

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Edukace dětí před operačním výkonem
Bakalářská práce

Vedoucí práce :
Mgr. Dita Nováková, DiS. R.N.

2007

Autor :
Barbora Čadková

Abstract

The title of my bachelor diploma thesis is „Explanation and reassurance of children before operations“. The aim of my work was to find out how much is the education of children before a surgery operation important for the medical staff, if the staff use it and to find out the most convenient and the most efficient way of children's education so that the hospitalization doesn't mean for them only fear and pain but a contribution too and not only necessary stress which they must cope with for themselves without the help of adults. On the bases of these aims I have specified four hypotheses.

Hypothesis 1: Education of children before a surgery operation is necessary for easier coping with the hospitalization.

Hypothesis 2: The medical staff consider the education of children before surgery operation as less important.

Hypothesis 3: The medical staff prefer the education of parents – depending on the age of child.

Hypothesis 4: Education of children before surgery operation is dependent on the age of child.

I used method of questionnaires and method of guided dialog for my research. I chose these methods because thanks to questionnaires it was possible to involve relatively great research group and respondents had bigger anonymity feeling than during dialogs. I chose the method of guided dialog because of the fact that I could observe clients during answering my questions. I realized my research in Hospital in Český Krumlov and in České Budějovice in children's ward. Respondents were parents of hospitalized girls and boys aged till 12 years and nurses of children's ward. Method of guided dialog I chose for hospitalized girls and boys aged from 13 to 18 years.

On the bases of my research and its outcome I can confirm hypothesis 1 and 4 and disconfirm hypothesis 2 and 3.

From the point of view of medical staff the outcomes express understanding of this problem, nevertheless they show certain restraint in knowledge of particular forms of this education and involving them into the medical practise.

On the bases of given outcomes I think for the most effective education is needed wider integration of parents and wider application of still underrated forms in usual pediatric practise, such as instructional films.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Edukace dětí před operačním výkonem jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

Datum 14. května 2007

.....

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Ditě Novákové, DiS. R.N. za odborné vedení a cenné připomínky při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům za spolupráci při sběru dat.

OBSAH

ÚVOD.....	3
1. SOUČASNÝ STAV.....	5
1.1 Edukace pacientů.....	5
1.1.1 Předoperační péče.....	5
1.2 Dítě v nemocnici.....	6
1.2.1 Reakce dítěte na hospitalizaci.....	9
1.2.2 Prevence negativních následků hospitalizace.....	10
1.2.3 Spolupráce dětského pacienta s lékařem.....	12
1.2.4 Hospitalizace matky s dítětem.....	12
1.3 Dítě a bolest.....	13
1.3.1 Dítě si nepamatuje bolest.....	13
1.3.2 Příprava dítěte na bolest.....	14
1.3.3 Terapie hrou.....	15
1.3.4 Prevence dětské bolesti ošetrovatelskou péčí.....	16
1.4 Vývojová psychologie a pediatriká psychologie.....	17
1.4.1 Charakteristické znaky jednotlivých období dítěte.....	18
1.4.1.1 Novorozenecké období.....	18
1.4.1.2 Kojenecké období.....	19
1.4.1.3 Batolecí období.....	20
1.4.1.4 Předškolní období.....	21
1.4.1.5 Školní věk.....	22
1.4.1.6 Období adolescence.....	24
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	27
2.1 Cíle práce.....	27
2.2 Hypotézy.....	27
3. METODIKA.....	28
3.1 Metodika.....	28
3.2 Výzkumný soubor.....	28
4. VÝSLEDKY.....	29

4.1 Výsledky z dotazníků pro zdravotnický personál pro edukaci dětí.....	29
4.2 Výsledky z dotazníků pro rodiče hospitalizovaných dětí.....	38
4.3 Výsledky z rozhovorů s hospitalizovanými dětskými klienty.....	47
5. DISKUSE.....	49
6. ZÁVĚR.....	54
7. LITERATURA.....	55
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	57
9. PŘÍLOHY.....	58

Úvod

V mé bakalářské práci na téma Edukace dětí před operačním výkonem se zabývám tím, jak moc je dětský pacient připraven na vše, co ho po dobu hospitalizace bude čekat. Pro každé dítě znamená pobyt ve zdravotnickém zařízení určitý stres a strach. Zvláště je-li dítě hospitalizováno poprvé, musí se vyrovnat nejen s nemocí, ale i s novým prostředím, do kterého přichází. K snadnější adaptaci by dítěti měla pomoci nejen rodina, ale hlavně zdravotnický personál, který je s nemocným dítětem po dobu hospitalizace neustále v kontaktu. Dítě musí vědět, že je v bezpečí, že i když je odloučeno od rodiny, není na svou nemoc samo, ale především musí vědět, že má ve zdravotnickém personálu oporu.

Každý dětský pacient zvládá hospitalizaci různě. Je to ovlivněno založením, temperamentem i rodinným ovzduším. I když bude hospitalizovaný dětský pacient pociťovat sebevětší bolest, na prvním místě u něho bude vždy strach z neznámého prostředí, z neznámých tváří, z odloučení od rodiny. Právě tehdy je třeba maximální péče ze strany zdravotnického personálu, který dítěti může pomoci se rychleji adaptovat a zbavit se strachu.

Je-li dítě hospitalizované, je komunikace s rodinou primární. Právě rodina totiž znamená pro nemocné dítě tu největší oporu a jejich přítomnost či spoluúčast při ošetrovatelském procesu je pro dítě v době jeho nemoci důležitá. Také pro zdravotnický personál je spolupráce s rodinou mnohdy přínosem, protože právě rodiče nejvíce ovlivňují chování svého dítěte.

To, jak se nemocné dítě vyrovná s hospitalizací a léčebným procesem, závisí vždy na přístupu jak rodiny, tak lékařů i sester. Dítě musí lékařům, sestřám a především rodičům důvěřovat, proto je třeba být k dětským pacientům naprosto upřímní a vše jim popravdě vysvětlit tak, aby tomu rozuměli a věděli, co je po dobu hospitalizace bude čekat. Je nutná příprava nejen po stránce fyzické, ale především po stránce psychické, protože to jak se dítě cítí v době nemoci, ovlivňuje jeho zdravotní stav a psychická pohoda napomáhá nejen k lepšímu zvládnutí hospitalizace, ale také k jeho rychlejšímu uzdravení.

Cílem mé práce je zjistit, do jaké míry je pro zdravotnický personál edukace dětí před operačním výkonem důležitá, zda ji zdravotničtí pracovníci uplatňují a najít nejvhodnější a nejúčinnější způsob edukace dětí, aby hospitalizace pro ně neznamenal jen strach a bolest, ale aby pro ně byla určitým přínosem a ne jen nutnou zátěží, se kterou se musí srovnat samy bez opory dospělých.

1. Současný stav

„Tři nejlepší lékaři na světě: dr. Střídový, dr. Klidný a dr. Veselý.“

J. Swift (1)

1.1 Edukace pacientů

Pacient přichází do zdravotnického zařízení s určitými obavami, je většinou úzkostný a má strach. Společným úkolem zdravotnického personálu je pomoci pacientovi jeho strach překonat. Edukační práce je jedním z pilířů ošetrovatelské činnosti a sestra, která needukuje, je jako průvodkyně, která nemluví. Sestra s dobrou vůlí edukovat si musí být také vědoma zrádně úzké meze mezi edukací a autoritativním přístupem. Ne vždy totiž může pacient dobře míněné rady vnímat jako pomoc, nýbrž spíše jako nepříjemné kázání. Informace, které sestra poskytuje pacientovi v rámci edukace, musejí být srozumitelné a pacient musí vše chápat. Důležitá je zpětná vazba, kdy sestra dá pacientovi prostor pro kladení otázek a kdy se pacienta ptá, zda všemu porozuměl a ať jí vše například řekne vlastními slovy, jak nově získané informace vyhodnotil (2,16).

1.1.1 Předoperační péče

Z psychologického hlediska jsou všechny operační výkony zatěžující a v nemocném vyvolávají pocity strachu nebo úzkostnou tenzi. Bývají spojeny s nepříjemnými pocity, bolestí, znamenají zásah do integrity těla a ovlivňují organismus po stránce fyzické i funkční.

Největším problémem z psychologického hlediska jsou úzkost a strach nemocného, a to zpravidla jejich nadbytek, ačkoliv i opačný případ, kdy nemocný si operační výkon vlastně nepřipouští a nebere jej vážně, se může projevit ve špatné spolupráci a v tom, že se pacient cítí být značně zaskočen nepříjemnými průvodními pocity a reaguje zkratkovitě, verbálně agresivně nebo panicky.

Úzkost a strach snižuje lékař tím, že nemocného předem na výkon připraví dodáním informací. Je vhodné, jsou-li informace dodávány nikoliv těsně před výkonem, nýbrž v dostatečném časovém předstihu, aby se nemocný mohl vnitřně připravit, protože na co se člověk subjektivně připraví, to také lépe snáší.

Příprava pacientů samozřejmě závisí i na jejich stáří a intelektové vyspělosti. U menších dětí ve věku zhruba od čtyř do deseti let se používá příprava formou hry. Zde mají nezastupitelné místo herní terapeuti, kteří by měli být společně s dětskými psychology součástí týmů pracujících na dětských lůžkových odděleních. Herní specialista si s dítětem hraje na pacienta, sestřičku a lékaře. Například na plyšovém medvědovi s dětmi zkouší, co je čeká.

U starších dětí lze již postupovat formou racionálního a názorného informování, kdy se dozví, jak bude určitý výkon probíhat, jak se má chovat apod. Je vhodné použít takzvaných instruktážních videofilmů. Je dobré, aby se této přípravě společně s dětmi zúčastnili i osoby, které jsou jim nejbližší, zpravidla jsou to rodiče.

U dětí starších a dospívajících pak rámcově probíhá postup stejně, jako u dospělých pacientů.

Farmakologické ovlivnění dětí neprokázalo v žádném směru vyšší účinnost, pokud jde o uklidnění dětí, než psychologické prostředky (20).

1.2 Dítě v nemocnici

Styk s dětmi a péče o ně si vyžadují bohaté odborné znalosti a mnoho lidského pochopení. Účelné jednání s dětmi, které napomáhá psychickému zdraví pacienta, je žádoucí nejen v léčebných ústavech a v nemocnicích, ale především ze strany rodičů a všech dospělých členů rodiny.

Děti přijímají svou nemoc a hospitalizaci různě. Někdy ani nepocítují jako podstatné své skutečné onemocnění, objektivní nesnáze, ale jen představy a pocity, které nemoc vyvolává. Do věku šesti let k nim často přicházejí stísnující prožitky úzkosti a fantazie, zejména v takových případech, kdy rodiče dítěti

hrozili lékařem, injekcemi nebo jinými léčebnými zásahy. Dítě v takovém případě pohlíží na svou nemoc jako na trest za nějaký přestupek a považuje hospitalizaci, lékařské ošetření nebo injekci za formu potrestání. Proto je například výhodnější nedávat dětem injekce do hýžd'ových svalů, nýbrž do ruky. Ten první způsob, v důsledku určitých zkušeností, vyvolává v nich totiž strach a asociace s tresty, bitím nebo hrozbami. Děti jsou na rozdíl od dospělých daleko citlivější na každou manipulaci, zákrok nebo operaci na konečnicku, ba i na obyčejné měření rektální teploty.

Ošetrovatelky, které se zabývají dětmi, musí mít stále před očima poměr matky a dítěte. Tento vztah začíná samotným početím dítěte. To, jak se matka stará o dítě, jak si s ním hraje a jak se stará o jeho zdraví a celkové blaho, se projevuje i později ve vztahu mezi matkou a dítětem a má rozhodující vliv na další vývoj tohoto poměru.

Když dítě onemocní, jeho nemoc je v normálním případě záležitostí celého jeho okolí, především jeho rodičů. Všichni s ním trpí jeho nemocí. To má zvláštní význam pro lékaře i sestru při stanovení anamnézy, jež právě pro účast všech blízkých je rozhodně nesnadná. Chování rodičů je určováno jejich citovým vztahem k dítěti a také zkušenostmi a prožitky z dřívějších nemocí ostatních dětí nebo příbuzných. Nejčastěji vidíme, že rodiče reagují přehnaným strachem. Vznikají tím určité problémy, když tato jejich úzkost je přehnaná a když patologicky zveličuje nemoc dítěte a přitom podstatu věci staví do klamného světla.

Na druhou stranu existují rodiče, kteří mají opačné chování. Jsou příliš málo starostliví, nedbalí, neberou onemocnění svého dítěte vážně. Příčinou takového postoje bývá někdy bagatelizování pravé podstaty věci, rodiče nechtějí uznat, že jejich dítě je nemocné. Tato malá starostlivost, nedostatek zodpovědnosti se často projevuje nedbáním lékařských nařízení. To ovšem může za určitých okolností znamenat značné ohrožení nemocného

Děti, a především ty nejmenší, žijí jen v přítomném okamžiku, žijí tak říkajíc ve věčné přítomnosti. Pro dítě do pěti let znamená odloučení od matky

těžkou záležitostí. Jestliže se malé dítě dostane do nemocnice nebo je vůbec z nějakých příčin odloučeno od matky, může dojít k přechodnému nebo i trvalému poškození, v důsledku cizího prostředí, osamělosti, pocitu opuštěnosti a bezbrannosti. Akutní otřes dle líčení Bowlbyho a Robertsona probíhá obvykle ve třech fázích:

- První fázi můžeme označit jako obrannou, může trvat hodiny, ale také celé týdny. Dítě hlasitě pláče, zmítá se na postýlce, volá po své matce. Všechny jiné dospělé s křikem a pláčem odmítá.
- Druhou fázi je možno nazvat zoufalstvím. Dítě vytrvale pláče nebo začíná znovu a znovu, zoufale pocítuje, že matka je opustila. Uzavírá se do sebe od okolního světa a upadá do těžké deprese. V takových případech se potom chová většinou tiše.
- V třetí fázi můžeme vidět odpoutání od matky. Tuto fázi lze také chápat jako určitý druh uzdravení. Dítě už neodmítá ošetřovatelky, hraje si s nimi, chová se k nim přátelsky. Vůči matce se teď chová lhostejně, už nepláče, když matka po návštěvě z nemocnice odchází. Po ukončení nemocničního ošetřování nezdědka dochází k přechodným a někdy i trvalým psychickým poruchám.

Pobyt v nemocnici nesmí být pro dítě násilným opatřením, dítě také nemá být klamáno a nesmí se vůči němu postupovat lstí a určitými triky. Když matka odejde, má se s novým malým pacientem zaměstnávat sestra, hrát si s ním, vypravovat mu třeba pohádku. Rozhodně nesmí být používáno násilí, dítě nesmíme ihned svlékat a jen tak ho dát do postele nebo rovnou koupat. Také během pobytu v nemocnici je nutno, aby rodiče udržovali těsný kontakt s dítětem, a to tím intenzivněji, když je někdy nemohou navštěvovat.

Dobrý vztah k lékaři a sestřím usnadňuje dítěti pobyt v nemocnici nebo léčebném ústavu a pomáhá mu, aby snáze snášelo různé nepříjemnosti s tím spojené. Je třeba vše dítěti rozumně vysvětlit s ohledem na jeho věk a ne ho jen chlácholit bezvýznamnými větami „ Nic zlého se ti přece nestane“, nebo „ To

přece nebolí“. Naopak je lepší dítěti přiznat pravdu, že ho to třeba teď malinko zabolí a tak dítě na bolest psychicky připravit.

Často vznikají veliké problémy u dětí, které se musí podrobit chirurgickému zákroku. Je třeba zvlášť pečlivého uvážení, pokud máme přistoupit k operacím u dětí do pěti let. Jestliže chirurgický zákrok je bezpodmínečně nutný, musí být dítě na to rozumně připraveno a léčebné zákroky mu musí být podle možnosti pravdivě vysvětleny. Je samozřejmě nutno bojovat také proti jeho strachu. Dítě se přirozeně bojí cizích lékařů a sester, nezvyklého prostředí nemocnice, nástrojů a přístrojů, injekcí i narkózy, která je čeká. Tuto jeho úzkost mu můžeme pomoci překonat tím, že je vezmeme předem na návštěvu do nemocnice, seznámíme je s novým prostředím, s lékařem a sestrami. Staráme se také, aby mělo pěkný obraz o přívětivých nemocničních sálech a o dětech, které tam leží. Povzbudivě působí také jiní malí pacienti, kteří už mají chirurgický zásah za sebou.

Operace mohou u dětí způsobit psychickou škodu trvající déle než dva týdny, jako strach, poruchy v řeči, regresivní jevy, nesnáze s přijímáním potravy a s trávením, tiky apod. Je prokázáno, že děti měly už před operací neurotický sklon (5).

1.2.1 Reakce dítěte na hospitalizaci

Hospitalizace může být traumatizujícím zážitkem, a to hlavně u dětí malých, precitlivělých, a u těch, jež hospitalizaci prožívají poprvé. Reakce dítěte na hospitalizaci závisí na mnoha faktorech jako je jistota domácího prostředí, věk, předchozí příprava na hospitalizaci, podpora rodiny a zdravotnického personálu a také emocionální zdraví dítěte. Každé dítě nedokáže pochopit, co se s ním bude dít, přestože bylo na pobyt v nemocnici důkladně připravováno. Každé dítě reaguje na hospitalizaci odlišně. Některé je náročné a má záchvaty vzteku, jiné je naopak zakřiknuté. Dítě, které je hodné, může procházet daleko větším trápením než dítě, které pláče a projevuje navenek své pocity. Sebelepší

profesionální přístup a péče dětských sester a lékařů nemůže nahradit rodiče. I přesto může být hospitalizace obdobím růstu a nejenom pouhou nepříjemnou mezihrou. Mnoho dětí považuje sestru za člověka, který se o ně fyzicky stará jako rodič, a vnímá ji jako zdroj jistoty a útěchy.

Největším problémem u hospitalizovaných dětí je *hospitalismus*. Tímto pojem označujeme negativní vlivy ústavního prostředí na psychický i fyzický stav dítěte. Hospitalismus se rozvíjí u dětí dlouhodoběji hospitalizovaných a může velmi výrazně ovlivňovat a blokovat pokroky v léčbě. Každá hospitalizace dítěte představuje typickou separační situaci, jež může vést až k deprivaci dítěte (9).

1.2.2 Prevence negativních následků hospitalizace

V posledních letech se setkáváme se závažnými negativními reakcemi na hospitalizaci jen velmi zřídka. Velkou zásluhu na tom mají proběhlé změny v péči o dětského pacienta, které vedly k humanizaci pobytu dítěte v nemocnici a profesionálních zdravotnických pracovníků. Přes všechny provedené kroky hrají strach a úzkost u hospitalizovaného dítěte velkou roli a mohou ztěžovat jeho spolupráci a adaptaci na nové prostředí. Proto je nezbytné snažit se zmírnit strach a úzkost dítěte, a předcházet tak závažnějším negativním následkům hospitalizace (4).

1) Příklady postupů, které vedou k prevenci negativních následků hospitalizace:

- Přijímat děti do nemocnice pouze tehdy, je-li hospitalizace nezbytně nutná.
- Psychicky připravit dítě na hospitalizaci s ohledem na jeho věk.

- Zajistit, aby dítě bylo hospitalizované výhradně na dětském oddělení.
- Umožnit matce (případně otci), aby mohla být hospitalizována se svým dítětem.
- Neomezená doba návštěv na dětském oddělení
- Dostatečně a účelně vyplňovat volný čas hospitalizovaných dětí.
- Vybavit dětské oddělení tak, aby dítě vnímalo rozdíly mezi prostředím co nejméně.
- Zajistit péči zdravotnickým personálem, jehož vzdělání a zkušenosti mu umožňují reagovat na fyzické, emoční a vývojové potřeby dítěte a jeho rodiny.

2) U dětí, které operaci snesly dobře, bylo možno zjistit tyto znaky v jejich chování :

- Měly dobrý poměr k lékaři a jeho sestřám
- Viděly v operaci něco nutného a užitečného, co jim prospěje
- Ochotně a rády se zúčastňovaly společných zaměstnání
- Dovedly se soustředit spíše na hru než na svou vlastní osobu
- Hrály si na lékaře nebo na matku a předváděly si tak nebezpečí své nemoci
- Dovedly plakat bez zábran, hněvat se i vztekat a nacházely v tom ulehčení
- Dovedly pravdivě povědět o svých představách nebo obavách z operačního zákroku

Má-li být operace u dítěte správně připravena, je nutno si pečlivě všimnout všech otázek, které se při tom vynořují rodičům i malému pacientovi, a tyto otázky vysvětlit. Děti totiž mají často představu, že operace jsou trestem pro zlobivé děti. Také v rodičích nemají být vzbuzovány nebo ponechány jiné naděje než ty, které jsou účelem chirurgického zákroku, rodiče si nesmějí myslet, že se

jejich dítě po odstranění mandlí nebude už pomočovat nebo že už si nebude okusovat nehty (3,5).

1.2.3 Spolupráce dětského pacienta s lékařem

Vyšetření a kontakt s malými dětmi nebývá snadný zejména tehdy, jestliže s nimi má lékař malou osobní zkušenost. Počítejme s tím, že děti, které nás neznají, se k nám vztahují spíše s obavami a strachem.

Děti předškolního věku zásadně vyšetřujeme a ošetřujeme v přítomnosti doprovodu, u dětí starších lze respektovat jejich přání. První kontakt lze navázat tak, že se dítěti subjektivně přiblížíme a oslabujeme jeho předpokládaný strach. Uklidníme ho tím, že ho pohladíme, vlídně se zeptáme, jak se jmenuje, naznačíme hru, apod. Je samozřejmé, že jsme informačně závislí na jeho doprovodu, proto lze výchozí situaci vyšetření uspořádat tak, že zatímco hovoříme s rodičem, dítě kreslí nebo si hraje, a tak si na prostředí postupně zvyká. Vlastní komunikace s dítětem vychází z jeho vývojové úrovně, zdravotní problematiky i aktuálního stavu. Trpělivost, klid a pochvala jsou těmi hlavními charakteristikami žádoucího chování lékaře (20).

1.2.4 Hospitalizace matky s dítětem

Každý člověk přichází na svět jako součást nějaké rodiny. Děti nastanou-li v jejich životě nějaké těžkosti a nesnáze, ihned instinktivně volají mámu a tátu. Role rodiny je zcela zásadní.

V případě hospitalizace dítěte má matka (popřípadě otec) možnost být společně s ním hospitalizována. Toto má své pozitivní i negativní stránky.

Pozitivní stránky: Přítomnost jednoho z rodičů je pro hospitalizované dítě obrovským přínosem. Podle zkušeností netrpí dítě úzkostí, je klidnější a zmírňuje se nepříznivé působení neznámého prostředí na jeho psychiku. Pocit jistoty a bezpečí má jistě vliv i na to, že se rychleji uzdravuje.

Na spolupráci s rodinou je při ošetřování dítěte kladen velký důraz. Maminka sama doprovází svého potomka na vyšetření, je při nich přítomna a zná ihned výsledek. Účastní se vizit, a tak je trvale informována o jeho zdravotním stavu a dalším postupu léčby.

Na pokoji má maminka vše přizpůsobeno tak, aby se mohla dítěti maximálně věnovat. Sestry ji učí dítě správně pozorovat a ošetřovat. V pobytu se samozřejmě může střídat s manželem, babičkou či jiným rodinným příslušníkem. Za příznivého počasí mohou jít, se svolením lékaře, s dítětem na procházku do zahrady areálu nemocnice.

Negativní stránky: Přítomnost maminek na oddělení má některá negativa, která se spolu s nimi snaží zdravotnický personál minimalizovat. Často přichází na návštěvy větší počet příbuzných najednou. Maminky bývají občas nepoučitelné v dodržování hygienických návyků, nerespektují provozní řád oddělení. Nevhodně zasahují do péče o jiné děti a přitom se nevěnují svým. Některé maminky si s dětmi nehrají, nečtou jim, nedokáží je uklidnit ani zabavit.

Občas dochází k situacím, kdy se rodiče na oddělení stávají pro sestru stresujícím faktorem. Jejich velká citová angažovanost může až bránit v pochopení provozu. Proto je třeba klást velký důraz na komunikaci rodiče – sestra, sestra – lékař.

1.3 Dítě a bolest

1.3.1 Dítě si nepamatuje bolest

Zdravotníci i rodiče vycházejí ze zkušenosti, že dítě se obvykle k prožité bolesti chová spontánně, nevypravuje o ní. Z toho vyvozují, že bolest má u dětí patrně přechodný efekt, pokud vůbec nějaký. I když v této oblasti nejsou speciální výzkumy příliš bohaté, dá se říci, že z psychologického pohledu funguje u dětí paměť pro bolest spíše na principu znovupoznání, než znovuvybavení. To znamená, že dítě, které se dostane do obdobné situace, v níž

už jednou či opakovaně prožilo bolest, pozná, že je čeká cosi nepříjemného a začne podle toho reagovat. „Spouštěcím signálem nebezpečí“, který aktivuje dětskou paměť, může být bílý plášť, uniforma sestry, určitý nástroj či přístroj, konkrétní ordinace či vyšetřovna, tvář nebo hlas konkrétního zdravotníka. Dokonce i nemocniční zápach vyvolává u části dětí úzkost. Snaha vyhnout se bolestivé situaci nebo z ní uniknout byla prokázána už u dětí šestiměsíčních, což lze interpretovat jako jistou „paměť pro bolest“, možná i spodní hranici této paměti.

Existují přinejmenším čtyři typy dětského zapamatování bolesti podle vztahu očekávané, skutečně zažité a zapamatované bolesti, tj. typ nekonzistentní, vytěsňující, přecitlivělý a realistický (10).

1.3.2 Příprava dítěte na bolest

Je zbytečné dítě na bolest speciálně připravovat. Specialisté tvrdí, že zdravotníci obecně podceňují velikost prožívané bolesti u dětí a podceňují hodnotu psychologické přípravy dítěte na bolest. Někteří dokonce prohlašují, že je ztrátou času si povídat s dítětem o bolesti, připravovat je na bolestivý výkon. Odůvodňují to tím, že starší dítě to vydrží a mladší bude stejně brečet. Jako nejlepší způsob provedení výkonu považují dítě chytit a výkon rychle udělat. Když to bude provedeno rychle, dítě na výkon brzo zapomene. Tito lékaři ignorují dlouhodobé následky uvedeného počínání, k nimž patří fixovaný zážitek distresu, pocit dětské bezmoci a ublížení, nedůvěra k lékařům a sestrám, strach z návštěvy lékaře, strach z lékařských výkonů, úzkost při pouhém vyšetřování, snaha uniknout z analogické situace, snaha zabránit provedení výkonu, snaha zatajovat zdravotní potíže atd. Objevují se specifické fobie, např. injekční fobie má u dětí i ve vyšších věkových skupinách relativně vysokou prevalenci. Narůstají obtíže s nespolupracujícími dětskými pacienty.

Proto se dnes standardně lékařům doporučuje připravit dítě i rodiče na bolest způsobem, který odpovídá věku dítěte, zvláštnostem rodičů a charakteru

výkonu. Upravit prostředí (zajistit soukromí, upravit osvětlení, omezit hluk), zajistit přítomnost rodičů jako sociální opory pro dítě (kromě rodičů hyperprotektivních a úzkostných), změnit roli dítěte z trpného objektu v pomocníka. Má-li se bolestivý výkon opakovat, pak je nutno účinně tlumit bolest již při prvním setkání. Psychologicky účinných metod přípravy dítěte na bolest je mnoho. Např. předvádění celé situace formou hry s vhodnými hračkami, hraní rolí ve skupině dětí, vysvětlování tichým hlasem, nasměrování fantazie jinam, soustředění pozornosti dítěte či naopak odvádění pozornosti dítěte, umožnění relaxace, včetně vhodného využití hudby, předvádění vzorového chování v dané situaci živým člověkem nebo předvádění z videozáznamu. U starších dětí se využívá jasného vysvětlení postupu, které tlumí nejistotu a strach z neznámého, rozkrokování celého postupu, upozornění na pozitivní stránky apod.(10).

1.3.3 Terapie hrou

Charakteristika metody: hra, která se používá pro terapeutické účely. Může mít mnoho různých podob. Jejich cílem je vždy navodit příznivou, uklidňující atmosféru, při níž dítě může odreagovat napětí, strach a úzkost. Je to prostředek sebevyjádření – dítě může snadněji dát najevo své pocity, přehrát si některé problémy a řešit je hrou. Může se ptát dospělých na věci, které mu nejsou jasné, na hračce si představit pomůcky a prostředky, s nimiž se může v reálném provozu zdravotnického zařízení setkat. Užitečné je rozlišovat terapeutické užití hry, kdy si dítě hraje samo či si s ním příležitostně hraje rodič, nad rámec své pracovní náplně zdravotní sestra, učitelka či vychovatelka školy při nemocnici od profesionálně koncipované terapie vedené specialistou – herním terapeutem. V tomto speciálním případě jde o psychologicko-výchovnou či klinicko-didaktickou metodu, která stimuluje dítě k vyjádření vnitřních stavů, tlumí jeho negativní emoce, dovoluje dítěti se odreagovat. Navozuje příznivé

očekávání, slouží ke korekci chybných představ a k předvádění strategií, jak zvládnout zátěžovou situaci.

Cílová populace: nejvhodnější u dětí ve věku 2 – 6 let. Vhodná je u dětí ve věku 7 – 11 let. U dětí starších 12ti let nejsou klinické zkušenosti zcela přesvědčivé. Dá se dobře využít též u matek dítěte do 2 – 3 let, kdy se jim pomocí hračky a zdravotnických pomůcek demonstruje postup při chystaném výkonu, který jejich dítě v nejbližší době čeká.

Mechanismus působení: není úplně jasný. Využívá se dětské tvořivosti a fantazie, hraní rolí, odvádění pozornosti, konkretizování neznámého, možnosti ztotožnit se s hračkou, bezděčného učení, observačního učení, předvádění postupů, jak se dá zvládnout bolestivá situace.

Indikace: především u akutní bolesti a bolestivých výkonů. Dá se však také využít u rekurentní a chronické bolesti.

Výhody a nevýhody: u menších dětí jde o vynikající metodu, která dítěti umožňuje jak přirozené sebevyjádření, tak odreagování. Dovoluje nenásilnou formou připravit je na nepříjemný či bolestivý výkon. Vyžaduje ovšem zkušeného herního terapeuta, vhodné hračky a pomůcky, dostatek času. U malé části dětí může příprava a výkon paradoxně zvýšit jeho senzibilitu (10).

1.3.4 Prevence dětské bolesti ošetrovatelskou péčí

Děti všech věkových skupin mohou pociťovat bolest. Pokud jsou hospitalizovány, je povinností sestry udělat vše pro to, aby byla bolest minimální nebo zmizela úplně. V řadě případů se dá bolesti předcházet tím, že sestra předvídá pacientovy problémy a šetrně s ním zachází.

Jedním z primárních úkolů sestry je zjistit, které potřeby dítěte nejsou saturovány a podle toho jednat. Zpravidla je třeba dítě uklidňovat, zbavovat strachu a přimět ke spolupráci.

Mnohdy se dítě uklidní tím, že jsou uspokojeny jeho základní fyziologické potřeby a tím se předejde bolesti: jídlo zmírní nepříjemné svalové

kontrakce, dostatečný přívod tekutin eliminuje potíže plynoucí z dehydratace, vyprazdňování uleví nepříjemným pocitům plného močového měchýře. Zejména u malých dětí je nutno pečovat o dostatečně dlouhý, kvalitní odpočinek a nerušený spánek, neboť zvýšená únava a nevyspalost zvyšují reagování dítěte na bolestivé podněty. Zaujetí správné polohy těla pomáhá předcházet bolestivým svalovým kontrakcím.

U dětských chirurgických pacientů musí sestra předpokládat, že každá námaha způsobuje bolest. Dokud se dostatečně nezhojí operační rána, je třeba dítě hlídat, aby některé pohyby, na které bylo zvyklé, neporušily hojení rány. Současně je však třeba dodat, že znehybnění dětského pacienta má také svá rizika. Dítě po operaci se musí pohybovat, odkašlávat, zhluboka dýchat, ačkoliv mu tyto aktivity někdy mohou působit bolest. Ošetřovatelský zásah sestry může zmírnit dětské strádání: při kašli lze uchopit, podepřít či mírně stlačit operované místo například rukou či polštářem. U ležícího chirurgického pacienta je krátce po operaci nutná pomoc sestry při zvedání, otáčení, posazování, neboť snižuje jeho bolest (10).

1.4 Vývojová psychologie a pediatriká psychologie

Dobrá znalost zákonitosti psychického vývoje a charakteristických projevů chování a prožívání dětí v různých věkových obdobích je dnes bezesporu nezbytnou součástí odborné výbavy nejen pedagoga a výchovného poradce, ale i dětského lékaře, který musí umět volit pro každé dítě nejvhodnější způsob vedení lékařského vyšetření nebo zákroku, má umět včas zachytit všechny závažnější odchylky od normálního vývojového průběhu a navrhnout vhodná opatření. Často bývá i prvním, na koho se rodiče obracejí s nejrůznějšími výchovnými problémy. Lékař si musí být současně vědom i skutečnosti, že psychologické faktory jsou velmi významné nebo dokonce rozhodující v etiopatogenezi některých zdravotních potíží a že hrají významnou roli i při léčbě všech závažných, zejména chronických onemocnění. V neposlední řadě

pak má být dětský lékař připraven i na práci s dětmi ohroženými prostředím, jimž zajišťuje včasnou a účinnou pomoc (8).

1.4.1 Charakteristické znaky jednotlivých období dítěte

K tomu, aby práce zdravotníků na dětském oddělení byla přínosem pro dítě, musí mít každý zdravotník dostatečné znalosti v oblasti vývojové psychologie. Musí vědět, co každé dítě v daném období potřebuje, čím je dané období charakteristické a musí rozumět chování dítěte ve stresových situacích (15).

1.4.1.1 Novorozenecké období

Novorozenecké období je obdobím adaptace, během níž se dítě psychologicky i fyziologicky přizpůsobuje podmínkám mimoděložního prostředí. Přejít dítěte z chráněného intrauterinního života do světa plného nových podnětů znamená pro dítě značnou psychickou i fyzickou zátěž, jejíž velikost do značné míry může ovlivnit způsob vedení porodu a první ošetření novorozence.

Novorozenec má po narození vyvinuty všechny základní nepodmíněné reflexy, které mu umožňují vyrovnat se s požadavky nového životního prostředí. Novorozenec se v průběhu prvního měsíce života učí a rozvíjí. Rozvíjí se sluchové vnímání, dítě reaguje na hluk a později rozeznává hlas matky. Zrakové vnímání se rozvíjí postupně, ve dvou týdnech se dítě krátce dívá na předmět, který má v zorném poli a na krátkou dobu zachytí i oči matky. Chuť a čich jsou také dobře vyvinuty a dítě nejpozději do 6. dne po porodu pozná svoji matku čichem. Křik dítěte po narození je reflexní, ale v průběhu prvního měsíce již matka většinou rozliší křik z hladu od křiku při bolesti. Novorozenec většinu času spí, chvíle bdění jsou krátké a dítě se budí především k jídlu. Po motorické

stránce je novorozenec nezralý a je odkázán na péči okolních osob, živě pohybuje rukama a nohama, ale své pohyby neovládá.

Vzájemná souhra mezi chováním novorozence a odpovídající reakcí pečující osoby je základem zkušeností dítěte se světem a je velmi důležitá pro dobrou socializaci dítěte v dalších životních obdobích (3,11,17).

1.4.1.2 Kojenecké období

Následuje po období novorozeneckém a trvá od 28. dne do konce 1. roku života dítěte. První rok života je obdobím výrazného psychického vývoje, tělesného růstu a zrání centrálního nervového systému.

U kojence se rozvíjí motorika, kojeneček postupně mění polohu, učí se sedět, lézt, chodit a začíná být schopný samostatné lokomoce. Současně s motorickým vývojem se rozvíjí i smyslové vnímání. Při rozvoji zrakového vnímání dítě postupně fixuje pohled na předměty v zorném úhlu, ve třetím měsíci již pohledem fixuje i pohybující se předmět, ve čtvrtém měsíci přidává otáčení hlavičky ve směru sledovaného pohybu a v pátém měsíci se při sledování předmětu převrátí i na bok a na břicho. Při zvukových podnětech dítě zpozorní, zastaví krátce pohyby, později otáčí nejprve oči a od šestého týdne otáčí hlavičku a hledá zdroj zvuku. Vývoj zrakového i sluchového vnímání má velký význam pro rozvoj řeči. Zpočátku dítě vydává jednotlivé zvuky, samohlásky, které opakuje a prodlužuje, takže kolem třetího měsíce houká a brouká. Po šestém měsíci vydává slabiky a mezi devátým a dvanáctým měsícem přichází i slovo s významem.

Proces socializace závisí na interakci s matkou, rodiči. Již od třetího měsíce reaguje dítě na spatření obličeje úsměvem, vnímá a vytváří si tak trvalejší vztah k lidské tváři jako prvému znaku člověka. V období mezi šestým až osmým měsícem nastává specifické připoutání dítěte k matce, kdy umí dítě rozlišovat mezi známou a cizí tváří a dává najevo úzkost při odloučení od tváře známé. Dalším vývojovým jevem ve vztahu k matce je separační úzkost, která

souvisí se specifickým připoutáním. Dítě lpí na stálé přítomnosti matky a nesnese její odchod z jeho blízkosti.

Celý organismus i duševní vývoj dítěte je v kojeneckém věku nejzranitelnější a proto je velkým nebezpečím každé odloučení dítěte od matky. Takovým odloučením může být právě hospitalizace dítěte. Nucené odloučení může v tomto období vést ke stagnaci nebo i regresi ve vývoji dítěte. Právě proto jsou již dnes ve většině nemocnic u nás vytvořeny podmínky pro přijímání matek spolu s dítětem. Tam, kde to není možné, musíme usilovat o to, aby rodiče mohli navštěvovat dítě bez omezení (3,8,9).

1.4.1.3 Batolecí období

Je to období od jednoho roku do tří let věku dítěte. V tomto období pokračuje růst, i když již není tak intenzivní jako v kojeneckém věku a dochází k rozvoji velmi podstatných schopností a dovedností, které umožňují kvalitativně vyšší úroveň psychických projevů v oblasti chování a prožívání. Dítě v tomto věku začíná objevovat svět, dokáže se pohybovat samo a komunikovat pomocí slov.

V batolecím období se zdokonaluje motorický vývoj. V roce dítě udělá několik nedokonalých samostatných krůčků, kolem dvou let již umí dobře běhat a většinou zvládá i chůzi do schodů. Chůze se stává pro batole účinnějším způsobem lokomoce v prostoru než lezení. Zdokonaluje se i manipulace s drobnými předměty. V souvislosti s rozvojem jemné motoriky se zdokonaluje i hra dítěte, která představuje v tomto období nejdůležitější výchovný i poznávací prostředek.

Ve druhé polovině druhého roku začíná dítě chápat symbolický význam slov. Rozumí mnohem většímu počtu slov a také jich začíná více používat. Do dvou let mluví dítě o sobě většinou ve třetí osobě a teprve od počátku třetího roku začíná mluvit v první osobě. Řeč je v tomto období základním nástrojem sociálního přizpůsobení, a proto je velmi důležitá komunikace s dospělým.

Pokroky v motorických dovednostech a ve schopnosti dohovorit se řečí umožňují pokroky i v sociální oblasti. Kolem jednoho roku zpravidla dítě začíná aktivně pomáhat při oblékání, v patnácti měsících již většinou jí samo lžičkou a v roce a půl již dobře zachází s hrnkem. Během druhého roku se většina dětí učí také aktivnímu udržování osobní čistoty. Ve třech letech se mnohé děti již samy oblékají, dovedou si umýt ruce a jinak dokáží dávat najevo svou samostatnost.

Batole zůstává stále silně závislé na matce a obtížně zvládá situaci, je-li od matky odloučeno. V dobách, kdy byly nemocné děti v tomto věku samy hospitalizovány na dětském oddělení, se u nich často rozvíjela separační reakce. Přestože je období druhého až třetího roku obdobím velké závislosti dítěte na matce, je okruh sociálních vztahů rozšiřován. Dítě navazuje nové vztahy s větším množstvím lidí ve svém okolí, začíná chápat sociální role různých lidí a začínají vznikat i vztahy s jeho vrstevníky (7,8,9,18).

1.4.1.4 Předškolní období

Je to období od tří do šesti let a jeho typickým znakem je potřeba aktivity a sebeprosazování. Růst dítěte se v tomto období zpomaluje a motorický vývoj zahrnuje stále zdokonalování, zlepšování pohybové koordinace, hbitosti a elegance pohybu. Pětileté dítě nejen dobře utíká a seběhne hbitě ze schodů, ale i skáče, umí stát déle na jedné noze a umí házet míč po způsobu dospělých, začíná upřednostňovat jednu ruku a jeho větší zručnost se projevuje i v rychle narůstající soběstačnosti. Samostatně jí, samo se svléká, obléká a svou zručnost si cvičí i v mnohých hrách s kostkami, pískem či plastelínou. Nejvíce se projevuje rozvoj dítěte v kresbě, kde se kromě zručnosti uplatňuje i růst jeho rozumového chápání světa a schopnost vyjádřit kresbou vlastní představu.

K velkému zdokonalení dochází také v oblasti řeči, zvyšuje se slovní zásoba a mění se i větná stavba. Roste zájem i o mluvenou řeč. Tříleté a čtyřleté dítě vydrží delší dobu naslouchat krátkým pohádkám. S rozvojem řeči souvisí i růst poznatků o sobě a okolním světě. Od tří let dítě zná své celé jméno, umí na

dotaz udat pohlaví a rozlišuje základní barvy. Myšlení se rozvíjí, ale zůstává na konkrétní úrovni, je intuitivní, nepřesné a ne vždy se správou logikou. Dítě žije převážně přítomností. Věci, kterým dobře nerozumí, doplňuje fantazií, která je v tomto období dobře rozvinuta.

I nadále v tomto období zůstává rodina nejvýznamnějším prostředím, které zajišťuje socializaci dítěte. Socializace probíhá po celý život člověka, ale předškolní období může být chápáno jako kritické, zejména pokud jde o osvojování sociálních kontrol a sociálních rolí. Socializace není jen socializací vnějších projevů chování, ale především socializací vnitřního prožívání dítěte, a stává se tak základem pro jeho celý emoční vývoj a úzce souvisí s rozvojem jeho vlastního sebepojetí. Významnou roli začínají hrát druhé děti. Dítě začíná vyrůstat z rámce rodiny a navazuje jiné kontakty. Potřeba kontaktu s dětmi se většinou realizuje formou hry a vztahy k druhým dětem jsou většinou nahodilé, přelétavé, málo trvalé. Každé dítě by mělo mít v předškolním věku příležitost ke styku s druhými dětmi, protože v jejich společnosti se učí způsobům chování, které budou později důležité. Ve styku s dospělými se dítě nemůže naučit pomáhat slabším, druhé vést a jindy se jim podřídit, soupeřit, spolupracovat na stejné úrovni a řešit kompromisem mnohé konflikty (3,8).

1.4.1.5 Školní věk

Školní věk dělíme z psychologického hlediska na tři období :mladší školní věk přibližně od 6 do 9 let, střední školní věk od 9 do 12 let a starší školní věk, který se prakticky kryje s prvními fázemi puberty. V tomto období se rozvíjejí tělesné a psychické schopnosti dítěte, mohutní svalstvo a kostra, zvyšuje se tělesná síla, rozvíjejí se rozumové a umělecké vlohy, přibývá nových poznatků, vytváří se porozumění pro kolektivní spolupráci a v konečném důsledku se dítě připravuje na život a na zaměstnání.

Tělesný vývoj je v prvním období charakterizován přestavbou těla s přechodnou disharmonizací tělesných proporcí a přechodným uvolněním

pohybové soustavy. Druhé období naproti tomu přináší harmonizaci tělesného vývoje, jež má za následek pohybovou vyrovnanost a někdy až překvapivě velkou tělesnou výkonnost. Zlepšuje se hrubá i jemná motorika. Roste zájem dětí tohoto věku o pohybové hry a sportovní výkony vyžadující obratnost, vytrvalost a sílu a zlepšují se i výkony při psaní a kreslení. Motorické výkony jsou však závislé nejen na věku, ale i na vnějších podmínkách a vnitřní motivaci. Na druhé straně samy pak zpětně ovlivňují motivaci a celou emoční stabilitu dítěte.

V tomto věku se soustavně vyvíjí i smyslové vnímání, které se stává více cílevědomým aktem pozorování. Dítě je vytrvalejší, pozornější, všechno důkladně zkoumá, je pečlivé a ve vnímání méně závislé na svých okamžitých přáních a potřebách než mladší dítě. Stává se dobrým, ale i kritickým pozorovatelem. Svět školáka se významně rozšiřuje v prostoru i čase a slova jako brzy, později, zítra apod. začínají mít svůj konkrétní význam. Zrovna tak představitost u dětí školního věku dosahuje vrcholu. K výraznému vývoji dochází také v řeči, která řídí lidskou činnost a dovoluje kvalitativní rozvoj v oblasti chování a prožívání. Výrazně roste slovní zásoba, délka a složitost vět a souvětí jsou stále složitější. Rychlý rozvoj řeči podporuje také rozvoj paměti, kdy se stabilizuje jak paměť krátkodobá, tak dlouhodobá.

Socializace dítěte postupuje výrazně vstupem do školy, dítě se učí modelovat své vlastní způsoby chování již nejen podle rodičů, ale i podle spolužáků a učitelů. Teprve ve školním věku se normy morálního jednání stabilizují a s příchodem logického myšlení a rozšířením časové perspektivy je dítě schopno na obecné rovině pochopit určité věci a jevy jako trvalé hodnotové cíle. Ve škole si dítě osvojuje novou roli žáka, poznává roli učitele a dochází i k upevnování sexuální role. Při popisu sebe sama se dítě již nezaměřuje pouze na své objektivní charakteristiky, ale postupně zná i své psychologické vlastnosti a schopnosti. Významnou součástí sebehodnocení je i posuzování vlastní školní úspěšnosti, která od počátku školní docházky po celá školní léta souvisle klesá. Příčinou je, že se děti při svém hodnocení stále více opírají o srovnání s druhými

a příliš nízké sebevědomí pak zpětně snižuje motivaci ke školní práci, a tím i vlastní školní výkony. Kladné sebehodnocení je pro duševní zdraví velmi významné a kromě rodičů a dětské skupiny má na vývoj sebehodnocení velký vliv i učitel.

Nejdůležitější činností pro poznávání světa a začlenění se do společnosti byla v předškolním věku hra a nyní je to i skutečná práce. Hra ovšem ze života dítěte školního věku nemizí a pro zdravý vývoj osobnosti je nezbytná. Formy hry jsou podobné jako v předškolním věku, ale jsou daleko více diferencovanější a bohatší. Individuální hra je vytlačována hrou skupinovou činností, oblíbené jsou počítačové, stolní hry a stoupá i čtenářská aktivita (7,8,11,17).

1.4.1.6 Období adolescence

V období dospívání dochází k somatickým, psychickým a sociálním změnám, které probíhají do jisté míry souběžně a navzájem závisle. Dochází k postupnému dosažení plné reprodukční schopnosti, dokončuje se tělesný růst, mění se postavení jedince ve společnosti, začínají častější a hlubší erotické vztahy a mění se zásadně sebepojetí. Významně se již odlišuje tělesná stavba dívek a chlapců. Charakteristické pro toto období je emoční stabilita, časté a nápadné změny nálad, zejména negativním směrem, impulsivita jednání, nestálost a nepředvídatelnost reakcí a postojů. Až v období adolescence dochází k určitému uklidnění, přitakání k novým hodnotám, radostnějšímu ladění a optimističtějším postojům. Pokračuje významně i vývoj vnímání, zejména vizuálního, roste slovní zásoba, složitost větné stavby i celková výrazová schopnost. Jedinec v období dospívání je schopen se účinněji učit na základě poznání logických souvislostí a méně již roste schopnost osvojovat si materiál, který nedává smysl a který musí pouze memorovat. Rychlý rozvoj motorických, percepčních a ostatních schopností vede k novým a hlubším zájmům. Mění se radikálně celý způsob myšlení, dospívající je schopen pracovat s pojmy, které jsou vzdáleny od bezprostřední smyslové zkušenosti, jsou obecnější a

abstraktnější. Teprve nyní chápe pojmy jako je smrt, spravedlnost, právo apod. Pokud řeší dospívající nějaký problém, nespokojí se již s jediným řešením, které se nabízí, ale uvažuje o alternativních řešeních, které systematicky zkouší a hodnotí. Je schopen vytvářet domněnky, které nejsou opřeny o reálnou zkušenost, jsou pouze možné, případně i fantastické. Na základě nového způsobu myšlení se mění i postoje dospívajících k celému světu a lidem, již nepohlížejí na svět realisticky a střízlivě jako v mladším školním věku, ale srovnávají existující a přítomné poměry s tím, co by mohlo nebo mělo být. Právě odtud pramení jejich častá kritičnost, nespokojenost a případně i pesimismus.

V oblasti socializace je patrné zejména uvolnění z přílišné závislosti na rodičích a navazování diferencovanějších a významnějších vztahů k vrstevníkům obojího pohlaví. Nastává emancipace od rodiny, nastupuje potřeba intimnějšího přátelství a vztahy k druhému pohlaví začínají vystupovat do popředí zájmu. Sexuální pud je závislý na fyziologických procesech, ale způsoby sexuálního chování jsou výrazně modifikovány výchovnými a sociálními podmínkami. Typické pro toto období je i hledání vlastní identity. Adolescent se usilovně snaží být sám sebou, blížit se svému ideálu a všechny své projevy formovat zvoleným směrem. Mění se i morálka dítěte, dospívající vědomě přijímá základní normy a principy, které rozhodují o tom, co je či není správné a dobré. Dospívající má tendenci vnímat svět černo-bíle a odmítat tak veškeré kompromisy, v kterých vidí projev polovičatosti, pohodlnosti nebo zbabělosti. Právě proto jsou mladiství v tomto věku tak citliví na každý náznak nespravedlnosti, odsuzují i drobné konvenční lži a zdůrazňují absolutní upřímnost mezi lidmi. Specifickými vývojovými problémy dospívajících jsou – rozpor mezi fyzickou a sociální zralostí. Nesnáze, které jsou způsobeny tímto rozporem, mohou být někdy patrné i v poruchách chování u některých mladých lidí, kteří jsou nuceni ještě chodit do školy, ačkoliv se již cítí dostatečně zralí pro pracovní aktivitu a s ní spojenou ekonomickou a osobní nezávislost. Nejvíce je tento rozpor patrný v sexuálních vztazích. Dalším rozporem je vztah mezi rolí a statutem. To se týká těch dospívajících, kteří jsou již fyzicky skoro úplně zralí a

očekává se od nich vyspělé a plně odpovědné chování, přitom je však jejich status v mnohých ohledech nízký. Typický je pro tento věk rozpor mezi hodnotami mladé a starší generace a rozpory mezi hodnotami rodiny a vnější společnosti. Dospívající již není tak jednoznačně vázán na normy a hodnoty svých rodičů a stále častěji je kriticky posuzuje. Přesto je na svých rodičích v mnoha ohledech závislý (8).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle:

Cíl 1 : Cílem bakalářské práce je zjistit do jaké míry je důležitá edukace dětí před operačním výkonem a zda ji zdravotničtí pracovníci uplatňují

Cíl 2 : Cílem bakalářské práce je najít nejvhodnější způsob nejúčinnější edukace dětí před operačním výkonem

2.2 Hypotézy:

Hypotéza 1: Edukace dětí před operačním výkonem je nezbytná pro snadnější zvládnutí hospitalizace.

Hypotéza 2: Zdravotničtí pracovníci považují edukaci dětí před operačním výkonem za méně důležitou.

Hypotéza 3: Zdravotničtí pracovníci uplatňují spíše edukaci rodičů – v závislosti na věku dítěte.

Hypotéza 4: Edukace dětí před operačním výkonem je závislá na věku dítěte.

3. Metodika

3.1 Metodika

K výzkumu jsem použila dotazníkovou metodu a metodu řízeného rozhovoru. Tyto metody jsem zvolila proto, že pomocí dotazníků bylo možné postihnout poměrně velký výzkumný soubor a respondenti měli větší pocit anonymity než u rozhovoru. Metodu řízeného rozhovoru jsem zvolila z důvodu možného pozorování klientů při odpovídání na mé dotazy.

3.2 Výzkumný soubor

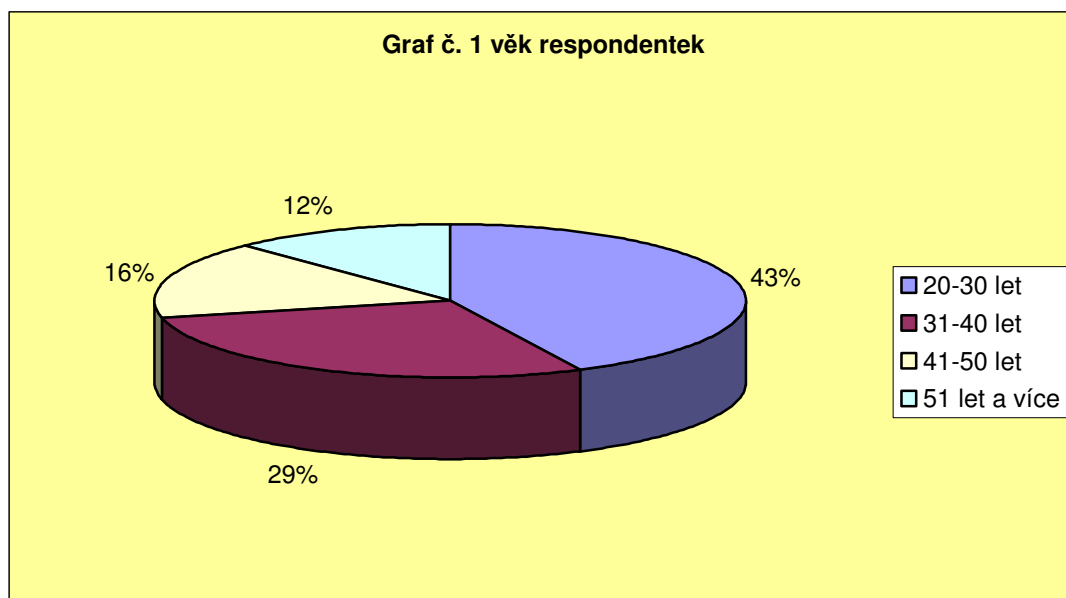
Výzkum jsem uskutečnila v nemocnici v Českém Krumlově a v Českých Budějovicích na dětském oddělení. Respondenty byli rodiče hospitalizovaných dívek a chlapců ve věku do 12ti let a zdravotní sestry dětských oddělení. Metodu řízeného rozhovoru jsem zvolila u hospitalizovaných dívek a chlapců ve věku od 13ti do 18ti let.

Dotazníky jsem rozdala 50ti zdravotním sestřám, z nichž se mi vrátilo 49 vyplněných dotazníků. Pro rodiče hospitalizovaných dětí jsem připravila 100 dotazníků, z nichž se mi vrátilo 84 vyplněných dotazníků. Rozhovor jsem uskutečnila u 10 hospitalizovaných dětí se souhlasem a za přítomnosti jejich rodičů.

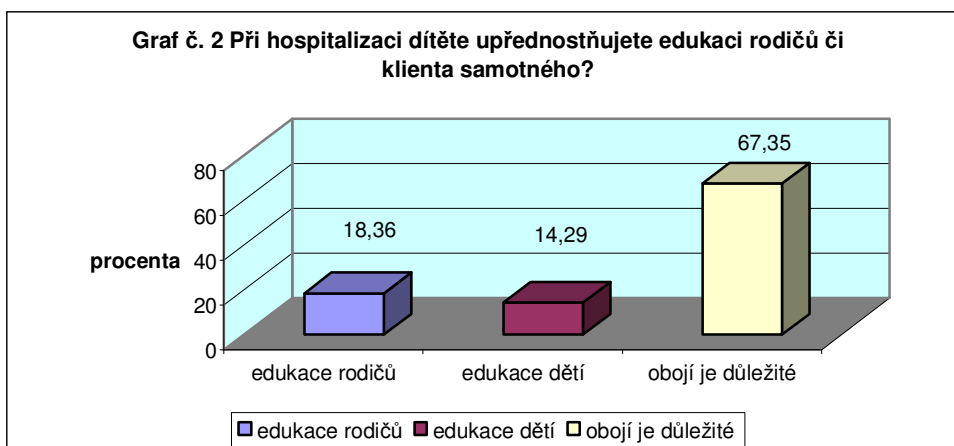
Výsledky celého mého výzkumu jsem zpracovala a uvádím je prostřednictvím grafů.

4. Výsledky

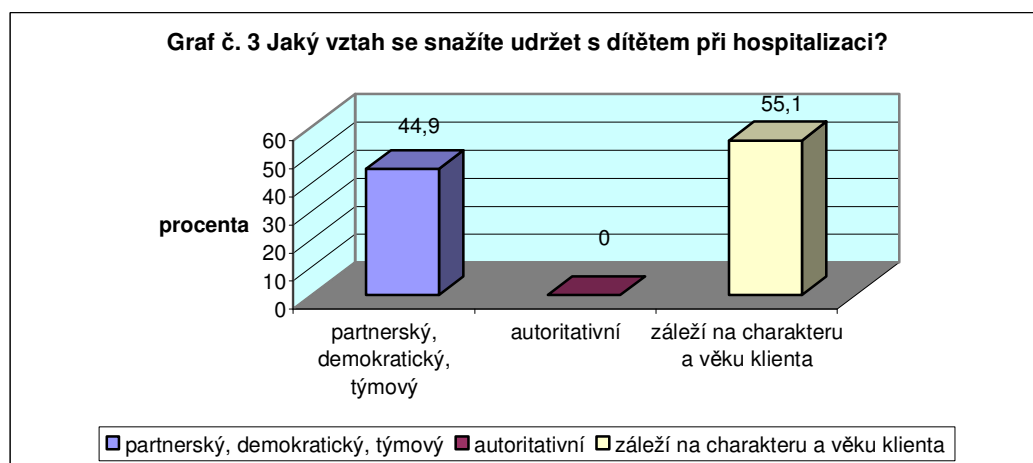
4.1 Výsledky z dotazníku pro zdravotnický personál pro edukaci dětí



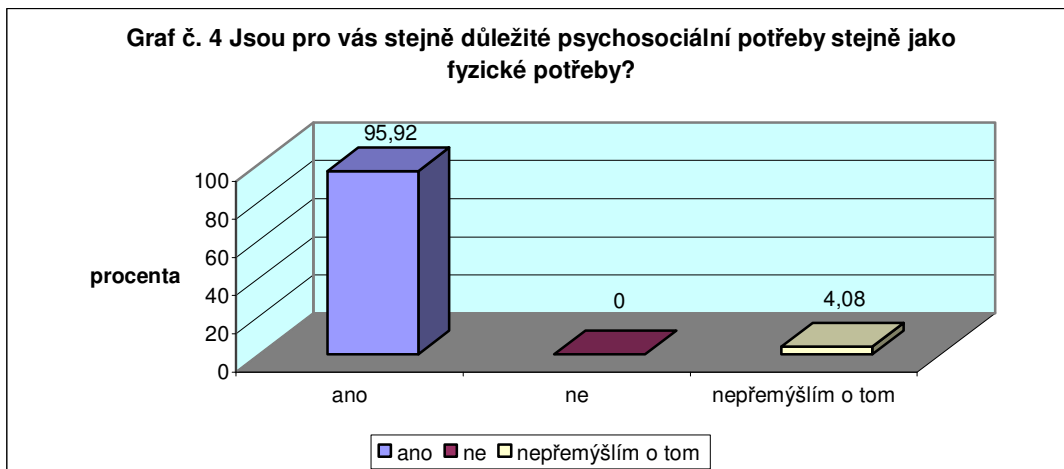
Graf č. 1: Z odpovědí na otázku č. 1, v jakém věku jsou respondentky vyplývá, že 42,85% respondentek je věku 20 –30 let, 28,57% respondentek je ve věku 31 – 40 let, 16,32% respondentek je ve věku 41 – 50 let a 12,24% respondentek je ve věku 51 let a více.



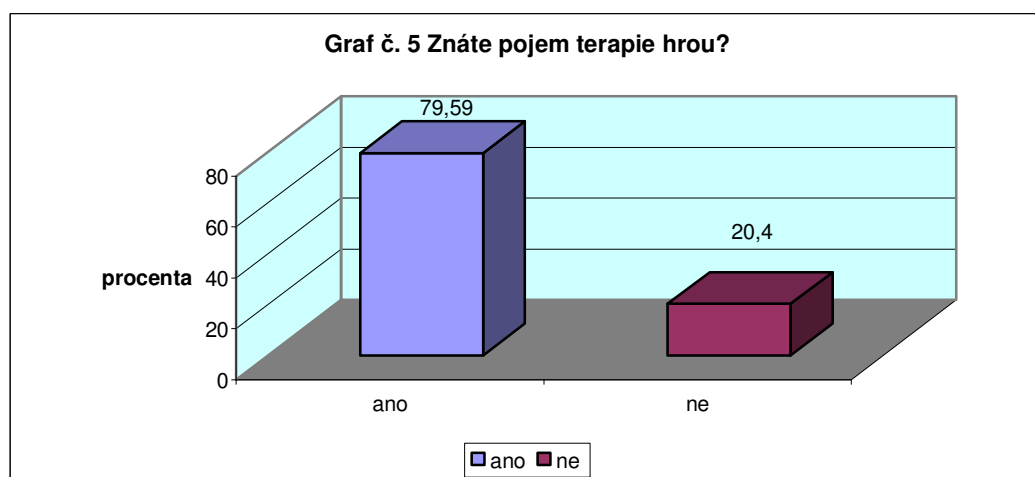
Graf č. 2: Z otázky v grafu č. 2, zda zdravotničtí pracovníci uplatňují edukaci dětí či rodičů, vyplývá, že 18,36% respondentek upřednostňuje edukaci rodičů, 14,29% respondentek upřednostňuje edukaci dětského klienta a 67,35% respondentek považuje obojí za stejně důležité.



Graf č. 3: Z odpovědí na otázku, jaký vztah udržují zdrav.pracovníci s dítětem, vyplývá, že 44,9% respondentek, že udržuje s dětským klientem partnerský, demokratický a týmový vztah, žádná z respondentek neuznává jen autoritativní vztah a 55,1% respondentek bere ohled na charakter a věk klienta.

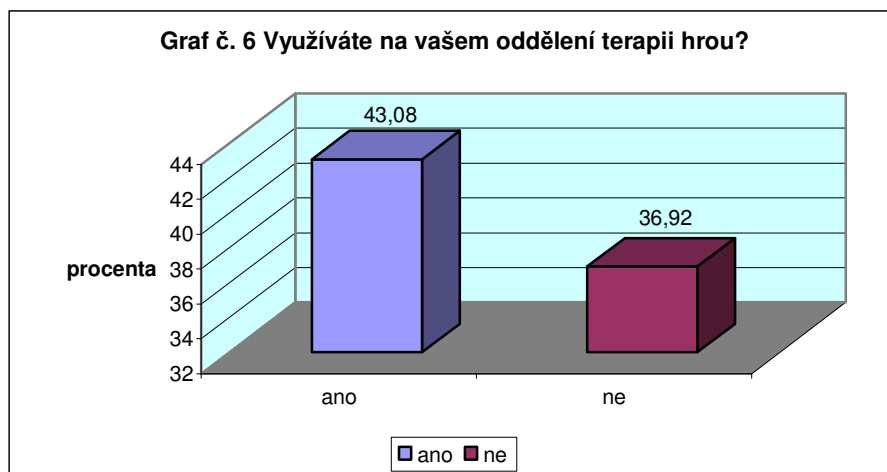


Graf č. 4: Na otázku, zda jsou pro zdrav.personál důležité psychosociální potřeby stejně jako fyzické, odpovědělo 95,92% respondentek, že považuje psychosociální potřeby za stejně důležité jako fyzické, žádná z respondentek nepovažuje psychosociální potřeby za méně důležité a 4,08% respondentek o tomto problému nepřemýšlí.

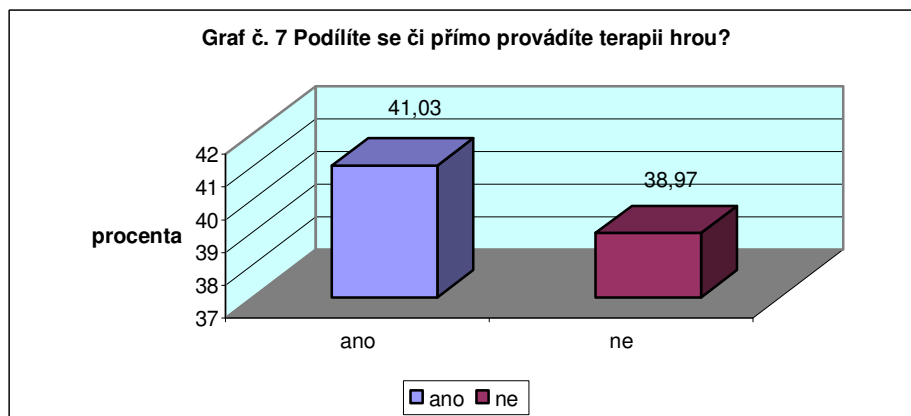


Graf č. 5: Z otázky, zda zdrav.personál zná terapii hrou, vyplývá, že 79,59% respondentek zná pojem terapie hrou a 20,4% respondentek nezná tento pojem.

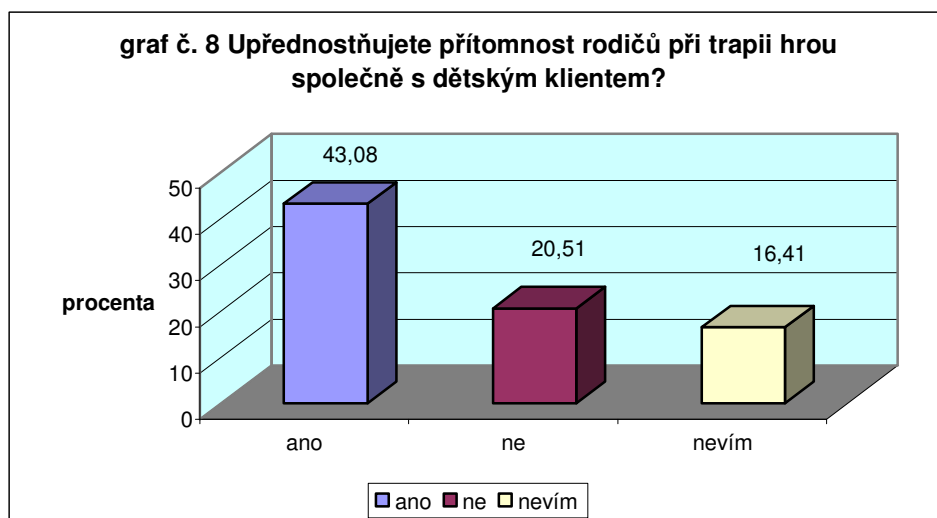
Na následující čtyři otázky odpovídalo pouze 80% respondentek, které v otázce číslo 5, zda znají pojem terapii horu, zvolily možnost ano.



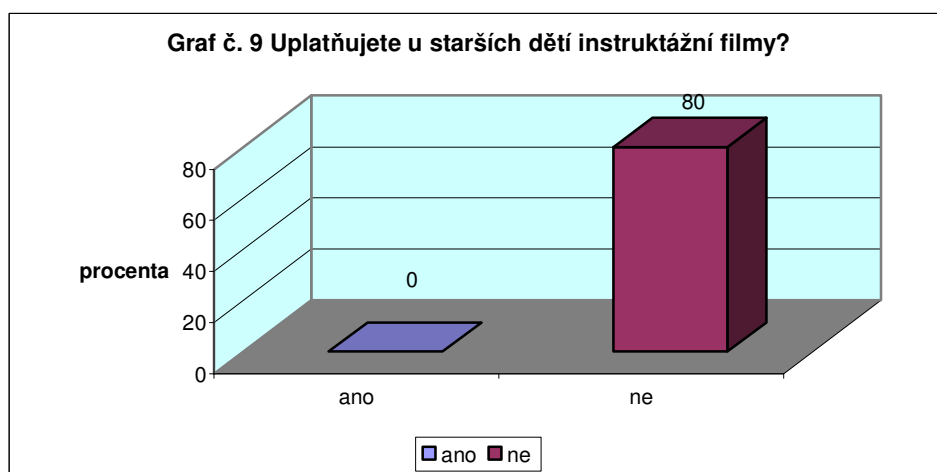
Graf č. 6: Z otázky, zda se na oddělení provádí terapie hrou, vyplývá, že 43,08% respondentek využívá terapii hrou a 36,92% respondentek na svém oddělení terapii hrou nevyužívá.



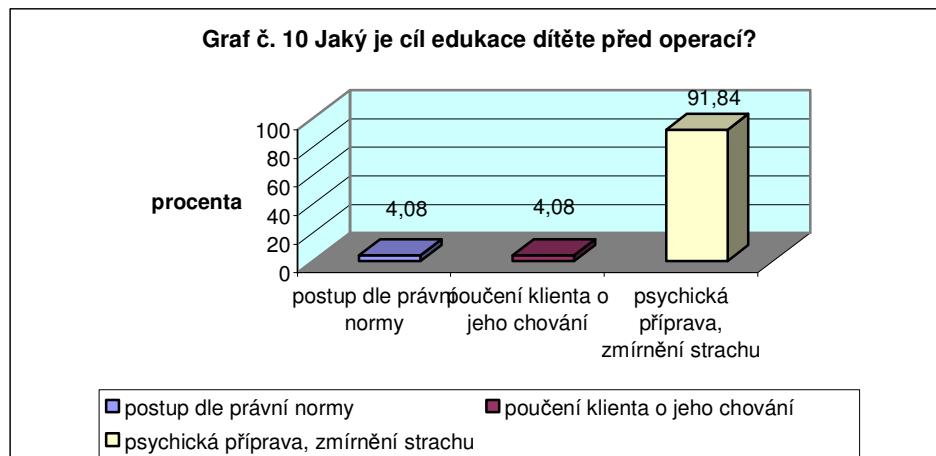
Graf č. 7: Na otázku, zda se podílí respondentky na terapii horu, odpovědělo 41,03% respondentek, že se podílí či přímo provádí na oddělení terapii hrou a 38,97% respondentek se na této činnosti nepodílí.



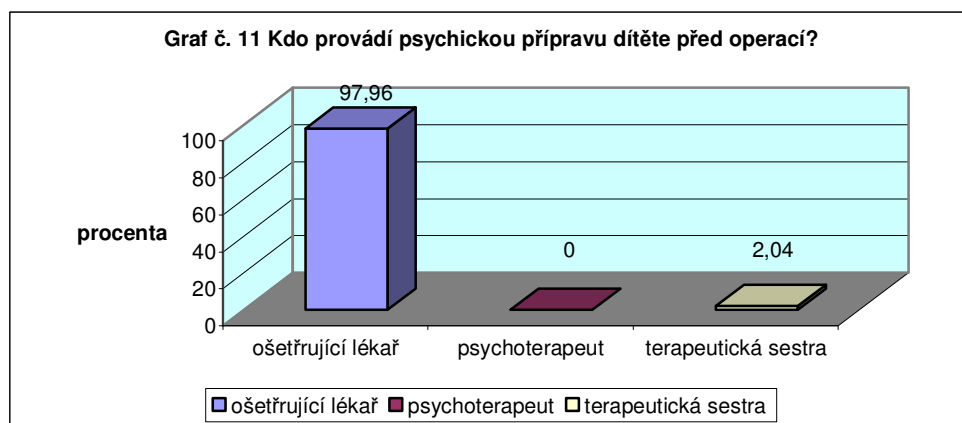
Graf č. 8: Na otázku, zda upřednostňují respondentky přítomnost rodičů při terapii hrou, odpovědělo 43,08% respondentek, že upřednostňují přítomnost rodičů, 20,51% respondentek přítomnost rodičů neupřednostňuje a 16,41% respondentek neví, zda je přítomnost rodičů důležitá či ne.



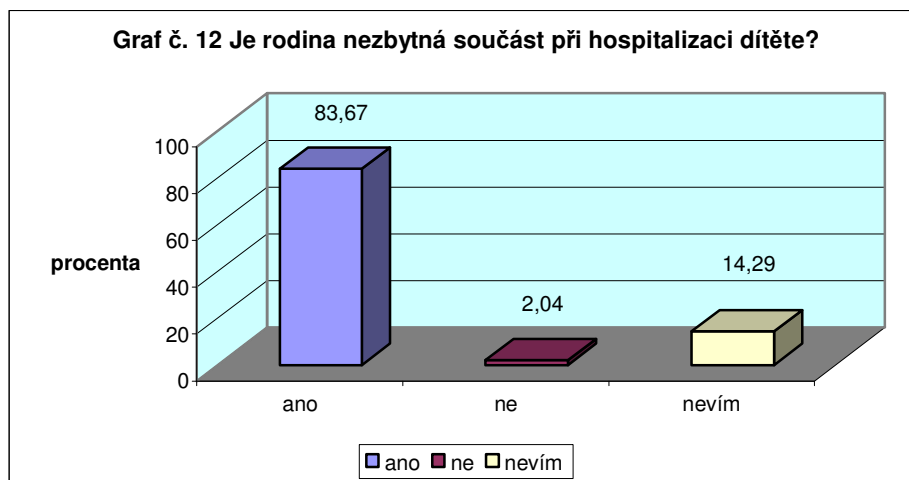
Graf č. 9: Z odpovědi na otázku, zda uplatňují zdravotní pracovníci instruktážní filmy, vyplývá, že z 80ti % respondentek všechny odpověděly, že na jejich oddělení se v rámci předoperační přípravy neprovádí názorná ukázka pomocí instruktážních filmů.



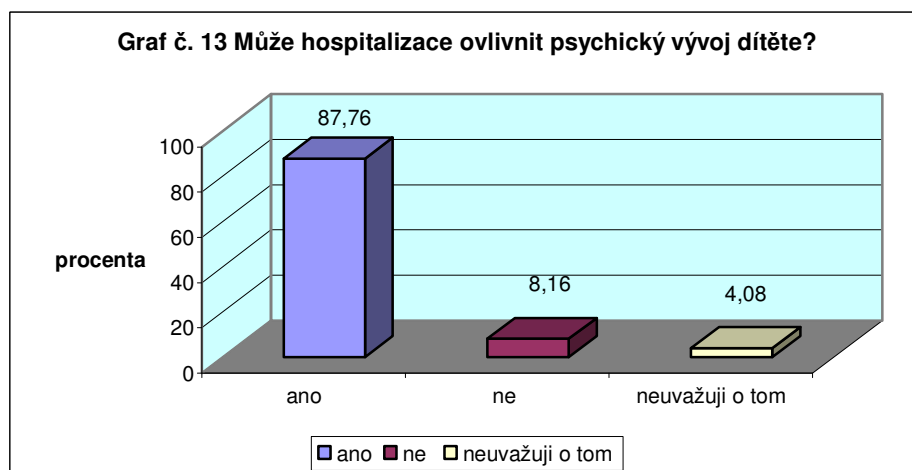
Graf č. 10: Na otázku, jaký je cíl při edukaci dětí, 4,08% respondentek odpovědělo, že považuje za hlavní cíl edukace dětského klienta postup dle právní normy, 4,08% respondentek považuje za hlavní cíl edukace dětského klienta poučit ho, jaké je žádoucí chování z jeho strany a 91,84% respondentek považuje za hlavní cíl psychickou přípravu a zmírnění strachu klienta.



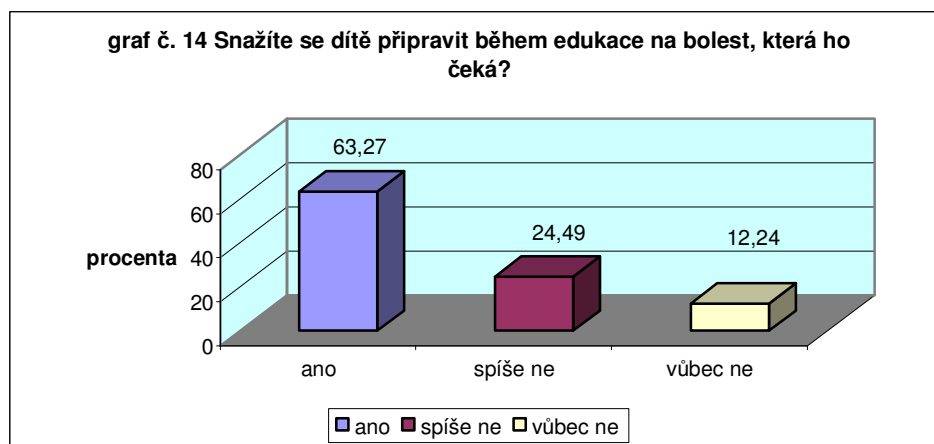
Graf č. 11: Na otázku, kdo provádí psychickou přípravu dítěte, 97,96% respondentek odpovědělo, že na jejich oddělení provádí psychickou přípravu dítěte ošetřující lékař, žádná z respondentek neuvěděla, že by psychickou přípravu dítěte prováděl psychoterapeut a 2,04% respondentek uvedlo, že psychickou přípravu na jejich oddělení provádí terapeutická sestra.



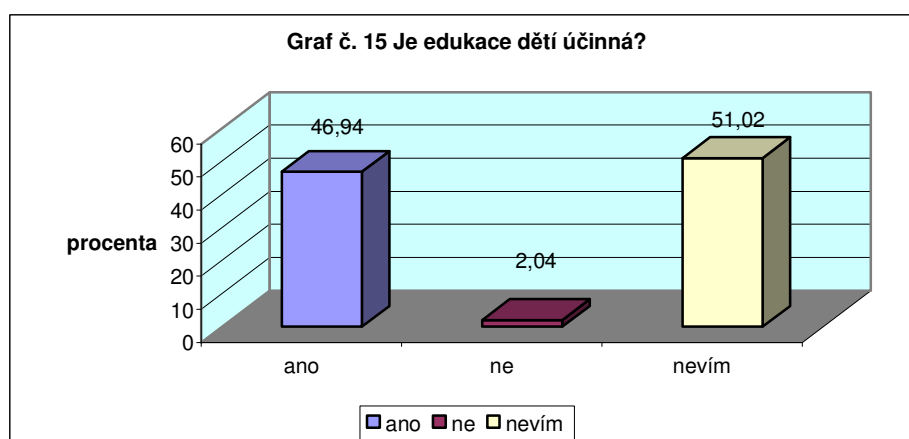
Graf č. 12: Na otázku, zda je rodina nezbytná součást při hospitalizaci, odpovědělo 83,67% respondentek, že považuje rodinu jako nezbytnou součást, 2,04% respondentek nepovažuje rodinu za nezbytnou součást a 14,29% respondentek neví, zda je rodina nezbytnou součástí při ošetrovatelském procesu.



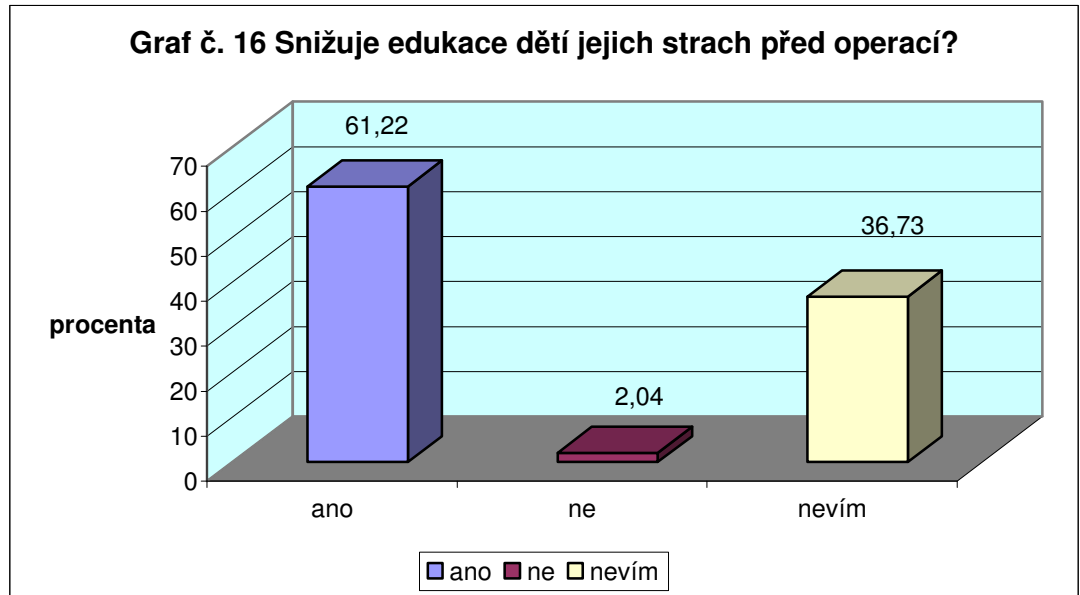
Graf č. 13: Na otázku, zda může hospitalizace ovlivnit psychický vývoj dítěte, odpovědělo 87,76% respondentek, že hospitalizace může ovlivnit psychický vývoj dítěte, 8,16% respondentek myslí, že hospitalizace nemůže ovlivnit psychický vývoj dítěte a 4,08% respondentek o tom neuvažuje.



Graf č. 14: Na otázku, zda se snaží respondentky připravit dítě na bolest, která jej čeká, 63,27% respondentek odpovědělo, že se snaží během edukace dítě připravit na bolest, která ho v nemocnici čeká, 24,49% respondentek spíše ne, protože by to mohlo zkomplikovat hospitalizaci a 12,24% respondentek vůbec nepřipravuje dítě na bolest, protože nechce dítě strašit.

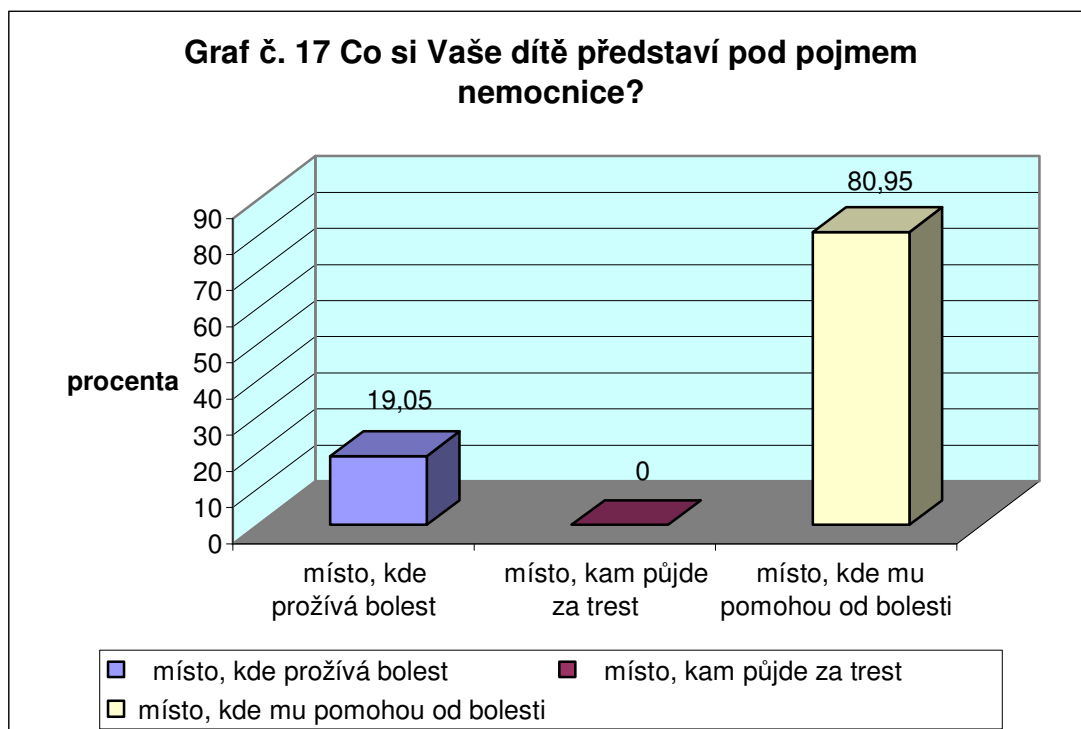


Graf č. 15: Na otázku, zda je edukace dětí účinná, 46,94% respondentek odpovědělo, že považuje edukaci dětí na jejich oddělení za účinnou, 2,04% respondentek považuje edukaci na jejich oddělení za neúčinnou a 51,02% respondentek neví, zda je edukace na jejich oddělení účinná či není.



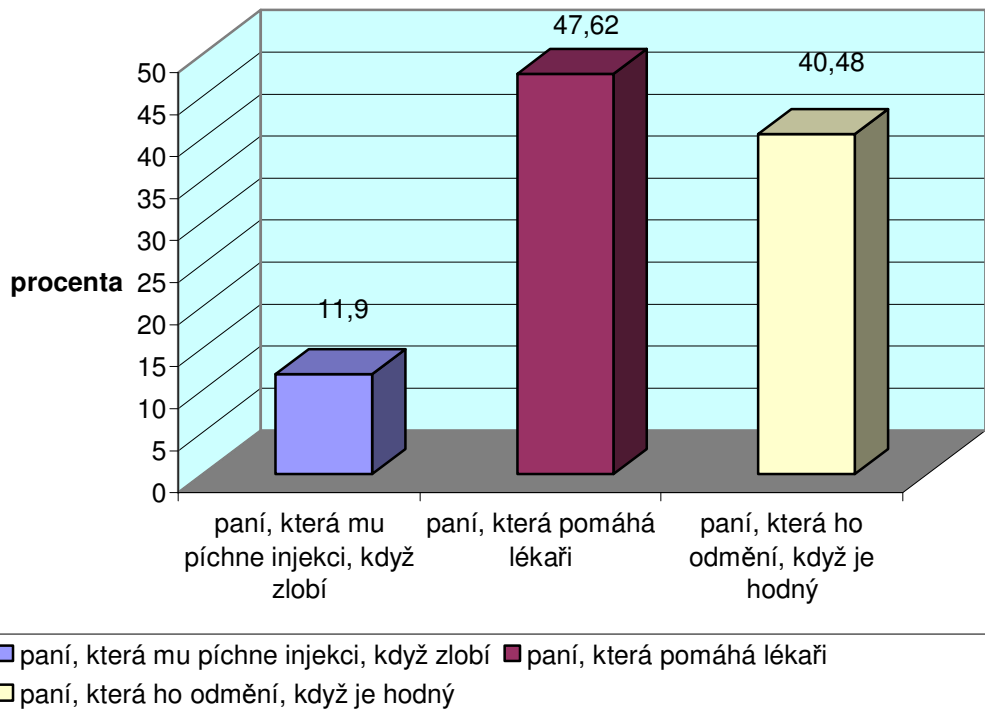
Graf č. 16: Na otázku, zda snižuje edukace strach dětí před operací, odpovědělo 61,22% respondentek, že si myslí, že edukace dětí snižuje jejich strach před operací, 2,04% respondentek myslí, že edukace nesnižuje strach dětí před operací a 36,73% respondentek neví, zda edukace strach dětí snižuje či ne.

4.2 Výsledky z dotazníků pro rodiče hospitalizovaných dětí

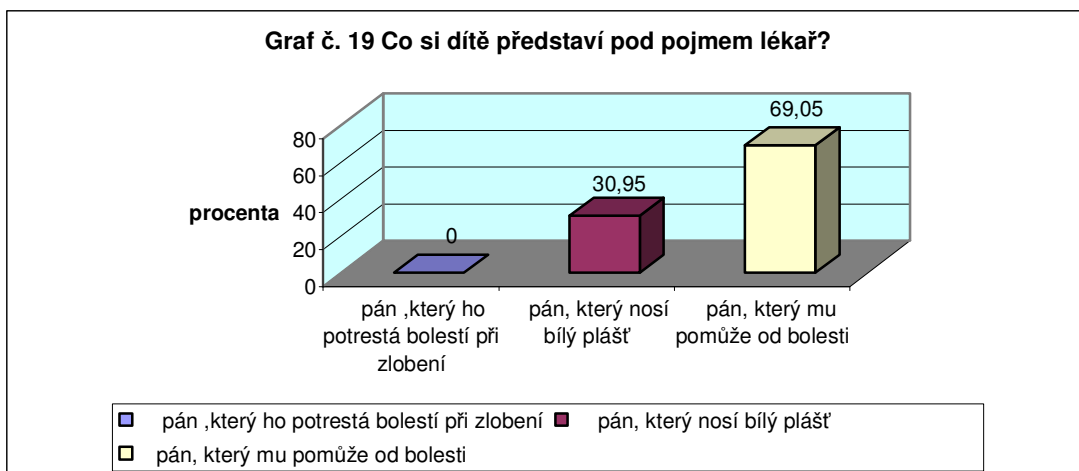


Graf č. 17: Na otázku, co si dítě představí pod pojmem nemocnice, 19,05% respondentů odpovědělo, že si dítě pod pojmem nemocnice představí místo, kde prožívá bolest, žádný z respondentů neodpověděl, že pro dítě je nemocnice místo, kam půjdou za trest, když budou zlobit a 80,95% respondentů odpovědělo, že dítě si pod pojmem nemocnice představí místo, kde mu pomohou, když ho něco bude bolet.

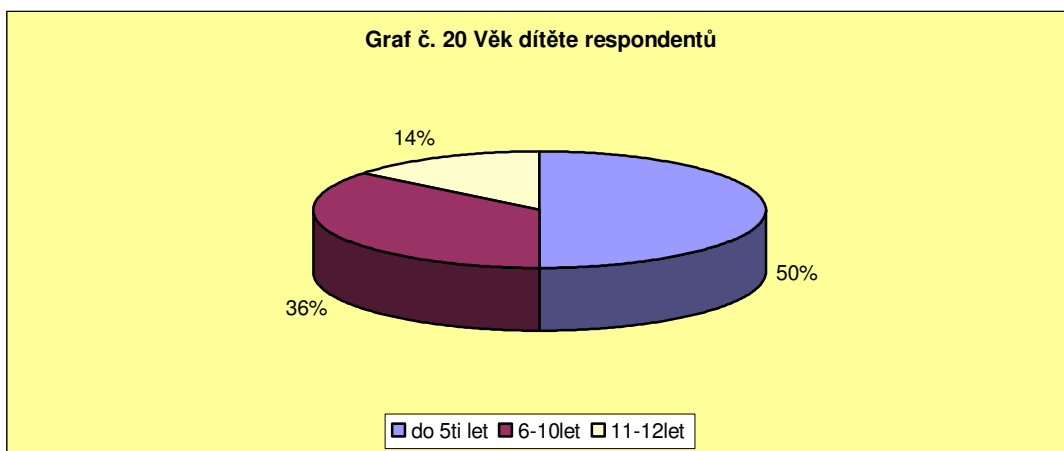
Graf č. 18 Co si dítě představí pod pojmem sestra?



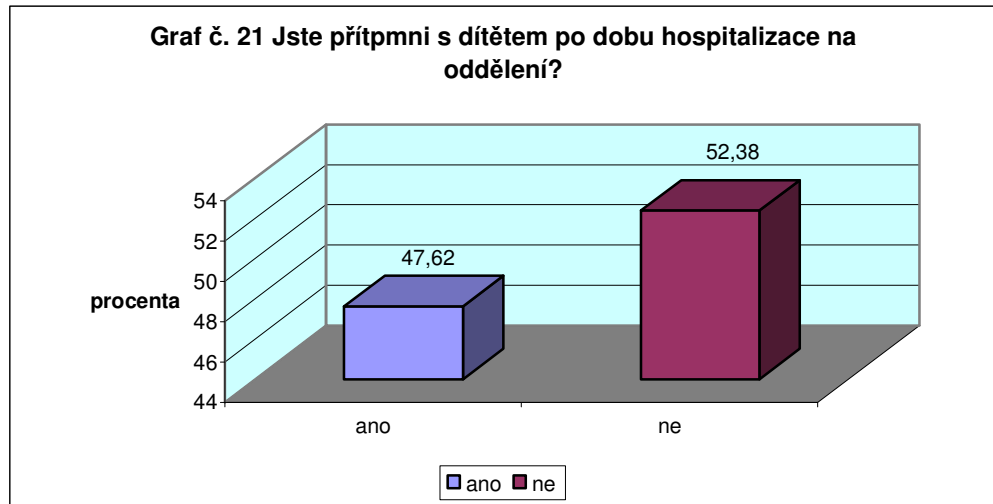
Graf č. 18: Na otázku, co si dítě představí pod pojmem sestra, 11,9% respondentů odpovědělo, že jejich dítě si představí sestru jako paní, která mu píchne injekci, když bude zlobit, 47,62% respondentů odpovědělo, že pro jejich dítě je sestra paní, která pomáhá lékaři a 40,48% respondentů odpovědělo, že pro jejich dítě je sestra paní, která ho odmění, když bude u lékaře hodný a nebude plakat.



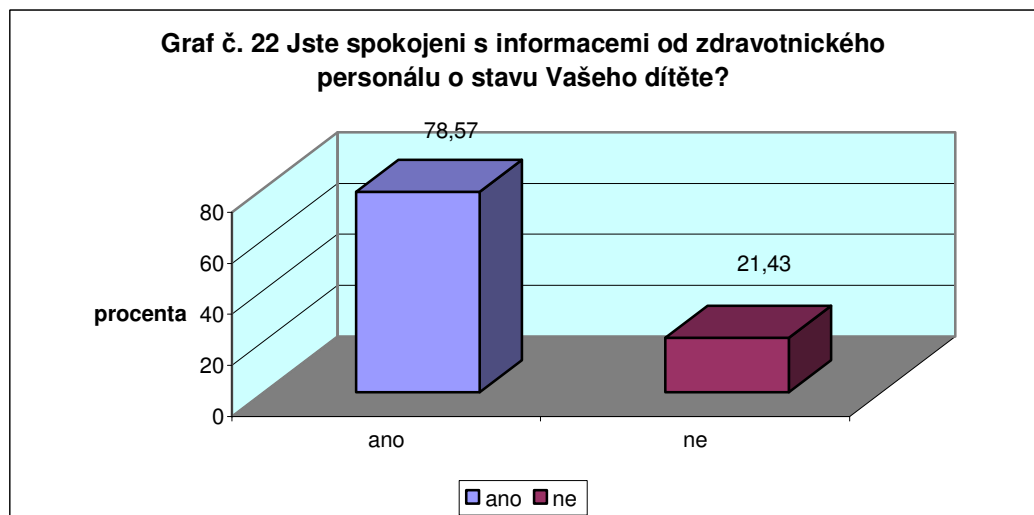
Graf č. 19: Na otázku, co si dítě představí pod pojmem lékař, žádný z respondentů neodpověděl, že by si dítě představovalo lékaře jako pána, který ho potrestá, když bude zlobit, 30,95% respondentů odpovědělo, že si dítě představí lékaře jako pána, který nosí bílý plášť a 69,05% respondentů odpovědělo, že si dítě lékaře představí jako pána, který mu pomůže od bolesti.



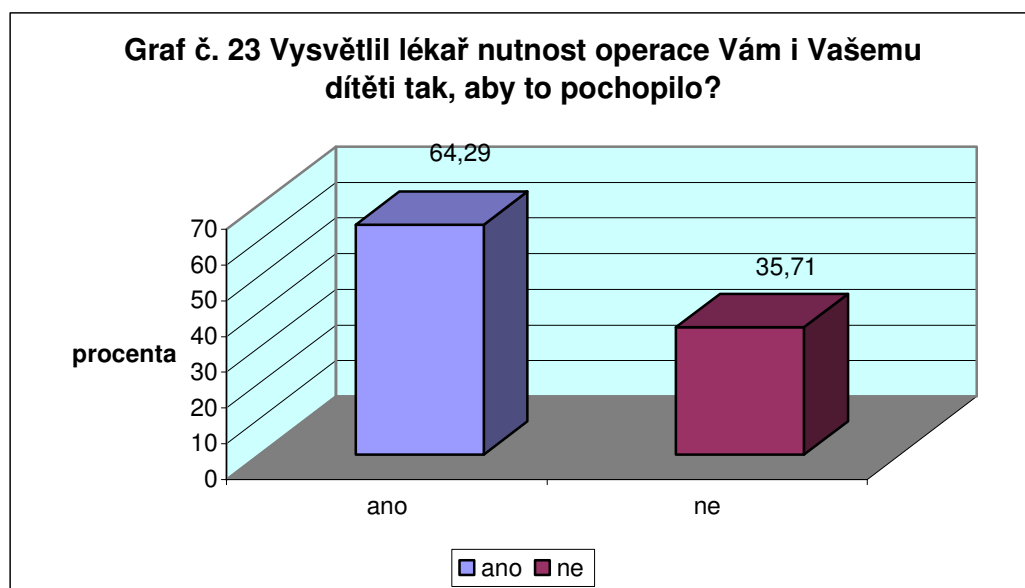
Graf č. 20: Z odpovědí na otázku, jaký je věk dítěte respondentů vyplývá, že 50% respondentů má dítě ve věku do 5ti let, 36% respondentů má dítě ve věku 6-10 let a 14% respondentů má dítě ve věku 11-12 let.



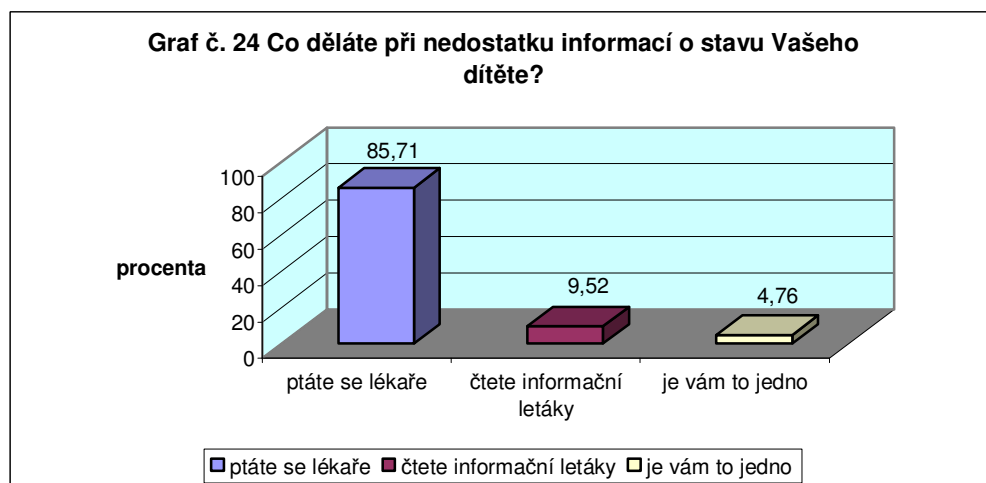
Graf č. 21: Z odpovědí na otázku, zda jsou rodiče přítomni s dítětem na oddělení, vyplývá, že 47,62% respondentů bylo hospitalizováno společně se svým dítětem a 52,38% na oddělení nebylo hospitalizováno se svým dítětem po dobu jeho pobytu v nemocnici.



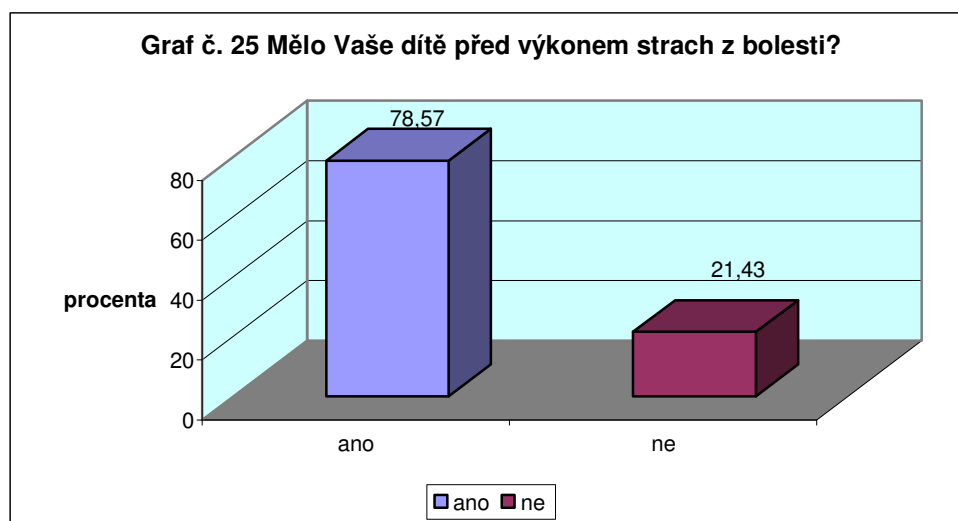
Graf č. 22: Z odpovědí na otázku, zda jsou rodiče spokojeni s informacemi od zdrav.personálu, vyplývá, že 78,57% respondentů bylo spokojeno s informacemi, které získali od zdrav.personálu a 21,43% respondentů nebylo spokojeno s informacemi o stavu svého dítěte.



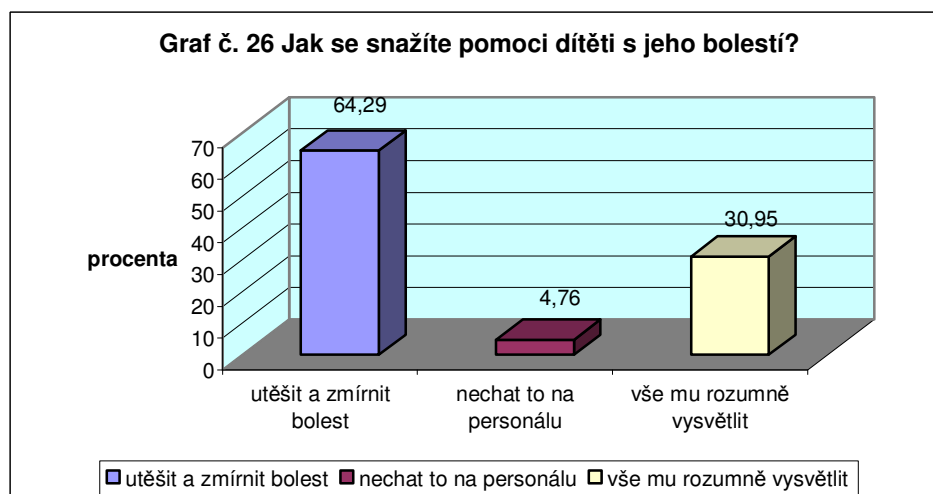
Graf č. 23: Na otázku, zda lékař vysvětlil nutnost operace tak, aby tomu rozumělo i dítě, 64,29% respondentů odpovědělo, že lékař vše vysvětlil tak, aby tomu rozumělo a 35,71% respondentů odpovědělo, že tomu tak nebylo.



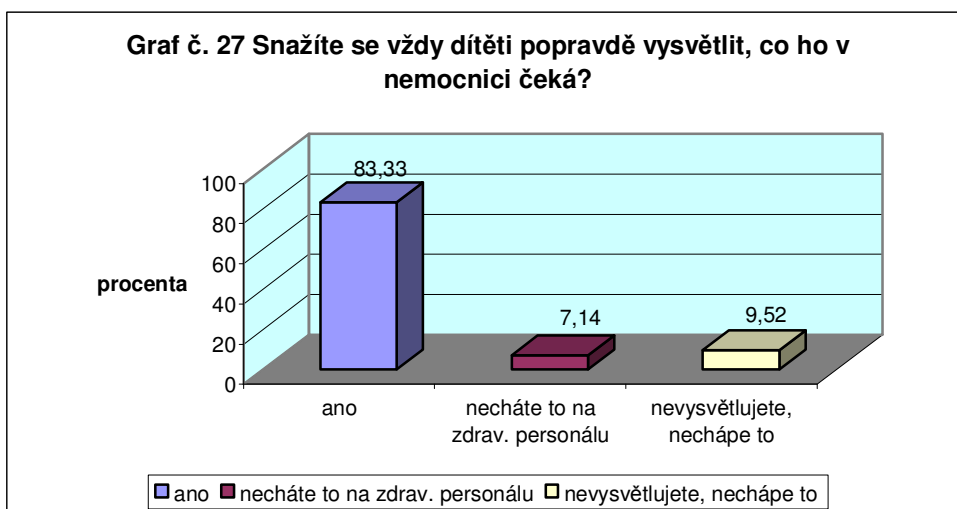
Graf č. 24: Na otázku, co děláte v případě nedostatku informací, 85,71% respondentů odpovědělo, že se ptá lékaře, 9,52% respondentů čte informační letáky a 4,76% respondentů má důvěru ve zdravotnický personál.



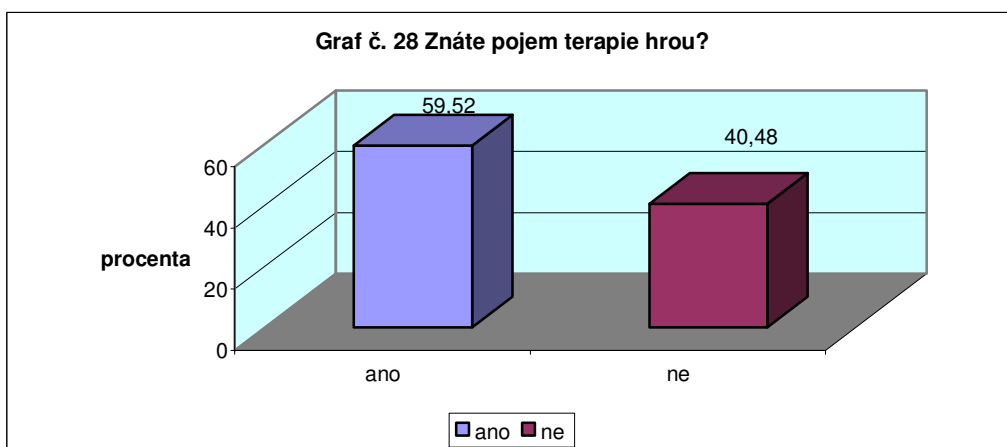
Graf č. 25: Na otázku, zda mělo dítě strach z bolesti před operací, 78,57% respondentů odpovědělo, že jejich dítě mělo před operačním výkonem strach a 21,43% respondentů odpovědělo, že jejich dítě strach nemělo.



Graf č. 26: Z otázky, jak se snažíte pomoci dítěti s jeho bolestí, vyplývá, že 64,29% respondentů se snaží utěšit své dítě a zmírnit jeho bolest, 4,76% respondentů to nechává na zdravotnickém personálu a 30,95% respondentů se snaží svému dítěti vše rozumně vysvětlit.

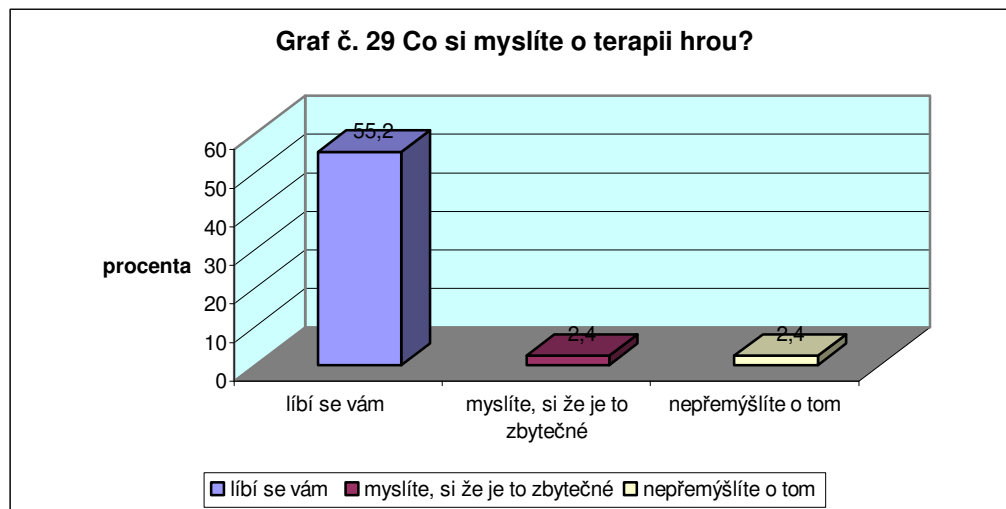


Graf č. 27: Na otázku, zda se rodiče snaží dítěti vždy vysvětlit, co ho čeká, 83,33% respondentů odpovědělo, že se snaží svému dítěti vše popravdě vysvětlit, 7,14% respondentů to nechává na zdravotnickém personálu a 9,52% respondentů nic svému dítěti vysvětlovat nemusí, protože myslí, že to nechápe.

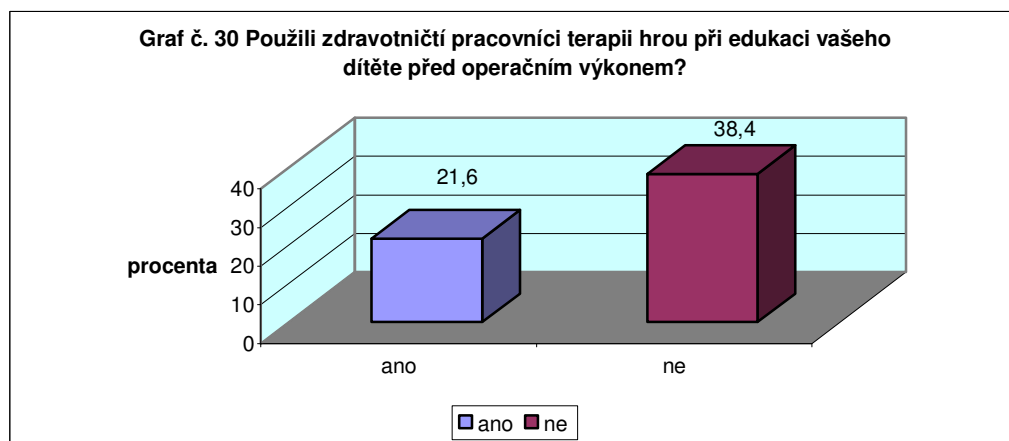


Graf č. 28: Z otázky, zda znají respondenti pojem terapie hrou, vyplývá, že 59,52% respondentů zná pojem terapie hrou a 40,48% respondentů nezná tento pojem.

Na následující dvě otázky odpovídá pouze 60% respondentů, kteří na otázku z grafu č. 28, zda znají pojem terapie hrou, odpověděli ano.

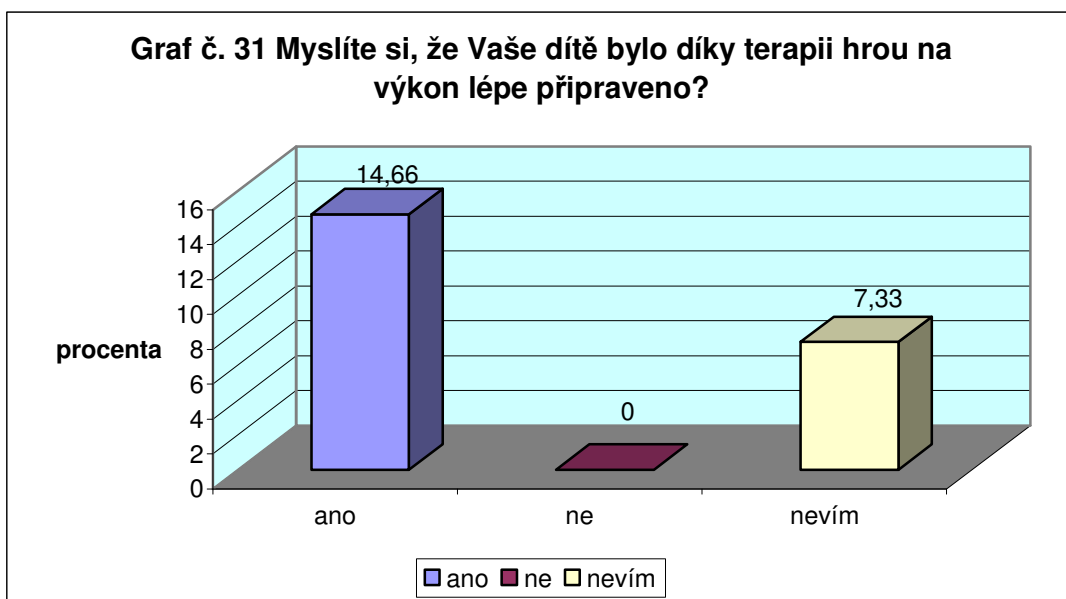


Graf č. 29: Z otázky, co si respondenti myslí o terapii hrou, vyplývá, že 55,2% respondentů si myslí, že přístup k dětem pomocí terapie hrou je přínosný, 2,4% respondentů si myslí, že tento přístup je zbytečný a 2,4% respondentů o tom nepřemýšlí.



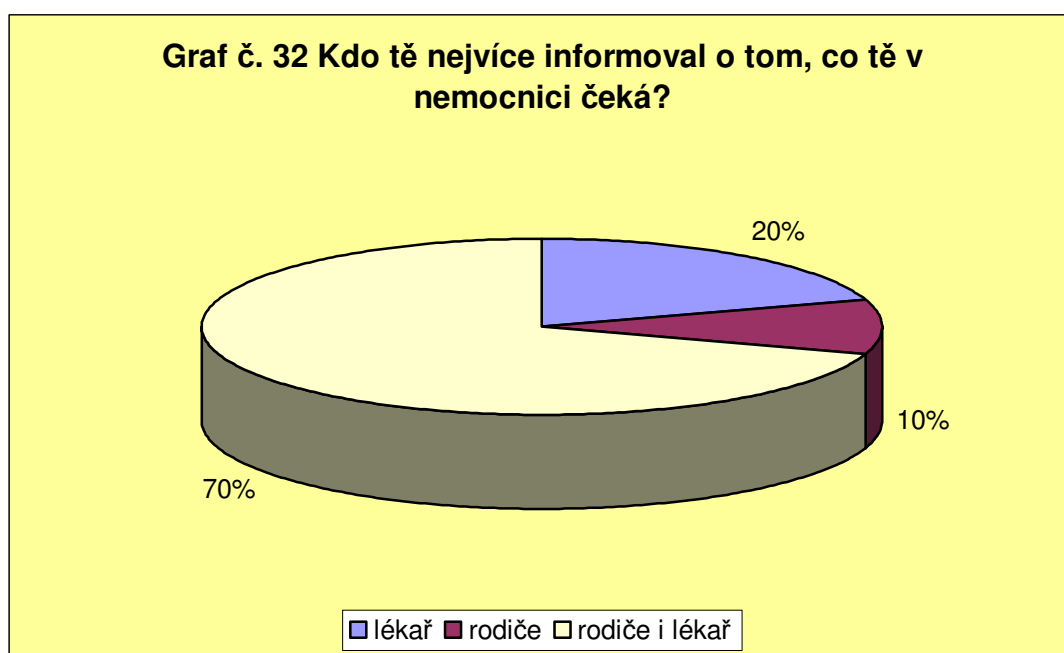
Graf č. 30: Na otázku, zda zdrav.pracovníci použili při edukaci dítěte terapii hrou, 21,6% respondentů odpovědělo, že ano a 38,4% respondentů odpovědělo, že nikoli.

Na následující otázku odpovídá pouze 22% respondentů, kteří v předchozí otázce, zda zdrav.pracovníci použili při edukaci dítěte terapii hrou, odpověděli ano.

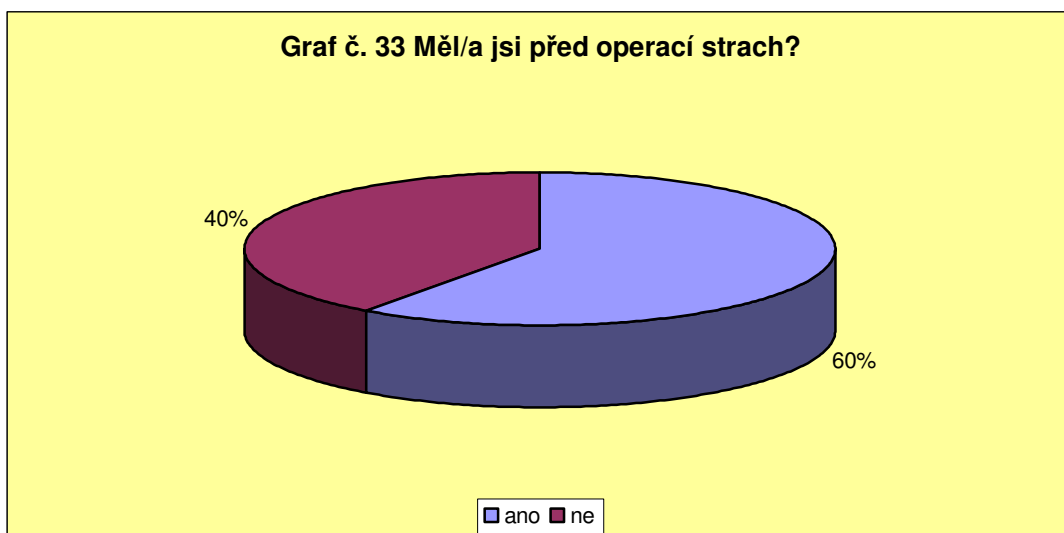


Graf č. 31: Z otázky, zda bylo dítě lépe připraveno na operaci po edukaci terapií hrou, vyplývá, že 14,66% respondentů si myslí, že dítě díky této terapii bylo po psychické stránce lépe připraveno na operační výkon žádný z respondentů neodpověděl, že ne a 7,33% respondentů odpovědělo, že neví, zda jejich dítě bylo lépe připraveno či ne.

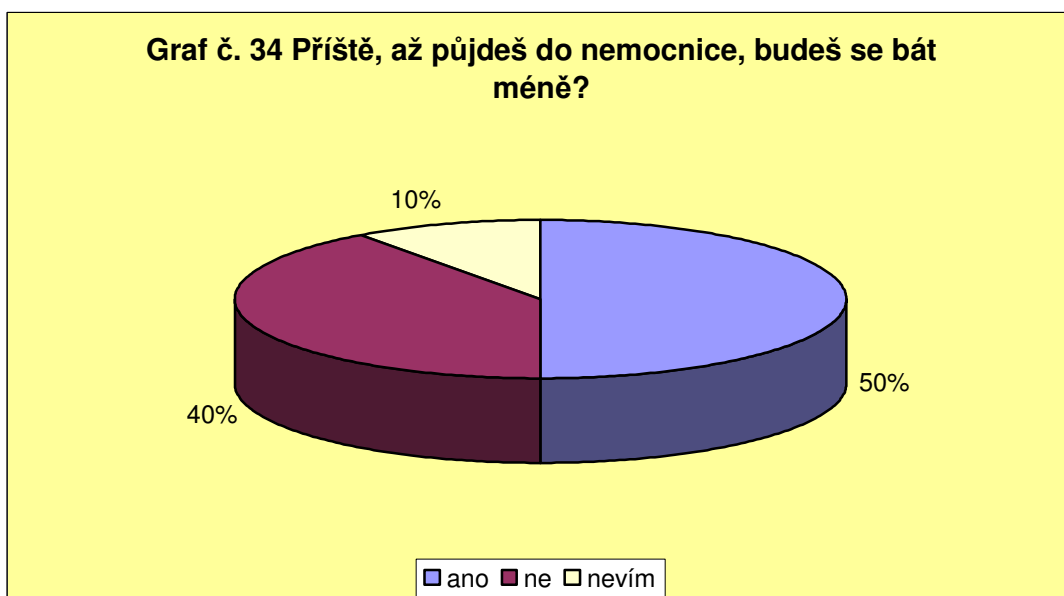
4.3 Výsledky z rozhovorů s hospitalizovanými dětskými klienty



Graf č. 32: Na otázku, kdo tě v nemocnici nejvíce informoval o tom, co tě čeká, odpovědělo 70% respondentů, že bylo nejvíce informováno o tom, co ho v nemocnici čeká od rodičů i lékaře, 20% respondentů bylo nejvíce informováno jen od lékaře a 10% respondentů bylo nejvíce informováno od rodičů.



Graf č. 33: Z otázky, zda mělo dítě před operací strach vyplývá, že 60% respondentů mělo před operací strach a 40% respondentů strach před operací nemělo.



Graf č. 34: Z otázky, zda se bude dítě příště bát méně, až půjde do nemocnice, vyplývá, že 50% respondentů se bude bát méně, až půjde příště do nemocnice, 40% respondentů se nebude bát méně, až půjde příště do nemocnice a 10% respondentů neví, zda se bude bát méně či více.

5. Diskuse

Zpracováním dotazníku pro zdravotnický personál jsem dospěla k následujícímu:

Výsledky grafu č. 2, které poukazují na důležitost edukace dětských pacientů i jejich rodičů před operačním výkonem, jen potvrzují obecný názor zdravotnické i nezdravotnické veřejnosti.

Podle mého názoru respondenti možná nevystihli smysl otázky z grafu č. 3, která se zabývala vztahem mezi sestrou a dětským klientem. Z jejich odpovědí vyplývá, že patrná část zdravotnických pracovníků připouští určitou míru autoritativnosti v závislosti na věku dětského klienta. Je možné, že zde nejde o zcela přesné pochopení dotazu.

Výsledky z grafu č. 4 jsou znovu jen potvrzením obecného povědomí, že psychosociální potřeby jsou stejně důležité jako potřeby fyzické a nelze je proto brát na lehkou váhu. Příznivé zjištění pro diskutovanou problematiku znamenají výsledky z grafu č. 5, kdy 71% dotazovaných odpověděla na otázku, zda znají pojem terapie hrou, kladně.

Graf č. 6 vystihuje určitou rezervu mezi teoretickými znalostmi zdravotnického personálu a uváděním do praxe. Toto vyplývá ze srovnání s grafem č. 5, kdy většina respondentek znala pojem terapie hrou, ale na otázku v následujícím grafu, zda využívají respondentky na svém oddělení terapii hrou, odpovědělo kladně jen 43% dotazovaných. Výsledky grafu č. 7, zda se respondentky nějakým způsobem podílejí na terapii hrou, či ji přímo provádějí, jen potvrzují, co jsem uvedla výše ve větě, jelikož kladnou odpověď zvolilo jen 41% dotazovaných.

Je zarážející, že vysoké procento zdravotnického personálu podceňuje rodičovskou roli v terapii hrou a z výsledků grafu č. 8, kde se zabývám právě důležitostí rodičů při terapii hrou, je patrné, že zdravotničtí pracovníci mají v tomto ohledu mezeru.

Výsledek grafu č. 9, kdy všechny respondentky odpověděly záporně na otázku týkající se používání instruktážních filmů při edukaci dětí před operačním výkonem, opět ukazuje na velkou rezervu v našem případě na používanou škálu prostředků v edukaci dětských klientů. Zdá se, že buď nejsou v našem prostředí dostupné vhodné filmy, ale podle mého názoru jde spíše o kombinaci tohoto faktu s neznalostí. Osobně si myslím, že tvorba vhodných instruktážních filmů je velmi inspirativním námětem pro ošetrovatelský personál v budoucnu.

Graf č. 10 je důkazem, že v obecné rovině respondenti problém dobře chápou. Je potěšující, že na otázku, jaký je cíl při edukaci dětí před operačním výkonem, odpovědělo 92% dotazovaných, že hlavním cílem při edukaci je psychická příprava dětského pacienta a zmírnění jeho strachu.

Jednoznačnost odpovědi ve prospěch ošetřujících lékařů na otázku v grafu č. 11, kdo provádí psychickou přípravu dětského pacienta před operačním výkonem, je pro mě velkým, ale z hlediska mé ošetrovatelské profese, nepříjemným překvapením. Vyznívá to tak, že nelékařské profese nehrají v tomto oboru žádnou roli. Při hlubším zamyšlení nad tímto výsledkem se však zdá, že může jít o nepřesné pojetí pojmu psychická příprava dětských klientů u dotazovaných.

V grafu č. 12 jsem čekala ještě poněkud jednoznačnější odpověď na otázku, zda je rodina nezbytnou součástí při hospitalizaci dítěte, ve prospěch odpovědi ano. V povědomí některých dotazovaných patrně není ještě dostatečně zafixovaná jednoznačná prospěšnost účasti rodiny v této oblasti. Myslím si, že negativní nebo nevyhraněné odpovědi by měly být vyhrazeny pouze pro případ vyloženě asociálních rodin, kterých jistě v populaci není 16%.

V grafu č. 13, kde jsem se zabývala otázkou, zda může hospitalizace ovlivnit psychický vývoj dítěte, bych také očekávala jednoznačnější odpověď ve prospěch odpovědi ano. Osobně si myslím, že právě u dětského klienta, jehož vývoj není ve všech aspektech osobnosti zdaleka ukončen, je tedy závislost nesporná.

U grafu č. 14 jsem se zabývala přípravou na bolest dětského pacienta. Podle mého názoru je opět zarážející relativně vysoké procento negativních odpovědí. Myslím si, že by se dítě mělo velmi citlivě a odborně volenou formou na tuto nepříjemnou záležitost, jakou je prožívání bolesti, připravit.

Výsledek grafu č. 15, kde odpovídaly respondentky na otázku, zda je u nich na oddělení edukace dětských pacientů účinná, je pro mě zarážející, protože odráží určitou nedůvěru v myšlení zdravotnického personálu k této nedílné součásti léčebné péče. Kladnou odpověď zvolilo pouze 47% respondentek. Stejně tak jsou zarážející výsledky u grafu č. 16, kde 39% respondentek odpovědělo, že neví, zda edukace dětí před operačním výkonem snižuje jejich strach, nebo si myslí, že edukace dětí před operačním výkonem jejich strach nesnižuje.

Zpracováním dotazníku pro rodiče hospitalizovaných dětí jsem dospěla k následujícímu: Zarazilo mě v grafu č. 17, kdy jsem se ptala rodičů, jak jejich dítě chápe pojem nemocnice, velké procento odpovědí, že jde o místo, kde děti prožívají bolest. Toto může být odraz toho, že určitá část rodičů či doprovodu své děti buď ne ve zlém úmyslu straší. To samé vyplývá z výsledků otázky v grafu č. 18, jak chápe dítě pojem sestra, kdy mě jen napadá věta mnohých maminek...“Když budeš zlobit, přijde sestřička a dá ti injekci“. Výsledky otázky v grafu č. 19, jak chápe dítě pojem lékař, jsou jistě zatíženy faktem, že drobné buď bolestivé léčebné úkony, jako jsou injekce, odběry apod. nevykonávají lékaři, nýbrž sestry a ošetrovatelský personál. Výpovědní hodnota těchto tří grafů je jistě snížena tím, že skutečné prožitky nebo představy dětí jsou interpretovány jejich rodiči. Samozřejmě jsou objektivní i subjektivní důvody ze strany rodičů.

V grafu č. 22, kde jsem se zabývala spokojeností rodičů s informacemi o zdravotním stavu jejich dítěte, které získali od lékaře, je patrný obecný námět mnoha anket, který odráží realitu v této oblasti. 21% rodičů bylo nespokojeno s množstvím informací, které získali od lékaře.

Graf č. 23 ukazuje na nespornou rezervu v přístupu lékařů k pacientům a jejich doprovodu v této oblasti. 36% respondentů odpovědělo, že lékař dostatečně nevysvětlil nutnost operačního výkonu jim i dítěti tak, aby to pochopilo i jejich dítě. Určité zlepšení směrem k rodičům jistě přinese aplikace nového zákona o zdravotnické dokumentaci, platného od 1. května 2007, který mimo jiné klade důraz na používání informovaných souhlasů pro doprovod pacientů.

V podstatě očekávaný výsledek je v grafu č. 24, kde jsem se zabývala zájmem rodičů o zdravotním stavu jejich dítěte a kam se obracejí při nedostatku informací. Jen je zarážející podíl lhostejných rodičů, který činí 5%.

Když posuzuji výsledky grafu č. 25, kde více než tři čtvrtiny dětí má strach z bolesti a na druhé straně výsledky grafu č. 14, kde je uvedeno, že 36% zdravotníků nepovažuje přípravu dítěte na bolest za důležitou nebo vhodnou, je zde vidět nežádoucí rozpor. V tomto ohledu je třeba soustavně měnit přesvědčení zdravotnického personálu.

Na druhé straně z grafu č. 26 vyplývá, že přístup rodičovské veřejnosti k dítěti za těchto okolností je velmi rozumný. 65% respondentů uvedlo, že pokud jejich dítě prožívá bolest, snaží se ho utěšit a jeho bolest zmírnit. Totéž se dá říci o výsledcích v grafu č. 27, kdy na otázku, zda jsou rodiče vždy ke svému dítěti upřímní a snaží se mu popravdě vysvětlit, co ho v nemocnici čeká, odpovědělo 83% respondentů kladně.

Výsledky otázky v grafu č. 28, zda znají rodiče pojem terapie hrou, se nijak neliší od výsledků z dotazníku pro zdravotnický personál, což není směrem ke zdravotnickému personálu moc lichotivé zjištění.

Graf č. 29 jen potvrzuje fakt, že v metodě terapie hrou je třeba z hlediska zdravotnického personálu věnovat patřičnou pozornost, jelikož velké procento rodičů odpovědělo, že metoda terapie hrou se jim velice líbí a že je pro děti přínosem. Totéž zjištění dokládá i graf č. 31, ve kterém tuto metodu žádný z rodičů nehodnotil negativně.

Z rozhovoru s dětskými klienty na dětském oddělení se mi jen potvrdilo, že pokud je dítě nemocné, pak je pro něho nesmírně důležitá nejen rodina, ale i zdravotnický personál, který mu může nahradit alespoň zčásti rodiče. Více než polovina dětí měla před operačním výkonem strach a tento výsledek mě nepotěšil z jediného důvodu, protože edukace dětí před operačním výkonem by právě měla mít jeden velký cíl a to zbavit dětského klienta strachu. Na druhé straně mě potěšil výsledek grafu č. 3č, kdy polovina dětí řekla, že se už příště, až půjde do nemocnice, bát nebude. I když by se vlastně nemělo bát ani v případě, kdy jde do nemocnice poprvé a to je právě závislé jen a jen na přístupu zdravotnického personálu a rodičů.

Na základě cílů své práce jsem stanovila čtyři hypotézy, z nichž dvě se mi potvrdily a dvě vyvrátily. Hypotéza č. 1: edukace dětí před operačním výkonem je nezbytná pro snadnější zvládnutí hospitalizace se mi potvrdila, což je patrné z výsledků grafů č. 10, 14 a 16. Na druhé straně se mi z výsledků těchto grafů vyvrátila hypotéza č. 2: zdravotničtí pracovníci považují edukaci dětí před operačním výkonem za méně důležitou. Vyvrátila se mi hypotéza č. 3: Zdravotničtí pracovníci uplatňují spíše edukaci rodičů – v závislosti na věku dítěte, což vyplývá z výsledků grafů č. 2 a 23. Hypotéza č. 4: edukace dětí před operačním výkonem je závislá na věku dítěte, se mi potvrdila, což je patrné v grafu č. 3, ačkoliv je zde určitý rozpak nad volbou formy edukace.

6. Závěr

Cílem mé bakalářské práce na téma Edukace dětí před operačním výkonem bylo zjistit do jaké míry je důležitá edukace dětí před operačním výkonem, zda ji zdravotničtí pracovníci uplatňují a najít nejvhodnější a nejúčinnější způsob edukace dětských klientů. Na základě těchto cílů jsem stanovila čtyři hypotézy, z nichž dvě se mi potvrdily a dvě vyvrátily. Hypotéza č. 1: edukace dětí před operačním výkonem je nezbytná pro snadnější zvládnutí hospitalizace se mi potvrdila. Na druhé straně hypotéza č. 2: zdravotničtí pracovníci považují edukaci dětí před operačním výkonem za méně důležitou se mi na základě výsledků mého výzkumu vyvrátila. Hypotéza č. 3: zdravotničtí pracovníci uplatňují spíše edukaci rodičů – v závislosti na věku dítěte se mi vyvrátila také. Hypotéza č. 4: edukace dětí před operačním výkonem je závislá na věku dítěte, se mi potvrdila.

Výsledky z pohledu zdravotnických pracovníků vyjadřují pochopení této problematiky, nicméně odráží určitou rezervu ve znalosti jednotlivých forem této edukace a jejich uvedení do zdravotnické praxe.

Na základě tohoto zjištění se mi zdá nejúčinnější edukací ještě širší zapojení rodičů v této oblasti a zavádění dosud nedoceněných forem v běžné pediatrické praxi, jako jsou například instruktážní filmy. Další možností je věnovat tomuto tématu pozornost na [www stránkách](#) jednotlivých zdravotnických zařízení, kde lze metodicky a správně, a přitom vhodnou formou informovat rodičovskou veřejnost. Takto informovaný rodič je pak schopen hrát ve spolupráci se zdravotníky odpovídající roli ve prospěch svého dítěte. Prostřednictvím své práce bych chtěla přispět do diskuse o zavádění nových forem edukace rodičů i zdravotníků, jak na univerzitní půdě, tak ve zdravotnickém zařízení, kde si přeji pracovat.

7. Literatura

- 1) ČAČKA, O.: *Psychologie dítěte*, 2. vydání, Sursum Tišnov, 1996, 112 s., ISBN 80-7178-740-X
- 2) ČÁMSKÁ, I.: *Edukace pacienta perioperační sestrou*
<http://www.florence.cz/cislo.php>, 4. duben 2007
- 3) ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H.: *Psychologie a pedagogika II.*, 1.vydání, Praha Inforamtorium, společnost s.r.o., 2004, 160 s., ISBN 80-7333-028-8
- 4) FRÜhauf, P., SCHNEIBERG, F.: *Ovlivňuje přijetí doprovodu s dítětem délku hospitalizace na dětském oddělení?*, Praktický lékař, 2000, 11 s., 621-622, ISSN: 0032-6739
- 5) HÁRDI, I.: *Psychologie péče o nemocného*, Avicenum Praha, 1972, 275 s., 08-050-72
- 6) http://www.medihelp.cz/vyuka/Vyuka_Blazek.doc, květen 20.,2006
- 7) KOZIEROVÁ, B.: *Ošetřovatelství*, Osveta, 1995, 1474 s., ISBN 80-217-0528-0
- 8) LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D.: *Vývojová psychologie*, Grada Publishing, 1998, 344 s., 1.vydání, ISBN 80-7169-195-X
- 9) LEIFER, G.: *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*, 1.vydání, Praha Grada Publishing, 2004, 993 s., ISBN 80-247-0668-7
- 10) MAREŠ, J.: *Dítě a bolest*, Grada Publishing, 1997, 1.vydání, 320 s., ISBN 80-7169-267-0
- 11) MATĚJČEK, Z.: *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, 3.vydání, Jinočany H&H, 2001, 147 s., ISBN 80-86022-92-7
- 12) OAKLANDER, V.: *Třinácté komnaty dětské duše*, 1.vydání, Dobříš, Mgr. Jiří Štěpo – Drvoštěp, 2003, 261 s.
- 13) ROGGE, J.: *Dětské strachy a úzkosti*, 1.vydání, Praha Portál, 1999, 211 s., ISBN 80-7178-237-8
- 14) RUŽIČKOVÁ, B.: *Dítě v nemocnici – co chce a co mu schází*
<http://www.florence.cz/cislo.php>, 4. duben 2007

- 15) ŘEZNÍČKOVÁ, A.: *Herní specialista na dětském oddělení*, Sestra 10, 2000, s. 11-12, ISSN: 1210-0404
- 16) ŠKUBOVÁ, J.: *Edukace: Velké téma*
<http://www.florence.cz/cislo.php>, 4. duben 2007
- 17) VALENTA, M. a kol.: *Herní specialista*, 1.vydání, Olomouc Univerzita Palackého, 2001, 168 s., ISBN 80-244-0345-5
- 18) VALENTA, M. a kol.: *Herní specialista v somatopedii*, 2.vydání, Olomouc Univerzita Palackého, 2003, 218 s., ISBN 80-244-0763-9
- 19) VESELÁ, R.: *Hospitalizace matky s dítětem*, Sestra 1/2007, s. 49
- 20) VYMĚTAL, J.: *Lékařská psychologie*, 3.vydání, Praha Portál, 2003, 397 s., ISBN 80-7178-740-X

8. Klíčová slova

Dětský klient

Edukace

Předoperační příprava

Terapie hrou

Zdravotní sestra

9. Přílohy

Příloha č. 1

Dotazník pro zdravotnický personál pro edukaci dětí

Dobrý den, jmenuji se Barbora Čadková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské university v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás požádala o vyplnění mého dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem „Edukace dětí před operačním výkonem“. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze pro mou práci. Předem Vám děkuji za spolupráci a za ochotu při vyplňování dotazníku.

1. Kolik je Vám let?

- a) 20 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 let a více

2. Při hospitalizaci dětského klienta na vašem oddělení upřednostňujete spíše edukaci rodičů či spíše klienta samotného?

- a) edukaci rodičů
- b) edukaci dětského klienta
- c) obojí je stejně důležité

3. Při hospitalizaci dětského klienta na vašem oddělení se snažíte udržet vztah

- a) partnerský, demokratický a týmový
- b) autoritativní
- c) záleží na věku a charakteru klienta

4. Jsou pro Vás stejně naléhavé psycho-sociální potřeby stejně jako fyzické potřeby dětského klienta?

- a) ano
- b) ne
- c) nepřemýšlím o tom

5. Slyšel/a jste již něco o tzv. terapii hrou?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, odpovězte na následující čtyři otázky, v případě odpovědi ne, nemusíte na následující otázky odpovídat.

6. Využíváte na vašem oddělení terapii hrou?

- a) ano
- b) ne

7. Pokud ano, podílíte se nějakým způsobem či přímo provádíte na dětských klientech terapii hrou?

- a) ano
- b) ne

8. Preferujete přítomnost rodičů při terapii hrou společně s dětským klientem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

9. Uplatňujete na vašem oddělení u starších dětských klientů instruktážní videofilmy před operací jako názornou ukázkou toho, co u vás podstoupí v rámci léčby?

- a) ano
- b) ne

10. Jaký je Váš hlavní cíl při edukaci dětského klienta před výkonem?

- a) postupovat dle právní normy
- b) poučit klienta, jaké chování je z jeho strany žádoucí
- c) uklidnit ho a psychicky připravit na to, co ho čeká a zmírnit jeho strach

11. Psychickou přípravu na vašem oddělení provádí před operačním výkonem dětského klienta

- a) ošetřující lékař
- b) psychoterapeut
- c) terapeutická sestra

12. Považujete rodinu při hospitalizaci dětského klienta jako součást, která je nezbytná při ošetrovatelském procesu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Myslíte si, že hospitalizace může ovlivnit psychický vývoj dítěte?

- a) ano
- b) ne
- c) neuvažuji o tom

14. Snažíte se při edukaci před operačním výkonem připravit dětského klienta i na bolest, která ho čeká?

- a) ano
- b) spíše ne, mohlo by to zkomplikovat hospitalizaci
- c) vůbec ne, nechci dítě strašit

15. Myslíte si, že je na vašem oddělení edukace dětských klientů účinná?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

16. Myslíte si, že edukace dětí snižuje jejich strach před operačním výkonem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Příloha č. 2

Dotazník pro rodiče hospitalizovaných dětí

Dobrý den, jmenuji se Barbora Čadková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské university v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás požádala o vyplnění mého dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem „Edukace dětí před operačním výkonem“. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze pro mou práci. Předem Vám děkuji za spolupráci a za ochotu při vyplňování dotazníku.

1. Co si vaše dítě představí pod pojmem nemocnice?

- a) místo, kde vždy prožívá bolest
- b) místo, kam půjde za trest, když bude zlobit
- c) místo, kde mu pomohou, když ho bude něco bolet

2. Co si vaše dítě představí pod pojmem zdravotní sestra?

- a) paní, která mu píchne injekci, když bude zlobit
- b) paní, která pomáhá lékaři
- c) paní, která ho odmění, když je u lékaře hodný a nepláče

3. Co si vaše dítě představí pod pojmem lékař?

- a) pán, který ho potrestá bolestí, když bude zlobit
- b) pán, který nosí bílý plášť
- c) pán, který mu pomůže, když ho něco bolí

4. Věk vašeho dítěte je

- a) do 5ti let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 12 let

5. Jste přítomni s vaším dítětem po dobu hospitalizace na oddělení? Tzn. jste s ním ubytováni?

- a) ano
- b) ne

6. Jste spokojeni s informacemi, které jste dostali od zdravotnického personálu o stavu vašeho dítěte?

- a) ano
- b) ne

7. Vysvětlil lékař nutnost operačního výkonu vám i vašemu dítěti, tak aby tomu rozumělo i vaše dítě?

- a) ano
- b) ne

8. Pokud máte nedostatek informací o stavu vašeho dítěte

- a) ptáte se lékaře
- b) čtete informační letáky
- c) je vám to jedno, máte ve zdravotnický personál důvěru

9. Mělo Vaše dítě před operačním výkonem strach z bolesti?

- a) ano
- b) ne

10. Jak zvládáte s vaším dítětem jeho bolest?

- a) snažíte se ho utěšit a zmírnit jeho bolest
- b) necháte to na zdravotnickém personálu
- c) vše mu rozumně vysvětlíte

11. Snažíte se vždy vašemu dítěti popravdě vysvětlit, co ho v nemocnici čeká?

- a) ano
- b) necháváte to na zdravotnickém personálu
- c) nemusíte mu to vysvětlit, stejně to nechápe

12. Znáte pojem terapie hrou?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste na otázku č.12 odpověděli ano, odpovězte prosím na následující dvě otázky

13. Pokud tento pojem znáte a již o něm něco víte

- a) líbí se vám tento přístup k dětem
- b) myslíte si, že je to zbytečné
- c) nepřemýšlíte o to

14. Při hospitalizaci vašeho dítěte použili tuto metodu zdravotničtí pracovníci při vysvětlení vašemu dítěti, co ho čeká v rámci léčebného procesu?

- a) ano
- b) ne

Na následující otázku odpovězte jen v případě, že jste v předchozí otázce zvolili odpověď ano.

15. Myslíte si, že vaše dítě díky této terapii bylo na operační výkon po psychické stránce lépe připraveno?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Příloha č. 3

Rozhovor s dětmi hospitalizovanými na dětském oddělení ve věku 13-18 let

Otázky:

1. Můžeš mi popsat, co ti v nemocnici dělali za výkon?
2. Kdo ti toto vše řekl?
3. Když jsi šel/šla na operaci, věděl/a jsi přesně, co ti budou dělat?
4. Bál/a jsi se toho?
5. Potvrdilo se ti, co ti dospělí řekli, že tě čeká?
6. Bolelo tě něco a byl/a jsi na tu bolest od dospělých připraven/a?
7. Příště, až půjdeš znovu do nemocnice, budeš se bát méně, než když jsi sem šel/šla teď?