

Jihočeská universita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Komunikace ve stomatologii s dítětem předškolního věku

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Klára Kubartová

Autor:

Danuše Křesalová

2011

Abstrakt

Komunikace v ošetrovatelství je základem pro vybudování kvalitního terapeutického vztahu mezi sestrou a pacientem. Správně vedeným rozhovorem, vědomostmi a využíváním komunikačních dovedností má sestra možnost pozitivně ovlivnit pacienta, edukovat jej, motivovat a přesvědčit ke vhodné spolupráci. Mojí motivací psát bakalářskou práci na téma komunikace ve stomatologii s dítětem předškolního věku jsou děti posílané na naše stomatochirurgické oddělení v Českých Budějovicích k ošetření chrupu v celkové anestezii. Tyto děti nebylo možné ošetřit na stomatologickém křesle.

Výzkumné šetření je kvantitativně kvalitativní. Kvantitativní výzkumné šetření bylo prováděno metodou dotazování. Na techniku sběru dat byl použit dotazník. Na stomatologických ambulancích bylo rozdáno celkem 100 dotazníků pro sestry a vrátilo se kompletně vyplněných 70 kusů. Výsledky jsou zpracovány do grafů. Kvalitativní výzkumné šetření s rodiči dětí ošetřených v celkové anestezii pro sanaci chrupu bylo prováděno metodou individuálního hloubkového rozhovoru. Rozhovory jsou zapsány a výsledky zpracovány do tabulek. Cílem bakalářské práce bylo zjistit postoj sester k vlastním dovednostem v komunikaci, nutných pro úspěšné ošetření dítěte předškolního věku. Cíl byl splněn. Byly stanoveny hypotézy. H1 – Sestry mají zájem o školení v komunikaci se zaměřením na dítě předškolního věku ve stomatologii, se potvrdila. H2 – Sestry využívají zásady komunikace s dítětem předškolního věku ve stomatologii, se nepotvrdila. Druhým cílem bakalářské práce bylo zjistit možnosti, kterými by bylo možné snížit počet dětí, nutné ošetřit v celkové anestezii na stomatochirurgickém oddělení v Českých Budějovicích. Dále byla položena výzkumná otázka, zda je možné snížit počet dětí ošetřených v celkové anestezii na stomatochirurgickém pracovišti pomocí navázání komunikace s jejich rodiči. Cíl byl splněn.

Výsledky práce ukazují na prospěšnost doporučit sestrám zúčastnit se seminářů o komunikaci s dětským pacientem. Dále bude možno výsledky uveřejnit v odborných publikacích.

Abstract

Communication in nursing is the foundation for building up a quality therapeutic relationship between the nurse and the patient. A properly guided conversation, knowledge and use communication skills help the nurse to influence positively the patients, to educate them, to motivate and persuade them to cooperate reasonably. My motivation to write this bachelor thesis focused on communication in dentistry with a preschool age children are children sent to our department of dental surgery in České Budějovice for dental treatment under total anaesthesia. These children could not be treated in a dental armchair.

The research is quantitative and qualitative. The quantitative research was conducted using the method of questioning. The technique of data collection involved the use of a questionnaire. A total of 100 questionnaires were distributed to nurses at dental ambulatory care centres and 70 of them were returned completely filled in. The results are presented in graphs. The qualitative research with parents of the children treated under total anaesthesia for dental rehabilitation was conducted in the form of individual depth interviews. The interviews are recorded and the results have been processed into a tabular form. The objective of this thesis was to find out about the nurses' positions to their own communication skills necessary for the successful treatment of preschool age children. The objective has been met. Hypotheses were formulated. H1 - Nurses are interested in communication training in dentistry focused on children of preschool age; this hypothesis has been confirmed. H2 - Nurses use the principles of communication with children of preschool age in dentistry; this hypothesis has not been confirmed. The other objective of this thesis was to identify options which could reduce the number of children that should be treated under total anaesthesia at the department of dental surgery in České Budějovice. Further, a research question was asked whether it is possible to reduce the number of children treated under total anaesthesia at a dental surgery department by establishing communication with their parents. The objective has been met.

The results of the thesis show the benefits of encouraging nurses to participate in workshops on communication with child patients. It will also be possible to publish the results in specialised publications.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Komunikace ve stomatologii s dítětem předškolního věku vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů z 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, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou universitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum:

Podpis studenta.....

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat mé vedoucí práce Mgr. Kláře Kubartové za cenné rady a připomínky při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem stomatologickým sestrám za ochotu spolupracovat. Ještě poděkuji své rodině za trpělivost a toleranci.

Obsah

1	Současný stav	5
1.1	Komunikační dovednosti sestry	5
1.1.1	Verbální komunikační dovednosti sestry	6
1.1.2	Neverbální komunikační dovednosti sestry	7
1.2	Komunikační dovednosti sestry a její specifika ve stomatologii.....	8
1.2.1	Vývojová stádia dítěte.....	9
1.2.2	Role sestry a zásady komunikace s dítětem.....	11
1.2.3	Chyby sestry v komunikaci s dítětem.....	12
1.2.4	Dítě, bolest a strach	12
1.2.5	Sestra a dítě ve stomatologické ordinaci	13
1.2.6	Komunikace sestry s rodiči.....	14
1.2.7	Sestra a čekárna stomatologa.....	15
1.3	Dětská stomatologie	16
1.3.1	Cíle a koncepce dětské stomatologie.....	16
1.3.2	Vývoj zubu	17
1.3.3	Anatomie zubu a okolí.....	18
1.3.4	Záchovná stomatologie	18
1.3.5	Preventivní stomatologie	19
1.3.5.1	Primární prevence.....	20
1.3.5.2	Sekundární prevence.....	23
1.4	Celková anestezie.....	23
1.4.1	Předoperační příprava a pooperační péče	25
1.4.2	Komplikace související s celkovou anestezií.....	25
1.4.3	Rozdělení nejzávažnějších komplikací.....	26
2	Cíle a hypotézy	27
2.1	Cíl práce.....	27

2.2	Hypotézy a výzkumné otázky	27
3	Metodika	28
3.1	Způsob zpracování	28
3.2	Charakteristika výzkumu	28
4	Výsledky	30
4.1	Grafické zpracování otázek z dotazníku pro sestry	30
4.2	Výsledky rozhovorů s matkami dětí ošetřených v celkové anestezii	43
5	Diskuse	50
6	Závěr	55
7	Seznam použité literatury	56
8	Klíčová slova	59
9	Seznam příloh	60

Úvod

„Člověk nezískává obdiv a úctu jiného člověka svým vzhledem či vzděláním, ale bezprostředně kladným vztahem k němu.“ (W.H.Bragg)

Komunikace v ošetrovatelství má své důležité místo. Je základem pro vybudování kvalitního terapeutického vztahu mezi sestrou a pacientem a tedy její úspěšnost je podmíněna profesionálními znalostmi a dovednostmi. Správná komunikace je při ošetrování pacienta dětského věku naprosto zásadní podmínkou úspěšného vyšetření nebo ošetření. Vstup do stomatologické ordinace a zahájení komunikace začíná sestra a to v mnoha případech hraje velmi důležitou roli k úspěšnému navázání kontaktu s dětským pacientem. Často se stává, že dítě, je-li vyzváno na stomatologickém křesle, aby otevřelo ústa, odpoví, že nechce a je to jediné, co řekne, protože k dalšímu ošetření se již lékař nedostane. Dále je pak dítě odesíláno na další stomatochirurgické pracoviště, kde bývá ošetřeno v celkové anestezii (5,23).

Mojí motivací psát bakalářskou práci na téma komunikace ve stomatologii s dítětem předškolního věku jsou děti posílané na naše stomatochirurgické oddělení v Českých Budějovicích k ošetření chrupu v celkové anestezii. Tyto děti nebylo možné ošetřit na stomatologickém křesle. Z vlastní zkušenosti vím, jak se dítě děsí neznámého prostředí ordinace, nepříjemnost stomatologického ošetření se traduje a dítě z doslechu ví, že se bude dít něco nepříjemného. Jsem si vědoma, že komunikace sestry zde má nezastupitelné místo a často může pomoci malého pacienta řádně připravit na výkon, pak se dítě nechá bez problémů ošetřit. Většinu komunikace již v čekárně obstarává sestra a už tam musí navodit atmosféru klidu a porozumění s dětským pacientem, také s jeho doprovodem – nejčastěji rodiči. Tím může ovlivnit celou situaci a dítě úspěšně motivovat k lékařskému ošetření. Důležitá je také aktivní výchova dětí k péči o vlastní chrup s hygienickými pravidly a návyky. I zde může sestra vhodně edukovat dítě nebo rodiče o nezbytné prevenci zubního kazu.

Cílem této práce je zjistit postoj sester k vlastním dovednostem v komunikaci ve stomatologii, nutných pro úspěšné ošetření dítěte předškolního věku. Dále zjistit možnosti, ke snížení počtu dětí, nutné ošetřit v celkové anestezii na stomatochirurgickém oddělení v Českých Budějovicích.

1 Současný stav

1.1 Komunikační dovednosti sestry

Komunikace mezi lidmi je neodmyslitelnou součástí bytí, existence člověka. Jak se pohybujeme, tváříme, něco konáme a tím prozrazujeme na sebe spoustu informací, kterými si druhá strana utváří obraz o naší osobě. Vytváří si tak prvotní vjem a ten bývá buď vstupenkou do komunikačního prostoru a vzájemného přijetí nebo v opačném případě zůstáváme za branami vzájemného porozumění a následně bezužitékové spolupráce. Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení, tedy součást ošetrovatelského procesu (23).

Komunikace je dovednost, kterou můžeme rozvíjet kdykoliv v životě člověka. Při každém setkání s jiným člověkem dochází ke vzájemným reakcím a tedy k interakci mezi lidmi. Komunikace je nástroj, kterým se interakce uskutečňují. Komunikací rozumíme výměnu informací, pocitů, zkušeností. V rámci ošetrovatelského procesu sestra rozlišuje různá specifika komunikace. Komunikace s dospělým pacientem, dítětem, nemocným se zvláštními potřebami, rodinou, blízkými. Dále komunikace s kolegy, nadřízenými, jinými odborníky v rámci multidisciplinarity nebo institucemi. Komunikace s nemocným zaujímá v práci sestry výlučné místo. V praxi se rozlišují tři druhy profesionální komunikace. Je to sociální komunikace. Jedná se o běžný rozhovor s nemocným. Člověk v nemocniční péči má málo kontaktů se svou rodinou a tak pozitivně přijímá možnost hovoru s dalšími lidmi. Navázání vztahu s nemocným usnadní sestře další komunikaci v rámci ošetrovatelského procesu. Druhá je specifická (strukturovaná) komunikace. Zde sestra sděluje důležitá fakta, působí edukačně, motivuje nemocného. Jsou kladeny zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení přijatelnou formou pro pacienta vzhledem k aktuálnímu stavu nemocného. Vždy je nutné si ověřit, zda nemocný sdělení rozuměl. Specifická komunikace je problematická u nemocných se sníženou schopností porozumět sdělení a komunikovat. Třetí druh profesionální komunikace je terapeutická. Odehrává se často formou rozhovoru s nemocným, kdy poskytujeme oporu a pomoc při adaptaci na změny, přijímání

nepříjemných, závažných skutečností. Charakteristika efektivní komunikace sestry jsou, že mluvčí i příjemce dostávají důležité informace. Tyto informace jsou ve srozumitelné formě. Je zachována důstojnost obou zúčastněných. Při komunikaci je prostor na dotazy, zopakování, vyjádření svého názoru. Komunikace je kongruentní, tedy shoda na úrovni neverbální a verbální úrovně. Velmi důležitým pojmem je zpětná vazba. Ta udržuje rovnováhu v mezilidské komunikaci. Zpětná vazba je regulační mechanismus v mysli jedince, nikoliv podněty od druhých. Dělí se na pozitivní, kdy se člověk po vyhodnocení zpětné vazby chová tak, že posílí své dosavadní chování. Negativní zpětná vazba znamená sebeomezení, přidržení a zkoordinování sama sebe, tak aby mohla být nastolena rovnováha. Jednou z nejproblematictějších komunikačních stylů je dvojná vazba. Obsahuje dvojznačnou zprávu, kde jde o opakování následujících projevů. Nejdříve je výzva k přiblížení, dále uposlechnutí výzvy, následuje paradoxní reakce, pak znovu nastává výzva k přiblížení (20,23,8).

1.1.1 Verbální komunikační dovednosti sestry

Verbální neboli slovní komunikace znamená dorozumívání pomocí slov nebo jinými znakovými symboly. Činitelé, kteří spolu vytváří verbální komunikaci, jsou situační kontexty, čímž rozumíme situaci, ve které komunikace probíhá. Dále vnitřní dispozice jedince, která vnáší do hovoru svou individualitu. Komunikace předpokládá ochotu komunikovat. Dalším činitelem je motivace komunikovat. Je-li patrný zájem sestry o nemocného, ochota s ním být, komunikace má dobrý start. Naopak žádný trénink dovedností nenahradí nezájem o daného člověka. Potřeba komunikace není odtržena od jiných lidských potřeb, je integrována v systému potřeb biologických i psychosociálních. Rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu, přítomnost embolických slov (slovních parazitů), délka projevu, intonace, to všechno jsou složky verbálního projevu. Jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování, adaptabilita jsou kritéria úspěšné verbální komunikace. Obecně platí, že nelze nekomunikovat. Speciální verbální komunikační dovednosti jsou aktivita i neaktivita, slova i mlčení. Komunikace znamená jak sdělování, tak sdílení. Sestra je součástí komunikace, i když je pouze přítomna rozhovoru pacienta s lékařem. Jednou z nejdůležitějších

komunikačních dovedností je umění naslouchat. Je označováno za nejdůležitější součást rozhovoru. Nasloucháním jsou tvořeny podmínky k dalšímu rozhovoru. Umožňujeme možnost se svěřit, dáváme najevo ochotu pomoci. Pokud pacient sděluje svůj problém, sestra mu naslouchá a může ho v projevu podpořit. V rámci ošetrovatelského procesu vede sestra s pacientem rozhovor, který může být terapeutický, informativní nebo edukační. U edukačního rozhovoru je důležité opakování informací, trpělivý přístup, nezapomínat na závěrečné shrnutí a ověření si, zda pacient vše pochopil. Paralingvistické charakteristiky rozhovoru jsou to, co nelze písemně zaznamenat. Tedy hlasitost řeči, výška tónu, rychlost, objem, plynulost řeči, intonace, správná výslovnost, chyby v řeči, věcnost a členění řeči. Pro sestru v rámci ošetrovatelského procesu jsou v rozhovoru s nemocným důležité následující kroky. Vážíme si pacienta jako člověka. Správným chováním přesvědčíme pacienta, že jsme hodny jeho důvěry, dále ochota dávat, nejen přijímat. Odložit masku, nelze předstírat nebo zastírat skutečnosti. Připravenost ke změnám a revizi postojů. Toto je ochota vzdát se lpění na svých vlastních dogmatických postojích. Pokud se pacientem nemůžeme dorozumět, je potřeba citlivě a taktně hledat příčinu a nebát se ji odstranit. Dále snažit se navodit přátelskou atmosféru vzájemným přijetím. Pokud rozhovor neprobíhá směrem ke spolupráci, jsou zde brzdící síly, ke kterým patří strach, abychom se neshodili, namyšlenost, pochybnosti o sobě i o druhých, snaha druhého ovládnout, rigidita, odlišné chápání významu používaných slov, přílišný spěch, touha odlišovat se, nezralost osobnosti. Rozhovor, to jsou především otázky. Formulovat vhodně otázky, aby se nikoho nedotkly, je skutečným uměním. Špatné otázky vyvolají neochotu ke spolupráci, nesouhlas. Správně volená otázka má druhého povzbudit k odpovědi. V rámci ošetrovatelského procesu by měla sestra být ta, kdo umí rozhovor dovést ke vzájemné kooperaci a zvládne komunikovat s jakýmkoliv pacientem (23,8,21).

1.1.2 Neverbální komunikační dovednosti sestry

Neverbální komunikace je definována jako řeč těla. Patří sem všechny projevy, které vysíláme, a kterými řeč doprovázíme. Řeč těla je považována za upřímnější než verbální projev. Z antropologických studií vyplynulo, že jen 7% informací při

rozhovoru pochází z toho, co slyšíme. Neverbální forma zakresluje nálady, pocity, postoje. Řeč těla je z velké části záležitostí instinktu. Ve zdravotnictví jsou projevy neverbální komunikace velmi významné. Je zde velká potřeba dorozumění, stejně tak, jako navázání vzájemné důvěry. Součástí neverbální komunikace jsou výrazy obličeje, tedy mimika, dále proxemika neboli přiblížení a oddálení. Patří sem haptika neboli dotyk, fyzický postoj, pohyb a různá gesta. Svým chováním a svými činy přímo ovlivňujeme dění kolem sebe. Jednou vyřčené slovo už nelze vzít zpátky a o činech to platí dvojnásob. Proto je v hodnotovém zaměření na činy, kladen tak vysoký nárok na etiku a morálku. Nejdůležitější pro každého z nás je přestat přemýšlet, jak něco nejde, ale jak to jde a začít spolupracovat. Evalvace je jednání, kterým podpoříme a posílíme sebevědomí druhého člověka, dáváme mu najevo úctu a kladné hodnocení jeho osoby. Opakem evalvace je devalvace. Devalvace v komunikaci znamená přítomnost takových prvků, kterými se ti kteří spolu komunikují, vyjadřují neúctu, nerespektují se. Devalvace snižuje hodnotu druhého člověka, nebere druhého na vědomí. Člověk s devalvačním chováním nastoluje v řeči vždy vlastní téma, s pohrdáním zamítá jinou myšlenku, nápad, chová se jako by jen on všemu rozuměl, jedná povýšeně, podceňuje někoho, jedná ironicky. Naopak evalvační postoje, které pozitivně zasáhly příjemce, jsou například tyto. Někdo se mne zastal, otevřené jednání bez zastírání, někdo mi pomáhá, schopnost odpustit, pocit opravdového zájmu, schopnost pochválit, naslouchat, rovnat konflikty. Takoví lidé jsou vnímáni jako přátelští, taktní, zdvořilí, všímaví, slušní a uznalí. Jsou schopni spolupracovat a pomáhat (23,8,21).

1.2 Komunikační dovednosti sestry a její specifika ve stomatologii

Sestra, v rámci ošetrovatelského procesu, která chce být profesionálně úspěšná, musí nejen znát svoji odbornost a praktickou dovednost, ale musí znát i tajemství komunikace s pacientem, jeho doprovodem, rodinnými příslušníky, rodiči dětí atd. Význam umění komunikace má ve stomatologii svá specifika, protože pacienti se zubního ošetření většinou velmi bojí. Často i ti, kteří jsou schopni vydržet jiná bolestivá ošetření se již při příchodu do zubní ordinace hroutí. Hlavním cílem úvodního komunikačního procesu sestry musí být uklidnění a také povzbuzení. Každá

komunikace je samozřejmě záležitostí individuální. Veškeré jednání sestry v rámci ošetrovatelského procesu musí vést k navození důvěry. Na pacienta je nutné působit tak, aby zcela zřetelně nabyl dojmu, že je vítán, že nemusí mít obavy z bolesti, že na něj máme čas, že se nalézá na pohodovém pracovišti. Musí zde být cítit komunikační souhra mezi lékařem a sestrou. Kromě verbální komunikace je důležitá i komunikace nonverbální. Pacient vždy sleduje mimiku sestry v ordinaci, považuje ji za určitou znakovou řeč mezi ošetřujícím personálem. Na druhou stranu sestra vždy sleduje také mimiku pacienta. Je potřeba umět číst z výrazu tváře. Zvláštní komunikační dovednosti je nutné uplatňovat při jednání s dětmi. Zde je důležité, pokud to jde vždy poučit rodiče, aby na první vyšetření přišli s dítětem, které nic nebolí, kdy není nutné žádné ošetření. Dítě se může v ordinaci zabavit, sveze se na křesle, pochválí se, že si umí hezky čistit zoubky, motivuje se pro další zubní hygienu, dostane obrázek, dáreček, takové dítě pak snadněji vstupuje do ordinace na případné nutné ošetření. Neštěstí je, když rodič přivede bránící se dítě, které je oteklé, kdy se při prvním kontaktu musí udělat bolestivý výkon, dítě je násilně drženo a ošetřeno. Takovéto ošetření může mít za následek velmi negativní přístup ke stomatologickému ošetření pro celý život. A zde je role sestry v rámci ošetrovatelského procesu neocenitelným pomocníkem při navazování kontaktu s dítětem. Příprava instrumentária a jeho vystavování nesmí být nikdy před dítětem. Z nástrojů má dítě přirozenou hrůzu. Je-li dítě komunikativní, je vhodné mu vysvětlit smysl lokální anestezie, použít sprej s místním anestetikem, snižující či odstraňující bolest před výkonem. Hlavní cíl je nedopustit vznik bolesti a udržet trvale vstřícnou komunikaci. Nesnažit se dětem lhát, používat vždy pravdivé informace. Komunikaci s dítětem vždy přizpůsobujeme věku dítěte a jeho individualitě (21,7).

1.2.1 Vývojová stádia dítěte

Člověk se rodí jako nezralý a ke svému vývoji potřebuje dlouhou dobu. Jedná se o celoživotní vývojový proces. U jedince je důležitý tělesný vývoj – růst motorické dovednosti, smyslový vývoj – např. sluchové a zrakové vnímání, kognitivní vývoj – změny v myšlenkových procesech, jazykové schopnosti, paměť, sociální vývoj – sebepojetí a vývoj mezilidských vztahů. Rozvíjí se schopnost komunikace, prvně na

neverbální, pak na verbální úrovni. Piaget stanovil čtyři základní vývojová stadia kognitivního vývoje (23,22). Senzomotorické stádium je období od narození do dvou let věku. Děti v tomto období aktivně objevují vztah mezi činem a jeho následkem. Začínají si vytvářet pojem sama sebe, jako jedince odděleného od vnějšího světa. Rozvíjí se schopnost komunikace, prvně na neverbální, pak na verbální úrovni (23). Předoperační stádium je období od 2 do 7 let věku. Dítě se učí jazyk a vytváří objektivní reprezentace pomocí představ a slov. Myšlení je egocentrické, takže si obtížně uvědomuje názory druhého. Z hlediska začátků používání řeči je důležité období od 1,5 do 2 let. Slova mu symbolizují věci nebo skupiny věcí a jeden předmět může reprezentovat jiný. Ve věku tří až čtyř let dítě myslí s používáním symbolických výrazů, slova a představy však nejsou logicky organizovány. Toto období se nazývá předoperačním, protože dítě není ještě schopno chápat tzv. operace. Operacemi je nazván myšlenkový postup, kdy dojde k pochopení toho, že každý postup má svůj logický protiklad. Začíná také porozumění morálním pravidlům a sociálním konvencím. Zde je nezastupitelný vliv hry a kontaktu při hře s ostatními dětmi. Kolem pěti let je schopno sociální komunikace a získává smysl pro povinnost (23,11). Stádium konkrétních operací je období od 7 do 12 let. Děti jsou schopny používat logické operace, dokážou vytvářet mentální reprezentace řady aktivit. Umí používat abstraktní pojmy, ale pouze ve vztahu ke konkrétnímu objektu, který může být vnímán smysly – proto stadium konkrétních operací. Z hlediska sociální komunikace je důležitá schopnost samostatně vytvářet určitá pravidla a uzavírat dohody o jejich dodržování (23). Stádium formálních operací je období od 12 let. V tomto věku děti dosahují stejného způsobu myšlení jako dospělí, začínají uvažovat v čistě symbolických pojmech a systematicky testovat hypotézy. Zabývají se abstrakcí, budoucností a ideologickými problémy. Vytvářejí si svá pravidla pro situace, se kterými se setkávají poprvé. Zabývají se širšími sociálními problémy, které se vyskytují i mimo jejich osobní a interpersonální situace (23). V rámci ošetřovatelského procesu pro práci ve zdravotnictví je důležité pro sestru uplatnění získaných znalostí při jednání s dětskými pacienty, kdy je nezbytné přizpůsobit komunikaci jejich vývojové úrovni. Protože rodiče jsou ti, kdo dítě nejlépe znají, komunikuje sestra hodně s nimi a společně hledá vhodný přístup k dětskému

pacientovi. Rodiče potřebují pomoc, aby porozuměli nemocem svých dětí a získali správnou perspektivu (23,21).

1.2.2 Role sestry a zásady komunikace s dítětem

Znalost vývojových stadií a jejich specifík je nezbytná pro sestru a její úspěšnou komunikaci s dítětem, které je v období nemoci a vnímání bolesti zvláště citlivé. Právě správná komunikace pomůže v navázání vzájemného vztahu a tím dosažení dobré spolupráce. V rámci ošetrovatelského procesu sestra by měla být ta, co zůstává klidná a ví si rady, je zdrojem jistoty a porozumění. Velký význam v komunikaci s dítětem hraje neverbální projev na všech úrovních (23).

V oblasti mimiky je důležitý oční kontakt a úsměv. U postoje je dobré volit stejnou výšku na úrovni dítěte, pokud je možné alespoň na začátku rozhovoru. Je dobré všimnout si gest dítěte. V oblasti dotyku je nutná citlivost k nastavení dítěte na dotyk. Pohlazení, podržení za ruku se stávají samostatným prvkem v komunikaci. Velice důležitou roli hraje také úprava zevnějšku sestry. Malé, často i větší děti se mnohdy příchodu do ordinace brání a vůbec na nich nemůžeme žádat, aby si uvědomily prospěšnost stomatologického zásahu. K základním kamenům úspěšného ošetření dítěte patří uvědomění si věku pacienta, úvaha o vlivu rodinného prostředí, ze kterého dítě přichází. V rámci ošetrovatelského procesu sestra používá zásady při komunikaci s dítětem. Dítěti nelžeme, trpělivě vysvětlujeme vše s přihlédnutím ke zralosti dítěte. Sdělujeme, co se bude dít, jak dlouho to bude trvat. Vhodným kladením otázek se přesvědčíme, zda dítě vše pochopilo. Nevědomost podporuje fantazii a strach. Sestra používá jednoduchý slovník a krátké srozumitelné věty. Připravuje dítě i na bolest, nikdy netvrdí opak. Vždy chválí a oceňuje jakékoliv úsilí. Aktivně vyhledává, za co lze dítě obdivovat a pochválit. Při navázání kontaktu využívá obrázky, hračky. Zjistí, o co má dítě zájem a vhodně navodí hovor, který uvolní napětí. Pokud je možná aktivní spolupráce s rodiči, začleníme je do celého procesu. Dítě z komunikace nikdy nevynecháváme a nemluvíme o něm, ale s ním. Při rozhovoru, který vede sestra v rámci ošetrovatelského procesu je důležitá pozitivní zpětná vazba, ta udržuje rovnováhu

v mezilidské komunikaci. Jedinec se po vyhodnocení zpětné vazby chová tak, že posílí své dosavadní chování. (7,23,3).

1.2.3 Chyby sestry v komunikaci s dítětem

Chyby sestry v komunikaci s dítětem je lhaní, zlehčování, zastírání skutečnosti, nevhodně volená slova, kterým dítě nemůže rozumět. Přílišný autoritativní přístup, direktiva. Toto může mít sice krátkodobý dobrý efekt, ale celkově působí napětí a stres, který se v budoucnosti opakovaně automaticky objeví a bude mít negativní vliv na kooperaci. Devalvace emocionálních projevů (pláče, vzteku, strachu). Ignorace dětských otázek, nebo neurčité odpovědi, popř. devalvace typu, tomu bys ještě nerozuměl. Kárání dítěte za nešikovnost, srovnávání s jinými dětmi, projevy lítosti (23,21,8).

Kromě věku pacienta je pro způsob komunikace s ním potřebné vzít v úvahu i vliv rodinného prostředí, ze kterého dítě přichází. Je k tomu jistě zapotřebí zkušenost lékaře i sestry, jestliže dítě odmlouvá rodičům a posléze i lékaři. Neochota odpovídat na otázky, zaryté mlčení, nevhodné poznámky rodičů, neurotizující poměry v rodině, na které jeden z rodičů upozorňuje před dítětem, zmínky o předchozích traumatizujících zážitcích z ošetření v jiné ordinaci. Jednání v takovýchto situacích je věcí zkušenosti, ale také sociálního cítění a empatie (7,21).

1.2.4 Dítě, bolest a strach

Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání. Většina onemocnění s sebou přináší bolest, léčebné procedury a strach z nich. Bolest má jako fyziologický jev nezastupitelnou účelovou funkci. Bolestivé podněty jsou varováním před hrozícím nebezpečím nebo signalizující lokalizaci bolestivého procesu. Jestliže však bolest překročí určitou hranici, je účinek na organismus škodlivý a ničivý, stává se problémem nejenom lékařským, ale také etickým a sociálním. U dětí je důležitý údaj o typu bolesti, charakterizovaný jednak dítětem, ale také rodiči. Zjišťujeme její topografii, intenzitu, kvalitu, časový průběh, ovlivnitelnost, strategii zvládnutí nemoci. Získá-li sestra v rámci ošetrovatelského

procesu společně s lékařem dítě k rozhovoru na toto téma, je to počátek dobré komunikace. V obecném podvědomí je možno se ještě občas setkat s názorem, že malé děti, zejména novorozenci a kojenci, nevnímají bolest. Výzkum zjistil, že už na konci druhého trimestru gestačního věku je fetus vybaven anatomickými a neurochemickými strukturami, které mu umožňují pociťovat diskomfort (Anand, Hickey). Z psychologického pohledu funguje u dětí paměť pro bolest spíše na principu znovu poznání než znovu vybavení. Proto se takovým impulzem pro obrannou reakci může stát ordinace, bílý plášť nebo lesklé kovové nástroje. Dítě kolem třetího až pátého roku již může specifikovat bolest a verbalizovat některé své nepříjemné pocity. Všeobecně známou zkušeností je, že bolest vyvolává strach z ošetření a naopak, anxiozita zvyšuje pohotovost dítěte pro vnímání bolesti (5,17).

Strach je obava před něčím konkrétním, před určitým nebezpečím, má proto velmi reálné představy, dané pojetím ohrožující situace. Obvykle je podmíněna již prožitou negativní zkušeností. Tuto emoci doprovázejí například bušení srdce, chvění, změna krevního tlaku. Jedná se o reakci na určité nebezpečí. Prožívání strachu u dětí a dospívajících je odlišné, protože dítě ještě nemá dostatek zkušeností, považuje často věci nedůležité za důležité a naopak. Strach je zvláštní citový stav, do kterého se člověk dostane v situaci, kdy ho ohrožuje skutečné, či jen zdánlivé nebezpečí. Malému dítěti je přiměřená míra bázlivosti prospěšná, pokud, ale vidí nebezpečí i tam, kde ve skutečnosti žádné není, je mu na obtíž (17).

1.2.5 Sestra a dítě ve stomatologické ordinaci

Plně důvěřující a uvolněný pacient je základním předpokladem úspěšné terapie. Stále se však setkáváme s pacienty, kteří přicházejí do stomatologické ordinace ustrašení, rozrušení předchozí traumatizující zkušeností vlastní nebo zprostředkovanou. To má za následek nejen problémové chování, ale i nežádoucí doprovodné vegetativní změny. Návštěva u stomatologa je jednou z okolností, kdy se dítě snaží vyrovnávat s novou, pro ně neznámou situací. Dětství je obdobím učení a zvládání stresu. Pro dítě, které emočně zraje, se stomatologické ošetřování stává psychickým tréninkem. Tedy každý stomatolog a sestra mohou být učitelem, který modifikuje vztah dítěte ke

stomatologickému ošetření. Tento edukační vliv sestry v rámci ošetřovatelského procesu nikdy nekončí, uskutečňuje se při každém setkání s pacientem. Vztah dětí ke stomatologickému ošetřování je formován mnoha faktory subjektivními nebo objektivními, nejčastěji jejich kombinací (5,17).

Subjektivní faktory – osobnost dítěte, intelektová úroveň, fyzická vyspělost, eventuální handicap somatický a psychický se výrazně uplatňují v chování dětí při ošetření. Mezi dětmi předškolního věku nacházíme nejvíce problémových pacientů. Problémové chování se objevuje u jedinců s horší adaptační schopností a s menší tolerancí k bolesti. Také intelektová úroveň může výrazně ovlivnit chování dítěte při ošetřování, není však určujícím faktorem. Často děti s výborným školním prospěchem nezvládnou své chování. Tříleté děti obtížně spolupracují, a proto je snaha stomatologů preventivními programy oddálit nutnost ošetření do vyšších věkových skupin. Čtyřleté dítě je již důvěřivější. Díky vlastním zkušenostem se stává nezávislé na emocionálním stavu rodičů. Velká zvědavost, fantazie mohou pozitivně i negativně ovlivnit chování dítěte. Pětileté dítě bývá v harmonické předškolní pohodě a stává se spolupracujícím pacientem. Příznivě reaguje na pochvalu a uznání. Ačkoliv je jemná motorika vyvinuta, dítě není schopné používat přiměřenou techniku při čištění zubů. Šesti až dvanáctileté dítě dovede ochotně vnímat poučení. Se zájmem přijímá formy preventivních programů, které je schopno akceptovat, zde právě sestra v rámci ošetřovatelského procesu provádí vhodnou edukaci (5,17,22,15).

Vnější vlivy – nepříjemné prostředí čekárny a ordinace, málo podnětné chování ošetřujícího personálu, traumatizující zkušenost, bolest a strach z bolesti, z trhání zubů, vrtání, je doprovázeno neurovegetativními reakcemi (5).

1.2.6 Komunikace sestry s rodiči

Sestra v rámci svých kompetencí ošetřovatelského procesu vede rozhovor s rodiči dítěte, kdy se je snaží zbavit napětí a stresu. Poskytuje reálnou představu o tom, co se bude s dítětem dít. Způsob komunikace s rodiči je určován řadou činitelů – věk dítěte, pohlaví, povaha, věk rodičů, našim odhadem jejich inteligence a vzdělání.

Rodinné prostředí je určující při formování chování ve stomatologické ordinaci. Dominantní vliv matky se projevuje i v emocionálním ladění dítěte. Rodiče si často velmi uvážlivě vybírají pro své dítě ošetřujícího lékaře. Přítomnost rodiče v ordinaci dodá dítěti větší jistotu, skýtá mu psychickou i sociální podporu, snižuje jeho obavy a strach. (5,22,17).

1.2.7 Sestra a čekárna stomatologa

Čekárna stomatologa je místo, kde se shromažďují pacienti a vyčkávají, až budou vyzváni k vyšetření či ošetření. Ne vždy jsou psychicky dobře vyladěni. Proto už sám prostor, osvětlení, vybavení nábytkem, celkové uspořádání by mělo uklidňovat a odvádět pozornost od případných zvuků doléhajících z ordinace. Čekárnou sděluje stomatologický tým svým pacientům, zda stojí o to, aby se u nich cítili dobře. Bílá sterilita, žádné obrázky, koukání na holou stěnu před sebou při čekání, jistě nenavodí tu správnou atmosféru. Je dobré co nejdomáctější prostředí a nejzábavnější úpravu svého pracoviště a tím navodit správný kontakt s dětským pacientem. V rámci ošetrovatelského procesu veškerou komunikaci s pacienty v čekárně obstarává sestra. Ona zjišťuje, kdo přišel či nepřišel ve stanovený čas, vyřizuje administrativní záležitosti, zprostředkovává vzkazy pro lékaře. Je na ní, aby posoudila naléhavost případu pacienta, který nebyl objedнан, a přesto přišel. Musí řešit drobné spory mezi čekajícími, zachovat klid a profesionální přístup. V současné době se setkáváme ve stomatologii se dvěma typy čekáren: v nemocnicích a na klinikách jsou to většinou prostory, které se mnohdy nedaří zútlulnit. Zde se shromažďuje velké množství pacientů, z nichž většina není na určitou hodinu objednaná, ale přichází k akutnímu ošetření. Zde může dojít ke konfliktním situacím, které musí sestra dobrou komunikací umět zvládnout nebo jim předejít. Mnoho zvládne vlídné vystupování sestry. Nemocným totiž často není jasné, proč je někdo volán dříve, když přišel později (7,5).

1.3 Dětská stomatologie

Předpokladem dobrého stavu chrupu dospělé populace je nutná systematická preventivní a kurativní péče o chrup dětské populace. Dětská stomatologie se vyvinula na základě potřeby poskytnout dětem systémově koncipovanou péči o zdraví určité skupiny populace, tj. dětí od nejútlejšího věku do dosažení dospělosti. Tato péče zahrnuje celou škálu preventivních a terapeutických postupů, zasahujících do téměř všech stomatologických disciplín. Zejména záchovná stomatologie, preventivní stomatologie, ale také protetiky, parodontologie, dentoalveolární chirurgie a ortodoncie. Zvláštností oproti dospělým je osobnost malého pacienta a vyvíjející se orofaciální soustava a s ní spojené odlišné nazírání v přístupu k dítěti a v terapeutických postupech (5,6). Je jisté, že to má být stomatolog a stomatologická sestra s nezbytnou dávkou pochopení pro dítě ve stomatologické ordinaci, kteří se obtížné práci s dětmi věnují s láskou. Všeobecný stomatolog v postavení rodinného lékaře má tu nejlepší příležitost starat se o dítě soustavně. Protože současně pečuje také o chrup rodičů, má jejich důvěru a jeho rady a poučení o tom, co je třeba dělat pro zdravé zuby dítěte, jsou přijímány s větší možností účinněji motivovat dítě i rodiče (5,12).

1.3.1 Cíle a koncepce dětské stomatologie

Prvním cílem dětské stomatologie je dosažení stavu, kdy rodiče v zájmu svých dětí pochopí, že pravidelná stomatologická léčba je potřebná, ale budou ji také vyžadovat. Pozitivní účinek tohoto úsilí je jedním ze základních předpokladů splnění druhého cíle a tím je zlepšení stavu chrupu mladé generace. Jde o dostupnost stomatologické péče, která by měla být pro všechny děti srovnatelná tj. bez rozdílu sociálního postavení rodiny, bydliště, a zdravotního stavu. Každé dítě by mělo být ošetřeno dvakrát během roku, nejpozději od druhého roku svého života. Systematická prohlídka chrupu umožňuje časnou diagnózu onemocnění a následně volbu jednoduššího terapeutického postupu. Stomatologická péče pro děti v České republice byla v minulosti koncipována jako hromadná, kde kolektivy dětí byly ve skupinách vyšetřovány a ošetřovány ve školních ordinacích. Výhodou tohoto systému bylo, že většina dětí (cca 95%) se preventivních prohlídek zúčastnilo. Nevýhodou, a to velmi

vážnou, byla absence zájmu a spolupráce rodičů. V současné době je cílem vybudovat systematickou léčebně preventivní péči na principu individuálního přístupu a odpovědnosti kladené na rodiče samotné. Třetím cílem je dosáhnout významné redukce výskytu zubního kazu využitím účinných preventivních a profylaktických metod. Soubor preventivních opatření vytváří preventivní program, který lze koncipovat pro jednotlivce i skupiny. Preventivního programu by se měl účastnit co nejvyšší počet dětí. V současné době je součástí zdravotního průkazu dítěte také zubní průkaz. Poskytuje informace o tom, zda je dítě v pravidelné péči zubního lékaře a zda užívá některou z forem fluoridové prevence zubního kazu.(5,12).

1.3.2 Vývoj zubu

Dentogingivální lišta, ze které se vyvíjejí dočasné i stálé zuby, vzniká v pátém týdnu intrauterinního života. Z ektodermu vzniká sklovina, z mezodermu vzniká dentin, cement a periodoncium. Dočasný chrup má celkem 20 zubů. V každé čelisti jsou čtyři řezáky, dva špičáky a čtyři stoličky. Bývá kompletní mezi 24 až 30 měsícem života dítěte. Kvalitní dočasný chrup, někdy označovaný jako mléčný, musí plnit svoji důležitou úlohu minimálně čtyři roky. Tvarově a velikostně se dočasný chrup pochopitelně liší od stálé dentice. Tvrdé zubní tkáně dočasného zubu jsou tenčí a méně mineralizované. Mají širší dentinové tubuly, kterými může snáze pronikat infekce, a také se snáze abradují. Vzhledem k rozsáhlejší dřeňové dutině, snadněji vzniká hluboký kaz v blízkosti dřeně a při preparaci se snadno dutina dřeňová otevře. Proto je důležité i ošetření malých kazů. Stálý chrup se začne prořezávat po ukončení vývoje korunky a začne se pohybovat směrem k povrchu alveolárního výběžku. Současně se vyvíjí a roste také kořen zubu. Postupně narazí na kořeny dočasného zubu, které se začnou resorbovat. Prořezávání stálého chrupu se děje od 6 do 14 let. Výjimku tvoří třetí moláry, zuby moudrosti. Často se prořezávají až po dvacátém roku i déle. Ještě dva až tři roky po proříznutí stálého zubu se dále vyvíjí jeho kořen. Vyvíjí se také dřeňová dutina zubu a dochází také k vyžrávání tvrdých zubních tkání (24,12).

1.3.3 Anatomie zubu a okolí

Anatomie zubu a okolí se skládá z dentinu neboli zuboviny, obsahuje 72% anorganických a 28% organických látek, sklovina je nejtvrdší tkáň v lidském těle, obsahuje 90% anorganických látek. Zbývajících 10% tvoří tvrdá voda, proteiny a lipidy. Zubní cement pokrývá dentin kořenové části zubu. Upínají se na něj kolagenní vlákna ozubice. Ozubice neboli periodontium, spojuje zub s kostí zubního lůžka neboli alveolu. Také se nazývá závěsný aparát zubu a je tvořen systémem vazivových vláken. Zubní dřev neboli pulpa, je rosolovitá tkáň, do které vstupují hrotovým neboli apikálním otvorem krevní a lymfatické cévy a je poměrně silně protkaná nervovými vlákny. Dáseň neboli gingiva, je pevně přirostlá k okraji alveolu, dělí se na připojenou a na volnou gingivu v oblasti krčku. Alveol neboli zubní lůžko (24).

1.3.4 Záchovná stomatologie

Hlavní náplní záchovné stomatologie je diagnostika a léčení tvrdých zubních tkání, tedy skloviny, dentinu, cementu, zubní dřevě a apikálního periodoncia. Hlavně léčení zubního kazu (24).

Zubní kaz neboli caries, latinsky zetlelost, je mikrobiální proces narušující a ničící tvrdé tkáně zubu. Začíná většinou ve sklovině jako křídově bílá skvrna a šíří se postupně do hloubky, zasahuje dentin a v pozdějších stádiích může dojít k zánětu zubní dřevě, pulpitidě. Zubní kaz u nás postihuje přes 90% populace. Zanedbaný zubní kaz může zub značně poškodit, vést ke komplikacím či ke ztrátě zubu (4). V průběhu minulých let prodělala teorie vzniku zubního kazu mnoho změn. Podle současných názorů mají na vznik kariézního procesu vliv tři faktory: vnímavá zubní tkáň, ústní mikroflóra, dietní faktor. Neméně důležitý je faktor času, po který působí negativní vlivy na zubní tkáň. Kariogenní mikroorganismy, obvykle jsou to *Streptococcus mutans* a *Lactobacillus acidophilus* jsou přítomné na povrchu zubu v plaku a lze je prokázat také ve slině. Tyto bakterie zde produkují kyseliny, a to zejména fermentací požitých sacharidů. Tento proces způsobuje lokální demineralizaci povrchu skloviny. Následně pak dochází k hlubšímu poškození v celé síle skloviny a nakonec dochází k destrukci

dentinu. Podle postižení tvrdých zubních tkání se rozlišuje kaz skloviny, kaz dentinu, kaz cementu. Destrukce může probíhat velmi rychle, ale i velmi pomalu, protože je to dynamický proces, který má kromě období demineralizace také období remineralizace. Pokud zubní kaz zasahuje pouze sklovinu, může být tento proces vratný, protože sklovina je za určitých podmínek schopna přenést uvolněné minerály zpět do krystalické mřížky. Tento proces se označuje jako remineralizace skloviny. Proto je tak důležité včas léčit počínající zubní kaz, nejlépe všemožně předcházet jeho vzniku. Není-li povrchový neboli superficiální zubní kaz včas ošetřen, vzniká kaz střední neboli mediální a ten přechází v kaz hluboký neboli profundus. Nedojde-li nyní k ošetření, dochází k zánětu dřeně, pulpitis acuta. Zánět dřeně již velmi výrazně bolí. Jsou to vystřelující ostré bolesti. Pokud ani v tomto případě nedojde k ošetření, dochází k nekróze zubní dřeně a z ní následně ke gangréně. Z mrtvého gangrenózního zubu infekce přestupuje přes foramen apicale zubu do prostoru periodontia a vzniká periapikální zánět, zub bolí výrazně na skus a poklep. Postupně se zde vytváří periapikální absces. Dochází k poškození kosti čelisti. Později vytéká do dutiny ústní zánětlivý exudát. Pokud se uzavře, vzniká zánět okostice, periostitis. Z tohoto zánětu se šíří infekce do dalších míst a vzniká absces prostoru tvářového, abscessus buccae, podjazykového, abscessus sublingualis, podčelistního, abscessus submandibularis, krajiny podbradkové, abscessus submental. Odtud se může šířit do prostoru parafaryngeálního, dále kaudálně do prostoru mediastina nebo kraniálně do spodiny střední jámy lební. Tyto záněty, v době předantibiotické, byly často smrtelné. Proto je tolik důležité včasné ošetření zubního kazu. K dobrému ošetření v zachovné stomatologii v rámci ošetrovatelského procesu výrazně přispívá stomatologická sestra. Bez náležité instrumentace není možné kvalitní konzervační ošetření (22,4,24,12).

1.3.5 Preventivní stomatologie

Preventivní stomatologie je dnes definována jako systém využívání všech opatření a prostředků s cílem předcházet vzniku onemocnění v oblasti orofaciální soustavy. Dále také předcházet úrazům, všemu, co by mohlo poškodit orální zdraví. Zvláštní pozornost a úsilí je zaměřeno právě na prevenci zubního kazu. Zubní kaz je

nejčastější orální onemocnění dětí. Riziko vzniku onemocnění je vyšší u dětí než u dospělých. Preventivní a profylaktické metody mají v dětství prokazatelně vyšší účinnost a některé z nich, jako je endogenní aplikace fluoridů, se může využít pouze v dětství. Bolest a nepříjemnosti spojené s ošetřováním zubního kazu a jeho následků se mohou stát podnětem negativistického postoje dětí k jakémukoli ošetření v dutině ústní. Zubní kaz je nejčastější příčinou zánětů ozubice dočasných zubů a jejich předčasná extrakce, může ohrozit vývoj zárodků a konfiguraci celého stálého chrupu. Zubní kaz je onemocnění, kterému je možno úspěšně předcházet (4,5,24,12).

1.3.5.1 Primární prevence

Ve stomatologii má prevence a to zejména primární prevence mimořádný význam. Primární prevenci zubního kazu můžeme rozdělit na opatření s cílem učinit sklovinu méně vnímavou vůči vzniku kazu. Dále opatření směřující k ovlivnění kariogenní bakteriální flóry. Dále opatření vedoucí k ovlivnění stravovacích návyků podporující výživu bakterií. Na vznik zubního kazu má velký vliv dědičnost. To se projevuje tak, že se podílí na utváření více nebo méně odolné skloviny, postavení zubů, hustotě, anomálií. Každý zubní kaz začíná zcela málo zřetelnou lézí, ze které vzniká typická kavita a rozpadem organických i anorganických struktur zubu. Zubním kazem začínají téměř všechna onemocnění v oblasti orofaciální, kromě onemocnění sliznice a parodontu (24).

K nejzákladnějším metodám primární prevence patří odpovídající hygiena dutiny ústní, tedy čištění zubů. Metody čištění musí vyhovovat požadavkům maximální účinnosti a snadné osvojitelnosti. V odborné literatuře je popisována řada metod čištění zubů. Vyhovující je každá metoda, která odstraňuje plak z povrchu zubu. Společným znakem různých metod je určitý systém, který si musí člověk osvojit. Děti do 6 let zvládají většinou jen pohyby horizontální. Je proto vhodná pomoc rodičů. Při malém počtu prořezaných zubů 1. dentice by měla matka 2x denně lehce stírat povlak navlhčenou gázou. Od tří let můžeme na dítěti vyžadovat, aby si samo vyčistilo chrup vhodným kartáčkem, ale tato činnost musí být za dozoru a dočištění dospělé osoby. Čistit by se mělo po každém jídle obsahujícím sacharidy. Toto je těžko proveditelné.

Proto bývá pravidlem čištění zubů ráno po snídani a večer před spaním. Večerní čištění je nejdůležitější. Po vyčištění se už nesmí jíst nic sladkého. V noci se plak vytváří nejvíce. Vlastní doba čištění je doporučována 3 až 5 minut. Zejména u dětí je vhodné využít časoměrných pomůcek, ale rozhodující je vždy účinnost čištění, tedy dohlédnutí a pomoc rodičů je u dětí předškolního věku nezbytná. Ke klasickému čištění zubním kartáčkem je vhodné doplnění čištění mezizubních prostor dentálním vláknem, mezizubními kartáčky a to zejména při večerním čištění. Dobré je celý mechanismus čištění občas doplnit i výplachem doplňkovými chemickými preparáty. Používání žvýkaček bez cukru, je možné doporučit po jídle i v průběhu dne, protože prokazatelně zvyšují salivaci a mechanicky očišťují povrch zubů. Platí zásada, že pokud lékař či sestra v rámci ošetrovatelského procesu doporučují rodičům metodu čištění, musí ji také demonstrovat. Nejlépe na modelu, pak i v ústech. Rozhodující je vždy výsledek dosažené úrovně ústní hygieny, nikoliv striktní dodržování nějaké metody čištění (5,12,24).

Správná výživa, tedy optimální skladba potravy je nutná k celkovému pozitivnímu vývoji jedince, to již v prenatálním období, dále během vývoje až do dospělosti. Špatné stravovací návyky z dětství se pak v dospělosti těžko mění. Požadavky preventivní stomatologie jsou v souladu se zásadami správné výživy. Nevyvážená strava se projevuje především poruchou mineralizace tvrdých zubních tkání, především skloviny. Tím se může zvýšit výskyt zubního kazu. Nedostatečný přívod minerálů potravou je kritický již od 12. týdne nitroděložního života až do 2 roku věku dítěte pro dočasnou dentici. Pro stálou dentici je kritické období od 24. týdne nitroděložního života až do patnácti let. Správná výživa je významná nejen pro dítě, ale již pro těhotnou ženu a kojící matku. Skladba stravy má vliv na chemické složení slin. Ta se uplatňuje při vzniku kazu, a při prořezávání zubů. Pro samoočišťovací proces zubů od zubního plaku je důležitá konzumace syrové zeleniny. Pro dostatečný přívod kalcia je důležitá strava bohatá na mléčné výrobky. Tyto návyky správné výživy jsou mezi populací všeobecně známé, většinou není na škodu, když tyto poznatky rodičům sestra v rámci ošetrovatelského procesu připomene, popřípadě použije vhodného edukačního materiálu nebo brožury (4,5,24).

Fluór v prevenci zubního kazu hraje nezastupitelnou úlohu. Fluór se vyskytuje v přirozené potravě a ve vodě. Obsah fluóru je různý, podle geografické lokality. V ČR je vyšší koncentrace v Polabí, v Rudohoří, a Českém Středohoří. V potravinách je zastoupen v zelenině a ovoci, ale ne v optimálním množství. Na fluoridaci pitné vody byly v minulosti postaveny preventivní programy kvůli snižování kazivosti u nás, a také v jiných státech. Vodárenská voda pokud by byla více konzumována, je účinnost této preventivní metody prokázána. Podávání fluoridových tablet se zdá jako nejvhodnější. V ČR se podávají tablety Natrium fluoratum, kdy je obsaženo 0,25 mg fluóru v jedné tabletě. Tablety je vhodné podávat od narození do 6 měsíců věku dítěte v dávce 1 tbl denně. Od dvou do čtyř let je vhodné 2 x 1 tbl denně. Od tří do čtyř let 2x2 tbl denně. Toto schéma podávání platí pro standardní oblasti v ČR. Také se provádí fluoridace soli, mléka, žvýkaček. Jako další preventivní užívání fluóru jsou lokální metody. Tedy místní aplikace na povrch skloviny zubů. Místní aplikaci lze využít při osobní hygieně dutiny ústní, nebo aplikaci hromadnou metodou v dětských kolektivech, mateřských školách, školách aj, ale také v ordinaci dětského zubního lékaře. Kolektivní aplikace musí vždy provádět školený pracovník a do tohoto programu je vhodné zapojit děti se zvýšenou kazivostí zubů. Vzhledem k výše uvedeným metodám dodávání fluoridů, je potřebné mít v dávkách určitý přehled. V poslední době se objevují stavy z předávkování fluoridů, zejména u malých dětí (7,24).

Metoda monitorování bakterií způsobujících zubní kaz. V současné době je bakterie *Streptococcus mutans* považována za primární příčinu vzniku zubního kazu. Její přítomnost nebo nepřítomnost v dutině ústní, je ukazatelem vysokého či nízkého sklonu ke kazivosti zubů. Tato bakterie se přenáší z jednoho člověka na druhého a je často přenášena z matky na dítě. Zejména u dětí jednoho až tří let při krmení dítěte lžičkou, ochutnávání stravy kojence nebo podávání dudlíku z úst matky. Proto identifikace bakterie *Streptococcus mutans* pomocí indikátoru Democult je další preventivní metodou vzniku zubního kazu. I zde sestra v rámci ošetrovatelského procesu může vhodně edukovat matku kojence, či batolete o přenosu bakterie na dítě a možnosti vzniku zubního kazu (5,24). V Plzeňském kraji probíhal v roce 2009 projekt Všeobecné zdravotní pojišťovny, který chce pomoci řešit zhoršující se situaci v péči o

zuby u malých dětí. Odborným garantem projektu Zdravé zoubky je Česká stomatologická komora. Na realizaci programu spolupracoval tým dentálních hygienistů. Podle statistik dvě třetiny pětiletých dětí mají zkažený chrup. Cílem projektu bylo zábavnou a srozumitelnou formou naučit děti, jak správně čistit zuby. Po instrukci správného čištění zubů si děti sami ověřily získané znalosti při praktické zkoušce s kartáčkem a pastou a na závěr pomocí indikátoru zubního plaku zjistily, jak dobře si zuby vyčistily. Všechny děti si pak odnesou balíček s kartáčkem a zubní pastou domů-. Cílem projektu je současně připomenout rodičům, že ve školních zařízeních hromadnou preventivní prohlídkou děti již neprocházejí, a že potřebné vyšetření chrupu jim musí zajistit sami u zubního lékaře (12,4).

1.3.5.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence má snižovat prevalenci zubních onemocnění. Jedná se o opatření, kdy se co nejdříve správně diagnostikuje zubní kaz. K tomu slouží preventivní prohlídky. V ČR je hradí dvakrát ročně všechny zdravotní pojišťovny. V graviditě dokonce každé tři měsíce. Stomatolog doporučí po vyšetření dutiny ústní další zubní kontrolu a sestra vyhledá datum následující preventivní prohlídky, který doporučí rodičům (5,24).

1.4 Celková anestezie

Celá řada stomatologických výkonů, myšleno od prvotního vyšetření až terapeutická řešení, je pro mnoho dětí významně stresujícím faktorem. Proto není možné v některých případech navázat s malým pacientem žádnou spolupráci. Čím je dítě mladší, tím obtížnější je s ním kontakt. Negativní zážitky v zubní ordinaci v předškolním věku se mohou významně podílet na nespolupráci v pozdějším věku. Tehdy začíná převládat především strach z bolesti. Fixace stresu má dlouhodobě negativní následky a může ovlivnit další léčbu jiného základního onemocnění. U ošetřování chrupu by se nikdy neměly podceňovat aspekty, bolest a strach. Od ošetřujícího personálu se vyžaduje klást mimořádný důraz na správný psychologický přístup k dítěti a dobrou spolupráci s rodiči a získání jejich důvěry (18).

Celková anestezie znamená stav potlačení vědomí a bolesti z operačního pole a jejího vnímání v CNS s vyloučením eferentní složky nociceptivních reflexů. U stomatologických operací se používá u pacientů s hendikepem a u déletrvajících maxilofaciálních výkonů, dále v dentoalveolární chirurgii. U některých anxiózních jedinců lze při stomatologickém ošetření vystačit pouze se sedací při vědomí. Oproti celkové anestezii tato metoda je jednodušší, méně náročná pro pacienta i pro celé zdravotnické zařízení. Pro analgosedaci lze užít kombinaci benzodiazepinů, především midazolamu a subanestetických dávek některých venózních anestetik jako ketaminu a propofolu, Diprivan. Z indikací, které opravňují ambulantně ošetřit dítě v celkové anestezii lze uvést věk dítěte do 4 let, akutně vzniklý otok měkkých tkání předem vylučující použití lokální anestezie, alergie na lokální anestetikum, symptomatické zuby ve dvou a více kvadrantech, intelektuální handicap neumožňující navázání komunikace, těžká mentální retardace i u dospělých. Jako další relativní indikace se považuje nespolupráce dítěte, když není možné navázat důvěru a kontakt s ošetřujícím zubním lékařem. Zmíněná indikace je však podle zkušeností spíše zneužívána a ve více než polovině případů zakrývá malou míru trpělivosti a neochotu ošetřujícího personálu věnovat dítěti dostatečný čas. Za neopodstatněné pro odesílání dětí k ošetření v celkové anestezii se považuje přání rodičů s výjimkou již předchozí zkušenosti s ošetřením dítěte v celkové anestezii, kariézní, avšak symptomatický chrup. Před stomatologickým výkonem u obtížně ošetřitelných pacientů by se vždy mělo zvážit, podání vhodné premedikace. Premedikace sama o sobě představuje velmi důležitou součást mnoha výkonů ve stomatologické ordinaci. Úkolem ambulantně podávané premedikace je především psychomotorické zklidnění pacienta při stabilizaci vegetativních funkcí. U dětí se navíc ještě klade požadavek na podání premedikace co nejméně traumatizujícím způsobem. Při indikaci celkové anestezie je nutné mít na zřeteli, že každá celková anestezie je zátěží pro pacienta. Je nutné přísně dodržovat indikace, vždy dbát na individuální posouzení a vždy hledat optimální způsob ošetření. Před každým ošetřením v celkové anestezii je třeba mít plán ošetření, který je samozřejmě koncipován radikálněji než při běžné sanaci chrupu. Rodiče musí být informováni o závažnosti a

možných komplikacích celkové anestezie. Sanace v celkové anestezii se má koncipovat tak, že mezi jednotlivými ošetřeními má být interval alespoň dva roky (4,5,13,18).

1.4.1 Předoperační příprava a pooperační péče

K všeobecně preventivním postupům náleží předoperační příprava nemocného. Součástí předoperačního vyšetření je sepsání anamnézy, klinické vyšetření, standardní laboratorní vyšetření s ohledem na plánovaný operační výkon v celkové anestezii, případná další vyšetření pro posouzení operability, u dětí nutné pediatrické vyšetření. Dále se jedná o obecná opatření a poučení před operací, informovaný souhlas s operačním výkonem a také informovaný souhlas pacienta s podáním anestezie. Souhlasy je nutné dokumentovat. Dále limitování příjmu tekutin a potravy, 6 hodin před výkonem nic nejíst ani nepít. Příprava operačního pole, speciální opatření při přidružených chorobách, před zákrokem vyšetří dítě anesteziolog a podá bližší informace k případným dotazům. U ambulantních pacientů po operaci je nutné zajištění bezpečného pooperačního období. Čtyři hodiny po výkonu pacient dospívá na pooperačním pokoji za kontroly sestry, Ta zde provádí v rámci ošetrovatelského procesu monitorování fyziologických funkcí. Po uplynutí této doby zkontroluje dítě lékař a propustí do domácího ošetření. Reakční schopnost dítěte po výkonu je silně zhoršená po dobu 24 hodin. Dítě se nesmí po tuto dobu nechávat bez dozoru. Jestliže nastanou jakékoliv komplikace, je nutné volat záchrannou službu, popřípadě dítě přivést zpět do nemocnice (4,5,13,18,16).

1.4.2 Komplikace související s celkovou anestezii

Během anestézie a v bezprostředním pooperačním období mohou nastat komplikace, které vážně ohroží život nebo prodlouží pooperační péči a tím pobyt v nemocnici. Komplikace dle vzniku nebo místa působení dělíme na komplikace spojené s technickým vybavením, prolongovaná intubace v souvislosti s nesvítícím laryngoskopem, nesprávná intubace, zalomení endotracheální rourky, rozpojení dýchacího systému, dále paravenózní aplikace léků, infekce v místě vpichu. Další komplikace jsou spojené s operačním výkonem. Dále komplikace, na nichž se podílí

volba a vedení anestezie je pokles dechového centra, pokles TK, přetrvávající nervosvalová blokáda, hepatotoxické poškození, nefrotické poškození, lékové interakce (16).

1.4.3 Rozdělení nejzávažnějších komplikací

Dechové komplikace jsou akutní obstrukce dýchacích cest, aspirace krve při operacích nejčastěji v dutině ústní. Dále laryngospasmus, který je velmi závažnou komplikací ohrožující život nemocného. Může vzniknout v úvodu do celkové anestezie rychlým uváděním dítěte do inhalační anestézie. Nejčastěji však vzniká nesprávnou technikou extubace. U dítěte je nutné ponechat tracheální rourku až do vykašlání tracheální rourky, vlastní extubace se provádí v nádechu. Bronchospasmus, zde jde o křečovitě zúžení bronchiálního svalstva s nemožností nemocného prodýchat. Další komplikací je hypoventilace z přetrvávající svalové relaxace, vznikající v bezprostředním pooperačním období. Subglotický edém vzniká jako důsledek nešetrné intubace. Dále bronchopneumonie, zejména aspirační pneumonie při užití netěsnící manžety. Další komplikací jsou oběhové a cévní, mozkové, poruchy termoregulace a renální komplikace (16).

2 Cíle a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl 1. Zjistit postoj sester k vlastním dovednostem v komunikaci, nutných pro úspěšné ošetření dítěte předškolního věku.

Cíl 2. Zjistit možnosti, kterými by bylo možné snížit počet dětí, nutné ošetřit v celkové anestezii na stomatochirurgickém oddělení v Českých Budějovicích.

2.2 Hypotézy a výzkumné otázky

Hypotéza 1: Sestry mají zájem o školení v komunikaci, nutných pro úspěšné ošetření dítěte předškolního věku.

Hypotéza 2: Sestry využívají zásady komunikace s dítětem předškolního věku ve stomatologii.

Výzkumná otázka 1: Je možné snížit počet dětí ošetřených v celkové anestezii na stomatochirurgickém pracovišti pomocí navázání komunikace s dětmi a jejich rodiči?

3 Metodika

3.1 Způsob zpracování

Výzkumné šetření je kvantitativně kvalitativní. Ke sběru dat při kvantitativním šetření v bakalářské práci byla použita metoda dotazování, technika dotazníků. Na techniku sběru dat byl použit dotazník s převahou uzavřených otázek s možnostmi výběru, některé otázky byly polouzavřené. Tento dotazník je určen pro sestry pracující ve stomatologických ambulancích (Příloha 1). Dotazníky byly rozdány v období od 26. února 2011 do 30. března 2011.

Dotazníky pro sestry byly rozdány na stomatologických ambulancích v okrese České Budějovice a okrese Tábor. Na těchto stomatologických ambulancích bylo rozdáno celkem 100 dotazníků pro sestry a návratnost vyplněných dotazníků byla 70%. Výsledky z kvantitativního výzkumného šetření byly zpracovány do grafů pomocí programu Microsoft Office Excel.

Kvalitativní výzkumné šetření bylo prováděno s rodiči ošetřených dětí v celkové anestezii na stomatochirurgickém oddělení metodou individuálního hloubkového rozhovoru (Příloha 2), který zahrnoval 15 otázek. 2 otázky byly identifikační a další byly zaměřené na prevenci chrupu před ošetřením, spokojenost rodičů s přístupem ošetřujícího personálu ve stomatologické ordinaci k nim a jejich dítěti a v čem vidí příčinu nutnosti ošetření jejich dítěte v celkové anestezii. Rozhovor byl veden na pooperačním pokoji na stomatochirurgickém oddělení před propuštěním dítěte domů. Tento rozhovor trval 15 minut a byl zaznamenán písemnou formou. Výsledky z kvalitativního šetření byly zpracovány pomocí programu Microsoft Office Word do přehledných tabulek. Výzkumné šetření proběhlo od prosince 2010 do března 2011.

3.2 Charakteristika výzkumu

1. Výzkumný soubor z kvantitativního výzkumného šetření tvořily sestry ze stomatologických ambulancí. Výzkumný vzorek tvořilo 70 sester, které pracují ve

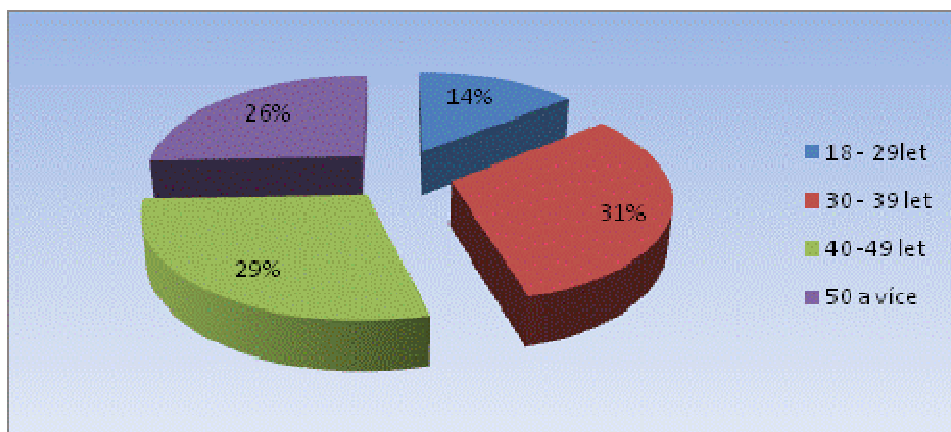
stomatologických ambulancích a ošetřují děti. Nejčastější délka praxe 16 a více let a ošetří 5 a více dětí předškolního věku týdně.

Výzkumný soubor z kvalitativního výzkumného šetření tvořilo 5 matek předškolních dětí ošetřených na stomatochirurgickém oddělení v Českých Budějovicích v celkové anestezii pro sanaci chrupu. Dotazované byly matky dětí různého věku. Jedné matce bylo 28 let, další tři byly ve věku 35, 37 a 39 let a jedné bylo 45let. Středoškolské vzdělání měly čtyři matky a jedna vysokoškolské. Tyto matky byly vybrány na základě ochoty a vstřícnosti spolupracovat na tomto výzkumném šetření.

4 Výsledky

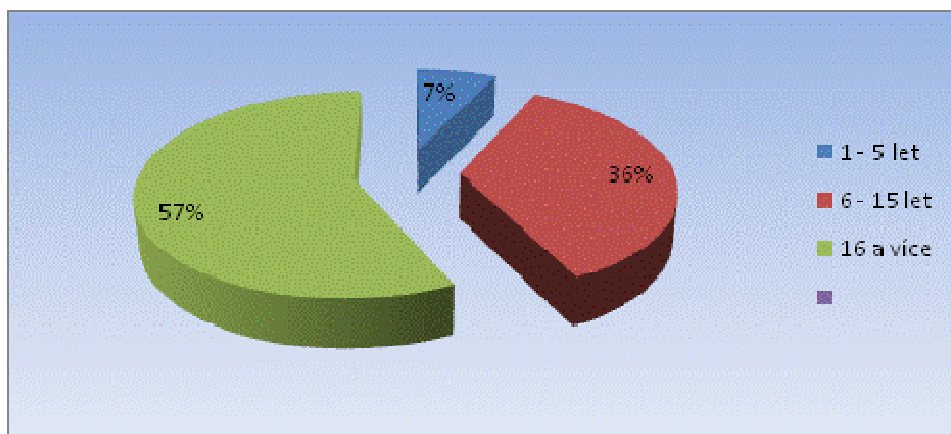
4.1 Grafické zpracování otázek z dotazníku pro sestry

Graf 1 Věková skupina sester



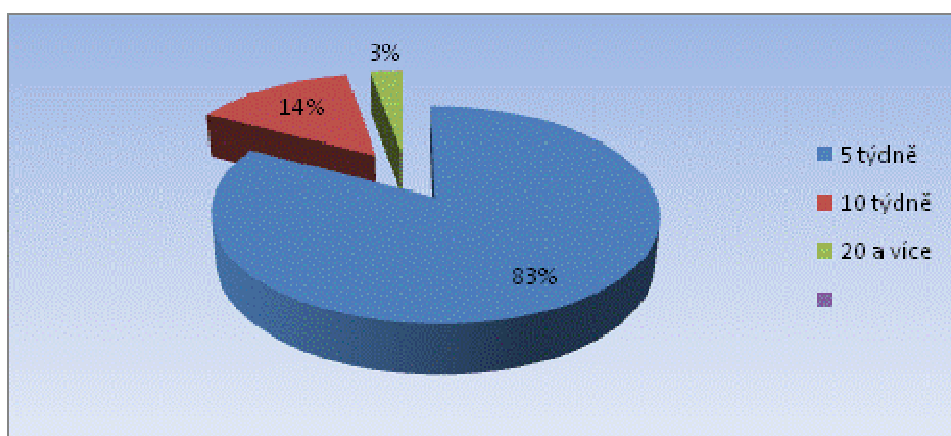
Z celkového počtu 70 sester (100%) bylo 10 sester věkové skupiny od 18 – 29 let (14%), 22 sester bylo ve věkové skupině 30 – 39 let (31%), 40 – 49 let bylo 20 sester (29%), 50 a více let bylo 18 sester (26%).

Graf 2 Délka praxe sester na stomatologii



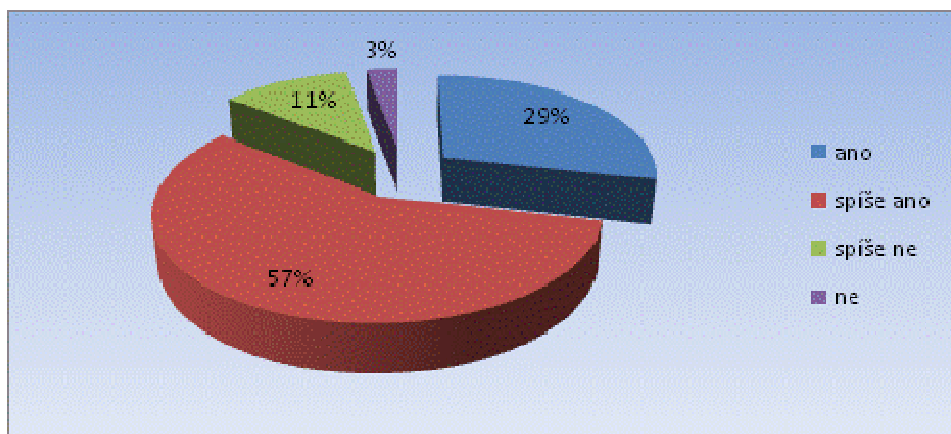
Z celkového počtu 70 sester (100%) byla délka praxe 1 – 5 let 5 sester (7%), 6 – 15 let praxe 25 sester (36%), 16 a více let bylo 40 sester (57%).

Graf 3 Počet ošetřovaných dětí předškolního věku za týden



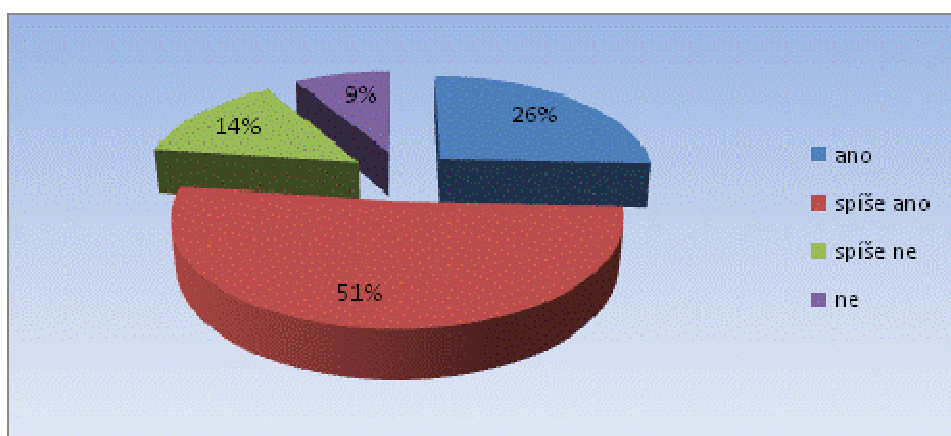
Z celkového počtu 70 sester (100%), uvedlo 58 (83%), že ošetří za týden 5 dětí předškolního věku, 10 sester (14%) uvedlo, že ošetří 10 dětí týdně a pouze 2 sestry (3%) uvedly ošetření 20 a více dětí týdně.

Graf 4 Znalost komunikačních dovedností sestry



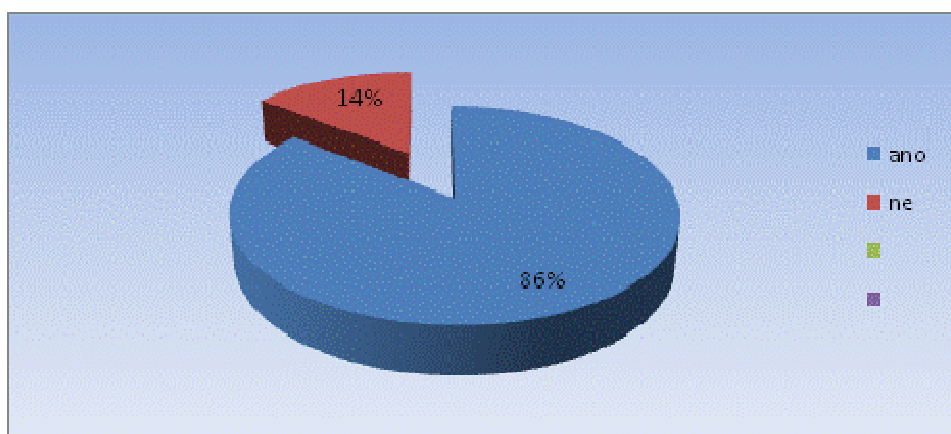
Z celkového počtu 70 sester (100%) uvedlo 20 sester (29%), že zná komunikační dovednosti sestry, spíše ano uvedlo 40 sester (57%), spíše ne 8 sester (11%), a že nemá komunikační dovednosti, uvedly 2 sestry (3%).

Graf 5 Znalost komunikačních specifík ve stomatologii



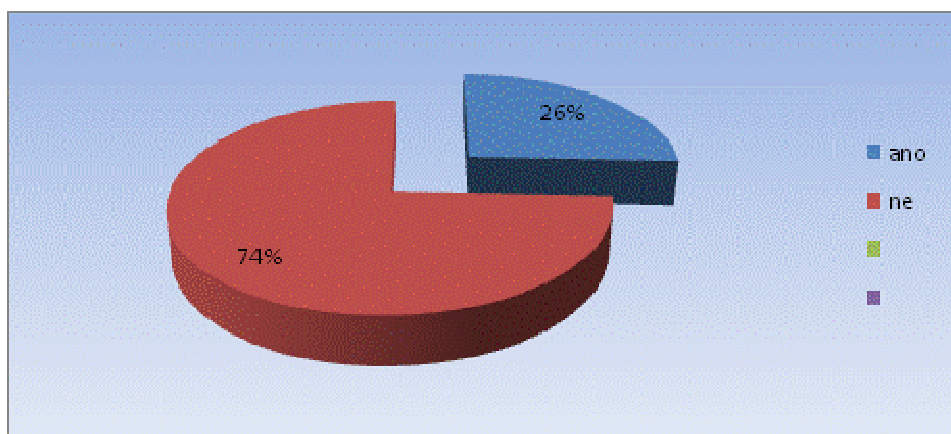
Z celkového počtu 70 sester (100%) uvedlo na otázku znalosti komunikačních specifík ve stomatologii ano 18 sester (26%), spíše ano 36 sester (51%), spíše ne 10 sester (14%) a ne uvedlo 6 sester (9%).

Graf 6 Přizpůsobenost čekárny dětským pacientům, obrázky



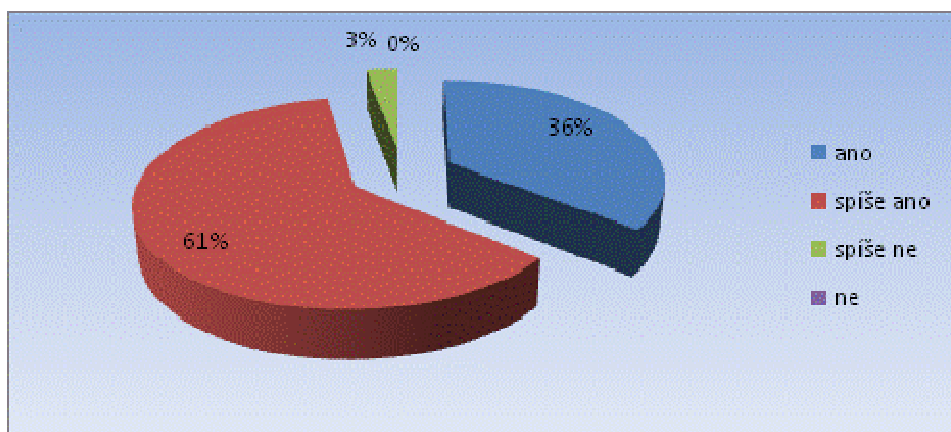
Z celkového počtu 70 sester (100%) na otázku, zda mají přizpůsobenou čekárnu dětským pacientům, odpovědělo 60 sester (86%) ano a 10 sester (14%) odpovědělo ne.

Graf 7 Vybavení čekárny pro děti na zkrácení čekací doby, časopisy, knihy, hry



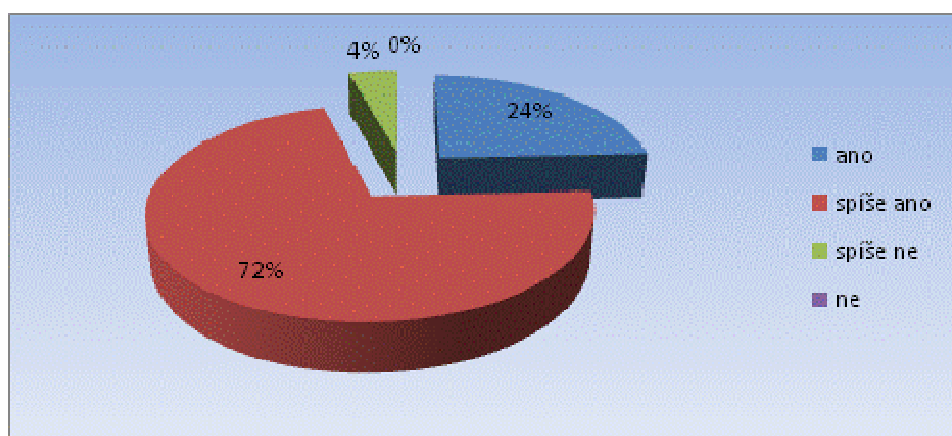
Z celkového počtu 70 sester (100%) na otázku vybavení v čekárně pro děti na zkrácení čekací doby, časopisy, knihy, hry odpovědělo ano 18 sester (26%) a ne 52 sester (74%).

Graf 8 Znalost komunikačních dovedností sestry s dětským pacientem



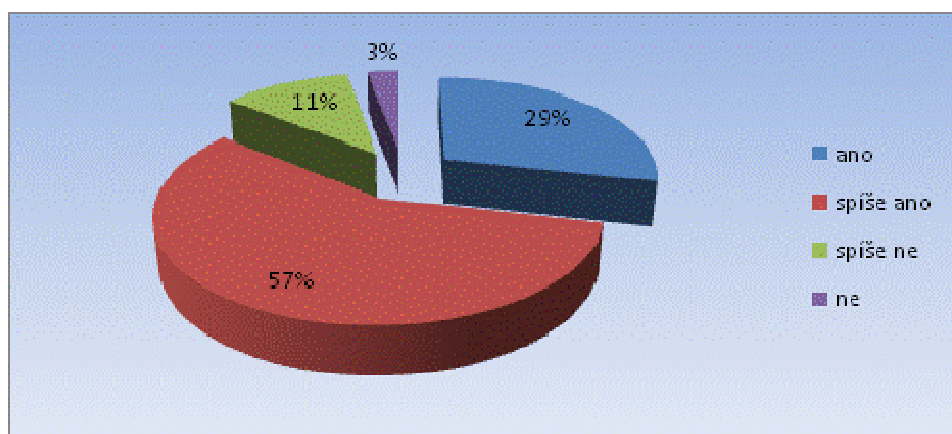
Z celkového počtu 70 sester (100%) uvedlo na otázku komunikační dovednosti sestry s dětským pacientem ano 25 sester (36%), spíše ano 43 sester (61%), spíše ne 2 sestry (3%), ne neuvedla žádná sestra (0%).

Graf 9 Znalost komunikačních dovedností s doprovodem dětského pacienta



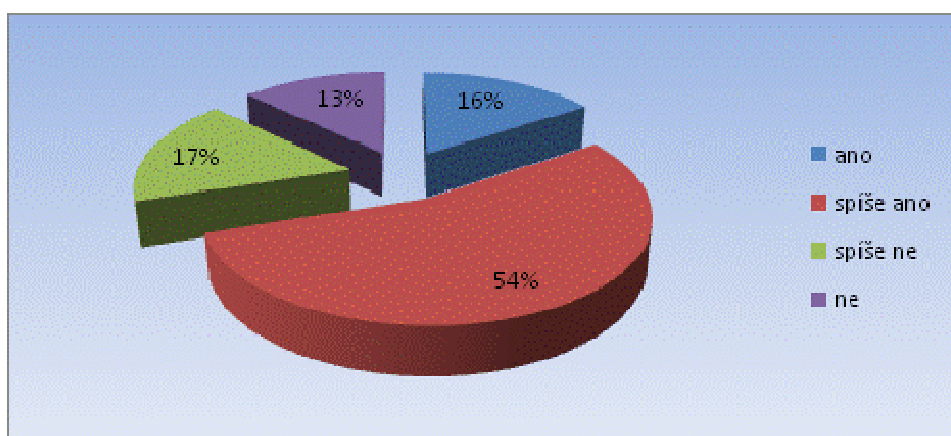
Z celkového počtu 70 sester (100%) na otázku znalosti komunikačních dovedností s doprovodem dětského pacienta uvedlo 17 sester (24%) ano, spíše ano 50 (72%), spíše ne 3 (4%), ne neuvedla žádná sestra (0%).

Graf 10 Snaha o navázání pozitivní komunikace už v čekárně



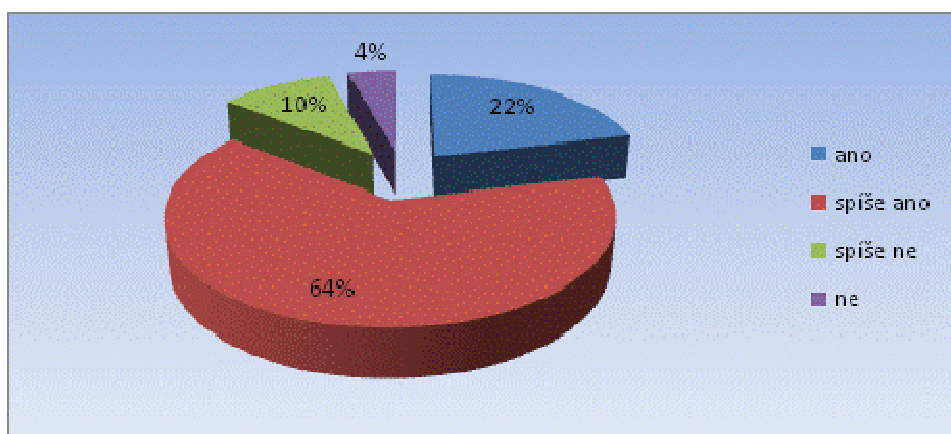
Z celkového počtu 70 sester (100%) na otázku snaha o navázání pozitivní komunikace už v čekárně uvedlo ano 20 sester (29%), spíše ano 40 sester (57%), spíše ne 8 sester (11%), 2 sestry (3%) uvedly, že se nesnaží o navázání pozitivní komunikace už v čekárně.

Graf 11 Komunikace s dítětem bezprostředně po vstupu do ordinace



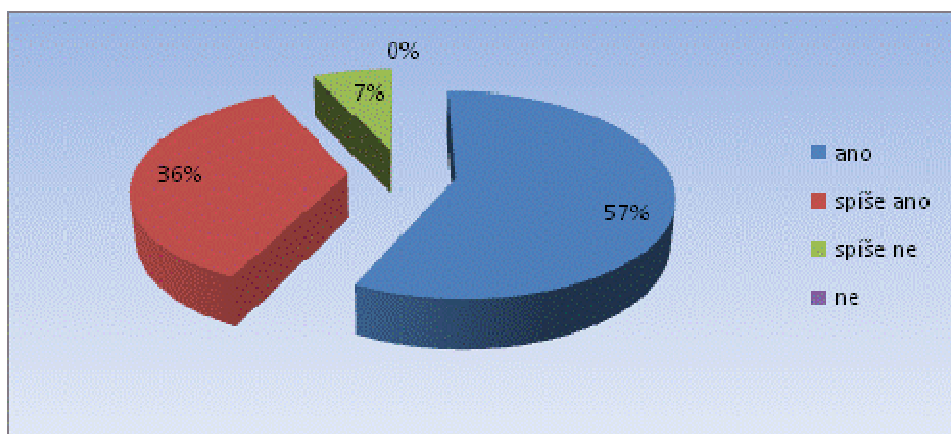
Z celkového počtu 70 sester (100%) na otázku Komunikace s dítětem bezprostředně po vstupu do ordinace uvedlo ano 11 sester (16%), spíše ano 38 sester (54%), spíše ne 12 sester (17%), 9 sester (13%) uvedlo, že nekomunikuje s dítětem při vstupu do ordinace.

Graf 12 Používání pravdivých informací, přizpůsobených věku dítěte



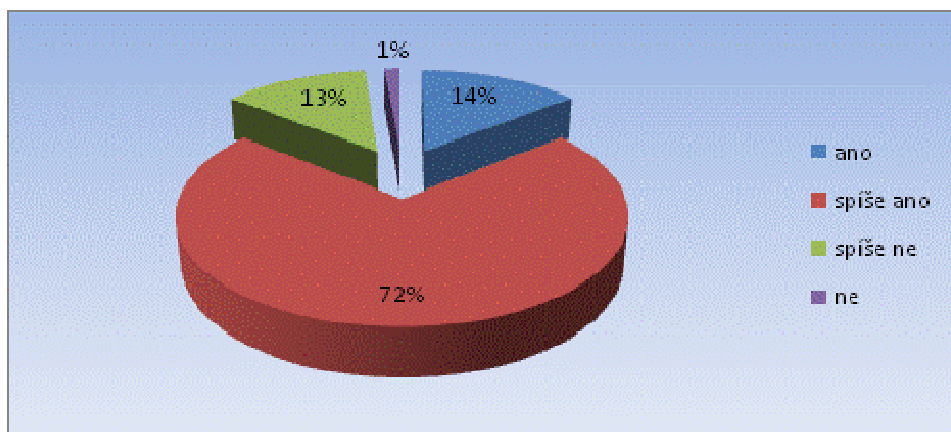
Z celkového počtu 70 sester (100%) uvedlo na otázku používání pravdivých informací, přizpůsobených věku dítěte ano 15 sester (22%), spíše ano 45 sester (64%), spíše ne 7 sester (10%), ne 3 sestry (4%).

Graf 13 Odvedení pozornosti dítěte od nepříjemných vjemů v ordinaci (nástroje)



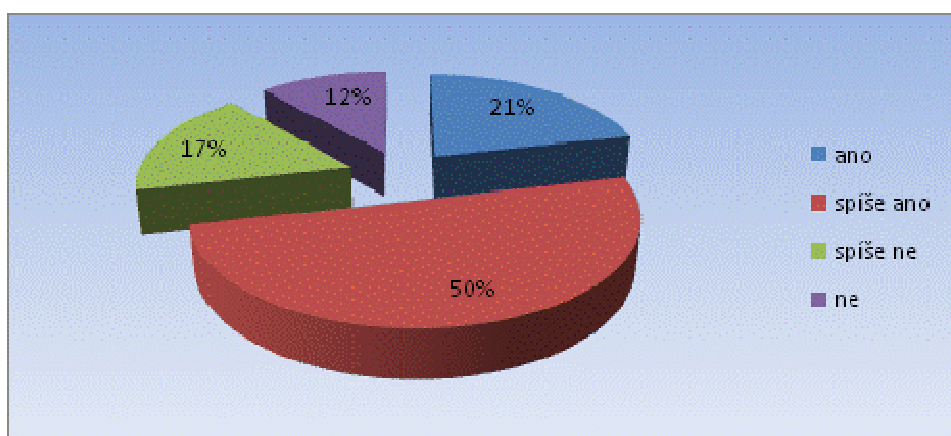
Z celkového počtu 70 sester (100%) na otázku odvedení pozornosti dítěte od nepříjemných vjemů, ne uvedla žádná sestra (0%), spíše ne 5 sester (7%), spíše ano 25 sester (36%), ano uvedlo 40 sester (57%).

Graf 14 Udržení klidného přístupu ve vypjatých situacích



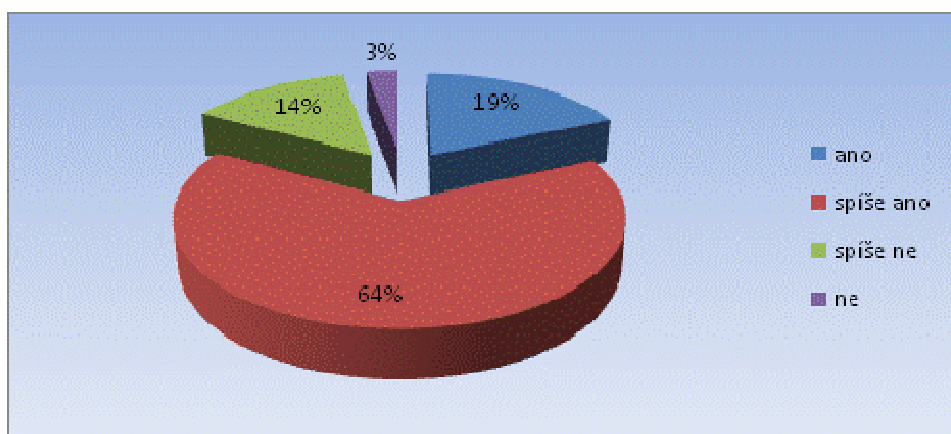
Z celkového počtu 70 sester (100%) na otázku udržení klidného přístupu ve vypjatých situacích uvedlo 10 sester (14%), spíše ano 50 sester (72%), spíše ne 9 sester (13%), ne 1 sestra (1%).

Graf 15 Příjemná pracovní atmosféra na pracovišti



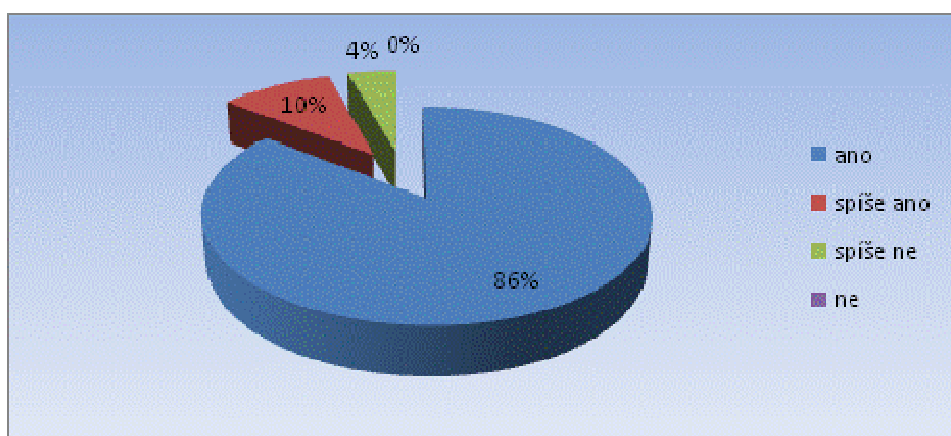
Z celkového počtu 70 sester (100%) na otázku, zda mají na pracovišti příjemnou atmosféru uvedlo ne 8 sester (12%), spíše ne 12 sester (17%), spíše ano 35 sester (50%), ano 15 sester (21%).

Graf 16 Vytvoření dobré atmosféry na pracovišti



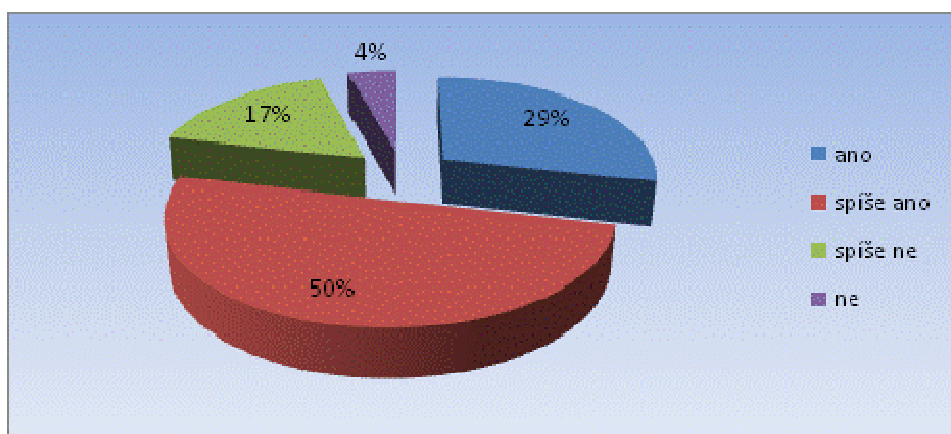
Z celkového počtu 70 sester (100%) uvedlo na otázku vytvoření atmosféry na pracovišti ano 13 sester (19%), spíše ano 45 sester (64%), spíše ne 10 sester (14%), ne uvedly pouze 2 sestry (3%).

Graf 17 Odměňování dětí za spolupráci ve stomatologické ordinaci



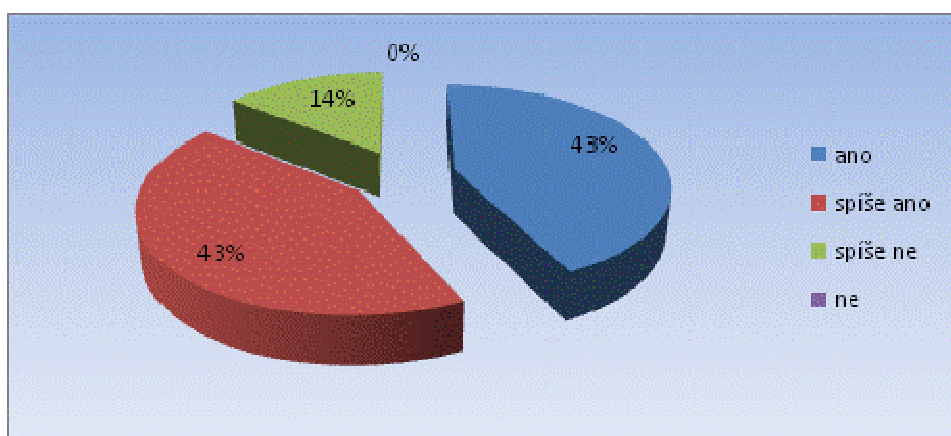
Z celkového počtu 70 sester (100%) na otázku odměňování dětí za spolupráci ve stomatologické ordinaci, neuvedla ne žádná sestra, spíše ne 3 sestry (4%), spíše ano 7 sester (10%), ano 60 sester (86%).

Graf 18 Přítomnost rodiče dítěte ve stomatologické ordinaci



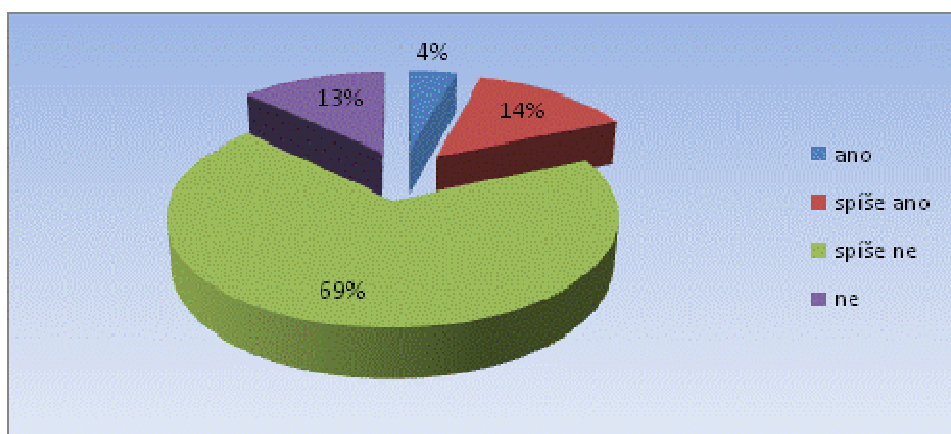
Z celkového počtu 70 sester (100%) uvedlo na otázku přítomnosti rodiče dítěte ve stomatologické ordinaci ne 3 sestry (4%), spíše ne 12 sester (17%), spíše ano 35 sester (50%), ano 20 sester (29%).

Graf 19 Edukace rodičů o správné výživě, prevenci zubního kazu



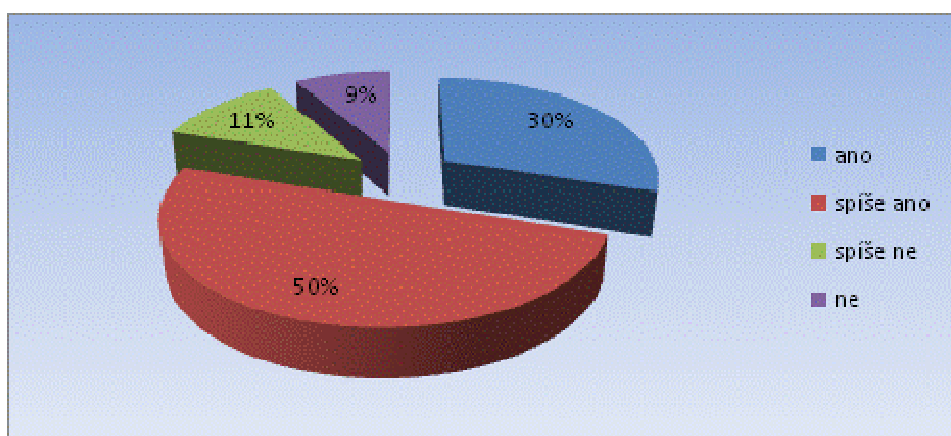
Z celkového počtu 70 sester (100%) na otázku edukace rodičů o správné výživě, prevenci zubního kazu neuvedla ne žádná sestra (0%), spíše ne 10 sester (14%), spíše ano 30 sester (43%), ano 30 sester (43%).

Graf 20 Dostatečná informovanost rodičů o prevenci zubního kazu



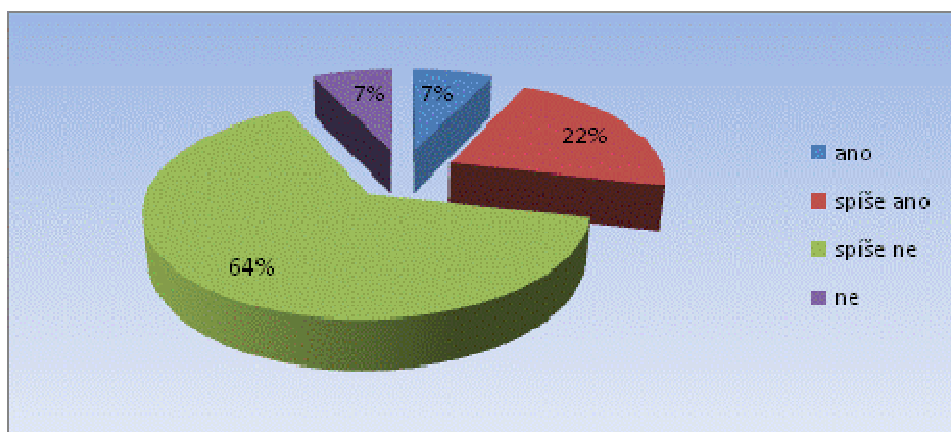
Z celkového počtu 70 sester (100%) uvedlo na otázku o dostatečné informovanosti rodičů o prevenci zubního kazu ano pouze 3 sestry (4%), spíše ano 10 sester (14%), spíše ne uvedlo 48 sester (69%), ne 9 sester (13%).

Graf 21 V ordinaci edukační brožury, letáky



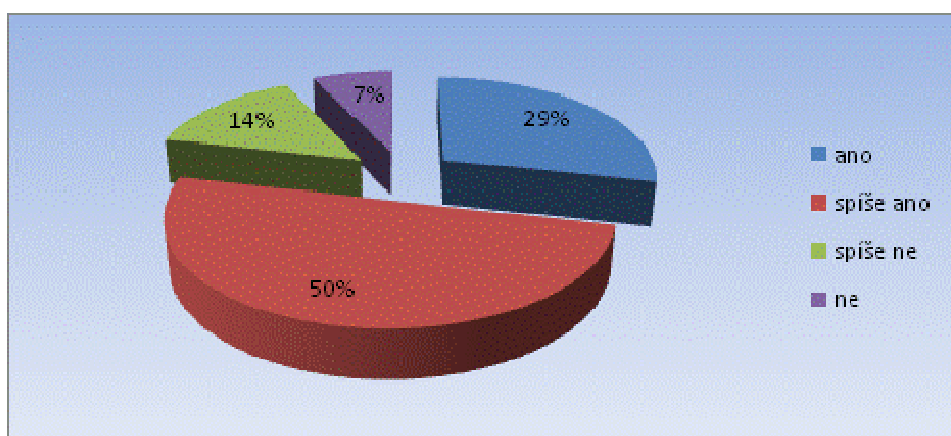
Z celkového počtu 70 sester (100%) uvedlo, zda mají v ordinaci edukační letáky, brožury ano 21 sester (30%), spíše ano (50%), spíše ne 8 sester (11%), ne 6 sester (9%).

Graf 22 Informovanost rodičů o první návštěvě se svým dítětem u stomatologa



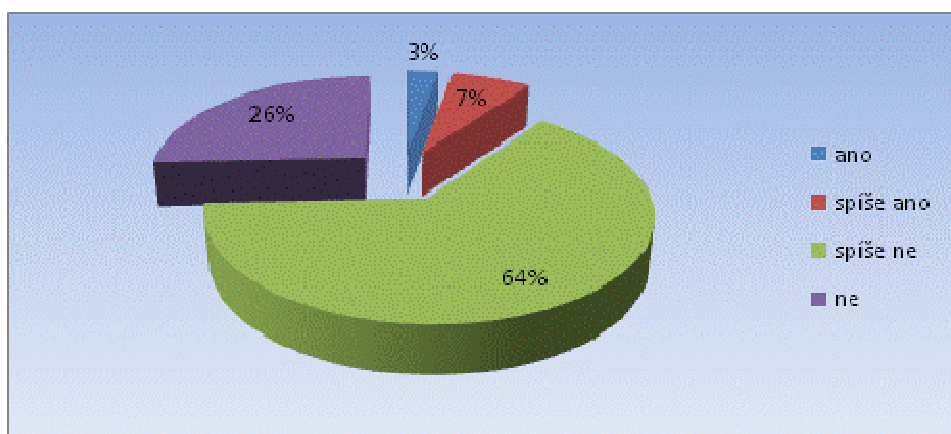
Z celkového počtu 70 sester (100%) na otázku o dostatečné informovanosti rodičů o první návštěvě se svým dítětem u stomatologa uvedlo ne 5 sester (7%), spíše ne uvedlo 45 sester (64%), spíše ano 15 sester (22%), ano 5 sester (7%).

Graf 23 Uvítání více informací o komunikačních dovednostech



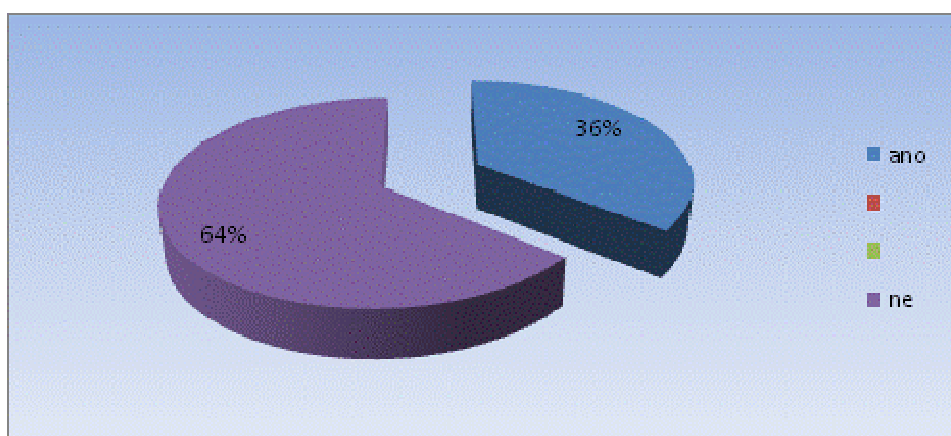
Z uvedeného počtu 70 sester (100%) na otázku uvítání více informací o komunikačních dovednostech uvedlo ne 5 sester (7%), spíše ne 10 sester (14%), spíše ano 35 sester (50%), ano 20 sester (29%).

Graf 24 Samostatné vyhledávání informací o komunikaci s dítětem



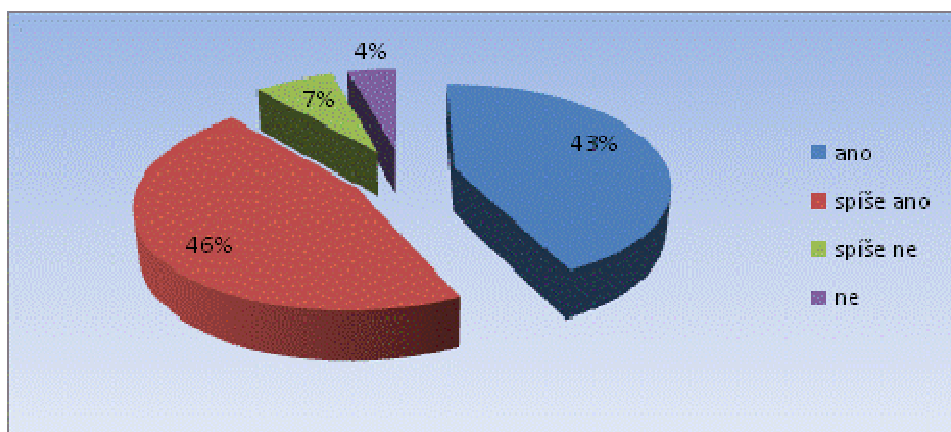
Z celkového počtu 70 sester (100%) na otázku samostatné vyhledávání informací o komunikaci s dítětem uvedly ano pouze 2 sestry (3%), spíše ano 5 sester (7%), 45 sester uvedlo spíše ne (64%), 18 sester uvedlo ne (26%).

Graf 25 Absolvování nějakého kursu komunikace



Z celkového počtu 70 sester (100%) absolvovalo nějaký kurs o komunikaci 25 sester (36%) neabsolvovalo žádný kurs komunikace 45 sester (64%).

Graf 26 Zájem o kurs komunikace s dětským pacientem



Z celkového počtu 70 sester (100%) ano má zájem o kurs komunikace s dětským pacientem 30 sester (43%), spíše ano 32 sester (46%), spíše ne 5 sester (7%), nemají zájem o kurs komunikace pouze 3 sestry (4%).

4.2 Výsledky rozhovorů s matkami dětí ošetřených v celkové anestezii

Matka 1 má střední ekonomickou školu a je jí 28 let. Na dotaz, kdy byla se svým šestiletým chlapcem prvně u stomatologa, odpověděla, že ve dvou letech dítěte, když se mu stal úraz. Při pádu si poranil ret o hranu postele a bylo třeba zkontrolovat chrup, zda je vše v pořádku. Dle odpovědi matky, zákrok stomatologa nebyl nutný a od té doby na jiné kontrole chrupu už s dítětem nebyla. V pěti letech pro bolest zubu navštívila matka s dítětem zubní pohotovost. Zde došlo k extrakci zubu, výkon byl pro něho traumatizující a bolestivý. Dále lékařka na pohotovosti upozornila matku na další zubní kazy a nutnost ošetření dítěte v co nejbližší době u jejich stomatologa. Další spolupráce dítěte při vyšetření už byla komplikovaná a chlapec odmítal ošetření chrupu. Dotaz na poučení o prevenci zubního kazu, odpověděla matka, že byla dostatečně poučena. Spolupráce lékaře a sestry byla velice dobrá, sestra se věnovala chlapci i matce. Vše vysvětlovala, ale chlapec se nenechal ošetřit po traumatizujícím zážitku z pohotovosti. Komunikaci sestry hodnotí matka také kladně, nástroje na táčku byly přikryté mulovým čtvercem. Co se týče spokojenosti s ošetřujícím personálem ve stomatologii, odpovídá kladně. Při nespolupráci dítěte, nutné k ošetření chrupu, lékař rovnou navrhl celkovou anestezii. Poučení o riziku celkové anestezie, hodnotí matka 1 jako dostačující. Na otázku, v čem vidí příčinu neúspěchu zubního ošetření, uvedla rodiči nedostatečná příprava dítěte k zubnímu ošetření.

Matce 2 je 35let, absolvovala střední zemědělskou školu, žije sama s její čtyřletou dcerou. První stomatologickou prohlídku se svou dcerou absolvovala v jejích třech letech. Lékař jí ošetřil dva zuby a dle hovoru matky, jí upozornil na další počínající zubní kazy, poučil jí o prevenci zubního kazu, sestra poskytla matce brožuru o prevenci zubního kazu. Matka přivedla dceru na zubní pohotovost, kde byla provedena extrakce zubu. V rozhovoru matka 2 uvedla, že dcera měla nateklou tvář a zub jí bolel už druhý den. Lékař z pohotovosti matce 2 doporučil včasnou návštěvu stomatologa k dalšímu ošetření chrupu. Matka šla s dcerou za dva měsíce k jejímu stomatologovi, který se snažil ošetřit další zubní kazy. Spolupráce dcery, nutná k ošetření chrupu, byla nedostatečná a lékař matce 2 doporučil celkovou anestezii k ošetření chrupu. Poučení o

komplikacích celkové anestezie matka 2 hodnotí jako dostačující. Lékař i sestra se dceři dostatečně věnovali, i když byla plná čekárna dalších pacientů. Dcera měla šanci pochopit ošetření, sestra s dítětem i matkou komunikovala velice dobře. Nástroje na tácku byly schované a dcera nebyla ničím traumatizovaná, přesto se spolupráce s dítětem, nutná k ošetření chrupu, nezdařila. Příčinu neúspěchu zubního ošetření vidí matka 2 v nespolupráci její čtyřleté dcery, podmíněnou věkem, kterou nedokázala ovlivnit. Plně si uvědomovala riziko celkové anestezie a byla přesvědčena, že další ošetření chrupu její dcera při citlivém přístupu, ze strany ošetřujícího personálu i přípravy dcery ze strany matky, zubní ošetření zvládne.

Další rozhovor byl veden s matkou 3. Je jí 37 let, má zemědělskou školu. Matka 3 v rozhovoru uvedla, že chlapci je nyní 6 let a prvně byl u stomatologa před čtyřmi měsíci, když začal mít bolesti zubu. Lékař zub ošetřil a navrhl další ošetření chrupu v celkové anestezii pro rozsáhlou sanaci chrupu a také pro nedostatečnou spolupráci nutnou pro ošetření chrupu. Při této první návštěvě stomatologa matka 3 uvedla, že zatím nedostala poučení o prevenci zubního kazu, ale jak je si sama vědoma, lékař řešil ošetření chrupu a další nutná vyšetření, nezbytná k ošetření chrupu v celkové anestezii. Z rozhovoru vyplývá, že byla spokojena s komunikací ošetřujícího personálu, pouze nástroje byly vystavené na tácku, kam dítě vidí a jak uvedla, pohled na zubní kleště nedělal dobře ani jí. Zda lékař matce 3 nabídl jednoduchou premedikaci nebo rovnou celkovou anestezii, odpovídá, že si přesně nepamatuje. O komplikacích spojených s celkovou anestezii byla dostatečně poučena. Příčinu neúspěchu zubního ošetření jejího dítěte vidí v nespolupráci chlapce a chápe, že hlavní příčina je v tom, že nechodila na preventivní prohlídky se svým synem a tím zanedbala péči o jeho chrup. V rozhovoru na obhajobu uvedla, že její starší syn byl prvně u zubaře až v první třídě základní školy a zuby má v pořádku.

Matka 4 je vysokoškolačka a je jí 39 let. S dítětem nechodila na preventivní prohlídky chrupu a uvedla, že dítě nebylo ošetřeno na zubní pohotovosti. Chlapci jsou čtyři roky a prvně byl u zubního lékaře ve čtyřech letech, kdy došlo k neúspěšnému ošetření chrupu. Spolupráce s dítětem se nedařila, matka uvedla, že nebyla spokojena

s komunikací sestry, nedovedla dítě zaujmout, odvést pozornost jinam, nevěnovala se dostatečně dítěti. Celkově sestra působila unaveným dojmem, nezájmem zvládnout situaci, nástroje na tácku byly vystavené před očima dítěte. Nepříjemná atmosféra byla již v čekárně, kde bylo neosobní prostředí, ani v nejmenším přizpůsobené dětem, žádné obrázky, hry. Z ošetřujícího personálu vycítila nepříjemnou atmosféru, která dle hovoru se přenesla i na ně. Sestra byla netrpělivá, chvátala na dítě a spolupráce nutná k ošetření chrupu se nezdařila. Lékař matce 4 nabídl ošetření chrupu jejího dítěte v celkové anestezii. Na dotaz, zda jí nabídl jednoduchou premedikaci nebo kombinaci různých sedativ uvedla, že se již nepamatuje. V tuto chvíli byla ráda za nabídku ošetření chrupu dítěte v celkové anestezii a tím vyřešení problému. O komplikacích spojené s celkovou anestezií byla dostatečně poučena. Na otázku, v čem vidí příčinu neúspěchu zubního ošetření jejího dítěte, uvedla nedostatečnou komunikaci ošetřujícího personálu. Sestra se dítěti dostatečně nevěnovala a dle slov matky 4, nedokázala zvládnout situaci při ošetření chrupu jejího chlapce. Na závěr šetření matka 4 uvedla, že je rozhodnutá změnit stomatologa svého dítěte a dále se bude snažit dodržovat preventivní prohlídky chrupu, aby k takové situaci, do jaké se nyní dostala, už nikdy nedošlo.

Matka 5 má střední zdravotnickou školu a je jí 45 let. Na preventivní prohlídky chrupu se svým dítětem chodila pravidelně. Na zubní pohotovosti dítě ošetřeno nebylo. Matka 5 první návštěvu u stomatologa uvedla ve čtyřech letech dítěte. Dle hovoru matky, chlapec má ve špatném stavu horní řezáky a do budoucna bude třeba provést extrakci kořenů. Matka vidí příčinu špatného chrupu dítěte v nedostatečné hygieně dutiny ústní. Chlapec je zvyklý těsně před spaním pít sladké limonády bez následného vyčištění chrupu. Sestra matku následně edukovala o prevenci zubního kazu. Nyní je chlapci 5 a půl roku a lékař dítě doporučil extrakci kořenů horních řezáků v celkové anestezii. Dle matky 5, je chlapec hyperaktivní, těžko se přizpůsobuje a těžko spolupracuje. Matka 5 byla velice spokojena s přístupem ošetřujícího personálu. Dostatečně se věnovali jejímu synovi. Sestra byla usměvavá, chlapce často chválila, vše v klidu vysvětlila, ale i přesto se spolupráce nutná k ošetření chrupu nezdařila. O komplikacích spojených s celkovou anestezií byla matka 5 dostatečně poučena. Lékař matce rovnou navrhl celkovou anestezii. Na otázku, v čem vidíte příčinu neúspěchu

zubního ošetření vašeho dítěte, matka 5 uvedla, rodiči nedostatečná příprava dítěte k zubnímu ošetření. Jako zdravotnice si plně uvědomuje závažnost možných komplikací, spojené s celkovou anestezií. Je přesvědčená, že další ošetření zvládnou pouze v premedikaci nebo v kombinaci různých sedativ podle ordinace lékaře a nebude nutná celková anestezie k ošetření chrupu jejího syna.

Číslování tabulek neodpovídá číslování otázek v rozhovoru.

Tabulka 1 – Identifikační údaje matek (ot. 1, 2)

	M1	M2	M3	M4	M5
Věk	28	35	37	39	45
Vzdělání	SŠ	SŠ	SŠ	VŠ	SŠ

Matka 1 má střední ekonomickou školu a je jí 28 let. Matce 2 je 35 let a matce 3 je 37 let a obě jsou také středoškolačky a obě mají zemědělskou školu. Matka 4 má vysokou školu ekonomickou a je jí 39 let. Matka 5 má střední zdravotnickou školu a je jí 45 let.

Tabulka 2 - Zaměření na prevenci zubního kazu (ot. 3, 4, 5, 11)

	M1	M2	M3	M4	M5
V kolika letech bylo dítě poprvé ošetřeno zubním lékařem	2 - 4 roky	2 – 4 roky	4 – 6 let	4 – 6 let	4 – 6 let
Docházka na preventivní prohlídky zubů s dítětem	ne	ne	ano	ne	ano
Ošetření dítěte na zubní pohotovosti	ano	ano	ne	ne	ne
Poučení o prevenci zubního kazu v ordinaci	ano	ano	ne	ne	ano

Matka 1, a matka 2 uvedly první návštěvu se svým dítětem mezi 2 – 4 rokem. Ostatní matky 3, 4, 5 až mezi 4 – 6 rokem života. Pouze dvě matky uvedly, že chodí se svým dítětem na preventivní prohlídky chrupu. Matka 1 a matka 2 odpověděly, že byly jejich děti ošetřeny na zubní pohotovosti pro bolest zubu. Matka 1, 2, 5 v rozhovoru uvedly, že poučení o prevenci zubního kazu jejich dítěte bylo dostačující. Matky 3, 4 nebyly spokojené s poučením o prevenci zubního kazu.

Tabulka 3 – Spokojenost rodičů s přístupem ošetřujícího personálu, když došlo k neúspěšnému ošetření chrupu ve stomatologické ordinaci (ot. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12)

	M1	M2	M3	M4	M5
Dostatečná spolupráce sestra, lékař s dítětem	ano	ano	ano	ne	ano
Šance dítěte pochopit ošetření	ano	ano	ano	ne	ano
Dobrá komunikace s dítětem a vámi	ano	ano	ano	ne	ano
Spokojenost s přístupem sestry	ano	ano	ano	ne	ano
Vystavené nástroje kam dítě vidí	ne	ne	ano	ano	ano
Při nespolupráci dítěte, nabídl lékař premedikaci nebo rovnou celkovou anestezii	Rovnou celkovou anestezii	Nevzpomínám si	Nevzpomínám si	Rovnou celkovou anestezii	Rovnou celkovou anestezii
Poučení o komplikacích spojených s celkovou anestezii	ano	ano	ano	ano	ano

Na dobrou komunikaci, spolupráci s dítětem, šance pochopit ošetření, spokojenost s přístupem se všechny dotázané matky, kromě matky 4, shodly a odpověděly, že jsou spokojené. Vystavené nástroje, kam dítě vidí, byly uvedeny ve třech případech, matkou 3, 4, 5. Při nespolupráci dítěte, nabídl lékař rovnou celkovou anestezii, uvedly matky 1, 4, 5. Poučení o komplikacích se dostalo všem pěti matkám.

Tabulka 4 – Příčina neúspěchu zubního ošetření vašeho dítěte

	M1	M2	M3	M4	M5
Lepší komunikace personálu, vyšší úspěšnost ošetření dítěte	ne	ne	ne	ano	ne
Příčina neúspěchu zubního ošetření dítěte	Rodiči nedostatečná příprava dítěte k zubnímu ošetření	Nespolupráce dítěte	Nespolupráce dítěte	Nedostatečná komunikace ošetřujícího personálu	Rodiči nedostatečná příprava dítěte k zubnímu ošetření

Příčinu neúspěchu zubního ošetření dítěte vidí pouze matka 4 v lepší komunikaci ošetřujícího personálu. Matka 1 a matka 5, uvedly za příčinu neúspěchu zubního ošetření dítěte nedostatečnou přípravu dítěte ze strany rodičů k zubnímu ošetření. Nespolupráci dítěte podmíněnou věkem, považují za příčinu neúspěchu ošetření dítěte matka 2 a matka 3.

Všechny grafy a tabulky uvedené ve výzkumné části práce pocházejí z vlastního výzkumu.

5 Diskuse

První část výzkumného šetření je zaměřena na zjištění postoje sester k vlastním dovednostem v komunikaci, nutných pro úspěšné ošetření dítěte předškolního věku ve stomatologii. Byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza byla, zda mají sestry zájem o školení v komunikaci se zaměřením na dítě předškolního věku ve stomatologii. Jak uvádí Kilián (7), komunikace v ošetrovatelství je základem pro vybudování kvalitního terapeutického vztahu mezi sestrou a pacientem, zejména pokud je pacientem právě dítě. Chování dítěte při bolesti je výrazně ovlivněno postojem rodičů. Reakce na bolest je výraznější, pokud mu rodiče dávají najevo svůj strach. Klidná a vlídná komunikace sestry s doprovázejícími rodiči působí dobře i na ně, dítě klid vycítí a vše snadněji zvládne (17). Zjistili jsme, že komunikační dovednosti ovládá většina sester a pouze 9% nezná komunikační specifika ve stomatologii (Graf 4,5). Více informací o komunikačních dovednostech by uvítalo 70% sester, ale sami informace o komunikaci s dětským pacientem nevyhledávají (Graf 23, 24). Dále se šetřením ukázalo, že pouze 36% (Graf 25) dotázaných již nějaký kurs o komunikaci absolvovalo a jak uvedla většina sester má o kurs komunikace s dětským pacientem ve stomatologii zájem (Graf 26). Proto se domníváme, že by bylo vhodné sestrám školení doporučit absolvovat. Tímto se potvrzuje hypotéza 1: Sestry mají zájem o školení v komunikaci se zaměřením na dítě předškolního věku ve stomatologii.

Druhá hypotéza zněla, zda sestry využívají zásady komunikace s dítětem předškolního věku ve stomatologii. Na malého pacienta je nutné působit tak, aby zcela zřetelně nabyl dojmu, že je vítán, že nemusí mít obavy z bolesti, že na něj máme dostatek času. Musí zde být cítit komunikační souhra mezi lékařem a sestrou (24). Některé sestry uvádí, že sami nedovedou vytvořit dobrou atmosféru na pracovišti (Graf16). Komunikace je nezbytná, nezvratná, neopakovatelná a náročná situace, kterou se zdravotníci v rámci ošetrovatelského procesu učí zvládat v průběhu celé své praxe. Nezáleží jenom na sestrách, ale vždy na fungování celého kolektivu. Stačí jeden zdravotník, který svým chováním naruší celý klidný chod pracoviště. Něco takového se dá těžko dohnat školením nebo kursy. Dále z šetření vyplývá, že sestry v rámci

ošetřovatelského procesu dobře vedou komunikaci s doprovodem dítěte. Je potěšující odpověď, že žádná sestra neuvedla, že by nedovedla dobře komunikovat s doprovodem dítěte (Graf 8). Rodiče musí být poučeni, aby na první vyšetření přišli s dítětem, které nic nebolí. Dítě se může v ordinaci zabavit, pochválí se a motivuje se pro další zubní hygienu (4). Na druhou stranu je zarážející sdělení sester, že bezprostředně po vstupu dítěte do ordinace mu nevěnuje vůbec pozornost 13% sester a spíše ne 17% (Graf 11). Ze šetření, zda jsou ve stomatologických čekárnách dětské časopisy, hry na zkrácení čekací doby uvádí 74% sester, že toto vybavení v čekárnách nemají. Stále je co zlepšovat. Při šetření, zda jsou rodiče dostatečně informováni o prevenci zubního kazu jejich dítěte, si 69% sester myslí, že spíše ne a 13% uvádí ne (Graf 20). Ptáme-li se, zda je v ordinacích dostatek edukačních brožur a letáků, sestry sdělují ano 30% a spíše ano 50% dotázaných (Graf 21). Proč je nedostatek informací a dostatek letáků a brožur určených k prevenci zubního kazu? Z výzkumu se ukázalo, že sestry nevyužívají zásady komunikace s dítětem předškolního věku ve stomatologii. Hypotéza 2 se nepotvrdila.

Cílem druhé části výzkumného šetření jsme se snažili zjistit možnosti, kterými by bylo možné snížit počet dětí, nutné ošetřit v celkové anestezii na stomatochirurgickém oddělení v Českých Budějovicích.

Byla stanovena výzkumná otázka, zda je možné snížit počet dětí, nutné ošetřit v celkové anestezii na stomatochirurgickém pracovišti pomocí navázání komunikace s jejich rodiči? Jak uvádí Beran (2), správně vedeným rozhovorem, vědomostmi a využíváním komunikačních dovedností má sestra v rámci ošetřovatelského procesu možnost získat informace, pozitivně ovlivnit pacienta, edukovat jej, motivovat a přesvědčit ke vhodné spolupráci. S pěti matkami dětí předškolního věku, ošetřených v celkové anestezii pro sanaci chrupu, jsme provedli individuální hloubkový rozhovor, který obsahoval 15 otázek. Odpovídaly nám matky dětí ve věkovém rozmezí 28 až 45 let. Čtyři matky měly středoškolské vzdělání a jedna vysokoškolské (Tabulka 1). Dále jsme se zaměřili na prevenci zubního kazu jejich dítěte (Tabulka 2). Dvě matky odpověděly, že byly se svým dítětem prvně ošetřeny mezi 2 – 4 rokem života, ale další tři až mezi 4 – 6 rokem života dětí. Zubní kaz je nejčastější orální onemocnění dětí.

Riziko vzniku onemocnění je u dětí podstatně vyšší než u dospělých. Preventivní a profylaktické metody mají v dětství prokazatelně vyšší účinnost a některé z nich, jako je endogenní aplikace fluoridů, se může využít pouze v dětství. Bolest a nepříjemnosti spojené s ošetřováním zubního kazu a jeho následků se mohou stát podnětem negativistického postoje dětí k jakémukoli ošetření v dutině ústní. Zubní kaz může ohrozit vývoj zárodků a konfiguraci celého stálého chrupu (4,5,24). Tady vidíme, že od včasné první návštěvy s dítětem mezi 2 – 4 rokem života se odvíjí další preventivní a profylaktické metody, tak důležité v péči o dětský chrup. Na otázku, zda matky docházely se svými dětmi na preventivní prohlídky, odpověděly tři, že pravidelně nenavštěvovaly s dítětem zubního lékaře a z nich jedna s dítětem byla ošetřena na zubní pohotovosti pro bolest, kde byla provedena extrakce dočasného zubu. Od té doby dítě odmítalo zubní vyšetření. Dvě matky v rozhovoru uvádí, že nebyly dostatečně poučeny o prevenci zubního kazu svého dítěte ve stomatologické ordinaci.

Další částí rozhovoru byla spokojenost rodičů s přístupem ošetřujícího personálu k dítěti, když došlo k neúspěšnému ošetření chrupu ve stomatologické ordinaci (Tabulka 3). Mezi pozitivní zjištění patří fakt, že na otázky, zda se sestra, lékař dostatečně věnovali dítěti, jestli mělo šanci pochopit ošetření, jestli byly spokojené při komunikaci sestry, bylo vše, až na jednu matku, hodnoceno kladně. Z vlastní zkušenosti vím, jak se dítě děsí neznámého prostředí ordinace, nepříjemnost stomatologického ošetření se traduje a dítě z doslechu ví, že se bude dít něco nepříjemného. Jsem si vědoma, že komunikace sestry v rámci ošetřovatelského procesu má nezastupitelné místo a často může pomoci malého pacienta ve spolupráci s rodiči připravit na výkon a dítě se nechá ošetřit. Při rozhovoru tři matky uvedly, že byly nástroje vystaveny před očima dítěte. Toto je fakt, který je v zubních ordinacích obvyklý, ale vhodným zakrytím nástrojů nebo odvedením pozornosti jinam se dá tento problém snadno vyřešit. Dále výsledky ukazují na skutečnost při dotázání, jestliže se nedařila spolupráce nutná k ošetření chrupu vašeho dítěte, nabídl lékař jednoduchou premedikaci, kombinaci různých sedativ nebo rovnou celkovou anestezii na stomatochirurgickém oddělení, uvedly dvě matky, že si nevzpomínají a tři uvedly rovnou návrh na celkovou anestezii. Jak uvádí Ščigel (18) u některých anxiózních jedinců lze při stomatologickém ošetření

vystačit pouze ze sedací při vědomí. Oproti celkové anestezii je tato metoda jednodušší, méně náročná pro pacienta i pro celé okolí i zdravotnický personál. Jak uvádí Dostálová (4) z indikací, které opravňují ambulantně ošetřit dítě v celkové anestezii lze uvést věk dítěte do 4 let, akutně vzniklý otok měkkých tkání předem ve dvou a více kvadrantech, intelektuální handicap neumožňující navázání komunikace, těžká mentální retardace i u dospělých. Jako další relativní indikace se považuje nespolupráce dítěte. Zmíněná indikace je však podle zkušeností spíše zneužívána a ve více než polovině případů zakrývá malou míru trpělivosti a neochotu ošetřujícího personálu věnovat dítěti dostatečný čas (18).

Dále jsme zkoumali, v čem viděly matky příčinu neúspěchu při ošetření chrupu jejich dítěte ve stomatologické ambulanci (Tabulka 4). Je pozitivní zjištění, že na otázku, zda viděly příčinu neúspěchu ošetření ve zlepšení komunikace ošetřujícího personálu, uvedla pouze jedna matka. Uvítala by větší vstřícnost ze strany sestry i lékaře, více času na ošetření a klidnější přístup k dítěti. Oproti tomu zbývající čtyři uvedly velice dobrou a vstřícnou komunikaci a zájem o ošetření dítěte, jak od lékaře, tak od sestry. Dle názoru dalších dvou matek je příčina neúspěchu v nespolupráci jejich dítěte, které matka nedokázala ovlivnit. Zbývající dvě matky uvedly za příčinu nespolupráce jejich dítěte, sebe, pro nedokonalou přípravu dítěte na stomatologické ošetření, bolest a další nepříjemné vjemy. Při každé indikaci k celkové anestezii je nutné mít na zřeteli, že každá celková anestezie je velkou zátěží nejen pro pacienta, ale také pro celé zdravotnické zařízení (18). Předoperační příprava, náběry krve, vlastní výkon, pooperační péče, kdy čtyři hodiny po výkonu ještě dítě dospívá na pooperačním pokoji za kontroly sestry, myslím, že toto vše je velmi stresující, jak pro dítě, tak pro matku. Jak uvádí Ryšavá (16) během anestezie a v bezprostředním pooperačním období mohou nastat komplikace, které mohou vážně ohrozit život nebo prodloužit pooperační péči a tím pobyt v nemocnici. Akutní obstrukce dýchacích cest, aspirace krve při operacích v dutině ústní, laryngospasmus, bronchospasmus, hypoventilace, subglotický edém jako důsledek nešetrné intubace, aspirační pneumonie a další.

Domníváme se, že některé sestry nemají potřebu učit se nové věci, měnit své naučené zvyklosti a jen těžko se přizpůsobují novým požadavkům. Dříve vždy sestra nechávala veškerou edukaci na lékaři. V dnešní době mohou sestry v rámci ošetrovatelského procesu vhodně edukovat rodiče i děti pomocí různých letáků a brožur. Správná komunikace sestry v rámci ošetrovatelského procesu pomůže získat důvěru dítěte i jejich rodičů a najít řešení pro zvládnutí ošetření malého pacienta. Výsledky ukazují, že počet dětí, nutných ošetřit pro sanaci chrupu v celkové anestezii je možné snížit. Správně vedeným rozhovorem, vědomostmi, využíváním komunikačních dovedností, empatií, má sestra v rámci ošetrovatelského procesu možnost získat informace, pozitivně ovlivnit nebo vhodně edukovat rodiče či malého pacienta k další vhodné spolupráci nezbytné k ošetření chrupu.

6 Závěr

V současné době je komunikace v ošetrovatelství základem pro vybudování kvalitního terapeutického vztahu mezi sestrou a pacientem. Její úspěšnost je podmíněna nejen profesionálními znalostmi a dovednostmi, ale také vlastním přístupem a empatií. Na tom, jak jednáme s ostatními, se projevuje, kdo vlastně jsme, jaké je jádro naší osobnosti a oč nám v životě jde. Cílem bakalářské práce bylo zjistit postoje sester k vlastním dovednostem v komunikaci, nutných pro úspěšné ošetření dítěte předškolního věku. Cíl byl splněn. Byly stanoveny dvě hypotézy. H1 – Sestry mají zájem o školení v komunikaci se zaměřením na dítě předškolního věku ve stomatologii, se potvrdila. H2 – Sestry využívají zásady komunikace s dítětem předškolního věku ve stomatologii, se nepotvrdila. Druhým cílem bakalářské práce bylo zjistit možnosti, kterými by bylo možné snížit počet dětí, nutné ošetřit v celkové anestezii na stomatochirurgickém oddělení v Českých Budějovicích. Cíl byl splněn. Dále byla položena výzkumná otázka, zda je možné snížit počet dětí ošetřených v celkové anestezii na stomatochirurgickém pracovišti pomocí navázání komunikace s jejich rodiči. Přestože se chyby u sester vyskytují, byly dotázané matky dětí převážně spokojeny s přístupem sester. Výsledky ukazují, že počet dětí ošetřených v celkové anestezii na stomatochirurgickém oddělení je opravdu možné snížit. Děti se děsí neznámého prostředí ordinace a zde má komunikace sestry v rámci ošetrovatelského procesu své nezastupitelné místo a často může pomoci malého pacienta řádně připravit na výkon nebo vhodnou edukací ovlivnit postoj rodičů k častějším preventivním prohlídkám, hygieně dutiny ústní svého dítěte či edukace vhodné stravy. Výsledky práce ukazují na prospěšnost doporučit sestrám, zúčastnit se seminářů o komunikaci s dětským pacientem ve stomatologii s možností jejich využití v ošetrovatelském procesu. Seminář proběhne v květnu 2011. Výsledky bakalářské práce je možné uveřejnit v odborných publikacích a tím vést sestry k zamyšlení, jak se vyvarovat chyb, které se v přístupu k malým pacientům objevují. Dnes již v každé ambulanci je umístěn dotazník pro spokojené a nespokojené pacienty, které jsou využívány ke zjištění zpětné vazby, upozornění na nedostatky a chyby a tím umožnění jejich nápravy.

7 Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. Výzkum a ošetrovatelství. Brno: NZC NZO, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2.
2. BERAN, J. a kol. Lékařská psychologie v praxi. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-1125-6.
3. DOHERTY – SNEDDON, GWYNEHT., Přel. Loupová. Neverbální komunikace dětí. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-043-7.
4. DOSTÁLOVÁ, T., SEIDLOVÁ, M. Stomatologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2700-4.
5. FIALOVÁ, S., NOVÁKOVÁ, K. Vybrané kapitoly z pedostomatologie. Olomouc: Universita Palackého v Olomouci, 2000. ISBN 80-244-0075-8.
6. HAVLÍK, J., VURM, V. Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče. 1. vyd. Jihočeská universita v Českých Budějovicích ZSF, 2004. ISBN 80-7040-725-5.
7. KILIÁN, J. Prevence ve stomatologii. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-022-3.
8. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty 4. ročník. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2831-5
9. KRISTOVÁ, J., TOMAŠKOVÁ, Z. Komunikácia v ošetrovatel'stve. Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-8063-107-7.
10. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-0179-0.
11. LINHARTOVÁ, V. Praktická komunikace v medicíně. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.

12. MERGLOVÁ, V., IVANČÁKOVÁ, R. Zubní kaz a jeho prevence v časném dětském věku. 1.vyd. Praha: Česká stomatologická komora, 2009. ISBN 978-80-87109-16-8.
13. PACHL, J., ROUBÍK, K. Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých i dětí. Praha: Universita Karlova v Praze, 2003. ISBN 80-246-0479-5.
14. PAZDERA, J., MAREK, O. Neodkladné situace ve stomatologii. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0622-9.
15. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. Komunikace s dětským pacientem. 1.vyd.Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2968-8.
16. RYŠAVÁ, M. Základy anesteziologie a resuscitace u dětí. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-400-3.
17. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. Dětská klinická psychologie. 4. vyd. Praha: Grada, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8.
18. ŠČIGEL, V., MICHÁLEK, P., HESS, L. Sedace v praxi zubního lékaře. Praha: Quintessenz, 2007. ISBN 80-86979-02-4.
19. ŠPAŇHELOVÁ, I. Komunikace mezi rodičem a dítětem. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2698-4.
20. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 975-80-7262-599-4.
21. TATR, P. Komunikace pro lékaře. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0911-2.
22. VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie I. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
23. VENGLÁŘOVÁ M., MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

24. VURM, V. a kol. Ošetřovatelství ve stomatologii. 1. vyd. Praha: Manus, 2005.
ISBN 80-86571-08-4.

8 Klíčová slova

Celková anestezie

Komunikace s dítětem

Prevence zubního kazu

Sestra

Stomatologie

9 Seznam příloh

1. Dotazník pro sestry
2. Podklad pro rozhovor s rodiči dětí ošetřených v celkové anestezii pro sanaci chrupu

Příloha č. 1 Dotazník pro sestry

Anonymní dotazník pro sestry pracující ve stomatologii s dětmi předškolního věku

Komunikace v ošetrovatelství má své důležité místo. Je základem pro vybudování kvalitního terapeutického vztahu mezi sestrou a pacientem. Po vstupu pacienta do stomatologické ordinace zahajuje komunikaci nejčastěji sestra. To hraje velmi důležitou roli při navázání kontaktu s pacientem, zejména pokud je pacientem právě dítě.

Studuji na ZSF JČU obor všeobecná sestra. Dotazník, který jste právě dostal(a), je nedílnou součástí mé bakalářské práce na téma Komunikace ve stomatologii s dítětem předškolního věku. Je samozřejmě dobrovolný a anonymní. Prosím o přečtení všech otázek dotazníku a o pravdivé odpovědi.

Na otázky odpovídejte zakřížkováním jedné z uvedených možností. Děkuji Vám za spolupráci a čas věnovaný tomuto dotazníku.

Dana Křesalová, České Budějovice

1. Do jaké věkové skupiny patřííte?

- ☐ 18 – 29 let
- ☐ 30 – 39 let
- ☐ 40 – 49 let
- ☐ 50 - 60 a více let

2. Jak dlouho pracujete na stomatologii?

☐ Méně než rok

☐ 1 – 5 let

☐ 6 – 15 let

☐ 16 a více let

3. Ošetřujete často děti předškolního věku?

☐ 5 dětí týdně

☐ 10 dětí týdně

☐ 20 a více dětí týdně

4. Znáte komunikační dovednosti sestry?

☐ Ano

☐ Spíše ano

☐ Spíše ne

☐ Ne

5. Znáte komunikační specifika ve stomatologii?

☐ Ano

☐ Spíše ano

☐ Spíše ne

☐ Ne

6. Máte přizpůsobenou čekárnu dětským pacientům, dětské obrázky (veselé)?

☐ Ano

☐ Ne

7. Máte v čekárně dětské časopisy, hry na zkrácení čekací doby?

☐ Ano

☐ Ne

8. Myslíte si, že umíte dobře vést komunikaci s malým pacientem ?

☐ Ano

☐ Spíše ano

☐ Spíše ne

☐ Ne

9. Myslíte si, že umíte dobře vést komunikaci s doprovodem dětského pacienta?

☐ Ano

☐ Spíše ano

☐ Spíše ne

☐ Ne

10. Snažíte se o navázání pozitivní komunikace už v čekárně před vstupem do ordinace?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

11. Bezprostředně po vstupu dítěte do ordinace věnujete pozornost jemu a komunikujete s ním?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

12. Používáte pravdivé informace, které přizpůsobujete věku dítěte?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

13. Snažíte se odvést pozornost dítěte od nepříjemných vjemů v ordinaci (nástroje, injekční stříkačka)?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

14. Dokážete udržet klidný přístup ve vypjatých situacích?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

15. Myslíte si, že máte na pracovišti příjemnou pracovní atmosféru?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

16. Myslíte si, že vy sám (sama) dokážete vytvořit dobrou atmosféru na pracovišti?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

17. Máte v ordinaci pro děti odměnu za spolupráci? (obrázek, malá hračka)

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

18. Myslíte si, že je dobrá přítomnost rodiče dítěte ve stomatologické ordinaci?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

19. Edukujete rodiče o správné výživě, prevenci zubního kazu?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

20. Myslíte si, že jsou rodiče dostatečně informovaní o prevenci zubního kazu?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

21. Máte v ordinaci edukační brožury, letáky?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

22. Myslíte si, že jsou rodiče dostatečně informovaní, kdy mají jít poprvé se svým dítětem ke stomatologovi?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

23. Uvítal(a) byste více informací o komunikačních dovednostech?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

24. Vyhledáváte sama informace o komunikaci s dětským pacientem? (internet, literatura)

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

25. Absolvovala jste nějaký kurs komunikace?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

26. Měl(a) byste zájem o kurs komunikace s dětským pacientem?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

Příloha č 2

Podklad pro rozhovor s rodiči dětí, posílaných na stomatochirurgické oddělení k ošetření chrupu v celkové anestezii.

- 1. Jaký je Váš věk?**
- 2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
- 3. V kolika letech bylo Vaše dítě poprvé vyšetřeno zubním lékařem?**
- 4. Chodíte na pravidelné preventivní prohlídky zubů se svým dítětem?**
- 5. Bylo Vaše dítě ošetřeno na zubní pohotovosti?**
- 6. Věnovala se sestra nebo lékař dostatečně Vašemu dítěti, když došlo k neúspěšnému ošetření chrupu ve stomatologické ordinaci?**
- 7. Mělo dítě šanci pochopit ošetření?**
- 8. Líbila se Vám komunikace sestry s Vámi a Vaším dítětem ve zmíněné ordinaci?**
- 9. Byli jste spokojeni s přístupem sestry (úsmev, oční kontakt, úprava zevnějšku, trpělivost při jednání, pochvala dítěte)?**
- 10. Byly v ordinaci vystavené nástroje na táčku, kam dítě vidí?**
- 11. Dostalo se Vám v ordinaci poučení o prevenci zubního kazu Vašeho dítěte?**
- 12. Jestliže se nezdařila spolupráce nutná k ošetření chrupu Vašeho dítěte, nabídl Vám lékař jednoduchou premedikaci, kombinaci různých sedativ nebo rovnou celkovou anestezii na stomatochirurgickém oddělení?**
- 13. Byli jste poučeni o komplikacích spojené s celkovou anestezii?**
- 14. Domníváte se, že by se dalo Vaše dítě ošetřit při lepší komunikaci ošetřujícího personálu s dítětem?**
- 15. V čem vidíte příčinu neúspěchu zubního ošetření Vašeho dítěte?**