

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2010

Bc. Dana Hejduková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Zkušenosti dětí s přípravou na vyšetření nebo zákrok

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Mgr. Jaroslava Fendrychová, Ph.D.

Autor:

Bc. Dana Hejduková

2010

ABSTRACT

The topic of my thesis is "Experiences of children with preparation for medical examination and intervention". Children are more sensitive and therefore more vulnerable, with respect to their age and development it is necessary to carefully consider what to tell them and how. Each child has the right for sufficient information given at the right time and the right way, taking into account its age and intellectual maturity. Adequate communication protects a child from stress and needless anxiety.

The theoretical section of the thesis is divided into 3 parts. The first one deals with the child's right to information and also the game specialist profession. The second part focuses on the psychological preoperative preparation in general, communication specifics in dealing with children and on preparation at different periods of age. The third part is devoted to the physical preoperative preparation.

The empirical section has two objectives. The first one is to see if in children's wards the child's preparation before examination or medical intervention is performed and by whom. The second objective is to determine whether the preparation performed affects fear and anxiety experienced by the child prior to the examination or intervention. In the research section the qualitative research technique of non-standardized interview was used. The interview the individual, anonymous, was conducted with the consent of the child and its parents, sometimes with participation of the parents. The research survey was carried out between October 2009 and February 2010. The research sample consisted of 19 respondents (11 girls and 8 boys), children aged 5 to 17 years who underwent an examination or medical intervention in 5 hospitals of the Czech Republic.

The outcomes of the research show that most respondents were preparing for the examination by their mothers or doctors in a medical facility, one third of respondents were not given any concern in this respect. The most frequently used form of the preparation was oral communication. The preparation carried out by the game specialist was the best appreciated by the children. The preparation decreased the respondents' feeling of fear or anxiety.

The findings and results of the survey may provide the medical facilities management with an incentive to improve the quality of nursing care provided in terms of children's informedness as required by the Convention on the Rights of the Child, the Convention on Human Rights and Biomedicine and the Charter of the Rights of the Hospitalized Child.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Zkušenosti dětí s přípravou na vyšetření nebo zákrok vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích

.....

Bc. Dana Hejduková

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce paní Mgr. Fendrychové za její vedení, vstřícný přístup a cenné rady související s touto diplomovou prací. Zároveň děkuji za trpělivost a podporu mé rodině, zvláště mé matce, bez jejíž pomoci bych nemohla studium dokončit.

OBSAH

ÚVOD.....	3
1 SOUČASNÝ STAV	4
1.1 LEGISLATIVNÍ OPATŘENÍ.....	4
1.1.1 Práva dítěte	4
1.1.2 Charta práv hospitalizovaného dítěte.....	7
1.1.3 Právo dítěte na informace ve zdravotnickém zařízení, informovaný souhlas.....	10
1.1.4 Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků.....	13
1.1.5 Profese herního specialisty.....	14
1.2 PSYCHICKÁ PŘÍPRAVA NA VYŠETŘENÍ NEBO ZÁKROK	18
1.2.1 Specifické zásady pro jednání s dětmi	21
1.2.2 Příprava novorozenců a kojenců.....	24
1.2.3 Příprava batolat.....	26
1.2.4 Příprava dětí předškolního věku	28
1.2.5 Příprava dětí školního věku	30
1.2.6 Příprava dospívajících	31
1.3 FYZICKÁ PŘÍPRAVA NA VYŠETŘENÍ NEBO ZÁKROK	34
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	39
2.1 CÍL PRÁCE	39
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	39
3 METODIKA.....	40
3.1 POUŽITÉ METODY	40
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	40
4 VÝSLEDKY	42
4.1 ZÁKLADNÍ GRAFY A TABULKY.....	42
4.2 KAZUISTIKY RESPONDENTŮ	46
4.3 KATEGORIZACE DAT V TABULKÁCH	70
5 DISKUSE	79
5.1 DISKUSE.....	79
5.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	84
6 ZÁVĚR.....	87

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	89
8 KLÍČOVÁ SLOVA	95
9 PŘÍLOHY	96

ÚVOD

V posledních letech prochází ošetřovatelství mnoha změnami, jednou z nich je i nový způsob nahlížení na nemocného jako na člověka, který má své nezaměnitelné bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Toto pojetí se nazývá holistické a promítá se i do péče o dětského pacienta. Dítě je proti dospělému mnohem citlivější a tím také zranitelnější. Vzhledem k jeho věku a vývoji je nutné pečlivě zvažovat, co a jakým způsobem mu říci. Každé dítě má právo na dostatek informací podaných ve správnou dobu a správným způsobem, který zohledňuje jeho věk a rozumovou vyspělost. Dostatečná komunikace chrání dítě před stresem a zbytečnými obavami.

K výběru tohoto tématu mě motivovala zvědavost, zda se od mého dětství změnil přístup zdravotníků k hospitalizovaným dětem, a touha zjistit, zda samotné děti chtějí být informovány. Já sama jsem jako dítě byla hospitalizována několikrát a pokud si dobře vzpomínám, nikdo ze zdravotníků mě o ničem neinformoval. Na hospitalizaci mě vždy připravila pouze matka. Od mého dětství se změnilo mnoho věcí, především Česká republika ratifikovala Úmluvu o právech dítěte a Úmluvu o lidských právech a biomedicíně, byla schválena Charta práv hospitalizovaných dětí. V některých nemocnicích již působí herní specialisté, odborníci na přípravu dětí před vyšetřením nebo zákrokem a na komunikaci s dětmi. Proto je cílem mé práce zjistit, kdo děti před vyšetřením nebo operací připravuje, jakým způsobem to provádí, jestli nepociťují deficit informací a zda podané informace snížily pocit strachu a úzkosti.

Výsledky diplomové práce bude moci využít každý zdravotník, který přichází do styku s dětmi. Bude moci zhodnotit kvalitu přípravy a navrhnout eventuální opatření k jejímu zlepšení. Když patřičnou informovaností každého dítěte sníží jeho strach a zvýší schopnost spolupráce, odměnou mu pak bude dětský úsměv a ne pláč a strach.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Legislativní opatření

Legislativní opatření, která se týkají dětí a jejich pobytu v nemocnici, můžeme rozdělit do několika větších celků. První se týká práv dítěte (Úmluva o právech dítěte z roku 1989), druhý toho, jak zdravotníci mají k dětem přistupovat (Charta práv hospitalizovaného dítěte) a třetí toho, kdo o dítě v nemocnici pečuje (Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků). Česká legislativa dává rodičům, kteří chtějí být hospitalizováni spolu s dítětem a pečovat o ně i v nemocnici, pevnou zákonnou oporu. Je zakotvena v Ústavě České republiky, v Listině základních práv a svobod, článku 32, odstavci 4: „Péče o děti a jejich výchova je právem rodičů; děti mají právo na rodičovskou výchovu a péči. Práva rodičů mohou být omezena a nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli jen rozhodnutím soudu na základě zákona.“ (19, 20).

Dítětem rozumíme lidskou bytost od narození do 18 let, pokud nedosáhla zletilosti dříve (8, 20, 24, 42, 57). Péče v pediatrii je poskytována obvykle dětem od narození do ukončeného 19. roku života (18 let + 364 dní). Takto dítě chápou praktičtí lékaři pro děti a dorost i dětská oddělení většiny nemocnic v České republice (34, 46, 47).

1.1.1 Práva dítěte

Každý člověk, tedy i dítě, má svá základní lidská práva, která jsou nezadatelná, nezcizitelná, nepromlčitelná a nezrušitelná. K základním lidským právům patří právo na život a jeho ochranu, na osobní svobodu, na soukromí, na nedotknutelnost obydlí, právo vlastnit majetek, listovního tajemství, svědomí a náboženského vyznání, odmítání diskriminace a rovnost a důstojnost lidí. Povinností sestry je respektovat a chránit základní lidská práva a důstojnost pacienta takovým způsobem, který bude pro něj přínosný (14, 25, 32).

O právech dítěte se začalo hovořit ve 20. století, je proto nazýváno stoletím práv dítěte. Mezinárodní snahy prosazení práv a zájmů dítěte vyústily v roce 1924

v Ženevskou deklaraci práv dítěte, v roce 1959 v Chartu práv dítěte a v roce 1989 v Úmluvu o právech dítěte (7, 15).

Ženevská deklarace práv dítěte byla stručná, obsahovala pouze nejzákladnější práva: zajištění normálního tělesného a duševního rozvoje a ochranu před jakýmkoli strádáním (7).

Charta práv dítěte je rozšířena, vychází ze Všeobecné deklarace lidských práv. Dítě vnímá jako tělesně a duševně nezralého jedince, který si zaslouží péči a zvláštní právní ochranu již před narozením a i po něm. Požaduje šťastné dětství a využití práv a svobod k vlastnímu prospěchu dítěte i společnosti. Zdůrazňuje právo na všestranný rozvoj tělesný, duchovní, morální a sociální, právo na ochranu před ubližováním, vykořisťováním a diskriminací všeho druhu. Zájem dítěte je prvořadý a je kladen nade vše ostatní. Dítě má podle zákonodárné činnosti právo na jméno, státní příslušnost, výhody plynoucí ze sociálního zabezpečení, přiměřenou výživu a bydlení, zdravotní a lékařskou péči, přičemž nezáleží na jeho fyzickém, duševním nebo sociálním postižení. Dítě potřebuje ke zdárnému vývoji lásku a péči, proto má vyrůstat se svými rodiči (je-li to možné), kteří jsou za něj odpovědní. Dalším jmenovaným právem je právo na povinné a bezplatné vzdělání alespoň na základním stupni. Dítě má být vychováváno v míru, v duchu porozumění, přátelství a snášenlivosti mezi národy. Ochrana a pomoc je dítěti poskytována vždy jako prvnímu (7).

Úmluva o právech dítěte je ještě rozsáhlejší a je doplněna Světovou Deklarací o přežití, ochraně a rozvoji dětí, ve které je zpracován konkrétní plán činností vztahujících se k okruhům práv dítěte. Byla vyhlášena Valným shromážděním OSN dne 20.11.1989 v New Yorku. Týká se výhradně práv dítěte, je to první obecně závazná norma. Je součástí právního řádu ČR (zákon č. 104/1991 Sb., Úmluva o právech dítěte), platí od 1.1.1993. Úmluva je založena na 4 základních právech: právo na přežití a na rozvoj (provision), na ochranu (protection), na účast (participation). Vlastní úmluva má 54 článků. Úvodní článek tvoří „definice“ dítěte: „Dítětem je každá lidská bytost, jež je mladší osmnácti let, pokud podle právního řádu, jenž se na dítě vztahuje, není

zletilosti dosaženo dříve.“ (7, s. 57; 15, s. 586; 22, s. 15; 39, s. 10; 53, s. 22). Není jasně určen počátek života a konec dětství je určen 18. rokem (7, 22, 39, 57).

Soubor práv v okruhu *provision* má zajišťovat dítěti přežití a osobní rozvoj, přístup ke všem zdrojům, metodám a službám, které zajišťují blaho a prospěch dětí v oblasti tělesné, duševní i sociální. Soubor *protection* hovoří o právech na rodičovskou a společenskou péči, zdraví, vzdělání, ochranu před násilím, zanedbáváním, špatným zacházením, trýzněním a vykořisťováním (článek 19), dětskou prací (článek 32), zneužíváním drog (článek 33), sexuálním zneužíváním a vykořisťováním (článek 34), únosy dětí, jejich prodeji a obchodování s nimi (článek 35). Soubor práv v okruhu *participation* hovoří o účasti na životě společnosti, o právu dělat věci samostatně, otevřeně a svobodně vyjadřovat svůj názor, který by měl být respektován, je-li dítě dostatečně zralé na to, aby si vytvořilo vlastní úsudek. V článku 12 je uvedeno, že dítě má právo vyjadřovat svobodně své názory, musí jim být věnována patřičná pozornost a tyto názory mají být brány v úvahu ve všech záležitostech, které se dítěte dotýkají. Úmluva definuje pouze práva dítěte, nikoli jeho povinnosti (7, 14, 15, 22, 39).

Na práva dětí pamatuje i tzv. Úmluva o lidských právech a biomedicíně (Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny), která byla schválena Výborem ministrů Rady Evropy 19.11.1996 a ratifikována Parlamentem České republiky v dubnu 2001, v platnost vstoupila 1.10.2001 (10, 25, 32, 52).

Článek 5 – obecné pravidlo uvádí: „Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.“ (52, s. 1903).

Článek 6 – ochrana osob neschopných dát souhlas, odstavec 2 říká: „Jestliže nezletilá osoba není podle zákona způsobilá k udělení souhlasu se zákrokem, nemůže být zákrok proveden bez svolení jejího zákonného zástupce, úřední osoby či jiné osoby nebo orgánu, které jsou k tomuto zmocněny zákonem. Názor nezletilé osoby bude

zohledněn jako faktor, jehož závaznost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti.“ (52, s. 1903).

1.1.2 Charta práv hospitalizovaného dítěte

Hospitalizované děti od sester očekávají dostatečnou citlivost, úsměv a uvolnění napětí, respekt, umění naslouchat a povzbuzovat ve správnou chvíli a přiměřeně ocenit snahu dítěte. Sestra by měla v dětech umět vzbudit pocit jistoty a bezpečí a dát mu pocit dostatku lásky, obzvláště při hospitalizaci bez matky. Děti přivítají, pokud je sestra chrání před bolestí a zbytečnými výkony, pracuje šetrně a rychle a nutnou bolest se snaží minimalizovat. Dostatkem komunikace a informací chrání sestra dítě před stresem a zbytečnými obavami (24).

O děti na dětských odděleních pečuje tým složený nejen z dětských sester, ale i z lékařů, pedagogů, herních specialistů a mnoha dalších, kteří se s dětmi setkávají jen občas (konziliární lékaři) nebo vůbec (dietní sestra, pracovníci laboratoří). Všichni by měli tvořit celistvý tým, naslouchat jeden druhému a hledat společné řešení problémů nemocného dítěte. Pro spolupráci týmu jsou nezbytné základní zásady, které by měly bezpodmínečně platit. Takovým dokumentem, který tyto zásady uvádí, je Charta práv hospitalizovaných dětí. Byla schválena v květnu 1988 na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech. V ČR ji schválila Centrální etická komise při Ministerstvu zdravotnictví v únoru 1992. Tento základní dokument je formulován v bodech (5, 16, 19, 40, 46, 49, 54). Pokud je bude každý pracovník, který přijde s dítětem do kontaktu, dodržovat, povede to ke zlepšení komplexní péče, děti (i rodiče) se budou cítit spokojeně a péče bude podporovat jejich duševní vývoj. Každé hospitalizované dítě a jeho rodiče by měli být se zněním Charty seznámeni již při příjmu k hospitalizaci. Také Nadační fond Klíček pořádal informační a osvětovou kampaň „Nezůstat sám“ zaměřenou na hospitalizované děti a rodiče (33) (Příloha 3, 4, 5).

První zásada Charty: děti mají být přijímány do nemocnice jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení (denní hospitalizace). Pokud je hospitalizace nutná, měla by být co nejkratší. Je-li plánovaná, je dobré dítě dopředu připravit, seznámit s oddělením a lidmi, kteří na něm pracují.

Druhá zásada: děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm. Ubytování by mělo být nabídnuto všem rodičům, společná hospitalizace s dítětem by pro ně neměla být finanční zátěží a neměli by trpět ztrátou výdělku. Děti do 3 let by měly být přijímány výhradně s rodiči, u dětí do 6 let je to doporučováno a pobyt hradí zdravotní pojišťovna. U dětí starších si rodiče musí celý pobyt hradit sami, výjimku tvoří rodiče pečující o zdravotně znevýhodněné dítě. V Chartě není uvedena morální povinnost rodiče neponechávat dítě v nemocnici samotné, pokud k tomu není velmi závažný důvod.

Třetí zásada: děti a nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a úrovni chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem. Měla by být učiněna opatření ke zmírnění fyzického a emočního stresu. Dobrá informovanost je základem spolupráce. Informace se mají týkat zdravotního stavu dítěte, chodu oddělení, režimu dítěte a návštěv. Je nutné informovat nejen rodiče, ale i děti, a to jako rovnocenné partnery. Ve zmírnění psychického stresu hrají velkou roli herní specialisté.

Čtvrtá zásada: děti a nebo jejich rodiče mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení. V této zásadě je tedy zdůrazněno právo na informovanost týkající se onemocnění i léčby. Je-li možnost výběru z více postupů při vyšetření nebo léčbě, musí rodiče i děti dostat

všechny potřebné informace, aby se mohli rozhodnout nebo konzultovat s jinými odborníky. Nezbytná je zpětná vazba neboli dotaz, zda rodiče vše pochopili. Diskutovanou otázkou je, v jakém věku dítě informovat a množství informací, jaké by mělo dostat. Nepřiměřeně málo informací v dítěti vyvolá strach a nejistotu z neznámého, nepřiměřeně mnoho zase vyvolá strach i z nejjednodušších a naprosto běžných vyšetření. Je třeba se řídit tím, co chce samo dítě vědět, na co se ptá, co ho zajímá a o čem chce spolurozhodovat. V dnešní době je nezbytný informovaný souhlas podepsaný rodiči.

Pátá zásada: s dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí. Do této zásady patří potřeba dítěte mít citovou oporu, být hospitalizován společně s rodičem, pobývat ve známém prostředí, znát členy týmu, kteří jej ošetřují. Také být dostatečně, přiměřeně věku a pravdivě informován, připraven na vyšetření nebo zákroky nejlépe herním specialistou, motivován ke spolupráci. Dítě potřebuje cítit, že na ně má personál čas a je vždy ochoten jej vyslechnout.

Šestá zásada: dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny. Personál by měl mít znalosti a zkušenosti v problematice zdravého i nemocného dítěte a měl by umět s dětmi správně komunikovat, mít k nim a jejich rodičům správný přístup. Stejně tak důležité je zajištění kontinuity péče po celý život dítěte. Veškerá péče musí být individualizována a řídit se potřebami konkrétního dítěte.

Sedmá zásada: děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své vlastní věci. Pokud není dítě upoutané na lůžko, je lepší ho převléci do tepláků a trička nebo do oblečení, ve kterém je zvyklé se pohybovat doma. Pyžamo vyvolává v dítěti asociaci nemoci. Vlastní oblečení je dítěti důvěrně známé a napomáhá pocitu psychické pohody. Jeho nespornou výhodou je to, že dítěti vždy padne, netěsní ani neškrábe a obvykle mu nechybí knoflíky, jak to můžeme nezdědka vidět u nemocničních pyžam. Další potřebnou věcí pro dítě je vlastní oblíbená hračka (plyšové zvířátko, panenka, knížka...), která je dokáže ukonejšit a zabavit.

Osmá zásada: o děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny (se kterými mají stejné vývojové potřeby). Hospitalizace dítěte na oddělení pro dospělé by měla být výjimkou. Na dětských odděleních by neměla platit žádná omezení návštěv, rodiče by měli trávit s dětmi co nejvíce času, neměl by být omezen kontakt se sourozenci. Aby mohly být návštěvy neomezené, je nutné důkladné poučení, co mají dítěti přinést a co dítě potřebuje, ale také, jak se zapojit do péče o ně.

Devátá zásada: děti mají být v prostředí, které je vybaveno a zařízeno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti. Tato zásada v sobě zahrnuje požadavek, aby dětská oddělení byla barevně vyzdobena, na stěnách byly obrázky, které by podněcovaly dětskou fantazii a kreativitu. Je zároveň spojována se zásadou 10.

Desátá zásada: děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu. Tento požadavek v sobě zahrnuje, že na oddělení by měla být určena speciální místnost, kde si dítě jen hraje, kde se nevykonávají žádná vyšetření ani zákroky, tzv. herna. Měla by být vybavena množstvím hraček, které naplní volný čas dítěte a pomohou rozvíjet jeho schopnosti, znalosti a dovednosti. Volný čas dítěte by neměl být vyplněn jen sledováním televize. S naplněním volného času dětem pomáhají herní specialisté, někde i dobrovolníci. Otázka školní docházky je řešena podle délky hospitalizace, je-li delší, pak se dítěti věnuje pedagog ze základní školy při nemocnici (5, 11, 16, 25, 40, 46, 48, 49, 54).

1.1.3 Právo dítěte na informace ve zdravotnickém zařízení, informovaný souhlas

Podle zákona č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu, by se vyšetřovací a léčebné výkony měly provádět se souhlasem pacienta (nebo jeho zákonného zástupce) a nebo tehdy, lze-li tento souhlas předpokládat. Předpokládaný souhlas je takový, kdy se pacient po poučení podrobí výkonu bez jakýchkoli známek nesouhlasu. U závažnějších výkonů, zejména invazivních diagnostických i terapeutických, ale verbální souhlas nestačí. Informovaný souhlas musí být písemný a obsahuje povinný dodatek, že

pacient poskytnutým informacím rozuměl a měl možnost se zeptat na vše, co ho v souvislosti s onemocněním a léčbou zajímá, případně čemu nerozuměl. Souhlas podepisuje pacient i ošetřující lékař, který poučení provedl. Písemnému souhlasu musí vždy předcházet ústní podání informací. Povinnost informovat pacienta nebo jeho zákonného zástupce ukládá lékaři Etický kodex České lékařské komory (přijatý v roce 1995), kde je řečeno v § 3, že lékař má nemocného informovat srozumitelným způsobem a odpovědně o charakteru onemocnění, diagnostice a terapii, prognóze a ostatních okolnostech léčby včetně rizik. Podle etického kodexu Práva pacientů (vyhlášeného v roce 1992) má pacient právo získat od svého lékaře všechny informace o nových diagnostických a terapeutických postupech a rizicích s nimi spojenými, aby se mohl rozhodnout, zda s navrhovanou diagnostikou a léčbou souhlasí a nebo ji odmítne. Má právo znát všechny možné alternativy diagnostiky i léčby a také jména všech osob, které se na ní budou podílet. Lékař tedy podle zákona musí pacienta srozumitelně poučit a edukovat, ale v zákoně není stanoven konkrétní obsah ani forma tohoto poučení. Informace týkající se lékařských diagnóz a lékařských postupů by měl podávat lékař. O ošetrovatelských postupech informuje pacienta sama sestra – tedy v rámci svých profesních kompetencí a činností, ale ze zákona není oprávněna informovat pacienta o diagnóze, prognóze ani postupu léčby. Může pouze následně s těmito informacemi pracovat. Právo na informace je tedy jasně zdůvodněno i formulováno, přesto v praxi dochází k mnoha nesnázím plynoucích z toho, že pacient je laik bez medicínského vzdělání a mnoha věcem nerozumí. Přiměřená informace podle zákona je taková informace, která pacienta nepoškodí, lékař by se měl řídit základním etickým pravidlem: „Primum non nocere“ (především neškodit). Lékař ani sestra nesmí zapomenout na to, že pacient má právo informace odmítnout, a jeho postoj musí respektovat (10, 11, 25, 29, 32, 34, 35, 50, 53, 61, 63, 68).

Děti jsou specifickou skupinou osob při poskytování zdravotní péče, protože jsou zranitelnější, mají omezenou schopnost ovládnout své chování a jednání a rozpoznat jeho následky. Navíc nejsou způsobilé k právním úkonům, za hranici způsobilosti je stanoveno dosažení plnoletosti – věk 18 let. Přesto dítě stejně jako dospělý pacient má právo na zdravotní péči poskytovanou „lege artis“ kvalifikovanými zaměstnanci

zdravotnických zařízení a pokud to jeho stav vyžaduje, tak i na léčení při hospitalizaci. U dětí dává souhlas s výkonem jeho zákonný zástupce, zpravidla rodič, jak je to zakotveno v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně. Zákon č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu, neřeší, kdy může dát nezletilý souhlas s léčbou sám a kdy je nutné ho vyžadovat od zákonného zástupce (6, 10, 32, 43, 52, 53, 60).

Na druhé straně Úmluva o právech dítěte, článek 12 stanovuje, že dítěti musí být umožněno vyjádřit své názory ve všech záležitostech, které se ho týkají, a má jim být přikládána důležitost podle věku a vyspělosti dítěte. I Úmluva o lidských právech a biomedicíně v článku 6 hovoří o tom, že je třeba zohlednit názor nezletilé osoby. Také podle občanského zákoníku mají nezletilí způsobilost jen k takovým právním úkonům, které jsou svou povahou přiměřené rozumové a volní vyspělosti odpovídající jejich věku, tuto vyspělost je nutno vždy zohlednit. Obecně se přihlíží k věkové hranici 15 let, kdy nezletilý získává možnost sexuálně žít a stává se trestně zodpovědným za své jednání a chování. Předpokládá se tedy, že v tomto věku je nezletilý na takové duševní a rozumové úrovni, že je schopen za sebe převzít zodpovědnost (6, 43, 52). To znamená, že je vhodné, aby dítě bylo poučeno o poskytované zdravotní péči s ohledem na jeho věk, zdravotní stav a rozumové schopnosti, protože má právo na srozumitelné informace a vyslovení svého názoru. Je důležité mluvit bez použití latinské terminologie a ověřovat si správné pochopení informací a porozumění jim. Pokud dítě se zákrokem nesouhlasí, není úkolem lékaře mu jej vnutit či ho násilím přemoci – lékař vysvětlí nutnost rodičům a je na nich, aby přiměli dítě ke spolupráci. Pokud je výkon nezbytný k záchraně zdraví nebo života dítěte a rodiče odmítají dát souhlas, je podle právního předpisu k rozhodnutí o výkonu oprávněn ošetřující lékař dítěte. Pokud jeden rodič s výkonem souhlasí a druhý ne, rozhoduje soud. Doprovodem na ambulantní vyšetření dítěte musí být zletilá osoba schopná poskytnout anamnestické údaje, může být přítomna vyšetření a ošetření dítěte, pokud je to v zájmu dítěte. Tato osoba zároveň obdrží informace od lékaře o diagnóze a léčbě. Nikde není stanovena povinnost, aby zákonní zástupci byli přítomni vyšetřování jako doprovod. Na doprovod dítěte při hospitalizaci není právní nárok, právní předpis nespécifikuje, kdo může doprovodem být, je zde jen podmínka zletilosti a souhlas zákonného zástupce

(doprovázející osoba může být i babička, dědeček, zletilý sourozenec a podobně) (6, 10, 32, 34, 43, 53, 60).

1.1.4 Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků

Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, obsahuje mnoho informací o tom, jaké činnosti má sestra vykonávat při přípravě dětí na vyšetření nebo zákrok.

V první části vyhlášky jsou vymezeny pojmy základní ošetrovatelská péče, specializovaná ošetrovatelská péče a vysoce specializovaná ošetrovatelská péče.

Druhá část vymezuje činnosti zdravotnických pracovníků po získání odborné způsobilosti. V § 4, odstavci 3 je uvedeno: „Všeobecná sestra se podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich;“ (62, s. 8099).

Část čtvrtá hovoří o činnostech zdravotnických pracovníků po získání specializované způsobilosti. Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí podle § 48, odstavce b) na základě indikace lékaře „1. provádí přípravu pacientů na specializované diagnostické a léčebné postupy, doprovází je a asistuje během výkonů, sleduje je a ošetřuje po výkonu, 2. edukuje pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.“ (62, s. 8116).

„Dětská sestra podle § 51 bez indikace provádí psychickou přípravu dítěte na diagnostické a léčebné výkony a ošetrovatelskou péči o děti v jejich průběhu a po jejich skončení s ohledem na vývojové zvláštnosti dětské psychiky.“ (62, s. 8117). Dětská sestra podle stejného paragrafu edukuje rodiče ve výchově a péči o děti v jednotlivých vývojových obdobích, pomocí herních aktivit a výchovné péče

se zaměřuje na posilování zdravého psychického, somatického i sociálního vývoje dětí. Také zajišťuje odborné poradenství pro děti se zdravotním znevýhodněním, doporučuje úpravu prostředí, vhodné hračky a výchovné pomůcky (62).

1.1.5 Profese herního specialisty

Herní specialista je u nás poměrně nová profese, která slouží k péči o malého pacienta, jeho rodinu a humanizaci dětských oddělení nemocnic. Obor je možné v současné době studovat na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci (specializační kombinované studium v oboru Herní specialista, třísemestrové) a bylo jej možné studovat na Vyšší zdravotnické škole v Plzni (certifikovaný třísemestrový program Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči, zajišťovaný také Fakultou humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze a Nadačním fondem Klíček) (21, 54, 55).

V roce 2003 bylo v České republice 122 dětských oddělení a jen na 12 z nich působili herní specialisté, většinou bez vzdělání v tomto oboru (nejčastěji dětské sestry nebo učitelky) (54, s. 145). Herní specialisté mohou být členy Společnosti pro herní práci, která vydala etický Kodex výkonu profese (Příloha 6).

„Herní specialista je odborník, který provádí psychologicko – výchovnou a klinicko – didaktickou činnost, jež stimuluje dítě k vyjádření vnitřních stavů, tlumí bolest a dovoluje dítěti se odreagovat. Pomocí hry tak dítě může nenásilnou formou připravit na lékařské vyšetření nebo výkon“ (69, s.51).

Herní specialista je vlastně takový speciální pedagog v nemocnici, jeho pozitivní role podobně jako role učitele spočívá v tom, „že je jediný, který dítěti v jeho zájmu „neublíží“ při odběrech krve a podávání injekcí“ (54, s. 45). Jeho práce je zaměřena na přípravu dítěte na diagnostický nebo léčebný zákrok, pomáhá pochopit důvody hospitalizace a snížit psychické napětí dítěte i celé jeho rodiny (8, 54, 55). Cílem práce je provést dítě s maximální citlivostí a laskavostí všemi úskalími hospitalizace, přístup je zásadně nedirektivní, herní specialista nemá dítě měnit, vychovávat ani poučovat.

Při své práci se setkává s dětmi různého věku, z různého sociálního prostředí. Musí znát proto psychomotorický vývoj zdravého dítěte, aby mohl posoudit odchylky od normálu a aby s ním mohl při hospitalizaci adekvátně pracovat. Musí si umět a chtít s dětmi hrát a používat takové herní metody, které pomohou dítěti i rodičům zvládnout vyšetření a léčbu. K tomu je nutná znalost onemocnění, vyšetřovacích a léčebných postupů a celková orientace v nemocnici (herní specialista nemusí být vzděláním zdravotník). A v neposlední řadě musí rozumět chování dítěte a jeho rodičů v tak náročné situaci, jakou hospitalizace a onemocnění bezpochyby je. Aby svoji práci zvládl jako profesionál, musí mít znalosti z pedagogiky, speciální pedagogiky, psychologie i zdravotnictví (21, 40, 44, 54).

Poprvé se s prací herního specialisty setkáváme u nás v 90. letech minulého století díky kontaktům se zaměstnanci dětských oddělení především ve Velké Británii. Profese pedagoga a herního specialisty se v nemocnici částečně překrývá, pokud se však zájemně respektují a působí společně, prohlubují a zkvalitňují péči o malého pacienta (4, 54).

V náplni činností a kompetenci herního specialisty je péče o dítě v domácnosti. Je určena pro špatně spolupracující, znevýhodněné nebo těžce nemocné děti, které zde připravuje na hospitalizaci a zákroky, nebo je navštěvuje po propuštění z hospitalizace. Další část představuje péči o děti v ambulancích. Je rozdělena jednak na přípravu dítěte a rodičů na samotnou hospitalizaci a zákrok, jednak poradí rodičům s domácí přípravou dítěte. Rodiče jsou citově angažovaní a ve valné většině laici, takže pokud nejsou poučeni, snaží se dítě pouze uchlácholit. Navíc se stále více zákroků provádí pouze ambulantně, k hospitalizaci se děti přijímají těsně před zákrokem, takže není mnohdy z časových důvodů možné děti kvalitně připravit a informovat. Herní specialista v ambulanci nabízí vhodné hry dětem a jejich sourozencům, pokud delší dobu čekají na ošetření. Hry musí být spíše nenáročné, aby z nich mohlo být dítě kdykoli vyrušeno. Pokud mají rodiče k hernímu specialistovi důvěru, může dítě doprovodit až do ordinace a odváděním pozornosti mu pomoci vyšetření lépe zvládnout. Bohužel práce herního specialisty v ambulanci je stále opomíjena. Dále do náplně práce patří pořádání osvětových programů pro zdravé děti, které se konají v rámci nemocnice. Často mají

preventivní charakter (prevence úrazů) nebo je jejich cílem podpořit důvěru dětí ve zdravotníky a seznámení s dětským oddělením. Největší a v Čechách převážnou částí práce je práce s hospitalizovanými dětmi. Je to dáno tím, že množství pacientů je velké, obzvláště na ambulancích, a herních specialistů je na oddělení málo, takže přednost dostanou děti hospitalizované, obzvláště bez doprovodu rodičů.

Příprava dítěte na zákrok nebo vyšetření je vrcholem práce herního specialisty, je náročná, vyžaduje citlivý přístup, i sám herní specialista se na ni musí připravit (seznámit se s dítětem i celou problematikou jeho onemocnění). Je nutné mít souhlas rodiče s přípravou. Nejdříve specialista vysvětlí vše rodiči a ten pak může dítě připravit sám (obvykle u velmi malých dětí nebo dětí, které zatím netuší, že budou muset v nemocnici zůstat a čeká je vyšetření nebo zákrok) nebo požádat o pomoc specialistu. Někteří rodiče s přípravou nesouhlasí, mají strach, že vyděšené dítě nebude spolupracovat nebo nechtějí vidět strach svého dítěte a reagovat na něj. Proti přesvědčení rodičů nesmí herní specialista nikdy jít, nicméně se může snažit vyslechnout důvody rodičů a vysvětlit jim, že dítě cítí, že se děje něco nezvyklého a pokud nebude mít informace, jeho fantazie si to zpracuje tak, že „to nezvyklé“ bude děsivé, protože vnímají strach rodičů. Děti mají zvláštní schopnost poznat, že se rodiče trápí, cítí napětí nebo podivné ticho dospělých. Budou smutné a udivené z častých návštěv nemocnice, nezvyklých nebo nepříjemných vyšetření. Pokud jim nikdo nenabídne žádné vysvětlení, najdou si nějaké svoje, např.: „Jsem zlobivý a toto je potrestání, máma a táta mě nemají rádi, je to moje vina, stane se něco špatného....“. Dítěti nesvědčí atmosféra plná záhad, je lepší rozumět tomu, co se kolem něj děje. Mnozí rodiče uznají potřebu dítěte získat informace a rádi to nechají na profesionálech. Zřídka rodiče nedovolí dítě informovat vůbec, pak musíme jejich postoj respektovat a uznat, že znají své dítě nejlépe.

Během přípravy musí dítě ze specialisty cítit klid a jistotu, musí mít pocit, že léčba, jaká je čeká, je ta nejnórmálnější věc na světě. Pro přípravu není podstatný věk, typ výkonu ani použité pomůcky. Nejdůležitější je komunikace neboli jak to říkáme, nikoli co říkáme. S dětmi mluvíme klidně, upřímně a přesvědčivě, používáme mimiku, divadelní prvky a hlavně legraci, dialogy obohacujeme citoslovci. Důležitá je forma a

jazyk, aby dítě vše správně pochopilo, a načasování, aby dítě mělo čas si vše řádně promyslet a hlavně se ptát. Předstih přípravy závisí na věku, čím je dítě starší, tím je i předstih větší, aby mělo čas se s nastalou situací vyrovnat, úplné podrobnosti stačí dodat až při přijetí do nemocnice. Malé děti připravujeme v předvečer výkonu nebo až ráno. Dětem podáváme nezbytně nutné množství informací hlavně o tom, co budou vnímat a cítit (nikoli podrobnosti o tom, co se bude dít, až budou spát), krok po kroku s nimi probereme jen ta vyšetření, u nichž budou celou dobu při vědomí. O narkóze mluvíme jako o spánku, který je jen dočasný a slouží k vyloučení bolesti. Je důležité, aby dítě pochopilo informace a nebránilo se, nebálo se usnout (pocit úzkosti by mohl přetrvat do pooperačního období). Nezapomeneme připomenout potíže při probouzení z narkózy, pocit únavy, malátnost, nevolnost, bolest. Zdůrazníme, že dále se bude dítě už jen uzdravovat a jeho stav se bude zlepšovat, i když to bude ještě nějaký čas trvat. Hlavní zásadou je pravdivost podaných informací. Nesmíme zapomenout zdůraznit, že může dojít k nějaké organizační změně (odložení výkonu, změna pořadí), aby se obzvláště větší dítě nevyděsilo, kdyby k tomu došlo. Přípravou ale práce herního specialisty nekončí, dítě by měl provázet na vyšetření, chválit a povzbuzovat. Po zákroku s dítětem probírat to, co prožilo, jeho pocity, pomáhat mu tak uspořádat myšlenky a emoce. Dítěti přehrávání zážitků pomůže „odžít si“ negativní emoce a obavy. Touto zpětnou vazbou získává specialista také mnoho informací, které může využít při přípravě dalšího dítěte (4, 8, 9, 21, 31, 38, 44, 46, 54).

V náplni práce na oddělení lze nalézt mnoho různorodých činností. V kompetenci herního specialisty je výzdoba oddělení a herny, vytváření bezpečného, podnětného a přátelského prostředí nejen po stránce fyzické, ale i psychické, důraz je kladen na slušnost a vstřícnost v mezilidských vztazích, ochotu ke spolupráci na všech zúčastněných stranách. Herní specialista podporuje komunikaci mezi dítětem, rodiči, zdravotníky. Posiluje a podporuje vlastní síly dítěte, povzbuzuje rodiče ke společné hospitalizaci s dítětem, tlumočí rodině informace od zdravotníků a známými slovy vysvětluje dění kolem. Dítě chrání před nevšímavostí a nešetrnou manipulací, dbá na dostatečný kontakt s rodinou a vrstevníky. Pokud je dítě těžce nemocné nebo nesmí mít návštěvy, pomohou zvukové nahrávky, fotografie. Herní specialista opakovaně

dítěti podává srozumitelné informace, sděluje je postupně, v pravý čas a neuchyluje se nikdy ke lži. Informace podané od lékařů a sester koordinuje tak, aby byly víceúrovňové a navazovaly na sebe. Jeho cílem je navázat s dítětem kontakt, zaujmout je, zabavit, potěšit a rozveselit. Také dbá na to, aby každé dítě mělo možnost volby (oblečení, z jaké paže mu odebereme krev a podobně), pocit soukromí a jistoty, možnost si normálně hrát a vzdělávat se. Doprovází děti na vyšetření a lékařské zákroky, kde vhodně odvádí pozornost dítěte. Pro herního specialistu jsou rodiče dítěte partneři a spolupracovníci, chápe jejich strach, zoufalství nebo pocity viny, nabízí jim pomoc, emoční podporu a porozumění. Posiluje jejich důvěru ve zdravotníky a léčbu tím, že jim umožní ovlivňovat ošetřování nebo režim dne dítěte, pokud je to možné a je k tomuto tolerance a ochota ze strany zdravotníků.

Herní specialista poskytuje opakované a srozumitelné informace i rodičům dítěte, dává jim písemné informace nebo je učí, jak sami mohou informovat své dítě. Používá různé druhy her, pracuje s nimi v herně nebo u lůžka dítěte, přičemž bere v úvahu věk a zájmy dítěte a také závažnost jeho onemocnění a průvodní symptomy (dítě s ekzémem na ruku si nebude hrát s plastelínou, barvami, apod.), používá prvky z arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, hry s pohybovou tematikou, zooterapii, pokud je na oddělení povolena. Pečuje o prostředí herny a její vybavení, dbá na bezpečnost dětí v herně, stanovuje pravidla a zásady provozu v herně (44, 54, 58). Pokud na dětském oddělení herní specialista nepůsobí, platí vše, co bylo výše uvedeno, pro sestry, které s dětmi tráví nejvíce času, edukují je a připravují na vyšetření nebo zákroky.

1.2 Psychická příprava na vyšetření nebo zákrok

Proč bychom měli cíleně děti a rodiče připravovat na zákrok? Odpověď nám dávají herní specialistky Carole B. Klain a Mary Sattrethawaite pracující v Londýně: „Jestliže dítě není na vše řádně připraveno, nemá šanci mobilizovat mechanismy, které by mu pomohly se s nastalou situací vyrovnat. Nemá pak nad děním kontrolu, je ohromeno a zaskočeno. To ničí nejen jeho důvěrný vztah k lidem, ale může to podporovat i stavy úzkosti při dalších hospitalizacích nebo v podobných situacích. Příprava není něco,

co děláme my pro dítě. Naším úkolem je pouze pomoci dítěti najít jeho vlastní síly. Ty mu potom pomohou problém zvládnout.“ (54, s. 162). Někdy se stane, že je dítě přijímáno do nemocnice pro náhlou příhodu, úraz v atmosféře spěchu, někdy i paniky. Na přípravu dítěte není čas, je třeba stručně a jasně vysvětlit rodičům a dítěti základní informace, uklidnit je. Podstatou je vlídné, vyrovnané a rozhodné chování a vystupování zdravotnického personálu. Je-li zákrok nebo vyšetření plánováno, je nutno vést přípravu důkladně a promyšleně (31).

Pro psychickou přípravu pacienta je nezbytné, aby každý, kdo ji bude provádět, měl schopnost empatie a dovednost efektivně komunikovat. Základním předpokladem efektivní komunikace je umět rozpoznat, v jakém duševním stavu se pacient nachází, jakou má náladu a pocity, co prožívá. Empatie je schopnost porozumění neboli vcítění se, umět se vžít do pocitů pacienta, pochopit jeho vnitřní svět a dívat se na vnější svět z jeho pohledu. Je to neverbální komunikační dovednost, která zvyšuje profesní etický kredit sestry (12, 25, 68). Není to soucit, ale představa, „jak bych se asi cítila v situaci, v níž je nyní pacient, a co bych v takové situaci nejvíce potřebovala“ (12, s. 25). Pro empatii platí totéž, co pro komunikační dovednosti. Někdo ji má vrozenou (například malé děti, batolata a předškoláci jsou přirozeně empatičtí) a ostatní se ji mohou naučit (1, 8).

Komunikace je neustálý tok informací (12), je základem veškeré ošetrovatelské péče a dochází k ní při každém setkání sestry nebo lékaře s pacientem (49, 68). Mnoho zdravotníků stále neumí klást cíleně otázky, naslouchat a analyzovat slyšené (12). Význam slova komunikovat v původním slova smyslu je účastnit se, podílet se (8, 49). Český jazyk zná také mnoho synonym: povídat si, rozmlouvat, diskutovat, besedovat, přít se, mluvit, vyprávět si, sdělovat si názory a zážitky (28).

V obecné rovině komunikaci můžeme definovat jako sdělování informací prostřednictvím mnoha signálů, verbálních i neverbálních, přímých (mezi dvěma a více lidmi) i nepřímých (tisk, rozhlas a další média). Jde o způsoby a prostředky, které jsou základem pro dorozumění. Komunikace je dar, který je některým z nás dán, ale také dovednost, kterou se každý může naučit a také se v ní zdokonalovat. Komunikace

neznamená jen mluvit, ale také naslouchat, to znamená, že musí být obousměrná (1, 5, 12, 28, 37, 58, 68). Nezbytným předpokladem je vědět, co, kdy, kde a jak nejlépe chceme sdělit (12, 28, 49). Komunikace je tedy nezbytná všude tam, kde chceme docílit spolupráce. Komunikace je účelová, má vždy nějaký smysl, nějaký cíl. Bez komunikace se nedá žít ani přežít, je základem mezilidských vztahů. Je-li dobrá, je zdrojem spokojenosti pro všechny zúčastněné strany (49, 63).

Komunikace ve zdravotnictví je specifická tím, že sestra musí komunikovat s cizími lidmi o často „choulostivých“ problémech, narušuje jejich intimní zónu. Je-li efektivní, je základním kamenem dobré spolupráce a dobré péče. Aby sestra získala co nejvíce hodnotných informací, musí umět vytvořit vhodný, klidný, nerušený prostor s dostatkem soukromí, mít dostatek času a správně načasovat rozhovor s pacientem (28, 49, 63). V profesionální komunikaci při práci sestra používá 3 druhy komunikace: sociální, specifickou a terapeutickou. Sociální komunikace je vlastně každodenní běžný hovor s pacientem, např. při hygieně, jídle, není předem plánována. Specifická nebo též strukturovaná komunikace má určitou plánovanou náplň, je zaměřena na fakta o nemoci, motivaci k léčbě, působí edukačně, např. sdělování postupu vyšetření, informace o rizicích, poučení o dietě. Terapeutická neboli léčebná komunikace má poskytnout pacientovi oporu a pomoc při rozhodování, adaptaci na nemoc, vyrovnat se se sdělenou diagnózou, pomáhá překonávat stres vyvolaný nemocí (58, 68).

Základem komunikace je, že musí odpovídat věku, stavu a intelektuální úrovni každého jednotlivce, pacienta. Aby byla komunikace efektivní, měla by sestra: respektovat pacienta jako lidskou bytost a akceptovat jeho rozhodnutí, i když s nimi třeba nesouhlasí; respektovat autonomii pacienta a jeho soukromí a důstojnost; chovat se vždy slušně (pozdravit, představit se); být pozitivní; usmívat se a používat laskavý humor; nenutit pacienta do komunikace; být kreativní a používat vhodnou formu komunikace; mluvit klidně, aktivně naslouchat a sledovat to, co pacient říká, ale i neříká; podporovat nezávislost pacienta, jeho optimismus, naději; chovat se s úctou, respektem a maximální vstřícností; vždy zachovat klid a rozvahu a nebrat si některé věci osobně, nehádat se s pacientem, nebýt odmítavá, agresivní nebo nahněvaná; dát pacientovi prostor pro ventilaci jeho emocí a sdělení očekávání; jednat vždy v rozsahu

svých kompetencí a pamatovat na informovaný souhlas pacienta; srozumitelně, stručně a jasně argumentovat; neslibovat, co nemůže dodržet; být upřímná v tom, co ví i co neví (nelhat); být pro pacienta dosažitelná a přístupná; pamatovat na to, že jedině trpělivost a vzájemná spolupráce přinese kvalitní výsledek (28, 37, 49, 58, 63).

Každý zdravotník, který přijde do styku s dětmi a jejich rodiči, musí odhadnout vnímavost a postoj dítěte a rodičů, aby mohl komunikovat efektivně a účinně, aby dítě i rodiče uklidnil, povzbudil a pozitivně emocionálně naladil. Proto je nutné nespěchat, utvořit klidnou atmosféru nerušenou hlukem a vyrušováním, používat správné lingvistické (modulace a síla hlasu, tón řeči) a paralingvistické prostředky (mimika, gesta, úsměv, společenské vystupování). S dítětem musí zdravotník jednat podle úrovně jeho věku a vývoje, na rozhovor by se měl předem připravit – minimálně znát jméno a věk dítěte. Pokud dítě věkově podceníme nebo přeceníme (podlehne prvnímu dojmu), je na místě omluva za omyl. Většinou se to při další spolupráci vyplatí (7, 15).

1.2.1 Specifické zásady pro jednání s dětmi

Pro komunikaci s dětmi platí stejná pravidla, navíc je třeba zvolit vhodná slova a přiměřený přístup vzhledem k věku, zdravotnímu stavu a intelektuální úrovni. Důležité je především komunikovat přímo s dítětem, dítě pozdravit, představit se, zeptat se ho na jeho jméno a na to, jak jej oslovují doma nebo ve škole, jak chce, aby bylo oslovováno a to jméno pak používat. Je nutné umožnit dítěti aktivní spolupráci a dát mu dostatečný prostor na otázky a samozřejmě na ně trpělivě odpovídat. Výhodné je navázat kontakt pomocí hračky, obzvláště pokud má dítě svoji oblíbenou hračku s sebou. Až poté, podaří-li se nám odpoutat pozornost dítěte hračkou, řešíme detail s rodiči nebo doprovodem. Dítě musíme chválit, povzbuzovat, usmívat se na něj, chovat se v maximální možné míře laskavě a konejšivě, menší děti můžeme pohládit nebo pochovat, podržet za ruku. Pokud se dítě stydí nebo nereaguje, opakovaně se tážeme nebo se pokusíme navázat kontakt přes oblíbenou hračku, do níž dítě může promítat své vlastní emoce a prožitky (5, 13, 23, 46, 49, 66, 68, 70). Musíme pamatovat na to, že návštěva zdravotnického zařízení u dětí vyvolává strach, nejistotu a nedůvěru, protože

zde postupně získaly zkušenosti s nezbytnými, ale bolestivými výkony (očkování, odběry krve, injekce apod.). I když se dítě chová v ordinaci nebo při výkonu neadekvátně, musíme jej pochválit, uklidnit, eventuálně odměnit drobným dárkem, nikdy nevyčítáme chování dítěte matce (3, 5, 31, 46, 68).

Ošetrovatelská péče o dítě je zaměřená na zabezpečení jeho maximálního fyzického, psychického, emocionálního, sociálního a osobnostního rozvoje. Sestra zastává nejen roli sestry či ošetrovatelky, ale také učitelky, utěšitelky, přítelkyně či „druhé“ matky. Způsob komunikace závisí na vnějších a vnitřních činitelích a liší se také v závislosti na tom, je-li dítě hospitalizované s matkou či nikoliv. Mezi vnější činitele patří rodinné prostředí, výchovné vlivy, charakter a druh choroby, vnitřními činiteli jsou věk, pohlaví (chlapci hůře snášejí změnu prostředí, dívky reagují více citlivě na přerušování emocionální vazby s matkou), osobnost, míra sociální, psychické a emocionální zralosti. Pro každé dítě je příchod na oddělení negativním emocionálním zážitkem, i když je díky úsilí rodičů nebo zdravotníků dopředu dobře připraveno. Výjimku tvoří děti týrané, děti z dysfunkčních rodin a nebo rozmazlované a nesamostatné děti z funkčních rodin, pro ně je nemocniční prostředí více vyhovující než to, ze kterého přišly (2, 23, 42, 64, 66, 67).

Komunikačními specifiky pro dětský věk je nutná eliminace zrakového vrchu. Dobrá sestra se pozná podle toho, jakou polohu zaujme při komunikaci s dítětem – sedne si, klekne, dřepne k dítěti anebo ho posadí či postaví tak, aby se jejich oči nacházely přibližně ve stejné výši. Mezi komunikační zásady s dětským pacientem patří vhodně oslovovat dítěte (jménem), aktivně naslouchat, usmívat se (sestru úsměv nic nestojí a dítě povzbudí a obohatí), nesmát se tomu, co dítě řeklo nebo na co se ptalo, pokud není jistota, že šlo o žert. Dále je nutné reagovat na jakékoli, třeba i nepatrné úsilí ze strany dítěte o navázání kontaktu a komunikace, nepoužívat autoritativního přístupu a nadřazeného tónu, nelhat dítěti a využívat pochvalu jako pozitivní motivační prvek. Pokud sestra dítě připravuje na nějaký výkon, měla by vysvětlovat přiměřeně věku (deficit informací a vědomostí se odráží ve fantazii dítěte), používat jednoduchý řečový slovník, ujistit dítě, že nezůstane samo, před bolestivým výkonem připravit dítě na bolest, nelhat dítěti, že výkon nebude bolet, pokud to není pravda – hrozí ztráta

důvěry. Je třeba vysvětlit dítěti, na jaké vyšetření a s kým půjde, jestli bude bolestivé, jak dlouho bude trvat (vzbudit v dítěti potřebu aktivně se účastnit a spolupracovat), neignorovat otázky dítěte, nelitovat dítě, nekárat je za nešikovnost, vyloučit výčitky. Přiblížit dítěti události souvisící s léčbou, příjmem léků, aplikací injekcí apod. přiměřenou formou (někdy i vyprávěním, pohádkou), názorně demonstrovat činnosti, pokud dítě nerozumí, co má dělat nebo jakým způsobem spolupracovat. Je-li to možné, slíbit při vyšetření či zákroku přítomnost rodičů nebo dítě držet či obejmout sama, odvádět jeho pozornost hračkou, obrázky či knihami, počítáním, imaginací (představou oblíbeného místa apod.). Sestra také může využít pokusů jako trénink na injekce, sondy apod. – ukáže dítěti, jak se těžko dostane brčko do zatáté pěsti a jak je to snadné, když stisk uvolní. Dítěti je třeba zdůraznit, že pokud jej bude něco bolet, má to říci a je v pořádku, pokud bude plakat nebo si postěžuje. Když je dítě větší (ve školním období), je důležité nedat mu najevo, že má pocit, že jeho názor nebo myšlenky jsou dětinské. Sestra také může při komunikaci s dětmi využít šeptání před oznámením nějaké informace, čímž u dítěte navodí pocit tajemna a osobnosti. Samozřejmostí by mělo být dodržování zásady nemluvit s jiným o nemoci, léčbě, diagnostických, léčebných, ošetrovatelských ani o ostatních výkonech spojených s léčbou v přítomnosti dítěte, pokud s ním sestra o nich nemluvila. Komunikačním nedostatkem v práci sestry je také selekce dětí na základě jejich vnějších znaků – přitažlivosti a projevů v chování a jednání. „Pěkné“, „povídavé“ a „milé“ dítě může sestra preferovat před jinými. Platí pravidlo dětí neselektovat, všechny jsou si rovné v tom, že potřebují emocionální náklonnost, jistotu, bezpečí a lásku (8, 9, 13, 23, 29, 31, 41, 45, 46, 51, 58, 59, 64, 66, 67, 70).

V komunikaci sestry s dítětem je třeba vyvarovat se chyb. Především sestra nesmí dítěti nikdy lhát, na přímou otázku má dát jasnou odpověď a nic nezastírat. Otázky nesmí ignorovat. Sestra by dětem neměla dávat nevyžádané rady, pokud použije radu, má být prostá a bez slov „musíš“ nebo „nesmíš“. Např.: „Nech prosím tu panenku tady, aby se ti venku nepoškodila.“ Další chybou je přílišné vysvětlování, základem je stručnost a jasnost, diskutují obvykle děti v pubertálním věku. Pokud po dětech sestra něco požaduje, má jim to říci přímo, aby měly hned jasno, nesmí očekávat, že si něco

domyslí samy. Chybou je i vyjadřování soucitu, dítě je třeba spíše podpořit a povzbudit ke zvládnutí zátěže nebo bolesti vlastními silami. Pokud je to možné, sestra dítě k sobě přivine, nechá je vyplakat, moc nemluví. Sestra se k dětem nesmí chovat autoritativně, kárat je za nešikovnost nebo devalvovat jejich emocionální projevy (pláč, strach, vztek), nesmí s dítětem jednat jako s dospělým (30, 58, 67, 70).

1.2.2 Příprava novorozenců a kojenců

Novorozenecké období zahrnuje prvních 28 dní života dítěte, kojenecké pak od 1 měsíce do 1 roku dítěte. Žádné dítě není příliš malé na to, abychom se s ním zabývali a komunikovali s ním. Již novorozenec komunikuje s okolím svým křikem, který slouží k přivolání pomoci, a svým úsměvem, který naprostá většina lidí automaticky opakuje (49). Zároveň je schopen napodobovat jednoduché mimické výrazy (otevření úst, vystrčení jazyka, zavření a otevření očí) a mimické výrazy emocí (radost, strach, překvapení, smutek, odpor). Pozornost dítěte přitahuje pohyb, ostré kontrasty a především lidský obličej. Preferuje vyšší ženské hlasy a rozezná hlas své matky od ostatních hlasů. Novorozenci milují teplo, taktilní uklidňování, sáním prstů se dítě dokáže samo uklidnit. Vnímání bolesti se dříve podceňovalo a usuzovalo se, že bolestivé zacházení nemá vliv na pozdější chování (1, 26, 45, 46). Pokud je hospitalizován novorozenec (pro vrozenou vývojovou vadu, poruchy adaptace, infekce, předčasné narození), je přítomnost matky nezbytností, aby nedošlo k přerušování tvořících se vazeb mezi matkou a dítětem a dítě tak mělo možnost se optimálně rozvíjet (5, 54).

Kojenecké období je obdobím prudkého fyzického, motorického i psychického růstu (26, 54). Vývoj motoriky probíhá směrem kefalokaudálním (od hlavy k nohám), proximodistálním (od centra těla k periférii) a ulnoradiálním (od malíkové strany dlaně k palcové). Dítě si začíná broukat, umí se hlasitě smát, pak žvatlá a vyslovuje slabiky a jednotlivá slova. Začíná rozumět výzvám a reaguje na ně („udělej pápá, paci, paci“). Roční dítě více rozumí než mluví, průměrně umí 6 slov. Zpočátku preferuje velké, výrazné a pestré předměty, po 9. měsíci dítě zajímají detaily a drobné předměty, zdokonaluje se manipulace (1, 5, 15, 17, 18, 26). Ze zcela závislého jedince se během

jediného roku stane jedinec schopný ovládat své tělo, sám se přemístit a také domluvit, i když s pomocí několika slov. Zároveň si dítě uvědomuje následky své činnosti. Pro optimální rozvoj je v tomto období potřeba podnětné, přehledné a stabilně uspořádané prostředí a citové zázemí poskytované matkou. Matka by měla být s kojencem vždy hospitalizována, aby se zmírnila jeho úzkost z neznámého prostředí. Pokud to není možné, dochází u dítěte k výrazným projevům separační úzkosti (1, 5, 8, 31, 53, 54). Tato výrazná úzkost se objevuje kolem osmého měsíce věku, kdy matka zaujímá jedinečné místo v citovém vývoji dítěte, uspokojuje potřebu lásky a bezpečí. Klasický obraz separační úzkosti se projevuje protestem, negativizmem, střídáním odmítání a podrobení se okolí. Po návratu domů z hospitalizace se objevuje nejistota a nadměrná závislost na matce. K separační úzkosti se ještě připojuje v tomto období i strach z neznámých, cizích lidí. Obojí je znakem normálního emočního vývoje dítěte, není to žádná porucha. Je-li dítě pasivně vystaveno situaci odloučení (např. při hospitalizaci je cizí osoba odnese pryč od matky), obě negativní emoce se sečtou a dítě je prožívá hůře, než když má možnost situaci aktivně ovládat a má separaci nacvičenou, pak se cítí spokojenější a klidnější (5, 8, 18, 26, 27, 31, 36, 53, 68).

Při komunikaci s kojencem bychom se měli co nejvíce na dítě usmívat a naklonit svůj obličej nad obličej dítěte. Doteky (hlazení, chování, houpání) nám pomohou navázat dobrý neverbální kontakt. Kojenci milují něžná a klidná slova, nejlépe reagují na vyšší tóny ženského hlasu. Je třeba dodržovat denní režim dítěte, nenarušovat zbytečně rytmus jídla a spánku, a vyhýbat se přehnané stimulaci dítěte. Aby byl kojenec v co největší pohodě, musí se co nejrychleji uspokojit jeho potřeby (jíst, pít, přebalit, pochovat) a úzce spolupracovat s rodiči, zapojit je do péče, aby nedošlo k projevům separační úzkosti (49).

Přímé působení herního specialisty na novorozence je velmi omezeno, ale tím má větší možnost podporovat matku a příznivě působit na její psychický stav. Působení na kojence je omezeno na jednoduché hry v druhé polovině prvního roku života, opět je důležité působení na rodiče (pomoc matce, aby se naučila si s dítětem hrát, vysvětlování vyšetřovacích postupů rodičům, zmírnění jejich obav) (54).

1.2.3 Příprava batolat

Batolecí období začíná od 1 roku věku a končí ve 3 letech. Pokračuje nadále růst, který již není tak intenzivní, motorický i psychický vývoj. V tomto období je výrazný rozvoj řeči, a to v oblasti kvality (spojování slov do vět, skloňování, časování) i kvantity (rozumí významu slov, používá je), dítě používá intonaci a naučilo se i způsobu lidského hovoru, kdy se střídá mluvící a naslouchající osoba. Mezi jednotlivými dětmi mohou být pozorovány výrazné rozdíly. Dítě je stále silně závislé na matce, i pro toto období platí zásada, že je-li to možné, má být matka na oddělení přítomna. I krátkodobé odloučení může vyvolat prudké reakce, které mohou mít dlouhodobé následky. Pokud je dítě hospitalizováno samo, můžeme pozorovat v jeho chování fázi protestu (dítě křičí, pláče, volá matku a na základě předchozích zkušeností očekává, že přijde), zoufalství (dítě postupně ztrácí naději, nekřičí, odmítá komunikovat a hrát si), odpoutání od matky (dítě city potlačí, matku jakoby nepoznává nebo se jí bojí), připoutání (dítě si postupně vytvoří citové pouto k jinému dospělému nebo i věci). Po návratu z nemocnice probíhají jednotlivé fáze znovu, a pak je dítě po určitou dobu na matce závislé a odmítá se od ní vzdálit. Může se stát, že dojde i k regresi v chování a udržování návyků (dítě přestane samo jíst, udržovat čistotu, musí opět nosit pleny). Nemůže-li matka s dítětem zůstat na oddělení, pak jsou nezbytností neomezené návštěvy (1, 5, 17, 18, 26, 27, 30, 31, 36, 53, 54, 59, 68).

Batolata vnímají druhé osoby podle stereotypů, které znají ze své rodiny – očekávají, že se ženy budou chovat jako jejich matky apod., proto vlídného, mateřského chování lze využít k uklidnění citlivějších, úzkostlivějších dětí (49). Zároveň je pro toto období typické získávání samostatnosti a současně zapojení do širší společnosti. Dítě si velmi dobře uvědomuje svoji nezávislost, že může jít kam chce, vzít si, co chce, ale také to, že jeho chování může být v rozporu s představami rodičů. Jako reakce na tento rozpor se objevuje odmítnutí nebo vymáhání, a to signalizuje, že dítě došlo do vývojové fáze označované jako vzdor či negativismus. Nejčastěji se projevuje kopáním, vztekáním, lehnutím si na zem a křikem, případně i afektem se zástavou dechu. Reakcí na takový záchvat je klid, chápání a tolerance, ale na druhé straně důslednost a jednotnost ve výchově (1, 26, 54).

Děti v období vzdoru jsou někdy problematickými pacienty, v zásadě je nutné odpoutat jejich pozornost od ošetření, komunikovat a spolupracovat s nimi. Rozhodně není efektivní pokusit se vzdor „zlomit“, protože takovýto pokus může přerůst v agresivní chování a jednání (a následně v možné zranění nebo demolování) a nechat v dítěti intenzivní psychické následky. Vzдорovité jednání mohou iniciovat i rodiče nevhodným působením na dítě, pak je lepší dítě ošetřit bez jejich přítomnosti (ti to ale nemusí akceptovat!) (1, 31, 49).

V komunikaci s batoletem se používají stručná, krátká a srozumitelná sdělení, je vhodné používat stejné výrazy jaké používá dítě. Zároveň ale nenapodobovat řeč dítěte, mluvit zřetelně a gramaticky správně. Batole oslovovat vždy jménem a to takovou podobou, jakou používají rodiče. Snažit se chovat nedirektivně, nic nepřikazovat a nezakazovat, abychom nevyvolali v dítěti vzdor a negativismus. Pokud k tomu dojde, je osvědčenou technikou buď odpoutání pozornosti nebo zrcadlení (opakujeme to, co dělá dítě – slova, pohyby). Je třeba podporovat nezávislost dítěte a kontrolu situace (dát mu vybrat z možností) a respektovat čas na odpočinek, zvláště aktivní (pohyb, hra). Pokud dítě zlobí nebo je agresivní, může to být jeho forma vyrovnání se se stresem, pro pocit bezpečí je vhodné používat známé předměty, např. hračky (23, 49, 53).

Herní specialista působí na dítě stále přes matku, ale na konci batolecího období se otevírají i možnosti přímé komunikace pomocí hry, která musí být přiměřená věku, vědomostem a zkušenostem a objasní dítěti vyšetřovací a léčebné postupy. U batolat platí, že méně je někdy více. Dítěti se řekne jen to, co uvidí a uslyší, a to bezprostředně před výkonem. Používají se opisná slova jako je „spravit, opravit“, která batoleti nezní tak zlověstně jako operace. Je třeba pamatovat na jednoduchost a srozumitelnost a také na to, že batole udrží pozornost jen velmi krátkou dobu. O to lépe se musí vše vysvětlit rodičům, kteří mohou informace doplnit, bude-li to dítě vyžadovat (44, 46, 53, 54).

1.2.4 Příprava dětí předškolního věku

U dětí v předškolním období (od 3 do 6-7 let) se zpomaluje růst a zdokonaluje hrubá i jemná motorika. Pohyb je koordinovaný, zručnost se projevuje i při činnostech spojených se sebeobsluhou. Je potřebná kontrola nad hygienickými návyky. Stále se rozvíjí a zdokonaluje řeč, a tím roste i množství poznatků o okolním světě. Dítě užívá řeč k regulaci svého chování, rozšiřuje se i časová perspektiva (chápe pojem večer, zítra). Koncem období dítě „vyrůstá“ z nejužší rodiny a navazuje kontakty s vrstevníky. Myšlení je názorné (není ještě logické) a je výrazně egocentrické. Děti nezřídka polidšťují věci i přírodu, mění fakta podle svého přání. Smrt zatím nechápu jako nezvratnou. Pro socializaci zůstává nenahraditelná rodina – pro vývoj emočních vztahů k lidem v okolí, pro osvojení sociálních rolí, pro vývoj norem chování a hodnotových orientací (1, 5, 15, 17, 18, 26, 54). Na základě vztahu s rodiči se vyvíjí svědomí jako systém vnitřních sociálních kontrol. Sebehodnocení dítěte je nestabilní, ale poměrně vysoké, závislé na aktuální situaci a jistotě ve vztazích. Děti ještě i v předškolním věku jsou přirozeně empatické, pozorné k pocitům ostatních lidí, umí o pocitech i důvodech, které k nim vedou, hovořit. Stále je patrná závislost na rodičích, vztahy s vrstevníky jsou nahodilé, málo trvalé (26).

Děti v přístupu sestry oceňují partnerský přístup, proto je třeba se jim představit, podat ruku, domluvit si (a nutně dodržovat!) pravidla – to vše redukuje napětí. Dítě nesmí zdravotník podvádět ani mu lhát. Chlapci bývají poněkud netrpěliví a špatně snášejí jakákoliv omezení, ale uznávají přímé a nedevalvující jednání. Dívky jsou komunikativnější a touží více po důvěrném vztahu, hledají spřízněnou osobu, která jim poskytne ochranu a bude si s nimi povídat (49).

V komunikaci s předškolákem stále platí nutnost používat stručné, jasné a krátké věty a jednoduchá, srozumitelná slova, mluvit klidně a pomalu. Pokud o to dítě stojí, je vhodné udržovat oční kontakt, často chválit, povzbuzovat a oceňovat i malé pokroky. Chápat jeho závislost na matce a uznávat regresi, projekci nebo fantazii jako reakci na zátěžovou situaci. Umožnit dítěti odreagování stresu při hře a obzvláště při malování nebo kreslení. Hru využívat i pro vysvětlení ošetřovatelských intervencí. Pokud nám

dítě něco sděluje, je třeba mu trpělivě naslouchat a nechat ho povídat a nepřerušovat. Dát dítěti možnost, aby se samo rozhodovalo (1, 27, 36, 49). Předškoláci často nahlas komentují, co právě dělají. S oblibou doslova „bombardují“ své okolí otázkami. Zásadou je tyto otázky neignorovat a adekvátně na ně odpovídat (23). Dítě může být nejisté v sociálních vztazích a jeho vyloučení z rodinného kolektivu a kolektivu spolužáků ve školce v něm může vyvolat pocit, že jde o trest za jeho chování či jednání. Jako provinění chápe i nemoc a hospitalizaci. Patrný může být i strach ze tmy a samoty, posílen je výraznou představivostí a fantazií dítěte (53, 54).

Pro práci herního specialisty s předškoláky má největší význam hra, která může, ale nemusí mít cíl. Děti v předškolním věku si často hrají „na něco“ (napodobovací hry) – na prodavače, na lékaře, čehož lze velmi dobře využít. Je potřeba, aby hra nepostrádala spontánnost, tvořivost i volnost (1, 54). Hra je společná (děti si hrají společně a půjčují si hračky) a kooperativní (každé dítě přispívá svým dílem a dokáže spolupracovat na společném cíli) (26). Důležité informace o zákroku nebo vyšetření podává herní specialista během hry, pomáhá si pomůckami jako je panenka, medvídek, kufřík s lékařskými nástroji, obrázky, omalovánky. Používá materiály, které k těmto účelům vydávají některé farmaceutické firmy přímo pro děti k propagaci svých výrobků (Příloha 7), firmy vyrábějící medicínskou techniku (Příloha 8) nebo materiály určené pro mateřské školy (Příloha 9), ale většinu materiálů si zatím vytváří s pomocí vlastní kreativity (Příloha 10, 11). Dítě informuje v čase přítomném, srozumitelně, jednoduchými slovy a pamatuje na to, že děti nechápou všechny funkce lidského těla, nedomyšlí všechny souvislosti a uniká jim časová posloupnost. Je nutné citlivě rozlišit, zda mnoho informací spíše úzkost předškoláka nezvýší. Často lze využít v přípravě prvek přípravy rodičů, kdy specialista vysvětluje rodičům, co dítě čeká, a ono samo mimoděk rozhovor poslouchá, může odbíhat a hrát si. Po této „nepřímé“ přípravě se rodiče ve vhodný čas k podání informací vrátí, pomohou je dítěti ujasnit. Herní specialista pomocí hry vysvětluje dění po částech, vrací se k nim a společně s dítětem je opakuje, aby si ověřil správné pochopení (44, 46, 53, 54).

1.2.5 Příprava dětí školního věku

Školní věk je nejdelší období dětského věku, dělí se na mladší (6-7 až 11-12 let) a starší (11-12 až 15 let) školní věk (1, 17). Ve školním období se dále rozvíjí tělesné (zvyšuje se fyzická síla, mohutní svalstvo) i psychické schopnosti (rozumové vlohy, nové poznatky). Výrazně se rozvíjí verbální komunikace a také smyslové vnímání a paměť. Během školního věku se stabilizují normy morálního chování, ve škole si dítě osvojuje novou roli žáka a spolužáka. Můžeme pozorovat i jistou nezralost při vstupu do školy a také somatopsychické projevy nepřizpůsobení (bolesti hlavy, břicha, ranní zvracení). Dítě se dokáže déle soustředit, pracovat, a tak oddálit uspokojení momentálních potřeb. Myšlení je realistické, zprvu naivní (věří tomu, co mu řeknou rodiče, učitelé), později kritické (s příchodem puberty). S věkem roste vliv dětské skupiny a má také vliv na vývoj morálního jednání a chování. Vedle práce jsou stále důležité hry, obzvláště společenské se složitějšími pravidly. Dítě touží po úspěchu. Upevňuje se ženská a mužská sexuální role. Do tohoto období také spadá nástup puberty jako komplexu psychických, tělesných, funkčních a hormonálních změn, které končí přeměnou dítěte v dospělého jedince (1, 5, 17, 18, 26, 54).

U mladších školáků platí stejný přístup jako u předškoláků - je třeba ocenit samostatné rozhodování a zodpovědnost. Pro vysvětlování intervencí použít dětský slovník, stále využívat hru a kreativitu (malování). Při verbální komunikaci zahrnout dítě do diskuse a dát mu možnost spolurozhodovat. Zároveň respektovat, že se dítě nemusí chtít o všem bavit, a také respektovat rozdíly mezi chlapci a dívkami (chlapci jsou obvykle méně sociálně zralí, hůře spolupracují) (49, 53). Dítě kolem 8 let má strach ze smrti, nechápe ji v plném významu (to se objevuje až po 9. roce), může ji personifikovat nebo se bát usnout, pokud někdo blízký zemřel ve spánku (54).

Působení herního specialisty na děti školního věku může být velké, většina dětí je hospitalizována bez rodičů a ráda uvítá „spřízněnou“ duši, která jim pomůže odhalit pro ně neznámé „taje“ nemocničního prostředí. Samozřejmá a podstatná je spolupráce s rodiči. Při přípravě školáků vychází herní specialista z toho, že již mají základní informace o lidském těle a jeho fungování, rádi je poznávají a zkoumají. Využívá

scénky, dialog, stále také panenky, plyšová zvířátka, obrázky, knížky, reálné lékařské pomůcky. Navíc může využít speciální loutky (Příloha 12), atlasy lidského těla (Příloha 13), fotoalba s konkrétními zákroky, výukové CD-ROMy. Předem se dítě ptá na to, co již o dané problematice ví, a na to navazuje. Informace je třeba školákům podávat včas, pamatovat na to, že mají bohatou fantazii, a tím mohou mít zbytečné obavy. Přípravu plánovat a realizovat přiměřeně věku dítěte, jeho zkušenostem a jazykové vyspělosti. U školáků je možné již používat ustálené termíny (operace, apod.), a pokud jsou dostatečně vysvětlené, ztrácejí punc něčeho neznámého a zlověstného. I zde platí, že specialista podává informace po částech, dítě pak příběh opakuje, doplňuje, improvizuje. Může použít i speciálně upravenou hračku, např. panenku přikrytou v postýlce peřinkou, kterou pak společně odkrývají a vysvětlují si infúzi, močový katétr atd. Na závěr je opět třeba ověřit si správné porozumění a nechat dítě ptát se na to, co ho zajímá (46, 54).

1.2.6 Příprava dospívajících

Dospívání je období, které zahrnuje pubertu (od 11-12 do 15 let) a adolescenci (končí reprodukční zralostí, asi ve 20 letech) (1, 5, 26). Dospívání se projevuje ve sféře biologické, psychické a sociální. Z biologického hlediska dochází k akceleraci růstu, pohlavním známkám dospívání, formování postavy typické pro jednotlivá pohlaví. Vývoj motoriky je stále výrazný, zlepšuje se koordinace a smysl pro rovnováhu. Za psychické známky dospívání se považuje emoční nestabilita, změny nálad, impulzivita, nestálost a nepředvídatelnost reakcí a postojů, obtížná koncentrace, zvýšená únava. Dále pokračuje vývoj vnímání (hlavně vizuálního) a vývoj řeči (roste slovní zásoba a výrazová schopnost), mění se způsob myšlení a kvalita myšlenkových operací, schopnost práce s obecnými a abstraktními pojmy. Nový způsob myšlení s aplikací logických operací má pak důsledky pro postoj ke světu a k lidem v okolí. Dospívající srovnává svět se svými představami, s tím, co by mělo nebo mohlo být, a to je důvodem častého zklamání, nespokojenosti a kritičnosti. V oblasti sociální je nejnápadnější uvolnění vazeb a závislosti na rodičích a navazování vztahů s vrstevníky

obojího pohlaví (1, 5, 17, 18, 26, 54). Emancipace za normálních okolností nemění pozitivní vztahy k rodičům, i když chování může být v rozporu. Základní hodnoty a morální postoje zůstanou zachovány, konflikty vznikají kolem konkrétních zákazů, příkazů nebo omezení (26). Rozpor mezi fyzickou a sociální zralostí s sebou přináší specifické problémy – poruchy chování, sexuální vztahy, rozpor ve vztahu role a statusu (pozice ve společnosti versus chápání práv a povinností), konflikty mezi starší a mladší generací, rozpor mezi hodnotami rodiny a společnosti. Dospívající děti trpí strachem a obavami z veřejného vystoupení před cizími lidmi nebo osobami opačného pohlaví (1, 26, 54).

Děti v pubertálním věku obvykle dospěle svým chováním dráždí. Příčinou je ale jejich vnitřní nejistota, citlivost, křehkost až zranitelnost. Proto je nutné na pubertální projevy arogance, agresivity a vulgárnosti nereagovat verbálně ani neverbálně (údiv ve tváři, nesouhlas vyjádřený vytaženým obočím, koulením očima apod.), v klidu vyčkat až se vypovídají a držet se konkrétního problému. Hoši silněji prožívají strach, úzkost i bolest, ovšem stydí se za ně a maskují je, proto je v jejich chování více patrná agresivita, více používají hrubá slova a nadávky. Také málo komunikují, často si i při vyšetření raději nasadí sluchátka a poslouchají hudbu. Pokud je to jen trochu možné, nebránit jim v tom – poslech hudby odvede jejich soustředění od nepříjemného výkonu, sníží agresivní tendence. Děvčata zpravidla lépe spolupracují i komunikují, protože potřebují vyventilovat emoce. Oproti chlapcům ale intenzivněji vnímají svoje tělo a špatně snášejí vše, co by je mohlo „znemožnit“ před ostatními nebo „hyzdit“. V takovém případě je třeba je motivovat a zdůrazňovat perspektivu do budoucna. Může se objevit i lepší ochota ke spolupráci s ošetřovatelem – mužem, vztah k ženám začíná být v tomto období konkurenční (30, 49).

Dospívajícího je nezbytné vždy oslovovat jménem, většinou ocení vykání (připadají si pak jako dospělí), pokud se s ním nedomluvíme jinak. Na místě je hlavně aktivní naslouchání, neodsuzování a maximální diskretnost s ohledem na soukromí a pocit studu. Jen tak se podaří vybudovat dobrý základ pro vztah a spolupráci. Samozřejmostí pro komunikaci je přístup k dospívajícímu jako k plnohodnotné, jedinečné osobnosti (i když oděv nebo vzhled je podle našeho mínění při nejmenším originální), která je si

vědoma zodpovědnosti za své zdraví a tělo. Vždy je vhodné umožnit dospívajícímu vyslovit svůj názor a participovat na rozhodování o péči, která mu bude poskytnuta. Používat správné a odborné výrazy týkající se těla, vyšetření nebo zdravotního stavu, ale ověřit si, že nám rozumí. Vyhýbat se direktivnímu stylu komunikace (8, 49, 53).

Působení herního speciality na adolescenty může být značné, je však třeba hned od začátku navázat dobrý vztah a navodit atmosféru spolupráce. Dospívající rádi dostávají informace na vyšší úrovni, chtějí znát lékařskou terminologii i podrobnější informace o zákroku. Při přípravě lze používat fotografie, ukázková alba, atlas lidského těla, výukový CD-ROM. Někteří dospívající mohou mít tak značné obavy, že je třeba je připravovat jako věkově mladší děti. Může se to provádět společně s rodiči nebo i odděleně, podle výběru dospívajícího. Dospívající volí obvykle druhou variantu, s cizím člověkem se mu lépe hovoří o obavách, které pociťuje. Samozřejmostí je ale i příprava rodičů, aby věděli, co mohou očekávat a jak mohou dítě podpořit. Někdy se stane, že dospívající signalizuje, že nechce nic vědět, je úzkostný, rozrušený, nelze s ním navázat kontakt. Obvykle se to stává u jedinců, kteří nejsou z domova připraveni a rodiče s nimi odmítají na toto téma hovořit. Může se to i stát proto, že dospívající má už více zkušeností a znalostí a má strach z konkrétních věcí (smrt, anestézie, nahota). S takovými pacienty by bylo nejlepší pracovat již v ambulanci, ne vždy je to ale možné. V tomto případě je důležité začínat rozhovorem a snažit se zjistit, čeho se bojí. V přípravě využít knihy, obrázky, fotografie. Osvědčuje se také prohlídka místa, které v dospívajícím vyvolává obavy (pooperační oddělení, JIP), dovolí-li to zdravotníci. Nezbytný je dostatečný prostor na dotazy a nabídka pokračování, bude-li si to přát. Druhou možností je akceptovat přání dospívajícího, že „nechce nic vědět“. V takovém případě je třeba se zaměřit na zklidnění, posilovat důvěru ve zdravotníky a léčbu. Mnohdy se osvědčí přístup jako k malým dětem, vynechat detaily, seznámit jednoduchými slovy jen s tím nejdůležitějším, a poradit, aby si s sebou vzalo nějaký talisman jako oporu. Slíbit doprovod na sál nebo k vyšetření (buď rodiče nebo herní specialista) a stále ujišťovat, že bude během výkonu spát, nebude samo a bolest se bude podle potřeby tišit léky. Nevýhodou takové přípravy je to, že potřebuje dostatek času a ten obvykle není. Děti jsou přijímány do nemocnice většinou den před výkonem nebo

dokonce ráno v den výkonu, pak se vše odehrává v atmosféře spěchu, strachu a nervozity, dítě nemá ani čas se s herním terapeutem seznámit, natož k němu získat důvěru (44, 46, 54).

1.3 Fyzická příprava na vyšetření nebo zákrok

Příprava po stránce tělesné je rozdílná podle druhu vyšetření nebo zákroku, musíme zohlednit, je-li výkon prováděn akutně nebo je plánovaný, je nutno respektovat ordinace lékaře a také zvyklosti oddělení.

Akutní operace neumožňuje téměř žádnou přípravu, navíc se dítě může cítit velmi špatně a tak ani informace nepřijímá. Veškerá potřebná opatření se dělají až po zákroku.

Plánovaný zákrok umožňuje cílenou přípravu psychickou i fyzickou, která podporuje zmírnění úzkosti a tím působí na rychlejší uzdravení a brzké propuštění z nemocnice do domácího ošetřování. Před plánovanou operací dítě absolvuje předoperační vyšetření u svého praktického lékaře pro děti a dorost. Skládá se z anamnézy rodinné (onemocnění rodičů, sourozenců) a osobní, která zahrnuje veškeré informace o dítěti počínaje porodní váhou, délkou, komplikacemi při a po porodu, další psychomotorický vývoj dítěte, délku kojení, očkování a reakce na ně, případné alergie, užívání léků, nemoci, které dítě prodělalo, případná chronická onemocnění, operace a úrazy, u dívek školního věku se nesmí opomenout také gynekologická anamnéza zaměřená na menarché a antikoncepci. Anamnestická data získává lékař nejčastěji od rodičů a ze zdravotnické dokumentace. V anamnéze nynějšího onemocnění lékař popíše příznaky, kdy obtíže začaly, jejich popis a časový vývoj, provedená diagnostická vyšetření a indikace k výkonu, dále zapíše i domluvený termín nástupu k hospitalizaci. Dále je nutné dítě zvážit a změřit. Následuje klinické vyšetření aktuálního zdravotního stavu pohledem – aspekci do dutiny ústní a krku, očí, uší, sledování celkového vzhledu dítěte, jednotlivých částí těla, kůže, stavu výživy, zjevná zranění a podobně. Poslechem – auskultací hodnotí pediatr dýchání a vedlejší dechové fenomény, činnost srdce a případně i peristaltiku. Pohmatem – palpací zjišťuje napětí a bolestivost břicha,

pohyblivost kloubů, svalové napětí. Poklepem – perkusí je možno vyšetřovat břicho a hrudník, ale v dnešní době jej již většina pediatrů mezi základní vyšetření nezařazuje. Vždy platí, že lékař fyzikálně dítě vyšetřuje v klidné místnosti, postupuje od celku k jednotlivostem a méně příjemné výkony nechává na konec. Nezbytností je neustálé udržování slovního kontaktu s dítětem i doprovodem. Laboratorní vyšetření se provádí tehdy, vyplyne-li jejich nutnost z pediatrického vyšetření. Mezi základní vyšetřovací laboratorní metody patří vyšetření krevního obrazu (dle zvyklostí se odebírá žilní krev nebo kapilární) a chemické vyšetření moče a sedimentu. Pokud nemá dítě žádné komplikující onemocnění, není indikováno hemokoagulační, biochemické vyšetření krve, RTG vyšetření srdce a plic ani EKG. Aktuální stav dítěte spolu s výsledky vyšetření zaznamená pediatr do doporučení k hospitalizaci. Pokud bylo dítě očkováno, odkládá se výkon o 2 – 14 dní dle typu očkovací vakcíny. Předoperační vyšetření dítěte by nemělo být starší než 1 týden, u laboratorních výsledků se tolerují týdny 2 (13, 17, 18, 27, 35, 36, 46, 47, 53, 56, 65).

Mezi speciální vyšetření řadíme vyšetření laboratorní, zobrazovací (RTG, CT, NMR, UTZ, radionuklidové), endoskopické, elektrografické (EKG, EEG, EMG), funkční. Laboratorní vyšetření umožňuje vyšetření tělních tekutin, sekretů, exkretů a částí tkání. Příprava dítěte závisí na druhu odběru, nejčastěji je nutné určitou dobu nejíst i nepít, někdy i delší dobu držet dietu s omezením či vynecháním určité potraviny. Nezbytnou součástí je připravit dítě na bolest, kterou mu nutně způsobí vpich jehly při odběru krve, mozkomíšního moku nebo punktátu. Odběr krve je pro dítě nepříjemným prožitkem, proto je nutno zvažovat nutnost a četnost vyšetření vzhledem k diagnostice a léčbě a také u dětí je nutné brát v úvahu místo odběru vzhledem k případné intravenózní terapii. Dítě musíme seznámit i s technikou výtěru, protože některé výtěry jsou přinejmenším nepříjemné (16, 17, 18, 34, 53, 56).

Zobrazovací vyšetření umožňují zobrazení sledovaného orgánu. Příprava je především psychická, aby dítě dokázalo být delší dobu v klidu v určené poloze. U malých a příliš úzkostných dětí toho nelze často dosáhnout a vyšetření se musí provést v celkové anestézii. Na tu musí být dítě lačné, někdy i vyprázdněné, premedikované. U dětí alergiků se před RTG a CT vyšetřením s kontrastní látkou

může podat Prednison a Dithiaden. Endoskopické vyšetření umožňuje vyšetřit tělní dutiny přímým pohledem. Dítě by mělo být lačné a vyprázdněné, podává se premedikace a výkon se nejčastěji provádí v celkové anestézii. Elektrografické vyšetření se provádí pomocí snímání elektrických biopotenciálů, které vznikají při činnosti tkání a orgánů. Zvláštní příprava dítěte není nutná, pouze u EEG by mělo být umyté vlasy bez gelu a laku. Funkční vyšetření odkryvá funkční nedostatečnost určitého orgánu, která není v klidovém stavu patrná. Příprava dítěte opět závisí na druhu vyšetření, obvykle je vyžadován klid před vyšetřením, někdy lačnění nebo úprava stravy (16, 17, 18, 53, 56).

Také se provádí nezbytné předoperační anesteziologické vyšetření, kdy anesteziolog hodnotí klinický stav pacienta, stupeň závažnosti komplikujících onemocnění, zatížení anestézií, ovlivnění polohou během operačního výkonu, stupeň rizika. Anesteziologické riziko stanovuje míru přežití v souvislosti s operačním výkonem, hodnotí celkový stav pacienta a časovou naléhavost výkonu. K tomu slouží škála ASA = American Society of Anesthesiologists, která se vyjadřuje ve stupních I – VII.

ASA: I - zdravý pacient, II - s lehkým celkovým onemocněním bez omezení, III - s těžkým celkovým onemocněním s omezením funkce a výkonností, IV - se závažným život ohrožujícím onemocněním, V - moribundní pacient, VI - akutní pacient skupiny I a II, VII - akutní pacient skupiny III, IV a V (47, 53).

Před plánovaným zákrokem je nezbytné poučení dítěte i rodičů, zejména jim zdůraznit potřebu předoperačního vyšetření, seznámit je s chodem oddělení a personálem, který o ně bude pečovat. Nezbytné je i zdůvodnit podání klyzmatu (pokud je třeba), odstranění náušnic, piercingu (a uschování cenností v bezpečnostní schránce), laku na nehty, make-upu, případně ostříhání nebo oholení vlasů, ochlupených míst v místě zákroku. Příprava kůže se provádí osprchováním nebo celkovou koupelí (i vlasy) se zvláštní pozorností na vyčištění pupku a nehtů na rukou a nohou, ochlupení se má holit raději až v den operace (vzniká tak méně infekčních komplikací). Lékař a sestra dle svých kompetencí musí vysvětlit léčebné postupy (infúze, močový katétr, bandáže), potřebu nejíst a nepít (při lačnění se tuhá strava podává naposledy 6-8 hodin

před výkonem, tekutá strava 3-4 hodiny, mateřské mléko, neslazený čaj, jablečná šťáva 2-3 hodiny před výkonem, ale je vždy nutno respektovat pokyny personálu, protože každé oddělení má jiné zvyklosti). Pokud je to možné, lze poskytnout všeobecný časový rozvrh předoperační přípravy. Vhodné je také potvrdit čas operace nebo zákroku, pokud je znám časový rozvrh operací a pokud dojde ke zdržení, je nutné o tom dítě i rodinu informovat. Sestra by měla dítě i rodiče seznámit s místem, kde bude dítě před a po operaci a informovat o pooperační péči (18, 47, 53, 65).

Sestry se také zaměřují na předoperační anamnézu, která obsahuje fyzickou zdatnost dítěte, psychický stav, pochopení podstaty chirurgického výkonu, předchozí zkušenost dítěte s hospitalizací, prostředím nemocnice a jinými zákroky. Dále zjišťují zdroje na lehčí vyrovnání se se situací, očekávání dítěte a rodičů, sebekoncepci dítěte, vnímání obrazu těla, posuzují riziko vzniku dekubitů. Zároveň se zaměřují na veškeré zvyky i zvláštnosti dítěte, které jim pomohou v ošetrovatelské péči v před i pooperačním období (například některé děti neusnou bez své plyšové hračky, nesnou v noci na nohou ponožky, nepijí čaj a podobně). Úkolem sestry je také identifikace správného nemocného – zkontrolovat identifikační náramek a dokumentaci a správné části těla – označit na těle a zaznamenat do formuláře informovaného souhlasu. Sestra změří dítěti TK, puls, tělesnou teplotu, dítě znovu zváží, zkontroluje vyprazdňování moči a stolice (18, 53).

Pre-premedikace se podává večer před operací k navození dobrého spánku, vhodná jsou dlouhodobá hypnotika per os nebo per rectum, ordinuje je vždy ošetřující lékař nebo anesteziolog dle potřeby dítěte. Premedikace v den výkonu se dělí na farmakologickou a psychologickou. Farmakologická premedikace umožní blokádu autonomních reflexů, prevenci excesivní sekrece z dýchacích cest, snižuje sekreci slin, působí antiemeticky a navodí sedaci a anxiolýzu, která usnadní hladký úvod do celkové anestézie a redukuje celkovou dávku anestetik. Psychologická premedikace je důležitá pro zmírnění předoperační úzkosti, pomůže dítěti adaptovat se na změnu tělesného vzhledu nebo se připravit na změnu role ve společnosti. U dětí se na psychologické přípravě významnou měrou podílí herní specialisté nebo sestry, které připraví dítě formou hry. Neméně důležitá je přítomnost rodičů při úvodu do anestézie a

při probouzení, pokud to režim oddělení a lékaři dovolí a rodiče jsou schopni to zvládnout (34, 47, 53).

Před převozem na operační sál musí sestra opět překontrolovat totožnost nemocného dítěte, potvrzení operace, strany a označení, zaznamenání fyziologických funkcí do dokumentace, dobu posledního jídla a pití, podání premedikace, přítomnost uvolněných zubů, korunek nebo jiných náhrad a jejich odstranění, vymočení, odložení brýlí, kontaktních čoček, sluchadel, dokončení přípravy kůže a operačního pole, podepsaný informovaný souhlas, RTG snímky a ostatní výsledky vyšetření, které jsou pro operaci nezbytné a ostatní dokumentaci. Předávající i přejímající sestra se musí do dokumentace podepsat a uvést čas předání (53, 65).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

1. Zjistit, zda se na dětských odděleních provádí příprava dítěte před vyšetřením nebo zákrokem a kdo ji provádí.
2. Zjistit, zda provedená příprava ovlivňuje strach a úzkost, kterou dítě prožívá před vyšetřením nebo zákrokem.

2.2 Výzkumné otázky

1. Kdo dítě před vyšetřením nebo zákrokem připravoval?
2. Jakou zvolil formu přípravy?
3. Mohlo se dítě zeptat na nejasnosti, mělo na to dostatek času a možností, bylo k tomu vyzváno?
4. Museli rodiče dítěti znovu informace opakovat nebo objasňovat?
5. Snížil se u připraveného dítěte pocit strachu a úzkosti?

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Ve výzkumné části této práce bylo použito kvalitativního šetření. Pro sběr dat byla využita metoda dotazování, technika nestandardizovaného rozhovoru. Rozhovor byl individuální, anonymní, probíhal se souhlasem dítěte i rodičů, případně za jejich účasti. Souhlas rodičů byl písemný na předem připraveném formuláři (Příloha 1). Při rozhovorech byly použity rámcové otázky (Příloha 2), které byly připraveny na základě prostudování odborné literatury zabývající se přípravou dítěte na vyšetření nebo zákrok. Okruhy rámcových otázek vycházejí z cílů diplomové práce a bylo k nim stanoveno 5 výzkumných otázek.

V září 2009 proběhly v rámci předvýzkumu 2 pilotní rozhovory s 5letou dívkou a 6letým chlapcem. Oba absolvovali adenotomii v celkové anestézii a rozhovor se odehrál 2. den po zákroku. Podle výsledků těchto rozhovorů byly upraveny rámcové otázky. Rovněž po konzultaci s rodiči těchto dětí byl upraven formulář souhlasu s rozhovorem. Výzkumné šetření bylo realizováno v období říjen 2009 – únor 2010.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Zkoumaný soubor tvořilo 19 respondentů, kterými byly děti ve věku od 5 do 17 let, které se podrobily vyšetření nebo zákroku (viz graf 1 a graf 2). Výběr dětí byl náhodný a byl podmíněn souhlasem rodičů, které jsem žádala o povolení k šetření. Dále pak věkem dětí, schopností komunikace, ochotou se na rozhovoru podílet. Počet respondentů byl ovlivněn získáváním nových informací – od 15. rozhovoru se získané informace již opakovaly, proto jsem po 19. rozhovoru šetření ukončila.

Informace získané z 15 rozhovorů byly zaznamenány v jejich průběhu písemně formou poznámek a následně ihned po ukončení rozhovoru zpracovány do kazuistik (někteří rodiče nesouhlasili s nahráváním rozhovoru na diktafon). Rozhovory se 4 respondenty byly se souhlasem rodičů nahrány na diktafon a následně také

zpracovány do kazuistik. Pro ulehčení své práce jsem každému respondentovi přiřadila fiktivní jméno podle pořadí písmen v abecedě (respondenta 1 jsem označila jménem začínajícím písmenem A, respondenta 2 jménem začínajícím písmenem B atd.). Pro zpracování kvalitativních dat byla použita rámcová analýza.

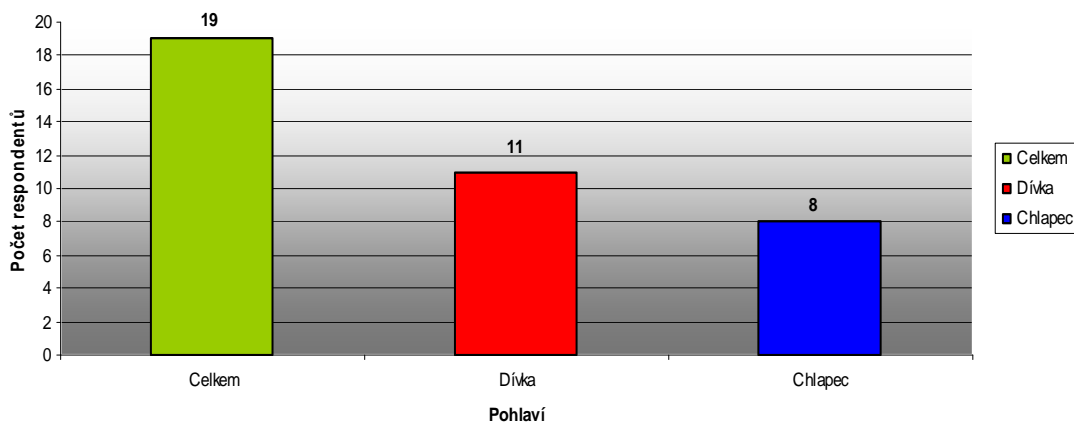
Z 19 párů rodičů a dětí, s nimiž jsem hovořila, 2 z rodičů nechtěli poskytnout doplňující informace a 8 rodičů si nepřálo být přítomno rozhovoru (většinou po dohodě s dítětem).

12 dětí ze souboru bylo hospitalizováno na dětském oddělení v Nemocnici Strakonice, a. s., 2 děti na oddělení větších dětí na Dětské klinice ve FN Plzeň – Lochotín, 2 děti na dětském oddělení ORL ve FN Motol v Praze, 2 děti na oddělení Ústní, čelistní a obličejové chirurgie v Krajské nemocnici Liberec, a. s. a 1 dítě bylo ambulantně vyšetřeno na interním oddělení v Nemocnici s poliklinikou Mělník (viz tabulka 5).

Celkem jsem oslovila 33 párů rodičů a dětí. S rozhovorem nesouhlasilo 8 rodičů, i když jejich děti by byly ochotny se šetření zúčastnit. Nesouhlas s rozhovorem vyslovily dále 3 děti, přičemž jejich rodiče souhlasili, a také 3 páry tvořené rodičem i dítětem. Po důvodech nesouhlasu jsem nepátrala, sdělili mi je pouze 3 rodiče, kteří nechtěli, abych obtěžovala jejich dítě po operaci otázkami. Nesouhlas ze strany dětí byl dán studem a neochotou ke komunikaci s neznámou osobou. O této skutečnosti jsem byla informována rodiči.

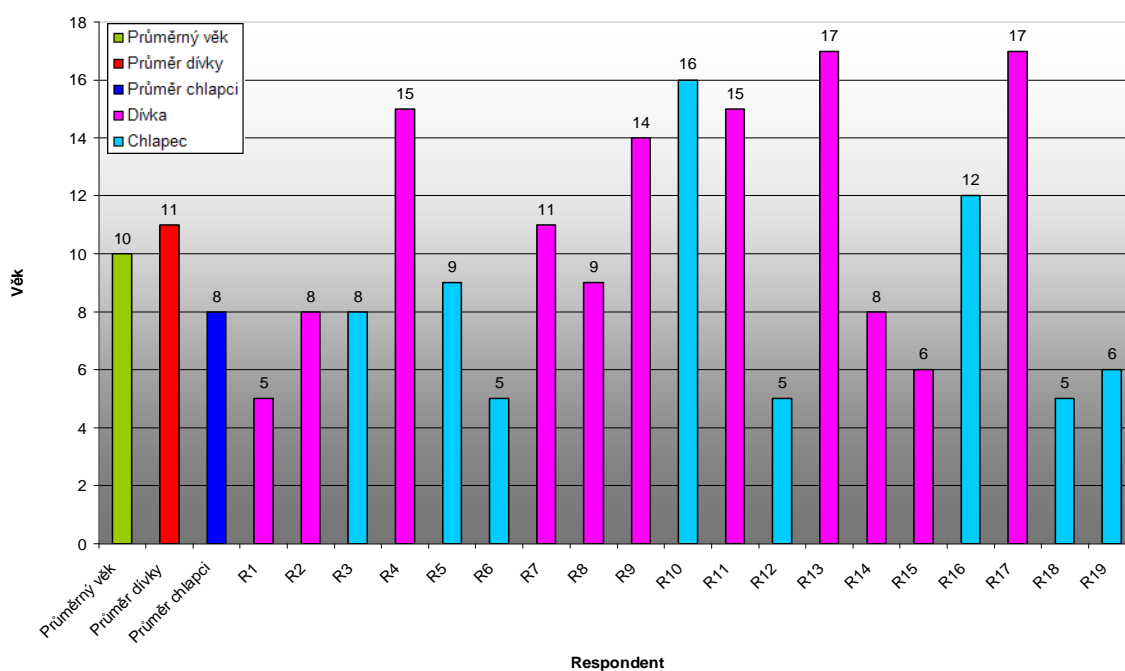
4 VÝSLEDKY

4.1 Základní grafy a tabulky



Graf 1 Pohlaví respondentů

Z uvedeného grafu 1 vyplývá, že z 19 (100 %) respondentů bylo 11 (58 %) dívek a 8 (42 %) chlapců.



Graf 2 Věk respondentů

Z uvedeného grafu 2 vyplývá, že z 19 (100 %) respondentů bylo 4 (21 %) respondentům 5 let, 2 (10,5 %) respondentům 6 let, 3 (15,8 %) respondentům 8 let, 2 (10,5 %) respondentům 9 let, 1 (5,3 %) respondentovi 11 let, 1 (5,3 %) respondentovi 12 let, 1 (5,3 %) respondentovi 14 let, 2 (10,5 %) respondentům 15 let, 1 (5,3 %) respondentovi 16 let a 2 (10,5 %) respondentům 17 let. Průměrný věk respondentů byl 10 let, průměrný věk dívek byl 11 let a chlapců 8 let.

Tabulka 1 Typy zákroků a vyšetření

VYŠETŘENÍ ZÁKROK	SUMA	RESPONDENT																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
ADENOTOMIE	4	1										1			1				1	
GASTROSKOPIE	3				1				1		1									
CT VYŠETŘENÍ	2					1										1				
OPERACE HERNIE INQUINALIS	2						1	1												
EXTRAKCE ZUBŮ (stoliček č. 8)	2										1							1		
APPEKDEKTOMIE	2								1						1					
PARACENTÉZA	2																		2	
LUMBÁLNÍ PUNKCE	1		1																	
CIRKUMCIZE	1			1																
OPERACE CYSTY ZA UCHEM	1												1							

Z tabulky 1 vyplývá, že 19 respondentů absolvovalo 20 zákroků nebo vyšetření. 1 respondent absolvoval stejný zákrok ve 2 dnech následujících po sobě (nejprve paracentézu pravého ušního bubínku, následný den levého ušního bubínku).

Z celkového počtu 20 (100 %) zákroků byla provedena adenotomie u 4 (20 %) respondentů, gastroskopie u 3 (15 %) respondentů, CT vyšetření u 2 (10 %) respondentů, operace hernie inquinalis u 2 (10 %) respondentů, extrakce zubů (stoliček

č. 8) u 2 (10 %) respondentů, appendektomie u 2 (10 %) respondentů a paracentéza 2krát (10 %) u 1 respondenta, lumbální punkce u 1 (5 %) respondenta, cirkumcize u 1 (5 %) respondenta a operace cysty za ušním boltcem u 1 (5 %) respondenta.

Tabulka 2 Pořadí hospitalizace v životě dítěte

POŘADÍ HOSPITALIZACE	SUMA	RESPONDENT																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. HOSP.	11	1	1			1	1	1		1		1	1		1	1	1			
2. HOSP.	6			1					1		1							1	1	1
5. HOSP.	1													1						
AMBUL. VYŠ.	1				1															

Z tabulky 2 vyplývá, že z 19 (100 %) respondentů bylo 18 (94,7 %) respondentů hospitalizováno a 1 (5,3 %) respondent byl vyšetřen ambulantně, hospitalizován nebyl. Pro 11 (57,9 %) respondentů to byla 1. hospitalizace, pro 6 (31,5 %) respondentů 2. hospitalizace, pro 1 (5,3 %) respondenta 5. hospitalizace v jeho životě.

Tabulka 3 Den po zákroku nebo vyšetření, kdy se odehrál rozhovor

DEN ROZHOVORU	SUMA	RESPONDENT																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. DEN	1																		1	
2. DEN	8		1		1	1				1			1			1			1	1
3. DEN	4	1		1				1				1								
4. DEN	3					1								1		1				
5. DEN	1							1												
7. DEN	1									1										
10. DEN	2													1				1		

Z tabulky 3 vyplývá, že z 20 (100 %) zákroků nebo vyšetření provedených u 19 respondentů se rozhovor odehrál 1. den po zákroku nebo vyšetření u 1 (5 %) respondenta, 2. den u 8 (40 %) respondentů, 3. den u 4 (20 %) respondentů, 4. den u 3 (15 %) respondentů, 5. den u 1 (5 %) respondenta, 7. den u 1 (5 %) respondenta a 10. den u 2 (10 %) respondentů.

Tabulka 4 Kdo byl s respondentem hospitalizován

ODPOVĚĎ	SUMA	RESPONDENT																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
NIKDO	10		1			1		1	1	1	1	1		1			1	1		
MATKA	6	1		1									1		1	1			1	
OTEC	1					1														
BABIČKA	1																			1
NEBYLA HOSP.	1				1															

Z tabulky 4 vyplývá, že z celkového počtu 19 (100 %) respondentů bylo hospitalizováno bez přítomnosti rodičů 10 (52,6 %) respondentů, s 8 (47,4 %) respondenty byl hospitalizován příbuzný. Z těchto 8 to byla v 6 (31,8 %) případech matka, v 1 (5,2 %) případě otec a v 1 (5,2 %) případě babička. 1 (5,2 %) respondent byl vyšetřen ambulantně, hospitalizován nebyl.

Všichni respondenti ze sledovaného souboru mladší 6 let byli hospitalizováni s blízkou osobou – ve 4 případech s matkou, v 1 případě s otcem a taktéž v 1 případě s babičkou. 2krát byla hospitalizována matka na vlastní přání s respondentem ve věku 8 let (dívkou a chlapcem).

Tabulka 5 Nemocnice a oddělení, kde byli respondenti hospitalizováni nebo vyšetřeni

NEMOCNICE	SUMA	RESPONDENT																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
STRAKONICE	12		1	1		1	1	1	1			1	1		1	1			1	1
PLZEŇ	2									1							1			
PRAHA - MOTOL	2	1												1						
LIBEREC	2										1								1	
MĚLNÍK	1				1															

Z tabulky 5 vyplývá, že ze souboru 19 respondentů (100 %) bylo 12 (63,3 %) respondentů hospitalizováno na dětském oddělení v Nemocnici Strakonice, a. s., 2 (10,5 %) respondenti na oddělení větších dětí na Dětské klinice ve FN Plzeň – Lochotín, 2 (10,5 %) respondenti na dětském oddělení ORL ve FN Motol v Praze,

2 (10,5 %) respondenti na oddělení Ústní, čelistní a obličejové chirurgie v Krajské nemocnici Liberec, a. s. a 1 (5,2 %) respondent byl ambulantně vyšetřen na interním oddělení v Nemocnici s poliklinikou Mělník.

4.2 Kazuistiky respondentů

Rozhovor 1

První respondentkou byla Adélka, 5 let, 1. hospitalizace, s matkou, na dětském oddělení ORL ve FN Motol v Praze. Rozhovor proběhl 3. den po provedené adenotomii. Matka byla rozhovoru přítomná, nezasahovala do něj. Informace byla ochotna v případě potřeby doplnit. Vzhledem k věku byl s Adélkou navázán kontakt přes hračku – panenku Fanyнку, kterou znala z televizního pořadu pro děti (Příloha 14).

Adélka přišla ráno s matkou na oddělení a sestra je uložila na pokoj. Dívka od matky věděla, že jde na „vyndání nosní mandličky“, nic víc. Matka nebyla příznivkyní toho, aby byly dítěti podány informace, říkala: „Myslím si, že je to zbytečné a zatěžující.“

Těsně před odjezdem na operační sál dostala Adélka „kapičky od sestřičky“ a „měla žízeň“. Až v tuto chvíli jí matka řekla: „Adélko, teď si tě sestřička v postýlce odveze za panem doktorem, ten ti dá fouknout do balónku a pak budeš spinkat. Až se probudíš, budeme zase spolu“. Dívka byla po premedikaci unavená, takže se na nic neptala a jen ospale matce zamávala a nechala se v klidu a bez protestů odvézt na operační sál. S sebou si v postýlce vezla svého medvídka.

Po operaci Adélka matce vyprávěla, že opravdu do balónku foukala. Po narkóze dívka téměř celou hodinu plakala, než se úplně probrala. Matka uvedla, že „by uvítala, kdyby jí o této možnosti dopředu někdo informoval“. Odpoledne se Adélce „podívala do krku“ lékařka z ORL a propustila ji domů. Adélka se zlobila, že jí „vážně bolelo v krku a chtělo se jí spinkat, byla strašně unavená“, ale musela „vstát z postýlky“, jít s matkou přes celý areál nemocnice zaplatit regulační poplatek a vrátit se s potvrzením zpět na ORL, kde jim byla vydána zpráva a byly propuštěny.

Podle slov Adélky se v nemocnici ničeho nebála, ale byla moc ráda, že s ní byla matka, protože „bez maminky by se mi moc stýskalo, nejsem ráda sama“. Adélce se v nemocnici nelíbilo, protože když jí bolelo v krku, tak nedostala obklad jako to doma dělá matka, když se jí chtělo po operaci „moc spinkat“, musela jít domů a nejhorší zážitek má z toho, když „mi sestřička musela odlepit náplast, kterou jsem měla na ručičce a vyndat tu jehličku“. Matka doplnila, že šlo o vyndání kanyly ze žíly poté, co lékařka ORL provedla kontrolu.

Rozhovor 2

Druhou respondentkou byla Bára, 8 let, 1. hospitalizace, bez matky, na dětském oddělení v Nemocnici Strakonice, a.s. Rozhovor se odehrál 2. den po provedené lumbální punkci (důvodem byla Bellova obrna, paresa nervus facialis l. sin.).

Pro Báru i její matku byla hospitalizace spíše šokem, nepočítaly s ní, šly pouze na vyšetření k neurologovi, kam je odeslala praktická dětská lékařka. Při přijetí se lékaři rozhodli pro provedení lumbální punkce. Bára se matky držela „jako klíště“ a plakala, že nechce žádnou injekci. Matka měla obavy, jak dívka zvládne zůstat v klidu při vyšetření, proto zkusila požádat dětskou lékařku, aby Báře vše vysvětlila. Jako důvod uvedla strach Báry a to, že její neadekvátní reakce by mohly znemožnit jakoukoli spolupráci. Fyzické omezení navíc vyvolávalo panickou reakci dívky. Lékařka matce vyhověla. U rozhovoru byla s Bárou matka. Lékařka přišla za dívkou na pokoj a řekla, že bude nutné udělat lumbální punkci a to ještě dnes odpoledne. Bára k tomu dodala: „Začala jsem brečet a křičet, co mi to zase chtějí udělat, co to je, že nechci píchat....“ Lékařka zůstala v klidu a srozumitelně a stručně Báře vysvětlila, co se bude dít a co bude očekávat od ní. Že jde sice o vpich, ale že nejdřív to místo umrtví – „zase píchnutí!“ - a pak že bude cítit jenom tlak. „Dokonce mi paní doktorka přímo na mě ukázala, jak budu muset ležet a kam asi mě budou píchat.“ Pak Báře ještě řekla, že potom bude muset ležet na zádech a nebude smět vstávat ani na toaletu, což ji také nepotěšilo. Ale pochopila, že je to nutné, aby ji nebolela hlava nebo sama neupadla. Báru pak vyzvala, aby se zeptala na to, co ji trápí, co jí není jasné. Bářiny otázky zněly:

„Může tam být se mnou maminka? Proč mě pořád musíte píchat, nejde to bez toho? A co budu dělat, když se mi bude chtít na záchod?“ Bára sama říkala: „Pořád jsem se bála, ale už maličko míň, když jsem věděla, co mám dělat.“ Matka doplnila, že jí se Bára „už na nic znovu neptala, že zřejmě vše pochopila a dozvěděla se, co potřebovala“.

Samotná lumbální punkce proběhla podle Báry i podle lékařů v klidu, i když to neočekávali. Bára sama se přiznala, že měla strach, když si ji „sestřička odvedla“ a že plakala, chtěla, aby s ní „šla maminka i na sálek“. Nakonec zvládla vydržet ležet v klidu na boku v nepohodlné poloze s hlavou u kolen a byla moc ráda, že: „jsem mohla držet za ruku toho mladého fousatého pana doktora. On si se mnou povídal a počítali jsme spolu, zkrátka mi pomohl na chvílku zapomenout, že se bojím....Byl na mě moc hodný.“

Bára nakonec dodala, že se v nemocnici bála podle jejích slov „píchání“. Byla by raději, kdyby s ní byla matka celou dobu, bez ní jí tam bylo moc smutno. Také jídlo jí moc nechutnalo. V nemocnici se jí líbila spousta hraček v herně.

Rozhovor 3

Třetím respondentem byl Cyril, 8 let, 2. hospitalizace, s matkou, na dětském oddělení nemocnice Strakonice, a. s. Rozhovor proběhl 3. den po provedené cirkumcizi pro zúžení předkožky a opakované balanitidy. Matka nebyla na přání Cyrila při rozhovoru přítomna.

Cyrila o operaci a jejím průběhu poučila lékařka z urologie, ale spíše informace podala ústně jeho matce a Cyril je jen poslouchal. Pochopil, že půjde o odstranění předkožky, ale co je vlastně předkožka, to mu doma vysvětlil a ukázal otec. Takže do nemocnice šel s jasnou představou, co „mu uříznou“, ale nevěděl, jestli a jak moc to bude bolet a jaký bude pooperační režim. Při příjmu dětská lékařka poučila Cyrila slovy: „No, vždyť ty už všechno víš z urologie“, ale nezeptala se ho, co tedy konkrétně ví. Prostor na otázky při příjmu nebyl vůbec a Cyril to zhodnotil slovy: „Byla tak děsně příjemná, že jsem neměl chuť se jí na něco ptát!“

Cyril se „cítil v pohodě“, strach z operace měl, ale nebyl „strašný, spíše jako pocit lechtání nebo svírání u žaludku, ale v den operace to možná byl jenom hlad“, lakonicky dodal. Toho, že je matka velmi nervózní a přenáší to na Cyrila, si všimla dětská sestra a využila jedné matčiny „odpolední pauzy“ k tomu, aby za chlapcem zašla na pokoj a popovídala si s ním, co ho trápí. Cyril rád využil situace a zeptal se na vše, co dosud nevěděl – proč nesmí jíst a pít před operací, jestli ho to bude bolet až se probudí a když ano, co s ním budou dělat, jestli si smí říct o léky na bolest, jestli bude mít vidět stehy a kdy mu je vyndají, co znamená narkóza. Také se sestře svěřil s obavami, zda-li usne a opravdu se neprobudí v průběhu operace. Sestra ho nechala vypovídat a poslechla si, co už věděl. To, co nevěděl a bylo pro něj důležité, mu objasnila „stručně a jednoduše, ale tak, že mi to hned bylo jasné a divil jsem se, že jsem na to nepřišel sám“. Navíc se domluvili, že si sestra promluví i s matkou, aby se trochu uklidnila. Cyril velmi ocenil, že si pro něj našla dost času a také to, že svůj slib skutečně dodržela a s matkou mluvila.

V den operace dostal Cyril premedikaci, po které měl „hroznou žízeň a byl oblblý“. Jako velmi nepříjemný hodnotil fakt, že ho zřízenec vezl na vozíku přes areál nemocnice na chirurgické oddělení, cestou mu byla zima a z „drncání koleček se mu dělalo špatně“. Líbilo se mu, že až před sál s ním šla matka a držela ho za ruku. Jinak v nemocnici neměl žádný problém, bolest po operaci byla snesitelná a když se zhoršovala, dostal léky, aniž by si o ně musel říkat, sestry se ho samy chodily ptát. Velikou spokojenost projevil s tím, že za ním přišla v den nástupu sestra, měla na něj čas a vše mu vysvětlila. Je přesvědčen, že to hodně snížilo jeho pocit úzkosti z neznámé situace.

Matka doplnila, že pravděpodobně její nervozita pramenila z toho, že nevěděla, co má dělat a jak se chovat. Poté, co s ní sestra promluvila, si uvědomila, že je tam proto, aby Cyrilovi pomohla snášet nepříjemnosti po operaci. Sestra jí velmi taktně upozornila, co je její povinností, co může dělat a čím Cyrilovi prospěje a čím ne. Vysvětlila jí i nějaké techniky na odpoutání pozornosti od bolesti (čtení knížky, hádanky, počítání...). Podstatné informace byly ty o režimu po operaci – kdy bude smět Cyril pít, jíst, vstávat, co má dělat, kdyby zvracel, jak se sester dovolá nebo kde je

najde. Matka sama uznala, že to bylo „skvělé“, že s ní někdo takto „jasně a konstruktivně“ promluvil, velmi ji to uklidnilo.

Rozhovor 4

Čtvrtou respondentkou byla Daniela, 15 let, která byla ambulantně vyšetřena na interním oddělení v Nemocnici s poliklinikou Mělník. Rozhovor proběhl 2. den po gastroskopii, bez přítomnosti otce, který nechtěl informace ani doplnit.

O vyšetření Danielu nepoučil podle jejích slov nikdo. Dětská lékařka napsala doporučení beze slova, otec sám gastroskopii absolvoval, ale dívce řekl jen, že „je to nepříjemné, ale dá se to přežít“, že nemá mít strach. Jedinou informaci, kterou předem obdržela, byl datum a čas vyšetření a to, že má být nalačno od předchozího večera. Takže si přečetla všechno možné, co o gastroskopii našla na internetu, a shlédla tam i „nějaká videa“. Vzhledem k tomu, že jí bylo „pořád špatně“, ji to nevylekalo, spíše byla ráda, že „ví, do čeho jde“. Chtěla vědět, proč jí pořád není dobře a hlavně to nějak léčit, aby se konečně mohla soustředit na studium.

Těsně před výkonem otec podepisoval informovaný souhlas, lékař ho poučil, ale přímo na Danielu nemluvil. Poslouchala tedy to, co říká otcí, možnost dotazů neměla žádnou. Vyšetření bylo provedeno v analgosedaci, Daniela se cítila „unavená, oblblá, točila se jí hlava“. Samotné vyšetření hodnotila jako nepříjemné hlavně kvůli pocitu, že: „máš něco v krku a nutí tě to zvracet, otáčí se ti žaludek“. Strach podle svých slov „asi neměla, už to chtěla mít co nejrychleji za sebou“. Největší negativum viděla v tom, že nikoho „nezajímala“, nikdo nemluvil přímo k ní, cítila se „jako kdybych byla vzduch, jen další případ, ne člověk, natož dítě“. Uvítala by, kdyby jí kdokoli ze zdravotníků řekl, jak bude gastroskopie probíhat, co má dělat, jak se chovat, jak dát při vyšetření najevo, že třeba něco není v pořádku nebo ji něco bolí.

Rozhovor 5

Pátým respondentem byl Emil, 9 let, 1. hospitalizace, bez doprovodu, na JIP dětského oddělení Nemocnice Strakonice a. s. Rozhovor se odehrál 2. den po provedeném CT vyšetření břicha v celkové anestézii (důvodem by úraz na kole – náraz břichem na řídítka).

V den přijetí na JIP bylo Emilovi špatně, točila se mu hlava, zvracel a bolelo ho břicho. To, že musí do nemocnice na pozorování, mu řekla matka hned po prvním ošetření na chirurgickém oddělení. Také mu vysvětlila, že zatím nesmí nic jíst ani pít, že dostane do ruky „hadičku, kterou mu poteče pití přímo do ruky“. Na zavádění samotné infúze si nevzpomíná, ví jen to, že nechtěl, aby matka odešla, plakal, a tak s ním matka zůstala až do té doby, než usnul. Druhý den ráno měl žízeň a hlad, špatně už mu nebylo. Ale sestra mu nedala nic jíst ani pít a řekla mu, že půjde „na vyšetření bříška do tunelu, že bude spát a nebude o ničem vědět“. Emil byl vyděšený a chtěl matku. Poté, co dostal premedikaci, usnul a ani nevěděl, kdo, jak a kam ho na vyšetření odvezl. Když se probudil, zase ležel na JIP ve své posteli a divil se, že už má „tunel“ za sebou. Ptal se, jak vyšetření dopadlo, jestli by tedy nemohl jít domů, ale nikdo mu nic nechtěl říci. Nejprve si pomyslel, že „je to s ním vážné“ a tak plakal, že se mu stýská po matce. Pak usnul a když se vzbudil, dostal najíst a napít, což mu zlepšilo náladu. Sám říkal: „Když jsem dostal najíst, napadlo mě, že to asi nebude tak zlé, to by mi přeci nedali nic jako předchozí den. Zlepšila se mi nálada. Když přišla maminka, řekla mi, že vyšetření dopadlo dobře a že nic poraněného uvnitř nemám. Nevím, proč mi to neřekli rovnou a nechali mě brečet! Měl jsem zbytečně strach. Tak už jsem se raději na nic neptal, stejně by mi zase nic neřekli.“

Emilovi se v nemocnici nelíbilo proto, že mu nechtěl nikdo nic říct a on se bál. Měl pocit, že by měla být matka s ním, aby „ho chránila před doktory a sestrami“, kteří mu stále říkali, aby „neplakal, že je velký a statečný chlap, co musí něco vydržet“ a vůbec nedbali na to, že je mu smutno a že se mu stýská. Jediné, co se mu v nemocnici líbilo, byla herna, kam si mohl jít odpoledne hrát.

Matka doplnila, že ji mrzelo, že Emilovi lékaři nic neřekli o výsledku vyšetření, přestože je upozornila, že je úzkostný a má bujnou fantazii.

Rozhovor 6

Šestým respondentem byl Fanda, 5 let, 1. hospitalizace, s otcem (matka kojila chlapcova půlročního bratra), na dětském oddělení Nemocnice Strakonice, a. s. Rozhovor proběh 4. den po operaci tříselné kýly vpravo.

Den před nástupem do nemocnice vysvětlila Fandovi matka, že musí jít do nemocnice, aby mu tam „spravili tu díрку“. Fanda se zeptal: „To mi tam dají záplatu?“. Matka mu ještě řekla, že bude při tom „spravování spinkat a až se vzbudí, bude na něj u postýlky čekat tatínek“. Více informací pokládala za zbytečné.

Podle otce lékaři na dětském oddělení ani sestry Fandovi o operaci nic neříkali. Vzhledem k tomu, že byl se synem hospitalizován, měl možnost mu ráno vysvětlit nějaké detaily, které Fandu zajímaly. Poprosila jsem chlapce, aby své hračky, plyšového kamarádu Františkovi (Příloha 15), vysvětlil tak jako otec, co se bude dít, když půjde taky na „opravu kýly do nemocnice“. Fanda byl překvapivě sdílný: „Hele, Františku, neboj. Táta říkal, že budeš muset být od večera bez jídla a pití, ale seš přece chlap, to vydržíš. No a pak ráno dostaneš jako já takovou košilku, ze které ti bude koukat zadeček ven a do toho zadečku ti dají čípek. No a pak se ti bude chtít spát. Odvezou tě do té dílny, kde dostaneš záplatu. Ty jsi jel taky se mnou a já pojedu taky s tebou a táta půjde s námi a bude nás držet za ruku, společně to zvládneme jako chlapi, co říkáš? Pak tátu necháme za dveřma a pojedeme za panem doktorem, který nás nechá nafouknout balónek a všichni kolem nás budou poskakovat, budou mít na hlavě srandovní čepice a zakryté pusu. Vypadají trochu jako strašidla, ale my budeme spolu a tak se nebudeme bát. Pak už nic nevím. Když jsem se probudil, byl jsem v pokoji, seděl u mě táta, trochu mě bolelo to spravené místo a měl jsem žízeň. Táta mě pohládl, zase jsem usnul. Když jsem se zase probudil, divil jsem se, že mám v ruce hadičku, která vede k divné láhvi s vodou. Táta mi řekl, že to mám místo pití. No a pak za námi přišla máma s bráchou. A víc už vědět nepotřebuješ!“, dokončil vyprávění Fanda.

Fanda se ptal jen otce, personál oddělení neoslovoval. Otec neměl pocit, že by synovi chyběly nějaké informace, neprojevoval strach ani úzkost. Chlapec se v nemocnici bál jenom injekcí, nestěžoval si, že by ho něco bolelo. Nejvíce ho zaujalo, že na náplast, kterou měl přelepenou operační ránu, byl nakreslený „ptáček“. Nakreslil mu ho tam lékař, který ho operoval. A byl moc pyšný na to, že dostal od sester z operačního sálu diplom za statečnost.

Rozhovor 7

Sedmou respondentkou byla dívka Gábina, 11 let, 1. hospitalizace, bez doprovodu, na dětském oddělení Nemocnice Strakonice, a.s. Rozhovor proběhl 3. den po operaci tříselné kýly vlevo. Matka se rozhovoru na přání Gábiny nezúčastnila.

Gábina měla tříselnou kýlu už asi 1,5 roku, o operaci bylo rozhodnuto před 4. měsíci, ale dvakrát ji museli odložit – jednou kvůli nachlazení, podruhé kvůli angíně. Takže se vlastně na hospitalizaci připravovala dlouho dopředu. Veškeré informace jí předávala matka: „U nás doma nemáme před sebou žádná tajemství, mamka mi nic neskrývala, mluvily jsme o tom naprosto přirozeně, takže jsem se nebála.“ Lékaři na chirurgii ani na dětském oddělení Gábině nic neřekli, zrovna tak sestry. Sama říkala: „Měla jsem pocit, že jsem pro ně vzduch, že je nezajímám. Chodili kolem mě, ale nic neřekli, koukli se na břicho, sáhli mi na něj... a zase nic. Když jsem se zeptala, odpověděli na půl pusy něco neurčitěho, jako že je to dobrý nebo že se uvidí, že mi to ještě upřesní, ale k tomu už nikdy nedošlo. Měla jsem vysloveně pocit, že je svýma dotazama otravuju.“ Deficit informací ale nevnímala nijak dramaticky, protože většinu věcí věděla od matky.

Gábina se netajila tím, že by byla ráda, kdyby matka byla s ní v nemocnici hospitalizována alespoň v den operace a den po ní. Gábině se v nemocnici líbil postoj lékaře, který ji před operací uspával. „Byl moc hodný, všechno mi vysvětlil. Narkózy jsem se docela bála, ale nakonec to byl nejlepší zážitek z celé nemocnice. Celou dobu u mě seděl a počítal se mnou tak dlouho, až se mi zavřely oči a už nic nevím. Škoda, že tam nebyl, když jsem se probudila.“ Jako nejhorší naopak hodnotila nezáměr sester. „Šla jsem v předklonu za sestřičkou, že mě moc bolí břicho. A ona mi na to řekla: „A co

já s tím mám dělat?“ a šla a pomazala mi jizvu nějakou zelenou vodičkou. Vůbec to nepomohlo. Odplížila jsem se zase zpátky na pokoj a tam jsem se stočila na posteli do klubíčka a brečela jsem. Tak mě našla mamka, když přišla na návštěvu, zašla za sestrou a přinesla mi tabletu, po které bolest po chvíli ustoupila. Mamka mi mezitím četla pohádku. Nevím, proč mi ji nemohla dát hned.“

Matka také měla pocit, že si dívky personál moc nevšímá. Ráda by s dcerou zůstala alespoň v den operace, ale bylo jí řečeno, že na oddělení nemají volný pokoj, kam by je uložily společně, že by pak Gábinu museli zase stěhovat na jiný pokoj a že by to bylo moc komplikované. Naštěstí „Gábina je už velká a samostatná“ a tak operaci zvládla podle matky „v pohodě“. Při příjmu, když podepisovala informovaný souhlas, hovořila lékařka pouze k ní jako k matce, Gábině nic nevysvětlila. Snad jen s oddělením a s tím, kde najde WC a jídelnu a že od večera nesmí nic jíst a pít, dívku seznámila sestra.

Rozhovor 8

Osmou respondentkou byla Hanička, 9 let, 1. hospitalizace, bez matky, na dětském oddělení Nemocnice Strakonice, a. s. Rozhovor proběhl 5. den po provedené appendektomii, která byla komplikována perforací appendixu, počínající peritonitidou a horečkami.

Haničku před operací nikdo nepřipravoval. Rodiče ji přivezli večer na pohotovost s velikými bolestmi v pravém podbřišku, měla horečku a zvracela. To, že musí zůstat v nemocnici a že půjde na operaci snad ani pořádně nevnímala. Jen se držela matky za ruku a chtěla mokrý obklad na čelo, aby se jí netočila hlava. Vůbec na nic se neptala, na to jí bylo příliš špatně. Sama říkala: „Mám pocit, že jsem vlastně spíš nechtěla nic slyšet, jen mě zajímalo, kdy už mě nebude nic bolet.“ Jestli se něčeho bála, to si nevzpomíná, všechny vzpomínky má „jakoby v mlze“.

Po operaci se probudila a seděla vedle ní matka, to ji moc potěšilo. Byla ráda, že není sama. Bolest byla také mírnější. Pak už jí bylo lépe, sestry se o ni „hezky staraly“, když něco chtěla objasnit, vysvětlily jí to (že má infúzi, že proto nemůže vstávat sama

z postele, že má na ně zazvonit, když se jí bude chtít na toaletu, že až jí infúzi odpojí půjdou s ní, atd.). Vůbec se jí ale nelíbilo, že musela být 3 dny jen na umělé výživě, dokonce první dva dny nesměla ani pít. Měla hrozně sucho a „odporný pocit“ v puse, sestry jí dovolily si pusu vypláchnout. Zajímavé bylo, že ji netrápila ani tolik bolest po operaci, ale spíš hlad. Nikdo jí ale uspokojujivě nevysvětlil, proč nesmí ještě jíst. Sestry jí řekly, že jí to musí vysvětlit lékařka a ta se s ní „nebavila“. Když pak už směla tekutiny, dostala řídkou polévku a k večeři něco, co nazvala „odporným blevajzem“, připomínalo jí to rozmočený „chleba v kafi“ a prý to „nechutně smrdělo“. Samozřejmě to odmítla dát do úst a sestra se hněvala a nutila ji to sníst. Nakonec to rozzlobeně odnesla se slovy: „No jak chceš, tak budeš mít tedy hlad, to je tvoje věc.“

Matka dodala, že má pocit, že sestry byly komunikativní a ochotné odpovídat na dívčiny dotazy, ale lékařka se bavila jen s ní jako s matkou a s dcerou ne.

Rozhovor 9

Devátou respondentkou byla Iva, 14 let, 1. hospitalizace, bez doprovodu, na oddělení větších dětí na Dětské klinice ve Fakultní nemocnici Plzeň – Lochotín. Rozhovor proběhl 2. den po provedené gastrokopii. Matka nechtěla být rozhovoru přítomná.

Ivu s vyšetřením seznámila velmi zběžně již její dětská lékařka. Ivě se do nemocnice nechtělo, měla strach z gastrokopie, nechtělo se jí „polykat hadicí“. Ale nutnost vyšetření chápala, cítila se totiž jako „hypochondr, když si pořád stěžuje dokola na to samé“. V nemocnici byla velmi mile překvapena, že ji s vyšetřením přišla seznámit herní specialista. Moc si chválila její přístup a hlavně ji informace zbavily strachu, cítila jen „mírný neklid“. Herní specialista nejprve vysvětlila výkon matce a dohodla se s ní, že s Ivou si budou povídat o samotě. Sama Iva o přípravě řekla: „Bylo to super. Ta paní přišla za mnou na pokoj, představila se mi a odvedla si mě do herny. Cítila jsem se jako dospělá, vůbec se mnou nejednala jako s dítětem. Měla jsem pocit, že jsem pro ní důležitá, že jí záleží na mém pocitu pohody. Vysvětlila mi, co se při gastrokopii děje. Ukazovala mi přitom fotky na počítači a obrázky v knížce. Nezapomněla ani na to, jak se budu cítit já, respektive co budu cítit. Bylo zajímavé,

když mi ukázala, kam až mi tu „hadici“ zasunou, a co si budou kde prohlížet. Nezapomněla ani na to, že mi píchnou nějaké léky do žíly, upozornila mě, na jakém boku musím ležet a že si mám raději sundat brýle. Taky mi řekla, že se budu cítit ospalá a unavená. Musím říct, že měla ve všem pravdu.“ Iva se cítila po přípravě uklidněná, také proto, že měla dost času na dotazy. Navíc ji herní specialistka nechala čas, aby o všem přemýšlela, a znovu za ní přišla ještě odpoledne. Nakonec se domluvily, že gastrokopie je nepříjemný výkon, ale že jej zkusí Iva zvládnout jen v analgosedaci, bez celkové anestézie.

Gastroskopii Iva zvládla bez větších nesnází a byla na sebe právem pyšná. Ocenila, že informace, které dostala, odpovídaly skutečnosti. Navíc ji na její přání herní specialistka na vyšetření doprovodila a byla jí tak cennou oporou v nelehké situaci. Iva řekla: „Vyzařoval z ní takový klid a přesvědčení, že to zvládnou, že by mi byla hanba tam nějak vyvádět. Celkem gastrokopie nebyla tak hrozná, jak jsem si předtím myslela, ale dost nepříjemné bylo to štípání, když mi brali ze sliznice jícnu ty vzorky.“

Matka Ivy byla přístupem herní specialistiky nadšená a moc její práci chválila. Byla mile překvapena, že díky spolupráci s herní specialistkou zvládla Iva gastrokopii celkem v dobré náladě a hlavně bez celkové narkózy.

Rozhovor 10

Desátým respondentem byl Jiří, 16 let, 2. hospitalizace, bez doprovodu, na oddělení Ústní, čelistní a obličejové chirurgie v Krajské nemocnici Liberec, a. s. Rozhovor proběhl 7. den po extrakci zubů (stoliček č. 8), bez přítomnosti otce. O tom, proč musí „zuby ven“ a operačně, ho poučila jeho lékařka - zubařka.

O samotné operaci a o jejím průběhu s Jiřím nikdo nehovořil. Otec, který ho k hospitalizaci doprovázel, nic bližšího nevěděl. A Jiří na to řekl: „Vlastně jsem se na nic neptal, bylo mi to fuk. Tušil jsem, že nebudu moct nějaký čas pořádně jíst a že mě bude bolet pusa. No co, říkal jsem si, že to přežiju.“ Lékaři chlapec také přímo nic nevysvětlovali, jedinou informací bylo, že zákrok provedou v celkové anestézii. Sestra

na oddělení mu sdělila, odkdy nesmí jíst a pít a že nemá kouřit. Zpětně nedostatek informací hodnotil slovy: „Asi jsem se měl víc ptát. Je fakt, že jsem to neřešil. Ale kdybych věděl, jak to bude bolet a že 3 dny neotevřu vůbec pusy, asi bych do toho nešel.“ Hospitalizace ani výkonu se dopředu nebál. „No co, byl jsem blázen!“ A moc hezky hodnotil práci sester na oddělení: „Byly milé, většinou mladé, hezké. Pořád kolem mě běhaly, nosily mi led a léky proti bolesti, sám jsem si nemusel říkat. Byly super. A já měl hubu oteklou jako meloun a nezmohl jsem se ani na úsměv, natož na nějakou kloudnou větu.“ V nemocnici neměl pocit, že by mu něco podstatného chybělo. Otec ho vyzvedl až v den propuštění, o dalším režimu, hlavně ústní hygieně a kontrolách jim oběma řekl propouštějící lékař.

Otec doplnil, že i on sám o výkonu neměl žádné podrobné informace. Připravovat předem Jiřího tedy nemohl a vlastně ani nechtěl: „Je dost velkej na to, aby se zeptal, když by ho něco zajímalo, ne?“ Informovaný souhlas podepisoval, ale utkvěly mu z něj pouze komplikace anestézie, které „jsem si raději ani nepřipouštěl“. S žádnými podrobnostmi zákroku a pooperačního období ho lékař blíže neseznámil.

Rozhovor 11

Jedenáctou respondentkou byla Katka, 15 let, 1. hospitalizace, bez doprovodu, na dětském oddělení Nemocnice Strakonice, a. s. Rozhovor proběhl 3. den po provedené gastrokopii v celkové anestézii. Souhlas s rozhovorem dala teta, účastnit se ho nechtěla a nechtěla podat doplňující informace.

Katka měla za sebou „moc ošklivý rok“, v němž jí zemřela po porodu matka spolu s novorozeným bratrem. K hospitalizaci ji přivedla teta (sestra matky) pro podezření na mentální anorexii, protože za poslední rok zhubla 20 kg (ze 74 kg na 54 kg při výšce 158 cm). Přišlo jí to nesmyslné: „Koukněte se na mě, nejsem vyhublá, nevím, proč teta blbne! Zhubla jsem pro to, že občas doma nemáme nic k jídlu.“ Tetu ale vystrašilo opakované zvracení krve. Proto musela absolvovat gastrokopii. Pobytu v nemocnici se nebála, naopak byla docela ráda, že se nebude „muset o nic starat a bude žít alespoň chvíli jako předtím“. Pozornost sester „nebyla sice nijak přehnaná“, ale Katku velmi

těšila. Ani nezpозorovala, že na ní dohlížíjí zvláště při jídle. V nemocnici se stravou problém neměla, snědla vždy vše, nezvracela.

O gastrokopii jí nikdo nic neřekl. Když se ptala sestry, ta jí řekla: „Neboj, budeš spát a nebudeš o ničem vědět.“ A pak dodala, od kdy nesmí jíst a pít. Katka se s tím spokojila a již se na nic neptala. Když ji pak ale vezli na vozíku po premedikaci na interní oddělení, přeci jen jí to nedalo a vyptávala se sestry, která ji doprovázela. Ta se jí pokusila stručně a jasně nastínit, o co jde při vyšetření. Katka vyprávěla: „Když došla k tomu, že mi pusou strčí hadici do žaludku, aby se podívali, co tam mám, udělalo se mi špatně, točila se mi hlava a chtělo se mi zvracet. Možná to bylo i z té injekce, co jsem dostala ještě na oddělení, nebo z té cesty, kdy vozík drncal a poskakoval a já se bála, že spadnu. Raději jsem jí řekla, že už dál nechci nic vědět. Začala jsem se docela bát a byla jsem moc ráda, že mě uspí. Jestli jsem se do této doby trochu bála narkózy, tak teď jsem z ní byla nadšená.“

V nemocnici se jí líbilo, měla vše přichystáno (jídlo, postel), nemusela se o nic starat („o nákupy, vaření, uklízení ani bráču“) a moc ji těšilo, že nemusí chodit do školy. Také se jí líbila spousta hraček v herně a možnost se dívat na DVD nebo televizi. Nebyla spokojená snad jen s tím, že za ní chodí málo návštěv. Říkala, že stejně po smrti maminky „nemá moc kamarádek, všichni se jí spíše vyhýbají“.

Rozhovor 12

Dvanáctým respondentem byl Lukášek, 5 let, 1. hospitalizace, s matkou, na dětském oddělení Nemocnice Strakonice, a. s. Rozhovor proběhl 2. den po adenotomii.

O tom, že půjde do nemocnice na „vyndání mandličky“ mu řekla 2 dny předem matka, když ji našel, jak balí do tašky potřebné věci. Zaujalo ho, že tam je jeho pyžamo a tak se zeptal, kam pojedou. Protože často jezdil s rodinou na výlety nebo dovolené, nepovažoval to za nijak mimořádnou situaci. Když mu pak večer před nástupem do nemocnice dával otec „pusu na dobrou noc“ a řekl mu, že se na něj odpoledne přijde podívat, byl zvědavý, kam to „jedou bez táty“. Matka mu tedy vysvětlila, že to není

výlet a nemocnice že není hotel. Lukáška zajímalo, co se tam tedy bude dít. „Maminka se mě pak ptala, jestli si pamatuju, jak mi paní doktorka sahala prstem do pusy a já jsem jí kousl. A řekla mi, že mě pan doktor nebo paní doktorka dají na nos takovou gumovou masku a já budu dýchat do balónku a pak budu spinkat a o ničem nebudu vědět.“ Matka zároveň anesteziologickou masku Lukáškově ukázala, protože jeho starší sestra má doma „doktorský kufřík“ a tam maska na obličej je. Lukášek pak „běhal po pokoji“ a s maskou sestru strašil. Takto podané informace mu stačily a zajímalo ho jen to, jestli si má vzít s sebou svoji oblíbenou knihu a hračky.

V den nástupu do nemocnice matku překvapilo, že lékaři hovořili jen s ní a Lukáškově nikdo nic nevysvětloval. Když se zeptala, jestli synovi také něco k operaci řeknou, bylo jí vysvětleno, že je to zbytečné, je prý příliš malý na informace a bylo by to pro něj zbytečně zatěžující. Celé odpoledne si pak s Lukáškem matka hrála v herně na oddělení a chlapec byl spokojený, neprojevoval strach ani úzkost z neznámého prostředí. V noci špatně spal, budil se, měl žízeň, ale už nesměl pít a tak byl rozmrzelý a ufnukaný. Ráno dostal premedikaci v rektálním čípku a matka ocenila, že mu sestra vysvětlila, že mu dá čípek a jak s ní má spolupracovat. Vzhledem k tomu, že Lukášek k ránu nespál, byl unavený, usnul a ani nevěděl, že ho zřízenec odnesl od matky pryč. Vzbudil se ve své posteli až po operaci a mračil se na matku, hledal „pana doktora s maskou“. „Máma mi řekla, že si budu hrát s maskou, ale nikde jsem ji neviděl. A do balónku jsem taky nefoukal. Zato mě bolelo trochu v krku a studil mě ten obklad na krku, fuj. Měl jsem žízeň a chuť na zmrzlinu.“

Lukášek ještě prospal celé dopoledne a kus odpoledne. Z celé hospitalizace mu nejvíce vadila žízeň v noci a po operaci a hlavně kanyla v žíle, kterou měl ovázanou obinadlem. Bolela ho z ní ruka a chtěl ji vyndat „nejpozději ihned“, mluvil o tom každou chvíli. Když ovšem sestra přišla, že ji odstraní, Lukášek se vzpouzel: „Řval jsem jako tygr a pral jsem se s mámou, když mě držela.“ Jako nejošklivější zážitek vnímal odlepení náplasti. Jinak se mu v nemocnici docela líbilo, „protože tam byla máma se mnou a bylo tam hodně hraček“.

Rozhovor 13

Třináctou respondentkou byla Magda, 17 let, 5. hospitalizace, bez doprovodu, na dětském oddělení ORL ve FN Motol v Praze. Rozhovor probíhal 10. den po odstranění cysty za levým ušním boltcem v celkové anestézii, bez přítomnosti matky.

Magda byla před operací na vyšetření „přímo u pana primáře“ a ten jí slíbil, že zákrok provedou v lokální anestézii v úterý, v nemocnici bude do pátku a v pondělí bude moci jít do školy. Postup operace jí v přítomnosti matky docela srozumitelně vysvětlil, takže žádné obavy před nástupem do nemocnice neměla.

Magda nečekala, že by měla v nemocnici nějaké problémy, chtěla se hlavně rychle vrátit do školy, aby nezameškala „moc učení“. Proto byla vývojem situace zaskočena. Vyprávěla: „Nastoupila jsem v pondělí, po obědě jsem já i ostatní šli na vyšetření. V ordinaci bylo asi 5 lékařů, pan primář mi prohlédl díru za uchem a sdělil mi, že zákrok provedou ve středu a v celkové anestézii. Bránila jsem se, několikrát jsem se ho ptala, proč to chtějí udělat jinak, než jsme se dohodli před nástupem do nemocnice, ale naprosto mé otázky ignoroval a mluvil se mnou jako s totálním blbem. Dost mě tím naštvál, ale už jsem nemohla utéct. Večer mi přišla sestřička do předloktí píchnout injekci, prý lokální anestetikum, aby se zjistila případná alergická reakce. Zadoufala jsem, že si to snad zase rozmysleli a vrátili se k původní variantě....Marně. Vůbec netuším, proč mi tedy ten test dělali. Navíc se mi na ruce objevila skoro za dva dny rudá skvrna a svědila jako čert, prý pozdní alergická reakce.“

„Nemocnice samotná mě taky nenadchla, oddělení se nacházelo v takových katakombách, jídlo příšerný a já tam musela trčet zbytečně 2 dny. Středa byla v pohodě, nebála jsem se, protože oblast za uchem není moc citlivá. Dostala jsem injekci a pak mě odvezli na sál. Tam byla paní doktorka, obcházela kolem mě a ptala se, kde na krku mi mají operovat tu cystu! Vyděšeně jsem vyjekla, že ne na krku, ale za uchem....Víc nevím, to bylo poslední, co si pamatuju. Fakt hezkej úvod do narkózy. Naštěstí po probuzení u mě byla mamka, sestřička se vůbec neukázala, až když jí máma zavolala. Řekla mi, že můžu vstát i jíst a pít a zase zmizela. Mamka mě doprovodila

na záchod a pak jsem chtěla jít zavolat ségře, ale zamotala se mi hlava a málem jsem sebou sekla. Docela by mě zajímalo, co by se stalo, kdybych tam byla sama, kdo by mi pomohl zpět do postele. Ucho vůbec nebolelo, jen mě pod obvazem něco pořád tahalo a štípalo, tak jsem večer chtěla při kontrole po doktorce vědět, co to je, ale byla děsně protivná, řekla mi, že tam mám drén a musím to vydržet. Druhý den jsem si naštěstí vydržkovala vyndání drénu, vůbec nic mi nebylo a chtěla jsem domů. Nebavilo mě dělat poskoka pacientkám na našem pokoji, ale nic jiného mi nezbylo, protože sestry nás naprosto přehlížely. Holčička vedle na posteli po operaci zvracela a nikdo by si jí ani nevšiml. V pátek při velké vizitě jsem uprosila primáře, aby mě pustil na víkend domů, paní doktorka, která mi to nechtěla dovolit na mě měla dost vztek, ale bylo mi to šumák...V neděli jsem se musela vrátit, pak mě tam ještě týden drželi, vůbec nechápu proč. Vyndat stehy mi přeci mohli ambulantně.“ Magda byla frustrovaná nedostatkem informací a „naštvaná“, že na její dotazy nikdo nereagoval.

Magdina matka doplnila, že ji lékař odmítl informovat. Na oddělení po operaci si dcery nikdo nevšímal. Matku vyděsilo, když Magda málem omdlela, ale nikdo tomu nevěnoval pozornost. A také to, že Magda po operaci doslova „visela hlavou z postele dolů“, jak jí za uchem „obtěžoval ten drén“.

Rozhovor 14

Čtrnáctou respondentkou byla Nina, 8 let, 1. hospitalizace, s matkou, na dětském oddělení Nemocnice Strakonice, a. s. Rozhovor proběhl 4. den po plánované appendektomii pro chronickou appendicitis.

Nina nemocnici i oddělení znala docela dobře, cítila se tu jako doma. V průběhu minulých 2 let trpěla opakovaně bolestmi břicha. Vzhledem k tomu, že je Nina dívka a ruptura akutního zánětu slepého střeva by mohla ohrozit její budoucí plodnost, přistoupili nakonec lékaři k odstranění slepého střeva.

S nutností operace seznámila Ninu její dětská lékařka. Nutnost operace jí vysvětlila jasně, stručně a bez zbytečných detailů, které by dívku mohly vyděsit. Ninu těšila

vyhlídka toho, že skončí časté výjezdy do nemocnice a taky „to, jak na ni divně doktoři vždycky koukali, jako by si pořád vymýšlela“. O operaci doma mluvila opakovaně s matkou, chystaly spolu věci a jediné, co si přála bylo, aby matka mohla zůstat celou dobu s ní. „Nechtěla jsem být sama bez mámy, co kdybych něco potřebovala a nikdo by mi nepomohl?“

Na oddělení Nině nikdo již nic nevysvětloval a ona sama se neptala. Sestra jí jen sdělila, od kdy už nemá jíst a pít a také to, že půjde na řadu další den jako 2., takže asi kolem 9. hodiny. Ninu uklidnilo, že ví, kdy může „něco“ očekávat. Spala „kupodivu celkem dobře“ a probudila se v dobré náladě. Matka jí nachystala operační košilku, anděla, která Nině přišla „dost k smíchu“. Stále běhala po pokoji a „kroutila zadečkem, který jí nahatý vykukoval z košilky“. O tom, co bude po operaci, neuvažovala. Když jela na vozíku se zřízencem a matkou na chirurgii, ještě se usmívala, strach dostala až těsně před operačním sálem. Tady se jí ale ujal „mladý a moc hodný pan doktor a sestřička“, takže matce jen zamávala a vydala se s nimi „na cestu do neznáma“. Překvapilo ji, že všichni mají zakryté vlasy a ústa, a sestra jí vysvětlila proč. „Bylo to divné, všichni byli zakuklení a celí v zeleném, ale přesto jsem věděla, že se na mě usmívají. Pan doktor mi pořád něco vyprávěl a pak jsme spolu počítali, až se mi zatočila hlava a já jsem usnula...“

Po operaci se Nina probudila na oddělení ve svém pokoji, seděla u ní matka. „Hrozně mě bolelo břicho. Brečela jsem, to byl podvod, předtím mě přece nic nebolelo! Co mi to udělali? Proč mi to dopředu neřekli?“ Nina plakala tak dlouho, až znovu usnula. Když se probudila, dostala léky proti bolesti a matka jí vyprávěla pohádku a zpívala jí, dokud „nezabraly“ a bolest se nezmírnila. Druhý den už bylo Nině lépe, dostala čaj a tak, i když ji trápil hlad, měla veselejší náladu. „Okukovala jizvu“ a vypytovala se, co jí „z břicha sebrali“. Když vstávala z postele, sestra jí ukázala, jak si má břicho přidržet, aby tolik nebolelo. „To bylo fajn, hned mi to šlo lepší. Jen jsem se divila, že jsem tak slaboučká a musela jsem chodit předkloněná, nemohla jsem se pořádně narovnat. Fakt jsem byla ráda, když jsem si zase lehla zpátky.“

Nina si moc chválila, že byla matka s ní. „Když se mnou byla máma, ničeho jsem se nebála. S mámou spolu zvládneme všechno!“, pyšně hlásila otci. Jediné, s čím Nina nebyla spokojená v nemocnici, byl hlad. „Když už mě břicho skoro nebolelo, chtěla jsem něco jíst. Ale jeden den jsem směla jen čaj, další zase jen kafe a polívku, teprve až třetí den mi dali piškoty! Snědla jsem dva a už jsem nemohla.“

Rozhovor 15

Patnáctou respondentkou byla Olinka, 6 let, 1. hospitalizace, s matkou, na dětském oddělení Nemocnice Strakonice, a. s. Rozhovor proběhl 2. den po provedené adenotomii.

Olinka byla zpočátku plachá a tak byla opět použita panenka Fanyinka. Dívka měla opakované rýmy, kašle a teploty a po zjištění „zvětšené nosní mandle“ byla ihned objednána na operaci. Lékařka jí jen řekla, že „mandle musí ven, aby nebyla stále nemocná“. Na pobyt v nemocnici připravovala dívku matka doma, 4 dny předem, ale sama neměla mnoho informací, jak celý zákrok probíhá, a tak byla stručná. Olince to ale stačilo, nevyptávala se a hlavně neprojevovala žádný náznak strachu. Do nemocnice měly nastoupit v neděli odpoledne. V sobotu Olinka strávila odpoledne „s dědou“, vrátila se domů a byla podivně zamlklá. Rodiče to zarazilo, ale z Olinky „nedostali kloudné slovo“ a tak to přešli mlčením. V neděli začala Olinka „fňukat, že jí bolí břicho“, měla lehce zvýšenou teplotu, stav do odpoledne vygradoval tak, že jen ležela na pohovce, byla absolutně apatická, nic nejedla a nepila a hlavně se odmítala hýbat a chodit, že jí „moc bolí břicho“. Matka z toho byla značně vyděšená, Olinku naložili do auta a jeli do nemocnice. Uklidňovali se tím, že i kdyby to byl „slepák“, předoperační vyšetření mají hotové. V nemocnici lékař dívku prohlédl a žádnou patologii neshledal, ale měl podezření na potíže způsobené neurózou, vypadalo to, jako kdyby Olinku někdo „operací mandle pěkně vystrašil“. S matkou se tedy dohodli, že pokud bude Olinka „bez teploty“, nebudou zákrok odkládat a nastoupí až ráno nalačno. Už cestou domů se dívka rozveselila, dostala hlad a chovala se „naprosto normálně“. Rodiče si lámali hlavu, co kdo dceři mohl říci. Nakonec je napadl

„dědeček“, který stále Olinku litoval: „Ty moje chudinko, ty musíš do nemocnice na operaci!“. Z Olinky ale „nedostali ani slovo“.

Vzhledem k tomu, že Olinka byla v pořádku, do nemocnice nastoupila s matkou ráno, hned se převlékla do operačního pyžama, dostala „do zadečku čípek“ (musela jí ho aplikovat matka a ne sestra) a „pofňukávala“, ale celkem bez problémů se nechala odnést zřízencem na operační „sálek“. Po 30 minutách ji přinesli zpět, Olinka „spinkala jako andělíček“, občas se probudila. Na nic si nestěžovala: „Nic mě nebolelo, jen jsem byla hrozně unavená a chtělo se mi spát.“ V podstatě se dívka prospala až do dalšího rána, v mezičase se najedla a napila, ani v herně se nebyla podívat. V nemocnici jí nejvíce vadila „ta hadička v ruce, to mě bolelo“, a když ji sestra večer vyndala, vyžádala si Olinka ještě „led na ručičku“. Ráno zkontrolovala dívku lékařka z ORL a byly propuštěny s matkou domů. Olinka byla klidná a vypadalo to, že problémy žádné už nemá.

Pomocí panenky Fanyňky jsem se snažila zjistit, co vlastně Olince řekl „dědeček“, co ji tak vyděsilo. Moc se jí do vyprávění nechtělo, ale nakonec se svěřila.... „Děda pořád mluvil o operaci. Maminka říkala, že mi mandličku vyndají a že o tom nebudu vědět a budu spinkat. Tak jsem se dědy zeptala, co to ta operace je. Řekl, že operace je, když ti něco uříznou a pak zase zašijou. Ale o spaní nemluvil. Představila jsem si, že mi uříznou krk a zase mi přišijou hlavu. A to jsem tedy nechtěla. Pak si ve městě vyprávěl něco o nemocnici s jednou paní, že si tam sestry nikoho nevšímají a že když tě něco bolí, nechají tě křičet a já nevím co ještě....Udělal se mi špatně, začalo mě bolet břicho a už jsem je radši neposlouchala....“

Rozhovor 16

Šestnáctým respondentem byl Petr, 12 let, 1. hospitalizace, bez doprovodu, na oddělení větších dětí na Dětské klinice FN Plzeň – Lochotín. Rozhovor proběhl 4. den po CT vyšetření břicha (důvodem byl úraz na lyžích – náraz břichem na větev stromu).

Petra bolelo břicho a lékaři rozhodli o provedení CT vyšetření, aby vyloučili poranění vnitřních orgánů. Petrovi při vizitě řekli, že půjde na CT. „Neměl jsem ani tušení, o co jde, a oni hned zmizeli, než jsem se vzpamatoval a stihl se na něco zeptat.“ Ten den navíc za Petrem nepřišel nikdo na návštěvu, takže se cítil nejistý a měl strach, co se s ním bude dít. „Naštěstí“ za ním přišla na pokoj paní, která se mu představila jako „Lída“, herní specialista. Petr byl vděčný za její společnost, a když mu vysvětlila, proč za ním přišla, usmíval se na ni a úzkost „zmizela někam do neznáma“. Přípravu na vyšetření popisoval Petr takto: „Lída si mě odvedla do herny a vysvětlila mi, co je to CT. Ptal jsem se i na detaily, na jakém principu ten stroj pracuje. Na to, že je to ženská, toho věděla dost! To jsem ocenil. Také mi říkala, že CT vypadá jako tunel a je třeba tam v klidu ležet a nehýbat se, asi jako na rentgenu. To mě rozesmálo, protože já na rentgenu nikdy nebyl. Také mi říkala, že mladší děti se někdy bojí a nechtějí ležet a proto je pak uspí. Řekla, že já už jsem velké a rozumnej, že si myslí, že to zvládnou bez uspání. No, asi jsem se tvářil podivně, tak mě vzala k počítači a ukázala mi fotky, jak ten tunel vypadá. Vypadalo to v pohodě, ale přesto vzala ještě deku a ten tunel jsme si „jako“ udělali z postele. Byla s ní vážně legrace a tak jsem kývl na to, že to zvládnou. Lída se mě ještě zeptala, jestli má jít se mnou na to vyšetření, to jsem bral všema deseti, protože jsem podporu potřeboval. Myslel jsem si ale, že se na mě vykašle, že jen něco slíbí a pak stejně nebude mít čas tak jako sestřičky. Když mě doprovázeli na CT, fakt mě zaskočilo, že tam už byla a čekala na mě. Hned mi spadl „kámen ze srdce“ a už jsem se cítil v pohodě. Nakonec CT nic nebylo, měla pravdu. Injekce a odběry krve jsou horší...“

V nemocnici se Petrovi docela líbilo, ale „doma je to lepší“. Jako nejlepší zážitek hodnotil přípravu s herní specialistikou, která ho zbavila strachu z neznámého.

Rozhovor 17

Sedmnáctou respondentkou byla Romy, 17 let, 2. hospitalizace, bez doprovodu, na oddělení Ústní, čelistní a obličejové chirurgie v Krajské nemocnici Liberec, a.s.

Rozhovor proběhl 10. den po extrakci zubů (stoliček č. 8). Otec u rozhovoru na přání Romy přítomen nebyl.

Lékařka – zubařka Romy oznámila, že jí budou muset zuby „v celkové narkóze vyoperovat“, že to nejde bohužel ambulantně, protože to bude „větší zákrok“. Pod těmito slovy si Romy nepředstavovala žádnou hrůzu, jen měla přání, aby jí je vyndali tedy najednou. Nechtěla zameškat moc školy. S podrobnostmi zákroku ji lékařka neseznámila. „Asi záměrně, protože by mě tam nikdy nedostala“, smála se Romy. Na hospitalizaci ji doma nikdo nepřipravoval. „Už jsem velká holka, ne? Že mě uspí, to jsem věděla, tak na co jiného bych se ptala?“. Do nemocnice jí odvezl otec, který také podepisoval všechny „ty nemožné papíry“. Romy byla u toho, ale vůbec ji nenapadlo si přečíst, co je tam napsáno. Otec to také nekomentoval. Lékař jí ani otci nic nevysvětloval. „Vlastně nikoho nezajímalo, že nic nevím. Byli asi rádi, že je neobtěžuju dotazama.“

2. den šla Romy na operaci. „Probudila jsem se s příšernou bolestí v puse, pusou jsem měla vycpanou jako křeček nějakými tampóny. Každý pohyb hlavou mě bolel. Pokusila jsem se oslovit kolegyni na pokoji, ale ta bolest, když jsem otevřela pusou! Nevydala jsem ani hlásek a už jsem se o to ani nepokoušela. Jen mi tekly slzy bolestí a čekala jsem, kdy mě přijde někdo vysvobodit.“ Tím „andělem“ byla nakonec sestra a když Romy viděla, ani se na nic neptala, pohladila jí po čele a „vyrazila pro ledové obklady a injekci proti bolesti“. „Já injekce zrovna nemiluju, ale to byla úleva!“ Když další den Romy „doklopýtala“ k zrcadlu, vyděsila se. „Můj obličej byl k nepoznání. Byla jsem tak oteklá, že jsem se skoro neviděla, na tvářích modřiny. Dokonce jsem měla oteklej i krk. Jsem ráda, že bydlíme docela daleko a nikdo mě nechodil navštěvovat. To bych se styděla.“ V kontaktu s rodinou byla jen díky SMS zprávám, mluvit nemohla další 4 dny. „Pohyb pusou hrozně bolel, já jsem docela ukecaná, ale tohle vážně nešlo. Docela mě mrzelo, že mi nikdo neřekl, jak budu po operaci vypadat, hrozně jsem se lekla. A to, že to bude takováhle bolest, jsem nečekala.“ 3 dny pila jen tekutiny brčkem a představa, že by měla něco jíst a kousat, ji přímo „děsila“. 4. den dostala polévku, pudink, přesnídávku a „svět začal být hned

veselejší“. „Jen jsem stále nosila s sebou všude led, málem jsem bez něj nešla ani na záchod.“

Romy ocenila, že se sestry kolem ní „točily a reagovaly jen na grimasy nebo psané vzkazy“, také léky proti bolesti dostávala pravidelně. V nemocnici se docela nudila. A co jí v nemocnici chybělo? „Když tak o tom přemýšlím, tak asi informace. Je pravda, že jsem se neptala, ale ani ve snu jsem nebyla připravená na to, co bude potom. Ale oni to přeci ví, vidí to denně. Mohli něco říct, mě by to pak tak nezaskočilo...“

Otec podrobné informace o zákroku také neměl a asi i kdyby je měl, Romy by je nesdělil. „Je to praštěná pubertáčka, stejně by mi nevěřila, víte, jak to v tomhle věku je...Jsou prostě nejchytřejší na světě a my rodiče jsme pro ně staří a blbí...A ještě bych poslouchal řeči, že ji zbytečně straším.“

Rozhovor 18

Osmnáctým respondentem byl Stáník, 5 let, 2. hospitalizace, s matkou, na dětském oddělení Nemocnice Strakonice, a. s. s komplikovanou bronchitidou a oboustrannou otitidou. Rozhovor se Stáníkem proběhl 2. den po paracentéze vpravo a 1. den po paracentéze vlevo.

Stáník si stěžoval: „Hrozně mě začalo bolet ouško, tak mi mamka dala studenej obklad. Ale pan doktor mě poslal na ušní. Tam se mi paní doktorka do ucha podívala zrcátkem se světýlkem. Pak se bavila s mamkou, ale já si hrál s tím zrcátkem, paní doktorka mi ho půjčila. No a pak ho chtěla zpátky a mamka se sestřičkou mě tak pevně chytily, že jsem se začal bát a řval jsem na celé kolo. Maminka mě utěšovala, ale já ucítil v uchu píchnutí a ječel jsem ještě víc. Pak mě pustily, máma mě vzala do náručí a já jsem plakal už jen tak, aby věděly, že mě nemají držet...Bolest v uchu pomalu mizela...“ Před výkonem se matka bavila s lékařkou, je-li nutné ucho „píchnout“ nebo ne. Stáník si jich „opravdu nevšímal“, rozhovor neposlouchal. A tak nebyl připraven na to, co následovalo. Lékařka ani matka mu záměrně nic neřekly, domnívaly se, že pokud výkon proběhne rychle, není nutné chlapce předem informovat.

Druhý den se situace opakovala s „levým ouškem“. Stáník už věděl, co ho může čekat, když dorazili na ušní ambulanci. Matka říká, že ho tam „táhla doslova smykem“ a měla co dělat, aby ho udržela. Stáník plakal a odmítal se nechat vyšetřit. Lékařka ale měla pro jeho strach pochopení a slíbila mu, že se „do ouška jen podívá“ a když bude nutné „píchat“, že se na tom domluví. Zákrok nutný byl. Stáník vyprávěl: „Sedla si ke mně a řekla, že ouško zase musíme píchnout. A já na to, že nechci...Píchnání jsem se bál. Slíbila mi, že můžu sedět mamince na klíně a sestřička mi bude držet jenom hlavičku. Prý řekne už, píchne a bude to hotovo. Nelíbilo se mi to, ale paní doktorka vyndala ze šuplete takové malé autíčko...koukej, teto, tohle!“ pochlubil se Stáník. Na dotaz, jak to, že ho má u sebe, odpověděl: „Byl jsem statečnej a vydržel jsem to! Dostal jsem ho, když jsem seděl a necukal hlavou.“

Matka měla pocit, že paracentéza „2. ouška“ probíhala více v klidu, Stáník méně plakal a celkově vypadal spokojenější. A nezdál se výkonem tolik stresovaný jako předešlý den. Matka říkala, že si myslela, že když nebude na bolest připravený, bude celé „píchnání ucha“ lépe snášet. Opravdu ji překvapilo, že to bylo naopak. Příště si prý dobře rozmyslí, zda Stáníkovi informace dopředu dá nebo ne. Nechtěla by, aby měl pocit, že ho „zradila a spikla se proti němu s paní doktorkou“.

Pobyt v nemocnici snášel Stáník dobře, byl rád, že je matka s ním. Obzvláště se mu líbila herna a spousta hraček, které doma nemá. Bál se jenom píchnání – injekce nemá rád.

Rozhovor 19

Devatenáctým respondentem byl Tomáš, 6 let, 2. hospitalizace, s babičkou (matka kojila chlapcovu sestru), na dětském oddělení Nemocnice Strakonice, a. s. Rozhovor proběhl 2. den po adenotomii.

Před nástupem do nemocnice Tomáše připravovala matka asi 2 dny předem. „Řekla mi, že mi mandli paní doktorka vyndá a že při tom budu spát. Možná, že než mě pan doktor uspí, budu nafukovat balónek. Prý si to mám pamatovat, abych jí o tom mohl

vyprávět...“ Lékařka z ORL Tomášovi žádné informace neřekla, lékařka na dětském oddělení také ne. Tomáše informace od matky nijak neděsily a doma si hrál na to, že „mandli vyndává“ své sestře. Matka mu taky slíbila studený obklad na krk a že se „vyspíná v nemocnici jen dvě noci a bude zase doma“.

Když Tomášovi nesla sestra ráno před operací operační pyžamo, vysvětlila mu, že se má do něj převléknout, „dojít se vyčůrat a počkat na ní v postýlce, že mu dá čípek“. „Těšil jsem se, že to bude něco k jídlu – měl jsem hlad a žízeň, nebo hračka, a ona mi dala do zadečku nějaký lék. Ach jo.“, sděloval své dojmy Tomáš. Potom si pro něj přišel „chlap celý v zeleném“ a odvedl si ho na „sálek“. Tomáš neprotestoval, věděl od matky, že mu „mandličku vyndají“ v jiné místnosti než na pokoji. „Těšil jsem se na ten balónek. A opravdu jsem ho celý nafoukl sám.“ byl na sebe pyšný Tomáš.

Tomášovi se moc líbila spousta hraček v herně. Neměl problémy ani s kanylou zavedenou v paži, vůbec mu nevadila, nevšímal si jí.

Matka s babičkou se snažily nenechat Tomáše v nejistotě a vysvětlovaly raději vše předem. Tomáš se v nemocnici ničeho nebál, „protože mi nikdo nedával žádné injekce a byla se mnou babička, ta by mě nedala“.

4.3 Kategorizace dat v tabulkách

Tabulka 6 Kdo respondenty připravoval

ODPOVĚĎ	SUMA	RESPONDENT																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18 1.	18 2.	19
MATKA	8	1				1	1	1					1		1	1					1
OTEC	2			1			1														
LÉKAŘKA V AMBULANCI	5			1						1				1	1						1
LÉKAŘKA V NEMOCNICI	1		1																		
SESTRA V NEMOCNICI	1			1																	
HERNÍ SPECIALISTKA	2									1							1				
NIKDO	6				1				1		1	1						1	1		
CELKEM ODPOVĚDÍ	25	1	1	3	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1

Tabulka 6 znázorňuje v kategorizované formě odpovědi na 1. výzkumnou otázku: *Kdo dítě před vyšetřením nebo zákrokem připravoval?* Šetřením bylo zjištěno, že nejčastěji, v 8 případech, respondenty připravovala jejich matka, v 5 případech lékař/ka v ambulanci (z těchto 5 ambulantních lékařů byli 2 praktičtí lékaři pro děti a dorost (PLDD) a 3 lékaři ve specializovaných ambulancích), ve 2 případech otec a herní specialista, v 1 případě lékař/ka v nemocnici (na oddělení) a sestra v nemocnici (na oddělení), v 6 případech respondenty nepřipravoval nikdo.

19 respondentů absolvovalo 20 zákroků nebo vyšetření. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 25, což znamená, že některé z respondentů připravovalo nezávisle na sobě více osob: 1krát otec, lékař/ka v odborné ambulanci a sestra v nemocnici (na oddělení), 1krát matka a otec, 1krát lékař/ka v ambulanci (PLDD) a herní specialista, 1krát matka a lékař/ka v ambulanci (PLDD).

Tabulka 7 Druh přípravy a způsob sdělení

ODPOVĚĎ	SUMA	RESPONDENT																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18 1.	18 2.	19
ÚSTNÍ SDĚLENÍ	14	1	1	1		1	1	1		1			1	1	1	1	1			1	1
NÁZORNÁ UKÁZKA	4		1	1									1				1				
FOTOGRAFIE, OBRÁZKY	2									1							1				
POMOCÍ HRY	1																1				
INFORMACE Z INTERNETU	1				1																
ŽÁDNÁ PŘÍPRAVA	6				1				1		1	1						1	1		
CELKEM ODPOVĚDÍ	28	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	4	1	1	1	1

Tabulka 7 znázorňuje v kategorizované formě odpovědi na 2. výzkumnou otázku: *Jakou zvolil formu přípravy?* Tato otázka směřovala na formu sdělení – ústní, písemné informace, názorné předvedení, informace podané formou hry apod. Z výsledků šetření vyplynulo, že 14krát bylo při přípravě použito ústní sdělení, 4krát názorná ukázka (polohy, nástrojů apod.), 2krát byly použity fotografie v počítači, obrázky v knize, 1krát byl respondent připraven pomocí hry. Žádná příprava neproběhla u 6 respondentů (z této skupiny 1 respondentka samostatně z vlastní iniciativy hledala informace pomocí internetu).

Celkem 19 respondentů absolvovalo 20 zákroků nebo vyšetření, celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 28. To znamená, že u některých respondentů byly druhy přípravy kombinovány. Ve 3 případech šlo o kombinaci ústního sdělení a názorné ukázky, v 1 případě se kombinovalo ústní sdělení a příprava pomocí fotografií a obrázků a taktéž v 1 případě ústní sdělení, názorná ukázka, fotografie a obrázky a příprava formou hry.

Tabulka 8 Možnost dotazů respondentů

ODPOVĚĎ	SUMA	RESPONDENT																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18 1.	18 2.
NEPTAL/A JSEM SE	5	1								1					1		1	1		
NECHTĚL/A JSEM SE PTÁT	3				1						1						1			
NEMĚL/A JSEM MOŽNOST ANI ČAS SE PTÁT	5	1		1							1	1						1		
MĚL/A JSEM MOŽNOST A ČAS SE PTÁT:	11		1	1		1	1	1	1			1		1		1			1	1
LÉKAŘE LÉKAŘKY	2		1																1	
SESTRY	3			1				1						1						
HERNÍ SPECIALISTKY	2								1							1				
MATKY NEBO OTCE	6			1		1	1					1		1						1
CELKEM ODPOVĚDÍ	37	2	2	3	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	3	1	2	2	2	2

Tabulka 8 znázorňuje v kategorizované formě odpovědi na 3. výzkumnou otázku: *Mohlo se dítě zeptat na nejasnosti, mělo na to dostatek času a možností, bylo k tomu vyzváno?* Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 37. Šetřením bylo zjištěno, že 5 respondentů se neptalo, 3 respondenti se ptát nechtěli a 5 respondentů nemělo možnost ani čas se ptát na jakékoli informace týkající se zákroku, vyšetření nebo samotné hospitalizace.

Možnost a čas se ptát mělo celkem 11 respondentů, z toho 6 respondentů se ptalo otce nebo matky, 3 respondenti sestry a shodně po 2 respondentech lékaře/lékařky a herní specialistky.

Tabulka 9 Opakování informací, pochopení informací

ODPOVĚĎ	SUMA	RESPONDENT																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18 1.	18 2.
INFORMACE NEOPAKOVÁNY	20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
INFORMACE POCHOPIL/A	9		1	1			1	1		1			1				1			1
MĚL/A DOSTATEK INFORMACÍ	9		1	1			1	1		1			1				1			1
CELKEM ODPOVĚDÍ	38	1	3	3	1	1	3	3	1	3	1	1	3	1	1	1	3	1	1	3

Tabulka 9 znázorňuje v kategorizované formě odpovědi na 4. výzkumnou otázku: *Museli rodiče dítěti znovu informace opakovat nebo objasňovat?* Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 38. Šetřením bylo zjištěno, že žádnému z 19 respondentů (při počtu 20 zákroků nebo vyšetření), nebyly informace opakovány. 9 respondentů se vyjádřilo, že mělo informací dostatek a podané informace pochopilo.

Tabulka 10 Čeho se respondenti v nemocnici báli

ODPOVĚĎ	SUMA	RESPONDENT																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18 1.	18 2.	19
NIČEHO	6	1								1		1	1				1			1	
NEVÍM, ASI NIČEHO	2				1				1												
OPERACE, VYŠETŘENÍ	8		1	1						1	1				1	1		1	1		
SAMOTY BEZ MATKY	4		1			1		1						1							
INJEKCI, ODBĚRŮ KRVE	4		1				1											1	1		
NARKÓZY	2							1				1									
VÝSLEDKŮ VYŠETŘENÍ	1					1															
STRACH Z VÝKONU SE ZMÍRNIL PO PŘÍPRAVĚ	5		1	1							1						1			1	
CELKEM ODPOVĚDÍ	32	1	4	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	3	1

Tabulka 10 znázorňuje v kategorizované formě odpovědi na 5. výzkumnou otázku: *Snížil se u připraveného dítěte pocit strachu a úzkosti?* Do tohoto okruhu otázek jsou zahrnuty všechny odpovědi, ve kterých vyjadřovali respondenti pocity strachu nebo úzkosti. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 32. Z výsledků šetření vyplynulo, že z 19 respondentů se 6 respondentů nebálo ničeho, 2 respondenti neví, asi ničeho. Dále se 8krát se objevila jako příčina strachu operace nebo vyšetření a 4krát samota bez matky. 4 respondenti se báli injekcí nebo odběrů krve, 2 respondenti narkózy, 1 respondent výsledků vyšetření. 5 respondentů udávalo, že se jejich strach z výkonu zmírnil po přípravě.

Tabulka 11 Co se respondentům v nemocnici líbilo

ODPOVĚĎ	SUMA	RESPONDENT																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
MATKA BYLA SE MNOU	5	1		1								1		1					1			
HERNA A HRAČKY	6		1			1					1	1							1	1		
DOPROVOD MATKY PŘED OPERAČNÍ SÁL	1			1																		
INFORMACE O OPERACI OD SESTRY	1			1																		
DIPLOM ZA STATEČNOST OD SESTER	1						1															
OBRÁZEK NA NÁPLASTI KRYJÍCÍ OPERAČNÍ RÁNU	1						1															
PŘÍSTUP LÉKAŘE KTERÝ MĚ "USPÁVAL"	1							1														
PŘÍPRAVA HERNÍ SPECIALISTSKOU	2									1							1					
DOPROVOD HERNÍ SPECIALISTSKY NA VYŠETŘENÍ	1										1											
PÉČE SESTER	2										1								1			
VŠE JSEM MĚLA PŘICHYSTÁNO, NEMUSELA JSEM SE O NIC STARAT	1											1										
MOŽNOST SLEDOVÁNÍ TV A DVD	1											1										
ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE SE SESTRAMI	1																		1			
BYLA SE MNOU BABIČKA	1																			1		
CELKEM ODPOVĚDÍ	25	1	1	3	0	1	2	1	0	2	1	3	2	0	1	0	1	0	1	2	2	2

Tabulka 11 byla použita k dokreslení pocitů respondentů. Cílem bylo zjistit, co ovlivňovalo v nemocnici jejich psychickou pohodu. Znárodnuje v kategorizované formě odpovědi na otázku: *Co se Ti v nemocnici líbilo?* Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 25. Šetřením byly získány tyto údaje: nejvíce se respondentům líbila herna a hračky v 6 případech (všichni respondenti byli hospitalizováni v Nemocnici Strakonice, a. s.) a přítomnost matky po dobu hospitalizace v 5 případech. 2 respondenti vyjádřili spokojenost s přípravou před vyšetřením nebo zákrokem, kterou provedla herní specialistka (oba byli hospitalizováni ve FN Plzeň – Lochotín), rovněž 2 respondenti chválili péči sester na oddělení (oba byli hospitalizováni v Krajské nemocnici Liberec, a. s.). Ostatní odpovědi se vyskytly pouze 1krát: doprovod matky před operační sál; informace o operaci od sestry; diplom za statečnost od sester; obrázek na náplasti kryjící operační ránu; přístup lékaře anesteziologa; doprovod herní specialistky na vyšetření; „měla jsem vše přichystáno a nemusela jsem se o nic starat“; možnost sledování TV a DVD; alternativní komunikace se sestrami; přítomnost babičky po dobu hospitalizace. Respondenti 4, 8, 13 a 15 se k této otázce nevyjádřili.

Tabulka 12 Co se respondentům v nemocnici nelíbilo

ODPOVĚĎ	SUMA	RESPONDENT																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
BOLELO MĚ V KRKU A NEDOSTALA JSEM OBKLAD	1	1																		
CHTĚLO SE MI SPÁT A MUSELA JSEM JÍT DOMU	1	1																		
ODLEPENÍ NÁPLASTI A VYNDÁNÍ KANYLY	2	1										1								
NECHUTNALO MI JÍDLO	3		1					1					1							
CESTA NA VOZÍKU NA OPERACI PŘES AREÁL NEMOCNICE	1			1																
NIKOHO JSEM NEZAJÍMALA	2				1			1												
NIKDO NA MĚ NEMLUVIL	1				1															
CÍTLA JSEM SE JAKO DALŠÍ "PŘÍPAD"	1				1															
NIKDO MI NECHTĚL NIC ŘÍCT	1					1														
BYL/A JSEM SÁM/SAMA BEZ MATKY	2					1		1												
NEZÁJEM A NEVŠÍMAVOST SESTER	2							1						1						
POCIT, ŽE OTÁZKAMI "OTRAVUJU"	1							1												
NESMĚL/A JSEM DLOUHO JÍST A PÍT	2								1						1					
MÁLO NÁVŠTĚV	1											1								
ŽÍZEŇ V NOCI PŘED A PO OPERACI	1												1							
ZMĚNA V POSTUPU OPERACE BEZ VYSVĚTLENÍ	1													1						
ODDĚLENÍ, KDE JSEM BYL/A HOSPITALIZOVÁNA	1													1						
ZBYTEČNĚ DLOUHÁ HOSPITALIZACE	1													1						
ZAVEDENÁ KANYLA V ŽÍLE	2												1			1				
NEDOSTATEK INFORMACÍ O POOPERAČNÍ BOLESTI A OTOCÍCH	1																		1	
NUDA	1																			1
CELKEM ODPOVĚDÍ	29	3	1	1	3	2	0	4	2	0	0	1	3	5	1	1	0	2	0	0

Tabulka 12 byla také použita k dokreslení pocitů respondentů. Cílem bylo zjistit, co bylo v nemocnici zdrojem napětí, stresu, dyskomfortu nebo psychické nepohody. Znárodnuje v kategorizované formě odpovědi na otázku: *S čím jsi naopak nebyl/a v nemocnici spokojen/a?* Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 29. Šetřením bylo zjištěno, že ve 3 případech byli respondenti nespokojeni s jídlem, které jim nechutnalo. 2 respondenti se cítili osamělí bez matky, rovněž 2 respondenty trápil nezám a nevířavost sester, 2 respondenti měli pocit, že nikoho nezámájí. 2 respondentům se nelíbila dlouhá doba, po kterou nesměli jíst a pít. 2 respondenty obtěžovala zavedená kanyla v žíle a rovněž 2 respondentům se nelíbilo odlepení náplasti a vyndání kanyly. Ostatní odpovědi se vyskytly pouze 1krát: bolelo mě v krku a nedostala jsem obklad; chtělo se mi spát a musela jsem jít domů; cesta na vozíku na operaci přes areál nemocnice; nikdo na mě nemluvil; cítila jsem se jako další „případ“; nikdo mi nechtěl nic říct; pocit, že otázkami „otravuju“; málo návštěv; žízeň v noci před a po operaci; změna v postupu operace bez vysvětlení; oddělení, kde jsem byla hospitalizována; zbytečně dlouhá hospitalizace; nedostatek informací o pooperační bolesti a otocích; nuda. Respondenti 6, 9, 10, 16, 18 a 19 se k této otázce nevyjádřili.

5 DISKUSE

5.1 Diskuse

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit, zda se na dětských odděleních vybraných nemocnic v České republice provádí příprava dítěte před vyšetřením nebo zákrokem a kdo ji provádí. Dále pak zjistit, zda provedená příprava ovlivňuje strach a úzkost, kterou dítě před vyšetřením nebo zákrokem prožívá.

Výzkumné šetření probíhalo formou nestandardizovaného rozhovoru s použitím rámcových otázek a nebylo vázáno na pacienty jedné nemocnice, naopak jsme se snažili oslovit pokud možno co nejvíce respondentů z různých nemocnic, abychom pak mohli výsledky šetření porovnat. Důvodem bylo to, že každá nemocnice a každé oddělení má svůj specifický přístup k dětským pacientům. Problémem bylo najít vždy alespoň 2 respondenty, kteří se podrobili zákroku nebo vyšetření na stejném místě. Výzkumného šetření se zúčastnilo 19 dětí ve věku od 5 do 17 let (viz graf 1 a graf 2). Těchto 19 respondentů absolvovalo 20 zákroků nebo vyšetření (viz tabulka 1).

Před samotným výzkumným šetřením jsme stanovili 5 výzkumných otázek, na které jsme šetřením hledali odpovědi.

První otázkou jsme se ptali: *Kdo dítě před vyšetřením nebo zákrokem připravoval?* Z následného zpracování a kategorizování odpovědí vyplynulo, že nejčastěji, v 8 případech, respondenty připravovala matka, v 5 případech lékař/ka v ambulanci, ve 2 případech otec a herní specialistka, v 1 případě lékař/ka v nemocnici (na oddělení) a sestra v nemocnici (na oddělení) a v 6 případech je nepřipravoval nikdo. Některé z respondentů připravovalo nezávisle na sobě více osob (viz tabulka 6). Jako alarmující hodnotíme zjištění, že v 6 případech z 20 dítě nepřipravoval nikdo. Výzkumné šetření tímto zjištěním prokázalo, že se u nás porušují práva dítěte na informaci a práva rozhodovat o sobě samém tak, jak jsou uvedeny v Úmluvě o právech dítěte, Úmluvě o lidských právech a biomedicíně i v Chartě práv hospitalizovaného dítěte (viz kapitola 1.1.1 Práva dítěte). Příběhy respondentů, kterým se nikdo nevěnoval a nepřipravil je na zákrok nebo vyšetření, najdeme v kazuistikách č. 4, 8, 10, 11, 17 a 18 (viz kapitola

4.2 Kazuistiky respondentů). Domníváme se, že nelze zcela oddělit to, kdo a jakým způsobem dítě na zákrok připravoval. To, že nejčastěji dítě připravovali na hospitalizaci a zákrok rodiče, jsme očekávali. Jak má vypadat příprava provedená rodičem nám krásně zdokumentoval respondent č. 6 Kazuistikou č. 12 poukazujeme na to, že se matka snažila přimět lékaře, aby informovali (kromě jí) i syna, ale ti to odmítli a argumentovali věkem. Domníváme se, že tato argumentace je nevhodná. Když se rodič nechá odbýt, lékař není zatížen přípravou dítěte, která klade nemalé nároky na jeho čas a schopnosti komunikace. Předškoláky je ale nutné připravovat také kvůli tomu, že mají výraznou představitost a nemoc s následnou hospitalizací mohou chápat jako provinění nebo trest za něco, čeho se dopustili. Také mohou mít výrazný strach ze tmy a samoty (viz kapitola 1.2.4 Příprava dětí předškolního věku). Musíme si také položit otázku, proč lékaři nechtějí děti informovat. Je to nedostatkem času nebo zkušeností? Je to jen neochotou? Chápeme, že příprava dítěte je náročnější než příprava rodiče, dítě má méně zkušeností, nerozumí mnoha výrazům. Je takovýto přístup lékařů k dětem etický? Povinnost informovat pacienta je dána zákonem, Etickým kodexem České lékařské komory i etickým kodexem Práva pacientů. U dětí je situace složitější v tom, že nejsou způsobilé k právním úkonům, nemohou tedy podepisovat informovaný souhlas (viz kapitola 1.1.3 Právo dítěte na informace ve zdravotnickém zařízení, informovaný souhlas). Přinejmenším zarážející v přístupu lékařů je také rozdíl v přípravě lékařem z ambulance a lékařem v nemocnici – v našem výzkumném vzorku byli sdílnější lékaři z ambulance v 5 případech (3 lékaři z odborných ambulancí, 2 PLDD), lékařka v nemocnici informovala respondentku č. 2 (viz kazuistika č. 2), ale nikoli z vlastní vůle, byla o to požádána matkou respondentky (viz tabulka 6).

Druhou otázkou jsme pátrali po *formě přípravy*. 14krát bylo použito ústní sdělení, 4krát názorná ukázka (polohy, nástrojů apod.), 2krát byly použity fotografie v počítači, obrázky v knize, 1krát byl respondent připraven pomocí hry a 1 respondent samostatně z vlastní iniciativy hledal informace pomocí internetu. U některých respondentů byly druhy přípravy kombinovány. Ve 3 případech šlo o kombinaci ústního sdělení a názorné ukázky, v 1 případě se kombinovalo ústní sdělení a příprava pomocí fotografií a obrázků a taktéž v 1 případě ústní sdělení, názorná ukázka, fotografie a obrázky a

příprava formou hry (viz tabulka 7). Kombinace technik používaných při přípravě dětí se jeví jako nejvíce efektivní. Z výzkumného šetření vyplynulo, že u převážné většiny dětí takto připravených se zmírnil pocit strachu z výkonu (viz tabulka 10). Reakce pacienta, který byl připraven kombinací technik najdeme v kazuistice č. 2, 3, 9, 12 a 16. Žádná příprava neproběhla u 6 respondentů a jejich reakce na zákrok jsou uvedeny v kazuistikách č. 4, 8, 10, 11, 17 a 18 (viz kapitola 4.2 Kazuistiky respondentů). I v odpovědích na tuto výzkumnou otázku se nám potvrdil výše zmíněný jev – porušení práv dítěte na informace a možnost rozhodování o sobě samém.

Třetí otázka navazovala na dvě předchozí a měla nám dát odpověď na to, zda se *dítě mohlo zeptat na nejasnosti, zda na to mělo dostatek času a možností a bylo k tomu vyzváno*. Možnost a čas se ptát mělo celkem 11 respondentů, z toho 6 respondentů se ptalo otce nebo matky, 3 respondenti sestry a shodně po 2 respondentech lékaře/lékařky a herní specialistiky (viz Tabulka 8). 5 respondentů se neptalo, 3 respondenti se ptát nechtěli a 5 respondentů nemělo možnost ani čas se ptát na jakékoli informace týkající se zákroku, vyšetření nebo samotné hospitalizace. Rozdíl mezi přístupem personálu nemocnice, pokud chce dítě získat informace a klást otázky, popsal respondent č. 3. O průběhu operace byl poučen lékařkou z urologie, která informace podala jeho matce a on jen poslouchal. Co mu ale vlastně bude operováno mu doma musel vysvětlit a ukázat otec. Takže do nemocnice šel s jasnou představou, co „mu uříznou“, ale nevěděl, jestli a jak moc to bude bolet a jaký bude pooperační režim. Chlapcova matka byla před zákrokem velmi nervózní a přenášela to na něj. Toho si všimla dětská sestra a za chlapcem zašla na pokoj a popovídala si s ním. Nechala ho vyprávět a poslechla si, co věděl. To, co nevěděl, mu vysvětlila a dala mu dost času na otázky. Sestry mají informování dítěte v náplni práce (viz kapitola 1.1.4 Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků). Překvapilo nás, že naše šetření kromě této jediné výjimky nepotvrdilo, že by tuto činnost dětské sestry prováděly.

Čtvrtá otázka měla zjistit, zda *rodiče museli dítěti znovu informace opakovat nebo objasňovat*. Zajímavým zjištěním bylo, že žádnému z respondentů nemusel nikdo informace opakovat a znovu objasňovat (viz tabulka 9). 9 připravených respondentů

se domnívalo, že vše pochopilo a mělo dostatek informací (viz tabulka 9). Z odpovědí na předchozí výzkumnou otázku (viz tabulka 8) vyplývá, že ostatní respondenti se buď ptát nechtěli a nebo k tomu neměli příležitost a čas. Jako nejhorší situaci pro psychický stav dítěte hodnotíme vyjádření respondentů, kteří se ptali a přesto nedostali žádné odpovědi na své otázky. Respondent č. 5 se ptal, jak vyšetření dopadlo, jestli by tedy nemohl jít domů, ale nikdo mu nic nechtěl říci. Nejprve si pomyslel, že „je to s ním vážné“, a tak plakal, že se mu stýská po matce. Teprve když přišla matka na návštěvu, řekla mu, že vyšetření dopadlo dobře. Chlapec se pozastavil nad tím, proč mu to neřekli rovnou a nechali ho plakat. Měl zbytečně dlouhou dobu strach. Pak už se raději neptal. Usoudil, že by mu opět nic neřekli. Také respondentka č. 7 uvedla, že lékaři na chirurgii ani na dětském oddělení jí nic neřekli, zrovna tak sestry. Měla pocit, že je pro ně vzduch, že je nezajímá. Nedostatek informací pociťovaly také respondentky, jejichž příběh je popsán v kazuistikách č. 13 a 17 (viz kapitola 4.2 Kazuistiky respondentů). Z respondentů, kteří měli možnost se ptát, se polovina obracela s dotazy na rodiče (viz tabulka 8), ale zřejmě pouze při samotné přípravě. Důvody by mohly být dva: příprava mohla být provedena kvalitně a děti tedy nepotřebovaly informace znovu objasňovat. Druhým důvodem mohlo být to, že příprava byla provedena bezprostředně před výkonem a nebyl čas na další objasňování podrobností. Domníváme se, že nejvýhodnější situace nastává tehdy, pokud jsou na zákrok připraveni společně rodiče i děti (viz kapitola 1.1.5 Profese herního specialisty, 1.2.3 Příprava batolat a 1.2.4 Příprava dětí předškolního věku). Rodiče pak nemají strach z reakce dítěte a z jeho otázek, protože na ně dokáží odpovědět, když mají také dostatek informací.

Pátou otázkou jsme pátrali po tom, zda byl zákrok nebo vyšetření příčinou strachu a úzkosti u dítěte a zda se tyto pocity po přípravě zmírnily nebo zcela vymizely. Strach v nemocnici nepociťovalo 8 respondentů, 5 respondentů se obávalo zákroku nebo vyšetření. 4 respondenti z těchto uvedených byli připraveni a jejich strach se po přípravě zmírnil. 1 respondent neudával strach se zákroku, přesto se po přípravě cítil klidnější. 1 respondentka, která připravena nebyla, měla obavy z vyšetření a narkózy. Další 4 respondenti uváděli jako příčinu strachu samotou bez matky, 4 respondenti se báli injekcí nebo odběrů krve, 2 respondenti narkózy, 1 respondent výsledků vyšetření

(viz tabulka 10). Na oddělení, kde působí herní specialista, se příprava dítěte na zákrok nebo vyšetření jevila jako nejkvalitnější. Přiblížila nám ji respondentka č. 9. Herní specialista výkon nejprve vysvětlila matce a dohodla se s ní, že si s dívkou budou povídat o samotě. Dívka sama byla s přípravou velmi spokojena. Měla pocit, že je pro herní specialitku důležitá, že jí záleží na jejím pocitu pohody. Po přípravě se cítila uklidněná také proto, že měla dost času na dotazy. Také respondent č. 16 byl velmi spokojen s přípravou herní specialisty, po přípravě se výrazně snížil jeho strach z vyšetření (viz kapitola 4.2 Kazuistiky respondentů).

Příprava herním specialistou se nám jeví na základě našeho šetření jako neefektivnější a neúčelnější. Důvodem je nejen odborná příprava v této oblasti, ale i nezaujatý pohled a snaha pomoci od člověka, který nepůsobí na děti jako zdravotnický personál, protože jim nikdy „neubližuje“ (viz kapitola 1.1.5 Profese herního specialisty). Problém je, že herních specialistů v našich nemocnicích působí jen málo. Podle informací od herní specialisty, která působí na oddělení větších dětí na Dětské klinice ve FN Plzeň – Lochotín, je důvodem problematické zařazení do systému zdravotnických pracovníků. Herní specialista totiž není uveden ve vyhlášce č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, takže není zdravotnickým pracovníkem. Pokud je herní specialista zároveň zdravotní nebo dětská sestra, je to menší problém – je zařazena do kategorie sestra u lůžka a pracuje pouze na ranní směny, ohodnocena je dle tabulkového platu a pracovní náplň se přizpůsobí poskytovaným službám (to znamená, že působí pouze jako herní specialista a vůbec nevykonává práci sestry). Horší je situace, pokud je herní specialista výchovný pracovník nebo laik, to je pak třeba, aby jeho působení na oddělení bylo hrazeno z jiných zdrojů (nadace, jiné zdroje nemocnice), a na to většinou nemocnice nemají finanční prostředky. Na základě výzkumného šetření vyplynulo, že respondenti připravení herní specialistikou zvládli vyšetření bez celkové anestézie, což snižuje celkovou zátěž dítěte.

5.2 Doporučení pro praxi

Příprava dítěte na vyšetření by měla být cílená a plánovaná. Je nutné znát předem minimálně věk dítěte a mít souhlas s přípravou od rodičů. Důležitá je forma a jazyk, aby dítě vše správně pochopilo a načasování, aby mělo čas si vše řádně promyslet a hlavně se ptát. Čím je dítě starší, tím dříve se musí připravovat, aby mělo čas se s nastalou situací vyrovnat. Batolata připravujeme v předvečer výkonu nebo až ráno. Všem dětem podáváme nezbytně nutné množství informací hlavně o tom, co budou vnímat a cítit (nikoli podrobnosti o tom, co se bude dít, až budou spát), krok po kroku s nimi probereme jen ta vyšetření, u nichž budou celou dobu při vědomí. Dítě informujeme jednoduchými slovy a srozumitelně, lze využít i toho, že vysvětlujeme informace rodičům a dítě mimoděk naslouchá. Rodiče se pak k informacím vrací a postupně je dítěti objasňují. Větších dětí – školáků se musíme ptát, co již vědí a na to navazujeme. Na závěr je opět třeba ověřit si správné porozumění a nechat dítě ptát se na to, co ho zajímá (viz kapitola 1.2 Psychická příprava na vyšetření nebo zákrok).

Jsme přesvědčeni, že je povinností lékaře nebo dětské sestry provést také psychickou přípravu dítěte na diagnostické a léčebné výkony s ohledem na vývojové zvláštnosti dětské psychiky. Pokud tedy není možná příprava herním specialistou, musí ji poskytovat lékaři nebo sestry. Předpokládáme, že standardy pro přípravu dětí na operaci nejsou zatím vytvořeny ve všech nemocnicích. Bylo by zřejmě efektivní, kdyby byly vytvořeny a používány alespoň pro nejčastější a základní druhy zákroků a vyšetření, jako jsou adenotomie, appendektomie, operace hernie, gastrokopie a další. Myslíme si, že by také bylo možné vytvořit edukační materiál pro rodiče a jejich děti, obzvláště pro děti do mladšího školního věku, kde by byly uvedeny informace v časové posloupnosti a po jednotlivých krocích, co a jak se s dítětem bude dít, co a jak mají rodiče dítěti vysvětlit. Bylo by výhodné tyto informace spojit s obrázky (jako knížku nebo omalovánky), aby si v nich děti rády listovaly a aby je takovéto získávání informací bavilo. Rodiče by také jistě uvítali, kdyby věděli, jak s dítětem před operací pracovat, aby jej zbavili strachu a úzkosti. Tento edukační materiál by samozřejmě musel zohlednit zákrok nebo vyšetření, které bude dítě absolvovat. Výhodou tohoto edukačního materiálu by mohla být relativně nízká pořizovací cena (pro zdravotnické

zařízení), malá administrativní zátěž (dá se zdarma matce a rodina se o přípravu dítěte postará sama), úspora času zdravotnického personálu. Informace takto podané by mohly snížit úzkost a strach u dítěte, pokud bude text psán srozumitelně a tak, aby jej dítě pochopilo. Takovou „knihu“ si nepředstavujeme příliš rozsáhlou, stačilo by několik kapitol, které se pokusíme jen nastínit: co to znamená být nemocný; předoperační příprava s vysvětlením lékaře, proč je operace nutná; co vzít s sebou do nemocnice; přijetí na oddělení a seznámení se s personálem; seznámení se s ostatními dětmi na oddělení; cesta na operační sál; probuzení z narkózy a pooperační bolest; pooperační vyšetření a péče; propuštění.

Výhodou by dozajista byla i cílená třístupňová příprava – lékař/ka, rodič, sestra na oddělení. Záleželo by pak na dohodě mezi lékařem a rodičem, kdo podá informace jako první. Z šetření vyplynulo, že častěji informují dítě lékaři z ambulantní sféry, důvodem bude zřejmě to, že větší část zákroků a vyšetření je dopředu plánovaná. Domníváme se, že je nezbytné, aby lékař/ka informoval/a dítě minimálně o tom, proč je zákrok nebo vyšetření nutné. Pokud bude dále informovat dítě rodič, musí mít sám dostatečné množství informací, aby mohl pravdivě odpovídat na dotazy dítěte. Proto by měl/a lékař/ka rodiče poučit nejen o zákroku a možných komplikacích, ale také o tom, co bude dítě cítit, vnímat, co se po něm bude chtít, aby rodič – laik mohl vše adekvátně vysvětlit. Sestra na oddělení by pak jen získané informace doplňovala, objasňovala a přidala k nim poučení o režimu oddělení, o fyzické předoperační přípravě, o pooperačním režimu apod.

Pokud rodiče nebudou trvat na tom, aby lékaři a sestry na oddělení plnili své povinnosti k dítěti, co se informování týče, těžko můžeme očekávat nějakou změnu.

„Rodiče si musí uvědomit, že jsou pro své děti dlouhodobým útočištěm a jedinými stálými osobami, jimž bude ustavičně zájem dítěte ležet na srdci.“

Lee Robinson

Na základě našeho výzkumného šetření tedy můžeme navrhnout tyto hypotézy pro další, tentokrát kvantitativní šetření na ostatních dětských odděleních v České republice:

H1: Standardy pro přípravu dětí na vyšetření nebo zákrok nejsou zatím ve všech nemocnicích vytvořeny.

H2: Dítě na zákrok připravují ve většině případů pouze rodiče.

H3. Sestra v nemocnici nevěnuje čas psychické přípravě dítěte.

H4. Je-li dítě připraveno formou adekvátní svému věku, zdravotnímu stavu a rozumovým schopnostem a ve vhodnou dobu před zákrokem, zmírní se jeho strach a úzkost.

6 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda se na vybraných dětských odděleních provádí příprava dítěte před vyšetřením nebo zákrokem a kdo ji provádí. Šetřením bylo zjištěno, že 2/3 respondentů připraveny na zákrok nebo vyšetření byly, 1/3 nikoli. Dítě na zákrok na sledovaných odděleních připravili především rodiče (8 respondentů připravovala matka, 1 otec a 1 oba rodiče) a lékaři z ambulancí (z 5 lékařů z ambulancí to byli 2 PLDD, tj. praktičtí lékaři pro děti a dorost a 3 lékaři ze specializovaných ambulancí jednotlivých nemocnic). 6krát se respondentům nevěnoval nikdo. První cíl práce byl splněn.

Dalším cílem bylo zjistit, zda provedená příprava ovlivňuje strach a úzkost, kterou dítě prožívá před vyšetřením nebo zákrokem. Šetřením bylo zjištěno, že ve většině případů bylo použito ústní sdělení, méně používaná byla názorná ukázka (polohy, nástrojů apod.) a fotografie nebo obrázky, jen 1krát se objevila příprava pomocí hry. Téměř polovina oslovených respondentů se neptala, nechtěla se ptát nebo neměla možnost ani čas. Ti, co měli možnost, se ptali nejčastěji rodičů (6 respondentů), zdravotní sestry (3 respondenti), herní specialistky (2 respondenti) a lékaře/lékařky (také 2 respondenti). Žádnému z respondentů rodiče informace opakovali. 9 respondentů se vyjádřilo, že informací dostali dostatek a pochopili je. Dále bylo šetřením zjištěno, že 8 respondentů se v nemocnici nebálo ničeho (z nich byla polovina připravena na zákrok nebo vyšetření a polovina nikoli). 7 respondentů se obávalo zákroku nebo vyšetření, u 5 z nich se strach zmírnil po psychické přípravě na vyšetření nebo zákrok.

I druhý cíl práce byl splněn a na všechny výzkumné otázky byly nalezeny odpovědi. Na základě výsledků našeho šetření byly stanoveny hypotézy pro případné kvantitativní šetření (viz kapitola 5.2 Doporučení pro praxi).

Poznatky a výsledky z výzkumu mohou být poskytnuty managementu a zdravotnickým pracovníkům příslušných zdravotnických zařízení, ve kterých se děti podrobily vyšetření nebo zákroku. Mohou tak následně poskytnout impuls ke zlepšení a zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče v oblasti informování dětí tak,

jak to vyžaduje Úmluva o právech dítěte, Úmluva o lidských právech a biomedicíně i Charta práv hospitalizovaného dítěte. Opatření v podobě předoperační psychické přípravy by měla vést ke snížení strachu a úzkosti u dětí, které se musejí podrobit zákroku nebo vyšetření. Práce může být dále využita jako studijní materiál v přípravě zdravotních sester se specializací dětská sestra nebo k tvorbě edukačního materiálu pro rodiče a jejich děti, kde by byly uvedeny informace v časové posloupnosti a po jednotlivých krocích, co a jak se s dítětem bude dít, co a jak mají rodiče dítěti vysvětlit.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTOŠÍKOVÁ, I., JIČÍNSKÝ, V., JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4.
2. BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osvěta, 2000. 128 s. ISBN 80-8063-050-X.
3. BŘEZINOVÁ, J. Dnes půjdeme k lékaři. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č.2, s. 18. ISSN 1210-0404.
4. CIENCIALOVÁ, A. Herní terapie. *Ošetrovatelství*. Hradec Králové: 2001, roč. 3, č. 1/2, s. 53 – 54. ISSN 1212-723X.
5. ČECHOVÁ, M., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 3. vyd. Brno: IDV PZ, 2001. 173 s. ISBN 80-7013-342-2.
6. DOLEŽAL, A., DOLEŽAL, T. Problematika rodičovských oprávnění při léčbě nezletilého pacienta. *Zdravotnictví a právo*. Praha: 2006, roč. 10, č. 3, s. 9 – 13. ISSN 1211-6432.
7. DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie. Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9.
8. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIC, M. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.
9. FENDRYCHOVÁ, J., VACUŠKOVÁ, M., ZOUHAROVÁ, A. *Ošetrovatelské diagnózy v pediatrii*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 145 s. ISBN 80-7013-357-0.
10. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas. Proč a jak?* 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 80-7262-497-0.
11. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
12. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. 162 s. ISBN 80-7262-032-0.

13. HOCKENBERRY, M. J., WONG, D. L. *Wong's Clinical Manual of Pediatric Nursing*. 6. ed. St. Louis: Mosby, 2004. 759 s. ISBN 0-323-01958-7.
14. HOLUBKOV, D. *Právní rádce pro holky i kluky*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2005. 124 s. ISBN 80-00-01603-6.
15. HRODEK, O., VAVŘINEC, J. et al. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 767 s. ISBN 80-7262-178-5.
16. KALA, M., KUBÍNEK, R. *Nemocnice aneb Rukověť zvědavého pacienta*. 1. vyd. Olomouc: Rubico, 2000. 195 s. ISBN 80-85839-47-4.
17. KLÍMA, J. a kol. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. 328 s. ISBN 80-86432-38-6.
18. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 1,2*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
19. KRÁLOVEC, J., KRÁLOVCOVÁ, M. Děti a rodiče v nemocnici. Hospitalizace dětí a problémy s ní spojené. *Aperio*. Praha: 2007, roč. 6, č. 5, s. 22 – 25. ISSN 1214-7389.
20. KRÁLOVEC, J., KRÁLOVCOVÁ, M. Když jde dítě do nemocnice... *Porozumění*. Praha: 2008, roč. 1, č. 2, s. 5 – 7. ISSN 1801-464X.
21. KRÁLOVEC, J., KRÁLOVCOVÁ, M. Nové role v péči o hospitalizované děti. [online]. [Cit. 2010-02-10]. Dostupne z: <<http://www.klicek.org/hospital/role.htm>>.
22. KRAUSOVÁ, L., NOVOTNÁ, V. *Sociálně – právní ochrana dětí*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2006. 228 s. ISBN 80-7357-214-1.
23. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004. 210 s. ISBN 80-8063-160-3.
24. KRIŠTOFOVÁ, E. Očakávania hospitalizovaného dieťaťa a jeho rodičov. *Ošetrovatel'ství*. Hradec Králové: 2004, roč. 6, č. 1/2, s. 51 – 53. ISSN 1212-723X.

25. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
26. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
27. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
28. LINHARTOVÁ, M. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
29. MAREŠOVÁ, G. Dětský pacient a hodnotový systém. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 5, s. 38 – 39. ISSN 1210-0404.
30. MARTINKOVÁ, V. Komunikace s dětským pacientem. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2008, roč. 4, č. 4, s. 24 – 25. ISSN 1801-1349.
31. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: HaH, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
32. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
33. *Nezůstat sám – informační kampaň Nadačního fondu Klíček*. [online]. [Cit. 2010-02-10]. Dostupné z: <<http://www.detivnemocnici.cz/kampan/index.html>>.
34. NOVÁK, I. et al. *Intenzivní péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 579 s. ISBN 978-80-7262-512-3.
35. PACOVSKÝ, V. *Klinická propedeutika pro magisterské a bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha, Karolinum, 1999. 166 s. ISBN 80-7184-943-X.
36. PILLITTERI, A. *Maternal & Child Health Nursing: Care of the Childbearing & Childrearing Family*. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006. 1943 s. ISBN 978-07-817-7776-6.
37. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

38. POPELÍNSKÁ, J. Dětský pacient a endoskopický výkon. *Sestra*. Praha: 2005, roč.15, č. 10, s.44. ISSN 1210-0404.
39. *Práva dítěte v dokumentech*. 1.vyd. Praha: Themis, 1999. 94 s. ISBN 80-8521-56-7.
40. RADOUŠOVÁ, K., VANÍČKOVÁ, E. Charta práv hospitalizovaných dětí. *Česká a slovenská hygiena*. Praha: 2005, roč. 2, č. 2, s. 39 – 43. ISSN 1214-6722.
41. RAPČÍKOVÁ, T. Význam uspokojovania potreby bezpečia a istoty u hospitalizovaných detí. *Florence*. Praha: 2008, roč. 4, č. 3, s. 118 – 119. ISSN 1801-464X.
42. RONENOVÁ, T. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-370-6.
43. ROŽKOVÁ, E. Informovaný souhlas u nezletilých pacientů. *Zdravotnictví a právo*. Praha: 2007, roč. 11, č. 7 – 8, s. 29 - 35. ISSN 1211-6432.
44. ŘEZNÍČKOVÁ, A. Herní specialista na dětském oddělení. *Sestra*. Praha: 2000, roč. 10, č. 1, s. 11 – 12. ISSN 1210-0404.
45. SAVORY, J., BENNETT, M. Managing children's pain. *Nursing Times*. London: 2006, roč. 102, č. 9, s. 57 - 59. ISSN 0954-7762.
46. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
47. SKALICKÁ, H. a kol. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1079-2.
48. ŠIMEK, J. Dětský pacient. *Dimenze moderního zdravotnictví*. Praha: 2007, roč. 1, č. 2, s. 38. ISSN 1802-4084.
49. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

50. ŠTUDENTOVÁ, M. Forma a obsah informovaného souhlasu pacienta. *Zdravotnictví a právo*. Praha: 2007, roč. 11, č. 7 – 8, s. 22 - 26. ISSN 1211-6432.
51. ŠTÚR, I., ZLÁMALOVÁ, V. Příprava dieťaťa na hospitalizáciu. *Revue profesionálnej sestry*. Bratislava: 2002, roč. 9, č. 2, s. 9. ISSN 1335-1753.
52. ÚMLUVA č. 96/2001 Sb. mezinárodních smluv, o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Sbírka mezinárodních smluv ministerstva zahraničních věcí ČR, částka 44, 2001, s. 1897 – 1919.
53. VACUŠKOVÁ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľskej péče v pediatrii 1. část*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2009. 225 s. ISBN 978-80-7013-491-7.
54. VALENTA, M. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 218 s. ISBN 80-244-2137-2.
55. VALENTA, M. Studium herní specialista – dramaterapeut pro zdravotní sestry. *Sestra*. Praha: 1999, roč. 9, č. 7, s. 31. ISSN 1210-0404.
56. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Klinická propedeutika pro studující ZSF JU*. 5. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2005. 145 s. ISBN 80-7040-837-5.
57. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie (pro studující ZSF JU)*. 5. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2005. 136 s. ISBN 80-7040-813-8.
58. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
59. VESELÁ, K. Prožívání nemoci a hospitalizace dětským pacientem. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 1, s.50. ISSN 1210-0404.
60. VONDRÁČEK, J. Práva a povinnosti dětí a rodičů při poskytování zdravotní péče. *Dimenze moderního zdravotnictví*. Praha: 2007, roč. 1, č. 2, s. 65. ISSN 1802-4084.

61. VONDRÁČEK, L., KURZOVÁ, H. *Zdravotnické právo*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 142 s. ISBN 80-2460-531-7.
62. VYHLÁŠKA č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Sbírka zákonů MZ ČR, částka 139, 2004, s. 8096 – 8139.
63. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
64. WIRTHOVÁ, V. Zvláštnosti ošetřování malých dětí a výchovná práce sester. *Dimenze moderního zdravotnictví*. Praha: 2007, roč. 1, č. 2, s. 40. ISSN 1802-4084.
65. WORKMAN, B. A., BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.
66. ZACHAROVÁ, E. Komunikační dovednosti. *Ošetrovatel'ský obzor*. Bratislava: 2009, roč. 6, č. 2, s. 62 – 63. ISSN 1336-5606.
67. ZACHAROVÁ, E. Úloha sociální komunikace v dětském lékařství. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: 2008, roč. 9, č. 1, s.56 – 57. ISSN 1213-0494.
68. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
69. ZDĚNKOVÁ, H. Herní specialista ve Velké Británii. *Ošetrovatelství*. Hradec Králové: 2001, roč. 3, č. 1/2, s. 51 – 53. ISSN 1212-723X.
70. ZLÁMALOVÁ, V. Profesionálna úspešnosť detskej sestry. *Revue profesionálnej sestry*. Bratislava: 2002, roč. 9, č. 4, s. 10. ISSN 13335-1753.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Herní specialista

Komunikace

Práva dítěte

Příprava na vyšetření, zákrok

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 – Souhlas s rozhovorem

Příloha 2 – Rozhovor - rámcové otázky

Příloha 3 – Práva dětí v nemocnici

Příloha 4 – Když jde dítě do nemocnice...

Příloha 5 – V nemocnici dříve a nyní

Příloha 6 – Herní specialista, člen společnosti pro herní práci: Kodex výkonu profese

Příloha 7 – O statečném rytíři Očkovi z Ordinance a strašidlu Žluťákovi

Příloha 8 – Omalovánky Medvídek Nebojsa

Příloha 9 – Zdravá školka – nemoc

Příloha 10 – Diplom za statečnost

Příloha 11 - Omalovánky s lékařskou tematikou

Příloha 12 – Speciální panenka

Příloha 13 - Moje první kniha o lidském těle

Příloha 14 – Fanyнка

Příloha 15 - František

Příloha 1 – **Souhlas s rozhovorem**

SOUHLAS S ROZHOVOREM

Vážená maminko, vážený tatínku, ráda bych Vás a Vaše dítě požádala o spolupráci.

Jsem studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Ošetrovatelství v pediatrii, a píší diplomovou práci na téma „Zkušenosti dětí s přípravou na vyšetření nebo zákrok“. Výsledky mé práce budou zpětnou vazbou pro personál tohoto oddělení, který se o Vaše dítě stará a jistě rád udělá vše pro to, aby se Vaše dítě cítilo spokojené a klidné, i přes to, že je to pro ně nová a náročná situace.

S Vaším dítětem budu pracovat pouze formou rozhovoru, který bude anonymní a veškeré získané údaje použiji pouze ke zpracování své práce. Všechny získané údaje podléhají anonymitě dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Předem Vám i Vašemu dítěti děkuji za ochotu a čas, který jste mi věnovali.

Bc. Dana Hejduková

Souhlasím s tím, že můj syn/dcera bude účastníkem rozhovoru na téma Zkušenosti s přípravou na vyšetření nebo zákrok. Zároveň potvrzuji, že mě Bc. Dana Hejduková seznámila s rámcovými otázkami rozhovoru a že s nimi souhlasím.

Vedne.....

.....

podpis zákonného zástupce

Doplňující otázky (odpověď prosím zakroužkujte)

Chci být přítomna/přítomen u rozhovoru ANO NE

Jsem ochotna/ochoten podílet se na případném doplnění informací ANO NE

Souhlasím s písemným zaznamenáním rozhovoru ANO NE

Souhlasím s nahráváním rozhovoru na diktafon ANO NE

.....

podpis zákonného zástupce

Příloha 2 – Rozhovor - rámcové otázky

ROZHOVOR

Dobrý den, jmenuji se Dana Hejduková a jsem studentka posledního ročníku magisterského studia oboru Ošetřovatelství v pediatrii na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Píši diplomovou práci na téma „Zkušenosti dětí s přípravou na vyšetření nebo zákrok“. Úkolem mé práce je zjistit, zda někdo dítě na zákrok připravuje, kdo a jakým způsobem mu informace podává a jejich význam na snížení strachu a úzkosti u dítěte. Budu Vašemu dítěti pokládat několik otázek o jeho zkušenostech s přípravou na vyšetření nebo zákrok. Rozhovor je anonymní, nikde nebudou uvedeny žádné informace, podle kterých by bylo možno dítě identifikovat (jméno, příjmení, rodné číslo ani bydliště). Pokud si přejete účastnit se rozhovoru, prosím Vás, abyste do něj nezasahovali, dám Vám slovo až po ukončení rozhovoru s Vaším synem/dcerou. Pokud to budete považovat za vhodné, napište si poznámky k rozhovoru, případně doplňující informace.

Rámcové otázky:

1. Jak se jmenuješ, jak Tě mám oslovovat?
2. Pověz mi, prosím, něco o sobě a proč jsi v nemocnici? (věk, diagnóza, kolikátá je to hospitalizace dítěte, jaké vyšetření nebo zákrok dítě absolvovalo, kolikátý den je dítě po zákroku nebo vyšetření, byl s ním někdo hospitalizován a kdo, v jaké nemocnici a na jakém oddělení)
3. Kdo Tě před vyšetřením nebo zákrokem připravoval, kdo Ti řekl nějaké informace o tom, co se s Tebou bude dít a jak to bude probíhat?
4. Jakým způsobem Ti to řekl? (jde o formu sdělení – ústní, písemné informace, názorné předvedení, informace podané formou hry...)
5. Mohl/a ses zeptat na nejasnosti, měl/a jsi na to dostatek času a možností, byl/a jsi k tomu vyzván/a?

6. Museli Ti rodiče informace znovu opakovat, objasňovat nebo něco ještě vysvětlit? Myslíš, že jsi pochopil/a vše?
7. Myslíš si, že podané informace snížily Tvůj pocit strachu a úzkosti? Bál/a ses něčeho v nemocnici a čeho?
8. Co se Ti v nemocnici líbilo? A s čím jsi naopak nebyl/a spokojen/a?
9. Doplňující informace od rodičů.

Příloha 3 – Práva dětí v nemocnici

Nadační fond Klíček
ve spolupráci s organizací Kind en Ziekenhuis
a European Association for Children in Hospital



**DĚTI V NEMOCNICI
MAJÍ**
kromě práva na péči poskytovanou
kvalifikovaným a odborně zdatným
personálem
PRÁVO NA:

>	přítomnost svých rodičů
>	bezbolestně prováděné zákroky
>	informace odpovídající jejich chápání
>	spolurozhodování o poskytované péči
>	příležitosti ke hře a vzdělávání
>	kontakt se svými vrstevníky
>	prostředí, které napomáhá uzdravě

www.detivnemocnici.cz

Nadační fond Klíček
ve spolupráci s organizací Kind en Ziekenhuis
a European Association for Children in Hospital



DĚTI V NEMOCNICI
často nedokáží porozumět tomu,
co se s nimi děje.
Proto
POTŘEBUJÍ SVÉ RODIČE
také během:

>	uvádění do anestézie
>	probírání z anestézie
>	lékařských vyšetření
>	léčebných zákroků
>	aplikace injekcí, šití ran atp.
>	poskytování ošetrovatelské péče
>	a vůbec kdykoli, kdy si to samy přejí.

www.detivnemocnici.cz

Zdroj: <http://www.detivnemocnici.cz/tisk/each.pdf>

KDYŽ JDE DÍTĚ DO NEMOCNICE...

Malý průvodce pro přemýšlivého čtenáře



V pátek 1. června 2007, na Den dětí, symbolický den, kdy slaví svátek Laura, začala naše celorepubliková informační a osvětová kampaň **“NEZŮSTAT SÁM”**.

Aby všichni rodiče věděli, že je jejich dítě v nemocnici potřebují. Aby také věděli, že mají právo být se svými dětmi v nemocnici po celých 24 hodin. A aby všichni, kdo se o děti v nemocnicích starají, získali nové informace, novou inspiraci a povzbuzení.



- **Potřebujete informaci, radu nebo povzbuzení v souvislosti s pobytem svého dítěte v nemocnici?**
- **Chcete se podělit o zkušenosti s hospitalizací svého dítěte?**
- **Pracujete v nemocnici a chcete se podělit o své zkušenosti, případně hledáte nové cesty, jak hospitalizovaným dětem a jejich rodinám vyjit vsvědčt?**



Určete se nám ozvěte!

Naše informační a poradenské linky:

775 204 109

774 028 435

774 407 541

Poštovní adresa: Nadační fond Klíček Malejovice 22, 285 04 Uhřetitzské Janovice

E-mail: klíček@klíček.org

www.klíček.org, www.dětvnemocnici.cz



Vydání © Nadační fond Klíček a Emergent, o.p.s., 2007, s úctou k prákopnické práci

manželů Joyce a Jamese Robertsonových. V materiálu byly využity fotografie a vědecký film Jamese Robertsona „A Two-year-old Goes to Hospital“ (1952) a fotografie manželů Robertsonových z webových stránek www.robertsonfilms.info. Ostatní fotografie: archív Nadačního fondu Klíček. Vysvětleno na respobovaném papíru.

CO BY MĚLIVĚDĚTVŠICHNI, KDO SE O DĚTIV NEMOCNICÍCH STARAJI

V českém prostředí došlo v uplynulých několika letech na poli péče o děti v nemocnici k řadě viditelných změn: díky úsilí mnoha obětavých zdravotníků i šetrnosti sponzorů se tvář dětských oddělení a klinik proměnila k nepoznání. Naladíte tu pestrou výzdobu, množství hraček, počítače, videa, pořádké rodiče, dobrovolníky, herní specialisty i klauny. Na první pohled to vypadá, že naše nemocnice “srovnaly krok se světem”.

V pestrých kulisách však mnohde najdeme stále stejnou starou praxi bolesného oddělování dětí od rodičů – ne nepodobnou té, kterou zachytil James Robertson ve svém filmu z roku 1952.

Česká legislativa přitom dává společnému pobytování rodičů s jejich hospitalizovanými dětmi pevnou zákonnou oporu:

“Péče o děti a jejich výchova je právem rodičů; děti mají právo na rodičovskou výchovu a péči. Práva rodičů mohou být omezena a nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli jen rozhodnutím soudu na základě zákona.”

Ústava České republiky, Listina základních práv a svobod, čl. 32, odst. 4

Jinými slovy, samotář přitomnost rodiče u dítěte v nemocnici nepodléhá žádnému schvalování a nelze ji ani podmiňovat finanční úhradou.

Nemocnice mají ovšem také možnost rodiče přijmout zároveň s dítětem jako jeho průvodce – v takovém případě je rodiči zdarma nabídnuti nocležná a strava.



S samilipím Právkem zůstala namakna v jedné velké české nemocnici po celou dobu jeho narození několikaměsíční léčby. Byla oporou jak svému smyoví, tak ošetrovatelskému personálu a pravidelně sledována znovu dokumentací.

O přijetí průvodce rozhoduje ošetřující lékař – u pacientů do šesti let věku je toto rozhodnutí plně v jeho kompetenci, u dětí starších musí přijetí průvodce schválit ještě revizní lékař příslušné zdravotní pojišťovny. Pokud rodič, který nebyl přijat jako průvodce, chce využít služby, jež nemocnice nabízí, musí si je hradit sám.

RODIČE NEJSOU PRO SVÉ DÍTĚ V NEMOCNICI NAVŠTĚVOU, MAJÍ PRÁVO S NIM BÝT 24 HODIN DENNĚ.

Zdroj : <http://www.detivnemocnici.cz/tisk/histor.pdf>



Dlouhá léta byly do nemocnic po celém světě přijímány děti samy, bez doprovodu svých rodičů. Obecně se mělo zato, že jim veškerou potřebnou péči může poskytnout zdravotnický personál. Smutek dětí byl spojován s jejich nemocí, jejich slzy a stýskání byly považovány za něco, co k pobytu v nemocnici prostě patří, a tím se nedá nic dělat, co děti zkrátka musují vydržet.

Film "Dvouletá jde do nemocnice" představoval zásadní přelom především v tom, že názorně, krok za krokem, ilustroval jedno zásadní zjištění – totiž, že role rodiče je i během hospitalizace dítěte nenahraditelná, a to i tehdy,

je-li ošetrující personál vůči dítěti nanejvýš laskavý a empatický, a i v případě, je-li pobyt v nemocnici krátkodobý a nekomplikovaný.

Film zároveň jednoznačně a neodiskutovatelně dokládá, jaký vnitřní zmatek a zbytečné trápení dítěti působí odloučení od rodičů, zachytili proměnu v chování hospitalizovaného děvčátka, typické obranné reakce, i to, jak separace poznamenává vzhled dítěte k mamince.

Film Jamese Robertsona zřetelně ukázal, jak se i dobře míněná péče zdravotníků a rodičů může stát velkou společnou manipulací, založenou na přehližení té největší potřeby, kterou Laura měla, totiž: nebyť opakovaně opouštěna a zrazována od svých nejbližších.



Skutečnost, že dětí nemocnicích pláči, případně leckomu normální – jako by k pobytu dítěte v nemocnici pláč prostě patří musel. Mnoha už kostem, strachům a slzám se však často dá předejít.

Pro Lauru, která byla zvyklá žít v bezpečné přítomnosti svých rodičů a rozumět světu okolo sebe, se pak stalo i – v podstatě neohrožující a neoblastivě – zavázání rektálního čípku nanejvýš traumatizující událostí; tím spíše, že zážitek přišel bez předchozí přípravy a bez vysvětlení, a Laure tedy nedal možnost, aby tomuto narušení intimního prostoru a veskrze "divnému pojmání" porozuměla.



Děti při oddělování od rodičů zpravděla pláči. Skutečnost, že dítě pak dříve či později plakat přestane a uklidní se, bývala často mylně interpretována jako projev toho, že trápení odeznívá, dítě si pomalu zvyká a vše je na dobré cestě.

Mnozí zdravotníci přisluchovali k dětem v nemocnici s přisvědčením, že malé dítě brzy na vše zapomene – a že i v případě prováděných zákroků je především důležité, aby už mělo všechno co nejrychleji za sebou.

Na filmovém plátně bylo majetnou zřetelnější i to, že naléhat na dítě, aby se smálo a nešlo v prostřídí, které v něm přirozeně budí strach, nejistou a pocit ohrožení, odráží velké nepochopení na straně dospělých, kteří o děti pečují, a může působit škodu na dětské psychice. Veskeré snahy o rozptylování a zabavení Laury, která byla proti své vůli odloučena od svých rodičů, v ni jen prohibovaly zmatek a úzkost, protože hlavní zdroj jejího psychického trápení byl okolím přehlížen a zlehčován. A už vůbec si Laura nevěděla rady s pobídkou, kterou ji maminka udělala při každém svém odchodu z návštěvy: "Neplač. Buď hodná holčička."

Film "Dvouletá jde do nemocnice" probudil v mnohých lidech silné emoce: někteří zdravotníci dokonce zprvu považovali Robertsonova zjištění za útok na svou osobu a na svou práci, později však většinou začali nahlížet na svou praxi jinými očima. Filmu se tak nakonec povedlo přesně to, co od něj James Robertson očekával: narušit ochranný obal předsání slepoty, která se často nevyhýba ani těm nejobtěnějším zdravotníkům.

Diskuse, kterou uvedení filmu vyvolalo – jak v Británii, tak jinde ve světě – zvedla soustředěnou vlnu zájmu o potřeby hospitalizovaných dětí, a to jak na straně pečujících profesionálů, tak angažovaných rodičů. Nebyť manželé Robertsonových, vypádlala by dnes pediatriická péče jinak.



James a Laura Robertsonovi – manželé a soukromé spolupracovníci.

JAK TO VYPADÁ V NEMOCNICÍCH DNES

Smutek a stýskání po mamince prožívají děti stejně bolestně kdekoliv na světě. Bývá proto užitečné hledat inspiraci a poučení tam, kde se pečující tým snaží zbyčtěnému trápení dětí předcházet – z britského prostředí čerpat v posledních několika letech povzruzen i dobře příklady také českí pediatrii, zdravotní sestry a herní specialisté. Čím jsou britské nemocnice tak inspirativní?

Dlouholetá práce manželů Robertsonových a mnoha dalších významných osobností přinesla ve Velké Británii své plody: oddělování dětí a rodičů během hospitalizace je dnes už naprosto nemyšlelné, rodiče mohou doprovázet své dítě bez ohledu na jeho věk a diagnózu po celých 24 hodin, zdravotnický personál se během let naučil vnímat a přijímat rodiče jako skutečné partnery a dnes už s nimi dokáže na oddělení přirozeně soužití. V britském prostředí byla také deňnována tzv. family-centred care – péče zaměřená na rodinu dětského pacienta.

Ide o filosofii péče, která uznává a respektuje, že rodina má rozhodující význam a nezastupitelnou roli v životě dítěte. Principy family-centred care usnadňují spolupráci mezi rodinou a zdravotníky, udržují rovnováhu mezi potřebami rodiny a radami odborníků.

Rodiče jsou vnímáni jako rovnocenní partneři v týmu, který se o dítě stará, a hraje aktivní úlohu v celém procesu léčebné a ošetrovatelské péče: odborníci do tohoto procesu vnášejí své odborné znalosti a z těchto znalostí vycházejí služby, a rodiče zase informace o svém dítěti a jeho potřebách.

Britská praxe také dokládá, že přijímání rodičů do nemocnice není v první řadě otázkou peněz a komfortního zážemí. I ve stísněných prostorách se při dobré vůli místo pro rodiče vždycky najde. Poměrně častým řešením rodičovského nocoletu je položení matrace na zem vedle postýlky dítěte.



Moderní nemocnice St. Mary's v centru Londýna. Zvenič se od našich nemocnic nicím podsataným nelíší.

Ani interiér londýnské nemocnice se na první pohled nicím nespokývá tomu, jak dnes vypadá v mnoha nemocnicích oddělení v náde.



Dítě v ní však nejsou barevné slizy a herny plně hraček, ale všechny věci, které dítěti jako rodičům patří, jsou tam. Myslí se, že v tomto prostředí je místo pro rodiče, matrace připravená pro rodiče.

Příloha 5 – V nemocnici dříve a nyní

Stejně byla moje maminka mámě, byla pro mě v nemocnici.

Stejně byla moje maminka mámě, byla pro mě v nemocnici.

Stejně byla moje maminka mámě, byla pro mě v nemocnici.

Stejně byla moje maminka mámě, byla pro mě v nemocnici.

Babička a dědeček se po jídelníčku a stáří na ni myšleli.

Mamince se zase stýskalo v nemocnici po nich.

Babička a dědeček se po jídelníčku a stáří na ni myšleli.

Mamince se zase stýskalo v nemocnici po nich.

Stejně byla moje maminka mámě, byla pro mě v nemocnici.

Maminka mámě s sebou v nemocnici panenku a povídky se s ní.

Maminka mámě s sebou v nemocnici panenku a povídky se s ní.

Maminka mámě s sebou v nemocnici panenku a povídky se s ní.

Maminka mámě s sebou v nemocnici panenku a povídky se s ní.

Maminka mámě s sebou v nemocnici panenku a povídky se s ní.

Je mi líto, že musela být moje maminka samotná v nemocnici sama. Mnohdy se jí stýskalo. Muselo se pro ni být hořké.

Je mi líto, že musela být moje maminka samotná v nemocnici sama. Mnohdy se jí stýskalo. Muselo se pro ni být hořké.

Stejně byla moje maminka mámě, byla pro mě v nemocnici.

Stejně byla moje maminka mámě, byla pro mě v nemocnici.

Stejně byla moje maminka mámě, byla pro mě v nemocnici.

Stejně byla moje maminka mámě, byla pro mě v nemocnici.

Stejně byla moje maminka mámě, byla pro mě v nemocnici.

Stejně byla moje maminka mámě, byla pro mě v nemocnici.

Stejně byla moje maminka mámě, byla pro mě v nemocnici.

Maminka mi vyprávěla, jak se bylo, když musela jít do nemocnice. Byla tam chudáček sama. Když jsem šel do nemocnice, šel jsem s maminkou domů, nebýt se s maminkou a sestřičkou v nemocnici spolu.

1

 Přemotal mi bícher a pak
 nám ukázal pokoj, kde teď
 budeme s mamkou pár dní
 bydlet.

2

 Druhý den mě sotří čekala
 malá operace. V horní části
 od našeho pokoje měla krásnou mapu.

3

 Víc před usnutím mi mamka
 čítala pohádku. Měly jsme
 poslehnout hned vedle sebe.
 Byla jsem moc ráda,
 že jsem na mamku stále viděla.

4

 Když jsme se na pár dní
 zase vrátili sblíž domů,
 vypracovaly jsme s mamkou
 ládku o něm, co jsme
 v nemocnici prožily.

5

 Dostala jsem od sestřičky
 lík, na usnutí. Pomáhají
 si, jak mě mamka
 hladila po vlasech...

6

 Dnes jsem od máma
 měl vyjít ani nepít.
 Na chvíli sotří půjdu
 na operaci.

7

 ... a pak už si pamatují,
 jak jsem se probudila
 zpátky na našem pokoji
 a mamka se na mě smála.

8

 Když jsme se na pár dní
 zase vrátili sblíž domů,
 vypracovaly jsme s mamkou
 ládku o něm, co jsme
 v nemocnici prožily.



Vydaly © Nadační fond Klíček a Sínuzení Klíček v roce 2007 jako součást osvětové kampaň "Nezůstat sám", www.detinemocnici.cz

Příloha 6 – Herní specialista, člen společnosti pro herní práci: Kodex výkonu profese

HERNÍ SPECIALISTA, člen společnosti pro herní práci

Kodex výkonu profese

Herní pracovníci, členové SHP, mají vždy a za všech okolností jednat takovým způsobem, aby si zasloužili důvěru veřejnosti. Členové SHP se vždy mají snažit o vytváření dobré pověsti své profese a o to, aby tato profese byla v povědomí odborné i laické veřejnosti spojována s odborností, profesionalitou a důsledně etickým přístupem. Budou vždy usilovat o to, aby svou prací sloužili zájmům společnosti, a především aby hájili zájmy konkrétních dětí a jejich rodin.

Každý člen SHP zodpovídá za způsob, jakým svou práci vykonává. Při naplňování profesní zodpovědnosti, člen SHP musí zejména :

1. Vycházet z principů péče zaměřené na celou rodinu (family centred care), důsledně je respektovat a hájit.
2. Neustále zjišťovat a zajišťovat potřeby a zájmy dětí a jejich rodičů a usilovat o jejich maximální možnou pohodu v prostředí, v němž se nacházejí.
3. Udržovat a rozvíjet své odborné znalosti a profesní kompetentnost. Sledovat aktuální stav relevantních zákonných předpisů.
4. Uvědomovat si hranice svých kompetencí a v situacích, kdy zjištěné potřeby klientů vyžadují krok, který jeho kompetence, možnosti či znalosti přesahuje, usilovat o naplnění těchto potřeb z pozice aktivního a poučeného zprostředkovatele.
5. Spolupracovat s ostatními členy ošetrovatelského personálu, znát a respektovat jejich konkrétní přínos v rámci zdravotnického týmu a brát ohled na jejich pracovní zatížení a na tlak, pod nímž pracují.
6. Brát v úvahu a v praxi reflektovat zvyky, hodnoty a duchovní orientaci dětí a jejich rodičů.
7. Uvědomit příslušné členy týmu o veškerých námitkách z důvodu svědomí na straně dítěte či jeho rodiny, které mohou mít praktický význam pro poskytování péče.

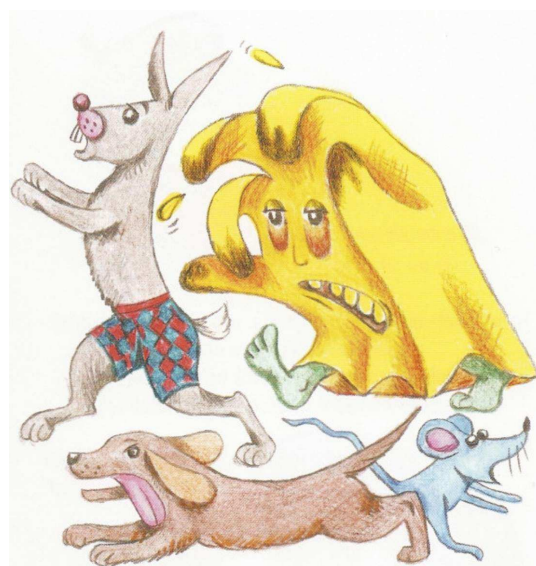
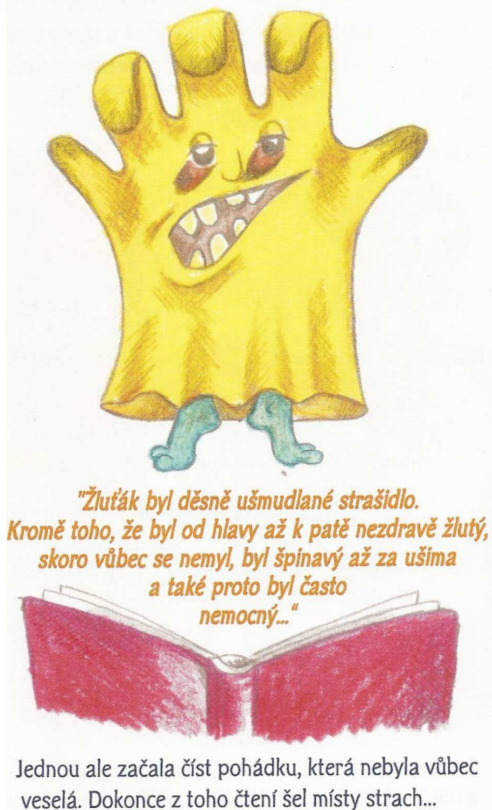
8. Vyvarovat se jakéhokoliv zneužití výsadního či důvěrného vztahu, existujícího mezi ním a dítětem/rodičem.
9. Respektovat důvěrnost informací, které při výkonu profese získá. Zdržet se prozrazení těchto informací, s výjimkou těch případů, kde je odhalení třetí osobě vyžadováno zákonem, nebo kdy je nutné ve veřejném zájmu.
10. Používat výhradně bezpečné profesní postupy.
11. Odmítnout přijetí jakéhokoli daru, který by mohl být interpretován jako snaha zajistit si nepatřičný vliv nebo zvýhodněné zacházení.
12. Vyhýbat se situacím, které by mohly ohrožovat nezávislost jeho odborného úsudku.

Zdroj : Ludmila Romová, herní specialista, Dětská klinika Fakultní nemocnice Plzeň -
Lochotín, oddělení větších dětí

Příloha 7 – O statečném rytíři Očkovi z Ordinance a strašidlu Žluťákoví



Adélka, si jako většina holčiček, nejráději hrála na maminku. Starala se o své oblíbené hračky zajíce Pírka, medvídku Bruma a panenku Bláženku. A jako správná maminka samozřejmě četla před spaním svým dětem pohádky.



„Co bylo ale horšího,“ pokračovala Adélka ve čtení, „na koho Žluťák sáhl, toho svou svou ušmudlanou nemocí nakazil... A ten, nejenže zežloutl jako kanárek, ale proměnil se ve stejné strašidlo jako Žluťák a strašil další děti a zvířátka“

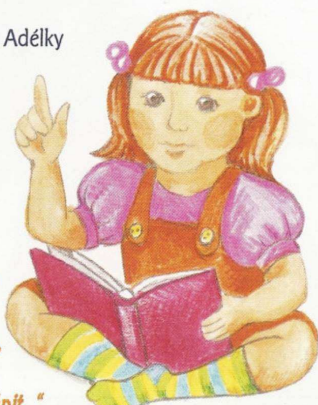


„Ale počkej, vždyť pohádky pro malé děti nemají být smutné. Mělo by v nich všechno nakonec dobře dopadnout...“

To se ozval zajíc Pírko, kterému z toho čtení stály uši napětím jako antény.

Protože ale už slyšel od Adélky hodně pohádek na dobrou noc, dobře věděl, co se na slušnou pohádku sluší a patří...

„Tady se to píše: Kdo vyhledá statečného rytíře Očka z Ordinance a stane se jeho přítelem, toho bude udatný rytíř před Žluťákem chránit.“



„Já, chrabří rytíř Očko z Ordinance jsem dobře vyzbrojen a vystrojen.“

Na rytíře Očka jsou Žluťákova záludná kusadla krátká. Na jeho brnění si každý Žluťák vyláme zuby!



„Já mám ale stejně trošku strach...“

To se ozvala malá panenka Bláža, protože malé panenky nemají nikdy k slzičkám daleko.

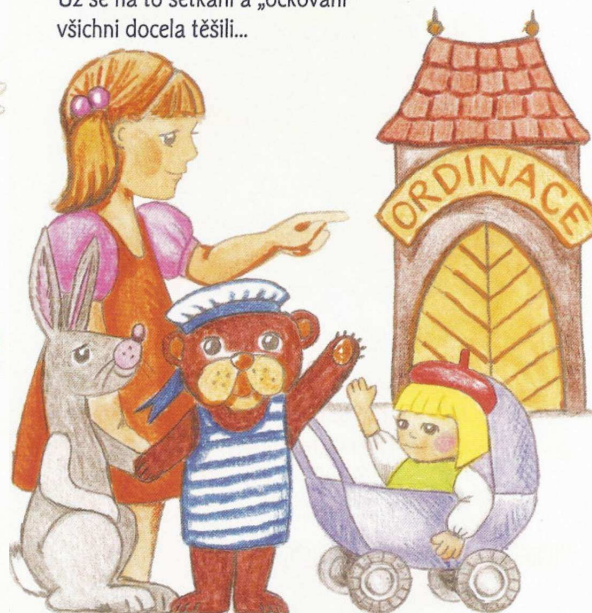
„Co když si na nás také Žluťák někde počhává,“ dodala pochybovačně a začala trochu natahovat.



„Tak se vydáme hledat rytíře Očka!“

Medvěd Brum byl z Adělčiných hraček nejstatečnější a tak přišel s odvážným nápadem.

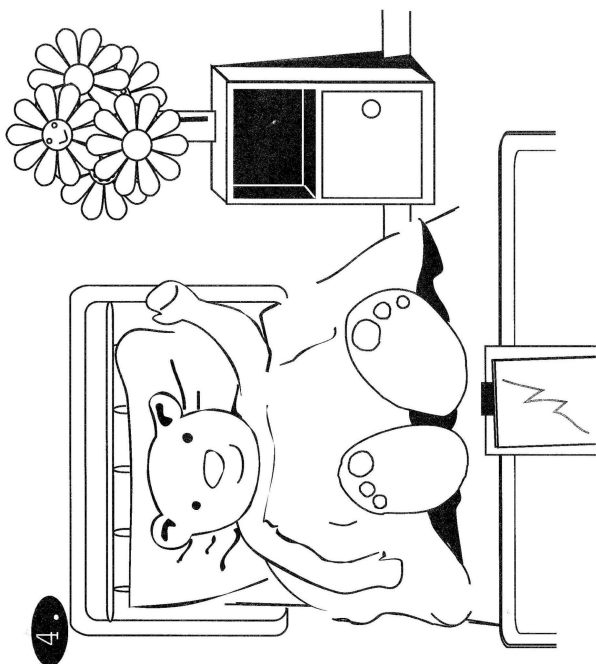
A protože Adélka byla opravdu hodná a starostlivá maminka, vzala nazítří Bruma, Pírka i Blážu na výlet. Vydali se hledat tajemnou Ordinance Rytíře Očka. Už se na to setkání a „očkování“ všichni docela těšili...



A co myslíte, našli rytíře Očka? Samozřejmě že ano, a pak si všichni společně zašli na velkou porci zmrzliny.

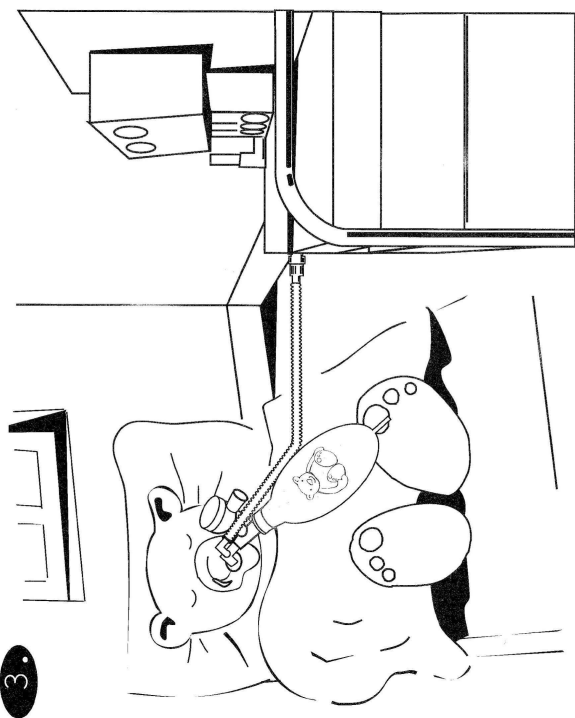
Zdroj : Leták firmy GlaxoSmithKline

Příloha 8 – Omalovánky Medvídek Nebojsa



Když se medvídek probudí, je nazpátek ve svém pokoji s dalšími kamarády. Ještě pár dní bude odpočívat na pokoji a pak už hurá domů, stejně jako ty. Milé děti, nezapomeňte se na Nebojsu podívat až budete na operačním sále.

Ahoj.



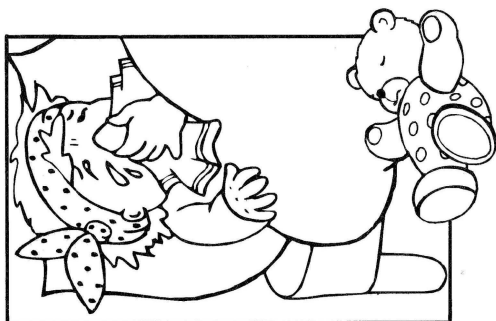
Na operačním sále mu pan doktor nasadí masku, do které musí medvídek chvíli dýchat a pak už krásně spinká. Protože vůbec neplakal, začali mu všichni říkat Nebojsa.

Aby byli všechny holčičky a kluci také tak stateční jako medvídek Nebojsa, je s nimi vždy na operačním sále namalovaný na zeleném dýchacím váčku. Vidíte ho?

Zdroj : Kamarád všech nemocných dětí – Medvídek Nebojsa, omalovánky firmy INTERSUGICAL complete respiratory systems

Příloha 9 – Zdravá školka - nemoc

VE ŠKOLCE CHYBÍM...



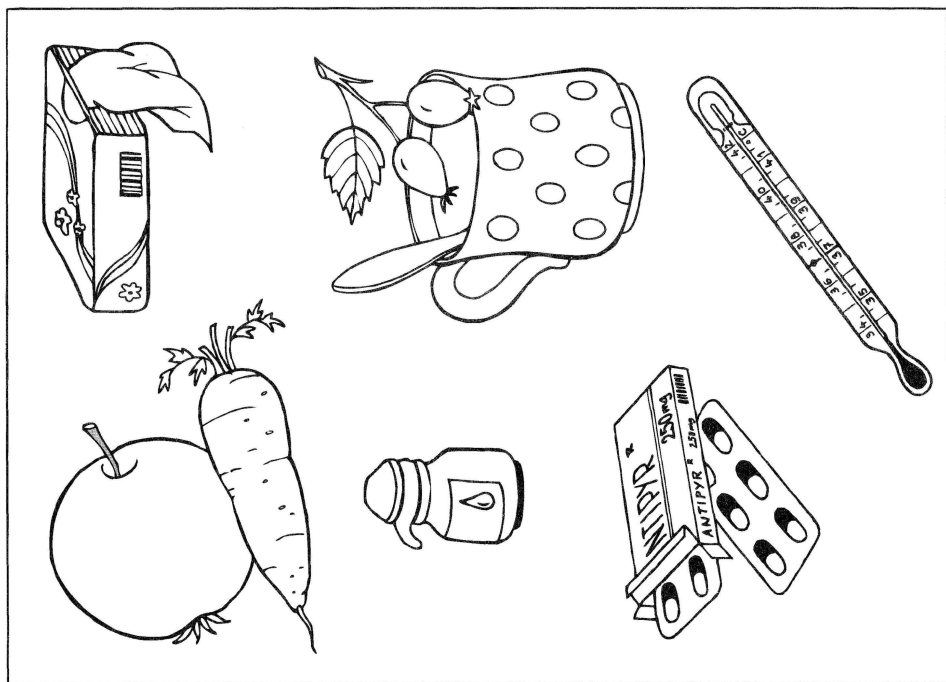
NEMOCNÝ JSEM, DOMA LEŽÍM,
VE ŠKOLCE DNES ZASE CHYBÍM,
BOLEST V HRDLE ŠTÍPE, PÁLÍ,
Z NOSÍKU SE RÝMA VALÍ.

A Z HOREČKY HLAVA BOLÍ,
HRÁT SI, TO MI NEDOVOLÍ,
A TAK LEŽÍM, LÉKY JÍM,
ŽE MÁM CHRÍPKU, TO UŽ VÍM.

ŠÍPKOVÝ ČAJ ZA CHVÍLI,
VYHNAL Z TĚLA BACILY,
STÁLE LÉPE SE MI DARÍ,
ZA PÁR DNÍ JSEM V ŠKOLCE ZDRAVÝ.



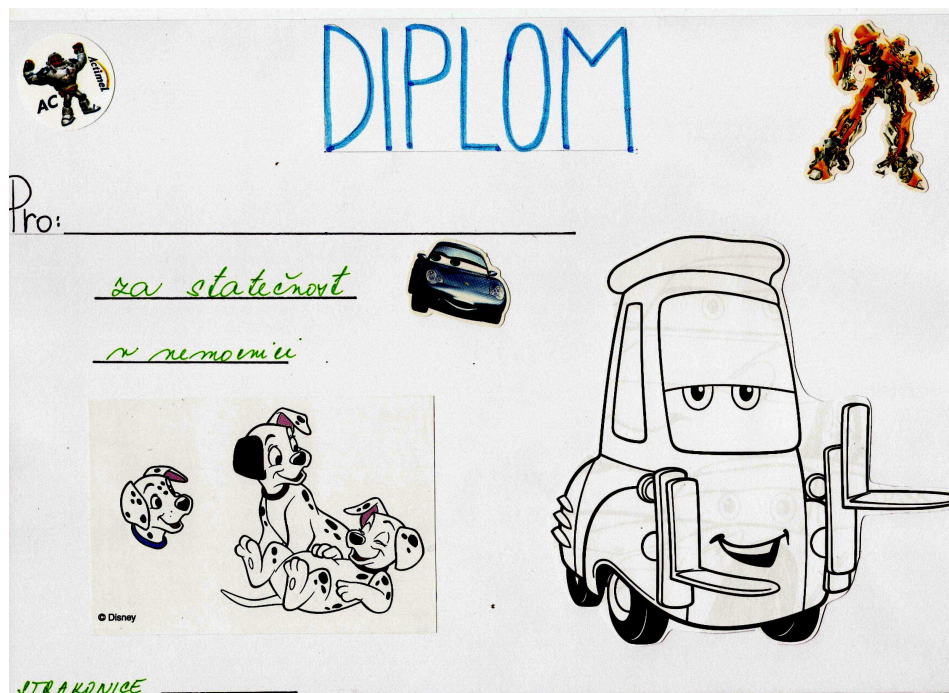
Jestli jsi byl někdy nemocný, zkus si vzpomenout, jak ti tehdy bylo, co jsi ctil a proč jsi onemocněl.



Porovnej obrázky na obou stranách a vybarvi jen ty, které jsou důležitě při uzdravování. Rozdělvy vystříli.

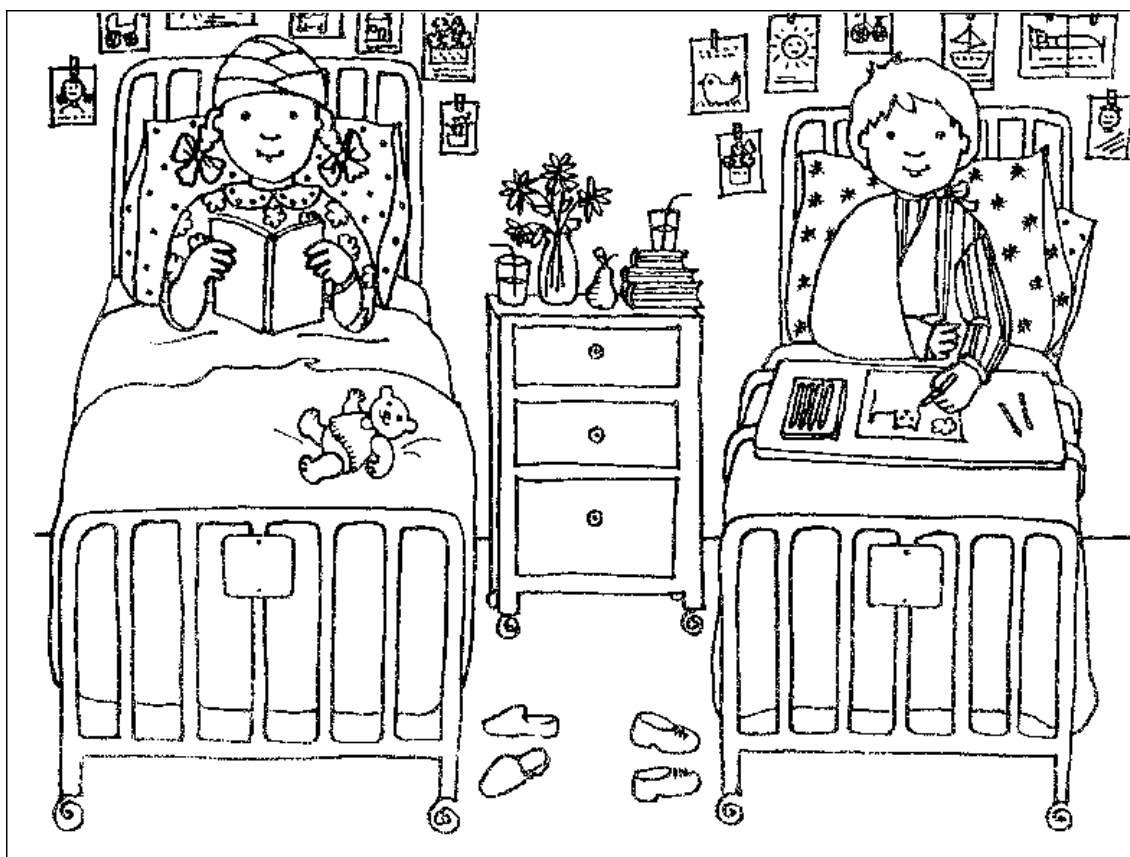
Zdroj : NOVÁKOVÁ, M. Zdravá školka. Vyd. neuvedeno. Klimkovice : NOMILAND, rok neuveden.

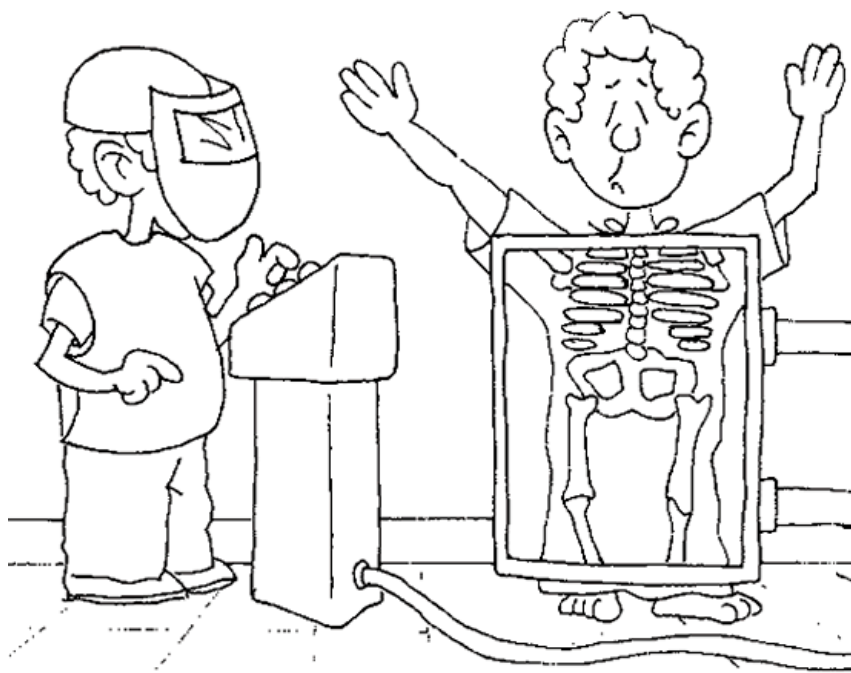
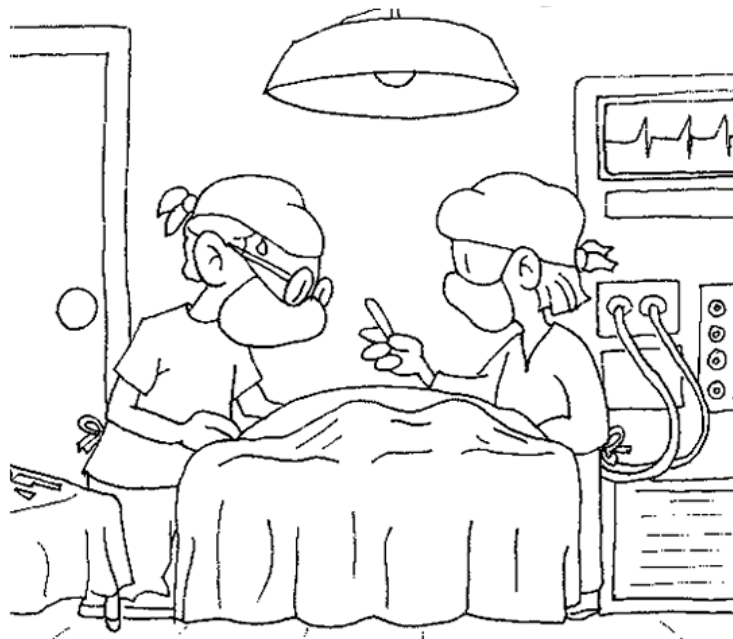
Příloha 10 – Diplom za statečnost



Zdroj : Zdravotní sestry z oddělení ARO, Nemocnice Strakonice, a. s.

Příloha 11 – Omalovánky s lékařskou tematikou





Zdroj:

<http://www.i-creative.cz/2008/10/30/zdravi-omalovanky-k-vytisknuti/>

<http://www.omalovankykvytisknuti.info/tag/doktor>

Příloha 12 – Speciální panenka



Zdroj: Vlastní

Příloha 13 – Moje první kniha o lidském těle



Zdroj : BROOK, J. H. R. *Moje první kniha o lidském těle*. 1. vyd. Praha : Svojtka & Co., 2006. ISBN 80-7352-310-8.

Příloha 14 – Fanyňka



Zdroj: Vlastní

Příloha 15 – František



Zdroj: Vlastní