

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Psychosociální podpora dětí při malých plánovaných
chirurgických operacích**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

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

Autor:
Ilona Bláhová

2008

Abstract:

The study is focused on sufficient psychosocial support for children before and after planned surgical operations. This area of nursing has been still underestimated although medicine and nursing has been developing very fast in the Czech Republic. The importance of this support is often forgotten even if the contact between a child and his mother [parent] in such a difficult situation can definitely bring many positives. Unfortunately, children indicated for an operation are separated from their parents just at the hospital receptions or entering the operating room. The following preoperative preparation usually miss any psychological aspects and satisfactory explanation to children. They are often frightened and cry so it becomes very difficult for a nurse anesthetist to calm them down. Therefore the premedication and anesthetics have to be much stronger. Furthermore the psychic burden and total discomfort can cause many complications during the operation itself or in the postoperative care. The aims of this work was to find out if parents are interested in active attendance in preoperative preparation and postoperative care of their children, map out anaesthetist opinions on the fact that parents can accompany their children up to the operating room and compare advantages and disadvantages of it. In addition I tried to compare the occurrence of postoperative complications with children they have psychosocial support of their parents and those who are unaccompanied. This work was also focused on international comparison of the level and range of psychosocial care of children surgical patients among the Czech Republic, Hungary and Austria. All aims stated at the beginning were fulfilled.

Within quantitative research five hypotheses were stated:

- 1/ Parents are interested in active attendance in preoperative preparation of their children indicated for operations.
- 2/ Parents are interested in taking part in postoperative care of their children.
- 3/ Anaesthetist nurses prefer children accompanied by their parents to the operating room.
- 4/ There are much less operative and postoperative complications if children are supported by their parents.

5/ Other countries (Austria, Hungary) encourage parents to accompany their children for operations much more than it is in the Czech Republic.

Two research questions focused on the comparison of the level and range of psychosocial support of children surgical patients in the Czech Republic and abroad were defined for qualitative data analysis:

1/ Are there big differences in psychosocial care of children surgical patients in the Czech Republic and abroad (Austria, Hungary)?

2/ Are there good conditions for solid psychosocial care of children patients in the Czech Republic?

Key words:

Children

Operation

Parents

Accompaniment

Operating room

Psychosocial support

Confidence and Safety

Nurse

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma psychosociální podpora dětí při malých plánovaných chirurgických operacích vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své 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 jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, dne 30.4.2008

podpis studenta

Poděkování:

Touto cestou bych ráda vyjádřila upřímné poděkování vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Ditě Novákové, DiS., R.N., za cenné rady a připomínky. Mé velké díky patří nejbližší rodině za všestrannou pomoc a podporu během celého studia.

Seznam zkratek

aj. – a jiné

AUVA – Allgemeine Unfallsversicherungsanstalt – Všeobecná úrazová pojišťovna

BVK – Beamtenversicherungskrankenkasse – Úřední (státní) zdravotní pojišťovna

ČR – Česká republika

ČB – České Budějovice

Diakoniessen KH – Krankenshaus – Soukromá církevní nemocnice s nadstandardní péčí

DRG – Diagnosticky sdružené skupiny nemocí

DVD – Digital Video Disc

GESPAG – Gesundheit und Spital AG - zdravotnictví a nemocnice Akciová společnost, Holding Hornorakousko

GKK – Gebietskrankenkasse – Územní zdravotní pojišťovna

tzn. – to znamená

JH – Jindřichův Hradec

LKNOE – Landeskliniken Niederösterreichs – Zemské krajské kliniky(nemocnice), Holding Dolnorakousko

ORL – OtoRinoLaringologie

OSN – United Nations Organisation – Organizace spojených národů

TYLAK – Tyrolerlandeskrankenanstalten – tyrolská zemská zdravotnická zařízení, Holding

UKH – Unfallskrankenhaus – Úrazová nemocnice

UNICEF – United Nations International Children's Fund – Dětský fond Organizace spojených národů

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – World Health Organisation – Světová zdravotnická organizace

Seznam zkratk

Obsah

Úvod	10
1. Současný stav.....	12
1.1 Charakteristika přístupu společnosti k dítěti a dětství v historických etapách	12
1.1.1 Dětská práva a legislativa	13
1.2 Potřeby dítěte	14
1.2.1 Bio-psycho-sociální a vývojové potřeby dítěte	15
1.3 Charakteristika malých plánovaných chirurgických výkonů.....	16
1.3.1 Operační zátěž a potřeby dětí v rámci malých plánovaných chirurgických výkonů	17
1.3.1.1 Bio-psycho-sociální potřeby dítěte v rámci předoperační přípravy..	18
1.3.1.2 Bio-psych-sociální potřeby dítěte v rámci pooperační péče	20
1.4 Významné determinanty v uspokojování psychosociálních potřeb dítěte indikovaného k plánovanému chirurgickému výkonu.....	22
1.4.1 Rodina.....	23
1.4.2 Komunikace	25
1.4.2.1 Zásady správné a efektivní komunikace s dětským pacientem	26
1.4.2.2 Herní terapeut	28
1.4.3 Provoz a organizační struktura na operačních sálech	29
1.5 Následky neuspokojených psychosociálních potřeb u dítěte v rámci plánované chirurgické operace	30
1.5.1 Strach, úzkost a krize	31
1.5.2 Psychosomatické projevy a důsledky neuspokojených psychosociálních potřeb.....	32
2. Cíle práce a hypotézy	34
2.1 Cíle práce	34
2.2 Hypotézy	34
2.3 Výzkumné otázky	35

3.	Metodika	36
3.1	Metodický postup	36
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	38
4.	Výsledky.....	40
4.1	Charakteristika psychosociální podpory dětí při malých plánovaných chirurgických operací v Maďarsku.....	40
4.1.1	Obecná charakteristika Maďarska a jeho současného zdravotnického systému	40
4.1.2	Přijetí dětského pacienta k plánovanému chirurgickému výkonu a systém předoperační přípravy a pooperační péče v maďarské Nemocnici v Nyíregyháze a na Dětské klinika v Miskolci	41
4.2	Charakteristika psychosociální podpory dětí při malých plánovaných chirurgických operací v České republice.....	44
4.2.1	Obecná charakteristika České republiky a jejího současného zdravotnického systému.....	44
4.2.2	Přijetí dětského klienta k plánovanému chirurgickému výkonu a systém předoperační a pooperační péče v Nemocnici v Českých Budějovicích	45
4.2.3	Přijetí dětského klienta k plánovanému operačnímu výkonu a systém předoperační a pooperační péče v Nemocnici Jindřichův Hradec.....	46
4.2.4	Přijetí dětského pacienta a systém předoperační a pooperační péče v Dětské nemocnici Brno.....	48
4.3	Charakteristika psychosociální podpory dětí při malých plánovaných chirurgických operacích v Rakousku.....	50
4.3.1	Obecná charakteristika Rakouské republiky a jeho současného zdravotního systému	50
4.3.2	Přijetí dětského pacienta k plánovanému chirurgickému výkonu a systém předoperační přípravy a pooperační péče ve Všeobecné veřejné nemocnici Volcabruck v Rakousku.....	51
4.4	Grafické zpracování výsledků.....	54

4.4.1	Výsledky a jejich grafické zpracování z dotazníků pro anesteziologické pracovníky pracující na operačních sálech	54
4.4.2	Výsledky a grafické zpracování z dokumentací a záznamů v České republice, Maďarsku a Rakousku	94
4.4.3	Výsledky a jejich grafické zpracování z dotazníku pro rodiče	104
5.	Diskuse	141
6.	Závěr	155
7.	Seznam použitých zdrojů	158
8.	Klíčová slova.....	161
9.	Seznam příloh.....	162

Motto: Odstraňujme slzy dětí.

Květy nesnášejí dlouhé deště.

(Paul Jean)

Úvod

Chápání a znalost celostní medicíny a holistického přístupu k léčbě a ošetřování pacientů je dnes nezbytnou součástí studia všech zdravotnických profesí. Znalosti biopsychosociální jednoty člověka významně mění dosavadní pouze vědecký přístup zdravotníků k pacientovi a přináší s sebou řadu proměn v celé organizaci současného zdravotnického systému. Jedním z důvodů, proč jsem se rozhodla zpracovat téma Psychosociální podpora dětí při malých plánovaných chirurgických operacích ve své bakalářské práci, byla má vlastní zkušenost. Jsem matkou dvou dětí a před šesti lety byl můj syn ve věku dvou let indikován k urologické operaci. Podařilo se mi tehdy zajistit, oproti zvyklostem, abych mohla doprovázet své dítě v nemocnici nejen na oddělení, ale také na operačním sále. Uvědomuji si, jak významná byla moje role a podpora u mého syna a jsem dodnes přesvědčena, že péče v takovém rozsahu, kterou jsem mu zajišťovala svou neustálou přítomností, by byla zdravotníky těžko nahraditelná. Díky tomu neprožíval syn žádný strach ani úzkost, věděl a chápal, co a proč se děje, a myslím, že lépe spolupracoval. Na operačním sále po premedikaci usnul v mém náručí a v mém náručí se i probouzel. Měl pocit, že jsem stále s ním a zvláště po operaci vyžadoval mou neustálou blízkost. Jsem přesvědčena, že má přítomnost a podpora mu napomohly lépe překonat pooperační nevolnosti i zvládnout první, poměrně bolestivý převaz. Věřím, že díky této zkušenosti syn na nemocnici nezanevřel, na operační zákrok nevzpomíná ve zlém a k lékařům a zdravotníkům má i nadále důvěru. Jistě i díky tomu dnes návštěvy v nemocnici a kontakt se zdravotnickým personálem probíhají bez obav a pocitů strachu.

Jsem přesvědčena, že maximální rodičovská podpora by se měla stát nezbytnou a samozřejmou součástí předoperační přípravy a pooperační péče u dítěte. Od doby, kdy

jsem prožila se svým synem tuto zkušenost, uplynulo téměř sedm let. Zdravotnický systém od té doby prošel řadou oficiálních proměn v přístupu k přítomnosti rodičů při pobytu dítěte v nemocnici a vůbec v hodnocení rodičovské podpory hospitalizovaného dítěte. Ministerstvem zdravotnictví České republiky byla schválena a podpořena Charta práv dětí v nemocnici a jedním z jejích bodů je i právo dětí na neustálý kontakt dítěte se svými rodiči a povinnost zdravotníků podporovat rodiče v doprovodu dětí při hospitalizaci. Tento nový přístup a chápání rodinného zázemí jako podpory a pomoci nejen pro dítě, ale i pro zdravotnický personál, je v mnohých nemocnicích již pevně zakořeněn a úspěšně praktikován. Bohužel stále ještě zůstává řada míst, kde zastaralý a konzervativní přístup nepochopitelně přetrvává, a to především díky zarputilosti lidského faktoru. Poněkud módním tématem uplynulých let se stala tzv. humanizace nemocnic. Zahrnuje především změnu vztahu mezi lidmi a změnu základních hodnot, jež naše zdravotnické instituce vyznávají. Avšak veselé obrázky, barevně vymalované stěny a herny plné hraček nejsou žádným projevem humanizace, ale pouhou estetizací, která je sice efektní a nekonfliktní, ale bez skutečné vnitřní proměny prostředí také zcela samoučelná - definuje totiž prostředí jinak, než odpovídá jeho podstatě.

Rodičovský doprovod dítěte na operační sál a podíl rodiče na předoperační a pooperační péči je rodícím se elementem úzce souvisejícím s hospitalizací dětí v nemocnici. Tato práce by měla pomoci zmapovat zájem rodičů, názory zdravotníků, nalézt pozitiva a také odhalit případná negativa rodičovského doprovodu dítěte na operační sál. Věřím, že v mé práci popsané zahraniční zkušenosti by mohly napomoci zavádění inovačních změn v rámci možnosti rodičovského doprovodu dítěte na sál a vůbec rozšíření rodičovského podílu na předoperační přípravě a pooperační péči dětí i v našem zdravotnickém systému. Moc bych si přála, aby výsledky tohoto výzkumu byly přínosem pro zkvalitnění péče o děti v českých nemocnicích a rovněž přispěly k rozvoji užší spolupráce mezi rodinou dítěte a zdravotníky.

1. Současný stav

1.1 Charakteristika přístupu společnosti k dítěti a dětství v historických etapách

S postupnou přeměnou lidské společnosti se současně vyvíjí i její přístup k dětem, chápání jejich hodnoty a uvědomování si jejich potřeb. Za první etapu poznání dítěte a dětství je možné považovat období počínající ve starověku a trvající přibližně do 4. století po Kristu. Hodnota dítěte je nulová a je chápáno spíše jako předmět. Děťství v tomto období prakticky neexistuje, dítě je považováno za člověka, až když se stane dospělým. Život dítěte je absolutně závislý na rozhodování dospělých. Právem je tato etapa označena za období infanticidy - tzn. zabíjení dítěte. Následující fáze začíná ve 4. století a přetrvává až do 13. století. V tomto období dochází k mírným změnám v hodnotě dítěte, které přináší křesťanství, ale pouze po stránce ideologické. Náboženstvím vydaný zákaz zabíjení dětí nebyl bohužel respektován a manipulativní přístup k dětem přetrvával. V závěru této etapy se začíná objevovat zájem společnosti, především církve o děti, které se ocitly v nepříznivé situaci např. nemanželské nebo opuštěné děti. I tak jsou však většinou chápány jako objekty určené pro potřeby dospělých. Jsou vnímány jako zmenšeniny dospělého člověka, klasickým ztvárněním takového pohledu je i socha Madony s dítětem. Třetí etapa je charakteristická ambivalentním přístupem k dítěti a trvá od 14. století do 17. století. Toto zlomové období je spojeno s prvotními poznatky o vývoji dítěte a jeho potřebách. Děťství se již začíná přiznávat větší význam. Jedním z nejvýznamnějších představitelů této etapy je Jan Amos Komenský, který přinesl mnoho poznatků o dítěti, jeho péči a výchově. Následuje období tzv. intruze, zaznamenané v 18. století. Je pro něj příznačná snaha rodičů o vstup do života dítěte a formování ho k obrazu svému. Přirozené potřeby dítěte se dostávají do popředí a začínají být uspokojovány. Současně tam, kde utrpení dětí je zvlášť patrné, se začínají objevovat snahy tyto děti zachytit a pomoci jim. Nejznámějšími představiteli této doby jsou Voltaire, Rousseau, Pastalozzi, aj. Období 19. století a první polovinu 20. století nazýváme etapou socializační. Hodnota dítěte stoupá. Společnost usiluje o hlubší poznání jeho života, vývoje a potřeb. Jedním

z klasických příkladů realizace ochrany dítěte je „tažení proti dětské práci“, které v průběhu 19. století v Anglii nejprve práci dětí eliminovalo a ke konci století došlo k zákazu výdělečné práce dětí do věku 15 let. Navozující etapa přetrvává do současnosti. Dítě se dostává do středu zájmu společnosti a stává se rovnocenným partnerem dospělého, především rodičů. Společnost si uvědomuje vysoký potenciál zdravých a spokojených dětí. Dětství se dostává plné hodnoty jako přípravy na celý život člověka a to i před jeho narozením [2, 7].

Závěrem této charakteristiky je třeba podotknout, že vývoj společenského poznání dítěte a dětství tak, jak zde byl nastíněn, se týká pouze vyspělé části světa. Bohužel stále na zemi existují i takové společnosti, kde nejsou doposud dodržována ani elementární dětská práva. Miliony dětí žijí v chudobě, jsou nejrůznějšími způsoby diskriminovány, zneužívány k boji, nuceny k těžké práci, prodávány do otroctví, zabíjeny atd. Právě do těchto míst směřuje řada pomoci světových mezinárodních organizací např. OSN, UNICEF, WHO [19].

1.1.1 Dětská práva a legislativa

Dvacáté století je z důvodu snahy o formulaci dětských práv a jejich legislativní zakotvení označováno „Stoletím práv dítěte“. Prvním dokumentem obsahujícím základní dětská práva, zajišťující dětem jejich normální tělesný a duševní rozvoj, byla roku 1924 *Ženevská deklarace práv dítěte*. Až za poměrně dlouhou dobu po druhé světové válce, v listopadu roku 1959, byla přijata OSN nová a rozšířená formulace dětských práv tzv. *Charta práv dětí* vycházející ze *Všeobecné deklarace lidských práv* přijaté OSN roku 1948. Jelikož však *Charta práv dětí* neměla podobu mezinárodního dokumentu, který by splňoval charakter směrnice pro národní legislativy, přijal 20. 10. 1989 Výbor OSN pro práva dětí *Úmluvu o právech dítěte*. Ta je prvním mezinárodním dokumentem, který má formu smlouvy a každá země, která *Úmluvu o právech dítěte* ratifikuje, se zároveň zavazuje splňovat její podmínky. Do dnešního dne ji podepsalo téměř 200 států a mezi nimi v roce 1993 i Česká republika. V našich poměrech nabyla

platnosti právního dokumentu nejvyššího řádu, což znamená, že je nadřazená všem právním předpisům u nás [3, 4, 7].

V lednu roku 1991 ratifikovalo Federální shromáždění České a Slovenské republiky *Listinu lidských práv a svobod*, vycházející ze *Všeobecné deklarace lidských práv*. Na jejím podkladě byl vypracován Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky *Kodex o právech pacientů v nemocnici*, který vešel v platnost 25. 2. 1992. Téhož roku Centrální etická komise MZ podpořila i dokument *Charty práv dětí v nemocnici* (příloha 1), jejíž znění vychází z překladu textu *Charty práv dětských pacientů* organizace National Association of Welfare of Children in Hospital (NAWCH) se sídlem v Londýně. *Charta práv dětí v nemocnici* však není nemocnicemi využívána jako předloha pro vytváření standardů, a i když s tímto dokumentem oficiálně souhlasí, body obsažené v *Chartě práv dětí v nemocnici* nedodržují a nevytvářejí podmínky pro jejich zajištění. Podle prezidenta svazu pacientů dochází tak k poškozování cizích práv (práv dítěte) a nemocnice se tak můžou dopouštět trestného činu. V tomto směru totiž současná česká legislativa předbíhá realitu, protože Listina základních práv a svobod jakožto jedna z našich nejvyšších právních norem (je součástí ústavního pořádku České republiky) hovoří o tom, že „dítě má právo na rodičovskou výchovu a péči“ [2, 4, 11, 13].

1.2 Potřeby dítěte

Potřebou rozumíme projev nějakého nedostatku, chybění něčeho. Odstranění tohoto deficitu je pro člověka žádoucí. Potřeby a jejich uspokojování je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj a jsou zároveň zdrojem motivace k jejich vědomému či nevědomému zajištění. Lidské potřeby nejsou neměnné a na rozdíl od pudů a instinktů, které představují spíše biologicky dané, zvenčí neovlivnitelné vnitřní síly, se vyvíjejí a kultivují [18].

Dítě, jako málokterý živočich, přichází na svět krajně nehotové. Není schopné bez cizí pomoci přežít, což zdůrazňuje nutnost uspokojování jeho potřeb, které však nejsou stálé a v různých fázích vývoje dítěte se mění. Jen několik základních potřeb je

trvalých a ty vyžadují plné uspokojení, nemá-li být vývoj dítěte narušen. Přitom míra neuspokojení těchto základních potřeb odpovídá míře narušení celkového stavu a vývoje dítěte a platí, že čím je dítě mladší, tím bývá závažnost tohoto postižení těžší. Základní potřeby dítěte rozdělujeme pro lepší přehlednost na potřeby biologické, psychické, sociální a vývojové. Je však důležité neopomíjet jejich faktickou propojenost a vzájemnou podmíněnost. Stejně tak jako řada psychosociálních potřeb např. potřeba něžnosti, tělesného kontaktu, komunikace mají vrozený, biologický základ, tak i mnohé biologické potřeby úzce souvisí s psychickými a sociálními podněty z okolí dítěte. Zmíněná interakce všech těchto složek představuje holistický pohled na jedince a nutnost vnímání člověka - dítěte jako nedělitelného celku [2,18].

1.2.1 Bio-psycho-sociální a vývojové potřeby dítěte

Mezi základní biologické potřeby dítěte patří zajištění všech nároků jeho metabolismu. To představuje především dostatečné dýchání a řádnou výživu dítěte. Dalšími potřebami, zvláště v počátečním životním období, je uspokojení elementárních hygienických požadavků u dítěte, především zajištění tepla a čistoty, potřeba spánku a také potřeba rozvoje obranyschopnosti a to jak přirozené, tak i získané. Další významnou biologickou potřebou dítěte je dostatek stimulačních podnětů nezbytných pro rozvoj nervové soustavy, lokomočních aktivit a na ně bezprostředně navazujících aktivit psychických. Důležitým předpokladem pro uspokojení těchto potřeb je existence takového sociálního zázemí dítěte, které mu zajišťuje optimální péči. Oblast biologických potřeb tak výrazně přesahuje do potřeb psychických a sociálních, které v mnoha směrech vzájemně splývají. Uspokojování psychosociálních potřeb u dítěte je významným předpokladem pro rozvoj nejen jeho intelektu, citů a vůle, ale i chování v interakci s okolím, chápání sebe sama a ostatních lidí, společenských hodnot a celého prostředí, jehož se stává součástí. Psychogenní *potřeba smysluplnosti světa* tak vychází ze zajištění řádu a smyslu přijímaných poznatků a zkušeností pro jejich správné zpracování. Další významnou psychosociální potřebou je *potřeba jistoty a bezpečí*. Ta je uspokojována především v citových vztazích dítěte k dospělým vychovávatelům.

Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, potřebu ochrany a osvobození od strachu. S touto potřebou úzce souvisí i *potřeba lásky a sounáležitosti*, poskytovaná jeho „vlastním“ člověkem, zpravidla matkou. Na základě psychologických výzkumů je doloženo, že hodnotný specifický vztah k mateřské osobě je jedním z podstatných předpokladů pro utváření vztahů dítěte k druhým lidem vůbec. Zahrnuje snahu být sociálně integrován, být milován a sám milovat a vyvstává především v situacích osamocení a opuštění. Mezi další psychosociální potřeby lze zařadit i *vědomí své vlastní identity* - vlastního „já“, vlastní společenské hodnoty, která se zřetelně projevuje především v období druhého a třetího roku života dítěte a je základem pro vytváření zdravého sebevědomí. Poslední psychosociální potřebou, kterou uvádí literatura, je *potřeba otevřené budoucnosti*, nebo také „životní perspektivy“. Ta je potřebou specificky lidskou, v psychologickém smyslu vyjadřuje rozpětí mezi nadějí a beznadějí a udržuje naši životní aktivitu. Neuspokojení této potřeby může vést k rezignaci, apatii a zoufalství [2, 18].

Potřeby dítěte se zásadně mění v čase a především v závislosti na charakteru a dynamice jeho vývoje a samozřejmě s ohledem na individuální zvláštnosti každého jedince. Vzniká tak celá řada potřeb, které dítě motivují k aktivitám, umožňujícím překračovat jeho již dosaženou úroveň. Jedná se o vývojové potřeby, úzce související s potřebami bio-psycho-sociálními, ale mající i svá specifika. Jsou dlouhodobějšího charakteru a zpravidla nejsou jednorázově ukončeny. Motivace k jejich uspokojení je v čase proměnná a plastická a vede k činnostem, kterými se dítě samo rozvíjí [2].

1.3 Charakteristika malých plánovaných chirurgických výkonů

Mezi malé plánované chirurgické operace řadíme především ambulantní a semiambulantní výkony. Ty u nás podobně jako v zahraničí narůstají a zčásti nahrazují diagnostické a terapeutické výkony i operativu, které dosud byly a jsou důvodem pro přijetí na nemocniční lůžko. Až 60% všech diagnostických výkonů lze provést dle odborníků a zdravotnických managerů ambulantní cestou v rámci tzv. one day surgery. Do anestézie se tento způsob anesteziologické činnosti promítl jako „out-

patient anaesthesia“. Důvody nejsou jen ekonomické, ale zejména u dětí jde o psychologický moment a významné je i sociální opodstatnění. Po ambulantním výkonu může dětský pacient záhy opustit zotavovací prostor tzn. do 4 - 6 hodin od skončení operačního výkonu, volněji řečeno do večera. Semiambulantní výkon vyžaduje delší dobu odborného dohledu na lůžku, nejčastěji to znamená setrvání dětského pacienta do rána po výkonu ve zdravotnickém zařízení. Čas však obvykle nepřekračuje 24 hodin. Elektivní operační techniky jsou indikovány u takových stavů, které nevyžadují okamžité radikální řešení, a tím umožňují provedení potřebných předoperačních vyšetření dle typu výkonu a zajištění kvalitní celkové i místní předoperační přípravy. Za vhodné operační výkony indikované k ambulantnímu či semiambulantnímu řešení jsou uváděny operace stomatologické (záchovná, extrakce zubů), dermatologické (drobné excese), ORL (adenotomie, myringotomie), oftalmologické (sondáž slzných kanálků, strabismus, vyšetření malých a neošetřitelných dětí), obecná chirurgie (herniotomie, meatotomie, úprava jizev, endoskopie, drenáže, incise abscesů), ortopedické (drobné výkony na končetinách, korekce sádrových obvazů), urologické (retence varlat, cirkumcize). Přestože se nejedná o rozsáhlé a náročné výkony, jsou tyto operace nefyziologickým zásahem, na který reaguje celý organismus [15].

1.3.1 Operační zátěž a potřeby dětí v rámci malých plánovaných chirurgických výkonů

Operační výkon představuje pro dítě fyzickou i psychickou zátěž, a tím způsobuje narušení jeho vnitřního prostředí – homeostázy. Následkem této vnitřní disbalance vzniká řada metabolických, neuroendokrinních a imunitních pochodů, které dokáží významně ovlivnit zdravotní stav dítěte již před operací, v průběhu operace nebo i po operaci. Efektivní předoperační příprava u dětského pacienta by proto měla vytvořit dítěti optimální podmínky pro co nejlepší zvládnutí operační zátěže a přispět tak k nekomplikovanému hojení s časnou následnou rekonvalescencí. Je třeba mít na mysli, že každý sebelépe provedený anesteziologický výkon je spojen s určitými riziky, která

se lékaři snaží maximálně eliminovat. Patří mezi ně např. alergické reakce na léky, zranění vzniklá během laryngoskopie a intubace, krevní ztráty či náhlé srdeční a mozkové příhody. Čím horší je předoperační stav pacienta, tím je riziko komplikací vyšší. Většina komplikací je však dnes naštěstí zvládnutelná a u zdravých jedinců i vzácná [9, 15].

1.3.1.1 Bio-psycho-sociální potřeby dítěte v rámci předoperační přípravy

Potřeby dětí před operací zpravidla korespondují se systémem poskytované předoperační přípravy. Specifika těchto potřeb jsou dána především věkem a stupněm psychické zralosti dětí a nutností jejich uspokojování v úzké spolupráci s rodinou dítěte, protože právě rodiče představují pro dítě nejdůležitější zdroj opory v náročných situacích, kterými operační zákroky, byť malé, bezpochyby jsou [17].

Předoperační příprava dítěte začíná již před přijetím do nemocnice. Malé plánované operační zákroky umožňují nástup dítěte do nemocnice až v operační den, proto zajištění dostatečného a kvalitního spánku před operací probíhá v domácím prostředí dítěti známém a dle zavedených zvyklostí. Minimalizovaná hospitalizace dítěte před malou operací pokrývá i potřeby efektivního dýchání, protože eliminuje možnost nosokomiálních nákaz a pomáhá tak předcházet obstrukcím dýchacích cest způsobeným nahromaděním sekrece při respiračních infekcích. Právě průchodnost dýchacích cest je považována pro úspěšný úvod a průběh anestézie za zásadní. Bez tohoto předpokladu se do plic nedostane kyslík a vzniká hypoxémie. Ambulantně a za doprovodu rodičů by měla probíhat i veškerá předoperační vyšetření, která jsou nezbytná pro anesteziologickou rozvahu a stanovení stupně rizika a pro volbu správné premedikace. Potřeby zajištění výživy a hydratace mají v rámci předoperační přípravy také své zvláštnosti. Vzhledem k plánované operační anestézii je nezbytností zajistit lačnost dítěte. Velmi podstatné je spolupracovat s rodiči a informovat je o významu lačnění, ale zároveň je třeba zdůraznit, že dítě by mělo být před operací lačné, ale ne hladové. Obvykle se tuhá strava podává naposledy před 6 - 8 hodinami, tekutá před 3 - 4 hodinami v podobě čaje popř. jablečné šťávy. U kojenců se udává možnost podání

mateřského mléka až 3 hodiny před plánovaným výkonem. Přesnou informovaností rodičů můžeme předejít zbytečnému hladovění a žíznění, které nepříspěvá k pohodě dítěte a dítě zatěžuje v době před operací. Naopak stálý rodičovský dohled zajistí dodržení nezbytného lačnění pro nekomplikovaný průběh anestézie. Pro zajištění psychosociálních potřeb dítěte je třeba umožnit přítomnost rodičů po celou dobu pobytu v nemocnici. Přítomnost rodiče umožňuje uspokojit dítě běžnou formou v jeho potřebách v rámci komunikace, zábavy a také v jeho nárocích na pohyb. Důležitou součástí psychologické předoperační přípravy je informovanost rodičů, ale i dítěte pro něj srozumitelnou formou, o druhu operace, způsobu přípravy a pooperačním průběhu. Výhodou je na oddělení přítomnost tzv. herního specialisty, který pomáhá rodičům a zdravotníkům připravit dítě na výkon formou hry. Rodič by se měl kromě běžné péče aktivně účastnit i zákroků u dítěte jako např. premedikace nebo doplňujících vyšetření [9, 15, 18, 26]. **Při vlastním operačním zákroku je vhodné umožnit přítomnost rodiče na operačním sále v úvodu do anestézie [15, str. 59].**

Velmi podstatnou biologickou potřebou především u malých chirurgických pacientů je potřeba udržení normální tělesné teploty, neboť hypotermie zvyšuje nároky na kardiopulmonální systém, zvyšuje potřebu kyslíku. Zvýšená termogeneze organismu negativně ovlivňuje základní enzymatické systémy a vyvolává změny v metabolismu podávaných léků. Tepelným ztrátám se bráníme používáním vyhřívaných podložek, vytápěním operačních prostor a podáváním ohřívaných roztoků. Významnou prevencí před prochlazením však může být právě rodičovský doprovod na operačním sále a to především v době bezprostředně před výkonem. Je ideální, mohou-li matky zvláště kojence a batolata na operačním sále chovat v náručí. Tělo matky tak tvoří přirozený „inkubátor“ a navíc tato pozice přináší dítěti řadu uspokojivých podnětů. Tento způsob péče tzv. „klokánkování“ byl převzat z tradice jihoamerických indiánů a má bezesporu pozitivní vliv na dítě i rodiče a pomáhá jim lépe zvládat zátěžové situace. U větších dětí pak rodič může pomoci v dohledu nad zakrytím dítěte, případně v zachycení prvních známek počínající hypotermie, a zároveň svou přítomností zklidní dítě, dodá mu odvalu, rozptýlí jeho pozornost při nepříjemných výkonech před začátkem anestézie (kanylace periferní žíly aj.) [15, 8].

1.3.1.2 Bio-psych-sociální potřeby dítěte v rámci pooperační péče

Po chirurgickém výkonu je dětský pacient uložen ve zotavovacím prostoru, kde zůstává pod odborným dohledem anesteziologické sestry a lékaře. Vyvedení z anestezie spočívá v ukončení podávání anestetik - poté dochází k jejich odbourání a vyloučení a obnovení samostatného dýchání, reflexů a vědomí. Ještě několik hodin po operaci je však nutné pacienta sledovat, aby se zachytily vzniklé pooperační a postanestetické komplikace [9]. Reakce organismu dítěte na operaci je stejně jako u dospělého, celková a místní. V případě celkové reakce mluvíme o příznacích všeobecného adaptačního syndromu (obvykle především stresu) jako odpovědi na operační zátěž. Projevy aseptického zánětu v oblasti operačního pole patří k místní reakci po operaci. Tyto pooperační celkové a místní projevy nazýváme „pooperační nemocí“. Její průběh a vážnost závisí na mnohých faktorech. V první řadě se jedná o zdravotní stav pacienta před operací. V případě malých elektivních chirurgických výkonů bývá zdravotní stav dítěte uspokojivý, a proto by neměl negativně působit na pooperační průběh. Dalším významným faktorem je dobrý stav psychiky. Stav nemocného zhoršují pocity strachu, úzkosti, nejistoty či pocity opuštěnosti. Přítomnost rodiče u dětského pacienta je z tohoto důvodu nezastupitelná. Posledním faktorem ovlivňujícím pooperační nemoc je druh a náročnost operace, kdy ambulantní, případně semiambulantní operace jsou zpravidla hodnoceny jako operace s nízkým anesteziologickým rizikem. Pro zhodnocení způsobilosti k propuštění dítěte z operačního sálu se užívá celá řada testů, které nás informují o psychomotorické pohotovosti pacienta. Potřeba a rozsah pooperační péče se diferencovaně dělí podle druhu výkonu a stavu pacienta. Mezi základní potřeby dítěte po operaci patří zajištění správné polohy. Nevyžaduje-li zákrok jinou pozici, je nejvhodnější uložení v poloze mírně zvýšené na zádech, což umožňuje lepší odkašlávání a snazší plicní ventilaci. Permanentní dohled sestry nebo rodiče nad dítětem je nezbytný především při zvracení dítěte. Nausea nebo zvracení se mohou objevit v prvních 24 hodinách po operaci jako průvodní projev anestézie. Zvracení je závažné, protože může dojít k aspiraci žaludečního obsahu. V takovém případě je třeba otočit hlavu dítěte na stranu a zajistit tak odtok zvratků [24, 26].

Velmi závažným bodem pooperační péče o dětského pacienta je potřeba tišení bolesti u dítěte. Komplikovanost uspokojení této potřeby vyplývá z dosud neexistujícího návodu na pochopení dětského prožívání bolesti. Navíc každý vývojový stupeň v dětství má své psychologické zvláštnosti. Naše schopnost pochopit zážitek bolesti u dětí je velmi omezená. Je třeba se zaměřit na psychologickou intervenci k rodičům a vytvořit důvěru mezi rodiči, chirurgem a anesteziologem. Zvláště v kojeneckém a batolecím věku je důležité umožnit dítěti co největší kontakt s rodiči. Velmi vhodná je přítomnost rodiče po skončení operace již v době buzení na pooperačním či dospávacím pokoji. Snížíme tak stres z neznámého prostředí a rodič nám může napomoci k určení intenzity bolesti dle ohodnocení projevů nelibosti u svého dítěte. Předškolní děti již dokáží svou bolest vyjádřit a školní děti již rozumí bolesti jako pojmu a umí ji vyhodnotit. Kromě podávání analgetik nám u takových dětí mohou pomoci i psychologické metody zvládnání bolesti např. odpoutání pozornosti, vytváření představ nebo relaxační techniky. Psychosociální podpora rodičů u dítěte má i zde své nezastupitelné a výhradní postavení. Zajištění potřeb výživy a hydratace u dítěte po operaci je závislá na jeho pooperačním stavu. Většinou je vodní a elektrolytová rovnováha dětského organismu narušena v důsledku pooperační reakce. Obvykle dítě udává žízeň, bolesti hlavy, má suchý povleklý jazyk a je unavené. Dítě často naléhavě vyžaduje nápoj, avšak z důvodu prevence aspirace by po dobu prvních dvou hodin nemělo přijímat nic per os. Velmi důležitý je proto dohled zdravotní sestry nebo rodiče, trpělivé vysvětlování, případně uklidňování dítěte. Následně postupné podávání nejprve tekutin a později lehké stravy musí zohledňovat věk a případné pooperační komplikace dítěte. Další potřeby dítěte po operaci, které by měla zahrnovat pooperační péče, je hygiena operovaného pacienta s ohledem na operační ránu a péče o vyprazdňování po operaci. Omezená hybnost po operaci, bolest, popř. únava dítěte vyžadují i u starších dětí pomoc druhé osoby (rodiče) v rámci hygieny těla nebo dutiny ústní. Rovněž včas obnovená spontánní mikce a střevní peristaltika svědčí o správném pooperačním průběhu. Dětské pacienti stejně jako dospělí jsou po malých chirurgických operacích obvykle řazeni v rámci diferencované pooperační péče do kategorií. Malé plánované výkony zpravidla zahrnují I. kategorii pooperačních pacientů (nemocní po ambulantně

provedeném výkonu s propuštěním do domácího ošetřování) a II. kategorii pooperačních pacientů (nemocní po lehčím a středně těžkém operačním výkonu s nekomplikovanou anestézií, s návratem na ošetrovací jednotku). V prvním případě, pokud dítě splňuje všechny náležitosti k propuštění, podepíše jeho zákonný zástupce poučení, jak se chovat prvních 24 hodin po anestézii, a dítě odchází do domácího ošetřování. V těchto situacích je velmi důležitá podrobná ústní popř. písemná informovanost rodiny o sledování a dalším ošetřování dítěte. Během transportu domů by měl být zajištěn neustálý dohled nad dítětem. V případě, že dítě zůstává po výkonu v nemocnici, přebírá dítě z operačního sálu spolu s dokumentací a informacemi o momentálním stavu dětského pacienta zdravotní sestra z oddělení. V prvních dvou hodinách provádí sestra kontrolu vědomí a monitoring vitálních funkcí. Péči o polohování, výživu, hydrataci, hygienu a vyprazdňování dítěte zajišťuje nejlépe ve spolupráci s rodičem. Účast rodiče na pooperační péči je v takovém případě pod odborným vedením sestry a zároveň dodává dítěti pocit jistoty, bezpečí [24, 15, 26].

1.4 Významné determinanty v uspokojování psychosociálních potřeb dítěte indikovaného k plánovanému chirurgickému výkonu.

Ve skutečně moderním medicínském uvažování, ve smyslu *lege artis*, je zásadní bioekosociální přístup k pacientovi vycházející z neustálé interakce jedince s okolím. To znamená, že do diagnostického, léčebného a případně rehabilitačního procesu musíme zahrnout pacientovu rodinu. V zásadě platí, že pacientem není výlučně tzv. identifikovaný pacient, tedy nositel potíží, symptomů, nemoci, ale rodina jako celek. Je tomu proto, že lidský jedinec od svého narození až do smrti je členem lidského společenství, jehož subjektivně nejvýznamnější součástí je právě rodina jako nejmenší sociální jednotka. Dalším významným determinantem pro uspokojení psychosociálních potřeb dětí indikovaných k operačním výkonům je touha po informacích a potřeba orientace, která je uspokojována v komunikačním procesu: dětský pacient - rodič - zdravotník (sestra, lékař). Rodič je v této triádě nezastupitelným prvkem, který podá lékaři/sestře potřebné údaje, informuje dítě o všem známou a přijatelnou formou

a nejlépe porozumí neverbálním projevům dítěte. Posledním a neméně důležitým hlediskem je fyzická připravenost nemocnic pro umožnění uspokojení psychosociálních potřeb dítěte. Spadá sem nejen stavební uspořádání a materiální výbavnost, ale také organizace práce, vytvoření příslušných standardů a edukačních programů [3, 12, 21, 27].

Výše zmíněné determinanty v mnoha aspektech kopírují i základní normy Evropské asociace sester operačních sálů (EORNA), jejímž členem je i Česká republika. Filozofie evropských společných základních osnov této asociace uvádí, že pacienti, kteří podstupují chirurgický, popřípadě anesteziologický výkon, mají právo, aby o ně pečoval dostatečně kvalifikovaný personál v prostředí zajišťujícím předoperační a pooperační péči. Díky své kvalifikaci a zkušenostem v rámci víceoborového týmu musí tento personál pracovat vysoce odborně a měl by prokazovat, že jeho znalosti jsou na úrovni výzkumu, který souvisí s operační péčí. Identita a důstojnost každého jednotlivého pacienta bez předsudků k jeho zdravotnímu stavu, národnosti, víře, přesvědčení, náboženskému vyznání nebo jiným hodnotám musí být zajišťována díky systematickému přístupu v rámci celostní (holistické) péče a v neposlední řadě mají pacienti, jejich příbuzní nebo blízcí právo na informace a také tělesnou a duševní podporu v rámci celého peroperačního období [1].

1.4.1 Rodina

Tradiční medicínský model představuje dyadický vztah lékař – pacient, kdy lékař vše jednoznačně určoval a na pacientovi se pouze vyžadovala poslušnost. Rodina byla sice v práci lékaře přítomna, ale představovala jen zdroj doplňující anamnestické údaje nebo skupinu potencionálních pečovatелů o nemocného. Takový přístup přetrvává dodnes a je příčinou řady nesnází v diagnostice a vylučuje rodinu též z účinné formy terapie - kdy je třeba spolupráce všech. Rodina plní čtyři základní funkce: reprodukční, ekonomicko-zabezpečovací, socializačně-výchovnou a citově-intimní. Právě citově intimní funkce poskytuje všem jejím členům pocit jistoty, zázemí a vytváří důvěrné a intimní vztahy spolu s vědomím sounáležitosti. Z psychologického hlediska je

nej důležitější funkcí, v současné zdravé rodině, především uspokojování citových potřeb všech jejích členů - dětí i dospělých, která jim napomáhá v překonávání překážek a konfliktů, s nimiž se setkávají ve světě mimo rodinu a nakonec i v rámci vlastní rodiny. Mezi hlavní rysy zdravé fungující rodiny patří:

- 1/ Vysoký stupeň soudržnosti a spolupráce v rodině a to mezi všemi členy navzájem.
- 2/ Emočně pozitivní vztahy, které umožňují poskytování i přijímání vzájemné sociální opory a z toho plynoucí životní jistotu.
- 3/ Otevřená, upřímná a srozumitelná komunikace mezi členy rodiny.
- 4/ Vzájemný respekt všech členů navzájem.
- 5/ Proměnlivá dělba rolí, při kterých je navzájem respektována zralost a zájmy každého člena rodiny.
- 6/ Dynamika vztahů, která se projevuje v postupných změnách rolí i postojů plynoucích z vývoje dětí.
- 7/ Schopnost a dovednost rodiny překonávat zátěžové a konfliktní situace.
- 8/ Opora rodiny v širším sociálním zázemí (širší rodina, přátelské vazby, aj.) [2, 27].

Rodiče dítě potřebuje ze všech lidí nejvíce zvláště v zátěžové situaci, a proto bez spolupráce s rodinou není posilování zdravotního stavu dítěte myslitelné. Každá vážnější zdravotní újma některého z členů rodiny zasahuje a ovlivňuje v důsledku celou rodinu a všechny její členy. Zvláště v pediatrii by mělo být samozřejmostí zahrnovat rodiče (zpravidla matky) do diagnosticko - léčebného a rehabilitačního procesu. Čím je dítě mladší, tím je tato spolupráce nezbytnější, neboť lékařova opatření a doporučení jsou zpravidla uskutečňována prostřednictvím rodičů. Podpora ze strany rodiny může mít nejrůznější podoby (dodržování dietních omezení v celé rodině, prevence sociální izolace, úprava prostředí, dohled, aj). Odloučení dětí od rodičů je jedním z precipitorů dětských krizí, které mají za následek šokové a depresivní stavy, případně vznik psychosomatických onemocnění. To jen podtrhuje nezastupitelný význam rodiny pro dětského pacienta [2, 7, 17, 27].

Navzdory mnoha změnám v našem zdravotnictví je rodič v řadě našich nemocnic stále ještě považován za návštěvu, nikoli za neoddělitelnou součást světa

svého dítěte. Náš systém zatím bohužel nerespektuje rodiče jako lidi, jejichž místo je za všech okolností vedle dítěte, podílející se na péči o dítě a spolurozhodující o průběhu léčby. Samozřejmě předpokladem pro aktivní zapojení rodičů do péče o dítě a pro jejich náležitě „fungování“ na oddělení je vytvoření vhodných podmínek a prostředí v nemocnici. Tyto předpoklady jsou děleny na tzv. předmětné (mít kam si odložit kabát, kde se umýt a převléknout apod.) a především na tzv. sociální. To znamená, že rodič musí být ve své roli skutečně respektován a nesmí být personálem vnímán jako nevítaný host. Dostáváme se tak k oblasti, která je pro naše zdravotnictví klíčová a týká se opravdové úcty a opravdového vztahu jako základu ve službě zdravotníka pacientovi [11].

1.4.2 Komunikace

Komunikace je pro vztah mezi lidmi nevyhnutelnou podmínkou. V mezilidských vztazích nelze nekomunikovat. V komunikačním procesu dochází jak ke sdělování, tak i k přijímání informací. Tyto informace mají určitý význam, který je různě prezentován, zpravidla pomocí nějakých symbolů (např. slov nebo gest) vyjadřujících pocity, myšlenky, potřeby aj. Komunikace je důležitou variantou sociální interakce a plní podle svého zaměření různé funkce:

- 1/ Informační - cílem je předat někomu nějakou informaci.
- 2/ Instruktivní - cílem je vysvětlit, naučit, instruovat.
- 3/ Přesvědčovací - cílem je komunikačního partnera přesvědčit, či zmanipulovat.
- 4/ Podpůrná - cílem je vyjádřit někomu podporu.
- 5/ Relaxační - cílem je pobavit se, rozptýlit se, popovídat si [21].

Motivace ke komunikaci vychází z různých potřeb. Patří sem především potřeby sociálního kontaktu a potřeby orientace. Komunikace zahrnuje dvě základní formy. Verbální komunikace je založená na jazykovém systému a jeho pravidlech. Lidé si ji uvědomují a využívají k ní svou slovní zásobu. Emoce jsou ve verbální komunikaci vyjádřeny intonací hlasu, tempem a rytmem. Nonverbální komunikace užívá jiných než

slovních komunikačních prostředků (dotyky, tělesný kontakt, blízkost, mimika, gestika, oční kontakt, pohyby těla a jeho postavení). Rozdíl mezi verbální a nonverbální komunikací pak spočívá zejména v tom, že první je úmyslná a druhá velmi často neúmyslná. Nonverbální komunikace patří mezi nejpůvodnější způsoby chování; vztahy mezi kojencem (nemluvnětem) a jinými lidmi (především rodičem) jsou zpočátku založeny na tělesných kontaktech a později jsou nahrazovány mimikou a gestikou. Je zřejmé, že se na takové komunikaci výrazně podílí různé tělesné zóny, kterých se smí dotýkat rodiče u svých dětí nebo přátelé, milenci mezi sebou. Rozsah tělesného kontaktu mezi lidmi závisí tedy na jejich věku a na vztahu mezi lidmi. Velmi intenzivní neverbální vztah je právě mezi matkou a dítětem a ubývá ho s přibývajícím věkem dítěte. Komunikační schopnosti jsou prostředkem socializace a v procesu socializace se rozvíjí. V kontaktu s lidmi (rodinou), kteří takového způsobu užívají, se formuje pro dítě komunikační model. Dítě se tak učí komunikovat, tj. mluvit a chápat, jak je možné vyjadřovat různá sdělení. Způsob a efekt komunikace je tedy zvláště v dětském věku závislý na tom, s kým a v jakém sociálním kontextu tato interakce probíhá. Např. dítě ví, že matku může oslovit kdykoli, sdělit jí cokoli a především forma sdělení představuje specifické výrazy, kterým oba dobře rozumí [7, 12, 21].

1.4.2.1 Zásady správné a efektivní komunikace s dětským pacientem

V případě nemoci dítěte probíhá komunikace nejčastěji v triádě: rodič - dítě - zdravotník. Právě uspokojivá a dostatečná komunikace v tomto systému má v rámci léčení a vyšetřování dítěte mnohdy rozhodující význam [5]. Požadavky na lékaře a ostatní zdravotnický personál vycházejí z předpokladu, že součástí jejich profesionální výbavy jsou též základní komunikační dovednosti. V případě onemocnění dítěte je navíc nezbytností znalost jednotlivých vývojových etap u dítěte a jejich specifika. Právě správná komunikace s dítětem nám může pomoci v navázání vzájemného vztahu a tím dosažení úspěšné spolupráce. Zvláště u malých dětí je nezbytností komunikace i s jejich primárními vychovateli - rodiči, kteří s dítětem žijí, znají je, mají o ně bytostný zájem a víceméně jeho osud spojili se svou existencí [2, 23].

V kontaktu s dítětem nejsme jen zdravotníky - můžeme být partnery ve hře, náhradou kamarádů a spolu s rodiči zdrojem jistoty a porozumění. Velmi důležité je, při kontaktu s dítětem umět předávat informace na patřičné úrovni.

Mezi zásady pro komunikaci s dětským pacientem patří:

- Aktivní spolupráce s rodiči dítěte - o všem mluvíme společně, stáváme se tak partnery s jasně vymezenými kompetencemi.
- Dítě z komunikace nikdy nevynecháváme, nemluvíme o něm, ale s ním.
- Pro navázání kontaktu využíváme hračky, obrázky, knihy.
- Chválíme a oceňujeme jakékoli úsilí a činnost dítěte.
- Připravujeme dítě na příp. bolest, nikdy netvrdíme opak.
- Dbáme na to, aby dítě vědělo, že nezůstane samo.
- Používáme jednoduchý slovník a krátké srozumitelné věty.
- Trpělivě vysvětlujeme vše s přihlédnutím ke zralosti dítěte. Sdělujeme, co se bude dít, jak dlouho to bude trvat, kdo tam bude atd. Vhodným kladením otázek se přesvědčíme, zda dítě vše pochopilo. Nevědomost podporuje fantazii a ta strach.
- Dítěti nikdy nelžeme.
- Nikdy nedevalvujeme emocionální projevy dítěte (pláč, strach, vztek).
- Jednáme s dítětem nedirektivně.
- Nikdy neignorujeme dětské dotazy a vždy se je snažíme srozumitelně zodpovědět.
- Nekáráme dítě za nešikovnost, nesrovnáváme jej s jinými dětmi.
- V oblasti mimiky je důležitý oční kontakt a úsměv.
- Výšku postoje přizpůsobujeme dítěti (podřep, sednout si.. – komunikace face to face).
- Je dobré si všímat gest dítěte a komunikovat s ním na této úrovni.
- V oblasti dotyku akceptujeme senzitivitu dítěte na dotyk (dotyk může dítě jak zklidnit, tak rozrušit).
- Významnou roli v komunikaci s dítětem může sehrát i zevnějšek. Náhrada uniformy za líbivější (legračnější) oděv výrazně mění emocionální naladění.

- Efektivní bývá často zrcadlení v pohybu, ale nepřijímáme pohyb nežádoucí.
- Důležitým faktorem je i prostředí a jeho úprava (snaha o co domáctější a zábavnou úpravu pracoviště) [23].

1.4.2.2 Herní terapeut

Herní specialista se poprvé začal objevovat v britských nemocnicích kolem roku 1970. Důvodem pro jeho zavedení byla snaha přizpůsobit prostředí nemocnice potřebám dětského pacienta a zajímavé je, že první herní pracovníci nebyli zaváděni, placeni a připravováni pod záštitou resortu zdravotnictví, nýbrž neziskovou organizací Save the Children Fund. Herní terapie je tedy poměrně mladý specializovaný obor působící především v rámci dětských oddělení různých oborů. Stále více se stává nedílnou součástí komplexního přístupu v léčbě a v péči o nemocné dítě a jeho rodinu v mnohých nemocnicích. Využívá psychoterapeutických dovedností k eliminaci strachu u dítěte z vyšetření, lékařských zákroků, léčby, bolesti, vlastního onemocnění v pro něj neznámém prostředí nemocnice, a tím příznivě ovlivňuje jeho psychický stav a rozhodně tak přispívá k rychlejšímu uzdravení. Herní terapeut pomáhá eliminovat bariéru mezi lékařem a dítětem popř. jeho rodinou, vytváří atmosféru důvěry a stává se tak pomyslným mostem mezi lékařem a dítětem. Vytváří také psychologickou podporu pro hospitalizované rodiče, zprostředkovává lékařské informace, vysvětluje neznámé lékařské termíny, doprovází a edukuje dítě i rodiče v nemocnici. Tato jeho odpovědnost je podmíněna účastí na lékařských vizitách. Při komunikaci s rodiči naslouchá s pochopením, dokáže hovořit o tom, co rodiče prožívají a vyjadřuje jim podporu. Úzce spolupracuje nejen s lékaři a sestrami, ale též s klinickým psychologem a dalšími odborníky. Informace o pacientech získává ze zdravotnické dokumentace, ve které se umí orientovat, respektuje soukromí a je vázán mlčenlivostí. Herní terapeuti jsou vysokoškolsky vzdělaní odborníci, vybaveni dovednostmi a znalostmi z oboru psychologie, pedagogiky a zdravotnictví. Umí pracovat s empatií a je pro ně nezbytné neustálé sebevzdělání. Pomáhají naplňovat body Charty práv hospitalizovaných dětí. Herní specialista by měl být průvodcem dítěte i

rodiče po celou dobu hospitalizace. Jeho stěžejním úkolem je příprava dítěte na zákroky a vyšetření. Herní terapeut předává dítěti informace o významu, důležitosti, průběhu vyšetření a zákroků úměrně jeho věku a psychické vyspělosti. Ke své práci využívá různé hravé (loutkové divadlo, maňásky) nebo naučné (videozáznam, fotoalbum, atlas lidského těla) formy. V případě nepřítomnosti rodiče herní specialista poskytuje sociální a psychickou oporu dítěti i jako doprovod k vyšetřením a zákrokům. Herní specialista ovšem v žádném případě není a nemůže být náhradou za rodiče a jeho zavádění má plný význam především v situacích, kdy je přítomnost rodiče na dětském oddělení možná, běžná a samozřejmá. [10, 22, 11].

1.4.3 Provoz a organizační struktura na operačních sálech

„Rodiče mají právo být s dětmi v nemocnici po celou dobu hospitalizace.“ (22, Ministryně pro lidská práva Džamila Stehlíková, 10. 9. 2007, z rozhovoru pro tisk).

Zdravotnická zařízení však často nejsou na zajištění takového práva hospitalizovaných dětí stavebně a provozně připraveny. Příkladem moderního přístupu je Dětská nemocnice v Brně umožňující neomezený pobyt rodiče s dítětem, a dokonce i rodičovský doprovod dítěte až na operační sál. Stále však nejsou vytvořeny závazné standardy a jednotné požadavky. Tím dochází k tomu, že zdravotnická zařízení nabízí a umožňují odlišné úrovně rodičovského doprovodu hospitalizovaných dětí [3, 20].

Jednou ze základních podmínek úspěšného provozu na operačních sálech je přísné dodržování aseptického provozu. To předpokládá vhodné stavební a funkční uspořádání. Podstatný vliv má i správná klimatizace, topení a větrání operačního traktu, které zajistí vhodné podmínky jak pro nemocného, tak i pro personál a současně jsou dodržovány aseptické podmínky a opatření, která brání vzniku nozokomiálních nákaz. Tím, že operační léčba má vysoké nároky na technické a materiální vybavení, speciální výcvik personálu, dokonalé dodržování asepse, antisepte a sterility a také svá specifika v organizaci práce, dochází ke sjednocování operačních sálů tzv. centralizaci a jejich přilehlých prostor do jednoho operačního traktu. V něm jsou pak zastoupeny a odděleny

sály septické, aseptické a superseptické. Při vstupu personálu a transportu nemocného do operačního traktu je riziko zanesení infekčního agens, proto všichni personál a návštěvy musí projít hygienickým filtrem, kde se převléknou do operačního prádla, nasadí si ústenku a čepici, která kryje vlasy. I pacient prochází ochrannou zónou příjezdové chodby, kde odkládá oděv a je překládán na pojízdný operační stůl a dopraven na operační sál. V prostorách operačního traktu by neměly chybět místnosti pro odpočinek personálu, vedoucích pracovníků operačního traktu, skladovací prostory pro léky, operační nástroje, speciální přístroje a pro operační prádlo. Zvláště při výstavbě nových operačních sálů je vhodné počítat s rezervními prostory, které budou sloužit potřebám, jež vyvstanou v rámci dalšího rozvoje operačních oborů a zkvalitňování péče, kterou poskytují. Do aseptické zóny patří místnosti, které přiléhají k vlastním operačním sálům. Patří sem umývárna, místnost pro přípravu pacienta před operací, místnost pro umývání a sterilizaci nástrojů a místnost pro pooperační sledování pacienta. Vlastní operační sály se považují za sterilní zónu. Prostředí na operačních sálech má odpovídat 2.-5. třídě čistoty (podle ČSN 125310) odpovídající i mezinárodně uznávané normě. Vstup na sál je přípustný pouze v souladu s hygienicko-protiepidemickými režimovými opatřeními v ochranném oděvu a v sálové obuvi přes zónu operačního filtru [16, 1].

1.5 Následky neuspokojených psychosociálních potřeb u dítěte v rámci plánované chirurgické operace

Vzájemný vliv duševního a tělesného stavu je dobře znám. Psychické děje, zvláště citové, mají vždy somatický doprovod. Jako příklad lze uvést napětí, úzkost a strach, při kterém se může prohlubovat a zrychlovat dech, mění se činnost srdce a cév, tep se zrychluje nebo zpomaluje, krevní tlak stoupá nebo klesá, mění se zbarvení kůže, žaludek vyvíjí zrychlenou činnost, může se objevit sklon ke zvracení nebo i svalový třes. Při velmi silných podnětech nebo při déletrvajícím působení stresorů nabývá somatický doprovod takové intenzity, že může vést až ke smrti. V dnešní klinické medicíně, především právě v chirurgických oborech, dochází v posledních letech

k výrazné technizaci a přístrojové modernizaci, která však může vést k dehumanizaci v přístupu k pacientovi, kdy člověk zůstává v pozadí pozornosti lékaře, soustředěného především na strategii operačního zákroku. Každé konkrétní onemocnění, kde chirurg intervenuje, je specifické a specifický je proto i jeho psychický vliv na pacienta [29, 24].

1.5.1 Strach, úzkost a krize

Úzkost a strach jsou psychické jevy řazené mezi emoce, které se výraznou měrou podílejí na formování osobnosti člověka a jeho socializaci – tedy na osvojování lidských kvalit a vztahů k druhému člověku. Mezi pojmy úzkost a strach není přesná hranice. Strach je definován jako nepříjemný prožitek vázaný na určitý objekt či situaci, který v jedinci vyvolává obavu z ohrožení a úzkost, vyjadřuje hlavní pocit, který tento stav doprovází. Na rozdíl od strachu, úzkost nezná vědomou příčinnost. Je tedy reakcí na tušené a neznámé nebezpečí, a proto se snáší hůře. Úzkost a strach se objevují také při omezování přirozených potřeb, které u člověka a zvláště u dítěte nejsou jen biologické, ale i psychosociální a duchovní. Průběh, intenzita, kvalita prožívaného strachu a úzkosti je ovlivňována řadou faktorů: vývojovým obdobím (věkem), biologickými dispozicemi (úzkostností), psychosociální dispozicí, předchozími zkušenostmi a aktuální vyladěností jedince danou jeho momentálním zdravotním a psychofyzickým stavem (příloha 2) [28].

Nejčastější úzkostnou poruchou u dětí je separační úzkostná porucha. Projevuje se výraznou nepříznivou reakcí na nepřítomnost matky a často bývá doprovázena psychosomatickými projevy (zvracením, bolestmi břicha, hlavy, vzestupem teploty, aj). V případě hospitalizace dítěte se doporučuje společný pobyt a doprovod rodiče až do věku osmi let. U starších dětí je doporučena přítomnost rodiče (či osoby velmi blízké), je-li dětský pacient úzkostnější a nebo když si to přeje. Také při celkové anestézii by při „uspávání“ a „probouzení“ dítěte měl být přítomen rodič či osoba velmi blízká. Zvláště šetrné zacházení si zasluhují děti, jejichž potíže jsou doprovázeny bolestí (např. středoušní záněty) nebo jsou nepříjemné (např. odstraňování fimózy u chlapců). Právě

odloučení od rodičů je totiž jedním z významných precipitorů, které mohou být příčinou dětských krizí. Separáční úzkosti se projevují v podobě šoku se známkami protestů a agrese, mohou přecházet do depresí, apatií, psychosomatických reakcí a onemocnění. Za určitých okolností se mohou projevit i známky hospitalizmu s těžkými somatickými a psychickými projevy. Podle modelu Kubler-Rossově adaptace na krizovou situaci probíhá v těchto fázích: šok - popírání - hněv a agrese - deprese - akceptace [17, 28]

Krizí nazýváme normální reakci jedince na nenormální (zátěžovou) situaci, za kterou lze hospitalizaci a operační výkon považovat. Pozitivní vliv na vyrovnání se s krizí má zejména: sociální opora, možnost ventilace emocí, schopnost nalézt v krizi nějaký smysl a zkušenosti s předcházejícími stresory. Sociální opora představuje obdržení pomoci od blízkých osob (příbuzní, známí) a působí jako nárazník blokující resp. tlumící vliv krizové situace. Pokud systém sociální opory chybí, vede to ke snížené psychické odolnosti jedince a schopnosti si s krizí poradit. Rozsah a přehled funkcí sociální opory je uveden v příloze 3 [17].

1.5.2 Psychosomatické projevy a důsledky neuspokojených psychosociálních potřeb

Čím mladší je dítě, tím více se krize projevuje psychosomaticky. Proto je právě dětství nazýváno „Zlatým věkem psychosomatiky“. Každé onemocnění i banální se projevuje negativními emocemi. Dítě v době nemoci nebo má-li se podrobit operačnímu zákroku, prožívá psychickou zátěž - stres, který může být jednou z příčin vyvolávající somatické onemocnění. Stres definoval Selye jako nespecifickou odpověď organismu na působení podnětu – stresoru. Stresová reakce v organismu má dvě fáze. První fází je tzv. poplachová reakce. Po klasifikaci stresového podnětu dochází k aktivaci sympatiku a produkci adrenalinu a noradrenalinu, což vede k uvolnění energie, k vyplavení cukrů a tuků do krve pro uspokojení vyšších nároků svalů, mozku a srdce. V druhé fázi obecného adaptačního syndromu, která je dlouhodobější, dochází ke zklidnění a normalizaci organismu. Adaptační fáze přichází ve chvíli, kdy se poplachová reakce vyčerpala a to i přes to, že problém nemusí být vyřešen či odstraněn.

V této fázi je naopak aktivován parasympatikus a z hypofýzy je uvolňován adrenokortikotropní hormon stimulující kůru nadledvinek k produkci kortizonu a kortizolu. Ty energii mobilizují. Přestože organismus funguje v útlumovém režimu, je to pro něj stále energeticky náročná situace a neekonomicky využívá rezerv i při adaptační fázi. Druhým důležitým úkolem, který plní kortizon a kortizol, je zpětná vazba pro hypotalamus. Při dostatečné hladině těchto hormonů přestává mozek dávat další signály pro udržení stresové reakce, která tak může doznít. Pokud je však zpětný signál nedostatečný, nebo je k němu mozek po dlouhém stresu necitlivý, dochází k dalšímu a dalšímu stupňování stresové situace a vzniku krize. Právě přetížení psychiky a tělesných systémů může být spouštěčem psychosomatického onemocnění. Čím dříve psychosomatická porucha vznikne, tím více se může fixovat a hůře odstraňovat. Může se jednat o klasické kolapsové stavy, kardiofobické záchvaty, tetaniformní záchvaty, respirační poruchy (záchvaty dechové nedostatečnosti), trávicí potíže aj. Mezi další projevy a psychosomatické důsledky dětské krize patří poruchy řeči, koktavost nebo tiky. Pravidelné pomočování dítěte může být považováno za poruchu teprve až po čtvrtém roce dítěte. Je důležité k takové problematice u dítěte přistupovat citlivě a ušetřit jej zahanbení, výsměchu, trestu a další traumatizace. I poruchy spánku bývají často projevem separačního strachu a projevují se nočním křikem dítěte a děsivými sny. Nezbytností je pro hodnocení normálních a nenormálních projevů mít na zřeteli individualitu každého dítěte a všechna specifika dětského věku [14, 17, 18].

„I dospělí lidé zažívají před operací úzkost a strach, natož pak děti. Děti potřebují, aby jejich rodiče byli s nimi - aby jim dodávali klid, než na ně přijde řada, aby je konejšili, když je jim pak po operaci špatně. Nesmíte-li za svým dítětem - a je-li už pozdě na to, aby jste změnili nemocnici - trvejte pokojně, ale pevně a odhodlaně na tom, že s dítětem chcete zůstat.“ [11, *Nadační fond Klíček*]

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit zájem rodičů o aktivní účast v rámci předoperační přípravy a o bezprostřední pooperační péči u svých dětí indikovaných k operačnímu výkonu.

Cíl 2: Zmapovat názory anesteziologických sester na rodičovský doprovod dětí rodičem na operační sál a na výhody a nevýhody z toho vyplývající.

Cíl 3: Porovnat předoperační, operační a pooperační průběh (komplikace, zdravotní a psychický stav) u dětí s psychosociálním zázemím rodičů a u dětí bez psychosociálního zázemí rodičů.

Cíl 4: Porovnat psychosociální podporu dětí v rámci malých plánovaných operačních výkonů mezi Českou republikou a zahraničím (Rakousko, Maďarsko).

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1:

Rodiče mají zájem o aktivní účast v rámci předoperační přípravy u svých dětí indikovaných k plánovaným operacím.

Hypotéza 2:

Rodiče mají zájem se účastnit pooperační péče u svých dětí.

Hypotéza 3:

Doprovod dětí (svými rodiči) na operační sál v souvislosti s plánovanými operačními výkony je přínosem pro práci anesteziologických sester.

Hypotéza 4:

U dětí s psychosociálním zázemím rodičů v rámci operačního výkonu se vyskytuje mnohem méně operačních a pooperačních komplikací než u dětí bez psychosociální podpory.

Hypotéza 5:

Aktivní účast rodičů v rámci operačních výkonů je v zahraničí (Rakousko, Maďarsko) více podporována než v České republice.

2.3 Výzkumné otázky

- a) Jsou rozdíly v uspokojování psychosociálních potřeb u dětských chirurgických pacientů v České republice a v zahraničí (Maďarsko, Rakousko) ?
- b) Jsou v České republice podmínky pro kvalitní uspokojování psychosociálních potřeb u dětských chirurgických pacientů ?

3. Metodika

3.1 Metodický postup

Pro získání objektivnějšího pohledu na danou problematiku byla data získávána ze tří nemocnic v České republice (z Nemocnice České Budějovice, z Nemocnice Jindřichův Hradec a z Dětské nemocnice Brno) formou anonymních dotazníků s polootevřenými možnostmi odpovědí určené pro anesteziologické pracovníky (příloha 4), z důvodu nejen získat informace mapující nynější úroveň psychosomatické podpory rodičů při plánovaných chirurgických výkonech u jejich dětí, ale také zachytit názory a podnětné nápady zdravotníků, kteří se při své praxi na operačním sále pravidelně ocitají s dětskými klienty.

Další sběr dat probíhal formou přímých nestandardizovaných rozhovorů na operačních úsecích a dětských odděleních výše zmíněných nemocnic, během týdenních stáží a praxe na těchto pracovištích. Byla tak možnost se seznámit nejen s každodenní praxí v rámci péče o dětského chirurgického klienta, ale i získat další informace od zdravotníků, rodičů dětí a také od dětí samotných. Informace o psychosomatickém stavu a případných komplikacích u dětí indikovaných k operačnímu výkonu před a po operaci byly zaznamenány analýzou dat z operačních deníků a v rámci přímého standardizovaného pozorování do předem připravených tabulek (příloha 5) tak, aby po zpracování mohly poskytnout ucelený přehled o významu psychosociální podpory u dětských chirurgických pacientů.

V rámci metodického postupu pro získávání potřebných dat byly použity dotazníky i pro rodiče, jejichž děti se podrobily plánované operaci (příloha 6). Tyto dotazníky jsou opět anonymní s možností polootevřených odpovědí tak, aby bylo možno zachytit zkušenosti, zájem a potřeby dětí i jejich rodičů.

Úroveň a zaměření psychosociální podpory dětí u malých plánovaných chirurgických výkonů v České republice byla porovnána se zahraničními zeměmi a to se situací v Maďarsku a v Rakousku. Potřebné podklady z Maďarska byly získány v rámci měsíční studijní stáže, v období dubna 2007. V Nemocnicích v Nyíregyháze

a na Dětské klinice v Miskolci probíhal sběr dat formou přímého pozorování, analýzou zdravotnické dokumentace a formou nestandardizovaných rozhovorů se zdravotnickým personálem (anesteziologické sestry, lékaři a dětské sestry na odděleních). V Nemocnici v Nyíregyháze se podařilo získat povolení vedení nemocnice (příloha 7) k pořízení dat prostřednictvím videozáznamu a fotodokumentací. Tyto dokumenty jsou zaneseny na DVD nosiči (příloha). Podklady a informace z Rakouska byly čerpány na základě podrobného přímého a nestandardizovaného rozhovoru s anesteziologickým pracovníkem s mnohaletou praxí z rakouské Všeobecné veřejné nemocnice Volcabruck. Jeho prostřednictvím byly zajištěny i data z operačních deníků zachycující průběh a psychosomatický stav malých chirurgických pacientů u plánovaných výkonů. K hodnocení a následně porovnání účasti rodičovské podpory a její úrovně mezi Českou republikou, Maďarskem a Rakouskem byl využit převážně kvalitativní výzkum, formou vytvoření charakteristik pre/per/post - operačního úseku se zaměřením na dětské pacienty v rámci jednotlivých zdravotnických systémů těchto zemí. Pro zvýšení objektivního srovnání mezi jednotlivými zeměmi jsou charakteristiky doplněny kvantitativním zpracováním dat ohledně výskytu komplikací v rámci operací u dětských chirurgických klientů a jejich psychickém stavu v závislosti na věku a přítomnosti rodiče získané převážně ze zdravotnické dokumentace.

Výzkum mapující situaci v České republice probíhal mnohem podrobněji a obsáhleji (zachycení situace ve třech nemocnicích v ČR a jejich spádových oblastí) a jedná se převážně o kvantitativní typ výzkumu, který umožnil zpřehlednit danou problematiku v grafickém zpracování.

Celkový sběr dat probíhal v období od dubna 2007 do konce března 2008. Veškerá data byla získávána s dobrovolnou účastí jednotlivců (rodičů, jejich dětí, zdravotnického personálu) a se souhlasem zdravotnických organizací o průběhu a zaměření tohoto výzkumu. Oficiální verze těchto dokumentů jsou doloženy v přílohách 8, 9, 10.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

V rámci tohoto výzkumu bylo využito několik výzkumných souborů. Prvním výzkumným souborem byli anesteziologičtí pracovníci v rámci tří nemocnic. Tyto soubory a samozřejmě tím i množství rozdaných dotazníků byly proto limitovány jejich počtem v rámci jednotlivých nemocnic. V Nemocnici v Českých Budějovicích působí momentálně 20 anesteziologických sester. Bylo zde rozdáno 20 dotazníků, jejich návratnost byla 90% (18). V Nemocnici Jindřichův Hradec pracuje 8 anesteziologických pracovníků. Byl zde rozdán stejný počet dotazníků a jejich návratnost byla 75% (6). Také v Dětské nemocnici v Brně bylo rozdáno dotazníky všem 13 anesteziologickým pracovníkům a zde byla návratnost 85% (11). Navracené dotazníky byly překontrolovány. Všechny byly úplné a pro další zpracování vyhovující a plnohodnotné.

Dalším výzkumným souborem byli rodiče, jejichž děti absolvovaly malý plánovaný chirurgický výkon. Aby se podařilo získat obraz situace i v rámci jednotlivých oblastí ČR, dotazníky byly rozdány rodičům spektrálně pro jednotlivé spádové oblasti nemocnic, kde probíhal výzkum u anesteziologických pracovníků. Pro dětské klienty Nemocnice České Budějovice byly dotazníky poskytnuty rodičům v Mateřském centru Máj, v Mateřské škole Sedmikráska a U Pramene a v Baby centru Šikulka. Dotazníky pro spádovou oblast Nemocnice Jindřichův Hradec byly rozdány rodičům na dětském oddělení a na oddělení ORL této nemocnice, dále v ordinaci dětského lékaře a v Mateřské škole Sluníčko v Třeboni. Pro spádovou oblast brněnské dětské nemocnice byly dotazníky vyplněny rodiči při pobytu na oddělení jednodenní chirurgie. Rodiče byly instruováni o charakteru výzkumu informačním letákem umístěným u sběrné urny na dotazníky a o způsobu a postupu vyplňování v úvodu každého dotazníku. Pro každou spádovou oblast bylo rozdáno 35 dotazníků. Předpokládaný celkový soubor byl tedy 105 respondentů. Návratnost dotazníků pro oblast Českých Budějovic byla 29 dotazníků (83%). Návratnost dotazníků pro spádovou oblast Nemocnice J. Hradec byla 27 dotazníků (77 %) a návratnost dotazníků pro rodiče v Dětské nemocnici Brno byla 30 dotazníků tedy 86%. Výzkumný soubor činil

souhrnně 86 vyplněných dotazníků a zpracováván byl celkově i selektivně pro jednotlivé spádové nemocnice tak, aby byla možnost zachytit rozdíly v rámci jednotlivých regionů. Skutečnost, že je výzkum zaměřen na problematiku, která se rodičů s malými dětmi opravdu dotýká, dokládá kladné hodnocení a zájem, které někteří z nich písemně vyjádřili i v dotaznících. Pro ilustraci je uvádím opsaná v příloze 14 /bez kontaktních údajů/.

Další výzkumný soubor představovali dětské chirurgičtí klienti. Výzkumný soubor reprezentující Českou republiku byl vytvořen převážně z dokumentace operačních záznamů, nebo při fyzické přítomnosti během operací v jednotlivých zdravotnických zařízeních (v Nemocnici České Budějovice, v Nemocnici Jindřichův Hradec a v Dětské nemocnici v Brně) v období listopad 2007 – únor 2008. Veškeré informace byly získávány anonymně s ochranou identifikačních osobních údajů a vždy se souhlasem vedoucího pracovníka pracoviště. Výzkumný soubor z každé země tvořilo 30 dětských klientů indikovaných k malému plánovanému chirurgickému výkonu. Celkový soubor tedy představoval 90 dětí. V rámci zahraničních nemocnic byla data pro kvantitativní zpracování pořizována stejným způsobem a výzkumné soubory zde zahrnovaly taktéž 30 dětí z nemocnice v Rakousku a 30 dětí z nemocnic v Maďarsku.

Pro mezinárodní kvalitativní zpracování charakteristik psychosociální podpory dětí při malých plánovaných chirurgických operacích v České republice, Maďarsku a Rakousku bylo využito pozorování a rozhovorů s rodiči dětí, anesteziologickými pracovníky, sestrami z oddělení a lékaři - anesteziology.

4. Výsledky

4.1 Charakteristika psychosociální podpory dětí při malých plánovaných chirurgických operací v Maďarsku.

4.1.1 Obecná charakteristika Maďarska a jeho současného zdravotnického systému

Maďarská republika je středoevropský stát sousedící s Českou republikou. Jeho rozloha činí 93 030 km² a jeho hlavním městem je Budapešť. Maďarsko je osídleno 10,2 mil obyvatel, z nichž 92 % je maďarské národnosti, 3% tvoří romská menšina a dále menšiny Němců a Slováků. V Maďarsku je poměrně silné zastoupení religiozity. Nejrozšířenějším náboženstvím zde jsou katolíci (58%), dále protestanti (18%) a luteráni (4%) [25].

Zdravotnický systém Maďarska prochází v tomto období radikálními změnami. V Maďarské republice měla ještě v nedávné době působnost jedna státní zdravotní pojišťovna s pobočkami v jednotlivých regionech státu a podléhající centrální správě. Neexistovala zde tedy konkurence mezi pojišťovnami, dostupnost péče byla zajištěna státem a kvalita péče byla jednotně regulována. Reformy maďarského zdravotnictví přinesly přeměny jednotlivých poboček státní zdravotní pojišťovny v regionální centra, z nichž každé se může otevřít do 49% soukromému kapitálu. Příčinou těchto konkurenčních změn je snaha o navyšování kvality poskytované péče a snaha o snížení státních nákladů do zdravotní péče zavedením spoluúčasti klientů. V rovině občansko-právní již v 90. letech přijalo Maďarsko některé nové zákony posilující práva občanů ve zdravotnictví, např. právo na kopii zdravotní dokumentace, právo na regionálního ombudsmana pro regionální zdravotní péči nebo legalizaci alternativní medicíny.

4.1.2 Přijetí dětského pacienta k plánovanému chirurgickému výkonu a systém předoperační přípravy a pooperační péče v maďarské Nemocnici v Nyíregyháze a na Dětské klinice v Miskolci

V obou těchto nemocnicích jsou děti přijímány na dětské oddělení s chirurgickým zaměřením. Příjem probíhá na ambulancích, které jsou zaměřené pouze na plánované příjmy pacientů a předem objednaná ambulantní ošetření. Všechny akutní případy (různých etiologií) jsou přijímány jinde, přes tzv. Emergency unit, odkud po přesném stanovení diagnózy jsou dále předány na příslušná specializovaná pracoviště (interna, traumatologie, chirurgie, aj.) nebo případně i propuštěny domů. Ambulance chirurgických oddělení tak mohou pracovat dle časového harmonogramu a předchází se tak nechtěné kumulaci klientů v čekárnách. V maďarské nemocnici dítě přichází téměř vždy v doprovodu minimálně jednoho rodiče. Častý je doprovod i více členů rodiny. Rodina a její soudržnost zaujímá v maďarské kultuře významné postavení a z toho vyplývá i velký zájem a snaha rodinných příslušníků o zapojení do řešení potíží a problémů jejich jednotlivých členů. Rodiče jsou přítomni s dítětem u všech vyšetření a ošetření. Rodinný doprovod je zde brán jako samozřejmost, o čemž vypovídá nejen chování zdravotnického personálu, který přítomnost rodiny bez výhrad akceptuje a dokonce vyžaduje, ale také vybavení dětských ambulancí, u nichž bývají často zřízeny herny pro sourozence dětského klienta s možností zajištění hlídání (Dětská klinika Miskolc). Stejně tak doprovod dítěte na pokoj dětského chirurgického oddělení je samozřejmostí. Není neobvyklé, že celá rodina tráví v nemocnici s dítětem celý den, na noc pak dochází, nebo je jednomu z členů rodiny k dispozici židle u lůžka dítěte i přes noc. Rodina má také možnost příplatku za nadstandardní pokoj, ve kterém má pak jeden z rodičů své lůžko a v nemocnici se také stravuje. Množství těchto pokojů je však omezeno. V nyíregyházké nemocnici je kapacita dětského chirurgického oddělení 13 lůžek. Na pokojích jsou umístěna vždy dvě nebo tři lůžka a dále je k dispozici jeden nadstandardní pokoj. V Nemocnici v Miskolci jsou specializovaná chirurgická oddělení: dětské chirurgické oddělení, dětské traumatologické oddělení, dětské plastické oddělení, dětské ortopedické oddělení, z nichž každé oddělení má kapacitu přibližně 30 lůžek

a na každém jsou tři nadstandardní pokoje. Podle slov vrchní sestry chirurgického oddělení v Miskolci je nyní ve výstavbě nový chirurgický pavilon, kde již budou všechny pokoje řešeny nadstandardně s možností setrvání rodičů s dítětem po celou dobu hospitalizace. Se systémem jednodenní chirurgie, kdy dítě nastupuje do nemocnice v den operace, zde nemají dobré zkušenosti. I přes upozornění rodiny dítě přicházelo ráno najedené a napité, což následně narušovalo operační program a v případě zamlčení této skutečnosti i ohrožovalo dítě vznikem komplikací v průběhu anestezie. Děti jsou proto i k malým výkonům přijímány již večer předcházející den tak, aby mohla být potřebná předoperační příprava dítěte dostatečně zajištěna. Bohužel tak narůstají náklady nemocnice. Z mého pozorování na oddělení bylo zjevné, že rodina není v nemocnici něčím neobvyklým a podílí se na uspokojování většiny elementárních potřeb u svých dětí a v široké míře má možnost se zapojovat do předoperační přípravy. Rodiče zajišťovali dítěti zábavu, komunikovali s ním, krmili dítě, starali se o jeho hygienu, převlékali dítě, měřili tělesnou teplotu. Zdravotnický personál provádí převážně odborné výkony - aplikace injekcí, léků, převazy. Duchovní potřeby v rámci rodiny také nejsou opomíjeny. Součástí Nemocnice v Miskolci je několik kaplí různého náboženského zaměření, kam mohou rodiče se svými dětmi docházet. Uspokojování spirituálních potřeb je zde na poměrně vysoké úrovni.

V obou nemocnicích zpravidla rodiče doprovázejí své děti před operací až k operačnímu sálu. Přehled počtu dětí doprovázených rodiči na operační sál zachycuje graf 32. V ústřední nemocnici jsou operační sály centralizované. Je zde 12 operačních aseptických sálů a dva septické, pro které je i oddělený vchod. Děti po rozloučení s rodičem před operačním sálem prochází operačním filtrem s recepcí, kde je kontrolována identifikace dítěte podle náramku a dokumentace. Dále je dítě převezeno na předoperační místnost příslušného operačního sálu. Zde je mu anesteziologickou sestrou zajištěn žilní vstup a dítě je svlečeno. Po operaci je dítě převezeno na pooperační „probouzecí“ pokoj, který se nachází na úseku operačních sálů a je společný pro všechny sály kromě septických operačních sálů. Zde na klienty po operaci dohlíží jedna anesteziologická sestra. Její práce je poměrně náročná, protože mnohdy dohlíží i více jak na tři operanty najednou v poměrně stísněných podmínkách. Zvláště pak

u excitovaných klientů po operaci je nezbytné, aby jim vypomáhali sestry nebo lékaři z operačních sálů. Během dotazování některých rodičů, kteří doprovázeli své dítě k operačnímu sálu, všichni uvedli, že kdyby jim to bylo umožněno, rádi by doprovázeli dítě až na operační sál a setrvali s ním až do nástupu anestezie. Primář anesteziologického oddělení v nyíregyházké nemocnici uvedl, že v některých případech rodičovský doprovod na operační sál do zahájení operace povolují, zpravidla, jedná-li se o rodiče - zdravotníka (sestru, lékaře). Souhlasí s tím, že přítomnost rodiče na operačním sále má na dítě pozitivní vliv. Žádný z lékařů anesteziologů neuvedl, že by mohla pro jejich práci být přítomnost rodiče rušivá. Naopak pro práci anesteziologických sester by přítomnost rodiče mohla být i přínosem, konkrétně v dohledu nad dítětem a jeho zklidnění v bezprostřední předoperační i pooperační péči. Jako důvody neumožnění rodičovského doprovodu dítěte až na operační sál byly uvedeny nedostatečné prostorové možnosti a stavební uspořádání pro možnost setrvání rodiče na operačním sále během operace a zároveň obtížnost zajištění intimity ostatních klientů ve společných prostorách (chodby, probouzecí pokoj) vůči rodičovskému doprovodu. Na Dětské klinice v Miskolci má každé chirurgické oddělení svůj vlastní operační sál s dostatečnými prostory pro setrvání rodiče během výkonu na operačním úseku. Samostatné operační programy pro jednotlivé operační sály nezpůsobují kumulaci operantů po operaci, a byla by proto možná účast rodiče i v této fázi. Důvodem nezavedení možnosti rodičovského doprovodu na operační sál v této nemocnici je podle slov vedoucích pracovníků chirurgického a anesteziologického oddělení nízká sociální úroveň značné části klientů, které by bylo velmi obtížné edukovat, a tím by mohli být příčinou porušení asepsy na operačních sálech. Pooperační péče je v Nemocnici v Nyíregyháze po převozu z operačního sálu zajištěna na pokojích standardní péče a v Nemocnici v Miskolci na speciálním pooperačním pokoji jednotlivých standardních oddělení po dobu dvou hodin a poté je dítě přeloženo zpět na standardní pokoj. Přítomnost rodičů u dítěte po operaci je samozřejmostí. Omezení platí pouze u pooperačního pokoje v Miskolci, kam smí s dítětem pouze jeden rodič. Rodina se na základě pozorování plně účastní pooperační péče u svých dětí - tišení bolesti, podpora, dohled nad průsakem obvazů, pomoc při vyprazdňování,

zábava, rozptýlení dítěte, péče o dítě při zvracení, měření tělesné teploty, podávání tekutin a stravy po svolení zdravotního personálu. Zdravotníci s rodiči komunikují, zodpovídají na dotazy a snaží se rodiče v maximální péči o své dítě podporovat.

4.2 Charakteristika psychosociální podpory dětí při malých plánovaných chirurgických operacích v České republice.

4.2.1 Obecná charakteristika České republiky a jejího současného zdravotnického systému

Česká republika je vnitrozemským státem střední Evropy. Její rozloha činí 78 864 km² a hraničí s Německem, Rakouskem, Slovenskem a Polskem. Hlavním městem je Praha a osídlenost činí 10,34 mil. obyvatel. Česká republika je národnostně jednotný stát. Českou národnost tvoří 94,9% obyvatelstva. Mezi nejpočetněji zastoupené menšiny patří Slováci, Němci, Romové, Poláci, Ukrajinci a Vietnamci. V České republice je nábožensky většinou indiferentní společnost. Je zde 55,9% lidí bez vyznání, věřících je 44,1% (z toho 39,2% jsou věřící římskokatolické církve, dále 4,1% věřící evangelické církve a 0,2% pravoslavní věřící). Zdravotnický systém České republiky je stejně jako v Maďarsku řazen do Bismarkovského pojišťovacího systému, ve kterém výdaje na zdravotní péči jsou ve větší míře hrazeny z povinného nemocenského pojištění na principu sociální solidarity. Pojištění je pro obyvatele České republiky povinné ve výši 13,5%. Stát tuto platbu hradí za děti, studenty, vězně, důchodce a nezaměstnané. V současnosti v České republice působí 9 pojišťoven. V privatizované sféře zdravotní péče jsou platby uskutečňovány systémem kapitačních plateb (např. u obvodních lékařů), plateb za výkon (např. ve stomatologických ordinacích) a prostřednictvím tzv. DRG systému (např. v nemocnicích). DRG systém představuje proplácení nákladů za zdravotní péči klientů podle zařazení do diagnostických skupin. Zřizovatelem fakultních nemocnic v ČR je stát. Takové nemocnice mají formu neziskové příspěvkové organizace. Krajské nemocnice jsou zřizovány krajem ve formě ziskových akciových společností anebo neziskových příspěvkových organizací. Soukromá zdravotnická zařízení může zřizovat město jako

neziskové a v ziskové formě pak tato zařízení vznikají zpravidla jako akciové společnosti a společnosti s ručením omezením. Zřizovatelem hospicových zařízení bývá město, charita anebo kraj a mají neziskovou formu. I v českém zdravotnictví probíhá v poslední době řada významných změn. Jednou z nich je i zvýšení finanční spoluúčasti klienta od 1. ledna roku 2008. Regulační poplatky jsou jedním z nástrojů potřebné reformy českého zdravotnictví, která má dlouhodobý cíl zajistit i v budoucnu dostupnou moderní zdravotní péči všem, kteří ji budou potřebovat. Systém však zůstává i nadále solidárním, protože každý klient je chráněn ročním pětitisícovým stropem, do kterého se významná část poplatků a doplatků započítává.

4.2.2 Přijetí dětského klienta k plánovanému chirurgickému výkonu a systém předoperační a pooperační péče v Nemocnici v Českých Budějovicích

Dítě indikované k chirurgickému výkonu je přijímáno do českobudějovické nemocnice na dětské oddělení. Příjem dětského klienta probíhá zpravidla den před plánovanou operací s možností nástupu lačného dítěte v den operace na základě dohody ošetřujícího lékaře a rodiny. Příjem rodiče na oddělení s dítětem je limitován možností oddělení, na kterém je k dispozici 6 pokojů pro děti s doprovodem a věkem do 6 let dítěte. Bohužel kapacity dětského oddělení jsou v tomto ohledu nedostatečné. Zájem rodičů výrazně převyšuje nabízené možnosti oddělení. Přednostně jsou přijímány matky s kojenci. Doprovod dítěte staršího 6 let nebo rodiče bez nároku na lůžko je povolen ve výjimečných případech a pouze se svolením ošetřujícího lékaře oddělení. Rodič doprovázející své dítě na dětském oddělení je poučen o domácí řádu oddělení, svých povinnostech a právech (příloha 11). Transport dítěte na příslušný operační sál (chirurgické sály, urologické sály) probíhá zpravidla sanitním převozem v doprovodu sestry z oddělení. Rodiče o možnosti doprovázet své dítě k operačnímu sálu většinou nejsou informováni, a tak jsou-li s dítětem v nemocnici, zpravidla po odjezdu dítěte na operační sál setrvávají na pokoji dětského oddělení do doby návratu dítěte ze sálu. Premedikaci nejčastěji ve formě rektálního čípku podává dítěti až na operačním sále anesteziologická sestra. Pro eliminaci stresu u dítěte se dle informací od anesteziologických pracovníků zajišťuje žilní vstup u dítěte až po inhalačním uspním.

Po ukončení operace dítě setrvává po nějakou dobu v předsálí pod dohledem anesteziologického pracovníka. V případě chirurgických centrálních operačních sálů dohlíží na dětského pacienta sestra z příslušného operačního sálu, která jej předává následně k sanitnímu transportu i sestře z oddělení. Na urologickém sále je jedna sestra z oddělení vyčleněna pro dohled nad dětskými operanty na operačním sále při čekání na sanitní převoz na oddělení. Sálové anesteziologické sestry se tak mohou věnovat dalším pacientům, a tím je zajištěna plynulost operačního programu. Po převozu dítěte zpět na oddělení je dítě po malých plánovaných operačních zákrocích převezeno zpět na svůj pokoj. Pooperační péči zpravidla zajišťuje zdravotnický personál. V případě přítomnosti rodiče jsou rodiče poučeni o pooperační péči o dítě. Zdravotnický personál vykonává odborné výkony a zajišťuje odborný dohled nad dítětem. Jedinými indikacemi, při kterých děti nejsou přijímány na dětské oddělení, tvoří plánované ORL operace. V rámci tohoto oddělení je zřízen dětský pokoj. Děti jsou zde přijímány den před plánovanou operací, s nástupem také odloženým až na následující den ráno, kdy je plánován operační výkon. Dítěti je umožněno tak strávit noc ve známém domácím prostředí s rodinou, která je poučena o nutnosti lačnění dítěte před operací. Podle slov vrchní sestry ORL, pokud rodič projeví zájem setrvat s dítětem na pokoji do operace, je mu to umožněno a může také doprovázet dítě až před operační sál a po výkonu dítě opět doprovázet na pokoj. Dle rozhovoru s rodiči dětí jsou však na oddělení přijímány děti bez rodičů, i přes jejich zájem doprovázet dítě na oddělení. Většina těchto výkonů probíhá v rámci jednodenní chirurgie. To znamená, že dítě, které je po operaci bez komplikací, může být po několika hodinách propouštěno do domácího ošetřování a nezůstává v nemocnici přes noc.

4.2.3 Přijetí dětského klienta k plánovanému operačnímu výkonu a systém předoperační a pooperační péče v Nemocnici Jindřichův Hradec

Do Nemocnice Jindřichův Hradec je dítě indikované k malému plánovanému chirurgickému výkonu přijímáno na dětské oddělení, ORL a nebo oční oddělení v den před operací s možností nástupu lačného dítěte v den operace. Pro přímé umístění

matky doprovázející své dítě jsou k dispozici na dětském oddělení nemocnice z kapacitních důvodů pouze dvě lůžka přednostně nabízená kojícím matkám. Avšak v rámci podpory rodičovského doprovodu u dětí hospitalizovaných v nemocnici byla v roce 2003 zřízena ubytovna pro rodinné příslušníky, která dostatečně pokrývá potřebu doprovodu k dětem na všech standardních odděleních. Rodič tráví s dítětem v nemocnici celý den a na ubytovnu odchází pouze na noc. Dle pozorování na dětském oddělení této nemocnice dané informace odpovídají skutečnosti. Většina dětských chirurgických pacientů zde byla v doprovodu svých rodičů a ti je doprovázeli zpravidla až před chirurgické operační sály. Rodiče mají možnost setrvat během operace dítěte před operačním sálem a poté doprovázet dítě nazpět na pokoj anebo čekají na pokoji dětského oddělení. Většina rodičů své dítě doprovází. Stejně možnosti mají i rodiče dětí indikovaných k invazivnímu výkonu na očním oddělení, které disponuje vlastním operačním sálem. Jeho kapacita je 15 lůžek, z nichž dvě jsou vyčleněna pro dětské klienty. Pro chirurgické zákroky u dětí v rámci jednodenní chirurgie na oddělení ORL jsou vyčleněna 4 lůžka. I zde je samozřejmostí doprovod rodiče. Zde má rodič možnost doprovázet dítě přímo až na operační sál. Mnozí rodiče, s kterými jsem vedla rozhovor, si Nemocnici v Jindřichově Hradci vybrali právě z tohoto důvodu, že jim bude umožněn maximální kontakt s dítětem i přesto, že pocházejí z jiných okresů. Rodič s dítětem prochází operačním filtrem a u operačního stolu má připravenou židli. Komunikace rodiče s dítětem i anesteziologem probíhá velmi klidně a v příjemné atmosféře. Anesteziolog s pomocí rodiče popisuje dítěti, co se bude dít. Během inhalačního úvodu dítěte do anestezie rodič dítě zklidňuje, mluví na něj, hladí ho. Zajištění žilního vstupu se realizuje až po uspání dítěte stejně jako v českobudějovické nemocnici. Poté je rodič zpravidla informován o přibližné délce výkonu a dále setrvává před operačním sálem nebo na pokojích, které jsou umístěny v blízkosti operačního sálu. Anesteziologický lékař udává, že přítomnost rodičů u dítěte při úvodu do anestezie nevnímá jako zatěžující, naopak rozvíjí spolupráci s rodiči a dle jeho zkušeností přispívá ke zklidnění dítěte. Vyskytují se občas děti hysterické a rozrušené, v žádném případě se nejedná o důsledek přítomnosti rodiče na operačním sále, ba naopak mnohdy rodič pomáhá při zvládnutí takového dítěte. Na dotaz, zda by mohl rodič přenášet své

napětí a nervozitu na dítě uvádí, že dostatečně informovaný rodič, který nevnímá svou přítomnost v nemocnici s dítětem ze strany zdravotnického personálu jako zatěžující a nechtěnou, ale naopak se cítí jako partner v péči o dítě při hospitalizaci dítěte, je v mizivých případech natolik vystresován, aby přenášel své obavy a strachy na dítě a stává se naopak významnou součástí léčby a péče o dítě. Ze statistických údajů uváděných na internetových stránkách ORL oddělení jindřichohradecké nemocnice je zřejmé, že rodičovský doprovod dětí na operační sál není příčinou narušení aseptického prostředí operačního sálu. V letech 2001 až 2007 se na ORL v Jindřichově Hradci hospitalizovalo 10 800 pacientů a provedlo se více než 11 000 operací. Celkové komplikace léčby a operací se u nemocných nevyskytly. Ojedinelé místní komplikace pacienty neohrožily a byly zvládnuty standardními léčebnými postupy. Na pokoji ORL je rodič instruován o pooperační péči, do které se pod odborným dohledem zdravotního personálu aktivně zapojuje. U miniinvazivních výkonů v rámci jednodenní chirurgie jsou děti bez komplikací po několika hodinách po operaci propuštěni domů. Nemocnice v Jindřichově Hradci seznamuje své klienty prostřednictvím domácího řádu s jejich povinnostmi a právy během pobytu v nemocnici a snaží se tak v rámci svých možností naplňovat Chartu práv hospitalizovaných dětí a Práva pacientů, která jsou součástí prezentace nemocnice na internetových stránkách.

4.2.4 Přijetí dětského pacienta a systém předoperační a pooperační péče v Dětské nemocnici Brno.

Brněnská Dětská nemocnice je jednou ze tří fakultních nemocnic, které jsou jako celek sdruženy pod Fakultní nemocnici Brno. Mezi její chirurgické úseky patří především Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, která se zabývá komplexní péčí o chirurgicky nemocného v dětském věku. Dalšími operačními obory jsou dětská ORL, dětské oční oddělení, dětská urologie a stomatologie, které mají v rámci svých oddělení své operační sálky a dále jsou pro potřeby těchto oddělení k dispozici centrální operační sály (celkem 6 operačních sálů). V rámci Kliniky dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie bylo v rámci projektu dne 1. dubna 2002 zřízeno

Oddělení jednodenní chirurgie. Model tohoto oddělení byl převzat ze zahraničí a poskytuje péči především chirurgickým klientům, jejichž ústavní péče v rámci provedení chirurgického zákroku nepřevyšuje 24 hodin. Významnou prioritou tohoto úseku je spokojenost nejen dětí, ale i jejich rodičů. Je zde 6 nadstandardně vybavených pokojů umožňujících společný pobyt rodiče s dítětem. Toto oddělení je k dispozici i ostatním operačním oborům v rámci Dětské nemocnice, jejichž kapacita pro umístění doprovodu rodiče je omezená. Možnosti společné hospitalizace (dítě + doprovod) pro krátkodobé operační výkony využívá i oddělení ORL v rámci jednodenní chirurgie, které jinak z provozních důvodů umožňuje hospitalizovat děti pouze bez doprovodu rodičů s možností ubytování rodiče na ubytovně Dětské nemocnice. Rodič může strávit celý den u svého dítěte a na noc odchází na ubytovnu. Rodiče mají možnost se aktivně podílet na předoperační i pooperační péči u svého dítěte a je jim umožněn doprovod dítěte až k operačnímu sálu. Dítě přichází zpravidla na operační sál již premedikované z oddělení. Po inhalačním úvodu se zajišťuje žilní vstup. Po krátkých operačních zákrocích bývá dětský klient převezen ze sálu přímo zpět na svůj pokoj a není třeba jej umísťovat na pooperačním pokoji. Anesteziologičtí lékaři se na dotaz o možnosti rodičovského doprovodu dítěte až na operační sál vyjádřili odmítavě. Dle jejich názoru by přítomnost rodiče na operačním sále byla vnímána jako rušivá a zatěžující jak pro personál tak i pro dítě a to především z důvodu nezvládnutí situace rodičem, který by přenášel negativní emoce na své dítě. Při rozhovoru s anesteziologickými sestrami již názory nebyly tak jednotné. Některé sestry tuto možnost označily za přínosnou pro dítě i pro jejich práci a některé ji označovaly za možný zdroj konfliktů, komplikací a stresu v jejich práci. Při dotazování rodičů na jejich zájem doprovázet své dítě až na operační sál všichni odpovídali kladně. Dětská nemocnice v Brně spolupracuje s mateřskými centry Jihomoravského kraje. Spolu s nimi organizuje společná setkání, při kterých se snaží získat přínosné podněty pro zkvalitnění poskytované péče o hospitalizované děti v souladu s Chartou práv hospitalizovaných dětí. Právě možnost maximálního rodičovského doprovodu dítěte před operací a kontakt s dítětem při probouzení z narkózy je jedním z cílů a snah mateřských center.

4.3 Charakteristika psychosociální podpory dětí při malých plánovaných chirurgických operacích v Rakousku.

4.3.1 Obecná charakteristika Rakouské republiky a jeho současného zdravotního systému

Rakousko je středoevropský stát o rozloze 83 858 km² sousedící s Českou republikou v její jižní části. Hlavním městem je Vídeň. Tvoří jej 9 samostatně správních celků, tzv. Zemství. Rakousko má přes 8 mil. obyvatel, z nichž téměř 80 % je rakouské národnosti. Ze zbývajících částí je nutno zmínit minoritu muslimů z Turecka a zemí bývalé Jugoslávie. Ta představuje bezmála 8 %. Náboženství zde převažuje římskokatolické (78%), dále protestantské (5%) a Islám (2%) [25].

Rakousko je poměrně bohatá země s vyspělým zdravotnickým systémem. Za poskytování zdravotní péče jsou zde odpovědné tzv. Landy (Zemství). Tyto územní celky také provozují většinu veřejných zdravotnických zařízení, které se v posledních pěti letech transformují do společné správy Holdingů. Například Horní Rakousko – GESPAG Holding, Dolní Rakousko – LKNOE Holding, Tyrolsko TILAK Holding, atd. Vedle těchto veřejných zařízení je v Rakousku i nemálo privátních zařízení, které jsou určeny především pro poskytování nadstandardní zdravotní péče a odborní lékaři si jejich služby pronajímají, nebo v nich hostují. Jedním z příkladů je i Diakoniesen KH v Linci. Dále jsou zde zařízení „neveřejná“, zpravidla podniková nebo justiční (např. Vězeňské nemocnice). Samostatnou kapitolou jsou Úrazové nemocnice UKH, které jsou v majetku Úrazové zdravotní pojišťovny AUVA a ta je také jejich provozovatelem. Systémy plateb jsou na principu povinného pojištění, hrazeného zaměstnavatelem nebo státem, a nepovinného připojištění na možnost proplácení nadstandardních služeb. V Rakousku existuje několik pojišťoven s možností hrazení minimálně 10 % a maximálně 20 % ceny poskytnuté zdravotní péče. Například nejvyšší úhrady, tedy 20 % poskytuje pojišťovna BVK, která má obdobu naší VZP. U této pojišťovny jsou automaticky pojištěni lidé, jejichž pojistné je hrazené státem. Mnoho pracujících také využívá služeb pojišťovny GKK. Zvláště některé profese jsou v rámci pojištění

zvýhodněny. Třeba učitelé jsou zvláštní kapitolou a mají vlastní program v pojištění včetně hrazení nadstandardů. V Rakousku nesmíme opomenout samostatné úrazové pojištění, které je na rozdíl od České republiky odděleno od zdravotního pojištění. V Rakousku úrazové pojistné vybírá Allgemeine Unfallsversicherungsanstalt (AUVA). To také příslušnou péči hradí separátně od zdravotního pojištění ze zdrojů úrazového pojištění a jako akciová společnost provozuje všechny úrazové nemocnice v Rakousku - UKH.

4.3.2 Přijetí dětského pacienta k plánovanému chirurgickému výkonu a systém předoperační přípravy a pooperační péče ve Všeobecné veřejné nemocnici Volcabruck v Rakousku.

V případě plánovaného chirurgického výkonu u dětského pacienta v nemocnici Volcabruck probíhá přijetí dítěte ve dvou fázích. První fází je pohovor s odborným lékařem příslušného chirurgického oddělení a s anesteziologem. Rodičům je dopodrobna vysvětlen operační výkon včetně způsobu a formy anestezie. Navíc vždy obdrží informace i v tištěné verzi detailně popisující zákrok. Tuto dokumentaci, která je k dispozici v několika jazycích včetně turečtiny, si odnáší domů k prostudování a jeho součástí je i kontakt pro potřebu zodpovězení případných dotazů. Během této fáze je také dohodnut termín nástupu dítěte. Do druhé fáze je řazeno vlastní přijetí dítěte v daném termínu do nemocnice.

Chirurgické výkony u dětí lze rozdělit na ty, které vyžadují následnou hospitalizaci a na ty, které je možné provést ambulantně. Plánované krátkodobé výkony se zpravidla provádí v rámci jednodenní chirurgie a je jich celá řada. Mezi nejčastější patří tonzilektomie, paracentéza nebo adenotomie. V těchto případech se rodiče (zpravidla oba) dostaví s dítětem na příjmové oddělení, které v Rakousku supluje tzv. Notfallstation. Zde jsou vyplněny příjmové protokoly, s nimiž jsou posláni na oddělení jednodenní chirurgie, tzv. Tagesklinik. V nemocnici Volcabruck je toto oddělení součástí komplexu centrálních operačních sálů a anesteziologické dospávací stanice, tzv. Aufwachraum, která přímo sousedí s pokoji oddělení jednodenní chirurgie

pro děti a zároveň je součástí předsálí operačních sálů. Po příchodu na oddělení je dítě uloženo na lůžko, následuje kontrola zdravotního stavu dítěte a jeho lačnosti, doplnění dokumentace, upevnění identifikačního náramku na ruku dítěte a případně objednání stravy na dobu po operaci.

S rodiči je dořešena dokumentace, konkrétně souhlas k provedení samotného výkonu a formy anestezie. Dle operačního programu je přibližně půl hodiny před výkonem dítěti podána premedikace a čeká na převoz na operační sál. Jeden z rodičů dítě doprovází zpravidla až do předsálí, kde se s dítětem loučí a po dobu operace čeká na dítě na Aufwachraum (probouzecím - dospávacím pokoji). Při průchodu operačním filtrem, kde je koordinátorem kontrolována identifikace dítěte a pro dobu strávenou na dospávací části je rodič vybaven jednorázovým pláštěm, čepicí, ústenkou a návleky na obuv. Premedikací zklidněné a často spavé dítě je za doprovodu anesteziologické sestry dále odvezeno na operační sál. Hned po výkonu a extubaci je dítě ze sálu odvezeno na dospávací část a setkává se se svým rodičem. Tam je i nadále pod dohledem odborného anesteziologického personálu do doby, než je shledáno patřičně lucidním. V momentě, kdy anesteziolog uzná dítě schopným k opuštění operačních sálů, vrací se v doprovodu rodiče zpět na oddělení jednodenní chirurgie – Tagesklinik, (nebo na běžné oddělení v případě nutnosti následné hospitalizace). Od tohoto okamžiku plyne „předpropouštěcí“ lhůta 4 hodin, během které musí dítě ještě bezpodmínečně zůstat v nemocnici. Na Tagesklinik je opět dítě v přítomnosti obou rodičů, kteří mu zajišťují zábavu, krmí ho a vůbec konají vše potřebné tak, jak je tomu doma. Přítomnost zdravotníka má kromě provádění odborných výkonů, které v této fázi jsou spíše výjimečné, především funkci kontrolní.

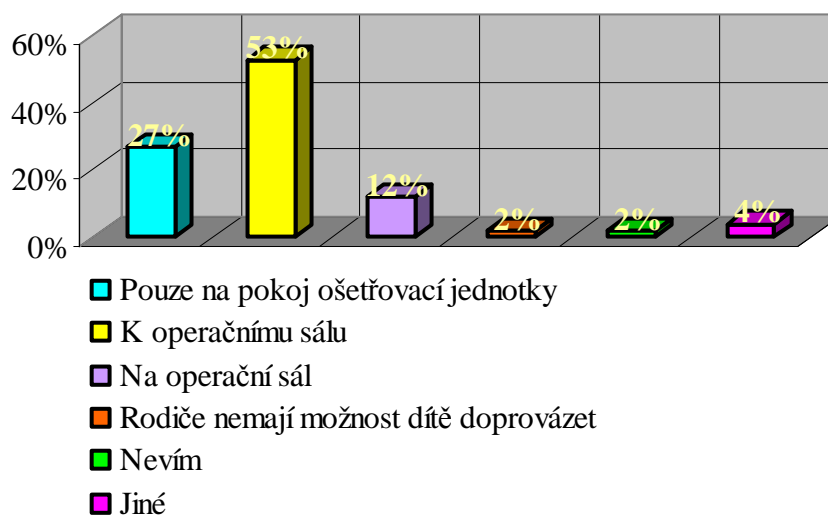
U výkonů, které vyžadují delší hospitalizaci, je dítě přijímáno stejným způsobem jako při výkonech jednodenní chirurgie. To znamená, že rodiče jsou přítomni s dítětem neustále (zcela výjimečně je dítě hospitalizováno, aniž by ho někdo z rodiny doprovázel). Lze poskytnout také pokoj pro rodiče s dítětem, kde rodič tráví s dětským pacientem celou dobu hospitalizace. Toho využívají především rodiče velmi malých dětí a kojící matky. Při rozhovoru s anesteziologickým pracovníkem této nemocnice mi bylo sděleno, že doprovod mnohdy celé velmi široké rodiny je v této nemocnici

naprosto standardní a nikoho nijak ani v nočních hodinách nepřekvapuje. Dle jeho slov je zcela jistě blízkost rodičů pro dítě velmi důležitá a o to více v takovýchto nestandardních životních situacích. Avšak vzhledem ke kvalitní premedikaci dětského pacienta před výkonem, která jej dostatečně zklidní, často až uspí, není doprovod rodiče přímo až na sál nutný (a rodiči dožadovaný), narozdíl od akutních ambulantních sálů tzv. Notfallstation, kde dítě není předem zpremedikováno a rodiče jej standardně doprovází přímo až na operační sál. V těchto případech je přítomnost rodiče za účelem pomoci zklidnění dítěte a jeho podpory velmi důležitá a zvládá-li rodič akutní situaci, tak i velmi přínosná.

4.4 Grafické zpracování výsledků

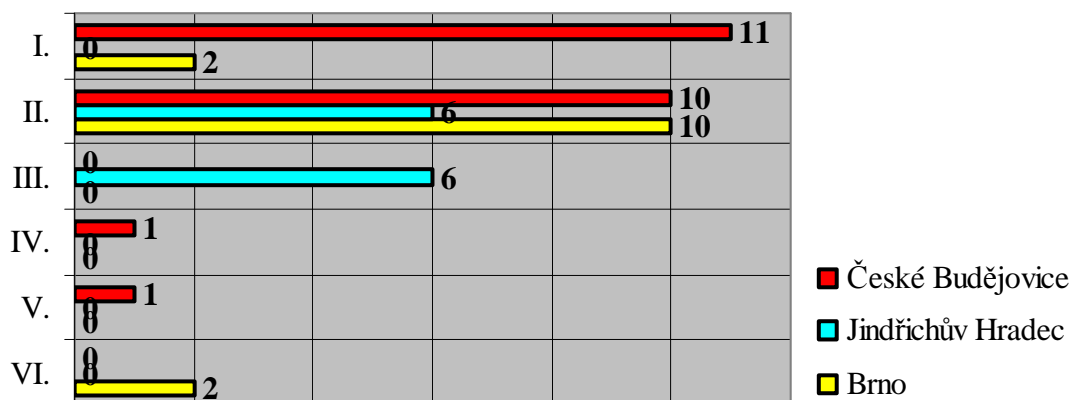
4.4.1 Výsledky a jejich grafické zpracování z dotazníků pro anesteziologické pracovníky pracující na operačních sálech

Graf 1 Přehled možností rodičovského doprovodu v České republice podle odpovědí anesteziologických sester (k otázce č. 1 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)



Graf 1 znázorňuje souhrnnou situaci o možnostech rodičovského doprovodu z pohledu anesteziologických pracovníků ze tří českých nemocnic - z Nemocnice Č.B., z Nemocnice J.H. a z Dětské nemocnice v Brně. Na dotaz, kam mají možnost rodiče doprovázet své děti indikované k malému plánovanému operačnímu výkonu, odpovídalo celkem 35 anesteziologických sester. 13 sester (27%) odpovědělo, že rodiče mají možnost doprovázet své dítě na pokoj ošetrovací jednotky, 26 sester (53%) uvedlo, doprovod k operačnímu sálu, 6 sester (12%) udalo doprovod na operační sál a v 1 případě (2%) je sestrou uvedena nemožnost dítě rodiči doprovázet. 1 sestra (2%) neví, kam mají rodiče možnost dítě doprovázet a 2 sestry (4%) udaly jiné možnosti rodičovského doprovodu a to konkrétně na předsálí zákrskových operačních sálků.

Graf 2 Přehled možností rodičovského doprovodu v jednotlivých českých nemocnicích: České Budějovice, Jindřichův Hradec a Dětská nemocnice Brno (k otázce č. 1 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)



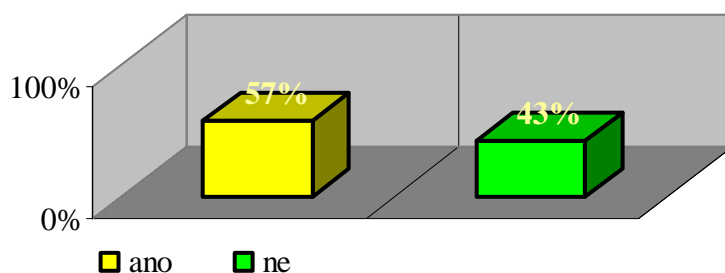
- I. Na pokoj ošetrovací jednotky
- II. K operačnímu sálu
- III. Na operační sál
- IV. Rodiče nemají možnost dítě doprovázet
- V. Nevím
- VI. Jiné

Graf zachycuje rozsah možností rodičovského doprovodu ve třech nemocnicích ČR. V Českých Budějovicích odpovídalo 18 anesteziologických pracovníků z 20-ti. V Jindřichově Hradci 6 pracovníků z 8 dotazovaných a v Brně 11 z 13-ti anesteziologických sester. V jindřichohradecké nemocnici všech 6 sester uvedlo shodně dvě možnosti rodičovského doprovodu (I.+II.). V českobudějovické nemocnici je nejčastěji dítě separováno od rodičů již na pokoji ošetrovací jednotky (uvedlo 11 sester). Deset z nich uvedlo i možnost doprovodu dítěte před operační sál. Jedna sestra uvedla, že rodiče nemají možnost své dítě doprovázet a jedna sestra odpověď neznala. V dětské brněnské nemocnici je nejčastěji uváděnou možností doprovod rodiče před operační sál (10 sester), pouze dvě sestry uvedly doprovod pouze na pokoj a dvě sestry uvedly

v jiných možnostech doprovodu rodičovský doprovod až na operační sál na zákrokových sálkách nemocnice.

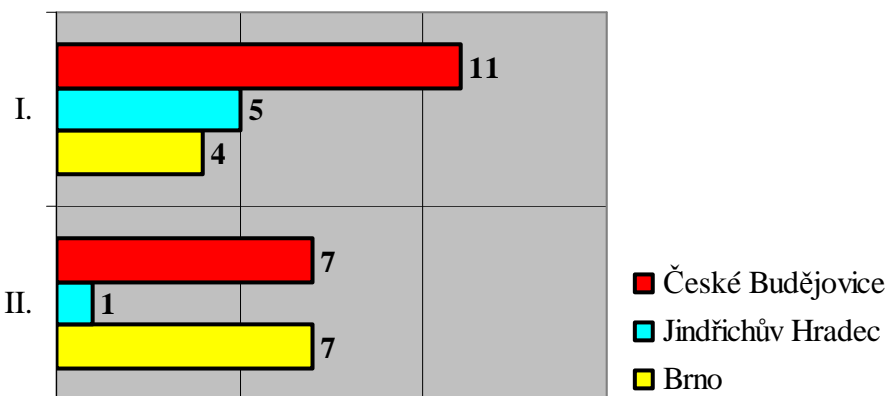
Za poměrně rozšířenou možnost rodičovského doprovodu lze označit ve všech třech nemocnicích doprovod dítěte před operační sál. Vzhledem k nízkému počtu dotazovaných, což bylo limitováno počtem těchto pracovníků v každé nemocnici, jsou hodnoty uváděny v reálných číslech.

Graf 3 Souhrnný přehled výskytu odlišností v možnostech rodičovského doprovodu dětí k operačnímu výkonu v nemocnicích České republiky (k otázce č. 2 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)



Graf zachycuje výskyt odlišných možností v rámci celého výzkumného vzorku, to znamená ze všech tří nemocnic (Č.B, J.H, Brno). Na dotaz odpovídalo 35 anesteziologických pracovníků z 41 dotazovaných. Celkem 20 anesteziologických sester (57%) odpovědělo, že se odlišnosti v možnostech doprovodu v rámci nemocnice vyskytují a 15 anesteziologických sester (43%) odlišné možnosti rodičovského doprovodu v rámci nemocnice neguje.

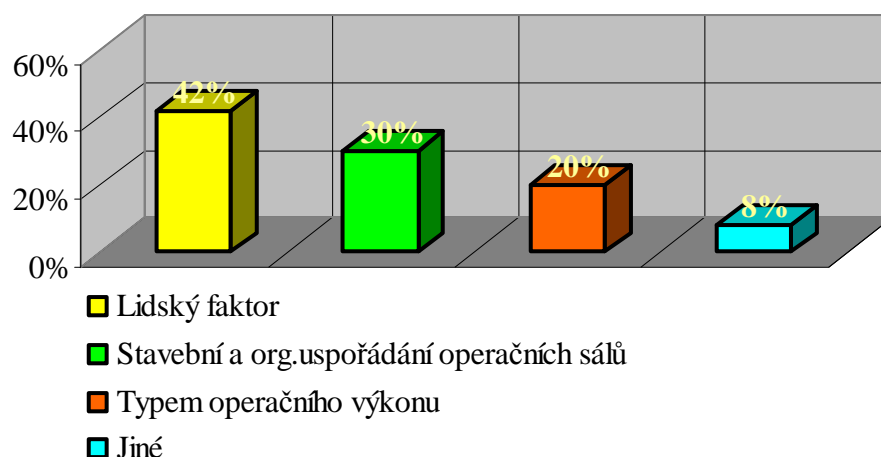
Graf 4 Porovnání výskytu odlišností v možnostech rodičovského doprovodu dítěte k operačnímu výkonu dle typu oddělení v jednotlivých českých nemocnicích: České Budějovice, Jindřichův Hradec a Brno (k otázce č.2 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)



- I. Ano
 II. Ne

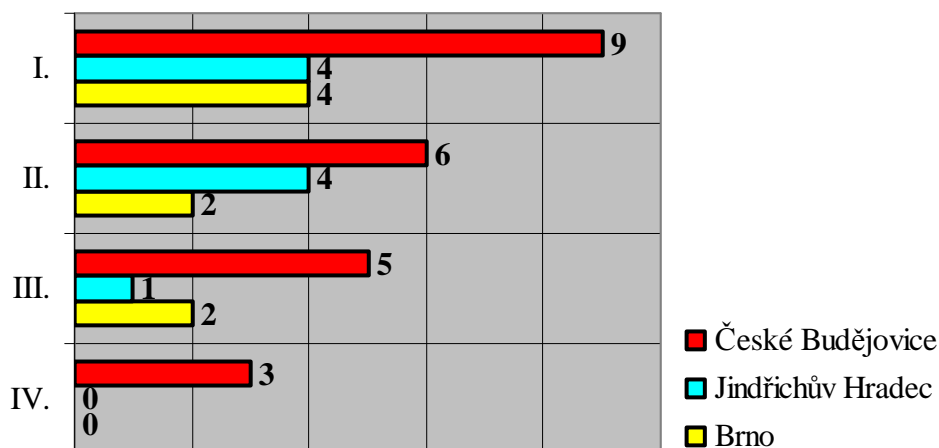
Graf selektivně zachycuje výskyt odlišných možností rodičovského doprovodu dětí k plánovanému operačnímu výkonu z pohledu anesteziologických pracovníků jednotlivých nemocnic. V českobudějovické nemocnici odpovídalo 18 pracovníků, z nichž 11 odpovědělo kladně a 7 záporně. V Nemocnici Jindřichův Hradec z 6 odpovídajících sester jich 5 uvedlo ano a jedna sestra ne. V Dětské nemocnici v Brně odpovídalo 11 sester. Z nich 4 sestry udaly, že se možnosti rodičovského doprovodu dítěte k operačnímu výkonu liší v rámci typu oddělení nemocnice a 7 sester tyto možnosti negovaly.

Graf 5 Přehled důvodů odchylek odlišných možností rodičovského doprovodu dětí k operačnímu výkonu rámci českých nemocnic (k otázce č. 3 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)



Graf souhrnně zpřehledňuje příčiny a míru jejich výskytu u odlišných možností doprovodu dětí svými rodiči k operačnímu výkonu v rámci nemocnic České republiky (Č.B., J.H., Brno). Z celkového počtu oslovených anesteziologických sester (41) odpovídalo na tuto otázku 20 sester s možností uvedení více odpovědí. 17 z nich (42%) uvádí jako příčinu lidský faktor, 12 z nich (30%) odůvodňuje odlišné možnosti rodičovského doprovodu v rámci nemocnice odlišným stavebním a organizačním uspořádáním různých operačních sálů. Dále 8 sester (20%) udává jako důvod charakter operačních výkonů a 3 sestry uvedly i jiné důvody a to: omezení lůžkové kapacity pro doprovod v rámci jednotlivých oddělení, kde lze provádět operační výkony, dále časovou odlišnost jednotlivých operačních výkonů a to, že operatér ani anesteziolog nemají zájem, aby se jim rodič „koukal pod ruce“.

Graf 6 Přehled a srovnání příčin odlišných možností rodičovského doprovodu dětí k operačnímu výkonu v jednotlivých nemocnicích České republiky: v Nemocnici České Budějovice, v Nemocnici Jindřichův Hradec a v Dětské nemocnici Brno (k otázce č. 3 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)

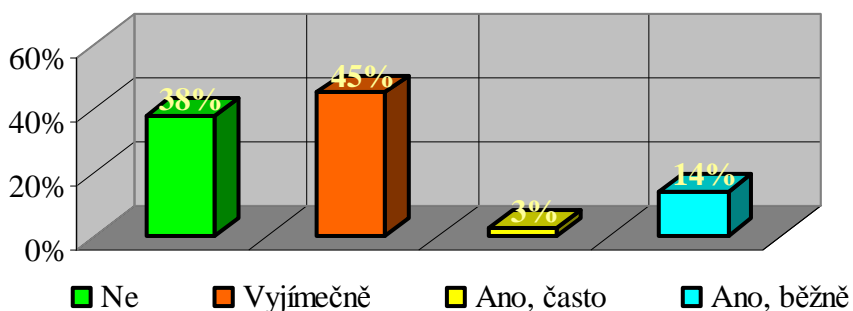


- I. Lidský faktor
- II. Stavební a organizační uspořádání operačních sálů
- III. Typ operačního výkonu
- IV. Jiné

Graf zachycuje důvody odchylek v možnostech rodičovského doprovodu v rámci jednotlivých nemocnic (Č.B., J.H., Brno) z pohledu anesteziologických pracovníků. Z českobudějovické nemocnice na tento dotaz odpovídalo 11 anesteziologických sester s možností zaškrtnout více odpovědí. Nejčastěji uváděným důvodem v Č.B. byl lidský faktor (uvedlo 9 sester) a to konkrétně zavedené zvyklosti v 9 případech, dále ve dvou případech byla jako lidský faktor uvedena vstřícnost personálu, v dalších dvou případech obavy z komplikací a jedna sestra uvedla jako lidský faktor chování rodičů. 6 sester nemocnice v Č.B. uvedlo jako další příčinu odlišností rodičovského doprovodu stavebně-organizační uspořádání operačních sálů (nejčastěji bylo uváděno chybění vyhrazeného prostoru pro rodiče na operačních sálech). Dále 5 sester uvedlo jako důvod typ operačního výkonu a 3 sestry jiné důvody, blíže charakterizované v předešlém

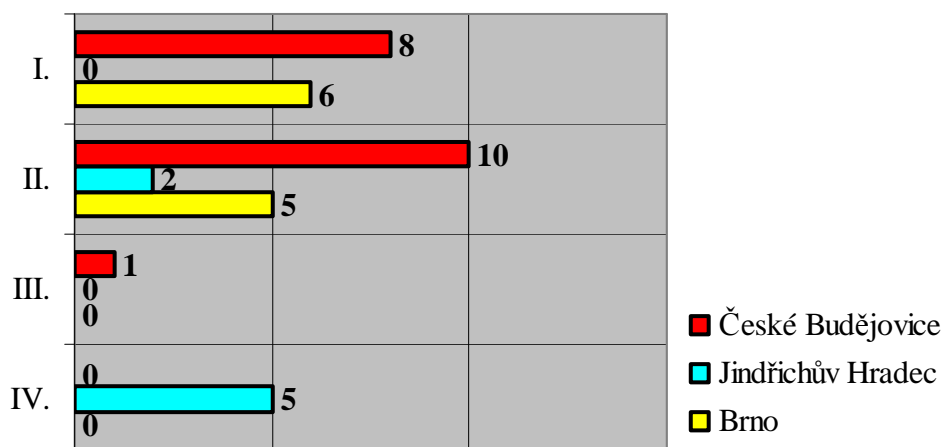
grafu. V nemocnici J. H. odpovídalo na tuto otázku 5 sester opět s možností zaškrtnutí více odpovědí. 4 sestry udaly jako důvod lidský faktor a to konkrétně ve dvou případech uvádí zavedené zvyklosti a ve dvou případech vstřícnost personálu. Stejně množství sester(4) uvedlo také jako důvod stavebně organizační příčiny uspořádání operačních sálů a jedna sestra uvedla typologii operačního výkonu. V Dětské nemocnici v Brně odpověděly na tento dotaz 4 anesteziologické sestry. Jako důvody uváděly 4 sestry lidský faktor a všechny uvedly duplicitně vstřícnost personálu i zavedené zvyklosti a v jednom případě byly uvedeny ještě obavy z komplikací. Jako další příčinu odchylek uvedly dvě sestry stavebně organizační uspořádání a ve dvou případech i typ operačního výkonu.

Graf 7 Přehled výskytu rodičovského doprovodu dětí na operační sál v rámci celé ČR (k otázce č. 4 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)



Graf znázorňuje výskyt rodičovského doprovodu dětí až na operační sál v rámci reprezentativního vzorku vytvořeného z odpovědí anesteziologických pracovníků tří nemocnic ČR (Nemocnice České Budějovice, Nemocnice J. Hradec a Dětské nemocnice v Brně). Na tento dotaz v rámci dotazníku odpovídalo 35 anesteziologických sester z 41 oslovených. 13 z nich (38%) uvedlo, že se s doprovodem dítěte na operační sál nikdy nesetkalo, 16 sester (45%) uvedlo, že se s takovou situací setkávají ve své praxi výjimečně. Jako výjimečnou situaci označily dotazované sestry v 14 případech to, že je rodič zdravotník, v 7 případech známost rodiče se zdravotnickým personálem, který mu doprovod umožnil a ve třech případech byla za výjimečnou situaci označena operace na jiném typu sálu. Dále 1 sestra (3%) uvedla, že se při své praxi s doprovodem dítěte na operačním sál setkává často ve smyslu, že na sál přichází převaha dětí s rodičovským doprovodem a 5 sester (14%) uvádí běžný výskyt - téměř vždy přichází dítě v doprovodu rodiče na operační sál.

Graf 8 Přehled a srovnání výskytu rodičovského doprovodu dětí na operační sál v jednotlivých českých nemocnicích: Nemocnice České Budějovice, Nemocnice Jindřichův Hradec a Dětské nemocnice Brno (k otázce č. 4 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)

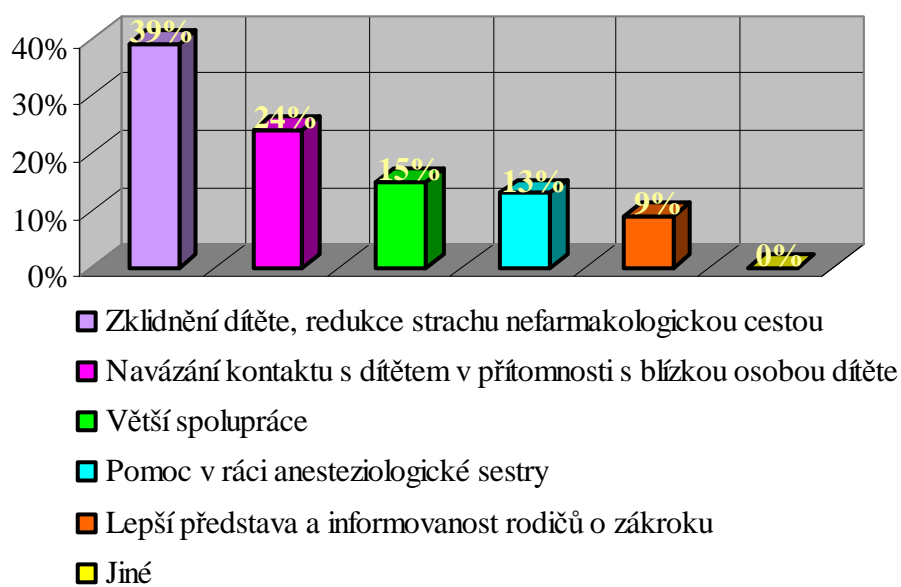


I.	Ne	III.	Ano, často
II.	Výjimečně	IV.	Ano, běžně

Graf umožňuje porovnání výskytu rodičovského doprovodu až na operační sál v jednotlivých nemocnicích (Č.B., J.H., Brno). Z českobudějovické nemocnice odpovědělo na dotaz 18 sester. 8 sester uvádí, že se s rodičovským doprovodem na operačním sále nikdy neselekaly, 10 sester uvádí výskyt takového doprovodu za výjimečný (8 sester uvádí rodiče zdravotníka, 5 sester uvádí známost a ve dvou případech jsou uvedeny důvody výjimečné situace typem operačního sálu). Dále 1 sestra z Nemocnice v Č.B. kromě doprovodu dítěte ve výjimečné situaci také častý výskyt s poznámkou, že se jedná o doprovod u dětí na vyšetření magnetické rezonance. V Jindřichově Hradci odpovídalo 6 anesteziologických pracovníků. 2 sestry označily výskyt doprovodu rodiče v jejich nemocnici za výjimečný . Jedna z nich označila jako výjimečnou situaci doprovod na operační sály při akutních výkonech z důvodu rodiče

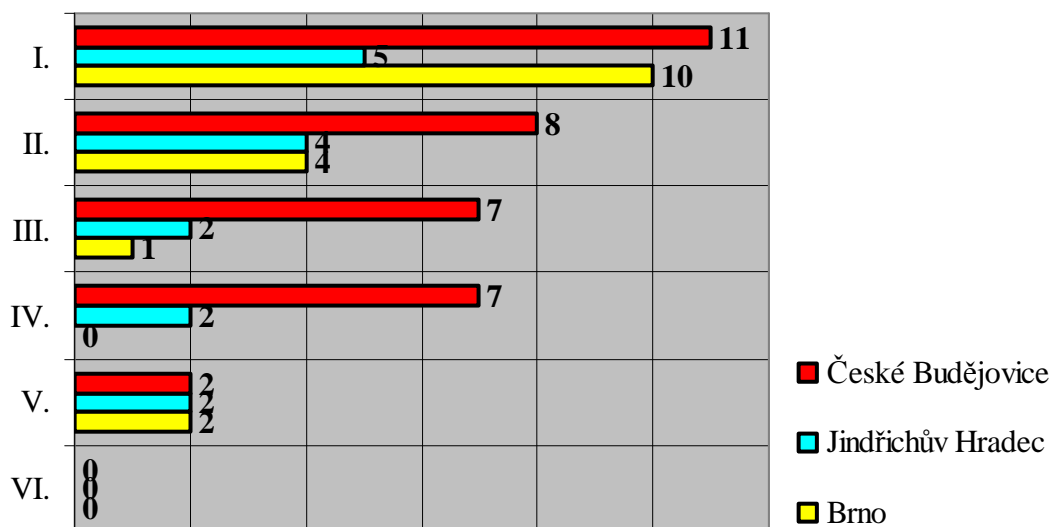
zdravotníka a dále označila stejně jako zbylých 5 sester doprovod rodiče na operační sál u malých plánovaných výkonů za běžný. V brněnské nemocnici odpovídalo 11 sester. 6 z nich uvedlo, že se s doprovodem rodiče na sál nesetkalo a 5 z nich jen ve výjimečných případech. Ve všech pěti případech označují za výjimečnou situaci rodiče zdravotníka a ve 3 případech udávají doprovod dítěte rodičem na základě známosti.

Graf 9 Přehled pozitiv vyplývajících z rodičovského doprovodu dítěte na operační sál před operací z pohledu anesteziologických pracovníků v rámci České republiky (k otázce č.5 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)



Graf informuje o pozitivech přítomnosti rodiče u dítěte na operačním sále před operací, které uvádí anesteziologické sestry ze tří českých nemocnic (Č.B., J.H., Brno). Na otázku odpovídalo 35 sester s možností uvést více odpovědí. Nejčastěji udávaným pozitivem ze strany sester je zklidnění dítěte pro něj obvyklou cestou a redukce strachu a úzkosti nefarmakologickou cestou v 26 případech (39%), dále zlepšení spolupráce a snazší navázání kontaktu s dítětem v přítomnosti rodiče zaškrtnulo 16 sester (24%). 10 sester (15%) uvádí větší spolupráci s rodičem a 9 sester (13%) uvádí, že přítomnost rodiče na operačním sále usnadňuje pomoc anesteziologických pracovníků. 6 sester (9%) vidí v přítomnosti rodiče na operačním sále možnost jeho lepší představy a informovanosti o zákroku dítěte.

Graf 10 Přehled pozitiv vyplývajících z rodičovského doprovodu dítěte na operační sál před operací z pohledu anesteziologických pracovníků v jednotlivých českých nemocnicích: Nemocnice České Budějovice, Nemocnice J. Hradec a Dětská nemocnice Brno (k otázce č.5 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)

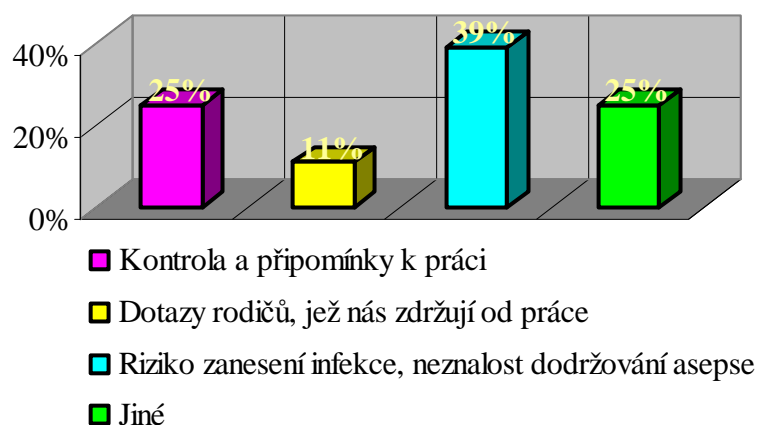


- I. Zklidnění dítěte a redukce strachu nefarmakologickou cestou
- II. Navázání kontaktu s dítětem v přítomnosti jemu blízké osoby
- III. Větší spolupráce rodiče
- IV. Pomoc v práci anesteziologické sestry
- V. Lepší představa a informovanost rodiče o zákroku
- VI. Jiné

Graf znázorňuje anesteziologickými pracovníky uváděná pozitiva plynoucí z přítomnosti rodiče dítěte na operačním sále před operací a nabízí jejich srovnání mezi jednotlivými nemocnicemi ČR (Č.B., J.H., Brno). V Nemocnici České Budějovice odpovídalo 18 sester a v 11 případech uvedly jako pozitivum rodičovského doprovodu před operací zklidnění dítěte pro něj obvyklou formou a redukce strachu a úzkosti, 8 sester uvedlo lepší navázání kontaktu s dítětem v přítomnosti osoby jemu blízké, 7 sester považuje přítomnost rodiče v této době za pomoc v jejich práci a 7 sester

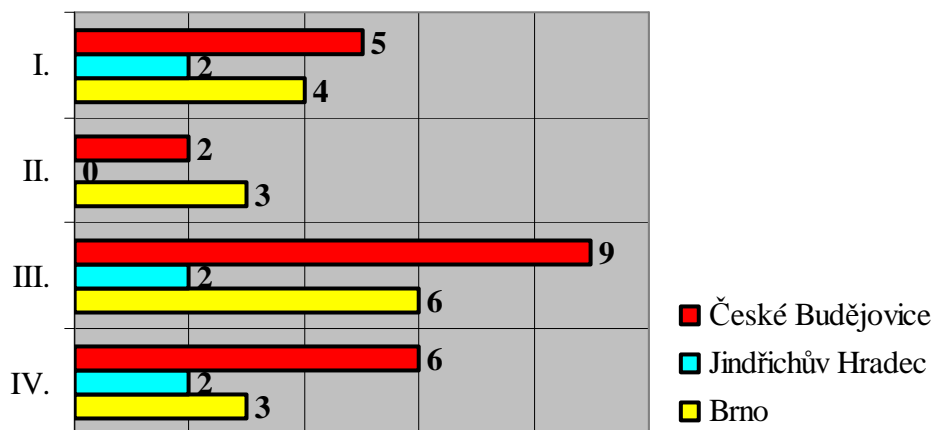
uvedlo, že přítomnost rodiče u dítěte na sále před operací umožní rodiči získat lepší představu a více informací o zákroku u jejich dítěte. Z jindřichohradecké nemocnice odpovídalo 6 anesteziologických pracovníků. Nejvíce sester (5) zde uvádí jako pozitivum zklidnění dítěte a redukce jeho strachu a úzkosti. Dále ve 4 případech udaly lepší spolupráci a navázání kontaktu s dítětem a vždy ve dvou případech jsou uvedena jednak větší spolupráce rodiče v rámci bezprostřední přípravy dítěte k operaci, dále pomoc pro práci anesteziologické sestry a také získání lepší představy a více informací pro rodiče. V dětské brněnské nemocnici odpovídalo 11 sester. Nejčastěji uváděným pozitivem (v 10-ti případech) bylo opět zklidnění dítěte a redukce jeho strachu a úzkosti. Na druhém místě v četnosti bylo označování snazšího navázání kontaktu s dítětem a lepší spolupráce s ním. Jako pomoc v práci anesteziologických sester nepovažuje přítomnost rodiče u dítěte na sále ani jedna z dotazovaných sester. V jednom případě je uvedena větší spolupráce rodiče v rámci bezprostřední předoperační přípravy a dvě sestry udaly lepší představu a informovanost rodiče na základě jeho přítomnosti u dítěte před operací na operačním sále.

Graf 11 Přehled negativ vyplývajících z přítomnosti rodiče na operačním sále před zahájením operace jejich dítěte z pohledu anesteziologických pracovníků v rámci České republiky (k otázce č.6 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)



Graf zachycuje přehled všech negativ, která plynou z rodičovského doprovodu dítěte na operační sál před zahájením operace. Na otázku zodpovídalo 35 pracovníků ze tří českých nemocnic (Č.B., J.H., Brno). 11 sester (25%) uvádí jako negativum kontrolu a připomínky k jejich práci ze strany rodiče, v 5 (11%) případech je označeno za negativní dotazování rodičů, kteří tím zdržují anesteziologické sestry od práce a nejčastěji označované až v 17 případech (39%) bylo riziko zanesení infekce a neznalost dodržování zásad asepsy. V 11 případech (25%) anesteziologické sestry označily kolonku „jiné“, ve které uvedly 10x nezvládnutí situace rodičem a následný přenos na dítě a v jednom případě byl uveden přenos nervozity na personál při případných komplikacích.

Graf 12 Přehled negativ vyplývajících z rodičovského doprovodu dítěte na operační sál před zahájením operace z pohledu anesteziologických pracovníků v jednotlivých českých nemocnicích: Nemocnice České Budějovice, Nemocnice J. Hradec a Dětská nemocnice Brno (k otázce č.5 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)

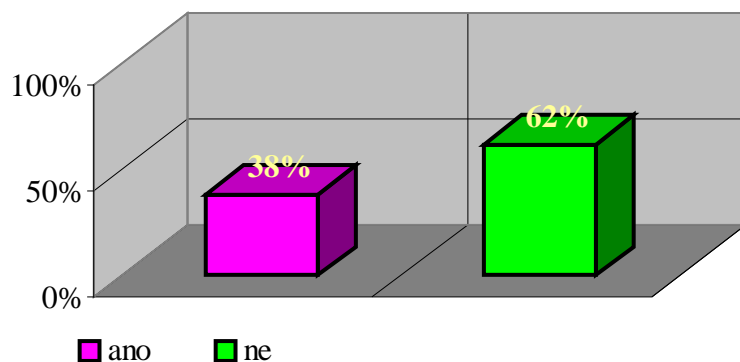


- I. Kontrola a připomínky k práci anesteziologických pracovníků
- II. Dotazy rodičů, kterými zdržují od práce
- III. Riziko zanesení infekce, neznalost dodržování zásad asepse
- IV. Jiné

Graf znázorňuje anesteziologickými pracovníky uváděná negativa plynoucí z přítomnosti rodiče dítěte na operačním sále před operací a nabízí jejich srovnání v rámci jednotlivých nemocnic ČR (Č.B., J.H., Brno). V Nemocnici Č. Budějovice odpovídalo na tuto otázku 18 sester. Tyto sestry v 5 případech uvedly jako negativum kontrolu a připomínky rodičů k práci anesteziologických pracovníků na operačním sále, jako další negativum byly ve 2 případech uvedeny dotazy rodičů, kterými by zdržovali sestry od práce. Nejčastějším uváděným negativem sester českobudějovické nemocnice bylo v 9 případech riziko zanesení infekce a neznalost rodičů zásad dodržování asepse. 6 sester vyplnilo i kolonku jiné, do které uvedly nezvládnutí situace rodiči a přenos strachu a stresu na dítě. V jindřichohradecké nemocnici odpovídalo 6 sester

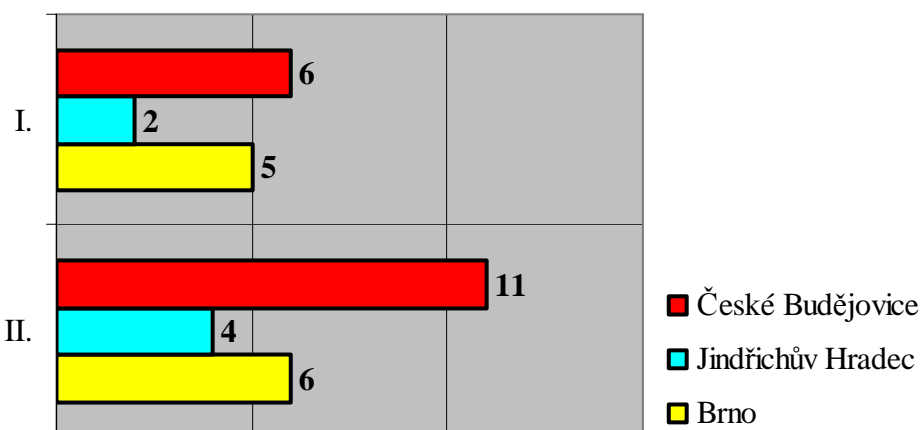
z 8 oslovených. Zde sestry ve 2 případech uvedly kontrolu a připomínky k jejich práci, ani v jednom případě neudaly, že by je případné dotazy rodičů na operačním sále mohly zdržovat od práce a v dalších 2 případech je uvedeno jako negativum riziko zanesení infekce a aseptické chování rodičů na základě jejich neznalosti. 2x uvedly do kolonky jiné nezvládnuté chování rodiče a přenos nervozity na dítě. Z dětské brněnské nemocnice odpovídalo 11 pracovníků. První možnost negativ tj. kontrola a připomínky k práci sester byla uvedena 4x, zdržování sester od práce dotazy rodičů 3x a riziko zanesení infekce a neznalost rodičů zásad asepse v 6 případech. Variantu jiné si zvolily 3 sestry, které uváděly jednak přenos stresu z rodičů na děti a v jednom případě je uvedeno znervóznění personálu při případných komplikacích.

Graf 13 Zachycení míry přínosu rodičovského doprovodu dítěte až na operační sál při práci anesteziologických pracovníků (k otázce č.7 pro anesteziologické pracovníky)



Graf znázorňuje názory anesteziologických pracovníků na hypotetický přínos rodičovské přítomnosti na operačním sálu v rámci operačního výkonu jejich dítěte. V rámci tří nemocnic ČR se dotazníkové akce účastnilo 35 sester a na tento dotaz odpovědělo 34 sester, to znamená, že 1 sestra na tuto otázku neodpovídala. Z odpovídajících 13 sester (38%) uvedlo kladnou odpověď a 21 sester (62%) odpovědělo záporně.

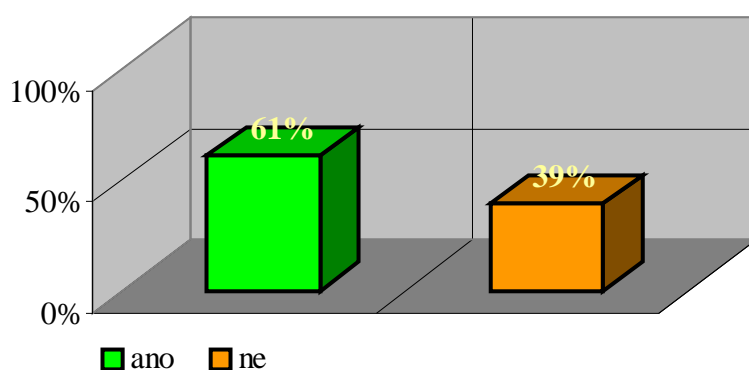
Graf 14 Zachycení míry přínosu rodičovského doprovodu dítěte až na operační sál při práci anesteziologických pracovníků v jednotlivých českých nemocnicích: Nemocnice České Budějovice, Nemocnice Jindřichův Hradec a Dětská nemocnice Brno (k otázce č.7 pro anesteziologické pracovníky)



- I. Ano
 II. Ne

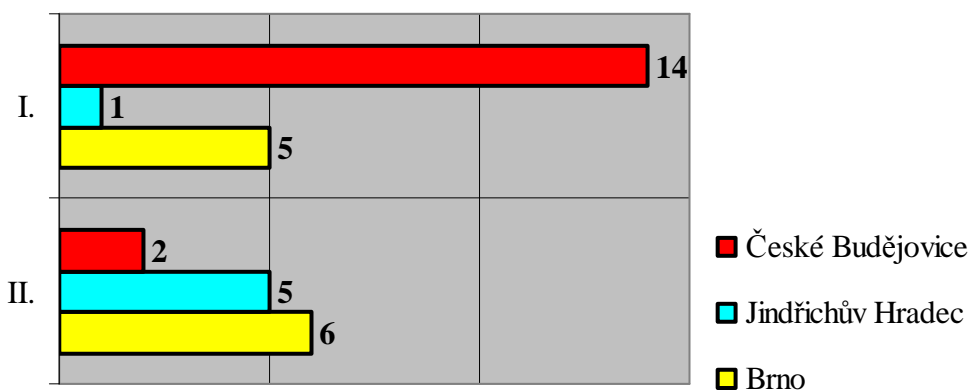
Graf zpřehledňuje názory anesteziologických pracovníků na přínos rodičovské přítomnosti na operačním sále v rámci operačního výkonu u jejich dítěte pro jejich práci. V Nemocnici v Českých Budějovicích odpovídalo 17 sester. Kladně odpovědělo 6 sester a 11 sester rodiče na operačním sále jako přínos pro jejich práci nepovažuje. V jindřichohradecké nemocnici odpovídalo 6 sester. 2 sestry uvedly kladnou odpověď a 4 sestry zápornou odpověď. V Dětské nemocnici v Brně odpovídalo 11 sester. Rodičovský doprovod dítěte na operačním sále hodnotí 5 sester jako přínosný v jejich práci a dalších 6 uvádí přítomnost rodiče v této situaci pro jejich práci jako nepřínosnou.

Graf 15 Vyjádření míry stresujícího vlivu přítomnosti rodiče na operačním sále v rámci operace jeho dítěte pro práci anesteziologických pracovníků v České republice (k otázce č. 8 z dotazníků pro anesteziologické pracovníky)



Graf souhrnně zachycuje názory na stresový dopad při práci anesteziologických pracovníků vyvolaný přítomností rodičovského doprovodu u dítěte přicházejícího k operaci. Souhrnný vzorek pracovníků je tvořen ze tří nemocnic (Č.B., J.H., Brno). Dotazování se účastnilo 35 pracovníků anestezie. Z nich 20 sester (61%) označilo přítomnost rodiče na operačním sále pro ně za stresující a 13 sester (39%) mělo opačný názor.

Graf 16 Zachycuje a porovnává výskyt stresujícího vlivu přítomnosti rodiče na operačním sále v rámci operace jeho dítěte pro práci anesteziologických pracovníků v jednotlivých českých nemocnicích: Nemocnice České Budějovice, Nemocnice Jindřichův Hradec a Dětská nemocnice v Brně (k otázce č. 8 z dotazníků pro anesteziologické pracovníky)



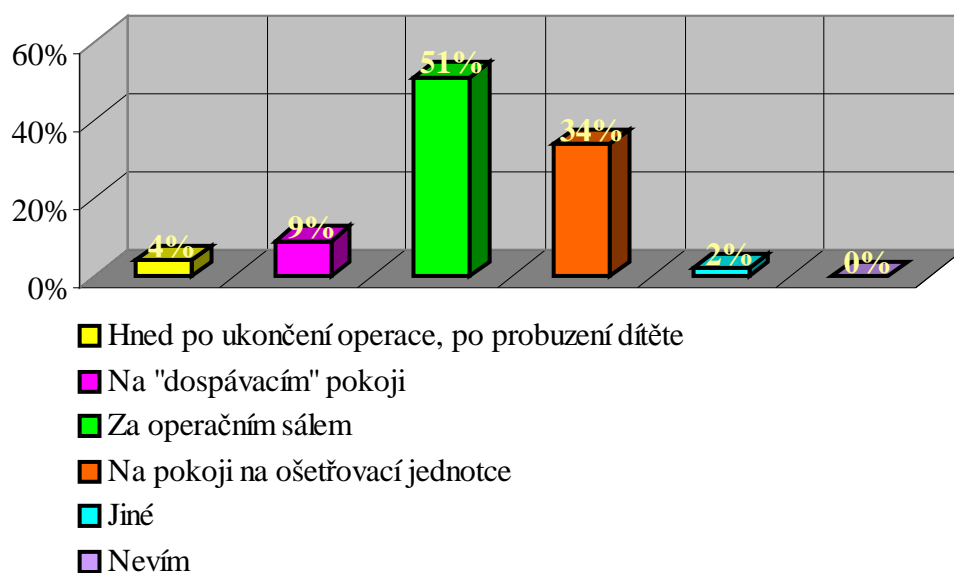
I. Ano

II. Ne

Graf zachycuje názory na stresový dopad při práci anesteziologických pracovníků, vyvolaný přítomností rodičovského doprovodu u dítěte přicházejícího k operaci v jednotlivých českých nemocnicích. V Nemocnici České Budějovice se účastnilo dotazníkové akce 18 pracovníků. Z těchto pak 2 sestry neodpověděly na tuto otázku, další 2 sestry udaly, že přítomnost rodiče pro ně není na operačním sále stresující a zbylých 14 sester odpovědělo kladně. Stresující vliv má dopad podle sester nejen na jejich práci, ale týká se celého operačního týmu. Pocit stresu by vznikl podle sester zvláště při komplikacích, nebo v situacích, když by se jim nedařilo (zavést kanylu, zklidnit dítě..). V Nemocnici v Jindřichově Hradci odpovídalo 6 sester a stresující vliv pro práci anesteziologických pracovníků byl uveden jen v 1 případě. Naopak v 5 případech sestry uvedly, že by jim na operačním sále přítomnost rodiče nevadila. Na Dětské klinice v Brně odpovídalo 11 anesteziologických sester. 6x udaly sestry

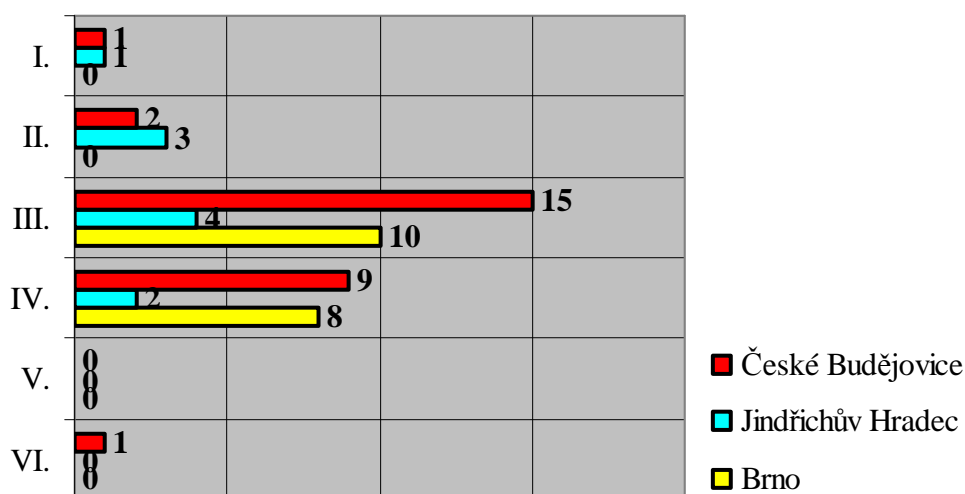
zápornou odpověď a v 5 případech odpověděly kladně. Podobně jako u odpovědí z Nemocnice v Č.B. byly za situace stresového vypětí označeny: jakékoli komplikace, emoční nezvládnutí situace rodičem a sledování práce anesteziologické sestry a její kontrola rodičem.

Graf 17 Souhrnný přehled míst s časovou specifikací, kde se mají možnost rodiče setkat se svým dítětem po operaci v nemocnicích ČR (k otázce č. 9 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)



Graf zachycuje možnosti rodičů v setkání s jejich dítětem po skončení operačního výkonu. Ze tří nemocnic České republiky (Č.B, J.H. a Brno) odpovídalo dohromady 35 sester a měly možnost uvést více možných odpovědí. Možnost rodiče být u svého dítěte hned po probuzení na operačním sále uvedly 2 sestry (4%). Setkání rodiče s dítětem na dospávaném pokoji v rámci operační sekce udalo 5 pracovníků (9%). Nejčastěji označovanou možností a to v 29 případech (51%) bylo setkání rodiče a dítěte po operaci za operačním sálem. Setkání dítěte s rodiči na pokoji ošetrovací jednotky uvedlo 19 sester (34%) a 2 sestry (2%) udaly, že neví.

Graf 18 Rozdíly v možnostech rodičů se setkat se svým dítětem po operačním výkonu v jednotlivých českých nemocnicích: v Nemocnici České Budějovice, v Nemocnici Jindřichův Hradec a v Dětské nemocnici v Brně (k otázce č. 9 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)

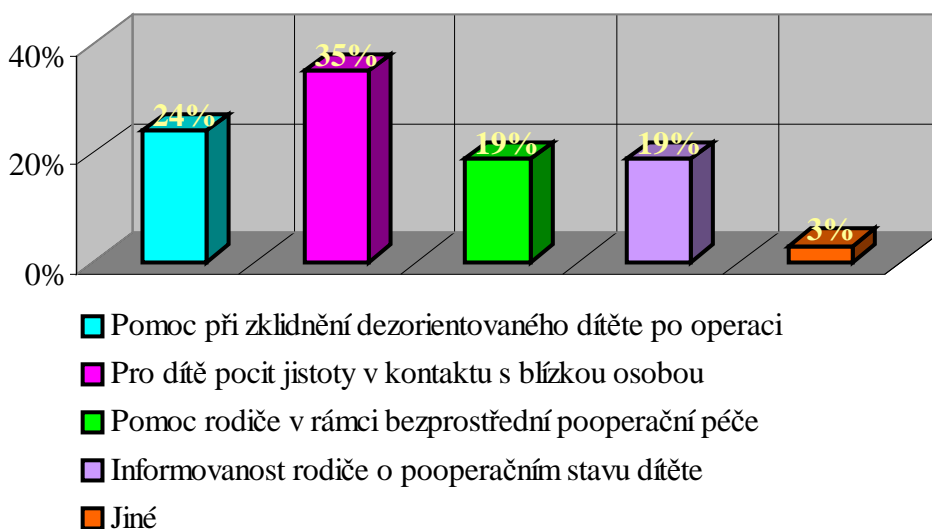


- I. Hned po skončení operace na operačním sále
- II. Na dospávacím pokoji (na operačních sálech)
- III. Za operačním sálem
- IV. Na pokoji ošetrovací jednotky
- V. Jiné
- VI. Nevím

Graf umožňuje sledovat nejen rozsah jednotlivých možností pooperačního styku rodiče a dítěte, ale také tyto možnosti v rámci jednotlivých českých nemocnic porovnávat. V Nemocnici České Budějovice odpovídalo 18. 1 sestra uvedla, že má rodič možnost se setkat s dítětem ještě na operačním sále po ukončení operace. 2 sestry udaly druhou možnost, a to na dospávacím pokoji na operačních sálech. Nejčastěji uváděnou možností, a to v 15 případech, byla označena možnost setkání rodiče a dítěte po operaci za operačním sálem. Možnost setkání rodiče a dítěte na pokoji ošetrovací jednotky byla

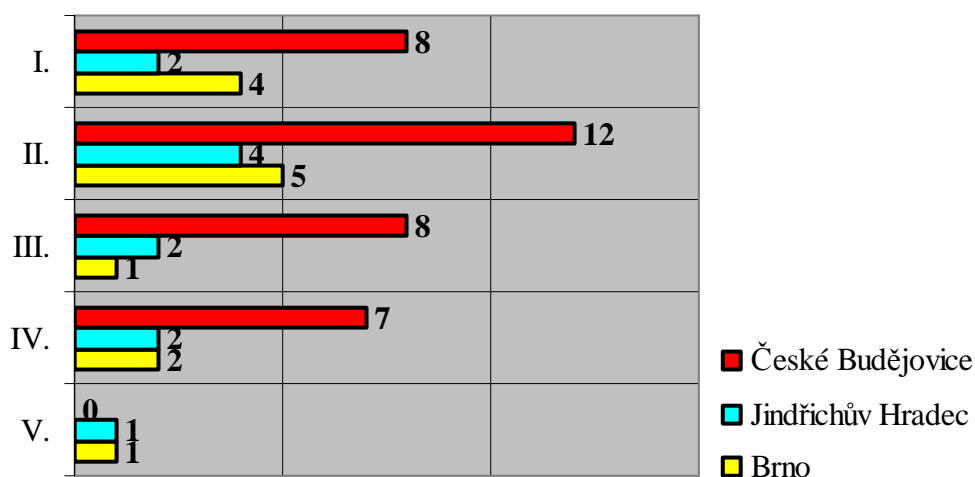
označena 9x a 1 sestra uvedla, že neví. V jindřichohradecké nemocnici odpovídalo 6 sester a udaly možnost setkání na operačním sále 1x, na dospávacím pokoji operačních sálů 3x, za operačním sálem 4x a 2x byla označena možnost pooperačního setkání na pokoji ošetřující jednotky. V Dětské nemocnici v Brně odpovídalo 11 sester z 13. Ty uvedly v 10 případech možnost setkání dítěte s rodiči za operačním sálem a v 8 případech na pokoji ošetřovací jednotky.

Graf 19 Přehled pozitiv vyplývajících z přítomnosti rodiče na operačním sále po operaci jeho dítěte z pohledu anesteziologických pracovníků v rámci ČR (k otázce č.10 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)



Graf poskytuje ucelený přehled názorů anesteziologických sester na rodičovský doprovod dětí na operační sál po ukončení operačního výkonu u jejich dětí. Ze třech nemocnic České republiky odpovídalo na otázku 35 anesteziologických pracovníků s možností označit více odpovědí. 14 sester (24%) vnímá jako pozitivum rodičovské přítomnosti u dítěte po operaci v pomoci zklidnit dezorientované dítě. Nejčastěji označovanou odpovědí a to v 21 případech (35%) bylo zajištění pro dítě pocitu jistoty a bezpečí v přítomnosti rodiče. 11x sestry (19%) uvedly jako pozitivum pomoc rodiče v rámci bezprostřední pooperační péče a ve stejném množství 11 sester (19%) vnímají přítomnost rodiče na operačním sále po operaci dítěte i jako skutečnost rozšiřující jejich informovanost o pooperačním průběhu u jejich dítěte. 2 anesteziologičtí pracovníci (3%) označili odpověď „jiné“, kde uvedli, že žádná pozitivna na rodičovské přítomnosti u dítěte nenalézají.

Graf 20 Přehledy pozitivních přínosů přítomnosti rodiče na operačních sálech po ukončení plánovaného operačního výkonu u jejich dítěte a možnost jejich porovnání v rámci jednotlivých českých nemocnic: Nemocnice České Budějovice, Nemocnice Jindřichův Hradec a Dětská nemocnice Brno (k otázce č. 10 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)

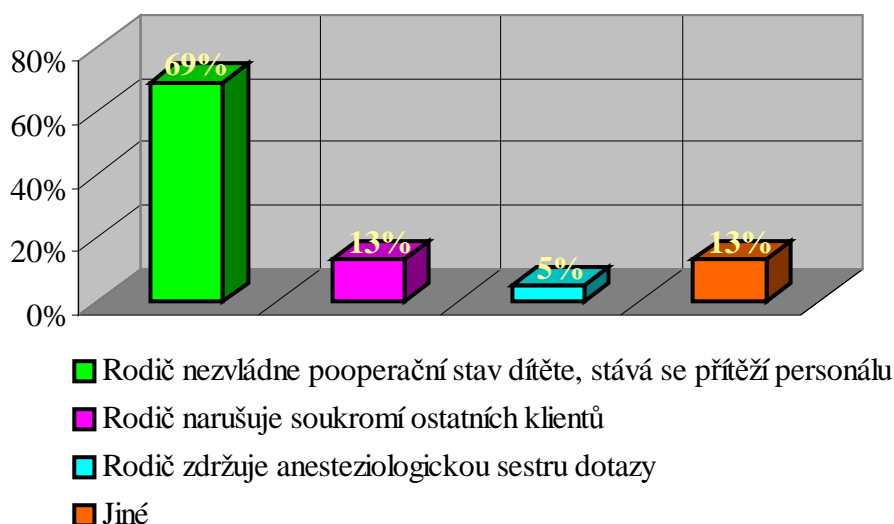


- I. Pomoc při zklidnění dezorientovaného dítěte
- II. Pocit jistoty a bezpečí v kontaktu s blízkou osobou
- III. Pomoc rodiče v rámci bezprostřední pooperační péče
- IV. Informovanost rodiče o pooperačním stavu dítěte
- V. Jiné

Z uvedeného grafického přehledu je zřejmé názorové zastoupení v oblasti vnímání pozitivních přínosů rodičovské podpory ve smyslu fyzického kontaktu rodiče u dítěte po skončení zákroku již na operačních sálech v jednotlivých českých nemocnicích: Č.B., J.H., Brno. V Nemocnici České Budějovice na otázku odpovídalo 18 sester. V 8 případech vnímají rodičovský doprovod jako pomoc ke zklidnění dítěte a nejčastěji uváděnou odpovědí 12x bylo poskytnutí dítěti pocit jistoty a bezpečí. 8x zde sestry zaškrtnly pomoc rodiče v pooperační péči a v 7 případech pozitivum vnímají především

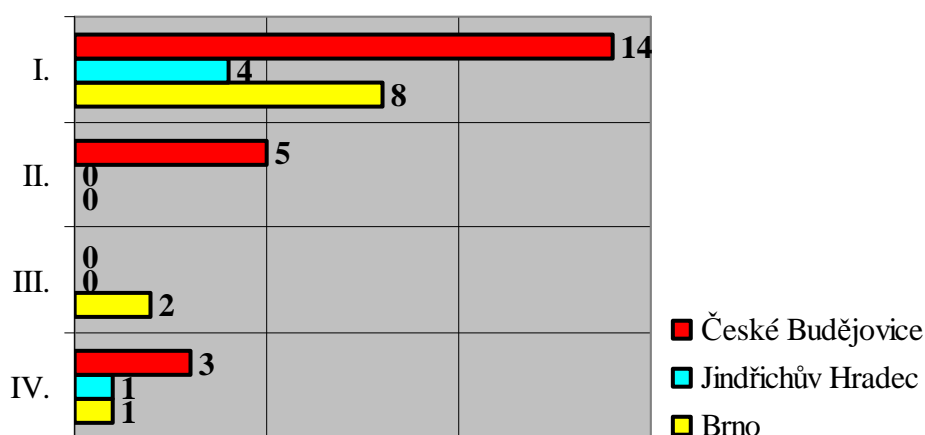
v lepší informovanosti rodiče. V jindřichohradecké nemocnici odpovídalo 6 pracovníků. Nejvíce uváděným přínosem (4x) bylo uspokojení potřeby jistoty a bezpečí u dítěte, a dále 2x pomoc při zklidnění dítěte, 2x pomoc rodiče v bezprostřední pooperační péči a 2x i větší informovanost. Jedna sestra označila kolonku jiné (viz. předchozí graf). V Dětské Nemocnici v Brně odpovídalo 11 sester. Zde byla rovněž nejčastější odpověď zajištění potřeby jistoty a bezpečí - 5x, 4 sestry uvedly pozitiva ve zklidnění dítěte rodičem a 2 anesteziologickými pracovníky byla uvedena lepší informovanost rodiče. Jedna sestra zaškrtnula kolonku jiné.

Graf 21 Přehled negativ uváděných anesteziologickými sestrami souvisejících z přítomnosti rodiče na operačním sále po ukončení operace jejich dítěte v rámci celé ČR (k otázce č. 11 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)



Graf znázorňuje názory anesteziologických pracovníků na negativní dopad přítomnosti rodiče u dítěte na operačním sále po plánované operaci v rámci celé České republiky (souhrnný soubor). Ze třech českých nemocnic odpovídalo 35 pracovníků. Z nich 26 (69%) označilo za negativum nezvládání pooperační situace rodičem, čímž se pro práci sálových pracovníků stává přítěží. V 5 případech (13%) sestry uvedly jako negativum narušování soukromí ostatních klientů po operaci, 5% tedy 2 odpovědi uvedly, že by je rodič zdržoval od práce zbytečnými dotazy a 5x (13%) byla označena kolonka „jiné“, kde sestry uvedly, že si nejsou vědomy žádných negativ.

Graf 22 Přehled negativ plynoucích z rodičovské přítomnosti u dítěte po operaci, z pohledu anesteziologických pracovníků a možnost jejich porovnání mezi jednotlivými českými nemocnicemi: Nemocnice České Budějovice, Nemocnice Jindřichův Hradec, Dětská nemocnice Brno (k otázce č. 11 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)

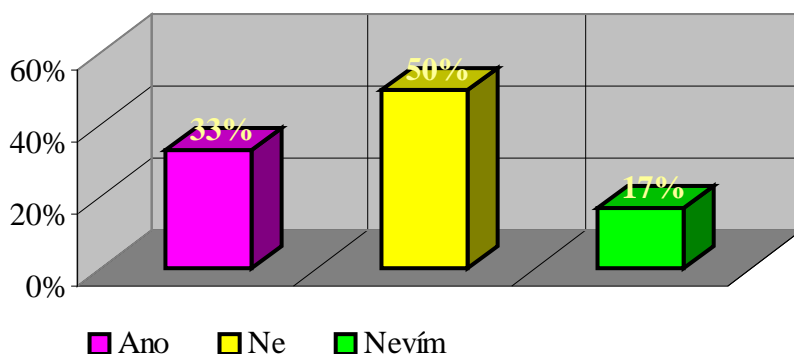


- I. Rodič nezvládne pooperační stav svého dítěte
- II. Rodič narušuje soukromí ostatních klientů po operaci
- III. Rodič zdržuje anesteziologickou sestru dotazy
- IV. Jiné

Toto grafické znázornění zachycuje názory anesteziologických pracovníků jednotlivých českých nemocnic (Č.B., J.H., Brno) na negativní vlivy plynoucí z přítomnosti rodiče na operačním sále po operaci dítěte. V českobudějovické nemocnici odpovídalo na tento dotaz 18 pracovníků anestezie. 14 z nich udalo jako negativní dopad nezvládnání pooperační situace rodičem, 5 pracovníků zaškrtnulo, že rodič svou přítomností na operačním sále narušuje soukromí ostatních klientů. 3 anesteziologické sestry uvedly jako negativum v kolonce jiné, že žádná negativa nenalézají. V Nemocnici v Jindřichově Hradci na otázku odpovídalo 6 sester, které v nemocnici pracují. 1 sestra se však odpovědi zdržela. 4 sestry uvedly jako negativum nezvládnání pooperační situace

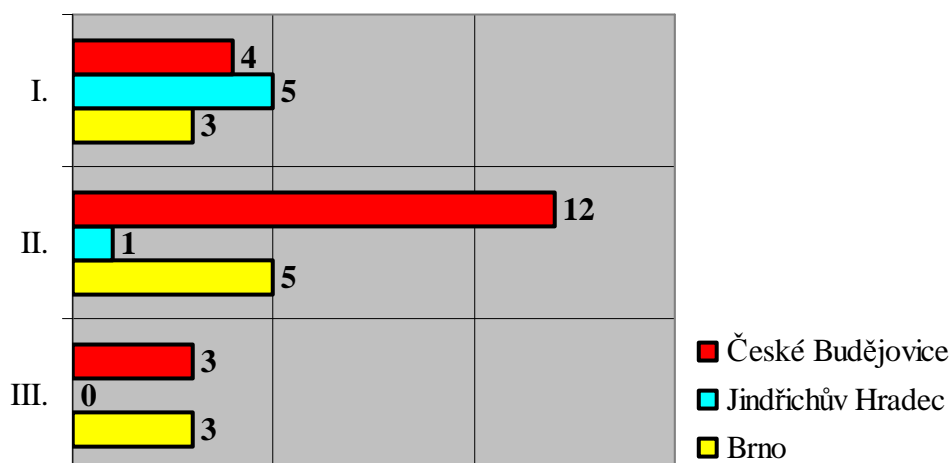
rodičem dítěte a 1 sestra uvedla v kolonce jiné, že nenalézá žádné záporné dopady. V Dětské brněnské nemocnici odpovídalo 11 sester, zde pracujících. 8 anesteziologických pracovníků opět udává obavy z nezvládnutí pooperační doby rodičem dítěte, 2 sestry zmínily jako negativum zdržování sestry zbytečnými dotazy rodiče a 1 sestra naopak v poslední kolonce uvedla, že žádná negativa nenalézá.

Graf 23 Ucelený přehled názorů anesteziologických pracovníků na umožnění doprovodu dítěte rodičem až na operační sál v rámci celé ČR (k otázce č.12 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)



Graf zachycuje souhrnně názory anesteziologických sester na umožnění rodičovského doprovodu u dětí indikovaných k plánovanému chirurgickému výkonu až na operační sál. Výzkumný soubor 35 sester tvoří anesteziologičtí pracovníci ze tří nemocnic v ČR. 12 z nich (33%) si myslí, že by rodiče měli mít možnost své dítě doprovázet k operaci až na operační sál. 18 sester (50%) s touto možností nesouhlasí. 1 sestra uvedla jak kladnou odpověď odůvodněnou pozitivním přínosem pro dítě, tak i zápornou odpověď s odůvodněním neuspokojivých momentálních podmínek pro umožnění rodičovského doprovodu, což by mohlo přinést přes svá pozitiva negativní dopad. V 6 případech (17%) se sestry neví, zda by rodiče měli mít tuto možnost.

Graf 24 Přehledy názorů anesteziologických pracovníků a jejich srovnání týkající se přítomnosti rodičovského doprovodu dětí na operační sál v rámci jednotlivých českých nemocnic: Nemocnice České Budějovice, Nemocnice Jindřichův Hradec a Dětská nemocnice Brno (k otázce č. 12 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)



I. Ano

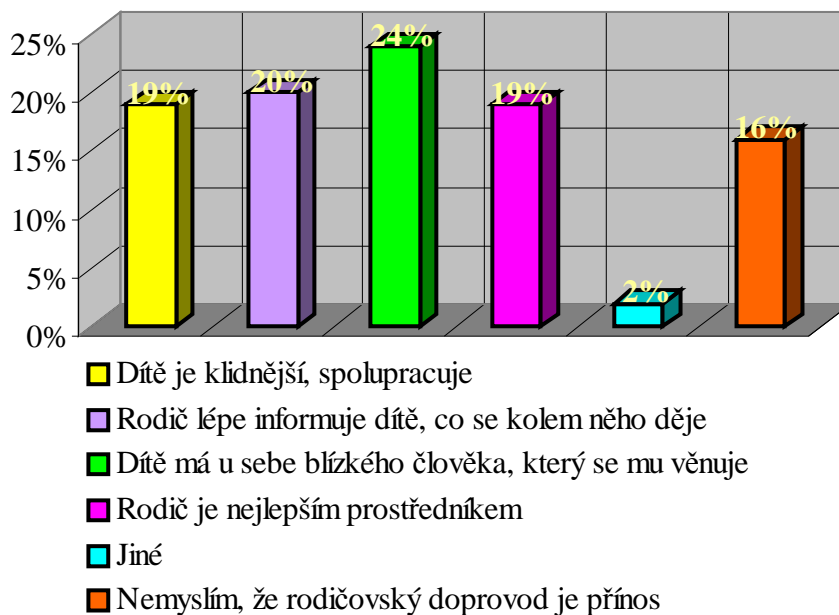
II. Ne

III. Nevím

Graf zachycuje názorové přesvědčení anesteziologických pracovníků na umožnění rodičovského doprovodu na operační sál u dětí indikovaných k plánovaným chirurgickým výkonům v jednotlivých českých nemocnicích (Č.B, J.H., Brno) s možností jejich srovnání. V Nemocnici České Budějovice na tento dotaz odpovídalo 18 sester. 12 sester se vyjádřilo negativně k této možnosti pro rodiče dětí a 4 sestry by tuto možnost rodičovského doprovodu umožnily. Jedna z těchto sester uvedla s odůvodněním obou odpověď (viz předešlý graf). 3 sestry z českobudějovické nemocnice udaly odpověď - nevím. V Nemocnici Jindřichův Hradec odpovídalo na tento dotaz v rámci dotazníku 6 sester. 5 sester se k této možnosti staví pozitivně a 1 sestra s umožněním rodičovského doprovodu nesouhlasí. V brněnské dětské nemocnici odpovědělo 11 anesteziologických pracovníků. Tři sestry si myslí, že by

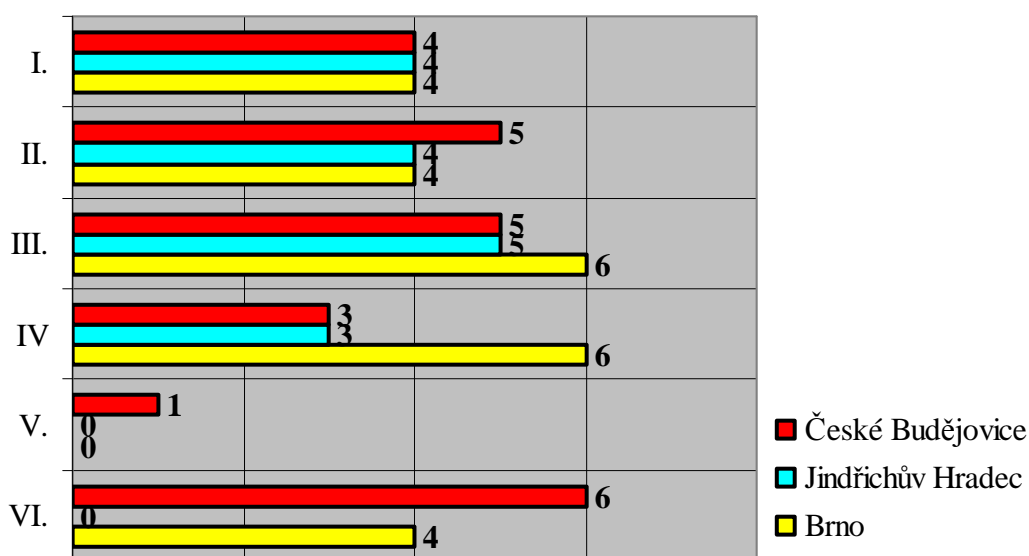
rodičovský doprovod dítěte na operační sál měl být umožněn a 5 sester má opačný názor. 3 sestry uvedly odpověď nevím.

Graf 25 Přínosy rodičovského doprovodu a umožnění maximálního kontaktu s rodiči pro dětského chirurgického klienta z pohledu anesteziologických pracovníků v rámci celé ČR (k otázce č. 13 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)



Graf zachycuje přínosy plynoucí z umožnění rodičovského doprovodu a maximálního kontaktu rodič/dítě v rámci operačního výkonu pro dítě podle anesteziologických pracovníků souhrnně ze tří nemocnic ČR, kteří mohli uvést více odpovědí. Z 35 anesteziologických pracovníků uvádí zklidnění dítěte a snazší spolupráce s ním 12 sester (19%), 13 sester (20%) uvádí jako přínos pro dítě jeho lepší informovanost prostřednictvím rodiče. Poskytnutí plné a kontinuální pozornosti dítěti rodičem je hodnoceno 16 sestrami (24%) jako přínos pro dětského klienta a 12 sester (24%) také uvedlo, že právě rodič je pro dítě nejlepším prostředníkem pro sdělování pocitů a potřeb. 10 sester (16%) odpovědělo, že si nemyslí, že je pro dítě rodičovský doprovod na operační sál přínosem a 1 sestra (2%) uvedla v kolonce „jiné“, že přínosy je těžké obecně definovat a že vyplývají a mění se s věkem dítěte.

Graf 26 Přehledy názorů anesteziologických pracovníků na přínosy rodičovského doprovodu a umožnění maximálního kontaktu dítě/rodič v rámci plánovaného operačního výkonu pro dětského chirurgického klienta v jednotlivých českých nemocnicích: v Nemocnici České Budějovice, v Nemocnici Jindřichův Hradec a v Dětské nemocnici Brno (k otázce č. 14 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)

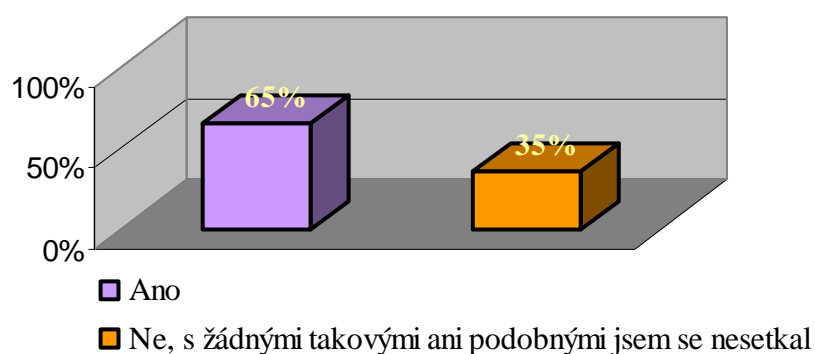


- I. Dítě je klidnější, spolupracuje
- II. Rodič lépe dítě informuje
- III. Blízký člověk pro dítě
- IV. Rodič je nejlepším prostředníkem pro dítě ke sdělení svých pocitů
- V. Jiné
- VI. Rodičovský doprovod nemá pro dítě přínos

Graf zachycuje názory anesteziologických týmů jednotlivých nemocnic na přínosy rodičovského doprovodu a umožnění maximálního kontaktu rodič/dítě pro dětského chirurgického klienta s možností jejich porovnání. V Nemocnici České Budějovice odpovídalo na tuto otázku 18 sester. 4 z nich uvedly jako přínos pro dítě jeho zklidnění

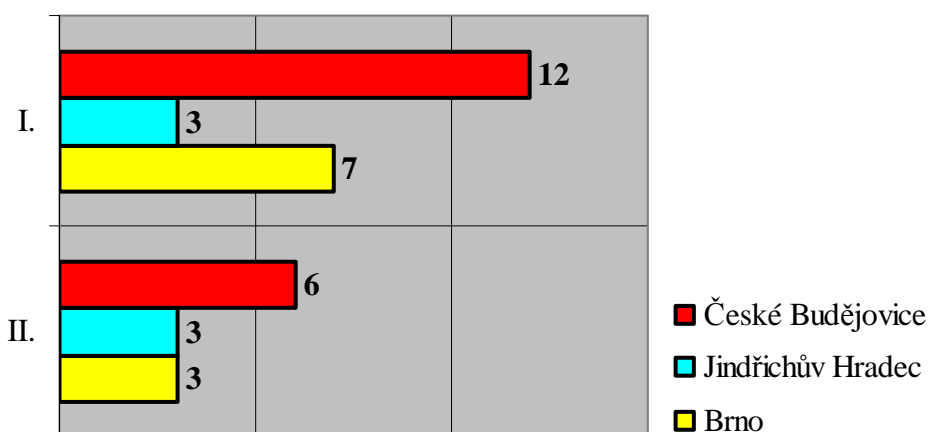
a lepší spolupráci. 5x byla označena odpověď lepší a přijatelnější informovanosti dítěte rodičem, dále opět v 5 případech se sestry v Č.B. domnívají, že je přínosem pro dítě kontinuální přítomnost blízké pečující osoby a 3 sestry označily za přínos pro dítě přítomnost rodiče jako prostředníka k vyjádření jeho pocitů a potřeb. 6 sester českobudějovické nemocnice se vyjádřilo, že si nemyslí, že by měl rodičovský doprovod na operačním sále pro dítě přínos. Jedna sestra přínosy nedefinovala a uvedla v kolonce „jiné“ jejich závislost na věku dítěte. V Nemocnici Jindřichův Hradec odpovídalo 6 sester a ty ve 4 případech označily zklidněné a spolupracující dítě jako přínos, dále opět ve 4 případech snazší předání informací dítěti rodičem. 5 sester označilo jako pozitivum pro dítě blízkost známé osoby, která se mu plně věnuje a 3 sestry uvedly jako přínos pro dítě lepší vyjádření svých pocitů a potřeb prostřednictvím rodiče. V Dětské nemocnici v Brně odpovídalo 11 sester. 4 sestry označily přínos ve zklidnění a spolupráci dítěte a stejně tak ve 4 případech i jeho informovanost rodičem. 6 sester uvedlo do přínosů pro dítě přítomnost a péči osoby blízké a opět 6 sester udalo i pozitivum přítomnosti rodiče k snazšímu vyjádření pocitů a jiných sdělení. Ve 4 případech si sestry v dětské brněnské nemocnici nemyslí, že by měl rodič na sále pro dítě nějaká pozitiva.

Graf 27 Souhrnný přehled výskytu komplikací v souvislosti se separačním strachem a úzkostí u dětí v rámci plánovaných výkonů (k otázce č. 14 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)



Graf souhrnně informuje o výskytu komplikací v rámci operačního výkonu způsobené separačním strachem a úzkostí u dětí, z praxe anesteziologických pracovníků ze tří nemocnic v ČR. Celkově odpovídalo 35 sester. Z tohoto počtu 22 sester (65%) uvedlo, že se ve své praxi setkaly s komplikacemi v rámci operačního výkonu způsobenými separačním strachem a úzkostí u dětí. Nejčastěji popisovanými komplikacemi jsou: zahleněné-uplakané dítě, tachykardie, dávení a pomočení dítěte v rámci jeho excitace. 12 anesteziologických pracovníků (35%) uvádí, že se s žádnými komplikacemi v souvislosti se separačním strachem a úzkostí dítěte na operačním sále nesetkali.

Graf 28 Selektivní přehledy výskytu komplikací v jednotlivých českých nemocnicích: v Nemocnici České Budějovice, v Nemocnici Jindřichův Hradec a v Dětské nemocnici Brno a možnosti vzájemného porovnávání vzniklých v souvislosti se separačním strachem a úzkostí dětí v rámci plánovaného operačního výkonu (k otázce č. 14 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)

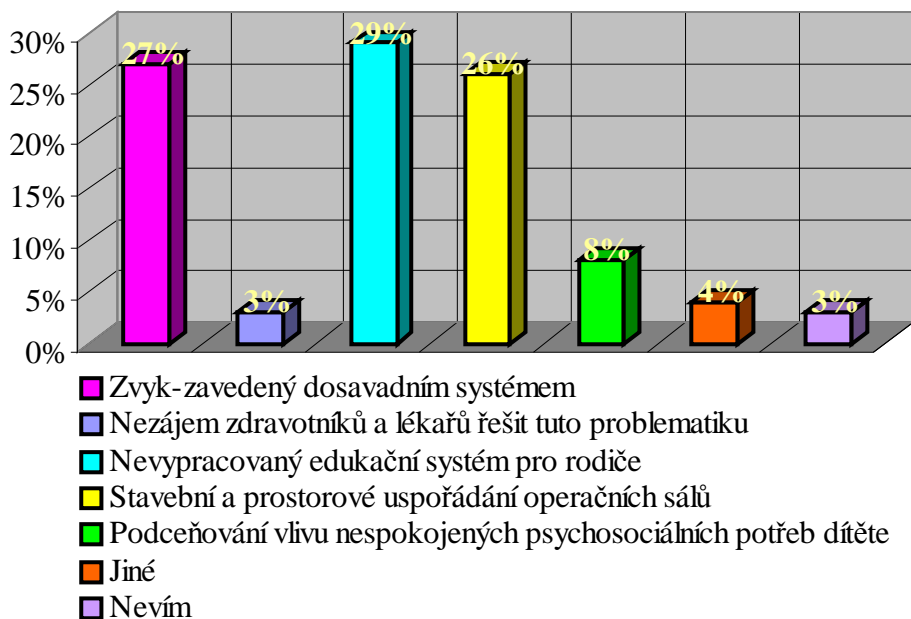


I. Ano

II. Ne

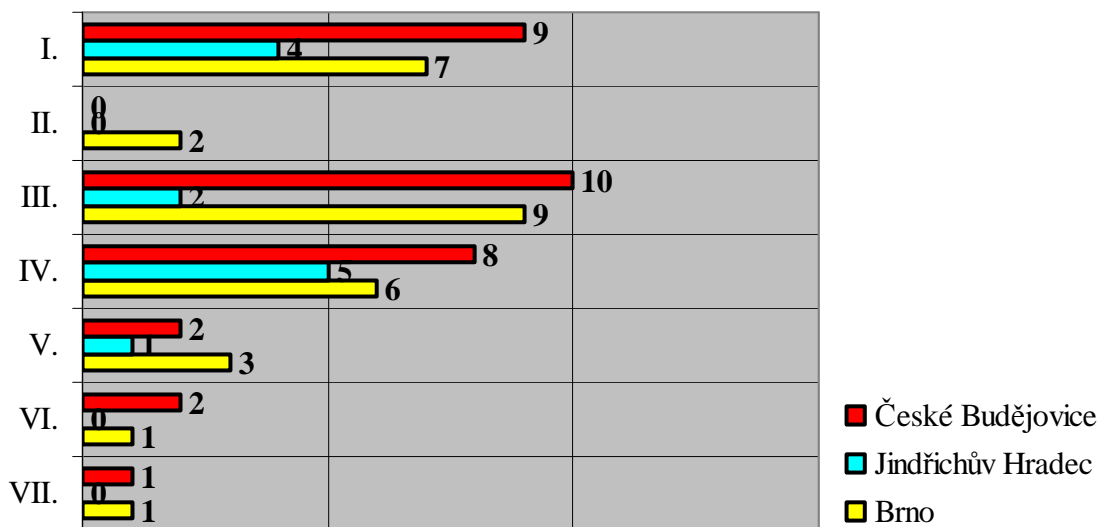
Graf zachycuje přehled výskytu komplikací, které uvádějí anesteziologičtí pracovníci jednotlivých českých nemocnic v souvislosti se separačním strachem a úzkostí dítěte na operačním sále. V Českých Budějovicích odpovídalo 18. Z nich 12 sester se ve své praxi setkalo s výskytem těchto komplikací u dětí a 6 se s žádnými takovými ani podobnými komplikacemi nesešlo. V Nemocnici v Jindřichově Hradci odpovídalo na tuto otázku 6 sester a zde 3 sestry odpověděly kladně a 3 záporně. V Dětské nemocnici v Brně odpovídalo 11 sester. 1 sestra však na tuto otázku neodpověděla. Ze zbývajících 10ti 7 sester odpovědělo, že se komplikacemi u dětí z důvodu separace setkalo a 3 se s těmito komplikacemi neseškaly.

Graf 29 Přehled příčin bránících umožnění doprovodu dětí jejich rodiči na operační sál z pohledu anesteziologických pracovníků v rámci celé ČR (k otázce č. 15 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)



Graf zachycuje názory anesteziologických pracovníků ze tří nemocnic v ČR zdůvodňující neumožnění rodičovského doprovodu na operační sál pro děti indikované k malému plánovanému chirurgickému výkonu. Souhrnně odpovídalo 35 sester. Z tohoto množství 20 sester (27%) vidí jako důvody, které brání možnosti doprovázet děti na operační sál, zvyk a zavedený dosavadní systém, 2 sestry (3%) uvedly jako příčinu nezájem zdravotníků tuto problematiku řešit z časového a pracovního vytížení. Nejčastěji uváděnou odpovědí a to v 21 případech (29%) byl nevypracovaný edukační systém pro rodiče a nevytvořené zásady určené rodičovskému doprovodu vstupujícímu s dítětem na úsek operačního sálu. 19 sester (26%) označilo také jako důvod stávající stavební a prostorové uspořádání operačních sálů, v 6 (8%) případech bylo uvedeno podceňování vlivu psycho-sociálních potřeb dítěte v rámci operačního výkonu a ve 2 (3%) případech sestry neznají příčiny. 3 sestry (4%) označily jiné důvody, které však nevedly.

Graf 30 Přehledy příčin bránících zavedení rodičovského doprovodu dítěte na operační sál z pohledů anesteziologických pracovníků v jednotlivých českých nemocnicích: v Nemocnici v Českých Budějovicích, v Nemocnici Jindřichův Hradec a v Dětské brněnské nemocnici (k otázce č. 15 z dotazníku pro anesteziologické pracovníky)



- I. Zvyk, zavedený dosavadní systém
- II. Nezájem zdravotníků a lékařů řešit tuto problematiku
- III. Nevypracovaný edukační systém a zásady pro rodiče
- IV. Stavební a prostorové uspořádání operačních sálů
- V. Podceňování vlivu psycho-sociálních potřeb dítěte v rámci operace
- VI. Jiné
- VII. Nevím

Graf zachycuje přehled důvodů bránících v možnosti doprovázet děti na operační sál v jednotlivých českých nemocnicích (Č.B., J.H., Brno). V Nemocnici České Budějovice odpovídalo na tento dotaz 18 anesteziologických pracovníků. 9 z nich uvedlo jako důvod zvyk a zavedený systém, 10 sester uvedlo jako příčinu nevypracovaný edukační systém a zásady pro rodiče a v 8 případech je důvodem stavební a prostorové uspořádání operačních sálů. 2 sestry odůvodnily nynější situaci v této problematice jako

podceňování psycho-sociálních potřeb dítěte v rámci operace a 1 sestra nezná důvod. 2 anesteziologičtí pracovníci označili, ale neuvedli jiné důvody. V nemocnici v Jindřichově Hradci odpovídalo 6 sester. Z nich 4 sestry uvedly jako důvod zvyk a dosavadní zavedený systém, 2 sestry označily jako příčinu nevypracovaný edukační systém a zásady pro rodiče, v 5 případech je důvodem stavebně prostorové uspořádání operačních sálů a 1 sestra si myslí, že příčinou je i podceňované psycho-sociální potřeby chirurgických dětských klientů nemocnice. V Dětské nemocnici v Brně odpovědělo na tento dotaz 11 sester. 7 z nich uvedlo jako důvod zvyk a zavedený systém, 2 pracovníci uvedli nezáměr zdravotníků tuto problematiku řešit a nejčastěji a to 9x uváděným důvodem je nevypracovaný edukační systém a zásady pro rodiče. V 6 případech se jedná o stavebně-prostorové uspořádání operačních sekcí, 3 sestry si myslí, že příčinou je také podceňování vlivu psycho-sociálních potřeb dětí v rámci operačního výkonu. 1 sestra nevěděla odpověd', 1 sestra uvedla jiné nekomentované důvody.

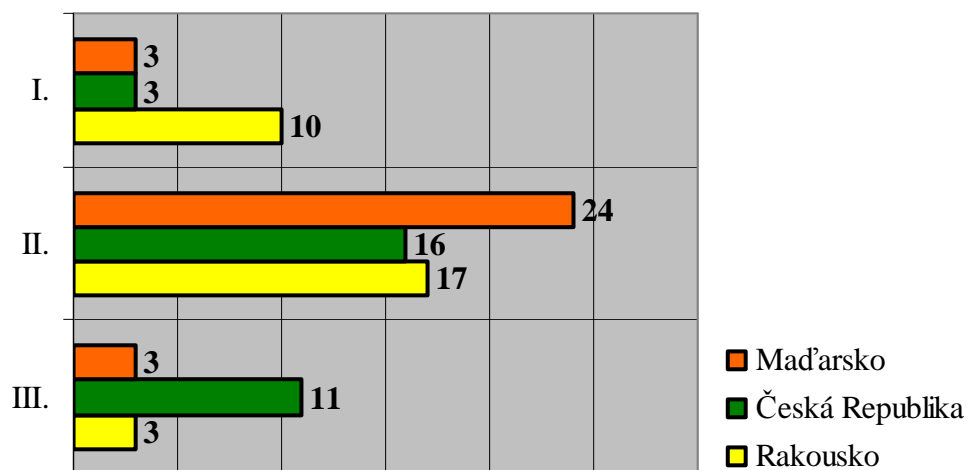
4.4.2 Výsledky a grafické zpracování z dokumentací a záznamů v České republice, Maďarsku a Rakousku

Tabulka 1: Přehled věkového složení dětí u výzkumných souborů z České republiky, z Maďarska a Rakouska využívaných pro porovnání rozsahu, úrovně a možností rodičovského doprovodu dětí k operačním výkonům mezi jednotlivými zeměmi

	Maďarsko	Česká republika	Rakousko
1 rok	0	0	0
2 roky	8	6	2
3 roky	6	8	4
4 roky	5	5	7
5 let	3	4	4
6 let	2	3	4
7 let	3	2	3
8 let	1	2	3
9 let	1	0	1
10 let	0	0	1
11 let	0	0	1
12 let	1	0	0
Průměr	2,5	2,5	2,5
Celkem	30	30	30

Tabulka zachycuje stáří a počet dětí, které byly zahrnuty do kvantitativního výzkumu pro porovnávání možností, úrovně a rozsahu rodičovského doprovodu v rámci malých plánovaných chirurgických operací v jednotlivých zemích. Z tabulky je zřejmé, že i přes některé odchylky v zastoupení určitých věkových kategorií se podařilo získat stejně velké vzorky 30ti dětí, které jsou mezi sebou porovnatelné tj. se stejným věkovým průměrem 2,5 roku.

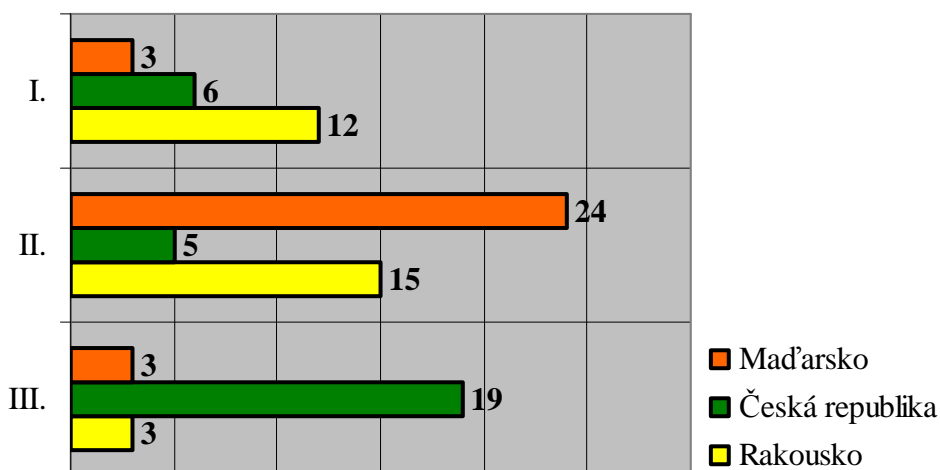
Graf 31 Rozsah možností rodičovského doprovodu u dětí v rámci hospitalizace v jednotlivých zemích: Česká republika, Maďarsko, Rakousko (tabulka pro sběr dat)



- I. Hospitalizace dítěte s rodičem
- II. Rodič s dítětem v nemocnici bez nároku na lůžko
- III. Samostatný pobyt dítěte v nemocnici

Graf zpřehledňuje možnosti rodičovského doprovodu dětí v rámci jejich hospitalizace v jednotlivých zemích. V Maďarsku bylo zkoumáno 30 chirurgických klientů (Nemocnice Nyíregyháza a Nemocnice Miskolc), z nichž ve 3 případech byli rodiče hospitalizováni s dítětem, u 24 dětí byli rodiče v nemocnici u svých dětí bez nároku na lůžko a 3 děti byly samostatně v nemocnici, rodiče docházeli pouze na návštěvy. V České republice byla zjišťována situace u stejně velkého počtu dětí (30). Vzorek byl sesbírán z nemocnic České Budějovice, Nemocnice Jindřichův Hradec a Brno. 3 dětských pacienti byli hospitalizováni s rodiči, u 16 dětí měli možnost rodiče v nemocnici být bez nároku na lůžko a 11 dětí bylo v nemocnicích České republiky hospitalizováno samostatně. V Rakousku z 30 sledovaných dětí v nemocnici v rámci malých chirurgických výkonů 10 dětí bylo hospitalizováno s jejich rodičem, u 17 dětí byli rodiče v nemocnici bez nároku na lůžko celý den a ve třech případech děti byly v nemocnici hospitalizovány samostatně a bez trvalé přítomnosti rodičů.

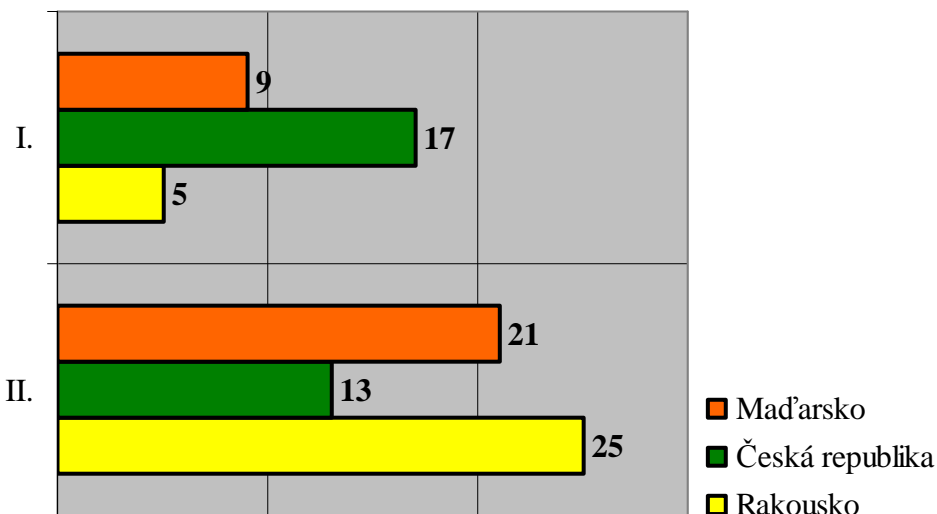
Graf 32 Rozsah možností rodičů doprovázet své děti k operačnímu výkonu v jednotlivých zemích: Česká republika, Maďarsko, Rakousko



- I. Na operační sál
- II. Před operační sál
- III. Bez doprovodu

Grafický přehled rozsahu možností rodičovského doprovodu k operačnímu výkonu u dětí při plánovaných malých chirurgických výkonech. Z celkového počtu 30 sledovaných dětí v maďarských nemocnicích u 3 dětí byl umožněn vstup rodiče na operační sál s dítětem před operací, 24 dětí doprovázeli rodiče před výkonem až k operačnímu sálu a 3 děti byly bez rodičovského doprovodu k operaci. Z 30 pozorovaných dětí z českých nemocnic mělo 6 dětí možnost rodičovského doprovodu až na operační sál, 5 dětí bylo doprovázeno rodiči před operační sál a 19 dětí nebylo rodiči před operací doprovázeno. V rakouské nemocnici bylo 12 dětí doprovázeno až na úsek operačního sálu, 15 dětí před operační sál a 3 děti nebyly doprovázeny k operaci svými rodiči.

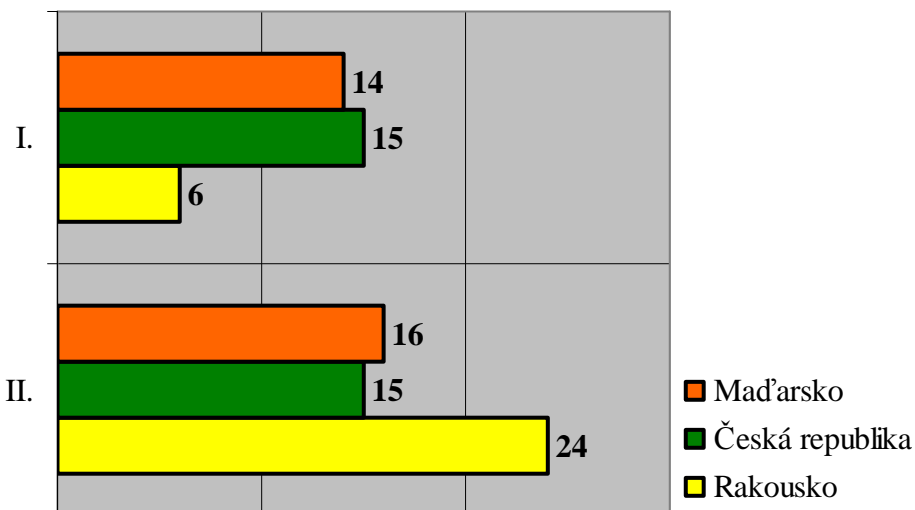
Graf 33 Psychický stav dětí před operačním výkonem na operačním sále



- I. Dítě excitované, pláče
 II. Dítě zklidněné, spolupracující

Graf zachycuje psychický stav dětí před zahájením malého plánovaného chirurgického výkonu pro možnost porovnání s mírou rodiči poskytnuté opory zachycené v předešlých grafech před začátkem operace u dětí v jednotlivých zemích. Z 30 sledovaných dětí v Maďarské republice jich 9 bylo výrazně excitovaných a plačících před zahájením operačního výkonu. 21 dětí z 30 bylo spolupracujících a zklidněných. V České republice v rámci zkoumaného vzorku 30 dětí ze tří nemocnic (J.H., Č.B., Brno) 17 dětí bylo plačících a excitovaných těsně před operací na operačních sálech a 13 dětí se dalo ohodnotit jako klidné a spolupracující. V rakouské nemocnici ze stejně velkého vzorku 30 dětí bylo 5 dětí plačících a excitovaných a celých 25 dětí bylo před operací zklidněných a spolupracujících.

Graf 34 Psychický stav dětí po operaci dítěte na operačním sále

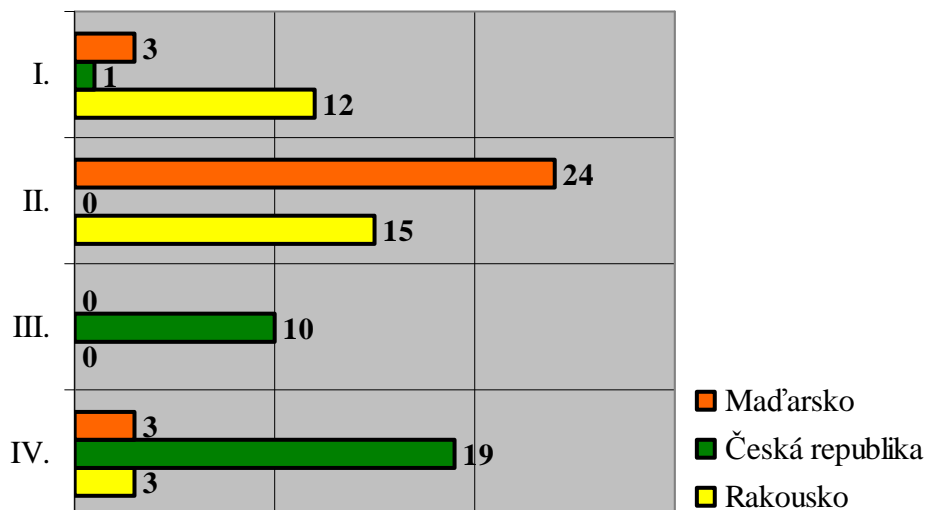


I. Excitované, plačící dítě

II. Klidné, spavé dítě

Graf zachycuje psychické rozpoložení dětí v bezprostřední pooperační době v jednotlivých zemích s možností následného porovnání v souvislosti s odlišným rozsahem rodičovské podpory u dítěte před operací. V Maďarsku z 30 dětí absolvující chirurgický výkon v celkové anestezii bylo 14 dětí po operaci plačtivých, excitovaných a zbylých 16 dětí bylo po operaci klidných a spavých. V rámci zkoumaného vzorku 30 dětí z nemocnic v České republice bylo 15 dětí plačících a excitovaných a rovněž 15 dětí bylo po skončení operace klidných a spavých. U dětí z Rakouska se pláč a excitace vyskytl v 6 případech, zbylých 24 dětí bylo po operaci klidných a spíše spavých.

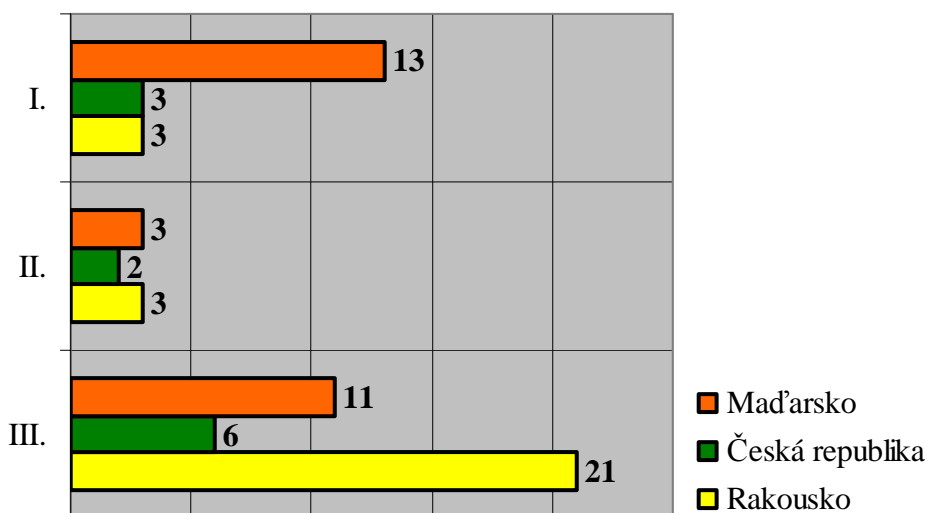
Graf 35 Kde mají rodiče možnost setkání s dítětem po operaci



- I. Na operačním sále
- II. Za operačním sálem
- III. Na pokoji po příjezdu z operačního sálu
- IV. Kontakt s rodičem později

Graf zachycuje přehled možností rodičů se setkat se svými dětmi po skončení operačního výkonu v jednotlivých zemích. V Maďarsku se z 30 sledovaných dětí 3 děti setkaly se svým rodičem ještě na operačním sále, 24 dětí se setkalo s rodičem hned za operačním sálem a 3 děti se se svým rodičem setkaly v pozdější době po příjezdu ze sálu na pokoj ošetrovací jednotky. V České republice ze vzorku 30 dětí 1 dítě mělo svého rodiče u sebe po skončení operačního výkonu již na sále, 10 dětí se setkalo se svými rodiči po příjezdu z operačního sálu na pokoji a 19 dětí se se svými rodiči setkalo později. V rakouské nemocnici 12 dětí bylo v kontaktu s rodiči po operaci již na operačním sále, dále 15 dětí za operačním sálem a 3 děti se setkaly se svými rodiči po operaci někdy později na svém pokoji.

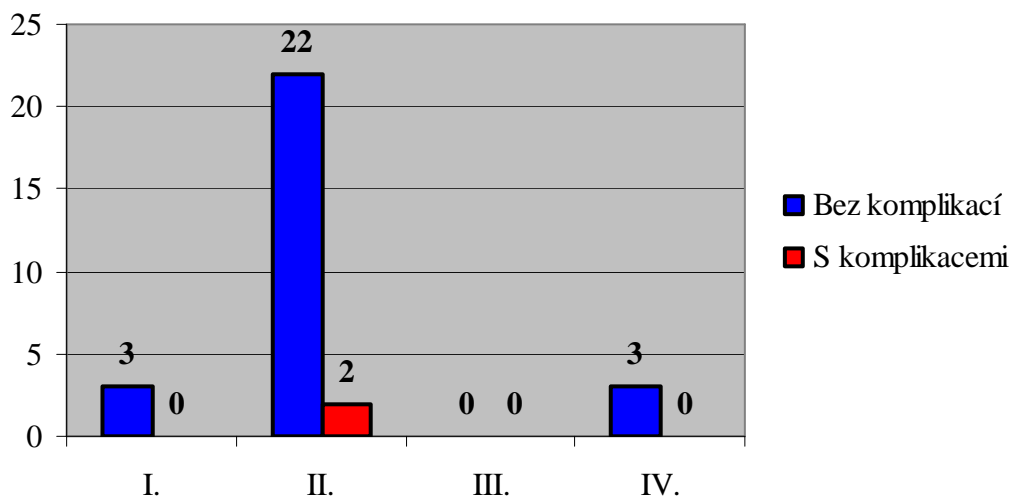
Graf 36 Vliv rodičovské přítomnosti na psychický stav dětí při setkání rodiče a dítěte po operaci



- I. Zklidnění dítěte v přítomnosti rodiče
- II. Plačtivá /odmítavá reakce dítěte na rodiče
- III. Dítě spí/ přítomnost rodiče nevnímá

Graf zachycuje reakce dětí po setkání se svými rodiči po operačním výkonu pro zjištění významu rodičovské podpory u dětských operantů. V Maďarsku bylo sledováno 30 dětí. 27 z nich se po operaci setkali se svými rodiči. 13 z nich se po kontaktu s rodičem zklidnilo, 3 děti reagovaly na své rodiče po operaci odmítavě a 11 dětí v přítomnost rodiče téměř nevnímalo a spalo. V České republice se z 30 sledovaných dětí 11 dětí setkalo po operaci se svým rodičem. Ve třech případech se děti po kontaktu s rodičem zklidnily, ve 2 případech reagovaly na rodiče odmítavě a s pláčem a v 6 případech dítě spalo a na přítomnost rodiče nereagovalo. V rakouské nemocnici bylo z 30 pozorovaných dětí 27 dětí v kontaktu s rodiči po operaci. 3 děti se po setkání s rodičem po operaci zklidnily, 3 děti reagovaly na své rodiče odmítavě a s pláčem a 21 dětí po setkání s rodičem spalo a jejich přítomnost nevnímalo.

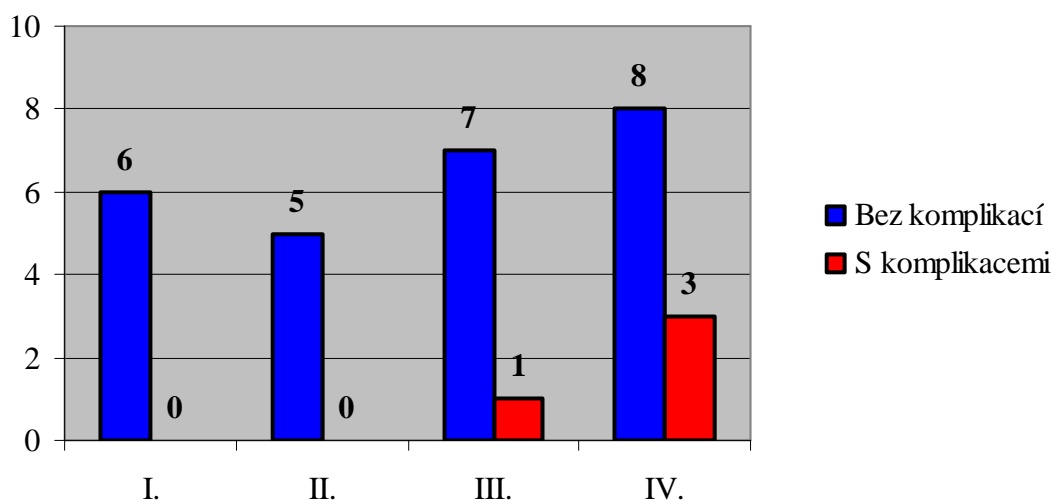
Graf 37 Míra výskytu komplikací v rámci operace v souvislosti s rozsahem rodičovského doprovodu u dětí v Maďarsku



- I. Děti s rodičovským doprovodem na sál
- II. Děti s rodičovským doprovodem před sál
- III. Děti bez rodičovského doprovodu k operačnímu výkonu (rodič na pokoji)
- IV. Děti bez doprovodu

Graf zachycuje výskyt komplikací v rámci operace dané do souvislosti s rozsahem rodičovského doprovodu u chirurgických dětských pacientů. Z celkového vzorku 30 dětí byly 3 děti doprovázeny rodiči až na operační sál v rámci operace a u všech tří dětí se nevyskytla žádná komplikace. Dalších 24 dětí bylo doprovázeno rodiči před operační sál a u nich se vyskytla komplikace u 2 případů v podobě tachykardie. Výskyt rodičovského doprovodu pouze na pokoj ošetrovací jednotky nebyl zaznamenán a u 3 dětí bez doprovodu v nemocnici se rovněž žádné komplikace nevyskytly.

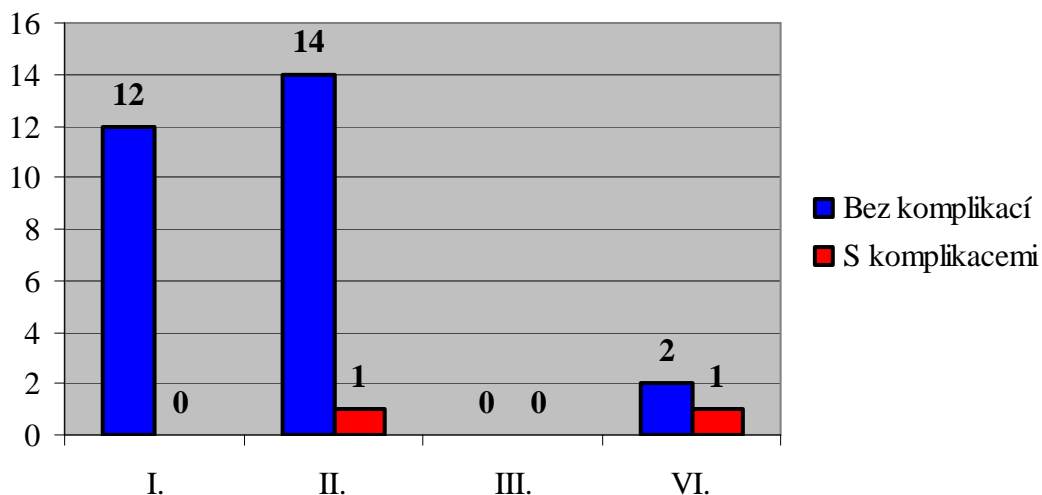
Graf 38 Míra výskytu komplikací v rámci operace v souvislosti s rozsahem rodičovského doprovodu u dětí v České republice



- I. Děti s rodičovským doprovodem na sál
- II. Děti s rodičovským doprovodem před sál
- III. Děti bez rodičovského doprovodu k operačnímu výkonu (rodič na pokoji)
- IV. Děti bez doprovodu

Graf zachycuje míru výskytu komplikací v rámci malých plánovaných operačních výkonů u dětí v českých nemocnicích ve vazbě na odlišnosti rodičovské podpory u těchto dětí. Ze zkoumaného vzorku 30 dětí bylo 6 dětí doprovázeno rodiči až na operační sál a u nich se nevyskytly žádné perioperační komplikace, 5 dětí bylo doprovázeno rodiči před operační sál a rovněž u nich se žádné komplikace nevyskytly. Dále 8 dětí nebylo rodiči k výkonu doprovázeno a jejich rodiče setrvali na pokoji. U těchto dětí se ve 2 případech vyskytly komplikace v podobě hyperventilace v úvodu do anestezie. V 11 případech děti nebyly doprovázeny v nemocnici rodiči vůbec. Z těchto dětí se vyskytly ve 3 případech komplikace (tachykardie, hyperventilace, zahlenění dítěte).

Graf 39 Míra výskytu komplikací v rámci operace v souvislosti s rozsahem rodičovského doprovodu u dětí v Rakousku



- I. Děti s rodičovským doprovodem na sál
- II. Děti s rodičovským doprovodem před sál
- III. Děti bez rodičovského doprovodu k operačnímu výkonu (rodič na pokoji)
- IV. Děti bez rodičovského doprovodu

Graf zřehledňuje výskyt komplikací u dětí v rámci operačního výkonu v rakouské nemocnici v souvislosti s mírou rodičovského doprovodu. Ze zkoumaného vzorku 30 dětí 12 dětí rodiče doprovázeli na operační sál v rámci operačního výkonu. U těchto dětí s žádné komplikace nevyskytly. 15 dětí doprovázeli jejich rodiče před operační sál a u těchto dětí se vyskytly komplikace v 1 případě (tachykardie). Ze 3 dětí, které byly bez rodičovského doprovodu, se v 1 případě vyskytla komplikace (tachykardie).

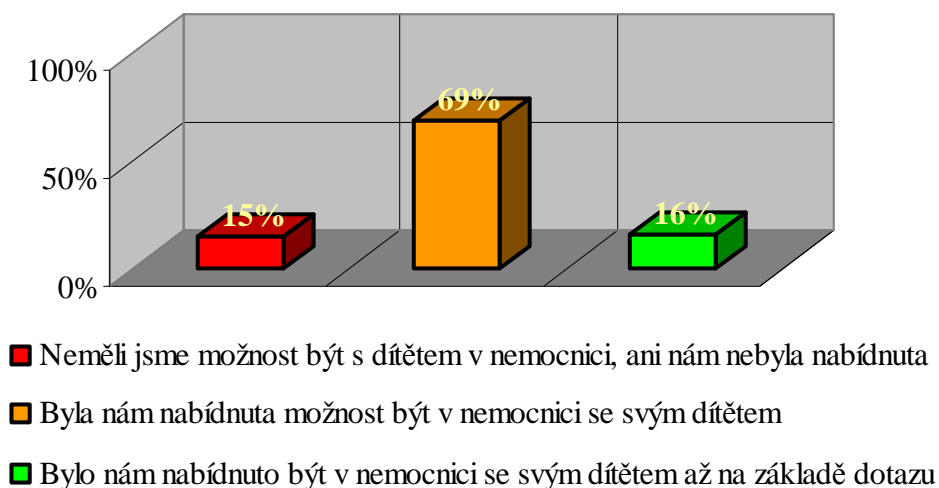
4.4.3 Výsledky a jejich grafické zpracování z dotazníku pro rodiče

Tabulka 2 Věkové zařazení dětí z výzkumného souboru, které absolvovaly malý chirurgický operační výkon v českých nemocnicích (k otázce č.1 z dotazníku pro rodiče)

	0-3 roky	4-7 let	8-12 let	13-18 let	Celkem	Věkový průměr
České Budějovice	20	9	0	0	29	3,24
Jindřichův Hradec	9	18	0	0	27	4,66
Brno	12	16	2	0	30	4,69
Celkem	41	43	2	0	86	4,20

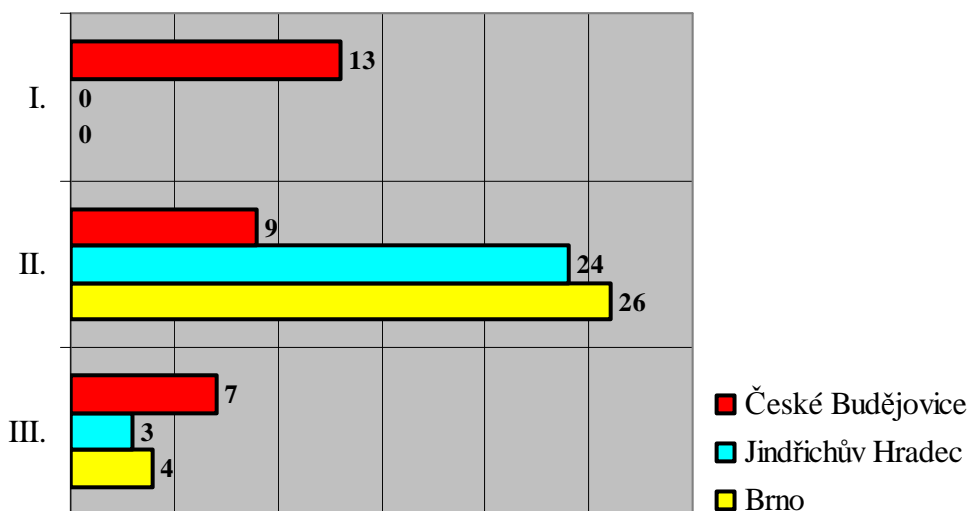
Tabulka zachycuje věk dětí, které podstoupily malý plánovaný chirurgický výkon tak, jak uvedli jejich rodiče v dotaznících. Celkově bylo rozdáno 105 dotazníků rodičům ve třech oblastech podle spádových nemocnic, které byly v rámci výzkumu sledovány. Pro každou oblast (České Budějovice, Jindřichův Hradec, Brno) bylo rozdáno 35 dotazníků a jejich návratnost byla: v Č. Budějovicích 29 dotazníků (83%), v Jindřichově Hradci se dotazníkové akce zúčastnilo 27 rodičů (77%) a ve spádové oblasti pro brněnskou dětskou nemocnici odpovídalo na dotazníky 30 rodičů (86%). Celková návratnost dotazníků byla celkem 90%, tedy 86 dotazníků. Z 86 uvedených hodnot dětského věku bylo v 41 případech uváděno stáří dětí 0-3 roky, dále nejčastější odpovědí rodičů byl věkový rozptyl od 4-7 let, a to sice v 43 případech, a pouze 2 rodiče udali věk jejich dětí, které absolvovaly plánovaný chirurgický zákrok ve věku 8-12 let. Žádný z dotazovaných rodičů neuvedl věk 13-18 let. Tabulka též zachycuje věkový rozptyl v rámci i jednotlivých spádových nemocnic či oblastí.

Graf 40 Zájem zdravotnického personálu (zařízení) o rodičovský doprovod dětí v českých nemocnicích z pohledu rodičů dětí, které absolvovaly malý chirurgický výkon (k otázce č.2 z dotazníku pro rodiče)



Graf znázorňuje možnosti doprovodu popř. hospitalizace rodičů u dětí při nástupu do nemocnice nabízené zdravotnickým personálem. Celkově odpovědělo 86 respondentů. 15% rodičů (13) uvedlo, že se nikdo z personálu o možnosti doprovázet, či být hospitalizován s dítětem nezmínil. V 69 % (58) byla rodičům tato možnost nabídnuta a v 16% (14) byla možnost nabídnuta na základě vlastního dotazování rodičů.

Graf 41 Zájem zdravotnického personálu o rodičovský doprovod dětí v jednotlivých nemocnicích České republiky (Č.Budějovice, J.Hradec, Brno) s možností vzájemného porovnání (k otázce č. 3 z dotazníku pro rodiče)

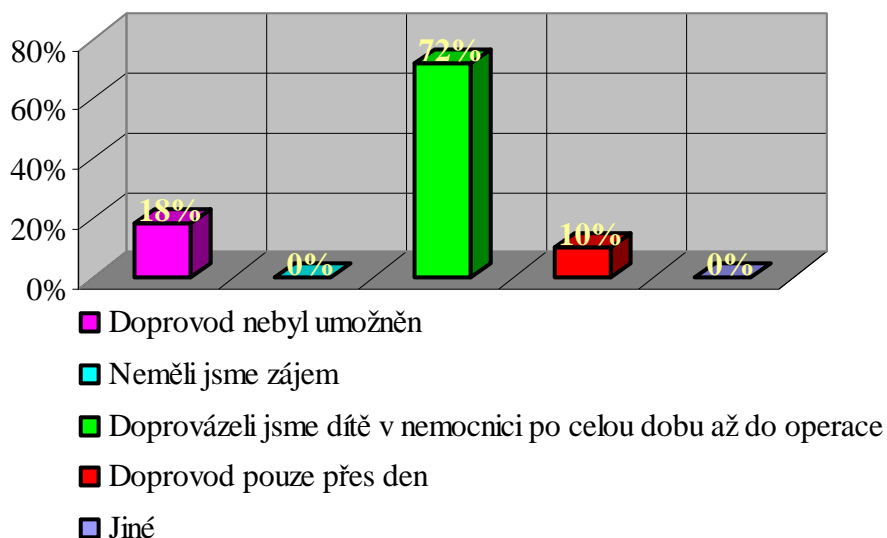


- I. Ne nikdo se z personálu se o takové možnosti nezmínil
- II. Ano, byla mi taková možnost nabídnuta
- III. Ano, byla mi taková možnost nabídnuta na základě vlastního dotazu

Graf zachycuje možnosti doprovodu popř. hospitalizace rodičů u dětí přijímaných do nemocnice k chirurgickému výkonu nabízených zdravotnickým personálem v rámci jednotlivých nemocnic: Č. Budějovice, J. Hradec a Brno. V Č. Budějovicích odpovídalo na otázku 29 respondentů. Z nich 13 rodičů uvedlo, že se při příjmu jejich dítěte do nemocnice nikdo o možnosti doprovodu či hospitalizace s dítětem nezmínil. V 9 případech byla rodičům tato možnost nabídnuta a v 7 případech jim byla možnost doprovázet své dítě v nemocnici nabídnuta až na základě vlastního dotazování. V Nemocnici J. Hradec odpovídalo 27 rodičů. Zde nebyl uveden ani jeden případ, že by rodičům nebylo umožněno své dítě doprovázet. 24 rodičů uvedlo, že jim možnost být se svým dítětem v nemocnici byla nabídnuta a 3 rodiče uvedli nabízenou možnost na základě vlastního dotazování. Ve spádové oblasti pro brněnskou dětskou nemocnici

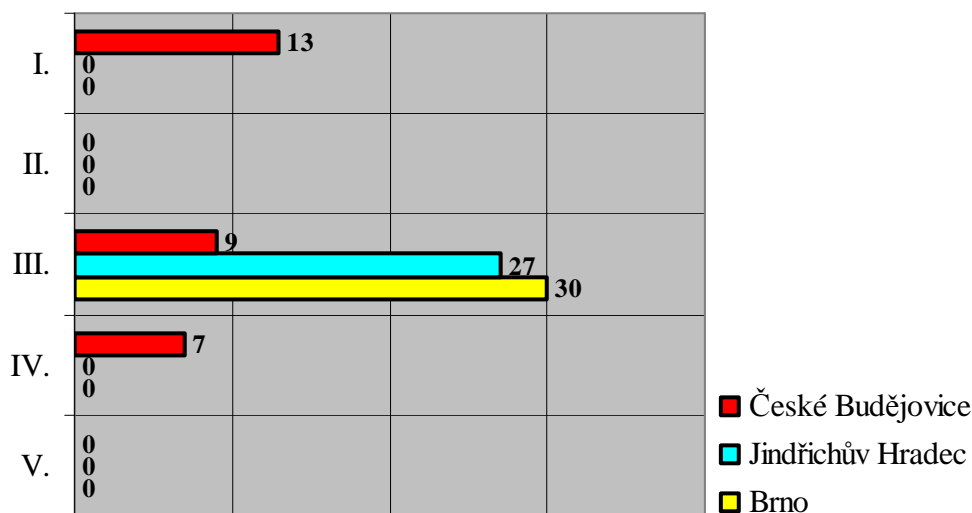
byla návratnost 30 dotazníků. Zde nebyl uveden žádný případ, kdy by se zdravotníci o možnosti rodičovského doprovodu nezmínili. V 26 případech rodiče uvedli, že jim byla tato možnost nabídnuta a ve 4 případech jim byla tato možnost nabídnuta na základě vlastního dotazu.

Graf 42 Přehled rozsahu rodičovského doprovodu v českých nemocnicích u dětí indikovaných k plánovanému chirurgickému výkonu (k otázce č.3 z dotazníku pro rodiče)



Graf zachycuje skutečný rozsah rodičovského doprovodu či hospitalizace dítěte s rodičem v českých nemocnicích při příjmu do nemocnice v rámci plánovaného chirurgického zákroku u dítěte, dle odpovědí rodičů v dotaznících. Na tento dotaz odpovídalo celkem 86 rodičů. V 18% (13) rodiče uvedli, že jim nebylo umožněno s dítětem v nemocnici zůstat. Žádný rodič 0% neodpověděl, že neměl zájem či nechtěl s dítětem v nemocnici setrvat. Nejvíce respondentů a to v 72% (51) odpovědělo, že mohlo se svým dítětem zůstat v nemocnici v době před operací - po celou dobu až do operace. 10% (7 rodičů) uvedlo, že s dítětem setrvalo v nemocnici přes den a v noci museli oddělení opustit. Nikdo 0% z dotazovaných rodičů nevedl jiné možnosti.

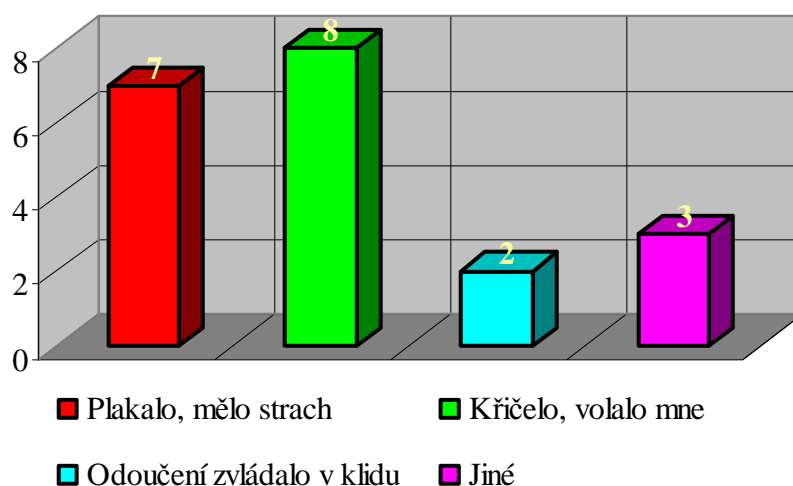
Graf 43 Přehled rozsahu rodičovského doprovodu v jednotlivých českých nemocnicích (Č.Budějovice, J.Hradec, Brno) u dětí indikovaných k plánovanému chirurgickému výkonu (k otázce č.3 z dotazníku pro rodiče)



- I. Doprovázet dítě nebylo možné
- II. Ne, neměl/a jsem zájem/nechtěl/a jsem
- III. Ano po celou dobu až do operace
- IV. Ano, pouze přes den
- V. Jiné

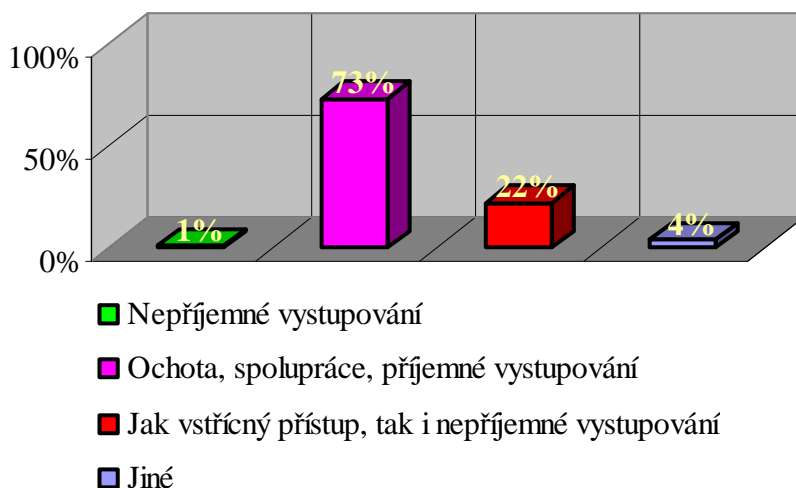
Tento graf zachycuje skutečný rozsah a možnosti rodičovského doprovodu u dětí přijatých k plánované chirurgické operaci v jednotlivých nemocnicích s možností jejich porovnání. V Českých Budějovicích odpovídalo 29 rodičů. Ve 13 případech doprovázet dítě v nemocnici k operaci nebylo možné. V 9 případech rodiče doprovázeli dítě po celou dobu až do operace a 7 rodičů uvedlo, že mohli se svými dětmi být v nemocnici pouze přes den a na noc museli odejít. V Jindřichově Hradci odpovídalo 27. Zde všech 27 rodičů odpovědělo, že doprovázelo děti v nemocnici po celou dobu před operací. V brněnské spádové oblasti odpovídalo 30 rodičů a rovněž i zde ve všech případech mohli své děti v nemocnici před operací doprovázet.

Graf 44 Reakce dětí na odloučení dětí a rodičů v nemocnici při příjmu nebo při odchodu rodiče na noc (k otázce č. 4 z dotazníku pro rodiče)



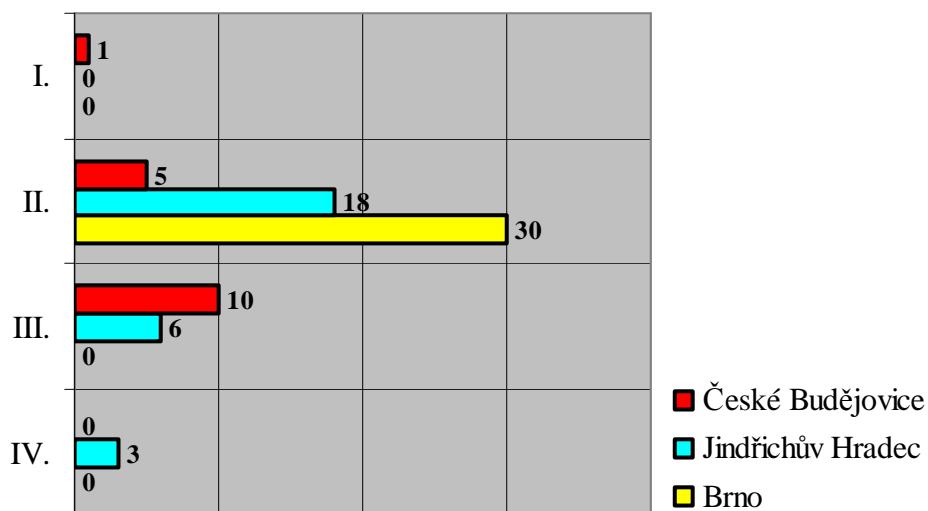
Uvedený graf zachycuje reakce dětí tak, jak je popisují rodiče, i v situacích odloučení se svými dětmi. Na tento dotaz odpovídalo 20 rodičů. Pro nízká čísla jsou uváděny hodnoty v reálných číslech. 7 rodičů uvádí, že jejich děti při odloučení plakaly a měly strach. 8 odpovědí udává, že děti v těchto situacích křičely a volaly rodiče. Pouze ve dvou případech rodiče odpověděli, že děti zvládly odloučení v klidu a 3 rodiče uvedli v kolonce jiné možnosti, že opouštěli dítě tak, aby o tom nevědělo (po usnutí večer), a proto reakci dětí neznají, v jednom případě matka popisuje probuzení a pláč dcery v noci po jejím odchodu.

Graf 45 Přístup zdravotníků k rodičům a dětem během pobytu v českých nemocnicích (k otázce č. 5 z dotazníku pro rodiče)



Graf vystihuje, s jakým přístupem se rodiče se svými dětmi v nemocnicích setkali ze strany zdravotníků. Na tento dotaz odpovídalo 73 respondentů, kteří se dotazníkové akce účastnili. V 73% (53 rodičů) uvádí ochotu, spolupráci a příjemné vystupování zdravotníků, dále 22% (16 rodičů) udává, že se setkali jak se vstřícným přístupem, tak i s nepříjemným vystupováním, pouze jeden rodič uvedl nepříjemné vystupování zdravotníků a 4%, tj. 3 rodiče udali shodně v možnosti jiné a to sice příjemné vystupování zdravotníků, ale rodiče vnímali i jejich časovou zaneprázdněnost a pociťovali informační deficit.

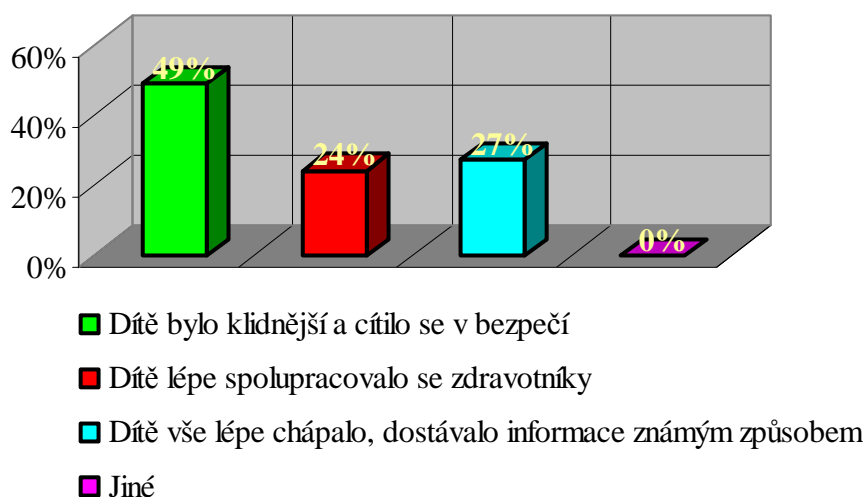
Graf 46 Přístup zdravotníků k rodičům a dětem během pobytu v jednotlivých nemocnicích – České Budějovice, Jindřichův Hradec a Brno (k otázce č. 5 z dotazníku pro rodiče)



- I. Nepříjemné vystupování
- II. Ochota, spolupráce, příjemné vystupování
- III. Jak vstřícný přístup tak i nepříjemné vystupování
- IV. Jiné

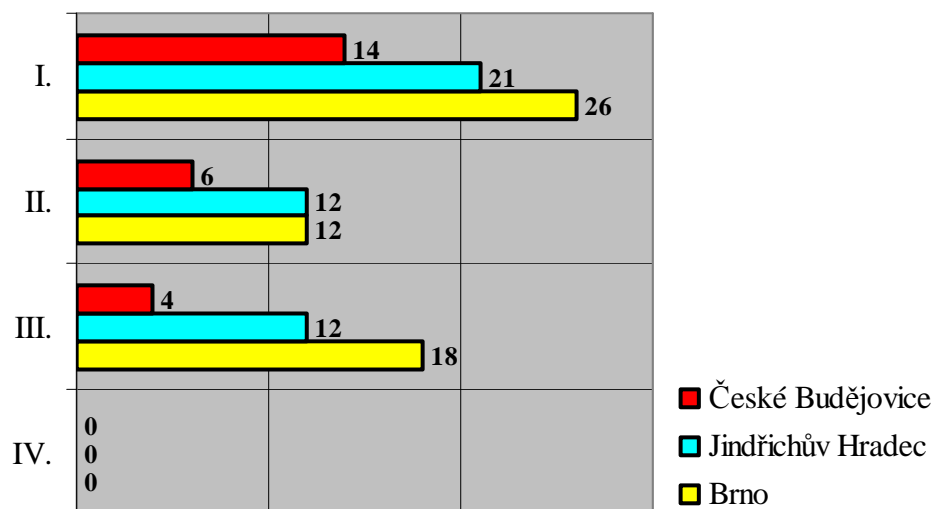
V tomto grafu je zachyceno, s jakým přístupem ze strany zdravotníků se rodiče a děti setkali v jednotlivých nemocnicích pro možnost vzájemného porovnání. V Nemocnici České Budějovice odpovídalo celkem 16 rodičů. Uvedli zde, že se v 1 případě setkali s nepříjemným vystupováním, v 5 případech s ochotou, spoluprací a příjemným vystupováním a 10 rodičů udalo jak vstřícný přístup, tak i nepříjemné vystupování. V Nemocnici J. Hradec odpovídalo 27 rodičů. Ti uvedli, že se v 18 případech setkali s ochotou, spoluprací a příjemným vystupováním zdravotníků, dále 6 jich uvedlo jak vstřícnost, tak i nepříjemné vystupování ze strany personálu a 3 rodiče uvedli jiné skutečnosti zaznamenané v popisu grafu 45. Rodičů se zkušenostmi z brněnské dětské nemocnice odpovídalo 30 a ve všech případech uvedli ochotu, spoluprací a příjemné vystupování zdravotníků.

Graf 47 Vliv rodičovské přítomnosti na děti hospitalizované v českých nemocnicích v rámci plánovaného chirurgického výkonu z pohledu rodičů (k otázce č. 6 z dotazníku pro rodiče)



Graf zachycuje, jaký význam měla podle názorů rodičů jejich přítomnost v nemocnici na dítě. Odpovídalo celkem 73 rodičů s možnostmi zaznamenat i více než jednu odpověď v dotazníku. Ve 49% (61) odpověděli rodiče, že se jejich dítě cítilo více v bezpečí a bylo klidnější. 24% (30) rodičů zaškrtnulo odpověď, že dítě díky jejich přítomnosti lépe spolupracovalo se zdravotníky a ve 27% (34) bylo rodiči uvedeno, že dítě lépe vše chápalo, protože mohlo být jejich prostřednictvím informováno pro ně známým způsobem.

Graf 48 Vliv rodičovské přítomnosti na děti hospitalizované v jednotlivých nemocnicích: Č.Budějovice, J.Hradec a Brno v rámci plánovaných chirurgických výkonů z pohledu rodičů (k otázce č. 6 z dotazníku pro rodiče)

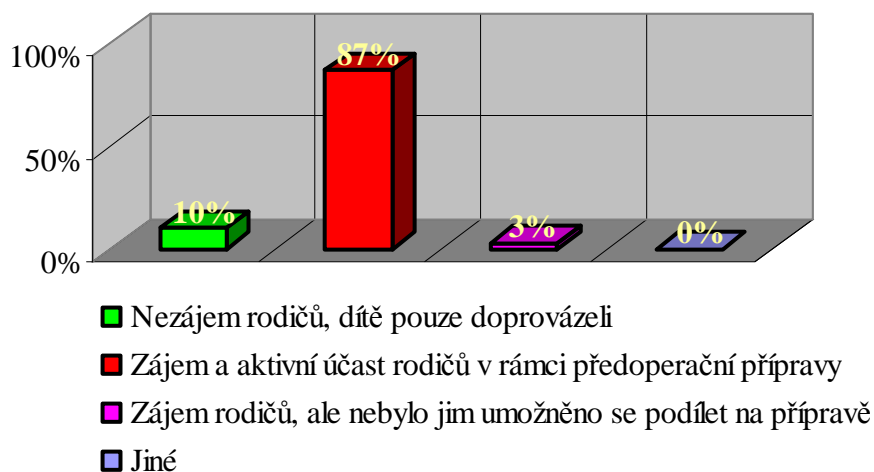


- I. Dítě bylo mnohem klidnější a cítilo se v bezpečí
- II. Dítě lépe spolupracovalo se zdravotnickým personálem
- III. Dítě vše lépe chápalo, dostávalo informace známým způsobem
- IV. Jiné

Graf zachycuje, jaký význam měla očima rodičů jejich přítomnost pro děti při pobytu v jednotlivých nemocnicích. Rodiče mohli uvést více odpovědí. V Českých Budějovicích rodiče odpovídali ve 14 případech pro zklidnění dítěte a pocit bezpečí, v 6 případech uvedli lepší spolupráci dítěte s personálem v přítomnosti rodiče a 4 rodiče uvedli, že dítě díky jejich přítomnosti dostávalo informace známým způsobem, a tak vše lépe chápalo. Rodiče z jindřichohradecké nemocnice uvedli ve 21 případech klid a bezpečí dítěte, 12x uvedli lepší spolupráci dítěte a rovněž ve stejném počtu udali i lepší informovanost a chápání dítěte. Rodiče z brněnské dětské nemocnice v 18 případech uvedli informovanost dítěte, ve 12 případech označili za odpověď lepší

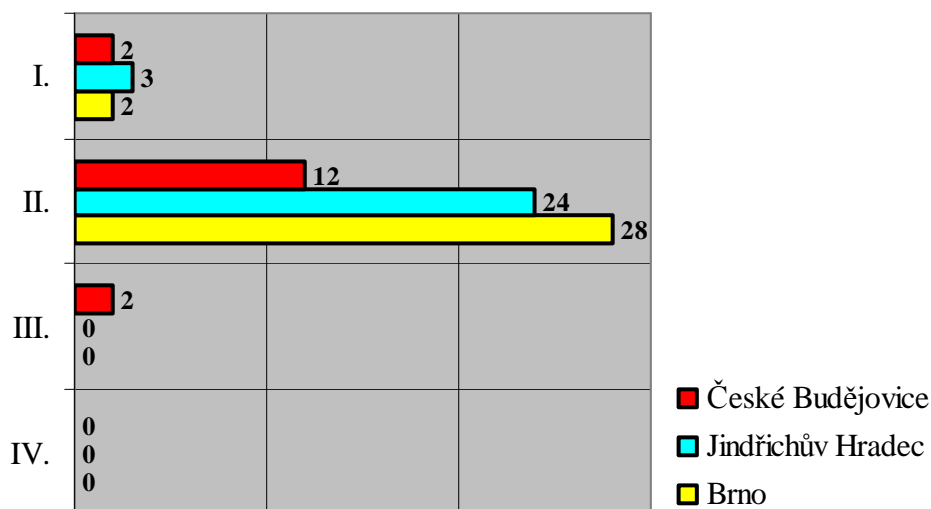
spolupráci dítěte a nejčastěji označili, že se dítě s rodičem v nemocnici cítí bezpečněji a je klidnější.

Graf 49 Zájem rodičů o aktivní účast v rámci předoperační přípravy u jejich dětí indikovaných k plánovanému chirurgickému výkonu (k otázce č. 7 z dotazníku pro rodiče)



Graf znázorňuje zájem rodičů se podílet na předoperační přípravě u jejich dětí. Na otázku odpovídalo celkem 73 rodičů, kteří doprovázeli své dítě nemocnicích. 10% (7 rodičů) odpovědělo, že neměli zájem se v rámci takové přípravy aktivně zapojovat, jelikož chtěli dítě pouze doprovázet. Nejvíce rodičů a to 87% (59 rodičů) odpovědělo, že měli zájem a možnost se na předoperační přípravě u svých dětí podílet a pouze ve 3% (2 rodiče) uvedli, že měli zájem se na přípravě dítěte k operaci podílet, ale nebylo jim to umožněno.

Graf 50 Zájmy rodičů z jednotlivých nemocnic(Č. Budějovice, J. Hradec a Brno) o aktivní účast v rámci předoperační přípravy u jejich dětí (k otázce č. 7 z dotazníku pro rodiče)

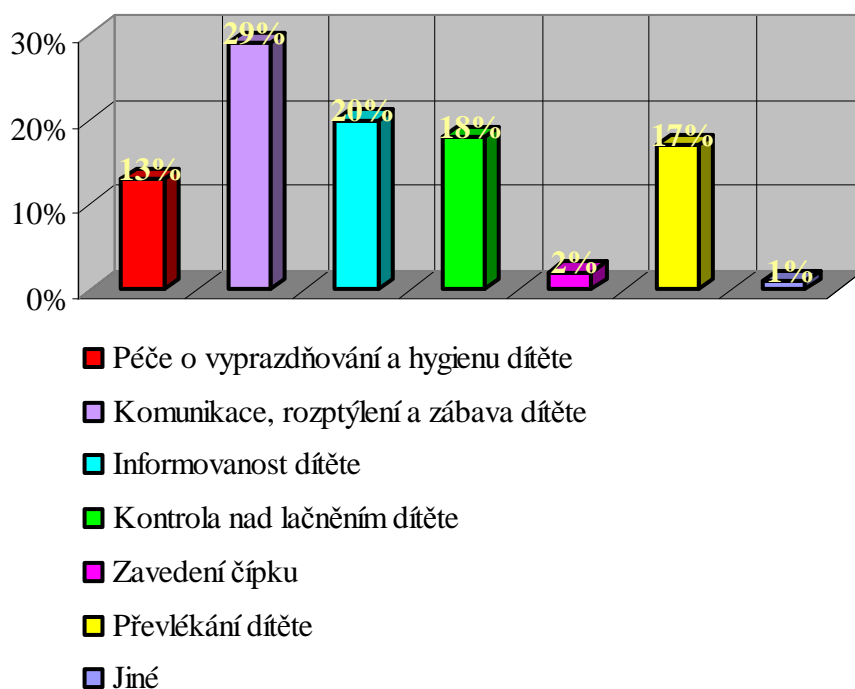


- I. Nezájem rodičů, dítě pouze doprovází
- II. Zájem a aktivní účast rodičů v rámci předoperační přípravy
- III. Zájem rodičů, ale nebylo jim umožněno se na přípravě podílet
- IV. Jiné

Graf selektivně zachycuje zájmy rodičů v účasti na předoperační přípravě u jejich dětí v jednotlivých nemocnicích. V Českých Budějovicích odpovídalo na tento dotaz 16 rodičů doprovázející své děti v nemocnici. Z nich 2 rodiče uvedli, že nemají zájem se podílet na předoperační přípravě, protože dítě chtějí jen doprovázet. 12 rodičů udalo, že měli zájem se podílet v rámci předoperační péče a bylo jim to umožněno a 2 rodiče také uvedli, že sice měli zájem se aktivně podílet, ale nebylo jim to umožněno. Rodiče ze spádové oblasti jindřichohradecké nemocnice ve 3 případech neměli zájem se podílet na přípravě jejich dítěte k operaci a ve 24 odpovědích bylo uvedeno, že projevíli zájem a bylo jim umožněno se účastnit v rámci předoperační přípravy. Rodiče dětských pacientů z brněnské nemocnice uvádí rovněž ve 2 případech nezájem, protože dítě jen

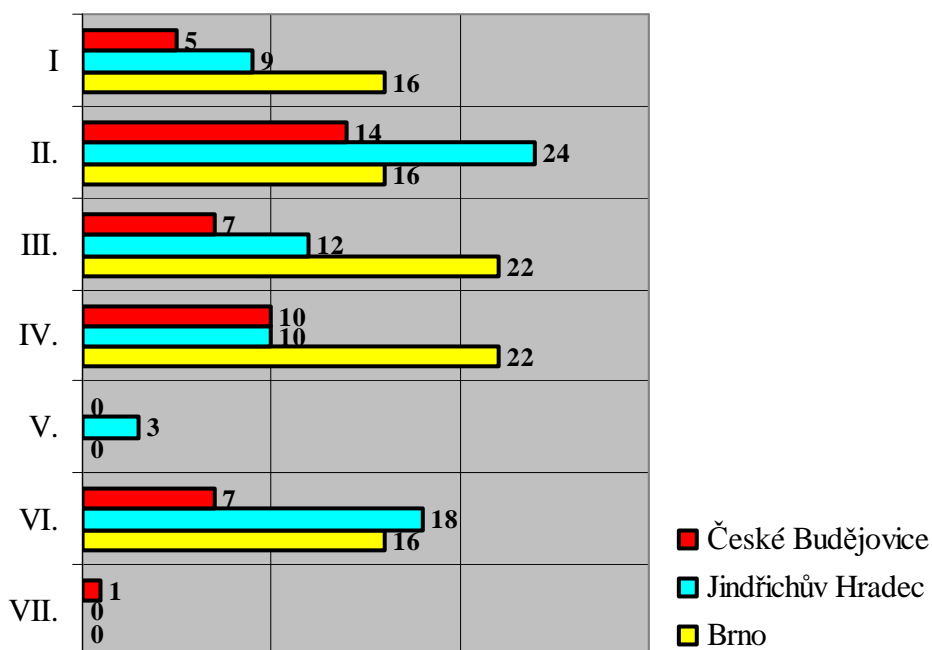
doprovází a v 28 případech měli zájem a účastnili se předoperační přípravy u jejich dítěte.

Graf 51 Rozsah rodičovské účasti na předoperační přípravě v českých nemocnicích k otázce č. 8 z dotazníku pro rodiče)



Graf seznamuje s rozsahem předoperační přípravy, kterou poskytují rodiče svým dětem v rámci předoperační přípravy v nemocnici. Přehled je zpracován z odpovědí 73 rodičů, kteří doprovázeli své děti v nemocnici. Rodiče mohli uvádět více možností odpovědí. Ve 13% (30) rodiče uvedli, že pomáhali dítěti s vyprazdňováním a hygienou, nejčastěji a to v 29% (66) rodiče udali, že dítěti zajišťovali zábavu, rozptýlení a komunikovali s ním, ve 20% (47) se uváděla informovanost dítěte, v 18% (42) rodiče dohlíželi nad lačněním dítěte před operací, 3 rodiče - 2% zavádělo dítěti čípek před operací a v 17% (41) uvádí rodiče pomoc při převlékání dítěte. 1 rodič (1%) uvedl v kolonce jiné měření tělesné teploty.

Graf 52 Rozsah rodičovské účasti v rámci předoperační přípravy v jednotlivých nemocnicích – Č. Budějovice, J. Hradec a Brno (k otázce č. 8 z dotazníku pro rodiče)

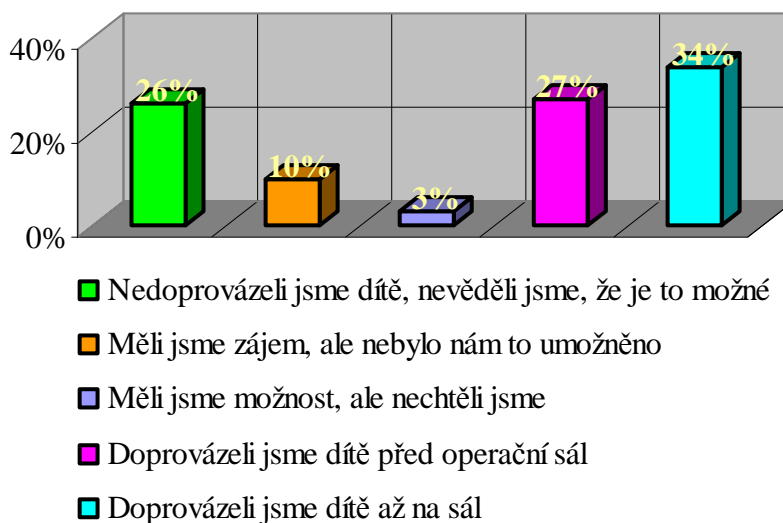


- I. Péče o vyprazdňování a hygienu
- II. Komunikace, zajištění zábavy a rozptýlení dítěte
- III. Informovanost dítěte
- IV. Kontrola nad dodržováním lačnění dítěte
- V. Zavedení čípku
- VI. Převlékání dítěte
- VII. Jiné

Graf znázorňuje zapojení rodičů v rámci předoperační péče u jejich dětí v jednotlivých nemocnicích. Ze spádové oblasti Nemocnice Č.B. rodiče nejčastěji uváděli zajištění komunikace a zábavy dítěti (14), dále dohled nad lačněním dítěte (10), v 7 případech shodně uvedli informovanost dítěte a převlékání dítěte, 5 rodičů udalo péči o vyprazdňování a hygienu a 1 rodič uvedl do kolonky jiné měření tělesné teploty.

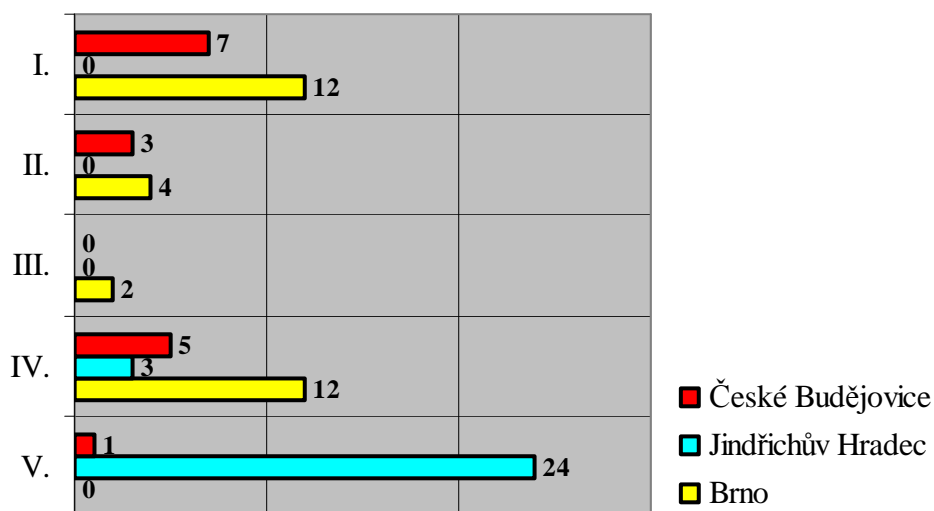
Rodiče z jindřichohradecké nemocnice uváděli nejčastěji komunikaci s dítětem (24), dále převlékání dítěte (18), v 12 případech uvedli rodiče informovanost dítěte, v 10 případech dohled nad lačněním, 9x zaškrtnuli péči o vyprazdňování a hygienu a ve 3 případech zaváděli dítěti čípek. V Dětské nemocnici v Brně rodiče nejčastěji a to ve 22 případech informují dítě a dohlížejí nad lačností dítěte a shodně v 16 odpovědích komunikují s dítětem a zajišťují mu zábavu, dále pomáhají při převlékání, při hygieně a vyprazdňování. Z Č. Budějovic odpovídalo 16 rodičů, z J. Hradce 27 rodičů a z Brna 30 rodičů.

Graf 53 Přehled rodičovského doprovodu dítěte na operační sál v nemocnicích ČR
(k otázce č. 9 z dotazníku pro rodiče)



Graf uvádí procentuální přehled rodičovského doprovodu na operační sál tak, jak je v dotazníku uvádí rodiče doprovázející své děti v nemocnici k v rámci plánovaného chirurgického výkonu. Ve 26% (19 rodičů) uvádí, že dítě nedoprovázeli a ani nevěděli, že je to možné. 10% rodičů (7) uvedlo, že projevili zájem doprovázet dítě na operační sál, ale nebylo jim to umožněno. Ve 3% (2) udali rodiče, že měli možnost doprovázet dítě až na operační sál, ale nechtěli, dále ve 27% (20 rodičů) doprovázelo dítě k operaci před operační sál a 34% tedy 25 rodičů doprovázelo děti až na operační sál.

Graf 54 Přehled rodičovských doprovodů dětí na operační sál v jednotlivých nemocnicích - Č.Budějovice, J.Hradec, Brno (k otázce č. 9 z dotazníku pro rodiče)

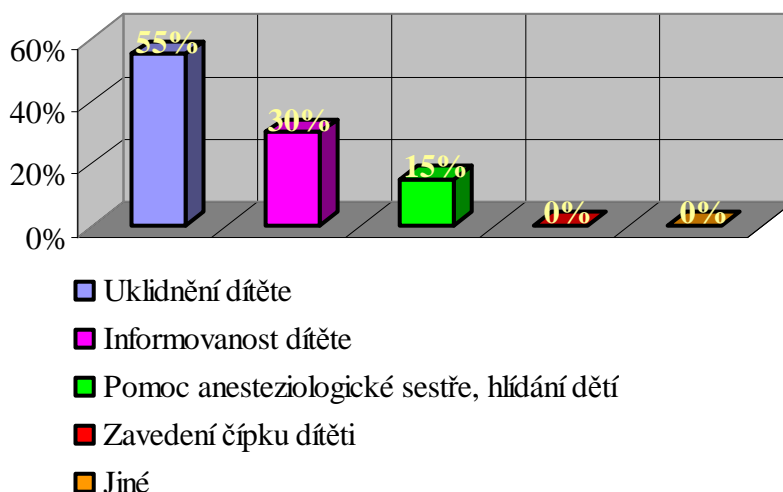


- I. Nedoprovázeli jsme dítě, nevěděli jsme , že je to možné
- II. Měli jsme zájem, ale nebylo nám to umožněno
- III. Měli jsme možnost, ale nechtěli jsme
- IV. Doprovázeli jsme dítě před operační sál
- V. Doprovázeli jsme dítě až na operační sál

Graf zachycuje možnosti rodičovského doprovodu dítěte na operační sál v jednotlivých nemocnicích. V Nemocnici Č.B. z 16 dotazovaných rodičů, kteří doprovázeli své dítě v nemocnici, odpovědělo 7 rodičů, že dítě nedoprovázeli až na operační sál, jelikož o takové možnosti ani nevěděli, 3 rodiče udali, že měli sice zájem své dítě doprovázet až na operační sál, ale nebylo jim to umožněno, 5 rodičů odpovědělo, že doprovázeli své dítě před operační sál a 1 rodič z dotazovaných uvedl, že doprovázel své dítě až na operační sál. Ze všech dotazovaných rodičů ze spádové oblasti jindřichohradecké nemocnice (27) odpovídalo ve 3 případech tak, že doprovázeli své děti před operační sál a ve 24 případech až na operační sál k výkonu. Rodičů, kteří odpovídali na tuto otázku z brněnské nemocnice, byl rovněž stejný počet jako celkově dotazovaných 30 a z nich 12 nedoprovázelo své dítě k operaci, jelikož nevěděli, že je to možné, dále 4

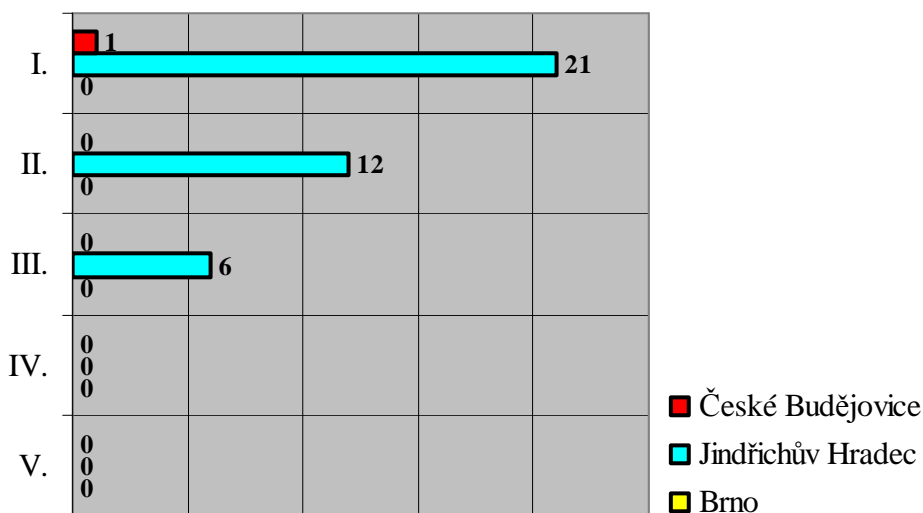
rodiče o doprovod dítěte na sál měli zájem, ale nebylo jim to umožněno, ve 2 případech rodiče měli možnost dítě doprovázet, ale odmítli, a ve 12 případech dítě doprovázeli před operační sál.

Graf 55 Názory rodičů na význam jejich přítomnosti u dítěte na operačním sále (k otázce č. 10 z dotazníku pro rodiče)



Graf zachycuje souhrnně rodičovské názory na význam jejich doprovodu u dítěte až na operační sál. Celkový výzkumný soubor tvořilo 25 rodičů ze tří nemocnic, kteří uvedli, že dítě doprovázeli až na operační sál. V dotaznících měli možnost zaškrtnout i více odpovědí. Nejčastěji a to v 55% (22) byla znamenáno, že rodičovská přítomnost pomohla dítě zklidnit, ve 30% (12) rodiče uvedli informovanost dítěte a ve 15% (6) byla uváděna pomoc anesteziologické sestře a dohled nad dítětem.

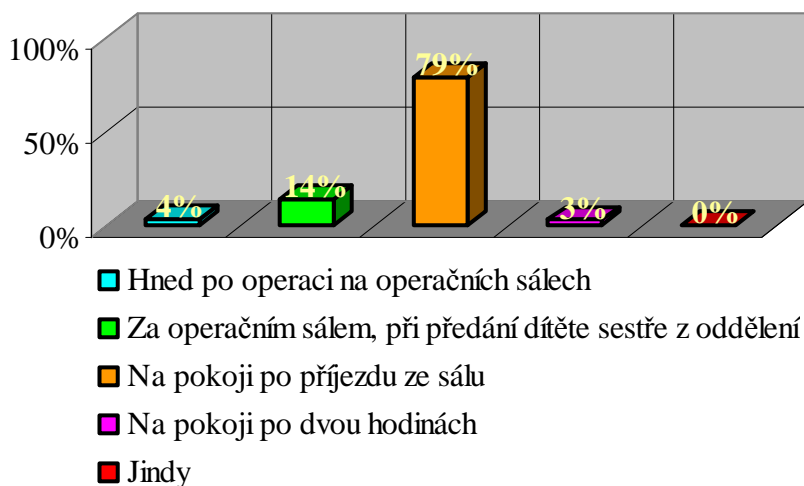
Graf 56 Názory rodičů na význam jejich přítomnosti u dítěte na operačních sálech v jednotlivých nemocnicích s možností porovnání – Č. Budějovice, J.Hradec, Brno (k otázce č. 10 z dotazníku pro rodiče)



- I. Uklidnění dítěte
- II. Informovanost dítěte
- III. Pomoc anesteziologické sestře, hlídání dětí
- IV. Zavedení čípku
- V. Jiné

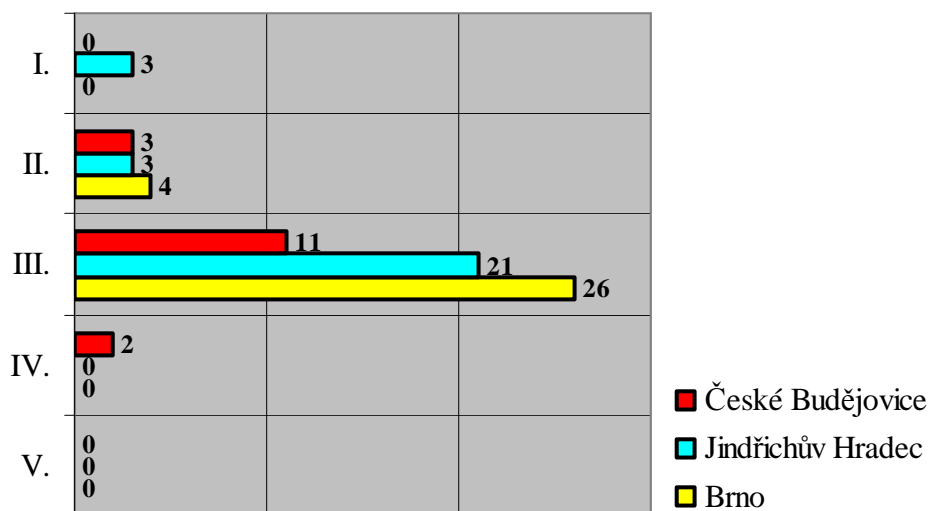
Tento graf zachycuje opět názory rodičů na jejich přítomnost u dítěte na operačním sále s možností porovnání situace v jednotlivých nemocnicích. Porovnávané vzorky byly pouze z Nemocnice v Českých Budějovicích, kde na sál doprovázel své dítě 1 rodič, který uvedl, že jeho přítomnost přispěla k uklidnění dítěte. Další zachycený vzorek pochází ze spádové oblasti Jindřichův Hradec, kde na operační sál doprovázelo své dítě 25 rodičů z 27 dotazovaných a ti uvedli nejčastěji uklidnění dítěte (21), dále podávání informací dítěti (12) a 6 x byla uvedena i pomoc anesteziologické sestře.

Graf 57 Přehled míst a doby prvních setkání rodičů a dětí po operačním výkonu
(k otázce č. 11 z dotazníku pro rodiče)



Graf zachycuje celkový přehled toho, kde a kdy se děti dotazovaných rodičů s nimi mohly setkat po skončení operace. Na tento dotaz odpovídalo 73 rodičů. Nejvíce rodičů a to 58 rodičů (79%) uvedlo, že se s dětmi setkalo po operaci na pokoji po příjezdu ze sálu. 14% rodičů (10) uvedlo, že se s dětmi setkalo za operačním sálem, při předání dítěte sestře z oddělení, dále 4% rodičů (3) udalo, že se mělo možnost s dítětem setkat po operaci ještě na operačních sálech. Ve 3% (2) rodiče uvedli, že se setkali s dítětem po operaci na pokoji po dvou hodinách.

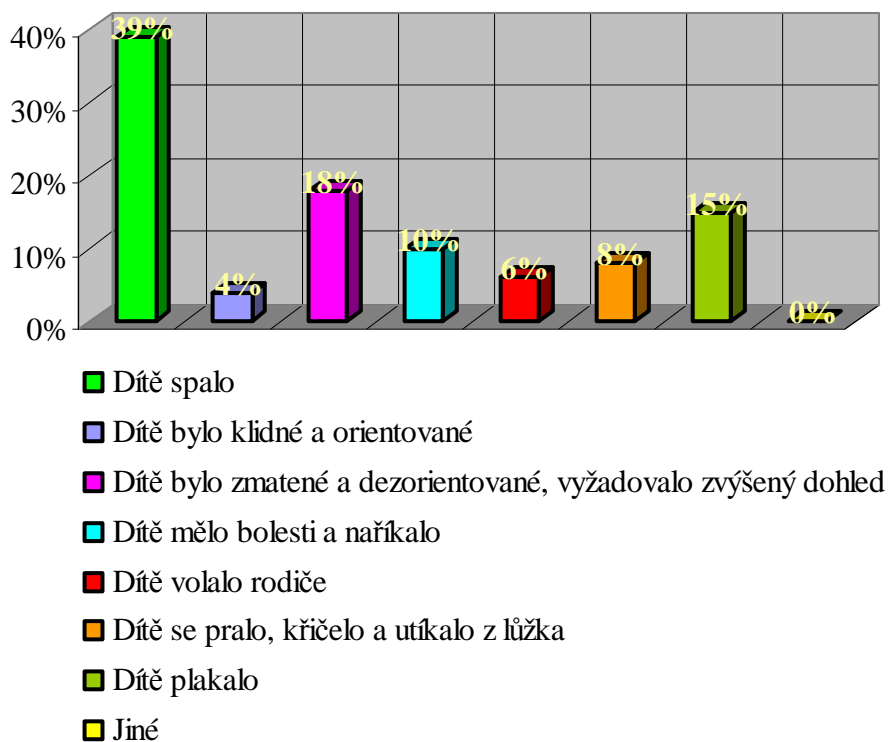
Graf 58 Přehled míst a doby prvních setkání rodičů a dětí po operačním výkonu v jednotlivých nemocnicích (Č.Budějovice, J.Hradec a Dětská nemocnice v Brně)s možností vzájemného porovnání (k otázce č. 11 z dotazníku pro rodiče)



- I. Hned po operaci na operačních sálech
- II. Za operačním sálem, při předání sestře z oddělení
- III. Na pokoji po příjezdu ze sálu
- IV. Na pokoji po dvou hodinách
- V. Jindy

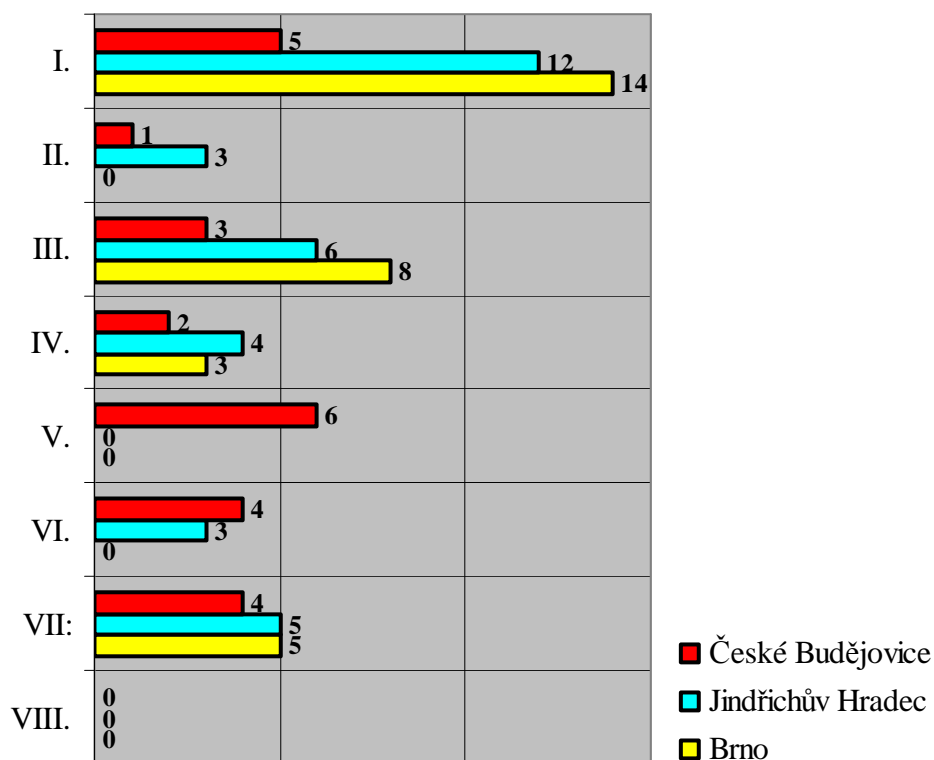
Graf zachycuje místa a doby setkání dětí se svými rodiči po operaci v jednotlivých nemocnicích tak, jak jsou udaná v názvu. V Českých Budějovicích odpovídalo na tento dotaz 16 rodičů, z nichž 3 rodiče uvedli, že se setkali se svým dítětem po operaci za operačním sálem, 11 rodičů se setkali s dětmi po příjezdu ze sálu na pokoji a 2 rodiče mohli být se svými dětmi na pokoji po dvou hodinách po operaci.

Graf 59 Psychický stav dětí po operaci z pohledu rodičů v českých nemocnicích (k otázce č. 12 z dotazníku pro rodiče)



Tento graf popisuje psychické rozpoložení dětských pacientů po operaci tak, jak je charakterizují jejich rodiče. Na tento dotaz odpovídalo 73 rodičů a měli možnost poznamenat více než jednu možnost. V 39% (37) rodiče uváděli, že dítě po operaci spalo. Klidné a orientované dítě po operaci označili 4 rodiče (4%). Ve 18% (17) bylo uvedeno, že dítě bylo po operaci zmatené, dezorientované a vyžadovalo zvýšený dohled. 10% rodičů (9) uvedlo, že jejich dítě mělo bolesti a naříkalo. V 6% (6) rodiče uvádějí, že je dítě volalo a v 8% (7) se dítě pralo, křičelo a utíkalo z lůžka. 15% (14) rodičů uvádí, že dítě po operaci plakalo.

Graf 60 Psychický stav dětí po operaci z pohledu rodičů v jednotlivých českých nemocnicích - Č. Budějovice, J.Hradec, Brno (k otázce č. 12 z dotazníku pro rodiče)

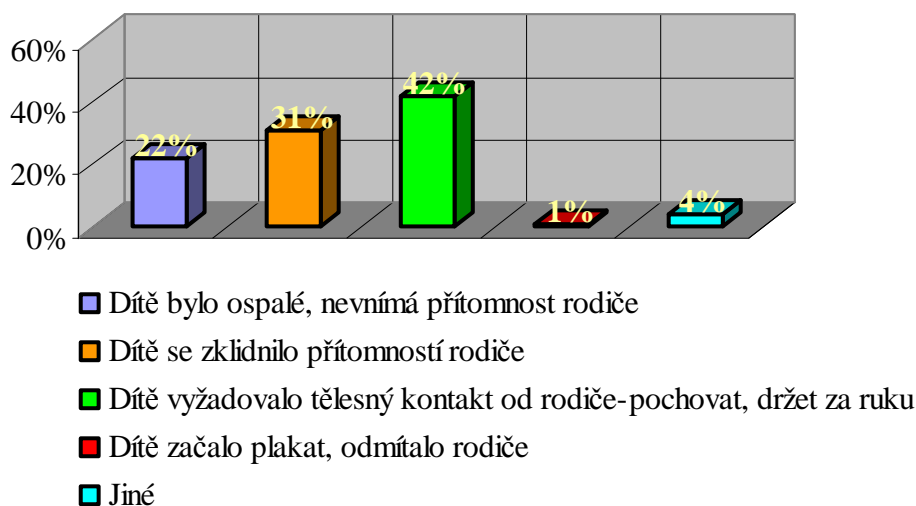


- I. Dítě spalo
- II. Dítě bylo klidné, orientované
- III. Dítě bylo zmatené a dezorientované, vyžadovalo zvýšený dohled
- IV. Dítě mělo bolesti, naříkalo
- V. Dítě volalo rodiče
- VI. Křičelo, pralo se a utíkalo z lůžka
- VII. Plakalo
- VIII. Jiné

Graf znázorňuje hodnocení psychického stavu dítěte po operaci tak, jak je vidí rodiče v jednotlivých nemocnicích. Z Nemocnice v Č. Budějovicích odpovídalo 16 rodičů s možnostmi uvádět více odpovědí. 5 rodičů uvedlo, že dítě po operaci spalo, 1 rodič

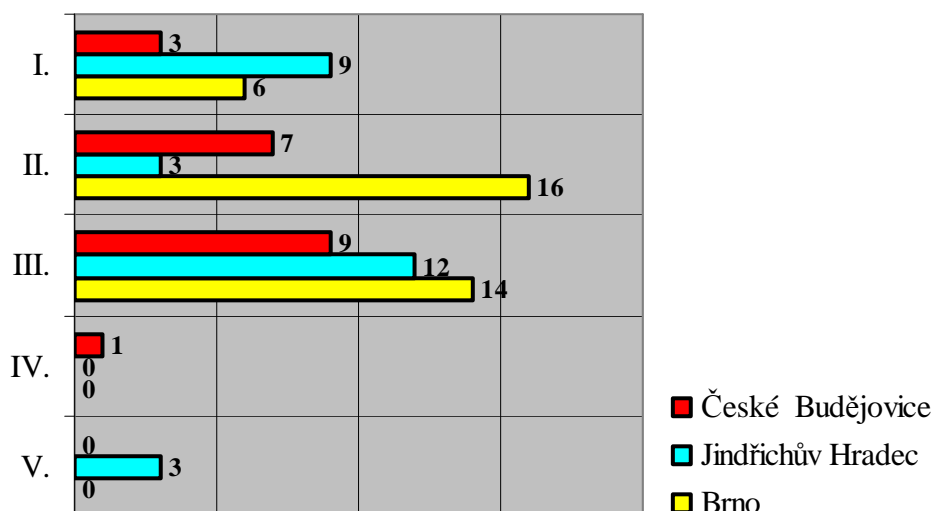
vedl, že dítě bylo klidné a orientované a 3 rodiče uvedli, že bylo dítě po operaci zmatené a dezorientované, čímž vyžadovalo zvýšený dohled. V 2 případech dítě mělo bolesti a naříkalo a zase 6 rodičů uvedlo, že volalo rodiče. 4x bylo uvedeno, že dítě křičelo, pralo se a utíkalo z lůžka a 4 děti podle rodičů po operaci plakaly. Ze spádové oblasti Nemocnice v Jindřichově Hradci odpovídalo 27 rodičů, kteří uvedli ve 12 případech, že po operaci dítě spalo, ve 3 případech udali, že bylo dítě klidné a orientované, v 6 případech dítě bylo zmatené a potřebovalo zvýšený dohled a ve 4 případech bylo uvedeno, že mělo dítě bolesti a naříkalo. 3 rodiče napsali, že dítě po operaci křičelo a utíkalo z lůžka a v 5 případech bylo uvedeno, že dítě plakalo. Hodnocení rodičů z brněnské dětské nemocnice se v tomto dotazu účastnilo 30 rodičů, kteří uvedli, že ve 14 případech dítě po operaci spalo, v 8 případech bylo dítě zmatené a dezorientované. 3x bylo uvedeno, že dítě po operaci mělo bolesti a naříkalo a v 5 případech rodiče uvedli, že dítě plakalo.

Graf 61 Reakce dětí na rodiče v prvním kontaktu po operaci (k otázce č.13 z dotazníku pro rodiče)



Graf přináší souhrnný pohled na reakce dětí v prvním kontaktu s rodiči po operaci. Na otázku zodpovídalo celkem 73 rodičů, kteří doprovázeli své děti v nemocnici v rámci indikace k chirurgickému výkonu. Rodiče mohli uvést více jak jednu odpověď. Ve 22 % (18) bylo uvedeno rodiči, že dítě bylo ospalé a ani nevnímalo jejich přítomnost. Ve 31 % (26) rodiče udali, že se dítě zklidnilo v jejich přítomnosti a až 42 % rodičů (35) uvádí, že dítě vyžadovalo od nich tělesný kontakt. Pouze v 1 %, v jednom případě začalo dítě po kontaktu s rodiči plakat a ve 4 % (3) byla zaškrtnuta možnost jiné, kde rodiče uváděli, že dítě bylo spavé, ale vnímalo jejich přítomnost.

Graf 62 Reakce dětí na rodiče při prvním kontaktu po operaci v jednotlivých nemocnicích- Č. Budějovice, J.Hradec, Brno (k otázce č. 13 z dotazníku pro rodiče)

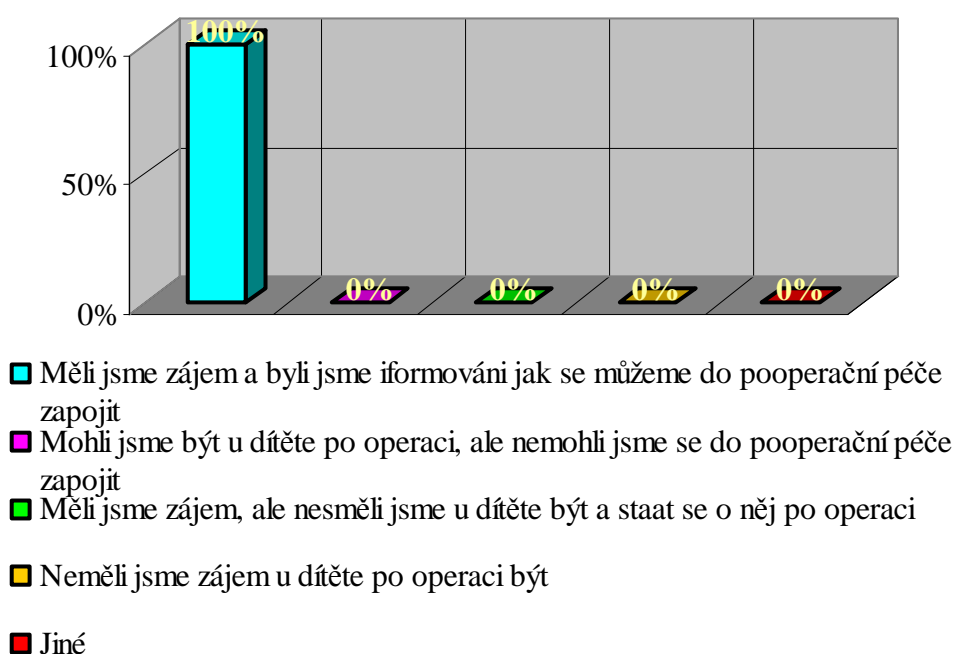


- I. Dítě bylo ospalé nevnímá přítomnost rodiče
- II. Dítě se zklidnilo přítomností rodiče
- III. Dítě vyžadovalo tělesný kontakt od rodiče - pochovat, podržet ruku
- IV. Dítě začalo plakat, omítalo rodiče
- V. Jiné

Tento graf znázorňuje pro možnost porovnání rozdíly v psychickém rozpoložení u dětí v různých českých nemocnicích po kontaktu s rodiči po operaci. Rodičů z Českobudějovicka odpovídalo 16 a to tak, že 3 rodiče uvedli ospalost dítěte po operaci, že nevnímalo jejich přítomnost, 7 rodičů uvedlo, že se dítě výrazně zklidnilo v jejich přítomnosti, 9 rodičů označilo odpověď, že dítě vyžadovalo od rodičů tělesný kontakt a v 1 případě bylo uvedeno, že dítě při setkání s rodičem po operaci jej odmítalo. Rodičů z jindřichohradecké nemocnice odpovídalo 27. Zde v 9 případech bylo uvedeno, že bylo dítě tak ospalé, že nevnímalo rodiče, 3 rodiče uvedli, že se dítě v jejich přítomnosti zklidnilo, 12 rodičů udalo, že dítě vyžadovalo tělesný kontakt a 3 rodiče uvedli v kolonce jiné, že dítě bylo sice ospalé, ale rodiče vnímalo. Z brněnské nemocnice odpovídalo 30 rodičů. Ti uvedli v 6 případech, že dítě bylo ospalé

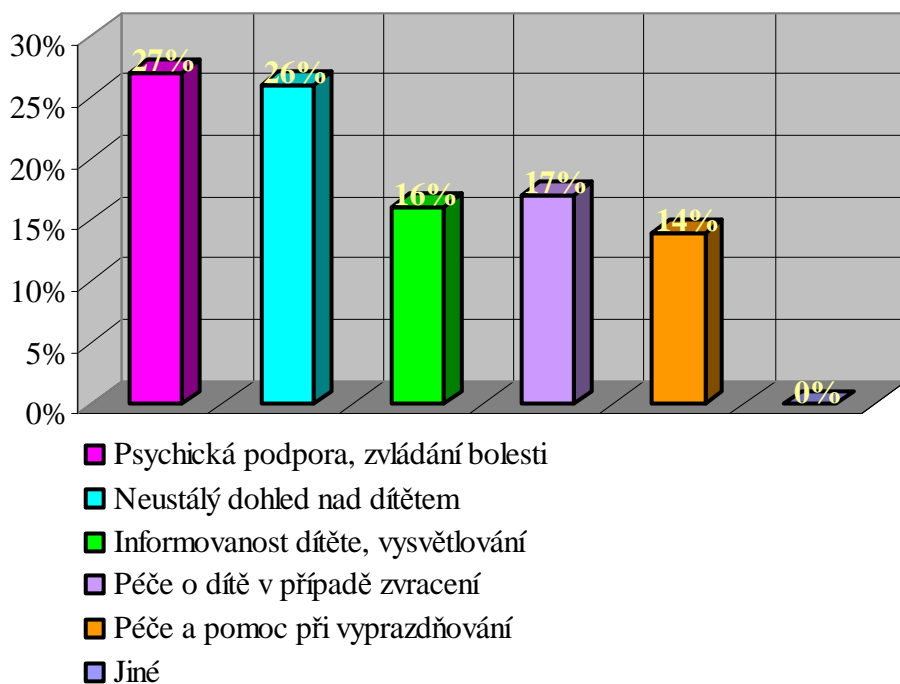
a nevnímalo rodiče, nejčastěji v 16 případech rodiče udali, že se dítě v jejich přítomnosti po operaci zklidnilo a ve 14 případech bylo označeno, že dítě vyžadovalo po setkání s rodičem tělesný kontakt - hlazení, držení za ruku.

Graf 63 Zájem a možnosti rodičů doprovázející své děti v nemocnici se zapojit do pooperační péče u jejich dětí v českých nemocnicích (k otázce č. 14 z dotazníku pro rodiče)



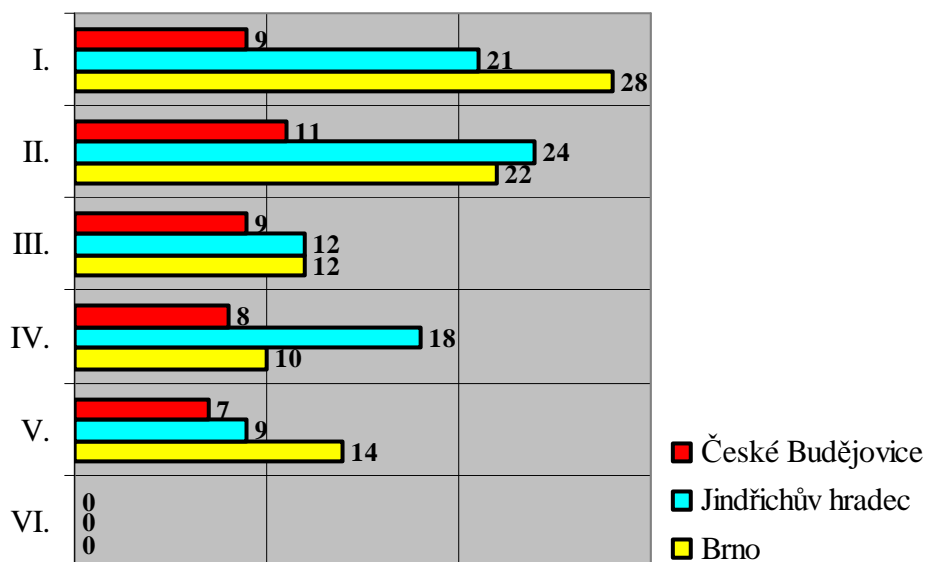
Graf vyjadřuje zájem a možnost rodičů se podílet na pooperační péči u svých dětí. Z grafu je zřejmé, že všech 73 rodičů 100% , kteří doprovázeli své dítě v nemocnici v souvislosti s plánovaným chirurgickým výkonem, mělo zájem se podílet v rámci pooperační péče u svých dětí a bylo jim to umožněno. Z důvodu nevariability odpovědí se tato data nezpracovávala do grafu pro poměrné porovnání odpovědí z jednotlivých nemocnic.

Graf 64 Přehled rozsahu možností rodičů se podílet na pooperační péči u jejich dětí v českých nemocnicích (k otázce č. 15 z dotazníku pro rodiče)



Graf souhrnně charakterizuje rozsah a poměr jednotlivých činností, na kterých se rodiče mohli v rámci pooperační péče u svých dětí podílet. Na dotaz odpovídalo ze tří nemocnic dohromady 73 rodičů a měli možnost uvádět opět více variant odpovědí. 58x (27%) bylo uvedeno, že rodiče po operaci poskytovali dítěti psychickou oporu a pomáhali mu při zvládnání bolesti. V 26% (57) rodiče udali, že zajišťovali nad dítětem po operaci neustálý dohled a v 16% (33) rodiče uvedli, že dítě informovali a vysvětlovali mu vše, co bylo třeba. 36 rodičů (17%) uvedlo, že se starali o dítě při zvracení a 14% (30) rodičů pomáhalo v pooperační době svým dětem při vyprazdňování.

Graf 65 Přehled možností rodičů se podílet na pooperační péči u jejich dětí v rámci jednotlivých nemocnic - Č. Budějovice, J. Hradec, Brno (k otázce č. 15 z dotazníku pro rodiče)

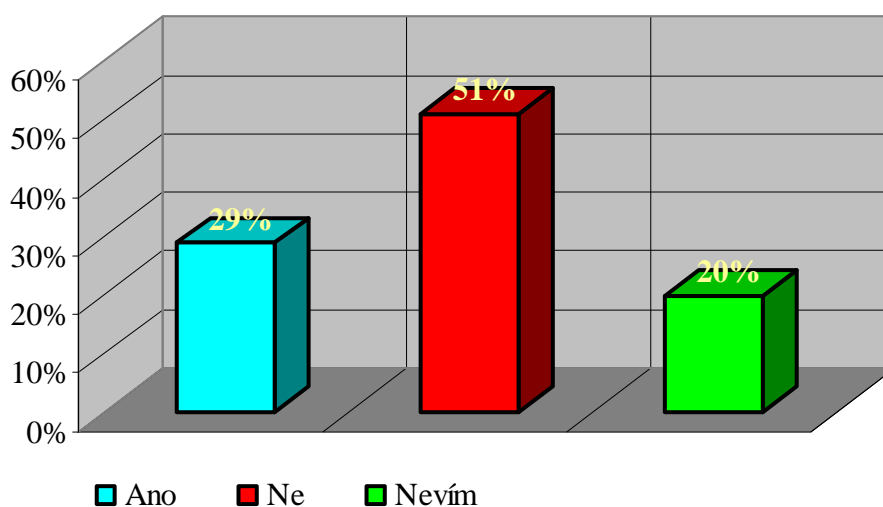


- I. Psychická podpora, zvládání bolesti
- II. Neustálý dohled nad dítětem
- III. Informovanost dítěte, vysvětlování
- IV. Péče v případě zvracení
- V. Péče o pomoc v případě vyprazdňování
- VI. Jiné

Tento graf nabízí možnost srovnání poměru a rozsahu aktivní účasti rodičů na pooperační péči u jejich dětí. V českobudějovické nemocnici 16 rodičů uvádělo v 9 případech poskytnutí psychické podpory a pomoc při zvládání bolesti, v 11 případech uvedli také neustálý dohled nad dítětem, 9x zajišťovali informovanost dítěte, v 8 případech pečovali o dítě při zvracení a v 7 případech pomáhali při vyprazdňování jejich dítěte. Rodiče z Nemocnice v Jindřichově Hradci ve 21 případech poskytovali dítěti psychickou podporu a pomoc při zvládání bolesti, ve 24 případech zajišťovali neustálý dohled u dítěte po operaci, 12 rodičů informovalo a vysvětlovalo dítěti, co bylo

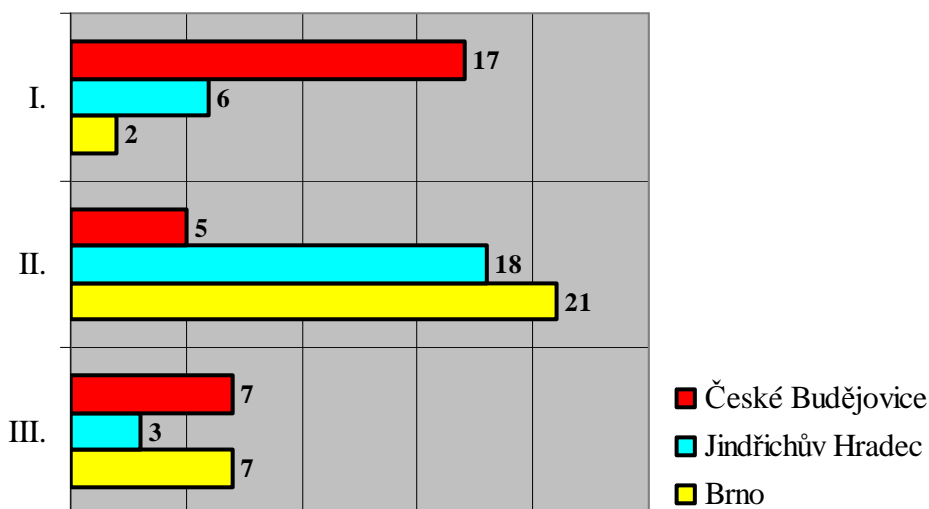
třeba, 18x byla uvedena odpověď péče o dítě při zvracení a v 9 případech pomáhali rodiče dítěti při vyprazdňování po operaci. Z Jindřichohradecka odpovídalo na tento dotaz 27 rodičů a ze spádové oblasti Brno odpovídalo 30 rodičů, kteří doprovázeli své děti v nemocnici v rámci plánovaného chirurgického výkonu. Z brněnské nemocnice odpovědělo 28 rodičů, že zajišťovalo svým dětem psychickou podporu, dále 22x byl uveden i neustálý dohled nad dětmi, 12x informovanost a vysvětlování a v 10 případech péče o dítě při zvracení po operaci a v 14 případech péče a pomoc při vyprazdňování.

Graf 66 Výskyt komplikací v rámci operace, pooperační doby a rekonvalescence u dětí z pohledu rodičů (k otázce č 16 z dotazníku pro rodiče)



Graf souhrnně zachycuje výskyt komplikací tak, jak je v dotazníku uvádějí rodiče u jejich dětí po operaci. Na tento dotaz odpovídalo 86 rodičů ze tří nemocnic bez ohledu na to, jestli své děti v nemocnici doprovázeli nebo ne. 29% (25) rodičů uvedlo, že jejich děti měly nějaké komplikace po operaci, 51% rodičů (44) žádné komplikace neudává a 20% rodičů (17) o žádných komplikacích neví.

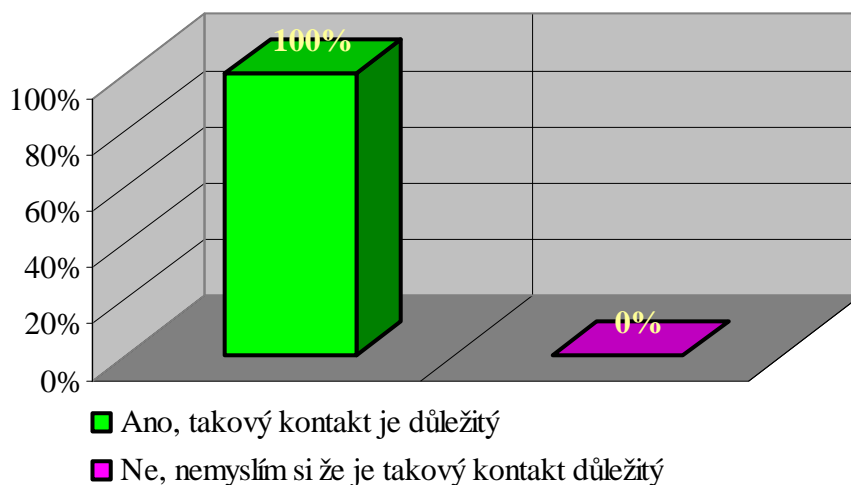
Graf 67 Výskyt komplikací v rámci operace, pooperační doby a rekonvalescence u dětí v jednotlivých českých nemocnicích - Č. Budějovice, J.Hradec a Brno z pohledu rodičů (k otázce č. 16 z dotazníku pro rodiče)



- I. Ano
- II. Ne
- III. Nevím

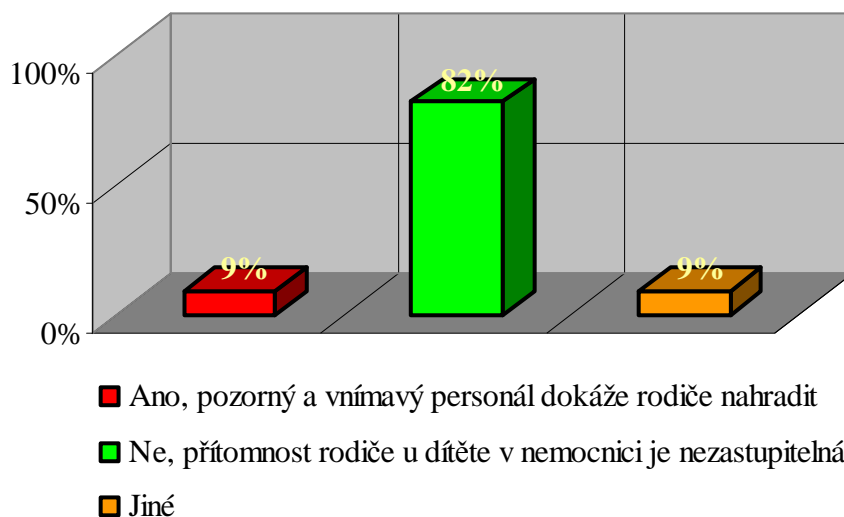
Tento graf nabízí možnost porovnání výskytu pooperačních komplikací u dětí v jednotlivých nemocnicích, kde výzkum probíhal. Z českobudějovické spádové oblasti odpovídalo 29 rodičů, z nichž 17 rodičů uvedlo, že se setkali po operaci jejich dítěte s komplikacemi, 5 rodičů komplikace u svého dítěte negovali a 7 rodičů nevědělo, zda jejich dítě po operaci mělo nějaké komplikace. Z Jindřichohradecka odpovídalo 27 rodičů. Ti odpověděli v 6 případech, že se setkali u svých dětí s komplikacemi po operaci, ve 3 případech o komplikacích neví a v 18 případech jejich dítě komplikace po operaci nemělo. Z brněnské nemocnice odpovídalo 30 rodičů, kteří uvedli ve 2 případech, že jejich dítě mělo po operaci komplikace, 21 rodičů uvádí pooperační průběh bez komplikací a 7 rodičů neví, zda mělo jejich dítě nějaké komplikace.

Graf 68 Názory rodičů na důležitost kontaktu rodič/dítě v rámci plánované operace u dítěte (k otázce č. 17 z dotazníku pro rodiče)



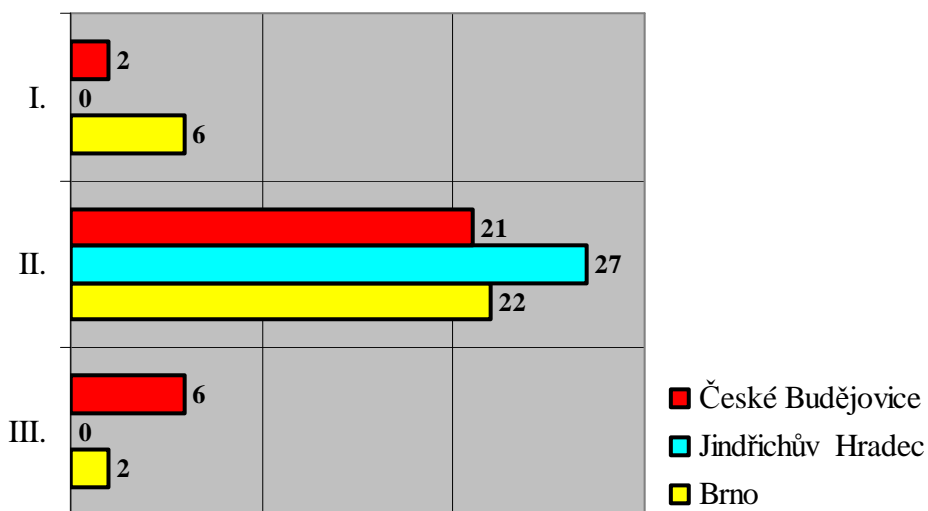
Tento graf souhrnně a jednoznačně prezentuje názory rodičů na jejich přítomnost u dítěte v rámci plánované chirurgické operace v nemocnici. Všech 86 dotazovaných rodičů (100%) odpovědělo kladně.

Graf 69 Názory rodičů na plnohodnotnou náhradu rodičovské přítomnosti u dítěte v nemocnici zdravotnickým personálem (k otázce č. 18 z dotazníku pro rodiče)



Tento graf prezentuje názory všech dotazovaných rodičů na možnost jejich plnohodnotné náhrady zdravotnickým personálem u dítěte v nemocnici v rámci plánovaného chirurgického výkonu. Odpovídalo 86 rodičů a uvedli nejčastěji v 82% (70) rodičů, že se domnívají, že je přítomnost rodiče v nemocnici, obzvláště v takové situaci jako je příjem do nemocnice a operace, nezastupitelná. V 9% (8) uvedli, že pozorný a vnímavý personál může rodiče v nemocnici nahradit a stejně tak v 9% (8) označili také odpověď jiné, kde uváděli, že by při větším personálním obsazení a menší časové vytíženosti sester zdravotnický personál mohl rodiče v nemocnici nahradit.

Graf 70 Názory rodičů na plnohodnotnou náhradu rodičovské přítomnosti u dětí zdravotnickým personálem v jednotlivých nemocnicích - Č.Budějovice, J. Hradec, Brno (k otázce č. 18 z dotazníku pro rodiče)

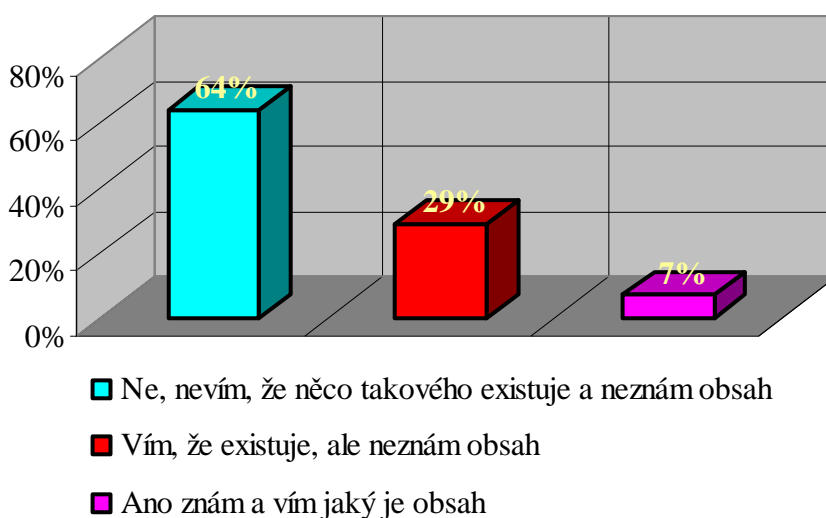


- I. Ano, pozorný a vnímavý personál dokáže rodiče nahradit
 II. Ne, přítomnost rodiče u dítěte v nemocnici je nezastupitelná
 III. Jiné

Graf informuje o názorech rodičů na možnost zastoupení rodiče u dítěte v nemocnici v rámci jednotlivých nemocnic, ve kterých rodiče získali již nějakou zkušenost. Z českobudějovické oblasti odpovídalo 29 rodičů, z nichž 2 rodiče uvedli, že pozorný a vnímavý personál by mohl rodiče v nemocnici u dítěte zastoupit, 21 rodičů se domnívá, že je jejich role u dítěte v nemocnici nezastupitelná zdravotníky a 6 rodičů uvedlo v kolonce jiné, že by zdravotníci mohli rodiče v nemocnici zastoupit při jejich vyšším počtu a menší časové zaneprázdněnosti. Rodiče z Jindřichohradecka odpovídali v počtu 27 a ti všichni uvedli, že je role rodiče u dítěte v nemocnici nezastupitelná. Rodičů z Dětské nemocnice v Brně odpovídalo 30 a tam v 6 případech odpověděli rodiče, že vnímavý a pozorný personál by je mohl u dítěte zastoupit v nemocnici, 22 rodičů se domnívá, že je jejich role u dítěte v nemocnici nezastupitelná a 2 rodiče se

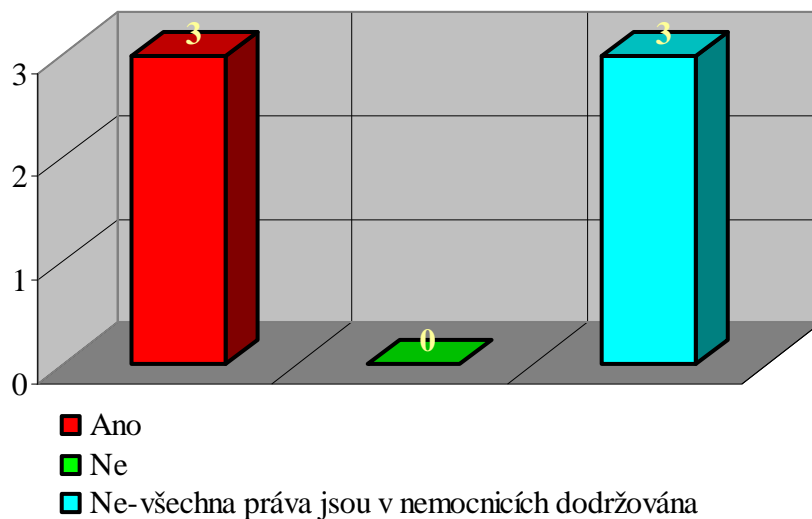
shodují, že je rodič zdravotníky zastupitelný, ale zdravotníci nemají takové možnosti časové a personální.

Graf 71 Znalost rodičů dokumentu-Charta práv dětí v nemocnici a jeho obsahu (k otázce č. 19 z dotazníku pro rodiče)



Tento graf souhrnně zachycuje povědomí rodičů o dokumentu – Charta práv dětí v nemocnici. Na tento dotaz odpovídalo všech 86 dotazovaných rodičů. V 64% (55) rodiče odpověděli, že neví, co je to za dokument, neznají jeho obsah a neví, že něco takového existuje. 29% z dotazovaných (25) uvedlo, že ví o existenci takového dokumentu, ale neznají jeho obsah a 7% rodičů (6) uvedlo, že Chartu práv dětí v nemocnici znají a znají i její obsah.

Graf 72 Názory rodičů na dodržování Charty práv dětí v nemocnici dle jejich zkušenosti(k otázce č. 20 z dotazníku pro rodiče)



Tento graf zachycuje názory rodičů, kteří znají dokument Charty práv dětí v nemocnici na plnění těchto práv dětí na základě jejich praxe z nemocnice. Na tento dotaz odpovídalo pouze 6 rodičů, kteří ve 3 případech zastávají názor, že jsou práva dětí v nemocnicích dodržována a stejně tak ve 3 případech bylo uvedeno, že ne všechna práva jsou v nemocnicích dodržována.

5. Diskuse

Dětský věk je časově vymezen rozsáhlým obdobím, od narození dítěte až po jeho 19. rok života. Věkový rámec tohoto výzkumu zahrnuje děti od 1 roku do 12 let. Jak je však zřejmé z odpovědí rodičů, je problematika psychosociální podpory dětí v nemocnici indikovaných k plánovanému chirurgickému výkonu řešena nejčastěji u dětí s věkovým průměrem 4,2 let (tabulka 2), což představuje věkový rozsah od 1 do 5 let – tedy období batolecího a předškolního věku. Zájem rodiny se tímto problémem zabývat, tzn. řešit doprovod dítěte rodičem v nemocnici, souvisí pravděpodobně se specifickým obdobím emočního a socializačního vývoje dítěte. J. Langmeier v knize *Vývojová psychologie* [2006 str. 80] uvádí, že právě v batolecím období je dítě velmi závislé na matce či jiných dospělých členech rodiny a i krátkodobé odloučení vyvolává často prudké separační reakce podobně jako v období před koncem prvního roku života. Často bývá tato reakce u batolat mnohem nápadnější, jelikož dítě v tomto věku již disponuje větším rozsahem výrazových prostředků. Rovněž studie Robertsona a Bowlbyho (1952, 1957) popisuje separační reakce dětí starých 18 - 24 měsíců, které byly odloučeny od svých matek a umístěny v nemocnici. Následně tato zkušenost dětí mohla působit jako překážka v jejich dalším osobnostním vývoji.

Zvládání separační situace dětmi v Nemocnici České Budějovice popisuje výsledkový graf 44, v němž jsou zachyceny reakce dětí při odloučení s rodiči v rámci příjmu dítěte či odchodu rodiče z oddělení na noc. 16 dětí z 20 se projevovalo výše uvedenými separačními reakcemi uváděnými Robertsonem a Bowlbym. Prevencí ke vzniku takových situací je proto umožnění hospitalizace či doprovodu dítěte rodičem v nemocnici. Graf 42 popisuje situaci v rozsahu rodičovského doprovodu dětských pacientů při hospitalizaci v českých nemocnicích. V 82% udávají rodiče, že doprovázeli své děti v nemocnici, popřípadě alespoň přes den. Doprovod dítěte nebyl umožněn v 18%. Možnosti doprovodu dětí rodiči doplňuje i výsledek z grafu 1, který v celých 96% uvádí různě rozsáhlé možnosti rodičovského doprovodu dítěte a pouze ve 2% uvádí nemožnost dítě v nemocnici doprovázet. Jak ukazuje graf 43 ze selektivního zobrazení situace ze tří českých nemocnic, kde výzkum probíhal, k separaci dětí při

hospitalizaci dochází pouze v Nemocnici České Budějovice. Tento výsledek vykazuje i graf 2, kde anesteziologický pracovník z Českých Budějovic potvrzuje, že děti zde nemají možnost být v nemocnici v rámci indikace chirurgického výkonu doprovázeny. Následně je kolorující i výsledek kvalitativního výzkumu, který popisuje nedostatečné kapacity dětského oddělení pro rodičovský doprovod a významný je v tomto ohledu i výsledek vyplývající z grafického zpracování zájmu zdravotnického personálu o doprovod dítěte rodičem v nemocnici (graf 40, 41). Zde je opět patrné, že snaha zdravotníků podpořit rodiče či jim nabídnout setrvání s dítětem po dobu pobytu v nemocnici je nejnižší v Českých Budějovicích. V těchto případech dochází k porušení či nedodržení Charty práv dětí v nemocnici (příloha 1), kde, jak uvádí druhý bod tohoto dokumentu, mají děti v nemocnici právo na neustálý kontakt se svými rodiči a rodičům by se mělo dostat pomoci a povzbuzení, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Výše uvedeným skutečnostem odpovídá i graf 45 a 46, ve kterém rodiče hodnotí přístup zdravotníků, s kterými se setkali během pobytu s dítětem v nemocnici. Jak je patrné z grafu 46 se zájmem zdravotníků o rodičovský doprovod souvisí i jejich přístup k dětskému pacientovi a jeho rodině. Rovněž jak je patrné z grafu 42 žádný z dotazovaných rodičů neuvěděl, že by neměl zájem své dítě v nemocnici doprovázet. Rodiče, kterým bylo umožněno své děti v nemocnici doprovázet, označují svou přítomnost u dítěte za přínosnou (graf 47 a 48). Nejčastěji uvádí zklidnění a pocit bezpečí dítěte v nemocnici, dále lepší informovanost dítěte a usnadnění spolupráce mezi dítětem a zdravotníky. Všechny zmíněné aspekty odpovídají uspokojení potřeb jistoty a bezpečí u dětí v nemocnici. Jak uvádí Trachtová [v knize Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu] jsou deficitem této potřeby ohroženy především děti, které nemají narozdíl od dospělých jedinců osvojené adaptivní formy chování. Účinný způsob k uspokojení těchto potřeb u dětí během hospitalizace je zajištění jejich sociálních jistot rodiči v nemocnici. Jistota a bezpečí jsou jako jedny ze základních lidských potřeb zakotveny v Listině základních práv a svobod, která byla u nás přijata v lednu 1991.

Následně se podařilo zachytit a zpracovat zájem rodičů o aktivní účast v rámci předoperační přípravy u jejich dětí (grafy 49 a 50). Jak z grafického přehledu vyplývá, 87% dotazovaných rodičů mělo zájem se na této přípravě podílet a také se na ní aktivně

podíleli. V 10% se rodiče na bezprostřední přípravě dítěte k operaci nechtěli podílet s tím, že chtějí dítě pouze doprovázet a ve 3% rodiče zájem projeví, ale nebylo jim to umožněno. Při spektrálním rozboru odpovědí vzhledem ke spádovým nemocnicím, kde byly děti hospitalizovány, jsem zjistila, že zmíněné případy zdravotníky odmítané spolupráce rodičů spadají pod Nemocnici v Českých Budějovicích. Z výzkumu taktéž vyplynul rozsah a charakter činností, které rodiče u svých dětí právě v době před operací zajišťují. Jak je zřejmé z grafu 51 a 52, z velké části (49%) je rodičovská péče zaměřena na psychickou přípravu dítěte – (komunikace, zajištění zábavy, informace) která, jak je uvedeno v knize Chirurgie I od Františka Vyhnálka, je součástí každé celkové předoperační přípravy pacienta. Nezanedbatelná je i rodičovská účast v rámci bezprostřední přípravy. V 18% rodiče uváděli dozor nad lačněním dítěte, v 17% pomoc s převlékáním dítěte a ve 13% péči o vyprazdňování a hygienu před operací u dítěte. Z výše uvedeného vyplývá, že rodiče mají zájem o doprovod dítěte v nemocnici a také o aktivní účast v rámci předoperační přípravy u svého dítěte a podařilo se tak potvrdit první hypotézu mé studie.

Tato práce se dále specifickěji zaměřuje na možnosti a rozsah rodičovského doprovodu chirurgického dětského pacienta až na operační sál. Graf 53 zachycuje míru rodičovského doprovodu dítěte k operaci. V souhrnném zobrazení překvapivě 34% rodičů doprovázelo své dítě až na operační sál a 27% rodičů před operační sál. Při spektrálním zobrazení (graf 54) podle jednotlivých pracovišť se však ukázalo, že výše zmíněný doprovod dítěte až na operační sál k chirurgickému výkonu se týká většinou Nemocnice v Jindřichově Hradci, kde tuto skutečnost potvrzuje i kvalitativní charakteristika uvedená v rámci výsledků mé práce, kde rodičovský doprovod na operační sál konkrétně k ORL operacím je běžnou praxí. Překvapivě jeden případ, kdy rodič doprovázel své dítě až na operační sál k operaci, spadá i pod pracoviště českobudějovické nemocnice. V brněnské dětské nemocnici rodiče doprovázejí své děti většinou před operační sál. Tyto výsledky doplňují i výsledky zpracované z dotazníku pro anesteziologické pracovníky. Z grafů 7 a 8 vyplývá, že 38% anesteziologických pracovníků se nikdy s doprovodem rodiče na operační sál nesetkalo. Podle spádového rozložení takto odpovídalo 8 anesteziologických pracovníků z Českých Budějovic a 6

z Brna, avšak dalších 10 pracovníků z Č.B se s tímto doprovodem setkala jen výjimečně a 1 pracovník poměrně často. Opět odpovídající výsledky také přinesly odpovědi anesteziologických pracovníků z Jindřichova Hradce, kteří rodičovský doprovod na operační sál označili za běžný. Zajímavé výsledky přinesl také graf 3 a 4, kde se anesteziologičtí pracovníci z 57% domnívají, že se v rámci jejich nemocnice vyskytují odlišnosti v možnostech doprovodu dětí k operačnímu výkonu. V grafech 5 a 6 je za příčinu těchto odchylek označen ve 42% lidský faktor, a to především zavedené zvyklosti a vstřícnost vedení. Tento fakt potvrzuje i článek týkající se rodičovské role v nemocnici uveřejněný na internetových stránkách Nadačního fondu Klíček, kde se uvádí, že i navzdory mnoha změnám v našem zdravotnictví je rodič v řadě našich nemocnic stále ještě považován pouze za návštěvu, nikoli za neoddelitelnou součást svého dítěte. Rodič musí být ve své roli zdravotníky respektován a ne vnímán jako nevídaný host. Další poměrně zástupnou příčinou odchylek v možnostech rodičovského doprovodu v nemocnicích, která vyplývá z grafu 5 a 6, je z 30% nevhodné stavební a organizační uspořádání. To potvrzuje i ministryně pro lidská práva Džamila Stehlíková, která sice uvádí, že rodiče mají právo být s dětmi v nemocnici po celou dobu, avšak také připouští, že řada nemocnic není zcela na zajištění takového práva provozně a stavebně připravena. V řadě nemocnic dochází sice ke stavebním úpravám a provozním změnám, ale je otázkou, zda nejsou zaměřeny pouze na estetizaci a zajišťování předmětných podmínek provozu a nedochází-li při těchto rekonstrukcích k opomenutí vytvořit podmínky i pro sociální zázemí hospitalizovaných pacientů - tedy pro rodičovský doprovod [6, 11]. Anesteziologickými pracovníky jsou v neposlední řadě jako důvod odchylek v možnosti rodičovského doprovodu dětských chirurgických pacientů ve 20% uváděny odlišné typy operačních výkonů. Tento fakt potvrzují i kvalitativní charakteristiky v mé studii, kdy operační výkony zahrnuté do oblasti obecné chirurgie bývají realizovány na úseku centrálních operačních sálů, kde již výše zmíněné organizačně-stavební možnosti doprovod dítěte zpravidla neumožňují. Naopak některé chirurgické výkony specializovaných pracovišť jako ORL, urologie, oční, které disponují vlastními operačními sály, mají větší možnost vytvořit podmínky a realizovat přístupnost rodičovského doprovodu u dítěte, a tak se tomu i na některých pracovištích

děje. Konkrétní příčiny bránící doprovodu dítěte rodičem na úsek operačního sálu k chirurgickému výkonu jsou zachyceny v grafu 29 a 30, kde anesteziologické sestry nejčastěji zmiňují nevypracovaný edukační systém pro rodiče (z 29%), kteří chtějí děti k operaci doprovázet, dále ve 27% zažitý zvyk a dosavadní systém a ve 26% opět stavební a prostorové uspořádání operačních sálů. Za zmínku stojí i 6ti% názor, že je ze strany zdravotnického personálu podceňován vliv neuspokojených psychosociálních potřeb dítěte.

Velmi zajímavé jsou výsledky vypovídající o názorech anesteziologických pracovníků na přínos rodičovského doprovodu u dítěte na operačním sále pro jejich práci, zachycené v grafech 13 a 14. 62% pracovníků udalo, že přítomnost rodiče na operačním sále není pro jejich práci přínosem a 38% odpovědělo opačně. Tato vyjádření poměrově kolorovala i s výsledky na jednotlivých pracovištích. Přínos rodičovského doprovodu na operačním sále je anesteziologickými pracovníky vnímán především jako přínos pro dítě, jak je patrné z grafu 9 a 10. Zde je vidět, že je jako pozitivum nejčastěji uváděno zklidnění dítěte a zlepšení kontaktu a spolupráce s dítětem (v 78%). V rámci negativ (graf 11 a 12) je v 39% anesteziologickými pracovníky uváděno riziko zanesení infekce a neznalost rodičů o dodržování pravidel asepse na operačním sále. Při konzultaci tohoto hlediska na Krajské hygienické stanici jsem byla odkázána na Vyhlášku č. 195/2005Sb. § 7 oddíl 5 ze zákona 258/2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví (příloha 12) a bylo mi sděleno, že budou-li jakékoli osoby (tedy i např. rodiče) v rámci vstupu dodržovat body v tomto zákoně uvedené a nebudou-li narušeny vnitřní standardy provozu operačních sálů, je vstup další osoby, tedy i rodiče, legitimní a neměl by asepti operačních sálů ohrozit. Nezbytností však v tomto ohledu zůstává propracovaný edukační systém pro rodiče dětí a zajištění takového postupu standardy. Návrh takového standardizovaného postupu přikládám v příloze 13 mé práce. V celkem 36% je uvedeno sestrami jako další negativum přítomnosti rodičů na operačním sále pocit kontroly jejich práce, připomínkování jejich práce a dotazy rodičů, kterými mohou sestry zdržovat. Následně i graf 15 potvrzuje, že až v 61% by přítomnost rodiče na operačním sále u jeho dítěte byla pro anesteziologické pracovníky stresující a zátěžová.

Zajímavý je spektrální pohled na výsledky tohoto grafu z jednotlivých nemocnic znázorněný v grafu 16. V českobudějovické nemocnici by rodičovský doprovod byl stresující pro 14 pracovníků z 16 i přesto, že zkušenosti s přítomností rodičů na operačním sále nemají téměř žádné, a naopak v jindřichohradecké nemocnici, kde byl doprovod rodičem u dítěte označen za běžný, 5 pracovníků z 6 uvádí, že pro ně stresujícím není. V brněnské nemocnici jsou názory anesteziologických pracovníků v obou případech téměř vyrovnané. Hodnocení rodičovské přítomnosti jako stresové a zátěžové ze strany anesteziologických pracovníků lze proto vyložit jako možný defekt ve vztahu zdravotník – pacient (příbuzný). Jak uvádí Jan Vymětal v knize Lékařská psychologie pohled na rodinu pacienta jako na partnera a spolupracovníka v péči o pacienty spojený s pocitem jistoty, důvěry a vzájemné akceptace je nezbytnou součástí nového celostního přístupu v medicíně. Bohužel ne vždy a všude je takový přístup zažitý a mnohde stále ještě přetrvává dehumanizační styl z minulých dob. Je důležité zdůraznit, že i rodiče dle grafů 55 a 56 považují doprovod u svého dítěte na operační sál z 85% přínosný především pro dítě a jen z 15% za pomoc anesteziologické sestře. Pobyt rodiče u dítěte na operačním sále po ukončení operačního výkonu a jeho význam zachycují grafy 19 a 20. I zde je anesteziologickými pracovníky rodičovská přítomnost označena pro dítě 59% za pozitivní. Také pomoc rodiče v bezprostřední pooperační péči na operačním sále o dítě je uvedena v 19% odpovědí a představuje především dohled nad dítětem - prevence pádu a zranění, sledování pooperačního stavu dítěte - ohlášení nauzei, zvracení, bledosti, pomoc při rozpoznání bolestivých projevů u dítěte, které rodič lépe zná apod. Jak uvádí Ryšavá a Bystřecký v knize Základy dětské anesteziologie, je naše schopnost pochopit zážitek bolesti u dětí jen velmi omezená. Proto je třeba se soustředit na psychologickou intervenci k rodičům a vytvořit důvěru mezi rodiči, chirurgem a anesteziologem. Takovou pomoc rodiče lze do jisté míry chápat i jako pomoc anesteziologické sestře v její práci, avšak v důsledku se jedná především o pomoc dítěti. Navíc jak je zřejmé z grafu 21 a 22, 69% sester se domnívá, že rodič nezvládne psychicky pooperační stav dítěte a stává se pro personál přítěží. Otázkou k zamyšlení však zůstává, oč odlišný je pooperační stav dítěte v prostorách operačních sálů, např. na dospávacím pokoji a stav dítěte po příjezdu na

pokoji ošetrovací jednotky z operačního sálu. Nicméně na základě vyhodnocení všech výsledků je třeba konstatovat, že hypotéza o přínosu rodičovského doprovodu pro práci anesteziologických sester se nepotvrdila, jelikož sestry ve většinovém zastoupení rodičovskou přítomnost na operačním sále za pomoc nepovažují a označují ji spíše za zátěžovou.

Překvapující je výsledek vyplývající z grafu 23. Zde anesteziologičtí pracovníci souhrnně vyjadřují názor na umožnění doprovodu dítěte rodičem až na operační sál. I přes chápání významu a přínosu rodičovské podpory pro dítě (jak zachycuje graf 25 a 26) je následně z grafu 23 patrné, že umožnění takového doprovodu je odmítáno 50% sester, dále v 17% sestry neví, zda by přítomnost rodiče na operačním sále měla být umožněna a 33% s umožněním takové podpory dítěti na operačním sále souhlasí. Podle následujícího grafu 24 nejčastěji pozitivně odpovídaly sestry z jindřichohradecké nemocnice, kde mají praxi s takovým doprovodem dítěte k operaci a nejvíce negativních odpovědí spadalo pod českobudějovickou nemocnici, kde je naopak rodičovský doprovod u dětí nejvíce omezován.

Další zaměření mé výzkumné práce bylo orientováno na pooperační péči u dětských chirurgických pacientů a jejich psychický stav v závislosti na přítomnosti jejich rodičů. Z grafů 57 a 58 zpracovaných z odpovědí rodičů vyplývá, že nejčastějším místem prvního setkání rodiče a dítěte po operačním zákroku je z 79% na pokoji ošetrovací jednotky po příjezdu ze sálu a ve 14% v prostorách za operačním sálem. Pouze ve 4% jsou uvedeny odpovědi setkání dítěte a rodiče ještě na operačním sále a týkají se pouze spádové oblasti pro nemocnici v Jindřichově Hradci. Odpovědi anesteziologických pracovníků (graf 17) se v této oblasti mírně rozcházejí. 51% anesteziologických sester totiž udává setkání rodiče a dítěte za operačním sálem a 34% uvádí první styk dítě/rodič po operaci na pokoji ošetrovací jednotky. Při podrobném porovnávání grafů 18 a 58 je zřejmé, že nejvýraznější poměrové odchylky se týkají odpovědí mezi rodiči a anesteziologickými pracovníky v Nemocnici České Budějovice. Podle grafického přehledu 59 rodiče uvádějí, že při shledání s dítětem po operaci 39% dětí spalo a celkem 57% dětí nespalo (18% zmatené a dezorientované, 15% plakalo, 10% mělo bolesti, nařikalo, 8% dětí se pralo, utíkalo z lůžka, 6% volalo rodiče). Z grafu

60 je zajímavé, že všech 6 dětí, které po operaci volaly rodiče, spadají pod českobudějovickou nemocnici, kde jsou nejmenší možnosti doprovázení dětí k operaci jejich rodiči. Graf 61 a 62 následně zachycuje, jak děti reagovaly na své rodiče v prvních momentech setkání. Ve 42% dítě podle rodičů vyžadovalo tělesný kontakt - pochovat, hladit, podržet za ruku. Stejně tak i v knize od Naděždy Špatenkové - Krize psychologický a sociologický fenomén je zdůrazňován význam vlivu přímé sociální opory pro jedince během zátěžové situace. Cituji: „Sociální opora má přímý vliv na snížení stresu anebo působí spíše jako nárazník blokující resp. tlumící vliv krizové situace.“ [17, str. 37]. To potvrzuje i vyjádření 31% rodičů dále v grafu 61, že se děti po kontaktu s nimi zklidnily. Zájem a možnosti rodičů se podílet následně na pooperační péči o dítě byl dle grafu 63 jednoznačný. Všech 100% dotazovaných rodičů odpovědělo kladně. Přehled rozsahu pooperační péče zachycují grafy 64 a 65. Podle nich se nejčastěji (v 27%) rodiče podílí na psychické podpoře a zvládání bolesti u dítěte, dále v 26% zajišťují neustálý dohled nad dítětem, následně působí jako informační zdroj pro dítě a zajišťují péči v případě pooperačního zvracení a péči o vyprazdňování a hygienu. Z uvedeného lze vyvodit, že rodiče mají zájem a možnosti se účastnit pooperační péče u svých dětí, a tím lze potvrdit související hypotézu: „Rodiče mají zájem se účastnit pooperační péče u svých dětí.“

Porovnání výskytu operačních a pooperačních komplikací u dětí s psychosociálním zázemím rodiny a u dětí bez psychosociálního zázemí v rámci indikovaného operačního zákroku v nemocnici znázorňují grafy 27 a 28. Anesteziologických pracovníků jsem se dotazovala, zda se ve své praxi na operačním sále setkávají s komplikacemi způsobenými separačním strachem u dětí. V 65% sestry odpověděly kladně a v 35% záporně. Tento výsledek také potvrzuje graf 38, kde je zachycena míra výskytu komplikací v rámci operace v souvislosti s rozsahem rodičovského doprovodu u dětí v České republice. Zcela jednoznačně zde z grafu vyplývá, že u dětí, které rodiče doprovázeli před nebo na operační sál tzn., že byla u nich zajištěna maximální rodičovská podpora, se nevyskytly žádné komplikace. Naopak u dětí bez doprovodu rodiče k operaci, včetně separace rodiče a dítěte již na pokoji ošetrovací jednotky, se komplikace vyskytovaly. Zajímavá je nepřímá úměra

mezi výskytem komplikací a rozsahem rodičovského doprovodu. Jak je z grafu 38 zřejmé, čím nižší je rozsah rodičovské podpory u dítěte v rámci operace, tím vyšší je výskyt komplikací. Právě separace dítěte a rodiče v novém a pro dítě neznámém prostředí představuje stresové zatížení dětského organismu, a právě u malých dětí se krizové situace více projevují psychosomaticky a mohou tak být příčinou komplikujících stavů v rámci operací. Na základě těchto výsledků si dovoluji potvrdit další hypotézu, která uvádí, že u dětí s psychosociálním zázemím rodičů v rámci operačního výkonu se vyskytuje mnohem méně operačních a pooperačních komplikací než u dětí bez psychosociální podpory [17, 18].

Pro mezinárodní porovnání úrovně psychosociální podpory mezi Českou republikou, Maďarskem a Rakouskem byly použity výzkumné soubory 30ti dětských pacientů, jejichž věkový průměr je ve všech případech 2,5 roku (tabulka 1). Podařilo se tak dosáhnout vzájemné porovnatelnosti těchto souborů. Navíc pozornost rozsahu poskytované psychosociální podpory tak byla nejčastěji zaměřena k právě takovým dětem, pro které je uspokojení těchto potřeb významné, jak bylo zmíněno již v úvodu této diskuse. V první řadě se podařilo zachytit rozsah možností rodičovského doprovodu u dětí v rámci hospitalizace. Jak je patrné z grafu 31, hospitalizace dětí s rodiči v nemocnici v rámci indikovaného chirurgického zákroku je nejrozšířenější v Rakousku, kde byla do nemocnice přijata s doprovodem celá 1/3 dětí. Následně možnost doprovodu dítěte v nemocnici bez jeho nároku na lůžko byla nejrozšířenější v Maďarské republice, a to v celých 24 případech. Bohužel graf uvádí, že nejčastěji, a to v 11 případech, se setkáváme se samostatným pobytem dítěte v nemocnici právě u dětských pacientů v České republice. Zachycení možnosti doprovodu dětí k operačnímu výkonu až na operační sál je názorně zpracováno v grafu 32. Jak je patrné, výskyt rodičovské přítomnosti u dítěte na operačním sále je nejčastější v Rakousku a nejméně častý v Maďarské republice. Doprovod dítěte před operační sál je naopak nejběžnější v Maďarsku a nejméně častý v České republice, kde je až 2/3 výskyt případů dětí bez rodičovského doprovodu k operaci. Graf 33 zachycuje psychický stav dětí před operačním výkonem u dětí v jednotlivých zemích. Excitace a pláč u dětí před operací se nejčastěji vyskytuje u nás v České republice a to v 17

případech z 30. Tento výsledek koloruje i s výsledky grafů 27 a 28, z kterých vyplývá, že existuje vztah mezi přítomností rodiče v rámci předoperační přípravy a následným psychickým stavem dítěte, který může mít vliv i na výskyt komplikací v průběhu operace. To potvrzují i výsledky z grafů 37, 38 a 39 zachycující míru výskytu komplikací v rámci operace v souvislosti s rozsahem rodičovského doprovodu u dětí v jednotlivých zemích. Ani v jedné zemi se nevyskytly komplikace v průběhu operace u dětí, které byly svými rodiči doprovázeny až na operační sál. Komplikace u dětí doprovázených rodiči před operační sál se v České republice nevyskytovaly, v Maďarsku se jednalo o dva případy z 24 a v Rakousku o 1 případ z 15. Varianta, při které je dítě s rodičem v nemocnici, ale nedoprovází dítě k operaci a setrvává na pokoji, se vyskytovala pouze v České republice a zde se vyskytovaly komplikace v jednom případě z 8 a u dětí bez doprovodu rodiče v nemocnici byl v České republice výskyt komplikací nejvyšší a to ve 3 případech z 11 a dále v Rakousku se komplikace u těchto dětí vyskytly v 1 případě ze 3. Zachycení psychického stavu dětí po operaci nabízí graf 34, z kterého je zřejmé, že nejčastěji klidné a spavé děti jsou v pooperační době v Rakousku. Výskyt excitace a uplakaných dětí v pooperační době je v případě České republiky a Maďarska poměrně vyrovnaný. Možnosti rodičů se setkat se svým dítětem po operaci přináší graf 35. V maďarské nemocnici se rodiče se svými dětmi po operaci setkávají nejčastěji za operačním sálem a ve 3 případech se setkali rodiče s dítětem již na operačním sále. V České republice se 1/3 rodičů potkala poprvé s dítětem po operaci na pokoji po příjezdu z operačního sálu, ale ve většině případů se rodiče setkávali se svými dětmi ještě déle v čase označeném v grafu jako „později“. V Rakousku bylo 12 rodičů u svých dětí po operaci již na operačním sále, 15 dětí se setkalo s rodiči za operačním sálem a pouze 3 děti se setkávají s rodičem v pozdější době. V grafickém zachycení situací, jak na psychický stav dětí v jednotlivých zemích působilo setkání s rodiči po operaci, zachycuje graf 36. Pouze v Maďarské republice setkání s rodiči nejčastěji vyvolalo zklidnění dítěte. V České republice ve většině případů (6 dětí) nebyla reakce zaznamenána, protože děti spaly, ve 3 případech je rodičovské setkání zklidnilo a ve 2 případech plakaly a dokonce rodiče odmítaly. Výsledek z Rakouska ukazuje, že zde většina tj. 21 dětí po operaci spala a zklidnění

nastalo při setkání s rodičem ve 3 případech a ve stejném množství případů byly děti excitované a odmítaly rodiče. Na základě zpracování tuzemských a zahraničních dat a porovnáním z nich uvedených výsledků lze konstatovat, že hypotéza uvádějící vyšší podporu rodičovské účasti v rámci operačního výkonu u dětí v zahraničních státech (Rakousko a Maďarsko) než v České republice byla potvrzena.

Zajímavé skutečnosti vyplývají i z výsledků popisující systémy psychosociální podpory v zahraničních státech. Jak je uvedeno v kapitole 4.1.1 a 4.1.2 o maďarských nemocnicích a zdravotním systému Maďarska, je zde rodina vnímána jako součást dětského pacienta. Doprovod rodičů v rámci hospitalizace je běžným a pro zdravotnický personál nezatěžujícím jevem. Psychosociální podpora dětí v maďarských nemocnicích je podporována a tvoří významnou složku předoperační přípravy a pooperační péče o dítě. I přes některé problémy vyplývající z nižší sociální úrovně obyvatel a ztěžující tak edukaci rodiny v rámci předoperační přípravy dítěte v domácím prostředí, snaží se zdravotníci rodiče v maximální péči o své děti podporovat. Jan Vymětal v knize Lékařská psychologie zmiňuje, že nemocný důvěřuje lékaři a léčbě tehdy, jestliže lékaři důvěřují i jeho nejbližší příbuzní, a proto je aktivní zapojování rodiny zvláště v pediatrii nezbytností. Ani při komunikaci s dítětem nejsou rodiče v Maďarsku opomíjeni a naopak se jejich přítomnosti využívá k navázání vztahu a k získání dětského pacienta ke spolupráci. Rodiče se tak opravdu stávají partnery a pomocníky při léčbě a ošetřování. Jak uvádí Venglářová a Mahrová v knize Komunikace pro zdravotní sestry je právě začlenění rodičů do diagnosticko-terapeutického procesu a aktivní spolupráce s rodiči významným předpokladem úspěšné komunikace s dítětem v nemocnici. Na základě hodnocení úrovně a rozsahu psychosociální podpory v Maďarské republice jsem stanovila hypotézu: „Spolupráce a vzájemná komunikace ve vztahu rodič/dítě-pacient/lékař je v Maďarsku na vyšší úrovni než v České republice.“

Rakouský zdravotní systém v oblasti péče o dětského chirurgického pacienta je na poměrně vysoké úrovni. Ve výsledkové charakteristice v oddílu 4.3.2 je zachycen zajímavý systém edukace a informovanosti rodičů v souvislosti s přijetím dítěte do nemocnice k plánovanému operačnímu zákroku. Nejlépe oba rodiče jsou obeznámeni dopodrobna a v několika krocích s nástupem dítěte do nemocnice, s anestezií,

operačním zákrokem, s předoperační přípravou i pooperační péčí a k tomuto účelu je vyhrazena jedna celá návštěva rodičů s dítětem v nemocnici, kde probíhá pohovor jak s odborným lékařem chirurgického oddělení, tak i anesteziologem. Rodiče následně obdrží i informační leták opět popisující detailně operační zákrok, předoperační přípravu a pooperační péči. Navíc informují rodiče o možnosti doprovodu jejich dítěte k operačnímu zákroku a o významu psychosociální podpory u dítěte v nemocnici a informují rodiče o možnostech a rozsahu jejich aktivní účasti v rámci předoperační a pooperační péče. Na prospektu jsou navíc uvedena čísla informačních linek chirurgického oddělení, kde mají rodiče možnost se dotazovat a informovat v případě nejasností. Výsledkem natolik propracovaného edukačního systému je následně bezproblémová spolupráce s rodinou dítěte. Rodič se necítí být zdravotníky obcházen, zapojuje se v situacích, kdy je jeho přítomnost významná a efektivní především pro dítě a na druhou stranu se dokáže již dopředu rozhodnout, jestli s ohledem na potřeby dítěte a vlastní schopnosti chce dítě doprovázet k operačnímu výkonu nebo ne. Edukační systém v Rakousku je součástí léčebného a ošetrovatelského procesu. I Vlasta Závodná v knize Pedagogika ošetrovatelství zdůrazňuje význam edukace pacienta před i v rámci jeho hospitalizace, což usnadňuje jeho adaptaci na nové prostředí a denní režim. Rovněž zmiňuje i primární úlohu rodiče u hospitalizovaného dítěte a doporučuje užití některých metod edukačního působení na rodiče jako např. rozhovor, leták - které jsou již několik let úspěšně praktikovány právě v rakouských nemocnicích. V souvislosti s těmito výsledky stanovují druhou hypotézu ve znění: „Rakouský zdravotnický systém má lépe propracovaný edukační systém pro rodiče doprovázející své děti k operacím než v České republice.“

Při hodnocení situace mapující úroveň psychosociální podpory v České republice se podařilo získat charakteristiky ze tří českých nemocnic uvedené v oddílech 4.2.1, 4.2.2 a 4.2.3. Na české poměry téměř raritní možnost v rozsahu poskytované psychosociální podpory vykazuje oddělení ORL jindřichohradecké nemocnice. Rodiče zde mají možnost doprovázet děti k malým operačním výkonům až na operační sál. Ostatní operace dětí situované na centrální operační sály takový doprovod u dítěte již neumožňují ze stavebních a provozně - organizačních důvodů. I přesto zde však rodiče

stejně jako v Dětské nemocnici Brno mohou doprovázet děti alespoň před operační sál. Největší nedostatky v rámci psychosociální podpory vykazují výsledky z českobudějovické nemocnice. Nejenže je zde redukován rodičovský doprovod u dětí již při příjmu do nemocnice, ale i rozsah možnosti rodičů doprovázet dítě k operačnímu výkonu je nejmenší. Rodiče často nedoprovází své děti ani k operačnímu sálu a setrvávají na pokoji dětského oddělení. Rovněž zájem o změnu a snaha o prohloubení psychosociální podpory u dětských chirurgických pacientů je ze strany zdravotníků v Nemocnici České Budějovice minimální. Většina zdravotníků v této nemocnici zdůrazňuje spíše negativa a komplikace, které by rozšířená přítomnost rodičů u dítěte s sebou přinesla, což se projevuje i v ochotě a přístupu k rodičům dětských pacientů. Z vyhodnocení výsledků kvalitativních výzkumů v českých nemocnicích proto vyplynula hypotéza: „České nemocnice nemají vhodné stavebně-organizační podmínky pro kvalitní uspokojování psychosociálních potřeb dětí indikovaných k chirurgickému výkonu“.

V závěru diskuse bych ráda upozornila na celkem zajímavé výsledky grafů 68 až 72, které mohou doplnit problematiku uspokojování psychosociálních potřeb dětských chirurgických pacientů. Z grafu 68 je zřejmé, že všichni dotazovaní rodiče, tedy celých 100%, je přesvědčeno o důležitosti kontaktu rodič/dítě v rámci plánované operace u svých dětí. Stejně tak i z grafu 69 a 70 je patrné, že většina rodičů si myslí, že je jejich role u dítěte v nemocnici zdravotníky nezastupitelná. I přesto jak výzkum ukázal, je takové mínění rodičů nedostatečným podnětem k realizaci změn poměrně neuspokojivého stavu psychosociální podpory dětí v České republice ve srovnání se zahraničím. Jednou z možných příčin by mohlo být i nedostatečné povědomí rodičů o právech jejich dětí v nemocnici. Jak je patrné z grafu 71, 64% dotazovaných rodičů nezná dokument Charty práv dětí v nemocnici, 29% rodičů sice o dokumentu ví, že existuje, ale nezná jeho obsah a pouze 7% rodičů uvedlo, že tento dokument zná a zná i jeho obsah. Těmto 7% (6ti rodičům) byla položena otázka, zda si myslí, že jsou práva uvedená v Chartě práv dětí v nemocnici dodržována. Výsledek odpovědí je následně názorně zachycen v grafu 72, ze kterého je patrné, že názory rodičů jsou v tomto ohledu vyrovnané. Osobně si myslím, že právě nedostatečná znalost a povědomí rodičů

o právech dětí v nemocnici je jednou z prvotních příčin stavění rodiče do manipulativního postavení, kterého samozřejmě využívá ještě mnohde přetrvávající systém k prosazování zavedených zvyklostí z minulých dob.

6. Závěr

Tato bakalářská práce je zaměřena na zjištění a posouzení úrovně a kvality poskytované psychosociální podpory dětem indikovaným k malým plánovaným chirurgickým operacím. Jejím cílem bylo za prvé zjistit zájem rodičů o aktivní účast v rámci předoperační přípravy a pooperační péče u svých dětí, dále zmapovat názory anesteziologických sester na rodičovský doprovod dětí až na operační sál včetně zjištění výhod a nevýhod, které z toho vyplývají, a v neposlední řadě porovnat výskyt komplikací v rámci operace u dětí s psychosociální podporou rodičů a u dětí bez takové podpory. Posledním z cílů, na které se tato práce soustředila, bylo i mezinárodní srovnání úrovně a rozsahu poskytované psychosociální péče o dětské chirurgické pacienty mezi Českou republikou, Maďarskem a Rakouskem.

V závěru mohu konstatovat, že všechny tyto stanovené cíle se podařilo splnit. Pro realizaci výzkumu, který probíhal v českých a v zahraničních nemocnicích, bylo využito jak kvantitativních tak i kvalitativních metod sběru dat.

Po zpracování odpovědí rodičů, jejichž děti byly v těchto nemocnicích hospitalizovány pro plánovaný chirurgický výkon, vyplynulo, že rodiče mají zájem se podílet na předoperační přípravě u svých dětí, čímž byla potvrzena 1. hypotéza a rovněž se chtějí účastnit pooperační péče u svých dětí, a tím se potvrdila i následná hypotéza 2.

Pro posouzení výhod a nevýhod psychosociální podpory u dětských chirurgických pacientů ve smyslu rodičovského doprovodu dítěte k operaci, byly dotazovány i anesteziologické sestry. Anesteziologičtí pracovníci vnímají poskytnutí takové podpory za přínosné především pro dítě, přítomnost rodiče na operačním sále za pomoc ve své práci nepovažují. Tento fakt koloruje i s většinovým tvrzení sester, že je rodič na operačním sále v jejich práci stresujícím a zátěžovým elementem. Z těchto důvodů je třeba konstatovat, že hypotéza 3. se nepotvrdila.

Velmi zajímavé výsledky vyplynuly z názorů anesteziologických pracovníků na výskyt komplikací v rámci operace u dětí v souvislosti se separačním strachem a úzkostí. Z názorů sester vyplynulo, že se s takovými komplikacemi u dětí setkávají a tento výsledek je následně podpořen i přehledem výskytu komplikací v závislosti na

rozsahu rodičovské podpory u dítěte. Z toho vyplývá, že čím menší je míra poskytované rodičovské podpory u dítěte v rámci operačního výkonu a hospitalizace v nemocnici, tím vyšší je výskyt komplikací v průběhu operace. Podařila se tak potvrdit i hypotéza 4.

Pro posouzení odchylek a zmapování úrovně psychosociální podpory dětských chirurgických pacientů mezi státy Rakouska, Maďarska a České republiky byly podklady pro zpracování získány prostřednictvím zahraniční stáže a na základě úzké spolupráce se zahraničními i tuzemskými anesteziologickými pracovníky. Z výsledků vyplývá, že v České republice je aktivní účast rodičů v rámci operačních výkonů nejméně podporována ve srovnání se zahraničními státy, čímž se potvrdila i hypotéza 5.

Součástí studie zaměřené na mezinárodní porovnávání psychosociální podpory u dětí byl i kvalitativní výzkum. Jeho výslednicí se staly podrobné charakteristiky jednotlivých zdravotnických systémů Rakouska, Maďarska a České republiky zaměřené na specifika příjmu dětského pacienta a jeho předoperační i pooperační péče v rámci plánovaných operačních výkonů. Na základě těchto zpracovaných materiálů uvedených ve výsledcích mé práce jsem stanovila i následné hypotézy:

Rakouský zdravotnický systém má lépe propracovaný edukační systém pro rodiče doprovázející své dítě v nemocnici k operaci než v České republice.

Spolupráce a vzájemná komunikace ve vztahu rodič - dítě/pacient - zdravotník je v Maďarské republice na vyšší úrovni než v České republice.

České nemocnice nemají vhodné stavebně-organizační podmínky pro kvalitní uspokojování psychosociálních potřeb dětí indikovaných k chirurgickému výkonu.

Ráda bych zmínila, že při zpracovávání tohoto tématu bylo poměrně obtížné získat potřebné informace a podklady z odborné literatury, která se převážně zaměřovala u pacientů indikovaných k operačnímu výkonu na uspokojování pouze biologických potřeb i přesto, že chirurgický výkon představuje pro pacienta neméně velkou psychickou zátěž. Navíc se většina dostupných informací váže zpravidla k potřebám dospělých osob a dětí, jejichž nároky jsou mnohem větší a které se v takových situacích adaptují jen velmi obtížně, jsou zmiňovány často jen okrajově.

Byla bych proto ráda, kdyby má práce sloužila jako odborný materiál k výuce a prohloubení informovanosti zdravotnických pracovníků a navíc se může stát i podkladem ke zpracování edukačních materiálů seznamující veřejnost (rodiče) s významem jejich přítomnosti u dítěte v rámci plánovaného chirurgického výkonu v nemocnici. Případně může posloužit i jako návod rodičům, jak postupovat při doprovodu dítěte v takových situacích. Svou práci bych chtěla publikovat v odborných časopisech a velmi ráda bych spolupracovala i s Nadačním fondem Klíček, který se problematikou doprovodu dětí rodiči v nemocnicích zabývá.

Stanovením hypotéz z kvalitativní části výzkumu a také odhalením některých překvapujících údajů, které se týkají nedostatečného povědomí a znalostí rodičů o dokumentu Charty práv dětí v nemocnici, nabízí další podněty k bádání a výzkumné práci studentů.

Pevně doufám, že výsledky této práce poslouží i ke změnám v praxi. Návrh standardizovaného postupu pro rodičovský doprovod dítěte k operaci, který je v práci přiložen, by mohl být návodem k realizaci organizačních a provozních změn a pro vytvoření oficiální verze standardu. Nezbytným předpokladem těchto kroků je však změna v myšlení a přístupu zdravotníků k dítěti a rodičům v nemocnici a ochota se psychosociálním zázemím dítěte v rámci operačních indikací zabývat.

7. Seznam použitých zdrojů

1. DUDA, M. et al. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 392 s. ISBN 80-7169-642-0
2. DUNOVSKÝ, J. et al. *Sociální pediatrie vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 279 s. ISBN 80-7169-254-9
3. HECZKOVÁ, L. *Rodiče mají právo být s dětmi v nemocnici po celou dobu*. (on line)
Dostupné z <http://www.rodina-deti.doktorka.cz>, [cit: říjen 2007]
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. komentované vyd. Havířov: A. Krtilová, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7 (brož.)
5. JOBÁNKOVÁ, M. et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 225 s. ISBN 80-7013-390-2
6. KNIGHT, J. *Projekt: Podpora dětských práv*. (on line)
Dostupné z: <http://www.detskaprava.cz>, [cit: září 2007]
7. KOIZIEROVÁ, B. et al. *Ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
8. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9
9. MAJOR, D. *Zásluhy anestézie*. *Moje zdraví*. Praha: Mladá fronta. 2007, roč. 5, č. 10 str. 30, ISSN 1214-3871
10. MATOUŠKOVÁ, E. *Herní terapie*. (on line)
Dostupné z www.specskolytrebic.cz/herni_ter/koncepce ht.htm, [cit: říjen 2007]
11. NADAČNÍ FOND KLÍČEK, *Leták/Role*.
Dostupné z: <http://www.klicek.org/hospital/index.html> [cit: říjen 2007]
12. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Akademia, 2000. 287 s. ISBN 80-200-0609-7
13. OLEJÁR, L. *Diskuse*. (on line)
Dostupné z <http://diskuse.dama.cz/d.php?d=996>, [cit: listopad 2007]
14. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Proti stresu krok za krokem aneb jak získat odolnost vůči stresu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 188 s. ISBN 80-247-0068-9

15. RYŠAVÁ, M., BYSTRICKÝ, Z. *Základy dětské anesteziologie*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2000. 203 s. ISBN 80-7013-309-0
16. ŠMÍD, D. *Operační sál*. (on line)
Dostupné z: http://zis.naskok.cz/index.php/studijnímateriály/chirurgie/operacní_sál, [cit: listopad 2007]
17. ŠPATENKOVÁ, N. et al. *Krize psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 129 s. ISBN 80-247-0888-4
18. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 185 s. ISBN 80-7013-324-4
19. UNICEF. *O dětských právech*. (on line)
Dostupné z http://www.unicef.cz/o_detskych_pravech, [cit: říjen 2007]
20. VAŽUROVÁ, I. *Speciální základní škola/6.oblast preventivní*. (on line)
Dostupné <http://www.fnbrno.cz/article.asp?nArticleID=55&nDepartmentID=14&nLanguageID=1>, [cit: říjen 2007]
21. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3
22. VALENTA, M. et al. *Herní specialista*. 1. vyd. Univerzita Palackého Olomouc, 2001. 168 s. ISBN 80-244-0345-5
23. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
24. VOMELA, J. et al. *Chirurgie pro sestry*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 1998. 210 s. ISBN 80-7013-262-0
25. VŠEOBECNÁ ENCYKLOPEDIE DIDEROD, KOLEKTIV AUTORŮ.
Svazky 2,5,6. 7 publikace. Praha: Diderod, 1999. ISBN 80-902555-2-3 (soubor)
26. VYHNÁLEK, F. et al. *Chirurgie I*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 224 s. ISBN 80-7333-005-9
27. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-X
28. VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí*. 1. vyd. Praha: Portal, 2004. 184 s. ISBN 80-7178-830-9

29. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ, J. *Psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Ostrava: ZSF OU, 2007. 191 s. ISBN 978-80-7368-334-4

8. Klíčová slova

Děti

Operace

Rodiče

Doprovod

Operační sál

Psychosociální podpora

Jistota a bezpečí

Sestra

9. Seznam příloh

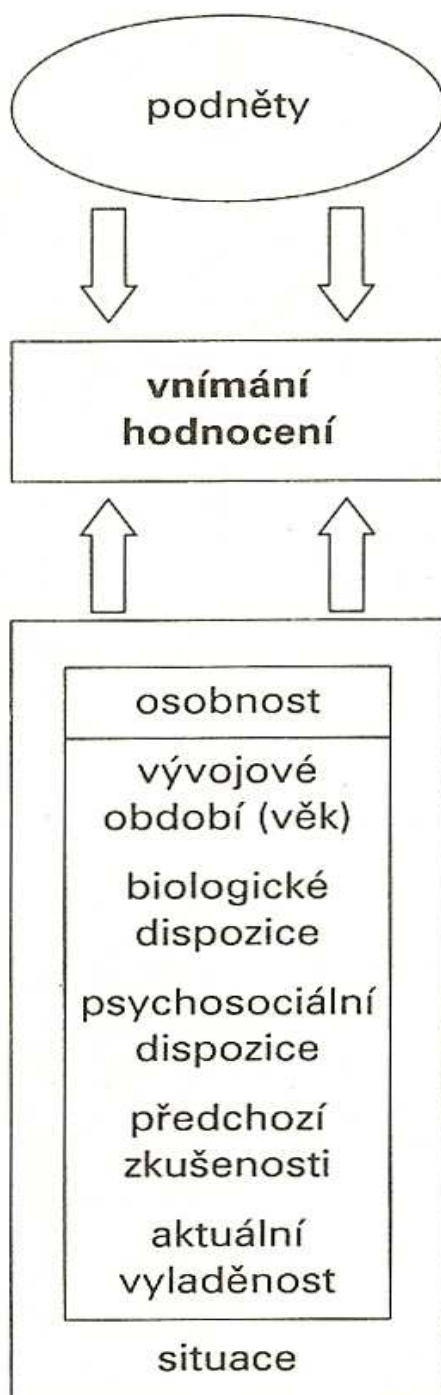
- Příloha 1 – Charta práv dětí v nemocnici
- Příloha 2 – Působení podnětů na rozvoj strachu a úzkosti
- Příloha 3 – Systém sociální opory
- Příloha 4 – Dotazník pro anesteziologické pracovníky
- Příloha 5 – Tabulka pro sběr dat
- Příloha 6 – Dotazník pro rodiče
- Příloha 7 – Žádost o umožnění sběru dat k výzkumné práci v Maďarsku
- Příloha 8 – Žádost o umožnění sběru dat k výzkumné práci v
Dětské nemocnici Brno
- Příloha 9 – Žádost o umožnění sběru dat k výzkumné práci v nemocnici
Jindřichův Hradec
- Příloha 10 – Žádost o umožnění sběru dat k výzkumné práci v Nemocnici České
Budějovice
- Příloha 11 – Domácí řády
- Příloha 12 – Vyhláška 195/2005Sb. § 7 oddíl 5 Zákona 258/2000Sb. O ochraně
veřejného zdraví
- Příloha 13 – Návrh standardu
- Příloha 14 - Názory rodičů na probíhající výzkum, uváděné v dotaznících

Charta práv dětí v nemocnici

Dokument schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 1993.

1. Děti musejí být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici musejí mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti musejí mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti musí být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti musejí být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti musejí mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Příloha 2



Příloha 3

Funkce sociální opory	Terminologické varianty	Praktické příklady	Teoreticky uvažovaný přínos sociální opory
Emocionální opora	Opora ujišťující o respektu, úctě, důležitosti, ceně; osobní vztah, důvěrný vztah.	Člověk v krizi má možnost bez obav ventilovat své pocity, starosti, trápení, vyjádřit sympatie, náklonnost, projevit péči, akceptovat druhé.	Vede k posunu či změně v jedincově hodnocení míry svého ohrožení událostmi; posiluje jeho sebedůvěru, zvyšuje jeho sebehodnocení, redukuje jeho úzkost, strach, deprese; motivuje ho ke zvládnutí zátěžových situací.
Instrumentální opora	Opora poskytnutím hmotné pomoci; praktická opora; pomáhající chování; materiální pomoc.	Poskytnout nebo obstarat peníze, věci do domácnosti, zajistit dopravu, hlídání dětí, pomoc při zajištění provozu domácnosti, údržbě a opravách.	Pomáhá jedinci řešit praktické problémy; rozšiřuje časový prostor pro jiné aktivity, pro relaxaci, posiluje jeho snahu zvládat zátěž.
Informační opora	Poskytnutí rady, doporučení; opora posouzením (situace), zhodnocením (situace); kognitivní poučení; řešení problému.	Nasměrovat zájemce k potřebným zdrojům informací, informačním pramenům; doporučit alternativní způsoby činnosti; poskytování rad o účinnosti postupů apod.	Poskytuje jedinci více užitečných informací, snadnější dostupnost informací, které potřebuje; poskytuje mu konkrétní pomoc při získávání potřebných služeb, což může vést k efektivnějšímu zvládnutí úkolů.
Opora poskytovaná (sociálním) společenstvím	Pocit sounáležitosti; socializování; začlenění, včlenění.	Účastnit se nějakých společných aktivit (společně se účastnit náboženských obřadů, společně se rekreovat, posedět v restauraci, jít za kulturou apod.).	Navozuje u jedince kladné emoce, což mu umožňuje na chvíli se odpoutat od zátěže, pookřát; odvádí jeho myšlenky od neustálého se zabývání problémy.
Opora potvrzení platnosti	Zpětná vazba, sociální srovnávání.	Dosáhnout konsensu ve vidění problémů, vhodnosti/nevhodnosti chování jedince, vyjádření jeho emocí, o jeho postavení v konkrétní sociální skupině, ve společenství lidí.	Snižuje jedincův pocit, že je mimo normu; dává mu zažít pocit, že to, co prožívá, lidé kolem akceptují; umožňuje srovnání, které pro něj dopadá příznivě.

Příloha 4

DOTAZNÍK PRO ANESTEZIOLOGICKÉ PRACOVNÍKY

Dobrý den ,

Jmenuji se Ilona Bláhová a jsem studentkou ZSF JU oboru všeobecná sestra. Pro svou bakalářskou práci na téma: *PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORA DĚTÍ PŘI MALÝCH PLÁNOVANÝCH CHIRURGICKÝCH OPERACÍCH* provádím výzkum týkající se rozsahu a vůbec možnosti rodičů doprovázet své dítě k operačnímu výkonu a podílet se na bezprostřední předoperační a pooperační péči. Informace pro tuto práci budou získávány jak od rodičů, tak od anesteziologických pracovníků na operačním sále. Výzkum probíhá ve třech nemocnicích v České republice (Č.Budějovice, Brno, J.Hradec) a výsledky budou také porovnávány se zahraničními zkušenostmi v nemocnicích v Maďarsku a v Rakousku.

Ráda bych Vás tímto požádala o pečlivé individuální vyplnění následujícího dotazníku, který je anonymní a veškeré informace z něho získané budou použity výhradně k výzkumnému účelu.

Pod každým dotazem je uvedeno několik variant odpovědí (máte možnost zaškrtnout i více odpovědí) a navíc u většiny otázek je vytvořen prostor pro vyjádření vlastních zkušeností, návrhů, názorů a podnětů. Pouze bych ráda požádala o čitelné vyplnění, jelikož díky anonymitě dotazníků není možné zpětně Vámi uvedené informace upřesnit a použít pro zpracování.

Ke každému dotazníku je přiložena obálka, do které prosím vyplněný dotazník vložte a obálku zalepte. Na domluveném místě (pravděpodobně na pokoji pro anesteziologické sestry na Vašem oddělení, bude připravena urna pro shromáždění vyplněných dotazníků).

Předem děkuji za Vaši ochotu ke spolupráci.

V případě zájmu o výsledky výzkumné práce mne můžete kontaktovat:

e-mail: ila.blahova@seznam.cz, tel.: 602 494 151

1. Kam mají možnost rodiče doprovázet své děti indikované k plánovanému operačnímu výkonu?

- Pouze na pokoj ošetrovací jednotky
- K operačnímu sálu
- Na operační sál
- Rodiče nemají možnost dítě doprovázet (dítě je předáno do péče zdravotníků při příjmu dítěte do nemocnice)
- Nevím
- Jiné.....

2. Liší se možnosti rodičovského doprovodu dětí k operačnímu výkonu dle typu oddělení v rámci Vaší nemocnice?

- Ano
- Ne (nevyplňujte otázku č.3)

3. Jaké myslíte že jsou důvody těchto odchylek?

- Lidský faktor – specifikujte :
 - vstřícnost/nevstřícnost vedení
 - : zavedené zvyklosti
 - : obavy z komplikací
 - : jiné, uveďte:.....
- Stavební a organizační uspořádání různých operačních sálů. Uveďte jaké:
.....
.....
- Typem operačního výkonu (prosím uveďte operace, kde je umožněn doprovod rodičů na operační sál a kde to nelze a proč si myslíte, že tomu tak je)
.....
.....
.....
- Jiné, uveďte:.....
.....
.....

4. Setkali jste se při své práci s rodičovským doprovodem dětí přímo na operační sál?

- Ne (nikdy jsem se s tím nesetkal/a)
- Vyjíměčně (ve výrazné převaze přichází děti na sál bez rodičovského doprovodu)
uveďte důvody vyjímek : rodič je zdravotník
: ze známosti
: jiné, uveďte:.....
: neznám důvody
- Ano, často (na sál přichází převaha dětí s rodičovským doprovodem)
- Ano, běžně (téměř vždy je dítě rodičem doprovázeno)

5. Uveďte jaká si myslíte , že plynou pozitiva z přítomnosti rodiče dítěte na operačním sále před zahájením operace z pohledu anesteziologického pracovníka.

- Zklidnění dítěte pro něj obvyklou formou a redukce strachu a úzkosti u dítěte nefarmakologickou cestou
- Lepší spolupráce a navázání kontaktu s dítětem v přítomnosti osoby jemu blízké
- Větší spolupráce rodiče v rámci bezprostřední přípravy dítěte (neustálý kontakt rodiče s dítětem, dohled nad dítětem, aby nespadlo nebo bylo přikryté, pomoci při zavedení čípku, podat informace o dítěti dle potřeby, hlásit případnou změnu stavu dítěte-bledost, nauzea, alergické projevy aj.
- Pomoc v práci anesteziologické sestry(sestra nemusí být v neustálém bezprostředním kontaktu s premedikovaným dítětem)
- Lepší představa a informovanost rodiče o zákroku
- Jiné – uveďte:.....
.....

6. Uveďte jaká si myslíte , že plynou negativa z přítomnosti rodiče dítěte na operačním sále před zahájením operace z pohledu anesteziologického pracovníka?

- Kontrola a připomínky k naší práci
- Dotazy rodičů , kterými nás zdržují od práce

Riziko zanesení infekce, neznalost dodržování zásad asepse

Jiné-uveďte:.....
.....

7. Je – nebo mohla by být přítomnost rodičů dětí indikovaným k operačnímu výkonu na operačním sále pro Vaši práci přínosem?

Ano, uveďte v čem:.....
.....

Ne

8. Je - nebo mohla by být pro Vaši práci přítomnost rodiče dítěte na operačním sále stresující?

Ano uveďte v čem.....
.....

Ne

9. Kdy mají rodiče možnost se setkat po operačním výkonu se svým dítětem?

Hned po ukončení operace, již při probouzení dítěte na operačním sále

Na „dospávacím“ pokoji v prostorech operačních sálů

Za operačním sálem (při předání dítěte zdravotní sestře z oddělení)

Na pokoji na ošetrovací jednotce

Jiné, uveďte.....

Nevím

10. Uveďte jaká si myslíte, že plynou pozitivita z přítomnosti rodiče na operačním sále po operaci dítěte.

Pomoc při zklidnění dezorientovaného dítěte po operaci

Pro dítě pocity jistoty a bezpečí v kontaktu s blízkou osobou

- Pomoc rodiče v rámci bezprostřední pooperační péče: sledování stavu (případné nauzei, zvracení, bledosti). Rozpoznání typických bolestivých projevů u dítěte podnět ke zvýšení analgezie. Větší prevence pádu u excitovaného a dezorientovaného dítěte po operaci zajištěná bezprostřední blízkostí rodiče.
- Informovanost rodiče o pooperačním stavu dítěte a průběhu následné péče.
- Jiné, uveďte.....
.....

11. Uveďte jaká si myslíte, že plynou negativa z přítomnosti rodiče na operačním sále po operaci dítěte.

- Rodič nezvládne pooperační stav svého dítěte a je přítěží pro práci sálových pracovníků
- Rodič narušuje soukromí ostatních klientů po operaci svou přítomností
- Rodič zdržuje anesteziologickou sestru v práci zbytečnými dotazy
- Jiné, uveďte.....

12. Myslíte si , že by rodiče měli mít možnost doprovázet své děti k plánovaným chirurgickým operacím až na operační sál ?

- Ano, uveďte důvody:.....
.....
- Ne uveďte důvody:.....
.....
- Nevím

13. Jaký myslíte že má přínos rodičovský doprovod a umožnění maximálního kontaktu dětí a rodičů v rámci operačního výkonu pro dítě?(tzn.doprovod až na operační sál před operací a možnost kontaktu se svým dítětem hned po ukončení operace)

- Dítě je klidnější, lépe spolupracuje
- Rodič mu dokáže lépe podat informace o tom co se kolem něj děje a bude dítě, pro něj obvyklou a přijatelnou formou.
- Dítě má u sebe blízkého člověka, který se mu stále plně věnuje

Rodič je pro dítě tím nejlepším prostředníkem pro sdělení svých pocitů, popř. bolesti nebo potřeb.

Jiné, uveďte.....
.....

Nemyslím si, že má rodičovský doprovod na operačním sále pro dítě přínos.

14. Setkali jste se někdy s problémy v průběhu operace nebo po operaci , které byly způsobeny separačním strachem a úzkostí u dětí v rámci operačního výkonu?(např. tachykardie, uplakané-zahleněné dítě před operací, excitované dítě odmítající přiložení masky, popř.zavedení laryng.masky, pád z lůžka ve snaze dítěte o útěk, pomočení dítěte na základě rozrušení, popř.jiné projevy vyžadující zvýšení sedace, použití popruhů nebo vyšší personální nároky pro zklidnění dítěte aj.)

Ano ,uveďte s čím jste se setkali:
.....
.....
.....

Ne s žádnými takovými ani podobnými problémy jsem se nikdy nesetkal/a.

15. Co myslíte, že brání možnosti doprovázet děti na operační sál ?

Zvyk - zavedený dosavadní systém

Nezájem zdravotníků a lékařů řešit tuto problematiku pro časové a pracovní vytížení

Nevypracovaný edukační systém pro rodiče a nevytvořené zásady pro rodičovský doprovod dítěte na operační sál.

Stavební a prostorové uspořádání operačních sálů

Podceňování vlivu neuspokojených psycho-sociálních potřeb dítěte v rámci operačního výkonu na zdravotní stav, průběh léčebného zákroku a následnou rekonvalescenci po operaci.

Jiné, uveďte.....
.....
.....

Nevím

DOTAZNÍK PRO RODIČE

Dobrý den,

Jmenuji se Ilona Bláhová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské university. Pro svou bakalářskou práci na téma: *PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORA DĚTÍ PŘI MALÝCH PLÁNOVANÝCH CHIRURGICKÝCH OPERACÍCH* provádím výzkum, který se týká možnosti a rozsahu rodičovského doprovodu u dítěte k operaci a možnosti rodičů se podílet na bezprostřední předoperační a pooperační přípravě a péči. Proto je pro mne velmi důležité zmapovat názory, připomínky, náměty a zkušenosti právě od Vás – rodičů, kteří jste se s takovými situacemi setkali v rámci operačního výkonu u Vašich dětí.

Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je anonymní a veškeré informace z něj získané budou použity výhradně k výzkumnému účelu. Pouze Vás žádám o čitelné vyplnění, jelikož pro anonymitu není možné informace zpětně doplnit, či upřesnit.

U otázek jsou uvedeny různé varianty(možnosti) odpovědí. Je možné zaškrtnout všechny ty, které Vám vyhovují, anebo máte možnost uvést jinou skutečnost do kolonky jiné.

Předem děkuji za vaši ochotu ke spolupráci.

V případě zájmu o výsledky výzkumné práce mne můžete kontaktovat:

e-mail: ila.blahova@seznam.cz, nebo na tel.: 602 494 151

1. Jak staré bylo Vaše dítě, které absolvovalo předem plánovanou operaci?

- 0-3 roky
- 4-7 let
- 8-12 let
- 13-18 let

2. Byla Vám nabídnuta možnost být v nemocnici se svým dítětem anebo alespoň možnost jej doprovázet?

- Ne, nikdo z personálu se o takové možnosti nezmínil.
- Ano, byla mi nabídnuta možnost být přijat/a, popř. doprovázet své dítě v nemocnici.
- Ano, byla mi taková možnost nabídnuta ,ale až na základě vlastního dotazování a žádosti.

3. Doprovázel/ a jste své dítě v nemocnici před operací ?

- Ne, nebylo to možné. Uveďte důvody :.....
..... (nevyplňujte otázky č.5-15)
- Ne neměl/a jsem zájem/ nechtěl/a jsem.
Uveďte důvody : Dítě naší přítomnost nevyžadovalo- nepřálo si ji
 Časové důvody-zaneprázdnění
 Myslím si , že dítě zvládá takové situace lépe bez rodiče
 Jiné, uveďte:.....
..... (nevyplňujte otázky č.5-15)
- Ano, po celou dobu až do operace (nevyplňujte otázku č.4)
- Ano, ale pouze přes den-na noc jsem musel/a odejít
- Jiné, uveďte:.....
.....

4. V případě, že jste nemohli být v nemocnici s Vaším dítětem popište jak probíhalo odloučení ?

- Plakalo, mělo strach
- Křičelo, volalo mne.
- Odloučení zvládlo v klidu
- Jiné , uveďte:

5. S jakým přístupem jste se během pobytu v nemocnici setkal/a ze strany zdravotníků?

- Nepříjemné vystupování. Bylo zřejmé, že je přítomnost rodičů v nemocnici obtěžuje.
- Ochota, spolupráce, příjemné vystupování.
- Setkali jsme se jak se vstřícným přístupem , tak i s nepříjemným vystupováním zdravotníků.
- Jiné, uveďte :.....

6. Jak na Vaše dítě působila Vaše přítomnost v nemocnici?

- Bylo mnohem klidnější, cítilo se více v bezpečí
- Lépe spolupracovalo se zdravotnickým personálem
- Vědělo co se kolem něj děje, mohl/a jsem mu vše vysvětlit známým způsobem
- Jiné, uveďte:.....

7. Měl/a jste zájem se podílet na předoperační přípravě u svého dítěte? (očista dítěte, dohled nad lačněním, zavedení čípku, převlečení dítěte aj.)

- Ne, dítě jsme pouze doprovázeli, příprava na operaci je práce zdravotnického personálu

Ano, měli jsme zájem a možnost se na této přípravě podílet

Ano, měli jsme zájem, ale nebylo nám to umožněno

- Jiné, uveďte :.....

8. Jak jste se podílel/a na péči a předoperační přípravě u Vašeho dítěte?

- V péči o vyprazdňování a hygienu
- Komunikace, zajištění zábavy a rozptýlení dítěte v době před operací
- Informovanost dítěte pro něj známou formou
- Kontrola nad dodržováním lačnění dítěte před operací
- Zavedení čípku
- Převlékání dítěte
- Jiné , uveďte:.....

9. Doprovázel/a jste své dítě k operaci?

- Ne, nebylo mi to nabídnuto ani jsem netušil/a , že je to možné
(nevyplňujte otázku č. 10)
- Ne, měl/a jsem zájem , ale nebylo nám to umožněno.
Uveďte, znáte-li důvod :.....
..... (nevyplňujte otázku č.10)
- Ne , měli jsme možnost, ale odmítli jsme, uveďte prosím důvod :.....
..... (nevyplňujte otázku č.10)
- Ano, doprovázel/a jsem dítě **před** operační sál (nevyplňujte otázku č.10)
- Ano, doprovázel/a jsem dítě **až na** operační sál

10. V čem myslíte , že byla Vaše přítomnost na operačním sále přínosná?

- Mohl/a jsem dítě uklidnit, utěšit a rozptýlit je
- Mohl/a jsem se za dítě zeptat a vysvětlit mu co se děje popř. bude dít
- Hlídal/a jsem dítě, jistě jsem tak alespoň trochu „uvolnil/a ruce“ anesteziologické sestře.
- Zavedl/a jsem dítěti čípek
- Jiné uveďte:.....

11. Kdy jste se s svým dítětem mohl/a setkat po operaci?

- Hned po ukončení operace ještě **na operačních sálech.**
- Při předání dítěte sestřičce z oddělení **za operačním sálem**
- Na pokoji** po příjezdu ze sálu
- Na pokoji **po dvou hodinách**
- Jindy uveďte.....

12. Jak se dítě chovalo když jste je viděli poprvé po operaci?

- Dítě spalo
- Dítě bylo klidné, orientované
- Dítě bylo zmatené a dezorientované, vyžadovalo zvýšený dohled
- Mělo bolesti, naříkalo
- Volalo rodiče
- Křičelo, pralo se a utíkalo z lůžka
- Plakalo
- Jiné, uveďte :

13. Jak dítě reagovalo na Vaši přítomnost v prvním kontaktu po operaci?

- Bylo ospalé, ani nevnívalo mou přítomnost
- Výrazně se zklidnilo, když zjistilo, že jsem na blízku
- Vyžadovalo tělesný kontakt (pochovat, držet za ruku..aj.)
- Začalo plakat, odmítalo mne
- Jiné uveďte :
-

14. Měl/a jste se zájem zapojit v rámci pooperační péče o své dítě a bylo Vám to umožněno?

- Ano, měl/a jsem zájem a byl/a jsem informován/a, jak se bezprostředně po operaci o dítě starat, co sledovat a na co dávat pozor.
- Bylo mi umožněno u dítěte být, ale nesměl/a jsem se na pooperační péči nijak podílet
- Nesměl/a jsem u dítěte po operaci být i přesto, že jsem měl/a zájem s ním být a starat se o něj
- Neměl/a jsem zájem u dítěte být v době po operaci.
Uveďte prosím důvody:.....
- Jiné, uveďte :.....

15. Jak jste se měl/a možnost podílet na pooperační péči u Vašeho dítěte?

- Psychická podpora, zvládání bolesti
- Neustálý dohled nad dítětem..(např. ,aby nepadlo z lůžka, nestrhávalo si obvaz, nepilo, kontrola jeho vědomí, sledování průsaku obvazu..aj..)
- Informovanost dítěte, vysvětlování
- Péče o dítě v případě zvracení (podání misky, otření obličeje, výměna prádla)
- Péče a pomoc při vyprazdňování (výměna pleny, očista, pomoc na nočník nebo záchod)
- Jiné, uveďte:.....

16. Mělo Vaše dítě nějaké komplikace v rámci operace ?

např. (problémy s navozením usnutí, zvracení nebo nucení na zvracení po operaci, krvácení z rány, problémy s hojením, velké bolesti, psychické potíže, pomočování, poruchy spánku, následný strach z lékařů- z nemocnice...aj.)

- Ano, uveďte jaké:.....
.....
- Ne, žádné takové ani podobné potíže nemělo
- Nevím o tom, že by mé dítě mělo nějaké komplikace

17. Myslíte si, že je kontakt rodiče s dítětem v rámci plánované operace pro dítě důležitý?

Ano a proč.....

.....

Ne a proč.....

.....

18. Myslíte si, že dokáže zdravotnický personál dostatečně nahradit přítomnost rodiče u dítěte?

Ano, pozorný a vnímavý personál dokáže rodiče nahradit

Ne, obzvláště v takové zátěžové situaci jako je příjem do nemocnice a operace je přítomnost rodiče nezastupitelná

Jiné, uveďte

.....

19. Víte co je to *CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI* a co obsahuje?

Ne, nevím, že něco takového existuje a neznám obsah (*nevyplňujte otázku č.20*)

Vím, že existuje, ale neznám její obsah (*nevyplňujte otázku č.20*)

Ano, znám a vím jaký je její obsah

20. Myslíte si, na základě vlastní zkušenosti, že jsou tato práva dětí v nemocnici dodržována?

Ano

Ne

Ne-všechna práva jsou v nemocnicích dodržována

Žádost o umožnění sběru dat v souvislosti se závěrečnou odbornou prací

Žadatel: Ilona Bláhová

Škola: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity

Studující obor: Všeobecná sestra

Téma závěrečné práce: Psychosociální podpora dětí při malých plánovaných chirurgických operacích

Rok obhajoby: 2008

Požadavek: Výzkum mé práce se týká zmapování rozsahu a vůbec možnosti rodičovského doprovodu u dětí indikovaných k plánovanému operačnímu výkonu. Prostřednictvím fotodokumentace a videozáznamu bych ráda získala ucelený přehled o úrovni poskytované psychosociální podpory dětských chirurgických pacientů v Maďarsku.

Místo a doba realizace sběru dat : V rámci studijní stáže- duben 2007, dětské chirurgické oddělení a operační sály v Nemocnici v Nyíregyháze.

Presentace dat : Bakalářská práce, obhajoba – červen 2008, DVD příloha, presentace power point

Kontakt : e-mail- ila.blahova@seznam.cz

Potvrzení :

Debreceni Egyetem
Egészségügyi Főiskolai Kar
Diplomás Ápoló Szak
4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2.

Datum: 2008. 04. 14.

Podpis:

Ram Kethelie



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

**Pracoviště medicíny
dospělého věku**
JIHLAVSKÁ 20, 625 00 BRNO
TEL.: 532 231 111
FAX: 543 211 185

**Pracoviště
reprodukční medicíny**
OBILNÍ TRH 11, 625 00 BRNO
TEL.: 532 238 111
FAX: 541 213 225

**Pracoviště
dětské medicíny**
ČERNOPOLNÍ 9, 625 00 BRNO
TEL.: 532 234 111
FAX: 532 234 438

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: Ilona Bláhová

Datum narození: 7. Březen 1975 Telefon: 602 494 151 E-mail: ila.blahova@seznam.cz

Adresa (pro zaslání vyjádření): Družstevní 17, České Budějovice, 37005

Škola/Fakulta: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské university Obor studia: všeobecná sestra

Téma závěrečné práce: Psychosociální podpora dětí při malých plánovaných chirurgických operacích

Požadavek (přesná specifikace): výzkum mé práce se týká zmapování rozsahu a vůbec možnosti rodičovského doprovodu u dětí indikovaných k plánovanému operačnímu výkonu. Dále zjišťuji názory anesteziologických pracovníků na tuto problematiku a jejich zkušenosti. Výzkum je prováděn v dalších dvou nemocnicích v ČR (J. Hradec a Č. Budějovice) a porovnáván bude v rámci práce také se zkušenostmi ze zahraničních stáží v Rakousku a Maďarsku.

Způsob provedení sběru dat: dotazníky pro anesteziologické pracovníky pracující na operačních sálech

Termín sběru dat: v průběhu měsíce října 2007, dle aktuální telefonické dohody

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: Anesteziologie pro operační sály

Presentace dat: bakalářská práce, obhajoba, power point prezentace

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.

Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil.

Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum: 14.9.2007

Podpis: Ilona Bláhová

Vyplňuje Fakultní nemocnice Brno

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu::



ANO



NE

Úhrada:

ANO

NE

17/9 2007
.....
Datum:

Fakultní nemocnice
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Podpis a razítko

Personální odbor – oddělení výchovy a vzdělávání:

Zaevidováno na OVV dne: 18.9.07 pod číslem:

Částka k úhradě:

18.9.07
.....
Datum:

Zaplaceno dne: Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Podpis odpovědného zaměstnance OVV

Žádost o umožnění sběru dat v souvislosti se závěrečnou odbornou prací

Žadatel: Ilona Bláhová

Škola: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity

Studující obor: Všeobecná sestra

Téma závěrečné práce: Psychosociální podpora dětí při malých plánovaných chirurgických operacích

Rok obhajoby: 2008

Požadavek: Výzkum mé práce se týká zmapování rozsahu a vůbec možnosti rodičovského doprovodu u dětí indikovaných k plánovanému operačnímu výkonu. K realizaci takového výzkumu je pro mne nezbytný sběr některých dat, což představuje:

a/ získání anonymních informací o předoperačním a pooperačním psychickém a somatickém stavu dětských pacientů.)

b/ anonymní dotazníky pro anesteziologické pracovníky

c/ shlednutí některé dětské operativy v rámci plánovaných indikací

Místo a doba realizace sběru dat : Dotazníková akce probíhala od listopadu 2007 do ledna 2008, návštěva operačního úseku a oddělení ORL listopad 2007, sběr anonymních dat o předoperačním a pooperačním psychickém a somatickém stavu dětských pacientů probíhal od října 2007 do ledna 2008.

Presentace dat : Bakalářská práce, obhajoba – červen 2008, presentace power point

Kontakt : e-mail- ila.blahova@seznam.cz

Potvrzení : Nemocnice JH, a. s.

Datum: 15. 4. 2008

Podpis: Dana Běhounová

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.
hlavní sestra
U Nemocnice 380/III.
377 38 Jindřichův Hradec
IČ 260 95 157 DIČ CZ26095157
-42-

Žádost o umožnění sběru dat v souvislosti se závěrečnou odbornou prací

Žadatel: Ilona Bláhová

Škola: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity

Studující obor: Všeobecná sestra

Téma závěrečné práce: Psychosociální podpora dětí při malých plánovaných chirurgických operacích

Rok obhajoby: 2008

Požadavek: Výzkum mé práce se týká zmapování rozsahu a vůbec možnosti rodičovského doprovodu u dětí indikovaných k plánovanému operačnímu výkonu. K realizaci takového výzkumu je pro mne nezbytný sběr některých dat, což představuje:
a/ získání anonymních informací o předoperačním a pooperačním psychickém a somatickém stavu dětských pacientů.
b/ anonymní dotazníky pro anesteziologické pracovníky
c/ shlednutí dětské plánované operativy, konzultace s anesteziologickými lékaři a sestrami

Místo a doba realizace sběru dat : Dotazníková akce probíhala od prosince 2007 do ledna 2008, sběr anonymních dat o předoperačním a pooperačním psychickém a somatickém stavu dětských pacientů probíhal od října 2007 do ledna 2008.

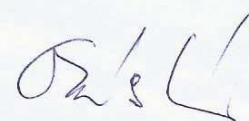
Presentace dat : Bakalářská práce, obhajoba – červen 2008, presentace power point

Kontakt : e-mail- ila.blahova@seznam.cz

Potvrzení :

Datum: 28. 4. 2008

Podpis:



Nemocnice České Budějovice, a.s.
IČ 260 68 877

Výběr z Domácího řádu pro doprovod dítěte

Doprovod hospitalizovaného dítěte je přijímán na kliniku vždy po dohodě s přijímajícím nebo ošetřujícím lékařem, převážně dle věku dítěte nebo závažnosti jeho onemocnění.

Doprovod dítěte po dobu pobytu na klinice zajišťuje péči o své dítě v běžném rozsahu, pod dohledem nebo za vedení sestry provádí některé ošetrovací, rehabilitační a léčebné postupy.

Během pobytu doprovod plně odpovídá za bezpečnost svého dítěte.

Bez vědomí lékaře nebo sestry se doprovod sám nebo i s dítětem nevzdaluje mimo stanicí nebo kliniku.

Při akutním onemocnění doprovodu tuto skutečnost hlase ihned sestře.

K uchovávání stravy jsou na stanicích vyčleněny samostatné ledničky (stanice kojenců a batolat) nebo lednice v čajové kuchyňce určené k ukládání stravy pacientů (stanice pooperační a poúrazové péče a stanice velkých dětí). Čajové kuchyňky jsou vybaveny varnou konvicí, vařičem a nádobím, kde si doprovod dítěte může připravit vlastní jídlo nebo pití.

Pro kojence jsou k dispozici kočárky.

Vzhledem k tomu, že pokoje jsou vždy pro dvě děti a jejich doprovod, respektujte, prosím denní režim ostatních dětí a na tuto skutečnost upozorněte i Vaše návštěvy.

(Nemocnice České Budějovice)

Domácí řád pro přijatý doprovod k nemocnému

- na oddělení jsou děti s různými nemocemi , proto v zájmu zdraví **svých dětí nenavštěvujte maminky s dětmi na jiných pokojích**
- stejná ochrana dětí platí **při pobytu v herně**, která je přístupná všem dětem až po odeznění zvýšené teploty a akutního stavu nemoci, na základě **povolení lékaře** u vizity, do té doby dítě zůstává na pokoji

- z herny si ale můžete na pokoje vypůjčit jakékoliv hračky, stoleček, židličku
- při odchodu z herny, hračky po sobě uklízejte, dbejte aby děti hračky neničily, šetříte nemocniční zařízení. Případně způsobená škoda Vám bude předepsána k úhradě. Televize v herně je určena především dětem. Na pokoj Vám můžeme zapůjčit TV z oddělení za poplatek 20,-Kč/den, soukromé TV, rádia a počítače povoluje primářka oddělení za poplatek 10,-Kč/den.
- o návštěvách rodinných příslušníků musí být sestra informována, návštěvy nevodíme do herny, nenoste tam prosím jídlo a pití!!
- v případě, že budete chtít opustit pokoj, **zajistěte své dítě** v uzavřené postýlce, aby se nemohlo zranit pádem, za bezpečnost dítěte při hospitalizaci odpovídá osoba, která dítě doprovází
- pokud chcete opustit oddělení, **informujte sestru**, aby mohla dítě přebrat do péče v době Vaší nepřítomnosti. Areál nemocnice můžete opustit jen s vědomím lékaře.
- žádáme o udržování pořádku na pokojích, probíhají zde vizity a konziliární vyšetření odborných lékařů. Kabáty a boty si uložte do skříněk.
- informace o zdravotním stavu dítěte a plánovaných vyšetřeních žádejte u ošetřujícího lékaře, propouští se nejdříve mezi 13-14 hodinou
- **pobyt dětí na balkoně povoluje pouze lékař, podle zdravotního stavu dítěte, které zde může spát nebo pobývat jen za přísného dohledu matky. Ta za dítě plně zodpovídá!! Na balkon platí zákaz vodění návštěv a kouření.**
- **zákaz kouření platí v celé budově a v jejím nejbližším okolí. V budově jsou instalována požární čidla, která reagují na kouř. Výjezd požárního sboru hradí kuřák (17.000 Kč).**
- při ošetřování dětí můžete používat svou vlastní kosmetiku, oblečení, hračky na které je dítě zvyklé
- při příjmu obdržíte příbor a zapůjčíme Vám teploměr. Pokud teploměr poškodíte nebo rozbijete, budeme po Vás požadovat náhradu. Zapůjčené věci vrátíte při propuštění.

- na pokojích je zaveden rozhlas po drátě, dá se ovládat černým vypínačem
- v přízemí budovy je telefonní automat na mince a automat na nápoje
- z hygienických důvodů je vhodné sjednotit podávání stravy kojencům do jednoho roku co 3 hodiny 5-8-11-14-17-20-23 a co 3,5 hodiny 5-8,30-12-15, 30-19-23 hodiny , které budou vyhovovat Vašemu dítěti domluvte se sestrou
- ***strava dítěte je součástí léčebného režimu, který určuje lékař a je nutné ho dodržovat***

(Nemocnice Opava)

Příloha 12

(5) Při příjmu a ošetřování pacientů ve zdravotnických zařízeních musí být dodrženy tyto hygienické požadavky:

a) zdravotničtí pracovníci nosí čisté osobní ochranné prostředky vyčleněné pouze pro vlastní oddělení; při práci na jiném pracovišti používají jen ochranné prostředky tohoto pracoviště, přičemž pracovištěm se rozumí organizační útvar a oddělením užší či speciální část pracoviště; zdravotničtí pracovníci v operačních provozech a v lůžkových částech zdravotnických zařízení se musí zdržet nošení šperků, hodinek a umělých nehtů na rukou;

b) k vyšetřování a léčení mohou zdravotničtí pracovníci přistupovat až po umytí rukou; dezinfekci rukou musí provést vždy po zdravotnických výkonech u fyzických osob, po manipulaci s biologickým materiálem a použitým prádlem a vždy před každým parenterálním výkonem a vždy při uplatňování bariérového ošetřovacího režimu k zabránění vzniku nemocničních nákaz; k utírání rukou se musí používat jednorázový materiál, který je uložen v krytých zásobnicích;

c) při ošetřování fyzických osob musí zdravotničtí pracovníci využívat bariérové ošetřovací techniky na všech pracovištích, zejména na pracovištích neodkladné a intenzivní péče; pacientům v lůžkových zdravotnických zařízeních musí být individualizovány všechny pomůcky pro osobní hygienu a dále teploměry, mísy a další pomůcky, které musí být pro pacienta po celou dobu pobytu totožné;

d) k parenterálním zákrokům musí zdravotničtí pracovníci používat pouze sterilní nástroje a sterilní pomůcky; u endoskopů a jiných optických přístrojů musí zajistit alespoň vyšší stupeň dezinfekce s následným oplachem sterilní vodou; pro digestivní endoskopy (kromě operačních) musí zajistit dvoustupňovou dezinfekci s následným oplachem čišťenou vodou (Aqua purificata)³; pro každého pacienta je nutno používat vždy samostatnou sterilní jehlu a sterilní stříkačku;

e) pro operační výkony musí zdravotničtí pracovníci používat sterilní ochranný oděv, obuv vyčleněnou pouze pro dané pracoviště a sterilní pomůcky (jednorázové nebo pomůcky klasické k opakované sterilizaci) a dodržovat zásady aseptiky; u ostatních výkonů, při kterých je porušována nebo již porušena integrita kůže a sliznic, provedena komunikace s tělesnými dutinami, popřípadě nefyziologický vstup do organismu, se ochranné pomůcky volí ve vztahu k výkonu, zátěži a riziku pro pacienta; ochranné pomůcky musí být individualizovány pro každou osobu a je nutno je odkládat ihned po výkonu;

f) použité nástroje a pomůcky kontaminované biologickým materiálem nesmí zdravotničtí pracovníci čistit bez předchozí dekontaminace dezinfekčními přípravky zaručujícími virucidní účinek; jednorázové stříkačky a jehly se likvidují bez ručního oddělování; k oddělení jehly od stříkačky může sloužit speciální pomůcka nebo přístroj, který eliminuje riziko, pro které je zákaz ručního oddělování důvodný s výjimkou aplikační pistole, jejíž použití se řídí návodem výrobce. Vracení krytů na použité jehly je nepřipustné;

g) je nutno předcházet nemocničním nákazám dodržováním veškerých existujících opatření proti šíření infekčních onemocnění, a tím zbytečným prodlužováním hospitalizace; u osob je nutno zajistit dostatečnou podporu oxidace tkání, cirkulace a výživy tkání;

h) zvýšená pozornost musí být věnována fyzickým osobám s rizikovými faktory, jako jsou například imunodeficience, invazivní výkony, operace, řízené dýchání, hemoperfuze, hemodialýza, diabetes mellitus, zhoubný novotvar, věk nad 60 let, kardiovaskulární onemocnění a obezita;

i) musí být zajištěn dohled nad dodržováním zásad osobní hygieny u umístěných fyzických osob; před výkony a operacemi a i po nich musí být zajištěna řádná hygienická očista. Pobyt a pohyb osob ve zdravotnických zařízeních a v ústavech sociální péče musí být zabezpečen i z protiepidemického hlediska, a to odděleným umístěním fyzických osob podle rizika vzniku, popřípadě přenosu nákazy;

j) návštěvy u pacientů musí být řízeny s ohledem na provoz, charakter oddělení a stav pacienta v době, kterou určí lékař. Na pracovištích intenzivní péče, chirurgických a gynekologicko-porodnických se neumísťují květiny; návštěvy používají ochranný oděv při vstupu na oddělení intenzivní péče nebo anesteziorezuscitační oddělení;

k) při manipulaci se stravou a při její přípravě se postupuje podle zvláštního právního předpisu⁴;

l) u novorozence musí být v rámci poskytované péče provedena řádná kredezace.

Standardní ošetrovatelský postup

č. 1

(oborový ošetrovatelský standard)

Postup a zásady pro doprovod dítěte rodičem k operačnímu výkonu

Platnost od:	1.1.2008	Kontrola:	1x za rok
Kontaktní osoba:	Vrchní sestra op.sálů XY	Prodlouženo do:
Schválil:	Prim.anest.odd. Mudr. XY	Odborný garant:	Mudr. XY

Obsah

Úvod	2
Indikace a kontraindikace	2
Definice	3
Cíl	3
S1 Kompetentní osoby k výkonu	3
S2 Pomůcky	4
S3 Dokumentace (související s doprovodem rodiče k operačnímu výkonu) .	4
S4 Prostředí	4
KRITÉRIA PROCESU - Ošetrovatelský postup.....	5
Komplikace.....	10
Zvláštní upozornění	11
KRITÉRIA VÝSLEDKU	11
Literatura	13
Zpracoval.....	13

Úvod

Chirurgický operační zákrok představuje pro dětského pacienta nejen zátěž fyzickou, ale také psychickou. Dítě se ocitá v neznámém prostředí, obklopeno cizími lidmi. Pro snížení psychického stresu, strachu a úzkosti u dítěte a na základě Charty práv dětí v nemocnici je důležité umožnit rodičovské zázemí pro dítě po celou dobu pobytu v nemocnici a rodiče v takovém jednání podporovat. Rodičům musí být zajištěna možnost doprovázet své dítě k operačnímu výkonu až na operační sál a následovně po operaci umožnit rodiči být s dítětem co nejdříve. Zajištění takové psychosociální podpory pro dítě napomáhá lepší adaptaci dítěte v novém prostředí, lepší informovanost dítěte a prohloubení důvěry a zlepšení komunikace a spolupráce mezi dítětem a zdravotníky.

Indikace a kontraindikace

Indikace:

- Na rodičovský doprovod na operační sál mají nárok všechny děti indikované k chirurgickým výkonům v rámci jednodenní chirurgie.
- Na rodičovský doprovod mají nárok všechny děti indikované k plánované chirurgické operaci.

Kontraindikace:

- Rodičovský doprovod dítěte na operační sál je kontraindikován v případech akutního chirurgického výkonu.
- Rodičovský doprovod dítěte na operační sál je kontraindikován v případě, že rodič nebyl v předoperačním období dostatečně edukován o zásadách aseptického chování na operačním sále.
- Rodičovský doprovod dítěte na operační sál je kontraindikován při přenosném infekčním onemocnění doprovodu(rodiče).

- Rodičovský doprovod dítěte na operační sál je kontraindikován, nepředloží-li rodič lékařské potvrzení o bezinfekčnosti od svého obvodního lékaře, ne starší dvou dnů.
- Rodičovský doprovod dítěte může být kontraindikován v případě, že rodič opakovaně porušuje nemocniční řád a pravidla chování pro rodiče doprovázející své děti v nemocnici.

Definice

Rodičovský doprovod dítěte k operaci představuje kvalitní psychosociální podporu pro dítě při pobytu v nemocnici a významně napomáhá při uspokojování jeho potřeb během hospitalizace.

Cíl

1. Eliminovat strach a úzkost u dětí před operačním výkonem.
2. Prohloubit informovanost dítěte a rodiče v rámci operačního výkonu.
3. Zapojit rodiče do předoperační přípravy a pooperační péče o dětského pacienta.
4. Zlepšit spolupráci a komunikaci s dítětem a jeho rodinou.

KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

- Zdravotní sestra na chirurgické ambulanci
- Zdravotní sestra na dětském oddělení
- Anesteziologická sestra
- Lékař-anesteziolog

S2 Pomůcky

- Informační leták pro rodiče
- Oblečení pro rodičovský doprovod dětí na operační sál (barevně odlišená halena a kalhoty)
- Jednorázový operační plášť, ústenku, čepici a boty pro vstup rodiče na úsek operačních sálů

S3 Dokumentace (související s doprovodem rodiče k operačnímu výkonu)

- Lékařské potvrzení o bezinfekčnosti doprovázejícího rodiče (ne starší 2 dnů)
- Podepsaný souhlas rodiče k chirurgickému výkonu jeho dítěte (na oddělení)
- Podpis rodiče, že chce doprovázet dítě k operačnímu výkonu- žádost (přinese rodič s sebou)
- Podpis rodiče, že byl seznámen s pravidly aseptického chování na operačním sále (na oddělení)
- Kartačka pojišťovny dítěte a rodiče (při pobytu a doprovodu dítěte na operační sál)

S4 Prostředí

Rodičovský doprovod dítěte k operaci představuje vstup rodiče na úsek operačního sálu. Jedná se o asepticky zabezpečené prostředí pro zamezení přenosu a šíření infekce. Rodič je proto povinen znát a dodržovat zásady aseptického chování s platností hygienických předpisů dle zákona 258 o ochraně veřejného zdraví.

KRITÉRIA PROCESU - Ošetřovatelský postup

• před výkonem (objednání k operaci, příjem a předoperační příprava dětského pacienta)

P1 V rámci objednání dětského pacienta k plánovanému chirurgickému výkonu do nemocnice jsou klientovi zaslány příjmovou kanceláří nemocnice následující informace:

- datum, hodina a místo nástupu do nemocnice (plánek s označením příjmové ambulance dětského oddělení).
- seznam nezbytných potřeb pro dítě k pobytu v nemocnici, popř. pro jeho rodinný doprovod
- v případě nástupu dítěte do nemocnice v den operace seznam nezbytných předoperačních vyšetření dítěte od jeho pediatra a informace o lačnění dítěte před operací.
- informace o možnosti doprovázet dítě jedním z rodičů při pobytu v nemocnici (v rámci jednodenní chirurgie bez nároku na lůžko, v rámci vícedenní hospitalizace je pobyt rodiče u dítěte do 6 let (lůžko a strava) hrazen pojišťovnou, a informace o cenách pro rodiče dětí nad 6 let, kteří chtějí být hospitalizováni z dítětem v nemocnici, popř. na nemocniční ubytovně.
- informace pro rodiče, kteří chtějí doprovázet své dítě na operační sál:
 1. zásady aseptického chování na operačním sále
 2. informace o předoperační přípravě dítěte a možnostech rodiče podílet se na ní
 3. informace o pooperačním průběhu a možnostech rodiče se podílet na pooperační péči
 4. základní informace o průběhu přesunu dítěte a rodiče na operační sál z oddělení a po operaci zpět na oddělení

5. pro případ zájmu rodičů o doprovod na operační sál tiskopis pro jejich obvodního lékaře k potvrzení o bezinfekčnosti (s upozorněním, že doklad nesmí být starší 2 dnů)
 6. žádost rodiče pro doprovod jeho dítěte na operační sál, kterou je třeba v případě zájmu podepsat a přinést spolu s ostatními dokumenty k příjmu
- pobytový nemocniční řád informující rodiče a děti o denním režimu a chodu oddělení, na které je dítě přijímáno
 - telefonní číslo na dětské oddělení, pro případ dotazů a upřesnění informací
- P2 Při příjmu dítěte do nemocnice přivítej dítě i rodiče a představ se jménem.
- P3 Zjisti, zda rodič chce své dítě doprovázet během pobytu v nemocnici a zda má zájem doprovázet své dítě k operačnímu výkonu na operační sál.
- P4 V případě, že ano, převezmi a vlož do dokumentace dítěte doklad o bezinfekčnosti rodiče (ne starší dvou dnů) a podepsanou žádost rodiče o doprovod dítěte na operační sál k chirurgickému výkonu.
- P5 Ujisti se, zda se rodič seznámil a zda chápe všechny informace související s doprovodem dítěte k operaci (zásady aseptického chování, informace o předoperačním a pooperačním průběhu a pooperační péči dítěte, informace o přesunu na operační sál a nazpět).
- P6 U dítěte, které je přijímáno v den operace, se ujisti od rodiče o lačnosti dítěte.
- P7 Zodpověz případné dotazy rodiče a podpoř jej v rozhodnutí doprovázet své dítě.
- P8 Poznamenej do dokumentace číslo zdravotní pojišťovny rodiče, který bude doprovázet dítě mladší 6 let k chir. výkonu.

- P9 Rodiče dětí starších 6 let informuj o výši poplatku za případný pobyt v nemocnici a výši poplatku za doprovod dítěte na operační sál.
- P10 Spolu s dokumentací předej dítě a rodiče na dětské oddělení.
- P11 Na oddělení seznam rodiče a dítě s jeho uspořádáním (pokoj dítěte (a rodiče), inspekce sester, toalety, herna aj.).
- P12 Předej rodiči, který bude doprovázet dítě na operační sál halenu a kalhoty na převlečení (pro rodiče barevně odlišené).
- P13 Převezmi od rodiče a dítěte civilní oblečení, pečlivě je zaznamenej na šatní lístek a nech jej od rodiče podepsat. Kopii založ do dokumentace.
- P14 Informuj rodiče a dítě o přibližném časovém plánu operačního programu.
- P15 Zajisti návštěvu ošetřujícího lékaře a asistuj při podpisu informovaného souhlasu k chirurgickému výkonu.
- P16 Zapoj rodiče v rámci bezprostřední předoperační přípravy dítěte (převléci dítě, použití toalety, přebalování dítěte, aplikace čípku, kapek).
- P17 Snaž se v přítomnosti rodiče komunikovat s dítětem a získat jeho důvěru.
- P18 Na výzvu z operačního sálu doprovod dítě a rodiče spolu s dokumentací k operačnímu sálu.
- P19 Předej dítě, rodiče a dokumentaci anesteziologické sestře.

• **při / během výkonu na operační sekci**

- P20 Seznam se s rodičem a dítětem , představ se.
- P21 Při přechodu na operační trakt předej rodiči jednorázový operační plášť, ústenku a čepici a boty.
- P22 Pomoz rodiči s nasazením ústenky, popř. čepice a oblečením pláště.
- P23 Asistuj při přesunu dítěte na operační vozík a doprovod dítě a rodiče na příslušný operační sál.
- P24 Umožni rodiči se posadit u dítěte na operačním sále.

- P25 U kojenců a malých dětí umožni blízký kontakt s rodičem do zahájení vlastní anestézie (pochování dítěte rodičem).
- P26 V rámci přípravy dítěte před celkovou anestézií informuj dítě o tom, co se děje (co děláš), a využívej při komunikaci s dítětem přítomnost rodiče.
- P27 V úvodu do anestézie umožni tělesný kontakt rodiče a dítěte-držení za ruku, hlazení.
- P28 Vysvětluj rodiči průběh úvodu anestézie (excitační fáze, pohyby očí, kašel).
- P29 Po navození anestézie u dítěte operatér informuje rodiče o přibližné délce operace.
- P30 Zaveď rodiče na tuto dobu do místnosti pro ně určené a seznam rodiče s možností občerstvení (pohárky na vodu, voda, automat na kávu.aj) a aktivity (časopisy, knihy) po dobu operačního výkonu.
- P31 Po ukončení operace na pokyn anesteziologa přiveď rodiče k dítěti.
- P32 Informuj rodiče o průběhu návratu vědomého stavu u dítěte po ukončení operace a možnostech zvládnání této fáze dítětem (může být neklidné, plačtivé, mrzuté, spavé).
- P33 Setrvává-li dítě s rodičem ještě nějaký čas v přilehlých prostorách operačního sálu, zajisti intimitu ostatních pacientů mobilní zástěnou.
- P34 Informuj rodiče o tom, jak důležitý je jejich blízký kontakt u dítěte, a podpoř je a pochval za takové aktivity.
- P35 Informuj rodiče o délce nezbytného lačnění po operaci, možných komplikacích (zvracení) a o druhu a četnosti předepsané analgosedaci od lékaře.
- P36 Při opuštění operační sekce rodičem převezmi od rodiče jednorázový operační plášť, čepici a ústenku a vyzvi rodiče, aby se přezul.
- P37 Předej dítě po operaci a rodiče spolu s dokumentací zdravotní sestře z oddělení.

• **po výkonu (pooperační péče o dětského pacienta a propuštění do domácího ošetřování)**

- P38 Umožni přítomnost rodiče u dítěte na pooperačním pokoji dětského oddělení.
- P39 Sleduj pravidelně pooperační stav a vitální funkce dítěte po operaci.
- P40 Zapoj rodiče dítěte aktivně do pooperační péče o dítě (např. udržení polohy dítěte, uklidňování dítěte, sledování zbarvení dítěte, vnímání bolesti u dítěte po indikaci předepsaných analgetik, dodržení lačnění po operaci, pomoc při vyprazdňování..aj.)
- P41 Podpoř a pochval rodiče za péči o dítě po operaci.
- P42 Zodpověz rodiči případné dotazy týkající se péče o dítě a stavu dítěte v rámci kompetence zdravotní sestry.
- P43 Zajisti rodiči možnost přivolat sestru (zvoneček), neví-li si rady v péči o dítě, nebo chce-li od sestry pomoc, či informace.
- P44 Při propuštění dítěte do domácího ošetřování předej dítěti a rodiči jejich civilní oblečení a od rodiče přeber operační halenu a kalhoty.
- P45 Zajisti návštěvu ošetřujícího lékaře a přesvědči se, zda rodič (popř. dítě) rozumí všem sděleným informacím pro následné domácí ošetřování dítěte po operaci.
- P46 Předej rodiči dítěte propouštěcí zprávu pro ošetřujícího lékaře, potřebné léky a telefonní číslo na dětské oddělení pro případný výskyt komplikací.
- P47 Zprostředkuj provedení platby za příp. pobyt rodiče s dítětem starším 6 let nebo za rodičovský doprovod na operační sál u dítěte staršího 6 let. Předej kopii dokladu o platbě rodičům dítěte a originál dokladu založ do dokumentace.
- P48 Rozluč se s dítětem a rodičem při odchodu z oddělení a předej dítěti malou pozornost (obrázek, hračku..) za statečnost a hezkou spolupráci.

P49 U dětských pacientů v rámci jednodenní chirurgie se ujisti, že má dítě zajištěnou bezpečnou přepravu domů - dva dospělí při cestě osobním autem (dítě musí být pod stálou kontrolou dospělého během přepravy).

Dokumentace dítěte doprovázeného rodičem k operačnímu výkonu musí obsahovat:

- informovaný souhlas rodiče s operačním výkonem dítěte
- příjmová zpráva
- předoperační vyšetření popř. doplňková vyšetření indikovaná lékařem
- doklad o bezinfekčnosti rodiče (ne starší dvou dnů)
- podepsaná žádost rodiče o doprovod dítěte na operační sál
- záznam o zdravotní pojišťovně dítěte i rodiče (do 6 let věku dítěte)
- kopie dokladu o provedené platbě u dítěte staršího 6 let
- kopie šatního lístku dítěte a rodiče s podpisem předání
- operační protokol
- kopie zprávy pro ošetřujícího lékaře
- propouštěcí zpráva
- záznam léčby a ošetrovatelské péče během pobytu v nemocnici

Komplikace

1. zdravotní komplikace dítěte v rámci operačního výkonu
 - vždy je řeší lékař a informuje rodiče o následném postupu léčby
2. neschopnost rodiče doprovázet dítě (onemocnění, nezvládnutí takové situace, časová zaneprázdněnost)
 - sestra se snaží získat maximum informací o dítěti/získat jeho důvěru
 - sestra umožňuje alespoň telefonický kontakt s rodičem
 - sestra zajišťuje rozptýlení, podporu a veškerou potřebnou péči o dítě

- sestra se snaží uspokojit všechny bio-psycho-sociální potřeby dítěte během hospitalizace dítěte

Zvláštní upozornění

V případě porušení provozního řádu oddělení a porušování zásad ošetřování či léčby dítěte rodičem nebo při nedodržování hygieny a asepse v rámci doprovodu dítěte k operaci ze strany rodiče, s kterými je rodič při nástupu do nemocnice seznámen, má ošetřující lékař právo neumožnit rodiči přístup na operační sál, popřípadě i odmítnout , či přerušit doprovod rodiče v nemocnici vůbec během hospitalizace jeho dítěte. O takovém rozhodnutí musí lékař uvést v dokumentaci dítěte záznam s uvedením důvodu.

KRITÉRIA VÝSLEDKU

- V1 Dítě indikované k operačnímu výkonu je klidné a nejeví známky strachu a úzkosti.
- V2 Rodič nemá deficit informací o přípravě k operaci svého dítěte , průběhu operace a o pooperační péči o své dítě.
- V3 Dítě rozumí a chápe úměrně svému věku a s pomocí rodiče zásadní okolnosti předoperační přípravy , pooperační péče a průběhu operace.
- V4 Rodič a dítě spolupracují se zdravotníky a vzájemná komunikace probíhá bez překážek.
- V5 Rodič se aktivně zapojuje do péče o své dítě před operací i po operaci.
- V6 Dítě lépe zvládá operační zátěž a případné komplikace v přítomnosti jemu blízké osoby-rodiče.
- V7 Rodič doprovázející své dítě v nemocnici lépe zvládá domácí ošetřování dítěte po operaci díky větší informovanosti rodiče a díky znalosti všech okolností pooperační péče o dítě získaných během pobytu s dítětem v nemocnici.

V8 Dítě nevidí ve zdravotnících nepřátele, ale partnery, kteří mu pomáhají, a nemá strach z návštěvy u lékaře.

Literatura

1. RYŠAVÁ, M.,BYSTRICKÝ, Z. *Základy dětské anesteziologie*.1. vyd. Brno: NZO NCO, 2000. ISNB 80-7013-309-0
2. VOMELA, J., ET AL.*chirurgie pro sestry*. 1.vyd. Brno: NZO NCO, 1998 ISBN 80-7013-262-0
3. VYMĚTAL, J. *lékařská psychologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003 ISBN 80-7178-740-X

Zpracoval

Ilona Bláhová , 3VS komb.studium ZSF JCU

Příklady kontrolních kritérií k auditu: Pro dodržování postupů a zásad doprovodu dítěte rodičem k operačnímu výkonu

Datum auditu:

Oddělení: Dětské oddělení/ Operační sály

Auditor: Hlavní sestra Nemocnice

Stanice: XY

Metoda	Kód	Kontrolní kritéria	Hodnocení
Pohled do dokumentace	S3 P4 P8	Je dokumentace úplná?	
Dotazem na sestru	P5	Jsou rodiče seznámeni se zásadami aseptického chování na oper. sále, dále standardního průběhu předoperační přípravy a pooperační péče u dětského pacienta u plánovaných chirurgických operací ?	
Sledování sestry při příjmu dětského pacienta	P2 P7	Komunikuje sestra s rodičem a dítětem ?	
Sledování sestry na oddělení	P1 6 P4 0	Jsou rodiče kvalitně a dostatečně informováni a instruováni v rámci předoperační přípravy a péče o jejich dítě? Akceptuje a podporuje sestra rodiče v jejich rozhodnutí?	
Dotazem na rodiče (pacienta)	P2 4 P2 5 P2 6	Je rodičům umožněna maximální psychosociální podpora u jejich dítěte ? (blízký kontakt, komunikace, informovanost)	
Sledování anesteziologické	P2 1	Předala anesteziologická sestra rodiči jednorázový plášť, ústenku, čepici a boty? Instruovala anesteziologická	

Vysvětlivky:

Metoda:

- dotazem na sestru
- dotazem na pacienta
- pohledem do dokumentace, do standardu
- sledováním

Kód:

- kritéria struktury S1, S2
- kritéria procesu P1, P2
- kritéria výsledku V1, V2

Kontrolní kritéria:

- kódy a kritéria (otázky) v auditu odpovídají příslušným kritériím standardu
- otázky nemusí být vytvořeny pro všechna kritéria struktury, procesu, výsledku, měly by se týkat klíčových oblastí
- optimální počet otázek cca 15-20

Názory rodičů na probíhající výzkum uváděné v dotaznících

„ Velmi zajímavý výzkum. Jestli budete mít výsledky v elektronické podobě, mohla by jste mi je prosím Vás poslat..... . Ráda bych se dozvěděla jak to dopadlo. „

(maminka z Dětské nemocnice v Brně)

„ Děkujeme Vám za tento nápad – skvělý průzkum, kéž by pomohl k nápravě!!!!“

(maminka z Českých Budějovic)

„ Jsem ráda, že se někdo zabývá také názory rodičů. Děkuji a mám zájem o výsledek.“

(maminka z Českých Budějovic)

„ Byla jsem svědkem, že tam dítě bylo bez matky a plakalo a plakalo...volalo matku a nikdo si ho nevěšmal. Doufám, že Váš výzkum něco změní. Určitě mne budou zajímat výsledky..“

(maminka z Českých Budějovic)

„ Moc dobrý nápad, mám zájem o výsledek..“

(maminka Třeboň)