

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**Začlenění rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu u dětí  
s polytraumatem**

**Bakalářská práce**

**Vedoucí práce:**  
**Bc. Veronika Švábová**

**2010**

**Autor práce:**  
**Zuzana Šimková**

## **Abstrakt**

### **The integration parents and close relatives to nursing proces for children with polytrauma.**

My bachelor thesis focuses on serious injuries – polytrauma. This is a medical term describing the condition of a person who has received multiple traumatic injuries which endanger life. The Czech Republic belongs to countries with the highest children's death rate because of injuries. Injuries are serious medical, economic and social issues in the world. It is the third most common cause of death in the whole population. In spite of the fact that mortality caused by injuries is tending to decrease, the number of injuries is increasing. According to the statistics the places where injuries happen most often are at home and at school. The most serious injuries are associated with motor vehicle accidents. My bachelor thesis is divided into practical and theoretical parts. In the practical part I used my own research for data that were processed by working with casualties. The research was undertaken in České Budějovice hospital a.s., in the children's ward. Close friends, family and parents were interviewed in the period from the beginning of 2009 to the beginning of 2010.

The theoretical part is divided into three chapters. The first chapter concerns the genesis of polytrauma and the consecutive treatment of patients with this kind of injury. The second chapter focuses on a family and tries to explain the relationship between parents and injured children. The same chapter describes the treatment communication, families' reaction to the injuries and the attitude of children under treatment. Every hospitalization represents considerable mental stress for children and their parents. The treatment is described in the third chapter. This chapter also explains the nursing care that is needed for children in a critical condition. My knowledge can help close friends, family and parents when integrated into nursing care. The results can be presented at paediatric congresses or published in scientific literature.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Začlenění rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu o děti s polytraumatem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 4. května 2010

.....

Zuzana Šimková

**Poděkování:**

Touto cestou bych ráda upřímně poděkovala všem, kdo mi s vypracováním mé bakalářské práce pomáhali poskytnutím informací, mnoha cenných rad nebo jen vyjádřením podpory. Velmi děkuji Bc. Veronice Švábové za její cenné rady, podněty a připomínky při psaní této bakalářské práce a hlavně za její velkou trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat mé dceři Soně, která mě provázela psaním práce a věnovala mi můj čas a trpělivost.

## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>3</b>
<b>1 SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>4</b>
1.1 POLYTRAUMA .....	4
1.1.1 Traumacentra.....	5
1.1.2 Úrazy.....	6
1.1.3 Dětské úrazy.....	6
1.1.4 Jednotky intenzivní a resuscitační péče pro děti .....	8
1.2 RODINA.....	9
1.2.1 Stádia emoční reakce rodiny na onemocnění člena rodiny .....	10
1.2.2 Postoj dítěte k nemoci .....	11
1.2.3 Návštěvy rodičů a rodinných příslušníků.....	12
1.2.4 Komunikace v ošetrovatelském procesu .....	13
1.3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES .....	15
1.3.1 Ošetrovatelský proces u dětských pacientů .....	17
1.3.2 Intenzivní péče v dětském věku .....	17
1.3.3 Ošetrovatelská péče o děti v kritickém stavu .....	19
<b>2 CÍL PRÁCE.....</b>	<b>20</b>
2.1 CÍL PRÁCE.....	20
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	20
<b>3 METODIKA.....</b>	<b>21</b>
3.1 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	21
3.2 POUŽITÉ METODY .....	21
<b>4 VÝSLEDKY .....</b>	<b>22</b>
4.1 KAZUISTIKA 1 .....	22
4.2 KAZUISTIKA 2.....	27
4.3 KAZUISTIKA 3 .....	32

4.4	KAZUISTIKA 4 .....	36
4.5	KAZUISTIKA 5 .....	41
<b>5</b>	<b>DISKUSE.....</b>	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>53</b>
<b>7</b>	<b>KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>54</b>
<b>8</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>55</b>
<b>9</b>	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>58</b>

## ÚVOD

V bakalářské práci jsem se zaměřila na závažná poranění – polytraumata. Jedná se o poranění více než dvou tělesných orgánů, z nichž alespoň jeden nebo jejich kombinace ohrožují bezprostředně základní životní funkce pacienta. Má práce se nazývá Začlenění rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu u dětí s polytraumatem. Úrazy všeobecně představují závažný zdravotnický, ekonomický a společenský problém na celém světě. Česká republika se řadí mezi státy s nejvyšší úmrtností dětí v důsledku úrazů. V České republice jsou úrazy nejčastější příčinou úmrtí dětí a mladých dospělých. Přestože úmrtnost na úrazy v poslední době mírně klesá, celkový počet úrazů naopak stoupá. Dle statistik dochází k nejzávažnějším úrazům v oblasti dopravy a nejčastějším místem vzniku úrazů je domov a škola. Má bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V praktické části jsem využila kvalitativního výzkumu k získání dat, která byla zpracována formou kazuistik. Výzkum byl proveden na Dětské klinice Nemocnice České Budějovice a. s. u vybraných rodičů a osob blízkých v období od počátku roku 2009 do začátku roku 2010. Každá hospitalizace v nemocnici představuje pro děti i jejich rodinu velkou psychickou zátěž. Toto téma bakalářské práce jsem si zvolila, jelikož se domnívám, že úrazy u dětí jsou pro rodinu jednou z nejtěžších životních zkoušek a problematika se zapojováním rodičů a osob blízkých do ošetrovatelské péče je velmi podstatná. Možnost spolupráce při činnostech v ošetrovatelském procesu by měl mít každý z rodičů či osob blízkých, který o to má zájem. Již řadu let pracuji na Dětské klinice Nemocnice České Budějovice, a. s., a s přibývajícím praxí, musí konstatovat, že změny, které v této problematice nastávají, jsou pozitivní. V dnešní době je vidět 100% nárůst zájmu rodičů zapojit se do ošetrovatelského procesu na rozdíl od případů, se kterými jsme se mohli setkat v 90. letech.

## 1 SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Polytrauma

Polytrauma je současně vzniklé poranění nejméně dvou tělesných systémů, z nichž postižení alespoň jednoho z nich nebo jejich kombinace ohrožují bezprostředně základní životní funkce – dýchání, krevní oběh, vědomí, činnost CNS i homeostáza vnitřního prostředí.

Polytrauma je způsobeno různými úrazovými mechanismy. Úrazů neustále přibývá a narůstá jejich závažnost. Je to dáno moderním rytmem života, technizací, intenzifikací sportu a zejména rozvojem motorismu. Dopravní nehodovost se stává problémem číslo jedna. Výrazně roste počet těžkých úrazů – polytraumat. Polytrauma malých dětí a starých osob jsou prognosticky méně příznivá než u mladých dospělých osob. Poranění a počet postižených systémů a jejich kombinace může být komplikována popálením, radiačním traumatem, crush a blast syndromem. Rozhodujícím faktorem prognózy polytraumatu je také čas na poskytnutí kvalifikované první pomoci - v této fázi je nejvyšší úmrtnost na hemoragický šok a masivní aspiraci. Vznikající traumatický šok, jeho hloubka a délka trvání závisí na bolesti, krevní ztrátě, zhmoždění tkání či orgánů. Celková odpověď na polytrauma probíhá v prvních pěti kritických dnech, kdy je velmi těžké se o prognóze polytraumatu vyjádřit (2).

V roce 1990 byla ustanovena samostatná Česká společnost pro úrazovou chirurgii a úrazová chirurgie byla uznána za samostatný nástavbový specializační obor chirurgie. Zdejší traumatologie se tak přizpůsobila současným evropským trendům péče o raněné. Polytraumata vyžadují novou koncepci traumatologické péče. Je prokázáno, že počet zemřelých po těžkých úrazech lze snížit o 10% dokonalým zajištěním urgentní péče v prvních hodinách po úrazu. Těžké úrazy vždy vyžadují týmovou mezioborovou spolupráci, která nesnese v první fázi léčení jakýkoliv časový odklad. Po zajištění vitálních funkcí má být proto těžce raněný směřován do nejbližší odborně kompetentní nemocnice, kde jsou provedeny diagnosticko-terapeutické postupy, na kterých se podílí tým odborníků a cílem je co nejrychleji posoudit stupeň ohrožení organismu a zasáhnout dle závažnosti jednotlivých poranění (3).



### *1.1.1 Traumacentra*

Z těchto důvodů se zřizují ve velkých nemocnicích úrazová centra = traumacentra. V naší republice je deset traumacenter, pracují v nepřetržitém provozu a mají k dispozici mezioborový tým lékařů – z oddělení anesteziologickoresuscitačního, chirurgického, ortopedického, neurochirurgického, dětského, radiodiagnostického, urologického, neurologického, kardiochirurgického, stomatochirurgického, očního, otorinolaryngologického a další odborníky. Prakticky na každém oddělení je vždy alespoň jeden lékař v pohotovosti. Raněný je ošetřen v plném rozsahu potřebné péče. Traumacentra nemají pouze léčebnou roli, mají také metodicky dohlížet na organizaci a úroveň traumatologické péče ve svém spádovém území a zajímat se o úrazovou prevenci. Mezinárodní statistiky celosvětově ukazují zvyšující se počty úrazů, změnu jejich charakteru a narůstání těžkých úrazů. Úmrtnost z důvodu úrazu má u lidí v produktivním věku stoupající tendenci. Na přibývajících traumata má velký vliv rozvoj motorismu (každý rok zahyne na našich silnicích okolo 1300 osob a více jak 5000 jich je těžce zraněno), vyšší razance a agresivita ve sportu, zvyšující se kriminalita a terorismus. Na léčení úrazů a jejich následků se vynakládají stále větší prostředky. Úroveň péče o zraněné nezávisí pouze na odborné kvalifikaci lékařů a zdravotníků, jejich technickém vybavení, ale na komplexním zajištění a funkci záchranných systémů. Na péči o zraněného se systematicky a postupně podílejí různí odborníci, složky a instituce. Z těchto důvodů se do popředí posouvá stránka organizační (23).

Oddělení úrazové a plastické chirurgie je součástí Traumacentra Nemocnice České Budějovice, a. s., které slouží k ošetřování těžkých úrazů dospělých i dětí z celého Jihočeského kraje. Pacienti s komplikovanými mnohočetnými poraněními, nitrokloubními zlomeninami, těžkými popáleninami a amputačními poraněními převáží Zdravotnická záchranná služba do českobudějovické nemocnice. Odtud jsou podle závažnosti úrazu hospitalizováni na oddělení úrazové a plastické chirurgie nebo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, děti na lůžkách dětského oddělení. Specialisté těchto oddělení zajišťují poté ve spolupráci s dalšími týmy Traumacentra definitivní léčbu (23).

### *1.1.2 Úrazy*

Úrazy jsou celospolečenský problém. Denně nás sdělovací prostředky informují o mnoha nehodách, některé končí smrtí, v jiných případech zranění přežijí, ale nesou si do života břemeno trvalých následků. Každý úraz má svou příčinu a nestává se náhodou, dochází k němu ve vteřině, ale následky mohou přetrvávat po celý život. Zdravotní následky úrazů mohou být smrt, nevratné poškození mozku, ztráta končetin, snížená pohyblivost, ztráta zraku, sluchu, narušení somatického vývoje (ovlivnění růstu postižených částí těla), dlouhodobá bolest. Také je následkem úrazu poškozena psychosociální sféra. Dochází k narušení psychického vývoje, působení stresu, narušení rodinných vztahů, narušení sociálního zařazení (jizvy, deformace), k dlouhodobému pobytu v nemocnici (7).

V některých státech je úmrtnost na úrazy a četnost úrazů velmi nízká díky dobře organizovanému systému prevence úrazů. Úrazům lze předcházet. Znalost všech okolností úrazů je důležitá pro omezování a předcházení vzniku těchto nežádoucích příhod i pro nastavení preventivních opatření. Intervence, která je zaměřena na snížení dětských úrazů u dětí musí být zaměřena tak, aby výsledkem bylo co nejvyšší snížení mortality a morbidity a to za co nejnižší cenu (8).

Česká republika se řadí mezi státy s nejvyšší úmrtností dětí v důsledku úrazů. V České republice jsou úrazy nejčastější příčinou úmrtí dětí a mladých dospělých a třetí nejčastější příčinou úmrtí v celé populaci. Přestože úmrtnost na úrazy v poslední době mírně klesá, celkový počet úrazů neklesá. Dle statistik dochází k nejzávažnějším úrazům v dopravním prostředí; nejčastějším místem vzniku úrazu je domov a škola (24).

### *1.1.3 Dětské úrazy*

Dětské trauma je jednou z nejčastějších příčin přijetí dítěte na jednotku intenzivní nebo resuscitační péče. Česká republika patří co do počtu dětských úmrtí při úrazech naopak mezi čtyři nejhorší země Evropy. Každé páté dítě mezi desátým a patnáctým rokem se zraní nejméně jednou za rok. Úrazy se stávají ve stejnou dobu stejným

věkovým kategoriím dětí a ve stále stejných místech, což podle odborníků vylučuje náhody a znamená to, že se s úrazy dá bojovat (4).

Traumatizované dítě vyžaduje vysokou úroveň odborné péče celého ošetřujícího personálu, včetně péče rodiny a rodinných příslušníků. Cílem všech zainteresovaných je zajistit nejen přežití dítěte, ale i návrat do života v plné kvalitě. Děti by se v průběhu svého vývoje měly naučit rozeznávat riziková místa, předměty, situace a naučit se chovat bezpečně. Velmi často je úraz způsoben nedbalostí dospělých, kteří dítě nevybaví ochrannými pomůckami nebo pro ně nevytvoří bezpečné prostředí. Zkušenosti ze světa ukazují, že díky preventivním programům lze výrazně snížit počet a závažnost dětských úrazů. Tím se sníží i náklady společnosti na řešení vzniklých následků. Stále existují úrazy, kterým nelze zabránit, které lze pouze předpokládat ze zkušeností, jež jen těžko můžeme očekávat u dětí (7).

Mezi nečastější úrazy dětí patří dopravní úrazy, pády z výšek, sportovní poranění. Mezi vážné traumatické stavy patří kraniocerebrální poranění, poranění páteře, hrudníku, břicha, končetin, při čemž nejzávažnější jsou polytraumata, alarmující je stále nižší věk dětí, jež utrpí těžká poranění při dopravních nehodách.

#### **Typy traumat u dětí závisí také na věkové kategorii:**

*Novorozenci (od narození do 28. dne věku)* - charakteristické období adaptace na zevní prostředí. *Kojenci (od 29. dne do ukončeného 1 roku)* – jde o období nejrychlejšího růstu a vývoje, postupný rozvoj pohyblivosti. *Batolata (od 1 roku do 3 let)* – dítě se osamostatňuje, běžná poranění tohoto věku jsou pády, otravy a tonutí. *Předškolní děti (od 3 let do 6 let věku)* – počátek socializace dítěte, časté úrazy jsou pády, popáleniny nebo úrazy na dětských hřištích. *Mladší školní děti (od 6 do 12 let věku)* – dobře vyvinutá motorika a dovednost zvyšuje jejich nezávislost, časté sportovní úrazy a pády z kol. *Starší školní děti (od 12 do 16 let věku)* – postupuje vývoj rozumových schopností a poznávání, příčiny úrazů bývají dopravní nehody a sportovní úrazy stejně jako u adolescentů. *Adolescenti (od 16 do 19 let věku)* (5).

Menší vzrůst dítěte a jeho fyziologická nezralost má důležitou roli v následcích poranění na dětský organismus. Přežití dětí a rovněž možnost kompletního uzdravení je častější než u dospělých. Do popředí postupuje zhodnocení závažnosti polytraumatu.

Nejčastěji se užívá bodovací systém Injury Severity score – ISS. U dětí Paediatric Trauma Score (PTS)- Skórovací systém hodnocení závažného dětského úrazu (viz příloha 3.)

#### *1.1.4 Jednotky intenzivní a resuscitační péče pro děti*

Začátkem sedmdesátých let minulého století byly zakládány první jednotky intenzivní péče pro děti, v roce 1972 vzniklo v Praze ve Fakultní nemocnici Motol první Anesteziologické oddělení pro děti. Postupně vznikla další pracoviště v celé republice, dnes je jich 14 a poskytují intenzivní a resuscitační péči dětem a pokrývají současné potřeby regionů v České republice. Zdravotnický personál typicky zahrnuje pracovníky školené v urgentní medicíně. Mezi personál zajišťující kontinuitu péče o pacienty nyní patří i mnoho sester a lékařských asistentů se specializovaným školením. Dále jsou zde i další profese školené pro práci v oblasti intenzivní péče. Sestry pracující na takovém oddělení musí mít potřebné znalosti, dovednosti a kompetence k výkonu specializovaných činností. Požadavky na vzdělání definuje Zákon č. 96/2004 § 59 o nelékařských zdravotnických povoláních. Přes legislativní podmínky existuje určitý základ znalostí, jež má každá sestra ovládat, aby mohla působit na takovém pracovišti. Vzdělávací program se skládá z modulů a probíhá v akreditovaných zařízeních. Modulem se rozumí ucelená část vzdělávacího programu s počtem kreditů stanovených vzdělávacím. Účastník vzdělávání je povinen absolvovat odbornou praxi na akreditovaném pracovišti v rozsahu určeném příslušným vzdělávacím programem. Školitel započte dosud absolvovanou odbornou praxi, pokud splňuje požadavky stanovené vzdělávacím programem. Vzdělávací program stanoví délku, rozsah a obsah přípravy, počet hodin teorie a praxe i výuková pracoviště. Stanoví také průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Práce sestry na jednotkách intenzivní a resuscitační péče je velice náročná, musí věnovat pozornost celkovému stavu pacienta, monitorovat fyziologické funkce, sledovat stav vědomí. V pravidelných intervalech musí vše zapisovat

do dokumentace pacienta a patologické změny ihned hlásit lékaři. Dle ordinací lékaře zajišťuje sestra vyšetření a léčebné výkony a asistuje při jejich provádění. Nutné a velmi důležité je zajištění základních potřeb pacienta-hygieny, výživy, vyprazdňování, kontaktu s rodinou. Kvalitně poskytovaná ošetrovatelská péče je vedle dovedností založena na dvou specifických předpokladech, a sice na schopnosti sestry předvídat jaké mohou nastat změny a na včasném rozpoznání a provedení opatření (4).

## **1.2 Rodina**

Definici rodiny v našem právním řádu nenalezneme. Rodina není právní subjekt, tím jsou pouze její členové. Ti jsou posuzováni obecně jako rodina, pokud je mezi nimi příbuzenský, manželský, partnerský či jiný blízký vztah. Respektive jedná-li se o osoby blízké. Kdo je osoba blízká? „Osobou blízkou se rozumí příbuzný v pokolení přímém, osvojitel, osvojenec, sourozenec a manžel, partner;“ (Trestní zákon, § 89, odstavec 8).

Rodina je považována za nejvýznamnější skupinu společnosti. Provází člověka prakticky po celý jeho život, i když v jednotlivých fázích životního cyklu jde o různé věci. Jednou ze základních předpokladů rodiny je výchova dětí. Potřeba mít svou vlastní rodinu je jednou z nejhlubších životních potřeb každého člověka. Rodina stimuluje k činnosti svou proměnlivostí a kvalitou, tvoří nevyčerpatelný zdroj podnětů. Rodina učí a pomáhá k nabývání zkušeností, prožitků, životní moudrosti, zabezpečuje jistotu a bezpečí, které jsou dány především citovými vztahy jako láska, ale samozřejmě i hmotným zabezpečením. Rodina uspokojuje potřebu společenského uznání, společenské hodnoty, sebeuvědomování. V rodině má každý svou roli, v rámci rodinných vztahů má každý nějaké své místo, které je dáno vzájemným vztahem. Dítě se v rámci socializace učí potřebným návykům a normám, které umožňují, aby se ve své vlastní sociální skupině chovalo přiměřeným způsobem.

Funkce rodiny lze rozdělit do 4 oblastí: funkce biologická – reprodukční, funkce ekonomická – rodiče dítě živí, šatí apod, funkce výchovná socializační – dítě přijímá formy společnosti, funkce emocionální - citová – potřeba citového zázemí (22).

### 1.2.1 *Stádia emoční reakce rodiny na onemocnění člena rodiny*

*První fáze* trvá od momentu úrazu po stabilizaci zdravotního stavu v nemocnici. Po prvním sdělení diagnózy obvykle následuje šok, který je provázen pocity zmatku, paniky a popření, kdy příbuzní zažívají iracionální pocity a myšlenky. Jejich hlavním přáním a myšlenkou je to, aby dotyčný přežil. Je důležité si uvědomit, že v této fázi blízcí nejsou schopni jasně vnímat a zpracovávat informace poskytované profesionály.

*Druhá fáze* nastává v situaci, kdy se dotyčný probudí z kómatu a je charakterizována obrovskou úlevou, euforií, ale také absolutním popřením závažnosti situace. Rodina se často zaměří na sebemenší zlepšení stavu a odůvodňuje si tím své vlastní nerealistické očekávání budoucího úplného uzdravení dotyčného. Situace je pro blízké natolik tíživá, že ji zpočátku nelze zcela přijmout, a proto vesměs dochází k rychlému rozvoji obranných mechanismů, nejčastěji popření "není to pravda", případně vytěšnění "nic mi neřekli". Taková reakce je projevem obrany před ztrátou psychické rovnováhy.

*Třetí fáze* se většinou kryje s obdobím, v němž probíhá rehabilitace, a rodinní příslušníci ještě pořád doufají v návrat k před-úrazovému stavu. Po nějakém čase však zjišťují, že dotyčný nedělá takový pokrok a že jeho/její obtíže přetrvávají již dlouho. V tento moment začínají u rodinných příslušníků převládat pocity hlubokého smutku, zoufalství, zlosti, úzkosti, sebelítost, pocity viny či deprese. Časté bývají také agresivní pocity a vztek na sebe i celý svět, hledání viny. Tyto emoce může člověk zažívat ve vztahu k sobě samému, k partnerovi, ke zdravotnickému personálu.

*Čtvrtá fáze* obvykle přichází po ukončení formální rehabilitace a po návratu dotyčného domů. Blízcí si najednou více uvědomují neodvratnost postižení a také se začnou setkávat se skrytými deficity (poruchy chování a kognice), které dříve nebyly tak zjevné. Uvědomění, že dotyčný již nikdy nebude jako dřív, často vede ke prohloubení stavů deprese, zlosti a hlubokého smutku. V této fázi je nesmírně důležité, aby odborníci pomohli rodinným příslušníkům otevřeně vyjádřit všechny své pocity a přitom jim citlivě a taktně naslouchali. Vzhledem k tomu, že v prvních dvou stádiích, (pod vlivem šoku), nejsou rodinní příslušníci většinou schopni podrobnější informace o postižení dotyčného a možnostech rehabilitace jasně vnímat a zpracovávat, je vždy nezbytné tyto informace opakovat.

*Pátá fáze* je charakterizována přijutím a adaptací okolí na rozsah postižení blízké osoby. V této fázi dochází ke snižování úzkosti a deprese, rodina začíná mít realistický pohled na situaci. Dotyčného se snaží přijímat takového jaký je a chce, aby se rozvíjel v mezích jeho možností, a hledá optimální cestu do budoucna. Rodina dochází k vyrovnání s faktem, že její život se velmi změnil. Vyrovnání se s těžkým postižením je však velmi obtížné a zdaleka ne všichni tohoto stadia dosáhnou nebo jim to může trvat dlouhá léta. Pokud rodina projde všemi výše zmíněnými fázemi po sdělení závažné diagnózy a zjištění, že člen jejich rodiny je postižen, lze říci, že krizi víceméně překonala. Překonání takto těžké situace vede k posílení rodiny a vzájemných vazeb, často také výrazně mění hodnotovou orientaci rodiny a zvyšuje sociální porozumění. Ideální adaptace rodiny na postižení je taková, která splňuje nejen potřeby postiženého, ale i všech ostatních členů rodiny (22, 25).

V posledních dvou fázích potřebují blízcí od odborníků zejména přesné a spolehlivé informace o léčebných postupech a možnostech zapojení do rehabilitace a poskytnutí vyváženého - optimistického, ale reálného - výhledu do budoucna. V ideálním případě odborníci poskytnou rodině pravidelnou podporu, pomoc a vedení. Důležité je také nasměrování rodiny k adekvátním službám, svépomocným podpůrným skupinám či odborníkům, kteří rodině pomohou se s nastalou situací vyrovnat (22).

### *1.2.2 Postoj dítěte k nemoci*

Podle toho, jak dítě nemoc prožívá, si utvoří ke svojí krátké nebo dlouhé nemoci nějaký postoj. Postoj k nemoci ovlivňuje zpětně prožívání nemoci, chování dítěte v nemoci, a tím výrazně určuje i míru dětské ochoty ke spolupráci. Ovlivňuje tak i celkový průběh onemocnění a uzdravování. Rozlišují se čtyři základní postoje k nemoci. První z nich představuje krajní přijetí nemoci. Takové dítě svou nemoc bez výhrad přijímá, ochotně se vžívá do role nemohoucího, chce, aby maminka pečovala jen a jen o ně. V tomto případě i banální rýma umožňuje dítěti uniknout od řady obtížných požadavků doma nebo ve škole a může mu přinášet řadu příjemných zážitků: rodiče se o ně láskyplně starají, dítě dostane vše, co si přeje, nemusí plnit žádné povinnosti,

nemusí pomáhat doma uklízet, protože „je přece nemocné“. Rodiče tím nutí k tomu, aby ho ve škole omlouvali za neprospěch, za pětky z diktátu nebo za to, že se mu zrovna nechtělo dělat kotrmelec. Takové dítě není vůbec, ale vůbec motivováno, aby se uzdravilo. Druhým extrémním případem v dětském postoji k nemoci je její krajní odmítnutí. Dítě slovy nebo jednáním popírá, že by bylo nemocné, nedbá na snížené schopnosti a na omezení, které z nemoci vyplývají. Odmítá léčení, nechce dodržovat dietu, nechce užívat léky, nechce chodit na kontroly k lékaři. Chce být zdravé okamžitě a za zdravé se samo také prohlašuje. Často se s tímto extrémním postojem setkáváme u dětí v pubertě, pro které je dlouhodobé onemocnění nepřijatelné před kamarády, spolužáky, nebo před partou. Motivace k uzdravení dítěte s tímto postojem je velmi silná, ale v podstatě neúčinná a může nemoc jen prodlužovat. Ambivalentní postoj k nemoci spočívá v tom, že dítě si je na jedné straně vědomo příjemných výhod v době nemoci, na druhé straně odmítá léčení, nechce snášet bolestivé zákroky a omezení, které z nemoci vyplývají. Takový postoj bývá největším a nejobtížnějším problémem pro celou rodinu. Takzvaný realistický postoj k nemoci je ideální situace, kdy dítě nechce zůstat nemocné a je schopné při léčení spolupracovat. Je ochotné podstoupit vyšetření, protože ví, že mu to pomůže k uzdravení, vydrží i hodně nepříjemné procedury, jenom aby už zase bylo zdravé a mohlo ven, na hory nebo jezdit na kole. Takový postoj k nemoci ovlivňuje kladně i prožívání nemoci, ochotu spolupracovat se zdravotníky, a tím působí na celkový průběh rychlého uzdravování se (22, 28).

### *1.2.3 Návštěvy rodičů a rodinných příslušníků*

Hospitalizace dítěte v nemocnici přináší psychicky náročné situace. Dítě se setkává s celou řadou nových nepříjemných zkušeností. Je v cizím prostředí plném neznámých lidí, zvuků, přístrojů a zákroků. Vzhledem ke zdravotnímu stavu se obvykle necítí dobře, často je vystaveno bolestivým nebo jinak nepříjemným zákrokům, jimž obvykle nerozumí. Má pocit bezmocnosti, trpí odloučením od rodiny, která pro něj představuje zdroj bezpečí a je oddělena právě v době, kdy potřebuje pomoc nejvíce. Dítě je upoutáno na lůžko, omezeno v pohybu, často tlumeno léky, mívá narušen chod



bdění a spánku, takže je dítě ospalé a desorientované. Starší děti mohou mít strach ze závažnosti svého onemocnění. Na rodiče působí stresové vlivy prostředí. Často trpí pocitem bezmoci jednak proto, že nemohou pro své dítě nic udělat, a také že nemohou ovlivnit výsledek onemocnění. Někteří velmi málo rozumí povaze onemocnění svého dítěte. Někdy se obávají položit otázku sestřám a lékařům, která by jim částečně umožnila pochopit závažnost zdravotního stavu. Vznikají situace, kdy rodiče nebo osoby blízké reagují hněvem, vzrůstající nepřiměřenou kritikou nebo naopak nepřiměřeným optimismem. Návštěvy rodičů i rodinných příslušníků jsou vždy individuální, záleží na stavu dítěte. Čas návštěvy je umožněn po domluvě kdykoliv, to umožňuje členům rodiny vykonávat nadále vlastní zaměstnání bez násilné změny pracovní doby. Rodiče musí psychologicky přijmout ztrátu své původní role a stávají se rodiči nemocného dítěte. Ošetřující personál přejímá část rodičovské role, to může vést k větší úzkosti rodičů o dítě, dokonce to může vyústit ve snahu ochránit dítě před některými sestrami a lékaři. Některé studie o rodičích v krizi, kdy je jejich dítě kriticky nemocné nebo poraněné, svědčí o tom, že jejich hlavním přáním je být skutečně fyzicky nablízku. Většina rodičů, ale i osob blízkých oceňují možnost podílet se na péči o své dítě, kterou mohou jako laici bezpečně provádět. Svou aktivní roli vidí velmi příznivě. Nelze však vyloučit i konflikt vzniklý ze stresových situací na straně ošetřujícího personálu či rodiny, a proto je velmi důležité poučit rodinu o tom, jak se pacienta dotýkat, jak mohou spolupracovat v ošetrovatelské péči. Rodiče i členové rodiny pozorují ošetřující personál často do okamžiku, kdy se sami v sobě přesvědčí, že je jejich dítěti poskytována optimální péče a že je možno ošetrovatelskému týmu důvěřovat (2).

#### *1.2.4 Komunikace v ošetrovatelském procesu*

Při návštěvách rodiny dochází ke vzájemným reakcím, výměně informací. Sestra využívá dovednost komunikovat s dětmi a rodinnými příslušníky jako běžnou součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k postupnému navázání a rozvíjení kontaktu, umožňuje poznat poměry v rodině a její funkčnost, dozvědět se

více o dítěti. Komunikace je vždy velmi důležitá, dochází nejen ke sdělování, ale i přijímání informací. Plní dle zaměření určité funkce za první informační – cílem je předat informace, za druhé instruktivní – vysvětlit nebo naučit, za třetí přesvědčovací – zmanipulovat či přesvědčit, za čtvrté podpůrnou – vyjadřovat podporu, za páté relaxační – rozptýlit, popovídat si.

Užíváme dvě nejčastější formy komunikace – verbální a nonverbální. Dítě se učí komunikovat, a proto je důležité znát jednotlivé vývojové etapy. Velice důležité je komunikovat s rodiči a rodinnými příslušníky, kteří znají své dítě nejlépe (16,21).

Priority ošetrovatelské péče v oblasti dětského lékařství musí být orientovány na *individuální přístup* k dítěti spojený s vyhledáváním a uspokojováním individuálních potřeb, *komplexnost* přístupu k dítěti jako bio-psychosociálnímu subjektu, *aktivitu* zdravotníka (sestry), která vychází z hlubokého zájmu o dítě, *profesionální přístup* k rodině dítěte.

K tomu, aby ošetrovatelský proces byl úspěšný, aby přinesl svá pozitiva, musí být navázána dobrá spolupráce mezi dítětem, rodiči a zdravotníkem. Nermalou měrou se na úspěchu léčby podílí správná komunikace, která má při práci s dětským pacientem svá specifika. Nejdůležitější roli zde hraje věk dítěte, ale také situace. Ve všech situacích je nutné vycházet z komunikačních zásad pro dětského pacienta *komunikaci orientovat na dítě*, až pak na matku (doprovod), *použít vhodné oslovení* (jméno, úsměv), *volit správný tón hlasu* – vlídný, vstřícný, klidný, *používat jednoduché, srozumitelné věty*, *vysvětlovat trpělivě*, *reagovat na otázky*, *umět naslouchat*, *umět připravit na bolest*, *vyšetření* – nelitovat, *nezlehčovat otázky* dítěte a *nesmát se jim*, *vhodně načasovat informace* (23).

Nermalou úlohu při práci s dětským pacientem sehrává neverbální projev zdravotníků na všech úrovních, v oblasti mimiky je důležitý oční kontakt a úsměv, vnímání gest dítěte, citlivost při dotyku, pohlazení, držení za ruku, nošení v náručí, úprava prostředí – zdroje podnětů (obrázky z pohádek, zvířata, známé děje), využití hraček (maňásků, loutek) Při každodenní práci s dítětem může dojít k zautomatizování

některé ze složek chování zdravotníka, s čímž je spojen vznik chyb při jednání s dětským pacientem. Jedná se zejména o příliš autoritativní a direktivní přístup vyvolávající napětí a stres, devalvace emocionálních projevů (pláč, strach), ignorace dětských otázek, nevhodné odpovědi, kárání dítěte, lhaní, zlehčování situace, nevhodný přístup ke specifickým věkovým skupinám. Úspěšné zvládnutí komunikace s dítětem a jeho doprovodem pomáhá i ke zkvalitnění ošetrovatelského procesu a celé ošetrovatelské péče. V práci všech zdravotnických pracovníků, kteří se starají o hospitalizované dítě, musí proto neustále převládat snažení, která směřují k plnému využití všech pozitivních faktorů ovlivňujících nejen samotné onemocnění, ale především osobnost dítěte. Proto se stává orientace na příznivé ovlivňování psychického stavu nemocného dítěte neoddelitelnou součástí léčebného a ošetrovatelského programu. Citlivý přístup k dětskému pacientovi, výchovné vlivy a přiměřené zaměstnání hrají v tomto směru mimořádně důležitou úlohu (16).

### ***1.3 Ošetrovatelský proces***

Termín ošetrovatelský proces je známý již od padesátých let minulého století. Trvalo však mnoho let, než se stal jednou z oblastí ošetrovatelské péče. Racionální metodou v poskytování a řízení ošetrovatelské péče je právě ošetrovatelský proces (16).

Ošetrovatelský proces potřebuje aktivní (nabízenou) ošetrovatelskou péči, je to způsob řešení ošetrovatelských situací vycházejících z interakce mezi pacientem a sestrou, i když zahrnuje i interakci s ostatními osobami například členy rodiny nebo jinými zdravotnickými pracovníky a spolupracovníky. V akutních fázích resuscitační péče se ošetrovatelský proces odráží v aktivních činnostech nemocného, který své potřeby dostatečně nesignalizuje, to buď pro svůj vážný stav, nebo z jiných důvodů – nemůže, nechce, nemá příležitost, aby mohl své problémy verbálně nebo nonverbálně vyjádřit. Pro ošetrovatelský proces je nezbytná ošetrovatelská dokumentace, je součástí zdravotnické dokumentace, do které sestry zaznamenávají veškeré údaje o pacientovi, vývoj individuálních potřeb, ošetrovatelské problémy a postoje pacienta, rodiny a osob blízkých. Dokumentace by měla být přehledná a kvalitní, ale současně nesmí zatěžovat

sestry nadměrným vypisováním, nesmí časově omezovat komunikaci s pacientem a vlastní aktivní ošetřování. Není možné uskutečňovat ošetřovatelský proces izolovaně od práce ostatních členů zdravotnického týmu. Sestra samozřejmě plní ordinace lékaře a nezasahuje do jeho léčebných kompetencí, ale je důležitým článkem v přenosu informací od nemocného k lékaři, je jeho nejbližším člověkem, který s nemocným tráví většinu času a kvalifikovaně a plánovaně provádí ošetřovatelskou péči, která se týká nesignalizovaných, a tím neuspokojených potřeb člověka, tím podporuje terapii a zlepšuje soběstačnost a snaží se vytvářet pocit přiměřené tělesné i duševní pohody. Cílem ošetřovatelského procesu je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti potřeb pacienta. Ošetřovatelský proces má pět fází, každá z nich je samostatná, ale každý jednotlivý krok je závislý na ostatních, uplatňuje se vždy jako celek.

*První fáze – shromažďování informací.* Sestra pracující na jednotce intenzivní a resuscitační péče pro děti a dorost zhodnotí stav pacienta, založí databázi vytvořenou pomocí sesterské anamnézy, lékařských dokumentů, zhodnotí objektivní i subjektivní stav pacienta. Informace získává postupně a stále doplňuje při hospitalizaci, jsou specifické pro každou osobnost.

*Druhá fáze – ošetřovatelská diagnostika.* Na základě získaných informací si sestra stanoví aktuální a potencionální diagnózy. Ošetřovatelská diagnóza je jakýsi návod pro vlastní ošetřovatelskou činnost. Nesmíme zapomínat, že se problémy mohou vyskytovat nejen v oblasti zdravotní, ale také sociální a psychické.

*Třetí fáze – plánování péče.* Stanovením plánu ošetřovatelské péče si určí sestra priority řešení individuálních potřeb pacienta. Plán péče je přizpůsobován a dle potřeby modifikován v průběhu hospitalizace.

*Čtvrtá fáze – realizace.* Vlastní ošetřování, sestry realizují činnosti, které si naplánovaly. Intervence můžeme rozdělit na závislé (dle ordinace lékaře) a nezávislé (vycházející z aktivity sestry), vždy musí sestra spolupracovat v rámci zdravotnického týmu.

*Pátá fáze – hodnocení.* Sestra posuzuje efekt poskytované ošetřovatelské péče, zda je zvolen nejlepší způsob ošetřování a je-li poskytovaná péče účinná (13, 14, 16).

### *1.3.1 Ošetrovatelský proces u dětských pacientů*

Poskytování individualizované a vstřícné ošetrovatelské péče u dětí vede ke zvyšování kvality a efektivnosti různých metod a technik používaných při ošetrování nemocného. Ošetrovatelský proces vede k naplněnosti a seberealizaci sester, přináší jim lepší pocit pracovní spokojenosti, zvyšuje profesní pravomoc. Každý člen ošetrovatelského týmu vidí výsledný efekt své konkrétní práce v individuální péči, umožňuje každému členu týmu samostatnost a řízení vlastní práce. Kvalita ošetrovatelského procesu je závislá na znalosti, dovednosti a citlivém zhodnocení požadavků ošetrovatelské péče u jednotlivých pacientů. Aby mohla být odpovědnost naplněna v praxi, je třeba vytvořit jasné standardy ošetrovatelské péče. Tím, že sestra poskytuje ošetrovatelskou péči, bere na sebe odpovědnost, že jí bude poskytovat v souladu se standardy a morálními hodnotami. Profesionální odpovědnost přesahuje individuální vztahy mezi sestrou, pacientem a ostatními osobami. Do celého procesu v pediatrii vstupují také rodiče dítěte eventuálně osoby blízké, spolupráce s nimi nám pomáhá dokonale poznat, analyzovat a uspokojovat potřeby dítěte (4).

### *1.3.2 Intenzivní péče v dětském věku*

Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je založeno na znalostech fyziologických hodnot základních životních funkcí u dětí všech věkových kategorií. Důležité jsou také znalosti psychologického vývoje všech věkových kategorií.

Sestry musí znát anatomii a fyziologii dýchacího ústrojí, oběhového aparátu, schopnosti organismu udržovat přiměřenou hydrataci a termoregulaci. Důležitým vstupním vyšetřením je neurologické vyšetření a zhodnocení dle škály GCS – Glasgow Coma Scale, je rozdílné hodnocení pro kojence a malé děti nebo větší děti a dospělé (příloha č. 1, č. 2). Sestra stanoví a zapíše pohyblivost a citlivost všech končetin.

*Dýchací cesty* dítěte jsou relativně úzké, křehké, snadno zranitelné, proto ošetrovatelská péče je velmi důležitá. Vzhledem k anatomii dýchacích cest dochází u dětí často k obstrukci dýchacích cest a následná apnoe způsobuje hypoxii a významně komplikuje traumatické stavy. Děti plně využívají k dýchání bránici, z toho vyplývá, že

cokoliv, co ovlivňuje pohyby bránice a způsobuje hypoventilaci, může vést až k respiračnímu selhání. Sestra pečuje o dýchací cesty, udržuje je průchodné, odsáváním a ve spolupráci s fyzioterapeutem provádí dechovou rehabilitaci. Velmi důležité je zachování neutrální polohy hlavy, jelikož jsou dýchací cesty u malých dětí poddajné a mohou být lehce stlačeny. Malé děti jsou častěji ohroženy aspirací cizorodého tělesa.

*Kardiovaskulární funkce* dítě má vzhledem ke zvýšenému metabolickému stupni vyšší požadavek kyslíku, a proto má větší srdeční výdej. Řada stavů vyvolává tachykardii nebo arytmiie. Sestra musí správně monitorovat akci srdeční a zhodnotit stav. Nejčastější arytmií u dětských traumat je bradykardie, je obvykle způsobena hypoxií.

*Krevní oběh.* U dětí již malé ztráty mohou nepříznivě ovlivňovat systémovou perfuzi. Sestra pravidelně kontroluje krevní ztráty, tlak krevní u nestabilních pacientů invazivními metodami, pulzní symetrii, časté kontroly krevních plynů a parametrů acidobazické rovnováhy z arteriální linky. Po stabilizaci stavu pak měříme pacienty neinvazivními metodami. Častým příznakem krvácení je tachykardie i sestra musí pomýšlet na rozvoj traumaticko-hemoragického šoku, který zahrnuje toxickou traumatickou složku nebo hypovolemický šok.

*Termoregulace.* Děti mají relativně velký povrch těla, tím dochází k rychlejšímu ztrátám tepla. U všech poraněných je běžný pokles tělesné teploty, ale zvláště u malých dětí – kojenců může omezená termoregulace zhoršovat další průběh poranění. Je-li dítě během resuscitace prochládlé, je nutné zvyšovat tělesnou teplotu velmi pomalu asi tak o jeden stupeň za hodinu. Sestra pravidelně monitoruje tělesnou teplotu a zapisuje do dokumentace. K měření tělesné teploty sestry používají klasické digitální teploměry – měří v konečnicku nebo v axile, teploměry kožní nebo rectální – součást monitorovacích systémů, nebo v močovém měchýři – močovou cévkou s teplotním čidlem (4,6).

### *1.3.3 Ošetrovatelská péče o děti v kritickém stavu*

U pacientů upoutaných na lůžku je potřeba zvýšené hygienické péče. Každý pacient má své toaletní potřeby - kartáček na zuby, zubní pastu, hřeben, ústní vodu, mýdlo, ručník, masážní emulzi a tělové mléko. Sestry pacienty umývají ráno a večer, převlékají a upravují lůžko. Každá sestra ví, jak může s pacientem manipulovat vzhledem k jeho poranění. Dále sestry pečují o oči, jelikož pacienti v bezvědomí nemají zachován reflex zajišťující mrkání a tvorbu slz, je nutné oči vykapávat každou hodinu umělými slzami a krýt oči zvlhčenými čtverečky. Samozřejmě sestra nezapomíná na úpravu vlasů. Pokud má pacient zavedenou nazogastrickou sondu, pacienti v bezvědomí ji mají vždy, pak péče sester spočívá v kontrole zavedení, správném zafixování a výměně 1x týdně – prevence dekubitů v místě zavedení, vždy sestra dbá, aby byla sonda zavedena do opačného nosního průduchu. Každý pacient v bezvědomí má zavedený močový katetr, a tak sestra kontroluje správnost zavedení, napojení na sběrný sáček, správnou průchodnost, zapisuje do dokumentace množství - pokud močí pacient málo či naopak hodně, upozorní lékaře. Z důvodu prevence infekce močových cest sestry nerozpojují zbytečně močový katetr od sběrného sáčku i k odběru biologického materiálu používají port a při transportu nezvedají sběrný sáček nad úroveň močového měchýře. Samozřejmostí péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče je antidekubitární režim a s tím související polohování pacienta, každá sestra musí vědět, jak pacienta polohovat vzhledem k jeho poraněním. Sestry ošetřují operační rány a spolupracují s lékaři při převazech, kontrolují zavedené drény a zapisují pravidelně odvedené množství. Sestry plní ordinace lékařů, ale nejen to, snaží se uspokojovat individuální potřeby pacientů, jde vlastně o aktivní ošetrovatelskou péči – ošetrovatelský proces. Vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem je základem tohoto procesu. Samotná péče je velice fyzicky i psychicky náročná, problémy, které denně vznikají, jsou nejen ze strany dětských pacientů, rodinných příslušníků či ošetrovatelského personálu (4,6).

## **2 CÍL PRÁCE**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem této práce bylo zmapovat ošetrovatelské péče vhodné pro začlenění rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Zapojuje zdravotnický personál do ošetrovatelského procesu rodiče?
2. Mají zájem rodinní příslušníci zapojit se do ošetrovatelského procesu?
3. Jaké formy komunikace upřednostňují sestry v komunikaci s rodiči?
4. Spolupracují sestry raději s rodiči nebo s ostatními rodinnými příslušníky?
5. Jaké ošetrovatelské činnosti preferují rodiče a osoby blízké?



### **3 METODIKA**

#### **3.1 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor tvořilo 12 sester na Dětské klinice Nemocnice České Budějovice a.s., na jednotce intenzivní a resuscitační péče. Dále byl výzkumný soubor tvořen rodiči a osobami blízkými pěti dětských pacientů, kteří byli hospitalizováni na dětském oddělení se závažným poraněním – polytraumatem v období od počátku roku 2009 do začátku roku 2010.

#### **3.2 Použité metody**

V bakalářské práci byl použit kvalitativní výzkum sběru dat, bylo využito pozorování a individuální nestandardizovaný rozhovor. Získaná data byla zpracována do jednotlivých kazuistik. Základní metodou pro získávání dat je metoda *rozhovoru* v následné kombinaci s *případovou metodou* – kazuistikou. Rozhovory, které probíhaly prostřednictvím osobního kontaktu.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 *Kazuistika 1*

Pacient D. P. 1992, byl přijat na dětské oddělení – jednotku intenzivní a resuscitační péče, (dále DEO JIRP) dne 8. 2. 2009, jako překlad z anesteziologicko resuscitačního oddělení (dále jen ARO), zdejší nemocnice. 10 dní před přijetím na DEO JIRP jel jako spolujezdec v osobním autě, seděl na zadním sedadle za řidičem. Řidič údajně náhle zabrzdil, dostal smyk a auto narazilo bokem do stromu tak, že chlapec dostal úder do hlavy z levé strany. Dle lékaře záchranné služby měl na místě nehody Glasgow coma score 3 body, zjevné kraniotrauma, těžká poranění měkkých tkání obličeje a obličejového skeletu. Transportován na ARO naší nemocnice, ihned po zajištění vyšetřen. Computer tomography (CT) vyšetření prokazuje tříštivou zlomeninu přední a střední baze lební, epidurální hematom vpravo, těžký otok mozku. Druhý den mu byla provedena dekompresní kraniektomie vpravo a další den mu byla provedena tracheostomie. Do stabilizace stavu ponechán na ARO. Po překladu na DEO JIRP je stále připojen na umělou plicní ventilaci, (dále jen UPV) a je zcela podřízen nastavenému ventilačnímu režimu. Sestry pečují o průchodnost dýchacích cest odsáváním, polohují pacienta s ohledem na nevhodnost polohy na pravém boku (kraniektomie), dbají na prevenci dekubitů. Zajišťují komplexní hygienickou péči, 2x denně koupel na lůžku, dbají o čisté lůžko, podávají výživu sondou a plní ordinace lékaře.

Pacient je hospitalizován v nemocničním zařízení poprvé. Na první návštěvu přijíždějí oba rodiče, Na úvod je jim položena otázka, jak oslovují doma svého syna. Oba shodně odpovídají, Davide. Z návštěvy je zřejmé, že není rodina plně funkční. Při další návštěvě rodičů a po rozhovoru s nimi zjišťuji, že matka nežije s rodinou, je v invalidním důchodu, je psychiatricky léčena a žije u své matky. Otec, který o Davida pečuje, má na starosti ještě o 2 roky staršího bratra. Žijí společně v rodinném domě v menší obci. Oba rodiče jsou ze stavu svého syna otřeseni. Na otázku, zda se otec chce zapojit do ošetrovatelského procesu, otec odpovídá kladně, rád by se zapojil do péče, ale z důvodu pracovní vytíženosti a vzdálenosti místa bydliště přes 80 km, stíhá

navštěvovat svého syna pouze 1x týdně. Matka, která není časově vytížena, nemá o péči o syna zájem. Pacientův stav se po týdnu začal zlepšovat a bylo možno ukončit UPV. S pomocí rehabilitační pracovnice se začíná zlepšovat i jeho hybnost – ustupuje spasticita. Otec je ze zlepšení syna nadšen. Další otázkou zjišťuji, že hodnotí překlad Davida na naše oddělení jako velké plus a je s péčí lékařů a sester DEO JIRP velice spokojen. Snaží se Davida stimulovat, po celou dobu návštěvy na něj hovoří, čte mu sportovní noviny a vypráví o rodině. Otec přivádí po 2 týdnech i svou sestru, tetu Davida. Ta projevuje zájem o spolupráci v péči o pacienta a při otázce do jakých činností ošetrovatelského procesu by se chtěla zapojit, sděluje že se ráda zapojí do jakékoliv činnosti, při kterých pomůže sestrám a zároveň bude Davidovi na blízku. Zpočátku společně se sestrami provádí hygienickou péči. Později zvládá sama péči o kůži – promašťování, masáže. Otázka, proč se rozhodla zapojit se do ošetrovatelského procesu o Davida, odůvodňuje snahou pomoci rodině, která není schopna fungovat společně. Snaží se proto Davidovi vynahradiť nedostatečnou péči matky, která nemá vzhledem ke svému zdravotnímu stavu zájem. Otec i teta, po zapojení do péče, začali jezdit častěji na návštěvy, aby byli s Davidem více v kontaktu a po propuštění do domácího léčení zvládali péči naplno sami. Po 3 týdnech hospitalizace na DEO JIRP je pacient schopen, s pomocí sester, najíst se lžičkou, může se posazovat s podporou, snaží se komunikovat, ale protože nemá zhojenou jizvu po tracheostomii a nejde mu správně artikulovat, je schopen vydávat pouze málo srozumitelné výrazy. Aby mohl být propuštěn do domácího léčení, souhlasila teta s přijetím na DEO k nácviiku rehabilitace a celodenní péče o Davida. Celkově, jak otec, tak teta hodnotí pobyt Davida na oddělení DEO JIRP velmi kladně a chválí si péči celého zdravotnického personálu. Dne 6. 3. 2010 je pacient propuštěn do domácího léčení, je schopen částečně verbálně komunikovat, je orientovaný, relativně v dobrém stavu.

Druhá část pozorování a rozhovorů byla zaměřena na sestry pečující o Davida. Otázky byly kladeny třem vybraným sestrám, které o pacienta pečovaly již od začátku jeho pobytu v nemocnici a jako první se s ním dostaly do kontaktu

Sestra 1. Věk 45 let, délka praxe ve zdravotnictví je 20 let, z toho na DEO JIRP 15 let. Nejvyšší dosažené vzdělání - střední odborné s maturitou, specializace anestezie, resuscitace a intenzivní péče (dále jen ARIP).

Sestra 1 upřednostňuje ve spolupráci při péči o pacienta většinou matku dítěte, v tomto konkrétním případě chápe, že matka není schopna spolupráce a je ráda, že se snaží alespoň teta pacienta. S rodiči a rodinnými příslušníky sestra komunikuje nejraději osobně, formou rozhovorů. Uvádí, že ve většině případů se rodiče a osoby blízké chtějí zapojovat do péče o své příbuzné a nejvíce preferují hygienickou péči o pacienty.

Sestra 2. Věk 38 let, délka praxe ve zdravotnictví 15 let, z toho na DEO JIRP 5 let. Nejvyšší dosažené vzdělání - střední odborné s maturitou, specializace ARIP.

Sestra 2 uvádí, že je ráda, pokud se rodiče a osoby blízké zapojují do ošetrovatelské péče. Nejčastěji jim nabízí spolupráci v podávání stravy a v péči o kůži pacientů. Sama, jako matka, dobře ví, že děti spolupracují raději se svými blízkými.

Sestra 3. Věk 27 let, délka praxe ve zdravotnictví 4 roky, z toho na DEO JIRP 1 rok. Nejvyšší dosažené vzdělání - vyšší odborné.

Sestra 3 uvádí, že se za svou praxi zatím nesešla s případem, kdy se rodiče nechtěli zapojit do ošetrovatelského procesu u dětských pacientů. Na otázku, zda si myslí, že jsou rodiče pacienta připraveni poskytnout Davidovi adekvátní péči i doma, je sestra rozpačitá, hlavně z důvodů nefungující rodiny. Matku se do určité míry snaží nahradit pacientova teta, ale i tak to bude pro Davida a otce s tetou velice náročné.

**Tabulka 1 – Preferované činnosti u rodičů a osob blízkých u kazuistiky číslo 1**

	Rodiče a osoby blízké				
	Otec	Matka	Teta/Strýc	Druh/Družka	Prarodič
Hygiena			X		
Pomoc při stravování			X		
Rehabilitace			X		
Péče o pokožku pacientů			X		
Stimulace pacientů	X				
Četba, vypravování	X				
Polohování pacientů					

Hodnocení: U tohoto pacienta se do ošetrovatelského procesu se zapojili otec a teta pacienta, která plně zastoupila roli matky, která se nemohla a ani nechtěla ze svých zdravotních důvodů zapojit do ošetrovatelského procesu. Oba rodinní příslušníci měli velkou snahu zapojit se, hlavně si uvědomovali, že pacientův stav bude dlouhodobějšího charakteru a bude nutné o pacienta pečovat i po propuštění do domácího léčení.

**Tabulka 2 - Hodnocení spokojenosti rodičů a osob blízkých u kazuistiky číslo1**

	Rodič/ osoba blízká			
	spokojen	spíše spokojen	nespokojen	spíše nespokojen
Spokojenost s lékaři	X			
Spokojenost se sestrami	X			
Spokojenost s vybavením	-	-	-	-
Spokojenost s prostředím	X			

Hodnocení: V tomto případě otec jako rodič odpovídal na otázky, týkající se spokojenosti s ošetrujícím personálem a s prostředím celého oddělení DEO JIRP. Otec se ve všech položených otázkách vyjádřil kladně. Nehodnotil pouze spokojenost s vybavením našeho oddělení. Podle jeho slov nedokázal jako „laik“ posoudit kvalitu lékařského vybavení.

**Tabulka 3 – Rozhovor se sestrami aplikující ošetrovatelskou péči u pacienta v kazuistice 1**

		Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3
Koho zapojují	Rodiče	X	X	X
	Osoby blízké		X	
Komunikace	Verbální	X	X	X
	Jiná			
Vzdělání	maturita	X	X	
	vyšší odborné			X
	specializace	X	X	
Preferovaná činnost při zapojování rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu	Hygiena	X		
	Pomoc při stravování		X	X
	Rehabilitace			
	Péče o pokožku pacientů		X	
	Stimulace pacientů			X
	Četba, vypravování			
	Polohování pacientů			

Hodnocení: Výzkumné šetření bylo aplikováno na 3 sestry, které o pacienta pečovaly. Dvě z oslovených sester měly střední odborné vzdělání s maturitou a specializaci ARIP a jedna vyšší odborné vzdělání. Všechny oslovené sestry preferují v jednání s rodiči verbální komunikaci při osobním kontaktu. Dvě z vybraných sester zapojují do ošetrovatelského procesu pouze rodiče, jedna naopak nemá problém jak se zapojením rodičů, tak osob blízkých. Při zapojení do ošetrovatelského procesu dvě z oslovených sester preferují pomoc při stravování pacientů. Sestra 1 pomoc při hygienické péči, sestra 2 kromě stravování preferuje péči o pokožku pacientů a sestra 3 ještě stimulaci pacientů. Z výzkumného šetření také vyplynulo, že po zvládnutí akutního stavu pacienta považují sestry za velmi důležité zapojení do ošetrovatelského procesu jak osob blízkých, tak rodičů.

## 4.2 *Kazuistika 2*

Pacient M. T. 1995, byl přeložen na naše oddělení až 32. den po úrazu, Jako cyklista byl sražen nákladním automobilem v místě svého bydliště. Pro mnohočetné zlomeniny pánve, zlomeninu stehenní kosti, zlomeniny žeber, ihned byl transportován do českobudějovické nemocnice na oddělení ARO. Po stabilizaci jeho stavu byl z důvodu komplikované zlomeniny pánve převezen do liberecké nemocnice, kde se na úrazy pánve specializují. Zde se podrobil několika operacím. Zpět do českobudějovické nemocnice, na DEO JIRP, byl přijat 17. 7. 2009. Při přijetí pacient lucidní, přiměřené výživy, na levém lokti a levé patě má ošetřené dekubity 2. a 3. stupně. Na našem oddělení má postupně rehabilitovat, nejdříve na lůžku a po třech týdnech je možno jej vertikalizovat. Sestry se snaží doléčit stávající a předcházet vzniku nových dekubitů, polohují pacienta, používají vlhké hojení ran. Pravidelně dochází rehabilitační pracovnice, která s pacientem rehabilituje na lůžku. Pacientova levá dolní končetina je po úrazu paretická. Spolupráce s pacientem je obtížnější, jeho psychomotorický vývoj neodpovídá věku. Z anamnestických údajů od matky zjišťují, že se její syn od tří let opožděje ve vývoji a má projevy epilepsie. Matka uvádí temporální záchvaty: „rudne, vzteká se, křičí celý záchvat, ale bez křečových projevů.“ Nemá žádnou chronickou medikaci. Matka ještě udává u chlapce třes všech končetin, více na obou horních končetinách, při radosti se tento třes zintenzivňuje. Dosud nebyl hospitalizován v žádném zdravotnickém zařízení. Je hodně fixován na matku, což zpočátku komplikuje sestřím práci.

Rodiče za svým synem přijíždějí ihned po přeložení na naše oddělení. Matka navštěvovala syna i v liberecké nemocnici, oslovuje ho Tomík. Otec vidí svého syna poprvé po úrazu, je z jeho stavu nešťastný, ale snaží se věřit ošetřujícímu personálu, že se stav syna zlepší. Před úrazem byl Tomík schopen se o sebe postarat, matka musela pouze dohlížet. Momentálně je upoután na lůžko a není schopen obsloužit sám sebe bez pomoci. Pacientova silná fixace na matku zhoršuje nejen práci sester, ale i pacientův psychický stav. Po 5 dnech si začíná na prostředí nemocnice zvykat a začíná vybraným sestřím důvěřovat. Jeho stav se začíná lepšit. Po rozhovoru s rodiči zjišťují, že jsou velice spokojeni s přístupem ošetrovatelského personálu a chválí si i vybavenost

zdejšího oddělení. Navštěvují svého syna pravidelně, matka každý den, otec každý druhý den. Sestry nabízejí rodičům, zda se chtějí zapojit do ošetrovatelské péče o Tomíka. Matka s nadšením souhlasí, otec je zpočátku poněkud odtažitý, ale nakonec se také zapojuje. Oba rodiče se nejprve účastní za pomoci sester provádění hygieny a krmení, neboť pacient není schopen se najíst bez pomoci druhé osoby. Matka se spolu s rehabilitační pracovnící učí základní rehabilitační cviky, aby později mohla rehabilitovat Tomíka sama. Na otázku, zda je spokojena s přístupem sester a lékařů odpovídá, že je velice spokojena s jejich přístupem, chválí je za osobní přístup a trpělivost, se kterou se na oddělení liberecké nemocnice nesetkala. Po deseti dnech je pacient přeložen na standardní oddělení, kde je hospitalizován s matkou a tam ho přichází navštívit i sestra matky, Tomíkova teta a dva bratrance. Je to jejich první návštěva od pacientova úrazu. Jeho psychika se jejich návštěvou výrazně zlepšila. Bratrance, kteří jsou ve věku pacienta, dokázali Tomíka i rozesmát a Tomík se ještě dva dny po jejich návštěvě svěřoval sestřám se zážitky z jejich návštěvy. Matka, která byla zvyklá dohlížet na Tomíka již před úrazem, si rychle uvědomuje, že nyní bude potřeba ještě větší péče. Je seznámena s rehabilitačními cviky, má ale obavy, zda bude po propuštění syna z nemocnice vše zvládat. Má velkou podporu v pacientově otci, ale i tak má obavy. Po 20 denní hospitalizaci s matkou, po vertikalizaci a nácviku chůze o berlích je pacient propuštěn do domácího ošetřování. Nutná je kontrola po deseti dnech pobytu doma.

K rozhovoru se sestrami jsem si vybrala sestry, se kterými začal pacient jako první spolupracovat.

Sestra 1. Věk 45let, délka praxe ve zdravotnictví 15let, z toho 10 let na DEO JIRP. Nejvyšší dosažené vzdělání - odborné s maturitou.

Dříve pracovala v jeslích má vřelý vztah k dětem, proto si i Tomíka získala po několika dnech. Na otázku zda zapojuje rodinu a rodinné příslušníky do ošetrovatelského procesu, odpovídá, že v péči o pacienta preferuje rodiče, oceňuje, že se v některých případech chtějí zapojit rodinní příslušníci, ale je názoru, že by se v nemocnici měli zapojovat pouze ti nejbližší, to znamená rodiče. V komunikaci



upřednostňuje osobní kontakt. Odůvodňuje ho tím, že rodiče lépe chápou vzniklou situaci a lépe jí porozumějí.

Sestra 2. Věk 28 let, délka praxe ve zdravotnictví 7 let, z toho na DEO JIRP 4 roky. Nejvyšší dosažené vzdělání - vyšší odborné.

Práci ve zdravotnictví si představovala trochu jinak. Raději si vše dělá sama, stěžuje si na nedostatek pomocného personálu a cítí se přetěžovaná. Na otázku, zda zapojuje rodinu a rodinné příslušníky do ošetrovatelského procesu odpovídá, že velmi nerada, uvědomuje si potřebu zapojit je, ale při ošetřování si vše raději dělá sama. V komunikaci nepreferuje osobní kontakt, většinou komunikuje neverbálně a nejlépe po telefonu.

Sestra 3. Věk 35 let, délka praxe ve zdravotnictví 10 let, z toho na DEO JIRP 2 roky. Nejvyšší dosažené vzdělání - odborné s maturitou, specializace ARIP.

Sestra je velice komunikativní, dokáže velice dobře vysvětlit rodičům jak se správně starat o pacienta, má trpělivost a rodiče z ní bývají nadšení. Proto odpověď na otázku zda ráda zapojuje rodiče a rodinné příslušníky zazněla jednoznačná odpověď – ano. Zapojuje jak rodiče, tak rodinné příslušníky. Uvědomuje si důležitost celého procesu zapojení rodičů do ošetřování svých dětí. V komunikaci proto upřednostňuje osobní kontakt.

**Tabulka 4- Preferované činnosti u rodičů a osob blízkých u kazuistiky číslo 2**

	Rodiče a osoby blízké				
	Otec	Matka	Teta/Strýc	Druh/Družka	Prarodič
Hygiena	X	X			
Pomoc při stravování	X	X			
Rehabilitace		X			
Péče o pokožku pacientů					
Stimulace pacientů					
Četba, vypravování	X				
Polohování pacientů					

Hodnocení: V kazuistice 2, u případu pacienta, který byl sražen na kole, se do ošetrovatelského procesu zapojil otec i matka. Společně se zapojili do hygienické péče a pomáhali při podávání stravy svému synovi. Matka se zapojila ještě do rehabilitace a otec se snažil zabavit pacienta, při návštěvách mu četl a vypravoval.

**Tabulka 5 - Hodnocení spokojenosti u rodičů a osob blízkých v kazuistice 2**

	Rodič/ osoba blízká			
	spokojen	spíše spokojen	nespokojen	spíše nespokojen
Spokojenost s lékaři	X			
Spokojenost se sestrami	X			
Spokojenost s vybavením	X			
Spokojenost s prostředím	X			

Hodnocení: Na otázky týkající se spokojenosti na dětském oddělení, odpovídala matka pacienta. Kladně odpověděla na všechny 4 otázky.

**Tabulka 6 - Rozhovor se sestrami aplikující ošetrovatelskou péčí v kazuistice 2**

		Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3
Koho zapojují	Rodiče	X	-	X
	Osoby blízké		-	X
Komunikace	Verbální	X		X
	Jiná		X	
Vzdělání	maturita	X		X
	vyšší odborné		X	
	specializace			
Preferovaná činnost při zapojování rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu	Hygiena		-	X
	Pomoc při stravování	X	-	X
	Rehabilitace		-	
	Péče o pokožku pacientů	X	-	X
	Stimulace pacientů	X	-	X
	Četba, vypravování		-	X
	Polohování pacientů		-	

Hodnocení: Ve druhé kazuistice, byly dotazovány 3 sestry, se kterými začal pacient jako první spolupracovat. Dvě sestry, měly střední odborné vzdělání s maturitou a jedna z oslovených sester měla vyšší odborné vzdělání. Sestra 1 a 3 odpověděli na otázku, zda zapojují rodiče či osoby blízké do ošetrovatelského procesu, odpověděli ano. Sestra 2 nezapojuje však ani rodiče ani osoby blízké. Z této odpovědi sestry 2 vyplynula odpověď i na otázku preferovaných činností při ošetrovatelském procesu. Jelikož nikoho nezapojuje, tudíž nepreferuje žádnou činnost při zapojování rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu. Sestry, které odpověděly kladně na otázku zapojování rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu preferují především pomoc při stravování, péči o pokožku pacientů, stimulaci pacientů, četbu a pomoc při hygieně.

### 4.3 *Kazuistika 3*

Pacient O.T. 1993, student soukromé střední školy. Na našem oddělení byl již hospitalizován s komplikovanou zlomeninou pravé ruky, ke které došlo před pěti lety. Tentokrát je na naše oddělení přeložen 6.12.2009 se zraněním po autonehodě. Před třemi dny jel jako spolujezdec v autě. Během jízdy se jejich auto čelně střetlo s protijedoucím vozidlem. Pacient byl ošetřen a přijat ve spádové nemocnici. K nám je překládán s frakturou levé stehenní kosti, s kontuzí hrudní stěny, tržnou ranou skrota vpravo, s mnohočetnými exkoriacemi po celém těle, a hlavně s podezřením na rupturu sleziny, která se následně potvrdila. Pacient je lucidní, imobilní je schopen komunikace, ale pouze nonverbální, z důvodu provedené tracheostomie. Je neklidný a zmatený. Má zavedenou nazogastrickou sondu, kterou se snaží vytrhnout. Sestry pečují o dýchací cesty, podávají stravu sondou, polohují pacienta a převazují rány, nutný je zvýšený dohled a částečné kurtování pacienta pro neklid. Neklid je farmakologicky zvládnut do druhého dne a pacient začíná spolupracovat s ošetřujícím personálem. Dýchá volně, sám, proto je na druhý den naplánováno zrušení tracheostomie. Na poranění skrota sestry přikládají sestry chladivé obklady.

Matka se o stavu svého syna informuje pouze telefonicky, na návštěvu přijíždí až třetí den synova pobytu v nemocnici. Otec opustil rodinu, v raném dětství pacienta. Matka žije v rodinném domku v menším městě společně s o 2 roky mladším pacientovým bratrem, svou matkou a jejím druhem. Otec se o stav svého syna nezajímá. Na první návštěvu syna přijíždí matka společně se svým druhem - panem J. Oslovují pacienta Oline. Z pozorování je možné usoudit, že Olin bere pana J. jako svého kamaráda, což se projeví ihned po návštěvě na Olinově psychickém stavu, který se začíná vylepšovat. Pan J., který pracuje v Českých Budějovicích, navštěvuje pacienta každý den, na rozdíl od matky, která má vzhledem ke své pracovní vytíženosti problémy a dojíždí na návštěvy 1 – 2x týdně. Do ošetřovatelského procesu má zájem zapojit se pan J. Sestry se snaží vysvětlit panu J. péči, kterou by zvládl. Prvotně ho zapojují do spolupráce při podávání stravy, Oliver ještě není schopen se najíst úplně sám. Na pomoc při hygieně si pan J. netroufá. Snaží se pacientovi zkrátit dlouhý čas, čte mu, vypráví. Při rozhovoru, který je veden pouze s panem J. zjišťuji, že není dostatečně

spokojen s ošetrovatelskou péčí některých sester. Naopak si velice chválí lékařskou péči o Olivera. Vytýká některým sestřám nevhodnou komunikaci s nemocným Oliverem, stěžuje si na nedostatek soukromí při návštěvě pacienta a na nedostatečné elektronické vybavení, sloužící k zabavení pacientů.

Přes intenzivní rehabilitaci přetrvává porucha flexe v levém kolenu, proto je indikován redress levého kolene. Tím se pobyt pacienta na DEO JIRP prodloužil o 5 dní. Oliver je 7.1 2010 přeložen na standardní pokoj a je hospitalizován společně se svou matkou. Matka se učí základní rehabilitační cvičení a spolu s Oliverem nacvičuje chůzi o berlích. Po 7 dnech společného pobytu s matkou jsou propuštěni do domácího ošetřování.

Rozhovor se sestrami je uskutečněn v polovině prosince.

Sestra 1. Věk 32 let, délka praxe ve zdravotnictví 10 let, z toho na DEO JIRP 7 let. Nejvyšší dosažené vzdělání - střední odborné s maturitou, specializace ARIP,.

Sestře 1 byla, jako první, položena otázka jaký druh ošetrovatelské činnosti preferují rodiče a osoby blízké při hospitalizaci pacienta na našem oddělení. U tohoto pacienta je preferována pomoc při stravování. Sestra si stěžuje, že pan J., který byl do pacientova ošetrovatelského procesu zapojen, dostatečně nevyužil možnost ošetřovat syna své družky. Chválí jeho zájem o zapojení do ošetrovatelského procesu, ale přesto vytýká panu J. nedostatečné zapojení. Neměl zájem zapojit se do jiných činností ošetrovatelského procesu kromě pomoci při podávání jídla. Sestra nevidí rozdíl spolupráce mezi rodiči a osobami blízkými. Je velice komunikativní a nemá problém, při zájmu o ošetrovatelský proces, začlenit kohokoliv.

Sestra 2. Věk 24 let, délka praxe ve zdravotnictví 3 roky, z toho na DEO JIRP 0,5roku. Nejvyšší dosažené vzdělání - odborné s maturitou. Ráda by si dodělala specializaci ARIP.

Sestra 2 je na našem oddělení nová, zapracovala se rychle, ale prozatím nemá příliš zkušeností se zapojováním rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu. Dříve pracovala jako sestra u praktického lékaře, díky tomu nemá problém komunikovat s rodiči. Podle svých slov by ráda zapojila rodiče a osoby blízké do ošetrovatelského procesu, ale vzhledem k její krátké praxi na DEO JIRP se ráda

o pacienty stará sama, má pocit, že pečuje o pacienta kvalitněji a odborněji než by to dokázali rodiče a osoby blízké. S rodiči preferuje v komunikaci osobní kontakt, nemá problém vše vysvětlit a rodiče psychicky podpořit.

Sestra 3. Věk 37 let, délka praxe ve zdravotnictví 18 let, z toho na DEO JIRP 12 let. Nejvyšší dosažené vzdělání - střední odborné s maturitou.

Díky své dlouholeté praxi má bohaté zkušenosti se zapojováním rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu o pacienty. Při zapojení rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu by raději preferovala pomoc při rehabilitaci a polohování pacienta, ale u rodičů a osob blízkých se většinou setkává s pomocí při stravování a hygieně. Nemá problém zapojit rodiče, ani osoby blízké, do ošetrovatelského procesu, nevidí mezi nimi rozdíl je ráda za každou spolupráci. Podotýká, že v případě Olivera spolupracuje rodina dostatečně a je si vědoma péče, kterou bude muset pacientovi poskytovat i po propuštění.

**Tabulka 7 - Preferované činnosti u rodičů a osob blízkých u kazuistiky číslo 3**

	Rodiče a osoby blízké				
	Otec	Matka	Teta/Strýc	Druh/Družka	Prarodič
Hygiena					
Pomoc při stravování		X		X	
Rehabilitace		X			
Péče o pokožku pacientů					
Stimulace pacientů					
Četba, vypravování				X	
Polohování pacientů					

Hodnocení: u kazuistiky 3 se do ošetrovatelského procesu o mladého chlapce zraněného při dopravní nehodě se zapojil nejdříve nevlastní otec pacienta, matka. Druh matky pacienta se zapojil při podávání stravy pacientovi, při četbě a vypravování. Matka se zapojila také do pomoci při stravování, ale hlavně rehabilitovala.

**Tabulka 8 – Hodnocení spokojenosti rodičů a osob blízkých u kazuistiky 3**

	Rodič/ osoba blízká			
	spokojen	spíše spokojen	nespokojen	spíše nespokojen
Spokojenost s lékaři	X			
Spokojenost se sestrami				X
Spokojenost s vybavením				X
Spokojenost s prostředím		X		

Hodnocení: V rozhovoru o spokojenosti s péčí a vybaveností, byli dotazováni matka i nevlastní otec pacienta. Velice spokojeni s lékaři na dětském oddělení, naopak nespokojeni byli s přístupem sester a s vybavením dětského oddělení. U spokojenosti s prostředím byli spíše spokojeni.

**Tabulka 9 – Rozhovor se sestrami aplikující ošetrovatelskou péči u kazuistiky 3**

		Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3
Koho zapojují	Rodiče	X	-	X
	Osoby blízké	X	-	X
Komunikace	Verbální	X	X	X
	Jiná			
Vzdělání	maturita	X	X	X
	vyšší odborné			
	specializace	X		
Preferovaná činnost při zapojování rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu	Hygiena	X	-	
	Pomoc při stravování	X	-	
	Rehabilitace	X	-	X
	Péče o pokožku pacientů	X	-	
	Stimulace pacientů	X	-	
	Četba, vypravování	X	-	
	Polohování pacientů	X	-	X

Hodnocení: U kazuistiky číslo 3 jsme se setkali opět se dvěma sestrami, které zapojovali rodiče a osoby blízké do ošetrovatelského procesu. Jedna sestra naopak odmítala zapojovat rodiče či osoby blízké. Všechny 3 dotazované sestry měly stejné nejvyšší dosažené vzdělání a to střední odborné s maturitou. Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestra 1 preferuje při zapojování do ošetrovatelského procesu všechny z vypsaných činností, naopak sestra 3 preferovala pouze rehabilitaci a pomoc při polohování pacientů. Sestra 2, která nezapojuje rodiče ani osoby blízké do ošetrovatelského procesu neměla žádnou preferovanou činnost.

#### **4.4 Kazuistika 4**

Desetiletá dívka Š. H. jela jako spolujezdec na předním sedadle, jejich auto se čelně střetlo s protijedoucím kamionem. Na místě nehody byla zaklíněna ve vozidle, ale byla stále při vědomí, měla obě dolní končetiny defigurovány v oblasti stehen. Měla též zlomeniny obou horních končetin, lokte vpravo a humeru vlevo, zhmožděný hrudník a drobné kontuze mozku. Při převozu do nemocnice upadla do bezvědomí, proto byla po zajištění životních funkcí přivezena na DEO JIRP. Traumatologický tým rozhodl, že poranění budou řešena po stabilizaci stavu pacientky. Po 4 hodinách se stav pacientky stabilizoval a byla schopna se podrobit operačnímu výkonu. V první fázi proběhla operace horních končetin, při které jí byla provedena osteosyntéza levé kosti pažní a zpevnění pravého lokte pomocí K-drátů. Ve 2. fázi operace, byla provedena fixace stehenních kostí dlahami. Po operačním výkonu se vrátila na DEO JIRP. Byla připojena na UPV, dle lékaře naordinována infuzní terapie včetně krevních převodů. Sestrami byla zavedena nazogastrická sonda, zpočátku pouze na drenáž žaludku, druhý den již na podávání tekutin. Pro ošetřující personál bylo velmi náročné polohování pacientky, vzhledem k jejímu poranění.

První den přichází na návštěvu pacientčina matka s otcem. Žijí v rodinném domku v malé obci. Společně se Šárkou vychovávají ještě Šárčina mladšího bratra, který byl při nehodě také zraněn. Ze stavu pacientky jsou otřeseni, matka to nese velice těžce. Řidič ve vozidle byl její otec, tomu záchranáři na místě nehody již nedokázali pomoci. Nejsou schopni skoro žádné komunikace. Jejich dceři jsou podávány tlumící



léky a je stále připojena na UPV, pokud bude stav pacientky dobrý, na další den se plánuje odpojení z UPV. Druhý den je pacientka odpojena z UPV a je nutné zahájit rehabilitaci končetin. Pacientka nechce spolupracovat, vše odmítá, křičí a škrábe. Již ví, že při nehodě zemřel její dědeček, na kterého byla úzce fixována a nyní si dává za vinu, že dědeček při cestě z koupaliště zemřel. Mrzí jí že dědečka přemlouvala k cestě, i když se necítil zdravotně dobře, babička, která Šárku také navštíví, vnučce však nic nevyčítá. Na návštěvu za pacientkou přicházejí opět rodiče. Otec v lepším psychickém stavu než matka, která se stále nemůže vyrovnat se smrtí svého otce. Snaží se, ale před dcerou vypadat co nejstatečněji a povzbudit ji. Oslovují ji velice jemně Šárinko. Sestry se po projeveném zájmu snaží oba rodiče zapojit do ošetrovatelského procesu a věří, že to bude zlepšovat jak psychický stav pacientky, tak její matky. Otce se zapojuje ve fyzicky náročnějších činnostech ošetrovatelského procesu. Sestry ho učí opatrně polohovat pacientku, nadzvedávat při stlaní lůžka a při cvičení dolních končetin na motorové dlaze. Matku se sestry snaží zapojit do podávání stravy. Pacientce byla vyndána nazogastrická sonda již druhý den po operaci, ale kvůli zlomeninám obou horních končetin není Šárinka schopna se najíst sama. Je i přes zapojení rodičů do ošetrovatelského procesu stále negativistická, nechce spolupracovat. Po deseti dnech na DEO JIRP přichází na návštěvu i babička. Neměla sílu navštívit vnučku dříve, těžce nesla tragickou smrt svého manžela. Vnučce nic nevyčítá, ale i tak je její návštěva velice emotivní a Šárinky psychický stav se zhoršuje. Je proto pozván psychiatr na konzilium. Dle psychiatrického vyšetření jsou pacientce naordinována antidepresiva, vhodná psychologická péče. Vzhledem ke stavu pacientčiny matky je doporučena farmakologická podpora i pro ni. Až 40. den po úrazu je pacientka přeložena na standardní pokoj k matce, její dlouhý pobyt na oddělení komplikoval její psychický stav, kdy nechtěla ze začátku spolupracovat s ošetřujícím personálem ani s rodinou. Sama si neustále komplikovala rehabilitaci, nechtěla cvičit. Během pobytu na DEO JIRP byl proveden rozhovor nejdříve s otcem později několik otázek položeno i matce. Oba se shodli v odpovědi na otázku, zda jsou spokojeni s ošetřujícím personálem. Oba odpověděli, že jsou velice spokojeni, i přes negativistický postoj jejich dcery se vždy personál choval velice profesionálně. Jejich odpověď se lišila až při položení otázky,

zda jsou spokojeni s vybavením našeho oddělení. Otec uvedl, že je velice spokojen s kvalitou vybavení a zařízením celého oddělení, vzhledem k věku hospitalizovaných pacientů. Matka ale nebyla stoprocentně spokojena. Vadily ji mříže na oknech, připadala si tam jako ve vězení. Po zodpovězení všech otázek jsem zjistila, že hospitalizace dcery je její první pobyt ve zdravotnickém zařízení. Dále na otázku, zda si vybavují první den návštěvy na našem oddělení, nebyli schopni odpovědět. Byli v tu dobu oba tak otřeseni, co se jejich dítěti stalo, že nedokázali vnímat okolí.

Rozhovor se sestrami byl prováděn v polovině pobytu pacientky na našem oddělení.

Sestra 1. Věk 35let, délka praxe ve zdravotnictví 14 let, z toho na DEO JIRP 10 let. Nejvyšší dosažené vzdělání - vyšší odborné.

Před nástupem na naše oddělení pracovala na oddělení ARO místní nemocnice. Má bohaté zkušenosti s péčí o těžká polytraumata a dokáže i v těch nejtěžších chvílích povzbudit rodiče a osoby blízké svou optimistickou náladou a skvělou komunikací. Sama říká, že nejdůležitější pro stav pacienta je psychická pohoda jeho rodiny. Sestra 1 proto vidí velkou důležitost v zapojování rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu. Nevidí rozdíl mezi rodiči a osobami blízkými v zapojení do ošetrovatelského procesu.

Sestra 2. Věk 54 let, délka praxe ve zdravotnictví 34let, z toho na DEO JIRP 20 let. Nejvyšší dosažené vzdělání - střední odborné s maturitou.

Sestra 2 má dlouholeté zkušenosti na našem oddělení. Jak sama uvádí, dříve nepreferovala zapojování rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu, ale postupem času si uvědomila jak je zapojení rodičů a osob blízkých důležité. Preferuje však zapojení pouze rodičů. Své tvrzení vysvětluje tak, že rodiče mají ve většině případů užší vztah se svými dětmi. V komunikaci s rodiči preferuje osobní kontakt.

Sestra 3. Věk 27let, délka praxe ve zdravotnictví 5 let, z toho na DEO JIRP 5 let. Nejvyšší dosažené vzdělání - střední odborné.

Sestra 3 nastoupila na DEO JIRP ihned po dokončení školy. Za svou pětiletou praxi se ještě nesešla s tak narušenou psychikou dětského pacienta. Je velice ráda, že se rodiče a osoby blízké zapojují do ošetrovatelského procesu. Je si vědoma důležitosti zapojení rodičů a osob blízkých v případech těžkého narušení psychiky pacientů. Na otázku,

jaké činnosti rodiče preferují při zapojení do ošetrovatelského procesu, odpovídá že nejčastěji rodiče preferují pomoc při stravování, stimulaci pacientů, ale v některých případech se rodiče zapojují i do hygieny.

**Tabulka 10– Preferované činnosti u rodičů a osob blízkých v kazuistice 4**

	Rodiče a osoby blízké				
	Otec	Matka	Teta/Strýc	Druh/Družka	Prarodič
Hygiena		X			
Pomoc při stravování		X			
Rehabilitace	X	X			
Péče o pokožku pacientů					
Stimulace pacientů					
Četba, vypravování	X				
Polohování pacientů	X				

Hodnocení: U čtvrté kazuistiky se do ošetrovatelského procesu zapojili matka i otec pacientky. Oba společně se zapojili při rehabilitování pacientky. Matka se ještě zapojila do hygieny, pomoci při stravování. Otec se snažil pomoci při polohování pacientky a také stimuloval pacientku četbou a vypravování.

**Tabulka 11 – Hodnocení spokojenosti rodičů a osob blízkých v kazuistice 4**

	Rodič/ osoba blízká			
	spokojen	spíše spokojen	nespokojen	spíše nespokojen
Spokojenost s lékaři	X			
Spokojenost se sestrami	X			
Spokojenost s vybavením		X		
Spokojenost s prostředím				X

Hodnocení: Na otázky o spokojenosti odpovídal otec i matka pacientky. Z výzkumu vyplynulo, že oba byli velice spokojeni s personálem na dětském oddělení. Velice nespokojeni byli s prostředím nemocnice. Vybavení dětské oddělení hodnotili jako průměrné, byli jen spíše spokojeni.

**Tabulka 12 – Rozhovor se sestrami aplikující ošetrovatelskou péči v kazuistice 4**

		Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3
Koho zapojují	Rodiče	X	X	X
	Osoby blízké	X		X
Komunikace	Verbální	X	X	X
	Jiná			
Vzdělání	maturita		X	X
	vyšší odborné	X		
	specializace			
Preferovaná činnost při zapojování rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu	Hygiena		X	
	Pomoc při stravování	X	X	X
	Rehabilitace		X	
	Péče o pokožku pacientů	X	X	
	Stimulace pacientů	X	X	X
	Četba, vypravování	X	X	
	Polohování pacientů			X

Hodnocení: Při rozhovoru byly dotazovány 3 sestry, kladně odpověděly na otázku zapojování rodičů či osob blízkých do ošetrovatelského procesu. Dvě z dotazovaných sester měly střední odborné vzdělání s maturitou, jedna z nich vyšší odborné. U komunikace s rodiči preferují verbální komunikaci. U preferovaných činností nejvíce sestry preferují pomoc při podávání stravy a stimulaci pacientů, dále 2 z oslovených uvedly jako preferované činnosti četbu a vypravování. Sestra 3 preferuje ještě polohování pacientů.

#### **4.5 Kazuistika 5**

Pacientka A.J. 15.let byla na naše oddělení přeložena po dvouměsíční hospitalizaci v brněnské nemocnici. Dívka pochází z jižních Čech, v nemocnici v Brně byla hospitalizována, kvůli místu úrazu, dívka byla na závodech v parkurovém ježdění v Rosicích u Brna. Po pádu z koně utrpěla vážný úraz hlavy, zlomeniny žeber, kontuzi plic a mnohočetné exkoriace po celém těle. Byla přijata s tracheostomickou kanylou, spontánně dýchající, se zavedenou nazogastrickou sondou a permanentním močovým katétre. Pacientka nebyla před úrazem nikdy hospitalizována. Neužívala pravidelně žádné léky.

Po přeložení k nám na oddělení hned první den přichází na návštěvu matka. Ví o stavu své dcery, již není tak vyděšená jako po úrazu, věří, že se její stav vylepší. Matka žije společně s dcerou a svou matkou v rodinném domě nedaleko Českých Budějovic. Otec pacientky s nimi již nežije. Tragicky zemřel před třemi lety při autohavárii. Matka svou dceru oslovuje Alenko, má na ni uklidňující vliv, při návštěvě se Alenka vždy uklidní. Sestry dbají na to, aby u pacientky nedošlo ke komplikacím, snaží se pacientku polohovat a pečovat o čistotu lůžka. Sestry svou péčí přechází riziku vzniku imobilizačního syndromu v důsledku inaktivity, projevující se dekubity, zácpou, stázou bronchiálních sekretů, sníženým rozsahem pohyblivosti v kloubech a pečují o průchodnost tracheostomické kanyly. Zároveň se musí starat o dostatečný přísun tekutin a stravy, jelikož pacientka není schopna přijímat potravu ústy. Téměř po celou dobu hospitalizace byla matka přítomna u lůžka pacientky, sestrami jí bylo nabídnuto zapojení se do ošetrovatelského procesu. Matka nabídku

okamžitě přijala, uvědomovala si, že stav její dcery může být dlouhodobější a proto je potřeba se vše naučit. Sestry nejprve zapojovaly matku do hygienické péče, později se zapojovala i do podávání stravy přes nazogastrickou sondu. S pacientkou bylo třeba rehabilitovat, aby se předešlo omezení hybnosti kloubů. I do této činnosti se matka zapojuje. Na návštěvu za Alenkou přišli na návštěvu i její prarodiče. Babička je ze stavu své vnučky otřesena, při návštěvě se snaží vnučce dodat sílu k uzdravení. Návštěva prarodičů měla na Alenku velice pozitivní vliv. Každý třetí den pacientka absolvuje celkovou koupel ve vaně, matka při této činnosti velmi dobře spolupracuje, sestry oceňují její snahu. Po 3 týdnech pobytu začíná pacientka částečně spolupracovat, začíná rozumět požadavkům. Rána po tracheostomické kanyle, která byla odstraněna po deseti dnech pobytu, se pěkně hojila. Pacientka začíná postupně přijímat tekutiny, nejdříve slámkou po malých doušcích, později je schopna pít z hrnečku a přijímat kašovitou stravu. Nazogastrická sonda ji byla odstraněna. Hybnost pacientky se zlepšila při intenzivní rehabilitaci rehabilitační sestrou. Za asistence pacientčiny matky je již Alenka schopna sedět s oporou v křesle. Po pěti týdnech je matka přijata do nemocnice. Pacientka je přeložena na standardní pokoj, kde společně pokračují v intenzivní rehabilitaci a vyčkávají na termín odjezdu do rehabilitačního ústavu. S matkou je veden rozhovor po dvou týdnech pobytu na našem oddělení. Matka hodnotí péči lékařského personálu jako velice kvalitní, je velice spokojena, že se jí sestry snaží zapojit do všech činností ošetrovatelského procesu. Matka také na dotaz, zda je to první hospitalizace jejího dítěte odpovídá, že ano a zároveň dodává, že pro ni začátek pobytu a celý úraz dcery byla velká psychická zátěž. Matka zároveň dodává, že si prozatím nedokáže představit, jak se bude stav její dcery vyvíjet dál a jak celou situaci sama s dcerou zvládne. Je na dceru sama, má velkou oporu ve svých rodičích, ale zároveň si uvědomuje, že již nejsou nejmladší a nemůže je tolik zatěžovat. Stav dcery začal stagnovat a matka má obavy, jak vše zvládnou po propuštění do domácího ošetřování, ale zároveň věří, že by se stav dcery mohl ještě vylepšit při pobytu v rehabilitačním ústavu.

Rozhovor se sestrami byl veden až ke konci pobytu Alenky na našem oddělení.

Sestra 1. Věk 37 let, délka praxe ve zdravotnictví 18 let, z toho na DEO JIRP 12 let. Nejvyšší dosažené vzdělání - střední odborné s maturitou. "

Díky své dlouholeté praxi má bohaté zkušenosti se zapojováním rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu o pacienty. Tento případ je jí velice blízký, ve svém životě měla podobnou zkušenost v rodině, kdy její neteř prodělala také těžký úraz. Při zapojení rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu by raději preferovala pomoc při rehabilitaci a polohování pacienta, ale u rodičů a osob blízkých se většinou setkává s pomocí při stravování a hygieně. Nemá problém zapojit rodiče ani osoby blízké do ošetrovatelského procesu, nevidí mezi nimi rozdíl, je ráda za každou spolupráci. Podotýká, že v případě Alenky spolupracuje pouze matka, přesto dostatečně, oceňuje její snahu i výdrž při péči o svou dceru.

Sestra 2. Věk 28 let, délka praxe ve zdravotnictví 7 let, z toho na DEO JIRP 4 roky. Nejvyšší dosažené vzdělání - vyšší odborné.

Sestra si stěžuje na nedostatek pomocného personálu v nemocnici a cítí se přetěžovaná. Na otázku zda zapojuje rodinu a rodinné příslušníky do ošetrovatelského procesu odpovídá, že velmi nerada, uvědomuje si potřebu zapojit je, ale při ošetrování si vše raději dělá sama bez pomoci rodičů či osob blízkých. V přítomnosti matky u tohoto případu je poněkud nervózní, na rozdíl od jiných sester, které rády zapojily matku do ošetrovatelského procesu.

Sestra 3. Věk 45 let. délka praxe ve zdravotnictví 20 let, z toho na DEO JIRP 15 let. Nejvyšší dosažené vzdělání - střední odborné s maturitou, specializace ARIP

Sestra 3 upřednostňuje ve spolupráci v péči o pacienta většinou rodiče dítěte, proto je ráda, že se v tomto případě zapojuje matka s rodiči a rodinnými příslušníky sestra komunikuje nejraději osobně formou pohovorů. Sestra uvádí, že ve většině případů se rodiče a osoby blízké chtějí zapojovat do péče o své příbuzné a nejvíce preferují hygienickou péči o pacienty. U případu Alenky oceňují matku, která se nebojí zapojit do jakékoliv nabídnuté činnosti ošetrovatelského procesu. Mezi matkou a sestrou vzniká při hospitalizaci přátelský vztah.

**Tabulka 13 – Preferované činnosti u rodičů a osob blízkých v kazuistice 5**

	Rodiče a osoby blízké				
	Otec	Matka	Teta/Strýc	Druh/Družka	Prarodič
Hygiena		X			
Pomoc při stravování		X			
Rehabilitace		X			
Péče o pokožku pacientů		X			
Stimulace pacientů		X			
Četba, vypravování		X			
Polohování pacientů		X			

Hodnocení: V kazuistice 5 se do ošetrovatelského procesu zapojila pouze matka. Měla velký zájem zapojit se. Využila všech nabídnutých činností ošetrovatelského procesu.

**Tabulka 14 – Hodnocení spokojenosti rodičů a osob blízkých v kazuistice 5**

	Rodič/ osoba blízká			
	spokojen	spíše spokojen	nespokojen	spíše nespokojen
Spokojenost s lékaři	X			
Spokojenost se sestrami	X			
Spokojenost s vybavením	X			
Spokojenost s prostředím	X			

Hodnocení: U kazuistiky číslo 5 jsme se setkali s pacientovou opakovanou hospitalizací v nemocnici. Matka hodnotila dětské oddělení a stanici intenzivní a resuscitační péče velice kladně a byla velice spokojena.



**Tabulka 15 – Rozhovor se sestrami aplikující ošetrovatelskou péčí v kazuistice 5**

		Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3
Koho zapojují	Rodiče	X	-	X
	Osoby blízké	X	-	
Komunikace	Verbální	X		X
	Jiná		X	
Vzdělání	maturita	X		X
	vyšší odborné		X	
	specializace			X
Preferovaná činnost při zapojování rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu	Hygiena		-	X
	Pomoc při stravování		-	X
	Rehabilitace	X	-	
	Péče o pokožku pacientů		-	
	Stimulace pacientů		-	X
	Četba, vypravování		-	
	Polohování pacientů	X	-	

Hodnocení: V rozhovoru u páté kazuistiky, jsme se setkali již s oslovenými sestrami, které již odpovídali na otázky. Byly osloveny 2 sestry se středoškolským vzděláním a jedna s vyšším odborným vzděláním. Zároveň byla oslovena jedna sestra, která nezapojuje rodiče ani osoby blízké do ošetrovatelského procesu. Dvě sestry, které zapojují rodiče či osoby blízké do ošetrovatelského procesu preferují hygienickou péči o pacienty, pomoc při stravování, polohování pacientů a stimulaci.

## 5 DISKUSE

V této bakalářské práci jsme se zajímali o začlenění rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu u dětských pacientů s polytraumatem. Jako sestra na dětské klinice v Nemocnici České Budejovice a. s. jsem se osobně setkala s mnoha pacienty s těžkými úrazy a jejich rodinami. Každý pacient je individualita i přístup k němu a jeho rodině musí být specifický.

Nyní podrobně rozebereme jednotlivé rozhovory s rodiči či osobami blízkými a sestrami, vycházející z výzkumných otázek a pozorování. Výzkumné šetření bylo aplikováno na rodiče a osoby blízké 5 pacientů, kteří byli hospitalizováni na Dětské klinice Nemocnice České Budějovice a. s. na jednotce intenzivní a resuscitační péče. Dále byl veden rozhovor s 12 sestrami, které o pacienty pečovaly. Průměrný věk sester, na které byl dotazník aplikován, je 35,5 roku. Každá sestra má jinou délku práce, proto i postoj k zapojení rodičů a osob blízkých je u každé sestry jiný. U sestry s nejkratší a to s tříletou praxí ve zdravotnictví jsme se setkali s negativním postojem zapojení rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu, sestra svůj postoj vysvětlovala nedostatkem zkušeností, je přesvědčená, že poskytne pacientovi lepší a kvalitnější péči než samotní rodiče. U sestry s nejdelší praxí ve zdravotnictví, jež byla 34 let, jsme se taky nesetkaly přímo s pozitivním přístupem k zapojování rodičů do ošetrovatelského procesu. Svůj přístup sestra vysvětlovala svou dlouholetou praxí ve zdravotnictví, dříve nebylo zvykem zapojovat rodiče ani osoby blízké do ošetrovatelského procesu. Podle slov sestry, byla dříve jasně a striktně nastavena pravidla, návštěvy směli pouze do návštěvních místností a o zapojení do ošetrovatelského procesu se nikdo nesnažil ani zmínit. Postupem času se však vše změnilo. Sama sestra uvedla, že zapojení rodičů do ošetrovatelského procesu je pro dítě i pro rodiče velice důležité nejen pro zvládnutí ošetrovatelské péče po propuštění, ale i z hlediska psychiky dětských pacientů. V knize péče o kriticky nemocné dítě autorka Jaroslava Fendrychová (4) též uvádí klíčovou důležitost rodiny při léčbě nemocného dítěte. Pomoc v ošetrovatelské péči je tím spíše důležitější, pokud z aktuálního zdravotního stavu dítěte lze očekávat dlouhodobé komplikace nebo trvalé postižení.

Při požádání rodičů a osob blízkých o rozhovor jsem se nesečkala ani s jedním negativním postojem, naopak projevíli velkou ochotu spolupracovat, což si vysvětluju tím, že rodiče věřili, že poskytnutím více informací mohou zkvalitnit péči o své dítě.

Při vedení rozhovoru se sestrami všechny ochotně spolupracovaly, nevysvětluji si to pouze tím, že jsme kolegyně, ale i ony samotné měly zájem o výsledky výzkumného šetření. Rozhovor vždy probíhal s každou sestrou zvlášť, aby navzájem nebyly ovlivněny odpověďmi a sestry se nestyděly vyjádřit svůj názor.

U kazuistiky číslo jedna jsme se setkaly s případem, kdy rodina nebyla dostatečně funkční, což je projevovalo i na zapojení rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu, s neúplnou či dysfunkční rodinou jsme se ještě setkaly u kazuistik číslo 3 a 5. Problém dysfunkční či neúplné rodiny je pro zapojování rodičů a osob blízkých velkou zátěží. Často se setkáváme s tím, že rodiče v těchto případech nedokážou mezi sebou ani komunikovat, a tak komplikují nejen zapojení do ošetrovatelského procesu, ale zároveň jsou pro dítě spíše přítěží než pomocí. Dítě, které je samo v neznámém prostředí, své odloučení nese velice těžce. Proto neschopnost rodičů z neúplných rodin, kteří mají potřebu dokazovat svému dítěti, že právě oni se o něj postarají lépe než rodič druhý. Stav dítěte komplikují. Dítě je z chování rodičů rozpolcené a mnohdy ztrácí sílu bojovat se svým zraněním a bojuje spíše se svou rodinou. Přitom celosvětové průzkumy ukazují, že délka pobytu dítěte závisí i na přítomnosti rodičů či osob blízkých, jejich pobyt v nemocnici hospitalizovaných s doprovodem byl v průměru kratší než u dětí, které byly hospitalizované bez doprovodu. Přítomnost rodičů a osob blízkých je velmi přínosná pro celkovou kvalitu péče i u velmi závažných stavů. V kazuistice jedna šlo o případ rodiny, kdy matka byla psychiatricky nemocná a neměla zájem se zapojit do ošetrovatelského procesu, za celou dobu pobytu svého syna v nemocnici ho navštívila pouze třikrát. V tomto případě však matku plně zastoupila teta (sestra otce) pacienta. Měla velkou snahu zapojit se do ošetrovatelského procesu a měla velkou zásluhu i na zlepšení celkového stavu pacienta. Zapojovala se jak do hygienické péče, pomoci při stravování, učila se rehabilitovat, tak i pečovala o pokožku pacienta. Otec se do ošetrovatelského procesu také zapojil, avšak ne tak, jako teta. Otec spíše stimuloval pacienta, četl mu

a vypravoval. Oba rodinní příslušníci byli na oddělení spokojeni jak s lékaři, tak se sestrami a prostředím. Hodnotili pobyt na našem oddělení celkově jako kladně. Sestry u tohoto případu byly zpočátku poněkud zklamány přístupem matky pacienta, později však byly rády, že se zapojila do péče o Davida jeho teta. Snažily se jí zapojit do všech činností, každá sestra samozřejmě má několik činností v ošetrovatelském procesu, které preferuje, když mají rodiče zájem zapojit se.

U kazuistiky číslo 2 se jednalo o pacienta – sraženého na kole, který byl velmi fixován na matku. Komplikací při jeho ošetřování nebyla jen rozsáhlá zranění, ale pacientův psychomotorický vývoj neodpovídal jeho věku. U takto postižených pacientů se ošetřování komplikuje hlavně z hlediska komunikace s pacientem, pacient při velké fixaci na matku odmítá spolupracovat s někým cizím, vše neguje, je hysterický a odmítá jakoukoliv péči. Proto se matka již od začátku, kdy ji byla sestrami nabídnuto, zapojení se do ošetrovatelského procesu snažila co nejvíce zapojit. Otec pacienta také navštěvoval a snažil se zapojit, oba se zapojovali do hygienické péče o pacienta, pomáhali sestram s podáváním výživy synovi. Matka se za pomoci rehabilitační sestry snažila naučit i základní rehabilitační cviky, rehabilitace byla u tohoto případu dvojnásobně nutná, pacientova dolní končetina zůstala po úraze paretická. Otec se snažil syna stimulovat. Stimulace pacientů s mentálním či somatickým postižením, které jsou ve svých pohybových schopnostech a aktivitách omezeny. Pobyt na DEO JIRP tento pohybový deficit ještě umocňuje, dětem chybí možnost, aby vnímaly své tělo a poznaly své okolí, jak to v knize Péče o kriticky nemocné dítě vysvětluje jedna z autorek Karolína Riedlová (4). U případu Tomíka byla rodina funkční, jak už jsem zmínila, oba rodiče se snažili zapojit do ošetrovatelského procesu, při propuštění do domácího ošetřování matka začínala mít obavy, zda bude schopna postarat se o nemocného syna sama bez pomoci zdravotnického personálu. Velkou oporou jí byl právě manžel, otec Tomíka. Dvě sestry ze 3 u tohoto případu byly nadšeny s přístupem rodiny, byly potěšeny zájmem obou rodičů, ale ze začátku pro ně péče o Tomíka nebyla jednoduchá, pacient odmítal jakoukoliv spolupráci. O to víc si vážily pacientovy rodiny, která se zapojila do ošetrovatelského procesu. U jedné sestry jsme se setkaly s nezájmem zapojení rodičů do ošetrovatelského procesu, sestra svou neochotu zapojit

rodinné příslušníky vysvětlovala tím, že si práci ve zdravotnictví představovala jinak. Stěžovala si na nedostatek pomocného personálu a cítila se přetěžována. Již jí nezbývaly síly zapojovat ještě rodiče do ošetrovatelského procesu, i když šlo o sestru, která pracovala teprve 7 let ve zdravotnictví.

Kazuistika číslo 3 popisuje šestnáctiletého chlapce, který byl zraněn při dopravní nehodě. Znovu se tu setkáváme s případem dysfunkční rodiny. Matka však žije s novým přítelem, který se zapojil do ošetrovatelského procesu více než pacientova matka. Situace byla dána taky bydlištěm pacienta. Pacient k nám byl převezen z „okresní“ nemocnice, kam spádově patří. Se svou matkou žijí v Miroticích. Matka je pracovně vytížena a dojíždění do Českých Budějovic ji přes týden dělá problémy. Naopak její přítel je v Českých Budějovicích zaměstnán, proto může s pacientem trávit každý den a má zájem zapojit se do ošetrovatelského procesu pacienta. S problémem delší vzdálenosti od bydliště se setkáváme velmi často, specializovaná traumacentra se nacházejí většinou v jedné nemocnici v kraji. Je důležité poskytovat kvalitní péči pacientům, ale zároveň by si měli rodiče uvědomit důležitost návštěv dětského pacienta. Přítel matky se ale snažil přes týden absenci matky plně nahradit. Zapojoval se jak do podávání stravy pacientovi, tak stimuloval pacienta četbou a vypravováním, snažil se pacienta po dobu své návštěvy natolik zabavit, aby nepocíťoval úzkost z neznámého prostředí. Matka se o víkendech snažila také alespoň částečně zapojit, nejvíce se zapojila ve chvíli, kdy byla přijata na standardní oddělení společně s pacientem. Při tomto rozhovoru jsme se také poprvé setkali s nespokojeností se sestrami. Matčin přítel si stěžuje na nedostatečné soukromí při návštěvách, a nevhodnou komunikaci sester s pacientem a nedostatečné elektronické vybavení na oddělení sloužící k zabavení pacientů. Chtěl by pro svého nevlastního syna co nejlepší péči. Sestry oceňují, že alespoň někdo z blízkých měl zájem zapojit se do ošetrovatelského procesu. Opět se v tomto případě ale setkáváme se sestrou, která nechce zapojovat rodinné příslušníky do ošetrovatelské péče. Sestra vše vysvětluje nedostatečnou praxí, na DEO JIRP pracuje teprve půl roku, obává se, že nedostatečně podá informace rodičům a díky tomu rodiče neposkytnout tak kvalitní péči pacientovi jako ona sama. Uvědomuje se důležitost

zapojení rodičů do ošetrovatelského procesu, ale jak sama říká, musí tomu dát čas. Předpokládá, že za několik měsíců bude zapojovat jak rodiče, tak rodinné příslušníky.

Kazuistika 4 pojednává o dívce, která jela se svým dědou v autě, jejich auto se čelně střetlo s protijedoucím, děda na místě svým zraněním podlehl, dívka byla přijata se zlomeninami horních končetin, zhmožděným hrudníkem a drobnými kontuzemi mozku. Jde zde o úplnou rodinu. Tento případ je komplikovaný pro psychický stav pacientky po dobu pobytu, pacientka byla na svého dědu úzce fixována, nyní si vyčítá jeho smrt. U tohoto případu je třeba využít i práci klinického psychologa. Jde o další možnost zkvalitnění pobytu dětí v nemocnici. Klinický psycholog (psycholog se specializací ve zdravotnictví) je dnes i v podmínkách našich nemocnic standardní součástí odborného týmu jednotlivých oddělení, jak v knize Péče o kriticky nemocné dítě zdůrazňuje jeden z mnoha autorů Milan Pilát (4). U pacientky nakonec bylo nutné nasadit psychofarmaka. Rodiče měli snahu zapojit se do ošetrovatelského procesu, matka byla ze stavu dcery otřesena, ale snažila se nedat dceři nic najevo. I přes zapojení do hygienické péče, pomoci při stravování, rehabilitační péče i četbě a vypravování, zůstávala pacientka dlouho dobu negativistická a neměla zájem spolupracovat. Rodiče byli s přístupem sester a lékařů spokojeni, chválili si komunikaci sester s jejich dcerou, chápali obtížnost při dceřině stavu. Nebyli však spokojeni s prostředím oddělení, podle knihy Jaroslavy Fendrychové a kolektivu je důležité, aby se nemocniční pokoj příliš nelišil od domova, výzdoba na stěnách má být taková, aby přitahovala pozornost dítěte, ale přitom aby jej příliš nevzrušovala. Oddělení nesmí odpuzovat svou holostí a chladností, má v něm být čisto a útulno. Matka si stěžovala na mříže v oknech, cítila se v nemocničním pokoji spíše jako ve vězení. Rozhovor s dětmi neprobíhal, a tak nedokážeme nahlédnout na vnímaný pocit pacienta z pokoje. Sestry v tomto případě zapojují rodiče do ošetrovatelského procesu. Rozhovor zde byl prováděn u sester, které mají již dlouholetou praxi ve zdravotnictví a uvědomují si důležitost zapojování do ošetrovatelského procesu. Jsou zklamány psychického stavu pacientky, který zbytečně komplikuje dobu jejího pobytu na našem oddělení.

U kazuistiky číslo 5 jde o překlad pacientky z brněnské nemocnice, pacientka má těžký úraz hlavy, zlomeniny žeber, kontuzi plic a mnohočetné exkoriace po celém

těle. Matka ví o stavu své dcery, již není tak vyděšena, zdá se, že chápe a snaží se vyrovnat se vzniklou situací. Důležitou zásadou je pomoci rodině s nemocným či postiženým dítětem. Napomáhat tak, aby rodiče přijali skutečnost – mají-li se vyrovnat s faktem závažného postižení, je důležité, aby měli plnou možnost realitu poznat. Proto je důležité příčiny nemoci či úrazu a adekvátně je přizpůsobovat vnímavosti a vzdělání rodičů, jak uvádí odborná literatura (4). Matka je velmi fixovaná na dceru, žijí již sami, otec pacientky před třemi lety tragicky zemřel. Matka má proto velký zájem zapojit se do ošetrovatelského procesu o svou dceru. Matka si také uvědomuje, že stav dcery může být dlouhodobějšího charakteru a je nutné se vše naučit. Začíná nejdříve společně se sestrami pomáhat při podávání stravy, později se zapojí do hygienické péče, stimulace, polohování i rehabilitace. V naší nemocnici je spokojena, chválí si péči sester i lékařů. Sestry jí dodávají odvalu i sílu, že vše po propuštění Alenky zvládne. Matka je spokojena i s prostředím a vybavením dětského oddělení. Sestry, které byly osloveny u této kazuistiky, již na otázky odpovídaly. Jedná se o sestru, která zapojuje rodinné příslušníky i osoby blízké do ošetrovatelského procesu a z činností zapojení preferuje pomoc při rehabilitaci. Dále se jedná o sestru, která nechce zapojovat rodiče ani rodinné příslušníky, stěžuje si na přílišnou vytíženost, avšak nemá zájem o pomoc. Sestra, která byla dotazována jako poslední, také zapojuje rodiče i osoby blízké do ošetrovatelského procesu.

Z celkového výzkumného šetření jsme získali výsledky, z nichž můžeme vyčíst, že z 12 oslovených sester 10 z nich zapojuje rodiče či osoby blízké do ošetrovatelského procesu, 2 nezapojují. Z 10, které mají zájem zapojit rodinu do ošetrovatelského procesu, jich 4 preferují v zapojení pouze rodiče. Všechny oslovené sestry si uvědomují důležitost zapojení rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu pro nemocné děti. Shodly jsme se s odbornou literaturou v tom, že současné standardy pobytu dětí v nemocnici se nezaměřují pouze na úzce vymezenou somatickou oblast péče, ale zaměřují se na obnovu a využití všech možností a schopností, které dětský pacient má nebo si je bude s léčebnou a ošetrovatelskou pomocí postupně doplňovat. Je příjemnou skutečností, že řada trendů a možností, jak eliminovat zátěž léčby a hospitalizace, se již velmi dobře uchytila a v našem systému zdravotní péče funguje. Možnosti, které ještě

před 15 lety byly ve stavu nesmělých pokusů, se nyní uplatňují naplno. Jsou to právě neomezené návštěvy na dětském oddělení nebo hospitalizace dětí společně s rodičem (14). Nemocné dítě je nepochybně velmi významným faktorem, který na přechodnou či déletrvající dobu formuje a utváří rodinný systém, nemoc dítěte vyvolává celou řadu změn. Vždy platí výstižné tvrzení, stůně-li dítě, stůně v jistém slova smyslu celá rodina, proto je velmi důležité zapojovat rodinu a rodinné příslušníky do ošetrovatelských činností. Z mé dlouholeté praxe na dětském oddělení nemohu přesvědčivě říci, že by platilo nějaké pravidlo v zapojování rodičů či osob blízkých do činností v ošetrovatelském procesu, samozřejmě určitá omezení vzhledem ke stavu pacienta platí. Nejsem přesvědčena, ani o tom, že čím je sestra starší tím více umí využívat rodiče a osoby blízké. Určitou roli určitě hraje zkušenost jistě i osobnost sestry, ale také znalosti a neméně odvaha rodičů a osob blízkých zapojovat se do ošetrovatelských činností při ošetrování svých nejbližších.



## 6 ZÁVĚR

Cílem práce bylo zmapovat oblasti ošetrovatelské péče vhodné pro začlenění rodičů a osob blízkých do ošetrovatelského procesu. V průběhu šetření mi pomáhalo 5 výzkumných otázek, které byly stanoveny hned na začátku bakalářské práce. První otázka se týkala zdravotnického personálu, zda zapojuje do ošetrovatelského procesu rodiče. Druhá otázka byla naopak zaměřena právě na rodinné příslušníky, zda mají zájem o zapojení do ošetrovatelského procesu. Třetí otázka byla věnována komunikaci, v ní byly dotazovány sestry, jakou formou komunikace komunikují s rodiči. Čtvrtá výzkumná otázka mě vedla k zamyšlení, zda sestry zapojují raději rodiče či osoby blízké do ošetrovatelského procesu, nakonec z pozorování vyplynulo, že sestry ve více jak polovině případů nerozlišují rozdíl mezi rodiči a rodinnými příslušníky. Poslední otázka se věnovala, jaké činnosti preferují rodiče a osoby blízké při zapojení do ošetrovatelského procesu. Nejčastěji jsme se setkali s preferencí pomoci při stravování pacientů. Myslím si, že cíl bakalářské práce byl splněn. Byly zjištěny názory a pohledy obou stran, jak rodičů dětských pacientů, tak sester na DEO JIRP. Sestry si uvědomují, jak je důležité zapojovat rodiče i osoby blízké do ošetrovatelského procesu. Ze strany rodičů či osob blízkých jsme se v každém pozorovaném šetření setkali se zájmem zapojit se do ošetrovatelského procesu. Sestry i rodiče si uvědomují, že je potřeba vnímat hlavně věk dítěte, také jeho individualitu a jedinečnost. Šetření bylo prováděno pouze na dětském oddělení na jednotce intenzivní a resuscitační péče a bylo by jistě velmi zajímavé provést tento výzkum i u pacientů s těžkým poraněním, kteří jsou již přeloženi na standardní oddělení. Výsledky bakalářské práce, mohou přispět ke zlepšení, jak začlenit rodiče a osoby blízké do ošetrovatelského procesu.

## **7 KLÍČOVÁ SLOVA**

Děti

Osoby blízké

Ošetřovatelský proces

Polytrauma

Rodiče

Sestra

Úrazy

## 8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. CABAJOVÁ, Veronika. Pobyt dítěte v nemocnici z pohledu doprovázející osoby. České Budějovice, 2008. 116 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, zdravotně sociální fakulta.
2. DRÁBKOVÁ, J. *Polytrauma v intenzivní medicíně*, 1. vydání., Praha: Grada, 2002. 307 stran. ISBN 247-0419-6.
3. DRAHOŇOVSKÁ, Kateřina. Úrazy jako celospolečenský problém. České Budějovice, 2008. 79 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, zdravotně sociální fakulta.
4. FENDRYCHOVÁ, J.; KLIMOVIČ, M., et. al, *Péče o kriticky nemocné dítě*. vydání. 1. Brno: NCONZO, 2005. 414 s. ISBN 80-7013-427-5
5. HAVRÁNEK, P.: Dětská traumatologie. *Vox Paediatricae*, 3: 2003, č.6, s. 17-24. (ISSN 1213-2241)
6. KLÍMA, J. et al. *Pediatre*. 1. vydání. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 320 s. ISBN 80-86432-38-6.
7. KOHOUTOVÁ, E. A KOL. *Kritické stavy u dětí a ošetrovatelská péče*. Brno: IDVPZ, 1998. ISBN 80-7013-257-4
8. KUZNÍKOVÁ, Marie . Ošetrovatelská péče o pacienta s apalickým syndromem. *Sestra*. 2007, 6, s. 30-31.
9. POKORNÝ, V., *Traumatologie*. 1. vydání. Praha: Triton, 2002. 307 s. ISBN 80-7254-277-X
10. PRCHLÍK, M., TOMEK, P., ŠORMOVÁ, V: *Polytrauma u dětí. Intenzivní péče v traumatologii*. Galen, 2001, 35-38.
11. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Informatorium, spol. s r. o., 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.
12. SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

13. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4. Jak provádět ošetrovatelský proces. Praktická příručka pro sestry*. 1. vydání. Brno: IDV PZ, 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
14. STAŇKOVÁ, M. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 49 s. (České ošetrovatelství 3). ISBN 80-7013-282-5.
15. STAŇKOVÁ, M. Význam spolupráce mezi sestrou a rodinnou v průběhu hospitalizace. Praha : *Sestra*, 1994, č.4, 8 - 10 s. ISSN 1210 – 0404.
16. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vydání. Praha: Triton, 2009. 160 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
17. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186s. ISBN 80-7013-324-4.
18. TUČKOVÁ, J. a kol.: *Ošetrovatelské postupy v péči o kriticky nemocné děti*, Brno: IDVPZ, 1997
19. VELEMÍNSKÝ, M. *3 krát 333 otázek pro dětského lékaře*. 1. vydání. Praha: Triton, 2002. 247 s. ISBN 80-7254-290-7.
20. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5.vydání. České Budějovice: Jihočeská universita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2007. 136s. ISBN 80-247-1262-8.
21. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
22. VONDRÁČEK, L. Rodiče při poskytování zdravotní péče jejich dítěti. *Florence*. Praha 2006. roč. II. č. 10. s. 50. ISSN 1801-464X
23. ZACHAROVÁ, E. Úloha sociální komunikace v dětském lékařství. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 2008, roč. IX, č. 1, s. 56-57. ISBN 1213-0494.
24. ZOUHAROVÁ, A. Způsobilst k výkonu zdravotnického povolání. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: 2005. roč. VI. č. 1 s. 29 - 30. ISSN 1213-0494.

25. Cerebrum2007 [online]. 2007 [cit. 2010-04-11]. *Reakce rodiny*. Dostupné z WWW: <<http://www.cerebrum2007.cz/mozek-a-jeho-poraneni/poranni-mozku/67-reakce-rodiny>>.
26. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. 2009 [cit. 2010-04-29]. *Dětské úrazy v ČR*. Dostupné z WWW: <[http://www.mzcr.cz/obsah/prevence-detskych-urazu-v-ceske-republice\\_903\\_1.html](http://www.mzcr.cz/obsah/prevence-detskych-urazu-v-ceske-republice_903_1.html)>.
27. Nemcb.cz [online]. 2009 [cit. 2010-04-11]. *Oddělení úrazové chirurgie*. Dostupné z WWW: <<http://www.nemcb.cz/cz/departament/49/Oddeleni-urazove-chirurgie.html?detail=detail&id=26>>.
28. Rodina.cz [online]. 2001 [cit. 2010-04-11]. *Jak děti prožívají nemoc*. Dostupné z WWW: <<http://www.rodina.cz/clanek2220.htm>>.

## **9 PŘÍLOHY**

PŘÍLOHA 1 – Glasgow coma scale pro dospělé a větší děti

PŘÍLOHA 2 – Glasgow coma scale pro kojence malé děti

PŘÍLOHA 3 – Paediatric Trauma Score



## Glasgow Coma Scale

## Kojenci a malé děti

Místo pro nalepení identifikačního štítku		Dětská klinika IPVZ, Nemocnice České Jindřovic a s.ř. Němcové 54, 370 87, přednosta MUDr. Vladislav Smrčka, ☎ 387 876 352, fax: 387 876 302										JIRP					
Opravné a doplňující údaje: (konečné rodné číslo, změna nebo další ad., apod.)												List č.:					
Datum:		Hodina:															
I. Otevření očí	Spontánní	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	Na slovní podnět	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Na bolest	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	Ncotevče	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
II. Slovní odpověď	Broukání, zvatání	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	Draždivý křik	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	Křik na bolestivý podnět	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Slenání na bolestivý podnět	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	Žádná	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
III. Motorická odpověď	Normální spontánní hybnost	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
	Únik na dotek	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	Únik na bolest	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	Abnormální flexe	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Abnormální extenze	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
Žádná	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
<b>Celkem bodů:</b>																	



## Příloha 3

### **Paediatric Trauma Score (PTS)- Skórovací systém hodnocení závažného dětského úrazu**

#### **I. Hodnocení**

##### **A. Hmotnost**

1. *Hmotnost >20 kg: body +2*
2. *Hmotnost 10-20 kg: body +1*
3. *Hmotnost <10 kg: body -1*

##### **B. Dýchací cesty (Airway, A-W)**

1. *Průchodné Airway: body +2*
2. *Nutnost udržování průchodnosti: body +1*
3. *Nutnost invazivního zajištění (intubace): body -*

##### **C. Systolický krevní tlak (STK)**

1. *STK >90 mmHg: body +2*
2. *STK 50-90 mmHg: body +1*
3. *STK <50 mmHg: body -1*

##### **D. Centrální nervový systém (CNS)**

1. *Orientovaný: body +2*
2. *Dezorientovaný: body +1*
3. *Kóma: body -1*

##### **E. Otevřené rány**

1. *Žádné otevřené rány: body +2*
2. *Malé otevřené rány: body +1*
3. *Rozsáhlé otevřené rány: body -1*

##### **F. Zlomeniny**

1. *Žádná : body +2*
2. *Zavřená zlomenina: body +1*
3. *Otevřená nebo mnohočetné zlomeniny: body -1*

#### **II. Hodnocení**

*Rozsah skórovacího schématu: +12 do -6*

*Trauma skóre  $\leq 8$  ukazuje na kritický stav pacienta*