

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**PROBLEMATIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U DĚTSKÝCH
PACIENTŮ S ÚRAZY Z POHLEDU PERIOPERAČNÍ SESTRY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Bc. Alena Polanová

Autor:
Eva Trinkbauerová

2010

ABSTRACT

The topic of this thesis is „Nursing Care for Children’s Patients with Injuries with Stress on Perioperative Nursing. “

„ Injury is defined as any unintentional or intentional damage to the body, which resulted from acute exposure to thermal, mechanical, electrical or chemical energy and the subsequent lack of necessary vital energy elements or variables, such as oxygen or heat. “

In everyday life we often encounter with slight injuries, but few of us are aware that accidents are not just fractures or bruises. The fact is, however, that accidents are annually responsible for three hundred of children's lives and are traditionally the most common cause of child deaths.

One of the key persons involved in the rescue of handicapped children is a perioperative nurse. She fulfills the role of a provider of nursing care and the role of an educator, who has a crucial function in the child injury prevention programs, which can significantly influence the rate of child injuries in future.

Field surveys were carried out with an objective to map current state of a perioperative nurse role and injured children treated in the operating room. This research results should lead to the minimization of discomfort and reduced perception of negative feelings experienced by children in the operating room plus to the introduction of this nursing process in the operating rooms, where this practice is not currently used.

To meet the above objectives, the quantitative research method was followed. Field research involved the method of a questionnaire. Unnamed questionnaires were used to perform the research of perioperative nurses who are present at the operations of injured children. The following hospitals participated in the research: České Budějovice, FN Plzeň, FN Motol, FN Hradec Králové, Havlíčkův Brod, FN Olomouc and FN Bulovka. In total, 125 perioperative nurses filled in the questionnaires.

The results indicate that for most perioperative nurses injured children operations represent increased stress, and if they would have a freedom of choice, a prevailing number of perioperative nurses would prefer to participate in adult patients operations.

In most hospitals, parents can accompany their child to the operating room, and

many nurses view this negatively. They state that children accompanied by their parents were more stressed and weepy than those who were brought to the operating room by nursing staff. Generally, nurses are familiar with regulations on protection against x-ray radiation and care for child safety in operating rooms. But at any workplace during operations none of perioperative nurses carry out nursing diagnosis, even though, they know about the nursing process and holistic approach which they apply in practice.

To improve the implementation of nursing process at operating rooms, nurses should be trained in this area e.g. take the training or work experience in hospitals, where these process are used in practice.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Problematika ošetrovatelské péče u dětských pacientů s úrazy z pohledu perioperační sestry“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 4. 5. 2010

.....
Podpis studenta

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala Bc. Aleně Polanové za odborné vedení a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

OBSAH:

ÚVOD.....	2
1. SOUČASNÝ STAV.....	3
1.1 Úrazy dětského věku v jednotlivých věkových skupinách.....	4
1.2 Vývoj traumatologie.....	6
1.3 Historie dětské traumatologie.....	6
1.4 Perioperační sestra.....	8
1.4.1. Role perioperační sestry.....	10
1.4.2. Vzdělávání perioperačních sester.....	10
1.4.3. Sesterská perioperační dokumentace.....	12
1.4.4. Psychika sester na operačním sále.....	13
1.5 Příprava dítěte na nepříjemný zákrok.....	14
1.6 Bezpečí dětí na operačním sále.....	14
1.7 Strach a bolest u zraněných dětí.....	16
1.8 Hospitalizace dětí v nemocnici.....	18
1.8.1. Role rodiče v péči o hospitalizované děti.....	18
1.9 Ošetrovatelský proces na operačním sále.....	19
1.10 Prevence dětských úrazů.....	20
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	22
2.1 Cíle práce.....	22
2.2 Hypotézy.....	22
3. METODIKA.....	23
3.1 Metodika.....	23
3.2 Výzkumný soubor.....	24
4. VÝSLEDKY.....	25
5. DISKUZE.....	43
6. ZÁVĚR.....	49
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	51
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	53
9. PŘÍLOHY.....	54

ÚVOD

„Úraz je jakékoli neúmyslné nebo úmyslné poškození organismu, ke kterému došlo následkem akutní expozice termální, mechanické, elektrické či chemické energie a z následného nedostatku životně nezbytných energetických prvků či veličin, jako jsou kyslík či teplo.“

V každodenním životě se běžně setkáváme s lehkými úrazy, ale jen málokdo z nás si uvědomuje, že úrazy nejsou jen zlomenina nebo pohmožděnina. Skutečnost je ale taková, že úrazy mají každý rok na svědomí tři sta dětských životů a jsou tak tradičně nejčastější příčinou úmrtí dětí.

Většina z nás zná lehčí úrazy jako odřeninu, drobné říznutí nebo lehkou zlomeninu a následky s tím spojené, často se nic závažného nestane, zranění je bez komplikací a rychle se zahojí. Taková je velká část úrazů, ale naneštěstí se stává i mnoho vážných úrazů, které končí trvalými následky nebo smrtí dítěte a takový úraz s sebou nese nedozírné následky pro dítě, jeho rodinu i pro celou společnost.

V každém období jsou děti svébytnou osobností s trápením i s neuvěřitelnými zážitky, přesto na ně i tomto dětském věku číhají nebezpečí, která často končí tragicky.

Jednou z důležitých osob podílejících se na záchraně takto postižených dětí je perioperační sestra. Ta plní jak roli poskytovatelky ošetrovatelské péče, tak i roli edukátorky, která je nezastupitelná jako součást prevence úrazů dětí a může tak významně ovlivnit dětskou úrazovost v dalších letech.

1. SOUČASNÝ STAV

V posledních letech přibývá dětských úrazů, hlavně úrazů s trvalými následky, které souvisí s technickým vývojem a adrenalinovými sporty, a statistiky úrazů v ČR tento fakt jen potvrzují. Úrazy jsou závažným problémem nejenom ze stránky zdravotnické, ale i humánní a ekonomické. Patří k nejzávažnějším příhodám nepřetržitě měnícím zdravotní stav velké části populace a znamenají nejen lidské utrpení, ale zvyšují i počet předčasných úmrtí a stojí společnost obrovské prostředky. Většina úrazů je předvídatelná a tudíž preventabilní. Zkušenosti především ze severních států Evropy dokazují, že koordinovaným mezioborovým a komplexním programovým přístupem realizovaným na různých úrovních lze výskyt úrazů a mortalitu výrazně snížit. ^(3, 15)

Ve státech Evropské unie vzrostl podíl úmrtí v důsledku úrazů za posledních 25 let z 25 % na 37 % (tzn. úmrtí 20 000 dětí ročně). Úrazy jsou v těchto státech příčinou více než 40 % úmrtí dětí od 0-14 let. Dopravní nehody tvoří v průměru 41 % všech usmrcení v důsledku úrazu dětí do 14 let, utonutí 15 %, úmyslné úrazy 14 %, popáleniny 7 %, pády 4 %, otravy 2 %, zranění střelnou zbraní 1 %. Na úrazovost dětí má vliv i prostředí, ve kterém žijí – je evidována 4x vyšší míra úmrtnosti v zemích s nízkými socio-kulturně-ekonomickými podmínkami. ^(3, 15)

V některých zemích je úmrtí na následky úrazů a jejich výskyt velmi nízký díky dobře organizovanému systému prevence. Velkému množství úrazů lze předcházet. Znalost všech okolností úrazů je důležitá pro omezování a předcházení vzniku těchto nežádoucích příhod i pro nastavení preventivních opatření. ^(3, 15)

Česká republika se řadí mezi země s nejvyšší úmrtností dětí v důsledku úrazů. V České republice jsou úrazy nejčastějším důvodem úmrtí dětí a mladých dospělých a třetím nejčastějším důvodem úmrtí v celé populaci. Přestože úmrtí na následky úrazů v posledních letech mírně klesá, jejich celkový počet však neubývá. Dle statistik dochází k nejzávažnějším úrazům v dopravním prostředí a nejčastějším místem vzniku je škola a domov. ^(3, 15)

V České republice je mnoho aktivit zabývajících se problematikou prevence dětských úrazů, díky kterým došlo v poslední době k mírnému zlepšení v úmrtnosti dětí

v důsledku úrazů. Založení Meziřesortní pracovní skupiny pro prevenci dětských úrazů na MZ a vytvoření a následné plnění Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007-2017 lze považovat za zásadní postup systémového řešení problematiky dětských úrazů v České republice. Tento postup je velmi kladně hodnocen orgány WHO a EU. ^(3, 15)

Národní akční plán mapuje dosavadní aktivity v rámci prevence úrazů dětí, hodnotí tyto aktivity z hlediska slabých a silných stránek, využití příležitostí a odvrácení hrozeb. Cílem Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007 - 2017 je maximální snížení dětské úmrtnosti v České republice v dopadu úrazů a zastavení nárůstu a snížení množství dětských úrazů, zejména závažných úrazů a úrazů s trvalými následky. ^(3, 15)

1. 1 Úrazy dětského věku v jednotlivých věkových skupinách

Úrazy jsou nejčastější příčinou úmrtí v dětském věku. Ve většině případů by jim šlo předejít, stačilo by jen více předvídat a být dětem neustále nablízku. ^(6, 13)

Novorozenci :

I v tomto věku dochází bohužel ke smrtelným úrazům. Nejčastěji jsou to úrazy hlavy, která je relativně velká vůči zbytku těla. Příčinou bývá kontakt hlavičky s tvrdými podložkami či hranami v okolí. Další příčinou jsou pády dítěte po koupání, kdy dítě může vyklouznout a upadnout na zem. Při koupání novorozence je třeba si také uvědomit, že jeho pokožka je velmi jemná, a příliš teplá voda by mohla způsobit popáleniny.

Kojenci :

Samotné kojenecké období může být pro dítě příčinou úrazu. Hlavním důvodem je postupný rozvoj pohyblivosti, kdy se dítě snaží uchopit různé předměty a tím si může způsobit zranění. Rodiče často podcení pohyblivost dítěte a dochází pak k pádům ze schodů, k haváriím kočárků nebo opaření vařící vodou. Velmi nebezpečné je i vyhazování dětí do vzduchu při hrách, kdy je dítě často vyhozeno tak vysoko, že narazí na strop. Další příčinou poranění v tomto období je požití cizích těles nebo vypití roztoků způsobujících otravu.

Batolata :

Věk batolete je charakterizovaný rozvojem jemné a hrubé motoriky. Batole se pak po většinu svého času zabývá poznáváním svého okolí, které je plné nebezpečí, nástrah a pastí. K běžným poraněním tohoto věku patří pády z výšky nebo pády do hloubky, otravy léky či chemikáliemi, řezné rány o ostré předměty a v neposlední řadě i tonutí v domácích bazénech.

Předškolní děti :

V tomto věku dochází k dalšímu rozvoji jemné a hrubé motoriky, rozvíjí se dětská fantazie, obrazotvornost a obratnost. Dítě se stává účastníkem dětských kolektivních her a často si při tom neuvědomuje okolí kolem sebe. Úrazy typické pro tento věk jsou různé pády z výšek, pády z kol, sportovní poranění – kontuze, zlomeniny, otřes mozku, pokousání zvířetem a v neposlední řadě opět popáleniny.

Děti školního věku a dospívající :

Tyto děti mají již dokonale rozvinutou motoriku a dovednost. Jejich tělesná aktivita je na vrcholu, účastní se sportovních akcí, jsou více nezávislé a tudíž jsou vystaveny dalším novým nástrahám v podobě her, soutěží a pohybu mezi dopravními prostředky. V popředí příčin úrazů dětí tohoto věku jsou sportovní aktivity, koupání a dopravní nehody. Právě zde často dochází k těžkým, někdy až smrtelným poraněním hlavy, břicha nebo hrudníku. U dospívajících se i v souvislosti se zkoušením drog a alkoholu objevují také motocyklové nehody. Mezi nebezpečnější sportovní aktivity patří jízda na kolečkových bruslích, skateboarding, snowboarding a lyžování. ^(6,13)

Nejdůležitějším způsobem v boji proti dětským úrazům je **prevence**. ^(6,13)

Novou povinností lékařů je od roku 1999 vyplnit kolonku hlášenky o vnější příčině úrazu dítěte. To dále umožňuje Ústavu zdravotnických informací a statistik sledovat úrazovost dětí v ČR. V roce 1999 a 2000 bylo v ČR hospitalizováno 31 000 dětí s úrazy, a v roce 2001 byl jejich počet o tři tisíce menší. V těchto letech bylo nejvíce dětí hospitalizováno se zlomeninami končetin a s nitrolebním poraněním, těchto úrazů bylo kolem osmi tisíc. Necelé 2 000 dětí bylo ošetřeno kvůli popáleninám a poleptání. Další skupinou jsou poranění nespecifická a poranění více částí těla, a v neposlední řadě se do této statistiky započítávají i týrané děti. Nejčastější příčiny úrazů dětí u nás jsou

pády a dopravní nehody, kde dochází i k největšímu počtu úmrtí dětí na následky úrazů. Nejvíce děti se v těchto letech ošetřilo v Praze a v Moravskoslezském kraji a průměrná doba hospitalizace byla 5 dní. Nejdelší hospitalizace dětí jsou v Praze, z důvodu umístění specializovaných pracovišť. ⁽¹⁾

1.2 Vývoj traumatologie

Traumatologie byla ještě na počátku 20. století neoddelitelnou součástí obecné chirurgie. Výsledky léčení úrazů končetin však nebyly uspokojivé a přinášely závažné trvalé následky a invalidity. Mezi dvěma světovými válkami se z obecné chirurgie začaly vyčleňovat samostatné odborné společnosti. ⁽¹⁴⁾

V posledních desetiletích prošla traumatologie rychlým rozvojem. Přispělo k tomu hlubší porozumění patofyziologie poúrazové odezvy organismu na trauma a zákonů biomechaniky pohybového aparátu, léčba antibiotiky a pokroky v anestezii a resuscitaci. Velkým přínosem dnešní traumatologie jsou i artroskopie, moderní mikrochirurgické techniky, nová instrumentária a implantáty včetně endoprotéz, moderní zobrazovací techniky, navigační přístroje a materiálně technické vybavení operačních sálů. Konzervativní léčebné postupy byly nahrazeny účinnějšími operačními postupy. ⁽¹⁴⁾

První úrazová nemocnice v Československu začala vznikat v roce 1931 v Brně na Ponávce, a v roce 1933 zde byli už hospitalizováni první pacienti. Ředitelem se stal Prof. Vladimír Novák, který se celý život věnoval traumatologii a položil základy pro vznik traumatologie u nás. ⁽¹⁴⁾

1.3 Historie dětské traumatologie

První zmínka o dětských zlomeninách se datuje do dob Hippokrata a jeho práce Senex divinius. Další sdělení o dětských úrazech jsou následně publikována v 17. století a na konci 18. století. V 19. století se s postupným vývojem chirurgie objevují práce, které se zabývají příznaky zlomenin a postupem jejich léčby. V této době se objevují i publikace o poranění růstové ploténky. Vůbec první specializovaná publikace

o dětských zlomeninách je kniha *Traumatic Separation of the Epiphyses*, publikovaná v Londýně v roce 1898. Přinesla hlavní přelom v náhledu na dětské zlomeniny a jejich zásadní odlišnost od zlomenin dospělých. Na přelomu 19. a 20. století jsou dětské zlomeniny stále léčeny především konzervativním způsobem, ale objevují se první zmínky o operačním postupu, kde se do dětského věku přenášejí zkušenosti z dospělé traumatologie. Postupně se používání jednoduchých pasivních metod měnilo k metodám trakčním, agresivnějším, k dokonalejším zavřeným repozicím, a přes otevřenou repozici s fixací dospělo k perkutánní fixaci, které předchází zavřená repozice. ⁽⁷⁾

Ve 40. letech 20. století se dětská medicína začala velmi výrazně oddělovat od péče o dospělé pacienty. Je to logické i z toho pohledu, že dítě není jen zmenšenina dospělého člověka, ale je potřeba se na dítě dívat jinak i z hlediska psychologického, ošetrovatelského a sociálního. Děti mají být léčeny v samostatných lůžkových zařízeních, odděleně od dospělých, s prostorem pro hospitalizaci rodičů. Ošetrovatelská péče by měla být poskytována dětskými sestrami a vychovatelkami. Právě pro odlišnost dětských úrazů vznikla specializovaná centra dětské traumatologie, která ošetřují nejzávažnější dětská poranění. ⁽¹⁴⁾

Nejzásadnější rozdíly u dětí a dospělých jsou u poranění skeletu, především u zlomenin. Dětská kost je měkčí a pružnější, tím dochází u dětí k jiným typům zlomenin. U dětí je důležité i zjištění a posouzení, zda nebyla poraněna růstová ploténka a zda-li nebyl ohrožen další růst kosti dítěte. Velkým plusem u dětských zlomenin je schopnost remodelace deformit a při následné rehabilitaci platí, že děti se snáze a mnohem rychleji rozcvičují. ⁽¹⁴⁾

"Ve vývoji dětské traumatologie lze vystopovat vlivy oborů chirurgie, ortopedie a pediatrie. Posloupná období léčebné taktiky lze jistým způsobem charakterizovat. Zprvu šlo téměř o identickou aplikaci léčby dospělých, poté však průnik Blountovy metodiky více přál metodám konzervativním. Klinický důkaz remodelační schopnosti dětské kosti byl až překvapivý, proto operačních postupů zřetelně ubylo. Ryze konzervativní léčba však klade jisté nároky na lékaře, pacienta a jeho blízké okolí. Především jde o důslednost kontrol léčebného režimu, délku léčení, toleranci nutné imobilizace, individuální domácí péči. Rozšířením palety osteosyntetických možností

speciálně vhodných pro dětský věk je dnes tendence k exaktnosti primární repozice a jejímu spolehlivému zajištění. Tím se zkracuje úsečka nutné léčby, zejména fáze rekonvalescence. Dnes často odlišný osobní režim zejména městských dětí bez možnosti i chuti k aktivnímu pohybu i s ohledem na zaměstnanost rodičů činí poudrazovou rehabilitační péči téměř nezbytnou. " (12, MRZENA, V.)

1.4 Perioperační sestra

„Instrumentování se lze naučit, je k tomu třeba dobrých znalostí, zkušeností i zručnosti. Ale dobrou instrumentářkou se může stát jen sestra, která má ve své anonymitěb ušlechtilý zájem o osud nemocného a prožívá a naplňuje smysl svého povolání nejen dovedností a kulturou ducha, ale i kulturou svého srdce“. Prof. Mudr. Bohuslav Niederle, DrSc. (4, s. 15)

Instrumentářka, operační sestra, sálová sestra nebo-li sestra pro perioperační péči, je odborný zdravotnický pracovník, nepostradatelný a spolehlivý průvodce pacientů i chirurgů. Práce na operačních sálech je náročná nejen fyzicky, ale klade i jiné, velmi specifické nároky na osobnost sestry. Povolání instrumentářky vyžaduje odborné znalosti z oblasti medicíny související s operačními výkony, praktickou a technickou zručnost, připravenost a pohotovost při řešení naléhavých situací, schopnost dokonalé spolupráce v týmu, sebeovládání, schopnost citlivého přístupu k pacientům v rámci ošetrovatelské péče s nutností zachování identity a důstojnosti bez předsudků k pacientovu zdravotnímu stavu, národnosti, víře a přesvědčení, náboženskému vyznání či jiným lidským hodnotám. (4, 11)

Operační výkon není jen o schopnostech a kvalitách personálu, ale musí zde předcházet optimální příprava pacienta, celkového aseptického prostředí operačního sálu, příprava složité techniky a všech potřebných přístrojů a instrumentária. (4, 11)

Perioperační sestra dokonale zvládá :

- organizaci a koordinaci provozu operačních sálů
- principy hygienicko – epidemiologického režimu na operačním sále
- manipulaci s přístroji a technikou
- instrumentační techniku a instrumentária při operačních výkonech

- odborný dozor méně zkušených pracovníků
- etické a psychologické aspekty práce ve vztahu k pacientům a k personálu
- vybrané poznatky z anesteziologie a resuscitace ⁽¹¹⁾

Přesné znění náplně práce perioperační sestry se nachází ve vyhlášce 424/2004 Sb.

„ *Sestra pro perioperační péči* :

Sestra pro perioperační péči vykonává činnosti podle § 48 při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů. Přitom zejména :

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. připravuje instrumentarium, zdravotnické prostředky a jiný potřebný materiál a pomůcky před, v průběhu a po operačním výkonu,
2. provádí specializované sterilizační a dezinfekční postupy,
3. zajišťuje manipulaci s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami,
4. provádí antisepsi operačního pole u pacientů,
5. provádí ve spolupráci s lékařem-operatérem před začátkem a ukončením každé operace početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu, zajišťuje stálou připravenost pracoviště ke standardním a speciálním operačním výkonům;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. zajišťuje polohu a fixaci pacientů na operačním stole před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně prevence komplikací z imobilizace,
2. provádí zarouškování pacientů,
3. instrumentuje při operačních výkonech. “ (23, Vyhláška 424/2004 Sb.)

„Úkolem instrumentářky není jen podávat nástroje při operaci, ale ukázali jsme i její jiné rozmanité a odpovědné úkoly na operačním oddělení. Není však sporu o tom, že jejím vrcholným cílem i touhou je vlastní instrumentování, kdy se podílí na úsilí operační skupiny a přímo se účastní chirurgické práce. Instrumentování se lze naučit z knihy, neboť je především otázkou cviku a zkušenosti, ale je možno dát určité všeobecné pokyny a návody, které mohou sestře výcvik usnadnit a zkrátit a které jsou i někdy oporou i zkušené instrumentářce. “ Prof. Mudr. Bohuslav Niederle, DrSc. ^(4, s.71)

1. 4. 1 Role perioperační sestry

Role sestry prodělala velké změny, prošla složitým vývojem jak v minulosti, tak i v dnešní době. Aby bylo možné udržet vysoký standard ošetrovatelské péče, je nutné aby sestry získávaly nové vědomosti a poznatky, především v souvislosti zdravý a nemocný jedinec - skupina. Profese sestry vyžadovala v minulosti, ale i dnes, zastávání více rolí. ^(5,9)

Role sester jsou ovlivňovány několika faktory : uspořádáním zdravotní péče, změnami ve společnosti, novými zkušenostmi, rozvojem technologie a v neposlední řadě i zdravotním stavem obyvatel. Na tyto změny reaguje i vzdělávání sester a ošetrovatelská péče, a s tím i související změny rolí sester. V dnešní době plní sestry tyto role : sestra – poskytovatelka ošetrovatelské péče, sestra – manažerka, sestra – edukátorka, sestra – advokátka, sestra – nositelka změn, sestra – výzkumnice, sestra – mentorka. Role perioperační sestry jsou stejné, jelikož také přispívají podstatným dílem k poskytování kvalitní individualizované péče. Vycházejí z potřeb nemocného, na kterého nahlíží z komplexního biopsychosociálního hlediska. ^(5,9)

Perioperační péče zaujímá pozici v procesu podpory a navrácení zdraví, přičemž hlavním cílem je vytvoření optimálních podmínek ke zvládnutí operační zátěže, k hojení ran bez komplikací a k rekonvalescenci. ^(5,9)

1. 4. 2 Vzdělávání perioperačních sester

Prof. Mudr. Bohuslav Niederle, DrSc., všestranný chirurg, který patřil k poválečné generaci lékařů, pochopil velký význam vzdělávání perioperačních sester a věnoval mu, i přestože byl velmi zaneprázdněn lékařskou vědecko-výzkumnou prací, velmi mnoho úsilí. V několika vydáních své knihy (Práce sestry na operačním sále) znovu aktualizoval poznatky o práci sester na operačním sále a vzdělával tak perioperační sestry. Tato publikace se tak stala stěžejním studijním materiálem a pomocníkem jak v běžné praxi instrumentárek, tak i při skládání závěrečných zkoušek při pomaturitním studiu instrumentování na operačním sále. ⁽⁴⁾

Specializace v instrumentování na operačním sále je jednou z prvních specializací která u nás vznikla v padesátých letech 20.století, další specializace vznikly až po roce 1971. Ke změně ve specializačním studiu došlo v roce 2006, kdy byla prodloužena délka studia na 36 měsíců (délku studia lze prodloužit nebo zkrátit při zachování počtu hodin studijního programu) a studium bylo rozděleno do modulů. Cílem tohoto vzdělávacího programu je připravit všeobecné sestry pro poskytování přímé i nepřímé specifické ošetrovatelské péče pacientům před, v průběhu a po operačním výkonu v rozsahu dovedností a vědomostí odpovídajících požadavkům specializované způsobilosti dle § 48 a § 50 vyhlášky č. 424/2004 Sb. Vstupní podmínkou pro zařazení do vzdělávacího programu je : úspěšné ukončení kvalifikačního studia, při kterém se získává odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry a dále nejméně 12 měsíců vykonávání profese všeobecné sestry. Po zařazení do specializačního oboru musí všeobecná sestra dále pracovat 12 měsíců v oboru specializace, a poté následuje studium daného vzdělávacího programu. Jedná se o povinné, doporučené a volitelné moduly se svou speciální problematikou. Součástí programu je i absolvování odborné praxe v rozsahu nejméně dvou týdnů pod vedením školitele na akreditovaném pracovišti a splnit požadovaný počet výkonů stanovených vzdělávacím programem. ^(4, 18)

Absolvent po dokončení studia specializačního oboru perioperační péče bude schopen:

- zajišovat stálou pohotovost pracoviště, dále základního a speciálního přístrojového vybavení a tlakových nádob, základních i speciálních instrumentarií, dalších zdravotnických prostředků, pomůcek a materiálů vzhledem k činnostem a výkonům vztahujících se k danému klinickému oboru
- zajišovat přípravu, manipulaci a obsluhu základního a speciálního přístrojového vybavení, včetně operačních stolů a tlakových nádob vzhledem ke konkrétním operačním výkonům a postupům
- připravovat a obsluhovat přístrojové vybavení na pracovišti určeného pro předsterilizační přípravu a sterilizaci zdravotnických prostředků a instrumentarií
- zajišovat, doplňovat a připravovat základní a speciální instrumentaria, implantáty, zdravotnické prostředky a jiný materiál a pomůcky vzhledem k operačním výkonům a postupům

- připravovat pacienta a poskytovat mu specifickou perioperační péči (provádět bezpečnostní kontroly, zajišovat fixaci a polohu pacientů na operačním stole, včetně prevence komplikací z imobilizace při výkonech, provádět antisepsi operačního pole a zarouškování pacienta ve spolupráci s lékařem)
- instrumentovat u operačních výkonů nebo miniinvazivních endoskopických operačních výkonů
- vést dokumentaci pacienta charakteristickou pro specifickou ošetrovatelskou perioperační péči
- provádět kontrolu počtu nástrojů, břišních roušek a dalšího použitého zdravotnického materiálu před, v průběhu a po operačním výkonu ve spolupráci s lékařem provádějící operační výkon
- volit způsob předsterilizační přípravy a provádět předsterilizační přípravu tak, aby zohledňovala vlastnosti zdravotnických prostředků a aktuální situaci z hlediska potřeb konkrétních klinických oborů
- volit správný druh sterilizace a provádět sterilizaci zdravotnických prostředků tak, aby zohledňovala jejich vlastnosti a aktuální situaci z hlediska potřeb jednotlivých klinických oborů ⁽²²⁾

1. 4. 3 Sesterská perioperační dokumentace

Nedílnou součástí perioperační péče je vedení ošetrovatelské dokumentace, s cílem přehledného zaznamenání charakteristiky operačního výkonu. Veškeré informace o operačním výkonu jsou zanášeny do dokumentu s názvem „perioperační záznam“. Nejedná se ani o operační protokol, ani o anesteziologický záznam, je to určitý „spotřební list“, který obsahuje soupis implantátů, seznam použitých přístrojů, jsou zde uvedeny desinfekční prostředky použité při operaci, chemické indikátory sterilních nástrojových sít, jednorázového rouškovacího systému a ostatních pomůcek použitých při daném operačním výkonu. ⁽⁹⁾

Na traumatologických operačních sálech českobudějovické nemocnice vyplňuje tento záznam obíhající sestra, ale jsou pracoviště, kde zaznamenává informace i instrumentující sestra. Perioperační záznam poskytuje celistvou charakteristiku

operačního výkonu. Jeho součástí je štítek s iniciály pacienta, rodným číslem, číslem pojišťovny a diagnózy. Dalšími údaji v perioperačním záznamu jsou datum operace, délka výkonu, operační poloha, druh anestezie, desinfekční prostředky, použité přístroje, lavážní roztoky, šicí materiál, drény, kontrola počtu nástrojů a břišních roušek, odběry biologického materiálu na různá vyšetření, a samozřejmě jméno operátora, asistentů, instrumentářky a obíhající sestry. Po ukončení operačního výkonu putuje perioperační záznam s ostatní sálovou dokumentací do chorobopisu pacienta. ⁽⁹⁾

1. 4. 4 Psychika sester na operačním sále

Profese sestry klade značně vysoké nároky na její osobnost. Denní kontakt s utrpením lidí vyžaduje značnou psychickou odolnost a vyrovnanost, a právě emocionální stres narušuje vztahy sester s jejich okolím a mnohokrát se stává hlavní příčinou vážných onemocnění sester. ⁽²¹⁾

Mezinárodní organizace zveřejnila v roce 2000 zprávu, podle které jeden z deseti lidí, kteří vykonávají náročnou profesi, trpí úzkostmi, depresemi, syndromem vyhoření, tedy poruchami, které se stále více objevují u zdravotníků. Perioperační sestry pak zcela jistě patří do této skupiny pracovníků exponovaných stresu. ⁽²⁵⁾

Pro perioperační sestry je charakteristické, že se v jejich práci kombinují všechny nespecifické faktory, jako je : fyzická zátěž, psychická zátěž, nefyziologická pracovní poloha, mikroklíma, denní a umělé osvětlení. Tyto nespecifické faktory následně způsobují rozvoj nespecifických (tzv. psychosomatických) chorob a ovlivňují pracovní pohodu. ^(25, 26)

Obecná kritéria psychické zátěže u perioperačních sester :

- zvýšená činnost smyslů, zvláště zraku, při práci s malými předměty, nebo s předměty nevhodného kontrastu jasů
- nepřetržité soustředění pozornosti obzvlášť při vypjatém sledování dění, monitorování situace
- vysoké nároky na operativní rozhodování při časové nouzi
- monotonní aktivita, jednostranné zatížení a vnucené tempo
- nepravidelný pracovní a odpočinkový režim

- práce s osobními ochrannými pomůckami vsedě, vestoje
- plynulé řešení různě se měnících situací ve spojení s vysokým stupněm zodpovědnosti za případné chybné rozhodnutí

Perioperační sestra plní ve svém týmu funkci podpůrnou a zajišťovací a tudíž nemůže selhat. Důsledkem by byla nefunkčnost celého operačního týmu. ^(25, 26)

1. 5 Příprava dítěte na nepříjemný zákrok

Největší strach pociťují děti z neznámé situace. Čeká-li sestra, že zákrok bude pro dítě bolestivý, je lepší říci mu to způsobem, který si dítě umí představit : štípne to jako komár, včelka...atd. Větším dětem pak může říci, že po zákroku se dříve uzdraví . Nejdůležitějším krokem při zvládnání bolesti u dítěte je vysvětlit mu, že strach a bolest pociťují i dospělí, a že je normální mít strach. ⁽¹⁷⁾

Sestry pomáhají zvládnout tento stres u dítěte různými technikami. Mohou zkrátit přípravu pomůcek k výkonu na minimální dobu a nepřipravovat si dané pomůcky před dítětem, dítě nenechávat dlouho čekat, dítěti vysvětlit daný zákrok pomocí hry a diskutovat s ním o tom. K dětem přistupují citlivě a klidně, vždy je pochválí za statečnost a snahu, a je-li to možné, tak je i odmění. Dovolí-li situace tak pomůže i spolupráce s rodiči dítěte. Ti mohou zdravotnickému personálu také poradit co na dítě platí, jak nejlépe odpoutat pozornost dítěte, dále pak naslouchat dítěti, co ho trápí, a tlumočit tyto problémy zdravotníkům. ⁽¹⁷⁾

Při některých zákrocích je možné odvést pozornost dítěte a zaměřit ji na jiný cíl. Na operačním sále lze využít zpěvu, vyprávění pohádek nebo různých příběhů, dávat dítěti hádanky, a nechce-li dítě hovořit může ho sestra jen držet za ruku a povídat mu. ⁽¹⁷⁾

1. 6 Bezpečí dětí na operačním sále

Dětský pacient, který je řádně připraven k operačnímu výkonu, je přivezen z dětského oddělení na určený operační sál dle rozpisu v operačním programu. Dítě si přebírá ve vstupním filtru anesteziologická sestra od sestry z daného oddělení. Komunikace na operačních sálech je jednou z nejdůležitějších součástí péče o pacienta.

S dětským pacientem se sestra snaží od první chvíle navázat bližší verbální kontakt, aby zmírnila pocity strachu a úzkosti. Příjemnější atmosféru lze vytvořit i pomocí úsměvu nebo hraček, které mohou být v prostoru operačních sálů. Velmi důležitá je i správná komunikace s dítětem ve chvíli, kdy ho vyzýváme, aby si odložilo svršky a řeklo nám jak se jmenuje, a kterou část těla má poraněnou. U dětských pacientů je na operačním stole připravena RTG zástěra, která chrání neporaněné části těla dítěte po dobu operačního výkonu před RTG zářením. Po uložení dítěte na operační stůl probíhá další kontrola pacientových dat s dokumentací, jméno pacienta, zraněná část těla, alergie, atd. Pacient je přikryt operační rouškou a vlasy mu kryje sálový sanitář operační čepicí. Před příchodem lékařů se snaží sestra dítě zaujmout, komunikovat s ním, přikrýt ho aby neprochladlo a maximálně pečovat o jeho pohodlí. Je-li dítě schopné komunikovat, může ho sestra informovat o tom co se bude dále následovat. ⁽²⁰⁾

Po uvedení do anestezie dochází k přípravě dítěte k vlastní operaci. Za pomoci operátéra, anesteziologa a ostatního personálu operačních sálů dojde k šetrnému polohování pacienta k operaci. Typu operace odpovídají různé operační polohy, a je třeba dbát na to, aby nedošlo k poškození pacienta v důsledku nesprávného podložení (komprese nervů, hrudníku, břicha, útlak cév). Operační poloha musí být stabilní, ale musí také umožnit operátorovi potřebný prostor pro vlastní operování poraněné části těla. Po napolohování přikládá sálový sanitář pacientovi neutrální elektrodu, která je nezbytná při používání elektrokoagulačního přístroje při stavění krvácení. Dalším krokem je antiseptika operačního pole, sterilní rouškování a vlastní operace. ⁽²⁰⁾

Po ukončení operace je dítě uvedeno zpět do základní polohy na zádech a vyžaduje-li to situace jsou perioperační sestry nápomocny anesteziologickému týmu při probouzení pacienta z narkózy. Pacient nemusí být vždy orientován v čase a prostoru, tak je třeba ho zabezpečit před pádem a snažit se mu vysvětlit co se s ním děje. Perioperační sestra po operačním výkonu dokončí vyplnění perioperačního záznamu a založí jej do dokumentace pacienta. Po odvezení dítěte ze sálu na JIP dětského oddělení končí pro sálovou sestru pobyt jednoho pacienta na sále. ⁽²⁰⁾

1. 7 Strach a bolest u zraněných dětí

Dětská bolest je jev, kterému nebyla velmi dlouhou dobu věnována téměř žádná pozornost. Tato skutečnost byla často spojována s různými mýty a nepravdami. Dlouhá léta se totiž tradovalo, že nezralost dětského nervového systému neumožňuje dětem vnímat bolest. ⁽⁶⁾

Moderní medicína dokáže pomoci dětem, které v dřívějších dobách neměly šanci se úplně vyléčit, ale mnohé diagnostické a léčebné metody jsou nepříjemné či dokonce velmi bolestivé. Jedno je však jisté : děti by neměly trpět žádnou bolestí. V rámci ošetrovatelské péče mají sestry v léčbě bolesti nezastupitelnou roli. S malými pacienty tráví mnoho času a mají s dětmi bližší vztah než lékaři. Jsou vlastně jakýmsi prostředníkem mezi lékařem a dítětem. ⁽¹⁷⁾

Většina z nás má jasnou představu o bolesti, kterou může dítě pociťovat, ale tato naše představa se mnohdy rozchází s pocitem, které má zraněné nebo nemocné dítě. Bolesti u dětí je třeba předcházet a není-li to zcela možné, měla by sestra včas a správně rozpoznat projevy bolesti, vyhodnotit situaci, informovat lékaře a po zahájení léčby hodnotit její účinnost. ⁽¹⁷⁾

Zásady přístupu k bolesti u dětí shrnuli Baker a Wong do akronymu QUEST : česky se to dá překládat ve slovo POMÁHEJ : P – ptej se dítěte na bolest, O – ohodnoť bolest dle škály, M – měř fyziologické funkce a posuzuj chování dítěte, A – aktivně zapoj rodiče dítěte, H – hledej důvod bolesti, E – eliminuj okolní faktory, které zhoršují bolest, J – jednej, prováděj účinná opatření proto bolesti. Vždy je nutné pamatovat na to, že bolest je subjektivní pocit a jestliže o ní dítě hovoří, tak existuje. ⁽¹⁷⁾

Prožívání, zvládnání, projevy i následky dětské neléčené bolesti se liší v různých obdobích dětského věku. Abychom pomohli dětem jejich bolest zvládnout, je třeba znát tyto vývojové odlišnosti a počítat s nimi při léčbě. Mezi nejčastěji zraněné děti patří předškolní, školní a dospívající děti, proto se zaměříme na zvláštnosti projevů a prožívání bolesti právě u těchto skupin. ⁽¹⁷⁾

Předškolní děti už dokáží vyjádřit bolest slovy, ale považují bolest za jakýsi trest, který si způsobily. Jejich myšlení není ještě tak dokonalé, aby dokázaly pochopit,

že některé, i když bolestivé vyšetření, jim může pomoci při uzdravování. Bojí se nemocnice, jehel, nemají pojem o čase, a na druhé straně se ho snaží získat, aby bolest oddálily. U této skupiny dětských pacientů je velmi důležitý pocit autonomie, proto by jsme jim měly dát pocit kontroly a rozhodnutí. ⁽¹⁷⁾

Školní děti už logicky uvažují, mají pojem o čase, ale mají také zároveň bohatou fantazii, a proto jsou některé jejich představy velmi děsivé a bývá těžké jejich odhalení a uvedení do skutečnosti. Školní děti bývají mnohem samostatnější a nejsou zcela závislí na rodičích. ⁽¹⁷⁾

Dospívající potřebují pocit kontroly a důstojnosti, a i proto se u nich občas vyskytuje popírání bolesti, aby si nezahlavili. U dospívajících má velký efekt nácvik technik zvládnutí bolesti. Problémem u této skupiny dětí může být nedodržování léčebného režimu. ⁽¹⁷⁾

Kromě věku a vývojového stupně ovlivňuje bolest u dětí i pohlaví, kulturní vlivy, předchozí zkušenost s bolestí nebo výchova v rodině. Právě proto by měla ošetrovatelská péče u zraněného dítěte, dítěte s bolestí, probíhat ve vzájemné spolupráci s rodinou. Základem této spolupráce je pak komunikace a vstřícnost. Rodiče by neměli dětem o bolesti a případných zákrocích lhát, ale šetrně a pravdivě je informovat. Takto připravené dítě pak snáší veškeré bolestivé zákroky s mnohem menším stresem. ⁽¹⁷⁾

Mezi projevy strachu u dětí patří poruchy projevu, pozornosti, myšlení, nekoordinované pohyby, okusování nehtů, roztěkanost, přešlapování, rozpaky, uzavřenost, hluchost, podezíravost nebo agrese. Strach může mít u dětí i somatické projevy jako je : zrychlený puls, zčervenání nebo naopak bledost v obličeji, zimomřivost nebo nadměrné pocení, nutkání na močení nebo stolici. U dětí můžeme občas pozorovat i chování, kterým chtějí svůj strach nebo úzkost přebít. Patří sem snížená sebedůvěra, pláč či neustálé se ujišťování o něčem. V těchto situacích je velmi podstatná role sestry, která monitoruje strach dítěte a jeho somatické projevy. Ty by totiž mohly negativně ovlivnit léčbu nebo anestezii před operačním výkonem. Nejúčinnějším krokem ke zvládnutí strachu u dítěte je dostatečná informovanost sestrou, lékařem, ale třeba i rodiči. ⁽²⁴⁾

1. 8 Hospitalizace dětí v nemocnici

Jaký vliv má nemocniční prostředí na hospitalizované děti? Neposlušnost, vzdor, kolísavost nálady, labilita, apatie, negativismus, simulace, to vše jsou příznaky, které mohou doprovázet hospitalizaci zraněných dětí na traumatologických nebo dětských odděleních a souhrně je nazýváme hospitalismus. Děti jsou často v nemocnicích omezovány v tělesném pohybu, ztrácí zájem, může se objevit hypoaktivita a sociální nepřizpůsobivost. Podobné reakce může ale i u dětí vyvolat jen nedostatečná informovanost či nezájem ze strany zdravotnického personálu, hlavně sester. A to z toho důvodu, že sestry tráví s pacienty nejvíce času. Negativním příznakům doprovázeným hospitalizací můžeme jako sestry předcházet i tím, že s pacienty trávíme více času a informujeme je adekvátně k jejich věku. Pomáháme tím odhalit psychické potíže a můžeme dětem pomoci překonat obtížné chvíle trávené v nemocnici. ^(2, 24)

V minulých letech se se stala módním trendem tzv. humanizace nemocnic. Nejdříve tím bylo myšleno to, že se upraví hlavně prostředí dětských nemocnic. Barevně vymalované stěny, herny plné hraček a veselé obrázky nejsou projevem humanizace nemocnic, ale projevem estetizace. S postupem času však vyšlo najevo, že vnější proměna nemocnic je sice velmi příjemná, ale bez skutečné vnitřní proměny lidí v nemocnici je tato proměna samoúčelná. Základem toho jak děti prožívají nemoc a hospitalizaci, je určováno tím, jaké lidi mají kolem sebe, s jakými lidmi se v nemocnici setkávají a jak se tito lidé chovají k nim. Klíčové pak zůstává to, zda hospitalizace znamená odloučení od rodičů nebo jiných blízkých lidí. ^(2, 24)

1. 8. 1 Role rodiče v péči o hospitalizované děti

Role, která je ve vztahu k dětem nejvýznamnější, je role rodiče. I přes mnoho změn, které v českém zdravotnictví v posledních letech nastaly, jsou rodiče stále v mnoha nemocnicích považováni za návštěvu, nikoliv za neoddelitelnou část světa svého dítěte. Z pohledu dětí jsou rodiče nesrovnatelně důležitější než lékaři a sestry. České zdravotnictví nerespektuje rodiče dítěte jako osoby, jejichž místo je za

jakýchkoliv okolností vedle svého dítěte, jako osoby, které se podílejí na péči o dítě a jsou spolurozhodovateli o průběhu léčby. Přitom současná česká legislativa předběhla realitu a v Listině základních práv a svobod se píše, že „dítě má právo na rodičovskou péči a výchovu, a výchova dítěte a péče o ně je právem rodičů“. Dítětem můžeme vnímat lidskou bytost od narození do osmnácti let, ve výjimekách i déle. ⁽¹⁰⁾

Pro to aby mohli být rodiče zapojeni do aktivní péče o své dítě v nemocnici, je nezbytné vytvoření vhodných podmínek a prostředí. Rodiče by měli mít možnost se v nemocnici převléknout, umýt si ruce, protáhnout si nohy nebo uvařit si kávu, ale nejdůležitější je, aby měli zázemí sociální. Rodič a jeho role by měla být respektována a personál by ho neměl vnímat jako nevídaného hosta. ⁽¹⁰⁾

Hospitalizace dítěte nemusí být dlouhodobá, diagnóza nemusí být vážná, personál se může chovat pozorně, mile a laskavě, ale odloučení od rodičů je pro dítě velkým psychickým traumatem. ⁽¹⁰⁾

Důležité pro dobré fungování zdravotnictví a péče o děti je : opravdová úcta a opravdový vztah jako základ služby zdravotníků pacientům. ⁽¹⁰⁾

1. 9 Ošetrovatelský proces na operačních sálech

Holistický pohled na pacienta a jeho potřeby je součástí i operačních sálů. Náplň práce se zde velice liší od práce sester na lůžkových odděleních, a to i tím, že perioperační sestra má s pacientem minimální kontakt. Často ho vidí až na operačním stole, nezná ho osobně, zná jen jeho diagnózu a operační výkon, který ho čeká. Ale i ta malá chvíle, kterou se perioperační sestra s pacientem vidí před uvedením do anestezie, by měla vzbudit v pacientovi pocit důvěry a umět podpořit naději a pozitivní náhled na jeho situaci. ^(8, 16)

Ošetrovatelský proces směřuje sestry k samostatné práci, zvyšuje kompetence a odpovědnost a vyvolává u sester zpětnou vazbu. Aby tohoto efektu molo být dosaženo, zavedl se na některých operačních sálech tzv. edukační program, který operovaným pacientům nabízejí perioperční sestry. Sestrám se tak zvýšil kontakt s pacienty i ostatním personálem daného oddělení a mohou tak realizovat lépe a snadněji ošetrovatelský proces. ^(8, 16)

Přítomnost ošetrovatelských problémů a diagnóz je velmi úzce spojena s individualitou každého jedince, souvisí i s jeho psychickým a fyzickým stavem, druhem a typem operačního výkonu. Rozdílné ošetrovatelské problémy budou u pacienta kde se operační výkon plánuje déle a odlišné problémy budou u pacienta, který je indikovaný k akutní operaci. Přítomnost ošetrovatelských problémů je ovlivněna i věkem pacienta, pohlavím, prognózou či jinými faktory. U pacientů na operačních sálech se mnohdy setkáváme s přítomností těchto ošetrovatelských diagnóz : akutní bolest, riziko infekce, porušená tkáňová integrita, strach, nauzea, riziko perioperačního poškození, úzkost, zhoršená pohyblivost, oslabené dýchání, hypotermie a jiné. Nejdůležitějším cílem perioperační péče však přesto zůstává vytvoření nejlepších podmínek ke zdoání operační zátěže, k hojení operační rány bez komplikací a k dobré rekonvalescenci pacienta. ^(8, 16)

1. 10 Prevence dětských úrazů

Úraz je akutní příhoda, náhlé poškození zdraví působením vnějších faktorů o síle, která přesahuje adaptační možnosti lidského organismu. Úrazy vznikají spolupůsobením těchto tří okolností : prostředí, hostitel (dítě) a činitel (energie působící úraz). ⁽¹⁹⁾

Prodloužení délky života, snížení ekonomické zátěže zdravotnického systému i zlepšení veřejného zdraví může výrazně ovlivnit prevence. Prevence úrazů je aktivita, která na základě studování příčin úrazů předpovídá jejich frekvenci a navrhuje praktické intervence ke snižování jejich počtů a závažnosti, i se zmírněním následků. K této aktivitě slouží prevence : primární, sekundární a terciální. ⁽¹⁹⁾

Smyslem úrazové prevence je, aby k úrazům nedocházelo, a v případě že ano, aby byly včas a dobře ošetřeny. Primární prevence by měla zabránit vzniku úrazů (přechody pro chodce, oddělení chodců a dopravy, semaforey, podchody a nadchody), sekundární prevence by měla zajistit kvalitní záchranný systém, který bude moci poskytnout odpovídající první pomoc, snížit dopad úrazů, snížit náklady, zkrátit léčbu pacienta, urychlit návrat dítěte k plnému zdraví, předcházet invaliditě a trvalým následkům. Terciální prevence pak zařadí trvale poškozené pacienty do běžného života

a zajistí jim uplatnění. ⁽¹⁹⁾

U dětí zůstává nejdůležitějším faktorem, který je třeba ovlivňovat, prostředí. Domácí prostředí má poskytovat dítěti bezpečné útočiště a je třeba rodičům poradit, jak toto prostředí vytvořit (upozornit na nástrahy, nebezpečné výrobky, atd.). Předškolní děti se často zraní na hřištích, ve škole nebo při sportu, a právě proto, jsou zde velmi aktuální programy na výstavbu bezpečných hřišť. Komunikace jsou pak místem, kde se úrazy pravidelně opakují podle ustálených schémat : špatná signalizace, nepřehledná místa pro přecházení, nedostatek nadchodů. Děti jsou na komunikacích velmi znevýhodněny špatným odhadem situace, malým vzrůstem a nedostatečnou pozorností a to vede k následným tragédiím. ⁽¹⁹⁾

Intervence související s primární prevencí se provádějí na třech úrovních : individuální, komunitní a populační. Cílem individuálních intervencí je působení na děti a rodiče, komunitní intervence zajišťuje přechody pro chodce, cyklistické stezky, bezpečné komunikace, a populační intervence stanovuje zákonná opatření, školní výchovu a mediální a rodinnou prevenci. I sestra má možnost využívat svého vlivu na děti i rodiče a edukovat, zvláště v situacích, je-li dítě pro úraz ošetřováno nebo hospitalizováno. Verbální informace může doplnit letákem či instrukcí, ale vždy je nutné hovořit stručně a jednoduše, aby mohlo dojít k žádané změně. ⁽¹⁹⁾

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2. 1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda jsou dětské pacienti dostatečně chráněni na operačních sálech při RTG zářeních.

Cíl 2: Zmapovat ošetrovatelskou péči o zraněné děti na operačním sále před operací.

Cíl 3: Zjistit možnosti zavádění ošetrovatelského procesu na operační sál.

Cíl 4: Zmapovat, jak vnímají perioperační sestry zraněného pacienta na operačním sále, jedná – li se o dítě.

2. 2 Hypotézy

Hypotéza 1: Perioperační sestry znají předpisy o ochraně pacientů před RTG zářeními.

Hypotéza 2: Zranění dětské pacienti jsou vždy operováni přednostně.

Hypotéza 3: Perioperační sestry vnímají doprovod rodičů dítěte k op. sálu jako pozitivní.

Hypotéza 4. Nejvíce informací získávají perioperační sestry z dokumentace pacienta.

Hypotéza 5: Perioperační sestry tvoří ošetrovatelské diagnózy u zraněných dětí na operačním sále.

Hypotéza 6: Perioperační sestry znají pojem „holistický přístup“.

Hypotéza 7: Operace dětí jsou pro perioperační sestry větší stresovou zátěží.

3. METODIKA

3.1 Metodika

K naplnění cílů bakalářské práce na téma Problematika ošetrovatelské péče u dětských pacientů s úrazy z pohledu perioperační sestry byl zvolen kvantitativní výzkum. Výzkumné šetření bylo realizováno dotazníkovou metodou. Byl použit anonymní dotazník pro perioperační sestry úrazových a chirurgických oddělení, v nemocnicích, kde se operují zraněné děti. Výzkum probíhal v měsíci březnu a dubnu v sedmi nemocničních zařízeních : České Budějovice, FN Plzeň, FN Motol, FN Na Bulovce, FN Olomouc, FN Hradec Králové a Havlíčkův Brod.

Dotazník obsahoval 29 otázek, z toho 23 otázek uzavřených, 1 otázku otevřenou a 5 otázek polootevřených.

Celkem bylo rozdáno 167 dotazníků, návratnost byla 125 (74,8%). 21 dotazníků bylo rozdáno v Českých Budějovicích, 6 dotazníků ve FN Hradec Králové, 50 dotazníků ve FN Plzeň, 25 dotazníků v FN Motol, 10 dotazníků ve FN Na Bulovce, 30 dotazníků ve FN Olomouc a 25 dotazníků v Havlíčkově Brodě.

Dotazníky pro perioperační sestry obsahovaly identifikační údaje a dále otázky zaměřené na ošetrovatelský proces na operačních sálech, bezpečí dětí na sále, doprovázení rodičů dětí k operačním sálům a otázky zkoumající stresovou zátěž u sester.

Výsledky od perioperačních sester byly zpracovány popisnou statistikou pomocí grafů Microsoft Office Excel.

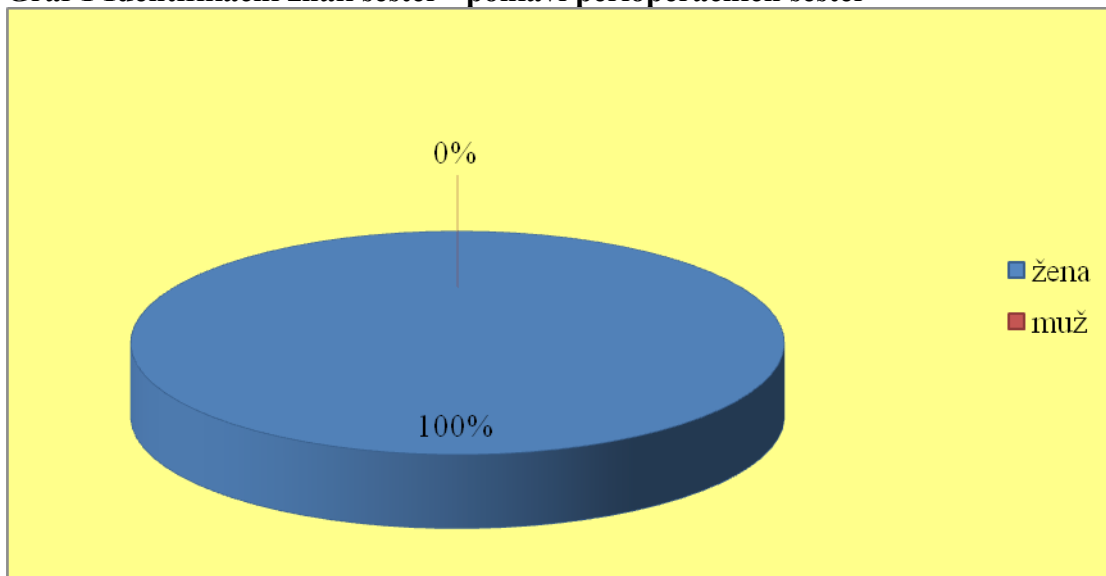
3. 2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořily perioperační sestry pracující na operačních sálech v nemocnicích České Budějovice, FN Plzeň, FN Motol, FN Na Bulovce, FN Olomouc, FN Hradec Králové a Havlíčkův Brod. Tento soubor tvořilo dohromady 125 sester s identifikačními znaky: pohlaví, věk, délka praxe a vzdělání. Prvním identifikačním znakem bylo pohlaví a všech 125 zúčastněných sester byly ženy. Druhým identifikačním znakem byl věk. 18 % (23) sester bylo ve věku do 30- ti let, 41 % (51) sester bylo ve věku 31 – 40 let a 41 % (51) sester bylo ve věku 41 a více let. Třetím identifikačním znakem byla délka praxe sester pracujících na operačních sálech. 25 % (31) sester pracuje na operačních sálech do 5- ti let, 62 % (78) sester pracuje na operačních sálech v rozmezí 6-15 let a 13 % (16) sester pracuje na sále více než 16 let. Čtvrtým a posledním identifikačním znakem bylo vzdělání sester. 12 % (15) sester uvedlo že vystudovaly střední zdravotnickou školu, 48 % (60) sester udalo, že vystudovaly střední zdravotnickou školu a pomaturitní specializační studium, 10 % (12) sester vystudovalo střední zdravotnickou školu a následně vyšší zdravotnickou školu, 24 % (30) sester má vysokoškolské vzdělání a 6 % (8) sester uvedlo, že mají jiný typ vzdělání (např. gymnázium + vyšší zdravotnická škola).

Dotazníky byly rozdány na operačních sálech uvedených nemocnic jen za předpokladu, že se zde operují děti s úrazy.

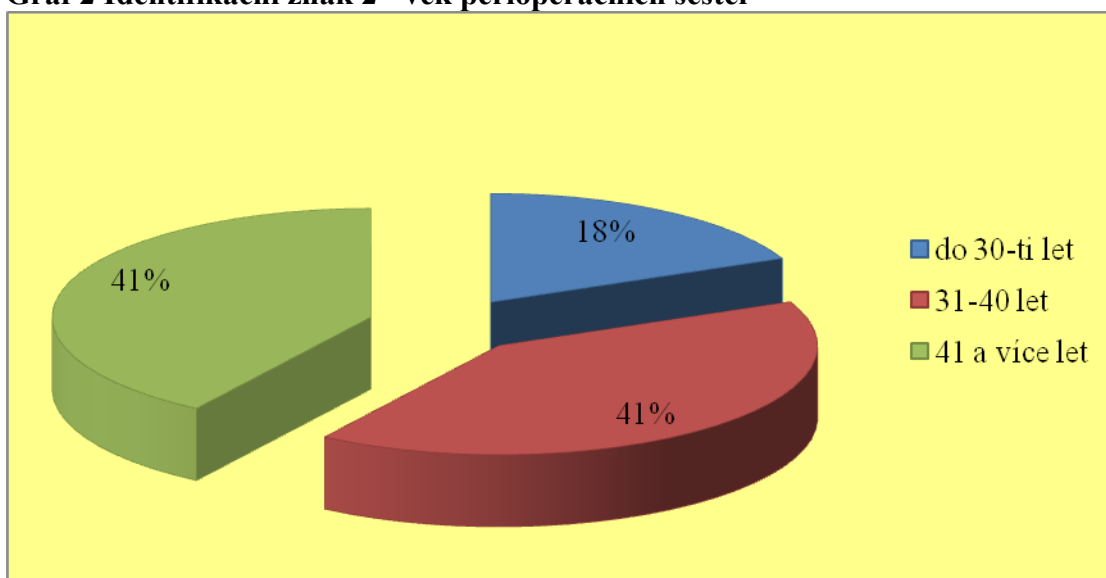
4. VÝSLEDKY

Graf 1 Identifikační znak sester - pohlaví perioperačních sester



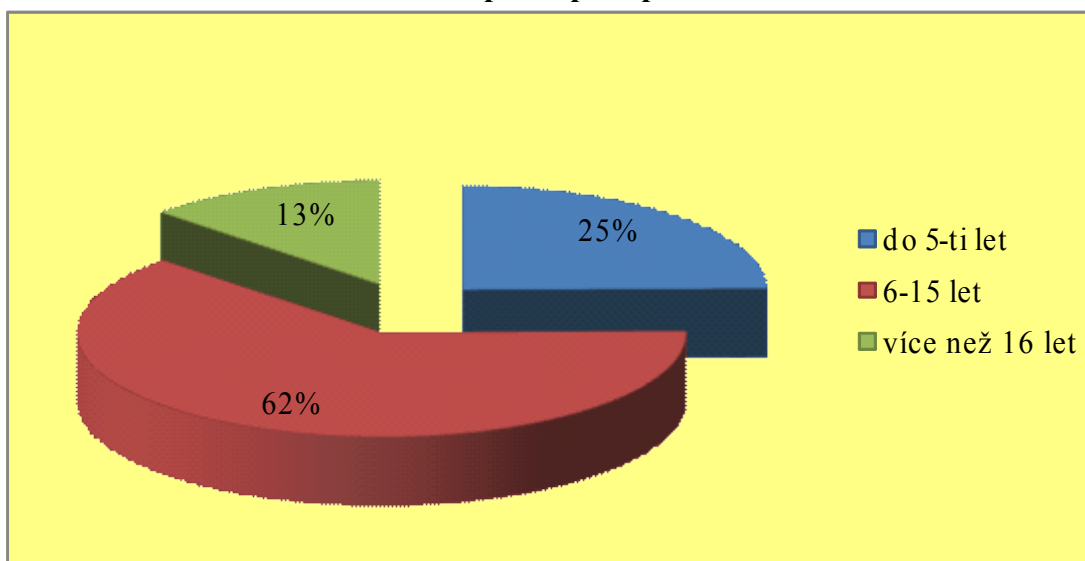
Šetření se zúčastnilo 125 (100 %) perioperačních sester ženského pohlaví.

Graf 2 Identifikační znak 2 - věk perioperačních sester



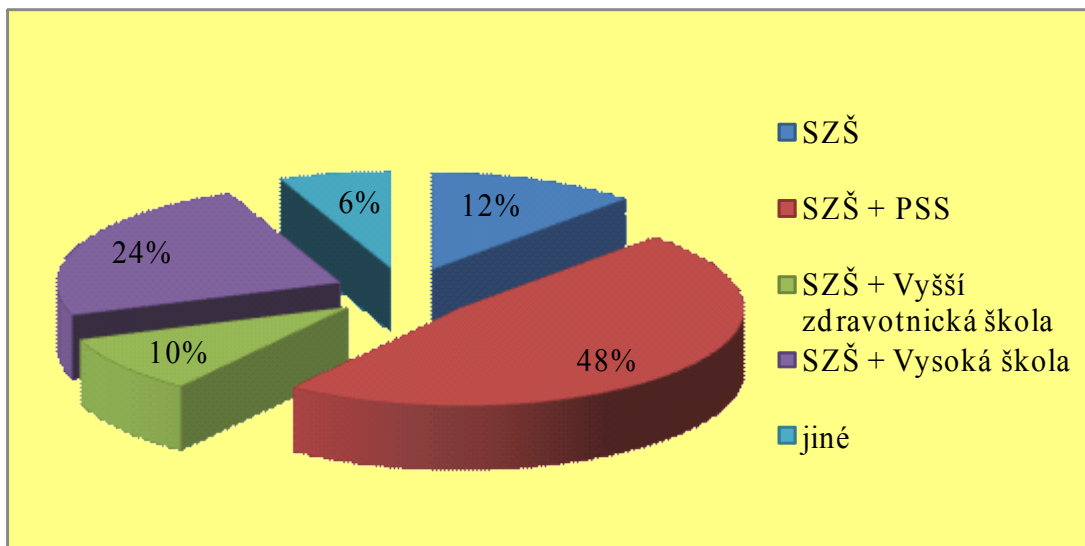
Z celkového počtu 100 % (125) perioperačních sester na operačních sálech pracuje 18 % (23) sester ve věku do 30-ti let, 41 % (51) sester ve věku 31-40 let a stejný počet sester 41 % (51) ve věku 41 a více let.

Graf 3 Identifikační znak 3 – délka praxe perioperačních sester



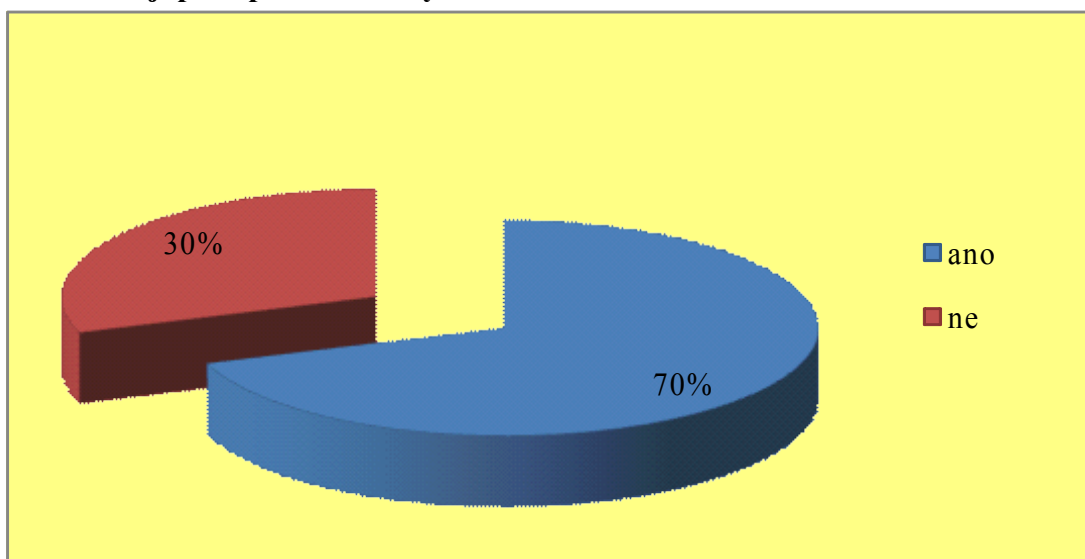
Z celkového počtu 100 % (125) perioperačních sester vyplývá, že na operačních sálech uvedených nemocnic pracuje 25 % (31) sester s praxí do 5-ti let, 62 % (78) sester s praxí 6-15 let a 13 % (16) perioperačních sester s praxí více než 16 let.

Graf 4 Identifikační znak 4 – vzdělání perioperačních sester



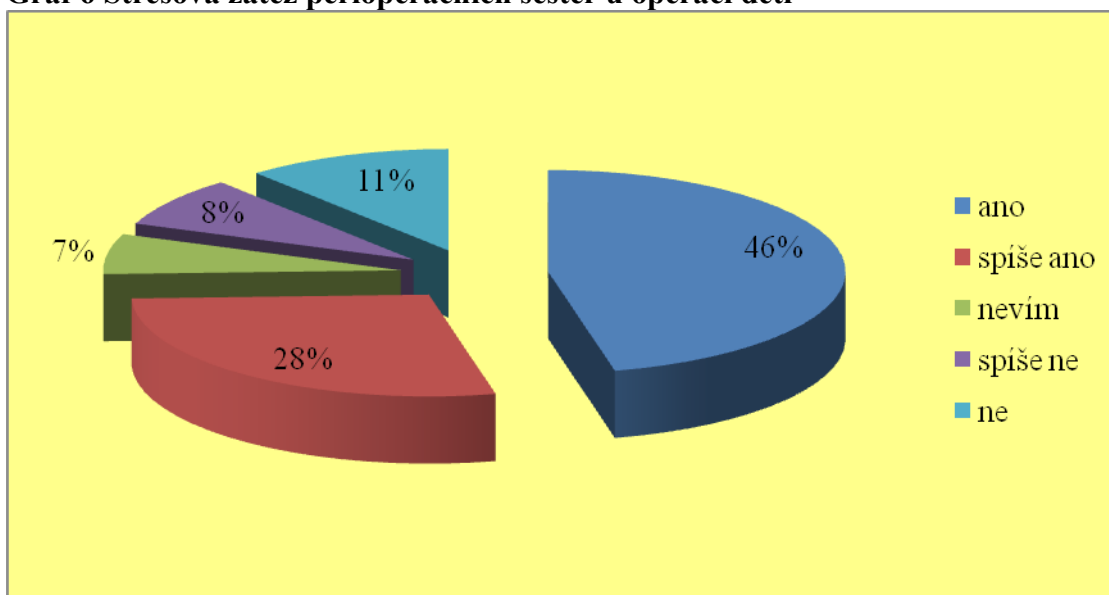
Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že z celkového počtu (125) perioperačních sester na operačních sálech pracuje 12 % (15) sester s dokončeným vzděláním SZŠ, 48 % (60) sester se SZŠ + pomaturitním specializačním vzděláním, 10 % (12) sester se SZŠ + vyšší zdravotnickou školou, 24 % (30) perioperačních sester má vysokoškolské vzdělání a 6 % (8) sester uvedlo, že mají jiný postup v absolvování škol.

Graf 5 Mají perioperační sestry vlastní děti



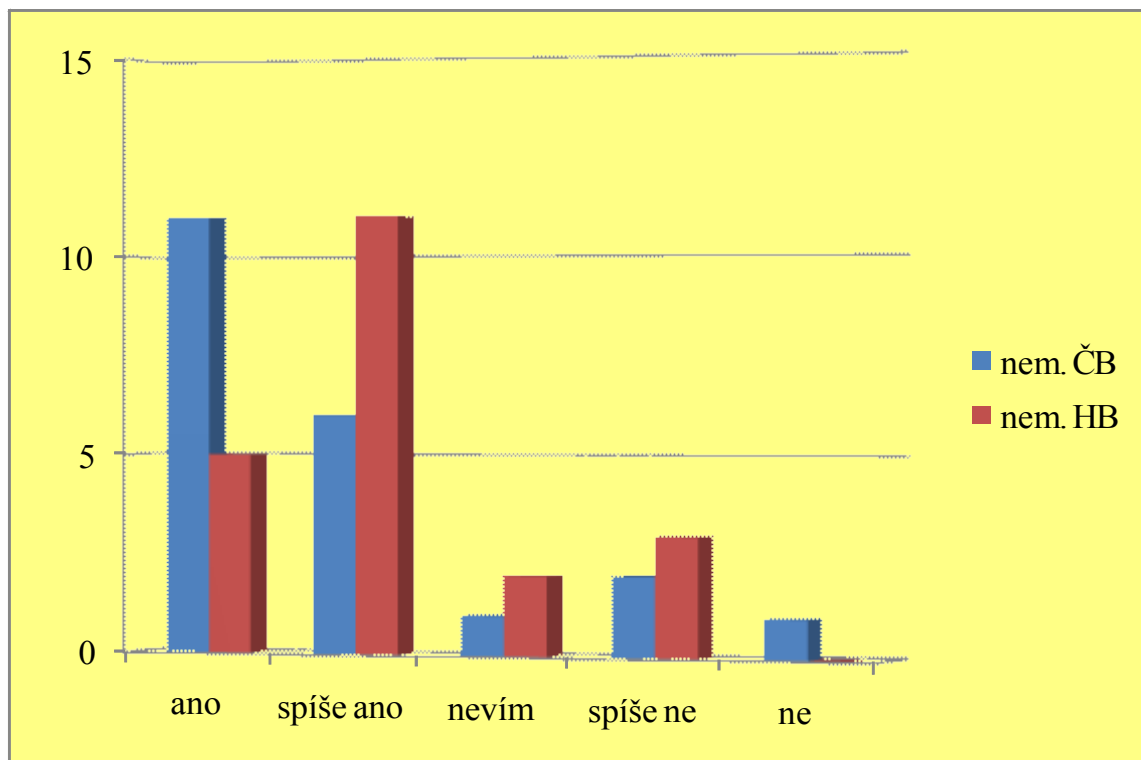
Z celkového počtu 100 % (125) perioperačních sester odpovědělo na otázku, zda mají sestry vlastní děti, 70 % (87) sester ANO a 30 % (38) NE.

Graf 6 Stresová zátěž perioperačních sester u operací dětí



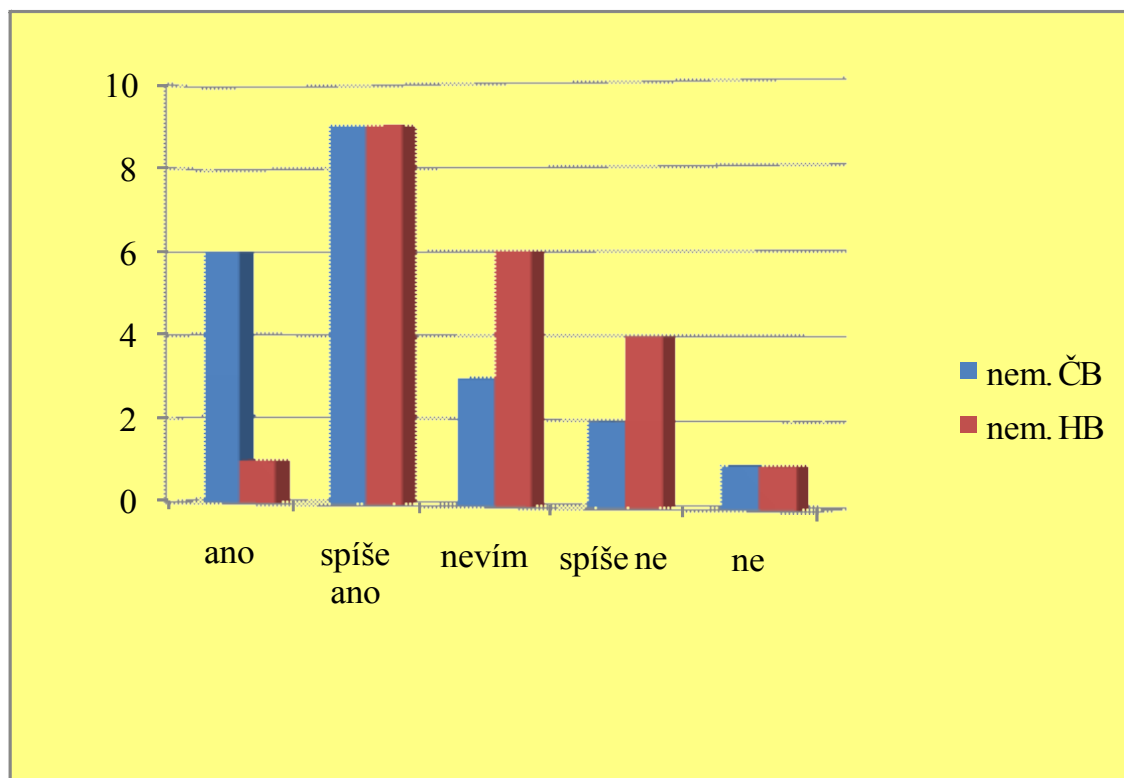
Z celkového počtu 100 % (125) perioperačních sester uvedlo, že pro 46 % (58) sester představuje operace dítěte větší stresovou zátěž, 28 % (35) sester uvedlo odpověď SPÍŠE ANO, 7 % (8) sester zahrlo odpověď NEVÍM, pro 8 % (10) sester SPÍŠE nepředstavuje větší zátěž a pro 11 % (14) sester neznamená operace dítěte větší stresovou zátěž.

Graf 7 Stresová zátěž perioperačních sester u operací dětí - srovnání dvou nemocnic (České Budějovice a Havlíčkův Brod)



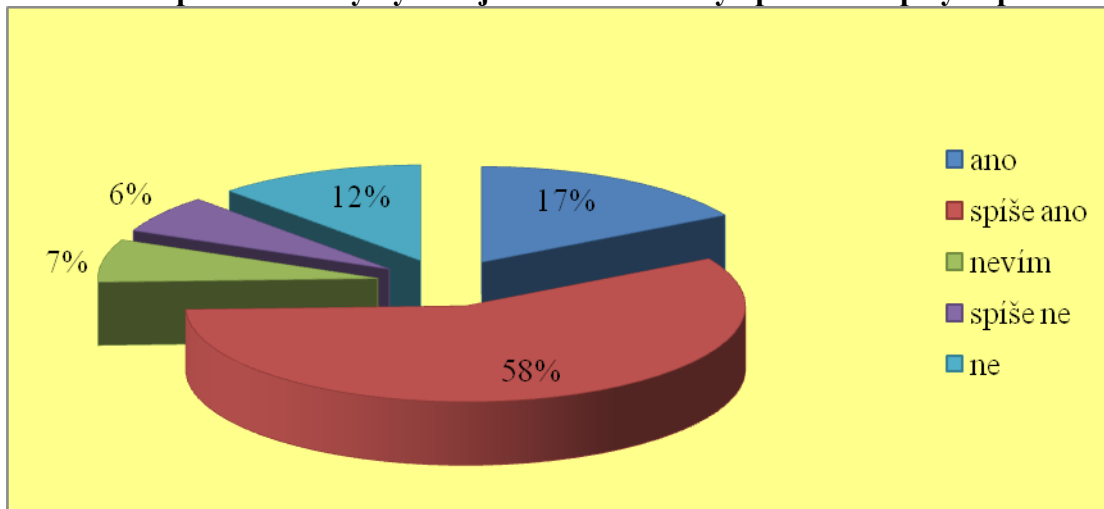
V obou nemocnicích byl celkový počet perioperačních sester odpovídajících na otázku 21 (100 %). Ve srovnávacím grafu je patrné, že odpovědi na otázku, zda je pro perioperační sestry operace dítěte větší zátěží, se liší i v různých nemocnicích. V nemocnici České Budějovice je jednoznačně v převaze odpověď ANO, takto odpovědělo 11 sester, zatímco v nemocnici Havlíčkův Brod odpovědělo nejvíce sester možností SPÍŠE ANO (11 sester) a odpověď NE nezatrhl žádná perioperační sestra.

Graf 8 Perioperační sestry by raději instrumentovaly operace dospělých pacientů - srovnání dvou nemocnic (České Budějovice a Havlíčkův Brod)



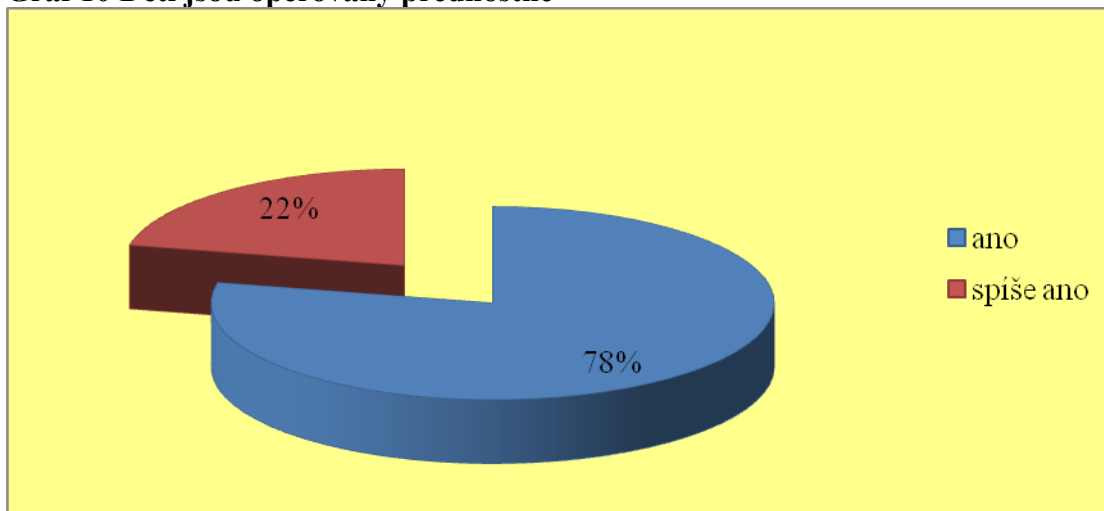
V obou nemocnicích byl celkový počet perioperačních sester odpovídajících na otázku 21 (100 %). Na tuto otázku odpověděly v obou nemocnicích perioperační sestry stejně možností SPÍŠE ANO (9 sester), ale v nemocnici České Budějovice by si vybraly perioperační sestry možnost odpovědi ANO v 6- ti případech, což ukazuje, že zde vnímají sestry operaci dítěte jako mnohem větší stresovou zátěž.

Graf 9 Perioperační sestry by raději instrumentovaly operace dospělých pacientů



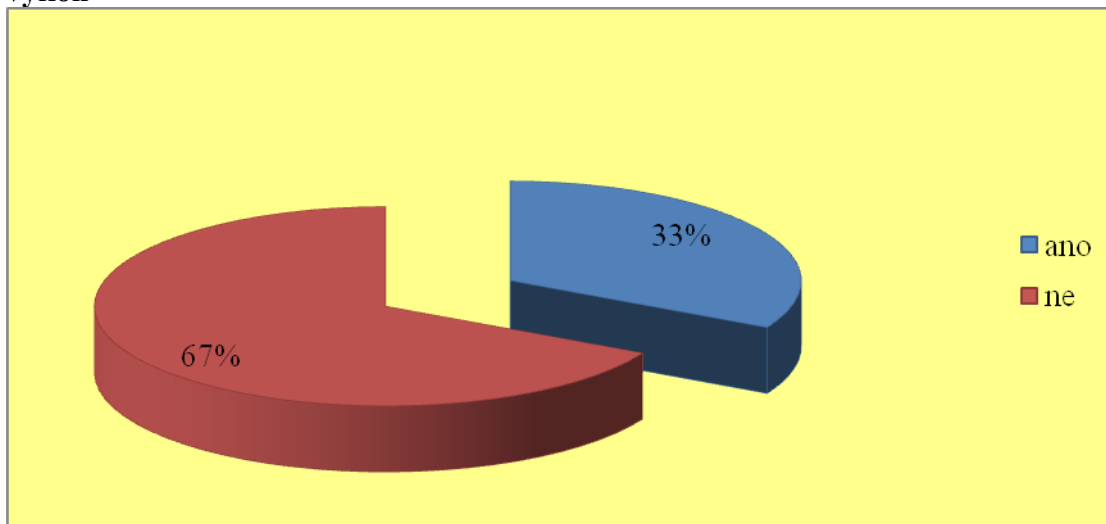
Z výsledků v grafu 9 z celkového počtu 100 % (125) perioperačních sester vyplývá, že 17 % (21) perioperačních sester odpovědělo ANO, 58 % (72) sester SPÍŠE ANO, 7 % (9) sester NEVÍM, 6 % (8) SPÍŠE NE a 12 % (15) sester NE, na otázku, zda by si v případě možnosti vybraly instrumentování operace dospělého pacienta.

Graf 10 Děti jsou operovány přednostně



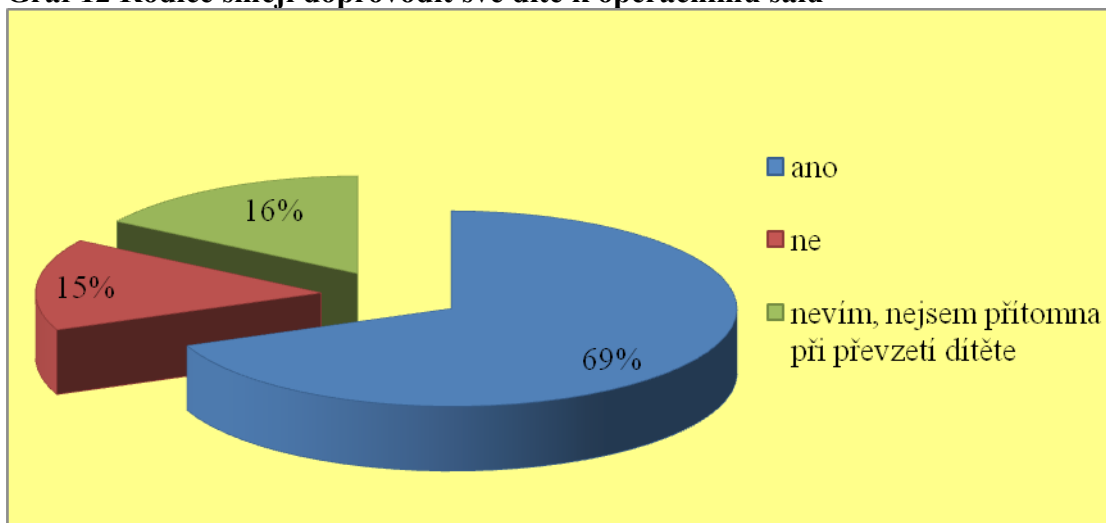
Výsledky na tuto otázku jsou jednoznačné a velmi pozitivní v přístupu péče o děti. Z celkového počtu 100 % (125) perioperačních sester, uvedly sestry ANO v 78 % - děti jsou operovány přednostně a ve 22 % uvedly sestry odpověď SPÍŠE ANO - jsou operovány přednostně.

Graf 11 Na operačních sálech je vždy k dispozici volný operační sál pro urgentní výkon



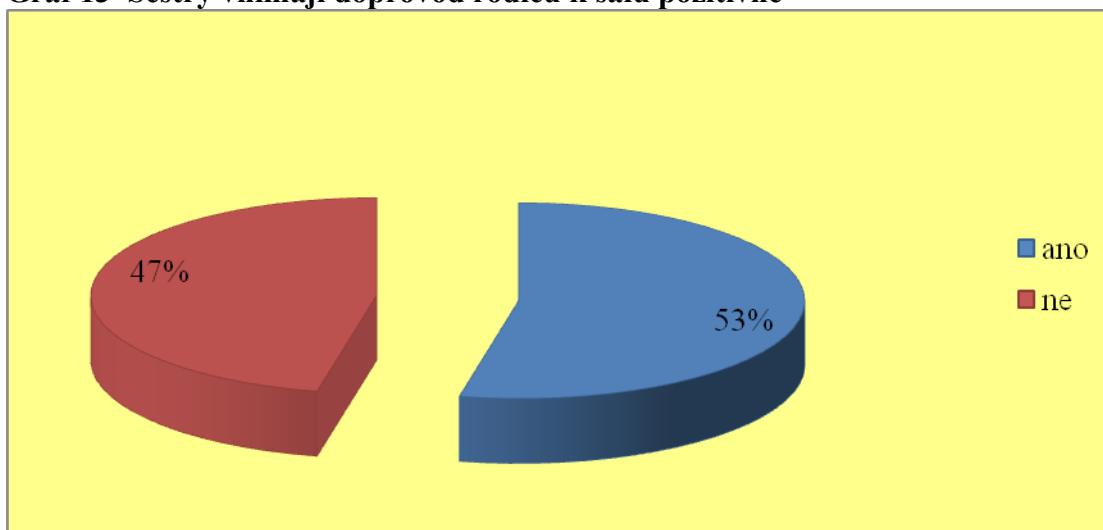
Z výsledků je patrné, že z celkového počtu 100 % (125), 33 % (41) perioperačních sester uvedlo, že mají k dispozici volný operační sál pro urgentní operační výkon a 67 % (84) sester uvedlo, že tento sál k dispozici nemají.

Graf 12 Rodiče směji doprovodit své dítě k operačnímu sálu



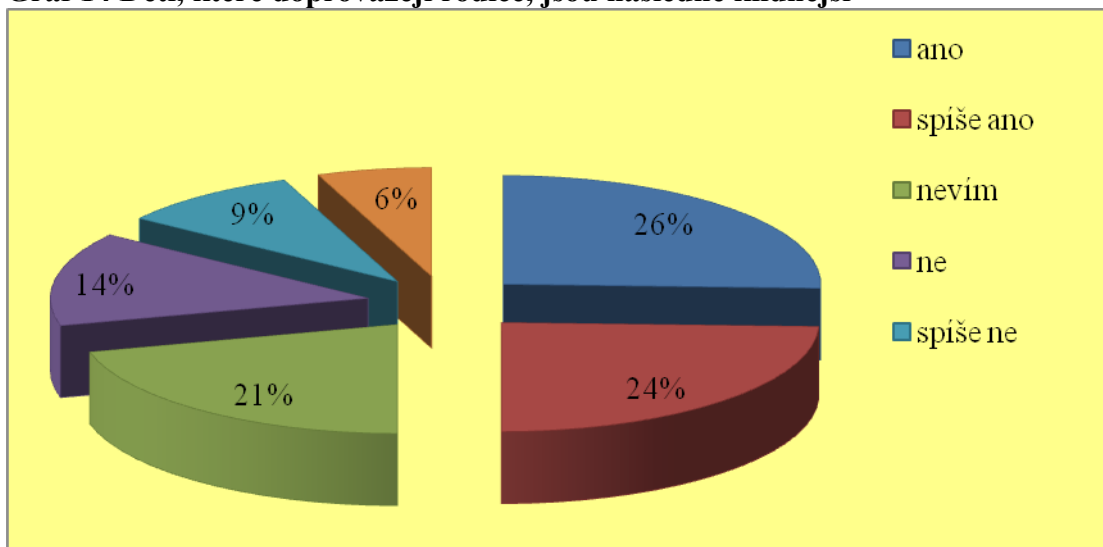
Ve většině případů smí rodiče své děti k operačnímu sálu doprovodit. Toto ukázalo i naše výzkumné šetření, kdy z celkového počtu 100 % (125) perioperačních sester, 69 % (86) sester potvrdilo, že rodiče smí doprovodit dítě k operačnímu sálu, 15 % (19) sester uvedlo, že rodiče nedoprovázejí děti k operačnímu sálu a 16 % (20) sester uvedlo, že tuto skutečnost neví, jelikož nejsou přítomny u převzetí dítěte.

Graf 13 Sestry vnímají doprovod rodičů k sálu pozitivně



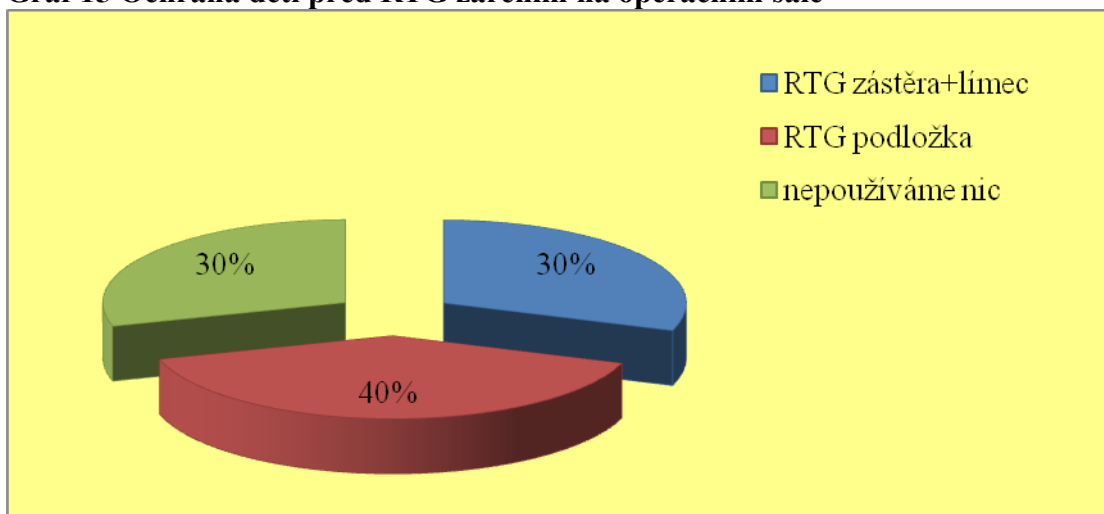
Graf č. 13 ukazuje, že z celkového počtu 100 % (125) perioperačních sester, 53 % (48) sester vnímá doprovod rodičů k operačním sálům pozitivně a 47 % (42) sester nevnímá tento jev jako pozitivní.

Graf 14 Děti, které doprovázejí rodiče, jsou následně klidnější



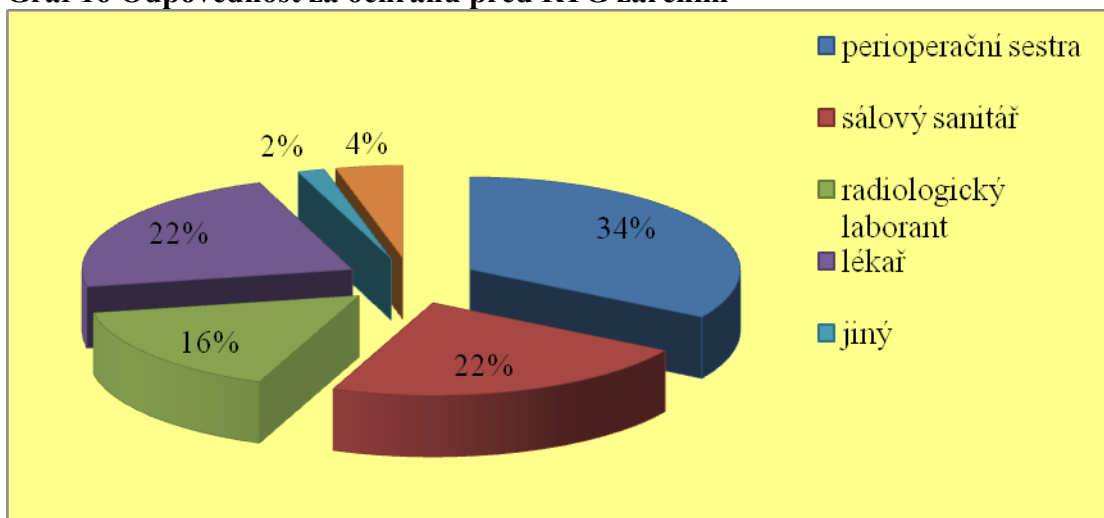
Z výsledků uvedených v grafu 14 vyplývá, že z celkového počtu 100 % (125) perioperačních sester, si 26 % (22) perioperačních sester myslí, že děti doprovázené rodiči jsou klidnější, 24 % (21) sester si myslí, že tyto děti jsou spíše klidnější, 21 % (18) sester neví, zda jsou děti klidnější, 14 % (12) si nemyslí, že děti doprovázené rodiči jsou klidnější, 9 % (8) sester odpovědělo na tuto otázku SPÍŠE NE a 6 % (5) perioperačních sester udává, že toto nemohou ze svojí pozice posoudit.

Graf 15 Ochrana dětí před RTG zářením na operačním sále



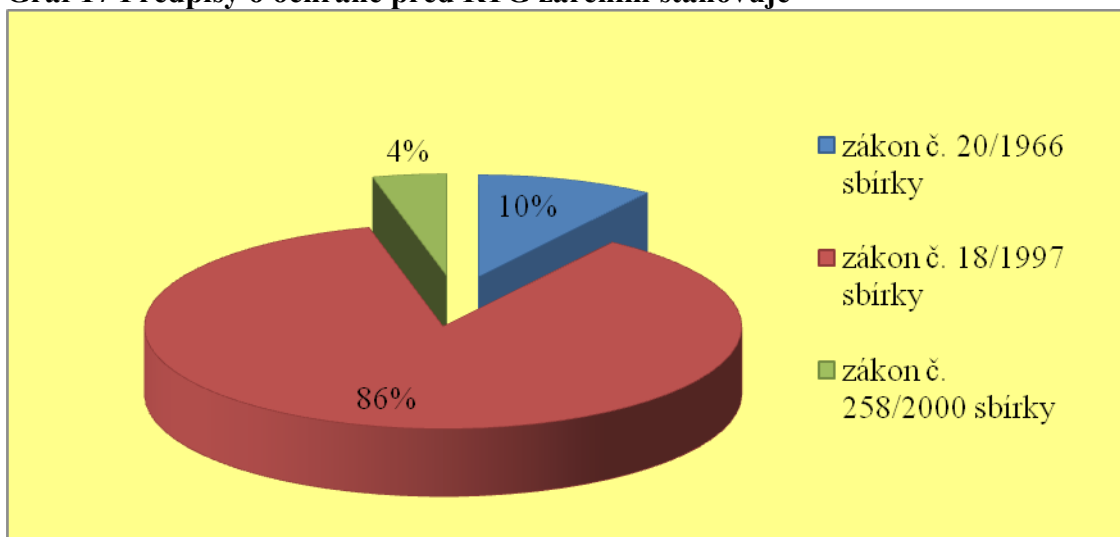
Výsledky v grafu 15 ukazují, že z celkového počtu 100 % (125) odpovědí, ve 30 % používá personál na operačních sálech jako ochranu před RTG zářením RTG zástěru a límeč, ve 40 % používají jako ochranu RTG podložku a ve 30 % se jako ochrana dětí před RTG zářením nepoužívá nic.

Graf 16 Odpovědnost za ochranu před RTG zářením



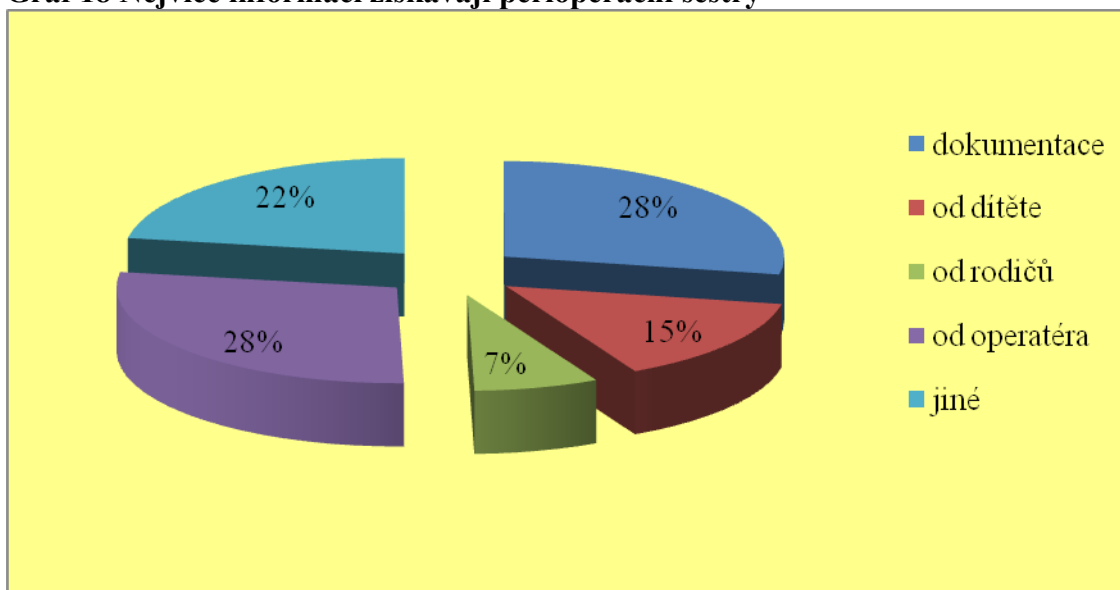
Na otázku, kdo je zodpovědný za ochranu před RTG zářením, uvedly perioperační sestry toto: z celkového počtu 100 % (125) odpovědí, si 34 % (42) sester myslí, že jsou odpovědní ony samy, 22 % (28) sester se domnívá, že odpovědný je sálový sanitář, 16 % (20) sester uvádí možnost radiologický laborant, 22 % (28) sester si myslí, že odpovědný je lékař, 2 % sester uvedlo možnost „jiné“ a 4 % (5) sester neví, kdo odpovídá za ochranu pacientů před RTG zářením.

Graf 17 Předpisy o ochraně před RTG zářením stanovuje



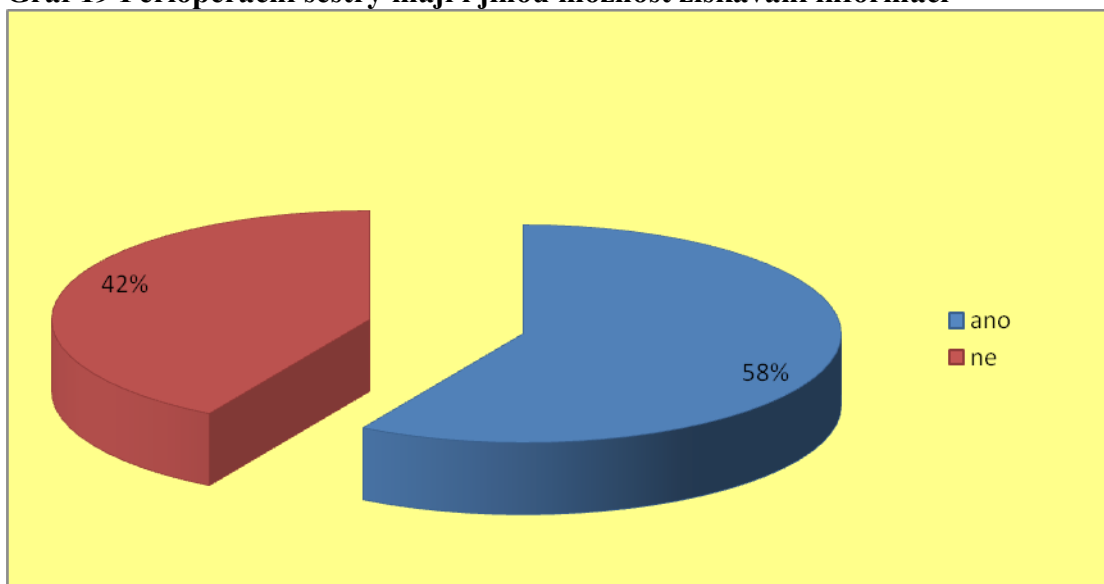
Ze 125 (100 %) dotazovaných perioperačních sester odpovědělo 10 % (12), že předpisy o ochraně před RTG zářením najdou v zákonu č. 20/1966 Sb., 86 % (108) sester uvedlo zákon č. 18/1997 Sb. + novelizace a 4 % (5) sester uvedlo, že předpisy najdou v zákoně č. 258/2000 Sb.

Graf 18 Nejvíce informací získávají perioperační sestry



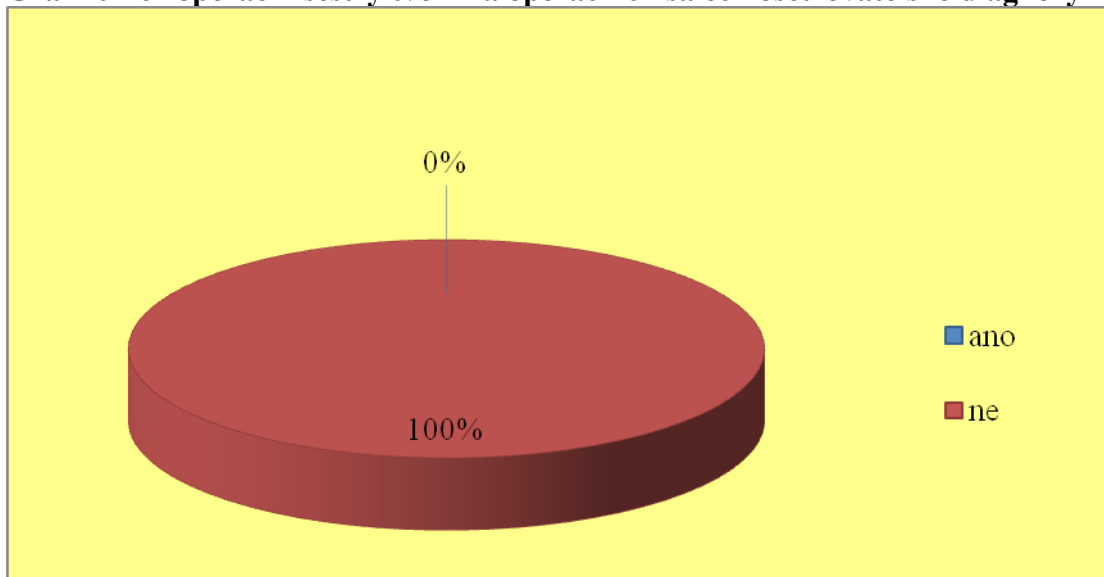
Z výsledků v grafu 18 je zřejmé, že z celkového počtu 100 % (125) odpovědí, získávají nejvíce informací perioperační sestry z dokumentace a od operátora, to uvedlo 28 % (35) sester, od rodičů získává informace 7 % sester, od dítěte 15 % sester a 22 % sester uvedlo možnost JINÉ (např. dětské oddělení, záchranná služba).

Graf 19 Perioperační sestry mají i jinou možnost získávání informací



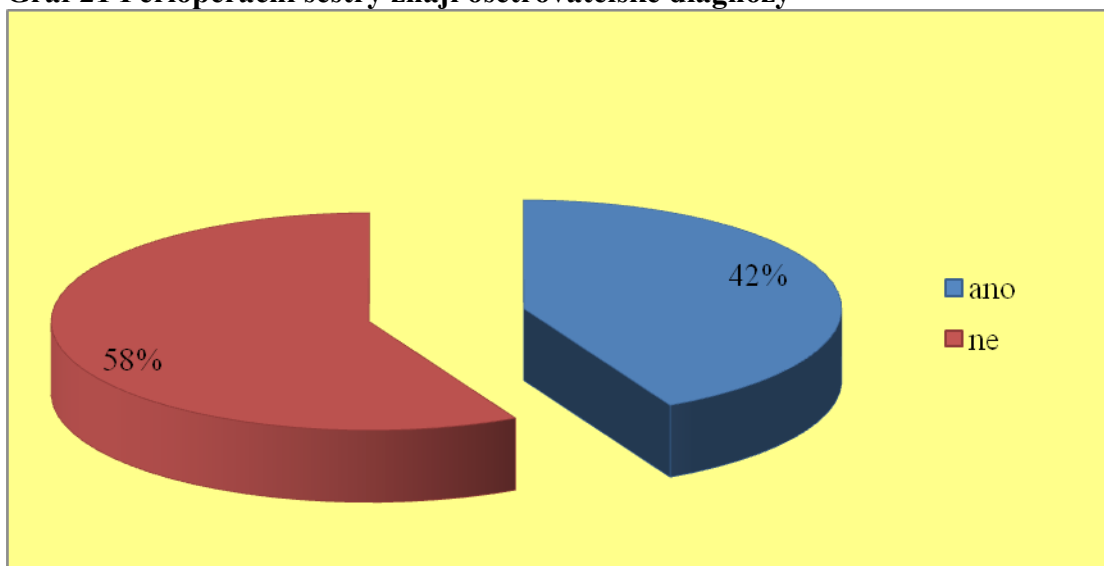
Výsledky grafu 19 ukazují, že z celkového počtu 100 % (125) sester, 58 % (73) perioperačních sester má možnost dalšího získávání informací o zraněném dítěti a 42 % (52) sester tuto možnost nemá.

Graf 20 Perioperační sestry tvoří na operačních sálech ošetrovatelské diagnózy



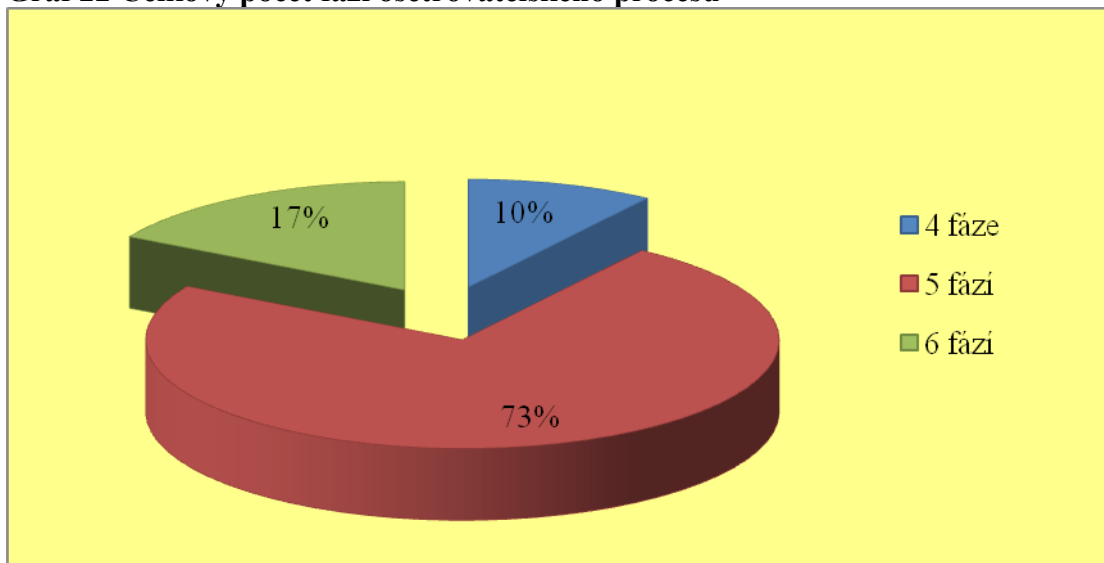
Z dostupného šetření je zřejmé, že se na operačních sálech zmiňovaných nemocnic ošetrovatelské diagnózy netvoří. Tuto skutečnost uvedlo 100 % (125) perioperačních sester.

Graf 21 Perioperační sestry znají ošetrovatelské diagnózy



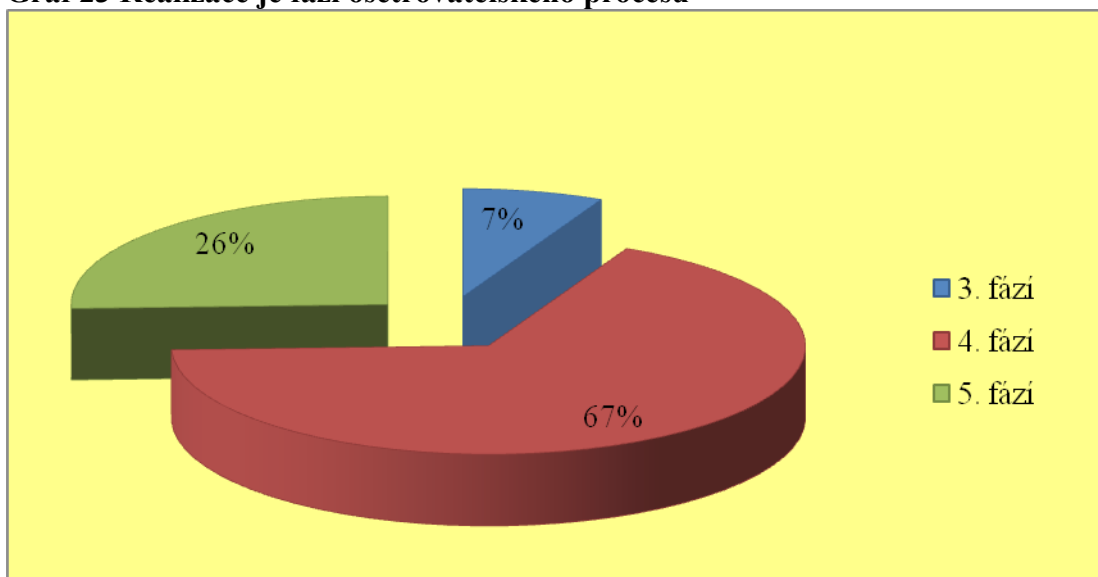
Graf 21 ukazuje, že z celkového počtu 100 % (125) perioperačních sester, 42 % (53) perioperačních sester zná nějaké ošetrovatelské diagnózy použitelné v perioperačním období a 58 % (72) sester ošetrovatelské diagnózy nezná.

Graf 22 Celkový počet fází ošetrovatelského procesu



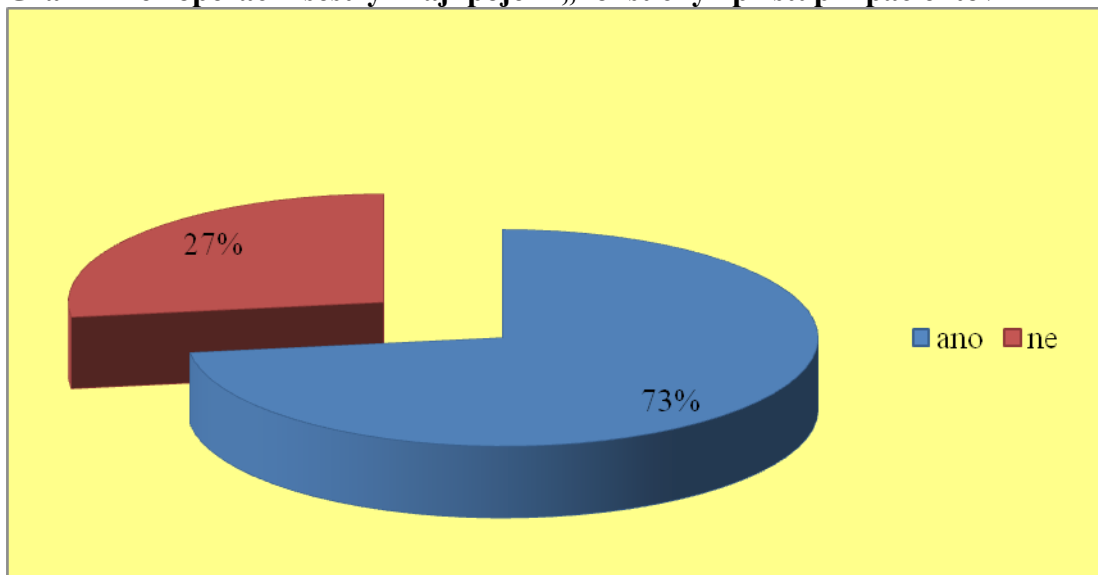
Na otázku kolik fází má ošetrovatelský proces odpovědělo z celkového počtu 100 % (125) perioperačních sester, 10 % (12) sester 4 fáze, 73 % (92) sester 5 fází a 17 % (21) sester 6 fází.

Graf 23 Realizace je fází ošetrovatelského procesu



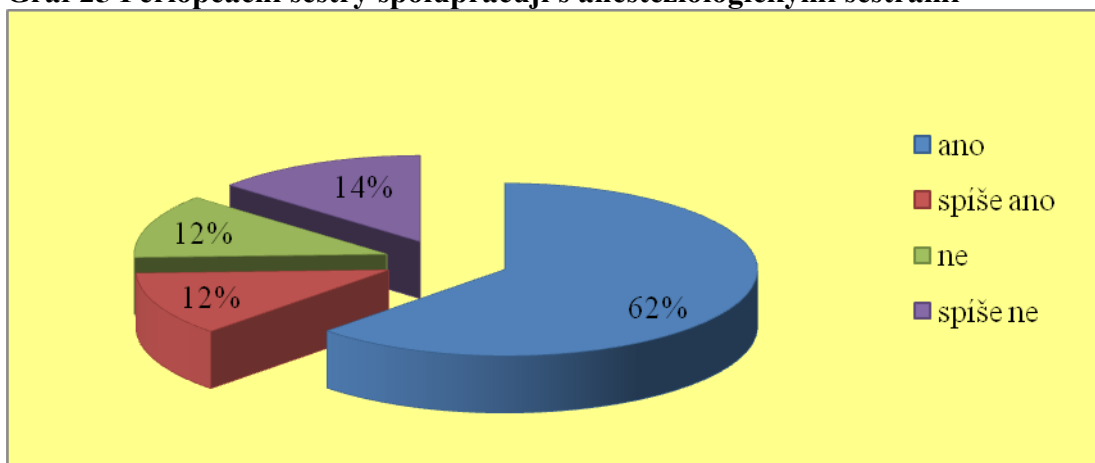
Z výsledků uvedených v grafu 23 je zřejmé, že na otázku kolikátou fází ošetrovatelského procesu je realizace, odpovědělo z celkového počtu 100 % (125) perioperačních sester, 7 % (9) sester 3. fáze, 67 % (84) sester 4. fáze a 26 % (32) sester 5. fáze ošetrovatelského procesu.

Graf 24 Perioperační sestry znají pojem „holistický“ přístup k pacientovi



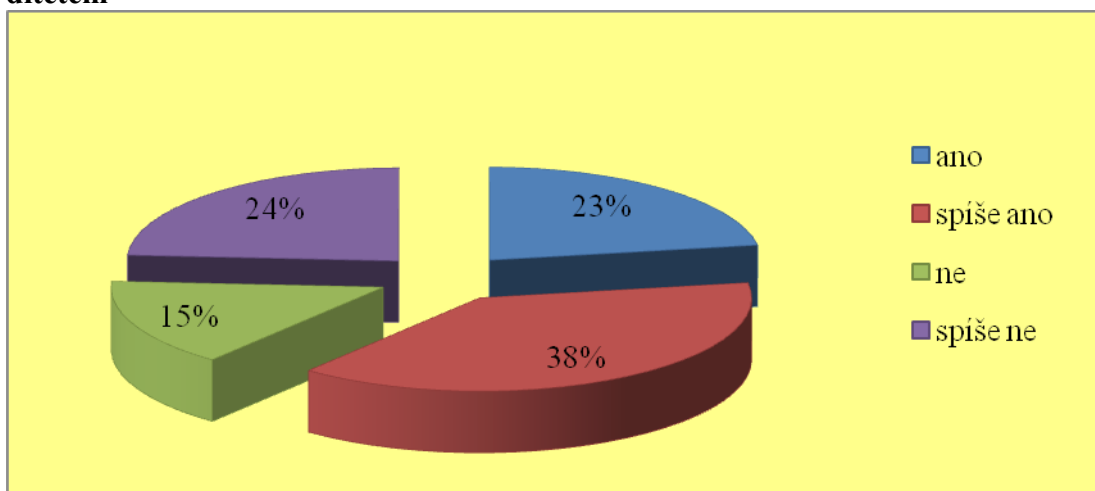
Na otázku, zda znají sestry holistický přístup, odpovědělo z celkového počtu 100 % (125) perioperačních sester kladně 73 % (91) perioperačních sester a 27 % (34) perioperačních sester uvedlo, že tento přístup nezná.

Graf 25 Perioperační sestry spolupracují s anesteziologickými sestrami



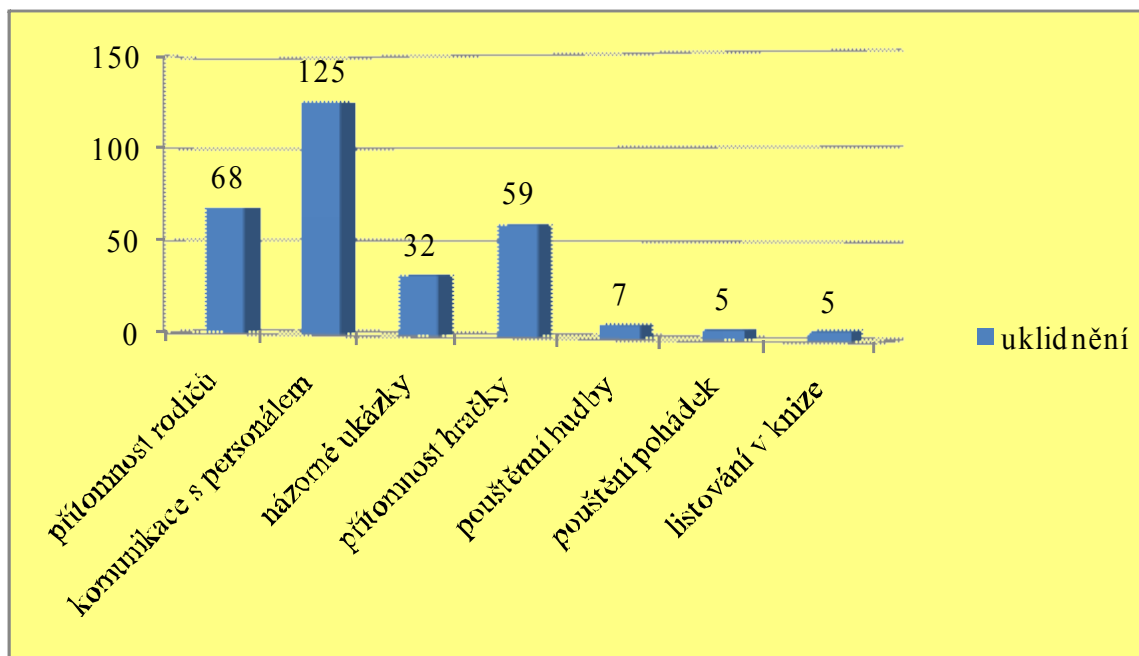
Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 100 % (125) odpovědí, 62 % (78) perioperačních sester spolupracuje v perioperační péči s anesteziologickými sestrami, 12 % (15) sester uvedlo na otázku spolupráce SPÍŠE ANO, 12 % (15) sester uvedlo, že nespolupracují s anesteziologickými sestrami a 14 % (17) sester uvedlo odpověď SPÍŠE NE na tuto otázku.

Graf 26 Perioperační sestry a anesteziologické sestry společně komunikují s dítětem



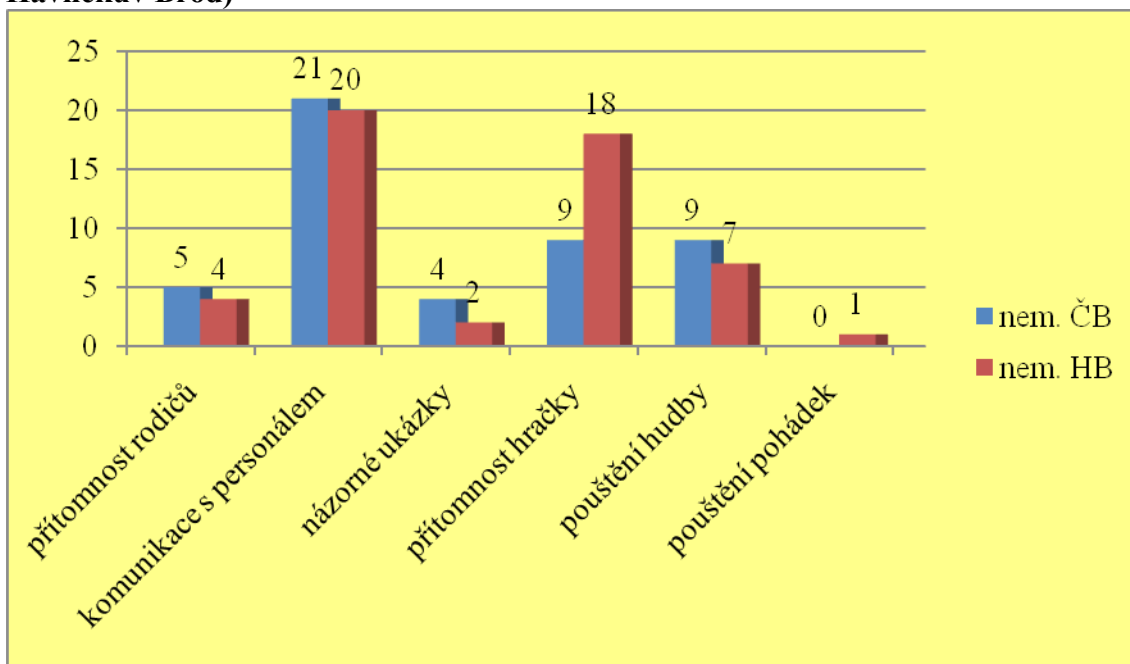
Výsledky grafu 26 ukazují, že z celkového počtu 100 % (125) perioperačních sester, 23 % (28) perioperačních sester komunikuje s dítětem společně s anesteziologickou sestrou, 38 % (48) sester uvedlo možnost SPÍŠE ANO, 15 % (19) sester nekomunikuje společně s anesteziologickou sestrou s dítětem a 24 % (30) perioperačních sester uvedlo, že s anesteziologickou sestrou spíše s dítětem nekomunikují.

Graf 27 Nejvíce dítě uklidní



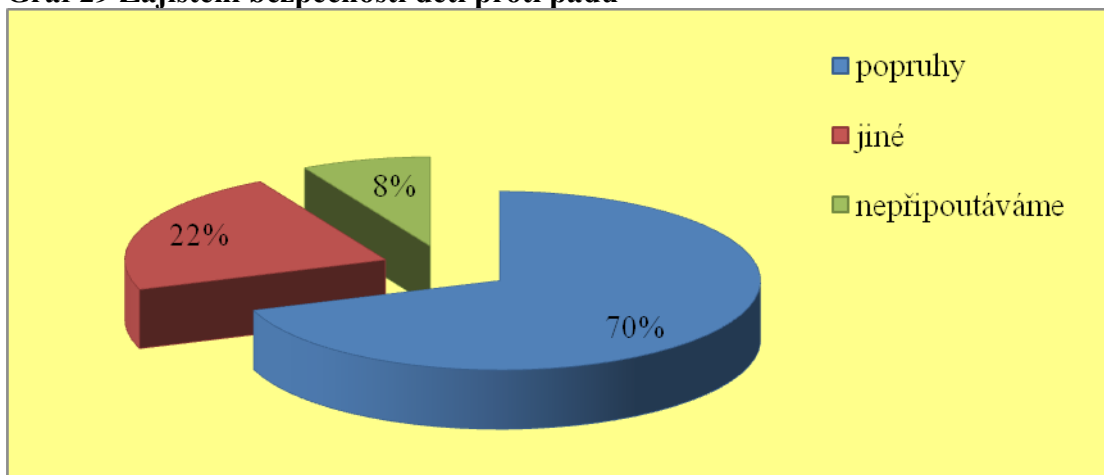
Jednou z dotazníkových otázek pro perioperační sestry byla, co si myslí, že je nejdůležitější k uklidnění dítěte před začátkem operačního výkonu. Dle perioperačních sester je pro dítě jednoznačně nejuklidňující komunikace s personálem (uvedlo 125 perioperačních sester = 100 %), dále přítomnost rodičů (uvedlo 68 perioperačních sester) a přítomnost oblíbené hračky (uvedlo 59 perioperačních sester). Na některých pracovištích sestry uvedly, že děti uklidňuje pouštění hudby, pohádek, názorné ukázky či listování v knize.

Graf 28 Nejvíce dítě uklidní – srovnání dvou nemocnic (České Budějovice a Havlíčkův Brod)



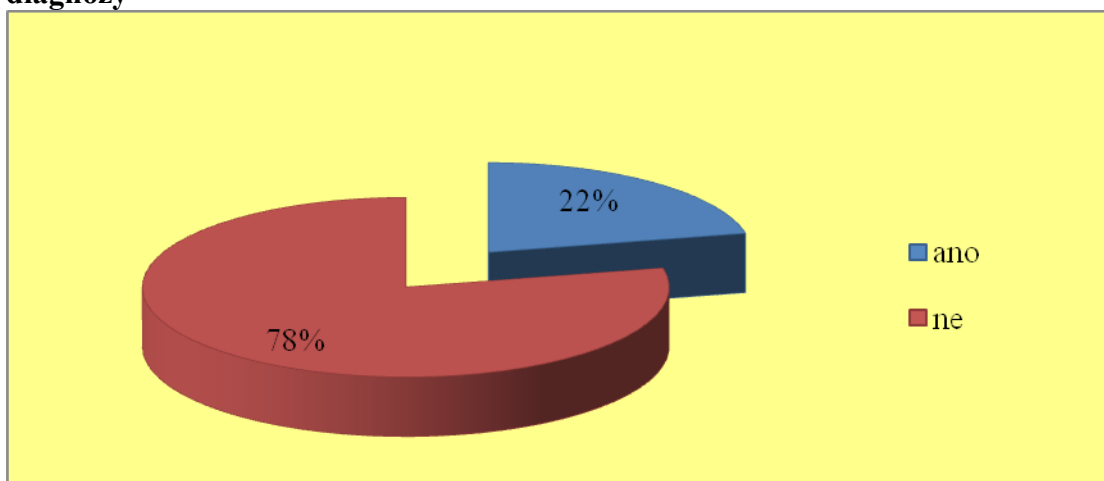
V obou nemocnicích byl celkový počet perioperačních sester odpovídajících na otázku 21 (100 %). Výsledky grafu 28 ukazují srovnání dvou nemocnic v případě uklidňování dětí před operačním výkonem. Na operačních sálech v Českých Budějovicích se perioperační sestry domnívají, že nejvíce dítě uklidní komunikace dětí s personálem (uvedlo 21 sester), přítomnost hračky (uvedlo 9 sester) a pouštění hudby (uvedlo také 9 sester). Zato perioperační sestry z nemocnice Havlíčkův Brod považují kromě komunikace, i přítomnost hračky za velmi důležitou k uklidnění dítěte (uvedlo 18 sester).

Graf 29 Zajištění bezpečnosti dětí proti pádu



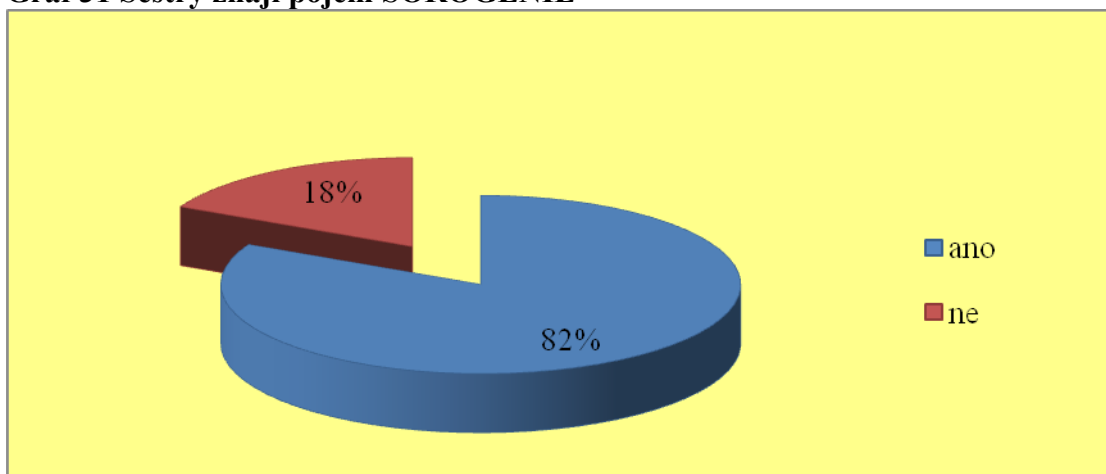
Na operačních sálech se děti proti pádu nejčastěji zajišťují připoutáním popruhy k operačnímu stolu (po uvedení do anestezie) to uvedlo z celkového počtu 100 % (125) perioperačních sester 70 % (87) sester, 22 % (28) sester uvedlo, že u dítěte je neustále přítomen personál, aby se zabránilo pádu dítěte a 8 % (10) sester uvedlo, že děti z důvodu náhlých reakcí (pláč, agrese) nepřipoutávají.

Graf 30 Perioperační sestry jsou schopné tvořit při akutní operaci ošetrovatelské diagnózy



Z výsledků uvedených v grafu 30 je zřejmé, že z celkového počtu 100 % (125) perioperačních sester se 78 % (98) perioperačních sester domnívá, že při akutní operaci nejsou schopné tvořit ošetrovatelské diagnózy a následně je řešit vhodnými intervencemi a jen 22 % (27) sester si myslí, že jsou schopné plně realizovat ošetrovatelský proces na operačním sále v době akutní operace.

Graf 31 Sestry znají pojem SOROGENIE



Z výsledků v grafu 31 je patrné, že z celkového počtu 100 % (125) perioperačních sester, 82 % (103) perioperačních sester zná pojem SOROGENIE (poškození zdraví nemocného v důsledku negativního působení ošetrovateľského personálu), a jen 18 % (22) perioperačních sester tento pojem nezná.

5. DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat ošetrovatelskou péči u dětských pacientů s úrazy z pohledu perioperačních sester, které pracují na operačních sálech, kde jsou tyto děti operovány.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 125 perioperačních sester ze sedmi nemocnic (FN Plzeň, FN Olomouc, FN Motol, FN Hradec Králové, FN Na Bulovce, České Budějovice a Havlíčkův Brod).

Dvě nejpočetnější věkové kategorie představovaly sestry ve věku 31- 40 let 41 % (51) a ve věku 41 a více let 41 % (51). V kategorii do 30- ti let pracuje na operačních sálech zmiňovaných nemocnic jen 18 % (23) sester.

První stanovená hypotéza měla potvrdit, zda znají perioperační sestry předpisy o ochraně pacientů před RTG zářením. Z výsledků znázorněných v grafu č. 19 je patrné, že sestry tyto předpisy znají, správnou odpověď zaznamenalo v dotazníku 86 % (108) sester a velká část z nich uvedla i číslo novelizace (novelizovaný atomový zákon č. 13/2002 Sb.), kterou byl tento zákon upravován. Jen u grafu č. 16 je vidět, že sestry nevědí, kdo je přímo zodpovědný za ochranu dětí před RTG zářením při operačním výkonu. 34 % (42) perioperačních sester se domnívá, že jsou za to zodpovědné ony, 22 % (28) sester si myslí, že zodpovědný je sálový sanitář, 22 % (28) sester si myslí, že zodpovědnost nese lékař a jen 16 % (20) sester ví, nebo se domnívá, že zodpovědný za ochranu dětí při operačním výkonu je radiologický asistent, což je správná odpověď. Takto jsou uvedeny předpisy o ochraně před ionizačním zářením v zákoně č. 18/1997 Sb. a č. 13/2002 Sb. Negativním překvapením pro nás bylo, že v 30 % (37) sestry uvedly, že ochranu dětí před RTG zářením na operačním sále nepoužívají. Nejvíce správných odpovědí jsme zaznamenaly v nemocnici České Budějovice. První hypotéza byla tudíž potvrzena, a je pro praxi velmi přínosné, že předpisy o ochraně před RTG zářením znají také perioperační sestry a nejen pracovníci s odbornou způsobilostí pro činnosti s ionizujícím zářením. Ochrana dětí před RTG zářením je jednou z velice důležitých kapitol v oblasti bezpečí pacienta a neměla by být opomíjena právě na operačních sálech. Vždyť záření má negativní vliv na všechny živé organismy a mohlo by způsobit i poškození jednotlivých tkání u dětí (např. zárodečnou či lymfatickou

tkáň).

Zranění dětští pacienti jsou vždy operováni přednostně, tak zněla druhá hypotéza. Tato hypotéza se naštěstí potvrdila a je tudíž zřejmé, že děti jsou v operačním programu upřednostňovány. Přesné informace jsou znázorněny v grafu č. 10, kde vidíme, že 78 % (98) perioperačních sester odpovědělo, že děti se operují přednostně a 22 % (27) sester odpovědělo spíše ano, na otázku, jestli jsou děti operovány přednostně. Z dalších dostupných informací z dotazníků ale vyplývá, že aby mohly být děti operovány přednostně, je nutné přerušit operační program a dítě „vmezeřit“ mezi plánované operační výkony, jelikož 67 % (84) sester uvedlo, že na jejich pracovišti není vždy k dispozici volný operační sál pro urgentní operaci. 33 % (41) sester sice uvedlo, že na svém pracovišti mají operační sál pro urgentní operaci, ale více než polovina z této skupiny sester ještě dodala, že tento sál je momentálně v rekonstrukci. Rekonstrukční řešení operačního sálu pro urgentní operační výkony je v nemocnici FN Motol. Potvzení této hypotézy je pro nás velmi příjemným zjištěním, neboť je velmi důležité, aby děti měly operační zákrok co nejdříve za sebou. Toto uvádí i Sedlářová⁽¹⁷⁾ ve své knize, že jednou z nejdůležitějších činností zdravotníků jak dítěti pomoci, je nenechat dítě dlouho čekat a bát se. Ve své publikaci dále zmiňuje i kapitolu o odvádění pozornosti dítěte. Odvedení, odpoutání pozornosti a zaměření jí na jiný stimul než je bolest a strach. I jedna z dotazníkových otázek se týkala právě odvádění pozornosti a uklidnění dítěte. Všechny perioperční sestry se shodly na tom, že je důležité s dítětem komunikovat a že je možné i na operačním sále využít některé metody, které dětem pomáhají překonat strach z neznámého prostředí či bolesti. V grafu č. 27 je vidět uklidňující metody využívané na operačních sálech všech nemocnic. Graf č. 28 porovnává odpovědi sester v nemocnici České Budějovice a Havlíčkův Brod. Zde je vidět, že personál operačních sálů upřednostňuje různé metody k uklidnění rozrušeného dítěte, ale komunikace personálu s dětským pacientem je vždy v popředí.

Třetí hypotézu, zda vnímají perioperční sestry doprovod rodičů dítěte k operačnímu sálu jako pozitivní, můžeme také potvrdit. V 69 % (86) případů sestry potvrdily, že rodiče mohou doprovodit své dítě k operačnímu sálu. Na následnou otázku, zda tento doprovod vnímají sestry pozitivně, odpovědělo kladně 53 % (48) sester a 47 % (42) sester odpovědělo negativně. Při uvádění důvodů, proč sestry vnímají

doprovod rodičů negativně, odpověděly sestry, že tyto děti jsou více plačtivé, rozrušené, a že velká část rodičů přenáší svůj strach na dítě a komplikuje to následně práci zdravotníků, kteří často i násilím odebírají matce z náručí vystresované dítě. Často jsme svědky toho, že v případě, když zraněné dítě přiveze do nemocnice záchranná služba a dítě na operační sál poté doprovází zdravotník, je dítě klidnější a komunikativnější. V případech, kdy uvedly perioperační sestry, že doprovod rodičů vnímají pozitivně, pociťují, že matka dítě uklidní, a že se dítě cítí bezpečně. Důvodem, že část sester vnímá doprovod rodičů pozitivně, může být i to, že mají své děti a zkušenosti s dětskou hospitalizací.

Královcovi⁽¹⁰⁾ ve svém článku uvádějí, že „z pohledu dětí jsou rodiče nesrovnatelně důležitější než lékaři a sestry“, což samozřejmě nevylučujeme, ale je nutné, aby rodiče byli plně zapojeni do léčby dítěte, tudíž, aby věděli, co dítě bude absolvovat a mohli ho následně uklidit a poté i doprovodit k operačnímu sálu a počkat na něj. Dle Sedlářové⁽¹⁷⁾ je odloučení od matky či rodiny pro dítě větším zdrojem stresu než bolest, úraz či nemoc. V případě, že dítě doprovází v nemocnici blízká osoba, je to ona, kdo z něj sejme strach a nejistotu. Rodiče by neměli podcenit ani věk svého dítěte, protože i adolescenti mohou mít při hospitalizaci problémy a mohou potřebovat pomoc svých blízkých. Právě proto by mělo české zdravotnictví respektovat rodiče dítěte jako osoby, jejichž místo je za jakýchkoliv okolností vedle svého dítěte, jako osoby, které se podílí na péči o dítě a jsou spolurozhodovateli o průběhu léčby.

V naší republice chrání práva dětí Charta práv dětí v nemocnici a i ta velmi zdůrazňuje potřebu přítomnosti rodičů u hospitalizací dětí: „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.“^(Charta práv dětí)

Potřebu získávání informací u zraněných dětí a její nejčastější zdroj ukazuje graf č. 18. V naší hypotéze jsme byly přesvědčeny o tom, že nejvíce informací získávají perioperační sestry z dokumentace pacienta. Tato hypotéza se nepotvrdila, protože vyšlo najevo, že stejné množství sester získává mnoho informací z dokumentace, ale i od operátéra, který přichází zraněné dítě operovat. Výsledky tohoto šetření také nejspíše

ovlivňuje věk zraněného dítěte, protože v případě operací velmi malých dětí podává nejvíce informací perioperačním sestřím operatér. Samotným zdrojem informací pro sestry bývají často i děti v 15 % a v grafu znázorněná odpověď jako „jiné“ ve 22 % - za tuto odpověď sestry uváděly: záchranná služba, sestry z dětského oddělení a počítačový systém nemocnice. Poměrně málo informací podávají perioperačním sestřím rodiče, v 7 % případů, ale to může být způsobeno tím, že ne vždy jsou perioperační sestry přítomny u převzetí dítěte.

Tvoření ošetrovatelských diagnóz na operačním sále je nejspíše ještě na začátku. Za touto skutečností stojí mnohdy asi i to, že perioperační sestra má s pacientem na operačním sále minimální kontakt a nejdůležitější informací je pro ni samotná lékařská diagnóza pacienta. Tuto skutečnost potvrzuje graf č. 20, kde je více než zřejmé, že v žádné nemocnici, kde jsme výzkum prováděly, netvoří perioperační sestry na operačním sále ošetrovatelské diagnózy. Z toho je zřejmé, že pátá hypotéza, perioperační sestry tvoří ošetrovatelské diagnózy u zraněných dětí na operačním sále, se nepotvrdila. Na otázku, zda sestry znají ošetrovatelské diagnózy, odpovědělo 42 % (53) sester ANO. Tyto odpovědi dokazují, že téměř polovina dotazovaných perioperačních sester ošetrovatelskou diagnostiku zná, jen není aplikována v praxi. Zavedení tvoření ošetrovatelských diagnóz by mohl uspořádat tzv. edukační program perioperačními sestrami, který už v některých nemocnicích funguje. Farkašová⁽⁵⁾ uvádí kolik rolí sestra v dnešní době plní a zmíněná role edukátorky by se tímto edukačním programem aplikovala i na perioperační sestry. Všeobecná sestra edukuje a připravuje pro pacienty informační materiály, i toto je ve uvedeno ve vyhlášce 424/2004 Sb. ⁽²³⁾, tato část je platná jak pro všeobecné sestry, tak i pro všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí. V rámci edukačního rozhovoru by sestra pacientovi zodpověděla spousty otázek a přispělo by to k navázání bližšího vztahu perioperační sestra – pacient, a následné tvoření ošetrovatelských diagnóz by jen vyplynulo z rozhovoru. Přítomnost ošetrovatelských diagnóz u pacientů je samozřejmostí, je sice ovlivněna mnoha jinými skutečnostmi (věk, plánovaný výkon, akutní výkon), ale v případě realizace ošetrovatelského procesu by mohl následně pacient lépe snést operační zátěž a následnou rekonvalescenci jak uvádí i Reindlová⁽¹⁶⁾ v článku „Ošetrovatelské diagnózy na operačním sále“. Tento fakt dle našeho šetření nejspíše způsobuje i velmi

krátký čas, který tráví perioperační sestry s pacientem a typ operačního výkonu, který je často akutní a náročný, jak na přípravu perioperačních sester, tak i na psychiku celého operačního týmu a zbývá zde méně prostoru pro komunikaci s pacientem a řešení ošetrovatelských problémů.

Z dotazníkového šetření dále vyplynulo, že, holistický „přístup k pacientům sestry znají. V grafu č. 24 je vidět, že 73 % (91) sester zná tento přístup a také ho aplikují na svém pracovišti. Snad je toto dáno i dalším vzděláváním perioperačních sester. V dnešní době se o tomto přístupu přednáší již na středních zdravotnických školách a dále na všech ostatních úrovních vzdělávání sester. Bylo zjištěno, že i perioperační sestry, v rámci svého vzdělávání, studují vysoké školy a to i přesto, že jejich specializace není studijním programem na vysokých školách. Z grafu č. 4 je patrné, kolik % (24 %) perioperačních sester uvedlo, že mají vysokoškolské vzdělání. Nejvíce těchto vysokoškolsky vzdělaných sester pracuje v nemocnici FN Motol, FN Plzeň a České Budějovice. Povinnost vzdělávat se ukládá sestrám zákon 96/2004 Sb. I tato skutečnost jistě přispěla k tomu, že 73 % sester aplikuje holistický přístup v praxi.

Na otázku, jak se projevuje tato aplikace holistického přístupu v praxi, odpovídaly sestry téměř totožně. Nejdůležitějším krokem pro následnou aplikaci je komunikace s pacientem. Perioperační sestry uvedly, že jakmile naváží s pacientem komunikační kontakt, je následná spolupráce mnohem lepší a pacient (dítě) se uklidní, mnohé věci se snaží pochopit a hovoří o svých potřebách, strachu a bolesti. U dětí je tato komunikace obzvláště důležitá, protože tímto způsobem může zdravotnický pracovník nejlépe dítě ovlivnit a následně aplikovat léčebný i ošetrovatelský proces. Úspěšné zvládnutí komunikace se zraněným dítětem není vždy jednoduchá, ale i na tyto techniky se v rámci vzdělávání sestry zaměřují. Nejdůležitější je mít individuální a profesionální přístup k dětem, umět naslouchat, chválit a neverbálně komunikovat (usmát se, pohladit dítě). Jakmile se takto chováme, dítě nám začne důvěřovat, a celý výkon a momenty s ním spojené probíhají lépe a klidněji. Na tento přístup se odvolává téměř veškerá literatura, která píše o dětských potřebách viz. Děti v nemocnici⁽²⁾ nebo Olchava⁽¹³⁾. Sedlářová⁽¹⁷⁾ uvádí ve své knize Základní ošetrovatelská péče v pediatrii: „ Nutný je individuální, citlivý přístup ke každému dítěti s přihlédnutím k jeho zralosti

a aktuálnímu psychickému stavu“. Šestá hypotéza byla potvrzena, perioperační sestry znají „holistický přístup“ k pacientovi.

Poslední stanovenou hypotézou bylo: operace dětí jsou pro perioperační sestry větší stresovou zátěží. V grafu č. 6 je přesně znázorněno, jak sestry odpovídaly. 46 % sester odpovědělo ANO, 28 % sester odpovědělo SPÍŠE ANO a jen velmi malá část perioperačních sester udává, že operace dětí nejsou více stresující než operace dospělých pacientů. Na fakt, že práce perioperačních sester je vysoce náročná upozorňuje i Židková^(25, 26) ve svých odborných člancích, kde jmenuje hlavní nespecifické faktory, které ovlivňují negativně psychiku sester na operačních sálech. Výsledky našeho výzkumu tedy opravdu potvrzují, že perioperační sestry jsou v době operačního výkonu dítěte vystaveny mnohem většímu stresu než při jiných operačních výkonech. Toto potvrzují i odpovědi na další otázku, která byla perioperačním sestřím položena, zda by si v případě výběru vybraly instrumentování operace dospělých pacientů. Zde odpovědělo ANO a SPÍŠE ANO celkem 75 % (93) sester. V případě srovnání nemocnic, takto odpověděly nejvíce perioperační sestry v nemocnici České Budějovice. Po tomto zjištění je velmi důležité, aby perioperační sestry dělaly veškeré možné aktivity, které by udržovaly jejich duševní i fyzické zdraví na vysoké úrovni, a tím předcházely syndromu vyhoření, který je v těchto pomáhajících profesích tak častý. Na prostředky, které udržují zdraví apeluje ve svém článku: Stres v práci sestry i autorka PaedDr. Šusterová⁽²¹⁾ radí sestřím jak co nejvíce a nejkvalitněji odpočívat, jak důležitý je také fyzický pohyb, správné dýchání a zdravá výživa. Poslední stanovená hypotéza byla tedy jednoznačně potvrzena a tím je zřejmé, že psychický stres provází neustále všeobecně i perioperační sestry při výkonu povolání. Sestry by se měly naučit odpoutávat od stresových situací prostřednictvím vhodných relaxačních technik, jejichž využití na našem trhu nabízí některé zdravotnické instituce a akademie v programech svých seminářů a preventivních programů. Součástí programů bývají přednášky na téma : reakce na stresor, relaxační cvičení, způsoby relaxace, správná životospráva, spánek a jeho poruchy. Velká část sester by se měla co nejdříve naučit relaxačním technikám, protože jen pak, budou moci úspěšně pomáhat svým pacientům.

6. ZÁVĚR

V České republice ročně umírá bezmála 300 dětí na následky všech úrazů a ročně je kolem 30 000 dětí v nemocnicích hospitalizováno. Následně proto stoupá i počet operačních výkonů u dětských pacientů a náročnost ošetrovatelské péče nejen na lůžkových částech oddělení, ale i na operačních sálech se zvyšuje. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit jaká je současná situace, kterou procházejí perioperační sestry spolu se zraněnými dětmi na operačních sálech.

Pro naplnění cílů a potvrzení či vyvrácení hypotéz byl vytvořen anonymní dotazník, který jsme rozdaly sestrám pracujícím na operačních sálech nemocnic: České Budějovice, FN Plzeň, FN Motol, FN Na Bulovce, FN Olomouc, FN Hradec Králové a Havlíčkův Brod. Celkem jsme rozdaly 167 dotazníků a návratnost byla 74,8 % (125 vrácených dotazníků).

Získané výsledky byly zpracovány popisnou statistikou pomocí grafů Microsoft Office Excel a využity k ověření stanovených hypotéz.

Dle výsledků výzkumného šetření můžeme říci, že větší část stanovených hypotéz byla potvrzena. První hypotéza, zda znají perioperační sestry předpisy o ochraně pacientů před RTG zářením, byla potvrzena, jelikož 86 % (108) sester přesně znalo číslo zákona zajišťující bezpečnost před RTG zářením.

Druhá hypotéza, zda jsou děti operovány přednostně, byla také potvrzena. Tato skutečnost je pro nás příjemným zjištěním, protože odkládáním operačního výkonu by byly děti více stresovány a komplikovala by se tím následná ošetrovatelská i léčebná péče.

Třetí hypotézu jestli perioperační sestry vnímají doprovod rodičů k operačnímu sálu pozitivně můžeme také potvrdit. Zde je počet sester, které odpověděly ANO, o šest procent vyšší než odpověď NE, a tudíž je oprávněné uvést, že tato hypotéza byla potvrzena.

Čtvrtá hypotéza, zda perioperační sestry získávají nejvíce informací z dokumentace pacienta nebyla potvrzena, jelikož stejný počet sester uvedlo, že od operátora získávají také velmi mnoho informací o pacientovi.

Perioperační sestry tvoří ošetrovatelské diagnózy u zraněných dětí na operačním

sále, tak zněla pátá hypotéza. Tato skutečnost snad jako jediná byla plně vyvrácena. Na žádném z uvedených pracovišť sestry netvoří v perioperační době ošetrovatelské diagnózy.

I přestože perioperační sestry netvoří ošetrovatelské diagnózy, hypotéza, zda znají holistický přístup k pacientovi, byla potvrzena a sestry uvedly, že tento přístup v praxi aplikují, a to nejvíce právě pomocí komunikačních technik, a nejvíce v případech, kde není časová tíseň a personál má čas na zjištění potřeb dětského pacienta.

Sedmá hypotéza potvrdila, že operace dětí jsou pro perioperační sestry větší stresovou zátěží. Tuto skutečnost mohl do jisté míry ovlivnit i fakt, že velká část dotazovaných perioperačních sester jsou matky, a proto vnímají operace zraněných dětí hůře než operace dospělých pacientů.

Pro následné zavedení ošetrovatelského procesu a vymizení případného diskomfortu u dětí na operačních sálech, bychom doporučily perioperačním sestřám stáže na pracovištích, kde ošetrovatelský proces, tvoření ošetrovatelských diagnóz a jejich řešení probíhá, či absolvování seminářů na téma : Ošetrovatelský proces v perioperačním období. Zavedením ošetrovatelského procesu do perioperační péče by mohlo zamezit vnímání negativních pocitů u dětí na operačních sálech a zlepšit celkový stav dětského pacienta. S výsledky této bakalářské práce je možné seznámit i vedení nemocnic, které by následně mohlo pravidelně pořádat semináře s programem „duševní hygiena perioperačních sester“, a tím preventivně bojovat proti případnému syndromu vyhoření u sester.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. *Děti hospitalizované na úrazy v nemocnicích ČR v letech 1999 – 2001* [on-line]. [cit. 2009-11-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/download.phpctg=20&search_name=hospital®ion=100&kind=21&mnu_id=6200 >
2. *Děti v nemocnici* [on-line]. [cit.2009-12-10]. Dostupné z: <<http://www.klicek.org/hospital> >
3. *Dětské úrazy v ČR* [on-line]. [cit. 2009-10-27] Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/obsah/prevence-detskych-urazu-v-ceske-republice_903_1.html >
4. DUDA, M. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 392 s. ISBN 80-7169-642-0
5. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetřovatelství teorie*. 1. české vydání. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8
6. FENDRYCHOVÁ, J. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005. 414 s. ISBN 80-7013-427-5
7. GÁL, P. *Miniinvazivní osteosyntéza zlomenin horní končetiny u dětí*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 211 s. ISBN 80-210-2548-4
8. JANOUŠKOVÁ, M. Uplatnění modelu perioperační péče na vlastním pracovišti. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2008. roč. 18, č. 1, s. 4-5. ISSN 1210-0404
9. KOVÁČÍKOVÁ, J. Ošetřovatelská dokumentace v perioperační péči. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2009. roč. 19, č. 7-8, s. 61-62, ISSN 1210-0404
10. KRÁLOVCOVI, J. a M. *Nové role v péči o hospitalizované děti*. [on-line]. [cit. 2009-12-10]. Dostupné z: <<http://www.klicek.org/hospital/role.html> >
11. LUKÁČ, J. *Práce sestry na operačním sále z pohledu lékaře*. [on-line]. [cit. 2009-11-22]. Dostupné z: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-7/clanek.php?c=15> >
12. MRZENA, V. *Historie dětské kostní traumatologie v českých zemích*. [on-line]. [cit. 2009-10-20]. Dostupné z: <<http://www.medakta.cz/orto> >
13. OLCJAVA, P. *Zdravé a nemocné dítě*. 2. aktualizované vyd. Praha : Grada, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1847-7
14. POKORNÝ, V. *Traumatologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 307 s. ISBN 80-7254-277-X

15. *Prevence úrazů, násilí a otrav* [on-line].[cit.2009-10-27]
Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/prevence-urazu-nasili-a-otrav> >
16. REINDLOVÁ, V. Ošetřovatelské diagnózy na operačním sále. *Florence*. Praha: Galén, 2007. roč. 3, č. 2, s. 76-77. ISSN 1801-464X
17. SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8
18. *Specializační vzdělávání- Základní informace* [on-line]. [cit. 2009-11-25].
Dostupné z: <<http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/79> >
19. ŠNAJDAUF, J. , CVACHOVEC, K. , TRČ, T. *Dětská traumatologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 180 s. ISBN 80-7262-152-1
20. ŠPIČÁKOVÁ, E. Pacient na operačním sále. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2008. roč. 18, č. 1, s. 8, ISSN 1210-0404
21. ŠUSTEROVÁ, D. Stres v práci sestry. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2009. roč. 19, č. 11, s.24. ISSN 1210-0404
22. VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Rámcové vzdělávací programy pro specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Únor 2006* [on-line]. [cit. 2009-11-25].
Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=f780375b-e0bb-4776-8cff-0768d3e1b742&groupId=11063 >
23. VYHLÁŠKA č. 424/ 2004 Sb., *kteou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. [on-line].[cit. 2009-11-22]. Dostupné z: <<http://www.ipvz.cz/zakony-a-vyhlasky-tykajici-se-ziskavani-specializace.aspx> >
24. VOSÁTKOVÁ, K. Psychologie nemocného v před a pooperačním období. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2008. roč. 18, č. 7-8, s. 63-64, ISSN 1210-0404
25. ŽIDKOVÁ, Z. *Práce sester na operačním sále z pohledu psychologa v hygieně*. [on-line].[cit.2010-4-2].Dostupné z <<http://www.psvz.cz/zidkova/subdir/pracesester.htm> >
26. ŽIDKOVÁ, Z. Životospráva sálových sester. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2010. roč. 20, č. 02, s. 40-41. ISSN 1210-0404

8. KLÍČOVÁ SLOVA

hospitalizace dětí

operační sál

perioperační sestra

prevence

traumatologie

úrazy dětí

9. PŘÍLOHY

1. Dotazník pro perioperační sestry
2. Charta práv dětí
3. Obsah specializačního vzdělávání: Perioperační péče

Dotazník pro perioperační sestry

Dobrý den,

jsem studentkou Jihočeské univerzity a pracuji na bakalářské práci, kde se zabývám problematikou dětských úrazů. Výsledky této práce by měly vést k minimalizaci diskomfortu a k vnímání menšího množství negativních pocitů u dětí na operačním sále.

Tuto práci by následně mohly využít perioperační sestry k zavedení ošetrovatelského procesu na operační sály, kde se tento ošetrovatelský proces ještě nerealizuje.

Byla bych velmi ráda, kdybyste se podílely na výzkumu k této problematice, a to vyplněním tohoto ANONYMNÍHO dotazníku.

Vřele děkuji. Eva Trinkbauerová, studentka oboru Všeobecná sestra

1. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

2. Věk

3. Jak dlouho pracujete na operačních sálech ?

- a) do 5-ti let
- b) 6 – 15 let
- c) více než 16 let

4. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- a) SZŠ
- b) SZŠ + PSS
- c) SZŠ + Vyšší zdravotnická škola
- d) SZŠ + Vysoká škola
- e) jiné

5. Máte vlastní děti ?

- a) ano
- b) ne

6. Představuje pro vás operace zraněného dítěte větší stresovou zátěž ?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne

e) ne

7. V případě, že by jste si mohla vždy vybrat, instrumentovala by jste raději operace dospělých pacientů ?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

8. Jsou na vašich operačních sálech děti operovány přednostně ?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne
- f) nesleduji to

9. Máte na vašem pracovišti vždy k dispozici volný operační sál pro případ urgentní operace ?

- a) ano
- b) ne

10. Smí rodiče na vašem pracovišti doprovodit své zraněné dítě k operačním sálům ?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nejsem přítomna při převzetí dítěte

Při odpovědi ANO, odpovězte prosím na otázku č. 11 a 12.

11. Vnímáte doprovod rodičů dítěte k operačnímu sálu pozitivně ?

a) ano, a proč ?

.....
.....
.....

b) ne, a proč ?

.....
.....
.....

12. Myslíte si, že jsou tyto děti pak na operačním sále klidnější ?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) ne

- e) spíše ne
- f) toto nedokážu z pozice perioperační sestry posoudit

13. Jak chráníte děti před Rtg zářením ?

- a) RTG zástěra + límec
- b) RTG podložka
- c) nepoužíváme nic jako ochranu před RTG zářením

14. Kdo si myslíte, že je zodpovědný za RTG ochranu dětí při operačním výkonu ?

- a) perioperační sestra
- b) sálový sanitář
- c) radiologický laborant
- d) lékař
- e) jiné (prosím napište)
- f) nevím

15. Předpisy o ochraně před RTG zářením najdu v

- a) č. 20/ 1966 Sb.
- b) č. 18/1997 Sb. + novelizace
- c) č. 258/ 2000 Sb.

16. Odkud získáváte nejvíce informací o zraněném dítěti ?

- a) z dokumentace pacienta
- b) od dítěte
- c) od rodičů
- d) od operatéra
- e) jiné

17. Máte možnost získávat informace o zraněném ještě i jiným způsobem ? (počítačová síť, informace od záchranné služby, dětské oddělení, atd.)

- a) ano, prosím napište

.....
.....
.....

- b) ne, nemáme jinou možnost

18. Tvoříte jako perioperační sestry ošetrovatelské diagnózy u dětí na operačním sále ?

- a) ano
- b) ne

19. Znáte nějaké ošetrovatelské diagnózy, které by mohly být na operačním sále řešeny ?

- a) ano , jaké

.....
.....
.....
b) ne

20. Ošetrovatelský proces má kolik fází ?

- a) 4
- b) 5
- c) 6

21. Realizace ošetrovatelského procesu je kolikátou fází oš. procesu ?

- a) 3
- b) 4
- c) 5

22. Znáte pojem „holistický“ přístup k pacientům ?

- a) ano, prosím vysvětlíte
- b) ne, neznám (přejděte na otázku č. 24)

23. Jak tento přístup aplikujete v praxi, na operačních sálech jako perioperační sestry ? (prosím napište)

.....
.....
.....
.....
.....

24. Spolupracujete s anesteziologickou sestrou v rámci perioperační péče ?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

25. Komunikujete společně s anesteziologickou sestrou s dítětem než je uvedeno do anestezie ?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

26. Co si myslíte, že je nejdůležitější k uklidnění dítěte před začátkem operačního výkonu ?
(zaškrtněte nejvíce 3 odpovědi)

- a) přítomnost rodičů
- b) komunikace dítěte s personálem
- c) názorné ukázky na panenkách
- d) přítomnost oblíbené hračky
- e) pouštění hudby
- f) pouštění pohádek
- g) listování v dětské knížce

27. Jak zajišťujete bezpečnost dítěte na operačním stole proti pádu ?

- a) připoutáním popruhy k operačnímu stolu
- b)

jiné

.....

- c) děti nepřipoutáváme k op. stolu z důvodu náhlých reakcí (pláč, agrese....)

28. Myslíte si, že jste schopna při akutní operaci dítěte tvořit ošetrovatelské diagnózy a následně je řešit vhodnými intervencemi ?

- a) ano
- b) ne

29. Pojem SOROGENIE znamená

- a) poškození zdraví nemocného v důsledku negativního působení lékaře
- b) poškození zdraví nemocného v důsledku negativního působení ošetrovatelského personálu
- c) poškození zdraví nemocného v důsledku negativního působení spolupacientů

CHARTA PRÁV DĚTÍ

CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI

- 1. Děti mají 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 mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
- 3. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Měly by mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
- 4. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
- 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 mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
- 8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
- 9. Děti mají 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 mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Tento dokument vychází z textu Charty práv dětských pacientů organizace „National Association for the Welfare of Children in Hospital“ (NAWCH) se sídlem v Londýně. Překlad zdrojového textu pořídil Nadační fond Klíček se svolením této organizace. Materiál v tomto znění podpořila Centrální etická komise při Ministerstvu zdravotnictví ČR v únoru 1992.

Obsah specializačního vzdělávání : Perioperační péče

<i>Modul</i>	<i>Název modulu</i>	<i>Typ modulu</i>	<i>Délka trvání</i>	<i>Počet kreditů</i>
<i>I. ročník</i>				
Základní modul*)	Role sestry specialistky	povinný	2 týdny- teorie	20
Odborný modul	Role sestry v perioperační péči- 1.část praxe	povinný	3 týdny- teorie 2 týdny- praxe	30 10
<i>II. a III. ročník</i>				
Odborný modul	Role sestry v perioperační péči – 2.část praxe	povinný	1 týden- praxe	5
Speciální modul	Perioperační péče o pacienta ve všeobecné chirurgii	povinně volitelný	1 týden – teorie 1 týden - praxe	10 5
Speciální modul	Perioperační péče o pacienta v hrudní chirurgii	povinně volitelný	1 týden – teorie 1 týden - praxe	10 5
Speciální modul	Perioperační péče o pacienta v traumatologii	povinně volitelný	1 týden – teorie 1 týden - praxe	10 5
Speciální modul	Perioperační péče o pacienta v ortopedii	povinně volitelný	1 týden – teorie 1 týden - praxe	10 5
Speciální modul	Perioperační péče o pacienta v urologii	povinně volitelný	1 týden – teorie 1 týden - praxe	10 5
Speciální modul	Perioperační péče o pacienta v gynekologii a porodnictví	povinně volitelný	1 týden – teorie 1 týden - praxe	10 5

Speciální modul	Perioperační péče o pacienta v ORL	povinně volitelný	1 týden – teorie 1 týden - praxe	10 5
Speciální modul	Předsterilizační příprava a sterilizace zdravotnických prostředků základními a specifickými způsoby a metodami	povinně volitelný	1 týden – teorie 1 týden - praxe	10 5
	Odborná praxe na akreditovaném pracovišti	povinný	2 týdny - praxe	10