

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Rok 2020

Dominika Palzerová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Eliminace procedurální bolesti u dětí v přednemocniční a nemocniční péči

Dominika Palzerová

Rok 2020

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2019/2020

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Dominika Palzerová**  
Osobní číslo: **Z17115**  
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**  
Téma práce: **Eliminace procedurální bolesti u dětí v přednemocniční a nemocniční péči**  
Zadávací katedra: **Katedra klinických oborů**

### Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

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

Seznam doporučené literatury:

1. ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. MAREŠ, Jiří. *Dítě a bolest*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-267-0.
3. SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.
4. SIKOROVÁ, Lucie. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3593-1.
5. VALENTA, Milan. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2137-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Iveta Černožorská**  
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. července 2020**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. srpna 2020**

L.S.

---

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.**  
děkanka

---

**Mgr. Jan Pospíchal, Ph.D.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 20. července 2020

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 12.8. 2020

Dominika Palzerová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych poděkovat Mgr. Ivetě Černohorské za odborné vedení mé bakalářské práce. Také za její trpělivost, rady a čas, který mi věnovala. Také bych chtěla poděkovat dětským sestrám, herním specialistkám a zdravotnickým záchranářům za poskytnutí rozhovorů, díky kterým jsem mohla vypracovat praktickou část mé práce. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za podporu během studií.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá problematikou bolesti u dětských pacientů. Konkrétně je zaměřena na eliminaci procedurální bolesti, s cílem zjistit způsoby odvádění pozornosti dětí v přípravě na bolestivý výkon v nemocnici a v přednemocniční péči. Praktická část je zpracována prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a uvádí zkušenosti odborníků z praxe v této oblasti péče.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Dětský pacient, eliminace, procedurální bolest

## **TITLE**

Elimination of procedural pain in children in prehospital and hospital care

## **ANNOTATION**

The bachelor thesis deals with the issue of pain in children's patients. Specifically, it is the elimination of procedural pain in children. The aim of the work is to determine whether it is possible to eliminate procedural pain in children under certain conditions, procedures or aids. I focus primarily on the form of the game, game aids and ways to divert attention from possible pain, etc., not on elimination with the help of pharmacotherapy. The practical part is prepared with the help of interviews with game specialists, paramedics and children's nurses.

## **KEYWORDS**

Child patient, elimination, procedural pain

# OBSAH

Úvod .....	11
1 Cíl práce.....	12
1.1 Cíle teoretické části.....	12
1.2 Cíle praktické části.....	12
2 Bolest.....	13
2.1. Stručná charakteristika bolesti .....	13
2.2. Biologický význam bolesti .....	13
2.3. Dělení bolesti .....	14
2.4. Vnímání bolesti dle věku .....	16
2.5. Škály k hodnocení bolesti u dětí .....	16
2.6. Bolest a edukace dítěte .....	17
2.6.1. Obecné zásady .....	17
2.6.2. Nový pacient.....	17
2.6.3. Příprava před výkonem.....	18
2.7. Eliminace bolesti.....	19
2.7.1. Farmakologická léčba.....	19
2.7.2. Nefarmakologická léčba .....	19
3. Dítě a jeho potřeby .....	21
3.1. Potřeba ochrany před bolestí.....	21
3.2. Potřeba bezpečí .....	21
Strach v různém věkovém období .....	21
3.3. Dítě a komunikace .....	22
Pravidla komunikace s dětským pacientem.....	22
4. Herní specialista .....	23
První kontakt s dítětem .....	23
Kompetence herního specialisty .....	24



Hra .....	24
Hračka.....	24
5. Dětská sestra .....	26
Přístup k dítěti z pohledu dětské sestry .....	26
Kompetence dětské sestry .....	26
6. Zdravotnický záchranář .....	28
Přístup k dítěti z pohledu zdravotnického záchranáře .....	28
Kompetence zdravotnického záchranáře .....	28
7. Průzkumná část.....	29
7.1 Stanovené cíle a průzkumné otázky.....	29
7.2 Metodika průzkumu .....	29
7.3 Výběr respondentů .....	30
7.4 Průběh průzkumu .....	30
8. Prezentace výsledků .....	31
8.1 Výsledky otevřeného kódování .....	31
8.2 Výsledky axiálního kódování .....	48
9. Diskuze .....	53
10. Závěr.....	58
11. Použitá literatura.....	59
12. Přílohy .....	61

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Axiální kódování průzkumná otázka č. 1 .....	49
Obrázek 2 - Axiální kódování průzkumná otázka č. 2 .....	51
Obrázek 3 - Kryštůfek záchranář .....	64
Obrázek 4 - Buzzy .....	64
Tabulka 1 - Otevřené kódování – Zdravotnický záchranář .....	31
Tabulka 2 - Otevřené kódování – Herní specialista .....	39
Tabulka 3 - Otevřené kódování – Dětská sestra .....	42
Tabulka 4 - Přehled respondentů .....	63

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

FLACC	Face Legs Aktivita Cry Consolability
NIPS	Neonatal/Infant Pain Scale
CHEOPS	Children´s Hospital Eastern Ontario Pain Scale
PŽK	Periferní žilní katétr
DS	Dětská sestra
HS	Herní specialista
ZZ	Zdravotnický záchranář
MŠ	Mateřská škola
ZŠ	Základní škola
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
NP	Nemocniční péče
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

## ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá eliminací procedurální bolesti u dětí v přednemocniční a nemocniční péči. Téma je zvoleno, protože práce s dětskými pacienty je zajímavá a mnoha lidem blízká. Na střední škole jsem studovala a úspěšně odmaturovala v oboru předškolní a mimoškolní pedagogika, snažím se proto na tuto problematiku nahlížet nejen jako zdravotnický pracovník/záchranář, ale také jako pedagog. V mé práci jde tedy o propojení pedagogického vzdělání a zkušeností z praxe se zkušenostmi a poznatky ze zdravotnického/záchranářského prostředí.

Cílem bakalářské práce není eliminace bolesti pomocí farmakoterapie. Jde o formu herní terapie, hracích pomůcek a podobně. Téma bolesti u dětí je velmi široké. S ohledem na možný rozsah práce je téma zaměřeno na zmapování publikovaných a využívaných způsobů, jak mírnit strach z bolesti a odvést od bolesti pozornost, popřípadě bolest zcela eliminovat.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí, teoretické a praktické. Teoretická část se zabývá publikovanými zdroji souvisejícími s tématem. V praktické části jsou získané teoretické poznatky aplikovány v průzkumném šetření. Pro průzkum byla zvolena metoda rozhovoru, tedy kvalitativní typ výzkumu, jehož charakteristika nejlépe odpovídala cílům práce. Praktická část je zpracována prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s odborníky a uvádí jejich zkušenosti v této oblasti v nemocniční i přednemocniční péči. Rozhovory byly realizovány se zdravotnickými záchranáři, dětskými sestrami a herní specialistkou na dětském oddělení, jelikož tito všichni mají na možné eliminaci procedurální bolesti u dětí největší podíl. V závěru práce je téma shrnuto propojením všech poznatků dílčích oblastí, a to zejména s ohledem na možné vzájemné obohacení přednemocniční péče péčí nemocniční a naopak.

# **1 CÍL PRÁCE**

Popsat způsoby eliminace procedurální bolesti metodami odvedení pozornosti u dětí v nemocniční a přednemocniční péči.

## **1.1 Cíle teoretické části**

Zjistit publikované poznatky, související s tématem eliminace procedurální bolesti metodami odvedení pozornosti u dětí v nemocniční a přednemocniční péči.

## **1.2 Cíle praktické části**

Zjistit, jaké zkušenosti mají odborníci z praxe v oblasti eliminace procedurální bolesti metodami odvedení pozornosti u dětí.

## 2 BOLEST

Tato kapitola uvádí téma práce a věnuje se tak základním charakteristikám bolesti, jejímu významu, typům bolesti a jejímu vnímání zdravotníkem a pacientem.

### 2.1. Stručná charakteristika bolesti

*„Bolest je jak smyslový, tak i emotivní vjem. Je nepříjemná smyslová a emoční zkušenost, zážitek spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkáně nebo popisovaný výraz pro takové poškození“* (Plevová a Slowik, 2010, s. 146)

Bývá subjektivním prožitkem jak pro dítě, tak pro jeho rodiče i zdravotníky. Každý má individuální představu o vnímání bolesti, a proto se naše představy často liší od představ dítěte. Bolest je spojována s obrannou reakcí a osobními zkušenostmi, s průběhem bolestivého procesu. (Sedlářová a kol., 2008 s. 119).

*„Není možné objektivně změřit, jak velkou bolest člověk pociťuje. Nelze však zapomínat na to, že míra bolesti je vždy individuální a je pociťována různě. Pokud pacient uvádí, že bolest má, nelze jeho tvrzení podceňovat ani ignorovat“* (Dingová-Šliková a kol., 2018, s. 177).

Děti snášejí a cítí bolest stejně jako dospělí, mohou jí cítit i více, neboť mají ještě nevyvinuté fyziologické mechanismy, které potlačují bolesti. Významnou roli hraje i psychická nezralost, a proto se neumějí s bolestí jednoduše vyrovnat (Sedlářová a kol., 2008 s. 125).

### 2.2. Biologický význam bolesti

*„Bolest je způsobena drážděním periferních nervových vláken citlivých na bolest. Jejich podrážděním vznikne biomechanická reakce, vznikají látky zapříčiňující vznik bolesti. Z příslušné tkáně je vzruch veden aferentními nervovými senzitivními vlákny do thalamu, dále do ústředí, mozkové kůry. Zde dojde ke zpracování příslušného podnětu, eferentními vlákny je vedena odpověď z mozku k postiženému orgánu a dochází k uvědomění si bolesti“* (Dingová-Šliková a kol., 2018, s. 177).

**Tento proces má čtyři fáze:**

**Transdukce**, což znamená mechanické, chemické nebo tepelné podněty dostatečné intenzity, které dráždí periferní receptory a jsou přeměněny na elektrické impulsy. **Transmise** tzv. přenos bolestivého vzruchu, který pokračuje přes synapse v zadních rožích míšních do mozkového kmene, thalamu a thalamokortikální oblasti. **Modulace**, což je úprava, která označuje změnu informace o bolestivém podnětu endogenními mechanismy. **Percepce** (vnímání) znamená

vnímání informace o bolesti, která je zpracována psychologickými mechanismy o vlastní prožívání bolesti. Prvotně má bolest význam ochranného faktoru. Informuje člověka o poškození nebo hrozícím nebezpečí organismu, a to v něm následně vyvolává stresové reakce (Sedlářová a kol., 2008, s. 119).

### **2.3. Dělení bolesti**

Kapitola uvádí pouze nejčastější způsoby dělení bolesti s ohledem na téma práce. Krátce je zde bolesti věnována pozornost z hlediska časového, tedy akutní a chronické. Dále je zmíněna bolest rekurentní neboli epizodická. Téma práce však obrací pozornost především k bolesti procedurální, které je věnováno nejvíce prostoru.

#### **Akutní bolest**

Je to bolest krátkodobá, dobře lokalizovaná s ostrým charakterem, která může trvat minuty, ale i týdny. Dává nám varovné a ochranné signály jako třeba bolesti břicha při apendicitidě, nebo při zlomeninách. Jde o bolest, kterou vnímáme jako fyziologickou tzv. běžnou bolest, při které jsou velmi účinná analgetika. Trvá omezenou dobu a rychle odezní. (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 43; Dingová-Šliková a kol., 2018, s. 178).

#### **Chronická bolest**

Tato bolest trvá více jak 3 měsíce, ale může trvat i déle, než je pro určité onemocnění typické, často se chronická bolest vrací. Chronická bolest nemá varovné signály, těžko se zjišťuje její začátek, a nejsou zde účinná analgetika, musí být doprovázeny například antidepresivy, ale i nefarmakologickou léčbou jako je fyzioterapie či psychoterapie. Jedná se o tupou bolest, která bývá těžce definovatelná a je zažívána při těchto případech – závažné popáleniny, některá onkologická onemocnění či hemofilie. Pro dítě je tento typ bolesti těžce určitelný i za pomoci dospělého, jelikož tuto bolest nelze identifikovat „nevidí ji“ (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 43; Dingová-Šliková a kol., 2018, s. 178; Mareš a kol., 1997, s. 44).

#### **Procedurální bolest**

*„Procedurální bolest je charakterizována časově omezeným trváním somatické bolesti a psychického diskomfortu, její příčina je známá a souvisí s diagnostickými nebo terapeutickými technikami“ (Sikorová, 2011, s. 141).*

Velký význam u procedurální bolesti hraje přístup a ohleduplnost zdravotnického personálu. Nejčastějším zdrojem strachu a stresu je aplikace léku intravenózně, tato aplikace je nepříjemná nejen dětem, ale i dospělým.

Pokud je to možné a časově přijatelné, má sestra za úkol přimět pacienta ke spolupráci, a to tím, že mu vysvětlí, co ho čeká a domluví se s ním, zda by chtěl při výkonu sedět nebo ležet, z které ruky by chtěl, aby se odběr provedl, zda chce mít dítě u sebe rodiče nebo to zvládne samo. Je dobré dítě ujistit, že strach u nepříjemných výkonů je zcela běžný a pocítují ho i dospělí (Kelnarová a kol., 2016, s. 14-15).

Procedurální bolest může dítě vnímat jako trest nebo agresi dospělých. Dítě ztrácí důvěru, pokud s ním jednáme nevhodným způsobem. To způsobují například často opakované fráze typu – to přece nemůže bolet, neboj se, nebude to bolet, vždyť to nic není apod. Pro dítě je těžké pochopit, proč mu pomáhá člověk, který mu zároveň působí bolest. Vysvětluje si proto tuto bolest jako špatný zážitek, nebo jako trest za špatné chování (Valenta a kol., 2008, s. 43).

Podle Andršové (2012, s. 73) procedurální bolest působí negativně na psychiku člověka. Vyvolavatelem tohoto typu bolesti je známá příčina (osoba, nástroj a jiné). Úzkost, stres, strach, nespavost, to vše může být důsledek nepříjemného zážitku dítěte s bolestí samotnou, jelikož dítě nechápe důvody procedurální bolesti.

### **Rekurentní bolest**

Bolest není označována jako naléhavá bolest, která vyžaduje akutní lékařský zákrok, ale rovněž se nevyplácí ji podceňovat. Přechází mezi chronickou a akutní bolestí, bývá chápána jako bolest psychosomatická (Mareš a kol., 1997, s. 43; Kelnarová a kol., 2016, s. 15).

Nastává epizodicky v nepředvídatelných intervalech a intenzitách a již neplní funkci varovného signálu. Spouštěč rekurentní bolesti je nejasný, emocionální distres je dlouhodobý a opakovaný a úleva navozená léčbou pouze dočasná. „*Rekurentní bolest představuje kolem 30% dětské a adolescentní bolesti*“ (Sikorová, 2011, s. 139).



## 2.4. Vnímání bolesti dle věku

S věkem dítěte se s ohledem na fyziologický vývoj, mění také vnímání a prožitek bolesti. Je zapotřebí počítat se všemi vývojovými odlišnostmi, které musí být brána v úvahu, to znamená být na ně připraven.

U **novorozenců** (od narození do 28. dne života) a **kojenců** (od narození do ukončeného 1. roku) nemůžeme spoléhat na verbální komunikaci. Musíme se zaměřit na změnu chování a změnu fyziologických funkcí. I u těchto nejmenších pacientů můžeme správně určit míru bolesti a účinek léčby. Existují škály hodnocení bolesti u dětí v neverbálním stádiu vývoje dítěte. Viz. podkapitola škály k hodnocení bolesti u dětí (Sedlářová a kol., 2008 s. 120-121; Klíma a kol., 2016, s. 31).

U **batolat** (1-3 roky) se začínají projevovat první slůvka bolesti (au, bebí, bolí apod.). Obzvláště důležitá je u těchto pacientů přítomnost rodinného příslušníka (nejlépe matky, otce), jelikož se bojí cizích lidí, nových podnětů a podobně (Sedlářová a kol., 2008 s. 120-121 Klíma a kol., 2016, s. 31).

U **předškolních dětí** (3-6 let) je jednodušší domluva ohledně identifikace bolesti, jelikož reagují a rozumí (otázky typu kde tě to bolí, co tě bolí, jak to bolí, popiš mi to a jiné). Předškolní děti mají velkou fantazii, která se mísí se skutečností. Toho je třeba využít pro odvrácení pozornosti (Sedlářová a kol., 2008 s. 120-121; Klíma a kol., 2016, s. 31).

U **školních dětí** (6-15 let) se začíná projevovat logické uvažování a myšlení, uvědomují si příčiny a následky svého chování. Orientují se v čase. Na rozdíl od předškolních dětí jsou samostatnější a nevyžadují přítomnost rodiny (Sedlářová a kol., 2008 s. 120-121; Klíma a kol., 2016, s. 31).

U **dospívajících** (do 18 let) převažuje abstraktní myšlení. Důležité je ujistit dospívající o jejich důstojnosti a dát jim pocit kontroly. Pozitivní vliv na zvládnutí bolesti mají různá cvičení a techniky (Sedlářová a kol., 2008 s. 120-121; Klíma a kol., 2016, s. 31).

## 2.5. Škály k hodnocení bolesti u dětí

U dětí pracujeme především s Wang-Baker škálou, což je znázornění intenzity bolesti pomocí obličejů tzv. vizuální škála. Dítě si vybere obličej, který nejlíp vystihuje jeho bolest. Větší děti mohou využít mapu bolesti, kde děti zakreslí místo bolesti a zaškrtnou její intenzitu (Dingová-Šliková a kol., 2018, s. 181; Kelnarová a kol., 2016, s. 16).

U těch nejmenších dětí nám pomáhají k hodnocení bolestí observační škály, které udávají stupně bolesti v případech, kdy není možné samohodnocení. Například stupnice **FLACC**, kde hodnotíme obličej (Face), nohy (Legs), aktivitu, pláč (Cry) a uklidnění (Consolability). U dětí do 1. roku se využívá škála **NIPS**, kde se hodnotí výraz obličeje, pláč, typ dýchání, paže a nohy (svalový tonus, flexi/extenzi), a stav vědomí. Tři a více bodů značí bolest. Pro malé děti od 1 do 7 let se využívá škála **CHEOPS**, kde se hodnotí pláč, obličej, co dítě říká, trup, dotyk a nohy. Osm a více bodů značí bolest (Kalousová a kol., 2008, s.7-11).

## **2.6. Bolest a edukace dítěte**

*„Proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince“* (Juřeníková, 2010, s. 9).

### **2.6.1. Obecné zásady**

Je potřeba si uvědomit, že každá optimální příprava je individuální a každému dítěti „šita na míru“. Nejdříve je nutné zjistit, jak moc je dítě informováno a jestli dané situaci rozumí, případně z čeho má strach. Dále musíme vždy dítěti vysvětlit, co se mu bude dělat a kdy k tomu dojde. Kdo bude během výkonu dítě doprovázet, jak dlouho bude výkon trvat a co po něm bude následovat. Můžeme zopakovat celý průběh výkonu formou hry, omalovánky nebo příběhu. V poslední řadě nesmíme zapomínat na zpětnou vazbu a dotazy jak od dítěte, tak od rodičů. Nejde o jednorázové poučení, ale o dlouhodobý proces, který se plánuje a prolíná během celé hospitalizace, nejvýznamnější roli hraje při přijetí do nemocnice, před léčebným zákrokem, ale i při propuštění do domácí péče (Juřeníková, 2010, s. 22-26; Sedlářová a kol., 2008, s. 161).

### **2.6.2. Nový pacient**

Pokud přijde na odběr nový pacient, je dobré zjistit od rodičů, jaké má zkušenosti s injekcemi a podle toho nadále postupovat. Jestliže jde dítě na bolestivý zákrok, hraje velkou roli spolupráce s rodiči. Informace rodičům, jak dětem pomoci a připravit je na bolest, by měli poskytnout zdravotníci. Aby spolupráce správně fungovala, musí rodiče dětem naslouchat, mluvit s nimi, popřípadě názory dětí přetlumočit zdravotníkům. Vysvětlit, jak bude vypadat léčebný postup a že tento postup je správný. V žádném případě by neměli zatajovat zdravotníkům předchozí zkušenosti dítěte s daným výkonem, naopak by měli zdravotníkům poradit, co na dítě platí, co má rádo (Sikorová, 2011, s. 141; Sedlářová a kol., 2008 s. 128).

Jelikož dětský pacient nerozumí důvodům procedurální bolesti, je nutné mluvit s dítětem vždy na rovinu. Bere totiž tento typ bolesti jako například trest.

Proto je důležité dítěti nic nezamlčovat, předem ho připravit na všechny procesy, které k ošetřování patří, tedy i popis bolesti. Tímto můžeme předejít z větší části stresu z bolesti u dítěte. Dítě nikdy nepodceňujeme (Plevová a Slowik, 2010, s. 161).

*„Základem všeho je komplexní ošetrovatelská péče, která zabezpečuje ochranu dítěte před nepřiměřenými stimuly z okolí – nadměrným hlukem, ostrým světlem, tepelným nebo chladovým stresorem, nepřiměřenou stimulací a izolací od rodičů. Na vznik, trvání a působení bolesti má vliv i prostředí, ve kterém se bolestivý zákrok provádí“* (Plevová a Slowik, 2010, s. 163).

Také zdravotníci mohou dítěti pomoci, a to tak, že zkrátí přípravu pomůcek na minimum. Nikdy pomůcky nechystáme před dítětem, protože se jedná o bolestivý a stresující výkon, nenecháváme pacienty dlouho čekat a snažíme se je motivovat a připravovat na výkon pomocí hry nebo dítě bolestivým výkonem provedeme prostřednictvím příběhu. Malé děti můžeme provést pohádkou a starší příběhem, vždy přizpůsobíme příběh věku dítěte. Odvést pozornost můžeme i zpěvem dětských písniček, starší děti mohou počítat příklady nebo hádat matematické hádanky, pokud dítě nechce spolupracovat ani komunikovat, můžeme mu dát mačkat antistresový míček. Velmi důležité je dítě po výkonu pochválit (Sedlářová a kol., 2008 s. 128-129).

### **2.6.3. Příprava před výkonem**

*„Je třeba dát dětem informace a snížit strach z neznáma, říct dítěti, že bolest je očekávanou součástí plánované léčby, že sice může přijít, ale jistě přijde i pomoc, že nedovolíme, aby se stala příliš silnou, připravit společně s dítětem a rodiči plán zvládnutí bolesti“* (Plevová a Slowik, 2010, s. 167).

Jak už bylo výše uvedeno, každá příprava je individuální. Probíhá v uzavřené místnosti pouze s rodinou. Cílem je především uklidnit a posílit pacientovo sebevědomí k tomu, že daný zákrok či nepříjemnou situaci zvládne. Hlavním úkolem je snaha pacienta připravit. Jestliže pacient nic netuší a neví, co ho čeká, nemůžeme předpokládat z jeho strany adekvátní spolupráci během výkonu. Proto je důležité vysvětlení a zdůvodnění vyšetření, dále popis celého průběhu a vysvětlení následné péče. Nejvhodnější varianta přípravy dítěte na zákrok či vyšetření je plánována až po seznámení se s dítětem. V případě hospitalizace dítěte spolu s rodičem je rozhodnutí na rodiči, který si může vybrat, zda se pokusí připravit dítě na zákrok či vyšetření sám, nebo zda využije možnost spolupráce s odborníkem – herním specialistou (Sedlářová a kol., 2008, s. 159-162; Juřeníková, 2010, s. 22-26).

Příprava by měla probíhat ve správném sledu, kde by všichni zúčastnění měli mít možnost vznést dotazy, prostor k promyšlení apod. Veškeré informace musí být pravdivé.

Přípravou pacienta k zákroku či vyšetření práce herního specialisty nekončí. Je vhodná jeho přítomnost i u vyšetření, a pokud je to možné, tak i u zákroku. Dítě získá pocit bezpečí a je možná lepší komunikace s vyšetřujícím lékařem, popř. operujícím lékařem. Důležitou roli hraje i období po vyšetření a zákroku, kdy má pacient potřebu se svěřit se svými dojmy, myšlenkami a sdělit co prožil během zákroku (Sedlářová a kol., 2008, s. 159-162; Juřeníková, 2010, s. 22-26).

## **2.7. Eliminace bolesti**

Prvotním cílem je snaha bolesti bránit. Pokud se však bolest projeví, je nutné okamžitě reagovat. Bolest můžeme léčit jak farmakologicky, tak nefarmakologicky, což ve stručnosti uvádí následující text.

Bolestivé procedury konané u dětí a mladistvých by měly být vždy zaměřené na prevenci či snížení bolesti a úzkosti. Lze k tomu dospět v kombinaci farmakologických a nefarmakologických taktik. Zdravotníci mají k dispozici řadu plánů, a všechny drží konkrétní úroveň důkazů napomáhajících jejich použití v klinickém prostředí (Saul R, 2017, s. 48-51).

### **2.7.1. Farmakologická léčba**

Farmakologická léčba využívá účinků analgetik. Podávají se preventivně, aby zabránily vzniku bolesti. Analgetika rozdělujeme do tří základních skupin podle jejich účinnosti – slabá, středně silná a silná. **Slabá analgetika** nazýváme neopiátová analgetika, do kterých řadíme analgetika – antipyretika (paracetamol, metamizol), dále nesteroidní antirevmatika – antiflogistika (ibuprofen, diklofenak). **Středně silná analgetika** nazýváme slabé opioidy (tramadol). **Silná analgetika** nazýváme silné opioidy, které se podávají převážně parenterálně (morfin, fentanyl, sufentanil) (Sedlářová a kol., 2008, s. 123).

### **2.7.2. Nefarmakologická léčba**

Nefarmakologická léčba bolesti využívá různé techniky, kterými se začíná již u nejmenších dětí. Jedná se o využití dětské fantazie a hry. Mezi tyto techniky patří například hlazení, masáže, dudlíky nebo i houpání. U předškolních dětí se využívá k odvedení pozornosti povídání pohádek nebo různé hračky. U starších dětí se pak využívají dechová cvičení (Plevová a Slowik, 2010, s. 166).

### 2.7.2.1. Pomůcky k odvedení pozornosti

**Mačkání míčku** – dětem se podává míček s průměrem 8 cm. Při odběru krve tak po celou dobu dítě míček drží v ruce, ze které není prováděn odběr, a mačká (soustředí se na úkol-mačkání míčku). Díky procesu mačkání dítě uvolňuje napětí a stres a nesoustředí se tak na samotný odběr. Mačkání míčku pokračuje do ukončení procesu odběru, tedy do zalepení náplastí (Sikorová a Bartošíková, 2019, s. 265-268).

**Buzzy** – je pomůcka, která se snadno aplikuje, a její využití je opakovatelné, prostřednictvím chladu a vibrací dokáže zmírnit a lépe zvládat bolest. Pomůcka ve tvaru včely je složena ze 2 složek, a to: vibrace-tělo včelky a chladu-ledová křídélka, které se dají sundat (Ballard a kol., 2018).

Buzzy není mezi rodiči tolik známá, a proto jsou na ni rodiče zdravotníkem upozorněni. Mají na výběr, zda tuto možnost vyzkouší, či nikoliv. Pokud dá rodič i dítě souhlas, ukáže zdravotník zpravidla na dlaní dítěte, jak Buzzy funguje. Následně je Buzzy přiložen na místo odběru – předloktí cca na minutu, kde za pomoci vibrací a chlazení, místo připraví a znecitliví pro samotný odběr. Po uplynutí minuty zdravotník přesune Buzzyho nahoru tak, aby mohl bez problémů provést odběr (Sikorová a Bartošíková, 2019, s. 265-268).

**Kaleidoskop** – při této proceduře je zapotřebí pomoc rodiče, jelikož rodič kaleidoskop přidržuje dítěti u obličeje tak, aby si jej dítě mohlo samo otáčet. Aby byla odvedena pozornost, hovoří zdravotník před, během i po odběru s dítětem a zadává mu otázky typu – co vidíš za obrázky, co ti připomínají, jakou mají barvu apod. (Sikorová a Bartošíková, 2019, s. 265-268).

**Bublifuk** – dítě obdrží bublifuk, se kterým si může hrát a dělat bubliny již při samotné přípravě odběru. V okamžiku odběru vyzval zdravotník dětského pacienta k tomu, aby vyfoukl bubliny a následně je spočítal. Tato hra je ukončena po zalepení vpichu (Sikorová a Bartošíková, 2019, s. 265-268).

**Tablet** – tablet je v dnešní době velice oblíbenou formou zábavy jak u dospělých, tak především u dětí. Proto když má dítě možnost výběru hraní her na tabletu, většinou neodolá. Při odběrech se využívají takové hry, u kterých není možné přerušení. Při přípravě pomůcek si již dítě hraje s tabletem. V okamžiku samotného odběru se pak zdravotní sestra dotazuje na otázky, které se týkají dané hry (postavy, děj). Dítě poté v klidu hru dohraje a místo vpichu se zalepí (Sikorová a Bartošíková, 2019, s. 265-268).

### **3. DÍTĚ A JEHO POTŘEBY**

Potřeby dětí se neliší v závislosti na jejich zdravotním stavu. Mají společnou potřebu jak tělesnou, tak i psychickou. Hlavním úkolem rodičů, ale také zdravotníků je se snažit tyto potřeby uspokojit ve správné míře pro vhodný vývoj dítětem. „*Základní potřeby dětí lze rozdělit na tělesné, psychické, učení, úcty a sebevědomí*“ (Sikorová, 2011, s. 30).

#### **3.1. Potřeba ochrany před bolestí**

Jednou z hlavních povinností rodiče a zdravotníka je snaha předcházet bolesti a snažit se ji eliminovat, nebo alespoň vyvarovat se a eliminovat aspekty, které bolest vyvolávají. Akutní bolest je brána jako signál nebezpečí organismu. (Sikorová, 2011, s. 139).

Procedurální bolest je vyvolávána rozsáhlejšími invazivními výkony, se kterými se dítě setkává během dětství. (Sikorová, 2011, s. 141).

Děti vnímanou bolest při invazivních výkonech můžeme dělit do tří kategorií: mírná bolest, zde patří odběry krve nebo intravenózní aplikace léků, střední bolest se týká šití malých ran či lumbální punkce, do silné bolesti řadíme popáleniny a jejich ošetření (Sikorová, 2011, s. 141).

Pokud dítě negativně prožívá invazivní výkon, pak to v něm zanechá zkušenost, která se poté vrací při každém dalším výkonu. Posiluje tak především úzkost a strach. To, jak se dítě chová při invazivních procedurách je individuální. Chování dítěte a zvládnutí invazivní procedury závisí na míře bolestivosti pro dítě, na jeho emocích a dalších okolnostech. (Sikorová, 2011, s. 141).

#### **3.2. Potřeba bezpečí**

Strach je přirozenou součástí života. Je to reakce na skutečné nebezpečí nebo ohrožení. Strach můžeme chápat jako pozitivní pro člověka, jelikož upozorňuje/připravuje na možný útěk, varuje ho (Vörösová a kol., 2015, s. 141).

Valenta a kol. (2008, s. 69) tvrdí, že dítě není schopno umět strach zvládnout samostatně. Vždy je nutná pomoc ze strany dospělé osoby, díky které může malý jedinec toto období překonat a využít ve svůj prospěch v rámci například učení, poznávání sebe samého a jině.

#### **Strach v různém věkovém období**

V devátém měsíci života se začíná projevovat u dítěte první příznak strachu ze ztráty milované osoby. Ve druhém roce života jsou některé děti náchylnější k seznamování se s novými lidmi, předměty a situacemi. Začátkem třetího roku začíná dítě vnímat strach z malých i velkých zvířat. Tento strach je umocněn například negativní zkušeností.

V období čtvrtého a pátého roku je dítě nejvíce fixováno na rodinné prostředí a jeho členy. Opuštění tohoto prostředí vnímá dítě jako trest. Často rodiče strach dítěte podporují nevhodným jednáním typu výhrůžek (když nebudeš jíst, půjdeš do nemocnice apod.). Během předškolního věku se začíná objevovat strach ze samoty a tmy, který však později upadá. Kolem osmého roku se dítě bojí smrti, ale není schopné rozeznat pravý význam.

V dospívání se jedná především o strach z veřejného vystupování nebo vystupování před opačným pohlavím (Valenta a kol., 2008, s. 69).

### **3.3. Dítě a komunikace**

Komunikovat s dětským pacientem není jednoduché. Zdravotníci by měli umět důmyslně a efektivně komunikovat, pokud chtějí, aby s nimi dítě spolupracovalo. Trpělivost, důslednost, upřímnost, empatie, ale i profesionální vystupování je důležité pro komunikaci s dětským pacientem a jeho rodiči. U nemocného dítěte je nutné naslouchat nejen sluchem, ale i zrakem (Plevová a Slowik, 2010, s. 63).

Andršová (2012, s. 53-54) uvádí, že správně zvolená empatická a efektivní komunikace může dítěti, ale také jeho rodičům, usnadnit zvládání nepříjemné bolestivé situace. Pokud je spolupráce vedena správným psychologickým směrem, pak je výhodná nejenom pro dítě, ale také pro zdravotníka.

#### **Pravidla komunikace s dětským pacientem**

Dítě je nutné umět zaujmout, a to například hračkou, obrázkem, knížkou nebo hrou. Je vhodné zvolit správné otázky pro odvedení pozornosti – např. otázky na školu, školku, zájmy, domácí mazlíčky a jiné. Pozor na dotyky, jelikož některé děti potřebují více času, aby si na cizí osobu zvykly. Je dobré se usmívat, chválit apod. Snížení postoje na úroveň dítěte, nejlépe si k dítěti kleknout, dřepnout, abychom byli ve stejné rovině. Pokud to situace dovoluje, je možné veškeré úkony, které se budou dítěti provádět, nejprve ukázat na hračce. Pokud to situace nedovoluje, vždy je nutné dítěti alespoň vysvětlit slovně, co se bude dít. Při komunikaci s rodičem vždy mluvíme zároveň i s dítětem, nikdy nemluvíme pouze o něm (bez něj). Dětskému pacientovi nelžeme. Je nutné si také v průběhu rozhovoru ověřovat, zda dítě i rodiče všemu rozumí (Andršová, 2012, s. 54-55).

## 4. HERNÍ SPECIALISTA

Podle Valenty a kol. (2008, s. 47) se s pojmem herní specialista poprvé setkáváme v Anglii na začátku 90. let. Původně se jednalo o člověka, který byl v nemocničním zařízení pro malé pacienty a zabezpečoval je v případě, že byli hospitalizováni bez rodičů.

Posláním herního specialisty je udržet přirozený vývoj u hospitalizovaných dětských pacientů, snažit se eliminovat jejich strach a obavu z připravovaných zákroků a vyšetření za pomoci herních technik a pomůcek (Müller, 2014, s. 27-28).

Hlavním cílem práce herního specialisty je pomoci rodičům i dítěti zvládnout všechna úskalí při hospitalizaci. Měl by svým empatickým, citlivým a laskavým přístupem pomoci k lepší adaptaci k nemocničnímu prostředí, k vyšetřením a dalším potřebným úkonům. Vždy by měl vystupovat a konat v zájmu rodiny a dítěte. Snaží se být kamarádský a rovnocenný. Povolání herního specialisty vyžaduje určité vzdělání a základy zdravotní péče (Valenta a kol., 2008, s. 146).

*„Pojem terapie hrou lze chápat různě. Z širšího hlediska jde o terapeutické, ale i diagnostické, preventivní a další využití hry v různých formách intervenčních aktivit a v různých oborech. V užším pojetí jde o terapeutické a diagnostické využití hry v klinické psychologické praxi“* (Müller, 2014, s. 57).

Tato metoda se snaží zaměstnávat nemocné děti v nemocnicích, ale také se podílí na tvorbě programů, které seznamují děti (zdravé i nemocné) s nemocničním prostředím, ambulancemi, seznamují a připravují děti na výkony, které dítě během hospitalizace má podstoupit (Hlaváčková, Urbanová a Škvrňáková, 2015, s. 198-200.).

### **První kontakt s dítětem**

První setkání herního specialisty a dětského pacienta je velmi důležité. Od tohoto setkání se odvíjí další spolupráce mezi specialistou a dítětem, popř. rodičem. Záleží na mnoha faktorech. Mezi základní faktory řadíme rozhovor, neverbální komunikaci, vhodný oděv, jmenovky a loutku. Jedním z nejtěžších úkolů pro herního specialistu je navázání toho správného a přátelského kontaktu s dítětem, jelikož musí brát v úvahu anamnézu, emoce a nálady. Musí si získat jeho důvěru, aby prostřednictvím herního specialisty mohla rodina a dítě lépe komunikovat se zdravotnickým personálem (Valenta a kol., 2008, s. 183).

Smyslem prvního **rozhovoru** je seznámení s dítětem a rodiči a získání základních informací, které jsou důležité pro další spolupráci a navázání důvěry. Herní specialista by měl disponovat citlivým přístupem. Otázky v dialogu by měly být kladeny tak, aby se dítě necítilo jako při výslechu.



Mluvené slovo se neobejde bez **neverbální komunikace**. Do neverbální komunikace řadíme haptiku, proxemiku, držení těla, mimiku, řeč očí, gestikulaci, hlasitost, intonaci a v neposlední řadě úpravu zevnějšku. Oblečení herního specialisty by mělo být barevné, pohodlné, světlejších odstínů a optimistické. Mělo by v dítěti vzbuzovat pocit bezpečí a eliminovat obavu z tzv. bílého pláště. **Jmenovky** patří neodmyslitelně k oděvu a měly by obsahovat dětský motiv (tvar zvířete, napodobení zbarvení zvířat, různorodost barev, smajlíci apod.). Pro některé děti je problémem mluvit s cizími lidmi. Předcházet tomuto problému můžeme například **loutkou** nebo maňáskem, které malý pacient lépe přijme (Valenta a kol., 2008, s. 183).

### **Kompetence herního specialisty**

Ke kompetencím herního specialisty se řadí – práce v ambulanci, na standartním oddělení, ale také i na jednotce intenzivní péče. Cílem práce herního specialisty je zajistit přátelské prostředí pro dítě v nemocnici. Podílí se na herních aktivitách, programech a individuálním přístupu. Vysvětluje dítěti i rodičům průběh onemocnění a průběh léčby. Doprovází pacienta na vyšetření nebo i na zákroky. Má na starosti hernu, vybavení a vhodné pomůcky. Může také školit další herní pracovníky (Müller, 2014, s. 57-58).

### **Hra**

*„Prostřednictvím hry se děti učí, vyvíjejí a postupně začínají chápat svět, ve kterém žijí“* (Sedlářová a kol., 2008, s. 145).

Sedlářová a kol., (2008, s. 150-151) rozděluje hry v nemocnici do několika skupin a to: herní prvky začleněné do běžné i speciální ošetrovatelské péče, hra jako součást edukace dítěte na hospitalizaci nebo zákrok, hra vyplňující volný čas dětí a v neposlední řadě také terapeutická hra, kterou může zdravotník využít při strachu pacienta z jehel atd. Každý kontakt by měl být spojen s hrou a legrací, pokud to situace dovoluje. Hra může pomoci v každé situaci, za každých okolností. Pomáhá navazovat kontakt s dítětem, k získání důvěry. Hru můžeme využít k edukaci pro chystaný zákrok/vyšetření. Většina oblíbených her dětí se dá hrát i v nemocnici. Potřebujeme k tomu vhodné pomůcky, hračky a materiály. Pomůcky a materiály ke hře-nůžky, lepidla, bavlnky, provázky, korálky, barevné papíry, pastelky, fixy, voskovky, staré obrázky, časopisy, pohledy.

### **Hračka**

Převážná většina her potřebuje ke svému uskutečnění hmotný předmět – hračku. Hračka je pro dítě významným faktorem, jelikož jej motivuje k prožívání a konání. Herní aktivita dítěte se odráží ve využívání různých typů a druhů hraček.

Výběrem vhodné hry a hračky můžeme povzbudit fantazii dítěte, také jeho tvořivé myšlení a tělesný rozvoj. Dále můžeme pomoci dítěti se začleněním do současného i budoucího života. (Valenta a kol., 2008, s. 91).

Sedlářová a kol. (2008, s. 146-150) uvádí ve své knize vhodné hračky pro jednotlivá vývojová období dítěte. Do 6 měsíců dítě využívá ke hře chrastítka, rolničky aj., do jednoho roku využívá různé knížky z tvrdého papíru, pohyblivé hračky, měkké kostky nebo hračky do vody. Do dvou let jsou pro dítě vhodné hračky v podobě obrázkové knížky, hudební hračky, skládanky, panenky, hračky s kolečky, do pěti let jsou vhodné stavebnice, jednoduché hry a skládanky, domeček pro panenky, obchod. Do sedmi let jsou vhodné vláčky, auta, hudební nástroje, první společenské hry, od osmi do třinácti to jsou stolní hry, karty, hlavolamy, ruční práce, výtvarné činnosti a do plnoletosti se řadí společenské hry, stolní hry, knihy, hudba, sudoku.

## 5. DĚTSKÁ SESTRA

Dětská sestra je často prvním zdravotníkem, kterému se dítě, popř. rodiče samostatně svěří se svými starostmi. Činnosti, na které se dětská sestra primárně zaměřuje, mají preventivní a edukační charakter (Sikorová, 2012, s. 9).

### Přístup k dítěti z pohledu dětské sestry

Podle Venglářové a Mahrové (2006) je důležitým faktorem dětské sestry znalost vývojových stadií dítěte. Tato znalost hraje významnou roli při správné a účinné komunikaci s dítětem. Vhodný přístup a komunikace nám usnadní spolupráci s dítětem, neboť sestra se hned po rodičích stává nejbližší osobou, která je s dítětem v kontaktu. Při kontaktu s ním hraje roli především oční kontakt a úsměv, ale i postoj, který by měl být v úrovni dítěte, k upoutání pozornosti nám může posloužit i volba uniformy, která nemusí a neměla by být univerzální bílá, ale barevná (obrázková). Rozhovor s dítětem nemusí být vždy v místnosti k tomu předem určené at' už pokoj pacienta, vyšetřovna nebo dětská herna. Dítěti nikdy nelžeme, mluvíme vždy pravdivě, pomalu, srozumitelně a vzhledem k věku. Pouze trpělivý a pomalý přístup nám pomůže navázat s dítětem spolupráci.

Sedlářová a kol. (2008) mluví o přístup, který shrnul Baker a Wong do zkratky **QUEST**, což v překladu znamená: **hledej, pátrej, ptej se**. Tato zkratka je tvořena prvními písmeny vět, které jsou samy slovem. V češtině se používá zkratka: **POMÁHEJ**

*Ptej se dítěte na bolest*

*Ohodnot' bolest podle škály*

*Měř změny fyziologických funkcí a zhodnot' chování*

*Aktivní účast rodičů*

*Hledej příčinu bolesti nebo zhoršení*

*Eliminuj faktory z okolí, které mohou bolest zhoršovat*

*Jednej: proved' opatření proti bolesti a zhodnot' účinek*

### Kompetence dětské sestry

Vyhláškou č. 55/2011 o činnostech dětské sestry, které vychází z platné legislativy, byly zahrnuty a vypsány pouze ty činnosti, které se týkají dané problematiky.

Především vytvářet stimulační prostředí pro zdravý vývoj dítěte a rozvíjet jeho komunikační schopnosti, dále edukovat rodiče ve výchově a ošetrovatelské péči o dítě v jednotlivých vývojových obdobích. Metodicky směřovat a zařizovat výchovnou péči s ohledem na věk dítěte, vypracovávat plány výchovné péče a výchovných aktivit, volí správné hračky a výchovné potřeby, vést rozhovory s dětmi i jejich rodinami, zavádět periferní žilní katetry s ohledem na věk dítěte. Vykonává činnosti preventivní, diagnostické ale i rehabilitační péče, aplikuje infuzní roztoky a nitrožilní léčiva (Vyhláška č.55/2011 Sb.).

## **6. ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ**

Tato kapitola se zabývá vlastnostmi a dovednostmi, který by měl mít zdravotnický záchranář. Jak přistupovat svým chováním a jakou volit komunikaci při styku s dítětem během výjezdu a jaké má kompetence k ošetřování dětského pacienta.

Při povolání záchranáře je velice důležité zvládat velkou psychickou zátěž, jelikož se dennodenně setkávají s náročnými situacemi, těžkými jak po psychické, tak i fyzické stránce. Nesmíme opomenout také tvůrčí přístup, empatii, klidné a asertivní vystupování, trpělivost, umění orientace, profesionální, ale také lidský přístup k nemocnému (Andršová, 2012, s. 13-14).

### **Přístup k dítěti z pohledu zdravotnického záchranáře**

Při výjezdech k dětským pacientům musí záchranář počítat s tím, že tento pacient na něj bude klást zvýšené nároky týkající se pozornosti. Záchranář musí jednak perfektně zvládnout komunikaci se samotným malým pacientem, ale také s jeho rodiči nebo rodinnými příslušníky. V kritických situacích je nutné přistupovat k rodinným příslušníkům citlivěji a s rozvahou, jelikož především pro rodiče jsou tyto situace velmi stresující a nedovedou jednat racionálně. Je proto vhodné rodiče v těchto situacích zapojit-donést kartičku pojištěnce, donést oblíbenou hračku, sbalit věci, jestliže je potřeba (Andršová, 2012, s. 191).

### **Kompetence zdravotnického záchranáře**

Zdravotnický záchranář má mnoho kompetencí, pro účely této bakalářské práce byly zahrnuty a vypsány pouze ty, které se týkají dané problematiky. Především zajištění periferního žilního vstupu a aplikování roztoků, dále pak monitorování a hodnocení vitálních funkcí a ošetřování novorozence apod. (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

## 7. PRŮZKUMNÁ ČÁST

### 7.1 Stanovené cíle a průzkumné otázky

**Hlavní cíl:** Zjistit, jaké zkušenosti mají odborníci z praxe v oblasti eliminace procedurální bolesti metodami odvedení pozornosti u dětí.

#### **Průzkumné otázky:**

1. Jaké zkušenosti mají zdravotničtí záchranáři s eliminací procedurální bolesti metodou odvedení pozornosti u dětí v přednemocniční péči?
2. Jaké zkušenosti mají dětské sestry a herní specialistky v oblasti eliminace procedurální bolesti metodou odvedení pozornosti u dětí v nemocniční péči?

### 7.2 Metodika průzkumu

V práci byl zvolen **kvalitativní design průzkumu**. Dle Švaříčka a Šed'ové (2007) se u tohoto typu průzkumu provádí podrobné hledání souvislostí v široké škále definovaného stavu, kterým se snaží dotazující zjistit co nejvíce informací.

Data byla získávána metodou **polostrukurovaného rozhovoru** s odborníky. Rozhovor se skládal z 9 otázek, které jsou uvedeny v příloze (viz. příloha A), otázky byly vytvořené s ohledem na profesi, náplň práce a prostředí (PNP x NP), ale ústředním tématem byly u obou skupin zkušenosti s eliminací procedurální bolesti metodou odvedení pozornosti u dětí. Jednotlivé rozhovory byly přepsány tzv. doslovnou transkripcí, což znamená, že výsledný text odpovědí nebyl nijak přeformulován ani převeden do spisovné češtiny.

Metodou analýzy dostupných dat byla vybrána **zakotvená teorie** - analýza a interpretace dat pomocí otevřeného a axiálního kódování. V rámci procesu kódování dochází k opakovanému ověřování, hodnocení a třídění kódů s podobnými vlastnostmi. Tímto postupem vznikají kategorie kódů v rámci tzv. kategorizace. Kódy mohou mít v rámci odlišných kategorií stejný název. Po otevřeném kódování následovalo kódování axiální. Pro vhodné vyjádření vztahu se aplikovalo obecné kódovací paradigma ve formě: **příčinná podmínka – fenomén – kontext – intervenující podmínka – strategie – následek** (Hendl, 2012, s. 250).

### **7.3 Výběr respondentů**

Výběr respondentů byl záměrný. Hlavní kritéria pro průzkum v přednemocniční péči byla: zdravotnický personál a zkušenosti s dětskými pacienty. Hlavní kritéria pro průzkum v oblasti nemocniční péče byla: zdravotnický a pedagogický personál, zkušenosti s dětskými pacienty a v obou případech byl písemný souhlas s poskytnutím rozhovoru pro průzkum. Průzkumu se zúčastnilo celkem 9 odborníků z praxe. Za oblast přednemocniční péče rozhovor poskytlo 5 zdravotnických záchranářů. Za oblast nemocniční péče rozhovor poskytla 1 herní specialista a 3 dětské sestry. Na začátku bylo cílem získat rozhovor s více herními specialistkami, avšak musel být změněn, jelikož 1 herní specialista nedala souhlas s rozhovorem.

### **7.4 Průběh průzkumu**

Všichni účastníci průzkumu obdrželi otázky k rozhovoru s týdenním předstihem, mohli se tak na rozhovor všichni stejně připravit. Samotné rozhovory probíhaly od února do dubna 2020. Termíny rozhovorů byly vždy přizpůsobeny respondentům a probíhaly v nemocničním prostředí a na výjezdové základně ZZS. Nemocniční zařízení i ZZS byli písemně požádáni o souhlas s průzkumem. Každý rozhovor trval zhruba 25 minut a byl nahráván na diktafon. V úvodu rozhovoru byl dotazovaný respondent upozorněn na nahrávání a požádán o souhlas. Zpracování informací z rozhovoru bylo anonymní. Po ukončení rozhovorů následovala analýza a vyhodnocování získaných informací.

## 8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

### 8.1 Výsledky otevřeného kódování

Jednotlivé kódy a kategorie jsou uvedeny v tabulce 1, v tabulce 2 a v tabulce 3. Otázka č. 1, v které je znázorněn přehled základních informací o respondentech získaných během rozhovorů se nachází v příloze B. V otevřeném kódování byly použity tyto zkratky: ZZ, HS, DS, které jsou míněny jako zdravotnický záchranář, herní specialista a dětská sestra. V závorce je vždy uvedený respondent, který je autorem daného tvrzení. Pod každým kódem je v závorce vyznačený počet, kolikrát se kód v dané otázce vyskytoval.

Tabulka 1 - Otevřené kódování – Zdravotnický záchranář

<b>2. OTÁZKA – JAKÁ JE/BÝVÁ REAKCE MALÝCH PACIENTŮ NA VAŠI PROFESI?</b>	
<b>KATEGORIE: PRVOTNÍ REAKCE DĚTÍ</b>	<b>ČÁST TRANSKRIPCE ROZHovorŮ</b>
<b>NEGATIVNÍ (5)</b>	<i>„Myslím si, že se hodně bojí, a hodně se bojí mužů než žen, mě osobně se bojí hodně, většina těch dětí se bojí.“(ZZ1)</i>
	<i>„No vždycky taková vystrašená, někdy ani nechtějí do sanitky nastoupit.“(ZZ2)</i>
	<i>„No bojí se hodně, jako jak děti stávají na chodnících a mávají nám tak potom, když mají do té sanitky jít tak je to vzdor, brek, prostě nepůjdu a hysterčí.“(ZZ3)</i>
<b>POZITIVNÍ (2)</b>	<i>„Přijde mi, že normální, nebojí se, jako ví, kdo jsme, ale že by se bály, záleží na rodičích, to dítě kopíruje rodiče, buď nás vezmou jako, že se nebojí anebo se bojí a je to vlastně odraz rodičů a všeho.“(ZZ4)</i>
	<i>„Myslím si, že se nebojí, pro ně je spíš jedu v sanitce taková vzácnost, si tu bolest ani neuvědomí.“(ZZ5)</i>



**PŘÍTOMNOST RODIČE**

(2)

„ ..., bráváme s sebou ty rodiče, ty děti jsou na ně fixovaný, takže nám to hodně usnadní práci a tu péči o ně, takže necháváme maminky, aby je uklidnily.“(ZZ2)

„..., tím, že je vozíme obvykle, zpravidla v doprovodu rodičů, tak to tak nějak zvládají.“(ZZ4)

**PŘEDŠKOLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ**

(2)

„ ..., jsou informováni ze školek a škol.“(ZZA)

„Spoustu dětí chodí se školkou tady na záhranku na exkurzi nebo na seznámení.“(ZZ3)

**3. OTÁZKA – JAKOU OSOBNOST BY MĚL MÍT ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ?**

KATEGORIE: **OSOBNOST**

ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ

„ ..., rychlé myšlení, takové to kritické myšlení, a hlavně vlídnost a slušnost, ...“(ZZ1)

„ ..., smysl pro to povolání, potřebu pomáhat, určitě empatii, měl by mít vědomosti a dovzdělávat se, ...“(ZZ2)

**VLASTNOSTI OSOBNOSTI**

(5)

„Já si myslím, takové to vcítění.“(ZZ3)

„Měl by se umět usmívat, neměl by se mračit, empatický.“(ZZ4)

„Milý, vstřícný, slušný, skromný.“ (ZZ5)

#### 4. OTÁZKA – JAKÉ ZPŮSOBY BY MOHLY VÉST KE ZMÍRNĚNÍ BOLESTI?

KATEGORIE: FAKTORY  
OVLIVŇUJÍCÍ BOLEST

ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ

PŘÍTOMNOST RODIČE

(5)

„..., pomůžou ti rodiče, tím, že ho sami uchlácholí,  
chytnou ho za ruku.“(ZZ2)

„Pamatuji si, že když jsme byli na výjezdu 30 km od  
nemocnice, tak maminka do sanitky vzala i knížku a  
četli jsme mu během cesty pohádku.“(ZZ2)

„Chlácholení, tulení, ať je tam maminka, ...“(ZZ3)

„Když je dítě v náruči maminky, tak se tím uklidní a  
můžu ho vyšetřovat.“ (ZZ4)

„..., a taky ten doprovod rodičů.“ (ZZ5)

NOVÉ DÍTĚ-NOVÉ ZKUŠENOSTI

(1)

„..., vždy se to zkouší po dobrém, ale každé dítě je  
jiné, a s některým to po dobrém nejde.“(ZZ2)

„Kvalitní komunikace, nějakým, způsobem navázání  
toho kontaktu.“(ZZ1)

„Rozhovor, já jsem si všimla, že i ty děti, které jsou  
fakt malé mají rádi, když ví, co se s nimi bude dít,  
takové to rychlé, na to nereagují, a to dítě se hned  
sekne a nenaděláte nic.“(ZZ2)

ADEKVÁTNÍ KOMUNIKACE

(4)

„..., spíš jenom ten rozhovor, nespěchat, uklidnit to  
dítě co to jde.“(ZZ2)

„..., někdy pomůže jenom dobré slovo.“ (ZZ3)

## **BOLEST vs STRES**

(2)

„..., ono to dítě asi moc nedokáže rozeznat, co do jaké míry ho bolí, a co je taková ta psychická nástavba toho všeho.“(ZZ2)

„Někteří jsou tak vystresovaní, že nic nepomáhá, takže je potřeba udělat to nezbytné co je potřeba a rychle jet.“(ZZ2)

„..., analgezie jako medikace, ...“(ZZ1)

„..., pokud se jedná o napíchnutí žíly, tak musí být dítě zklidněné a spolupracovat, k tomu používáme prioritně léky.“ (ZZ3)

## **FARMAKOTERAPIE**

(4)

„..., z léků mám ráda tu nazální aplikaci, podám lék, to dítě se zklidní a je potom klidnější při napíchnutí žíly, když je teda potřeba.“(ZZ4)

„Když má třeba zlomenou nohu, tak mu to znehybníte a máváte jim při tom nějakým tím plyšákem během té cesty.“(ZZ2)

## **HERNÍ TERAPIE**

(3)

„Používali jsme hodně toho Kryštůfka, ve formě plyšáku ukazují, jak se vyšetřuje srdíčko a měří tlak.“  
(ZZ4)

„Hračky, stříkačky, povídání s dítětem nebo mu pouštíme majáky.“(ZZ5)

## 5. OTÁZKA – JAK ČASTO SE SETKÁVÁTE S DĚTSKÝM PACIENTEM?

KATEGORIE: DĚTSKÝ PACIENT	ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ
<b>MALÁ ČETNOST VÝJEZDŮ</b> <b>(5)</b>	<p>„Každou třetí službu, to znamená 5krát za měsíc.“(ZZ1)</p> <p>„Moc často ne, jako v rámci úrazů tak ano, hodně jezdíme k febrilním křečím, občas ještě ty laryngitidy, ale není to tak často.“(ZZ2)</p> <p>„Nebývá to často, jsou takové ty období, kdy začnou koloběžky, trampolíny, úrazy to jo, ale často to nebývá.“(ZZ3)</p> <p>„Moc často ne, maximálně ty laryngitidy.“ (ZZ4)</p> <p>„Je to nárazový, ale moc jich není.“(ZZ5)</p>
<b>OBÁVANÁ SKUPINA PACIENTŮ</b> <b>(2)</b>	<p>„Všichni se toho bojíme, protože těma rukama děti neprochází tak často, jako dospělí, tak vlastně nevíme nikdy co od toho má člověk čekat.“(ZZ2)</p> <p>„Máme všichni z toho hrůzu, navíc většina záchranářů jsou ženy, takže každá má doma děti a jsou ty výjezdy takové nepříjemné.“(ZZ5)</p>

## 6. OTÁZKA – JAKÁ FORMA KOMUNIKACE JE NEJÚČINNĚJŠÍ PŘI ZÁSAHU U DĚTSKÉHO PACIENTA?

KATEGORIE: KOMUNIKACE	ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ
<b>ADEKVÁTNÍ VĚKU</b> <b>(4)</b>	<p>„..., změna hlasu, navázání přátelského kontaktu.“(ZZ1)</p> <p>„Slovní komunikace, hezky, zdrobněle i jiná intonace.“(ZZ3)</p>

<p><b>K ODVEDENÍ POZORNOSTI</b></p> <p>(3)</p>	<p>„Vezmu nějakého plyšáka a ukážu na něm, co se bude dělat, odpoutám jeho pozornost, ...“(ZZ1)</p> <p>„Já mám takovou svoji strategii, že se snažím tím hovorem odvést malinko tu pozornost, ...“(ZZ2)</p> <p>„..., kam chodí do školky, jestli má sourozence, a přitom všem už se trošku člověk snaží jakoby pracovat, protože to dítě už je trochu zaměstnaný.“(ZZ2)</p>
<p><b>VÝZNAM PŘEDSTAVENÍ SE</b></p> <p>(2)</p>	<p>„..., dítěti tykám a představím se mu jménem, potřebuji dítě nalákat na důvěru, aby mělo pocit bezpečí.“(ZZ1)</p> <p>„Snažím se s dítětem seznámit, vysvětlím mu, že jsem sestřička, která mu přijela pomoci.“ (ZZ2)</p>
<p><b>PŘÍTOMNOST RODIČE</b></p> <p>(3)</p>	<p>„Vždycky by u toho měli být rodiče, jednak za to dítě zodpovídají a za další ty děti nejsou zvyklý na cizí lidi, ...“(ZZ1)</p> <p>„Vždy u vyšetřování dítěte mít rodiče, pokud není tedy problémový.“ (ZZ4)</p>
<p><b>VYSVĚTLOVÁNÍ</b></p> <p>(2)</p>	<p>„..., potom se člověk dostane k jádru věci, kdy upozorním, že ta ruka je bolavá a musí se s ní něco udělat.“(ZZ2)</p> <p>„..., předem říkat, co bych mu udělala, ...“(ZZ4)</p>
<p><b>7.OTÁZKA – CO Z PRAXE NEJVÍCE POMÁHÁ MALÝM PACIENTŮM ZVLÁDAT EMOCE PŘI BOLESTI?</b></p>	
<p>KATEGORIE: ZVLÁDÁNÍ EMOCÍ</p>	<p>ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ</p>
<p><b>ODVEDENÍ POZORNOSTI</b></p> <p>(4)</p>	<p>„..., zaujmu ho něčím jiným, třeba konverzace na téma školka.“(ZZ1)</p>

<p><b>PŘÍTOMNOST RODIČE</b></p> <p>(1)</p>	<p>„..., když si vezmou z domova nějakou hračku, kterou mají rádi.“(ZZ2)</p> <p>„..., kolikrát stačí stříkačka do ruky, nějaký dárek, Kryštůfek, ten hodně pomáhal.“(ZZ4)</p> <p>„..., že si mohou vzít svoji hračku nebo dudel, ...“(ZZ5)</p> <p>„Určitě to, že tam mají ty rodiče, že s nimi můžou jet.“(ZZ2)</p>
--	---

**8. OTÁZKA – JE TĚŽŠÍ KOMUNIKACE S DĚTSKÝM PACIENTEM NEBO S JEHO RODIČEM PŘI ZÁSAHU?**

KATEGORIE: RODIČ VS DÍTĚ	ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ
<p><b>POZITIVNÍ PŘÍSTUP RODIČŮ</b></p> <p>(2)</p>	<p>„Někteří rodiče jsou v pohodě, dá se jim situace vysvětlit, dá se s nimi mluvit.“(ZZ1)</p> <p>„Jsou maminky, které to chápou a nechají nás pracovat, ...“(ZZ3)</p>
<p><b>NEGATIVNÍ PŘÍSTUP RODIČŮ</b></p> <p>(3)</p>	<p>„Někteří rodiče si situaci nenechají vysvětlit, jsou hysteričtí, nedá se s nimi hnout ani doleva, ani doprava.“(ZZ1)</p> <p>„Někdy se stane, že vás dopředu upozorňují, jak oni by si to představovali, ...“(ZZ2)</p> <p>„..., jsou i takové maminky, které do toho pořád mluví, chytají to dítě pořád za ručičky a tak, někdy jsou fakt na obtíž.“(ZZ3)</p>

**INDIVIDUALITA DÍTĚTE****(2)**

„Některý ty děti jsou bezprizorní, a dá se s nimi dělat cokoli, a některý ty děti jsou zaražené a nedá se s nimi udělat nic.“(ZZ1)

„ ..., záleží na povaze.“(ZZ2)

**INFORMOVANÍ RODIČE****(2)**

„Plno věcí mají načteno anebo mají předchozí zkušenost špatnou, protože to prostě nedopadlo podle jejich představ, a oni to mají už automaticky zafixované, že to nebylo tak jak by to mělo být.“(ZZ2)

„V dnešní době jsou hodně informovaní, ale nedovolí si mi říkat, jak mám pracovat a co jsem neudělala nebo naopak co jsem udělala, a podle nich je to špatně.“(ZZ5)

**9.OTÁZKA – VYUŽÍVÁTE PŘI ZÁSAHU U DĚTSKÉHO PACIENTA NĚJAKÉ POMŮCKY (HRAČKY, ŘÍKADLA)?****KATEGORIE: POMŮCKY  
K ODVEDENÍ POZORNOSTI****ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ****K ODVEDENÍ POZORNOSTI****(5)**

„ ..., buď osobní hračky toho dítěte, nebo naše Kryštůfky, nebo taková jednoduchá věc jako je nafouknutá rukavice něčím pomalovaná, ...“(ZZ1)

„ ..., snažíme se odpoutat pozornost, tím, že ukazujeme blikající světýlka na stropě.“(ZZ2)

„Měli jsme Kryštůfka, teď máme plyšáky od maminek, kterým už děti odrostly, zabírá i 20 ml stříkačka, kterou si můžou vzít do vany. (ZZ3)

„Plyšáky, hodně frčí stříkačky, na prst oxymetr, který bliká, na to koukají, ...“(ZZ4)

„máme hračky a rodiče.“ (ZZ5)

## 2. OTÁZKA – JAKÁ JE/BÝVÁ REAKCE MALÝCH PACIENTŮ NA VAŠI PROFESI?

KATEGORIE: PRVOTNÍ REAKCE  
DĚTÍ

ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ

NEGATIVNÍ

(1)

„Když je to malé dítě, když mu je 1.5 roku tak je jeho reakce jasná, schoulím se k mámě, bulím a jdu se zachumlat.“(HS1)

POZITIVNÍ

(1)

„Kladná, převážně kladná, my nezlobíme děti, jdou s námi rády.“(HS1)

VÝZNAM PŘEDSTAVENÍ SE

(2)

„Při prvním kontaktu na pokoji, když přijdu do styku s dítětem, tak se mu představím, že jsem tady pan učitelka na hraní a jdu mu nabídnout hračky.“(HS1)  
„..., dalším rozhovorem řekneme „ježiš to se nás nemusíš bát, já ti nejdu ubližovat, já ti jdu nabídnout jen hračky“, tak když slyší hračky, auto a podobně, tak už zbystří.“(HS1)

## 3. OTÁZKA – JAKOU OSOBNOST BY MĚLA MÍT HERNÍ SPECIALISTKA?

KATEGORIE: OSOBNOST

ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ

VLASTNOSTI OSOBNOSTI

(1)

„Asertivní, milá, zábavná, přizpůsobivá, která odbourává úzkost, strach a která jim to pomáhá překonat.“(HS1)



#### 4. OTÁZKA – Z VAŠÍ ZKUŠENOSTI, JAKÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍ BOLEST?

KATEGORIE: HRY VS BOLEST

ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ

**HERNÍ TERAPIE**

(2)

*„Když přijdou do herny, zapominají, že jsou nemocní a že jim něco je, na jipce nemohou opustit lůžko a na infekčním oddělení není herna, proto je tady individuální práce na lůžku.“(HS1)*

*„..., hra v posteli nebo u stolečku, je to to samé jakoby, jsme byli v herně, s tím, že je to individuální práce, takže já si zahraji, prší, prší, prší, uno, uno, uno, ...“(HS1)*

#### 5. OTÁZKA – JAKÉ ZPŮSOBY BY MOHLY VÉST KE ZMÍRNĚNÍ BOLESTI?

KATEGORIE: ELIMINACE BOLESTI

ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ

**HERNÍ TERAPIE**

(1)

*„..., určitě je vtáhnout do hry, máme námětové hry, didaktické nebo společenské, když je vtáhneme do té hry, tak okamžitě zapominají na své problémy a bolesti.“(HS1)*

**ODVEDENÍ POZORNOSTI**

(1)

*„..., pohádka, pohlazení, povzbuzení, když si je vezmeme, projdeme se po chodbě, koukneme se na krmítko, díváme se na ptáčky, pod okny parkují sanity, a ty malé děti tyto auta milují, koukáme na vlaky, pozorování z okna je tady největší kamarád.“(HS1)*

#### 6. OTÁZKA – POPIŠTE PROSÍM JAK PROBÍHÁ PŘÍPRAVA DÍTĚTE NA BOLESTIVÝ VÝKON?

KATEGORIE: PŘÍPRAVA K VÝKONU

ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ

**MAMINKA/ODBORNÍK**

(1)

*„..., některé maminky si vyžadují tu svoji přípravu dítěte, že si ho sami chtějí připravit, některá maminka si to vyloženě vydupou a musíme to respektovat, na to*

*tady není moc prostor, opravdu se snažíme my, tím citlivým přístupem, tím, že si ho vezmeme tím laskavým přístupem těch sester.“(HS1)*

#### **ODVEDENÍ POZORNOSTI**

(1)

*„ ..., odvedeme pozornost na nějakou tu hračku, máme hračky na natahování, že se ty hračky houpou, to zaujme pohledem, nebo podívej se, spočítej něco, na vyšetřovně máme spoustu dárečků, které dostávají hnedka za odměnu a spoustu obrázkového materiálu, kam se můžou kouknout a počítat, hračky natahovací a zvukový, ...“(HS1)*

### **7. OTÁZKA – V JAKÉM ČASOVÉM HORIZONTU JE PŘÍPRAVA PROVÁDĚNA?**

KATEGORIE: ČAS NA PŘÍPRAVU

ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ

#### **ČASOVÉ ROZMEZÍ**

(1)

*„..., 15 minut, ale i hodina a půl, když vím, že je to plánované vyšetření, tak je ta příprava opakovaná denně, připomínáme, zopakujeme si to.“(HS1)*

### **8. OTÁZKA – JAKÉ NEJDŮLEŽITĚJŠÍ PRVKY KOMUNIKACE JE POTŘEBA PŘI HERNÍ TERAPII UPŘEDNOSTNIT?**

KATEGORIE: KOMUNIKACE

ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ

#### **ADEKVÁTNÍ VĚKU**

(1)

*„ ..., hezky, namotivovat, příkazem nic nedokážeme, nelžeme, povídáme si, všechno si to pěkně řekneme, tak aby to dítě přijalo a bylo připraveno.“(HS1)*

## 9. OTÁZKA – JAKÉ HRY A JAKOU KOMUNIKACI A POMŮCKY VOLÍTE U DĚTÍ V ZÁVISLOSTI NA ČASE?

KATEGORIE: HERNÍ TERAPIE V  
PRAXI

ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ

**HERNÍ TERAPIE**

(2)

*„Malé děti připravujeme pomocí panenky Petrušky, a tam to je na místě, je velká, má otvírací břicho.“ (HS1)*

*„Před výkonem malé děti připravujeme s panenkou a kufříkem, kde máme veškerý materiál, začíná to Rákosníčkovou cedulkou, že nesmím nic jíst, nic pít, hrneček s kouzelným nápojem, pojedeme výtahem a pozorujeme sluníčka, a už na nás čeká celý tým v zeleném oblečení, mají brokolicové čepice a potom trénujeme „sloní chobot“, kde se vyloženě zkouší dýchat do masky a nafukuje se balónek.“ (HS1)*

Tabulka 3 - Otevřené kódování – Dětská sestra

## 2. OTÁZKA – JAKÁ JE/BÝVÁ REAKCE MALÝCH PACIENTŮ NA VAŠI PROFESI?

KATEGORIE: PRVOTNÍ REAKCE  
DĚTÍ

ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ

**NEGATIVNÍ**

(2)

*„Hm, tak většinou špatná, že pláčou nebo se bojí, mají strach, ...“ (DS1)*

*„No jak který děti, ale bojí se.“ (DS3)*

**STRACH Z NEZNÁMA**

(2)

*„Tak většinou ze začátku mají strach, protože neví, co se bude dít, je to pro ně nové prostředí, na začátku mají strach, ale postupně se ten strach odbourá.“ (DS2)*

*„Myslím si, že se nebojí přímo nás, ale už to, že jsou v nemocnici a nevědí, co je čeká, tak z toho mají strach.“ (DS3)*

## SYNDROM BÍLÉHO PLÁŠTĚ

(2)

„ ..., když vidí asi jakýkoliv bílý oděv, proto se tady snažíme chodit i takhle barevný, ... “(DS1)

„ ..., jak se říká tomu syndromu bílého pláště, tak proto my se snažíme nosit barevný halenky, barevný trička, myslím si, že to docela i pomáhá. “(DS2)

### 3. OTÁZKA – JAKOU OSOBNOST BY MĚLA MÍT DĚTSKÁ SESTRA?

KATEGORIE: OSOBNOST

ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ

## VLASTNOSTI OSOBNOSTI

(3)

„Trpělivá, empatická, chápavá asi by měla být kreativní, určitě by měla mít ráda děti. “(DS1)

„Měla by být empatická, měla by umět vysvětlit, co ty děti čeká, aby neměly takový strach, měla by být usměvavá. “(DS2)

„Rozhodně empatie a taky aby s ní byla sranda. “(DS3)

### 4. OTÁZKA – Z VAŠÍ ZKUŠENOSTI, JAKÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍ BOLEST?

KATEGORIE: FAKTORY  
OVLIVŇUJÍCÍ BOLEST

ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ

## PŽK

(2)

„ ..., když mají zavedenou kanylu, tak ta, že je bolí, ale většinou je štve, že tam mají něco navíc, ale nebolí je to. “(DS1)

„..., když mají kanylu, tak říkají, že je ta kanyla bolí, ale ono stačí jen převázat kanylu trošičku jinak a najednou je to nebolí, dětem kolikrát stačí, že vidí, že se něco děje, nebolí je to tolik. “(DS2)

## VYSVĚTLOVÁNÍ

(2)

„..., když se jim to pořádně vysvětlí, tak pak to taky není tak úplně o bolesti, ale spíš o tom strachu, snažíme se jim to po dobrém vysvětlit. “(DS1)

<p><b>PŘÍTOMNOST RODIČE</b></p> <p>(1)</p> <p><b>NOVÉ DÍTĚ-NOVÉ ZKUŠENOSTI</b></p> <p>(1)</p>	<p>„Je to hodně pocitový, snažit se to dětem vysvětlit, ukázat, že ten problém řeším.“ (DS2)</p> <p>„Podle mého tu bolest ovlivňuje, jestli tady jsou samy nebo s nějakým rodinným příslušníkem, když ty rodiče jsou tady tak ty děti, jak který, některý jsou víc „bolestivý“ a hysteričtí a některý jsou zase jakoby víc v klidu, když tady ta maminka je.“(DS3)</p> <p>„Každý to dítě je úplně jiný a každé dítě nás vždycky něco naučí.“(DS3)</p>
<p><b>5. OTÁZKA – JAKÉ ZPŮSOBY BY MOHLY VÉST KE ZMÍRNĚNÍ BOLESTI?</b></p>	
<p><b>KATEGORIE: ELIMINACE BOLESTI</b></p>	<p><b>ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ</b></p>
<p><b>FYZIKÁLNÍ TERAPIE</b></p> <p>(1)</p>	<p>„ ..., třeba po operaci mandlí, tak zkusíme studené pití, studené obklady.“(DS2)</p>
<p><b>FARMAKOTERAPIE</b></p> <p>(2)</p>	<p>„ ..., když vidíme, opravdu, že je to bolí, tak přistoupíme k analgetikum.“(DS2)</p> <p>„Někdy opravdu placebo, když ho bolí břicho, a bolí ho už po desáté ten den, tak místo analgetik zkusíme dát placebo.“(DS3)</p>
<p><b>POLOHOVÁNÍ/RHB</b></p> <p>(1)</p>	<p>„Úlevová poloha, chlazení třeba, potom nějaké relaxační cviky, například při problémech s dechem.“(DS1)</p>
<p><b>HERNÍ TERAPIE</b></p> <p>(1)</p>	<p>„ ..., formou her se snažíme zaujmout, máme tady herní specialistky, ...“(DS3)</p>

## 6. OTÁZKA – CO Z PRAXE NEJVÍC POMÁHÁ MALÝM PACIENTŮM PŘEKONAT STRACH?

KATEGORIE: ZMÍRNĚNÍ STRACHU

ČÁST TRANSKRIPCE ROZHovorŮ

### HERNÍ TERAPIE

(2)

„..., tak určitě nejvíc herní terapie, formou hry jim na panence ukazují ty jednotlivé věci, co se jim budou dělat.“(DS1)

„ ..., tady je fakt super tak herní terapie, že to ukazují na panenkách, když to vidí na panence, tak je to pro ně ještě lepší.“(DS2)

### VYSVĚTLOVÁNÍ

(4)

„ ..., my jim to vysvětlujeme, při příjmu, tak jak to je, co je bude čekat a potom během hospitalizace, jim to vysvětlují ještě herní specialistky.“(DS1)

„ ..., když se jim to tak nějak všechno vysvětlí, ...“(DS1)

„Když je přijímáme, tak jim ukážeme, že budou mít na prstíku kolíček, že prostě budou mít zalepenou ručičku, ...“(DS2)

„Vysvětlování, někdy se ty děti tím zklidní, ale není to vždycky.“(DS3)

### PŘÍTOMNOST RODIČE

(2)

„..., taky tomu pomáhají rodiče, ...“(DS1)

„ ..., u těch malých samozřejmě maminka.“(DS3)

### STRACH

(1)

„Podle mého názoru nic nezabírá tak dobře, aby se ten strach odboural, třeba se ty děti zklidní, ale nikdy z nich nevyprchá ten strach, je možný ten strach zmírnit, ale podle mě nikdy nezmizí.“(DS3)

## 7. OTÁZKA – JAKOU VOLÍTE PŘÍPRAVU HERNÍ TERAPIE U PROCEDURÁLNÍ BOLESTI?

KATEGORIE: PŘÍPRAVA K VÝKONU

ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ

### VYSVĚTLOVÁNÍ

(3)

„Před malými výkony, jako zavedení kanyly nebo krevní odběr, se to dětem normálně vysvětlí.“(DS1)

„..., říkáme, co se bude dít, že teď vyhrne triko, teď to píchne, ...“ (DS2)

„Dětem to vysvětlíme vždycky, i když maminka nechce, nikdy nejdeme na žádný zákrok, aniž bychom jim nic neřekli to ne, ...“ (DS3)

### EDUKÁTOR

(1)

„Spíše přípravy dělají herní specialistky anebo maminky, mi těm maminkám, řekneme, co to dítě bude čekat a maminka řekne, ano já mu to vysvětlím a připravím si ho sama.“(DS3)

„Většinou stačí povídat pohádka o včelce, která přiletí, d'obne a zase odletí.“(DS1)

### POHÁDKA/PŘÍBĚH

(3)

„Při napichování kanyly máme pomůcku, že jim dáme náplast s medvídky nebo s motýlky, jelikož ta kanyla je takový motýlek, trochu to píchne a motýlka přelepíme medvídkem, aby neuletěl.“(DS2)

„..., když dáváme nějaké léky do kanyly, tak řekneme, že ten medvídek má žízeň a potřebuje napít.“(DS2)

## 8. OTÁZKA – V ČEM VIDÍTE NEJVĚTŠÍ SPECIFIKA V KOMUNIKACI S MALÝM DÍTĚTEM PŘI HOSPITALIZACI A VYŠETŘENÍCH V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ?

KATEGORIE: KOMUNIKACE

ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ

## ADEKVÁTNÍ VĚKU

(2)

„ ..., určitě se musí ten člověk přizpůsobit té řeči toho dítěte, těžko budu na puberťáka šišlat a opačně, tak prostě nějakým způsobem najít tu stejnou řeč. “(DS1)

„Hlavně se hledí na věk a podle toho se s tím dítětem mluví, žádné odborné názvy, vysvětlovat přiměřeně k věku, nešišlat, prostě opakovat, opakovat, opakovat. “(DS1)

„Když přijde dítě na operační výkon, tak mu určitě vysvětlujeme jak maminkám, tak dětem, ale takový ty věci, které pochopí, že nebude nic papat, nebude nic pít, že dostane naše pyžámko. “(DS3)

## VYSVĚTLOVÁNÍ

(3)

„Hodně důležité věci říkáme rodičům, a potom přijde herní specialista a vysvětlí to dětem formou hry. “(DS3)

„ ..., říkáme to dětem zjednodušeně, stručně, ale jen to podstatné a důležité. “(DS3)

## POHÁDKA /PŘÍBĚH

(2)

„ ..., vypiješ takovou kouzelnou vodičku, neříkáme jim, že je to premedikace, ale kouzelná voda. “(DS3)

„Pomocí panenky a her to herní specialista poví všechno jako takovou pohádku, ... “(DS3)

## 9.OTÁZKA – CO JE PODLE VÁS NEJLEPŠÍ A NEJHORŠÍ PRO DĚTSKÉHO PACIENTA?

KATEGORIE: ZKUŠENOSTI Z PRAXE

ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ

## NEJHORŠÍ PRO DÍTĚ

(3)

„ ..., všechny bolestivý výkony. “(DS1)

„ ..., asi ty odběry a lačnění. “(DS2)

„Nejhorší je pro to dítě asi ten strach, ten je nejhorší. “(DS3)



## NEJLEPŠÍ PRO DÍTĚ

(2)

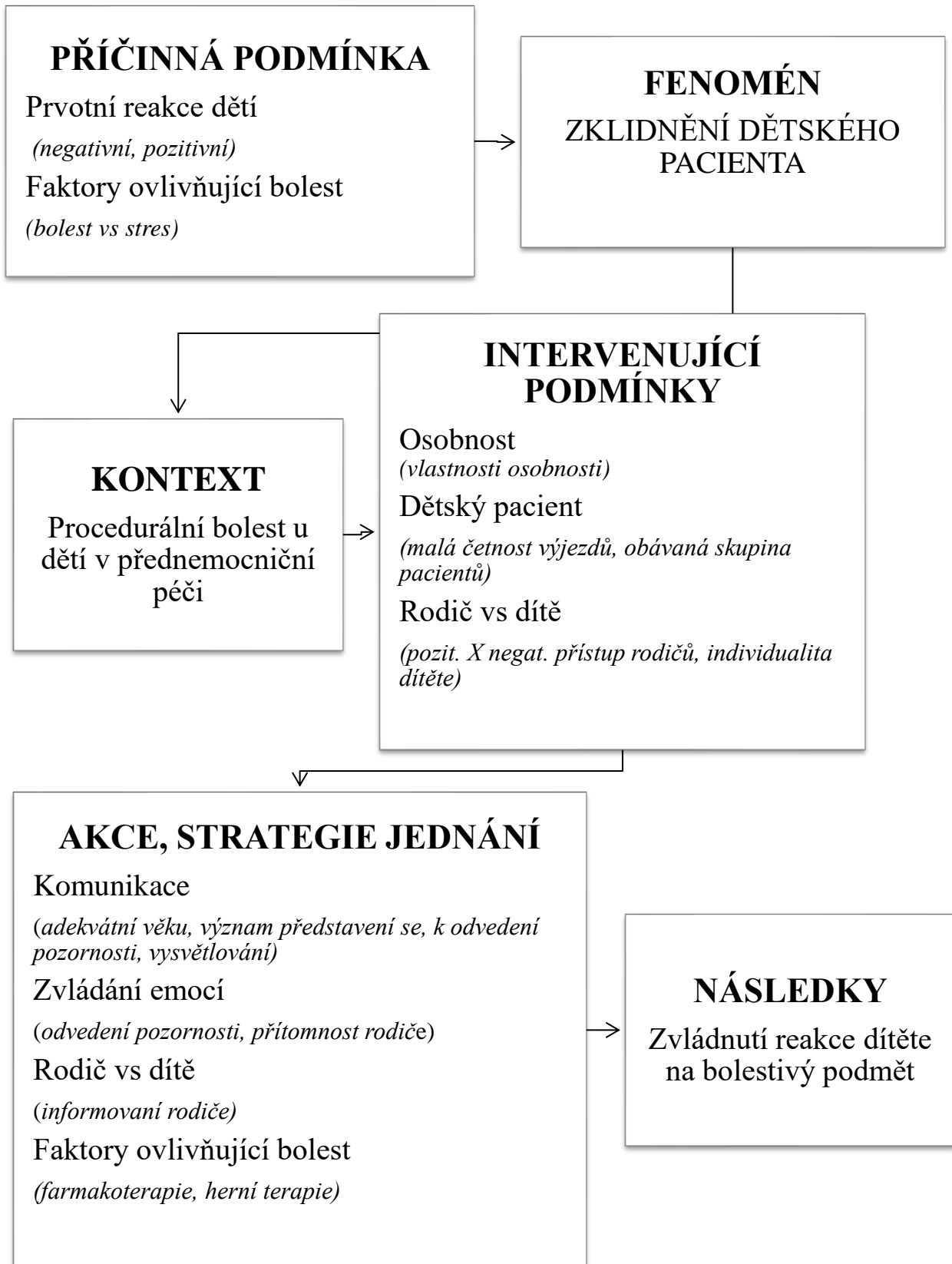
*„ ..., asi ta herna a zdravotní klaun, a když se dozví, že jdou domů.“(DS1)*

*„ ..., nejlepší je herna a myslím si, že i wifi.“(DS3)*

### 8.2 Výsledky axiálního kódování

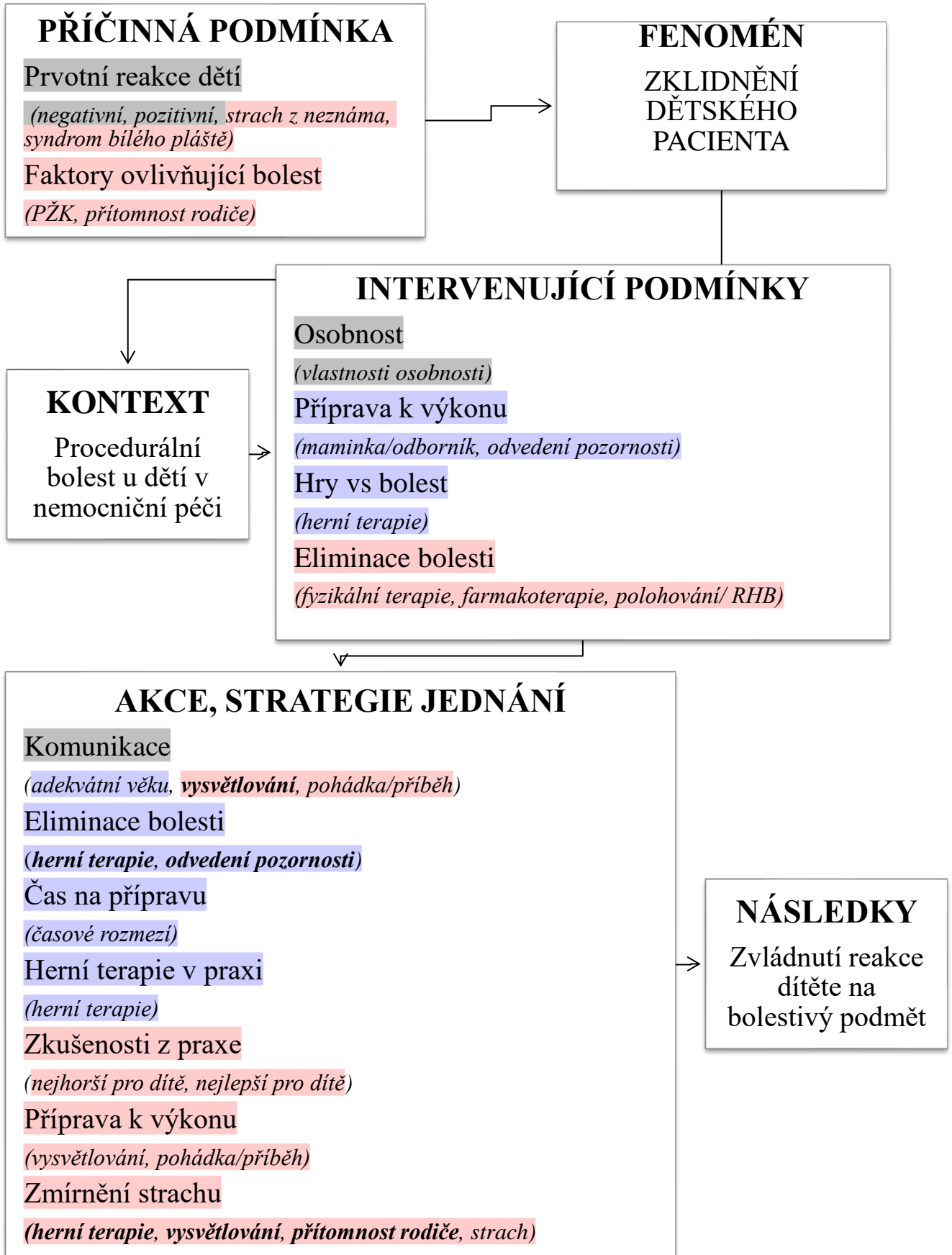
Axiální kódování bylo tvořeno v souvislosti s kódy a průzkumnými otázkami. Vzhledem k orientaci průzkumných otázek ve dvou směrech 1. Tlumení procedurální bolesti v přednemocniční péči a 2. Tlumení procedurální bolesti v nemocničním prostředí, vznikly dva podobné soubory se stejným sledovaným fenoménem. Tyto dva soubory se od sebe liší z důvodu odlišných povolání a místem výkonu práce odpovídajících respondentů. (Zdravotnický záchranář – PNP, Dětská sestra a herní specialistka – NP). Výsledky axiálního kódování jsou představeny a krátce popsány níže v textu (viz. obrázek 1, obrázek 2). Stručná deskripce každého fenoménu je uvedena pod jednotlivým schématem.

Obrázek 1 - Axiální kódování průzkumná otázka č. 1



Fenomén *Zklidnění dětského pacienta* vznikl na základě vytvořených kódů a následném vyhledání nejsilnějších vztahů mezi nimi. Tyto kódy byly formovány v kontextu procedurální bolesti u dětí v přednemocniční neodkladné péči a měli nejsilnější zastoupení v těchto kódech: **informování rodiče, odvedení pozornosti a přítomnost rodiče.**

Obrázek 2 - Axiální kódování průzkumná otázka č. 2



Dětská sestra-růžová, Herní specialistka-modrá, Společné pro obě profese-šedá

Fenomén *Zklidnění dětského pacienta* vznikl na základě vytvořených kódů a následném vyhledání nejsilnějších vztahů mezi nimi. Tyto kódy byly formovány v kontextu procedurální bolesti u dětí v nemocniční péči a měli nejsilnější zastoupení v těchto kódech: **vysvětlování, herní terapie, odvedení pozornosti, přítomnost rodiče.**

## 9. DISKUZE

Tato kapitola zpracovává výsledky průzkumné části v souvislosti s průzkumnými otázkami. Zkušenosti, myšlenky a praxe dotazovaných odborníků byli interpretováni za pomoci otevřeného kódování a axiální kódování zobrazilo vztahy mezi kódy a jejich kategoriemi. Prostřednictvím analýzy výsledků lze zjistit za jakých podmínek vzniká hledaný fenomén, jaké má vlastnosti a jakých následků je docíleno za použití uvedených strategií jednání. Limity průzkumného šetření – jednalo se o první zkušenost s polostrukturovanými rozhovory a jejich analýzou.

### **První průzkumná otázka zněla: Jaké zkušenosti mají zdravotničtí záchranáři s eliminací procedurální bolesti metodou odvedení pozornosti u dětí v přednemocniční péči?**

Výsledky axiálního kódování ukazují, že důvodem pro zklidnění dětského pacienta v přednemocniční péči jsou především negativní prvotní reakce dětí, jako například strach, vzdor či obava z neznáma, které vyúsťují ve stresový proces. Na zklidnění dětského pacienta má dle výsledků významný vliv osobnost záchranáře, jeho zkušenosti s dětskými výjezdy, umění komunikace, a také přítomnost rodiče či zdravotní gramotnost.

Průzkumného šetření se zúčastnili muži i ženy, ve věku 29 do 50 let s délkou praxe od 7 do 28 let, tyto informace jsou zahrnuty v tabulce 6 přehled respondentů (příloha B).

Dále bylo zjištěno, že prvotní reakce dítěte na profesi ZZ je ve větší míře negativní, z 5 respondentů 2 uvedli, že mají pozitivní zkušenost s prvotní reakcí dítěte na jejich profesi. Většina ZZ zmiňuje, že k pozitivní prvotní reakci dítěte přispívá ve větší míře přítomnost rodiče. Otázku předškolního vzdělávání zmiňovali pouze 2 respondenti, a to v souvislosti, že děti jsou o tomto povolání a jeho náplní práce informovány prostřednictvím exkurzí v rámci MŠ a ZŠ.

V otázce zaměřené na osobnost ZZ se všichni respondenti shodují v názoru, že ZZ by měl mít kromě potřeby pomáhat lidem i tyto povahové vlastnosti: kritické myšlení, vlídnost, slušnost a empatii.

Okružová otázka č. 4 řešila problematiku způsobu mírnění bolesti u dětí v PNP. Samotná přítomnost rodiče dle 2 respondentů z 5 pozitivně ovlivňuje vnímání bolesti dítěte. Respondent ZZ2 poukazuje na individualitu dítěte, z čehož vyplývá, že každé dítě reaguje jinak, některé děti lépe navazují spolupráci prostřednictvím pozitivního přístupu k nim, někteří však na pozitivní přístup nereagují a nelze je za jakýchkoliv okolností přimět ke spolupráci. Významnou metodou odvedení pozornosti od bolesti je kvalitní komunikace a herní terapie. Dva respondenti zmiňují, že rozhovor s dětským pacientem je dobrý způsob pro navázání kontaktu a dále poukazuje na fakt,

že i malé děti mají rády, když předem vědí, co se s nimi bude dít. S tímto souvisí upozornění respondenta ZZ2 na skutečnost, že dítě není schopno rozeznat psychickou nástavbu celé situace a míru prožívané bolesti. Stejný počet respondentů (2 z 5) odvádí pozornost od procedurální bolesti formou herní terapie. Využívají k tomu různé pomůcky, například: plyšové hračky (Kryštůfek), stříkačky, říkanky či zapnuté a houkající majáky.

V 5. otázce, která se věnovala četnosti výjezdů k dětským pacientům, odpověděli 4 z 5 dotazovaných respondentů, že se s dětmi v terénu setkávají velmi ojediněle. Jedná se spíše o nárazové případy. Oproti tomu respondent ZZ1 zmiňuje, že se s dětským pacientem setkává častěji (každou třetí službu). Protože výjezdy k dětským pacientům nejsou tak početné, staví posádky záchranářů do nepříjemné situace, v které pociťují především obavu. Respondent ZZ2 uvádí jako důvod těchto obav to, že jim pod rukama neprochází dětský pacient tak často. Miroslav Kříž (2012) ve své práci *„Akutní stavy u dětí v denní praxi zdravotnických záchranářů“* mimo další otázky zjišťuje i to, kolik výjezdů měli ZZ k dětem za poslední měsíc. Více jak 50 % respondentů na otázku odpovědělo tak, že za poslední měsíc neměli žádný výjezd k dítěti. Ve své průzkumné části se respondentů přímo neptám na četnost výjezdů v časovém horizontu, nicméně se s jeho výsledky v závěru ztotožňuji, neboť 4 z 5 záchranářů mého průzkumu uvedlo, že se v terénu s dětským pacientem setkávají ojediněle.

Co se týče formy komunikace při zásahu u pediatrického pacienta se respondenti (ZZ1 a ZZ4) shodují, že by při ošetřování dítěte měl být přítomen rodič. Jednak z důvodu zodpovědnosti za pacienta, jednak z důvodu psychické podpory dítěte v neznámé situaci (cizí lidé, nepříjemná situace). Samotná komunikace dle dotazovaných by měla začínat představením zdravotnického záchranáře ošetřovanému dítěti. Respondent ZZ1 používá jako přístup k dětskému pacientovi následující: navázání přátelského kontaktu tykáním a změnou hlasu. 3 z 5 respondentů se shodli, že jako další účinné metody v rámci komunikace jsou: vysvětlování dalšího postupu vyšetřování a odvedení pozornosti od procedurální bolesti. Jaká by měla být komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem zjišťovala ve své práci *„Komunikace zdravotnického záchranáře v přednemocniční neodkladné péči“* Michaela Brožková (2018). Zajímala se jaké přístupy a formy komunikace preferují zdravotničtí záchranáři na výjezdech a poté jejich chování spolu s nimi rozebírala. Cituji: *„No, s dítětem to úplně nešlo, protože bylo ještě malé, ale snažil jsem se s ní mluvit. Matka s otcem měli naštěstí na holčičku dobrý vliv, a proto byla celá situace o to jednodušší“*. Z uvedené citace, ale i ze samotného průzkumu vyplývá podobnost s výsledky odpovědí respondentů mé práce, a to především, že komunikační dovednosti záchranáře, přítomnost rodiče a individualita dítěte patří mezi faktory, které ovlivňují komunikaci.

Okruhová otázka č. 7 úzce souvisí s předešlou otázkou. Ptá se: Co z praxe nejvíc pomáhá dětským pacientům zvládat emoce při bolesti? Již několikrát zmíněná přítomnost rodiče (2 z 5 dotazovaných) a odvedení pozornosti prostřednictvím vhodné komunikace (ZZ1) a pomůcek (ZZ4), pomáhá dětským pacientům zvládat emoce při bolesti.

Cílem osmé okruhové otázky bylo zaznamenat, zda je těžší komunikace přímo s dětským pacientem nebo s jeho rodiči. Z rozhovorů lze usoudit, že při výjezdech k dětem je spolupráce záchranáře s rodiči spíše negativní, ve smyslu zasahování rodiče do práce záchranářů. Na druhou stranu 2 respondenti (ZZ1 a ZZ3) mají zkušenost s pozitivním přístupem rodičů. Respondenti (ZZ1 a ZZ2) poukazují na individualitu dítěte a z rozhovorů vyplývá, že povahové vlastnosti dítěte určují, jaká s nimi bude spolupráce. Některé děti jsou přizpůsobivé a některé ne. Předchozí pozitivní či negativní zkušenost se zdravotnickým zásahem a míra zdravotní gramotnosti dítěte i rodiče je dle 2 z 5 dotazovaných respondentů přímo úměrná jejich chování a komunikaci při zásahu.

Závěrečná, devátá okruhová otázka se zaměřila na využití pomůcek a praktických dovedností zdravotnických záchranářů při zásahu u pediatrického pacienta. Všech 5 respondentů využívá k odvedení pozornosti hračky z domácího prostředí dítěte, plyšové hračky Kryštůfky, zdravotnické pomůcky (SpO2 čidlo, stříkačky, nafouknuté zdravotní rukavice) či samotné vozidlo ZZS (zapnuté majáky).

### **Druhá průzkumná otázka zněla: Jaké zkušenosti mají dětské sestry a herní specialistky v oblasti eliminace procedurální bolesti metodou odvedení pozornosti u dětí v nemocniční péči?**

Axiální kódování v této průzkumné otázce má stejný sledovaný fenomén a kontext jako bylo u první průzkumné otázky. Kódování se mezi sebou liší zjištěnou příčinou pro zklidnění dětského pacienta v nemocniční péči, a to: negativní prvotní reakcí, strachem z neznáma či přítomností faktorů ovlivňující bolest. Tyto faktory vyúsťují ve stresový proces. Na zklidnění dětského pacienta má dle výsledků významný vliv osobnost dětských sester a herních specialistek, příprava k výkonu a vhodně zvolená eliminace procedurální bolesti.

Průzkumného šetření se zúčastnily ženy, ve věku 26 až 45 let s délkou praxe od 4 do 26 let, tyto informace jsou zahrnuty v tabulce 6 přehled respondentů (příloha B).

Okruhová otázka č. 2 zjišťovala prvotní reakci dítěte na profesi dětské sestry a herní specialistky.



U profese dětské sestry převažovala stejně jako u zdravotnického záchranáře spíše negativní reakce (2 ze 3 dotazovaných). Na rozdíl od těchto profesí se herní specialista setkává spíše s kladnými prvotními reakcemi. Důvodem je podle HS1 to, že si s dětmi hraje a „neubližují“ jim.

V otázce zaměřené na osobnost DS a HS je stoprocentní shoda v empatii, která byla zmíněná i u ZZ. Všechny respondenty DS dále uvádějí: trpělivost, kreativitu a smysl pro humor. Respondentka HS1 k těmto vlastnostem doplňuje: přizpůsobivost a umění odbourávat strach a úzkost u dětí.

Faktory ovlivňující bolest se zabývala okruhová otázka č. 4. Respondentka DS3 zmiňuje, že významný faktor v ovlivňování bolesti v nemocniční péči se shoduje s faktorem v PNP, a to v přítomnosti rodiče. Respondentka DS1 považuje dostatečné vysvětlení průběhu ošetření za další významný prvek pozitivně ovlivňující bolest. Herní terapie je pro herní specialistu hlavní metodou v této problematice.

Pátá okruhová otázka přímo řešila způsoby eliminace procedurální bolesti. V této otázce mají dětské sestry kromě farmakoterapie, kterou zmiňovaly všechny respondenty, i jiné možnosti pro zmírnění procedurální bolesti. Jedná se o fyzikální terapii, polohování, rehabilitaci a herní terapii. Herní specialista má v této problematice omezené možnosti, a k eliminaci procedurální bolesti může dle získané odpovědi využít pouze herní terapii a odvedení pozornosti například: pohádkou, povzbuzením či pohlazením.

Okruhová otázka č. 6 u profese dětské sestry pojednává o zkušenostech z praxe, co pomáhá malým pacientům překonat strach. 2 ze 3 dotazovaných využívají k překonání strachu u dětí již zmíněnou herní terapii, vysvětlování a přítomnost rodičů. Respondentka DS3 poukazuje na fakt, že strach nejde zcela odstranit, lze jej pouze zmírnit. U herní specialisty se zabývá otázka č. 6 přípravou na bolestivý výkon, kde bylo zjištěno, že rodiče mnohdy vyžadují vést přípravu dítěte k výkonům samostatně. Jestliže přípravu na bolestivý výkon vede herní specialista, využívá ve své práci, jak už byla zmíněna metoda odvedení pozornosti prostřednictvím hry. Na tuto otázku navazuje otázka č. 7 kde bylo řečeno, že příprava na bolestivý výkon obvykle trvá mezi 15-90 minutami.

Cílem sedmé otázky bylo zjistit jakou přípravu v rámci herní terapie volí dětské sestry. Všechny respondenty se ve svých odpovědích ztotožňují s názorem, že jako dětské sestry herní terapii sami neprovádí, pouze se dětem snaží průběh vyšetření vysvětlit, ale samotnou přípravu delegují na herní specialistu či rodiče.

Okruhová otázka č. 8 byla pro DS a HS společně zaměřená na komunikaci s dětským pacientem. Kde HS využívá prvky motivace a dostatečného časového prostoru pro konverzaci s malým pacientem. Respondentka DS1 vyzdvihuje podstatu vhodné komunikace vzhledem k věku dítěte.

Poslední otázka u herní specialistky byla zaměřena na zvolení vhodných pomůcek vzhledem k věku dítěte. Respondentka HS1 se zaměřila pouze na malé děti, u kterých volí následující pomůcky: panenka Petruška, Kouzelný kufřík a Rákosníčková cedulka. Herní terapii a vhodné pomůcky k ní zkoumala ve své práci „*Herní terapie v českých nemocnicích*“ Bc. Jana Urbanová (2013), která zjišťovala, jaké prvky z herní terapie jsou v praxi nejvíce využívány. Cituji: „*Z používaných pomůcek v herní terapii nejvíce převažují různé panenky a loutky.*“ Jelikož respondentka HS1 se zmiňuje pouze o pomůckách pro malé děti, moje zjištění se s prací Bc. Urbanové shoduje ve využití hraček (panenka) v herní terapii u dětí v batolecím a předškolním období. U dětských sester se v otázce č. 9 zjišťoval kontrast mezi nejlepším a nejhorším zážitkem pro dítě v rámci pobytu v nemocnici. Nepříjemnými prožitky, dle zjištěných informací můžou být: odběry, lačnění a obecně strach z nemocničního prostředí. Naopak nejlepšími prožitky dle všech dotazovaných sester jsou: zdravotní klaun, herna, wifi a informace, že jsou propuštěni.

## 10. ZÁVĚR

Bakalářská práce byla rozdělena do dvou hlavních částí – teoretické a praktické tzv. průzkumné. Teoretická část s ohledem na cíle práce obsahovala poznatky týkající se vysvětlení pojmu bolest a její rozdělení. Dále je zaměřena na popis pracovní pozice herního specialisty, dětské sestry a zdravotnického záchranáře, jejich náplň práce, kompetence a jiné. V rámci popisu práce herního specialisty jsou uvedeny a popsány pojmy jako hra a hračka, které jsou nezbytné pro herní terapii. Není opomenut ani dětský pacient. Jde o rozčlenění dle věku dítěte.

Praktická část se zabývá samotným průzkumem. Za použitím průzkumných otázek je snaha dospět ke stanoveným cílům a zjistit tak více informací z praxe k problematice eliminace procedurální bolesti v přednemocniční a nemocniční péči.

Průzkum probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů s odborníky, kteří uváděli své zkušenosti z praxe z oblasti nemocniční a přednemocniční péče. Rozhovory byly vedeny se zdravotnickými záchranáři, dětskými sestrami a herní specialistkou na dětském oddělení a výjezdové základně ZZS.

V průzkumu v rámci přednemocniční péče u mého vzorku respondentů bylo zjištěno, že nejčastěji užívají formu vysvětlování, přátelského rozhovoru a třetí nejčastější odpovědí byla hračka, konkrétně Kryštůfek nebo osobní hračka dítěte a využití herní terapie.

V průzkumu v rámci nemocniční péče u mého vzorku respondentů vzhledem k počtu rozhovorů ohledně herní terapie, kdy byl dotazován pouze jeden člověk – herní specialistka. Není tak možné zjistit reálné výsledky k porovnání. U mého souboru respondentů z oblasti nemocniční péče bylo zjištěno, že dětské sestry využívají k eliminaci procedurální bolesti především vysvětlování a milý přístup k dítěti. Především úzce spolupracují s herní specialistkou.

Za osobu výzkumníka bych ráda doplnila, že jsem byla mile překvapena z přístupem k dětem. U dětské sestry a herní specialistky je tento přístup očekáván, ale mile mě překvapil přístup zdravotnických záchranářů, kteří dětské pacienty neošetřují tak často.

## 11. POUŽITÁ LITERATURA

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.

BALLARD, Ariane, Christelle KHADRA, Samara ADLER, Evelyne DOYON-TROTTIER a Sylvie LE MAY. Efficacy of the Buzzy® device for pain management of children during needle-related procedures: a systematic review protocol. *Systematic Reviews* [online]. 2018, 7(1) [cit. 2020-08-13]. DOI: 10.1186/s13643-018-0738-1. ISSN 2046-4053. Dostupné z: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-018-0738-1>

BROŽKOVÁ, Michaela. *Komunikace zdravotnického záchranáře v přednemocniční neodkladné péči* [online]. Pardubice, 2018 [cit. 2020-05-13]. Bakalářská. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Michal Kopecký.

ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška č. 55 ze dne 14.3.2011: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0717-9.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

HLAVÁČKOVÁ, Eva, Jana URBANOVÁ a Jana ŠKVRŇÁKOVÁ. Herní terapie v českých nemocnicích. *Pediatric pro praxi* [online]. Solen, 2015, 16(3), 198-200 [cit. 2020-05-13]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/03/17.pdf>

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.

KALOUSOVÁ, Jana, Blanka ROUSKOVÁ, Daniela PACHMANNOVÁ a Jitka STÝBLOVÁ. *BOLEST U DĚTÍ: HODNOCENÍ A NĚKTERÉ ZPŮSOBY LÉČBY*. *Pediatr. praxi* [online]. Solen, 2008, 9(1), 7-11 [cit. 2020-07-30]. ISSN 1803-5264.

KELNAROVÁ, Jarmila, Dominika BABÁKOVÁ, Martina CAHOVÁ, et al. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy 2. ročník. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: GRADA Publishing, 2016. Sestra. ISBN 978-80-247-5331-7.

KLÍMA, Jiří. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.

KŘÍŽ, Miroslav. *Akutní stavy u dětí v denní praxi zdravotnických záchranářů* [online]. Pardubice, 2012 [cit. 2020-05-13]. Bakalářská. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Eva Hlaváčková.

MAREŠ, Jiří. *Dítě a bolest*. Praha: Grada Publishing, a.s., 1997. ISBN 80-7169-267-0.

- MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
- PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.
- POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3371-5.
- SAUL R (2017) *Metody snižování procedurální bolesti u dětí a mladých lidí*. Nursing Times [online]; 113: 7, 48-51.
- SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.
- SIKOROVÁ, Lucie a Petra BARTOŠÍKOVÁ. The effect of Buzzy and other distraction methods to reduce pain intensity in paediatric blood sampling. *Pediatric pro praxi* [online]. 2019, 20(4), 265-268 [cit. 2020-08-13]. DOI: 10.36290/ped.2019.054. ISSN 12130494. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/doi/10.36290/ped.2019.054.html>
- SIKOROVÁ, Lucie. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3593-1.
- SIKOROVÁ, Lucie. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3592-4.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- URBANOVÁ, Jana. *Herní terapie v českých nemocnicích* [online]. Pardubice, 2013 [cit. 2020-05-13]. Diplomová. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Eva Hlaváčková.
- VALENTA, Milan. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2137-7.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
- VÖRÖSOVÁ, Gabriela, Andrea SOLGAJOVÁ a Alexandra ARCHALOUSOVÁ. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5538-0.

## **12. PŘÍLOHY**

Příloha A – Otázky pro respondenty

Příloha B – Tabulka s přehledem respondentů

Příloha C – *Obrázková* příloha herních pomůcek

## **Příloha A – Okruhové otázky rozhovorů s respondenty (DS, HS, ZZ)**

- 1. Jak dlouho se věnujete tomuto povolání?*
  - 2. Jaká je/bývá reakce malých pacientů na vaši profesi?*
  - 3. Jakou osobnost by měla mít dětská sestra?*
  - 4. Z vaší zkušenosti, jaké faktory ovlivňují bolest?*
  - 5. Jaké způsoby by mohly vést ke zmírnění bolesti?*
  - 6. Co z praxe nejvíc pomáhá malým pacientům překonat strach?*
  - 7. Jakou volíte přípravu herní terapie u procedurální bolesti?*
  - 8. V čem vidíte největší specifika v komunikaci s malým dítětem při hospitalizaci a vyšetřeních v nemocničním zařízení?*
  - 9. Co je podle Vás nejlepší a nejhorší pro dětského pacienta?*
- 

- 1. Jak dlouho se věnujete tomuto povolání?*
  - 2. Jaká je/bývá reakce malých pacientů na vaši profesi?*
  - 3. Jakou osobnost by měla mít herní specialistka?*
  - 4. Z vaší zkušenosti, jaké faktory ovlivňují bolest?*
  - 5. Jaké způsoby by mohly vést ke zmírnění bolesti?*
  - 6. Popište prosím, jak probíhá příprava dítěte na bolestivý výkon?*
  - 7. V jakém časovém horizontu je příprava prováděna?*
  - 8. Jaké nejdůležitější prvky komunikace je potřeba při herní terapii upřednostnit?*
  - 9. Jaké hry a jakou komunikaci a pomůcky volíte u dětí v závislosti na čase?*
- 

- 1. k dlouho se věnujete tomuto povolání?*
- 2. Jaká je/bývá reakce malých pacientů na vaši profesi?*
- 3. Jakou osobnost by měl mít zdravotnický záchranář?*
- 4. Jaké způsoby by mohly vést ke zmírnění bolesti?*
- 5. Jak často se setkáváte s dětským pacientem?*
- 6. Jaká forma komunikace je nejúčinnější při zásahu u dětského pacienta?*
- 7. Co z praxe nejvíce pomáhá malým pacientům zvládat emoce při bolesti?*
- 8. Je těžší komunikace s dětským pacientem nebo s jeho rodičem při zásahu?*
- 9. Využíváte při zásahu u dětského pacienta nějaké pomůcky (hračky, říkadla)?*

## Příloha B

Tabulka 4 - Přehled respondentů

PRŮZKUMNÉ OTÁZKY	RESPONDENTI	DÉLKA PRAXE	POHLAVÍ	VĚK
Č.1 PNP	ZZ1	7 let	Muž	29
	ZZ2	19 let	Žena	39
	ZZ3	20 let	Žena	42
	ZZ4	15 let	Žena	36
	ZZ5	28 let	Žena	50
Č.2 NP	DS1	5 let	Žena	27
	DS2	4 roky	Žena	26
	DS3	6 let	Žena	28
	HS1	23 let	Žena	45
	HS2	-	-	-



## Příloha C-obrázková příloha herních pomůcek



Obrázek 4 - Buzzy



Obrázek 3 - Kryštůfek záchranář

12

---

<sup>1</sup> <https://buzzyhelps.com/products/buzzy%C2%AE-mini-personal>

<sup>2</sup> <http://modrahvezdazivota.cz/2015/10/31/krystufek-zachranar-se-stal-clenem-posadek-sanitek-i-vrtulniku-olomoucke-zachranky/>