

**UNIVERZITA PARDUBICE**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2011**

**Michaela NOVÁKOVÁ**

**Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií**

**Edukace dětí před operačním výkonem**

**Michaela Nováková**

**Bakalářská práce  
2011**

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela NOVÁKOVÁ**  
Osobní číslo: **Z08197**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Edukace dětí před operačním výkonem**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury na téma.
2. Stanovení cílů.
3. Stanovení výzkumných záměrů.
4. Výběr metody výzkumu.
5. Konzultace vybrané metody výzkumu a skupiny respondentů s vedoucím bakalářské práce.
6. Provedení výzkumu, sběr dat.
7. Analýza a interpretace získaných výsledků.
8. Zhodnocení práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího  
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran  
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

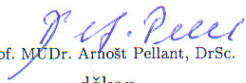
Seznam odborné literatury:

1. JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
2. ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. Dětská klinická psychologie. 4. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006, 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
3. SEDLÁŘOVÁ, Petra. a kol. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008, 240 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
4. VALENTA, Milan. a kol. Herní specialista v somatopedii. 3. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2008, 220 s. ISBN 978-80-244-2137-7.


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Renata Ptáčková  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2010

Termín odevzdání bakalářské práce: 2. května 2011

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. února 2011

## **Prohlášení:**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 20. 04. 2011

Michaela Nováková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Renatě Ptáčkové a Bc. Sabině Slavičkové za odborné vedení a cenné připomínky při zpracování bakalářské práce.

Dále bych ráda poděkovala všem respondentům za jejich připomínky a vyplněné dotazníky, které sloužily k vytvoření této práce.

Také bych ráda poděkovala své rodině, která mi umožnila studium na této škole a byla mi velkou podporou.

## **Anotace**

Tato práce se zabývá edukací dětí před operačním výkonem. Práce se dělí na dvě části a to na část teoretickou a část výzkumnou.

Teoretická část zahrnuje význam pojmu edukace, popis předoperační péče, význam hospitalizace pro dítě, edukace herním terapeutem a popis jednotlivých vývojových období dítěte.

Výzkumná část obsahuje vyhodnocení a popis získaných informací na základě dotazníku.

## **Klíčová slova**

Edukace, hospitalizace, herní terapeut, předoperační péče.

## **Title**

Children education before surgery process.

## **Abstract**

This task deals with pre-surgery children's education. The task is dividend into theoretical and research part.

Theoretical part includes definition of education, description of pre-surgery care, importance of children's hospitalization, play therapist education and description of children's evolutionary stages.

Research part contains data evaluation obtained from questionnaire.

## **Keywords**

Education, hospitalization, play therapist, pre-surgery care.

# Obsah

Úvod .....	10
Cíle práce .....	11
<b>I Teoretická část</b> .....	12
<b>1 Edukace</b> .....	12
1.1 Historie edukace v ošetrovatelství .....	12
1.2 Edukační proces .....	13
1.3 Edukace x zdravotní výchova .....	13
1.4 Role sestry v edukaci .....	14
1.5 Role rodiny.....	14
1.6 Předoperační péče .....	14
<b>2 Hospitalizace</b> .....	14
2.1 Prožívání hospitalizace dětským pacientem.....	15
2.2 Prevence negativních následků .....	15
2.3 Hospitalizace matky s dítětem .....	15
<b>3 Dítě a bolest</b> .....	16
3.1 Dítě si nepamatuje bolest? .....	16
3.2 Příprava dítěte na bolest.....	17
3.3 Prevence bolesti ošetrovatelskou péčí.....	17
<b>4 Herní terapie</b> .....	18
4.1 Činnosti herního specialisty .....	19
<b>5 Vývojová a pediatrická psychologie</b> .....	19
5.1 Novorozenecké období.....	20
5.2 Kojenecké období.....	20
5.3 Batolecí období .....	21
5.4 Předškolní období.....	22
5.5 Období mladšího školního věku.....	23
<b>II Praktická část</b> .....	25
<b>6 Výzkumné otázky</b> .....	25



<b>7 Metodika výzkumu a výzkumný vzorek</b> .....	26
<b>8 Rozbor výsledků</b> .....	27
<b>Diskuze</b> .....	45
<b>Závěr</b> .....	48
<b>Soupis bibliografických citací</b> .....	49
<b>Přílohy</b> .....	50
<b>CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI</b> .....	50
<b>DOTAZNÍK</b> .....	51

## Úvod

Téma bakalářské práce jsem si zvolila z důvodů oblíbenosti praxe na dětském oddělení, líbí se mi problematika herního terapeuta a domnívám se, že je mnoho věcí, na co by se měl zdravotní personál v komunikaci s dětským pacientem zaměřit a co by mohl zlepšit.

V této bakalářské práci na téma „Edukace dětí před operačním výkonem“ se zabývám tím, zda jsou děti před výkonem dostatečně informované, co je čeká, co se bude dít po výkonu, zda některé terapeutické metody přispěly ke snížení strachu a lepší přípravě k operačnímu výkonu.

Pro každé dítě představuje hospitalizace ve zdravotnickém zařízení velké změny, určitý stres a strach. Především u první hospitalizace se musí dítě vyrovnat nejen s nemocí, ale i s novým prostředím, do kterého přichází. K snadnější adaptaci by měl přispět především zdravotní personál, který je s dětským pacientem neustále v kontaktu, ale také rodina. Zdravotní personál by měl být dítěti oporou, aby se dítě cítilo klidně a v bezpečí. Rodina má nárok na hospitalizaci jednoho člena spolu s dítětem bezplatně do 6 let věku dítěte.

K výzkumu jsem si vybrala dva typy nemocnic, z nichž jedna je nemocnice krajského typu bez akreditace a druhá je nemocnice fakultní s akreditací. V každé z nich jsem rozdala stejný počet dotazníků doprovodné osobě hospitalizovaných dětí. Spolupráce byla uspokojivá v obou nemocnicích.

Cílem této práce bylo zjistit rozdíly v edukaci mezi akreditovanou a neakreditovanou nemocnicí, porovnat edukaci za přítomnosti herního terapeuta a bez něj, zjistit jaký zdroj informací je pro doprovodnou osobu dominantní, zjistit, zda zdravotní tým informuje dostatečně dětské klienty.

## **Cíle práce**

1. Porovnat výsledky edukace za použití herního terapeuta a bez něj.
2. Porovnat výsledky edukace v akreditované a neakreditované nemocnici.
3. Zjistit dominantní zdroj informací pro rodiče.
4. Zjistit, zda je o zdravotním stavu a operačním výkonu informován nejen rodič, ale i dítě vzhledem ke svému věku.

# I Teoretická část

Teoretická část se stručně zabývá jednotlivými tematickými okruhy, které bylo nutné nastudovat při řešení zadaného problému.

## 1 Edukace

*„Pojem edukace je odvozen z latinského slova educo, educare, jehož význam je vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces ovlivňování chování a jednání jedince s cílem dosáhnout pozitivních změn v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.“ (Juřeniková, 2010, str. 9)*

Edukační činnost zaměřená nejen na pacienty, ale i edukace zaměřená na zaměstnance nebo třeba studenty, je pro sestru velmi důležitou a zajímavou součástí jejího povolání. Učení je hlavním aspektem role sestry. V roli edukátorky musí sestra rozumět veškeré problematice, o které hovoří a musí umět aplikovat teorii v praxi. (Bastable, 2008)

### 1.1 Historie edukace v ošetrovatelství

Role sestry jako edukátorky je hluboce upevněna v růstu a také vývoji profese. Ošetrovatelství bylo uznáno jako samostatná disciplína v polovině 18. Století a hlavním působením sestry nebyla jen péče o nemocné a raněné, ale i výuka nových sester a jejich úvod do praxe. Objevitelka moderního ošetrovatelství, Florence Nightingale, byla pravou edukátorkou. Založila první školu ošetrovatelství a podílela se velkou částí na zaškolování sester. Důležitá pro ni byla řádná hygiena v nemocnicích, ale i v domácím prostředí. Tento přístup vedl ke zlepšení zdravotního stavu lidí. Dbala na řádné edukaci pacientů o správné výživě, pobytu na čerstvém vzduchu, cvičení osobní hygieny. Díky této ženě pochopily ošetrovatelky význam role sestry jako edukátorky v prevenci chorob a udržení zdravé společnosti.

Trvalo desetiletí, než byla edukace uznána jako samostatná funkce sestry. V roce 1918 Národní sdružení pro ošetrovatelství (National League for Nursing), ve Spojených státech amerických, zahrnuje edukaci samostatně do funkce zdravotní sestry. Vzhledem k důležitosti edukace pacientů založila Komise pro akreditaci zdravotní péče (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) v roce 1993 ošetrovatelské standardy pro edukaci pacienta. Postupně se standardy vyvíjeli a upravovali. (Bastable, 2008)

## 1.2 Edukační proces

Edukační proces je systematický, sekvenční, logický a vědecky založený. Průběh činností sestává ze dvou hlavních nezávislých operací a to učení sebe sama a učení druhého jedince. (Bastable, 2008)

Edukační proces je též činnost lidí, kdy dochází k učení buď záměrně (intencionálně), nebo nezáměrně (incidentálně). Tyto procesy probíhají od prenatálního období až do úmrtí. Do procesu edukace patří čtyři determinanty. Mezi ně patří edukanti a jejich charakteristika, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí.

Edukantem je subjekt učení bez ohledu na věk a prostředí, ve které edukace probíhá. Ve zdravotnictví je nejčastěji edukantem zdravý nebo nemocný klient. Každý edukant je individuální osobnost charakteristická svými fyzickými, afektivními a kognitivními vlastnostmi. Charakteristiku edukanta ovlivňuje také etnická příslušnost, sociální prostředí, víra a sociálně-kulturní podmínky.

Edukátorem je aktér edukační aktivity. Ve zdravotnictví představuje edukátora nejčastěji zdravotní sestra, lékař, fyzioterapeut, porodní asistentka a další zdravotní personál.

Edukační konstrukty představují plány, zákony, předpisy, edukační materiál, edukační standardy a vše, co ovlivňuje kvalitu edukačního procesu.

Edukační prostředí je místo, kde edukace samotná probíhá. Edukační prostředí ovlivňují podmínky ergonomické (osvětlení, barva, zvuk, nábytek), sociální klima a atmosféra edukace. Příkladem edukačního prostředí v nemocničním prostředí může být ambulance, rehabilitační místnost, lůžková oddělení.

## 1.3 Edukace x zdravotní výchova

Mgr. Alice Onderková ve svém článku v časopise Sestra upřednostňuje pojem edukace před výrazem zdravotní výchova. Pojem zdravotní výchova podle ní zastupuje tzv. paternalistický model, vyžadující od jedince pouze schopnost řídit se udělenými radami. Oproti tomu edukace pracuje s jinými metodami a modely. Jeden z nejčastějších představuje empowerment (posílení, zapojení). Zdravotník v tomto případě nabízí zdroje informací, různé postupy a alternativy, možná řešení a přístupy k dalším zdrojům informací. Tím se edukant stává aktivním článkem celého edukačního procesu, a také rovnocenným partnerem edukujícího. (Onderková, 2007)

## **1.4 Role sestry v edukaci**

Sestry jako zprostředkovatelé edukace mají za úkol propagovat zdravý životní styl. Kombinují specifické náplně disciplíny zdravotní sestry, znalosti edukačních teorií a modelů zdravého chování. Role sestry v edukačním procesu obsahuje facilitátor změny, zhotovitele, organizátora a hodnotitele. (Bastable, 2008)

## **1.5 Role rodiny**

Rodina je považována za velmi důležitou proměnnou, která pozitivně ovlivňuje výsledky zdravotní péče. Základní motiv edukace zahrnující rodinné příslušníky v péči přináší snížení stresu, snížení nákladů na léčbu a efektivně připravuje klienta na péči mimo zdravotnické zařízení. (Bastable, 2008)

## **1.6 Předoperační péče**

Z psychologického hlediska jsou všechny operační výkony zatěžující a v nemocném vyvolávají pocity strachu nebo úzkost. Bývají spojeny s nepříjemnými pocity, bolestí a znamenají zásah do integrity těla. Ovlivňují organismus po stránce fyzické i funkční. Největším problémem z hlediska psychologického je úzkost a strach nemocného, a to zpravidla jejich nadbytek, ačkoliv i opačný případ, kdy nemocný si operační výkon nepřipouští a nebere jej vážně, se může projevit ve špatné spolupráci. Pacient se cítí značně zaskočen nepříjemnými průvodními pocity a reaguje zkratkovitě, verbálně agresivně nebo panicky.

Úzkost a strach snižuje lékař tím, že nemocného předem na výkon připraví dodáním informací. Je vhodné dodávat informace v dostatečném časovém předstihu, aby se nemocný mohl vnitřně připravit, nikoliv těsně před výkonem. Příprava pacientů také závisí na jejich stáří a intelektové vyspělosti. (Čechová a spol., 2004, Leifer, 2004)

## **2 Hospitalizace**

Hospitalizace je pobyt pacienta v nemocnici, při kterém dochází k několika změnám majícím vliv na psychiku nemocného. Změní se prostředí, denní režim (jiné rozložení spánku a bdění, jiný řád v jídlu, hygieně), sociální okolí (nepříznivě působí odtržení od domova, rodiny, přátel), přibudou cizí lidé. Vzniká úzkost a strach z neznámých vyšetření, nových léčebných postupů. Často pak bývá hospitalizace doprovázená vznikem psychických komplikací. Ty mohou být někdy natolik závažné, že naruší průběh léčby, případně i znehodnotí její výsledky. (Vymětal, 2003, Leifer, 2004)

## **2.1 Prožívání hospitalizace dětským pacientem**

Dítě do 11 let vnímá nemoc prostřednictvím svého okolí, a to především prostřednictvím rodičů. Přiměřeně věku je třeba dítěti vysvětlit smysl léčebných postupů. U mladších dětí převažují emoce a senzitivita, děti školního věku uplatňují přesnější představy o příčinách choroby a jejích následcích. Labilnější typy jedinců mohou podléhat strachu a úzkosti snáze, ale může se zde objevit i moment, kdy považují nemoc za výhodu. Dítěti je věnována pozornost, má zvýšenou péči, nemá povinnosti jako v domácím prostředí. Uvědomuje si pozitivní stránky nemoci a snadno se objevuje simulace či předstírání. Negativní vlivy hospitalizace na psychický a fyzický stav se označuje jako hospitalismus. Odloučení blízké osoby vyvolává u dítěte tři fáze projevů. Prvním z nich je protest, kdy je dítě neklidné, pláče, křičí a volá matku. Druhá fáze zahrnuje zoufalství, kdy dítě křičí stále méně, protože ztrácí naději na přivolání osoby blízké. V poslední fázi se dítě připoutá k jiné osobě, nejčastěji k sestře, která dítě ošetřuje nebo vztah k lidem ztrácí. (Matějček, 2001, Veselá, 2007)

## **2.2 Prevence negativních následků**

V posledních letech se vyskytují závažné negativní reakce na hospitalizaci jen velmi zřídka. Velkou zásluhu na tom mají změny v péči o dětského pacienta, které vedly k humanizaci pobytu dítěte v nemocnici. Přes všechny provedené kroky hrají strach a úzkost u hospitalizovaného dítěte velkou roli a mohou ztěžovat spolupráci a adaptaci na nové prostředí. Proto je nezbytné snažit se zmírnit strach a úzkost dítěte a předcházet tak závažnějším negativním následkům. Příkladem postupů, které vedou k prevenci negativních následků, jsou například: přijetí dítěte do nemocnice pouze pokud je to nezbytně nutné, psychická příprava dítěte s ohledem na jeho věk, zajištění hospitalizace výhradně na dětském oddělení, umožnění pobytu rodiče s dítětem, umožnění neomezené doby návštěv, vybavení dětského oddělení tak, aby dítě vnímalo co nejmenší rozdíly prostředí, a v neposlední řadě účelné vyplnění volného času hospitalizovaného dítěte. (Čechová a spol., 2004)

## **2.3 Hospitalizace matky s dítětem**

Každý člověk přichází na svět jako součást nějaké rodiny. Děti v případě nesnázi v jejich životě ihned instinktivně volají mámu a tátu. Role rodiny je zcela zásadní. V případě hospitalizace dítěte má rodič možnost být společně s ním hospitalizován. Toto přináší pozitivní i negativní stránky.

Mezi pozitivní stránky řadíme přítomnost jednoho z rodičů, což je pro hospitalizované dítě obrovským přínosem. Podle zkušeností netrpí dítě úzkostí, je klidnější a zmírňuje se nepříznivé působení neznámého prostředí na jeho psychiku. Pocit jistoty a bezpečí má vliv i na to, že se rychleji uzdravuje. Na spolupráci s rodinou je při ošetřování dítěte kladen velký důraz. Rodič sám doprovází svého potomka na vyšetření, je při nich přítomen a zná ihned výsledek. Účastní se vizit, a tak je trvale informován o jeho zdravotním stavu a dalším postupu léčby.

Na pokoji má vše přizpůsobeno tak, aby se mohlo dítěti maximálně věnovat. Sestry ho učí své dítě správně pozorovat a ošetřovat. V pobytu se samozřejmě můžou rodiče střídat. Mohou se střídat i s babičkou či jiným rodinným příslušníkem. Za příznivého počasí mohou jít s dítětem na procházku do zahrady areálu nemocnice, samozřejmě se svolením lékaře.

Mezi negativní stránky patří také přítomnost rodiče. Často přichází na návštěvy větší počet příbuzných najednou. Rodiče bývají v některých případech nepoučitelní v dodržování hygienických návyků, nerespektují provozní řád oddělení. Nevhodně zasahují do péče o jiné děti a přitom se nevěnují svým. Někteří rodiče si s dětmi nehrají, nečtou jim, neumějí je uklidnit ani zabavit.

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

(Vymětal, 2003, Onderková, 2007)

## **3 Dítě a bolest**

### **3.1 Dítě si nepamatuje bolest?**

Zdravotníci i rodiče vycházejí ze zkušenosti, že se dítě k prožití bolesti chová spontánně, nevypravuje o ní. Z toho vyvozují, že bolest má u dětí nejspíše přechodný efekt. I když v této oblasti nejsou speciální výzkumy příliš rozsáhlé, dá se říci, že z psychologického pohledu funguje u dětí paměť pro bolest spíše na principu znovupoznání, než znovuvybavení. To znamená, že dítě, které se dostane do obdobné situace, v níž už jednou či vícekrát prožilo bolest, pozná, že je čeká cosi nepříjemného a začne podle toho reagovat. „Spouštěcím signálem nebezpečí“, který aktivuje dětskou paměť, může být bílý plášť, uniforma, určitý nástroj či přístroj, konkrétní ordinace či vyšetřovna, tvář nebo hlas konkrétního zdravotníka. Dokonce i nemocniční zápach vyvolává u některých dětí úzkostlivý stav. Snaha vyhnout



se bolestivé situaci nebo z ní uniknout byla prokázána už u dětí šestiměsíčních, což lze interpretovat jako jistou „paměť bolesti“, možná i spodní hranici této paměti.

Existují nejméně čtyři typy dětského zapamatování bolesti podle vztahu očekávané, skutečně zažité a zapamatované bolesti. Patří sem typ nekonzistentní, vytěšňující, přecitlivělý a realistický. (Mareš, 1997)

### **3.2 Příprava dítěte na bolest**

Specialisté tvrdí, že zdravotníci obecně podceňují prožívání bolesti u dětí a podceňují hodnotu psychologické přípravy dítěte na bolest. Někteří zastávají názor, že je ztrátou času si povídat s dítětem o bolesti, připravovat je na bolestivý výkon. Odůvodňují to tím, že starší dítě bolest vydrží a mladší bude brečet i po psychologické přípravě. Jako nejlepší způsob provedení výkonu považují dítě chytit a výkon rychle udělat. Když to bude provedeno rychle, dítě na výkon brzy zapomene. Tito lékaři ignorují dlouhodobé následky uvedeného počínání, k nimž patří fixovaný zážitek distresu, pocit dětské bezmoci a ublížení, nedůvěra k lékařům a sestřám, strach z návštěvy lékaře, strach z lékařských výkonů, úzkost při pouhém vyšetřování, snaha uniknout z dané situace, snaha zabránit provedení výkonu, snaha zatajovat zdravotní potíže. Objevují se i specifické fobie. Například injekční fobie má u dětí i ve vyšších věkových skupinách relativně vysokou prevalenci. Narůstají obtíže s nespolupracujícími dětskými pacienty. Proto se dnes lékařům doporučuje připravit dítě i rodiče na bolest způsobem, který odpovídá věku dítěte a charakteru výkonu. Upravit vhodně prostředí (zajistit soukromí, upravit osvětlení, omezit hluk), zajistit přítomnost rodiče jako sociální opory pro dítě, změnit roli dítěte z trpící osoby v pomocníka.

Psychologicky účinných metod přípravy dítěte na bolest je mnoho. Účinné je předvádění celé situace formou hry s vhodnými hračkami, hraní rolí ve skupině dětí, vysvětlování tichým hlasem, nasměrování fantazie jinam, soustředění pozornosti dítěte či naopak odvádění pozornosti dítěte, umožnění relaxace, vhodné využití hudby, předvádění vzorového chování v dané situaci živým člověkem nebo předvádění z videozáznamu. U starších dětí se využívá jasného vysvětlení postupu, které tlumí nejistotu a strach z neznámého. (Mareš, 1997)

### **3.3 Prevence bolesti ošetřovatelskou péčí**

Děti všech věkových skupin jsou schopni pociťovat bolest. Pokud jsou hospitalizovány, je povinností sestry, aby byla bolest minimální nebo aby vymizela úplně. V mnoha případech se dá bolesti předcházet předvídáním a šetrným zacházením s dětským pacientem. Jedním

z primárních úkolů sestry je zjistit, které potřeby dítěte nejsou uspokojovány a podle toho zorganizovat svou činnost. Zpravidla je třeba dítě uklidňovat, zbavovat strachu a přimět ho ke spolupráci. Mnohdy se dítě uklidní tím, že jsou uspokojeny jeho základní fyziologické potřeby a také se tím předejde bolesti. Jídlo zmírní nepříjemné svalové kontrakce, dostatečný přívod tekutin eliminuje potíže plynoucí z dehydratace, vyprazdňování uleví nepříjemným pocitům plného močového měchýře. Zejména u malých dětí je nutno pečovat o dostatečně dlouhý, kvalitní spánek a odpočinek, neboť zvýšená únava a nevyspalost zvyšují reagování dítěte na bolestivé podněty. Zaujetí správné polohy těla pomáhá předcházet bolestivým svalovým kontrakcím.

U dětských chirurgických pacientů musí sestra předpokládat, že každá námaha způsobuje bolest. Dokud se dostatečně nezhojí operační rána, je třeba dítě hlídat, aby některé pohyby neporušily hojení rány. Současně je však třeba dodat, že znehybnění dětského pacienta má také svá rizika. U ležícího chirurgického pacienta je krátce po operaci nutná pomoc sestry při zvedání, otáčení, posazování, čímž také velmi zmírňuje bolest. (Mareš, 1997)

## 4 Herní terapie

*„Připomeňme si, že pro malé dítě platí, že se učí přemáhat strach u mámy v náručí. Ne, že je jako skleníkovou květinou chráníme před jakýmkoliv strachem, ale že se staráme, aby strach prožívalo s jistotou v zádech, tj. v prostředí, kde se cítí v bezpečí. Jen tak se totiž naučí strach překonávat bez hrůzy a zoufalství a újmy na duševním zdraví“ (Matějček, 2004).*

Od roku 1993 dochází k zavádění herní terapie na dětských odděleních také v České republice. Herní terapii provádí speciálně proškolený pracovník = herní specialista, který pomáhá hospitalizovanému dítěti porozumět situaci, ve které se nachází. U malých a mladších dětí provádí vše pomocí hry, protože je hra přirozená forma pro dítě. Dokáže dítě uvolnit a umožňuje mu zapomenout na bolest, vzbuzuje v dítěti pocit důvěry. Hra je pro dítě řečí, kterou vyjadřuje strach, hněv i bezmocnost. Je to samostatný odborník, který provádí specifickou činnost, zaměřenou nejen na dítě, ale také na jeho rodiče. Herní specialista musí dobře znát normální vývoj dítěte od narození až do rané dospělosti. Musí být také dobře obeznámen s vyšetřovacími metodami, s léčebnými postupy, musí mít znalosti o onemocnění a musí rozumět chování dítěte odloučeného od rodiny. Provází dítě po celý jeho pobyt v nemocničním zařízení. (Veselá, 2007, Valenta, 2008)

## 4.1 Činnosti herního specialisty

Herní specialista poskytuje služby na ambulancích, standardních lůžkových oddělení a na dalších zařízeních poskytujících péči dětem a mladistvým. Připravuje také zdravotně naučné programy pro zdravé děti z mateřských škol a základních škol prvního stupně.

Program zahrnuje prohlídku oddělení, povídání o službách v nemocnici, seznámení se zdravotními pomůckami. Cílem programu je podpořit důvěru ke zdravotníkům a připravit dítě na možný pobyt v nemocničním zařízení. Herní specialista musí znát diagnózy a podávat pravdivé informace srozumitelné dětem i jejich rodičům. Činností i úkolů herního specialisty je mnoho a mezi nejdůležitější patří zajišťování ambulantních programů pro dítě a jeho rodinu při plánované hospitalizaci, v případě potřeby dochází do rodiny, seznamuje dítě a jeho doprovod s celým oddělením a jeho provozním řádem, úzce spolupracuje se zdravotníky a pedagogy, dbá na srozumitelnost, pomocí hry pomáhá dítěti porozumět nemoci, léčbě i důvodu hospitalizace, přednostně pečuje o děti bez doprovodu, děti handicapované, děti z ústavů zdravotní péče, připravuje dítě a jeho rodiče na odborná vyšetření, či lékařské zákroky a dítě na vyšetření také doprovází, připravuje pro děti herní programy.

Příprava dítěte musí být názorná a srozumitelná. Písemné a obrázkové pomůcky pro každou věkovou skupinu. Například omalovánky, pexeso, puzzle, kreslené příběhy, různé informační brožurky, ukázková alba s fotografiemi a textem, atlasy. Demonstračními pomůckami jsou vlastní hračky dětí, speciální loutky s odnímatelnými orgány, většinou buď jako medvídek nebo panenka, originální zdravotnické pomůcky, čepice, ústenky, rukavice, injekční stříkačky, kanyly, obvazy, náplasti a podobně. Arteterapie, muzikoterapie, videozáznamy nahraných lékařských vyšetření. (Valenta, 2008, Veselá, 2007)

## 5 Vývojová a pediatriká psychologie

Znalost zákonitostí psychického vývoje a charakteristických projevů chování a prožívání dětí v různých věkových obdobích je nezbytnou součástí odborné přípravy nejen pedagoga a výchovného poradce, ale i dětského lékaře, který musí umět volit pro každé dítě nejvhodnější způsob vedení lékařského vyšetření nebo zákroku. Musí umět včas zachytit všechny závažnější odchylky od normálního vývojového průběhu a navrhnout vhodná opatření. Lékař si musí být současně vědom skutečnosti, že psychologické faktory jsou významné nebo rozhodující v etiopatogenezi některých zdravotních potíží a že hrají

významnou roli i při léčbě všech závažných, zejména chronických onemocnění. (Čechová a spol., 2004)

## **5.1 Novorozenecké období**

Novorozenecké období je obdobím adaptace, během níž se dítě psychologicky i fyziologicky přizpůsobuje podmínkám mimoděložního prostředí. Přejít dítěte z chráněného intrauterinního života do světa plného nových podnětů znamená pro dítě značnou psychickou i fyzickou zátěž, jejíž velikost do značné míry může ovlivnit způsob vedení porodu a první ošetření novorozence. Novorozenec má po narození vyvinuty všechny základní nepodmíněné reflexy, které mu umožňují vyrovnat se s požadavky nového životního prostředí. Novorozenec se v průběhu prvního měsíce života učí a rozvíjí. Rozvíjí se sluchové vnímání, reaguje na hluk a později rozeznává hlas matky. Zrakové vnímání se rozvíjí postupně,

ve dvou týdnech se dítě krátce dívá na předmět, který má v zorném poli a na krátkou dobu zachytí i oči matky. Chuť a čich jsou také dobře vyvinuty a dítě nejpozději do 6. dne po porodu pozná svoji matku čichem. Křik dítěte po narození je reflexní, ale v průběhu prvního měsíce matka většinou rozliší křik z hladu od křiku při bolesti. Novorozenec většinu času spí, chvíle bdění jsou krátké a dítě se budí především k jídlu. Po motorické stránce je novorozenec nezralý a je odkázán na péči okolních osob, živě pohybuje rukama a nohama, ale své pohyby neovládá. Vzájemná souhra mezi chováním novorozence a odpovídající reakcí pečující osoby je základem zkušeností dítěte se světem a je velmi důležitá pro dobrou socializaci dítěte v dalších životních obdobích. (Čechová a spol., 2004, Říčan, 2006)

## **5.2 Kojenecké období**

Následuje po období novorozeneckém a trvá od 28. dne do konce 1. roku života dítěte. První rok života je obdobím výrazného psychického vývoje, tělesného růstu a zrání centrálního nervového systému. U kojence se rozvíjí motorika, kojeneček postupně mění polohu, učí se sedět, lézt, chodit a začíná být schopný samostatné lokomoce. Současně s motorickým vývojem se rozvíjí i smyslové vnímání. Při rozvoji zrakového vnímání dítě postupně fixuje pohled na předměty v zorném úhlu, ve třetím měsíci již pohledem fixuje i pohybující se předmět, ve čtvrtém měsíci přidává otáčení hlavičky ve směru sledovaného pohybu a v pátém měsíci se při sledování předmětu přetočí i na bok a na břicho. Při zvukových podnětech dítě zpozorní, zastaví krátce pohyby, později otáčí nejprve oči a od šestého týdne otáčí hlavičku a hledá zdroj zvuku. Vývoj zrakového i sluchového vnímání

má velký význam pro rozvoj řeči. Zpočátku dítě vydává jednotlivé zvuky, samohlásky, které opakuje a prodlužuje, takže kolem třetího měsíce houká a brouká. Po šestém měsíci vydává slabiky a mezi devátým a dvanáctým měsícem přichází i slovo s významem.

Proces socializace závisí na interakci s matkou, rodiči. Již od třetího měsíce reaguje dítě na spatření obličeje úsměvem, vnímá a vytváří si tak trvalejší vztah k lidské tváři jako prvému znaku člověka. V období mezi šestým až osmým měsícem nastává specifické připoutání dítěte k matce, kdy umí dítě rozlišovat mezi známou a cizí tváří a dává najevo úzkost při odloučení od tváře známé. Dalším vývojovým jevem ve vztahu k matce je separační úzkost, která souvisí se specifickým připoutáním. Dítě lpí na stálé přítomnosti matky a nesnese její odchod z jeho blízkosti. Celý organismus i duševní vývoj dítěte je v kojeneckém věku nejzranitelnější a proto je velkým nebezpečím každé odloučení dítěte od matky. Takovým odloučením může být právě hospitalizace dítěte. Nucené odloučení může v tomto období vést ke stagnaci nebo i regresi ve vývoji dítěte. Právě proto jsou již dnes ve většině nemocnic u nás vytvořeny podmínky pro přijímání matek spolu s dítětem. Tam, kde to není možné, musíme usilovat o to, aby rodiče mohli navštěvovat dítě bez omezení.

(Čechová a spol., 2004, Leifer, 2004)

### **5.3 Batolecí období**

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

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

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

se řečí umožňují pokroky i v sociální oblasti. Kolem jednoho roku zpravidla dítě začíná aktivně pomáhat při oblékání, v patnácti měsících již většinou jí samo lžičkou a v roce a půl již dobře zachází s hrnkem. Během druhého roku se většina dětí učí také aktivnímu udržování osobní čistoty. Ve třech letech se většina dětí již sama obléká, dovedou si umýt ruce a jinak dávají najevo svou samostatnost.

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

(Čechová a spol., 2004, Řičan, 2006, Leifer, 2004)

## **5.4 Předškolní období**

Je to období od tří do šesti let a jeho typickým znakem je potřeba aktivity a sebeprosazování. Růst dítěte se v tomto období zpomaluje a motorický vývoj zahrnuje stále zdokonalování, zlepšování pohybové koordinace, hbitosti a elegance pohybu. Pětileté dítě nejen dobře utíká a seběhne hbitě ze schodů, ale i skáče, umí stát déle na jedné noze a umí házet míč po způsobu dospělých, začíná upřednostňovat jednu ruku a jeho větší zručnost se projevuje v rychle narůstající soběstačnosti. Samostatně jí, samo se svléká, obléká a svou zručnost si cvičí i v mnohých hrách s kostkami, pískem či plastelínou. Nejvíce se projevuje rozvoj dítěte v kresbě, kde se kromě zručnosti uplatňuje i růst jeho rozumového chápání světa a schopnost vyjádřit kresbou vlastní představu. K velkému zdokonalení dochází také v oblasti řeči, zvyšuje se slovní zásoba a mění se i větná stavba. Roste zájem i o mluvenou řeč. Tříleté a čtyřleté dítě vydrží delší dobu naslouchat krátkým pohádkám. S rozvojem řeči souvisí i růst poznatků o sobě a okolním světě. Od tří let dítě zná své celé jméno, umí na dotaz udat pohlaví a rozlišuje základní barvy.

Myšlení se rozvíjí, ale zůstává na konkrétní úrovni, je intuitivní, nepřesné a ne vždy se správou logikou. Dítě žije převážně přítomností. Věci, kterým dobře nerozumí, doplňuje fantazií, která je v tomto období dobře rozvinuta. I nadále v tomto období zůstává rodina nejvýznamnějším prostředím, které zajišťuje socializaci dítěte. Socializace probíhá po celý život člověka, ale předškolní období může být chápáno jako kritické, zejména pokud jde o osvojování sociálních kontrol a sociálních rolí. Socializace není jen socializací vnějších

projevů chování, ale především socializací vnitřního prožívání dítěte a stává se tak základem pro jeho celý emoční vývoj a úzce souvisí s rozvojem jeho vlastního sebepojetí.

Významnou roli začínají hrát druhé děti. Dítě začíná vyrůstat z rámce rodiny a navazuje jiné kontakty. Potřeba kontaktu s dětmi se většinou realizuje formou hry a vztahy k druhým dětem jsou většinou nahodilé, přelétavé, málo trvalé. Každé dítě by mělo mít v předškolním věku příležitost ke styku s druhými dětmi, protože v jejich společnosti se učí způsobům chování, které budou později důležité. Ve styku s dospělými se dítě nemůže naučit pomáhat slabším, druhé vést a jindy se jim podřídit, soupeřit, spolupracovat na stejné úrovni a řešit kompromisem mnohé konflikty. (Čechová a spol., 2004, Říčan, 2006)

## **5.5 Období mladšího školního věku**

Období mladšího školního věku zahrnuje věk od nástupu do školy do dokončení prvního stupně. To znamená zhruba do jedenácti až dvanácti let. Nástupem do školy začíná dítěti nová povinnost denně chodit do školy, ať chce nebo ne, pracovat ve škole, učit se, psát úkoly. Děti se zpočátku do školy těší, ale brzy zjistí, že se od nich očekává mnoho trpělivosti a kázně než doposud. Je třeba si zvyknout na hodnocení a kritiku ze strany učitele i rodičů, vyrovnávat se s úspěchem či neúspěchem. Učitele mají děti většinou na začátku docházky rády, podřizují se jeho autoritě, věří mu a identifikují se s ním.

Vztahy mezi spolužáky jsou kamarádké, děti mezi sebou soutěží. Lépe jsou hodnoceni silní a obratní jedinci, ale i ti, kteří dokážou pomáhat druhým. Po vyučování si hrají ve skupinách. Ve hře dochází ke střídání rolí, děti se učí vést ostatní i podřídit se.

Školní děti rády pečují o zvířata, což jim přináší určité povinnosti, které musí pravidelně vykonávat. Péče jim přináší zodpovědnost, samostatnost, ale i radost a citové zážitky. Uspokojuje se potřeba o někoho pečovat.

V tomto období jsou děti obzvláště citlivé na nesrovnalosti mezi rodiči. S jejich rozchodem se vyrovnávají nejhůře ze všech období. Žije-li dítě v neúplné rodině s matkou, bývá na ni neúměrně silně a dlouhodobě fixováno.

V konkurenci mezi vrstevníky si dítě utváří obraz o sobě samém. Pro jeho další rozvoj je důležité, zda si rozvine a udrží kladné sebehodnocení. Nízké sebehodnocení mívají děti, které nejsou schopny plnit očekávání rodičů, nemají dobrý prospěch nebo se nedokážou dobře přizpůsobit školnímu režimu. Některé potíže mohou souviset se zdravotními obtížemi. Například nesoustředěnost dětí s alergickými či svědivými onemocněními, unavitelnost u chronických nemocí, pomalejší reakce a neobratnost u lehčích forem mozkové obrny. Školní potíže mohou být způsobeny specifickou poruchou učení, což je například dyslexie

(porucha čtení), dyskalkulie (porucha počítání). Tyto děti mohou reagovat úzkostně s tendencí k úniku z obtížné situace. Přestávají být veselé, spokojené a mohou se objevovat psychosomatické potíže a neurotické prvky v chování. Nejčastěji je to okusování nehtů, zadržávání řeči, noční děsy či noční pomočování a různé děsy. Někdy reagují provokativním chováním, zlobí, předvádějí se a snaží se upoutat pozornost.

(Čechová a spol., 2004, Leifer, 2004)



## **II Praktická část**

### **6 Výzkumné otázky**

Na základě stanovených cílů jsem si stanovila 4 výzkumné otázky, které bych chtěla v této práci vyhodnotit.

1. Výsledky edukace budou lepší za využití herního terapeuta než bez jeho využití.
2. Děti budou lépe edukovány v akreditované nemocnici než v neakreditované.
3. Dominantním zdrojem informací bude ošetřující lékař než ostatní uvedené zdroje.
4. Děti budou informovány o svém zdravotním stavu a operačním výkonu méně než doprovázející osoba.

## 7 Metodika výzkumu a výzkumný vzorek

Výzkum byl prováděn od listopadu roku 2010 do března roku 2011 v nemocnici krajského typu bez akreditace a v nemocnici fakultního typu s akreditací.

Jako metodu výzkumu jsem zvolila anonymní dotazník. Dotazníkové šetření umožňuje získat velké množství dat při relativně nízkých nákladech a nedochází k ovlivňování respondenta.

První část výzkumu spočívala v provedení pilotního výzkumu, který jsem prováděla v listopadu roku 2010. Výzkum spočíval v rozdání 10 dotazníků na dětská oddělení.

Druhá část výzkumu spočívala v rozdání nových dotazníků, které se lišily od dotazníku rozdávaného v rámci pilotního výzkumu třemi upravenými otázkami, úplným odstraněním dvou otázek a doplněním jedné otázky otevřené.

Konečná podoba dotazníků byla rozdána po 40 kusech do obou nemocnic. Dotazník byl určen pro osobu starající se o hospitalizované dítě.

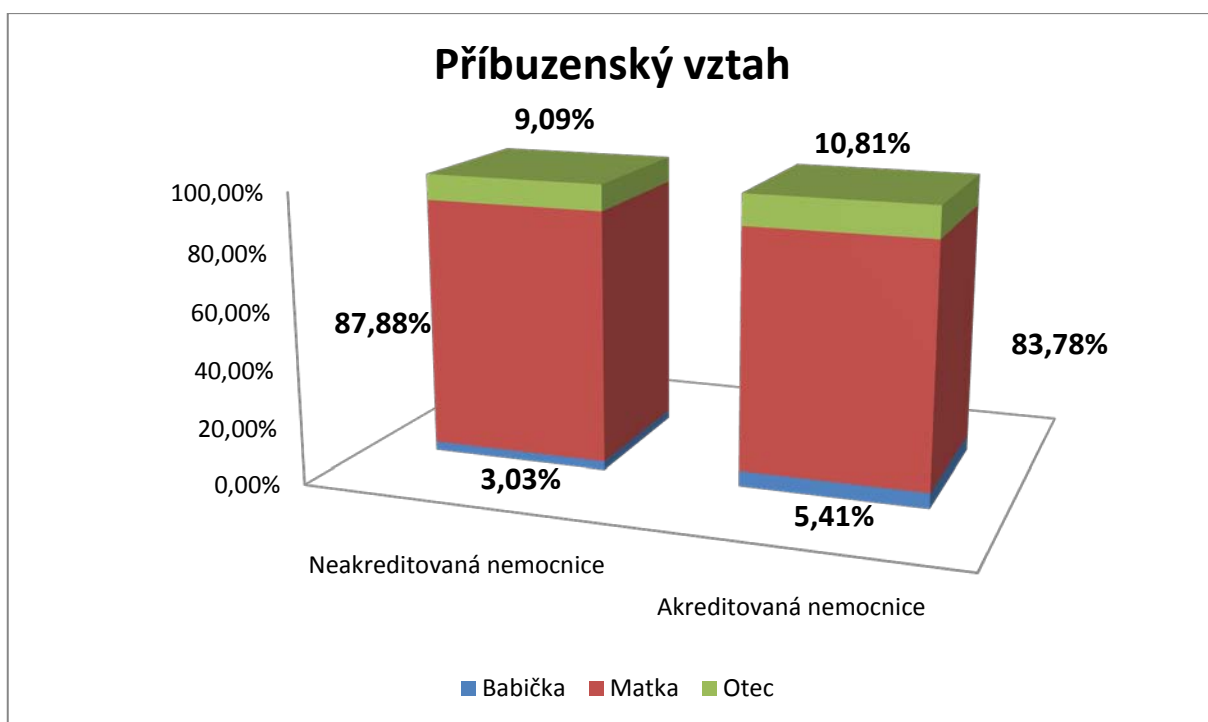
Z celkového počtu 80 rozdaných dotazníků byla návratnost 70 dotazníků, což představuje 87,5 %. Jelikož se jedná pouze o malý zkoumaný vzorek, nelze vztáhnout výsledky šetření na celou populaci.

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány prostřednictvím počítačového programu Microsoft Excel a jsou uvedeny v mé práci prostřednictvím grafů a k procentuálnímu vyjádření jsem použila statistický vzorec:  $p_i = (n_i / n) * 100^1$ . V každém grafu jsou vedle sebe znázorněny výsledky z akreditované a neakreditované nemocnice.

## 8 Rozbor výsledků

V rozboru výsledků uvádím data získané jak v akreditované, tak i neakreditované nemocnici. Výsledky jsou vždy vyobrazeny ve stejném typu grafu vedle sebe pro přehledné porovnání.

### Otázka č. 1 Jaký je Váš příbuzenský vztah k dítěti?

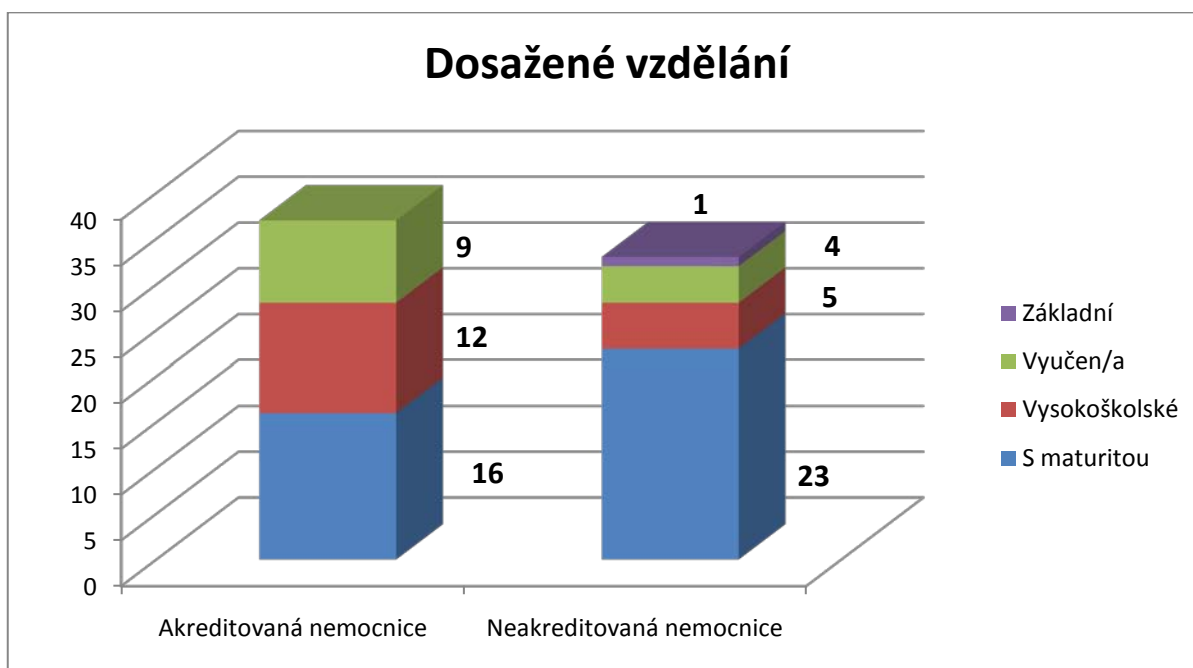


Obr. 1 Graf příbuzenský vztah

Na uvedeném grafu je znázorněno procentuální vyjádření příbuzenského vztahu k dítěti. Na jeho základě můžeme říci, že nejčastěji doprovází hospitalizované dítě jeho matka. Tvrzení platí pro oba typy nemocnic.

V neakreditované nemocnici doprovází matka v 87,88 % a v akreditované v 83,78 %. Další doprovázející osobou v neakreditované nemocnici s 9,09 % je otec a ve 3,03 % babička. V akreditované nemocnici je to 10,81 % otec a 5,41 % babička.

## Otázka č. 2 Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

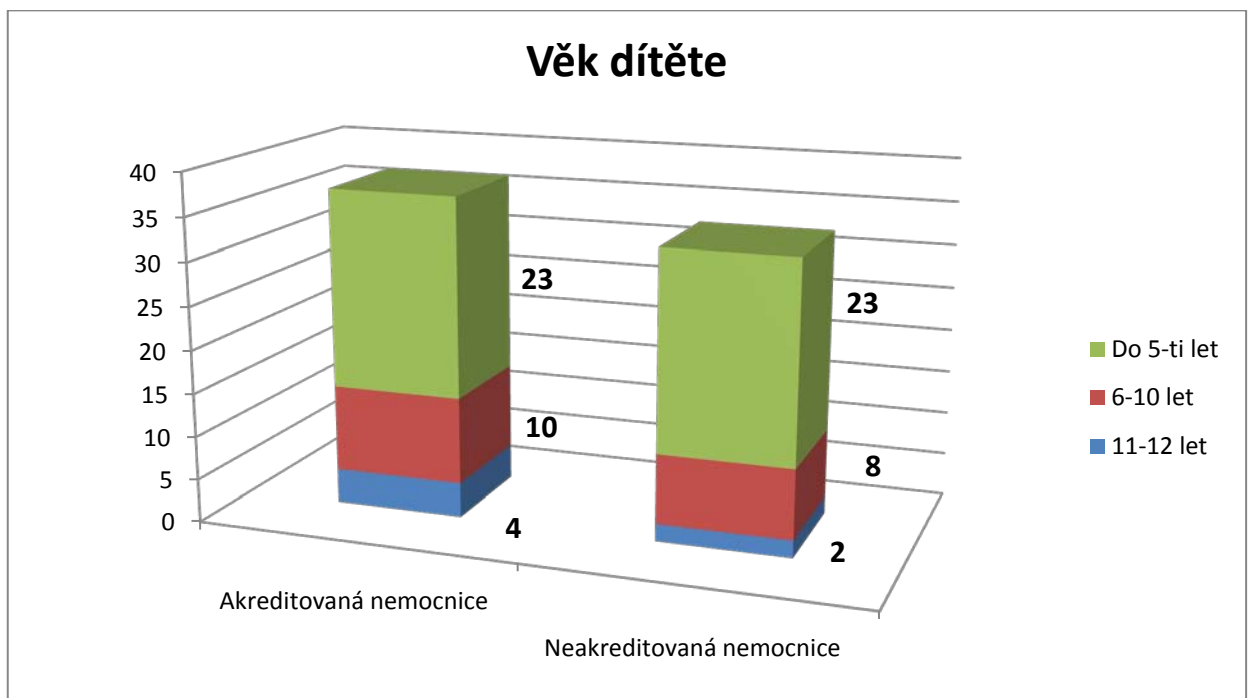


**Obr. 2 Graf Dosažené vzdělání**

Na uvedeném grafu vidíme, že nejvyšší dosažené vzdělání v akreditované nemocnici představuje u 16 respondentů (43,24 %) studium ukončené maturitní zkouškou. Následuje vzdělání vysokoškolské u 12 respondentů (32,43 %) a 9 respondentů (24,32 %) je vyučeno.

I v neakreditované nemocnici mají respondenti nejčastěji vzdělání ukončené maturitní zkouškou. Představuje to 23 respondentů (69,70 %). Dále má 5 (15,15 %) vysokoškolské studium, následně učební obor u 4 respondentů (12,12 %) a 1 (3,03 %) představuje základní vzdělání.

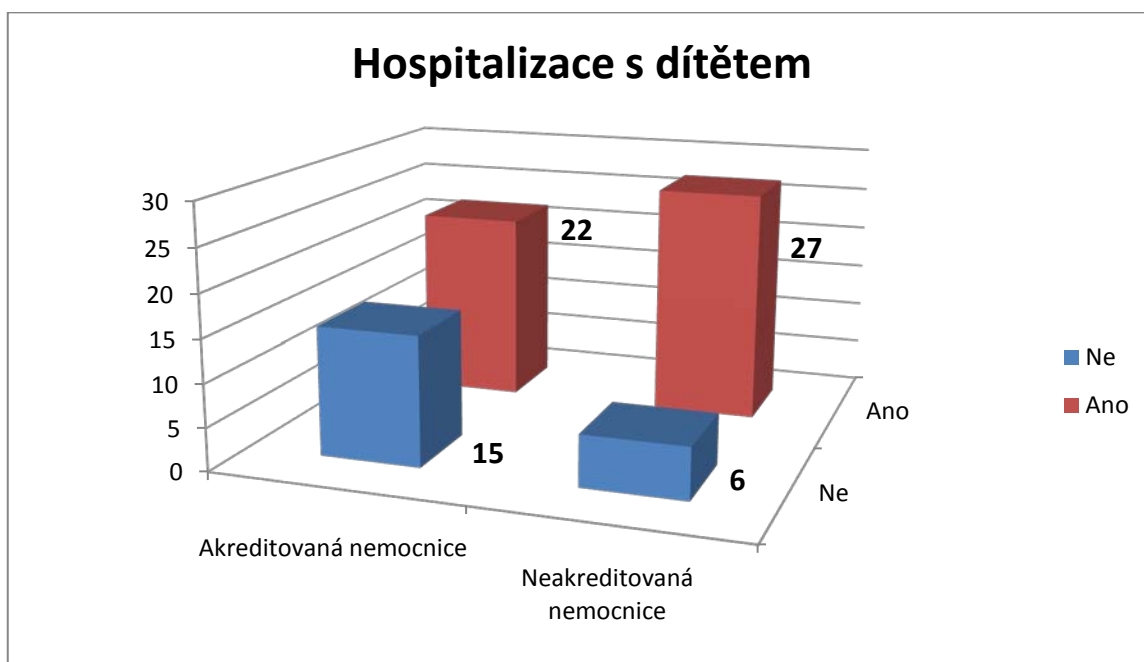
### Otázka č. 3 Jaký je věk Vašeho dítěte?



**Obr. 3 Graf Věk dítěte**

Uvedený graf znázorňuje počet dětí v určitém věkovém rozmezí. V obou typech nemocnic se shoduje počet dětí ve věku do 5 let, což je četnost 23. Dále je v akreditované nemocnici 10 dětí ve věku od 6 do 10 let a 4 děti ve věku od 11 do 12 let. V neakreditované nemocnici se výzkum týkal 8 dětí ve věku 6 až 10 let a 2 dětí ve věku 11 až 12 let.

#### Otázka č. 4 Jste hospitalizován/a na oddělení se svým dítětem?

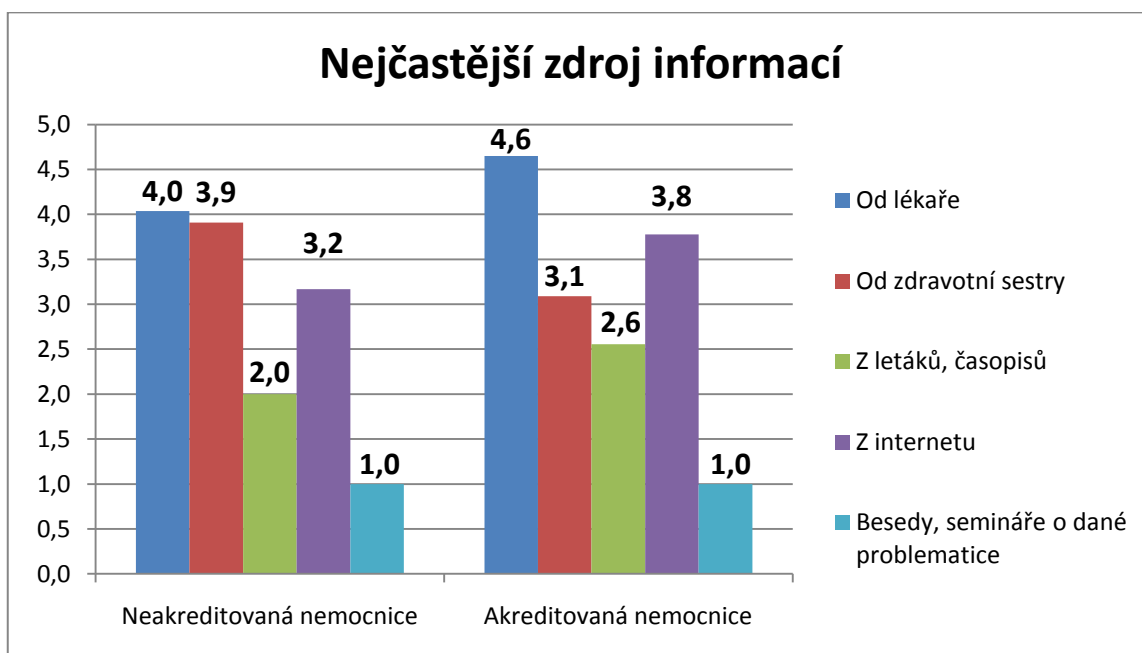


**Obr. 4 Graf hospitalizace s dítětem**

Podle sloupcového grafu vidíme, že je v akreditované nemocnici hospitalizováno 22 respondentů se svými dětmi a 15 jich za dětmi dochází z prostředí domova nebo jsou hospitalizováni na jiném oddělení.

V neakreditované nemocnici je hospitalizovaných 27 respondentů se svými dětmi a dochází jich za dětmi 6.

## Otázka č. 5 Z jakých zdrojů jste získával/a informace?



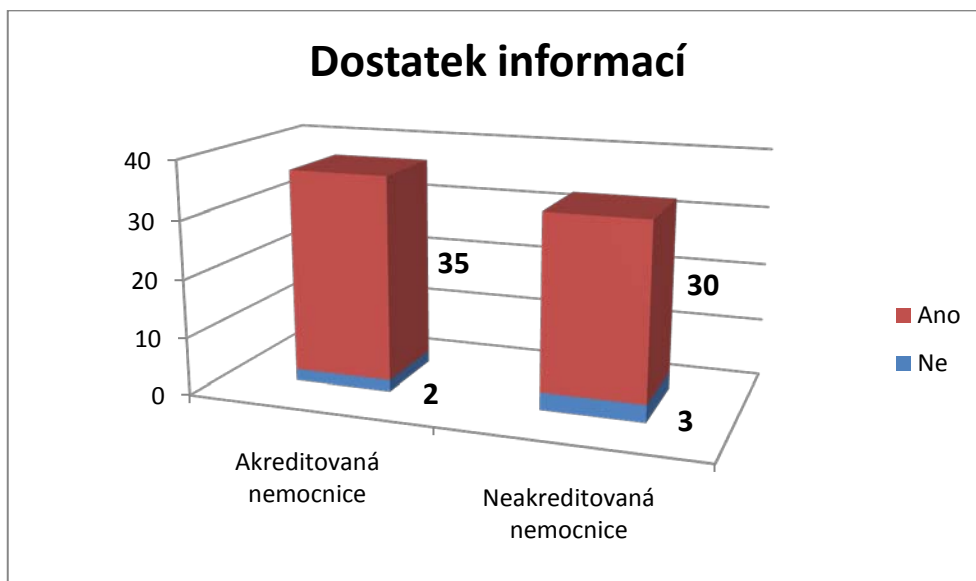
**Obr. 5 Graf Nejčastější zdroj informací**

Na uvedeném sloupcovém grafu vidíme rozdělení nejčastějších zdrojů informací pro rodiče vyjádřen v průměru. Výběr byl z pěti možností a ke každé z nich respondenti určovali, jak hodně informací z daného zdroje získali pomocí stupnice od 1 do 5. V čemž 1 znamenalo nejméně informací a 5 nejvíce informací.

V akreditované nemocnici nejvíce informací získávali respondenti od lékařů, výsledkem je průměr 4,6. Dalším nejčastějším zdrojem byl s průměrem 3,8 internet, s průměrnou hodnotou 3,1 informace od zdravotní sestry, s hodnotou 2,6 z letáků a časopisů a s výsledkem 1,0 ze seminářů a besed o dané problematice.

Oproti akreditované nemocnici jsou v neakreditované dva nejčastější zdroje v těsné blízkosti. Nejčastější zdroj je opět lékař s hodnotou průměru 4,0 a s velmi blízkou hodnotou 3,9 zdravotní sestra. Dalším zdrojem je internet 3,2, letáky a časopisy 2,0 a stejně jako u nemocnice akreditované na posledním místě s hodnotou 1 besedy a semináře.

**Otázka č. 6 Byly pro Vás informace před výkonem dostatečné?**



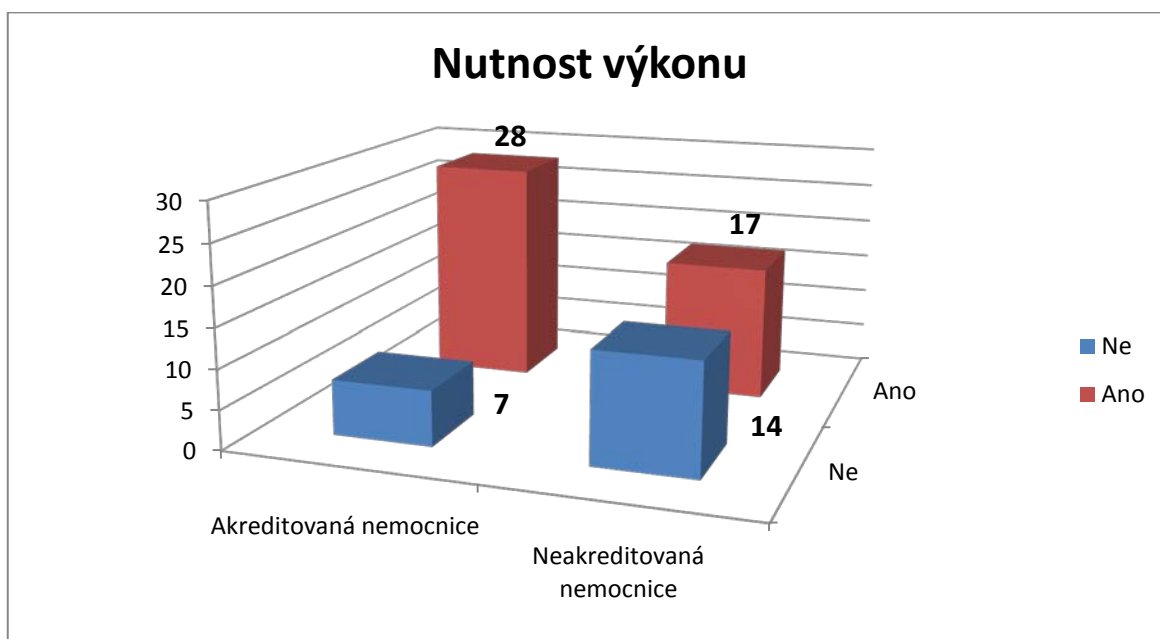
**Obr. 6 Graf Dostatek informací**

V akreditované nemocnici bylo 35 respondentů s informacemi od zdravotního personálu před operačním výkonem spokojeno a považovali je za dostatečné. Pouze 2 respondenti s informacemi spokojeni nebyli.

V neakreditované nemocnici 30 respondentů považovalo informace stejného druhu za dostatečné a 3 respondenti je považují za nedostatečné.



### Otázka č. 7 Vysvětlil lékař Vašemu dítěti nutnost operačního výkonu?



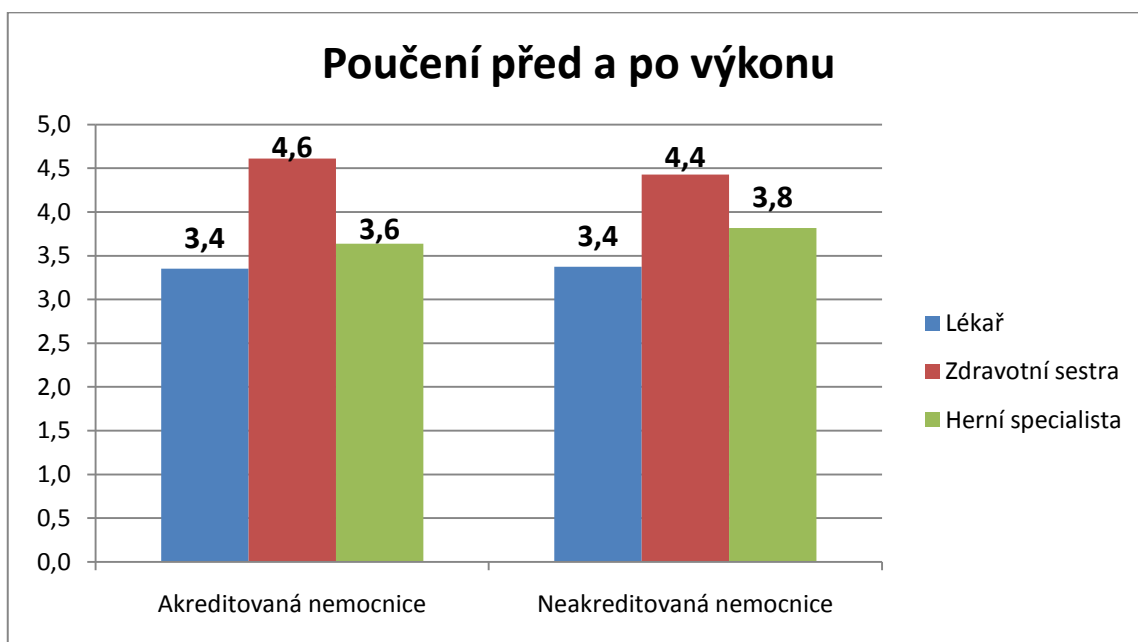
**Obr. 7 Graf Nutnost výkonu**

Tento sloupcový graf nám znázorňuje informovanost dítěte lékařem o nutnosti operačního výkonu.

U akreditované nemocnice lékař 28 dětem (80 %) vysvětlil nutnost operace tak, aby tomu rozuměly a zbylým 7 dětem (20 %) nevysvětlil.

U neakreditované nemocnice je rozdíl hodnot daleko menší, kdy 17 dětem (54,84 %) nutnost operace vysvětlil, ale u 14 dětí (45,16 %) nutnost operace nevysvětlil.

### Otázka č. 8 Kdo poučil Vás a Vaše dítě o zásadách před a po operačním výkonu?



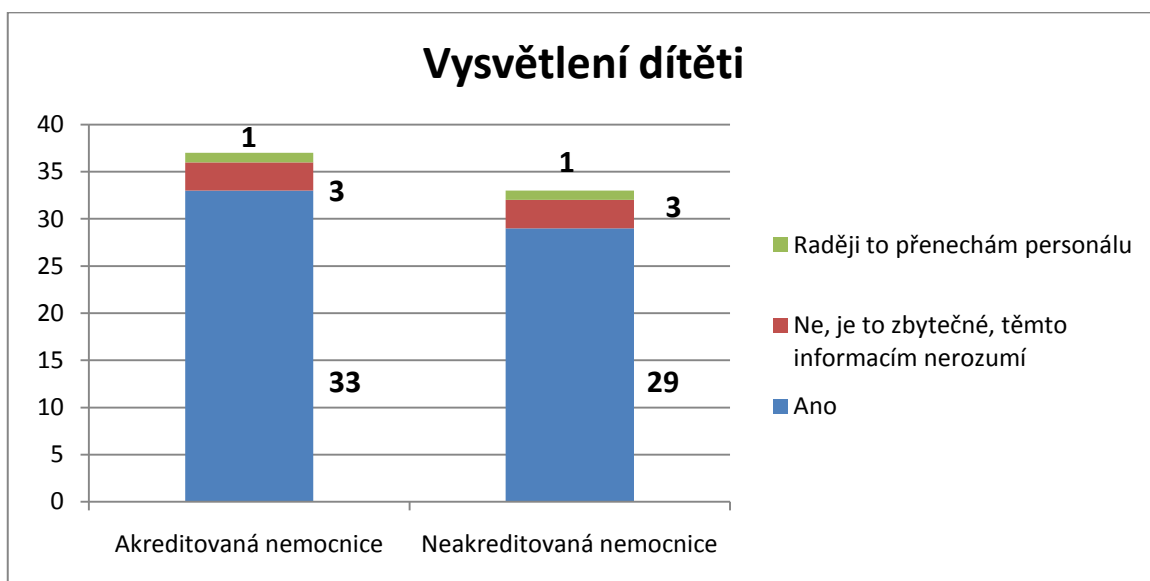
**Obr. 8 Graf Poučení před a po výkonu**

U znázorněného grafu vidíme vyhodnocení informací o režimu chování a dodržování zásad před a po operačním výkonu. Výsledky jsou uvedeny v průměrných hodnotách. Respondenti měli možnost zhodnotit množství informací pomocí stupnice od 1 do 5, kdy 1 bylo nejméně informací a 5 nejvíce informací.

V akreditované nemocnici měli respondenti nejvíce informací o dané problematice od zdravotní sestry a to v průměru 4,6. Dále od herního specialisty o průměru 3,6 a v poslední řadě od lékaře s hodnotou 3,4.

V neakreditované nemocnici dostávali respondenti také nejvíce informací od zdravotní sestry s průměrem 4,4, od herního specialisty s výsledkem 3,8 a také v poslední řadě s hodnotou 3,4 od lékaře.

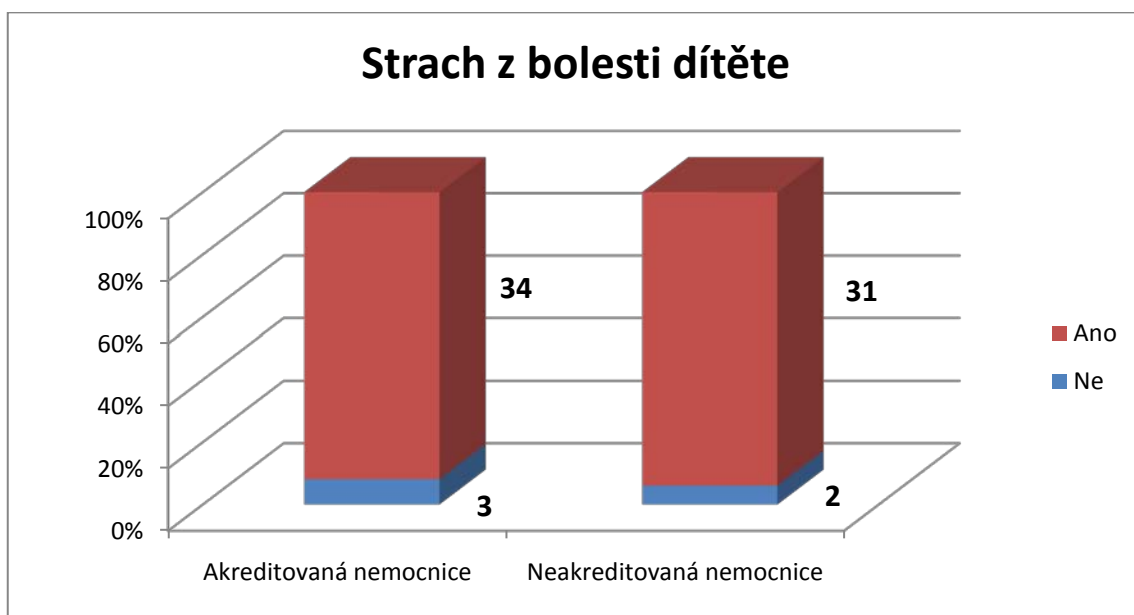
### Otázka č. 9 Snažil/a jste se vysvětlit Vašemu dítěti, co ho v nemocnici čeká?



**Obr. 9 Vysvětlení dítěti**

Na znázorněném grafu pozorujeme, že u akreditované nemocnice vysvětlilo 33 respondentů dětem, co dítě v nemocnici čeká a u neakreditované 29 respondentů. Hodnoty dalších odpovědí se v obou nemocnicích shodují a to s čísly 3. Tito respondenti nebudou dítě informovat, co ho čeká, protože se domnívají, že dítě informacím neporozumí. Pouze jeden respondent v každé nemocnici přenechá vysvětlení personálu.

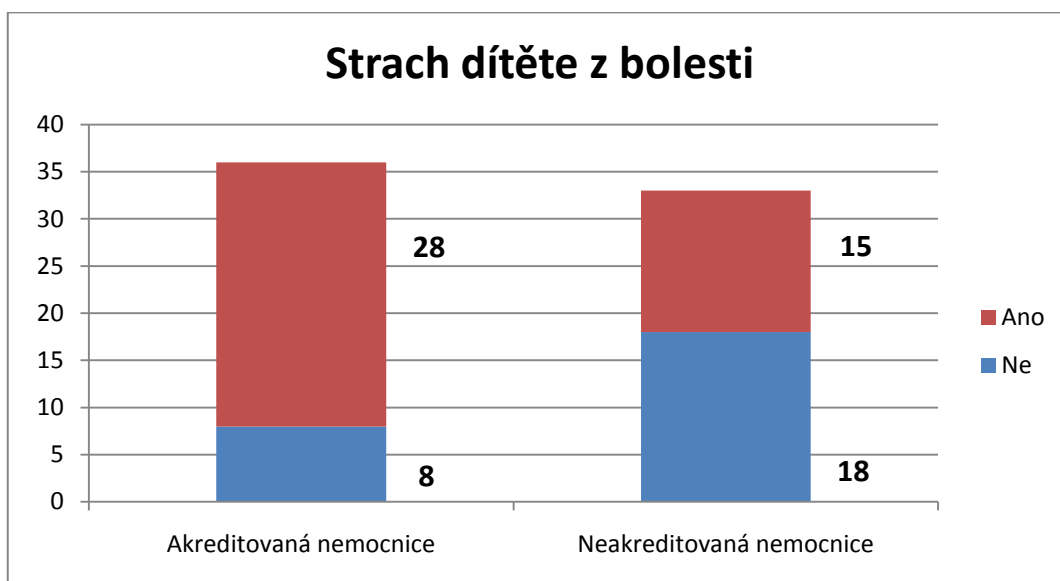
**Otázka č. 10 Měl/a jste strach, že bude Vaše dítě prožívat bolest?**



**Obr. 10 Graf Strach z bolesti dítěte**

Tento graf nám znázorňuje strach doprovodné osoby z bolesti dítěte. V obou nemocnicích je na první pohled jasný výsledek. V akreditované nemocnici mělo strach z bolesti dítěte 34 respondentů (91,89 %), zbylí 3 respondenti (8,11 %) strach neudávali a v neakreditované udává strach 31 respondentů (93,94 %) a zbylí 2 respondenti (6,06 %) strach neměli.

### Otázka č. 11 Mělo Vaše dítě strach z bolesti?

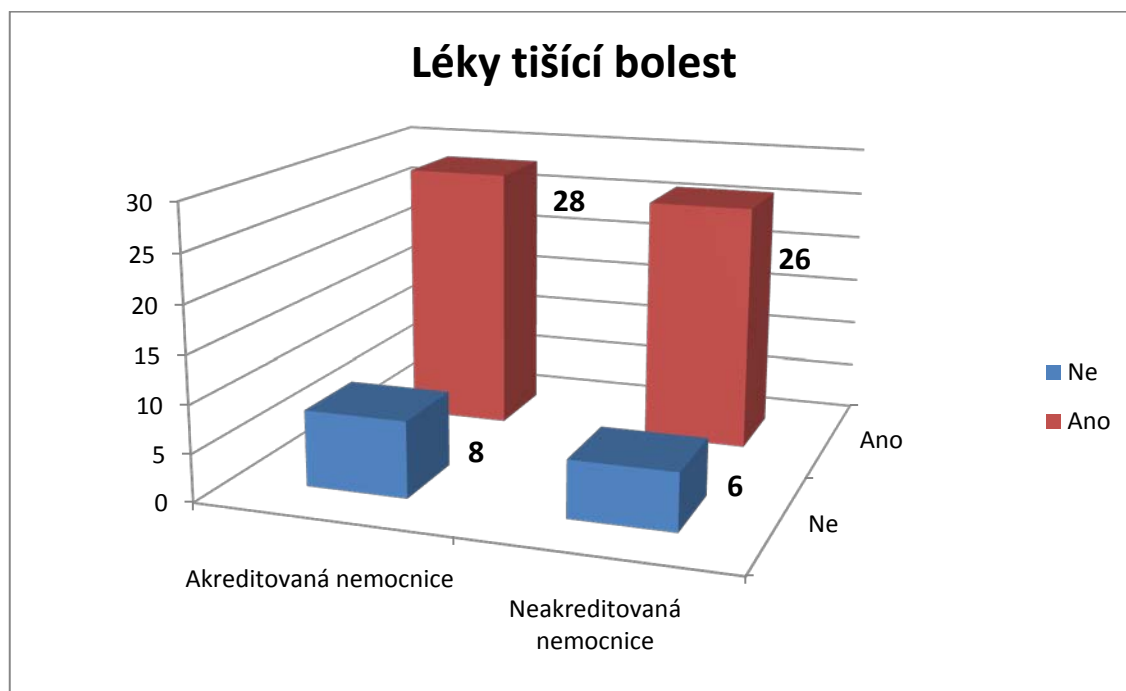


**Obr. 11 Graf Strach dítěte z bolesti**

Na danou otázku odpovědělo 69 respondentů z celkového počtu 70.

Oproti strachu doprovodné osoby z bolesti dítěte, kde byl výsledek jasný a shodující se, že se strach dítěte z bolesti v porovnání nemocnic liší. V akreditované nemocnici mělo strach z bolesti 28 dětských pacientů a 8 dětí strach nepociťovalo. Naopak u neakreditované nemocnice mělo strach z bolesti jen 15 dětí a 18 dětí strach nemělo.

**Otázka č. 12 Bylo řečeno Vašemu dítěti, že v případě bolesti může dostat léky tišící bolest?**

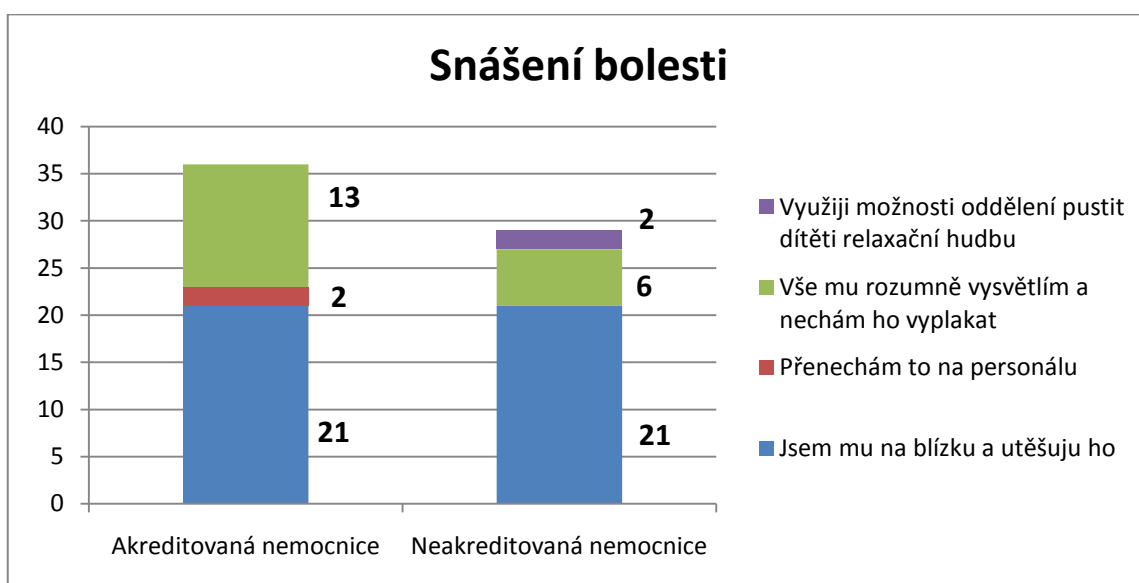


**Obr. 12 Graf Léky tišící bolest**

Na danou otázku odpovědělo 68 respondentů z počtu 70 respondentů. Uvedený sloupcový graf znázorňuje poskytnutí informací dítěti o možnosti podání léků tišící bolest.

V akreditované nemocnici zdravotní personál poskytl informaci týkající se tišících prostředků na bolest 28 dětem a u 8 dětí tuto informaci neposkytl. V neakreditované nemocnici 26 dětí dostalo informaci od zdravotního personálu o možnosti tišení bolesti a zbylých 6 dětí tuto informaci nedostalo.

### Otázka č. 13 Jak pomáháte Vašemu dítěti snášet bolest?



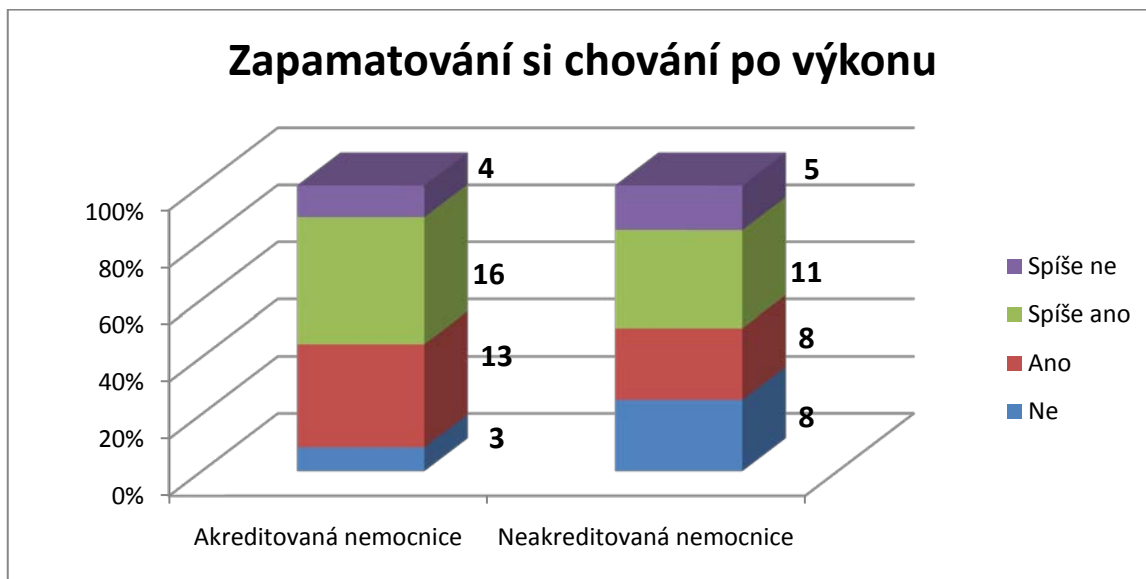
**Obr. 13 Graf Snášení bolesti**

Na tuto otázku odpovědělo 65 respondentů z celkového počtu 70. Tento použitý graf znázorňuje, jak respondenti napomáhají dítěti snášet bolest. Na výběr měli ze čtyř možných odpovědí.

V akreditované nemocnici první a nejčastější odpověď, kdy je respondent dítěti na blízku a utěšuje ho, zvolilo 21 respondentů. 13 respondentů se snaží dítěti vše rozumně vysvětlit a nechá ho vyplakat. Zbylí 2 respondenti přenechají pomoc dítěti personálu.

V neakreditované nemocnici, stejně jako u nemocnice druhého typu, byla nejčastější odpověď být dítěti na blízku a utěšovat ho ve 21 případech. Dalších 6 respondentů dítěti vše rozumně vysvětlí a 2 respondenti využijí možnosti oddělení pustit dítěti relaxační hudbu.

**Otázka č. 14 Pamatovalo si Vaše dítě po operačním výkonu alespoň nějaké poznatky o chování po operačním výkonu?**



**Obr. 14 Graf Zapamatování si chování po výkonu**

Na tuto otázku odpovědělo 68 respondentů z celkového počtu 70.

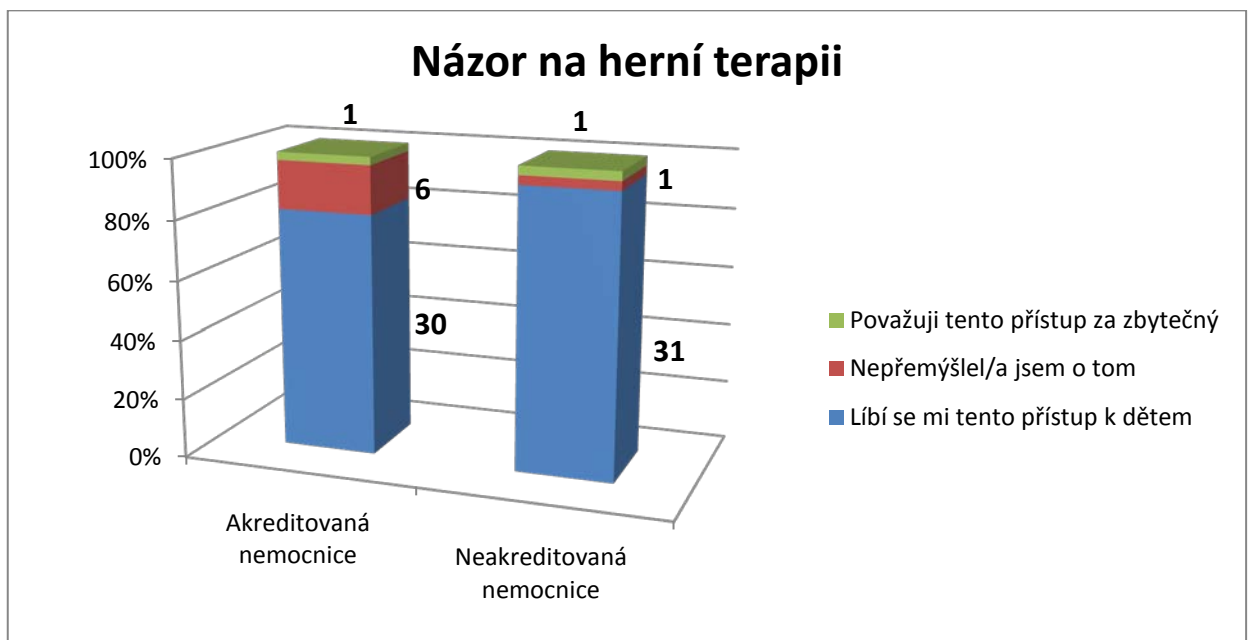
Na grafu jsou znázorněny hodnoty četností, vyjadřující, zda si dětský pacient pamatoval alespoň nějaké poznatky o tom, co po operaci smí a nesmí dělat.

V akreditované nemocnici je nejčastější odpovědí spíše ano, zastoupena 16 respondenty. Další odpovědí s četností 13 je ano, Spíše ne má hodnotu 4 a v poslední řadě odpověď ne zaškrtili 3 respondenti.

V neakreditované nemocnici byla také nejčastější odpovědí odpověď spíše ano s četností 11, dále s četností 8 odpověď ano i ne a v poslední řadě s četností 5 odpověď spíše ne.



### Otázka č. 15 Jaký máte názor na metodu herní terapie?



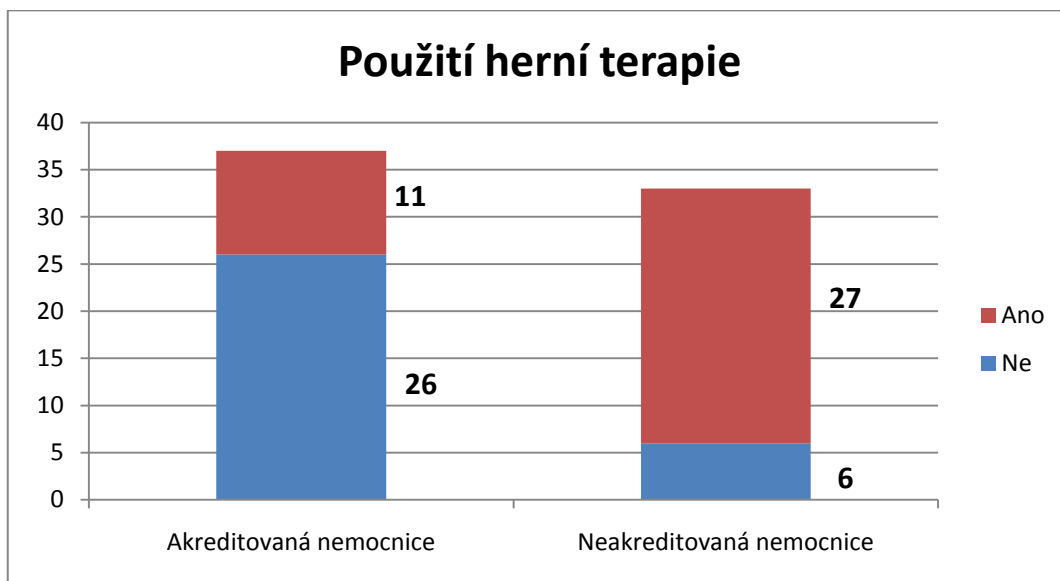
**Obr. 15 Graf Názor na herní terapii**

Na tuto otázku odpovědělo všech 70 respondentů. U obou typů nemocnic převládá odpověď: líbí se mi tento přístup.

V akreditované nemocnici převládající odpověď zaškrtnulo 30 respondentů, 6 o této metodě nepřemýšlelo a jednomu přijde zbytečná.

V neakreditované nemocnici 31 respondentů udává zájem k metodě herní terapie, 1 respondent o tom nikdy nepřemýšlel a 1 respondent ji udává za zbytečnou.

**Otázka č. 16 Byla u Vašeho dítěte využita metoda herní terapie?**



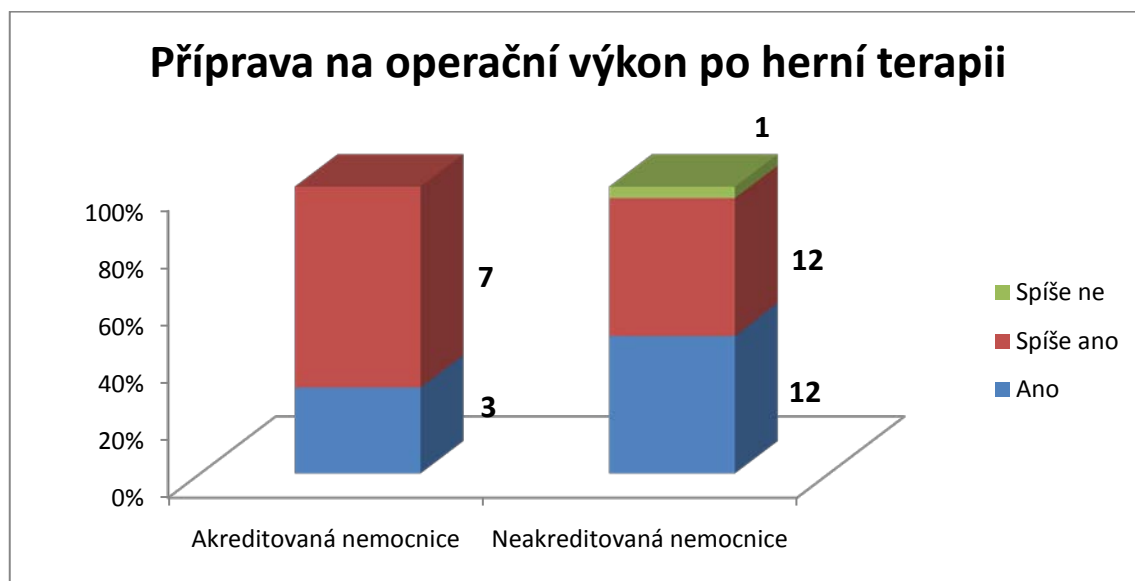
**Obr. 16 Graf Použití herní terapie**

Sloupcový graf nám znázorňuje využití metody herní terapie u dětských pacientů.

V akreditované nemocnici u 26 dětských pacientů neproběhla herní terapie a u 11 dětí využita byla.

V neakreditované nemocnici Oproti akreditované se výsledek liší. U 27 respondentů herní terapie využita byla a u 6 dětí využita nebyla.

**Otázka č. 17** Myslíte si, že bylo Vaše díky herní terapii lépe připraveno na operační výkon?



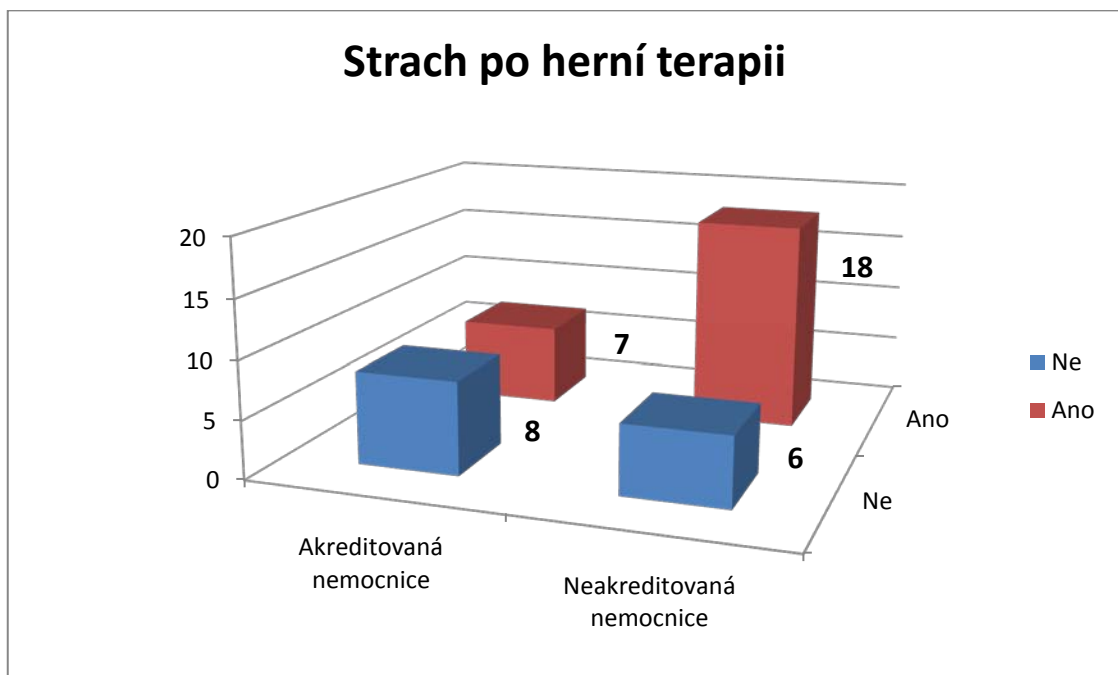
**Obr. 17 Graf Příprava na operační výkon po herní terapii**

Tento znázorněný graf ukazuje četnosti, zda bylo dítě díky herní terapii lépe připraveno na operační výkon.

V akreditované nemocnici odpovědělo 7 respondentů spíše ano a 3 respondenti ano.

V neakreditované nemocnici je znát častější využívání herního terapeuta, 12 respondentů odpovědělo spíše ano, 12 dalo možnost ano a jen 2 respondenti uvedli, že spíše ne.

**Otázka č. 18 Mělo Vaše dítě po herní terapii menší strach z výkonu?**



**Obr. 18 Strach po herní terapii**

V akreditované nemocnici je výsledek velmi těsný, kdy 7 respondentů se domnívá, že dítě po herní strach mělo a 8 respondentů se domnívá, že dítě strach nemělo.

V neakreditované nemocnici je vidět velký vliv herní terapie na pozitivní myšlení dítěte, 18 respondentů uvedlo odpověď ano, mělo menší strach a 6 respondentů odpovědělo ne.

## Diskuze

**Výzkumná otázka č. 1:** Výsledky edukace budou lepší za využití herního terapeuta než bez jeho využití.

K tomuto předpokladu mě přivedla odborná literatura zaměřující se na dětského pacienta, předoperační přípravu a využívání herního terapeuta, ale také vlastní zkušenosti z období praktické výuky v nemocničních zařízeních.

Z vyhodnocení dotazníkového šetření jsem zjistila, že se metoda herní terapie líbí větší části doprovázejících osob své dítě. To můžeme pozorovat na grafu č. 14, který nám ukazuje, že se metoda líbí 30 respondentům v akreditované nemocnici a 31 respondentům v neakreditované nemocnici. Avšak ne vždy a všude se tato metoda využívá, což můžeme vidět na grafu č. 16. Herní terapie nebyla využita v akreditované nemocnici u 26 respondentů a u 6 respondentů v neakreditované nemocnici. Myslím si, že je vhodné využívat herního terapeuta na všech dětských oddělení nemocnic.

Této výzkumné otázky se týká dále graf č. 17, který zkoumá, zda byly děti lépe připraveny k operaci po využití metody herní terapie. Dle grafu vidíme, že pouze 1 respondent v neakreditované nemocnici odpověděl spíše ne, ale ostatní odpovědi v akreditované i neakreditované nemocnici jsou pozitivní. V akreditované nemocnici zvolili odpověď ano 3 respondenti a 7 respondentů se přiklání k odpovědi spíše ano. V neakreditované nemocnici bylo 12 odpovědí ano a 12 odpovědí spíše ano. Proto si dovoluji tvrdit, že herní terapie má velký vliv na přípravu dítěte k operačnímu výkonu a na kvalitu edukace.

Dále následuje graf č. 18 a je podle mého rozhodující pro tuto výzkumnou otázku. Na tomto grafu vidíme vyhodnocený strach z výkonu po využití herní terapie. V akreditované nemocnici nemělo strach 7 dětí, v neakreditované 18 dětí. Dle výsledků tedy mohu říci, že jsou děti lépe edukovány po využití herního terapeuta než bez něho. Byly z větší části lépe připraveny na operační výkon a měly z výkonu menší strach. Závěrem bych si dovolila říci, že je herní terapie velkým přínosem v předoperační péči o dítě.

**Výzkumná otázka č. 2:** Děti budou lépe edukovány v akreditované nemocnici než v neakreditované.

Domnívám se, že na akreditovaném pracovišti probíhá edukace podle standardů oproti neakreditované nemocnici, protože zde nejsou tolik časté kontroly nad zdravotním personálem. Výzkumná otázka se týká grafu č. 6, kde jsem zjišťovala, zda měla doprovázející osoba dostatek informací před operačním výkonem. Mezi výzkumem z akreditované a neakreditované nemocnice nebyly velké rozdíly ve zjištěných hodnotách. V akreditované

nemocnici bylo dostatečně informováno 35 respondentů, což představuje 94.59 % a v neakreditované nemocnici bylo dostatečně informováno 30 respondentů, kteří představují 90.9 %. Dá se tedy usoudit, že v obou nemocnicích měli respondenti dostatek informací o svém dítěti.

Další graf, kterým vyhodnocuji tuto otázku, je graf č. 7, který vyjadřuje informace o nutnosti operačního výkonu podané dítěti tak, aby tomu rozumělo. Graf znázorňuje hodnoty v procentech, kdy v akreditované nemocnici lékař vysvětlil nutnost k operaci v 80 % a v neakreditované nemocnici v 54,84 %. Zde mi tedy vyplývá, že z pohledu edukace dítěte o nutnosti výkonu je lépe edukované dítě v akreditované nemocnici.

Dalším důležitým grafem, je graf č. 12. Tento graf znázorňuje, zda bylo dítě informováno o možnosti dostat léky tišící bolest. V akreditované nemocnici byla tato důležitá informace sdělena 28 dětem, což představuje 77,7 % a v neakreditované nemocnici 26 dětem, což je 81,25 %. Z tohoto pohledu jsou děti lépe edukovány v nemocnici neakreditované.

Poslední graf týkající se této výzkumné otázky je graf č. 14. Zde jsem zjišťovala, zda si dítě po operačním výkonu pamatovalo alespoň nějaké informace, co smí a nesmí po zákroku vykonávat. V akreditované nemocnici odpovědělo ano 13 respondentů, což je 36,1 %, spíše ano 16 respondentů, tedy 44,4 %, spíše ne 4 respondenti představující 11,1 % a ne 3 respondenti 8,4 %. V neakreditované nemocnici odpovědělo ano 8 respondentů, což je 25 %, spíše ano 11 respondentů, tedy 34,38 %, spíše ne 5 respondentů 15,62 % a ne 8 respondentů což je 25 %. V porovnání mezi těmito nemocnicemi si děti pamatovali více v nemocnici akreditované.

Tuto výzkumnou otázku tedy hodnotím neurčitě, protože v každé z nemocnic měli respondenti pro své potřeby dostatek informací a podle druhu edukace se výsledky lišily. V akreditované nemocnici se zaměřují na jiné hodnoty edukace než v nemocnici neakreditované. Nelze tedy říci, kde jsou děti edukovány lépe, ale v obou z nemocnic jsou děti edukovány podle výsledků dostatečně.

**Výzkumná otázka č. 3:** Dominantním zdrojem informací bude ošetřující lékař než ostatní uvedené zdroje.

Této výzkumné otázce se týkají dva grafy z mého výzkumu. První je graf č. 5, který znázorňuje, odkud dostali respondenti nejvíce informací o operačním výkonu dítěte. Měli na výběr z 5 možností, které škálovali od 1 do 5, kdy 1 bylo nejméně informací a 5 nejvíce informací. V akreditované nemocnici dostal nejvyšší průměrnou hodnotu lékař a to hodnotu 4, 3.9 zdravotní sestra, 2 letáky a časopisy, 3.2 internet a 1 besedy a semináře. Nejčastějším

zdrojem zde byl tedy lékař, následně za ním zdravotní sestra. V neakreditované nemocnici dosáhl lékař průměrné hodnoty 4.6, zdravotní sestra 3.1, letáky a časopisy 2.6, internet 3.8 a 1 besedy a semináře. I zde byl tedy nejčastějším zdrojem lékař. Ale překvapující je, že v neakreditované nemocnici je následujícím zdrojem internet a zdravotní sestra až poté.

Další graf týkající se této výzkumné otázky je graf č. 8, který vyjadřuje, z jakého zdroje měli respondenti informace týkající se režimu před a po operaci. V akreditované nemocnici získali respondenti nejvíce informací s průměrnou hodnotou 4.6 od zdravotní sestry, s hodnotou 3.6 od herního terapeuta a 3.4 náleží lékaři. V neakreditované nemocnici je též nejčastějším zdrojem zdravotní sestra s hodnotou 4.4, následuje 3.8 herní terapeut a 3.4 lékař.

Závěrem tedy mohu říci, že nejčastějším zdrojem informací o operačním výkonu a zdravotním stavu dítěte je opravdu lékař. Ale informace týkající se režimu chování před a po operaci podává nejčastěji zdravotní sestra, následně herní terapeut a pak až lékař. Je tedy vidět, že spolupráce mezi lékařským a nelékařským zdravotním personálem je velmi důležitá.

**Výzkumná otázka č. 4:** Děti budou informovány o svém zdravotním stavu a operačním výkonu méně než doprovázející osoba.

K této otázce zajisté patří graf znázorňující věk dítěte, jemuž odpovídá graf č. 3. V akreditované nemocnici bylo hospitalizováno 23 dětí (62.2 %) ve věku do 5 let, 10 dětí (27 %) ve věku od 6 do 10 let a 4 děti (10.8 %) ve věku od 11 do 12 let. V neakreditované nemocnici 23 dětí (69.6 %) do 5 let, 8 dětí (24.3 %) ve věku od 6 do 10 let a 2 děti (6.1 %) ve věku od 11 do 12 let. Nejčastěji byly hospitalizovány děti do 5 let.

Graf č. 7 nám znázorňuje, zda lékař vysvětlil dítěti nutnost operačního výkonu tak, aby tomu rozumělo. V akreditované nemocnici tuto informaci vysvětlil lékař v 80 %, což představuje 30 dětí z 37 a v neakreditované nemocnici vysvětlil tuto informaci 54,84 %, což je 18 dětí z 33. Jelikož komunikace s dítětem závisí především na jeho věku, hodnotím tuto výzkumnou otázku kladně a usuzuji z dosažených výsledků, které jsou úspěšné přes 50 %, že lékaři vysvětlují dětem nutnost jejich výkonu tak, aby tomu rozuměly.

Závěrem diskuze bych ráda zmínila, že v dotazníku byla možnost připomínek k hospitalizaci. Jelikož zde uvedlo připomínky minimální množství respondentů, nevyhodnotila jsem výsledky pomocí grafů, ale slovně je uvádím zde v diskuzi. Respondenti uvádí stížnosti na neosobní přístup zdravotního personálu a především lékařů, nevhodné podávání o stavu dítěte a nepřizpůsobení prostředí pro otce.

## Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou děti lépe edukovány s herním terapeutem než bez něho, zda je kvalitnější edukace v akreditované nemocnici než v neakreditované, jaký je nejčastější zdroj informací o operačním zákroku a o zásadách dodržování režimu před a po operaci.

Edukace dětí před operačním výkonem je neustále velmi aktuální téma. Velmi důležitá je komunikace a vhodný přístup zdravotního personálu. Sama jsem se přesvědčila při domluvě výzkumu na různých odděleních, že komunikace není vždy snadná a příjemná.

Ve výzkumu jsem se přesvědčila, že ideální edukace dětí je s herním terapeutem. Děti se při edukaci zasmějí, uvolní, následkem je menší strach z výkonu. Děti dostávají během edukace úkol, který mají splnit cestou na operační sál, v době pobytu na dospávacím pokoji a podobně. Nejčastějším úkolem je počítání zvířátek namalovaných na zdech místnosti, počítání pruhů duhy. Tato činnost velmi ovlivní vnímání bolesti po výkonu a vnímání činností zdravotního personálu. Vhodná je i přítomnost doprovázející osoby.

Do budoucna bych ráda vytvořila několik různých letáčků (dle nejčastějších onemocnění) s informacemi o onemocnění a důležitými zásadami chování před a po výkonu. Letáček by dostávalo každé dítě nebo doprovázející osoba ihned po edukaci.

Spolupráce byla s nemocnicemi přijatelná, avšak s nemocnicí neakreditovanou byla znatelně lepší a zaměstnanci byli ochotní a milí.

Z výsledků dotazníků jsem zjistila především nedostatečnost ve využívání herního terapeuta v akreditované nemocnici. Podle výzkumu je zřejmé, že má tento druh edukace velký vliv na dítě. Dále by bylo vhodné zvýšit procento informovaných dětí o jejich zdravotním stavu a operačním výkonu v neakreditované nemocnici. Také by bylo velmi vhodné upravit prostředí oddělení i pro otce a zdravotní personál by se měl chovat více profesionálně a to osobní přístup k pacientům a vhodný a milý přístup.



## Soupis bibliografických citací

1. BASTABLE, Susan Bacorn. *Nurse as Educator : Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*. 3rd edition. [s.l.] : Jones and Bartlett Publishers, 2008. 645 s. ISBN 978-0-7637-4643-8.
2. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika II*. 1. Vyd. Praha : Informatorium, 2004, 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
3. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
4. LEIFER, G.: *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*, 1.vydání, Praha Grada Publishing, 2004, 993 s., ISBN 80-247-0668-7.
5. MAREŠ, Jiří. a kol. *Dítě a bolest*. 1. Vyd. Praha : Grada Publishing, 1997, 320 s. ISBN 80-7169-267-0.
6. MATĚJČEK, Z.: *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, 3.vydání, Jinočany H&H, 2001, 147 s., ISBN 80-86022-92-7.
7. ONDERKOVÁ, Alice. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 12, s. 17-18. ISSN 1210-0404.
8. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. Vyd. Praha: Grada publishing, 2006, 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
9. SEDLÁŘOVÁ, Petra. A kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishonig, 2008, 240 s. ISBN 978-80-347-1613-8.
10. ŠPIDUROVÁ, Lenka. et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
11. VALENTA, Milan. a kol. *Herní specialista v somatopedii*. 3. Vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008, 220 s. ISBN 978-80-244-2137-7.
12. VESELÁ, Kateřina, *Prožívání nemoci a hospitalizace dětským pacientem*, *Sestra* 1/2007, s. 50, ISSN 1210-0404.
13. Verejné zdravotníctvo [online], 2010, ročník VII, č. 1, ISSN 1337-1789. Dostupné na: <<http://www.klicek.org/text/hospital/charta.html>>
14. VESELÁ, Kateřina, *Hospitalizace matky s dítětem*, *Sestra* 1/2007, s. 49, ISSN 1210-0404.
15. VYMĚTAL, J.: *Lékařská psychologie*, 3.vydání, Praha Portál, 2003, 397 s., ISBN 80-7178-740-X

## **Přílohy**

### **CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI**

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

Tento dokument vychází z textu Charty práv dětských pacientů organizace (National Association for the Welfare of Children in Hospital NAWCH) se sídlem v Londýně. Překlad zdrojového textu pořídila Nadace Klíček se svolením této organizace.

## DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Nováková a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského programu ošetrovatelství oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií univerzity Pardubice. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí výzkumu k mé bakalářské práci s názvem: „Edukace dětí před operačním výkonem“. Dotazník je zcela anonymní a Vámi svěřené informace budou sloužit pouze k účelům výzkumu do této práce. Předem Vám děkuji za spolupráci a vyplnění dotazníku.

- 1) Jaké je Váš příbuzenský vztah k dítěti?
  - a) Matka
  - b) Otec
  - c) Babička
  - d) Dědeček
  - e) Jiný – jaký?.....
  
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a) Základní
  - b) Vyučen/a
  - c) S maturitou
  - d) Vysokoškolské
  
- 3) Jaký je věk Vašeho dítěte?
  - a) Do 5- ti let
  - b) 6- 10 let
  - c) 11- 12 let
  
- 4) Jste hospitalizován/a na oddělení se svým dítětem?
  - a) Ano
  - b) Ne
  
- 5) Z jakých zdrojů jste získal/a informace o onemocnění (úrazu) a operačním výkonu Vašeho dítěte? \* Uveďte do políček čísla 1-5, kdy 1 je nejméně informací a 5 je nejvíce informací
  - a) Od lékaře
  - b) Od zdravotní sestry
  - c) Z letáků, časopisů
  - d) Z internetu
  - e) Besedy, semináře o dané problematice

- 6) Byly pro Vás informace před provedeným výkonem poskytnuté zdravotním personálem dostatečné?
- a) Ano
  - b) Ne
- 7) Vysvětlil ošetřující lékař Vašemu dítěti nutnost operačního výkonu tak, aby tomu rozumělo?
- a) Ano
  - b) Ne
- 8) Kdo poučil Vás a Vaše dítě o režimu chování a dodržování zásad před a po operačním výkonu (stravování, pohybový režim...)? \* Uveďte do políček čísla 1-5, kdy 1 je nejméně poučil/a a 5 je nejvíce poučil/a
- a) Lékař
  - b) Zdravotní sestra
  - c) Herní specialista
- 9) Snažil/a jste se Vašemu dítěti vysvětlit, co ho v nemocnici čeká?
- a) Ano
  - b) Raději to přenechám personálu
  - c) Ne, je to zbytečné, těmto informacím nerozumí
- 10) Měl/a jste strach, že bude Vaše dítě prožívat bolest?
- a) Ano
  - b) Ne
- 11) Mělo Vaše dítě před výkonem strach z bolesti?
- a) Ano
  - b) Ne
- 12) Bylo řečeno Vašemu dítěti, že v případě bolesti může dostat léky tišící bolest?
- a) Ano
  - b) Ne
- 13) Jak pomáháte Vašemu dítěti snášet bolest?
- a) Jsem mu na blízku a utěšuji ho
  - b) Vše mu rozumně vysvětlím a nechám ho vyplakat
  - c) Přenechám to na personálu
- 14) Pamatovalo si Vaše dítě po operačním výkonu alespoň nějaké poznatky o tom, co po operačním zákroku může a nemůže vykonávat (stravování, pohybový režim, pitný režim...)?
- a) Ano
  - b) Spíše ano

- c) Spíše ne
- d) Ne

❖ Herní terapie = metoda, jejímž hlavním úkolem je snížit na minimum stres dítěte a zejména pak snaha zbavit dítě strachu z vyšetření a zákroků, které ho čekají při léčbě jeho onemocnění. Terapii provádí proškolený pracovník (herní terapeut) hravou formou pomocí textilních loutek oživených terapeutem, na kterých ukazuje vše, co bude dítěti v nemocnici provedeno.

15) Jaký máte názor na tuto metodu?

- a) Líbí se mi tento přístup k dětem
- b) Považuji tento přístup za zbytečný
- c) Nepřemýšlel/a jsem o tom

16) Byla u Vašeho dítěte využita metoda „herní terapie“?

- a) Ano
- b) Ne

17) Myslíte si, že bylo Vaše dítě díky této metodě lépe připraveno na operační výkon?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

18) Mělo Vaše dítě po „herní terapii“ menší strach z výkonu?

- a) Ano
- b) Ne

V poslední řadě Vás prosím o jakékoliv poznámky a připomínky. Můžete zde uvést jaké informace Vám od zdravotního personálu chyběly, připomínky k přístupu zdravotníků apod.

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



Děkuji za Vaši ochotu a Váš čas.