



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra Ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Edukace dětí v nemocnici před operací na oddělení ušní, nosní krční

Vypracovala: Miroslava Ekhardtová
Vedoucí práce: Mgr. Radka Šulistová Ph.D.

České Budějovice 2015

ABSTRAKT

Cílem této práce bylo odkrývání jevů v účinné edukaci dětí v nemocnici před operací na oddělení ORL a vytvoření funkčního edukačního materiálu, využívajícího prvky herní terapie.

Teoretická část obsahuje informace o problematice hospitalizovaných dětí, jejich vnímání nemoci a hospitalizace a přináší fakta o negativních reakcích dětí na toto náročné období. Popisuje edukaci dětí v nemocnici a seznamuje s jednoduchým návodem ke komunikaci s dítětem. Přibližuje práci sestry na oddělení ušní, nosní, krční a obeznamuje s nejčastěji prováděnými výkony u dětí na tomto oddělení. Další část je zaměřena na předoperační přípravu a poslední oddíl je věnován herní terapii.

K dosažení cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Jak probíhá edukace dětí na oddělení ORL ve vybraném pracovišti?
2. Jaké edukační strategie jsou používány u dětí v oblasti předoperační péče na oddělení ORL na vybraném pracovišti?
3. Jaká je účinnost aplikované edukační strategie na principu herní terapie?

Takto nastavený výzkumný záměr směřoval ke kvalitativnímu šetření. Rámcově bylo výzkumné šetření rozděleno do třech fází, jejichž výsledky shrnuje praktická část. Sběr dat byl uskutečněn v období prosince roku 2014 až března roku 2015 na oddělení ušní, nosní, krční v nemocnici v Jindřichově Hradci. První fáze byla zaměřena na rozhovory se sestrami. Uskutečněno bylo pět polostrukturovaných rozhovorů, které obsahovaly osm otázek. Ve druhé fázi bylo uskutečněno pět polostrukturovaných rozhovorů se zákonnými zástupci hospitalizovaných dětí. Interview se zákonnými zástupci obsahovalo sedm otázek. Toto šetření bylo doplněné o přímé strukturované pozorování, zaměřené na edukaci dětí a jejich zástupců v nemocnici před operací. Vzhledem k chodu oddělení bylo zvoleno pozorování při příjmu, neboť zde je edukace nejrozsáhlejší. Ve třetí fázi byl aplikován vytvořený edukační materiál, který byl vytvořen na základě výsledků z prvních dvou fází. Tento materiál má podobu elektronické prezentace, vytvořené v programu Microsoft PowerPoint. Prezentován byl na tabletu. Další pomůckou byl plyšový medvěd. Po realizaci edukace s prvky herní

terapie byly uskutečněny tři rozhovory. Jeden se sestrou, které byl materiál představen a dva se zástupci edukovaných dětí.

V rozhovorech se sestrami bylo zjišťováno, co si sestry o edukaci dítěte myslí a jak pohlíží na její význam. Dále interview mapovalo, kdo edukaci v nemocnici provádí, kolik času je edukaci věnováno, jakých metod je využíváno a v jakých oblastech a v neposlední řadě odhalilo prostředí, v jakém je edukace uskutečňována. Otázky pro zákonné zástupce prošetřily převážně spokojenost s edukací, zda je edukace v nemocnici srozumitelná nebo zda si zástupci myslí, že by se mělo něco změnit.

Výsledky tohoto šetření ukázaly, že zdroj informací je převážně lékař. Sestra doplňuje edukaci na oddělení. Dotazované sestry si uvědomují význam edukace pro dítě a jejich rodiče. Edukace je prováděna slovní metodou a individuální formou zprvu na vyšetřovně, dále na nemocničním pokoji, případně na sále těsně před operací, kdy si dítě, pokud to jeho stav dovoluje, může osahat dýchací masku. Edukace je však zaměřena převážně na zákonného zástupce. Velkou výhodou pro děti je, že na sál mohou být doprovázeny v přítomnosti rodiče, který po jejich usnutí odchází. Efektivnost edukace si sestry kontrolují. Znepokojující je odpověď jedné sestry, která se domnívá, že needukované dítě před operací se bude cítit stejně, jako to edukované. I když dotazované sestry uváděly demonstrativní pomůcky či hračky, pozorování edukace u dětí tato tvrzení nepotvrdilo. Prvky herní terapie se na daném oddělení vyskytují jen minimálně. Sestry, které se interview zúčastnily, se k edukaci s prvky herní terapie vyjadřovaly kladně, ale negativním jevem v této strategii shledávají nedostatek času. Zjištěnou skutečností je, že dotazovaní zákonní zástupci byli ve valné většině s odvedenou edukací nadměru spokojeni.

V praktickém cíli byl aplikován edukační materiál. Z kladných výpovědí respondentů, kteří byli s tímto materiálem seznámeni, je zřejmé, že by v případě zájmu mohl být uveden do praxe.

Na závěr lze konstatovat, že edukace dětí v nemocnici před operací má svá úskalí, ale toto tvrzení se může zdát sporné, neboť naproti tomu nalezneme nespočet spokojených, odoperovaných dětí.

Klíčová slova: edukace, dítě, otorinolaryngologie, předoperační péče, hospitalizace, herní terapie, tablet

ABSTRACT

The aim of this study was to uncover phenomena in the effective education of children in the hospital before the surgery at the Department of Otorhinolaryngology and to create a functional educational material, using elements of game therapy.

The theoretical part contains information about the problems of hospitalized children, their perception of illness and hospitalization and brings facts about the negative reactions of children in this difficult period. This part of study describes the education of children at the hospital and introduces simple instructions how to communicate with the child. This part of study also describes the nurse's work at the Department of Ear, Nose, and Throat and describes the most frequent procedures with children at this department. Another part of this study is focused on the preoperative preparation and the last part of this study is focused on the gaming therapy.

Following research questions were provided to achieve the main aims of this study:

1. How is the children education provided in the Department of ETH in the chosen hospital?
2. What kind of children's educational strategies is used at the pre-operative care at the Department of Otorhinolaryngology at the chosen hospital?
3. What are the effectiveness of educational strategies applied on the principle of game therapy?

This research was based on qualitative survey. The research was divided into three parts. The results of the research are in the practical part of this study. Data were collected between December 2014 and March 2015 at the Otorhinolaryngology department at the hospital in Jindřichův Hradec. The first part of the research was focused on interviews with the nurses. Interviews were semi-structured and contained eight questions. The second part of the research was focused on seven questions of semi-structured interviews with hospitalized children's deputy. These two parts of the research was supplemented by direct structured observation focused on the children and children's deputy education at the hospital before the surgery. Due the working department management the direct structured observation was carried out at the moment

of hospital admission because there is the education most extensive and the most important.

Based on the results of the first two parts of the research of this study the new education materials were created and applied in the third part of the research of this study. One of the new created education materials was an electronic Power Point presentation used in hospital's tablets. The second new applied educational material was a Teddy Bear.

The next part of this study is focused on another three interviews after applying new game therapy education. The first of the interviews was with the nurse, whom was the new game therapy education introduced. The other two interviews were carried out with children's deputy. The first interview was focused on nurse's opinion and importance of the game therapy. The interview is also focused on spent time with the game therapy education, education personal management and the hospital environment. The other two interviews with children's deputy were focused on their opinion, and about changes needed.

The results of these interviews showed that the main source of information is mainly a doctor. The nurse completes the education. Interviewed nurses realize the importance of education for children and their parents. First, the education is carried out at the hospital Infirmary Room based on verbal and individual way. Then the education is carried out in the Hospital Room or in the Surgery Room before the surgery – if the patient's condition allows – children can for example touch the respirator etc. The education is more focused on children's deputy. The big advantage for children is a fact, than they can be accompanied by their deputy. The children's deputy can stay till the child fall asleep before the surgery. The effectivity of the education is controlled by nurses. There is one alarming result of the survey. One of the nurses believes that non educated child feels just the same as educated. However, this result wasn't confirmed. There is only minimal occurrence of the game therapy at the department. Nurses express positive opinion about the education with occurrence of the game therapy but negative phenomenon of this strategy they find in the lack of the time. The observed

fact is those interviewed deputies were very satisfied with the education in most of the cases.

The practical part of this study is focused on application of educational material based on the game therapy. Based on positive results of interviews it's obvious that the new education material using the game therapy could be applied into practice.

It can be concluded that the education of children in hospital before surgery has its pitfalls but this statement may seem questionable since on the other hand we find countless satisfied operated children.

Keywords: education, child, otorhinolaryngology, preoperative care, hospitalization, play therapy, tablets

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 4. 5. 2015

.....

Miroslava Ekhardtová

Poděkování

Děkuji vedoucí práce paní Mgr. Radce Šulistové Ph.D. za ochotu a podporu při zpracování této bakalářské práce.

Obsah

Úvod	14
1 SOUČASNÝ STAV	15
1.1 Problematika hospitalizovaných dětí	15
1.1.1 Negativní reakce dítěte na hospitalizaci	16
1.1.2 Prožívání nemoci a hospitalizace dítěte	17
1.2 Edukace dětských klientů sestrou	18
1.2.1 Edukace dítěte sestrou před operací	19
1.2.2 Komunikace sestry s dítětem	21
1.3 Práce sestry na oddělení ušní, nosní, krční	22
1.3.1 Nejčastější výkony prováděné u dětí na oddělení ušní, nosní, krční. 23	
1.4 Předoperační příprava	25
1.4.1 Příprava na bolest	26
1.4.2 Předoperační úzkost a strach	28
1.4.3 Strategie k zvládnutí strachu, úzkosti a bolesti u dětí před operací... 29	
1.4.4 Pooperační psychické následky u dětí	30
1.5 Herní terapie v nemocnicích	32
1.5.1 Herní terapie před výkonem	33
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
2.1 Cíle práce	34
2.2 Výzkumné otázky	35
3 METODIKA	36
3.1 Metodika práce	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	38

3.3	Realizace výzkumu	42
4	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	43
4.1	Vyhodnocení první fáze výzkumného šetření	43
4.1.1	Význam edukace dítěte v nemocnici před operací	44
4.1.2	Souvislost věku dítěte s edukací v nemocnici před operací	44
4.1.3	Personál podílející se na edukaci dítěte v nemocnici před operací ...	45
4.1.4	Čas, věnovaný edukaci dítěte v nemocnici před operací.....	46
4.1.5	Efektivita edukace dítěte před operací	47
4.1.6	Edukační metoda	48
4.1.7	Edukační prostředí.....	48
4.1.8	Oblasti edukace dítěte v nemocnici před operací	49
4.1.9	Tablet, jako edukační pomůcka.....	49
4.1.10	Herní terapie	50
4.2	Vyhodnocení druhé fáze výzkumného šetření.....	51
4.2.1	Zdroj edukace před operací	51
4.2.2	Efektivita edukace	52
4.2.3	Pohled zástupců hospitalizovaných dětí na edukaci před operací.....	53
4.2.4	Názor zástupců hospitalizovaných dětí na herní terapii	54
4.3	Výsledky pozorování z druhé fáze výzkumného šetření	55
4.4	Vyhodnocení třetí fáze výzkumného šetření	56
4.4.1	Přímé zapojení dítěte do edukace před operací	57
4.4.2	Provedení edukačního materiálu	57
4.4.3	Význam aplikované edukace dítěte před operací	58
4.4.4	Tablet jako edukační pomůcka.....	59

5	DISKUZE.....	60
6	ZÁVĚR	67
7	SEZNAM LITERATURY	69
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	74

Seznam použitých zkratk

ORL – otorinolaryngologie

VT – ventilační trubičky

Resp. – respektive

AT – adenotomie

Např. – například

Atd. – a tak dále

Apd. – a podobně

ZA- zdravotnický asistent

Bc.- bakalář

Ex- zrušení, vyjmutí

Úvod

V naší práci na téma Edukace dětí v nemocnici před operací na oddělení ušní, nosní, krční se budeme zabývat problematikou hospitalizovaných dětí, převážně psychickou předoperační péčí, dále si povíme o edukaci dítěte v nemocnici a přiblížíme si podstatu herní terapie a ORL oddělení. Edukace dítěte jako náplň praktického cíle bude prováděna v nemocnici na vybraném oddělení, jakožto příprava na operaci.

Nemoc a hospitalizaci s následným chirurgickým výkonem řadíme do těžkých životních situací. Je proto důležité, aby sestra uměla dítě vhodně edukovat, především v oblasti předoperační, a pomohla mu překonat strach a porozumět vlastnímu výkonu.

Zaměříme se na děti v předškolním a mladším školním věku. Dítě si samozřejmě nemoc uvědomuje a znamená pro něj zatížení celého organismu včetně nervového systému. V některých případech je třeba vyšších nároků na léčbu a je třeba dítě operovat, což ve valné většině znamená hospitalizaci a užití anestézie. Všechny úkony spojené s léčbou, operací i rekonvalescencí vyvolávají u dítěte nepříjemné pocity, proto mívá hospitalizace na dítě nepříznivý vliv. Důležité je proto respektovat Chartu práv hospitalizovaných dětí.

Sestra v nemocničním prostředí na oddělení ORL se s dětským klientem setkává denně. Podobně jako na ostatních odděleních i zde diagnostické a terapeutické výkony v dětech vyvolávají úzkost a strach z neznáma a bolesti. V práci se seznámíme s nejčastějšími výkony prováděnými na tomto oddělení.

U dětí je důležitou součástí jejich života hra a právě herní terapie by v dnešní době měla být bezesporu zahrnuta do péče o děti v každé nemocnici a její prvky by do edukačních strategií sester měly patřit.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Problematika hospitalizovaných dětí

Již z názvu naší práce vyplývá, že se budeme věnovat dětem v nemocnici, které jsou hospitalizované. Nejprve se tedy zaměříme na hospitalizaci dítěte, negativní vlivy s ní spojené a pokusíme se pochopit dítě a jeho prožívání nemoci.

Hospitalizace pro dítě znamená narušení jeho normálního života. Dítě je vytrženo z denního kontaktu s rodinou, příbuznými i s vrstevníky. Během hospitalizace může zažívat nepříjemné pocity z komunikace s cizími lidmi a prožít nepříjemné a bolestivé zkušenosti. (Plevová, Slowik 2010)

Termínem nemocnice mohou být označována veškerá zdravotnická zařízení, v nichž dítě pobývá dlouhodobě, je zde léčeno, ošetřováno a případně zde probíhá jeho rekonvalescence a rehabilitace. Závažnou komplikací tedy je odloučení dítěte od známého prostředí domova. V nemocnici se dítě nachází v cizím prostředí. Rychlý návrat zdraví a úspěšný boj s nemocí má pro dítě velký význam, neboť optimální kondice je základní předpoklad zdravého duševního vývoje. Proto dítě přichází do nemocnice, kde rychleji a komplexněji dosáhne tohoto cíle, než by jej dosáhlo při ošetrovatelské a léčebné péči doma. (Matějček, 2001)

Příprava dítěte na hospitalizaci by neměla být podceňována. S laskavou a chápatelou podporou sestry mohou děti i rodiče snáze zvládnout úskalí příjmu i pobytu v nemocnici. Sestra i rodič hrají důležité role. Sestra poskytuje potřebné informace a rodič by měl stát jako zprostředkovatel těchto informací dítěti a měl by vše dítěti vysvětlit vhodnou formou. Nápomocné jsou také brožurky, kde je vše jednoduše a srozumitelně vysvětleno. Je důležité, aby si dítě bylo vědomo, že půjde do nemocnice. Všeobecně platí, že dětem do sedmi let se taková informace může sdělit již dva týdny předem. Čím je dítě mladší, tím později se tato informace sděluje. (Boledovičová, 2010)

Přijetí dítěte do nemocnice se od hospitalizace dospělého liší. Například v příjmu, pobytu v nemocnici, ve vyšším riziku vzniku hospitalismu, dále ve strachu z výkonů i z vyšetření. Postup při příjmu je obdobný, ale veškeré souhlasy podepisují rodiče. Děti

do 6 let je možné hospitalizovat společně s rodičem nebo také dospělým sourozencem nebo prarodičem. Přítomnost blízké osoby pomáhá dítěti hospitalizaci snáze zvládat. Doprovod dítěte je přínosem i pro personál zdravotnického zařízení, neboť ulehčuje komunikaci mezi ním a dítětem. Pokud však není možné, aby dítě doprovod mělo, zajistí personál informace o zvláštěnostech v návycích např. hygiena, příjem potravy, vyprazdňování, spánek a usínání, komunikace s okolím. Přínosem je, když má dítě svou oblíbenou hračku s sebou. Důležitou roli hraje i oslovování dítěte. (Vytejková, 2011)

1.1.1 Negativní reakce dítěte na hospitalizaci

V průběhu hospitalizace se může u některých dětí projevovat negativní reakce, která vzniká v důsledku dlouhodobého pobytu. Hovoříme o hospitalismu, v současnosti také o širším pojmu - psychická deprivace. (Zacharová, Šimíčková-Čížková 2011)

Nakonečný ve svém Lexikonu psychologie definuje hospitalismus jako „*Fenomén zapříčiněný tzv. citovou deprivací dítěte, vyvolanou nedostatečnými nebo zcela chybějícími projevy mateřské lásky vůči dítěti, která může vést až k trvalému poškození osobnosti (agresivita, hostilita, citová labilita, zaostávání intelektového vývoje, selhávání v sociálních vztazích atd.)*.“ (Nakonečný, 1995, s. 281)

Zpravidla platí, že čím delší je hospitalizace, tím větší je pravděpodobnost vzniku této reakce. Dochází k narušení duševního i tělesného stavu nemocného. Častěji bývají ovlivněny děti, protože u nich se pro somato-psychickou nezralost a labilitu může tento negativní vliv projevit mnohem výrazněji než u dospělých. (Zacharová, Šimíčková- Čížková 2011)

U dětí mladších půl roku není odloučení od matky vnímáno útrpně, je-li dítěti poskytováno láskyplné zacházení. Stejně tak u dětí školního věku může být pobyt ve zdravotnickém zařízení pouhým zpestřením a příjemnou životní zkušeností. Naopak pro děti v předškolním věku je téměř vždy odloučení od matky škodlivé, proto se v současnosti vychází vstříc rodičům, aby své děti v tomto náročném období během hospitalizace doprovázeli. (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007)

Během hospitalizace dítěte může vznikat psychický problém, kterým je regrese. V regresi se dítě vrací do předchozí vývojové etapy. Jedná se o krok zpět a může se projevit pomočováním či poruchami řeči. (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007)

Prevence dětského hospitalismu a negativních vlivů deprivace a separace je jedním z významných úkolů medicíny v současnosti. Důležité je zajištění příjemného prostředí, dále by jednání personálu mělo být přizpůsobeno potřebám dítěte. Dítě se musí seznámit s oddělením. U cizinců je nutné zajistit překladatele a dostatek srozumitelných informací. U dětí lze využít kromě učitelů z mateřských a základních škol i herní terapeutů, kteří do svých představení zahrnují i edukační prvky a sdělují informace alternativním způsobem např. edukační a komunikační karty s postupem vyšetření či operačního zákroku. (Vytejková, 2011)

1.1.2 Prožívání nemoci a hospitalizace dítěte

Každé dítě svou nemoc prožívá, stejně tak i vnější svět, se kterým je v interakci. K nemoci zaujímá ryze individuální postoj. Tento postoj k nemoci je vloha, která obsahuje část citovou, kognitivní a behaviorální. Ty se nemusí vždy projevovat stejně intenzivně. U dětí je důležité odhalit, jak silně nemoc prožívají, jaký vztah mají k okolí i k sobě, jak vnímají a prožívají omezení potřeb a jaká je jejich představa o nemoci a lidském těle. Jednoduše lze říci, jaké zkušenosti s danou nemocí dítě má, zda bylo a jak poučeno a seznámeno s nemocí a co pro něj znamená, stejně tak co pro něj znamená zdraví a jakou představu má o svém těle. (Raudenská, Javůrková, 2011)

Pro dítě znamená nemoc nebo jakékoli jiné zdravotní postižení zátěž a změnu životní situace. Nemoc dítěte vnímá i jeho nejbližší okolí, tedy rodiče či vychovatelé a prožívají ji společně s dítětem. Postoj dítěte k nemoci je silně ovlivněn vztahem rodičů k nemoci. Reakce na nemoc prochází těmito fázemi:

- Senzorickou - dítě reaguje na nepříjemné prožitky například bolest
- Hodnotící fáze - tyto prožitky jsou výsledně vyhodnoceny
- Postoj k nemoci - hluboce souvisí s předchozími zkušenostmi s nemocí (Matějček, 2001)

Všeobecně můžeme tvrdit, že děti do jedenácti let prožívají nemoc prostřednictvím svého sociálního okolí, respektive rodičů. Dítě je třeba pomoci nich edukovat (úměrně jeho věku) o terapeutických a léčebných výkonech a vysvětlit mu jejich smysl. V prožívání těchto situací se projevuje osobnost dítěte a je dobré vědět, jak se projevovalo před onemocněním. Některé děti najdou v péči zalíbení. Zvýšená pozornost a péče jim lichotí a mají pak tendence k simulaci a zveličování příznaků. (Matějček, 2001)

Prožívání hospitalizace dítětem se může často lišit. Obecně však vyvolá odloučení od blízké osoby tyto fáze projevu:

- Fáze protestu
- Fáze zoufalství
- Fáze popření - v této fázi se dítě upíná na jinou osobu např., která jej ošetřuje nebo ztrácí vztah k lidem (Matějček, 2001)

Malé děti často nechápou, proč musejí být v nemocnici, ale silně prožívají frustraci potřeb. Zde můžeme jmenovat omezení v pohybu, omezení sociálních kontaktů, dietu, která je poměrně nepříjemná, stejně tak předoperační lačnění. Při krátkém pobytu v nemocnici často problémy nevznikají. Komplikace pak nastávají při delší hospitalizaci. Těm lze předejít vhodnou a účinnou přípravou na pobyt, výkony a léčbu. (Matějček, 2001)

1.2 Edukace dětských klientů sesterou

Edukace má v ošetřovatelství své pevné místo. Můžeme ji chápat jako výchovu či vzdělávání a v ošetřovatelství nám edukace klienta umožní zvýšenou péči o vlastní zdravotní stav a podrobnosti o průběhu onemocnění. Klient má právo získat potřebné informace o léčebném procesu a my bychom měli nedirektivním způsobem pomoci dítěti a rodině se orientovat v nové situaci a účinně zvládnout léčbu a hospitalizaci. Efektivní edukace přináší zpravidla aktivnější přístup klienta k léčbě a rekonvalescenci a umožňuje tak včasné propuštění do domácího ošetřování. (Svěráková, 2012)

Neměli bychom se však dopouštět chyby, jakou je provedení edukace jednorázovým poučením. Edukace je dlouhodobý proces, který se musí plánovat a probíhá po celý pobyt v nemocnici. Sestra, která bude edukaci uskutečňovat, by si měla zjistit potřebné informace o dítěti. Důležité jsou vědomosti dítěte a rodičů o problému a o tom, jak ho vnímají a jakou mají chuť a schopnost se učit. Ošetřovatelské diagnózy a cíl edukace budeme formulovat na základě toho, jakým onemocněním dítě prochází, jaká specifika jsou v péči o ně a jaké schopnosti má matka dítěte. Poté vytvoříme plán edukace, který však můžeme během průběžného hodnocení kdykoli doplnit či pozměnit. Pečlivá příprava edukačního procesu usnadní sestře její práci a klienta motivuje k zodpovědnějšímu přístupu k edukaci. Během edukace bychom měli dodržovat tyto zásady: Individuální přístup ke klientovi. Trpělivost, empatie a takt by měly být samozřejmostí. Brát ohled na aktuální zdravotní stav klienta. Délku a čas výuky konzultovat s klientem. Dle potřeb upravovat edukační plán. Podle možností odstranit rušivé elementy z edukačního prostředí. (Sedlářová, 2008)

Zásadní význam má edukace u hospitalizovaných dětí již při přijetí, dále pak před diagnostickými výkony, před léčebnými procedurami a před propuštěním. Jak jsme již zmínili, pro děti představuje přijetí do nemocnice náročnou životní situaci. Je důležité, aby se s touto skutečností vyrovnaly. Pro děti je velice přínosné, vnímají-li je zdravotníci jako své partnery a jednají-li s nimi otevřeně a empaticky. (Sedlářová, 2008)

Tímto způsobem si můžeme klienty získat pro snazší spolupráci. Během vstupního rozhovoru zjišťujeme informace a již zde můžeme započít edukační proces posuzovací fází. Zjistíme připravenost dítěte, množství informací, které dítě a rodina má, a zjistíme, na co bude třeba se zaměřit. (Sedlářová, 2008)

1.2.1 Edukace dítěte sestrou před operací

Individuální edukací dítěte rozumíme přípravu na očekávaný výkon. Již samotné odloučení dítěte od rodičů nebo sestry, které důvěřuje, může pro dítě znamenat značné trauma. V některých nemocnicích se setkáme se sestrami instrumentářkami, které za dětskými klienty docházejí vždy během dne před výkonem a děti pomocí hadrových

panáčků edukují o nutnosti operace a pozitivně je motivují. Ve většině případů pak probíhá převzetí dítěte na sál bez pláče. Přípravou dítě strachu a úzkosti zcela zbavit nemůžeme, ale pomůžeme mu najít vnitřní sílu, která mu k zvládnutí situace pomůže. (Matlochová, 2012)

Dříve než započneme jakoukoli práci s dítětem ohledně jeho přípravy, respektive edukace, je třeba získat souhlas rodičů. To se nám nemusí vždy podařit. Velká většina rodičů se stále domnívá, že dítě je lepší informovat a připravovat méně, neboť by se mohlo stát, že přestane spolupracovat. Taktně bychom měli rodiče přesvědčit o faktu, že dítě vnímá a tuší příchod něčeho nezvyklého. Rozrušení rodičů působí negativně i na dítě. Nevědomost dítě spíše utvrdí v domněnce, že se chystá něco děsivého. Na druhé straně se pak můžeme setkat s rodiči, kteří jsou rádi, že jim s touto situací pomůžeme. U velmi malých dětí či dětí se znevýhodněním volí rodiče variantu, kdy nejprve podrobně edukujeme právě je a oni posléze informují své dítě. (Sedlářová, 2008)

U dětí v předškolním a u dětí mladšího školního věku nelze podat přený návod, jak nejlépe edukovat. Každá příprava by měla být „šitá na míru“. Obecně lze říct, že správná příprava má obsahovat tyto skutečnosti:

- Sestra zjistí, kolik informací dítě má a jak jim rozumí, čeho se obává.
- Vysvětlí, co se bude dít a kdy. Dále by měla připomenout případné riziko změny harmonogramu, což znamená, že může být změněno pořadí klientů.
- Edukuje o možnostech zvládnání bolesti.
- Informuje dítě o tom, kdo jej bude doprovázet na sál, jak dlouho výkon potrvá a co se bude dít po výkonu.
- Zahrne praktickou část do přípravy (hra, stavebnice).
- Dá dítěti a rodičům prostor k diskuzi.
- Připraví rodiče na to, jak oni sami mohou dítěti v přípravě pomoci. (Sedlářová, 2008)

Je nutné, abychom se pokusili rozlišit, u jakého dítěte námi poskytnuté informace pomohou snížit strach a úzkost, a které naopak velké množství vědomostí vyděsí.

U malých dětí je vhodné podpořit slovní přípravu hrou, která je nevhodnějším komunikačním prostředkem. (Sedlářová, 2008)

1.2.2 Komunikace sestry s dítětem

Pro úspěšnou edukaci je důležitá efektivní komunikace. Protože budeme komunikovat s dětmi, vnímejme tuto podkapitolu pro naši práci jako významnou.

„Edukaci a její kvalitu podporuje rozvoj verbálních a neverbálních komunikačních dovedností edukátorů, sester, ale i samotných učících se jedinců. Verbální i neverbální dovednosti sociální komunikace pomáhají zkvalitňovat interakci všech zúčastněných nejen v edukačním procesu, ale i v životě jako takovém.“ (Kuberová, 2010, str. 75)

Během ošetřování dítěte bychom se měli snažit o to, aby komunikace probíhala především s dítětem. Proto je důležité navázat s ním důvěrný kontakt. Z počátku se může zdát, že se nám to nedaří, ale nebudeme se vzdávat a pokusy budeme opakovat. Musíme být vlídní, klidní a trpěliví a na dítě se opakovaně obracet. Každá věková kategorie má svá specifika v zásadách komunikace a my se zaměříme na kategorii pro věk předškolní a mladší školní. (Plevová, 2010)

S dětmi tohoto věku komunikujeme stručně a jasně a snažíme se mluvit srozumitelně. Používáme jednoduchá slova a krátké věty. Pokud to dítě dovolí, při komunikaci udržujeme oční kontakt. Během rozhovoru dítě nepřerušujeme a necháme ho domluvit. Nešetříme pochvalami a dítě motivujeme. (Plevová, 2010)

Děti ocení partnerský a kamarádský styl. Můžeme jim proto nabídnout ruku při vzájemném představování. Snažíme se mluvit k dítěti, i když vedle stojí rodiče. Domluvíme se s ním na jednoduchých pravidlech během ošetření. Například, aby začalo zpívat, když ho vyšetření bude bolet, a my na chvíli přestaneme. Toto v dítěti vzbudí pocit kontroly nad situací. Začne nám důvěřovat. Nesmíme však od pravidel odstoupit. Zklamaná důvěra se u dítěte jen těžko znovu získává. (Plevová, 2010)

Rozdíl v komunikaci s dítětem může nastat také vlivem pohlaví. Chlapci jsou více netrpěliví, hůře snášejí omezení a mají tendence se uzavírat před okolím sami do sebe, což komunikaci značně ztěžuje. Zároveň ocení otevřené chování zdravotnického personálu. Nikdy děti nedevalvujeme. U chlapců nám může pomoci

zájem o auta a mechanické hračky, jako jsou stavebnice a lego. Navážeme kontakt dotazy mířenými právě k těmto hračkám a pokusíme se rozvinout poutavou diskuzi. (Plevová, 2010)

U děvčátek můžeme vycházet z faktu, že jsou komunikativnější než chlapci. Již u malých holčiček si lze všimnout ženské touhy po ochraně a důvěrném vztahu s jinou osobou. Hledají jakousi „spřízněnou duši“, která se jim bude věnovat, a u které nabudou pocitu bezpečí a ochrany. Malé slečny chválíme a povídáme si s nimi třeba o zvířátkách, jestli nějaké mají, nebo třeba kam chodí do mateřské školy. (Plevová, 2010)

1.3 Práce sestry na oddělení ušní, nosní, krční

Výzkumná část této práce bude realizována právě na oddělení otorinolaryngologie, dále jen ORL. V této kapitole si přiblížíme charakteristiku oboru, specifika provozu na oddělení, zvláštnosti oboru a charakter práce sestry na oddělení. Dále si představíme tři nejčastěji prováděné výkony u dětí.

„Otorinolaryngologie, je vědní obor medicíny, který se zabývá vyšetřováním, diagnostikou, léčbou, rehabilitací a prevencí onemocnění ucha, nosu, paranazálních dutin, hltanu, hrtanu a příslušných oblastí mízních uzlin.“ (Plch, 2008, s. 85)

Zvláštnostmi oboru je vyšetřování a ošetřování oblastí hlavy a krku, které řadíme k životně důležitým orgánům. Většina orgánů je miniaturních rozměrů. Ztíženou dostupnost způsobuje uložení orgánů hlouběji v těle. Nalezneme zde orgány, které jsou křížovatkou cest dýchacích a polykacích. Hrozí riziko poškození čtyř smyslů. Někdy se můžeme setkat se zhoršenou komunikací v rámci onemocnění a častou potřebou bývá i zavedení tracheální kanyly. Již diagnostické výkony znamenají pro klienta nepříjemnou zátěž. (Nováková, 2011)

Specifika provozu na zmíněném oddělení nalezneme převážně v ambulantní části, kde může být klient přijat i k hospitalizaci, je-li ambulance součástí dané nemocnice. Základním vybavením oddělení je vyšetřovací židle, křeslo pro klienta, osvětlení, čelní reflektor pro lékaře, otoskop se světlem a stolek s příslušným instrumentariem.

Lůžkové oddělení je obdobné jako oddělení standardní, ale měli bychom vyčlenit pokoje pro klienty s onemocněním hnisavého původu. Vybavení oddělení doplňuje instrumentarium pro ORL, inhalátory a nebulizátory. Operační úsek můžeme nalézt jak na samostatných ambulancích, tak v nemocnicích pro lůžkovou část. Ambulance bývají přizpůsobeny operačním zákrokům nevyžadujícím celkovou narkózu. Vybavení sálů je speciální pro ORL operační výkony. (Nováková, 2011)

Od sestery vyžaduje ORL oddělení nejenom všeobecné a odborné sesterské znalosti, ale i dovednost a zručnost. Vedle běžné ošetrovatelské činnosti musí zvládat specifika v sesterské péči o klienta v souvislosti s před a pooperační terapií, po úrazech a tracheostomiích, s poruchami dýchání, s nádorovým onemocněním, s nedoslýchavostí nebo s problémy s mluvenou řečí. Od sestry je požadováno empatické chování, pohotovost a vnímavost, měla by umět poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči a v případě nutnosti poskytnout i vhodnou první pomoc při komplikacích. Nutná je komunikativní zdatnost a znalost problematiky ošetrování dětí či klientů s poruchou řeči a sluchu. (Nováková, 2011)

1.3.1 Nejčastější výkony prováděné u dětí na oddělení ušní, nosní, krční

Tonsillectomie

Tonsillectomie je chirurgický výkon, při němž jsou odstraněny krční mandle. Důvodem bývají recidivující záněty krčních mandlí, které přecházejí do chronického stavu. Komplikacemi této formy jsou obstrukce dýchacích cest, zápach z úst, revmatické postižení srdečních chlopní a cév, či riziko přechodu do maligní podoby. Po schválení operace je klient nezbytně hospitalizován, neboť operace probíhá pod celkovou narkózou a domů je propuštěn po pěti až sedmi dnech od operace. Edukace je i v tomto případě primární sesterská role v péči o klienta s akutní či chronickou formou tohoto onemocnění s následným operačním výkonem. (Burke, Karen, 2011)

Edukace by dle Burke měla probíhat těmito edukačními strategiemi - s dítětem a jeho doprovodem navážeme pozitivní vztah sestra- klient a od začátku se budeme snažit eliminovat strach a úzkost. Posoudíme, co členové rodiny o výkonu již vědí

nebo co očekávají. Jejich obavy a problémy řešíme před začátkem výuky. K edukaci můžeme využít různé demonstrativní pomůcky například: video, prezentace či psaný materiál. V komunikaci s dítětem se musíme vyhnout sesterskému žargonu. Rodině a dítěti vyjasníme všechny termíny, které s operačním výkonem souvisejí. Při předávání informací jsme konkrétní a výuku si předem rozdělíme do jednotlivých fází. Informace musí být krátké a jasné. Důležité je zdůraznit význam edukace pro předpokládaný optimální průběh operace a rekonvalescence. Vysvětlíme škodlivé účinky zkomplikované léčby, ale zároveň se snažíme nevyvolat v rodině strach. Výuku hodnotíme prostřednictvím zpětné vazby, kdy zjistíme, zda rodina i dítě informacím rozumějí. Zároveň všechny členy motivujeme verbální chválou. (Burke, Karen, 2011)

Tento postup edukace můžeme stejně tak využít u následujících níže zmíněných dvou příkladů operačních výkonů.

Adenotomie

Adenotomie je endoskopické odstranění nosní resp. hltanové mandle. Důvodem k operaci je adenoidní vegetace. Pod tímto pojmem rozumíme trvalé zbytnění nosní mandle, které způsobuje ucpaný nos, chrápání, dýchání ústy přes den či zástavy dechu při spánku. Komplikacemi této diagnózy jsou časté záněty středouší, angíny a zvýšená tvorba hlenu ve středouší. (Lippincot, Wilkins, 2006)

Hospitalizace trvá přibližně jeden až tři dny. Před operací edukujeme dítě a jeho doprovod o operační rutíně. Předoperační přípravu a výkon snáze přiblížíme pomocí ilustračního materiálu. (Lippincot, Wilkins, 2006)

Transtympanická drenáž

Transtympanická drenáž je zavedení transtympanické neboli ventilační trubičky do bubínku. Tento zákrok se provádí souběžně po paracentéze, což je proříznutí bubínku s následným odsátím sekretu ze středoušní dutiny. Tento výkon je indikován při opakovaných zánětech středouší. Zavedení ventilační trubičky téměř vždy obnoví kvalitu sluchu. Trubička se ponechává zpravidla několik měsíců a vydrží až rok.

Pokud se sama nevytloučí do zvukovodu, je odstraněna lékařem. Hospitalizace trvá přibližně jeden den. (Dražan, 2012)

1.4 Předoperační příprava

Předoperační příprava je neodmyslitelnou složkou v období před operací a její kvalita se odráží i v období po operaci. V následující části práce se budeme zabývat právě předoperační přípravou se zaměřením na psychosociální prvek dítěte. Navážeme na bolest, která k tomuto období naneštěstí patří stejně jako úzkost a stres. Zmíníme se i o nejčastějších strategiích k zvládnutí těchto negativních pocitů a v závěru kapitoly si popíšeme možné psychické následky v pooperačním období a jejich eliminování.

Cílem každé předoperační péče je vytvořit dítěti a každému jinému klientovi nejlepší podmínky k optimálnímu zvládnutí operace a zátěže s ní spojené. Taková příprava vede k nekomplikovanému hojení operační rány a rychlé rekonvalescenci. (Janíková, Zeleníková, 2013)

Předoperační přípravu dle načasování operačního výkonu dělíme na:

- Plánovanou - klient je řádně připraven a vyšetřen a přichází v optimální kondici pro operační zákrok.
- Akutní operaci - klient je většinou operován po pár hodinách od přijetí a lze tedy ještě provést základní vyšetření nutné pro krátkodobou přípravu před operací.
- Urgentní - zde jakýkoli odklad operace může znamenat přímé ohrožení na životě klienta, proto předoperační příprava není možná nebo je velice omezená.

Vyšetření jsou provedena pouze orientačně. (Jedličková, 2012)

U dítěte, které je v nemocnici delší dobu nebo u něj o plánovaném zákroku bylo rozhodnuto delší dobu předem, je nutné vést přípravu pečlivě a promyšleně. Taková příprava bývá často zahájena již při ambulantním vyšetření a je plánovaná. Máme dostatek času věnovat se i přípravě psychické. (Matějček, 2001)

Je-li však dítě do nemocnice dopraveno pro nějakou náhlou příhodu či úraz, není pochopitelně na přípravu čas. Naším cílem z pohledu sestry bude rodiče a hlavně dítě

uklidnit a podat stručně a srozumitelně potřebné informace o tom, co bude následovat. Vždy záleží na vlídném a ochotném vystupování. Dítě je nutno ujistit, že to nejhorší už má za sebou a vše, co ho čeká, je v podstatě začátek uzdravení se. (Matějček, 2001)

Všechny zdravotnické výkony jsou pro dítě děsivé a je třeba ho, pokud je to možné, srozumitelně edukovat a redukovat negativní reakce na vyšetření a plánovaný výkon. Neexistuje jednotná šablona, jakým způsobem připravit dítě pětileté či dvanáctileté. Obecně však můžeme potvrdit, že podáváme informace nezbytně nutné o výkonu, jenž bude klient prožívat a cítit. Podané informace by měly být pravdivé a měly by se týkat období před výkonem, během výkonu a po něm. V nemocnici probíhá převážně předoperační příprava krátkodobá a bezprostřední. Je-li prostředí klidné a vyrovnané, mladší děti většinou čekáním na výkon netrpí, protože se obvykle zabaví. Děti je třeba zabavit a rozptýlit a tím odvrátit pozornost od strachu a pohledu do budoucna. Televize, hračky a hry, obrázky či poslech rozhlasu nemusejí vždy pomoci, je třeba tedy hledat účinnější prostředky. Když naše snaha nevede k tomu, aby dítě něco samo dělalo, musíme činnost vykonávat s ním. (Matějček, 2001)

Pokud je to možné, sestra je stále s dítětem. Když nemůže sestra, tak by se dítěti měl věnovat rodič, pokud je v nemocnici s dítětem. Čas zbývající do operace se rozděluje do menších časových úseků, kdy dítě plní úkoly sestry, a tyto úseky pak dítěti nepřipadají tak tíživé a vyčerpávající. Není proto dobře, když provede sestra všechny přípravné práce s dítětem již ráno a ono pak bez povšimnutí, lačnicí a v úzkostech s napětím očekává další dění. Dítě chválíme za každý jeho statečný projev. (Matějček, 2001)

1.4.1 Příprava na bolest

Obecně lze říct, že zvládnání očekávané bolesti lze usnadnit přípravou. Součástí této přípravy by mělo být shromáždění co největšího množství informací o zákroku či situaci, v níž bolest očekáváme. Dále může být přínosné si tyto informace opakovat pro snížení negativního napětí. (Paulík, 2010)

Příprava dítěte na bolest zahrnuje vysvětlení důvodu zákroku, popis jeho průběhu a očekávané pocity, důsledky zákroku včetně předpokládaných prožitků

a nakonec způsob zvládnutí bolesti a její další ošetření. Většina dětí si přeje být s výkonem a jeho důsledky seznámena. Menší děti se však těmto informacím brání, je proto nutné zvolit alternativní farmakologickou či nefarmakologickou přípravu. (Mareš, 1997)

Dětem však nikdy neříkáme, že pocítí bolest, ať už se jedná o jakýkoli výkon, který může nepříjemný pocit přinést. Děti si totiž hluboce pamatují, kdo jim kdy řekl, že zákrok či vyšetření bolet nebude, ale ono to bolelo. (Mareš, 1997)

Než je tedy zahájena samotná příprava jako taková, je potřeba zmínit důležitost vhodného terapeutického prostředí. Pro vytvoření žádoucího prostředí je nutné upravit prostory určené ke komunikaci s dítětem po stránce psychohygienické. Mezi významné prvky patří např. výběr veselých barev prostředí, vložení obrázků, hraček, dětského nábytku. Naopak jsou eliminovány předměty, které by v dítěti mohly vzbuzovat strach a nedůvěru. Dále je vhodné připravit zdravotnický personál na nové způsoby práce. Dítě i rodiče by měli být seznámeni s tím, co je čeká a zároveň by neměly být bagatelizovány negativní pocity jako strach a bolest. (Mareš, 1997)

Nefarmakologická příprava: Zde je využíváno pestré dětské fantazie a chuti ke hře. Je vhodná i u nejmenších dětí v podobě masáží, hlazení, balení či pomocí dudlíků, intrauterinních zvuků nebo houpání. U dětí v batolecím a předškolním věku jsou aplikovány pohádky, videohry, počítačové hry, nebo třeba i bublifuky. Zkušený instruktor odvede pozornost od bolesti pomocí cesty do fantastických zemí, pomocí níž se dítě naučí s bolestí bojovat a zahánět ji, či se ji naučí svlékat a zahodit jako například špinavou rukavici. (Plevová, Slowik, 2010)

Farmakologická příprava: Je realizována u dětí se sníženým prahem bolesti či u dětí úzkostných a těžko zvladatelných. Pro jejich zhoršenou zvladatelnost a špatnou chuť ke spolupráci jsou častěji ošetřovány analgetickou farmakoterapií. Tato příprava je užívána převážně u dětí, které nejsou schopny bolest projevit obvyklým způsobem z důvodu poruchy vědomí nebo třeba neschopnosti vokalizace a mimické či tělesné odpovědi. U těchto dětí by bolest neměla být podceňována a doporučuje se kombinace péče farmakologické i nefarmakologické. Jako farmaka jsou využívány lokální

anestetika, opioidy, nesteroidní protizánětlivé léky s analgetickým účinkem nebo adjuvantní léky. (Plevová, Slowik, 2010)

1.4.2 Předoperační úzkost a strach

Během předoperačního období by se sestra neměla soustředit pouze na stránku somatickou, ale měla by vnímat klienta jako bio-psycho-sociálně-spirituální jednotu dle holistického pohledu. Proto je vhodné vyhradit si čas na komunikaci s klientem a vyhnout se tím vzniku negativních pocitů jako jsou úzkost a strach. U dětí musíme tyto prvky alespoň minimalizovat. (Janíková, Zeleníková, 2013)

Očekávání chirurgického zákroku bývá často spojeno se zvýšeným strachem a úzkostí. Strach je nepříjemná emoce vyvolaná reakcí na skutečnou hrozbu, kdežto úzkost, jak uvádí Vágnerová „*je nepříjemný citový stav, v němž převažují pocity napětí a obav neurčitého rozsahu.*“ (Vágnerová, 2012, s. 51) Mezi strachem a úzkostí však nejsou jednoznačné hranice a často nelze rozeznat, zda se jedná o strach či úzkost. Obecně jsou oba tyto projevy provázeny chvěním, bolestí na hrudi, husí kůží, zrychlením srdečního tepu, pocitem nevolnosti a zkráceným dýcháním. Může dojít i k poruchám chování, jakými jsou plačtivost, agrese, bojácnost, uzavření se do sebe, nesoustředěnost, ale i hysterie. (Wendsche, Pokorná, Štefková, 2012)

Děti prožívají strach a úzkost bez ohledu na typ zákroku, který je čeká. Mají strach z bolesti, z toho, že se po anestezii neprobudí nebo ze ztráty kontroly nad sebou samým. Děti se strachem a úzkostí prožívají bolest silněji, protože svalstvo je napjaté, a zvyšuje se krevní tlak. Tento stav ovlivňuje i pooperační péči, která se tak může protáhnout a hospitalizace je pak delší. (Janíková, Zeleníková, 2013)

Obavy dětí mohou výrazně ovlivnit jejich následnou rekonvalescenci po operaci. V Americe proběhla studie, v níž byly sledovány děti před operací a po operaci. Konkrétně se jednalo o adenoidektomii a tonsilektomii. Úzkostné děti uváděly výraznější prožívání bolesti, což vedlo buď ke komplikacím či užívání kodeinu a acetaminofemu ve větších dávkách po delší dobu. (Kain et al., 2006)

Rozhovor s lékařem a sestrou proto hraje důležitou roli pro eliminaci strachu a úzkosti a měl by být běžnou předoperační praxí. Na co je dítě dobře subjektivně připraveno, bude lépe snášet. (Wendsche, Pokorná, Štefková, 2012)

1.4.3 Strategie k zvládnutí strachu, úzkosti a bolesti u dětí před operací

Nejčastějším zdrojem strachu či úzkosti u dětí je bolest (např. z aplikace injekcí), byť je to podání léků, které dětem má pomoci. Velký strach nahání dětem neznámé situace. Je proto důležité dítě pečlivě se situací obeznámit, ale nelhat mu, že to nebude nepříjemné nebo vůbec nic neucítí. Ztratí potom veškerou důvěru ve zdravotnický personál. Je tedy přínosné, pokud sestra nalezne dostatečný čas, aby si dítě získala ke spolupráci. Dítěti může dát prostor k tomu, aby si v malé míře ovlivnilo průběh zákroku. Pokud zůstaneme u zmíněné aplikace injekce, ať už za účelem odběru krve nebo podání léku, může si dítě například samo určit, jestli půjde první nebo poslední, ručičku, do které se injekce píchne nebo si může vzít na pomoc svou oblíbenou plyšovou hračku. Podstatným krokem také je dítě uklidnit a ujistit ho, že o jeho strachu víme, a že je to zcela normální. Poctivě dítěti přiznáme, že ucítí píchnutí, ale zbytečně a zdlouhavě o bolesti nemluvíme a situaci tak nezhoršujeme. Vztah dítěte k injekcím z prvního setkání je ovlivněn ještě mnoho let poté nebo i po celý jeho život. Tuto skutečnost bychom měli mít stále na paměti při každém ošetřování nového klienta. (Sedlářová, 2008)

Každé dítě je originál a reaguje individuálně, tudíž neexistuje jednotný návod, jak se strachem či úzkostí bojovat. Sestra by měla znát rozmanitost možných postupů a klient sám by si pak měl určit, který mu vyhovuje. Metody lze obměňovat či kombinovat a také se doporučuje je nacvičovat již předem, kdy je ještě klient v klidu. Dítě, které techniku zvládá a umí ji použít, ji pak snadno využije ve stresu. (Sedlářová, 2008)

Než přejdeme ke konkrétním technikám boje se strachem, měli bychom respektovat přání dítěte, mít u zdravotnického výkonu rodiče jako oporu. Ne vždy je to však možné. Přítomnost rodičů u zákroku bývá jedním z hlavních přání dětských klientů hospitalizovaných v nemocnici. Zkušenost zdravotníků je však taková, že dítě, které si

zprvu přítomnost rodiče u výkonu přálo, nakonec zvládne zákrok samo a dokonce je na to hrdé a psychickou újmu si neodnáší. Měli bychom vždy dbát na to, aby u výkonu byl rodič oporou dítěti nikoli zdravotníkům. Proto bychom rodiče měli důkladně informovat o průběhu zákroku a připravit je na roli, která se od nich očekává. V dětech nevzbuzujeme pocit, že rodič pomáhal těm „zlým lidem v bílých pláštích“. (Víchová, 2013)

Mezi konkrétní strategii v boji proti negativním předoperačním jevům dále řadíme odvádění pozornosti, kdy se snažíme zaměřit na jiný stimul než je strach a bolest. V tomto případě je také důležité načasování. Nesmí to být příliš brzo, aby činnost dítě neomrzela a zároveň nezačít pozdě, když už je dítě ve stresu a přes strach už se nedokáže soustředit. Můžeme jmenovat například zpěv písničky či přednes básničky, počítání, hádanky, vtipy nebo zabavení dítěte soustředěním na rychlost dechu nebo mačkání ruky sestře či rodiči. (Sedlářová, 2008)

Mezi další způsoby řadíme hovor na zajímavé téma, např. poučení rodiče, pokud jsou přítomni, započnou hovor s dítětem před příchodem personálu. Ten se k nim ve vhodné době připojí a naváže na příběh. Dítě je společně doprovázeno na vyšetřovnu či operační sál. (Sedlářová, 2008)

Velmi vhodná strategie je také imaginace. To znamená představování si něčeho fantazijního, co může dítěti přinášet úlevu. Dítě si může představit, že se nachází někde na příjemném místě, kde ještě nikdy nebylo, nebo je u moře či na tajemném místě. Při již zmiňovaném odběru si může představit na ruce kouzelnou rukavici, která bolest pohltí a tu pak po odběru zahodí i s bolestí.

Relaxační techniky jsou využívány u starších dětí, které jsou schopny se je naučit. Pokud tomu tak je, jsou pro děti velmi přínosné. (Sedlářová, 2008)

1.4.4 Pooperační psychické následky u dětí

Pooperační období je někdy doprovázeno komplikacemi, které naruší standardní průběh pooperační léčby. Zasažena může být rovina tělesná i psychická a souhrnně hovoříme o takzvané pooperační nemoci. Úkolem všeobecné sestry je pak sledovat

příznaky jednotlivých problémů a zahájit vhodné intervence, které zabrání rozvoji problémů. (Janíková, Zeleníková, 2013)

Pooperační následky v rovině psychické bývají rozmanité. Můžeme si být jisti, že pokud u dítěte neproběhla důsledná příprava nebo racionální příprava nebyla možná, následky budou závažnější, a i ve vyšší míře výskytu. Měli bychom si uvědomovat, že dítě, zejména v mladším věku, ještě nerozumí podstatě a souvislostem. K lékaři nebo do nemocnice šlo „zdravé“ a odtud se vrací v bolestech. Tento stav v dětech vyvolá zlobu a potřebu msty, kdy úmyslně a provokativně zlobí, ale zároveň si ověřují pozornost rodičů či zdravotnického personálu. Některé děti bývají naopak apatické a rodičů se straní. (Matějček, 2001)

Dalšími častými komplikacemi bývají úzkost, noční děsy a pomočování. Z takového chování můžeme usoudit, že narkóza a operace pro dítě znamenaly vysoce nepříjemný stav v bezmocnosti a samoty. (Matějček, 2001)

Tyto psychické pooperační následky bychom neměli podceňovat, ale ani je potlačovat. Vhodným způsobem k uvolnění negativní energie, nastřádané během nepříjemných zážitků, spojených s hospitalizací a operací, je ventilace pomocí tvořivé hry, malování, hry s loutkami či plastelínou. Ve většině případů se těchto negativních reakcí dítě zbavuje během několika prvních dnů. Pokud tomu tak není nebo dítě čeká série více po sobě jdoucích operací, je nutné vyhledat pomoc psychologa nebo dětského psychiatra. (Matějček, 2001)

V rámci psychologického přístupu k péči o dítě dodržujeme tyto zásady:

- Vycházíme z Charty práv hospitalizovaných dětí.
- Pokud je to možné, umožníme hospitalizaci dítěte společně s rodičem.
- Zabezpečíme dostatek srozumitelných informací o diagnostických a léčebných výkonech.
- Tyto výkony provádíme šetrně a rychle, dítě vždy chválíme a motivujeme.
- Pomocí vhodných intervencí eliminujeme strach, úzkost a bolest, které provázejí diagnosticko-terapeutický proces.
- Vhodnými aktivitami předcházíme projevům hospitalismu.
- Vždy umožníme pravidelný kontakt s rodinou. (Ondriová, Sinaiová, 2011)

1.5 Herní terapie v nemocnicích

Herní terapii si uvedeme z důvodu užití jejích prvků ve výzkumné části práce. Při spolupráci s dětmi bychom neměli její význam opomenout už z toho důvodu, že hra představuje neodmyslitelnou součást v dětském životě a je velice důležitá pro jeho správný vývoj. Herní terapii bychom proto měli užívat jako nedílnou součást péče o hospitalizované děti v každé nemocnici a tím tak dětem pobyt zpříjemnit a ulehčit. (Strouhalová, 2010)

Sedlářová se ke hře vyjadřuje slovy: *„Hra je spontánní, vysoce motivovaná a radostná činnost, která je nutná pro normální vývoj každého dítěte. Je důležitým faktorem v oblasti sociálního, rozumového a citového růstu jedince. Prostřednictvím hry se děti učí, vyvíjejí a postupně začínají chápat svět, ve kterém žijí.“* (Sedlářová 2008, s. 145)

Pomocí hry děti snáze pochopí, co se jim rodiče, lékař či my, zdravotnický personál, pokoušime sdělit. Děti pomocí řízené edukačně stavěné hry snáze porozumí svému onemocnění a lépe se vyrovnají se strachem, úzkostí, ale i bolestí. (Strouhalová, 2010)

Herní aktivity v nemocnici můžeme rozdělit do skupin:

- Prvky herní terapie v běžné či speciální ošetrovatelské péči
- Prvky herní terapie jako součást edukace dítěte před zákrokem či operací
- Hra na zkrácení dlouhých chvil v nemocnici
- Terapeutická hra- například při strachu z jehel (Strouhalová, 2010)

V současné době ale v našich nemocnicích ještě stále není dostatek herních specialistů, je proto časově obtížné pro zdravotnický personál tuto aktivitu zastat u všech dětí na oddělení. Můžeme si však dopomoci tím, že v každé ošetrovatelské intervenci budeme prvky herní terapie zapojovat. Hra s dítětem nám tak umožní navázat snadněji kontakt s klientem. Pomůže nám získat si jeho důvěru, navázat komunikaci a ulehčí nám vysvětlit dítěti očekávaný zákrok a co ho vlastně čeká. Péči tak učiníme účinnější a kvalitnější. (Strouhalová, 2010)

1.5.1 Herní terapie před výkonem

U předškolních dětí a dětí mladšího školního věku je předávání informací o výkonu ideální poskytovat během hry či za použití hraček. Děti v tomto období nechápou funkci lidského těla ani časovou posloupnost. Samozřejmostí je volba jednoduchých slov, kterým dítě rozumí, a pro vyprávění volíme čas přítomný. Jelikož děti v tomto věku nejsou schopny vždy pochopit souvislosti a rozlišují jednoduše dobro a zlo, může dojít k situacím, v nichž budeme nařčeni, že jsme zlí, když jsme dítěti píchlí injekci, i když jsme mu tím vlastně pomohli. Dítě během hry cítí strach, frustraci, napětí, agresi a nejistotu, ale my se jim budeme snažit pomoci tyto pocity ovládnout, napětí uvolnit a zmírnit tak úzkostný stav. (Valenta, 2003; Vymětal, 2000)

Herní terapii můžeme rozdělit jako předzářkovou a pozářkovou. Budeme se věnovat péči před výkonem. Přínosnou pomůckou v tomto období může být například fotoalbum medvídky, který se na fotkách vyskytuje v různých situacích, které dítě čekají. Dle specifčnosti oddělení se obrázky liší. Ze zkušeností z různých nemocnic se také osvědčila kniha „Heč, jdu do nemocnice“, která vypráví opravdový příběh chlapce v předškolním věku, jenž šel do nemocnice. Pokud zůstaneme u medvěda, jako u hlavní pomůcky, je třeba dítěti připravit kufr, ve kterém má veškeré vybavení k tomu, aby medvídky vyléčilo. Díky tomu dětem představíme zblízka fonendoskop, stříkačky, obvazy, teploměr a další pomůcky, které v nich mohou vyvolat strach. Dítě se dostane do role sestry či lékaře a uvolní tak ze sebe nežádoucí stres a může si některé výkony vyzkoušet i se slovním doprovodem. (Nejedlá, Kleinová, 2009)

Pro děti předškolního a mladšího školního věku doporučujeme zakomponovat do edukace a přípravy na operaci tyto hry. Samostatné pro dítě, které si rádo hraje samo. Společenské (okolo pátého roku). Hru na roli (lékaře, maminky, sestřičky apd.) Hádanky, loutkové divadlo, poslech a sledování pohádek, kreslení či messy play - špinavá hra. (Sedlářová, 2008)

Zcela jistě můžeme tvrdit, že herní terapie je pro zdravotníky a především děti vysoce přínosná. V současné době, kdy je však herních specialistů málo, je často obtížné, aby sestra našla dostatek času na to, se každému dítěti dostatečně věnovat. (Sedlářová, 2008)

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této kapitole se seznámíme s vytýčenými cíli a výzkumnými otázkami, které jsme si stanovily. Následovat bude kapitola, kde se budeme věnovat metodologii výzkumného šetření a charakteristikou výzkumného souboru.

2.1 Cíle práce

Hlavní cíl je zaměřen na odkrývání jevů v účinné edukaci dětských klientů v nemocnici před operací

Akademický cíl:

Cíl 1: Zjistit edukační strategie sester v přípravě dětí před operací užívané v nemocnici na oddělení ORL.

Cíl 2: Zjistit účinnost edukace užívané v nemocnici u dětských klientů před operací na oddělení ušní, nosní, krční.

Praktický cíl:

Aplikace edukační strategie využívající prvky herní terapie, v tomto případě příběhu za podpory elektronických edukačních karet, na vybraném oddělení ORL u dětí předškolního a mladšího školního věku v oblasti předoperační a pooperační péče.

Cíl 3: Zjistit efektivitu k vytvořené edukační strategii na principu herní terapie.

Osobní cíl: Můj zájem o tuto problematiku pramení z kladného vztahu k dětem. Herní terapie a edukace v oblasti před a po operaci mne jako téma zajímá a myslím si, že je potřebné nejen pro můj profesní růst.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jak probíhá edukace dětí na oddělení ORL ve vybraném pracovišti?

Výzkumná otázka 2: Jaké edukační strategie jsou používány u dětí v oblasti předoperační péče na oddělení ORL na vybraném pracovišti?

Výzkumná otázka 3: Jaká je účinnost aplikované edukační strategie na principu herní terapie?

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

Vzhledem ke stanoveným cílům a problematice zkoumaných jevů byl pro empirickou část práce zvolen kvalitativní přístup. Výzkumné šetření bylo rozděleno do tří fází.

V první fázi byly vedeny rozhovory se sestrami, pracujícími na oddělení ORL v nemocnici v Jindřichově Hradci. Zvolen byl typ polostrukturovaného rozhovoru, který obsahoval osm otázek. Interview byla zaznamenávána elektronickým záznamníkem. Posléze byly všechny rozhovory převedeny přímou transkripcí do programu Microsoft Office Word. Rozhovory byly vedeny vždy se souhlasem všech respondentů. Data byla získávána v průběhu prosince roku 2014 až března roku 2015 v nemocnici v Jindřichově Hradci.

Druhá fáze byla zaměřena na pozorování edukace dětského klienta a jeho zákonného zástupce v nemocnici před operačním výkonem. Původně mělo být pozorováno pět sester v průběhu edukace v předoperačním období, ale vzhledem k chodu oddělení bylo zvoleno pozorování pěti dětí, které byly v daný den hospitalizované a připravované k operačnímu výkonu. K pozorování byl vytvořen pozorovací arch, který nalezneme v příloze č. 1. Dále je tato část zaměřena na rozhovory se zákonnými zástupci hospitalizovaných dětí na daném oddělení, které byly uskutečněny v prosinci roku 2014. Interview obsahovalo šest otevřených otázek v polostrukturovaném typu rozhovoru.

Třetí fáze výzkumného šetření je orientována na praktický cíl a jeho realizaci. Zde byl vytvořen edukační materiál, který vychází z výsledků pozorování. Tento byl následně demonstrován na příslušném oddělení. Následně byly uskutečněny tři rozhovory. Se dvěma zástupci dětí a sestrou, které byl edukační materiál představen a názorně ukázán.

Charakteristika pozorování:

Pozorování patří mezi techniky sběru informací a je základem empirického zkoumání. Hraje důležitou roli v kvalitativním i kvantitativním výzkumu. Cílovým předmětem pozorování je ve většině případů chování osob a celková atmosféra situace. Pozorování a jeho proces by měly mít jasný řád. Ten je stanoven připraveností, kontrolovatelností a následnou evidencí s ověřením výsledků. Tímto se pozorování řadí mezi časově náročnou vědeckou metodu, která si navíc vyžaduje specifické schopnosti a dovednosti. Je třeba počítat s nečekanými situacemi, kterým se musíme hbitě a vhodným způsobem přizpůsobit. Důležitá je také adaptace na cizí prostředí a zachování nestranného postoje. Pozorovatel by měl mít zdravé smyslové orgány a schopnost koncentrace alespoň dvacet minut. (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2009) V práci bylo využito skryté, přímé a strukturované pozorování.

Přímé pozorování znamená, že se výzkumník účastní pozorovaného jevu v čase jeho průběhu. Strukturované pozorování si můžeme definovat jako pozorování, kdy hledáme odpovědi na předem určené a vybrané jevy. (Švaříček, Šedová 2007)

Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru:

Rozhovor je uspořádaný systém ústního jednání mezi výzkumníkem a respondentem, kdy získáváme informace z podaných otázek, které směřují k odhalení zkoumané reality. Pod pojmem polostrukturovaný rozhovor si můžeme představit otázky, které jsou sice připraveny předem, ale pouze rámcově. Výzkumník i respondent jsou rozvíjejícími činiteli a je tudíž možné rozhovor rozvést dle aktuální potřeby více do hloubky či naopak dané téma úplně vynechat a přejít k dalšímu. (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2009)

Na základě operacionalizace výzkumných otázek byla vytvořena osnova pro otázky do jednotlivých rozhovorů. Strukturu rozhovorů se sestrami a se zákonnými zástupci hospitalizovaných dětí nalezneme v příloze č. 2.

Před samotným zahájením rozhovorů bylo zažádáno o písemný souhlas hlavní sestry Nemocnice Jindřichův Hradec a.s., vrchní sestra daného oddělení byla taktéž kontaktována a seznámena s průběhem výzkumného šetření

Rozhovory vedené se sestrami probíhaly na pokoji sester. Jednalo se o klidné prostředí, které sestry dobře znaly a samy si toto prostředí zvolily jako za klidné a vhodné ke spolupráci. Všechny sestry byly příjemně a přátelsky naladěné. Délka trvání rozhovoru byla přizpůsobena respondentkám a jejich chuti k interview. Předem každého rozhovoru byl získán ústní souhlas respondenta s rozhovorem a bylo připomenuto zacházení s osobními údaji v rámci anonymity. Rozhovor byl vždy zahájen informativními otázkami, týkajícími se délky praxe sestry a dosaženého vzdělání. Takto bylo interview zvolna zahájeno.

Struktura rozhovoru se sestrami obsahovala osm otázek, zaměřených na edukaci. Sestry se mohly kdykoli k čemukoli vyjádřit dle vlastního uvážení.

Rozhovory vedené se zákonnými zástupci hospitalizovaných dětí probíhaly na pokojích každého hospitalizovaného dítěte a jedenkrát na chodbě, kdy matka čekala před sálem, kde probíhala operace jejího dítěte. Prostředí bylo pro zástupce cizí a z jejich neverbálního i verbálního projevu byla vycítěna nervozita. Délka rozhovoru opět odpovídala chuti respondenta si povídat. Všichni respondenti této kategorie byli taktéž seznámeni s anonymním zacházením s údaji a byli požádáni o ústní souhlas s rozhovorem. Bylo osloveno pět zákonných zástupců, kdy všichni s rozhovorem souhlasili.

Přesná transkripce rozhovorů byla analyzována technikou otevřeného kódování. Následně byly tyto kódy rozvrženy do kategorií, které byly uspořádány do schémat pro lepší přehlednost. Schémata byla zpracována v programu Tvary Microsoft Office Word 2007.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor našeho šetření tvořilo pět respondentek – sester pracujících v nemocnici v Jindřichově Hradci na oddělení ORL a sedm respondentů- zákonných zástupců hospitalizovaných dětí, kdy pět zástupců odpovídalo na otázky v rozhovoru připraveném k první fázi výzkumu, a dva zástupci odpovídali na otázky v rozhovoru k druhé fázi výzkumu- praktické části.

Všechny respondentky- sestry byly předem požádány o účast e-mailovým a telefonickým spojením s hlavní sestrou nemocnice, která žádost respondentkám osobně předala. S poskytnutím rozhovoru souhlasilo všech pět respondentek, které v daný den byly na denní směně. Byla užitá technika totálního výběru z důvodu malého množství prvků v cílené skupině. Všechny respondentky souhlasily s prezentací rozhovoru bez udání jména, v písemné formě po přepisu ze záznamníku.

Výběr respondentů- zákonných zástupců hospitalizovaných dětí na výše zmíněném pracovišti byl náhodný. Kvótou pro výběr vzorku byl věk dítěte čtyři až osm let. Osloveno bylo pět zástupců, kteří s rozhovorem souhlasili. Vybráni byli na doporučení staniční sestry.

Shrneme-li podané informace, můžeme sdělit, že k získání dat byly využity dvě skupiny respondentů. Pět sester cíleného pracoviště a sedm zákonných zástupců hospitalizovaných dětí, kteří odpovídají kvótnímu výběru.

Všechny rozhovory byly realizovány osobně na daném pracovišti. Sběr dat pomocí rozhovoru byl realizován 5. 12. 2015 až 21. 3. 2015. Pro přehlednost v orientaci v respondentech je předložena identifikační tabulka, kde nalezneme následující označení:

Tabulka 1 Identifikace respondentek - sestry

Identifikace respondentek- sester			
Respondentka	označení	délka praxe na ORL	vzdělání
Sestra 1	S1	5 let	Bc.
Sestra 2	S2	4 roky	Bc.
Sestra 3	S3	2 měsíce	ZA.
Sestra 4	S4	2 měsíce	ZA.
Sestra 5	S5	3 roky	Bc.

Tabulka 1 znázorňuje identifikaci respondentek – sester. Sestra 1 bude již dále v práci označována jako S1. Na výzkumném pracovišti působí déle jak pět let. Nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářské v oboru Všeobecná sestra. Sestra číslo 2 bude dále označována jako S2. Na výzkumném pracovišti působí déle jak čtyři roky. Nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářský titul Všeobecné sestry. Sestra číslo 3 bude dále označována jako S3. Na výzkumném pracovišti působí déle jak dva měsíce. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské- zdravotnický asistent. Sestra číslo 4 bude dále označována jako S4. Na výzkumném pracovišti působí déle jak dva měsíce, a to na příjmové ambulanci. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské- zdravotnický asistent. Sestra číslo 5 bude dále označována jako S5. Na výzkumném pracovišti působí déle jak tři roky, a to na operačním sále. Nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářský titul Všeobecné sestry.

Tabulka 2 Identifikace respondentů- hospitalizované děti na ORL

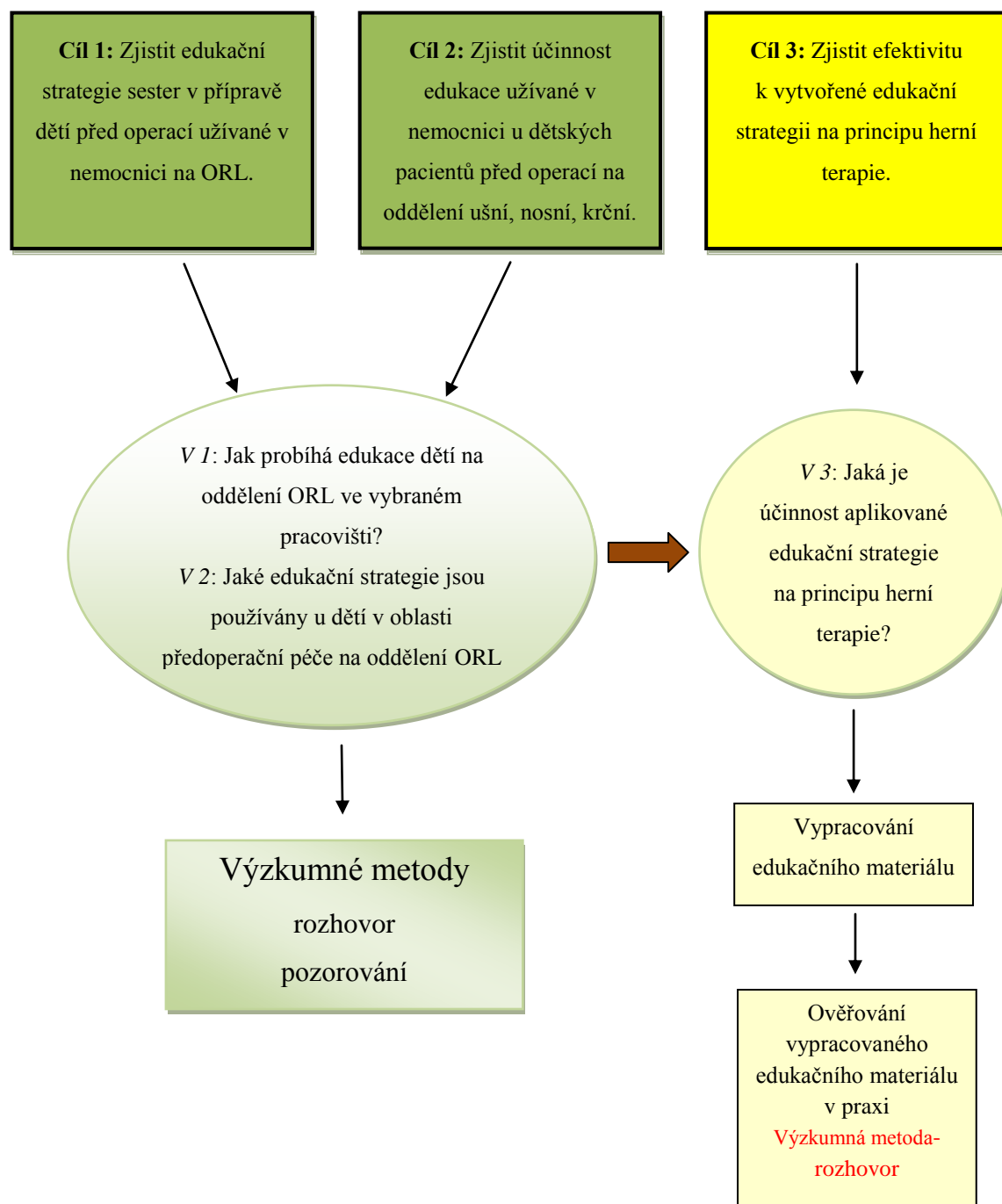
Identifikace respondentek- zástupci hospitalizovaných dětí				
respondent	označení	věk	den hospitalizace	zárok
Dítě 1	R1	7 let	2.	AT +VT
Dítě 2	R2	4 roky	1.	AT +VT
Dítě 3	R3	7 let	1.	VT -ex
Dítě 4	R4	4 roky	1.	VT +AT
Dítě 5	R5	5 let	1.	AT
Dítě 6	R6	4 roky	1.	AT
Dítě 7	R7	5 let	1.	AT

Tabulka číslo 2 označuje identifikaci respondentů- zákonných zástupců hospitalizovaných dětí. První zástupce již bude v práci označován jako R1. Zastupuje dětského klienta, kterému je sedm let a hospitalizován je druhým dnem. První den hospitalizace byla provedena operace. Zástupce byl hospitalizován společně s dítětem. Zákrokem byla endoskopická adenotomie provedená společně se zavedením ventilačních trubiček. Druhý zástupce již bude v práci označován jako R2. Zastupuje dětského klienta, kterému jsou čtyři roky, a hospitalizován je prvním dnem. První den hospitalizace byla provedena operace. Zástupce je hospitalizován společně s dítětem. Zákrokem byla endoskopická adenotomie provedená společně se zavedením ventilačních trubiček. Třetí zástupce již bude v práci označován jako R3. Zastupuje dětského klienta, kterému je sedm let a hospitalizován je prvním dnem. První den hospitalizace byla provedena operace. Zástupce je hospitalizován společně s dítětem. Zákrokem bylo vyjmutí ventilačních trubiček. Čtvrtý zástupce již bude v práci označován jako R4. Zastupuje dětského klienta, kterému jsou čtyři roky, a hospitalizován je prvním dnem. První den hospitalizace byla provedena operace. Zástupce je hospitalizován společně s dítětem. Zákrokem byla endoskopická adenotomie provedená společně se zavedením ventilačních trubiček. Pátý zástupce již bude v práci označován jako R5. Zastupuje dětského klienta, kterému je pět let a hospitalizován je prvním dnem. První den hospitalizace byla provedena operace. Zástupce je hospitalizován společně s dítětem. Zákrokem byla endoskopická adenotomie. Rozhovory a pozorování s výše zmíněnými respondenty (R1 – R5) nalezneme ve druhé části kapitoly: *Výsledky výzkumného šetření*. Šestý zástupce již bude v práci označován jako R6. Zastupuje dětského klienta, kterému jsou čtyři roky, a hospitalizován je prvním dnem. První den hospitalizace byla provedena operace. Zástupce je hospitalizován společně s dítětem. Zákrokem byla endoskopická adenotomie. Sedmý zástupce již bude v práci označován jako R7. Zastupuje dětského klienta, kterému je pět let, a hospitalizován je prvním dnem. První den hospitalizace byla provedena operace. Zástupce je hospitalizován společně s dítětem. Zákrokem byla endoskopická adenotomie. Poslední dva jmenovaní respondenti (R6 a R7) figuruji ve třetí fázi výzkumného šetření.

3.3 Realizace výzkumu

Hlavní cíl je zaměřen na odkrývání jevů v účinné edukaci dětských klientů v nemocnici před operací

Schéma 1 Grafické znázornění výzkumu



4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Následující kapitolu si rozdělíme do tří částí. V první části zmapujeme výsledky z rozhovorů se sestrami. V druhé části výsledky z rozhovorů se zákonnými zástupci hospitalizovaných dětí, doplněné o pozorování průběhu edukace u těchto klientů. Ve třetí části se budeme věnovat zmapování výsledků z aplikace vytvořeného edukačního materiálu v praxi. V každé části jsou zvoleny kategorie, které jsou vždy na začátku podkapitoly vyobrazeny pomocí schémat.

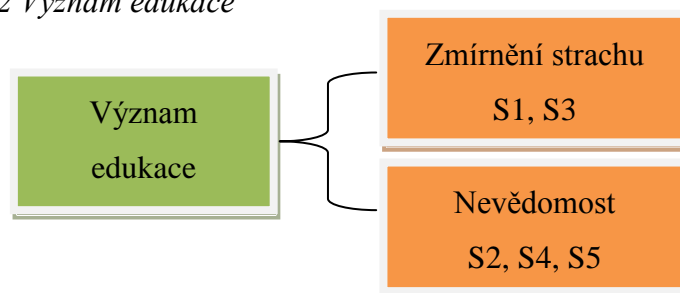
4.1 Vyhodnocení první fáze výzkumného šetření

V první části bylo uskutečněno pět rozhovorů se sestrami, pracujícími na ORL oddělení v jindřichohradecké nemocnici. Na základě analýzy rozhovorů se sestrami byly vytvořeny tyto kategorie:

1. Význam edukace dítěte v nemocnici před operací
2. Souvislost věku dítěte s edukací v nemocnici před operací
3. Personál podílející se na edukaci dítěte v nemocnici před operací
4. Čas, věnovaný edukaci dítěte v nemocnici před operací
5. Efektivita edukace dítěte před operací v nemocnici
6. Edukační metoda
7. Edukační prostředí
8. Oblasti edukace dítěte v nemocnici před operací
9. Tablet, jako edukační pomůcka
10. Herní terapie

4.1.1 Význam edukace dítěte v nemocnici před operací

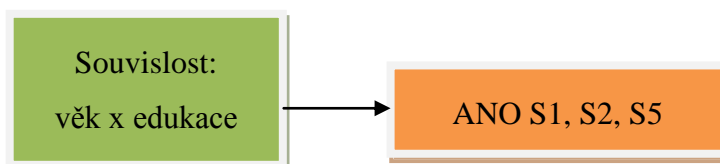
Schéma 2 Význam edukace



První kategorie se věnuje významu edukace dětského klienta. Nazveme ji význam edukace dítěte před operací. Zde se všechny sestry shodují a důležitost potvrzují. „Myslím, že jo, aby se dítě uklidnilo a aby nemělo z té operace strach. Důležitá je hlavně kvůli tomuhle.“ (S1) Stejně jako první sestra, potvrzuje důležitost edukace z důvodu zmírnění strachu i třetí sestra „Je to individuální, ale je to kvůli zmírnění strachu, nějaká ta adaptace na cizí prostředí.“ (S3) Zbylé tři sestry se domnívají, že edukace je důležitá z důvodu chybějících vědomostí rodičů a dětí v oblasti operace a hospitalizace: „No jistě, protože to dítě neví, co se s ním bude dít a proč, takže vzhledem k věku musí pochopit, že se mu nestane nic vážného, že zase pak odejde s rodičema zdravé a bude žít normálně dál.“ (S2) „Určitě ano, protože většina rodičů a dětí přijde poprvé a neví co se jim bude vůbec dělat.“ (S4) „Určitě, protože dítě neví, co ho čeká a rodiče ho nedokážou dostatečně připravit doma, neví konkrétně takový ty podrobnosti, co je důležité a trvá jim to déle.“ (S5).

4.1.2 Souvislost věku dítěte s edukací v nemocnici před operací

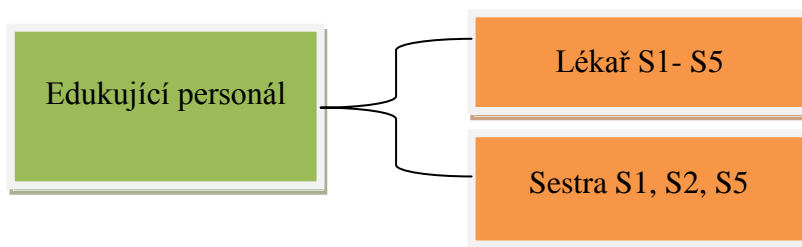
Schéma 3 Souvislost věku dítěte s edukací



Druhá kategorie se zaměřuje na věk dítěte a jeho souvislost s edukací. Tři sestry z pěti spontánně zmiňují věk hospitalizovaného dítěte jako aspekt edukace: „Záleží hodně na věku a jak moc je to dítě schopno to vše pochopit.“ (S2) „Řekla bych, že to závisí na tom věku, poučit čtyřletá bývá těžší, ale ty osmiletý už jsou takový rozumnější“ (S3) „....záleží na věku, ale je to individuální, některý velký desetiletý dítě začne brečet a jde na masku a s jiným čtyřletým si povídám...“ (S5)

4.1.3 Personál podílející se na edukaci dítěte v nemocnici před operací

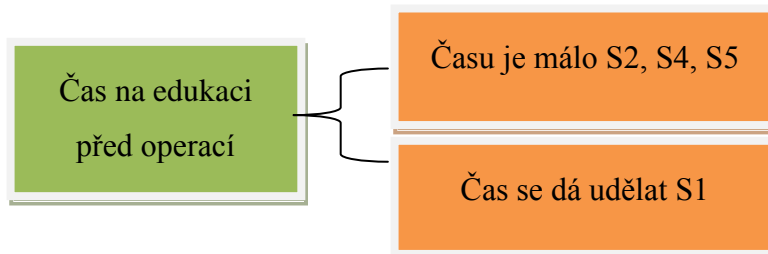
Schéma 4 Edukující personál



Kategorie č. 3 se zabývá personálem, který se na edukaci v nemocnici před operací podílí. I zde se sestry shodují, že prvotní edukaci při příjmu zajišťují lékaři a na oddělení sestry. „Hlavně lékaři a tady na oddělení potom sestry.“ (S1) Dále první sestra dodává „Na oddělení převážně my, protože lékaři tady nejsou pořád, takže dotazy na nás, co můžeme zodpovíme, a když, tak zajistíme lékaře.“ (S1) Čtvrtá sestra sděluje, že ona sama přímo needukuje, pouze když ji náhodně někdo zastaví v nepřítomnosti lékaře „Lékaři, já, jak jsem ambulantní, tak se s nimi stýkám jen u toho příjmu, tam já nic nevysvětluju, to lékař a u propouštění taky, tam jim řekne doporučení a jaké mají omezení a já přímo nic, ale třeba zastaví mě a přeptají se...“ (S4) Sestřičky, lékaři a pak my tady na sále. Bud' doplňujeme informace nebo opakujeme.“ (S5) „dítě přijímá lékař a tam ta edukace už nastává, edukuje spíš rodiče, dítě vyšetří a na pokoji potom, když už je na oddělení edukuje sestřička, ale vzhledem k rychlosti jenom co se rodič zeptá, či potřebuje doplnit informace.“(S2)

4.1.4 Čas, věnovaný edukaci dítěte v nemocnici před operací

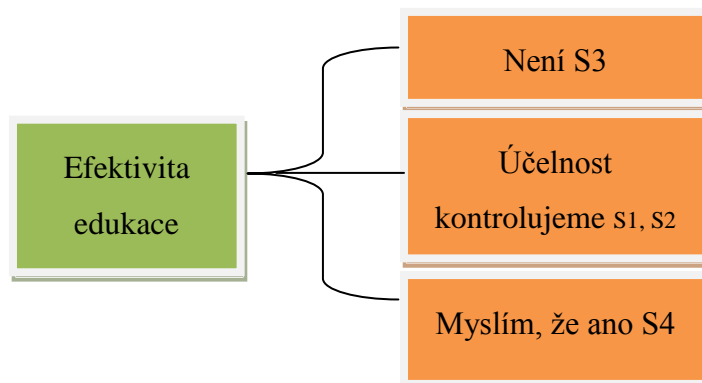
Schéma 5 Čas, věnovaný edukaci dítěte v nemocnici před operací



Kategorie č. 4 nám přiblíží, jak se sestry vyjadřují k času, který mají k využití na edukaci hospitalizovaného dítěte před operací. Obecně se sestry shodují na tom, že času na edukaci před operací je málo. Více času k edukaci věnují po operaci. „Před tou operací toho času moc není vzhledem k tomu, aby se děti dostaly na tu operaci co nejdřív, a po té operaci si myslím, že jsme schopni věnovat rodině tolik času kolik potřebuje.“ Dále dodává: „Čím rychleji se dostanou na sál, tím rychleji to pak mají za sebou. Tam jsou takové dvě věci, ke kterým se musí přihlížet. Buď se bude edukovat víc a bude na to dítě víc času, ale bude to trvat všechno mnohem déle, tudíž když tomu dítěti normálně vyhradíme pět minut a chtěly by jsme čtvrt hodiny, tak o to déle se prodlouží ta doba než půjde na tu operaci, takže je možný, že těch deset dětí teď odoperujeme za tři hodiny a takhle by se to protáhlo na čtyři i pět hodin. Když budeme edukovat déle před tou operací, to dítě na ní bude déle čekat a bude déle hladové. Takže si myslím, že před tou operací jen takové to nejnnutnější, co se ten rodič zeptá a edukovat až po tom zákroku, když už je po operaci a nic ho nebolí, nic mu neschází a dostane napít. Čím rychlejší, tím lepší pro dítě!“ (S2) „My moc času nemáme.“ (S4) „Je to chvílička.“ (S5) Z jedné odpovědi je zřejmé, že čas k edukaci se liší a je možno si ho najít. „Jo jak kdy, ale když se chce, tak se ten čas udělá.“ (S1)

4.1.5 Efektivita edukace dítěte před operací

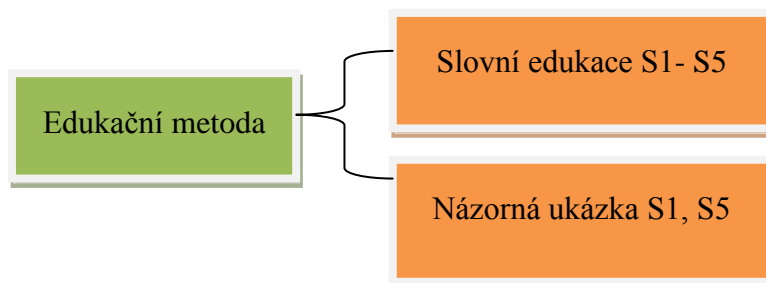
Schéma 6 Efektivita edukace dítěte před operací



Jelikož sledujeme jevy v účinné edukaci, zařadíme do kategorie č. 5 jak se sestry vyjadřují k účelnosti či efektivitě edukace hospitalizovaného dítěte. Z jedné odpovědi je zřejmé, že sestra se domnívá, že účelná být ani nemusí. Co se týče edukace jako psychické přípravy na otázku, zda se domnívá, že dítě needukované se bude cítit jako dítě edukované odpovídá: „*No asi i jo.*“ (S3). Dvě výpovědi sester se shodují, že účelnost ověřují: „*My si to pak ověříme, jestli to tak opravdu dělají, čím jsme je poučily, jak se mají před operací a po operaci chovat, tak jestli to doopravdy dodržují, když přijdeme na ten pokoj.*“ (S1) „*Když jim dáváme podepsat souhlasy, tak jim připomínáme, jak jim to doktorka vysvětlila, ať si to v klidu přečtou, a když nebudou vědět, ať přijdou a v klidu se zeptají. Tohle si vyzkoušíme v praxi a zkontrolujeme při propuštění.*“ (S2) U jedné z odpovědí je zřejmé, že respondentka účelnou edukaci posuzuje dle toho, že se edukanti již dále neptají: „*Nevím, jak u ostatních, ale u mě v pohodě, žádné větší odezvy, že by někdo něčemu nerozuměl se mi nedostalo, tak snad to stačí.*“ (S4)

4.1.6 Edukační metoda

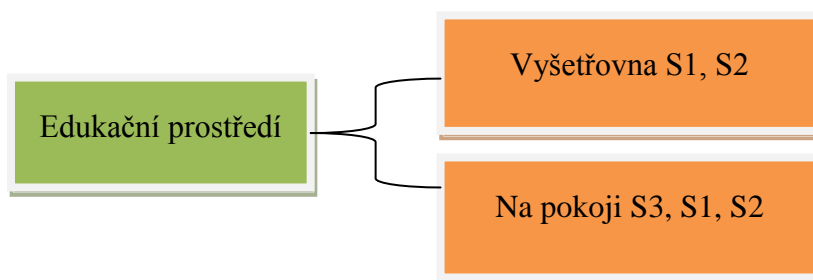
Schéma 7 Edukační metoda



V kategorii č. 6 si obeznámíme edukační metody, využívané sestrami v předoperačním období u hospitalizovaných dětí. Všechny sestry se shodují, že nejvyužívanější metodou je slovní výuka. Dvě sestry se zmiňují o názorných ukázkách či ukázkách na pomůckách. „Dám jim do ruky i ten balonek a oni si ho můžou vyzkoušet, daj si ho na pusinku a osahají si to, že se toho nemusí bát.“ (S5) „Hlavně slovní, popřípadě ukázat, jak co mají dělat- smrkání.“ „...že se ukáže dětičkám na hračkách, co se bude a nebude dělat.“ (S1)

4.1.7 Edukační prostředí

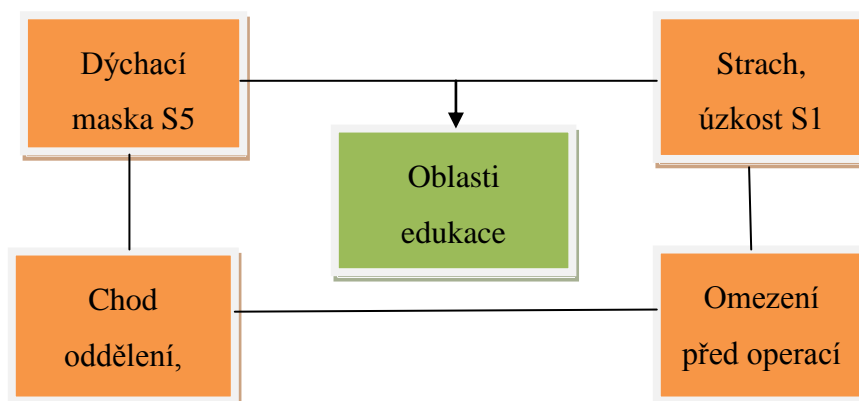
Schéma 8 Edukační prostředí



V kategorii č. 7 je zahrnuto edukační prostředí, ve kterém sestry edukaci preferují a uskutečňují. „...na pokojích hlavně odpoledne, když je na to čas a při příjmu a při propouštění na vyšetřovně, nemáme tu žádnou hernu, jídelnu, to tu chybí.“ (S2) „Pokoj nebo vyšetřovna, tam kde je málo lidí, kde se na to mají ty dětičky i ty rodiče čas soustředit.“ (S1) „Na pokoji.“ (S3)

4.1.8 Oblasti edukace dítěte v nemocnici před operací

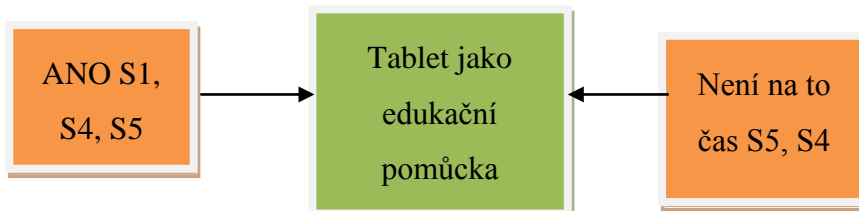
Schéma 9 Oblasti edukace dítěte v nemocnici před operací



Kategorie č. 8 je nazvána: oblasti edukace, aplikované u hospitalizovaného dítěte před operací. Zde se setkáváme s rozlišnými odpověďmi. Důvodem jsou odlišná stanoviště působení sester na oddělení. „Dáváme praktický informace o chodu oddělení, kde je toaleta, kdy dostanou snídaní, kdy půjdou na operaci..“ (S3) „my jak jsme ambulantní, tak se s nimi stýkám jen u toho příjmu. Tam já nic nevysvětluju, to lékař a u propuštění taky, tam jim řekne doporučení a jaké mají omezení, já přímo nic.“ (S4) „Že nemusí mít strach, že maminka tady bude s nimi.“ (S1) „Tady je to jenom o té masce, že se nasadí a pak usne a probudí se. U těch mandliček to by muselo být velký, aby se i píchla flexilka.“ (S5)

4.1.9 Tablet, jako edukační pomůcka

Schéma 10 Tablet, jako edukační pomůcka

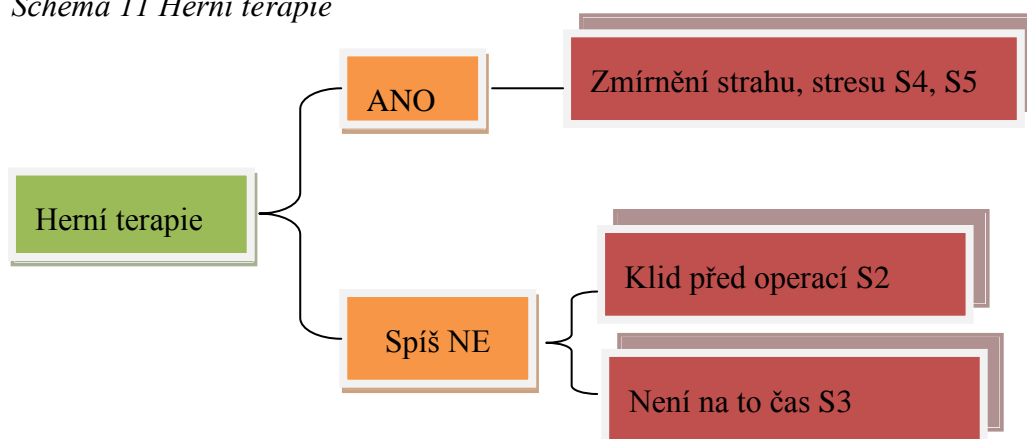


Kategorie č. 9 nám přiblíží výpovědi sester k tématu tablet, jako pomůcka herní terapie v edukaci dítěte před operací v nemocnici. Vesměs všechny sestry by tuto

metodu rády zahrnují do programu edukace dítěte před operací v nemocnici, ale obávají se toho, že na takovou věc nejsou čas ani peníze. „*No to by bylo moc hezký, ale tady je to o čase a penězích hlavně.*“ (S5) „*Jo, to zní dobře.*“ (S1) „*Určitě ano, když na to bude čas, nebylo by to špatný.*“ (S4)

4.1.10 Herní terapie

Schéma 11 Herní terapie



Kategorie č. 10 se věnuje otázce, co si sestry myslí o herní terapii v nemocnici a zda by tuto skutečnost rády zahrnují do náplně edukace dětí před operací. Názory se různí, dvě sestry herní terapii před operací hodnotí kladně. Na druhou stranu dvě jiné sestry se jí obávají. Buď to z časového hlediska, či si myslí, že pro dítě nebude nijak přínosná, ba naopak. „*Kolikrát asi i jo, protože sem ty malý děti přijdou a jsou docela vystresovaný, i když jdou jenom k nám a vlastně se ptáme jenom maminky, nebylo by to špatný.*“ (S4) „*Určitě by to bylo hezký, ty děti by to snášely daleko líp to brečení a tak, bylo by to daleko lepší.*“ (S5) „*...ale po těch odpolednech by to nemuselo být špatný, kdyby na to byl někdo vyčleněný, ale před tou operací je to zbytečné, protože by se to nestíhalo, že by to ty děti spíš rušilo, že jak čekaj na tu operaci, tak aby byly spíš v klidu, než, že jim někdo říká něco navíc.*“ (S2) „*Třeba na tom dětským je na to víc sester a mají na to víc času, samozřejmě, že je to dobrý, ale tady, když to budu dělat já, tak to budu dělat půl hodiny a na to u každého nemám.*“ (S3).

4.2 Vyhodnocení druhé fáze výzkumného šetření

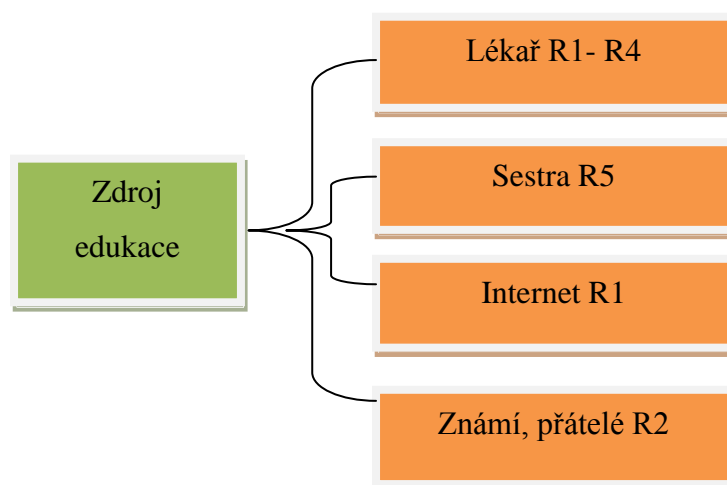
Tato část výzkumného šetření je věnována rozhovorům se zákonnými zástupci hospitalizovaných dětí. Bylo uskutečněno pět rozhovorů. Interview probíhalo vždy bez přítomnosti jakéhokoli personálu z nemocnice, aby nedošlo k ovlivnění výsledků výzkumného šetření. Každý respondent byl před rozhovorem obeznámen s významem slova edukace.

Na základě analýzy těchto rozhovorů byly vytvořeny následující kategorie:

1. Zdroj edukace před operací
2. Efektivita edukace dítěte před operací v nemocnici
3. Pohled zástupců hospitalizovaných dětí na edukaci před operací
4. Názor zástupců hospitalizovaných dětí na herní terapii

4.2.1 Zdroj edukace před operací

Schéma 12 Zdroj edukace před operací



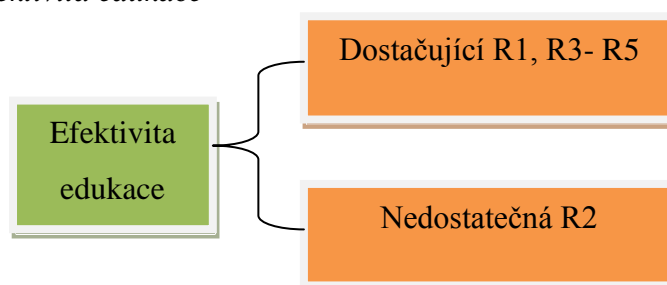
Kategorie č. 1 se zabývá zdroji edukace či získávání nových informací ohledně operace a přípravy na ní. Vědomosti, týkající se předoperační péče a přípravy na operaci

jsou důležité jak pro dítě, které operační výkon očekává, tak pro jeho zástupce. Optimálně edukovaný zástupce může hospitalizované dítě před operací snáze uklidnit a psychicky povzbudit.

Na toto téma se nám dostalo těchto výpovědí. Čtyři respondenti z pěti uvádějí lékaře, stejně jako (R1) v následující výpovědi: „*Informace nám dával pan doktor na tom prvním vyšetření, co jsme tady byli, bylo to vysvětlený se vším všudy a dokonce se ptal i na informace okolo, co bylo třeba.*“ (R1) Sestra jako zdroj poučení byla uvedena jednou. „*Sestrou na ambulanci, tady když jsme přišli, dostali jsme informace, jak to bude probíhat, co ho čeká, jaký jsou rizika a podobně.*“ (R5). (R1) dodává další zdroj, kterým je internet. Na otázku zda pro něj během edukace bylo něco nového odpovídá: „*Já už jsem si to hledal na internetu, takže žádné novinky nebyly.*“ Dalším zdrojem pro získání nových informací jsou známí lidé z okolí respondenta (R2), který k tématu dodává: „*..od známých, kdo tu byl, tak jsem se ptala, kam až s ním můžu jít a bylo to až na sál, to mě jako zajímalo a to bylo v klidu.*“

4.2.2 Efektivita edukace

Schéma 13 Efektivita edukace

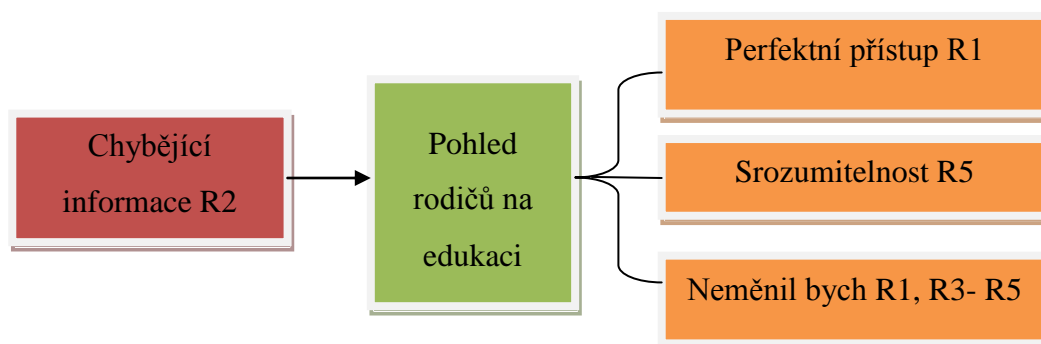


V kategorii č. 2, nazvané Efektivita edukace, nás zajímá názor respondentů na otázku, zda všemu rozuměli a mají potřebné vědomosti k optimálnímu zvládnutí operace. Zde se setkáváme se shodou ve čtyřech případech, kdy si klienti edukaci velice chválí a hodnotí ji kladně, jako např. „*Všechno opravdu všechno co jsme potřebovali vědět jsme se dozvěděli.*“ (R4) nebo „*..všechno bylo řečený a objasněný.*“ (R1) naproti těmto výpovědím se však setkáváme s výpovědí (R2), který byl poněkud v rozporech ze situace po operaci, kdy nevěděl co má dělat s dítětem, které mu

po operaci přivezli na nemocniční pokoj. „Jediný co mi vadilo, že včera ráno po té operaci, co ho přivezli, tu nikdo nebyl ani mi nikdo nedal vědět....to jako by co se tam dělo, proběhlo to v pořádku, všechno jen to, to, to a teď já nevěděla můžu mu dát napít nemůžu, můžu mu dát najíst nemůžu,musela jsem se chodit ptát.“

4.2.3 Pohled zástupců hospitalizovaných dětí na edukaci před operací

Schéma 14 Pohled zástupců hospitalizovaných dětí na edukaci před operací



V kategorii č. 3 pojmenované jako Pohled zástupců na edukaci si představíme odpovědi respondentů na otázku, zda by se mělo na edukaci dítěte v nemocnici před operací něco změnit. Z výpovědí čtyř respondentů je zřejmé, že by na edukaci nic neměnili. Informace podávané během edukace jsou srozumitelné, jak vypovídá (R5) „... ne, nemyslím si, všechno bylo řečeno, informovaná jsem byla, info jak pro lajka.“, velmi kladná je i výpověď (R1): „, Já si myslím, že tady v nemocnici je ten přístup perfektní...“ , (R2) by uvítal aktivnější přístup v edukaci, z důvodu špatné zkušenosti v období po operaci, kdy nebyl dostatečně informován o podávání jídla a tekutin dítěti po operaci v nemocnici. Tato chyba se dle něj stala z důvodu, že byl nervózní a neměl čas si přečíst informovaný souhlas, kde je informace o podávání jídla a tekutin uvedena. K otázce, zda mu tuto informaci podal někdo ústně před operací vypovídá: „Ne, to bylo v tom poučení před tím, jak jsem podepisovala ten souhlas, tam to bylo, ...,kdybych ty papíry měla doma přes noc , tak by si to člověk přečetl..“ Na otázku, zda mu edukace přišla srozumitelná, odpovídá: „Ano.“ (R2)

4.2.4 Názor zástupců hospitalizovaných dětí na herní terapii

Schéma 15 Názor zástupců hospitalizovaných dětí na herní terapii



Kategorie č. 4 se zabývá otázkou herní terapie. Zde si přiblížíme názory zákonných zástupců na toto téma. Respondentům byla položena otázka, zda mají nějaké informace o herní terapii, a jestli ví, co herní terapie je. Žádný z respondentů nevěděl, co to znamená nebo co si pod tímto pojmem představit. Nejčastější výpovědi bylo: „...ne to jsem neslyšel/a, nevím.“ (R1- R5) Poté, co jim byl význam herní terapie vysvětlen, nás zajímalo, zda by tuto skutečnost a metodu edukace v nemocnici přivítali. Dostalo se nám následujících odpovědí: „Takhle to myslím stačí.“ (R3). „Klidně jo. Jestli to pomůže těm dětem nevím, myslím, že když pak dojde na věc, tak stejně budou rvát.“ (R2) „Myslím, že by to bylo lepší pro ty děti. Určitě by ty děti věděly, do čeho jdou a nemusely by se bát. Věděla by, že přijde na sál, dostane něco na pusku a bude klidnější.“ (R5). Ve shodě s R5 je i R4, který uvádí: „To je jasné, určitě, protože by se ty děti nemusely tolik bát.“ (R4). R1 k odpovědi dodává, že když byl na prvním vyšetření v nemocnici, tak zde prvky herní terapie pozoroval, když si lékař s dítětem hrál během vyšetření. „...může to být zajímavé, pan doktor, už co mu dělal to první vyšetření tady, co bylo, když mu zkoumal ty uši, tak mu to všechno vysvětloval a taky to byla taková hra, že mu to ukazoval na sobě, že to nebolí a taky to mělo velký úspěch.“ (R1).

4.3 Výsledky pozorování z druhé fáze výzkumného šetření

Tabulka 3 – Průběh *pozorování* edukace dětských klientů a jejich zákonných zástupců v nemocnici

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5
Edukátor při příjmu	lékař	lékař, S4	lékař	lékař	S4
Zapojení dítěte do edukace	částečně	částečně	částečně	částečně	částečně
Užití prvků herní terapie	ne	ne	ne	ne	ne
Edukační prostředí	ordinace	ordinace	ordinace	ordinace	ordinace
Edukační formy	slovní	slovní	slovní	slovní	slovní

Tabulka č. 3 znázorňuje *pozorování*, které probíhalo při příjmu dětských klientů na oddělení. Zde probíhá edukace zákonných zástupců a hospitalizovaných dětí v nemocnici před plánovanou operací.

Edukace probíhala na příjmové ambulanci, která se nachází ve stejné budově i patře jako lůžková část oddělení ORL. Zde byli klienti edukováni a poté uvedeni na oddělení ORL. V tento moment si dětského klienta s jeho zástupcem přebrala sestra z oddělení, která je poučila o chodu oddělení a doprovodila je na pokoj.

Co se nám shoduje u všech dětí, je výsledek v kategoriích *Edukační forma*, *Edukační prostředí* a *Užití prvků herní terapie*. U edukační formy se vyskytuje v pěti případech z pěti forma slovní. Edukace ve všech případech probíhala individuálně, kde byli přítomni sestra nebo lékař a zástupce s hospitalizovaným dítětem. Edukační prostředí bylo také ve všech situacích shodné. Na vyšetřovně v ambulanci. V žádném případě nebyly zaznamenány prvky herní terapie. V kategorii – *Edukátor při příjmu*, se u dvou respondentů vyskytuje sestra č. 4, která edukovala zákonného zástupce o období před operací i po operaci. V kategorii – *Zapojení dítěte do edukace*, byly ve všech

případech R1- R5 hospitalizované děti částečně zapojeny do edukace navázáním očního kontaktu a převážně snahou o uklidnění.

4.4 Vyhodnocení třetí fáze výzkumného šetření

V této části byl aplikován edukační materiál, který byl vytvořen v programu Microsoft Office PowerPoint a prezentován na tabletu. Využit byl v rámci edukace dítěte v nemocnici před operací. Obsahem prezentace jsou obrázky a fotky s motivem plyšového medvěda v různých situacích, které dítě čekají v předoperačním období v nemocnici- viz příloha č. 3 Pro udržení pozornosti bylo dítě zapojeno do posunu snímků v prezentaci. Každý snímek si dítě samo načetlo, pomocí prstů ruky. Na závěr edukace byly snímky vráceny na začátek a dítě bylo vyzváno k rekapitulaci výchovného příběhu o operaci, kterou nám ono samo zopakovalo.

Materiál byl před aplikací představen jedné sestře z daného oddělení. S otestováním souhlasili dva zákonní zástupci ze dvou dotazovaných. Edukace probíhala po přijetí dítěte k hospitalizaci, na pokoji. Zástupce dítěte byl vždy u edukace přítomen jako nezávislý pozorovatel. Edukace byla zaměřena přímo na dítě. Atmosféra během edukace byla uvolněná, děti jevily o výuku zájem, nevykazovaly známky strachu.

Po ukončení edukace druhého dítěte byly vedeny tři rozhovory, kde nás zajímal názor respondentů na tuto metodu edukace. Se sestrou, které byl edukační materiál představen a se dvěma zákonnými zástupci dětí, které byly tímto materiálem edukované. Zástupci těchto dětí byli u edukace vždy přítomni.

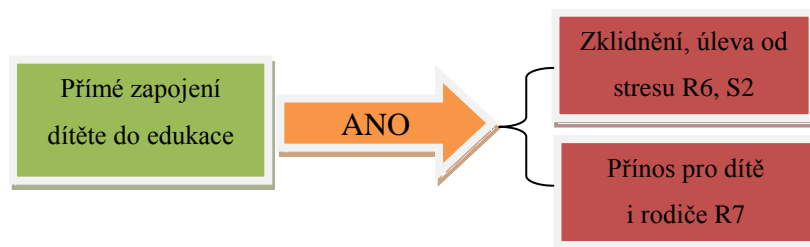
Byl využit strukturovaný typ rozhovoru, který obsahoval pět otevřených otázek pro zástupce dětí a šest otevřených otázek pro sestru.

Na základě analýzy těchto rozhovorů byly vytvořeny tyto kategorie:

1. Přímé zapojení dítěte do edukace před operací
2. Provedení edukačního materiálu
3. Význam aplikované edukace dítěte před operací v nemocnici
4. Tablet, jako edukační pomůcka před operací

4.4.1 Přímé zapojení dítěte do edukace před operací

Schéma 16 Přímé zapojení dítěte do edukace před operací

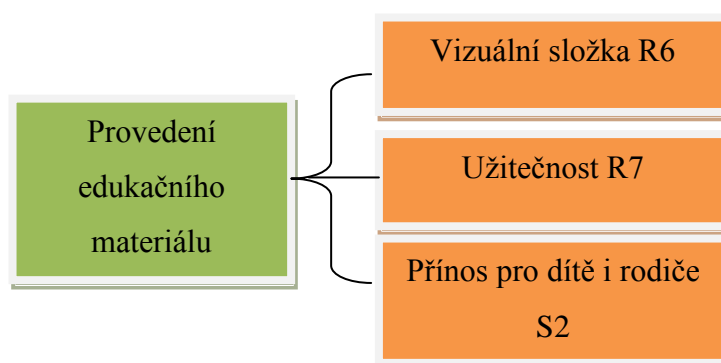


Kategorie č. 1 se věnuje názoru respondentů na přímé zapojení dítěte do procesu edukace. Tato otázka byla položena záměrně, neboť standardním postupem edukace čtyřletého či pětiletého dítěte před operací na tomto oddělení, je edukace zaměřená na zástupce, kdy dítě je pouze přítomné. „*Tak je to určitě důležité, to dítě se zklidní, ví, o co jde a je informované.*“ (R6)

„*Myslím si, že je to jednoznačně přínosný pro oba, pro mámu i pro dítě, je to názorný.*“ (R7) V této kategorii se názor zástupců shoduje s názorem sestry. „*No já si myslím, že to je dobrá věc, tento výukový program na tabletu, kdyby tady mohl fungovat, bylo by to pro ty děti lepší, seznámí se s tím a ví, co je čeká a předejde se stresu. Ale tady se edukuje rodič i s dítětem takže dítě nikdy není samo.*“ (S2)

4.4.2 Provedení edukačního materiálu

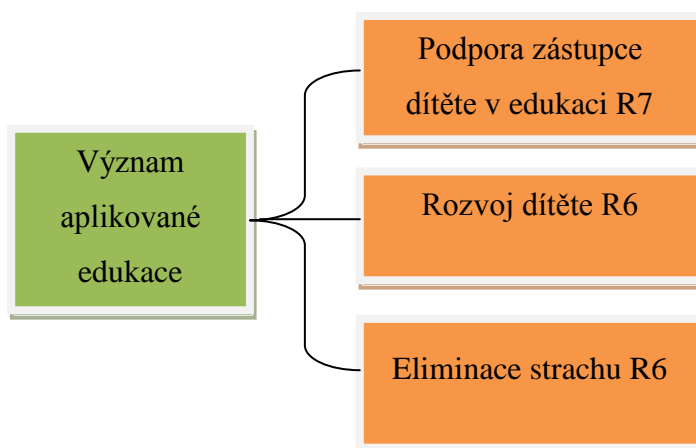
Schéma 17 Provedení edukačního materiálu



V 2. kategorii se zaměříme na vyhotovený edukační materiál. Zajímalo nás, jaké mají respondenti mínění o provedení tohoto materiálu k edukaci. „*Tak to je ideální, když je tam i ta vizuální část, dítě se dívá na obrázky a lepší to pochopí.*“ (R6), (R7) dodává „*Je užitečná a určitě by měla být zavedená do praxe.*“ Výpověď S2 se shoduje s kladnými výpověďmi zástupců dětí před operací. „*Určitě je přínosná i pro ty děti i pro ty rodiče, už jen to, že jim někdo věnuje víc času před tou operací a ví, co je čeká, je to přínosné.*“ (S2)

4.4.3 Význam aplikované edukace dítěte před operací

Schéma 18 Význam aplikované edukace dítěte před operací



Kategorie č. 3 je nazvána Význam aplikované edukace dítěte před operací. Zde se setkáváme s odpověďmi, které se dotýkají témat, jako je strach, rozvoj dítěte, nevědomost rodičů ohledně přípravy před operací. „*Tak rozvíjí dítě, dává mu informace i z prostředí nemocničního a zbavuje ho strachu.*“ (R6), v další odpovědi nalézáme obavu zástupce z toho, že není schopen dostatečně dítě před operací poučit. „*... protože rodiče nemůžou odhadnout, co všechno by to dítě mělo vědět, respektive co mu můžou říct, protože nevědí nebo já nevím, co všechno se bude realizovat, tak mu to nemůžu slíbit, zaručit a nemůžu ho o tom informovat, já mu můžu říct jen to, co já vím. Pokud jsem na takové operaci nebyla a neznám ten průběh, tak ho tím nematu.*“ (R7), sestra se k tomuto tématu vyjádřila takto: „*Pokud by to v praxi fungovalo, tak by to byl*

velký přínos, ale samozřejmě by na to musel být vyčleněný pracovník, který by měl na to čas.“ (S2)

4.4.4 Tablet jako edukační pomůcka

Schéma 19 Tablet jako edukační pomůcka



Ve 4. kategorii, nazvané tablet jako edukační pomůcka, zmapujeme odpovědi zástupců na téma edukace pomocí tabletu. Na závěr této kategorie si uvedeme názor sestry na edukaci s tabletem, respektive co si myslí o časové náročnosti takovéto edukace.

Odpovědi zástupců jsou obdobné. „*Tak tablet je ideální, protože například dcera s ním pracuje už asi rok, je to pro ní něco co zná, má k tomu vztah a dennodenně to používá.*“ (R6). Druhý respondent hodnotí kladně formu edukace tím, že je přitažlivá. Můžeme z toho vyvodit, že tablet k edukaci motivuje. „*Myslím si, že to je pro ně blízké, znají to mají to rádi a je to pro ně přitažlivá forma.*“ (R7)

Nyní si uvedeme odpověď sestry, která se zdá být kladnou. Navíc motivující pro bližší prozkoumání návrhu, který se v odpovědi skrývá. „*No je to otázka třeba deseti minut, pokud by se to dalo udělat třeba u tří dětí najednou, aby to nebylo u každého zvlášť, tedy kolektivně, třeba při tom příjmu, pokud bychom tyhle možnosti měly, nemyslím si, že by to bylo špatný. Třeba hned u toho příjmu v ambulanci, když se ty děti přijmou administrativně, tak samo než přijde lékař, který si na ně udělá čas, tak ta sestřička by jim to mohla na tom tabletu odprezentovat, děti mají tablet víc, jak televizi, je to pro ně blízky a myslím, že je to lepší víc jak na nějaké hračce.*“ (S2)

5 DISKUZE

Záměrem této bakalářské práce byla snaha o zmapování průběhu předoperační edukace v nemocnici u dětských klientů. Kvótou pro výběr výzkumného vzorku byly děti v předškolním a mladším školním věku a sestry pracující na oddělení ORL v Jindřichově Hradci. Klienti byli hospitalizováni a následně operováni na oddělení ORL. Všechny děti byly hospitalizované společně se zákonnými zástupci. Ve všech případech se jednalo o jednoho z rodičů. Ztotožňuji se s názorem, že přítomnost blízké osoby pomáhá dítěti hospitalizaci lépe zvládat, jak uvádí Vytejčková (2011).

Výzkumné šetření probíhalo ve vybrané nemocnici od měsíce prosinec 2014 až březen 2015 ve třech fázích. V první fázi bylo uskutečněno pět rozhovorů se sestrami daného oddělení. Ve druhé fázi probíhalo pozorování edukace pěti dětí před operací a bylo realizováno pět rozhovorů se zákonnými zástupci hospitalizovaných dětí, které byly připravovány na operaci. Ve třetí fázi byl ověřován vytvořený edukační materiál. Testován byl na dvou dětech, které splňovaly kvótní výběr výzkumného vzorku. Vcelku bylo uskutečněno 13 rozhovorů a pozorování pěti hospitalizovaných dětí před plánovaným operačním výkonem. Výzkumné šetření probíhalo za účelem získání dat pro stanovené cíle této práce, kterými jsou zjistit edukační strategie sester v přípravě dětí před operací užívané v nemocnici na ORL, zjistit účinnost edukace užívané v nemocnici u dětských klientů před operací na oddělení ORL a zjistit efektivitu k vytvořené edukační strategii na principu herní terapie. Na základě posledního stanoveného cíle této bakalářské práce byl vytvořen edukační materiál v podobě elektronických edukačních karet, který byl prezentován pomocí tabletu a obsahoval prvky herní terapie. Tato prezentace obsahuje 16 snímků s obrázky s realitou pro předoperační i pooperační období v nemocnici. Každá karta taky obsahuje stručný popis situace, se kterou se dítě během hospitalizace s největší pravděpodobností setká. Cílem této metody je podat dítěti stručné a srozumitelné informace o tom, co bude následovat v rámci operace. O tomto cíli hovoří i Matějček (2001), který navíc zdůrazňuje, že je třeba dítě ujistit a přesvědčit o tom, že to co bude následovat je v podstatě začátek jeho uzdravení. S podobnou myšlenou se můžeme setkat také u Sedlářové (2008), která

poukazuje na důležitost pečlivého seznámení dítěte s neznámou situací a zároveň odrazuje od používání lži v prospěch zdravotnického personálu. Tento edukační materiál byl vytvořen na motiv článku z Učitelských novin od Nejedlé, Kleinové (2009), které uvádějí jako přínosnou pomůcku pro předoperační období fotoalbum medvídky s různými situacemi, které dítě čekají. Presentace s edukačními kartami byla upravena dle specifik chodu oddělení.

Rozhovorů se účastnilo celkem dvanáct respondentů. Pět sester, pracujících v nemocnici v Jindřichově Hradci a sedm zákonných zástupců hospitalizovaných dětí, které byly v období výzkumného šetření operovány na daném oddělení.

První výzkumná otázka hledala odpověď na to, jak probíhá edukace dětí před operací v nemocnici na oddělení ORL. Z analýzy rozhovorů je zřejmé, že sestry jsou si vědomi nutnosti a důležitosti edukace dítěte v nemocnici před operací. Dvě sestry udávají důvod zmírnění strachu a úzkosti. Touto odpovědí jsem potěšena, neboť je nezbytné vnímat klienty holistickým přístupem a souhlasím s tvrzením Janíkové a Zeleníkové (2013), které uvádějí, že sestra by i v předoperačním období měla vnímat klienta jako bio- psycho- sociálně- spirituální jednotu a strach a úzkost u dětí se snažit alespoň minimalizovat. Zbytek sester doplnilo odpověď o nutnost poučení o předoperačním období z důvodu nevědomosti dítěte i jeho rodiče. I tuto odpověď považuji za náležitou, neboť je ve shodě s tvrzením Svěrákové (2012), která upozorňuje na nutnost edukace, protože přináší zpravidla aktivnější přístup klienta k léčbě a rekonvalescenci a tudíž umožňuje včasné propuštění do domácího ošetřování. Edukace v nemocnici, kde výzkumné šetření probíhalo, je uskutečňována převážně při příjmu na ambulanci, která je součástí oddělení, reedukace pak probíhá v lůžkové části oddělení. Tento jev hodnotím kladně, neboť se stejně jako Sedlářová (2008) domnívám, že edukace u hospitalizovaných dětí již při přijetí má zásadní význam na průběh celé hospitalizace. Z analýzy pozorování i rozhovorů se sestrami a zákonnými zástupci je patrné, že edukaci provádí ve většině případů lékař. Tento fakt se shoduje ve výsledcích výzkumného šetření diplomové práce Radky Voráčové (2014), která sledovala edukační proces u klientů s plánovaným operačním výkonem ruky. I ona se setkala s lékařem jako dominujícím činitelem v edukaci. Sestra má své místo v edukaci

v seznámení dětí a jejich zástupců s chodem oddělením a podílí se na možné reedukaci. Pokud si zástupce dítěte již na oddělení uvědomí, že mu během edukace nebylo něco srozumitelné nebo postrádá vědomosti v rámci operace, obrací se na sestru, která je schopna edukaci doplnit či objasnit. Takovou kooperaci vnímám jako přínosnou týmovou práci lékaře a sestry, neboť profesionální vystupování zdravotnického personálu je pro zmírnění strachu a úzkosti nezbytné. S obdobným názorem se setkáváme také u Wendsche, Pokorné a Štefkové (2012). Z výsledků pozorování lze vyčíst, že v otázce, jak moc je dítě zapojeno do edukace, se nám dostane odpovědi částečně. Tento termín bych nyní specifikovala. Během edukace dítě sedí na stehnech rodiče nebo stojí v těsné blízkosti u něj. Edukace probíhá převážně mezi lékařem a rodičem. Dítě rychle ztrácí pozornost a upíná ji do prostoru ambulance, kde je pro něj velké množství neznámých předmětů a navíc se tam pohybují naprosto cizí lidé. Dítě je během edukace připraveno a seznámeno s faktem, že až přijde na sál, bude foukat do balonku. Balonkem se myslí dýchací maska, kterou je přiváděna směs inhalačního anestetika. Oční kontakt s dítětem je však omezený a minimální. Takto realizovaný přístup k edukaci mi připadá jako necitlivý k dítěti. V praxi bych přivítala změnu a více se soustředila na dítě samotné. Zastání nacházím ve slovech Plevové (2010), která uvádí, že bychom se jako zdravotnický personál měli snažit o to, aby komunikace probíhala především s dítětem, neboť již děti v předškolním a mladším školním věku ocení partnerský a kamarádský styl. Nemyslím si, že by edukace na vybraném pracovišti probíhala chybně, ale cítím potřebu o doplnění edukace přímo dítěte, jako edukanta. Edukaci zákonného zástupce však vnímám jako také velmi důležitou. Neboť, jak uvádí Sedlářová (2008), rozrušení a nevědomost rodičů působí negativně i na dítě. Její tvrzení posiluje Víchová (2013), která článkem v České radiologii seznamuje čtenáře s podobnou informací. Zdravotnický personál by měl vždy dbát na to, aby byl rodič dítěti oporou. Je proto třeba rodiče důkladně informovat o průběhu zákroku a připravit je na roli, která se od nich očekává. V tomto bodě se dostáváme k dalšímu činiteli, který edukaci ovlivňuje, a tím je čas. Respektive čas, který je možno věnovat edukaci dítěte a jeho zástupce. Zde se dostáváme k odpovědím sester na tuto problematiku. Sestry se shodují, že času k edukaci je málo. V opozici k těmto

výpovědím stojí S1, která tvrdí, že čas, když se chce, se dá udělat. Za uvedenou odpověď jsem velice ráda, neboť až se dostaneme ke zmapování posledního cíle, seznámíme se s možným návrhem na řešení tohoto problému. Dle mého názoru je čas k efektivní edukaci velmi potřebný. Význam času zmiňují také Janíková a Zeleníková (2013), které tvrdí, že je vhodné vyhradit si čas na komunikaci s dítětem a vyhnout se tím vzniku negativních pocitů, jako jsou úzkost a strach. Poslední informace, kterou si uvedeme k odpovědi na první výzkumnou otázku, se týká edukačního prostředí. Z pozorování vyplývá, že edukace byla uskutečněna ve všech pozorovaných případech v příjmové ambulanci. Ve třech případech sestry uvádějí pokoj, kde jsou děti uloženy. Tento rozdíl si vysvětlují tak, že v ambulanci při příjmu, je edukace nejrozsáhlejší a na pokojích probíhá reedukace. Když jsem se otázala rodičů, jak jsou s nynější edukací spokojeni, jaký mají názor na edukaci, setkávala jsem se převážně s kladnými odpověďmi. Čtyři respondenti byli nadměru spokojeni a neměli potřebu nic měnit. Pouze jeden respondent byl nespokojený se situací po operaci, kdy nevěděl, jak a kdy má dítěti podat tekutiny. Dle mého názoru by se tento problém nemusel stát, pokud by na problematiku pooperačního stavu byla edukace zacílena již před zákrokem. Respondent sice podepsal informovaný souhlas, kde je informace o podávání tekutin uvedena, ale to si poté neuvědomil. Dalším úkazem, který z této situace lze vyzorovat, je nedostatečná komunikace mezi zdravotnickým personálem a respondentem. Vyzorovaný jev by mohl sloužit pro další vědecké šetření v oblasti, zaměřené na komunikační chyby ze strany sester.

Druhá výzkumná otázka hledala odpověď na to, jaké edukační strategie jsou používány u dětí v oblasti předoperační péče na oddělení ORL na vybraném pracovišti. Jak již bylo zmíněno, edukace začíná při příjmu. Zde bych poukázala na slova Mareše (1997), který zmiňuje, že než je započata samotná příprava dítěte na terapeutický či diagnostický výkon, je třeba vytvoření žádoucího prostředí, například veselé barvy či obrázky. Naopak bychom měli eliminovat předměty, které v dítěti vzbuzují strach. Z mého pohledu se domnívám, že dítě přívětivé prostředí v ambulanci nenachází, neboť se tam nachází velké množství rušivých elementů, jako jsou diagnostické či terapeutické nástroje, které dítě zneklidňují. Z analýzy pozorování a rozhovorů se sestrami bylo

zjištěno, že edukace probíhá slovní formou. Zde se shodují všechny dotazované sestry s výsledky z pozorování. S1 a S5 navíc dodávají, že využívají také názorné ukázky, například na hračkách či pomůckách, které budou k výkonům využity. Využívání této strategie vnímám pozitivně a rozhodně se domnívám, že by měla být součástí každé edukace v rámci předoperační přípravy. Výzkumné šetření se také zabývalo oblastmi, kterých se edukace dotýká. Jak ukazuje Schéma 9, z odpovědí je zřejmé, že dominují tyto základní čtyři elementy, které mají v edukaci před operací své místo. Chod oddělení, dýchací maska, nebo-li balonek, omezení před operací a strach a úzkost, tedy aby se děti nebály. V odpovědích respondentů na otázku, zda by chtěli na edukaci něco změnit, nalezneme převážně pozitivní odkazy. Výjimku tvoří R2, který by uvítal aktivnější přístup v podávání informací, týkajících se období před, ale i po operaci. Zbylí respondenti byli nanejvýš spokojeni, což hodnotím velice kladně a myslím si, že tato odezva je ku prospěchu oddělení. Předpokládám, že tak hodnotili na základě klidného průběhu hospitalizace a operace jejich dětí. Vzhledem ke stanoveným cílům zazněla v rozhovoru otázka, týkající se oblasti, co si sestry a respondenti myslí a jak se vyjadřují k efektivitě edukace. Ze strany respondentů se nám dostalo odpovědí, že edukace je vyčerpávající a vše, co potřebovali vědět, se dozvěděli. Jeden z respondentů odhalil v edukaci slabinu, neboť nebyl dostatečně edukován o období bezprostředně po operaci a nevědomost v tomto období ho zprvu značně vyděsila. Domnívám se, že zde došlo k chybě ve zpětné vazbě, která by měla být součástí edukace. Prostřednictvím zpětné vazby zjistíme, zda dítě a rodina informacím rozuměly. Na tuto skutečnost poukazují i Burke a Karen (2011). Zařazením zpětné vazby do edukace se vyhneme chybě, na kterou poukazuje Sedlářová (2008), která varuje před jednorázovým poučením. Výzkumné šetření také zjistilo, jak si sestry ověřují efektivitu edukace. Alarmující odpovědí jedné ze sester bylo, že se domnívá, že needukované dítě před operací bude ve stejném psychickém stavu, jako to edukované. S tímto názorem nesouhlasím, protože se domnívám, že každý klient, tedy i dítě má právo na to být kvalitně edukován, neboť efektivní edukace optimalizuje přístup klienta k léčbě samotné. Je důležité, aby dítě získalo nedirektivním způsobem vědomosti

z předoperačního období.(Svěráková 2012). Tím mu můžeme pomoci snáze se orientovat v nové situaci a zvládnout hospitalizaci a léčbu.

Poslední třetí výzkumná otázka hledala odpověď na účinnost aplikované edukační strategie na principu herní terapie. Na základě této otázky nás zprvu zajímalo, co si sestry a respondenti myslí o herní terapii a tabletu, jakožto pomůcce k edukaci. Odpovědi sester a rodičů dětí nalezneme ve schématech 10, 11 a 15. Je zřejmé, že odpovědi jsou často skeptické. Ze stran sester z důvodu obav, že na to není čas. Rodiče si zprvu pod pojmem herní terapie nedokázali nic představit. Po seznámení s termínem se R2 a R3 přikláněli k nynějšímu průběhu edukace. R1, R4 a R5 by tuto strategii rádi přivítali. Z výsledků pozorování je patrné, že prvky herní terapie nebyly v žádném případě pozorovaného dítěte během edukace využity.

Odpověď na třetí výzkumnou otázku nalezneme ve schématech 16- 19. Velmi přínosný mi připadá fakt, že dotazovaní se pozitivně staví ke skutečnosti, kdy dítě bylo pojato jako edukant. Dítě mohlo samo rozhodovat o průběhu edukace. Rodič byl přítomný, ale stál opodál. Velmi se mi líbilo, že čtyřleté děti jsou ochotny naslouchat a spolupracovat v rámci edukace před operací. Zastávám názor Strouhalové (2010), která tvrdí, že děti pomocí edukačně stavěné hry snáze porozumí svému onemocnění a lépe se vyrovnají se strachem, úzkostí, ale i bolestí. Nyní nahlédneme na odpovědi k otázkám, co si respondenti myslí o provedení edukačního materiálu a jeho významu, a tabletu jako edukačním prostředku. Jak ukazuje Schéma 17 S2 poukazuje na přínos pro rodiče i děti, R6 je spokojen s vizuální složkou edukace. Ve schématu 18, které se týká významu aplikované edukace, můžeme nalézt odpověď R6, který se domnívá, že taková edukace dítě rozvíjí. Jeho odpověď nalézá shodu se Sedlářovou (2008), která uvádí, že hra je důležitým faktorem v oblasti rozumového, sociálního a citového růstu jedince. Další odpovědí byla podpora rodiče v roli opory dítěti. To již bylo zmíněno u Vichové (2013). Nyní se dostáváme k poslední odpovědi, a to na otázku, co si respondenti myslí o tabletu, jako edukačním materiálu. Zprvu jsem očekávala skeptickou odpověď od sestry. Předpokládala jsem odpověď, že na to sestry nemají čas, a proto jsem byla velmi mile překvapená, že se sestra nad touto edukační strategií zamyslela a přivítala by jí ve formě kolektivního učení. Domnívá se, že by představený edukační materiál bylo

reálné aplikovat i v běžné praxi. Demonstrativní pomůcky jako video či prezentaci doporučují i Burke a Karen (2011). Tímto způsobem by mohla být edukace dětí v nemocnici před operací zefektivněna.

6 ZÁVĚR

Na oddělení ušní nosní krční se sestra s dětským klientem setkává denně. Stejně jako na jiných odděleních i zde je třeba využívat efektivní edukaci jako přípravu na operaci. Taková edukace přináší zpravidla aktivnější přístup klienta k léčbě a rekonvalescenci a umožňuje tak včasné propuštění do domácího ošetřování. Předmětem zkoumání této bakalářské práce byla právě edukace, jako součást předoperační péče.

Teoretická část práce podala informace o problematice hospitalizovaných dětí. Na tuto část navázaly informace o edukaci dětí v nemocnici. Přiblížila práci sestry v předoperačním období a na Oddělení ORL. Závěr teoretické práce se věnuje herní terapii a jejích specifik.

Cílem této práce bylo zmapování jevů v edukaci dětí v nemocnici před operací na oddělení ORL. Pro pokrytí zkoumané oblasti byly zvoleny tyto cíle a výzkumné otázky. Prvním cílem bylo zjistit edukační strategie sester v přípravě dětí před operací v nemocnici na oddělení ORL. K tomuto cíli se vztahuje tato výzkumná otázka. Jak probíhá edukace dětí na oddělení ORL ve vybraném pracovišti? Dalším cílem bylo, zjistit účinnost edukace užívané v nemocnici u dětských klientů před operací na oddělení ORL. K tomuto cíli se vztahovala druhá výzkumná otázka, která zní. Jaké edukační strategie jsou používány u dětí v oblasti předoperační péče na oddělení ORL na vybraném pracovišti? Posledním cílem bylo zjistit efektivitu k vytvořené edukační strategii na principu herní terapie. U tohoto cíle byla stanovena tato výzkumná otázka. Jaká je účinnost aplikované edukační strategie na principu herní terapie?

Výsledky tohoto šetření ukázaly, že edukace začíná již při příjmu. Zde je dítě společně se svým zákonným zástupcem edukováno. Bylo však zjištěno, že dítě je do edukace zapojováno jen minimálně. Zajímavé zjištění bylo, že zdroj edukace je v drtivé většině lékař. Sestry se podílejí na edukaci na oddělení v oblastech, jako jsou chod oddělení, eliminace strachu a úzkosti na sále potom dítě seznamují s dýchací maskou. Sestry dále slouží k reedukaci dětí a jejich zástupců. Význam edukace si všechny sestry uvědomují správně. Negativním činitelem v edukaci na daném oddělení

je čas, kterého mají sestry málo. Setkali jsme se však i s odpovědí- když se chce, čas se udělá. Efektivitu edukace si některé sestry ověřují kontrolou edukantů. Jedna sestra se domnívá, že edukace probíhá správně, neboť se jí nedostává negativních reakcí edukantů. Jiná sestra se navzdory těmto výpovědím domnívá, že v psychické přípravě edukace nemusí hrát roli. Naproti tomu stojí výpovědi zástupců dětí, kteří byli ve valné většině s edukací nadmíru spokojeni.

Efektivita aplikovaného edukačního materiálu byla posuzována z rozhovorů s respondenty, kterým byl tento materiál představen. Z výpovědí se lze domnívat, že tato strategie je účinná a v kolektivním podání by bylo reálné ji zařadit do edukačního procesu před operací v nemocnici.

Výsledky této práce mohou ozřejmit průběh edukace u dětí v nemocnici před operací. Poznatky získané při produkci této práce mohu využít v průběhu mé práce všeobecné sestry.

7 SEZNAM LITERATURY

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2009. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 9788070134672.

BOLEDOVIČOVÁ, Mária et al., 2010. *Pediatrické ošetrovatelstvo*, 3.prepracovane a doplnené vydanie. Osveta. ISBN 978-8080-633-318.

BURKE, Karen M, Elaine MOHN-BROWN a Linda EBY, 2011. *Medical-surgical nursing care*. 3rd ed. Boston: Pearson. ISBN 9780136080046.

DRAŽAN, Daniel. *Tympanostomické trubičky* [online]. 2012, 21. 9. [cit. 2015-05-02]. Dostupné z: <https://sites.google.com/a/danieldrazan.cz/danieldrazan-cz/casta-onemocneni/tympanostomicke-trubicky>

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024744124.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0135-433.

KAIN, N. Zeev et al., 2006. Preoperative Anxiety, Postoperative Pain, and Behavioral Recovery in Young Children Undergoing Surgery. *Pediatrics* 118: 651- 658. ISSN 1098-4275.

KUBEROVÁ, Helena, 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-807-3676-841

LIPPINCOTT, Williams & Wilkins, 2006. *Diseases: a nursing process approach to excellent care*. 4th ed. Philadelphia. ISBN 1582552908.

MAREŠ, Jiří, 1997. *Dítě a bolest*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-716-9267-0.

MATĚJČEK, Zdeněk, 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3., přeprac. vyd. Jinočany: H & H. ISBN 8086022927.

MATLOCHOVÁ, Eva, 2012. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra*, č. 02, s. 48- 50. ISSN 1210-0404

NAKONEČNÝ, Milan, 2013. *Lexikon psychologie*. 2., podstatně rozš. vyd. Praha: Vodnář. ISBN 9788074390562.

NEJEDLÁ, Kateřina a KLEINOVÁ, Pavla, 2009. Herní terapie pro předškoláky. *Učitelské noviny*, č. 15, s. 26- 28. ISSN 0139- 5769

NOVÁKOVÁ, Iva, 2011. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-224.

ONDŘIOVÁ, Iveta a Anna SINAIOVÁ, 2011. Prevence psychických problémů u dětí v souvislosti s chirurgickým zákrokem. *Sestra*, č. 4, s. 12- 14. ISSN 1210-0404

PAULÍK, Karel, 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4729-596.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024729688.

PLCH, Josef, 2008. *Otorinolaryngologie v perioperační péči*. 2., přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-486-3.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4722-238.

SEDLÁŘOVÁ, Petra, 2008. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4716-138.

STROUHALOVÁ, Pavla, 2010. Herní terapie v nemocnicích. *Sestra*, č. 7-8, s. 35- 38.
ISSN 1210-0404

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd.
Praha: Galén. ISBN 978-807-2628-45

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 9788073673130.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-802-6202-257.

VALENTA, Milan, 2003. *Herní specialista v somatopedii*. 2. přeprac. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0763-9

VÍCHOVÁ, Jana, 2013. Možnosti psychologických intervencí při přípravě dětských pacientů na náročná, stresující vyšetření a léčebné metody. *Česká radiologie*, roč. 67, č. 4. s. 249-252. ISSN 1210-7883.

VORÁČOVÁ, Radka, 2014. *Specifika edukačního procesu u pacientů podstupujících plánovaný operační výkon ruky*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně- sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství.

VYMĚTAL, Jan, 2000. *Speciální psychoterapie: (úzkost a strach)*. Vyd. 1. Praha: Psychoanalytické nakladatelství. ISBN 80-861-2315-4.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024734194.

WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ, 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. ISBN 978-807-2628-940.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024740621.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4720-685.

8 SEZNAM PŘÍLOH

1. Pozorovací záznamový arch

2. Návrh otázek k rozhovorům pro sestry (první fáze výzkumného šetření)

Návrh otázek k rozhovorům pro klienty (druhá fáze výzkumného šetření)

Návrh otázek k rozhovorům pro respondenty z třetí fáze výzkumného šetření

3. Vytvořený edukační materiál

Příloha č. 1- Pozorovací arch

Pozorované složky edukace
Edukátor při příjmu
Zapojení dítěte do edukace
Užití prvků herní terapie
Edukační prostředí
Edukační forma

Zdroj: vlastní

Otázky pro sestry: první fáze výzkumného šetření

- Myslíte si, že edukace dítěte v nemocnici před operací je důležitá, proč?
- Kdo provádí edukaci dítěte v nemocnici? V čem je aplikovaná edukace účelná a jak účelnost edukace posuzujete?
- Kolik času máte k uskutečňování edukace?
- Jakých edukačních metod využíváte?
- Jaké zkušenosti máte s danými metodami?
- V jakých oblastech (tématech) děti a rodiče edukujete?
- Jaké edukační prostředí preferujete?

Otázky pro zákonné zástupce: druhá fáze výzkumného šetření

- Kdo vám předával informace a kým jste byl edukován?
- Čemu jste nerozuměl?
- Co jste nevěděl, co pro vás bylo nového v oblasti poučení?
- Je vaše dítě hospitalizováno poprvé či opakovaně?
- Co si myslíte, že by se na edukaci dětí či rodičů mělo změnit, proč?
- Jaký přístup v edukaci dítěte či vás preferujete, strohý či edukaci hrou?

Otázky pro respondenty z třetí fáze výzkumného šetření

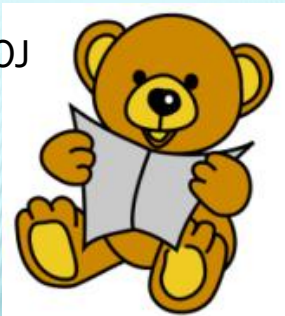
- Co si myslíte o využití tabletu k edukaci/výchově?
- V čem vidíte přínos této edukace/výchovy?
- Jaký si myslíte, že má tato metoda edukace /výchovy význam?
- Co si myslíte o takto provedené edukaci/výchově?
- Co si myslíte o přímém zapojení dítěte do edukce/výchovy?

Otázka pouze pro S2

- Jak moc je pro Vás tato metoda edukace zatěžující? Zdroj: vlastní

Příloha č. 4- Vytvořený edukační materiál

AHOJ



Mám rád, když jsem veselý a zdravý



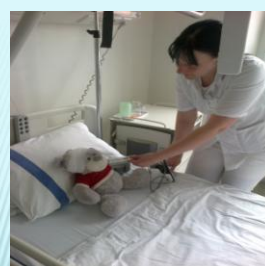
Ale pak přišla nemoc a byl jsem opakovaně nemocný



Vyšetření u paní doktorky



Musím na operaci, aby mi bylo lépe



Operace se provádí tady v nemocnici



Před operací nesmím od noci
jíst ani pít



V den operace mě lékař ještě jednou vyšetřil,
maminka nebo tatínek mohli být stále u mě

Maminka
nebo
tatínek mě
mohli
doprovodit
až na sál,
což je místo,
kde budu
během
operace
spát



Na sále mi dal
pan doktor na
pusu a nos
masku, abych
mohl krásně
spát a nic mě
nebolelo- tomu
se tady říká
foukat do
balonku



Když jsem se
probudil, měl
jsem na ruce
kanylu nebo
motýlka, kterým
mohou sestřičky
bezbolestně
podat léky



Po operaci na mě opět maminka nebo tatínek mohli čekat
na pokojl

Napít a
najíst
jsem se
mohl, až
sestřička
dovolila



S bolestí zatočí
statečnost nebo
sirup



Než jsem šel domů, z ruky mi sestřička sundala motýlka



A zase můžu být veselý

Tento jednoduchý edukační materiál byl vytvořen v aplikaci PowerPoint. Dítě seznamuje se situacemi v předoperačním období i s bezprostředním obdobím po operačním výkonu. Edukace probíhala vždy v nemocničním pokoji, kde bylo dítě hospitalizované. Edukační materiál byl prezentován na tabletu. Rodič dítěte byl v obou případech přítomen.

Edukace byla zahájena společně s plyšovým medvědem, který měl zavázané ucho. Dítě ho mohlo držet a hrát si s ním. Byla zvolena forma rozhovoru mezi dítětem a plyšovým medvědem, který dítěti odvyprávěl svůj příběh o operaci. Dítě během prezentace posouvalo snímky na tabletu pomocí ruky. Po ukončení poslední edukační karty byla prezentace spuštěna od začátku a dítě bylo vyzváno, aby nán pomohlo příběh o operaci zopakovat.

Edukační karty v prezentaci byly upraveny a seřazeny dle chodu vybraného pracoviště.

Zdroj: vlastní