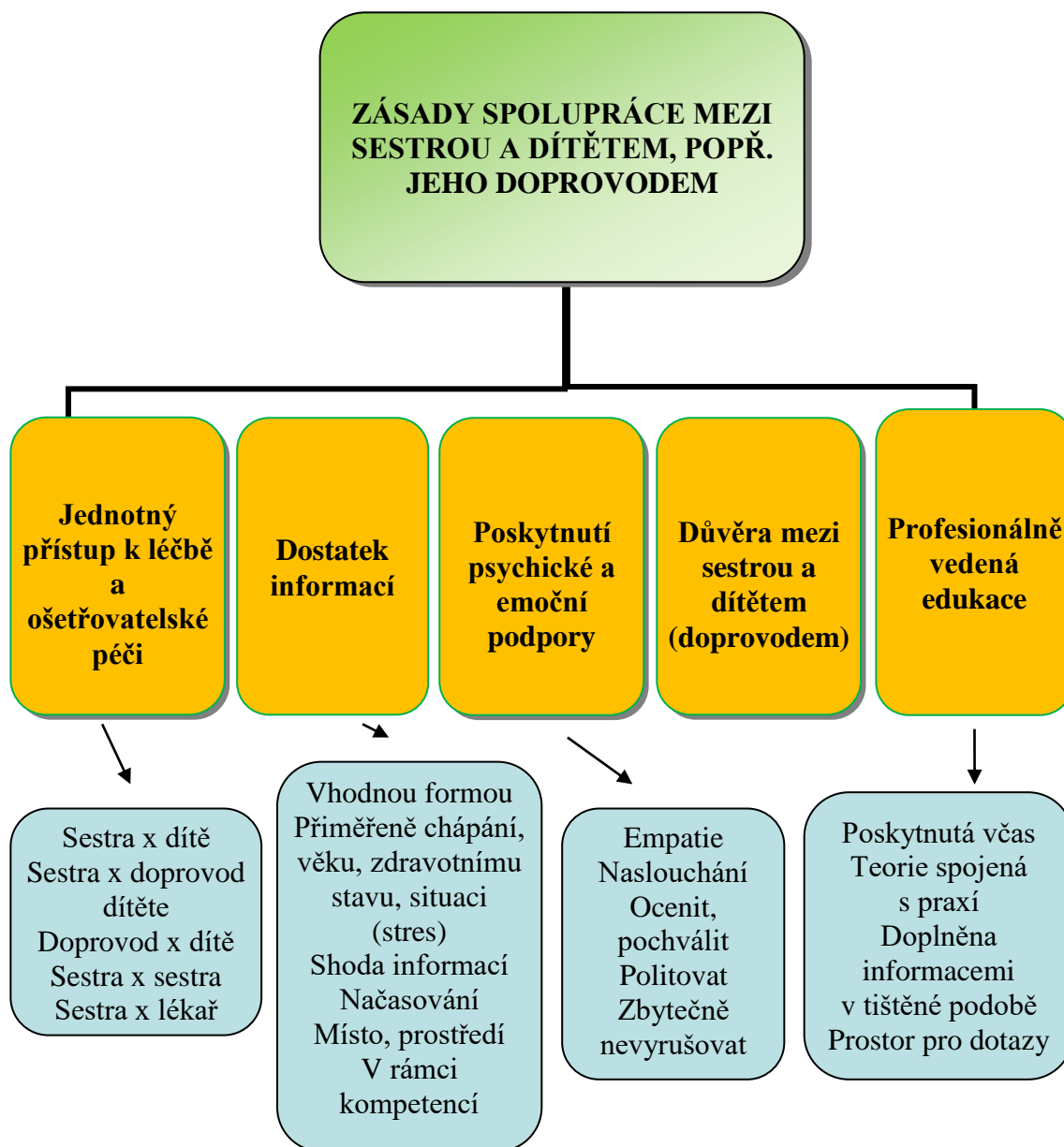
K otázce na další možné metody ke zmírnění strachu u hospitalizovaného dítěte, které sestry znají, uvedlo 5 respondentek (S1, S5, S8, S9, S12) relaxační techniky. S5, S8 a S12 zmínily jako příklad relaxačních technik dechová cvičení, S1 uvedla uvolňovací cviky končetin a celého těla, S9 odpověděla: „Účastnila jsem se nedávno dokonce semináře, který byl zaměřen na dětské relaxační metody a překvapilo mě, kolik možností, většinou formou hry, existuje. Vybavuji si například relaxační cvičení nazvané

*Balónek, kdy se dítě jako balónek pomalu nafoukne a volně si létá. Je možná škoda, že v ošetrovatelské praxi se zatím těchto technik příliš nevyužívá.“*

4 sestry (S6, S7, S10, S11) uvedly jako další možnost ke zmírnění strachu využití techniky na oddělení. S6 a S10 zmínily poslech hudby (S10 konkretizovala hudbu relaxační), S7 a S11 shodně uvedly sledování pohádky nebo oblíbeného pořadu v televizi či na DVD přehrávači, S11 navíc doplnila možnost využití tabletu, notebooku, či mobilního telefonu.

2 z dotázaných sester (S2 a S4) zmínily jako další metody, které jsou jim známé, možnosti psychoterapie, S2 uvedla konkrétně arteterapii a možnost výtvarného tvoření na dětském oddělení. 1 respondentka (S3) k této oblasti uvedla, že již neví, nic jiného, než co bylo zmíněno v odpovědi na předchozí otázku, ji nenapadá. Ostatní respondentky, které další konkrétní techniky k mírnění strachu u dětí uvedly, však dodaly, že je v praxi téměř nevyužívají.

*Schéma 5 - Zásady spolupráce mezi sestrou a dítětem, popř. jeho doprovodem za účelem odstranění dětského strachu*



V této otázce byly sestry dotazovány na formulaci zásad spolupráce mezi nimi a dítětem nebo jeho doprovodem s ohledem na zmírnění pocitů strachu u hospitalizovaného dítěte. 7 sester (S1, S2, S4, S5, S7, S8, S12) z 12 dotázaných

uvedlo důležitost jednotného postupu mezi zdravotníky (včetně lékařů) a dítětem, resp. jeho doprovodem. S2 doslova uvedla: „*Jako hlavní zásadu efektivní spolupráce bych uvedla jednotný postup při péči o hospitalizované dítě. Když dítě vidí, že sestra mu říká to samé co pan doktor a maminka, je klidnější, není zmatené, získává pocit důvěry, že je o něj dobře postaráno. To samé platí i pro rodiče dítěte – musí dostávat stejné zprávy od všech zdravotníků a pokud na nějaký dotaz rodiče neumím odpovědět, je lepší si informaci zjistit, zeptat se a nevytvářet zbytečně zmatek.*“ S5 odpověděla takto: „*Důležitá je shoda nejen mezi sestrami a pacientem, ale i mezi sestrami navzájem – je třeba pořádně si předávat hlášení a nešířit dál neověřené informace.*“ Velký význam má i jednotný názor na nutnost hospitalizace, od kterého se pak odvíjí ochota dítěte k léčbě. S1 k tomuto doplnila: „*Někdy je pro rodiče těžké zvláště menšímu dítěti vysvětlit, že hospitalizace není trest, ale něco, co je nutné pro jeho uzdravení. Když se s tím dítě smíří, je i jeho spolupráce se zdravotníky lepší.*“

5 sester (S3, S4, S5, S9, S10) zmínilo k tématu zásad úspěšné spolupráce význam dostatku informací. S4 odpověděla: „*Dítě a někdy hlavně jeho rodič musí vědět, co se bude dít dál, co se s jejich dítětem bude dělat, jak je naplánovaná léčba, jaká vyšetření je čekají. Rodiče si často stěžují: „On nám nikdo nic neřekl, proč tady vlastně jsme, když si nás nikdo nevšímá!“ Myslím si, že zdravotníci jsou povinni podat dítěti a jeho doprovodu co nejvíce informací, ale s ohledem na aktuální stav, tím myslím, že když je při příjmu maminka vystrašená a neví, co dřív, je zbytečné ji ještě zatěžovat informacemi, které lze sdělit později.*“ 4 sestry (S3, S5, S9 a S10) také uvedly názor na způsob podání informací v nemocničním prostředí. S3 uvedla: „*Informace by měly být směřovány hlavně k dítěti a podány formou přiměřenou jeho věku, chápání i zdravotnímu stavu, ale realita je taková, že když je s dítětem přítomný doprovod, mluví lékař nebo sestra hlavně s tím doprovodem. Ale i tady platí zásada, že bychom měli informovat jasně a srozumitelně.*“ S10 doplnila význam vhodného načasování a klidného místa k rozhovoru, S9 vyzdvihla důležitost shody informací od všech členů zdravotnického týmu. S5 pak zmínila důležitý aspekt poskytování informací: „*Je třeba si uvědomit, že informace dítěti a jeho doprovodu můžeme poskytovat pouze v rámci*

*svých kompetencí, takže třeba informace o nově stanovené diagnóze nebo prognóze sděluje pouze lékař. “*

5 sester (S6, S7, S9, S10, S12) také uvedlo k tématu spolupráce za účelem zmírnění strachu dítěte faktory, které lze souhrnně označit jako „Poskytnutí psychické a emoční podpory“. Do této kategorie je zahrnuta podpora dítěti i jeho doprovodu. 3 ze sester (S6, S10, S12), které zmínily tuto alternativu, použily u popisu dané subkategorie slovo „empatie“ a „naslouchání“. S10 doslova odpověděla: *„Většina maminek se prostě potřebuje vyprávět a někdy jsou opravdu vděčné za to, když jenom posloucháme nebo vyjádříme pochopení pro její situaci, pocity, řekneme – vím, že je to těžké, já Vás chápu.“* S7 a S9 uvedly také význam pochvaly, ocenění dítěte i přístupu matky, S9 svoji odpověď doplnila takto: *„U hodně dětí zabírá pochvala spojená s politováním – chudáčku, tebe to bolí, vid’? Ale ty jsi statečný, to zvládneme.“* Pouze 1 sestra (S10) zmínila potřebu klidu, zbytečného nevyrušování: *„Vím, že matky opravdu ocení, když je s dítětem necháme například v klidu vyspat, nebudíme je s věcmi, které snesou odklad. Nebo když dítě zbytečně nestresujeme výkony na ambulanci, když je lze provést i na pokoji, strach v dětech vzbuzuje i zbytečné oddělování od matky, například když si matka odskočí na záchod a sestra v tu chvíli dítě vezme na odběry.“*

2 respondentky (S6 a S11) uvedly zásadu navození atmosféry důvěry mezi sestrou a dítětem, včetně jeho doprovodu a další 2 sestry (S8 a S10) zdůraznily význam dobře provedené edukace. S8 konkrétně uvádí: *„Matky jsou často vyděšené, že nezvládnou nové věci v péči o nemocné dítě, například péči o nasogastrickou sondu či PEG a svůj strach přenáší i na dítě. Důležité je, co nejdříve matku edukovat, vše si s ní vyzkoušet, nechat prostor na dotazy a dát jí edukační materiál i v tištěné podobě.“*

Schéma 6 - Metody používané sestrami k diagnostice bolesti u dětských pacientů



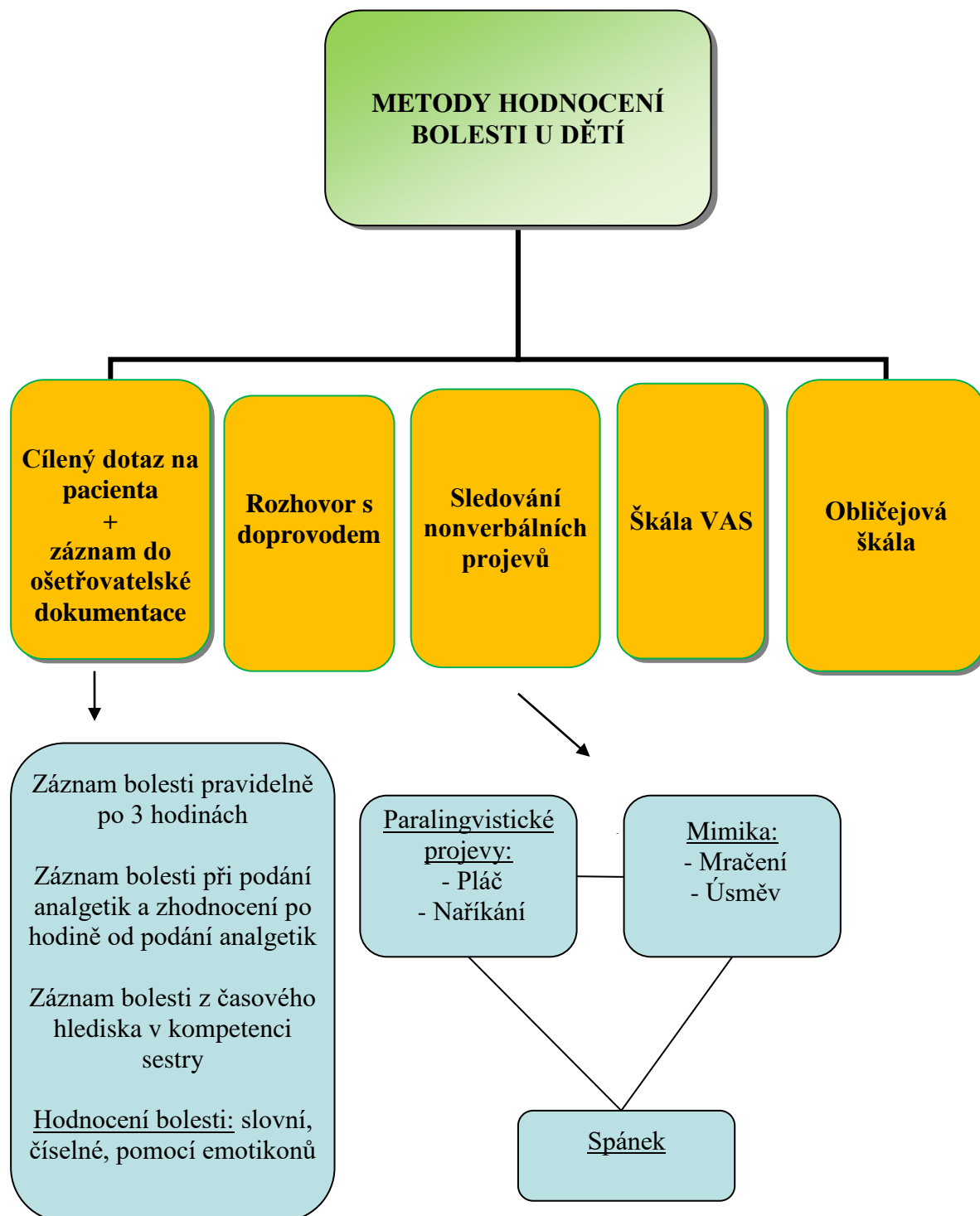
11 respondentek z 12 (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11) uvedlo jako hlavní metodu diagnostiky bolesti u dětí rozhovor s dětským pacientem s využitím cílených dotazů na bolest. Desetkrát (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10) zazněla otázka: „*Co tě bolí?*“ Popř. „*Kde to bolí?*“ Dále pak sestry uváděly otázky k bližší diagnostice bolesti: „*Jak moc to bolí?*“ Popř. „*Jak je bolest silná?*“ (S2, S4, S5, S6, S7, S9), „*Bolí to v klidu, při pohybu?*“ (S5, S7, S9, S10). Tříkrát byl zmíněn dotaz na úlevové a zhoršující faktory (S1, S3, S7) a dvakrát otázka týkající se doprovodných obtíží (S1, S2).

7 respondentek (S2, S3, S5, S6, S8, S9, S10), které uvedly rozhovor s dětským pacientem jako zásadní metodu pro diagnostiku bolesti, přidaly ke své odpovědi i význam rozhovoru s doprovodem dětského pacienta, respondentka S12 dokonce rozhovor s doprovodem zmínila jako metodu hlavní: „*Myslím si, že dost důležité je probrat charakter a projevy bolesti nejlépe s matkou, která své dítě dobře zná a je schopná posoudit i takové faktory, jakými jsou například práh bolesti, schopnost dítěte zvládat zátěž, chování dítěte v domácím prostředí - když bolest nemá, jak je dítě citlivé, apod.*“ Sestry S3, S5 a S6 k tomuto ještě doplnily význam znalosti citových a emočních projevů dítěte v klidu a při zátěžových situacích.

7 sester (S2, S3, S5, S6, S8, S9) také vyzdvihlo důležitost sledování nonverbálních projevů dítěte trpícího bolestí. 3 respondentky (S2, S3, S8) uvedly mimiku (tvář zkřivená bolestí, bez úsměvu, mračení se), 3 respondentky (S1, S5 a S6) zmínily pláč a nařikání, S1 uvedla i zaujímání úlevové polohy, S9 kromě mimiky a paralingvistických projevů doplnila odpověď ještě o nutnost sledování vegetativních projevů dítěte: „*Na první pohled je vidět, že dítě trpí bolestí – má charakteristickou mimiku, pláče, nařiká, vzdychá, rychle dýchá a potí se, je celkově vyčerpané, nechce si hrát.*“

2 respondentky (S4, S7) také uvedly důležitost klinického zhodnocení sestrou (pohled, pohmat, observace celkového stavu, měření fyziologických funkcí) a 2 respondentky (S10, S11) zmínily význam sledování doprovodných projevů bolesti, jakými jsou například febrilie, ztráta vědomí či nauzea.

Schéma 7 - Metody používané sestrami k hodnocení bolesti u dětských pacientů





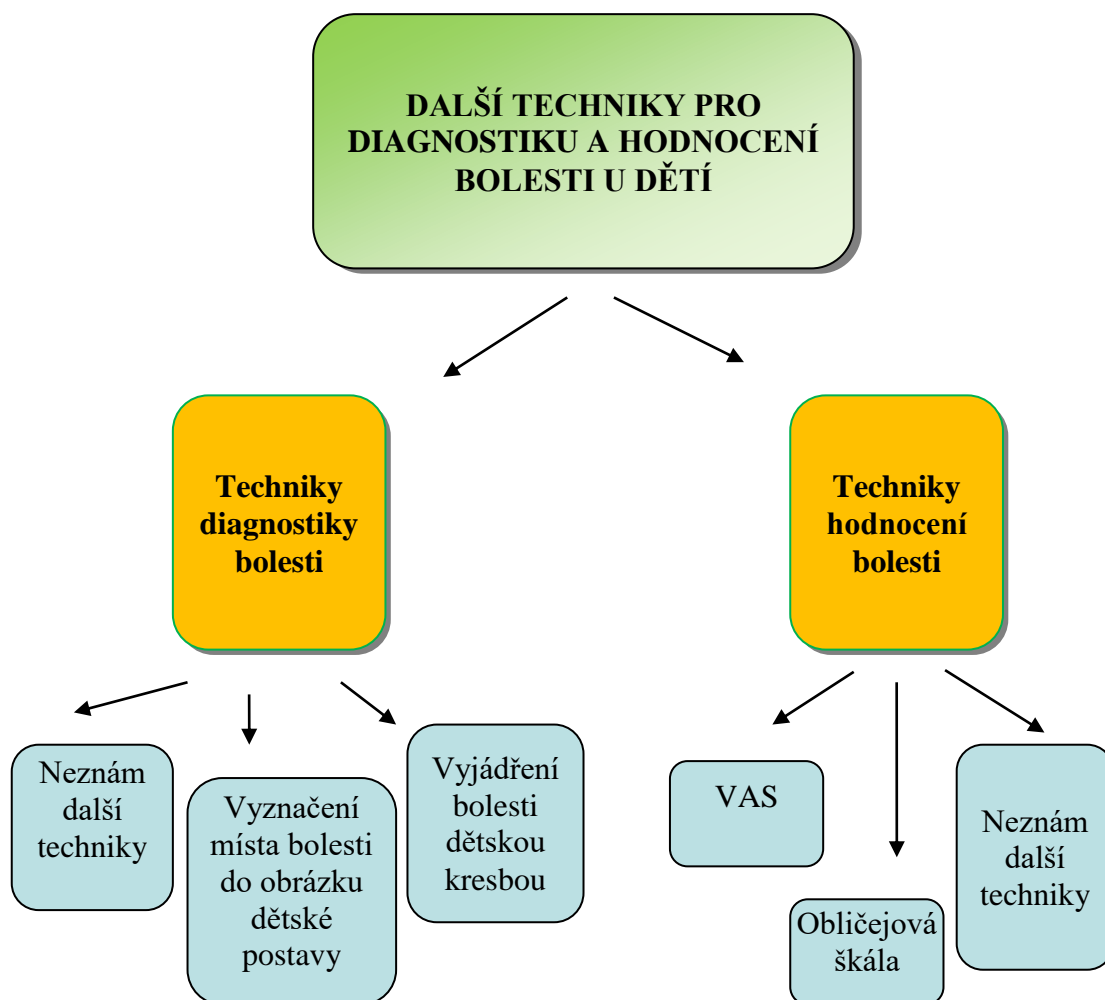
Všech 12 respondentek uvedlo, že bolest hodnotí zejména na základě cíleného dotazu na dětského pacienta a zjištěnou informaci pak zaznamenají do ošetrovatelské dokumentace. Forma zápisu a časový interval pro monitoring bolesti se však liší podle dotazovaného pracoviště. Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6 pracující na dětském oddělení Nemocnice Písek uvedly, že hodnotí pooperační bolest automaticky po 3 hodinách, v případě, že dítě udává takovou bolest, která vyžaduje podání analgetik, zhodnotí sestra intenzitu bolesti v okamžiku podání analgetika a dále pak s hodinovým odstupem za účelem zjištění efektu podaného léku. Sestry S7, S8, S9, S10, S11 a S12 pracující na Klinice dětské chirurgie v Motole monitorují pooperační bolest a vedou záznam hodnocení bolesti na základě vlastního zvážení s ohledem na individuální stav dětského pacienta. 7 z dotázaných sester (S1, S2, S3, S4, S5, S7, S8) uvedlo, že intenzitu bolesti udávanou dítětem hodnotí číslem od 1 do 5, kdy 1 vyjadřuje bolest nejmenší intenzity a číslo 5 udává nejsilněji pociťovanou bolest. 3 respondentky (S6, S10, S11) používají slovní hodnocení a 2 respondentky (S9, S12) upřednostňují emotikony, tzv. „smajlíky“.

5 respondentek (S2, S3, S4, S9, S10) také uvedlo, že přínosnou metodou k hodnocení zejména pooperační bolesti je rozhovor s doprovodem dítěte. S4 řekla: *„Zvláště u dětí po operačním výkonu, které jsou ještě ovlivněné doznívající anestezii, je někdy lepší zeptat se doprovodu, jak se například od příjezdu ze sálu bolest vyvíjela, nebo za jak dlouho po podání analgetik dítě udávalo zlepšení bolesti nebo usnulo.“*

3 z dotázaných sester (S1, S5, S6) zdůraznily význam sledování nonverbálních projevů dítěte jako důležitého faktoru hodnocení bolesti. S5 k této oblasti uvedla: *„Pokud přijdu za dítětem na pokoj a vidím, že před hodinou brečelo a teď se směje a má chuť k jídlu, nemusím se skoro ani ptát, jestli je bolest menší. Nebo naopak když dítě usne, je to taky dobré znamení, že bolest není příliš silná.“*

2 respondentky (S8, S11) uvedly jako techniku pro hodnocení bolesti vizuální analogovou škálu VAS. S11 ale k tomuto říká: *„VAS na oddělení používáme, ale spíše u větších dětí, u čerstvých operantů se moc neosvědčila, nejsou často schopní plně spolupracovat.“* Pouze S8 udala jako hodnotící metodu dětské bolesti také obličejovou škálu, opět ovšem upozornila, že: *„....není u operantů moc využívána, ale na oddělení s ní občas pracujeme.“*

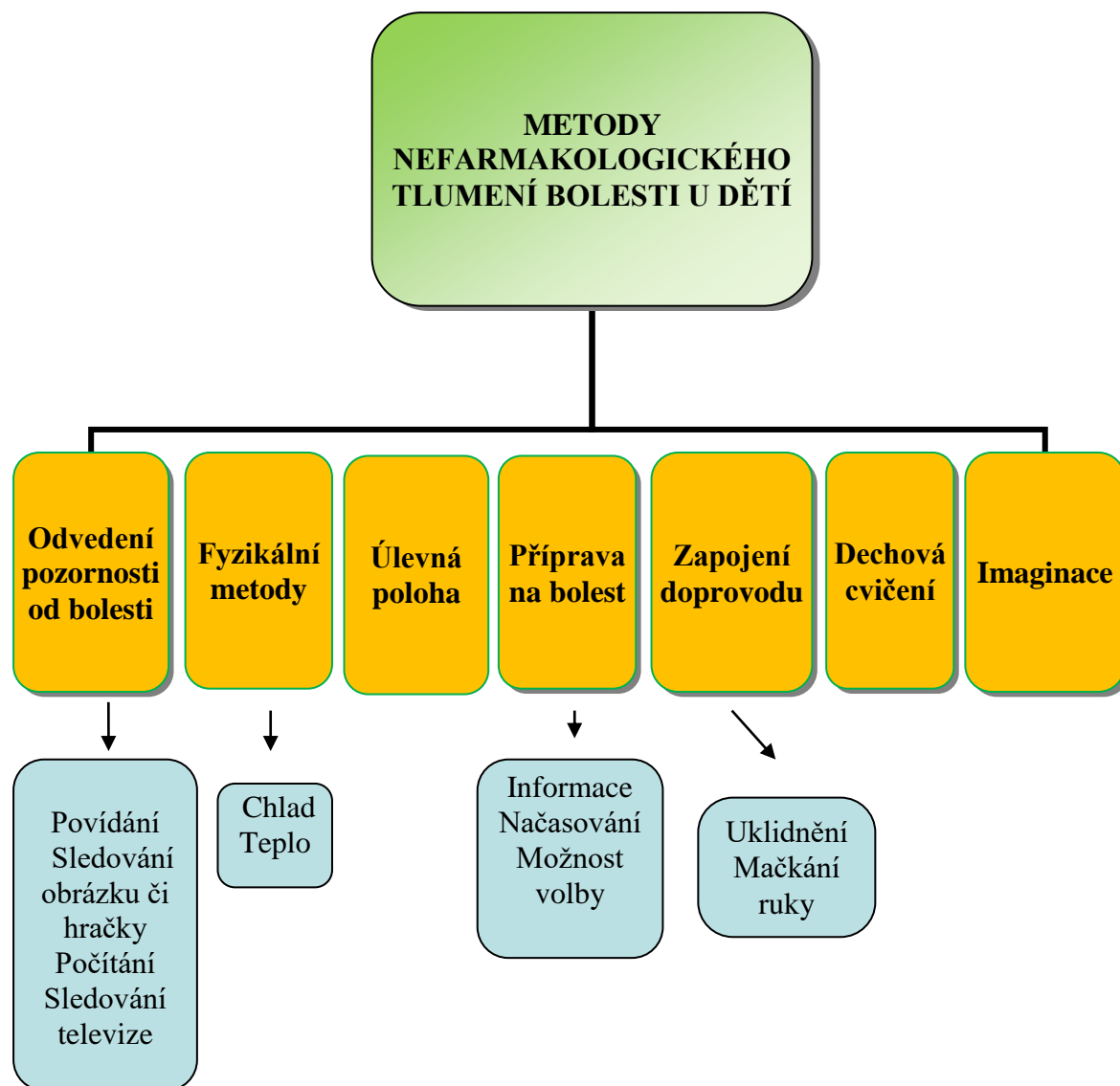
*Schéma 8 - Další sestřám známé techniky pro diagnostiku a hodnocení bolesti u dětí*



Na otázku, zda sestry znají ještě nějaké jiné způsoby **diagnostiky bolesti** u dětí, odpovědělo 8 respondentek (S1, S2, S3, S6, S8, S10, S11, S12), že jiné metody diagnostiky, než které uvedly u předchozí otázky, neznají. 3 respondentky (S5, S7, S9) uvedly jako techniku pro stanovení místa bolesti topologický záznam do obrázku dětské postavy a sestra S4 uvedla možnost vyjádření bolesti dětskou kresbou: „*O této metodě jsem jenom četla. Dítě může nakreslit nejen místo bolesti, ale barvou vyjádřit i intenzitu – např. červená znamená hodně silnou bolest, přírodní barvy označují bolest mírnější.*“

Co se týče oblasti **hodnocení bolesti**, jako další možnou techniku uvedlo 9 respondentek (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S9, S10) vizuální analogovou škálu VAS. Tyto respondentky škálu VAS u předchozí otázky, týkající se používaných metod pro hodnocení bolesti, nezmínily. Z těchto respondentek - sestry S2, S7, S10 a navíc také ještě sestra S11 uvedly jako další známou metodu k hodnocení bolesti obličejovou škálu. 2 sestry (S8, S12) k tomuto tématu uvedly, že jiné hodnotící metody, než které uvedly u předchozí otázky, neznají. Respondentka S8 však již udala obličejovou škálu jako používanou metodu u předchozí otázky.

*Schéma 9 - Způsoby nefarmakologického tlumení bolesti u dětských pacientů*



Na dotaz, týkající se sestrami využívaných způsobů nefarmakologického tlumení bolesti u dětí, odpověděly respondentky takto: 8 z dotázaných sester (S1, S2, S4, S5, S7, S8, S9, S10) zmínilo techniku odvedení pozornosti od bolestivého stimulu. 6 x bylo uvedeno povídání, 5 x zaznělo sledování určitého předmětu (obrázek na stěně, vystavená hračka), 4 x sestry zmínily počítání číselné řady a 2 respondentky uvedly možnost sledování televize při bolestivém výkonu.

7 respondentek (S1, S2, S3, S6, S8, S11, S12) také zmínilo význam využití fyzikálních metod, zejména chladu a tepla. S6 ve své odpovědi uvedla: *„U pooperačních stavů, například po urologických operacích, máme opravdu dobré zkušenosti s aplikací namražených sáčků přes plenu – led má analgetický účinek a dítě se také soustředí na ten pocit chlazení a méně vnímá bolest.“* 4 z těchto respondentek (S3, S6, S8, S11) také uvedly důležitost zaujetí vhodné úlevné polohy.

3 z dotázaných sester (S4, S5, S12) uvedly jako způsob zvládnání bolesti cílenou přípravu na nepříjemný výkon. S5 k tomuto řekla: *„Pokud dítě ví, co ho čeká, že ho „píchne trochu včelička“, všechno mu vysvětlíme, může si například vybrat samo ruku na odběr krve, je hned klidnější a i bolest snáší lépe. Dobré je taky neprotahovat čekání na nepříjemný zážitek a nestrašit děti příliš brzy – očekávají pak bolest větší, než ve skutečnosti je.“*

2 sestry (S4, S7) také zmínily možnost zapojení doprovázející osoby dítěte do zvládnání bolesti. Obě tyto sestry uvedly jako přínosné uklidnění ze strany doprovodu a možnost „mačkat mu ruku“ při bolestivém prožitku.

Respondentka S4 uvedla jako metodu zvládnání bolesti dechová relaxační cvičení: *„Když se dítě při bolestivém zážitku zaměří na svůj dech, na jeho rytmus - a sestra může dýchat s ním - je zrelaxované, uklidní se a bolest snáší lépe. Já sama dělám jógu a mám vyzkoušené, že to funguje.“*

Sestra S10 doplnila metodu imaginace: *„Občas to s většími dětmi při odběru zkouším, když není spěch. Říkám jim, ať si představují, že jsou na místě, které mají rádi - většinou říkají, že u moře – a aby mi vyprávěli, co dělají. Zklidní je to a odběr často proběhne s menším pláčem nebo úplně bez něj.“*

*Schéma 10 - Názor sester na účinnost nefarmakologických způsobů tlumení bolesti*



6 z dotázaných sester (S1, S2, S4, S5, S6, S8) uvedlo názor, že nefarmakologické metody považují za účinné, ale přesto dávají při tlumení bolesti u dětí přednost farmakologické analgetické léčbě.

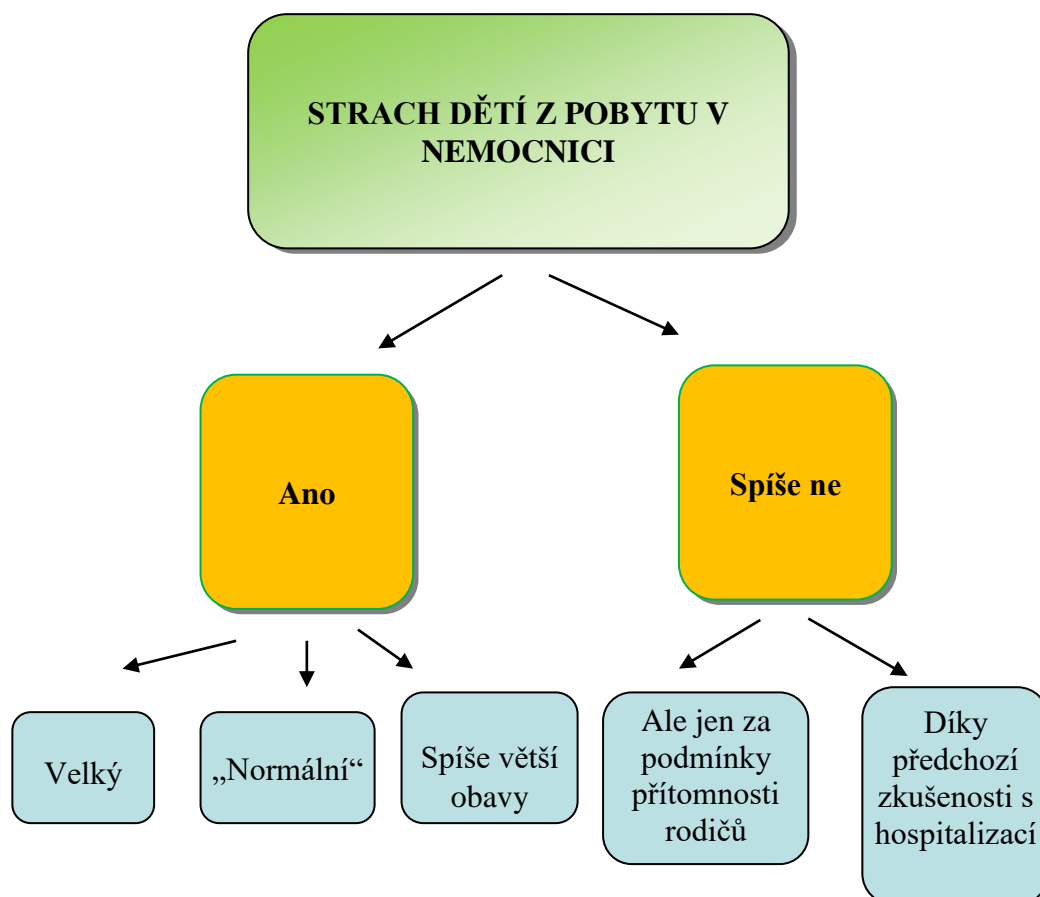
4 respondentky (S3, S7, S9, S10) považují nefarmakologické metody tlumení bolesti za velmi účinné.

Sestra S11 považuje tyto techniky pouze za pomocné: „*Myslím si, že nefarmakologické metody spíš jen tak doplňují klasickou léčbu bolesti. Nezavrhují je, ale myslím, že mají funkci spíš podpůrnou než léčebnou.*“

S12 ve své odpovědi vyjádřila názor, že farmakologické techniky zvládnání bolesti u dětských pacientů považuje spíše za neúčinné.

## 4.2 Výsledky rozhovorů s dětskými pacienty a jejich doprovodem

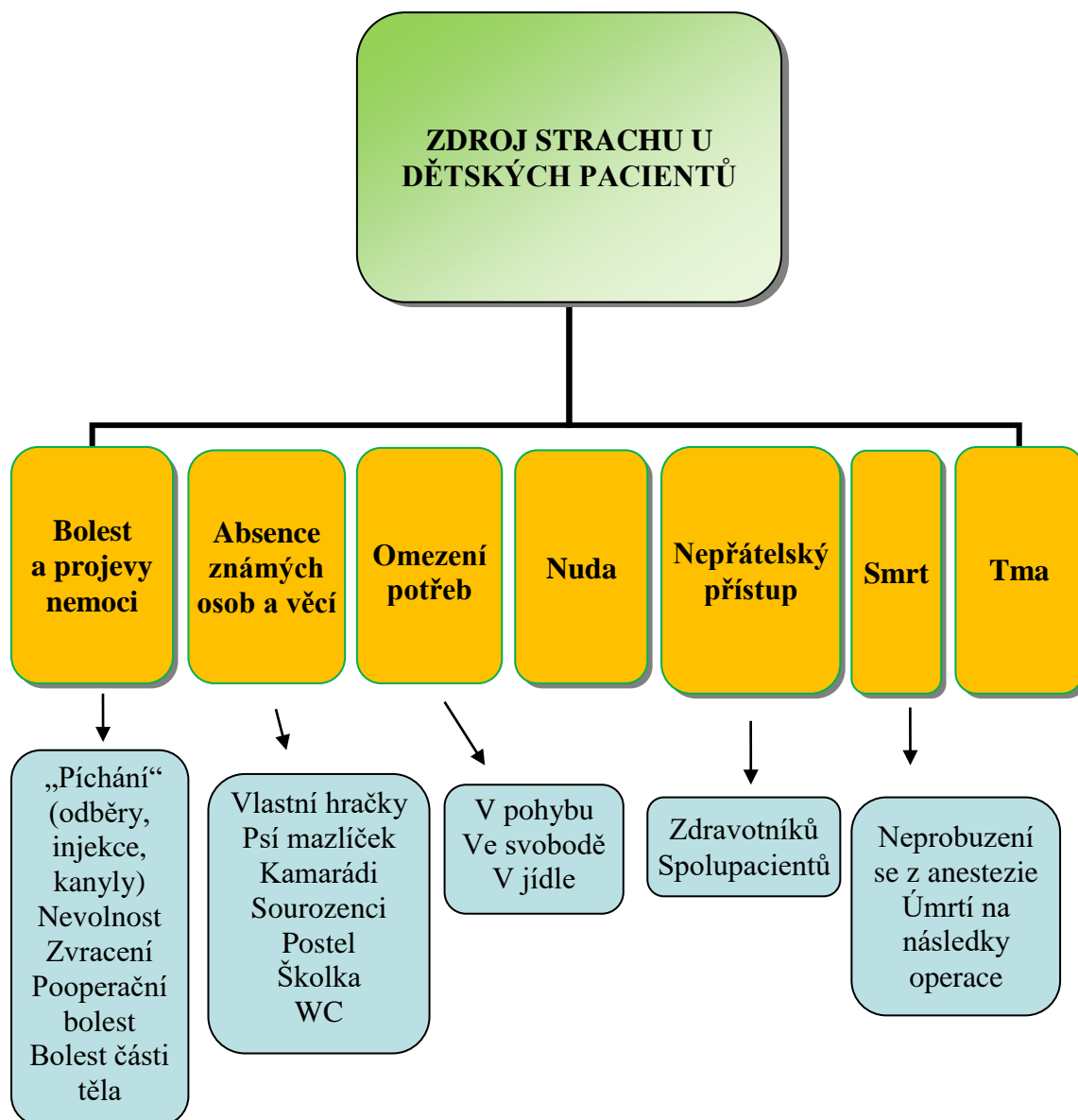
Schéma 11 - Pociťovaný strach z pobytu v nemocnici u dětských pacientů



10 hospitalizovaných dětí (P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11) z dotázaných 12 uvedlo, že z pobytu v nemocnici měly či mají strach. Z toho 7 respondentů (P3, P4, P5, P7, P8, P9, P10) popsalo svůj strach jako „velký“. 2 děti (P2, P6) charakterizovaly svůj strach jako „normální“. Respondentka P11 uvedla: „*Měla jsem strach, ale spíš jsem se jenom hodně netěšila, v nemocnici na stejném oddělení už jsem jednou s břichem byla, tak už jsem to tady trochu znala.*“

2 z dotázaných dětských pacientů (P1 a P12) odpověděli, že strach z hospitalizace spíše neměli. Respondentka P12 uvedla, že: „*...ani ne, už jsem v nemocnici byla několikrát*“, P1 k této otázce řekl, že se nemocnice tolik nebál z důvodu přítomnosti matky po celou dobu hospitalizace: „*Tolik jsem strach neměl, protože tu se mnou bude celou dobu mamka.*“

*Schéma 12 - Zdroje strachu u pacientů předškolního a mladšího školního věku*



9 dětí (P1, P2, P3, P4, P7, P8, P9, P11, P12) uvedlo ve výčtu důvodů strachu při pobytu v nemocnici faktory, které lze shrnout do kategorie „Bolest a projevy nemoci“. Všechny tyto děti do své odpovědi zahrnuly pojmy „píchání“ či „injekce“. U 5 dětí (P1, P2, P3, P7, P8) toto byla jediná odpověď u této kategorie, 4 děti pak ještě svoji odpověď rozšířily. P4 uvedl nevolnost a zvracení, P9 rovněž zvracení a bolest po operaci, dívka



P11 odpověděla: „*Bojím se jehel, mám z nich úplně hrůzu a taky jsem se bála, že mi bude špatně po narkóze a budu zvracet.*“ Dívka P12 do své odpovědi uvedla: „*Bojím se injekcí a zavádění hadiček do kůže, když jsem byla v nemocnici naposledy, tak se to sestřičkám nedařilo a musely mě píchnout víckrát, teď se to ale povedlo hned. Taky jsem se bála, že až se vzbudím z narkózy, tak mě to břicho bude bolet a bude se mi motat hlava.*“

6 respondentů (P3, P5, P6, P7, P10, P11) také odpovědělo, že se báli nepřítomnosti pro ně důležitých osob a nemožnosti mít u sebe své oblíbené či známé věci, na které jsou zvyklí. 4 respondenti (P3, P5, P7, P10) uvedli hračky, z toho P3 a P7 specifikovali svoji odpověď na plyšáky. 4 děti (P3, P5, P7, P11) také uvedly stesk po zvířecím kamarádovi. 3 dětské pacienti (P5, P6, P10) zmínili sourozence a kamarády, 2 děti (P3, P7) uvedly strach z toho, že nebudou spát ve své postýlce, 1 x zazněla odpověď „školka“ (P7) a rovněž 1 x (P6) byl zmíněn strach z toho, že dítě bude muset používat nemocniční WC.

3 děti (P2, P8, P9) rovněž zmínily strach z omezení svých potřeb – všechny 3 uvedly strach z nutnosti ležet a omezení pohybu. P8 svoji odpověď ještě doplnila takto: „*Mamka mi říkala, že po operaci budu muset ležet a to mě nebaví, doma to nevydržím ani chvíli, jenom když spím. Taky jsem měla docela velký strach z toho, že si nebudu moct dělat to, co chci, že mi budou třeba sestřičky poroučet, co mám dělat a tak.*“ P9 rovněž uvedl obavu z dietního omezení: „*Nemám rád ležení v posteli a taky mi vadí, když nemůžu jíst, co chci a musím držet dietu kvůli tomu břichu.*“

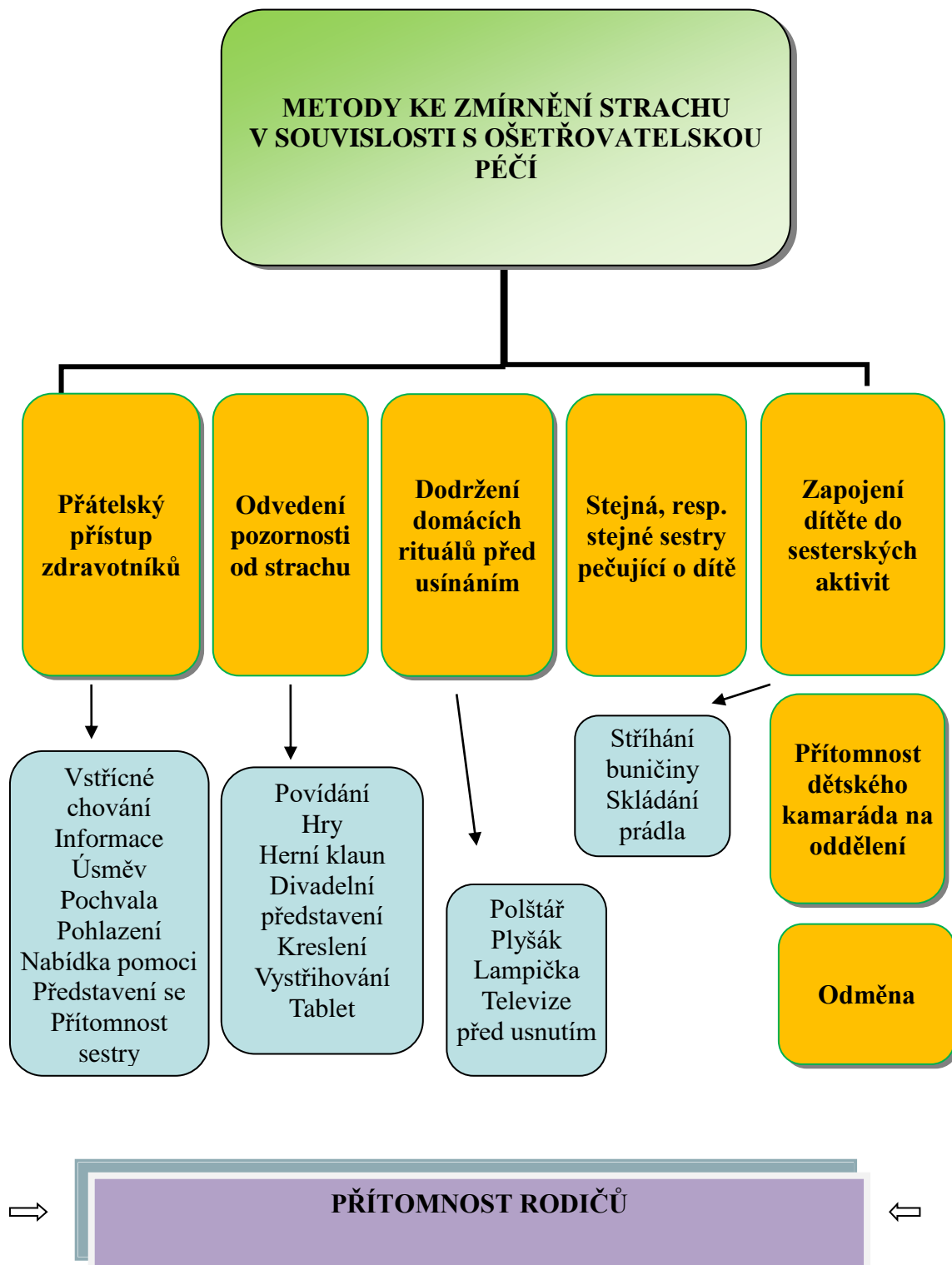
3 dětské pacienti (P3, P5 a P10) uvedli, že se báli nudy. P5 svoji odpověď rozvedl takto: „*Už jsem v nemocnici byl a hrozně jsem se tu nudil. I když jsem koukal na pohádky nebo jsem hrál na tabletu, tak se mi zdálo, že to vůbec neutíká.*“

2 respondenti (P6, P11) uvedli jako důvod strachu z nemocničního prostředí nepřátelský přístup ze strany zdravotníků, pacientka P11 ještě ke své odpovědi doplnila obavu z chování spolupacientů: „*Bála jsem se, s kým budu na pokoji. Když jsem byla před rokem v nemocnici, byla se mnou na pokoji holka, která mě šikanovala a vyhrožovala mi, ale když někdo přišel, tak dělala, že je hodná. Řekla jsem to sestřím, ale nevěřily mi.*“

2 z hospitalizovaných dětí (P6, P12) také uvedly strach ze smrti - obě dívky zmínily obavu z neprobuzení se z anestezie, P 6 ještě doplnila: „*Bála jsem se, že se neprobudím z narkózy, dokonce se mi o tom zdálo, že vidím svoje tělo jako ve filmu. Taky jsem měla strach, že se třeba ta operace nepovede a já umřu nebo vykrvácím.*“

Chlapec P1 také zmínil strach ze tmy: „*Doma jsem zvyklý usínat s rozsvícenou lampičkou.*“

Schéma 13 - Metody ke zmírnění strachu u dětí v souvislosti s ošetrovatelskou péčí



Na dotaz, co udělaly sestry pro to, aby pomohly zmírnit či odstranit strach u dětských pacientů, uvedlo 7 z těchto dětí (P1, P2, P4, P5, P7, P8, P9) důvody, které lze zahrnout do kategorie „Přátelský přístup zdravotníků“. P1, P2, P4 a P8 doslova uvedli: „*Sestřičky na nás byly hodné.*“ P1 svoji odpověď doplnil s pomocí matky: „*Sestry viděly, že mám strach, tak mi říkaly, ať se nebojím a hladily mě po vlasech. Pak za mnou chodily a ptaly se, jak mi je a chválily mě, že jsem šikovný.*“ Doprovázející matka dívky P2 doplnila: „*Líbilo se mi, že se nám některé sestřičky představily a třeba před noční službou řekly, že kdybychom cokoliv potřebovali, máme za nimi přijít. Dcera byla klidnější a já taky.*“ Matka pacienta P5 uvedla: „*Když jsem odcházela po návštěvě, řekla jsem synovi, že přijde na noc jeho oblíbená sestřička a jenom ten pocit, že tu ta sestra je, ho uklidňoval.*“ P9 k tomuto řekl: „*Byl jsem rád, když tu byla ta sestřička, která se hodně usmívala a všechno mi vysvětlila.*“ Pacienti P4, P5, P8 a P9 také spolu s doprovázejícími rodiči zdůraznili potřebu informací. Matka dívky P8 uvedla: „*Moc jsme ocenili, když nám sestra řekla, jaký bude další postup, co máme čekat, i když už nám to říkala paní doktorka, sestřičky nám řekly spíš ty praktičtější věci a na co máme být připravení.*“

6 dětí (P2, P3, P5, P6, P7, P11) zmínilo sesterské přístupy, které lze shrnout do kategorie „Odvedení pozornosti od strachu“. 4 pacienti (P2, P3, P7 a P11) uvedli, že se cítí bezpečněji, když si s nimi sestry povídají, dívka P3 doplnila svoji odpověď takto: „*Jsem v nemocnici poprvé a když mi bylo smutno po mamce (dívka hospitalizovaná v doprovodu otce) a bála jsem se operace, sestřička za mnou přišla a ptala se mě, kde bydlím, jestli už chodím do školy a na moje kamarády. Jiná sestřička si se mnou hrála Člověče, nezlob se! a karty.*“ Hry jako metodu odvedení pozornosti od strachu zmínily i děti P3 a P5. P5 doslova uvedl: „*Na herně mají jiné hračky než mám doma a to mě baví. Taký nám tu hráli divadlo o koblížkovi.*“ P3 doplnila: „*A včera tu byl klaun s balónkama a rozveseloval nás.*“ Herního klauna zmínili i dětští pacienti P5 a P6. Dívka P6 řekla: „*V cirkuse klauny moc nemusím, ale s tímhle byla sranda, dělal doktora, všechny děti se smály a udělal nám z balónku, co jsme chtěli.*“ Respondentka P11 uvedla jako jednu z metod odvedení pozornosti od strachu „kreslení“ a pacient P7 doplnil „vystřihování“.

4 dětští pacienti (P2, P4, P8, P9) také zmínili ke zmírnění strachu dodržování specifík při usínání, na která jsou zvyklí z domova. P2 uvedla oblíbený polštář, P4 plyšového medvěda, P8 před spaním sleduje televizi, P9 je zvyklý usínat s rozsvícenou lampičkou u postele. P9 k tomuto splnil: *„Když jsem šel do nemocnice, tak jsem se bál, že budu na pokoji sám a budu mít zhasnuto, tatka mi ale řekl, že sestřičky jsou vzhůru celou noc a že můžu mít lampičku i na pokoji, abych nebyl ve tmě.“*

3 děti (P4, P5 a P9) také uvedly požadavek, aby se o ně starala během hospitalizace stejná sestra (P4), resp. menší počet stejných sester (P5, P9). P5 doslova uvedl: *„Jsem radši, když se o mě starají sestřičky, které znám a které ví, jak se jmenuju a co mám rád. Včera mi jedna sestřička slíbila, že si můžu večer ještě hrát na tabletu a pak přišla na noc jiná a zakázala mi to.“*

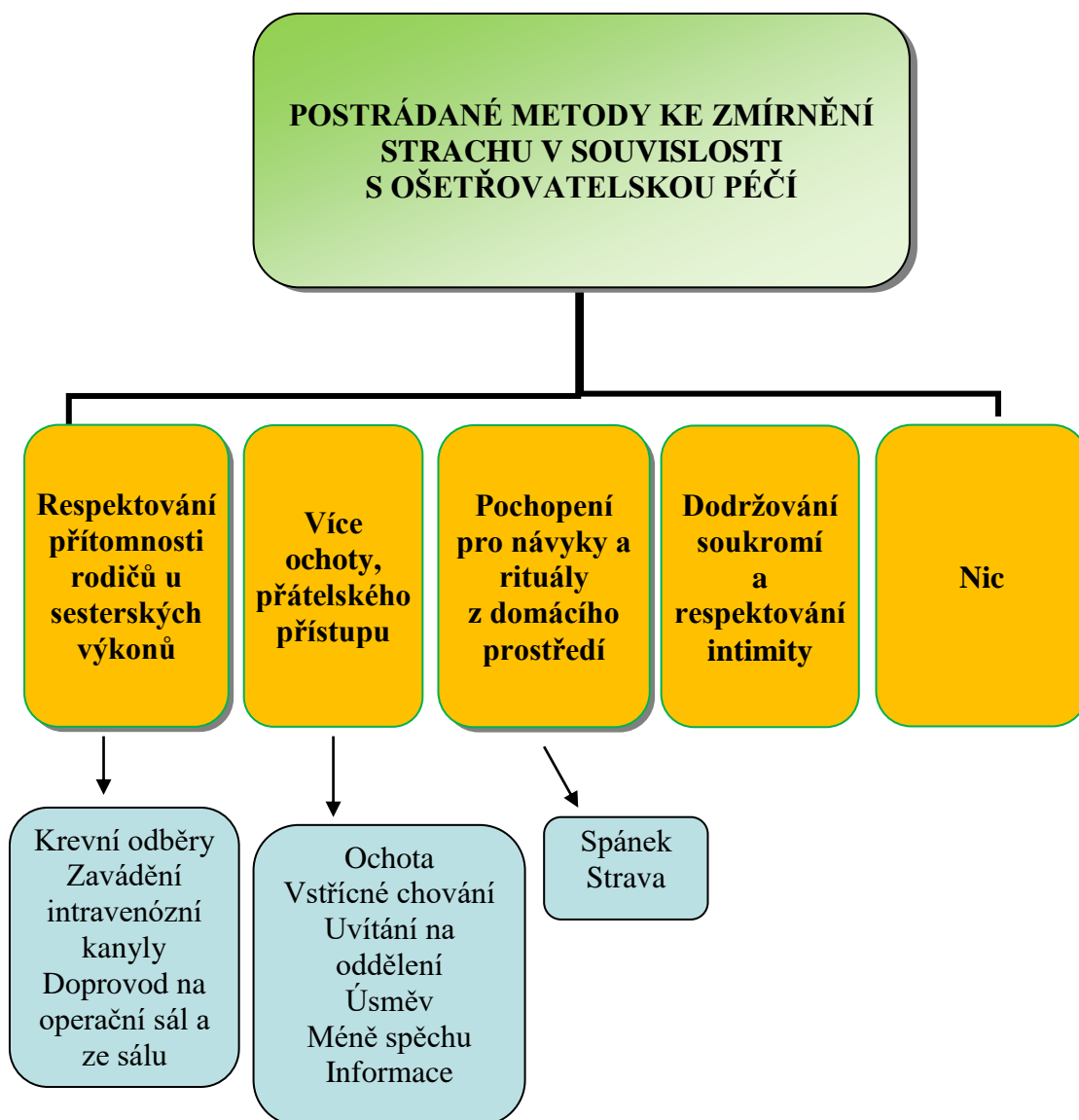
Dvakrát zazněla odpověď týkající se zapojení dítěte do sesterských aktivit (P10, P12). Maminka dívky P10 uvedla: *„Když jsem první den hospitalizace odcházela na večer domů a dceři bylo smutno, ujala se jí taková starší sestřička a dcera mi pak říkala, že spolu stříhali buničinu na čtverce, skládali prádlo a doplňovali nějaký zdravotnický materiál. Uteklo jí to a neměla čas myslet na to, že jí druhý den čeká operace.“*

1 z dotázaných dětí ( P2) také uvedlo jako jeden ze způsobů mírnění strachu ze strany sester „slíbenou odměnu“. Pacientka P2 uvedla: *„Sestra mi slíbila, že když budu šikovná, přestanu brečet a budu držet při injekci, dostanu odměnu a pak mi přinesla Legofriends.“*

Pacient P9 zmínil přínos kamaráda – spolupacienta: *„Je tu se mnou na pokoji Ondra, je taky po operaci a i když jde třeba tatka na chvíli pryč, tak jsem tu s ním.“*

U tohoto tématu byla zmíněna i otázka přítomnosti rodičů během hospitalizace - všech 12 dotázaných dětí uvedlo pobyt rodičů na oddělení jako zásadní faktor pro snížení pocíťovaného strachu z nemocničního prostředí.

*Schéma 14 – Postrádané metody ke zmírnění strachu u dětských pacientů*



Na dotaz, zda je ještě něco, co sestry neudělaly a dětským pacientům by to pomohlo ke zmírnění strachu, odpověděli respondenti následujícím způsobem. 5 respondentů (P1, P2, P4, P7, P8) ve shodě s rodiči odpovědělo, že postrádali takový přístup sester, který respektuje přítomnost rodiče u ošetrovatelských výkonů, jakými jsou například krevní odběry (uvedli pacienti P1, P2), zavádění intravenózní kanyly (P7, P8) a doprovod k operačnímu sálu a nazpět ze sálu na oddělení (P4). Dívka P8 uvedla:

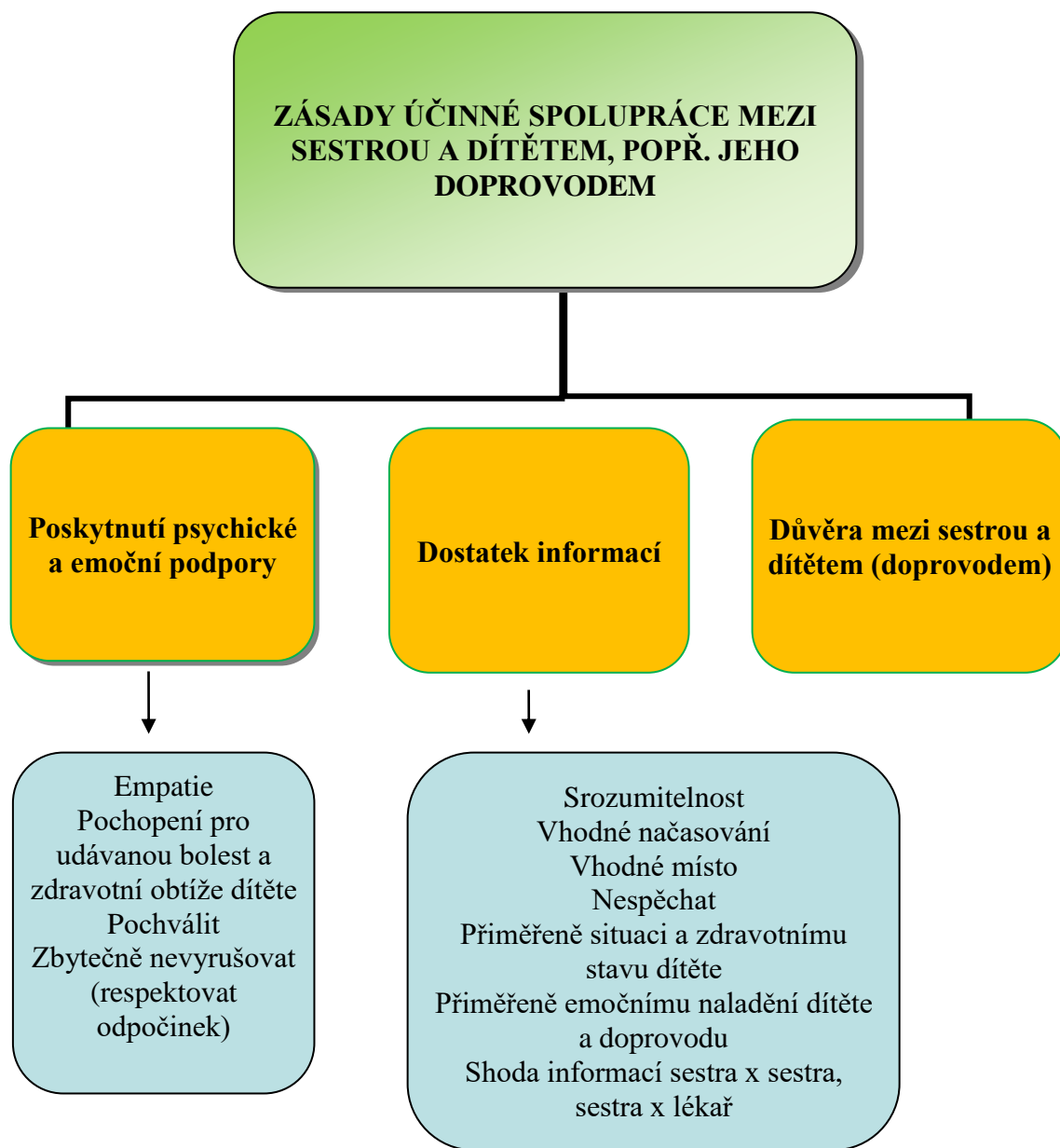
„Když mi dávali hadičku do ruky, chtěla jsem, aby u mě byla mamka, ale sestřičky řekly, že počká za dveřmi a já jsem tam musela být sama.“ Matka P8 ještě doplnila: „Chtěla jsem být u dcery, špatně z krve se mi nedělá, ale myslím, že sestřičky nechtěly, abych se na ně dívala.“ Otec respondenta P7 k tomuto uvedl: „Stál jsem na chodbě a poslouchal, jak za dveřmi syn pláče, to se mi nelíbilo a myslím si, že to bylo přesně to, čeho se bál, ještě než jsme do nemocnice nastoupili.“ Matka P4 doplnila: „Když syna odváželi na operační sál, chtěla jsem jet vedle lehátka do předsálí, jak mi to slíbila sestřička v předchozí směně. Sestra, která ale sloužila ten den, mi to nedovolila a nemohla jsem s ní pro syna jet ani po skončení operace. Pak mi ho přivezli plačícího zpátky, slyšela jsem ho už od výtahu.“

5 dětských pacientů (P3, P5, P6, P9, P10) také uvedlo, že by uvítali vstřícnější přístup ze strany sester. Maminka pacientky P6 doslova řekla: „Když jsme přišli na příjem, byli jsme vystrašení a uvítali bychom milý přístup. Sestřička nás ale pomalu ani nepozdravila, neusmála se, k dalším událostem nám neřekla vůbec nic, o režimu na oddělení taky ne. Odvedla nás na pokoj a za chvíli nám přišla vynadat, jak to, že malá není ještě v pyžamu.“ Sama respondentka k tomu dodala: „Dvě sestřičky tu nebyly hodné a pořád se mračily a se vším spěchaly.“ Matka dívky P 10 uvedla: „Když byla dcera už po operaci a já jsem šla na noc domů, poprosila jsem sestru, ať pomůže dceři se vstáváním, že jí to ještě bolí. Dcera mi pak vyprávěla, že jí ta sestřička jenom řekla, ať už to zkouší sama.“

Chlapec P4 s pomocí matky uvedl, že by mu pomohlo při zmírnění strachu, kdyby sestry více respektovaly jeho zvyky z domácího prostředí. „Sestřička mi nedovolila rozsvícenou lampičku u postele, jsem na ní zvyklý.“ Matka dívky P3 zase odpověděla: „Dceři nechutnal nemocniční čaj, tak jsem jí nosila čaj udělaný z domova. Několik sestřiček to dost nevhodně komentovalo, že je rozmazlená.“

Pacientka P12 uvedla, že jí chybělo respektování soukromí a dodržování intimity: „Už doma jsem se bála, že na mě budou koukat cizí lidi. Taky mi vadilo, že na mě přes sklo viděl kluk z vedlejšího pokoje, když mi kontrolovali břicho a taky že mi sestřička sahala na věci na stolečku.“ Dívka P11 uvedla, že jí nenapadá nic, co by ještě pomohlo k odstranění strachu a co by sestry neudělaly.

*Schéma 15 - Zásady účinné spolupráce mezi sestrou a dítětem, popř. jeho doprovodem*



Na otázku, co ze spolupráce mezi sestrou a dítětem, popř. jeho doprovodem při zvládnání strachu nejvíce pomohlo, uvedlo 6 respondentů (P2, P3, P6, P7, P10, P11) takové odpovědi, které lze zahrnout do kategorie „Poskytnutí psychické a emoční podpory“. Třikrát (P3, P6 a P11) byla zmíněna empatie sester a jejich pochopení pro

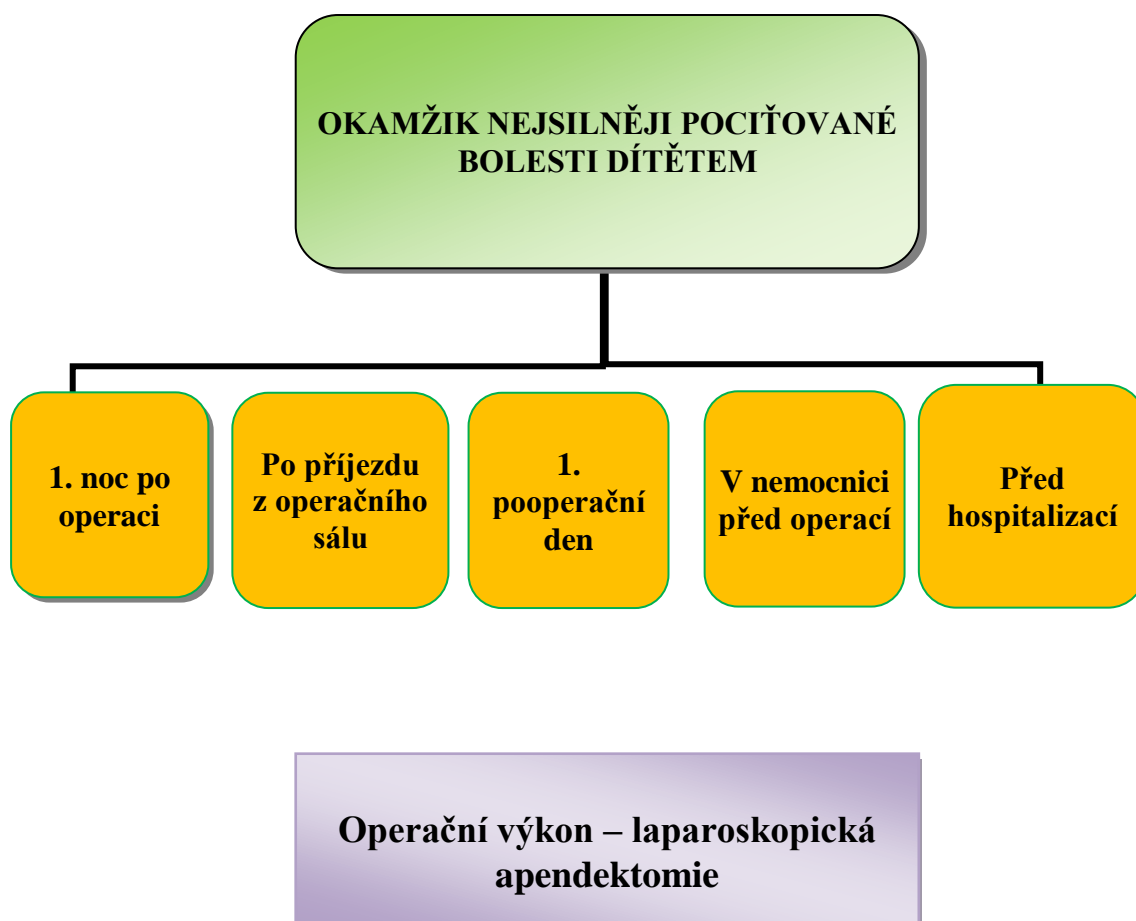


zdravotní obtíže dítěte. Matka dívky P3 k tomuto uvedla: „*Moc nám pomohlo, hlavně v pooperačním období, když sestřičky dávaly najevo, že s dcerou soucítí a nebagatelizovaly její obtíže - když říkala, že se jí chce zvracet, že má bolesti, nemávly nad tím rukou a opravdu se nám věnovaly.*“ Pacientka P11 uvedla: „*Věřily mi, že mi není dobře a byly moc hodné.*“ Dívka P6 doplnila: „*Sestřičky za mnou chodily, ptaly se, jak mi je, i když tu mamka nebyla a chválily mě, že jsem šikovná.*“ Význam pochvaly uvedla i respondentka P2. Doprovázející matka za ní uvedla: „*Dceři moc pomohla psychická podpora sester, hlavně ve smyslu pochvaly, třeba jak zvládá bolest, přesuny, že nebrečí, apod. A upřímně, i mě samotnou podpořilo, když mě sestra pochválila, jak se o malou vzorně starám, bylo to milé.*“ P7 a P10 uvedli jako pozitivní vliv na vzájemnou spolupráci respektování klidu a zbytečné nevyrušování. Otec respondenta P7 k tomuto uvedl: „*Když po operaci syn spal, sestry do pokoje neustále chodily a budily ho, byly hlučné, měřily mu opakovaně tlak, předělávaly mu kanylu, měřily teplotu, chápu, že musí dítě po operaci sledovat, ale synovi by v tu chvíli nejvíce pomohlo, kdyby co největší část operačního dne prospal a hodně těch činností šlo dělat trochu ohleduplněji.*“ Dívka P10 zase odpověděla: „*Když jsem chtěla v noci spát, sestry se hrozně hlasitě smály a mě to rušilo. Brzy ráno taky, když byla ještě tma, hlasitě povídaly.*“

5 respondentů (P1, P4, P5, P9 a P12) uvedlo jako důležitý fakt pro úspěšnou spolupráci dostatek poskytnutých informací. Matka P1 uvedla požadavek srozumitelnosti podávaných informací, vhodného načasování a místa pro podání informací. Matka chlapce P4 k tomu doplnila toto: „*Důležité podle mě je, aby sestry pořád tolik nespěchaly. Vím, že toho mají hodně, ale pokud mi říkají něco důležitého a u toho už jsou jednou nohou venku ze dveří nebo mi to říkají, když zrovna držím emitku zvracejícímu dítěti, tak je nejsem schopná pořádně vnímat.*“ Srozumitelné a neuspěchané předání důležitých informací upřednostňují i respondenti P9 a P12. Chlapec P5 k této otázce ještě uvedl: „*Před operací mi říkala sestřička, že půjdu na sál jako první a paní doktorka mi pak řekla, že to není pravda, tak jsme s mamkou nevěděli, jak to teda je.*“

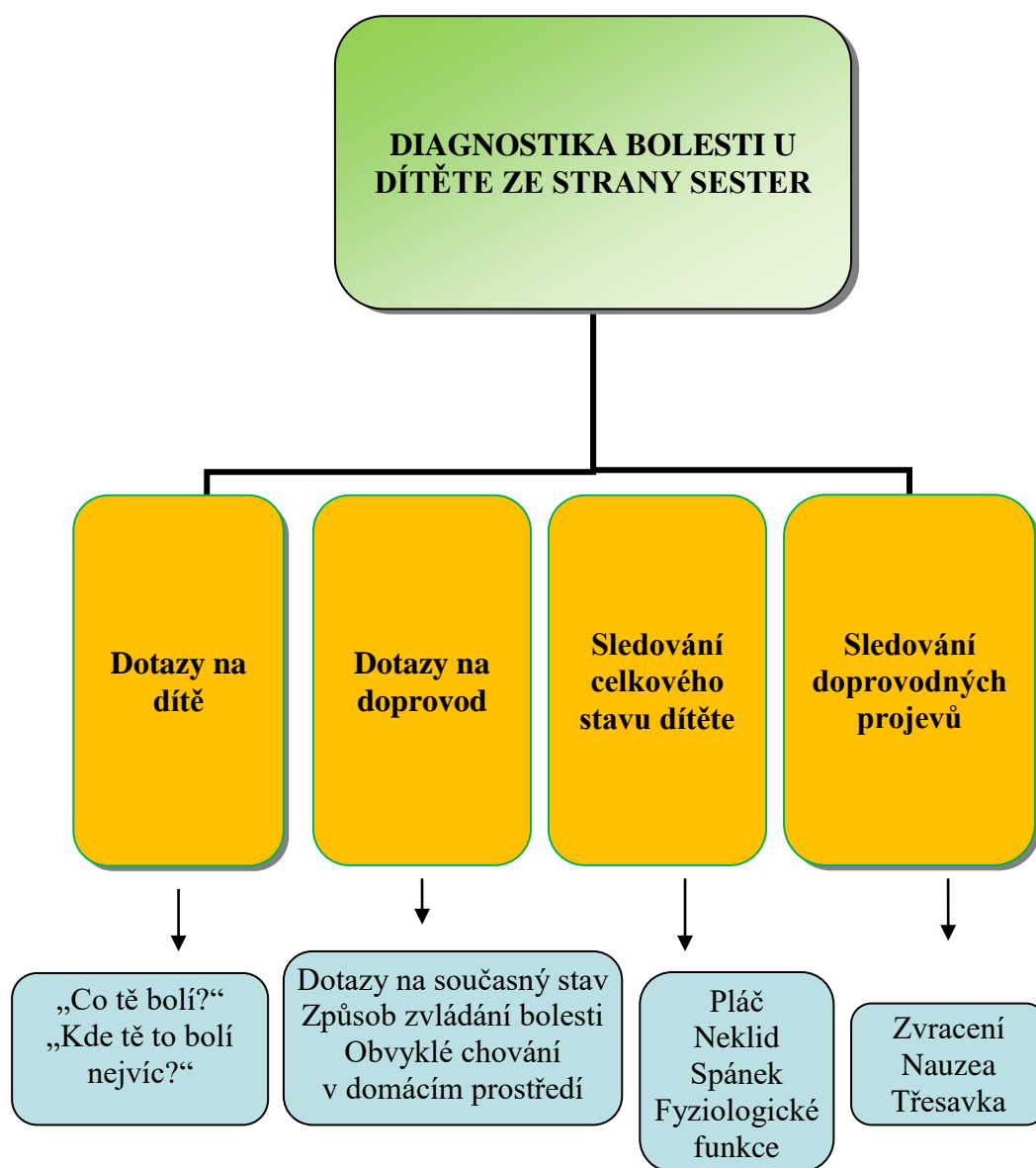
Respondenti P8 a P11 uvedli jako faktor ovlivňující pozitivně vzájemnou spolupráci vztah důvěry mezi nimi a ošetřující sestrou. Dívka P11 doslova uvedla: *„Měla jsem pocit, že se ke mně sestřička chová jako moje mamka, i mi jí trochu připomínala. Byla jsem ráda, když tahle sestřička sloužila a mamka šla na noc domů, že tu je se mnou.“* Matka respondentky P8 doplnila: *„Měla jsem jistotu, že je o malou dobře postaráno, že jim můžu věřit.“*

*Schéma 16 - Okamžik nejsilněji pociťované bolesti dítětem*



Na otázku „*Kdy jsi při pobytu v nemocnici pociťoval(a) největší bolest?*“ odpověděli oslovení dětské pacienti následujícím způsobem. 5 respondentů (P4, P5, P10, P11 a P12) udalo největší bolest 1. noc po operačním výkonu, 3 respondenti (P1, P2, P9) po příjezdu z operačního sálu, 2 dětské pacienti (P3, P7) uvedli jako časový údaj nejsilněji pociťované bolesti 1. pooperační den, dívka P6 zmínila největší bolest v průběhu hospitalizace před operačním výkonem a pacientka P8 udávala nejsilněji pociťovanou bolest před přijetím do nemocnice v domácím prostředí.

*Schéma 17 - Způsoby diagnostiky bolesti dětských pacientů ze strany sester*



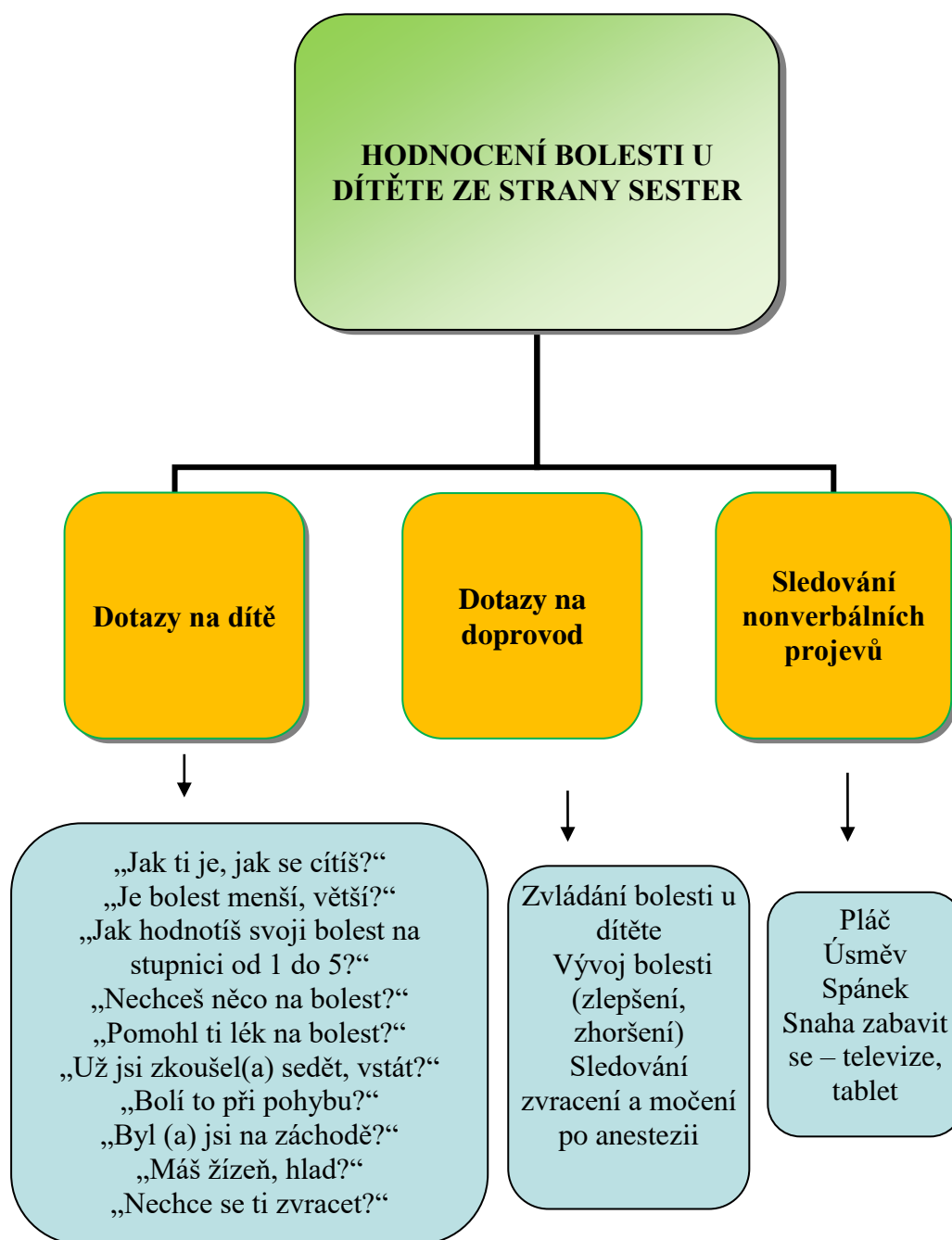
Všech 12 oslovených dětských pacientů za pomoci doprovázejících osob uvedlo, že sestry používaly jako hlavní metodu k diagnostice bolesti cílené dotazování. 7 respondentů (P4, P5, P6, P9, P10, P11, P12) uvedlo, že dotazy směřovaly zejména na dětského pacienta. Co se týká specifikace otázek ze strany sester, uvedení respondenti zmínili především: „Co tě bolí?“ a „Kde tě to bolí nejvíc?“. Dalších 5 oslovených

dětských pacientů (P1, P2, P3, P7, P8), resp. rodinní příslušníci těchto pacientů uvedli, že dotazy sester byly určeny především jim, jako doprovodu dítěte. Všechny 5 rodičů uvedlo, že sestry se dotazovaly na současný stav bolesti dítěte. Matka dívky P2 k tomuto říká: „*Naprostě chápu, že sestra se obracela s dotazy ohledně bolesti dcery na mě, dcera byla po příjezdu ze sálu spavá, brečela, téměř nekomunikovala a po podání analgetik usnula.*“ Rodiče pacientů P1 a P3 také uvedli, že sestra se zajímala o to, jak dítě obvykle snáší bolest. Otec dívky P3 navíc doplnil, že sestry se dotazovaly rovněž na obvyklé chování dítěte v domácím prostředí.

Rodiče respondentů P3, P4 a P7 také k oblasti diagnostiky bolesti uvedli, že sestry sledovaly celkový stav dítěte. Otec chlapce P7 k tomuto řekla: „*Sestřičky za námi opravdu poctivě chodily, ptaly se, jak malému je, sledovaly, že se zklidnil, spí, že už nepláče, měřily mu tlak.*“ Matka chlapce P4 také doplnila, že sestry si všimaly i doprovodných projevů bolesti: „*Když za námi sestřičky přišly, ptaly se i na zvracení, nutkání ke zvracení, zajímaly se, zda se už malý netřese.*“

Ani jedno z dotázaných dětí včetně jeho doprovodu neodpovědělo, že by sestry diagnostiku bolesti neprováděly.

*Schéma 18 - Způsoby hodnocení bolesti dětských pacientů ze strany sester*



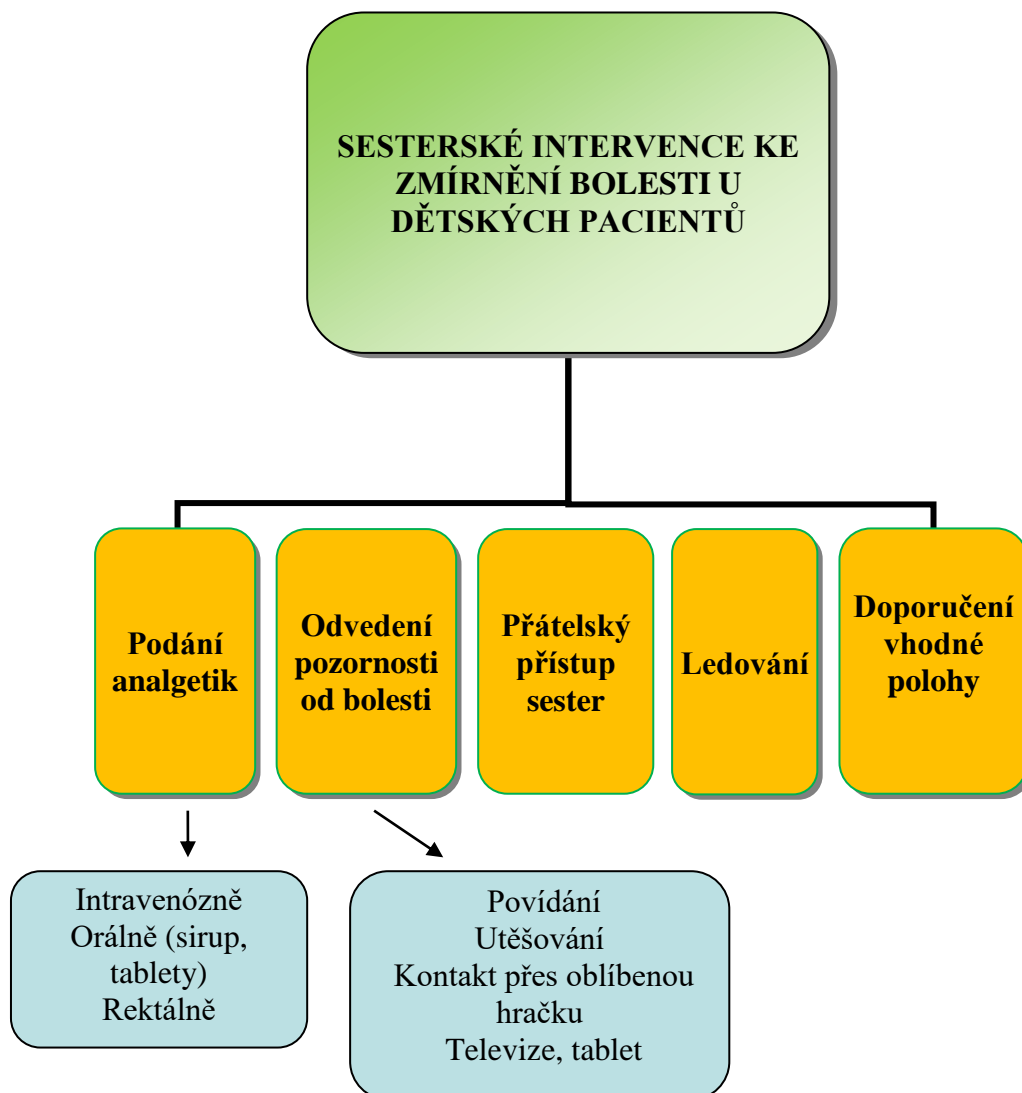
Všech 12 oslovených dětských respondentů ve spolupráci s doprovázejícími osobami uvedlo, že sestry používaly jako hlavní metodu k hodnocení bolesti cílené dotazování. 8 respondentů (P3, P4, P5, P6, P9, P10, P11, P12) uvedlo, že dotazy směřovaly zejména na dětského pacienta. Co se týká specifikace otázek ze strany sester,

uvedení respondenti zmínili především dotazy na současný stav, hodnocení vývoje bolesti, možnosti tlumení bolesti, schopnost sebeobsluhy a pocity komfortu/dyskomfortu (konkrétní otázky jsou uvedeny a seřazeny podle četnosti v kategorii „Dotazy na dítě“ a doslovně vypsány v prepisech rozhovorů na CD přiloženém k diplomové práci).

Další 4 z dotázaných dětských pacientů (P1, P2, P7, P8), resp. rodinní příslušníci těchto pacientů uvedli, že dotazy sester byly určeny především jim, jako doprovodu dítěte a týkali se hlavně toho, jak dítě bolest zvládá a jakým způsobem se bolest mění. Rodiče respondentů P2 a P7 také zmínili sledování močení a zvracení v souvislosti s celkovou anestezií.

Doprovázející rodiče respondentů P2, P3 a P7 také uvedli, že sestry si všímaly i nonverbálních projevů dítěte jako důležitých faktorů pro hodnocení vývoje bolesti. Matka dívky P2 uvedla: *„Když dcera konečně po podání léku usnula a hlavně když se prospala, bylo to hned jiné, byla to zase ona, usmívala se a sháněla se po tabletu. Sestřička říkala, že to je dobré znamení, změna k lepšímu.“*

*Schéma 19 - Sesterské intervence ke zmírnění bolesti u dětských pacientů*



V souvislosti s tlumením pooperační bolesti zmínilo všech 12 respondentů jako zásadní podání analgetik – za nejefektivnější byla dětskými pacienty považována intravenózní aplikace léků. Uvedlo to 9 respondentů (P1, P2, P3, P4, P6, P7, P8, P9, P10), zbývající 3 pacienti intravenózní léky nedostali vzhledem k nefunkčnosti i.v. kanyly. 7 respondentů (P3, P4, P5, P6, P8, P11, P12) také uvedlo jako účinné užití perorálních analgetik, pouze 3 respondenti (P1, P2, P7) se vyjádřili kladně k podání rektálních analgetik, ostatní dotázané děti uvedly jako nevýhodu nepříjemné zavádění.

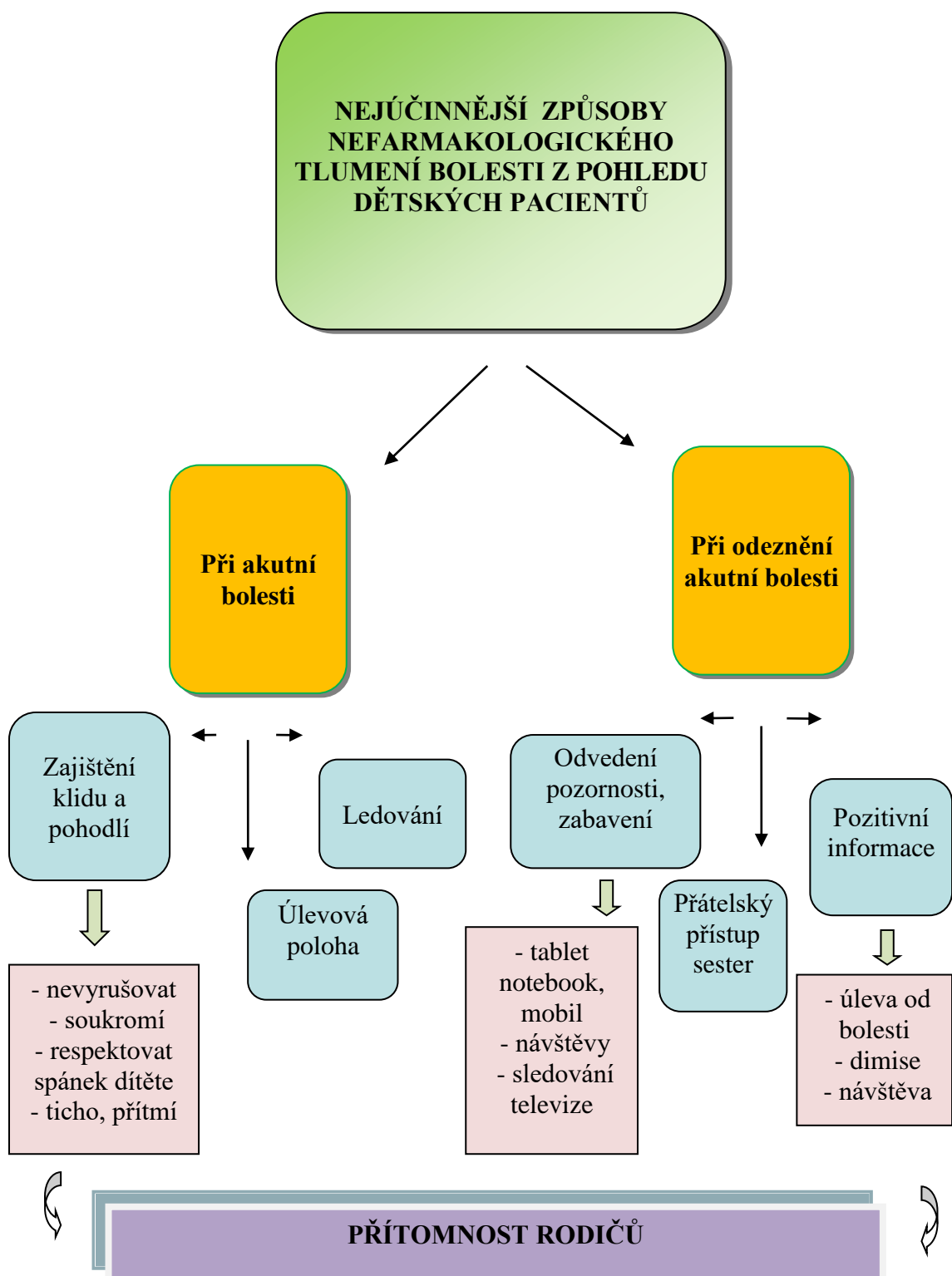


Respondentky P6 (dívka 10 let), P11 (dívka 9 let) a P12 (dívka 10 let) zmínily v souvislosti se zaváděním rektálních analgetik také pocit studu a narušení intimity.

6 z dotázaných dětí (P3, P4, P5, P6, P9, P10) také uvedlo jako přínosné při mírnění bolesti odvedení pozornosti. Dívka P3 k tomuto řekla: „*Když jsem byla po operaci a taťka musel odejít, sestřička byla u mě, utěšovala mě a povídala si se mnou a Pepou (plyšový pejsek).*“ Chlapec P9 doplnil: „*Když už mi bylo líp a hrál jsem na tabletu, tak se mě sestřičky ptaly, co hraju a v jakém jsem levelu, aby mě zabavily a nemyslel jsem na to břicho.*“ 5 z těchto respondentů (P3, P4, P6, P9, P10) také doplnilo jako podstatný přátelský přístup sester.

3 respondenti (P3, P4, P6) uvedli, že jim sestry před i po operačním výkonu nabídly suchý led k tlumení bolesti břicha. 3 z dotázaných dětských pacientů (P6, P11, P12) také řekli, že jim sestry k tlumení pooperační bolesti doporučili vhodnou úlevovou polohu. Dívka P12 vysvětlila: „*Když jsem šla spát první noc po operaci, tak mi sestřička řekla, ať si lehnu na pravý bok a přitáhnu si kolena k sobě a opravdu mě to bolelo méně. Taky mi ukazovala, jak mám vstávat z postele přes bok.*“

*Schéma 20 - Nejúčinnější způsob nefarmakologického tlumení bolesti z pohledu dětského pacienta*



Při položení otázky „*Co z toho, co sestry udělaly, ti kromě podání analgetik při zvládnání bolesti nejvíce pomohlo?*“ se odpovědi respondentů rozdělily do dvou kategorií – 1. kategorie se týkala ošetrovatelských intervencí při akutní bolesti a 2. kategorie zahrnovala způsoby nefarmakologického tlumení bolesti při odeznění akutní fáze.

Co se týče zásahu sester za účelem zmírnění akutní bolesti, 7 dotázaných respondentů (P1, P2, P5, P7, P8, P9, P10), resp. jejich doprovázející rodiče uvedli odpověď, kterou lze zahrnout do subkategorie: „Zajištění klidu a pohodlí.“ Tuto oblast charakterizovala matka dívky P2: „*Když přivezli dceru ze sálu, opravdu jí to bolelo a nejvíc by jí pomohlo, kdyby to co nejvíce zaspala. V tu chvíli jsme nejvíce potřebovali klid, soukromí a aby nás nikdo nerušil.* Matka dívky P8 doplnila: „*Nebylo ani moc příjemné, že nás bylo tolik na pokoji, vím, že to sestry nemohly nijak ovlivnit, ale za ostatními dětmi tam chodily návštěvy, hrála televize a to všechno ve chvíli, kdy dceři opravdu nebylo moc dobře.*“ 5 doprovázejících rodičů respondentů P2, P5, P7, P8, P9 ze 7, kteří uvedli jako zásadní kategorii „Zajištění klidu a pohodlí“ dodali, že tyto vhodné podmínky ze strany sester zajištěné nebyly.

3 respondenti (P3, P4, P6) uvedli, že jim při akutní bolesti pomohlo přiložení suchého ledu v oblasti operačního pole. 2 z dotázaných dětských pacientů (P11, P12) zmínili u nefarmakologického tlumení pooperační bolesti význam úlevové polohy.

Po odeznění akutní fáze bolesti ocenilo 7 dětských pacientů (P4, P5, P6, P9, P10, P11 a P12) nejvíce odvedení pozornosti od přetrvávající bolesti, zabavení, rozptýlení, kdy od sester očekávali zejména respektování používání vlastních technických přístrojů (tablet, notebook, mobilní telefon), povolení návštěv (včetně kamarádů) a možnost sledování televize.

5 respondentů (P2, P3, P7, P8, P12) včetně rodičů opět zdůraznilo kladný vliv přátelského přístupu ze strany zdravotníků.

4 dětské pacienti (P1, P3, P6, P7), resp. jejich doprovody zmínili význam pozitivních informací na efektivní ovlivňování pocíťované bolesti – v rozhovorech zazněla nejčastěji odpověď týkající se zmírnění bolesti, dále pak očekávání propuštění

do domácího prostředí a návštěva dětského pacienta jeho blízkými. Matka chlapce P1 k tomuto doplnila: „*Když nám paní doktorka na vizitě řekla, že bychom měli jít zítra domů, syna přestalo všechno hned bolet a jenom se těší, až už bude z nemocnice venku.*“

Všech 12 respondentů shodně uvedlo, že jim při zvládnání bolesti pomohla přítomnost rodičů či blízkých osob.

## 5 DISKUSE

Cílem této diplomové práce bylo zjistit základní zdroje strachu u hospitalizovaných dětí předškolního a mladšího školního a předložit účinné metody ke zmírnění či odstranění dětského strachu a charakterizovat zásady vhodné spolupráce sestry s dítětem, popřípadě jeho doprovodem. Dále pak zmapovat diagnostiku a hodnocení bolesti u dětí sestrami a zjistit, jaké způsoby nefarmakologického tlumení bolesti u dětí jsou v ošetrovatelské péči využívány nejčastěji.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí - teoretické, pro kterou byla použita odborná česká a zahraniční literatura včetně internetových zdrojů a z části empirické, která obsahuje samotné výzkumné šetření se zjištěnými výsledky.

Kvalitativní výzkum byl realizován prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, který se skládal z deseti otevřených otázek sestavených vzhledem ke stanoveným výzkumným cílům – prvních pět bylo věnováno tématice strachu u hospitalizovaného dítěte, dalších pět se pak zabývalo problematikou bolesti dětských pacientů. Rozhovory se uskutečnily s vybranými respondenty. První výzkumný soubor byl tvořen 12 sestrami, z nichž 6 pracuje na dětském lůžkovém oddělení Nemocnice Písek a dalších 6 na Klinice dětské chirurgie FN Motol v Praze. Druhý výzkumný soubor pak tvořilo 12 dětských pacientů, z nichž 6 bylo hospitalizováno na dětském lůžkovém oddělení Nemocnice Písek a dalších 6 na Klinice dětské chirurgie FN Motol v Praze. 3 dětské respondenty daného zdravotnického zařízení byli předškolního věku (pro účely výzkumu věková kategorie 5 – 6 let), zbývající 3 mladšího školního věku (věková kategorie 7 – 10 let). Vybraní dětské pacienti byli, z důvodu srovnatelnosti intenzity prožívané bolesti a použitých ošetrovatelských postupů, v době provádění rozhovorů 3. den po stejném operačním výkonu - laparoskopické apendektomii.

Úvodní část rozhovorů byla zaměřena na zodpovězení první výzkumné otázky, která se zabývala základními zdroji strachu u hospitalizovaného dítěte. Podle většinového názoru sester se hospitalizované děti nejvíce bojí cizího prostředí. S9 se k tomuto vyjádřila takto: *„Děti se bojí toho neznáma kolem sebe, jsou vytrženy ze svého prostředí domova, rodiny, kamarádů a najednou je kolem nich plno lidí v bílém a oni neví, co se s nimi bude dít. K tomu jim není dobře, rodiče jsou vyděšení a dítě nechápe*

*proč.*“ Jako další důvod dětského strachu uvedly překvapivě pouze 3 respondentky z řad sester očekávanou bolest a s tím související strach z jehel a krve. Sestry S5 a S12 také zmínily strach ze samoty a stesk po rodičích. Odpovědi sester byly stejně jako u následujících otázek konfrontovány s odpověďmi dětských pacientů a jejich doprovody. 10 hospitalizovaných dětí z dotázaných 12 uvedlo, že z pobytu v nemocnici měly či mají strach, zbývající 2 dětské respondenty odpověděly, že strach spíše neměly (díky přítomnosti rodičů či předchozí zkušenosti s hospitalizací), neuvedli však, že by strach neměly vůbec a k následujícím otázkám rozhovoru, týkajícím se strachu, se dále vyjadřovali. Co se týče výčtu zdrojů strachu, odpovědi sester a pacientů se u této otázky rozcházejí, odpovědi dětí byly také ve srovnání se sesterskými rozmanitější a konkrétnější.

Většina dětí uvedla ve výčtu důvodů strachu při pobytu v nemocnici faktory, které lze shrnout do kategorie „Bolest a projevy nemoci“ a všechny tyto děti do své odpovědi zahrnuly pojmy „píchání“ či „injekce“. Toto zjištění, podle mého názoru, jasně ukazuje, jak je pocit bolesti pro dětské pacienty zásadní a děsivý a vyžaduje tedy od sester takový přístup, který tyto pocity zohledňuje. Tyto výsledky také korespondují s tvrzením Mikšové (2006), která označuje procedurální bolest, která je součástí preventivních, vyšetřovacích a léčebných intervencí, jako hlavního vyvolavatele úzkosti a strachu u dětských pacientů. Nezastupitelnou roli má v těchto případech vhodný psychologický přístup zdravotnického týmu, zejména sester. Sedlářová et al. (2008) nabádá rovněž k tomu, aby chování dětského pacienta nebylo bagatelizováno, ale vedlo k zamyšlení, jak pocitům strachu z bolesti vhodnou ošetrovatelskou péčí předejít. Podle Mazalové (2014) by měly být intervence sester zaměřeny především na prevenci nepřiměřeného strachu nebo alespoň na jeho snížení na přijatelnou úroveň. Já osobně si tedy myslím, že oblast mírnění strachu z nadcházející procedurální bolesti u dětských pacientů nabízí pro sestry pečující o dětské pacienty ještě široké spektrum možností dalšího vzdělávání v oblasti teoretických znalostí i praktických dovedností.

Co se týká dalších zdrojů strachu, dětskými respondenty byla také zmíněna jako stresující faktor absence známých věcí a osob (hračky, věci z domova, zvířecí mazlíčci, kamarádi, sourozenci) a dále pak byla uvedena obava z omezení potřeb (zejména

omezení pohybu) a z nudy. Jak uvádí Bowden a Greenberg (2008), u dětí předškolního a mladšího školního věku je důležité bránit sociální izolaci, umožnit jim kontakt s vrstevníky a zajistit dodržování denního režimu, který je v rámci možností co nejvíce podobný obvyklému režimu v domácím prostředí. Myslím si, že toto bohužel není v nemocničním prostředí často plně realizovatelné, s ohledem na organizační, časová a prostorová omezení nemocničního zařízení, aktuální stav pacienta i dalších spolupacientů. Sestry by se však měly snažit dětskému pacientovi vyjít vstříc alespoň v maličkostech, které chod oddělení nijak výrazně nezatíží, dítěti však v dané situaci velmi pomohou (například ponechat dítěti vlastní pyžamo, respektovat rituály před usínáním, apod.). Dle Ptáčka a Bartůňka (2011) je důležité si uvědomit, že během pobytu v nemocnici není úkolem sestry dítě zásadně převychovávat či se ho snažit odnaučit zlovykům.

Dalším zmíněným zdrojem strachu ze strany oslovených dětských pacientů pak byla obava z nepřátelského přístupu zdravotníku a spolupacientů. Co se týká přístupu zdravotníků, Ptáček a Bartůňek (2011) uvádí, že sestry by si měly uvědomit, že pro hospitalizované dítě představují nejen zdravotníka, ale často také kamaráda. Děti jejich chování sledují a pobyt v nemocnici je pro ně přístupem sester zásadně ovlivněn. Při své praxi na dětském lůžkovém oddělení jsem byla několikrát svědkem toho, že když se rodiče dětí ptali na jejich pobyt v nemocnici, děti jako první zmínily chování sester a to nejen přímo vůči nim samotným, ale všímaly si i celkového dojmu, komunikace a vystupování sester.

Desetileté dívky P6, P12 uvedly, že pociťovaly v nemocnici strach ze smrti, 5ti letý chlapec P1 zmínil strach ze tmy. Toto zjištění je podepřeno tvrzením Hockenberryho a Wilsonse (2013), kteří zdůrazňují, že děti předškolního věku často využívají bohatou fantazii a magické představy, bojí se strašidel a tmy. Děti školního věku, podle Malé (2010), již znají strach ze smrti, který se často v nemocnici projevuje například obavou z usínání o samotě.

K tématu projevu strachu u dětských pacientů většina sester ve shodě uvedla pláč a křik, polovina respondentek zmínila i prvky agrese. Sestry S2, S5, S8 a S9 uvedly v rozhovoru také projevy, které lze souhrnně označit jako „tichý“ strach. S2 tento stav

popsala takto: „*Dítě se uzavře do sebe, neodpovídá nám, nekomunikuje, občas tiše pláče, má strach ale nechce nebo neví jak o tom mluvit.*“ Jak ovšem uvádí Sedlářová et al. (2008), pomáhat je nutné všem dětským pacientům, nejen těm, kteří dávají svůj strach hlasitě najevo. Zranitelnější naopak často bývají děti trpící uvnitř, které se bojí ukázat své emoce z důvodu obavy z posměchu nebo odsouzení.

Pouze 2 sestry doplnily také neverbální a vegetativní projevy strachu u dětských pacientů. Podle mého názoru je však pro sestru velmi důležité všimnout si i těchto faktorů, protože zaznamenání nonverbálních a vegetativních projevů strachu je nedílnou součástí anamnestického procesu.

Na projevy svého strachu byli dotazováni i dětské pacienty, ti však uváděli pouze pláč, popř. křik, proto byla tato otázka z výzkumného šetření následně vyřazena. Důkladnější analýzy způsobů prožívání vlastního strachu jsou, na základě vysvětlení dětských psychologů, schopní až děti vývojově starší.

Další oblast rozhovoru se týkala metod použitých ke zmírnění strachu u dětských pacientů v souvislosti s ošetrovatelskou péčí. Většina sester uvedla jako účinnou metodu ke zmírnění strachu techniku, kterou lze označit pod pojmem „přátelský přístup zdravotníků“, zdůraznily zejména význam úsměvu, S3 doslova řekla: „*Děti reagují pozitivně na pozitivně naladěnou tvář.*“ Dále pak respondentky zmínily pozitivní vliv pochvaly, fyzického kontaktu a dodání pocitu dětskému pacientovi, že „sestra je tu pro něj“.

Jako další účinnou metodu ke zmírnění strachu u hospitalizovaného dítěte 7 sester uvedlo „odvedení pozornosti od strachu“. Nejčastěji mezi odpověďmi respondentek zaznělo povídání, dále pak hraní, čtení a kreslení. Většina sester, které uvedly odpoutání pozornosti jako svoji odpověď, však doplnily, že na tuto metodu bohužel často nemají ve svém pracovním dni dostatek času. Myslím si, že pod tímto názorem se skrývá jeden z hlavních problémů ošetrovatelské profese jako takové - nadměrné množství administrativy odsouvá potřeby pacienta do pozadí, dochází ke konfliktu ošetrovatelské role a role sestry administrátorky, dokumentátorky. U dětských pacientů pak může dojít k tomu, co zmiňují Langmeier a Matějček (2011), že zanedbáním potřeb dítěte



v nemocnici může dojít k psychickým následkům, které jsou vážnější a trvalejší, než bylo původní somatické onemocnění.

Více než polovina sester také zmínila jako účinnou metodu v boji s dětským strachem přítomnost rodičů dítěte. S12 k tomuto řekla: „*I když se my, jako zdravotníci, snažíme sebevíc, stejně nikdo nevymyslel nic lepšího než přítomnost maminky nebo tatínka.*“ Dále pak respondentky z řad sester uvedly důležitost dostatku informací a pozitivní vliv přítomnosti dětského kamaráda na oddělení.

Přestože 11 z 12 oslovených sester uvedlo, že znají ještě další metody k tlumení strachu u dětí (relaxační techniky – dechová cvičení, uvolňující cviky; poslech uklidňující hudby a další možnosti technického využití; psychoterapie, arteterapie), všechny tyto respondentky přiznaly, že je v praxi téměř nevyužívají. Osobně jsem zastánkyně i těchto metod v pediatrické praxi, přestože uznávám jejich časovou náročnost a zvýšené nároky na organizační chod pediatrické stanice. Můj názor se opírá i o publikaci Kalousové (2008), která dokládá široké spektrum relaxačních a imaginativních technik a udává, že jejich střídání a kombinace umožňuje ještě lépe odbourávat stres.

Odpovědi sester, týkající se používaných metod k mírnění dětského strachu, byly opět následně porovnány s odpověďmi dětských respondentů. V této oblasti došlo ke shodě u dvou nejčastěji zmíněných metod, kterými byly „přátelský přístup zdravotníků“ a „odvedení pozornosti od strachu“. Mezi metodami odvedení pozornosti u dětských respondentů opět převažovalo „povídání a „hry“, děti navíc zmínily herního klauna a nemocniční divadelní představení v nemocnici, které hodnotí jako velmi přínosné, rovněž shledávají nápomocné používání tabletu.

Dále pak bylo dětmi uvedeno ke zmírnění strachu dodržování specifíků při usínání, na která jsou zvyklí z domova (polštář, plyšák, lampička, televize). 3 děti zmínily zajímavý požadavek a to ten, aby se o ně starala během hospitalizace stejná sestra, resp. menší počet stejných sester. P5 k tomuto doslova uvedl: „*Jsem radši, když se o mě starají sestřičky, které znám a které ví, jak se jmenuju a co mám rád.*“ Podle mého názoru je tato myšlenka podnětná z hlediska podpory systému primárních sester v pediatrické ošetrovatelské péči. Považuji osobně tento systém za možný prostředek ke

zvýšení profesionality a zodpovědnosti sester, velkou výhodou pak je sjednocení ošetrovatelské péče o dětského pacienta po celou dobu hospitalizace, což vede ke stabilizaci jeho psychického a emočního stavu.

V rozhovorech zazněla také odpověď týkající se zapojení dítěte do sesterských aktivit, dále pak slíbená odměna a význam kamaráda – spolupacienta.

Kromě uvedených metod, všechny dotázané děti uvedly jako zásadní faktor pro snížení pocíťovaného strachu z nemocničního prostředí pobyt rodičů na oddělení. Filozofie péče, která je založena na spolupráci mezi rodinou pacienta a zdravotníky je označována jako Family-centred care (péče zaměřená na celou rodinu) a jak dokládá Sedlářová et al (2008), přítomnost rodičů a jejich efektivní spolupráce se zdravotnickým týmem vede nejen ke zlepšení zdravotního stavu dítěte, ale i k redukci jeho úzkostných pocitů.

S tímto tvrzením korespondují i další zjištěné výsledky, týkající se metod mírnění strachu, které v souvislosti s ošetrovatelskou péčí děti postrádaly. 5 respondentů ve shodě se svými rodiči uvedlo, že postrádali takový přístup sester, který respektuje přítomnost rodiče u ošetrovatelských výkonů (např. u krevních odběrů, zavádění intravenózní kanyly či při doprovodu na operační sál a ze sálu). Stejný počet dětských pacientů by také uvítal vstřícnější přístup ze strany sester. Dále byla zmíněna důležitost respektování zvyků z domácího prostředí a dívka P12 uvedla význam zachování soukromí a dodržování intimity.

Další otázka rozhovoru se týkala třetího výzkumného cíle, který se zabývá zásadami spolupráce mezi sestrou a hospitalizovaným dítětem, popřípadě jeho doprovodem za účelem zmírnění strachu u dětského pacienta. Více než polovina dotázaných sester uvedla důležitost jednotného postupu mezi zdravotníky (včetně lékařů) a dítětem, resp. jeho doprovodem. S2 doslova řekla: „*Když dítě vidí, že sestra mu říká to samé, co pan doktor a maminka, je klidnější, není zmatené, získává pocit důvěry, že je o něj dobře postaráno.*“ Dále byl sestrami zmíněn význam dostatku informací. U tohoto bodu sestry kladly důraz především na vhodnou formu informací, které jsou přiměřené chápání, věku, zdravotnímu a emocionálnímu stavu dítěte, shodují se mezi předávanými účastníky, jsou vhodně načasované v adekvátně přizpůsobeném

prostředí a sestry je podávají v rámci svých kompetencí. Sestry také uvedly k tématu spolupráce za účelem zmírnění strachu dítěte faktory, které lze souhrnně označit jako „Poskytnutí psychické a emoční podpory dítěti i jeho doprovodu“. Do této kategorie zahrnuly empatii, naslouchání, pochvalu, ocenění dítěte i přístupu matky, potřebu klidu a zbytečného nevyrušování. Sestry S6 a S11 uvedly zásadu navození atmosféry důvěry mezi sestrou a dítětem a sestry S8 a S10 zdůraznily význam dobře provedené edukace.

Na rozdíl od sester, které uvedly jako nejdůležitější zásadu pro úspěšnou spolupráci jednotnost přístupu, odpovědi dětí, resp. jejich doprovodů kladou na první místo kategorii „Poskytnutí psychické a emoční podpory“, což podle jejich mínění zahrnuje empatii sester a pochopení pro zdravotní obtíže dítěte, pochvalu ze strany sester a respektování klidu a zbytečné nevyrušování. Dále pak dětské respondenty a jejich rodiče uvedli, stejně jako oslovené sestry, význam dostatku poskytnutých informací – byl stanoven požadavek srozumitelnosti, vhodného načasování a místa pro podání informací, dále pak opět jednotnost v jejich poskytování. Jako faktor ovlivňující pozitivně vzájemnou spolupráci byl rovněž vyzdvihnutý vztah důvěry mezi nimi a ošetřující sestrou. Tyto odpovědi tedy opět zdůrazňují důležitost vstřícného holistického přístupu zdravotnického týmu k pacientům a jejich rodinným příslušníkům.

Schéma 16 zobrazuje odpovědi dětských respondentů, které se týkají okamžiku nejsilněji pociťované bolesti (odpovědi zaznamenané u všech 3. den po laparoskopické apendektomii). Téměř polovina dětských pacientů udala největší bolest první noc po operačním výkonu, 3 respondenty po příjezdu z operačního sálu, 2 dětské pacienty uvedli jako časový údaj nejsilněji pociťované bolesti první pooperační den, dívka P6 zmínila největší bolest v průběhu hospitalizace před operačním výkonem a pacientka P8 udávala nejsilněji pociťovanou bolest před přijetím do nemocnice v domácím prostředí. Výsledky výzkumného šetření v této oblasti tedy ukázaly, že děti trpí nejsilnější pooperační bolestí v průběhu operačního dne a nadcházející noci, sestry by to tedy mělo vést k systematickému zvládnutí managementu tlumení pooperační bolesti zahrnujícímu jak léčbu analgetickou, tak intervence nefarmakologické. Jak k tomuto uvádí Plevová a Slowiková (2010), za pochybení v poskytované péči lze pokládat nepřesně dávkované nebo nedostatečné používání analgetik a také nedostatečné porozumění účinným

nefarmakologickým metodám tlumení bolesti. Multidisciplinární přístup a nejvyšší priorita managementu bolesti by měly být samozřejmostí.

Co se týče metod používaných sestrami k diagnostice bolesti u dětských pacientů, naprostá většina dotázaných sester uvedla jako hlavní metodu diagnostiky bolesti u dětí rozhovor s dětským pacientem s využitím cílených dotazů na bolest. Nejčastěji zazněla otázka: „*Co tě bolí?*“ Popř. „*Kde to bolí?*“ Dále pak sestry uváděly otázky k bližší diagnostice bolesti: „*Jak moc to bolí?*“ Popř. „*Jak je bolest silná?*“ „*Bolí to v klidu, při pohybu?*“ Zmíněn byl několikrát i dotaz na úlevové a zhoršující faktory a otázka týkající se doprovodných obtíží. Více než polovina těchto sester přidala ke své odpovědi i význam rozhovoru s doprovodem dětského pacienta, respondentka S12 dokonce rozhovor s doprovodem zmínila jako metodu zásadní: „*Myslím si, že dost důležité je probrat charakter a projevy bolesti nejlépe s matkou, která své dítě dobře zná a je schopná posoudit i takové faktory, jakými jsou například práh bolesti, schopnost dítěte zvládat zátěž, chování dítěte v domácím prostředí - když bolest nemá, jak je dítě citlivé, apod.*“

7 sester rovněž vyzdvihlo důležitost sledování nonverbálních projevů dítěte trpícího bolestí (mimika, pláč, zaujímání úlevové polohy, vegetativní projevy). Sestry S4 a S7 také uvedly důležitost klinického zhodnocení sestrou (pohled, pohmat, observace celkového stavu, měření fyziologických funkcí) a S10 a S11 zmínily význam sledování doprovodných projevů bolesti (febrílie, ztráta vědomí, nauzea).

Na otázku, zda sestry znají ještě nějaké jiné způsoby diagnostiky bolesti u dětí, odpověděla většina respondentek záporně. Sestry S5, S7 a S9 uvedly jako techniku pro stanovení místa bolesti topologický záznam do obrázku dětské postavy a S4 uvedla možnost vyjádření bolesti dětskou kresbou.

Výroky oslovených sester, týkající se používaných metod diagnostiky bolesti u dětí, byly ověřeny porovnáním s výroky dětských respondentů. Jejich odpovědi potvrdily tvrzení sester – všichni dětské respondenti ve spolupráci s doprovázejícími osobami uvedli, že sestry používaly jako hlavní metodu k diagnostice bolesti cílené dotazování a většina doplnila, že dotazy směřovaly zejména na dětského pacienta. Co se týká specifikace otázek ze strany sester, uvedení respondenti zmínili především: „*Co tě*

*bolí?“ a „Kde tě to bolí nejvíc?“. 5 oslovených dětských pacientů, resp. rodinní příslušníci těchto pacientů uvedli, že dotazy sester byly určeny především jim, jako doprovodu dítěte. Všichni tito rodiče uvedli, že sestry se dotazovaly na současný stav bolesti dítěte. Matka dívky P2 k tomuto říká: „Naprostou chápou, že sestra se obracela s dotazy ohledně bolesti dcery na mě, dcera byla po příjezdu ze sálu spavá, brečela, téměř nekomunikovala a po podání analgetik usnula.“ Rodiče rovněž potvrdili, že sestry sledovaly celkový stav dítěte. Pouze matka chlapce P4 uvedla, že sestry si všímaly i doprovodných projevů bolesti: „Když za námi sestřičky přišly, ptaly se i na zvracení, nutkání ke zvracení, zajímaly se, zda se už malý netřese.“ Pozitivním zjištěním bylo, že ani jedno z dotázaných dětí včetně jeho doprovodu neodpovědělo, že by sestry diagnostiku bolesti neprováděly.*

Správná diagnostika bolesti je podmínkou jejího odstranění a měl by se od ní odvíjet další léčebný a ošetrovatelský postup. Jak uvádí Mareš (1997), odpovědět na otázku, jak moc to dítě bolí, není pro zdravotníky snadné, není to však ani nemožné. Rybárová (2008) charakterizuje dětskou bolest z hlediska pěti aspektů: neurologického, fyziologického, psychologického, behaviorálního a farmakologického a komplexní diagnostika bolesti u dětských pacientů by tedy měla všechny tyto faktory zahrnovat.

Další otázka rozhovoru se týkala hodnocení bolesti u dětského pacienta v průběhu ošetrovatelské péče. Všechny dotázané sestry uvedly, že bolest hodnotí zejména na základě cíleného dotazu na dětského pacienta a výsledek pak zaznamenají do ošetrovatelské dokumentace. Forma zápisu a časový interval pro monitoring pooperační bolesti se však liší podle dotazovaného pracoviště. Sestry pracující na dětském oddělení Nemocnice Písek uvedly, že hodnotí pooperační bolest automaticky po 3 hodinách, v případě, že dítě udává takovou bolest, která vyžaduje podání analgetik, zhodnotí sestra intenzitu bolesti v okamžiku podání analgetika a dále pak nejpozději s hodinovým odstupem za účelem zjištění efektu podaného léku. Sestry pracující na Klinice dětské chirurgie v Motole monitorují bolest a vedou záznam hodnocení bolesti na základě vlastního zvážení s ohledem na individuální stav dětského pacienta. K vyjádření intenzity bolesti v záznamu pak sestry používají číselnou škálu od 1 do 5, slovní hodnocení či emotikony („smajlíky“). Dále pak byl sestrami uveden jako přínosný,

k hodnocení zejména pooperační bolesti, rozhovor s doprovodem dítěte. Zdůrazněn byl i význam sledování nonverbálních projevů dítěte a vizuální analogová škála VAS. S11 ale k tomuto říká: „*VAS na oddělení používáme, ale spíše u větších dětí, u čerstvých operantů se moc neosvědčila, nejsou často schopní plně spolupracovat.*“ Pouze S8 udala jako hodnotící metodu dětské bolesti také obličejovou škálu, opět ovšem upozornila, že: „*....není u operantů moc využívána, ale na oddělení s ní občas pracujeme.*“

Sestry byly rovněž dotázány na to, zda znají ještě jiné metody k hodnocení bolesti. Většina sester uvedla škálu VAS, 4 dotázané sestry uvedly jako další známou metodu k hodnocení bolesti obličejovou škálu. Respondentky S8, S12 k tomuto tématu uvedly, že jiné hodnotící metody, než které uvedly u předchozí otázky, neznají.

Výroky oslovených sester, týkající se používaných metod hodnocení bolesti u dětí, byly ověřeny porovnáním s odpověďmi dětských respondentů. Všichni dětské pacienti ve spolupráci s doprovázejícími osobami uvedli, že sestry používaly jako hlavní metodu k hodnocení bolesti cílené dotazování a většina doplnila, že dotazy byly směřovány hlavně na dětského pacienta. Co se týká specifikace otázek ze strany sester, uvedení respondenti zmínili především dotazy na současný stav, hodnocení vývoje bolesti, možnosti tlumení bolesti, schopnost sebeobsluhy a pocity komfortu/dyskomfortu. Další z dotázaných dětských pacientů, resp. rodinní příslušníci těchto pacientů uvedli, že dotazy sester byly určeny především jim, jako doprovodu dítěte a týkaly se převážně toho, jak dítě bolest zvládá a jakým způsobem se bolest mění. Rodiče respondentů P2 a P7 také zmínili sledování močení a zvracení v souvislosti s celkovou anestézií. Pouze 3 doprovázející rodiče uvedli, že sestry si všímaly i nonverbálních projevů dítěte.

Myslím si, že v hodnocení bolesti byly ve výzkumném šetření zjištěné značné rezervy, drtivá většina z dotázaných sester používá jako jedinou metodu dotazování, což potvrdily i oslovení pacienti spolu se svými doprovody. Přitom, jak uvádí McConigle (2006), bolest je multidimenzionální jev a k jejímu hodnocení je třeba zvolit multidimenzionální přístup, tedy kombinaci několika metod s ohledem na věk dětského pacienta, jeho zkušenosti, typ bolesti a celkový kontext onemocnění.

Další otázky rozhovoru, týkající se sestrami využívaných metod nefarmakologického řešení bolesti, souvisely s posledním výzkumným cílem - zjistit nejčastěji používané způsoby nefarmakologického tlumení bolesti u dětí v souvislosti s ošetrovatelskou péčí. Většina z dotázaných sester zmínila techniku odvedení pozornosti od bolestivého stimulu - uvedeno bylo nejčastěji povídání, dále pak sledování určitého předmětu (obrázek na stěně, vystavená hračka), počítání číselné řady a sledování televize při bolestivém výkonu. Více než polovina sester také zmínila význam využití fyzikálních metod, zejména chladu a tepla. S6 ve své odpovědi uvedla: „*U pooperačních stavů, například po urologických operacích, máme opravdu dobré zkušenosti s aplikací namražených sáčků přes plenu – led má analgetický účinek a dítě se také soustředí na ten pocit chlazení a méně vnímá bolest.*“ Význam fyzikálních metod zmiňuje i Mareš (1997), který označuje chlad jako jednoduché lokální anestetikum.

4 z dotázaných sester uvedly důležitost zaujmutí vhodné úlevové polohy, zmíněn byl také způsob zvládnání bolesti cílenou přípravou na nepříjemný výkon. Kalousová (2008) tvrdí, že jednoduchá, věku odpovídající informace o pooperačním průběhu podaná před operací snížila intenzitu bolesti již u batolat. Sestra by tedy měla dítě ujistit o tom, že bolest se sice může objevit, ale bude řešena a zdravotníci nedovolí, aby se stala příliš silnou.

Sestry S4, S7 uvedly možnost zapojení doprovázející osoby dítěte do zvládnání bolesti. Obě tyto sestry uvedly jako přínosné uklidnění ze strany doprovodu a možnost „mačkat mu ruku“ při bolestivém prožitku. Ke spolupráci s doprovodem dítěte se vyjadřuje i Trachtová et al. (2013) ve své publikaci, kde uvádí, že rodič se má během nepříjemného výkonu pokusit dítě utěšit či rozptýlit hlazením, vyprávěním, apod., nesnažit se ho však přidržovat nebo znehybnit - to je pak pro dítě matoucí a zvyšuje to jeho napětí. Bylo prokázáno, že vhodně poučení rodiče mohou svému dítěti velmi účinně pomoci snést bolestivý zákrok.

K dalším metodám zvládnání bolesti pak ještě uvedla respondentka S4 dechová relaxační cvičení a sestra S10 doplnila metodu imaginace.

Sestry byly na závěr dotazovány na to, zda nefarmakologické metody řešení bolesti považují za účinné. Přesně polovina z dotázaných sester zastává názor, že nefarmakologické metody považuje za účinné, ale přesto tyto sestry dávají při tlumení bolesti u dětí přednost farmakologické analgetické léčbě. 4 respondentky považují nefarmakologické metody tlumení bolesti za velmi účinné, sestra S12 spíše za neúčinné, S11 je uvádí jako pomocné. Velmi pozitivním zjištěním je podle mého názoru to, že většina oslovených sester přiznává těmto metodám jasný efekt při řešení bolesti a ani jedna z dotázaných sester neoznačila tyto techniky za zcela neúčinné.

Otázka léčby bolesti byla opět probrána i s druhým výzkumným souborem, s pacienty. V souvislosti s tlumením pooperační bolesti všichni respondenti uvedli jako zásadní podání analgetik – za nejefektivnější byla dětskými pacienty považována intravenózní aplikace léků, dále pak perorální analgésie, pouze 3 respondenti (všichni ve věku 5 let) se vyjádřili kladně k podání rektálních analgetik, ostatní dotázané děti uvedly jako nevýhodu nepříjemné zavádění. Respondentky P6 (dívka 10 let), P11 (dívka 9 let) a P12 (dívka 10 let) zmínily v souvislosti se zaváděním rektálních analgetik také pocit studu a narušení intimity.

Přestože sestra nemá pravomoc naordinovat farmakologická analgetika, má k dispozici řadu jiných možností, které může v rámci svých kompetencí, za účelem zmírnění bolesti u dítěte, provést. Polovina z dotázaných dětí také uvedla jako přínosné při mírnění bolesti odvedení pozornosti a většina z těchto respondentů rovněž doplnila jako podstatný přátelský přístup sester. Děti také uváděly, že jim sestry před i po operačním výkonu nabídly suchý led k tlumení bolesti břicha nebo jim doporučily vhodnou úlevovou polohu. Dívka P12 vysvětlila: *„Když jsem šla spát první noc po operaci, tak mi sestřička řekla, ať si lehnu na pravý bok a přitáhnu si kolena k sobě a opravdu mě to bolelo méně. Taky mi ukazovala, jak mám vstávat z postele přes bok.“*

Při zodpovídání poslední otázky rozhovoru, týkající se nejúčinnějších způsobů nefarmakologického tlumení bolesti z pohledu dětského pacienta se odpovědi respondentů rozdělily do dvou kategorií – 1. kategorie se týkala ošetrovatelských intervencí při akutní bolesti a 2. kategorie zahrnovala způsoby nefarmakologického tlumení bolesti při odeznění akutní fáze. Co se týče zásahu sester za účelem zmírnění



akutní bolesti, více než polovina respondentů uvedla odpověď, kterou lze zahrnout do subkategorie „Zajištění klidu a pohodlí.“ Tato oblast zahrnovala podle respondentů zejména zajištění klidu na spánek dítěte a soukromí. Zároveň většina rodičů dodala, že takové podmínky ze strany sester zcela zajištěné nebyly. Toto výzkumné zjištění koresponduje s tvrzením Plevové a Slowikové (2010), které uvádí, že základem nefarmakologického tlumení bolesti u dětského pacienta je komplexní ošetrovatelská péče, která zahrnuje kromě volby správné metody a techniky také ochranu dítěte před dalšími nepříjemnými stimuly, jako jsou například nadměrný hluk, ostré světlo, tepelný či chladový stresor, nepřiměřená stimulace a také izolace od rodičů. Mareš (1997) rovněž nabádá k tomu, že je nutné zajistit obzvláště v pooperačním období odpočinek a kvalitní spánek, neboť únava zvyšuje citlivost dítěte na bolestivé podněty.

Dále pak dětští pacienti uváděli, že jim při akutní bolesti pomohlo přiložení suchého ledu v oblasti operačního pole či zaujmutí vhodné úlevové polohy.

Po odeznění akutní fáze bolesti ocenila většina dětských pacientů nejvíce odvedení pozornosti od přetrvávající bolesti, kdy od sester očekávali zejména respektování používání technických přístrojů (tablet, notebook, mobil), povolení návštěv a sledování televize. Zdůrazněn byl opět vliv přátelského přístupu zdravotníků a rovněž význam pozitivních informací na efektivní ovlivňování pocíťované bolesti – v rozhovorech zazněla nejčastěji odpověď týkající se zmírnění bolesti, dále pak očekávání propuštění do domácího prostředí a návštěva dětského pacienta jeho blízkými. Všechny děti shodně uvedly, že jim při zvládnání bolesti pomohla přítomnost rodičů či blízkých osob.

Poměrně překvapujícím zjištěním bylo to, že dotázané sestry, děti ani jejich doprovody neuvedly v souvislosti s mírněním pooperační bolesti pozitivní vliv pomoci ze strany sester při sebeobsluze dítěte. Vysvětlují si to tím, že většina dětí měla u sebe v průběhu hospitalizace rodiče, tento úkol přešel do určité míry na ně, a proto dotázané respondenty nenapadlo tuto oblast uvést. Přesto je důležité si tuto stránku ošetrovatelské činnosti uvědomovat, protože, jak uvádí Mareš (1997), u dětských chirurgických pacientů musí sestra předpokládat, že tělesná námaha způsobuje dítěti bolest a je třeba dohlédnout na to, aby některé činnosti nenarušily hojení rány a dítěti při sebeobsluze nejen pomáhat, ale svoji pomoc i aktivně nabízet.

## 6 ZÁVĚR

Strach a bolest jsou dva fenomény, které zásadně ovlivňují uzdravovací proces, přesto jsou tyto prožitky obzvláště pro dětské pacienty spojovány právě s pobytem ve zdravotnickém zařízení. Pro sestru pečující o dětské pacienty je proto nezbytné, aby se v této problematice orientovala, byla schopná projevy strachu a bolesti včas rozpoznat, správně vyhodnotit a snažit se efektivně o jejich odstranění.

Diplomová práce si kladla za cíle identifikovat základní zdroje strachu u hospitalizovaných dětí a předložit účinné metody a zásady spolupráce s dítětem, případně jeho doprovodem za účelem zmírnění strachu u dětského pacienta. Dále pak zmapovat diagnostiku a hodnocení bolesti sestrami a zjistit, jaké způsoby nefarmakologického tlumení bolesti u dětí jsou nejčastěji využívány. Tato práce přinesla nejen odpovědi na výzkumné otázky, ale odhalila i řadu zajímavých poznatků z oblasti ošetrovatelské péče o dítě s bolestí a strachem. Kvantitativní výzkum umožnil také zajímavou konfrontaci odpovědí sester a pacientů v oblasti, která je výrazně individuální a subjektivní. Jejich odpovědi se často rozcházely, což svědčí o tom, jak jsou témata bolesti a strachu u dětí složitá a poskytují ještě mnoho prostoru k podrobnějšímu zkoumání.

Co se týče první výzkumné otázky, zabývající se zdroji strachu u hospitalizovaného dítěte, většina dotázaných sester se domnívá, že se dětské pacienty nejvíce bojí cizího prostředí, očekávané bolesti a samoty. Odpovědi dětských respondentů na tuto otázku se však lišily - nejvíce dotázaných dětí uvedlo, že se bojí bolesti, dále pak cizího prostředí, omezení svých potřeb, nepřátelského přístupu zdravotníku a spolupacientů, smrti a tmy.

2. výzkumná otázka zněla: Jaké jsou účinné metody ke zmírnění, resp. odstranění zdroje strachu u dětí? Nejvíce oslovených sester se domnívá, že nejúčinnějším způsobem, jak řešit strach u dětských pacientů, je přátelský přístup zdravotníků. Jako další účinnou metodu pak uvedly možnost odvedení pozornosti od strachu, přítomnost doprovázejícího rodiče, význam informací a přítomnosti dětského kamaráda. Při porovnání s odpověďmi dětských pacientů došlo v této oblasti ke shodě u dvou nejčastěji zmíněných metod, kterými byly přátelský přístup zdravotníků a odvedení pozornosti od strachu. Dále pak dětské pacienty zmínili dodržování navykklých specifík

při usínání a požadavek, aby se o ně staraly během hospitalizace stejné sestry, pak také zapojení do sesterských aktivit a význam kamaráda. Kromě tohoto, všechny dotázané děti uvedly jako zásadní faktor pro snížení pocíťovaného strachu z nemocničního prostředí pobyt rodičů na oddělení.

Výzkumná otázka č. 3 zněla: Které zásady spolupráce mezi sestrou a dítětem, popř. doprovodem dítěte přispívají ke zmírnění dětského strachu? Sestrami byla uvedena důležitost jednotného postupu mezi zdravotníky a dítětem, kladly důraz především na vhodnou formu informací, dále pak zmínily význam poskytnutí psychické a emoční podpory, navození atmosféry důvěry a přínos dobře provedené edukace. Nicméně děti se svými doprovody kladou na první místo poskytnutí psychické a emoční podpory a až potom zmiňují význam dostatku poskytnutých informací.

4. výzkumná otázka se zabývala monitorovacími metodami bolesti u hospitalizovaného dítěte. Většina sester uvedla jako hlavní metodu rozhovor s dětským pacientem či jeho doprovodem s využitím cílených dotazů na bolest. Dětské odpovědi tvrzení sester potvrdily.

5. výzkumná otázka zněla: Jaké způsoby nefarmakologického tlumení bolesti v souvislosti s ošetrovatelskou péčí jsou u dětí nejčastěji používané? Většina dotázaných sester uvedla techniku odvedení pozornosti od bolestivého stimulu, dále pak význam využití fyzikálních metod, vhodnou úlevovou polohu a přípravu na nepříjemný výkon se zapojením doprovázející osoby dítěte. Děti potvrdily jako přínosné odvedení pozornosti od bolesti, dále pak uvedly přátelský přístup sester, ledování bolestivého místa a úlevovou polohu. Při prožívání akutní bolesti bylo požadováno zejména zajištění klidu a soukromí. Všechny děti zdůraznily význam rodičovské přítomnosti.

Tato diplomová práce je vhodná ke zpřístupnění sestrám pracujícím na dětských lůžkových odděleních, může pomoci ke zvýšení informovanosti pediatrických sester v oblasti hodnocení, diagnostiky a metod ovlivňování bolesti a strachu u dětských pacientů a přispět tak ke zkvalitnění péče na dětských lůžkových odděleních.

Představení tématu a výzkumného šetření je naplánováno na pediatrický seminář písecké nemocnice „Pracovní dny 2016“ a získané výsledky budou rovněž nabídnuty ke zveřejnění v odborném časopise s pediatrickou ošetrovatelskou tematikou.

## 7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

American Academy of Pediatrics, © 2006. *Prevention and Management of Pain in the Neonate, The Update* [online]. [cit. 2015-08-22]. Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/content/118/5/2231.full>

BACUS, Anne, 2007. *Mé dítě si věří*. Praha: Portál. ISBN 978- 250-1040-617.

BAKER, Connie a Donna WONG, 2010. Q.U.E.S.T. – A process of pain assessment in Children. *Wong – Baker Faces Foundation* [online]. 2010, 6(1) [cit. 2015-08-06]. Dostupné z: <http://www.wongbakerfaces.org/uploads/2010/08/QUEST.pdf>

BOLEDOVIČOVÁ, Mária et al., 2010. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 3. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-331-8.

BOWDEN, Vicky a Cindy Smith GREENBERG, 2008. *Pediatric Nursing Procedures*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. ISBN 978-0-7817-6682-1.

BRYKCZYNSKA, Gosia M. a Joan SIMONS, 2011. *Ethical and Philosophical Aspects of Nursing Children and Young People*. Chichester: Wiley-Blackwell. ISBN: 978-1-4051-9414-3.

COYNE, Imelda a Fiona TIMINS, 2010. *Clinical Skills in Children Nursing*. Oxford: Oxford University Press. ISBN: 978-0-19-955-903-9.

CURLEY, Martha et al., 2006. State Behavioral Scale (SBS). A Sedation Assessment Instrument for Infants and Young Children Supported on Mechanical Ventilation. *Pediatr Crit Care Med*. [online]. 2006, 7(2) [cit. 2015-11-01]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1626525/>

ČESKO. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, ©1992: Listina základních práv a svobod [online]. [cit. 2015-08-22]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

ČESKO. Ministerstvo vnitra České republiky, © 2015: Sbíрка zákonů a sbírka mezinárodních smluv. Vyhláška č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online]. [cit. 2015-09-22]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2014. Vybrané hodnotící škály v péči o novorozence. *Pediatric pro praxi* [online]. 2014, 15(3) [cit. 2015-09-01]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/03/15.pdf>

GABRHELÍK, Tomáš a Marek PIERAN, 2012. Léčba pooperační bolesti. *Interní medicína pro praxi*. 2012, 14(1), str. 23 – 25. ISSN 1212-7299.

HAKL, Marek et al., 2009. *Medicína pro praxi. Bolest: repetitorium*. Olomouc: Solen. ISBN 978-80-87327-04-3.

HERDMAN, T. Haether et al., 2009. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2009–2011*. Oxford: Wiley-Blackwell. ISBN 978-140-5187-183.

HOCKENBERRY, Marylin a David WILSON, 2013. *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. Missouri: Elsevier Mosby. ISBN 978-0-323-08343-0.

IASP. International Association for the Study of Pain, ©2014. *IASP Taxonomy* [online]. [cit. 2015-08-28]. Dostupné z: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576>.

JANÁČKOVÁ, Laura, 2008. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-179-6.

- KALOUSOVÁ, Jana, 2008. Bolest u dětí: Hodnocení a některé způsoby léčby. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, 9(1) [cit. 2015-09-06]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/01/02.pdf>
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
- KYLE, Terri, 2008. *Essentials of Pediatric Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. ISBN: 978-0-7817-5115-5.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
- LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK, 2011. *Psychická deprivace v dětství*. 4. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1983-5.
- MALÁ, Eva, 2010. Úzkostné poruchy v dětství a adolescenci. *Zdravotnictví, medicína, příloha Lékařské listy* [online]. 2010, 10 (10) [cit. 2015-11-08]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/uzkostne-poruchy-v-detstvi-a-adolescenci-451803>.
- MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1399-3.
- MAREŠ, Jiří, 1997. *Dítě a bolest*. Praha: Grada. ISBN 80-716-9267.
- MAZALOVÁ, Lenka et al, 2011. Ošetrovatelská diagnostika strachu u dětí. *Pediatric pro praxi*. 2011, 12(6), str. 434–436. ISSN 1213-0494.
- MAZALOVÁ, Lenka, 2014. Hodnocení projevů strachu u dětí v nemocnici dětskými sestrami. *Pediatric pro praxi* [online]. 2014, 15(5) [cit. 2015-10-08]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/05/12.pdf>

McCONIGLE, Bonnie et al., 2006. *Pain management made incredibly easy*. Springhouse: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 15-825-5227-4.

MICHALČÁKOVÁ, Radka, 2007. *Strachy v období rané adolescence*. Brno: Spol. pro odbornou literaturu - Barrister & Principal. ISBN 978-80- 87029-15-2.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.

MURIS, Peter, 2007. *Normal and abnormal fear and anxiety in children and adolescents*. Boston: Elsevier. ISBN 00-804-5073-3.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012 – 2014*, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

O'LEARY, Kimberly, 2009. Sick children in hospital: How to help, what to do. In: *About Kids Health* [online]. Jun 11, 2009, [cit. 2015-10-20]. Dostupné z: <http://www.aboutkidshealth.ca/En/HealthAZ/TestsAndTreatments/GoingtoHospital/Pages/Child-in-Hospital.aspx>

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

PLEVOVÁ, Ilona, 2012. Hodnocení bolesti u dětí. Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelské praxi. *Pediatric pro praxi* [online]. 2012, 13(3) [cit. 2015-11-07]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/03/12.pdf>

POTTS, Nicki a Barbara MANDLECO, 2012. *Pediatric Nursing: Caring for Children and Their Families*: Delmar: Cengage leasing. ISBN: 978-1-434-8672-0.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.

ROBERTS, Cristine, 2010. Unaccompanied Hospitalized Children: A Review of the Literature and Incidence Study. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. 2010, 25 (6) [cit. 2015-10-01]. Dostupné z: [http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(09\)00410-2/fulltext](http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(09)00410-2/fulltext)

ROKYTA, Richard et al., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

RYBÁROVÁ, Daniela, 2008. Posudzovanie detskej bolesti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2008, 1(2), str. 71-74. ISSN 1339-4193.

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1049-8.

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

SIKOROVÁ, Lucie, 2011a. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3593-1.

SIKOROVÁ, Lucie, 2011b. Spolehlivost hodnotících metod monitorujících bolest u dětí a dospívajících s kognitivní poruchou. *Bolest*. 2011, 14(3), str. 121. ISSN 1212-0634.

SIKOROVÁ, Lucie, 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3592-4.



STEVENS, J. Bonnie et al., 2007. Determining behavioural and physiological responses to pain in infants at risk for neurological impairment. *Pain*. 2007, 127(1–2), str. 94–102. ISSN 0304-3959.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

TAKACS, Lisa, 2011. *Procedural pain management*. The Royal Children's Hospital Melbourne: Clinical Guidelines (Nursing) [online]. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: [http://www.rch.org.au/rhcpg/hospital\\_clinical\\_guideline\\_index/Procedural\\_Pain\\_Management/](http://www.rch.org.au/rhcpg/hospital_clinical_guideline_index/Procedural_Pain_Management/)

TRACHTOVÁ, Eva et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

VANÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ, 2014. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-769-8.

VERGHESE, Susan a Hannallah RAAFAT, 2010. Acute pain management in Children. *Journal of pain research* [online]. 2010, 10 (3) [cit. 2015-08-09]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004641/>

## **8 PŘÍLOHY**

Příloha 1 – Charta práv hospitalizovaných dětí

Příloha 2 – SBS - State Behavioral Scale

Příloha 3 – NIPS – Neonatal Infant Pain Scale

Příloha 4a – Stupnice VAS – vizuální analogová škála

Příloha 4b – Facial Affect Scale – obličejová škála hodnocení bolesti

Příloha 5 – Oucher (Bolítoměr)

Příloha 6 – Analgetický žebříček WHO

Příloha 7 – Struktura rozhovoru se sestrami

Příloha 8 - Struktura rozhovoru s dětskými pacienty a jejich doprovodem

## **Příloha 1**

### **Charta práv hospitalizovaných dětí**

1. Děti mají být přijímány do nemocnice pouze tehdy, jestliže péče, kterou vyžadují, jim nemůže být poskytnuta doma, nebo při denní hospitalizaci.
2. Děti v nemocnici mají vždy právo mít u sebe své rodiče nebo jejich zástupce.
3. Ubytování by mělo být nabídnuto všem rodičům a ti by měli být podporováni v tom, aby zůstali. Pro rodiče by to nemělo být finanční zátěží a neměli by trpět ztrátou výdělku. Aby se mohli podílet na péči o své dítě, měli by být rodiče trvale informováni o chodu oddělení a měla by být podporována jejich účast.
4. Děti a rodiče mají právo být informováni způsobem odpovídajícím jejich věku a úrovni chápání. Měla by být učiněna opatření ke zmírnění fyzického a emočního stresu.
5. Děti a rodiče mají právo na informovanou účast ve všech rozhodnutích týkajících se péče. Dítě má být chráněno před zbytečnou léčbou a výzkumem.
6. Děti mají být ošetřovány spolu s dětmi, se kterými mají stejné vývojové potřeby a nemají být přijímány na oddělení dospělých. Pro návštěvníky dětských oddělení by neměla platit žádná omezení, pokud se týká věku.
7. Děti mají mít veškeré podmínky ke hrám a odpočinku a vyučování vhodnému pro jejich věk a stav a mají být v účelném, nábytkem vybaveném a stimulujícím prostředí, které má být vybaveno v souladu s jejich potřebami.
8. O děti má pečovat personál, jehož vzdělání a zkušenosti mu umožňují reagovat na fyzické, emoční a vývojové potřeby dětí a jejich rodin.
9. Kontinuita péče by měla být zajišťována týmem pečujícím o děti.
10. S dětmi má být zacházeno s taktem a pochopením a jejich soukromí má být vždy respektováno.

#### Zdroj:

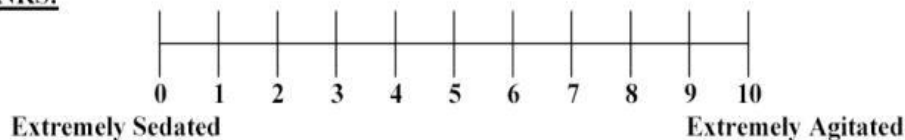
ČESKO. Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky, © 2010: Práva a povinnosti. Charta hospitalizovaných dětí [online]. [cit. 2015-04-22]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/prava-a-povinnosti\\_2620\\_22.html](http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/prava-a-povinnosti_2620_22.html)

## Příloha 2

### SBS - State Behavioral Scale

Dimensions	Levels
Respiratory Drive	<ol style="list-style-type: none"><li>1. No spontaneous respiratory effort</li><li>2. Spontaneous but ineffective exhaled tidal volume (Patient specific: &lt;4cc/kg)</li><li>3. Spontaneous and effective exhaled tidal volume (Patient specific: &gt; 4cc/kg)</li></ol>
Response to Ventilation	<ol style="list-style-type: none"><li>1. No spontaneous breathing</li><li>2. Easy spontaneous breathing (fully synchronized with mechanical ventilation)</li><li>3. Having difficulty synchronizing with ventilator</li><li>4. Unsynchronized with mechanical ventilation, compromising oxygenation/ventilation</li></ol>
Coughing	<ol style="list-style-type: none"><li>1. No cough with suction</li><li>2. Coughs only when suctioned</li><li>3. Coughs when repositioned</li><li>4. Occasional spontaneous cough</li><li>5. Frequent spontaneous coughing that does not resolve with suctioning</li><li>6. Bronchospastic or choking</li></ol>
Best Response to Stimulation	<ol style="list-style-type: none"><li>1. No response to noxious stimuli</li><li>2. Responds to noxious stimulus</li><li>3. Responds to touch</li><li>4. Responds to voice</li><li>5. No external stimulus is required to elicit response</li></ol>
Attentiveness to Care Provider	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Unable to pay attention to care provider</li><li>2. Able to pay attention to care provider but drifts off after stimulation</li><li>3. Spontaneously pays attention to care provider (Infant – fixes and follows)</li><li>4. Vigilant of care provider/Eyes follow care provider – watchful</li><li>5. Hyper-vigilant to care provider/Panicky when care providers approach patient</li></ol>
Tolerance to Care	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Does not distress with any procedure including noxious</li><li>2. Will distress with noxious procedures</li><li>3. Distresses with procedures (i.e., repositioning)</li><li>4. Distressed (e.g., picking at tubes, pulling at restraints, etc.)</li><li>5. Patient intermittently unsafe (e.g., biting ETT)</li><li>6. Patient unsafe (e.g., attempting to pull at ETT/catheters, cannot be left alone)</li></ol>
Consolability	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Self-regulates/modulates own behavior</li><li>2. Able to calm with comforting touch or voice when stimulus removed; distractible</li><li>3. Does not consistently calm despite a 5-minute attempt to console</li><li>4. Unable to console</li></ol>
Movement after Consoled	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Does not move</li><li>2. Occasional movement of extremities or shifting of position in bed</li><li>3. Increased movement (restless, squirming)</li><li>4. Excessive movement (thrashing side to side, kicking legs, arched, rigid)</li><li>5. Combative</li></ol>

#### NRS:



#### Zdroj:

CURLEY, Martha et al. State Behavioral Scale (SBS). A Sedation Assessment Instrument for Infants and Young Children Supported on Mechanical Ventilation. *Pediatr Crit Care Med.* [online]. 2006, 7(2) [cit. 2015-11-01]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1626525/>

### Příloha 3

#### NIPS – Neonatal Infant Pain Scale

### Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

Variable	Finding	Points
Facial expression	Relaxed (Restful face, neutral expression)	0
	Grimace (Tight facial muscles. Furrowed brow, chin, jaw)	1
Cry	No cry (Quiet, not crying)	0
	Whimper (Mild moaning, intermittent)	1
	Vigorous crying (loud scream, shrill, continuous). If Infant is intubated, score silent cry based on facial movement.	2
Breathing pattern	Relaxed (Usual pattern for this infant)	0
	Change in breathing (Irregular, faster than usual, gagging, breath holding)	1
Arms	Relaxed (No muscular rigidity, occasional random movements of arms)	0
	Flexed/extended (Tense, straight arms, rigid and /or rapid extension, flexion)	1
Legs	Relaxed (No muscular rigidity, occasional random movements)	0
	Flexed/Extended (Tense, Straight legs, rigid and/or rapid extension, flexion)	1
State of Arousal	Sleeping/Awake (Quiet, peaceful, sleeping or alert and settled)	0
	Fussy (Alert, restless and thrashing)	1
Heart Rate	Within 10% of baseline	0
	11-20% of baseline	1
	>20% of baseline	2
O <sub>2</sub> Saturation	No additional O <sub>2</sub> needed to maintain O <sub>2</sub> saturation	0
	Additional O <sub>2</sub> required to maintain O <sub>2</sub> saturation	1

**Limitations:** A falsely low score may be seen in an infant who is too ill to respond or who is receiving a paralyzing agent.

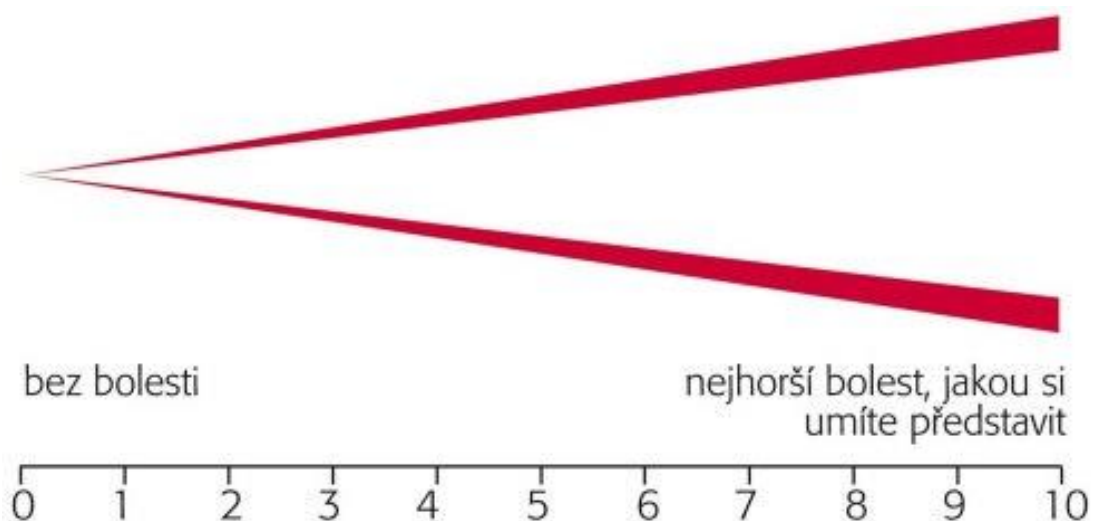
**(A score greater than 3 indicates pain)**

Zdroj:

JACQUES, Erica et al. Pain Scales – Valuable Pain Assessment Tools. *Medical Review Policy* [online]. 2015, 6(9) [cit. 2016-04-01]. Dostupné z: <http://pain.about.com/od/testingdiagnosis/ig/pain-scales/Cries-Scale.htm>

## Příloha 4a

### Stupnice VAS – vizuální analogová škála



## Příloha 4b

### Facial Affect Scale - obličejová škála hodnocení bolesti



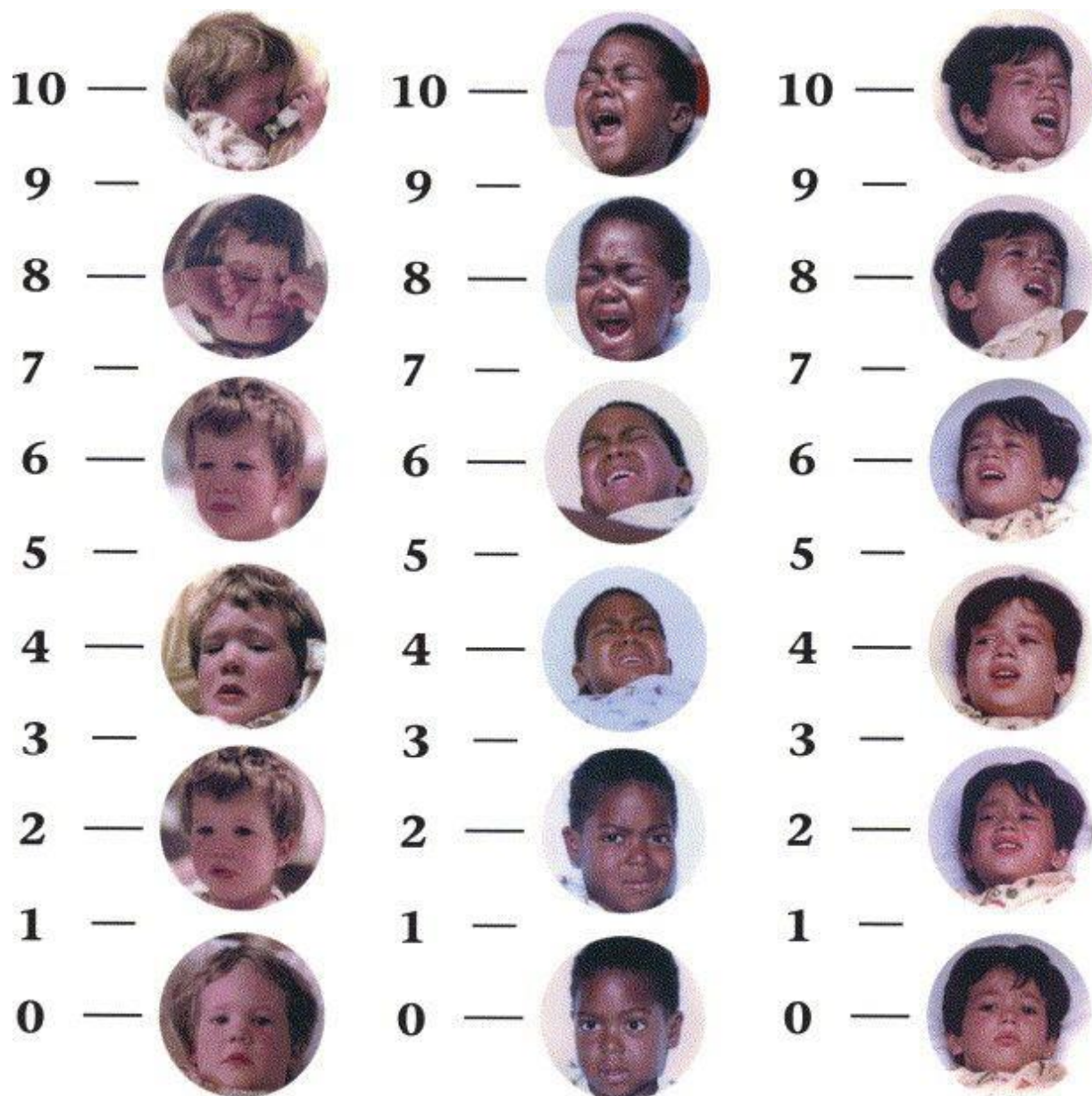
#### Zdroj:

PLEVOVÁ, Ilona, 2012. Hodnocení bolesti u dětí. Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelské praxi. *Pediatric pro praxi* [online]. 2012, 13(3) [cit. 2016-11-03].

Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/03/12.pdf>

**Příloha 5**

**Oucher (Bolítoměr) – několik možných variant**



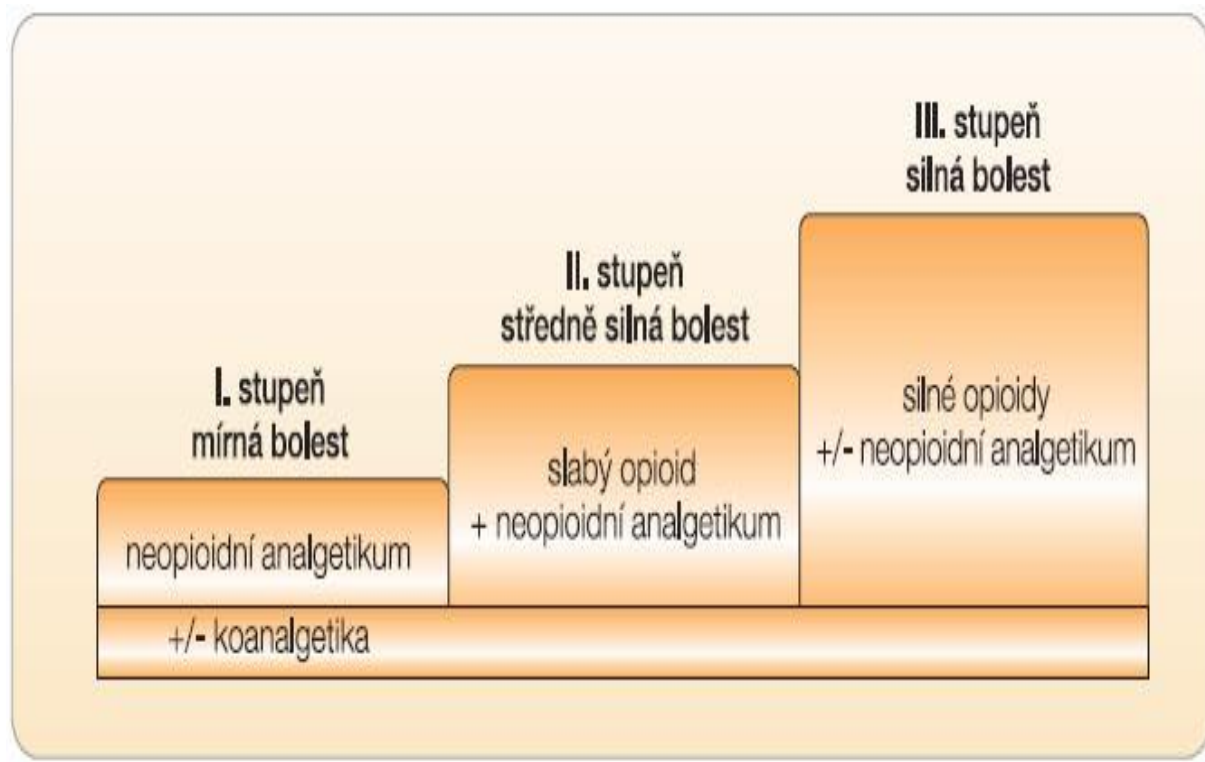
Zdroj:

Pain Associates in Nursing, ©2012. *Oucher* [online]. [cit. 2016-03-28]. Dostupné z: <http://www.oucher.org/order.html>



## Příloha 6

### Analgetický žebříček WHO



Zdroj:

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.



## **Příloha 7**

### **Struktura rozhovoru se sestrami**

S (-)

*Věk:*

*Pracoviště:*

*Délka praxe na dětském oddělení*

*Nejvyšší dosažené vzdělání a specializace:*

1. Z čeho mají podle Vás děti předškolního a mladšího školního věku při pobytu v nemocnici největší strach?
2. Jak se jejich strach projevuje?
3. Jaké používané metody u pacientů tohoto věku považujete za nejúčinnější při zmírnění, resp. odstranění jejich strachu?
4. Znáte ještě nějaké jiné metody, kterými lze snížit strach u hospitalizovaného dítěte?
5. Můžete formulovat některé zásady spolupráce mezi Vámi a dítětem, popř. doprovodem dítěte, které přispívají ke zmírnění dětského strachu?
6. Které metody k **diagnostice** bolesti u dětského pacienta používáte?
7. Které metody k **hodnocení** bolesti u dětského pacienta používáte?
8. Znáte ještě nějaké jiné způsoby diagnostiky a hodnocení bolesti u dětí?
9. Jaké způsoby nefarmakologického tlumení bolesti u dětí používáte?
10. Považujete tyto způsoby tlumení bolesti za účinné?

Zdroj: Vlastní

## **Příloha 8**

### **Struktura rozhovoru s dětskými pacienty a jejich doprovodem**

P (-)

*Věk:*

*Místo hospitalizace:*

*Předchozí zkušenost s hospitalizací:*

*Doprovod:*

1. Měl(a) jsi nebo máš z pobytu v nemocnici strach?
2. Čeho ses bál (a) nejvíc?
3. Co udělaly sestry pro to, abys strach neměl(a) nebo aby tvůj strach byl alespoň menší?
4. Napadá tě ještě něco, co sestry neudělaly a tobě by to pomohlo ke zmírnění strachu?
5. Co ze spolupráce mezi sestrou a tebou samotným nebo tvými rodiči ti při zvládnutí strachu nejvíce pomohlo?
6. Kdy jsi při pobytu v nemocnici pocíťoval(a) největší bolest?
7. Jakým způsobem se tě sestry ptaly na to, zda cítíš bolest a jak je silná?
8. Jakým způsobem se tě sestry ptaly na to, jak se tvoje bolest vyvíjí, mění (zda je silnější, slabší)?
9. Co udělaly sestry pro to, abys bolest neměl(a) nebo aby byla alespoň menší?
10. Co z toho, co sestry udělaly, ti kromě podání analgetika při zvládnutí bolesti nejvíce pomohlo?

Zdroj: Vlastní