

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Edukace hospitalizovaných dětských
pacientů a jejich rodičů v souvislosti
s operačním výkonem**

bakalářská práce

Autor práce: Miroslava Březinová

Vedoucí práce: Mgr. Petra Kourková, MBA

Jihlava 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Miroslava Březinová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Edukace hospitalizovaných dětských pacientů a jejich rodičů v souvislosti s operačním výkonem
Cíl práce:	Cíl 1 Zjistit, jakým způsobem a v jakém rozsahu je informován rodič a jeho dítě v průběhu hospitalizace Cíl 2 Zjistit potřebu edukačního materiálu pro děti ze strany rodičů

Mgr. Petra Kourková, MBA
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na úroveň edukace hospitalizovaných dětí a jejich rodičů v souvislosti s operačním výkonem. V teoretické části jsou popsána jednotlivá vývojová období dítěte a specifika dětského pacienta při hospitalizaci. Práce se dále věnuje předoperační a pooperační péči u dětí z pohledu sestry. Popisuje specifika, role anesteziologa a všeobecné sestry v předoperační přípravě. Jsou zde také charakterizována práva dítěte a informovaný souhlas s léčbou. V závěru teoretické části je popsána edukace ve zdravotnictví. Praktická část představuje výsledky výzkumu prováděného pomocí hloubkových rozhovorů, při kterém bylo zjišťováno, jakým způsobem a v jakém rozsahu je informován rodič a jeho dítě v průběhu hospitalizace. V závěru práce byla zjištěna potřeba vytvoření edukačního materiálu, který byl následně zpracován.

Klíčová slova

edukace, hospitalizace, dětský pacient, ošetrovatelská péče

Abstract

This bachelor thesis is targeted to describe the level of edification of hospitalized children and their parents about processes connected with pediatric surgery. In the theoretical section various children's developmental stages are described together with some special particularities of a child patient being hospitalized. Pre- and post- operative care of child patients from the view of a nurse is depicted. It also describes the role of anesthesiologist and nurse in preoperative preparation. Informed consent and child's rights are characterized as well. In the final part of the theoretical section the health system education is depicted. In the second practical section of this thesis we introduce the results of our interview-survey, where we tried to ascertain in which way and to what extent the parents and also directly the child patients are informed about these processes during the course of hospitalization. Finally the need for having some educational material at one's disposal was elicited and this material was consequently prepared.

Key words

education, hospitalization, pediatric patient, nursing care

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou mé bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 20. dubna 2020

.....
Podpis studentky

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Petře Kourkové. MBA, za odborné vedení mé bakalářské práce, trpělivost, cenné rady a připomínky, které mi velice pomohly.

Děkuji také všem dotazovaným dětem a jejich rodičům za jejich ochotu a pomoc při tomto šetření, také Nemocnici Pelhřimov za umožnění sběru dat.

Poděkování patří také mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala a umožnila studium na vysoké škole.

Obsah

Úvod.....	7
1 Současný stav problematiky	9
1.1 Vývojová a pediatrická psychologie	9
1.1.1 Obecné znaky psychického vývoje.....	9
1.1.2 Determinace dětského věku	10
1.2 Specifika dětského pacienta	13
1.2.1 Prožívání hospitalizace a prevence negativních následků	13
1.2.2 Negativní důsledky hospitalizace	14
1.2.3 Komunikace s dětským pacientem	16
1.3 Předoperační příprava a pooperační péče u dětí	18
1.3.1 Informovaný souhlas.....	18
1.3.2 Práva dětských pacientů.....	19
1.3.3 Operační výkon jako stres.....	20
1.3.4 Specifika předoperační přípravy u dětí	21
1.3.5 Role anesteziologa v předoperační přípravě	22
1.3.6 Role všeobecné sestry v péči o dítě	23
1.3.7 Edukace ve zdravotnictví.....	23
2 Výzkumná část.....	26
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	26
2.2 Metodika výzkumu.....	28
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	28
2.4 Průběh výzkumu.....	29
2.5 Zpracování získaných dat.....	29
2.6 Charakteristika respondentů.....	30
2.7 Analýza výsledků k výzkumnému cíli č. 1	33
2.8 Analýza výsledků k výzkumnému cíli č. 2	40
3 Diskuze	45
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	50
Závěr	51
Seznam použité literatury	53
Seznam tabulek	58
Seznam použitých zkratk	59
Seznam příloh	60

Úvod

Hospitalizace je pro každého jedince podstatným zásahem do integrity jeho osobnosti. Představuje narušení normálního průběhu denních aktivit. Obzvláště pro děti je tato nová neznámá situace velice stresující. Tématem bakalářské práce je edukace hospitalizovaných dětských pacientů a jejich rodičů v souvislosti s operačním výkonem. Zpříjemnit prožívání hospitalizace a předcházet negativním následkům a hospitalizmu se snaží všichni zdravotničtí pracovníci, a to nejen u dětských pacientů.

Komunikace s dětským pacientem je specifická a v některých případech velmi náročná. Předpokladem pro úspěšnou komunikaci je dostatečná trpělivost, důslednost, schopnost naslouchat a projevovat empatii. Během celého procesu hospitalizace dítěte se ošetřující personál potýká s přítomností strachu, ať už z průběhu hospitalizace nebo z lékařských či ošetrovatelských výkonů. Ošetřující personál by se měl dítěti trpělivě věnovat, vše mu vysvětlovat a snažit se veškerými prostředky eliminovat strach. Může ho zaměstnávat různými aktivitami s cílem zmírnit negativní pocity dítěte. Je důležité všechny úkony přizpůsobovat věku a vývojovému období dítěte.

Během hospitalizace má všeobecná sestra důležitou roli v předoperační přípravě a v pooperační péči od celkového zhodnocení a sledování stavu až po specializované výkony, související s operací. Předoperační příprava a pooperační péče u dětských pacientů má svá specifika, která by ošetřující sestra měla znát a dodržovat. Operační výkon je pro dítě stresovou záležitostí. Cílem ošetrovatelského procesu je jeho zamezení nebo alespoň zmírnění. Významným faktorem jsou v současné době v péči o dítě při hospitalizaci rodiče. Jsou dítěti oporou a zároveň zdravotnickému personálu velikou pomocí. Spolupracují na celém procesu uzdravení a vytváří prostředníka mezi zdravotníky a malým pacientem. Dítě by mělo být v průběhu hospitalizace přiměřeným způsobem edukováno o probíhajících úkonech. Jsou mu tak předávány ucelené vědomosti, budovány dovednosti a postoje k prospěšným opatřením, které vedou ke zlepšení zdravotního stavu a přístupu k léčbě.

Motivace

Většina z nás se v životě setká s hospitalizací svého dítěte či z okolí. Každý chce pro dítě to nejlepší, aby odešlo z nemocnice s co nejlepšími vzpomínkami a bez traumat. Během své praxe jsem měla možnost strávit 3 týdny na dětském oddělení, kde jsem pozorovala spolupráci ošetřujícího personálu, rodičů a dětí během hospitalizace. Na základě této zkušenosti jsem se rozhodla pro zpracování tématu edukace a informovanosti na dětském oddělení.

Cíl práce

Předložená bakalářská práce se zabývá otázkami, zda jsou dítě a jeho rodiče dostatečně informováni v průběhu hospitalizace. Klade si za cíl zjistit, jaké informace postrádá, zjistit zdroj informací a jejich vyhovující formu. Rovněž si klade za cíl ověřit, zda jsou podávané informace srozumitelné. Dále zjišťuje spokojenost rodičů s poskytovanou péčí, spoluprací a komunikací zdravotnického personálu s dítětem. Součástí výzkumu je také zhodnocení edukace dětí na dětském oddělení z pohledu rodičů pomocí výzkumného šetření, jehož výstupy by měly vést k nastavení zlepšení způsobu edukace na dětském oddělení. Proto druhým cílem, na základě zjištěné analýzy a v případě zájmů od rodičů, je vytvoření edukačního materiálu, který by děti zabavil, zpříjemnil chvíle v nemocnici, a hlavně je seznámil s běžnými výkony, se kterými se setkávají během hospitalizace.

1 Současný stav problematiky

V úvodní kapitole se pojednává o vývojové pediatrické psychologii. Jsou zde zpracovány znaky psychického vývoje a determinace dětského věku. Dále specifika dětského pacienta týkající se široké oblasti prožívání hospitalizace, negativních důsledků a komunikace s dětským pacientem. Jedna z dalších kapitol se zabývá předoperační přípravou a pooperační péčí o dítě. Zmiňuje edukaci, práva pacientů a další témata související s operací a pobytem dítěte na dětském oddělení.

1.1 Vývojová a pediatrická psychologie

Dobrá znalost pravidel psychického vývoje a charakteristických projevů chování dětí v různých věkových obdobích je dnes nezbytnou součástí výbavy odborného zdravotnického personálu. Lékař si musí být vědom, že psychologické faktory jsou velice významné, často i rozhodující v souboru příčin psychosomatických poruch a hrají významnou roli při léčbě závažných i chronických onemocnění. Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) potřeba psychologie v pediatrické praxi stále narůstá.

Pojem pediatrická psychologie není totožný pojem jako vývojová psychologie, ale navzájem se doplňují. Pediatrická psychologie se zabývá psychickými reakcemi a poruchami psychického vývoje dítěte, které doprovázejí somatická onemocnění. Vývojová psychologie se zabývá zkoumáním souvislostí, zákonitostí, a průběhem psychického vývoje člověka i celé osobnosti od početí po smrt (Vágnerová, 2012).

1.1.1 Obecné znaky psychického vývoje

Obecné znaky psychického vývoje lze dle Vágnerové (2012) shrnout do několika bodů. Psychický vývoj je zákonitý proces, který zahrnuje složky somatické, psychické i sociální. Průběh psychického vývoje nebývá zcela plynulý a rovnoměrný. Takový stav je označován jako vývojová krize. Vývoj je členěn do různě dlouhých období na sebe navazujících vývojových fází. Střídají se v něm období rychlejšího a pomalejšího rozvoje a je vždy individuálně specifický. V každém období jsou typické vývojové mezníky, které určují rozhraní dvou vývojových fází. V určité vývojové fázi je jedinec v tzv. citlivém období neboli senzitivní fázi. V tomto období je zvýšeně vnímavý k podmětům určitého druhu. V průběhu života se citlivost k podmětům různě mění. Rané zkušenosti vytvářejí základ, který ovlivňuje způsob zpracování nových podnětů. Proto pokud byl negativní,

dítě je tím ovlivněno pro další jednání. V raném věku je důležité podporovat potřeby jistoty a bezpečí a také potřeby změn. Tím se rozumí pocit stability a otevřenosti novým zkušenostem a změnám. Dosažená úroveň psychického vývoje se projevuje pořadím a potřebou uspokojování potřeb (Říčan, 2014).

Vývojová psychologie nevychází z jedné souhrnné teorie, která by vysvětlovala rozvoj všech psychických funkcí a celé osobnosti. Jde o soubor různých způsobů výkladu. Vývojové teorie lze rozdělit podle toho, zda kladou větší důraz na zrání nebo učení. Také podle toho, zda je rozdělují do kvalitativně odlišných fází, podle plynulého či nepřetržitého procesu nebo podle toho na jakou oblast se zaměřují (Vágnerová, 2012). Mezi nejdůležitější vývojové teorie patří psychodynamické teorie vývoje osobnosti, jako například podle Sigmunda Freuda, C. G. Junga, E. H. Eriksona apod. Dále teorie kognitivního vývoje, dle Jeana Piageta, teorie emočního vývoje a také vývojové teorie, které kladou důraz na způsob, jakým se psychika rozvíjí. Metodologii vývojové psychologie lze chápat jako specifickou strategii k získávání informací a analýze získaných dat (Říčan, 2014).

1.1.2 Determinace dětského věku

Život začíná početím, čímž začíná i **prenatální věk**. Ten od početí do ukončení porodu přerušením pupečníku. Období od třetího týdne vývoje se nazývá organogeneze. V této době je plod nejcitlivější na nejrůznější poškození fyzikální, chemické a biologické. Během prvních 6 týdnů se zakládají orgány a postupně tyto orgány dozrávají a vyvíjejí se. Období prenatálního vývoje ovlivňuje plod na zbytek života, protože podléhá citovým i psychickým náladám matky a vnějším vlivů včetně sociálních (Kukla, 2016).

Novorozencem se jedinec stává v okamžiku odstřížení pupečníku až do 28. dne života. Jedná se o období zásadních změn, kdy se mění životní podmínky jedince a přizpůsobuje se novému prostředí. Klíčové momenty představuje prvních 10 minut adaptace, které se hodnotí podle Apgarové. Dále se hodnotí novorozenec první 2 hodiny po porodu a nakonec do 7. dne života. Dítě přijímá přirozenou nebo umělou výživu, která přispívá pro správný růst a vývoj. Sledujeme také známky zralosti a novorozenecké reflexy, mezi které patří vyhledávací, sací, polykací a kašlací. Během prvního měsíce života vznikají podmíněné reflexy, adaptuje a rozvíjí se zrakové, sluchové vnímání a reakce na matku (Strožický, 2016; Kukla, 2016).

Kojenecký věk trvá od 29. dne až do konce prvního roku života. Patří mezi nejintenzivnější dobu pro růst a také pro psychomotorický vývoj. Růst a vývoj je podmíněn dostatečným množstvím potravy, její různorodě vyváženou skladbou a množstvím tekutin, které přispívají k zrání jednotlivých systémů, hlavně centrální nervové soustavy (CNS). Vývoj kojence má čtyři základní parametry, kterými jsou hrubá a jemná motorika, smyslové vnímání, socializace a citové vnímání (Vágnerová, 2012).

Batolecí věk začíná v jednom roce a končí ve třech letech. Většinou se dělí na mladší batolecí věk a starší batolecí věk. V tomto období je růst a vývoj pozvolnější, převažuje psychický vývoj nad motorickým. Začíná se uplatňovat abstraktní myšlení, verbální komunikace a snaha o začlenění do kolektivu vrstevníků a rodiny (Klíma, 2016). Nejvýznamnějším znakem batolecího věku je pohyb. Dalším znakem je změna potravy, která mění svoji strukturu na pevnější. Strava batolete se začíná blížit stravě dospělých, jen s omezením soli a koření. Během růstu se do 18. měsíce uzavírá velká fontanela a dokončuje se prořezávání chrupu. Batole obvykle váží kolem 16 kg a měří kolem 100 cm (Strožický, 2016).

Předškolní věk začíná ve 3 letech a trvá do 6 let. Pro toto období je charakteristický rozvoj chápání abstraktních pojmů, překotný vývoj řeči a vývoj sebekontroly a ukázněnosti, který je nutný k předpokladu školní zralosti (Klíma, 2016). Dítě musí dosáhnout ke školní zralosti po stránce somatické, psychické a sociální. Pro somatickou zralost je důležitá tělesná zdatnost a jemná motorika. Dále ovládání řeči, základní hygienické návyky a sebeobsluha. Z hlediska sociálního je to sebeovládání, samostatnost a sociální komunikace. Pro zhodnocení psychické zralosti se používá například Jiráskův test. Dítě dostává běžný jídelníček dospělých a jeho růst je pravidelný, bez větších výkyvů (Vágnerová, 2012).

Školní věk se dělí na mladší a starší školní věk. V mladším školním věku do 12 let dochází u dítěte k získání základních školních návyků, prvních znalostí a dovedností, které ho ovlivňují ve všech směrech. Dítě také musí získat respekt k autoritám a k předpisům. Starší školní věk je charakteristický velikým nárůstem duševní kapacity, schopností přijímat nové poznatky a uchovávat je v paměti. Aktivizuje se činnost pohlavních žláz a vyvíjí se sekundární pohlavní znaky (Špaňhelová, 2009).

Dorostový věk neboli adolescence je obdobím změn somatických, psychických i sociálních, kterými probíhá přechod mezi pubertou a ranou dospělostí. Jde o období se zásadními tělesnými i psychickými změnami, u dívek dochází k první menstruaci a u chlapců o něco později k prvnímu výronu semene (Klíma, 2016). Vrcholí hormonální

přestavba s vyzráním pohlavních orgánů a dokončením tělesného vzrůstu. Během adolescence hledá jedinec svoji identitu, hledá své postavení ve společnosti a učí se vztahům ve společnosti a k druhému pohlaví. Přípravuje se na úlohu sociálně i ekonomicky samostatného dospělého jedince (Špaňhelová, 2009).

Dle zákona je jedinec **dospělý** od 18. roku života, ale biologické zákony tuto hranici nerespektují, protože v geografických podmínkách střední Evropy dosahují jedinci plné tělesné a duševní dospělosti kolem 20. až 22. roku (Kukla, 2016). Dospělost dělíme na časnou, střední, pozdní a stárí. Člověk je už vývojově zralý a naopak stárne (Klíma, 2016).

1.2 Specifika dětského pacienta

Ošetrovatelská péče o dětského pacienta je dle Zacharové (2008) velmi náročný úkol. Zdravotník musí vykonávat specifické diagnosticko-terapeutické činnosti a při tom by měl respektovat věkové a vývojové zvláštnosti dítěte. V koncepci ošetrovatelství je zdůrazněn holistický přístup k pacientovi, který v dětském lékařství znamená potřebu vnímat a chápat dítě jako osobnost v celé jeho psychosomatické jednotě. Při práci všech zdravotnických pracovníků, kteří pečují o nemocné děti, musí dominovat snaha k plnému využití všech pozitivních faktorů, které příznivě ovlivňují nejen nemoc dítěte, ale i jeho osobnost. Velkou roli zde sehrává sociální komunikace, která je důležitým prostředkem vlastního léčebného i ošetrovatelského procesu (Křiváková, Číková, 2016).

1.2.1 Prožívání hospitalizace a prevence negativních následků

Hospitalizace znamená narušení normálního života dítěte, jeho denních aktivit a životního stylu rodiny. Omezuje kontakt se sourozenci, příbuznými a vrstevníky. Během hospitalizace musí dítě komunikovat s cizími lidmi, může zažívat nové, neznámé zkušenosti, mnohdy s nepříjemnými či bolestnými podněty. Nejvíce času s dítětem během jeho hospitalizace tráví všeobecná sestra, proto může pozitivně ovlivnit jeho adaptaci na hospitalizaci. Příprava na takovou změnu je dle Boledovičové et al., (2006) důležitá pro dítě, ale i rodiče. Velmi důležité je také upravené nemocniční prostředí, které by mělo uspokojovat a poskytovat pohodlí pro nemocné děti a jeho rodinu, uspokojovat citové a vývojové potřeby dítěte (Plevová, Slowik, 2010).

Příprava na hospitalizaci by měla působit co nejméně traumaticky. Nejčastěji se tato příprava začíná v ambulanci, kam se rodiče s dítětem dostavili na návštěvu a lékař rozhodl o jeho hospitalizaci. Velmi důležitým článkem v přípravě dítěte na hospitalizaci jsou rodiče, protože oni jsou první, kteří dítě připraví a podpoří. Záleží na nich, jaký postoj zaujmou k nemoci a k léčbě dítěte, který přirozeně ovlivní i jeho chování. Rodina by měla vědět, co se od ní očekává, když je dítě přijímáno do nemocnice. Veliký vliv na přípravu dítěte má také jeho vztah s rodiči a věk dítěte (Plevová, Slowik, 2010).

První, kdo poskytuje informace o cíli, terapeutickém plánu a očekávaných výsledcích hospitalizace je lékař. Rodiče s ním mohou komunikovat a pomoci mu tak při přípravě a seznámení dítěte s událostmi a výkony, které ho v nemocnici čekají. Také by se měli podílet na vysvětlování informací týkajících se hospitalizace, protože rodiče jsou ti, kteří

znají klady a zápory dítěte a ví, jak s ním komunikovat (Boledovičová et al., 2006). Dítěti by se mělo otevřeně říct, že půjde do nemocnice, aby bylo ušetřeno nepříjemných překvapení a z toho pramenících negativních reakcí. Nejrozumnější opatření rodičů, které mají zabránit tomu, aby dítě nemělo dopředu strach, obvykle přinášejí více komplikací, než když se celá pravda řekne ihned (Plevová, Slowik, 2010).

Mezi hlavní činnosti dítěte patří hra. Potřeba hravé aktivity zůstává i u nemocného dítěte a přispívá při léčebném procesu, protože zlepšuje citový stav a ulehčuje adaptaci na změny prostředí i zdravotního stavu. Pomáhá také prolomit sociální izolaci a vytvářet vztahy jistoty, důvěry a spolupráce. V dětství se hra považuje za převládající činnost. Podle Boledovičové et al., (2006) má vrcholový význam v předškolním věku, ale setkáváme se s ní i ve školním věku a pubertě. Na každém dětském oddělení by měla být herna, která se řídí zásadami pro vybavení herny v mateřských školách. Vybavení nemocničního pokoje by se nemělo příliš lišit od domova, aby na dítě působilo útulně. Výzdoba stěn má přitahovat pozornost dítěte. Pro starší dětské pacienty je třeba, aby v místnosti byly umístěné i noční stolky, kde by mohly mít uložené své hračky, knížky a osobní předměty. K dalšímu vybavení by měl patřit také velký stůl s židlí pro psaní či jinou činnost. Osvědčují se pokoje se 3-4 dětmi a uspořádání takové, aby na sebe děti viděli, mohli tak spolu lépe komunikovat (Dlouhá, 2015).

1.2.2 Negativní důsledky hospitalizace

Již v počátcích rozvoje dětských nemocnic dospěli dětské lékaři k závěru, že některé děti se neuzdravují tak rychle a úspěšně, jak by se při intenzivní a cílené léčbě očekávalo. U dětí se začaly objevovat komplikace a obtíže, které odpovídaly špatnému duševnímu stavu dítěte. Pro tento stav se ustálil název **hospitalismus**, avšak v dnešní době se dává přednost širšímu pojmu označovanému jako **psychická deprivace** (Kopecká, 2011). Dle Matějčka (2001) je psychická deprivace označovaná jako psychický stav, který vzniká v situacích, kdy dítěti není dána příležitost k uspokojení jeho základních duševních potřeb po delší dobu.

Nebezpečí strádání neboli deprivace vzniká z několika zdrojů, které souvisejí s psychickým vývojem dítěte. V prvních měsících života je pro zdravý rozvoj dítěte důležité, aby mělo dostatek podnětů ze svého okolí. Jestliže se mu takových podnětů nedostává, je nebezpečí pomalého nastartování centrálního nervového systému (CNS).

Mozek dítěte poté nepracuje naplno, necvičí a nerozvíjí se. Ani pozdější podnětně bohatší prostředí nepomůže, dítě nebude schopno přivod podnětů zpracovávat a nebude schopné se vyrovnat s normálními nároky. Následkem toho může dítě vývojově zaostávat (Kopecká, 2011).

Dítě se učí už od raného kojeneckého věku, reaguje na určité podmínky jednoznačným způsobem. Například se usmívá, když se nad něj někdo skloní, otáčí se a sahá po zajímavých věcech. Učí se spoustu sociálně významných dovedností. Pokud je dítě náležitě oceňováno a povzbuzováno chováním dospělých, bude přirozeně znovu opakovat, to, co mu bylo v této situaci a souvislosti příjemné. Naopak pokud dítěti nikdo neopětuje úsměv nebo na jeho první slovní projevy nedostane žádnou radostnou odezvu, dítě se jen těžko naučí rozlišovat mezi tím, co je a není žádoucí. Citový vývoj se začíná vytvářet okolo 7. měsíce. Specifický citový vztah si tvoří k matce a dá jí přednost před ostatními a je pro něj zdrojem životní jistoty. Vědomí domova a pocitu sounáležitosti jsou spolu spjaty značnými citovými pouty. Se společenským životem se nejprve setkává v kruhu rodiny a později s vrstevníky. I tato fáze je nesmírně důležitá pro poznávání základních společenských rolí v sociálním rozvoji. Dítě, které vyrůstá v ústavním zařízení, nemá příležitost prožít intimitu rodinných vztahů s rozdělením mužských a ženských úloh. V důsledku toho pro něj může být těžké nalézt způsoby a taktiky pro navazování kontaktů, v důsledku toho je dítě odmítáno a zatlačováno do izolace (Zacharová, 2011).

Velikou roli u dětí v nemocnici hraje strach. Některé děti jsou vystrašeny od kamarádů nebo bohužel i z domova. Nejčastěji se bojí bolesti, úzkostlivější děti se bojí i nových lidí a situací. Velkou úlohu hraje stydlivost a strach svěřit se dospělému, proto některé děti tento problém řeší svěřením se kamarádovi a svůj strach na ně přenášejí, takže se nakonec straší navzájem. Řešením je získání důvěry ve zdravotnický personál. Dítě nám sdělí, čeho se bojí a pak můžeme dítěti vše trpělivě vysvětlit, zaměstnávat ho různými činnostmi, a hlavně ho udržovat v dobré náladě. Proti dětskému strachu je nejúčinnější klid, laskavost a povzbudivá slova a přístup ošetřujícího personálu. Dítě brzy pozná, že nemocnice není tak zlá, jako si představovalo (Plevová, Slowik, 2010).

Je nepochybné, že dítě, které je dlouhodobě umístěné v nemocničním zařízení, je ohroženo některými z těchto situací. Nemocnice je účelově zařízené prostředí, které má sloužit k ošetřování a provádění léčebných zákroků. Proto ale zpravidla bývá chudší

na podmínky a na vývojovou stimulaci dítěte než v rodinném prostředí. Pokud je dítě nuceno dlouhodobě pobývat v takovém prostředí od brzkého věku, je ohroženo psychickou deprivací. Jedním z hlavních úkolů výchovných pracovníků ve všech zdravotnických zařízeních je právě předcházet těmto rizikům, případně je napravovat (Plevová, Slowik, 2010).

1.2.3 Komunikace s dětským pacientem

Komunikace s dětským pacientem je vždy velmi náročná a specifická. Ze strany zdravotnického personálu je nutná profesionální a efektivní komunikace. Jedním z hlavních předpokladů pro úspěšnou komunikaci sestry s dítětem je znalost charakteristik a zvláštností každého vývojového období dítěte. Komunikace je také podmíněna zdravotním stavem dítěte, typem a charakterem klinických příznaků, rovněž psychickým stavem dítěte (Plevová, Slowik, 2010). Aby sestry účinně pracovaly s dětmi a jejich rodinami, musí intenzivně rozvíjet své komunikační dovednosti. Protože rodič a další členové rodiny hrají v životě dětských pacientů klíčovou roli, je třeba, aby sestry vytvořily vztah s rodinou, aby identifikovaly společný cíl a usnadnily tím pozitivní výsledky (James, Nelson, Ashwill, 2013).

Předpokladem pro úspěšnou komunikaci s hospitalizovaným dítětem je aktivní komunikace během ošetrovatelského procesu (Boledovičová, et. al., 2006). Nejbližší kontaktní osobou se pro dítě vedle rodičů stává všeobecná sestra. Všeobecné sestry nejsou pro dítě jen zdravotníky náhradou kamarádů a někdy i rodičů. Vždy by měli být příjemní, zůstat v klidu a být těmi, co si vědí rady a jsou zdrojem jistoty a porozumění (Špaňhelová, 2009).

Komunikace s dítětem a jeho rodiči vyžaduje velikou trpělivost, důslednost, upřímnost, schopnost naslouchat a profesionální vystupování. Pro komunikaci s nemocným dítětem vše platí dvojnásobně. Nestačí naslouchat pouze sluchem, ale je třeba se nažít o zachycení signálů neverbální komunikace a projevovat empatii. Při ošetrování dítěte kladou důraz Špatenková a Králová (2009) na to, aby komunikace probíhala především s dítětem, ne s jeho rodiči. Důležité je navázání kontaktu. Pokud máme pocit, že se nám to nepodařilo, musíme být trpěliví a opakovaně se na dítě obracet. Ptáme se ho na různé věci a žádáme ho o svolení. Nabízíme mu různé alternativy, aby mělo dojem, že je účastníkem komunikace a podílí se na rozhodování, co se s ním děje. Zejména ho však

opakovaně chválíme a usmíváme se na něj. V případě, že má dítě s sebou hračku, pokusíme se navázat kontakt přes ni („Ty máš ale pěkného medvídka. Jak se jmenuje?“). Děti často uplatňují mechanismus promítání svých stavů do oblíbené hračky. Například: „Medvídka bolí bříško“, pak znamená, že dítě bolí bříško. Poté můžeme pokračovat v projekci a provést ukázkou ošetření na medvídkovi, pochválit ho a pomalu obrátit svoji pozornost k dítěti. Díky laskavému chování k hračce si získáme důvěru dítěte a dítě může být ochotnější s námi spolupracovat. Pokud dítě nemá vlastní hračku, nabídneme dítěti k odpoutání pozornosti jinou nebo něco jiného jako obrázek, tužku nebo cokoli jiného, čímž získáme čas na získání informací o dítěti a jeho problémech (Plevová, Slowik, 2010).

1.3 Předoperační příprava a pooperační péče u dětí

Předpokladem k úspěšnému zvládnutí operačního výkonu, a hospitalizace s tím spojené, je předoperační příprava. Perioperační medicína je rozvíjející se a hodně diskutovaná oblast péče o zdraví, která se týká také dětských pacientů. Dítě je před operací podrobeno předoperačnímu vyšetření, které je oborem klinického pediatra nebo praktického lékaře pro děti a dorost (Vojtíšek, 2016). Předoperační období je rozděleno do několika fází, ve kterých je pacient připravován všeobecnými sestrami a lékaři k operačnímu výkonu. Po výkonu je dětský pacient transferován na oddělení nebo pokoj k bezprostřední pooperační péči se specializovanou ošetrovatelskou péčí. Na standartní oddělení je pacient předán, když je jeho stav stabilizovaný, aby se předcházelo pooperačním komplikacím (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.3.1 Informovaný souhlas

Při příjmu dítěte na dětské oddělení je vyžadován písemný informovaný souhlas s léčbou (viz Příloha č. 1). Informovaný souhlas s léčbou znamená, že rodič nebo zákonný zástupce rozumí všem informacím, které mu byly podány včetně účelu a rizik během léčebného procesu. Dobrovolně tak vyjadřuje souhlas. Souhlas podepisuje rodič dítěte a lékař, který informaci poskytuje, také jeden svědek (Leifer, 2004). Souhlas musí být před výkonem řádně podepsán a dítě má být přiměřeně informováno, aby vědělo, co má očekávat (Bužgová, Sikorová, 2019).

Informovaný souhlas může ze zákona udělit kterýkoli z rodičů. Pokud jsou rodiče rozvedeni, měla by například matka doručit čestné prohlášení, že jedná se souhlasem otce (Havelková, 2018). V případě, že se rodiče spolu vzájemně neshodnou, lékař musí postupovat v nejlepším zájmu pacienta a to tak, že zná okolnosti a názory obou stran (Plevová, Slowik, 2010).

Mezi náležitosti informovaného souhlasu dle zákona o zdravotních službách patří údaje o příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji. Dále poskytuje informace o účelu, povaze, přínosu, možných důsledcích a rizicích spojených s léčbou. Také o možnostech, alternativách, důvodech navrhované léčby, dále omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav (viz Příloha č. 2). Součástí jsou také možnosti sdělování informací o zdravotním stavu (Zákon č. 372/2011 Sb.). Pacient má prostor pro doplňující dotazy (Plevová, Slowik, 2010; Fiala, Mayer, 2014).

1.3.2 Práva dětských pacientů

Práva dítěte v České republice zajišťuje Úmluva o právech dítěte, která byla přijata Valným shromážděním Organizace spojených národů (OSN) v listopadu roku 1989. Česká republika je úmluvou vázaná od 1. ledna 1993. V celém svém znění je úmluva součástí českého právního systému a je zakotvena ve sbírce zákonů jako Zákon č. 104/1991 Sb. Úmluva se vztahuje na každou lidskou bytost mladší 18 let s neomezením i na těžce nemocné děti, v kómatu, s těžkým mentálním postižením, bez ohledu na rasu, barvu pleti, pohlaví, náboženské a politické myšlení (Heřmanová, 2012).

Dokument Práva hospitalizovaného dítěte vychází z Charty práv dětských pacientů, který v roce 1993 schválila Centrální etická komise. Informuje rodiče a děti o tom, na co mají právo a co mohou od zdravotnického zařízení při hospitalizaci očekávat (Křiváková, Číková, 2016). Účelem Charty je zajistit dětem lékařskou a ošetrovatelskou péči, která odpovídá psychosociálním potřebám dítěte a osobě blízké. Dle Charty práv má být dítě hospitalizováno pouze tehdy, pokud nemůže být poskytována péče stejně dobře v domácím prostředí nebo ambulantním docházení. Podle Charty práv hospitalizovaných dětí mají mít děti právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci (Listina základních..., 2018). Zároveň je zde stanoveno, že nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli pouze na základě zákona.

Úhrada za pobyt doprovodu se řídí zákonem o veřejném zdravotním pojištění, který stanovuje, že hospitalizace z veřejného zdravotního pojištění může být hrazena pouze v případě dítěte mladšího 6 let. O důvodech rozhodne vždy ošetřující lékař, u starších dětí revizní lékař. Každý případ se posuzuje individuálně podle konkrétní situace. Proto by mělo být rodičům nabídnuto lůžko a umožněno zůstat v nemocnici s dítětem a podílet se tak na jeho léčbě (Havelková, 2018).

Děti i jejich rodiče mají právo na informace v takovém znění, aby mu všechny strany rozuměly a zároveň měly možnost hovořit o svých potřebách s ošetřujícím personálem. Také mají právo být správně poučeni a podílet se na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim během hospitalizace poskytována. Každé dítě má být chráněno před zákroky a úkony, které nejsou nezbytné pro jeho léčbu a mohly by narušit jeho fyzický a emocionální stav. Neustále musí být respektováno soukromí. Děti mají právo nosit vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici osobní věci. Dále mají právo na náležitě školený personál, který o ně pečuje i s jinými dětmi stejné věkové skupiny

(Zacharová, 2010). Prostředí má být vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, ale zároveň vyhovovalo bezpečnostním pravidlům. Děti mají mít během hospitalizace příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, vzhledem k jejich věku a zdravotnímu stavu (Centrální etická komise.....,1993; Heřmanová, 2012).

1.3.3 Operační výkon jako stres

Dítě, které je přijato k hospitalizaci se musí vyrovnat s různými aspekty, mezi které patří bolest, úzkost a další. Mezi zásadní faktory pro zvládání strachu dítěte před operačním výkonem patří jeho věk, protože dítě v odlišném věkovém období zvládá tuto zátěž jiným a individuálním způsobem. Dalšími faktory jsou rozvoj osobnosti, podpora rodinných příslušníků, závažnost onemocnění, léčba a samotný psychický rozvoj dítěte. Každé dítě je individuální, proto nelze přesně definovat zvládání strachu podle věku (Lhoťan, 2016).

Dle Mixy (2019) děti mladší 6 měsíců snášejí odloučení od matky nejhůře, proto se snažíme o její přítomnost a díky tomu předejít psychickému stresu. Děti v kojeneckém a batolecím věku svůj strach projevují rozdílně. Tyto projevy mohou vést k narušení sebevědomí dítěte, proto je i v tomto období odloučení od matky velmi nežádoucí. Předškolní a děti ve věku 6 let si začínají uvědomovat strach z bolesti a odloučení, které se postupně s vyšším věkem začne podobat dospělým reakcím. Stres se u dětí projevuje po tělesné stránce, emocionální i změnami chování. Po tělesné stránce dítě ve stresu poznáme podle nadměrného pocení rukou, zčervenání v obličeji, bolesti břicha či častého nucení k močení. V emocionální rovině je dítě náladové, impulzivní, více plačtivé a úzkostné. Také změny chování poukazují na stres. Dítě má problémy se spánkem a nechutí k jídlu.

Dítě je přijímáno k chirurgickému výkonu plánovaně nebo akutně a dochází k jeho bezprostřední přípravě k určitému výkonu. Při každém příjmu by mělo být zajištěno dítěti a jeho příbuzným klidné prostředí. Dlouhá prodleva před chirurgickým výkonem může vést ke strachu a projevům úzkosti. Proto je důležité, aby děti před operačním výkonem byly zbaveny strachu a byl zachován příjemný přístup sester na pracovišti, kam bylo dítě přijato k operačnímu výkonu (Lhoťan, 2016).

1.3.4 Specifika předoperační přípravy u dětí

Do specifických předoperačních vyšetření a přípravy dětí na operaci patří základní diagnostické informace v dětské chirurgii, a to jsou novorozenecká anamnéza, anamnéza porodu a související mateřská anamnéza (Barash, 2015). Lékař zhodnotí tělesné systémy, provede fyzikální vyšetření, mezi které patří výška, hmotnost a vitální funkce. Zkontroluje, zda dítě bere nějaké léky. Dále provede odběr krve a moči. Dle potřeby provádí zobrazovací metody, kam patří ultrazvukové vyšetření (UZ), rentgen (RTG), počítačová tomografie (CT), magnetická resonance (MR). Prodiskutuje s rodiči rodinnou anamnézu a související vývojové vady. Anesteziolog s nimi prodiskutuje rizika anestezie a pooperační analgezií. Vždy bere ohled na předoperační úzkost dětí i jejich rodičů (Schneiderová, 2014).

V současné době se názory dětských anesteziologů na farmakologickou premedikaci velice liší. Od premedikace byl požadován soubor účinků, z nichž nejdůležitější byly sedace, analgezie, antihistaminogenní, vagolytický, antikonvulzivní a antiemetický účinek. Tyto požadavky měly odstranit vedlejší účinky používaných anestetik. Nyní k nejdůležitějšímu úkolu premedikace patří dostatečná sedace dítěte k zajištění klidného transportu na operační sál a zajištění hladkého úvodu anestezie a také potlačení strachu. Druh premedikace a způsob jejího podání záleží na druhu výkonu. Premedikace je nedílnou součástí celkové anestezie a v některých případech její účinek zasahuje i do pooperačního období. Způsob podání premedikace je volen dle zvyku zařízení a to intramuskulární, perorální či rektální (Mixa, 2019; Fedora, 2012).

Většina dětí je z interního hlediska poměrně zdravá. K specifikum předoperačního vyšetření je zdůraznění malformací, které s sebou mohou přinést obtížnou intubaci z důvodu vrozených vývojových vad, operací ORL (otorhinolaryngologie), zánětů atd. Také je třeba upozornit na potenciálně nebezpečné choroby z rodinné anamnézy, jako například svalové poruchy, neurologická onemocnění, krvácivé či trombotické choroby. Tyto komplikace mohou dítě během anestezie ohrožovat, a proto by měl být anesteziolog na ně připraven (Barash, 2015). V alergické anamnéze se obzvláště kontrolují alergie na antibiotika, dezinfekční prostředky, náplasti či kontrastní látky (Vojtíšek, 2016).

Nedílnou součástí předoperační přípravy je lačnění a omezení tekutin. Prvním krokem je vysvětlení informací pacientovi o omezení tekutin, dále vytipování pacientů rizikových k aspiraci jako jsou pacienti s poruchou pasáže a onemocněním žaludku či jícnu. Tekutiny

podáváme do 2 hodin před operací. Obzvláště novorozenci a kojenci jsou na výpadky příjmu tekutin velmi citliví. U pevných pokrmů by měl být dodržen interval 6 až 8 hodin. Vztahuje se také na kojeneckou stravu a kravské mléko. U dětí, kde hrozí lačněním dehydratace nebo rozklad vnitřního prostředí a enterální přívod tekutin nestačí, zajistíme venózní cestu k zajištění kompenzace před zahájením anestezie (Vojtíšek, 2016; Cvachovec, 2011; Mixa, 2019).

1.3.5 Role anesteziologa v předoperační přípravě

Anesteziologické vyšetření má za cíl odhalit chorobné stavy, které mají pro anestezii nejdůležitější význam s cílem minimalizovat rizika spojená s podáním celkové nebo lokální anestezie. V průběhu anesteziologické konzultace anesteziolog zhodnotí, zda pacient splňuje kritéria ASA 1 a 2. Informace zapisuje do oficiálního tiskopisu daného zařízení, které vychází z doporučení České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM). Pro ilustraci uvádíme ukázkou tiskopisu informovaného souhlasu s podáním anestézie z Nemocnice Jihlava, příspěvkové organizace (viz Příloha č. 3). Před celkovou anestézií jsou doporučena pediatrická vyšetření obsahující rodinnou anamnézu, podrobnou osobní anamnézu včetně alergické anamnézy a gynekologické. Anesteziolog provede základní klinické vyšetření, zhodnocení vstupu do žilního řečiště a vstupu do dýchacích cest. Anesteziolog by měl věnovat pozornost deformitám v dutině ústní, jazyku a velikosti tonzil. Také by se měl vyjádřit k eventuálnímu doplnění výsledků laboratorních, konziliárních vyšetření a provést návrhy uprav léčebného režimu. Dále by měl doporučit předoperační přípravu například nutriční, farmakologickou a plán anesteziologické péče, kde se obecně naplňuje typ analgezie (Černý, 2006; Cvachovec, Mixa, 2006).

Anesteziolog přijde za pacientem v rámci krátkodobé předoperační přípravy na oddělení. Zhodnotí jeho zdravotní stav, seznámí ho s rizikem anestezie, které může nastat v průběhu operace. Dále doplní anesteziologické ordinace a rozhodne o premedikaci. Nedílnou součástí je také prostor pro zodpovězení dotazů rodičů a dětí (Vojtíšek, 2016); (viz Příloha č. 4).

Vyhodnocení aktuálního stupně bolesti s následným výběrem vhodného analgetického režimu je velice zásadní. Upravuje se dle doporučení ČSARIM. Obvykle je cílem dosáhnout analgezie odpovídající vizuální analogové škála (VAS) <3/10. Základním

předpokladem pro poskytnutí účinné a bezpečné analgezie je hodnocení bolesti (Málek, 2014). Provádí se v pravidelných intervalech a vždy se zaznamenává do dokumentace. K hodnocení bolesti existuje více skórovacích systémů, jako jsou VAS, slovní hodnocení, Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale (FLACC), Face-scale. Zkušená empatická sestra dokáže odhalit bolest stejně precizně jako skórovací škály (Vojtíšek, 2016).

1.3.6 Role všeobecné sestry v péči o dítě

Úloha sestry je na tomto místě dle Mixy (2019) nezastupitelná, a to zejména v nepřítomnosti rodičů. Sestra tráví s hospitalizovaným dítětem nejvíce času, proto je důležité, aby byla připravená na dotazy dítěte týkající se hospitalizace a operačního výkonu.

Mezi obecné role všeobecné sestry před operací patří sledování a hodnocení stavu pacienta před operací. Sestra by měla vyhledávat jeho aktuální potřeby, naplánovat ošetrovatelskou péči, do které patří poučení o hygieně, lačnění a kontrola pravidelného vyprazdňování. Dále měření fyziologických funkcí, příprava operačního pole, zavedení periferní žilní kanyly. Dle indikace a podle typu operace může sestra zavést permanentní močový katétr. Všeobecná sestra provádí také nácvik pohybů na lůžku, odkašlávání, posazování, vstávání a na základě ordinace anesteziologa podá dětskému pacientovi určenou premedikaci. Sestra by také měla edukovat pacienta a jeho rodinu o ošetřování, prevenci komplikací, a v neposlední řadě podporovat pacienta, ale i rodinu (Janíková, 2013).

Po operaci je dítě podle typu výkonu a druhu anestezie uloženo na jednotce intenzivní péče nebo je pod dohledem všeobecné sestry na dospávacím pokoji, která v pravidelných intervalech kontroluje fyziologické funkce, hodnotí bolest a celkový stav pacienta. Dále sleduje operační ránu, množství odpadu v drénu. Také sleduje vyprazdňování moči, stolice a odchod plynů (Čoupková, Slezáková, 2010).

1.3.7 Edukace ve zdravotnictví

Edukace znamená výchova a vzdělávání jedince. Podle Juřeníkové (2010) pojem edukace lze definovat jako systematické ovlivňování chování a jednání jedince s cílem vyvolat pozitivní změny v jeho vědomostech, návycích a dovednostech. Edukace má

ve zdravotnictví přispívat k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví a přispět ke zkvalitnění života pacienta, tedy i dítěte. Dle Sedlářové (2008) má edukace zásadní význam při přijetí dítěte do nemocnice, před každým léčebným zákrokem a propuštěním domů. Edukaci můžeme rozdělit na základní, reedukační a komplexní. Do základní edukace patří předávání nových vědomostí či dovedností a pacient je motivován ke změně hodnotového žebříčku. Za reedukační edukaci se považuje navázání na předchozí vědomosti a dovednosti, které se dále prohlubují. V komplexní edukaci jsou pacientovi postupně předávány ucelené vědomosti, budovány dovednosti, postoje k prospěšným opatřením, které vedou k udržení nebo zlepšení zdraví. Komunikace v edukačním procesu vyjadřuje vztah minimálně mezi dvěma osobami. Kdo se chce podílet na edukaci, musí mít komunikační znalosti a hlavně dovednosti, protože jen tak je možné dosáhnout efektivního edukačního procesu. Komunikace v edukačním procesu plní hned několik funkcí jako jsou zprostředkování a výměna informací, zkušeností, motivů a postojů. Umožňuje vzájemný kontakt mezi účastníky edukace a ovlivňuje je (Juřeníková, 2010).

Edukační proces má ve zdravotnickém zařízení svá specifika. Edukace je součástí léčebného procesu, proto by měla být v souladu s metodami zdravotnického zařízení. Edukaci podle Sikorové (2012) lze rozdělit do 5 fází. První fází je počáteční pedagogická diagnostika. V této fázi se edukátor snaží zjistit úroveň vědomostí, dovedností a návyků, podle kterých stanoví budoucí edukační cíle. V druhé fázi, kterou je projektování, sestra plánuje cíle a volí metody a obsah edukace. Ve třetí fázi realizace nejprve motivuje pacienta, poté ve vzájemné spolupráci, zprostředkovává informace a nové poznatky, díky nimž si pacient zafixuje dovednosti a vědomosti. Nové poznatky se procvičí a průběžně edukátor prověří pochopení daného učiva, zda je pacient schopen vědomosti převést do praxe. Čtvrtou fází je upevnění a prohlubování učiva, která je velice důležitá k uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Poslední fází je zpětná vazba, při které sestra s pacientem zhodnotí výsledky edukačního procesu (Juřeníková, 2010).

Individuální forma edukace je jednou z nejčastějších užívaných forem. Sestra s dětským pacientem neboli edukantem jsou v úzkém osobním kontaktu. Mezi výhody této formy patří individualita pro tempo edukace, obsah a potřeby. Také je to vysoká efektivita učení a neustálá aktivita edukanta. Další možností je skupinová forma, kterou tvoří 3-5 členů. Mezi výhody této formy patří spolupráce a výměna zkušeností mezi pacienty (Juřeníková, 2010).

Při volbě edukačních metod musí sestra přihlédnout k osobnosti, věku a zdravotnímu stavu edukanta. Výběr efektivní a vhodné metody je důležitý pro celý průběh edukace. Je možné zvolit formu klasické teoretické přednášky modelu přednášející – posluchač. Přednáškou předáváme vědomosti v souvislém projevu. Výhodou této formy je předání informací velkému počtu lidí najednou, ale naopak mezi nevýhody patří téměř žádné zapojení edukatů. Další možností je teoreticko-praktická edukace, při níž je pacient částečně zapojen do výuky. Instruktáž má teoretický úvod před praktickou činností. První ukázka by měla být pomalá a za slovního doprovodu, při kterém upozorňujeme na správný postup činnosti či případné chyby. Po ukázce následuje praktická zkouška edukantů. Praktická edukace znamená instruktáž neboli praktická činnost s minimálním teoretickým úvodem probíhající kontinuálně s teoretickou (Mastiliaková, 2015). Mezi další často využívanou a efektivní formu patří práce s tištěným edukačním materiálem. Pacient v něm může nalézt konkrétní úkony v písemné či obrázkové formě. Může posloužit hlavně u dětí k bližšímu představení a zažití úkonů, předcházet tím negativním reakcím (Sedlářová, 2008).

Touto kapitolou uzavírám teoretickou část práce, která se stala výstupem pro výzkumné šetření, zabývající se edukací a informovaností dětských pacientů a jejich rodičů v souvislosti s operačním zákrokem.

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl č. 1: Zjistit jakým způsobem a v jakém rozsahu je informován rodič a jeho dítě v průběhu hospitalizace?

Cíl č. 2: Zjistit potřebu edukačního materiálu pro děti ze strany rodičů.

Výzkumné otázky:

1.1 V jakém rozsahu a jakým způsobem je dítě informováno v průběhu hospitalizace?

1.2 Jak byli rodiče spokojeni s informovaností a péčí o své dítě?

K zodpovězení výzkumných otázek byly zvoleny tyto otázky v rozhovorech:

Otázky položené respondentům vztahující se k výzkumné otázce 1.1.

Pro děti:

- 1.a *Kolik ti je let?*
- 2.a *Vysvětlil ti někdo, co tě čeká za operaci a jak bude probíhat? Kdo?*
- 3.a *Rozumíš všemu, co ti řekli všeobecné sestry a lékaři?*
- 4.a *Chtěl/a bys toho vědět ještě více, než ti bylo vysvětleno? Co například?*
- 5.a *Když jsi něco potřeboval, za kým jsi šel/šla?*

Otázky položené respondentům vztahující se k výzkumné otázce 1.2

Pro rodiče:

- 1.b *Dostáváte dostatek informací o zdravotním stavu a průběhu hospitalizace vašeho dítěte? Jakým způsobem?*
- 2.b *Dostali jste dostatek informací před prováděným výkonem? Postrádali jste některé informace?*
- 3.b *Jak hodnotíte spolupráci oš. personálu s vaším dítětem v souvislosti s operačním výkonem?*

Cíl č. 2: Zjistit potřebu edukačního materiálu pro děti ze strany rodičů.

Výzkumné otázky:

- 2.1 Jak dítě prožívalo strach v průběhu hospitalizace?
- 2.2 Jak rodiče hodnotí edukaci dětí na dětském oddělení v souvislosti s operací?

K zodpovězení výzkumných byly zvoleny tyto otázky v rozhovorech:

Otázky položené respondentům vztahující se k výzkumné otázce 2.1.

Pro děti:

- 6.a *Jaké pocity jsi pociťoval/a v průběhu hospitalizace? Strach z něčeho?
Co by zahlalo/zmírnilo tvůj strach? Pomohli ti sestřičky/lékaři?*
- 7.a *Měl/Máš rodiče u sebe, jak to cítíš?*

Otázky položené respondentům vztahující se k výzkumné otázce 2.2.

Pro rodiče:

- 4.b *Jak probíhá edukace u dětí na dětském oddělení? Jsou využívány nějaké pomůcky?*
- 5.b *Co by se na edukaci dětí a rodičů mělo změnit, proč? Co naopak oceňujete?*

2.2 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce byla prováděna metodou kvalitativního výzkumu pomocí hloubkového rozhovoru. Kvalitativní typ výzkumu jsme zvolili z důvodu zachycení výpovědí a slov v přirozené podobě. Úkolem výzkumného šetření bylo zjistit míru informovanosti a potřebu edukace při hospitalizaci dítěte v souvislosti s operačním výkonem.

Pro dotazování respondentů byl zvolen polostrukturovaný rozhovor (Příloha č. 5), který obsahoval 6 předem připravených rozvinutých otázek, směřovaných na dítě a 5 na jeho rodiče. Otázky byly tvořeny na základně stanovených cílů a výzkumných otázek tak, aby došlo k jejich zodpovězení. Rozhovory byly nahrávány na diktafon mobilním telefonem, přepsány do elektronické podoby a následně kódovány (ukázka přepsaného rozhovoru je v Příloze č. 6). Jak uvádí Švaříček, Šed'ová (2014, s. 211): „*Kódování obecně představuje operace, pomocí níž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem.*“ Jednotlivé rozhovory byly analyzovány otevřeným kódováním, zobrazeny do tabulek a vyhodnoceny. V rámci výzkumného šetření byli respondenti seznámeni s účelem výzkumu a poskytli svůj souhlas.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkum byl realizován v Nemocnici Pelhřimov na dětském lůžkovém oddělení v období od listopadu 2019 do ledna 2020. V těchto místech je charakterizováno pracoviště, kde šetření probíhalo.

Dětské oddělení má k dispozici dvakrát 13 lůžek, z nichž 13 v jednom patře je určeno mladším dětem do 3 let a dalších 13 lůžek je určeno pro děti od 4-18 let. Na oddělení menších dětí pracuje 6 sester z toho 3 dětské, 3 všeobecné a jedna sanitářka. Na oddělení starších dětí 7 sester a dvě sanitářky.

Vybavení pokojů je přizpůsobeno dětským pacientům. Výmalba a dekorace slouží ke zlepšení prostředí. V pokojích je k dispozici televize s DVD přehrávačem. Na oddělení je také vybavená herna s počítačem, deskovými hrami či základními výtvarnými potřebami.

Původním kritériem pro výběr výzkumného vzorku byly děti předškolního a školního věku hospitalizované z důvodu operace a jejich rodiče. Z důvodu převažujícího počtu dětí školního věku a obtížné komunikační spolupráce při rozhovoru dětí předškolního věku byly do výzkumného šetření zařazeny pouze děti školního věku. Celkem proběhlo 9 rozhovorů s dětmi a jejich rodiči, z nichž bylo využito pouze 7, které splnily kritérium dětí školního věku. Z nichž jsou 4 chlapci ve věku 8-18 let a 3 děvčata ve věku 11-17 let. Nejčastějším důvodem k operačnímu zákroku dle proběhlých rozhovorů byl zánět apendixu, následně cirkumcize.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v období od listopadu 2019 do ledna 2020 po souhlasu paní náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Vladimíry Macháckové (viz Příloha č. 7) a vrchní sestrou oddělení. Rozhovory s dětmi a jejich rodiči probíhaly na pokojích dětí za přítomnosti obou účastníků. Před některými rozhovory jsme byli uvedeni staniční sestrou. Před začátkem rozhovoru jsme respondenty seznámili s tématem a cílem bakalářské práce, s průběhem rozhovoru, účelem a vyčkali na souhlas. Čtyři rozhovory probíhaly v odpoledních hodinách z důvodu nepřítomnosti rodičů při hospitalizaci dítěte. Další tři v dopoledních hodinách u dětí, se kterými byly hospitalizováni i rodiče. Průběh rozhovorů byl různý. Některé působily rozpačitě až nervózně ze strany rodičů a dětí, některé naopak byly velice milé. Respondenti se dále zajímali o výzkum a další směřování. Všichni byly velice ochotní a vstřícní.

2.5 Zpracování získaných dat

Pro zpracování údajů byly využity programy Microsoft Office Excel a Word, kde byly výsledky porovnávány a zaznamenány písemně, graficky nebo tabulkově. Každá tabulka obsahuje krátké zhodnocení odpovědí od jednotlivých respondentů.

2.6 Charakteristika respondentů

Tabulka 1 Základní data o respondentech

Pořadí dítěte	Pohlaví	Věk	Operace	Doprovod
1.	Dívka	11	Laparoskopická apendektomie	ne
2.	Dívka	17	Laparoskopická apendektomie	ne
3.	Dívka	11	Laparoskopická apendektomie	ano
4.	Chlapec	13	Cirkumcize	ne
5.	Chlapec	7	Endoskopická adenotomie	ano
6.	Chlapec	8	Cirkumcize	ano
7.	Chlapec	18	Laparoskopická cholecystektomie	ne

Respondent č. 1

Dívka, 11 let přijatá na doporučení chirurgické ambulance k dovyšetření pro bolesti břicha napravo do pupku. Udává tlakovou bolest intermitentního charakteru trvající 3 dny, bez nauzey a zvracení, 1x byla průjemovitá stolice. Dívce byla provedena laparoskopická apendektomie.

Dívka z 2. gravidity těhotenství bez komplikací, porod i poporodní adaptace v normě. Prodělala běžné dětské nemoci, bez úrazů, hospitalizace a operace. Alergie na pyly. Matka, otec i bratr zdraví. Hospitalizována bez doprovodu rodičů.

Respondent č. 2

Dívka, 17 let odeslána z chirurgické ambulance k hospitalizaci, indikována k appendektomii. Pacientka měla od večera bolesti v podbříšku, zhoršující se při pohybu. V průběhu večera 3x zvracela, teplotu měla zvýšenou. Po domluvě na dětském oddělení byla dívka připravena na operaci a byla jí podána 1 dávka Amoksiklavu, Metronidazolu a premedikace.

Dítě z 1. gravidity, porod spontánní bez komplikací, adaptace v normě. V souvislosti s nástupem do mateřské školy (MŠ) dívka opakovaně trpěla na Otitidy, třikrát paracentéza, dále sledovaná s ekzémem. Má diagnostikováno astma, alergie na ořechy, sezam, pyl, prach a zvířecí srst. Řádně očkována, navíc na Ca cervix. Menarche od 14 let. Rodina dívky zdravá. Hospitalizována bez doprovodu.

Respondent č. 3

Dívka, 11 let odeslána z chirurgické ambulance v Pacově k vyloučení náhlé příhody břišní (NPB). Pacientka měla od noci bolest břicha vpravo tlakového charakteru, která se při chůzi horší. Měla 1x řídkou stolicí. Na základě ultrazvukového vyšetření indikována k výkonu.

Dítě z 2. gravidity bez komplikací a následné dobré adaptace. Žádné vážnější onemocnění neprodělala, běžná nemocnost, tržná rána na hlavě roku 2013. V minulosti hospitalizována (07/2019) z důvodu gastritidy. V rodině se vyskytuje Leidenská mutace (matka, matka matky, sestra matky), otec a sourozenci zdraví. Dívka hospitalizována za doprovodu otce.

Respondent č. 4

Chlapec, 13 let přijat k plánovanému výkonu cirkumcize v celkové anestezii. V květnu po repozici parařimózy, po zahojení má jizevnatou řimózu. Po kontrole v únoru na urologii byl indikován k parciální cirkumcizi. V poslední době neprodělal žádné infekční onemocnění.

Dítě z 1. gravidity, těhotenství a porod bez komplikací, poporodní adaptace v normě. Matka a mladší sestra zdravý, otcovi 2019 diagnostikován diabetes mellitus. Chlapec hospitalizován poprvé, je alergický na prach, pyl a srst koček, také má diagnostikované astma.

Respondent č. 5

Chlapec, 7 let, přijat k plánované operaci endoskopické adenotomie pro recidivu vegetaciones adenoidea. Dle otce chlapec hůř slyší a dýchá pusou. Chlapec je zdrav a schopen operačního výkonu.

Chlapec, z 1. těhotenství, porod i poporodní adaptace dobrá. Dítě hospitalizováno 01/2016 z důvodu bronchitidy.

Respondent č. 6

Chlapec, 8 let, přijat k cirkumcizi. Lokálně vyšetřen – penis výrazně oteklý, parafimóza, prstenec těsný, nelze přetáhnout pro výraznou bolestivost. Okolní kůže čistá bez ekzantému či eflorescencí.

Chlapec z 1. těhotenství, porod i poporodní adaptace v pořádku. Rodiče i bratr zdraví.

Respondent č. 7

Chlapec, 18 let, přijat přes chirurgickou ambulanci pro kolikovitě bolesti v pravém hypochondriu. Chlapec je indikován k diagnostické hospitalizaci na dětské oddělení pro cholecystolithiázu. Obtíže začaly před 3. týdny. Proveden ultrazvuk břicha s nálezem drobnokaménkové lithiázy ve žlučníku.

Dítě z 1. fyziologické gravidity, gemini dvojče. Těhotenství i porod proběhly bez komplikací v termínu. Pacient bez operací, úrazů, hospitalizace a dispenzarizace. Matka zdravá, po cholecystektomii pro cholecystolithiázu ve 20 letech, otec zdrav, sestra nedomykavost chlopně.

2.7 Analýza výsledků k výzkumnému cíli č. 1

Cíl č. 1: Zjistit jakým způsobem a v jakém rozsahu je informován rodič a jeho dítě v průběhu hospitalizace?

Výzkumné otázky:

1.1 V jakém rozsahu a jakým způsobem je dítě informováno v průběhu hospitalizace?

1.2 Jak byli rodiče spokojeni s informovaností a péčí o své dítě?

Kvalitativní data byla zpracována pomocí techniky otevřeného kódování a následného zpracování do kategorií, které jsou podpořeny příslušnými kódy. Výsledky empirického šetření jsou pro lepší přehlednost zobrazeny v tabulkách a pro jejich objasnění doplněny slovním shrnutím. Otázky k rozhovorům jsou přiložené v Příloze č. 5.

K zodpovězení výzkumných otázek byly zvoleny tyto otázky v rozhovorech:

Otázky položené respondentům vztahující se k výzkumné otázce 1.1.

Pro děti:

- 1.a *Kolik ti je let?*
- 2.a *Vysvětlil ti někdo, co tě čeká za operaci a jak bude probíhat? Kdo?*
- 3.a *Rozumíš všemu, co ti řekli všeobecné sestry a lékaři?*
- 4.a *Chtěl/a bys toho vědět ještě více, než ti bylo vysvětleno? Co například?*
- 5.a *Když jsi něco potřeboval, za kým jsi šel/šla?*

Otázky položené respondentům vztahující se k výzkumné otázce 1.2

Pro rodiče:

- 1.b *Dostáváte dostatek informací o zdravotním stavu a průběhu hospitalizace vašeho dítěte? Jakým způsobem?*
- 2.b *Dostali jste dostatek informací před prováděným výkonem? Postrádali jste některé informace?*
- 3.b *Jak hodnotíte spolupráci oš. personálu s vaším dítětem v souvislosti s operačním výkonem?*

1.1 V jakém rozsahu a jakým způsobem je dítě informováno v průběhu hospitalizace?

V tabulkách jsou zaznamenány jednotlivé otázky z polostrukturovaného rozhovoru s dětmi vztahující se k výzkumné otázce č. 1.1

VO 1.1: V jakém rozsahu a jakým způsobem je dítě informováno v průběhu hospitalizace?

Odpověď respondentů na otázku: 2.a Vysvětlil ti někdo, co tě čeká za operaci a jak bude probíhat? Kdo?

Kategorie: vysvětlení operace, osoba

Kódy: ano, neutrální odpověď
lékař-doktor

Tabulka 2 Vysvětlil ti někdo, co tě čeká za operaci a jak bude probíhat? Kdo?

Odpovědi respondentů	ano	neutrální odpověď	lékař-doktor
R1		x	
R2	x		
R3	x		
R4	x		
R5		x	x
R6	x		x
R7	x		x

Dle odpovědí z tabulky vyplývá, že většině respondentů bylo vysvětleno, co je čeká za operaci a jak bude probíhat. R1 uvedl: „říkali, že to bude laparoskopicky, že to nebudou rozřezávat, jen malou ranku“. R5 odpověděl ne, ale po upřesnění otce se opravil, že se o operaci bavili s paní doktorkou a také spolu, kdy mu otec ukazoval různé obrázky a vysvětloval mu, co za operaci mu budou dělat a také jak. Respondenti R5, R6 a R7 uvedli jako zdroj informací lékaře, ostatní přesněji nespecifikovali.

VO 1.1: V jakém rozsahu a jakým způsobem je dítě informováno v průběhu hospitalizace?

Odpověď respondentů na otázku: *3.a Rozumíš všemu, co ti řekli všeobecné sestry a lékaři?*

Kategorie: Srozumitelnost podaných informací.

Kódy: ano, jo

Rozumíš všemu, co ti řekli všeobecné sestry a lékaři?

Odpověď na tuto otázku byla jednoznačná, byl opuštěno od tabulkového zobrazení. Všichni respondenti během rozhovoru odpověděli, že rozumí všemu, co jim bylo sděleno od všeobecných sester nebo lékařů. R2 podotkl, že by se rád dozvěděl více o lécích, které dostává, ale před podáním ho všeobecné sestry vždy poučily, na co daný lék je.

VO 1.1: V jakém rozsahu a jakým způsobem je dítě informováno v průběhu hospitalizace?

Odpověď respondentů na otázku: *4.a Chtěl/a bys toho vědět ještě více, než ti bylo vysvětleno? Co například?*

Kategorie: Potřeba dalších informací.

Kódy: ne, ano

Tabulka 3 Chtěl/a bys toho vědět ještě více, než ti bylo vysvětleno? Co například?

Odpovědi respondentů	ne	ano
R1	x	
R2	x	
R3		x
R4	x	
R5	x	
R6	x	
R7	x	

Dle tabulky je patrné, že až na jednoho respondenta všichni odpověděli, že by toho více vědět nechtěli, tudíž jim bylo z jejich pohledu poskytnuto dostatek informací a vše dostatečně vysvětleno. Respondent R3 měl dotaz ohledně pobytu v lázních: „*No, jestli pojedu do lázní nebo ne, mamka se ptala a říkala, že možná.*“

VO 1.1: V jakém rozsahu a jakým způsobem je dítě informováno v průběhu hospitalizace?

Odpověď respondentů na otázku: *5.a Když jsi něco potřeboval/a, za kým jsi šel/šla?*

Kategorie: Kontaktní osoba

Kódy: sestry, lékař-doktor, rodič

Tabulka 4 Když jsi něco potřeboval/a, za kým jsi šel/šla?

Odpovědi respondentů	sestry	lékař-doktor	rodič
R1	x		
R2	x		
R3	x		
R4	x		
R5	x		x
R6	x		x
R7	x	x	

Data v tabulce ukazují, že všichni respondenti, pokud měli nějaký problém nebo něco potřebovali, tak se obrátili na všeobecné sestry. R5 a R6 využili přítomnosti rodičů v průběhu hospitalizace, R7 uvedl nejen „sestry“, ale také „doktora“. Dva respondenti R1 a R3 specifikovali, že využívali k přivolání všeobecné sestry zvonek.

1.2 Jak byli rodiče spokojeni s informovaností a péčí o své dítě?

V tabulkách jsou zaznamenány jednotlivé otázky z polostrukturovaného rozhovoru s **rodiči** vztahující se k výzkumné otázce č. 1.2

VO 1.2: Jak byli rodiče spokojeni s informovaností a péčí o své dítě?

Odpověď respondentů na otázku: *1.a Dostáváte dostatek informací o zdravotním stavu a průběhu hospitalizace vašeho dítěte?*

Jakým způsobem?

Kategorie: Dostatek informací o zdravotním stavu a průběhu hospitalizace

Kódy: dostatek informací, další dotazy

lékař, dítě, manželka

Tabulka 5 Dostáváte dostatek informací o zdravotním stavu a průběhu hospitalizace vašeho dítěte? Jakým způsobem?

Odpovědi respondentů	dostatek informací	další dotazy	lékař	dítě	manželka
R1	x		x	x	
R2				x	
R3	x				x
R4	x				
R5	x	x	x		
R6	x	x	x		
R7	x			x	

Z rozhovorů vyplynulo, že až na R2 jsou všichni rodiče s množstvím informací o zdravotním stavu a průběhu hospitalizace spokojeni. R5 a R6 upřesnili, že mají možnost se zeptat a vše je jim vysvětleno. Zdrojem informací se ukázal lékař ve třech případech (R1, R5, R7) a ve čtyřech případech jeden z členů rodiny-matka (R3) nebo dítě (R1, R5, R6).

VO 1.2: Jak byli rodiče spokojeni s informovaností a péčí o své dítě?

Odpověď respondentů na otázku: 2.b *Dostali jste dostatek informací před prováděným výkonem? Postrádali jste některé informace?*

Kategorie: Dostatek informací před prováděným výkonem.

Kódy: ano, nepostrádali, věděli, zeptali

Dostali jste dostatek informací před prováděným výkonem? Postrádali jste některé informace?

Z důvodu jednoznačnosti odpovědí, kdy 7 ze 7 respondentů odpovědělo stejně, jsme upustili od tabulkového zobrazení. Během rozhovorů zaznívaly odpovědi: „*Ano, myslím, že jsme žádné informace nepostrádali.*“ „*Věděli jsme...*“ „*na všechno jsem se ptala...všechno mi vysvětlili.*“ Všechny odpovědi se shodly v tom, že rodiče dostali dostatek informací před operačním výkonem a byli spokojeni. Pokud je cokoli zajímalo, doptali se a dostali odpověď, což zmírnilo negativní emoce plynoucí z hospitalizace.

VO 1.2: Jak byli rodiče spokojeni s informovaností a péčí o své dítě?

Odpověď respondentů na otázku: 3.b *Jak hodnotíte spolupráci ošetřujícího personálu s vaším dítětem v souvislosti s operačním výkonem?*

Kategorie: Spolupráce ošetřujícího personálu s dítětem.

Kódy: v pořádku, dobrý, v pohodě

Jak hodnotíte spolupráci oš. personálu s vaším dítětem v souvislosti s operačním výkonem?

Spolupráci ošetřujícího personálu s dítětem zhodnotili všichni respondenti kladně, proto ani v tomto případě nebyla využita tabulka. Mezi nejčastější odpovědi patřilo v pořádku a dobrý. R3 byl za dítětem poprvé: „*To Vám nemůžu říct z důvodu, že jsem na návštěvě poprvé, ale myslím, že v pohodě.*“ Respondent č. 5 vyzdvihl dobré časové rozložení informací.

2.8 Analýza výsledků k výzkumnému cíli č. 2

Cíl č. 2: Zjistit potřebu edukačního materiálu pro děti ze strany rodičů.

Výzkumné otázky:

2.1 Jak dítě prožívalo strach v průběhu hospitalizace?

2.2 Jak rodiče hodnotí edukaci dětí na dětském oddělení v souvislosti s operací?

K zodpovězení výzkumných otázek byly zvoleny tyto otázky v rozhovorech:

Otázky položené respondentům vztahující se k výzkumné otázce 2.1.

Pro děti:

6.a Jaké pocity jsi pociťoval v průběhu hospitalizace? Strach z něčeho?

Co by zahnilo tvůj strach? Pomohli ti sestřičky/lékaři?

7.a Měl/Máš rodiče u sebe, jak to cítíš?

Otázky položené respondentům vztahující se k výzkumné otázce 2.2

Pro rodiče:

4.b Jak probíhá edukace u dětí na dětském oddělení? Jsou využívány nějaké pomůcky/materiály?

5.b Co by se na edukaci dětí a rodičů mělo změnit, proč? Co naopak oceňujete?

2.1 Jak dítě prožívalo strach v průběhu hospitalizace?

V tabulkách jsou zaznamenány jednotlivé otázky z polostrukturovaného rozhovoru s dětmi vztahující se k výzkumné otázce č. 2.1

VO 2.1: Jak dítě prožívalo strach v průběhu hospitalizace?

Odpověď respondentů na otázku: 6.a *Jaké pocity jsi pociťoval/a v průběhu hospitalizace? Strach z něčeho?*

Co by zahlalo/zmírnilo tvůj strach? Pomohli ti sestřičky/lékaři?

Kategorie: Pocity v průběhu hospitalizace, zmírnění strachu

Kódy: samota, bolest, výkon, ne

sestry, přítomnost rodiče

Tabulka 6 Jaké pocity jsi pociťoval/a v průběhu hospitalizace? Strach z něčeho?

Co by zahlalo/zmírnilo tvůj strach? Pomohli ti sestřičky/lékaři?

Odpovědi respondentů	samota	bolest	výkon	ne	sestry	přítomnost rodiče
R1	x				x	
R2				x	x	
R3		x		x		
R4				x		
R5				x		
R6			x			x
R7				x		

V tabulce je přehledně znázorněno, že většina respondentů v průběhu hospitalizace strach nepociťovala, tudíž pro ně otázka, zda by něco zmírnilo či zahlalo strach nebyla aktuální a není zobrazena v tabulce zobrazena. R1(11 let) uvedl strach ze samoty, jelikož byl hospitalizován bez doprovodu rodičů, ale pomohly mu sestřičky: „*Jo pomohly, že mi říkaly, že se zase mamka vyspí a zase přijde sem, mě uklidňovaly.*“ Respondent 2 sice strach v průběhu hospitalizace ani před operací neprožíval, ale v případě nějakých potíží by se obrátil na všeobecné sestry. R3 (11 let) pociťoval v průběhu hospitalizace po operaci bolest břicha, jak uvedl: „*někdy to bolí, někdy ne*“. Respondent 6 (8 let) v rozhovoru odpověděl, že se těší domů. Také uvedl, že měl trošku strach před operací a přesně ze zavádění kanyly a také: „*Já jsem měl strach, že tady nikdo nebude se*

mnou...jsem rád, že už je tady mamka se mnou.“ Matka byla se synem hospitalizována až druhý den po operaci.

VO 2.1: Jak dítě prožívalo strach v průběhu hospitalizace?

Odpověď respondentů na otázku: 7.a Měl/máš rodiče u sebe, jak to cítíš?

Kategorie: Přítomnost rodičů.

Kódy: ne, ano, návštěvy

Tabulka 7 Měl/máš rodiče u sebe, jak to cítíš?

Odpovědi respondentů	ne	ano	návštěvy
R1	x		
R2	x		x
R3		x	
R4	x		x
R5		x	
R6		x	
R7	x		

Touto otázkou jsme se snažili zjistit, jak děti prožívají pobyt v nemocnici, zda vyžadují přítomnost rodičů během jejich hospitalizace nebo nikoliv. Čtyři respondenti v rozhovoru odpověděli, že rodiče nepotřebují. Z nichž ještě R2 (17 let) a R3 (11 let) upřesnili svoji odpověď o návštěvy rodičů. R2: „*Chodí sem na návštěvy a stačí to.*“ Naopak respondent 5 (7 let) uvedl: „*Nechtěl bych tady být sám*“ a téměř stejnou odpověď uvedl také respondent 6 (8 let). Domníváme se, že odpověď na tuto otázku je ovlivněna věkem, jelikož starší děti přítomnost rodičů při hospitalizaci nevyžadují, naopak děti mladšího věku ji oceňují.

2.2 Jak rodiče hodnotí edukaci dětí na dětském oddělení v souvislosti s operací?

V tabulkách jsou zaznamenány jednotlivé otázky z polostrukturovaného rozhovoru s rodiči vztahující se k výzkumné otázce č. 2.2

VO 2.2: Jak rodiče hodnotí edukaci dětí na dětském oddělení v souvislosti s operací?

Odpověď respondentů na otázku: 4.b Jak probíhá edukace u dětí na dětském oddělení? Jsou využívány nějaké pomůcky?

Kategorie: Edukace na dětském oddělení.

Kódy: dobře, nefunguje, méně informací, ústní pomůcky

Tabulka 8 Jak probíhá edukace u dětí na dětském oddělení? Jsou využívány nějaké pomůcky?

Odpovědi respondentů	dobře	nefunguje	méně informací	ústní	pomůcky
R1				x	ne
R2		x		x	
R3			x	x	
R4	x			x	ne
R5	x			x	
R6	x			x	
R7	x			x	

Z tabulky je patrné, že edukace na dětském oddělení probíhá ústně a zároveň je dobře hodnocena od respondentů R4, R5, R6, R7. Pouze R1 a R4 specifikovali, že na oddělení nejsou využívány žádné pomůcky. Ostatní se k využívání pomůcek nevyjádřili. Naopak R2 zhodnotil stav: „*Myslím si, že tohle nefunguje*“ a dcera ji doplnila: „*Jako řeknou ti, co s tebou budou dělat, ale asi ti to takhle nějak nevysvětlují.*“ Jeden z názorů byl také: „...*,Myslím si, že čím méně toho dětí ví....oni si to stejně v tomhle věku nepředstaví*“...vedl R3.

VO 2.2: Jak rodiče hodnotí edukaci dětí na dětském oddělení v souvislosti s operací?

Odpověď respondentů na otázku: 5.b Co by se na edukaci dětí a rodičů mělo změnit, proč? Co naopak oceňuje?

Kategorie: stav edukace

Kódy: změna edukace, edukace dle stavu, přístup

Tabulka 9 Co by se na edukaci dětí a rodičů mělo změnit, proč? Co naopak oceňuje?

Odpovědi respondentů	změna edukace	edukace dle stavu	přístup
R1			x
R2		x	
R3		x	
R4	x		
R5	x		x
R6			x
R7		x	

Zájem o změnu projevili R4 a R5. Respondent R4 projevili zájem o internetové zpravodajství o dítěti a R5 by ocenil existenci edukačního materiálu pro děti: „Pro ty děti by to nějaký přínos mělo, protože aby si představil alespoň trošku o co půjde...protože O. vůbec nevěděl, od kam co budou brát.“ Další tři respondenti odpověděli na otázku neutrálně, spíš záporně. R2 by využil možnosti v případě vážnějšího stavu, R3 uvedl jako nejdůležitější věc, aby dítě bylo bez bolesti a R7 ohodnotil své dítě vzhledem k věku jako soběstačné. Respondenti R1, R5, R6 velice kladně ocenili přístup a jednání s dětmi po operaci a na oddělení.

Na základě analýzy zjištěných dat následuje diskuze.

3 Diskuze

Bakalářská práce je zaměřená na edukaci dětských pacientů a jejich rodičů v souvislosti s operačním výkonem. Jak uvádí Sedlářová (2008) edukace má zásadní význam při přijetí dítěte do nemocnice, před každým léčebným zákrokem a propuštěním domů. Druhým stanoveným cílem bylo zjistit potřebu edukačního materiálu na dětském oddělení.

Ke sběru dat a splnění výzkumných cílů byla použita metoda kvalitativního výzkumu pomocí hloubkového rozhovoru. Proběhlo 9 rozhovorů, kterých se zúčastnilo 9 rodičů a dětí, ze kterých 7 splnilo podmínku dětí školního věku, a ti byli zařazeni do výzkumného vzorku. Dalším z důvodů omezení počtu respondentů byl převažující počet dětí školního věku a nemožná komunikační spolupráce při rozhovorech s dětmi předškolního věku. V této části práce byla vyhodnocená data od respondentů a srovnávána s výsledky dalších výzkumných prací a jiných zdrojů.

Od rozhovorů jsme očekávali větší vstřícnost formou delších odpovědí ze strany rodičů. Ani dětské respondenty nebyli příliš komunikativní, což může mírně zkreslovat podklady k výzkumu i jeho výsledkům.

Výzkumná otázka č. 1.1: *V jakém rozsahu a jakým způsobem je dítě informováno v průběhu hospitalizace?*

Na základně provedených rozhovorů vyplývá, že všem dětským respondentům až na jednoho bylo vysvětleno, co je čeká za operaci a jak bude probíhat. Všichni také odpověděli, že rozumí všemu, co jim bylo sděleno a podáno za informace ať už od všeobecných sester i lékařů. Což hodnotíme jako velice dobrý výsledek, protože na základě takových výsledků může být prováděna kvalitní péče bez traumatizujících následků pro děti. Ke stejně dobrým výsledkům dospěla také ve své práci Duchanová (2018), kde z 30 respondentů 28 rozumělo podaným informacím a pouze dva ne. Dva z našich respondentů specifikovali jako zdroj informací před operací lékaře, ostatní konkrétně neodpověděli.

Během hospitalizace musí dítě komunikovat s cizími lidmi, může zažívat neznámé a bolestivé zkušenosti. Nejvíce času s dítětem během jeho hospitalizace tráví všeobecná sestra, která může pozitivně ovlivnit jeho adaptaci na hospitalizaci (Plevová, Slowik, 2010). Všichni z našich respondentů uvedli, že v případě nějakého problému nebo cokoli potřebují v průběhu hospitalizace, se obrátí na všeobecnou sestru a jeden na lékaře. Další dva využili přítomnosti rodičů při hospitalizaci, dva z respondentů využívali

ke kontaktování nebo přivolání sestry zvonek. Hubalová (2018) ve své práci uvádí, že většina dětí 128 (ze 142 respondentů) také dostává dostatek informací v průběhu hospitalizace, jako zdroj informací specifikovali všeobecné sestry.

Jedna z respondentek během rozhovorů zmínila, že by se ráda dozvěděla více o léčích, které dostává, ale uvedla, že základní informace o léku a účincích dostala. Další se zmínila o dotazu na pobyt v lázních, ale ten se spíše vztahoval na rodiče než zdravotnický personál.

Nikdo z ostatních respondentů by nechtěl a nepotřeboval vědět více informací, než jim bylo poskytnuto.

Výzkumná otázka byla zodpovězena.

Výzkumná otázka č. 1.2: *Jak byli rodiče spokojeni s informovaností a péčí o své dítě?*

Téměř všichni respondenti čili rodiče byli s množstvím informací v průběhu hospitalizace o zdravotním stavu spokojeni. Vyzdvihli možnost jakéhokoliv dotazování a dovysvětlení. Rodiče jednoho z respondentů uvedli jako zdroj informací pouze svoji dceru, tudíž na otázku o dostatku informací neodpověděli. U ostatních byl zdrojem lékař, dítě, jeden z rodičů nebo jako zdroj neuvedli nikoho.

Jednoznačnost odpovědí také charakterizovala odpověď na otázku: „Dostali jste dostatek informací před prováděným výkonem? Postrádali jste některé informace?“. Všichni respondenti měli dostatek informací a byli spokojeni, zároveň také měli možnost se na cokoli doptat. Jeden z respondentů také vyzdvihl časové rozložení podávání informací. Spokojenost rodičů s množstvím a srozumitelností informací se také zabývala ve své diplomové práci Vystrčilová (2017), z které vyplynulo, že rodiče (10 respondentů) byli s informovaností spokojeni jen částečně, na informace se museli doptávat a také vše probíhalo v časovém presu. Nikdo na ně neměl dostatek času. Výzkum probíhal na standartním oddělení a dětské jednotce intenzivní péče (JIP) v nemocnici Znojmo. Také ve výzkumu Nayeri (2017), který probíhal v Íránu na dvou dětských odděleních, nebyli rodiče s množstvím podávaných informací spokojeni. Jejich dotazy nebyly v průběhu hospitalizace zodpovězeny a většinou se veškeré informace dozvídali pouze přes dítě. Výzkum u 27 osob (rodičů a dětí) ukázal, že se zdravotnický personál zaměřuje pouze na léčbu dítěte, přehlíží péči o rodinu, individualitu dětských pacientů a zvláštní potřeby každé rodiny.

Spolupráci ošetřujícího personálu v souvislosti s operačním výkonem hodnotili všichni respondenti kladně. Mezi nejčastější odpovědi patřily: „v pořádku, dobrý, v pohodě“. Také v diplomové práci Chytilové (2018) byla drtivá většina ve Fakultní nemocnici v Brně s přístupem personálu spokojena, a to 85 (ze 100) pacientů. Nejčastější odpovědi od personálu byly: „milé, laskavé, přátelské, upřímné...“. Dále doplnila odpovědi povzbudivá slova a vyslechnutí. Domníváme se, že výsledky našeho výzkumu vypovídají o kvalitě i kvantitě podávaných informací, což svědčí o vysoké komunikační úrovni zdravotnického personálu na tomto oddělení.

Výzkumná otázka byla zodpovězena.

Výzkumná otázka č. 2.1: *Jak dítě prožívalo strach v průběhu hospitalizace?*

Nadpoloviční většina respondentů strach v průběhu hospitalizace nepociťovala, proto otázka, zda by něco zmírnilo nebo zahnilo jejich strach, byla bezpředmětná. Dva z našich dětských respondentů se zmínili ve svých odpovědích o sestrách ve významu opory a útěchy, které se jim od sester dostávalo. Jak uvádí Rokach (2016) hospitalizované děti jsou často zmatené, vyděšené a potřebují podporu, ujištění a vysvětlení, co je čeká. Což se také potvrdilo u našich tří respondentů, kteří uvedli příklady jako strach ze zavádění kanyly R6 (8 let), bolesti R3 (11 let) nebo strach ze samoty R1 (11 let). K naprosto odlišným výsledkům ve svém výzkumném šetření dospěla Hubalová (2018), kde se bolesti bálo v průběhu hospitalizace 75 % dětí ze 142 respondentů. Také samoty v jejím případě 55 % (ze 142 respondentů) a injekcí dalších 40 % (ze 142) na dětském oddělení v Pardubicích. Což může podle našeho názoru zkreslovat věkový rozptyl a počet respondentů. V případě výzkumu Hubalové (2018) se jednalo o 142 dětí ve věku 7-11 let. Naopak náš výzkumný vzorek obsahoval pouze 7 respondentů ve věku 7-18 let.

Odpověď na otázku prožívání hospitalizace s/bez rodičů se nám dostalo téměř vyrovnané odpovědi. 4 respondenti ze 7 byli hospitalizováni bez doprovodu a z nich dva uvedli jako dostačující návštěvy rodičů. Zbylí 3 ve věku 7-11 let jsou hospitalizováni s doprovodem a jsou za to rádi. Jako hlavní aspekt odpovědi prožívání hospitalizace s /bez rodičů považujeme věk dětí. Podobně ke stejným výsledkům dospěla Provazníková (2019), která uvedla ve své výzkumné části přítomnost rodičů po celou dobu pouze u 6 dětí (ze 40). Také v diplomové práci Chytilové (2018), která měla tuto otázku podrobněji rozebranou na přítomnost rodičů pouze během dne nebo neustále, uvedla výsledky, kde

menší polovina 42, 5 % (ze 40 respondentů) odpovědělo, že byli rodiče přítomní během dne i noci.

Děti jsou závislé na domově a podpoře svých rodinných příslušníků (Rokach, 2016). Z toho důvodu je umožněna přítomnost rodičů při procesu léčby a hospitalizace. Z našich výsledků i ostatních vyplývá, že možnosti hospitalizace s dětmi většinou využívá pouze menší část rodičů. I navzdory tomu, že jejich přítomnost má vliv na snížení produkce nadbytečného stresu, který je vyvolaný už samotnou nemocí.

Výzkumná otázka byla zodpovězena.

Výzkumná otázka č. 2.2: *Jak rodiče hodnotí edukaci dětí na dětském oddělení v souvislosti s operací?*

Na dětském oddělení, kde byl prováděn výzkum, probíhá edukace pouze ústně. Respondenti byli s informacemi od všeobecných sester a lékařů spokojeni. Dva respondenti ze 7 specifikovali, že žádné pomůcky k edukaci využívány nejsou. Jedna z odpovědí našich respondentů byla, že edukace nefunguje. Tato respondentka však měla informace poskytnuty pouze od dcery. Jeden z respondentů byl zastáncem poskytování dětem jen základních informací. Další 4 zhodnotili edukaci dobře.

Ústní edukace také probíhala v nemocnici Kolín, kde prováděla výzkum se vzorkem 30 respondentů Duchanová (2018), s tím rozdílem, že základní informace sdělí dětem (případně rodičům) lékař. Dále je to již na rodičích, jak své dítě na hospitalizaci a plánovanou operaci připraví.

Zájem o změnu v edukaci projevili dva respondenti, z nichž jeden specifikoval změnu v oblasti internetového zpravodajství a druhý projev il zájem o edukační materiál, který by měl dítěti přiblížit prováděné výkony. Další 2 respondenti odpověděli neutrálně, tudíž by materiál nepotřebovali, „ale kdyby byl, tak by ho možná využili“. Jeden z respondentů v případě vážnějšího stavu. Duchanová (2018) ve svém výzkumu uvádí, že rodiče a starší děti mají k dispozici „Informovaný souhlas s operací“, kde naleznou stručně popsany průběh operace. Další dostupné materiály, které mohou rodiče využít, jsou k dispozici na webových stránkách anesteziologické ambulance. Žádné jiné edukační materiály pro rodiče a děti na oddělení kolínské dětské chirurgie nejsou. Ani na našem oddělení, kde byl výzkum prováděn, není k dispozici žádný materiál. Domníváme se, že pro menší děti by bylo přínosné mít na oddělení k dispozici edukační materiál, minimálně v papírové podobě, který by mohl sloužit jako forma zábavy ve volných chvílích při hospitalizaci.

Naopak pro děti starší 13 let, i na základě našeho vzorku respondentů, by v papírové podobě neuspěl, z důvodu samostatnosti a vyspělosti v práci s internetem.

Co ocenili velice kladně 3 respondenti, byl přístup personálu. Ať už z hlediska podávání množství informací, tak ochoty a poskytování péče.

Výzkumná otázka byla zodpovězena.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě provedeného výzkumu jsme připravili edukační materiál pro děti hospitalizované na dětském oddělení. Materiál je určen pro děti mladšího věku, ale není věkově nijak omezen. Cílem edukačního materiálu je seznámení dětí s výkony, se kterými se mohou během hospitalizace setkat. Materiál by mohl být k dispozici na herně společně s pastelkami, aby posloužil také jako zábava a zároveň si jej děti mohly barvičkami přizpůsobit podle svého vkusu a nálady. Edukační materiál obsahuje kreslené obrázky sestřiček, lékařů a pomůcek, které jsou využívány k základním výkonům, se kterými se mohou děti v průběhu hospitalizace setkat. Obrázky komentují krátké texty, které mají přiblížit situaci.

Edukace malých dětí by měla probíhat ve spolupráci s rodiči, proto jim mohou text přečíst nebo povědět vlastní formou. Starší děti si budou schopné text přečíst sami nebo jim může pomoci zdravotnický personál, popovídat si s nimi o tom a díky těmto obrázkům popsat výkony, které s nimi bude provádět (viz Příloha č. 8).

Po domluvě s vedoucí práce bude zpracovaný edukační materiál nabídnut na oddělení, kde šetření probíhalo.

Závěr

V teoretické části bakalářské práce jsme charakterizovali jednotlivá vývojová období dítěte po stránce fyziologické i psychologické. Také jsme popsali specifika dětského pacienta a prožívání hospitalizace. Dále jsme popsali předcházení negativním důsledkům hospitalizace a s tím související komunikaci s dětským pacientem. Jedna z dalších a větších kapitol je předoperační a pooperační péče u dětí, která zahrnuje témata informovaného souhlasu a práva dětských pacientů. Práce se také věnuje specifickým předoperační péče u dětí, role anesteziologa a všeobecné sestry v přípravě dítěte na operaci. Důležitou částí v práci je také téma edukace.

Praktická část byla provedena formou kvalitativního výzkumu, pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Otázky zjišťovaly, zda bylo dítě před operací informováno o jejím průběhu a zda těmto informacím rozumělo. Dále jsme získali odpovědi na následující otázky. Zda měly děti z něčeho strach, jestli našly oporu u personálu a zda s nimi byli přítomni rodiče. Otázky byly též směřované na jejich rodiče, kteří měli zhodnotit množství informací o zdravotním stavu v průběhu hospitalizace a před prováděným výkonem. Dalším cílem bylo zhodnotit spolupráci ošetřujícího personálu při edukaci dětských pacientů a využívání případných edukačních pomůcek. Na základě rozhovorů byly zpracovány výsledky od sedmi rodičů a jejich dětí. Charakter vzorku respondentů i výzkumné prostředí jsou popsány ve výzkumné části. Výsledky výzkumu jsme pro přehlednost znázornili v tabulkách. V diskuzi byly výsledky porovnány s dalšími pracemi a podklady. Všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny a tím byly splněny vytyčené cíle.

Prvním naším cílem bylo zjistit, jakým způsobem a v jakém rozsahu je informován rodič a jeho dítě v průběhu hospitalizace. Z rozhovorů vzešly odpovědi od dětských respondentů. Všichni *rozuměli* podaným informacím souvisejícím s operací a jejím průběhem. Tři z nich uvedli jako zdroj informací před operací lékaře. Všichni respondenti měli *dostatek informací*. Další informace ohledně operace nebyly potřeba. Pouze jeden z respondentů měl dotaz ohledně pooperační péče související s pobytem v láních. Předávání informací probíhalo ústně díky všeobecným sestrám, lékařům nebo rodičům, kteří byli s dětmi hospitalizováni. Všichni dětské respondenty uvedli v odpovědi na otázku všeobecnou sestru jako první osobu, ke které směřují dotaz nebo následné řešení případného problému.

Téměř všichni rodiče byli s množstvím informací v průběhu hospitalizace a s průběžným informováním o zdravotním stavu *spokojeni*. Ocenili možnost jakéhokoli dovysvětlení. Dále byli spokojeni se spoluprací ošetřujícího personálu a také *pozitivně zhodnotili* přístup k dětem i k nim samotným. Zdrojem informací o zdravotním stavu byl ve třech případech lékař, v dalších třech jím bylo dítě a v jednom případě si rodiče informace předávali mezi sebou.

V souvislosti s druhým cílem jsme se ve výzkumné části zabývali otázkou prožívání strachu v průběhu hospitalizace. Z odpovědí vyplynulo, že strach neprožívali čtyři respondenti ze sedmi. Z toho důvodu jsme od nich odpověď na případné zmírnění strachu nedostali. Tři respondenti uvedli strach, a to ze samoty, bolesti a zavádění kanyly. Respondent, se kterým byla později hospitalizována matka, uvedl, že její přítomnost jeho strach zmírnila. Rodiče byli s dětmi hospitalizováni pouze tři a to R3 (11 let), R5 (7 let) a R6 (8 let). Všichni respondenti jejich přítomnost ocenili. U ostatních se domníváme, že *vzhledem k věku* nevyžadují stálou přítomnost rodičů, ale dostačují jim jejich návštěvy v průběhu hospitalizace. Druhým cílem bylo zjistit potřebu edukačního materiálu pro děti ze strany rodičů. Odpovědi na výzkumné otázky k druhému cíli byly rozdílné. Z výsledků vyplynulo, že žádný edukační materiál na oddělení *není využíván*. Jeden z rodičů uvedl, že edukace nefunguje. Další uvedl, že by více informací pro své dítě nechtěl. Dva z respondentů zájem projeví a další dva připustili jejich potřebu za jiných okolností. Z výsledků tedy vyplynulo, že rodiče neprojevili majoritní zájem, ale většina z nich by se případnému edukačnímu materiálu nebránila. Proto jsme se rozhodli pro zpracování materiálu, který bude popisovat základní úkony prováděné s dětmi v průběhu hospitalizace (viz Příloha č. 8).

Materiál jsme předali k praktickému využití do praxe, s cílem podpory edukačního procesu a tím udržení nastavené kvality ošetrovatelské péče na jmenovaném oddělení.

Díky zpracování bakalářské práce jsem měla možnost se seznámit s problematikou hospitalizovaných dětí. Získala jsem hlubší pohled do problematiky dětského vývoje a rozšířila obzory v problematice předoperační a pooperační péče. V rámci výzkumné části jsem byla svědkem edukačního procesu na dětském oddělení, do kterého jsem se aktivně zapojila tvorbou edukačního materiálu.

Seznam použité literatury

BARASH, Paul G., Bruce F. CULLEN a Robert K. STOELTING, 2015. *Klinická anesteziologie*. Překlad 6. vydání. Praha: Grada. 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9.

BOLEDOVIČOVÁ, M. et al., 2006. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 2. přepracované a doplněné vydání. Martin: Osveta, 2009 s. ISBN 80-8063-211-1.

BUŽGOVÁ, Radka a Lucie SIKOROVÁ, 2019. *Dětská paliativní péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 240 s. ISBN 978-80-271-0584-7.

Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR., 1993. *Práva hospitalizovaných dětí* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2019-10-31]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/prava-hospitalizovanych-deti>

CVACHOVEC, K., HEROLD, I., ČERNÝ, V., ŠEVČÍK, P., HORÁČEK M, 2011. *Doporučení pro omezování příjmu tekutin a stravy před anesteziologickou péčí*, [online]. [cit. 25.11.2019].

Dostupný z <https://www.csarim.cz/content/uploads/2018/11/doporučení-pro-omezování-příjmu-tekutin-a-stravy-před-anesteziologickou-péčí-2011.pdf>

CVACHOVEC, K. a V. MIXA V., 2006. *Doporučený postup předanestetické vyšetření dětský pacient.*, 2. vydání [online]. [cit. 25. 1. 2020].

Dostupný z: <https://www.csarim.cz/content/uploads/2018/11/doporučený-postup-předanestetické-vyšetření-dětský-pacient-2006.pdf>

ČERNÝ V, CVACHOVEC K, ŠEVČÍK P, ŠTURMA J., 2009. *Doporučený postup vyšetření před diagnostickými nebo léčebnými výkony operační a neoperační povahy s požadavkem anesteziologické péče*. 2. vydání. [online]. [cit. 15.12.2019].

Dostupný z <https://www.csarim.cz/content/uploads/2018/11/doporučený-postup-pro-tzv.-předanestetické-vyšetření-2009.pdf>

Česká republika. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) In: Sbírka zákonů. 6. listopadu 2011, částka 31, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ., 2010. *Ošetrovatel'ství v chirurgii I*. Praha: Grada,. Sestra (Grada). 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

DEHGAN NAYERI, Nahid, *Family-oriented care for hospitalized children: an analysis of the hybrid concept in Iran*, [online].[20.4.2020] Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/320741621_Family_centered_care_of_hospitalized_children_A_hybrid_concept_analysis_in_Iran

DLOUHÁ J., DLOUHÝ M., 2015. *Pedagogická podpora nemocného dítěte*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. 306 s. ISBN 978-80-7290-838-7.

DUCHANOVÁ, Jindra, 2018. *Edukace dětí ve věku 8–15 let před plánovanou operací na oddělení dětské chirurgie v nemocnici Kolín*. [online].[2020-03-30]. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Pedagogická fakulta. Dostupné z : <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/97727/120294566.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

FEDORA, Michal, 2012. *Dětská anesteziologie*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 268 s. ISBN 978-80-7013-544-0.

FIALA, Petr a Jindřich MAYER., 2014. *Informovaný souhlas pacienta s poskytováním zdravotních služeb*. [online].[cit. 2019-11-01]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/informovany-souhlas-pacienta-s-poskytovanim-zdravotnich-sluzeb-93584.html>

HAVELKOVÁ, Kateřina, 2018. Hospitalizace dětí a rodičovská práva. *Florence*. Copyright,, XIV(3), 34 s. ISSN 1801-464X.

HEŘMANOVÁ, Jana, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

HUBALOVÁ, Radka, 2018. *Hodnocení kvality péče dětmi hospitalizovanými na standardním dětském oddělení*. [online].[cit. 2020-03-31]. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/71855/HubalovaR_HodnoceniKvality_EH_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

CHYTILOVÁ, Lucie, 2018. *Hodnocení kvality péče dětmi hospitalizovanými pro onkologické onemocnění*. [online].[cit. 2020-03-30]. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z:

https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/71383/ChytilovaL_HodnoceniKvality_EH_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

JAMES, Susan Rowen, Kristine Ann NELSON a Jean Weiler ASHWILL., 2013. *Nursing care of children: principles & practice*. [online].[cit.2020-03-25].

Dostupné z: <https://www.scribd.com/document/373499845/Book-Class-Prof-Jackeline-Nursing-Care-of-Children-James-Rowen-Susan-SRG>

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. Sestra (Grada). 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2

Posl. sněmovna. 2018. Parlament České republiky. *Listina základních práv a svobod.*, [online]. [cit. 2019-11-11].

Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

KLÍMA, Jiří, 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.

KOPECKÁ, Ilona, 2015. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. 3 díl. Praha: Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-3877-2

KŘIVÁKOVÁ, Marcela a Zuzana ČÍKOVÁ., 2016. *Pečovatelská péče o zdravé a nemocné dítě*. 1. vydání. Praha: Galén, 186 s. ISBN 978-80-7492-263-3.

KUKLA, Lubomír, 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vydání. české. Praha: Grada, 952 s. ISBN 80-247-06687.

LHOŤAN, Josef, 2016. Strach dítěte před operačním výkonem. *Florence*. XII(12), 11-12.s. ISSN 2570-4915.

MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK., 2014. *Léčba pooperační bolesti*. 3., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta - Medical Services, Aeskulap. 152 s. ISBN 9788020435224.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2015. *Edukace v ošetrovatelství: respekt a úcta k lidské důstojnosti*. 1. vydání. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Fakulta zdravotníctva. 198 s. ISBN 978-80-7454-513-9

MIXA, Vladimír, 2019. *Dětská anestezie*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. 528 s. ISBN 978-80-204-5053-1.

PLEVOVÁ, Ilona, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 247 s. ISBN 978-80-247-2968-8.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. 1. vydání. Praha: Grada,. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.

PROVAZNÍKOVÁ, Barbora, 2019. *Hodnocení hospitalizace očima dětí*. [online].[2020-03-31]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z:https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/73855/ProvaznikovaB_HodnoceniHospitalizace_IC_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ROKACH, Ami, 2016. *Psychological, emotional and physical experiens of hospitalized children.Clinical Case Reports nad Reviews*. [online]. [cit.26-03-20] Dostupné z: <https://www.oatext.com/Psychological-emotional-and-physical-experiences-ofhospitalized-children.php#Article>.

ŘÍČAN, P, 2014. *Cesta životem: vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Portál. 390 s. ISBN 978-80262-0772-6.

SEDLÁŘOVÁ, Petra, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada,. Sestra (Grada). 240 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. 1. vydání. Praha: Grada,. Sestra (Grada). 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.

SIKOROVÁ, Lucie, *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.

STOŽICKÝ, František, 2016. *Základy dětského lékařství*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 472 s. ISBN 978-80-2462-997-1

ŠPAŇHELOVÁ, Ilona, 2009. *Komunikace mezi rodičem a dítětem*. 1. vydání. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-2472698-4.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ., 2014, *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, 2. vydání. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6

VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vydání. dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 328 s. ISBN 978-80-2462153-1

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada,. Sestra (Grada). 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VOJTÍŠEK, Roman, 2016. *Předoperační péče u dětí*. [online]. [cit. 2019-10-29]. Dostupné z <http://pediatriepropraxi.cz160//>

VYSTRČILOVÁ, Dita, 2017. *Komunikace a informovanost rodičů dětí přijímaných na dětské oddělení a JIP*. [online].[2020-03-30]. Diplomová práce, Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta.

Dostupné z: https://is.muni.cz/th/nweno/dp_Vystrcilova.pdf

ZACHAROVÁ, Eva, 2008. *Úloha sociální komunikace v dětském lékařství*. [online]. [cit.2019-11-11.].

Dostupné: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2008/01/12.pdf>

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1 vydání. Praha: Grada, Sestra (Grada). 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZACHAROVÁ, Eva, 2010. *Práva dětského pacienta v ošetrovatelské péči* [online]. [cit. 2019-10-31]. ISSN 1803-5264.

Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2010/05/13.pdf>

Seznam tabulek

Tabulka 1 Základní data o respondentech	30
Tabulka 2 Vysvětlil ti někdo, co tě čeká za operaci a jak bude probíhat? Kdo?	34
Tabulka 3 Chtěl/a bys toho vědět ještě více, než ti bylo vysvětleno? Co například?	36
Tabulka 4 Když jsi něco potřeboval/a, za kým jsi šel/šla?	37
Tabulka 5 Dostáváte dostatek informací o zdravotním stavu a průběhu hospitalizace vašeho dítěte? Jakým způsobem?	38
Tabulka 6 Jaké pocity jsi pociťoval/a v průběhu hospitalizace? Strach z něčeho?	41
Tabulka 7 Měl/máš rodiče u sebe, jak to cítíš?	42
Tabulka 8 Jak probíhá edukace u dětí na dětském oddělení? Jsou využívány nějaké pomůcky?	43
Tabulka 9 Co by se na edukaci dětí a rodičů mělo změnit, proč? Co naopak oceňuje? .	44

Seznam použitých zkratk

CNS	Centrální nervová soustava
CT	Počítačová tomografie
ČSARIM	Česká společnost anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale
JIP	Jednotka intenzivní péče
MR	Magnetická resonance
MŠ	Mateřská škola
NPD	Náhlá příhoda břišní
ORL	(Otorhinolaryngologie)
OSN	Organizace spojených národů
RTG	Rentgen
TEN	Tromboembolická nemoc
UZ	Ultrazvukové vyšetření
VAS	Vizuální analogová škála

Seznam příloh

Příloha č. 1 Informovaný souhlas s hospitalizací

Příloha č. 2 Informovaný souhlas s provedením Appendektomie

Příloha č. 3 Anesteziologický dotazník

Příloha č. 4 Informovaný souhlas s podáním anestezie

Příloha č. 5 Otázky k rozhovoru

Příloha č. 6 Ukázka přepsaného rozhovoru

Příloha č. 7 Žádost s provedením výzkumného šetření Nemocnice Pelhřimov

Příloha č. 8 Edukační materiál