

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Bc. Karolína Nosková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Problematika edukace dětského pacienta před plánovaným operačním výkonem
Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Karolína Nosková**
Osobní číslo: **Z20350**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče**
Téma práce: **Problematika edukace dětského pacienta před plánovaným operačním výkonem.**
Téma práce anglicky: **Education of pediatric patient before planned surgery**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

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: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
KUBEROVÁ, Helena, 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-684-1.
MANDYSOVÁ, Petra, 2016. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-971-5.
PLEVOVÁ, Ilona a SLOWIK, Regina, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.
SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Jana Wichsová, Ph.D.**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání diplomové práce: **24. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Problematika edukace dětského pacienta před plánovaným operačním výkonem 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 Praze dne 15. 4. 2024

Bc. Karolína Nosková v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Janě Wichsové, Ph.D. za trpělivost a cenné rady při vedení mé diplomové práce. Stejně tak bych chtěla poděkovat všem svým kolegyním a kolegům na mém pracovišti, kteří mě neustále obohacují svými zkušenostmi. Na závěr bych chtěla poděkovat své rodině, která mě po celou dobu studia podporovala a bez jejichž podpory bych nemohla tuto práci dokončit.

ANOTACE

Diplomová práce zkoumá problematiku edukace dětského pacienta před plánovaným operačním výkonem. Pro výzkum byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu, konkrétně polostandardizovaný rozhovor. Hlavním cílem práce je zjistit přístup perioperačních sester, s nimiž byl veden rozhovor, k uvedené edukaci. Dílčími cíli jsou pak zjištění, jaké metody respondentky v minulosti pro edukaci dětských pacientů používaly, jaké jsou podle respondentek překážky pro edukaci a co v minulosti vedlo k ukončení edukace dětských pacientů perioperačními sestrami na jejich pracovišti. Posledním dílčím cílem je pak zpracování edukační brožury, která by měla usnadnit opětovné zavedení předoperační edukace, a která je součástí přílohy této práce.

KLÍČOVÁ SLOVA

dětská perioperační péče, edukace ve zdravotnictví, ošetrovatelská péče,

TITLE

Education of Pediatric Patient before Planned Surgery

ANNOTATION

The diploma thesis examines the issue of pediatric patient education before a planned surgical procedure. A qualitative research method was chosen for the research, namely a semi-standardized interview. The main objective of the thesis is to find out the approach of the perioperative nurses, who were interviewed, to the aforementioned education. The sub-objectives are to find out what methods the respondents used in the past for the education of pediatric patients, what the barriers to education are according to the respondents, and what in the past led to the termination of the education of pediatric patients by perioperative nurses at their workplace. The last sub-goal is the preparation of an educational brochure, which should facilitate the re-introduction of pre-operative education, and which is part of the appendix to this thesis.

KEYWORDS

healthcare education, nursing care, perioperative care for pediatric patients

OBSAH

OBSAH.....	8
SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK.....	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
1 EDUKACE	15
1.1 Edukační proces.....	15
1.2 Fáze edukačního procesu.....	16
1.3 Edukační cíle.....	16
1.4 Edukační metody	16
1.5 Osobnost edukátora.....	19
2 KOMUNIKACE	20
2.1 Verbální komunikace.....	20
2.1.1 Složky verbálního projevu.....	21
2.1.2 Neverbální komunikace	21
2.2 Komunikace s dětským pacientem	21
2.2.1 Komunikace s nemocným dítětem.....	21
2.2.2 Vývojová stádia	22
2.3 Hospitalizace dítěte.....	23
2.3.1 Příprava dítěte.....	24
2.3.2 Komunikace s rodiči	24
3 PERIOPERAČNÍ PÉČE	26
3.1 Etapy perioperační péče.....	26
3.1.1 Předoperační péče z pohledu perioperační péče.....	26
3.1.2 Intraoperační péče.....	27

3.1.3	Pooperační péče	28
3.2	Plánovaný operační výkon.....	28
3.3	Edukace jako součást perioperační péče.....	30
3.4	Redukce předoperační úzkosti	31
3.5	Perioperační sestra jako edukátor	33
4	VÝZKUMNÁ ČÁST	35
4.1	Cíle diplomové práce	35
4.2	Metodika výzkumné části	35
4.2.1	Kvalitativní výzkum	36
4.3	Charakteristika výzkumného vzorku	38
5	ANALÝZA VÝSLEDKŮ.....	40
5.1	Kategorie – Význam edukace	41
5.1.1	Podkategorie – Edukace a její smysl	41
5.1.2	Podkategorie – Může edukace změnit pohled na hospitalizaci	42
5.1.3	Podkategorie – Dětský pacient a informace	43
5.1.4	Podkategorie – Zmírnění úzkosti a strachu.....	44
5.1.5	Podkategorie – Projevy nedostatečné edukace	45
5.2	Kategorie –Perioperační sestra a její role v edukaci.....	46
5.2.1	Podkategorie – Zapojení perioperačních sester do edukace obecně.....	46
5.2.2	Podkategorie – Zájem respondentek o zapojení do edukace	47
5.2.3	Podkategorie – Oddělení, kde edukace probíhá.....	49
5.3	Kategorie – Překážky v edukaci	49
5.3.1	Podkategorie – Čas na edukaci	49
5.3.2	Podkategorie – Kompetence	50
5.3.3	Podkategorie – vzdělávání v oblasti edukace	51
5.4	Kategorie – Forma edukace	52

5.4.1	Podkategorie – Nejvhodnější forma edukace u dětských pacientů.....	52
5.4.2	Podkategorie – Edukační materiál	53
5.4.3	Podkategorie – Zapojení rodičů.....	55
6	DISKUZE	57
7	ZÁVĚR	61
8	POUŽITÁ LITERATURA	63
9	PŘÍLOHY	67

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Tabulka č. 1: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek	38
Tabulka č. 2: Zkušenosti s edukací pacienta na oddělení dětské chirurgie z pozice perioperační sestry	39
Tabulka č. 3: Rozdělení do kategorií a podkategorií na základě kódování rozhovorů.....	40
Obrázek č. 1: Diagram postupu výzkumu	38

SEZNAM ZKRATEK

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
EKG	elektrokardiografie
JIP	jednotka intenzivní péče
PLDD	praktický lékař pro děti a dorost
RTG	rentgen
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
VF	vitální funkce
VVV	vrozené vývojové vady
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

Dětský pacient má svoje specifické potřeby, které se liší od pacienta dospělého. Mezi takové potřeby patří konkrétně potřeba informací a orientace, což bychom mohli zařadit mezi potřeby jistoty a bezpečí. Hospitalizace v nemocnici může být pro dítě, ale i pro celou rodinu velmi náročná. Jedná se o změnu celkové rutiny dítěte. Dítě znenadání nemůže docházet do školy, odchází od rodiny a kamarádů a jeho pravidelný režim se náhle mění. Může také pociťovat nedostatek fyzické aktivity. Pro prevenci vzniku separace je pak ideální, aby bylo dítě přijato s jedním z rodičů. Pokud z nějakého důvodu rodič není s dítětem hospitalizován, je důležité, aby znal alternativy, jako je například celodenní pobyt s dítětem nebo návštěvy. V zabránění uvedených negativních psychologických jevů u dětského pacienta hraje důležitou roli edukace. Už samotná forma přijetí na lůžko je určitou formou edukace. Dítě i rodiče jsou při přijetí seznámeni s prostředím a fungováním nemocničního oddělení. Při přijetí dítěte konkrétně k chirurgickému zákroku je pak důležité, aby dítě mělo veškeré informace. Měly by mu být vhodnou formou sděleny informace ohledně předoperační přípravy, anestezie, případně by mělo být dítě upozorněno na to, že po výkonu se může objevit bolest. Součástí přípravy na hospitalizaci by měla být i otevřená komunikace s rodiči. Dětský pacient by měl vždy dostat jeho věku srozumitelné, a hlavně pravdivé informace (Sikorová, 2011, s. 102-108).

Edukace má mnoho definic, ale nejčastěji se můžeme v literatuře setkat s pojmem výchova nebo vzdělávání, tyto dva pojmy spolu úzce souvisí a prolínají se. Edukace je významnou, ale často velmi opomíjenou kompetencí všeobecné sestry. Pohled na edukaci se v České republice ve větší míře změnil až v 80. letech minulého století, kdy společně s politickými změnami přišla i změna pohledu na ošetřovatelství jako celku, kdy hlavní motivací jsou zejména potřeby pacientů (Mandysová, 2016, s. 7-8).

V problematice edukace pacientů můžeme nalézt velké množství překážek. Ze strany personálu je to velmi často zmiňovaný nedostatek času a personálu. Samotná edukace totiž může být pro vedoucí pracovníky činnost s nižší prioritou. I z pohledu pacienta může mít edukace mnoho překážek. Pacienti udávají, že velkou překážkou je i z jejich pohledu nedostatek času. Před operačními zákroky můžou cítit strach a úzkost. Prostředí nemocnice a nemocničního pokoje také může hrát svou roli (Mandysová, 2016, s. 16-17).

Právě problematikou edukace dětského pacienta před plánovaným operačním výkonem se zabývá tato diplomová práce. Je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části

diplomové práce jsou shrnuty informace týkající se edukace, komunikace s dětským pacientem, perioperační péče a také tématem edukace jako součástí perioperační péče. Ve výzkumné části jsou pak pomocní kvalitativní metody zpracovány data, týkající se edukace dětského pacienta, konkrétně jsou zde vyhodnocovány rozhovory s perioperačními sestrami sálů dětské chirurgie. Dále jsou výsledky porovnány s jinými pracemi a články na příslušné téma. V příloze se pak nachází dílčí výstup diplomové práce, kterým je edukační brožura, která by mohla sloužit jako informační brožura pro dětské pacienty před plánovaným operačním výkonem a jako taková by mohla být katalyzátorem pro zahájení edukace těchto pacientů ze strany perioperačních sester na jejich pracovišti.

1 EDUKACE

Kapitola věnující se edukaci je v diplomové práci zahrnuta z důvodu pochopení základních pojmů z oblasti edukace a didaktiky v ošetrovatelství. Edukace je jednou z důležitých kompetencí všeobecné sestry, perioperační sestru nevyjímaje.

Slovem edukace můžeme souhrnně pojmenovat výchovu a vzdělávání. Edukace je proces, který probíhá celý život, a to za působení výchovných institucí i v neformálním prostředí. Samotný termín edukace vychází z anglického slova *education* (Mandysová, 2016, s. 7). Původně je tento pojem odvozen z latiny, konkrétně ze slova *educō, educare*, v překladu vést vpřed nebo vychovávat. Edukaci můžeme vnímat jako proces, kterým můžeme ovlivnit jednání a chování jedince. Edukace má za cíl pozitivně změnit postoje, dovednosti, návyky a vědomosti edukované osoby (Juřeníková, 2010, s. 9). Již z výše uvedeného je patrné, že vhodná předoperační edukace může pozitivně ovlivnit také dětského pacienta.

1.1 Edukační proces

Při edukačním procesu dochází u edukovaných osob k učení. Edukovat lze buď záměrně, v tomto případě používáme v odborné diskusi termín intencionálně nebo nezáměrně, v tomto případě pak hovoříme o termínu incidentálně. Samotný edukační proces přitom probíhá celý život. V edukačním procesu podle literatury existují čtyři klíčové faktory:

- **Edukant** – ve zdravotnickém zařízení může být edukantem pacient, na kterém probíhá proces edukace. Dále mezi edukanty může patřit zaměstnanec zdravotnického zařízení, který se vzdělává v rámci nějaké dané problematiky a zlepšuje si své dovednosti a znalosti. Ke každému edukantovi musíme přistupovat individuálně. Edukanti se mohou lišit věkem, vzděláním, schopností se učit, ale pro správné zvolení formy edukace je potřeba zahrnout jeho zdravotní stav, sociálně-kulturní podmínky či víru a etnickou příslušnost.
- **Edukátor** – v nemocnici je edukátorem nejčastěji zdravotnický personál, který má ke konkrétní edukaci kompetenci.
- **Edukační konstrukty** – materiály, ze kterých by měla edukace vycházet. Z edukačního konstruktů pak vychází samotná úroveň a kvalita edukačního procesu.
- **Edukační prostředí** – prostředí, ve kterém edukace probíhá. Má mnoho parametrů, ergonomické, sociální, fyzikální. Ve zdravotnickém zařízení může edukace probíhat

například v ambulanci, kde je pacient edukován všeobecnou sestrou (Juřeníková, 2010, s. 10).

V nemocnici hraje roli mnoho faktorů. Záleží, o jaký typ zdravotnického zařízení se jedná, jaká atmosféra panuje na pracovišti, na jaké ošetrovací jednotce edukace probíhá, jaké vybavení konkrétní pracoviště má a kolik času mají zaměstnanci na edukanta (Krátká 2016, s. 34). Tyto faktory a jejich vliv bude diplomová práce dále zkoumat v praktické části.

1.2 Fáze edukačního procesu

Edukační proces je souběžný s ošetrovatelským procesem. První fází edukačního procesu je posuzování. Edukátor zjišťuje, jaké vzdělávací potřeby a jaký styl učení edukant potřebuje (Mandysová, 2016, s. 16). Dle Kuberové (2010) je pro úspěšnou edukaci důležitý sběr informací o pacientovi. Informace o něm můžeme získat pomocí rozhovoru, dotazníku nebo z dokumentace (Kuberová, 2010, s. 25). Další fází je plánování, edukátor si vytvoří plán edukace, tento plán odpovídá potřebám edukanta. Třetí fází je implementace, tedy samotná edukace, při které jsou použity všechny konkrétní metody a nástroje, které jsme si pro edukaci zvolili. Poslední fází je hodnocení, edukátor vyhodnocuje změny ve znalostech edukanta (Mandysová, 2016, s. 16).

1.3 Edukační cíle

Pokud se sestra rozhodne pro edukaci, musí si předem stanovit, jaké změny v postojích, vědomostech či dovednostech od pacienta očekává. Pokud si edukátor stanoví správný edukační cíl, může si edukaci pacienta dobře naplánovat. O edukačním cíli lze také hovořit jako o předpokládaném výsledku. Tyto výsledky jsou pak pozitivní kvalitativní a kvantitativní změny v postojích, vědomostech a dovednostech edukovaného klienta. Pokud na závěr edukace porovnáme edukační cíl a samotné výsledky edukace, rozdíl by měl být nepatrný. Edukační cíle můžeme rozdělit na cíle krátkodobé a dlouhodobé (Juřeníková, 2010, s. 27).

1.4 Edukační metody

Než zvolíme vhodnou edukační metodu, musíme se zaměřit na osobnost pacienta, kterého budeme edukovat. Edukační metoda musí odpovídat vědomostem a dovednostem pacienta. Edukátor musí také přihlídnout k psychickému a fyzickému stavu pacienta a podle toho zvolit vhodnou edukační metodu. Důležité je také prostředí, ve kterém bude edukace probíhat. Pokud

se podaří vybrat vhodnou metodu, měla by zaujmout edukátora i edukanta. Nejvíce používané metody v edukaci, které se ve zdravotnictví používají:

- **Přednáška** – Je to metoda, kterou můžeme použít za účelem předání ucelených informací. Přednášku můžeme rozdělit na tři části. První část je úvod, kdy se snažíme pacienta, kterého edukujeme, seznámit s problematikou. Po úvodní části prezentujeme samotný výklad, kdy do přednášky zahrnujeme pouze podložená fakta, která se snažíme dát do kontextu tak, aby jim edukant rozuměl. Během výkladu můžeme uvést i příklady z praxe. Závěr tvoří třetí a zároveň poslední část přednášky, měli bychom zopakovat nejdůležitější informace, které by si měl edukant odnést a pamatovat. Přednášející může vytvořit prezentaci, která oběma stranám usnadní orientaci v dané problematice. Přednáška je vhodná pro edukátory, kteří chtějí edukovat větší množství lidí najednou, velkým negativem je pak případná pasivita edukantů a malá zpětná vazba. Pokud se chce edukátor dozvědět, že jeho přednes edukanti chápou, může klást otázky a na úplný závěr přednášky dát prostor pro diskusi (Juřeníková, 2010, s. 38-39). Dle Kuberové (2010) není přednáška vhodnou metodou, tedy pokud se jedná o edukaci v ošetrovatelství a měla by se používat jen výjimečně. Jedná se o monologickou didaktickou metodu v ošetrovatelství, kdy mluví převážně edukátor – přednášející (Kuberová, 2010, s. 164-165).
- **Rozhovor** – Tato metoda se používá ve zdravotnických zařízeních pravidelně. Jednou z vlastností všeobecné sestry, by měly být dobré komunikační schopnosti, sestra by měla tuto metodu zvládat. Rozhovor používáme nejčastěji v situacích, kdy chceme získat o pacientovi informace nebo se chceme dozvědět jaké znalosti o dané problematice pacient má. Během rozhovoru klademe otázky. Pokud nám na ně edukant odpoví správně, je důležité ho pochválit. Pokud je odpověď nesprávná, musí se edukátor snažit, aby na správnou odpověď přišel edukovaný pacient sám. Znalost komunikace je klíčem k úspěchu zvládnutí rozhovoru (Juřeníková, 2010, s. 42-43).

Rozhovor patří k dialogickým didaktickým metodám. Edukátor se snaží klást nenáročné otázky, tyto otázky jsou zaměřené na zapamatování a porozumění probírané problematice (Kuberová, 2010, s. 165-166).

- **Konzultace** – Hojně využívanou formou edukace ve zdravotnických zařízeních je konzultace s odborníkem. Během konzultace se pacient setkává přímo s odborníkem na daný problém a společně konzultují stav, vědomosti a dovednosti edukanta. Dále může

konzultaci doplnit například instruktáž nebo vysvětlování. Juřeníková (2010) uvádí jako příklad konzultaci mezi stomickou sestrou a pacientem se stomií. Pacient může sestře předat informace ohledně případných problémů se stomií a sestra si může ověřit pacientovy znalosti a popřípadě provést další edukaci (Juřeníková, 2010, s. 44).

- **Pohádka** – dle Kuberové (2010) lze u dětí použít jako alternativní didaktickou metodu pohádku. Příběh dítěti pomáhá zvládnout těžkou situaci, dává mu naději, že vše dobře dopadne, může mu také pomoci překonat život ohrožující situace a nemoci. Dítě si může z pohádky odnést mnohé ponaučení, zlepšit si komunikační dovednosti, získat lepší emoční inteligenci. Pro dětského pacienta může být důležitá i symbolika vítězství dobra nad zlem, toto vítězství mu dodává naději, že i jeho situace bude mít dobrý konec (Kuberová, 2010, s. 175).

Edukátor může svým přístupem edukaci zlepšit a oživit. V literatuře se můžeme setkat s těmito doporučeními:

- Umění komunikace. Pokud se zdravotnický pracovník chystá edukovat, je zapotřebí, aby předávání informací bylo pro edukanta srozumitelné. V tomto případě je důležité, aby se edukátor vyvaroval cizím pojmům, hovořil pomalu, plynule a využíval veškeré pozitivní prvky verbální i nonverbální komunikace.
- Edukace by měla být předem připravená, měla by mít osnovu a jasně stanovený edukační cíl.
- Použití učebních pomůcek či případná demonstrace. Všechny učební pomůcky by měly být předem zkontrolované a funkční.
- Dávat prostor dotazům ze strany edukantů. Pro zlepšení edukace do budoucna je důležitá i zpětná vazba, kterou nám edukanti můžou poskytnout.
- Zapojení edukantů do edukace pomocí otázek. Pokud se edukanti aktivně zapojí do přednášky, zapojí své vědomosti, mohou si z přednášky odnést více informací. Celá edukace nebude jen o pasivním přijímání informací.
- Edukátor může zahrnout do své přednášky vtip nebo vlastní zkušenost či příběh.
- Je důležité nepodceňovat nonverbální komunikaci, oční kontakt, gesta a celkový pohyb edukátora hraje hlavně během přednášky nebo rozhovoru velkou roli (Dušová et al., 2019).

1.5 Osobnost edukátora

V nemocnicích a zdravotnických zařízeních je dnes edukace pacientů běžnou součástí ošetrovatelského procesu. Od ošetrovatelského personálu se očekává, že se tomuto trendu přizpůsobí a budou v roli edukátora profesionální. Pro úspěšnou edukaci musí mít personál určité předpoklady. V první řadě je důležité, jaký charakter edukátor má, během edukace je potřeba, aby byl trpělivý a tolerantní. Dále musí mít edukátor odborné znalosti, musí se umět v problematice, kterou se chystá pacientovi vysvětlovat, orientovat. Mezi dovednosti sestry by měla patřit komunikace a alespoň základní znalost edukačních metod. Pro zkvalitnění edukace by měl být edukátor schopný sebereflexe, ta mu může do budoucna pomoci zlepšit edukaci a nedopustit se znovu stejných chyb (Juřeníková, 2010, s. 69).

Dle Zacharové, Šimčíkové-Čížkové (2011) se od zdravotníka očekává, že bude ve vystupování klidný, neměl by se před pacienty chovat povýšeně. Pro sestru je také důležitá trpělivost a schopnost kontrolovat svoje emoce a osobní potřeby (Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2011. s. 157).

2 KOMUNIKACE

Komunikace je jedna ze základních dovedností, kterými by měla všeobecná sestra disponovat. Sestra komunikuje nejen s pacienty, ale také se svými kolegy a kolegyněmi. Pokud je sestra schopná správně komunikovat, může snáze navazovat a rozvíjet kontakt s pacientem a ostatními rodinnými příslušníky. Komunikace je dovednost, která se dá rozvíjet a trénovat během celého života, přesto stále panují názory, že komunikace patří spíše mezi nadání, a tudíž ne každý je komunikace schopen. Pokud sestra chce, může se v komunikaci zdokonalovat. Dobrá komunikace s pacientem může napomoci zlepšení komunikačních schopností pacienta, který během hospitalizace může trpět odloučením od blízkých, izolací nebo neschopností se pracovní realizovat (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 11). Komunikaci rozdělujeme na verbální a neverbální, tyto dvě formy se můžou vzájemně doplňovat a každá má v komunikaci svoje místo (Zacharová, 2016, s. 30).

Ve zdravotnickém zařízení je důležité, aby byly pacientovi sděleny všechny základní informace, aby pacient mohl informace od zdravotníků získat. Proto je důležité si uvědomit, co chceme pacientovi sdělovat a kdy, na jakém místě a jak chceme informace podat (Janáčková, Weiss, 2008, s. 11).

2.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace nemusí být pouze ústní, mezi verbální komunikaci řadíme také psané texty, zprostředkovanou komunikaci a může probíhat živě nebo reprodukovat (Zacharová, 2016, s. 29). Verbální komunikace ve zdravotnictví má celou řadu specifíků, hlavním cílem je pak zajištění všech biopsychosociálních potřeb pacienta. Pro pacienta je důležité, aby zdravotníkovi důvěřoval, což může být ve zdravotnickém zařízení problematické, proto je důležité, držet se několika základních požadavků. Mezi tyto požadavky primárně patří individuální přístup, zdravotník se přizpůsobí konkrétním potřebám daného pacienta. Dalším požadavkem je úcta k pacientovi, pacient musí z našeho projevu cítit, že si ho vážíme a respektujeme ho. Podle Zacharové (2016) je dále pro kvalitní komunikaci důležitý pozitivní vztah k pacientovi a empatie (Zacharová, 2016, s. 31).

Naším cílem ve správné verbální komunikaci je, aby nás pacient co nejlépe pochopil. Musíme si ujasnit naší motivaci, použít vhodná slova a věty. Pacient samozřejmě slyší, co mu říkáme, nicméně význam slov si může vyložit jinak. Proto je důležité si ověřit, zda pacient pochopil význam našeho sdělení a zda s ním souhlasí (Janáčková, Weiss, 2008, s. 16).

2.1.1 Složky verbálního projevu

Podle Venglářové a Mahrové (2006), bude naše verbální komunikace úspěšná, pokud se zaměříme na prvky jako jsou rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu nebo například délka projevu, či intonace (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 21). Je důležité se také zaměřit na embolická slova, které jsou jinak také označovány jako slovní parazité. Takové embolické slovo, tedy slovo, které se v komunikaci objevuje často, může působit rušivě a kazit dojem celého verbálního projevu (Pléková, Slowik, 2010, s. 18).

2.1.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikaci můžeme jinými slovy chápat jako řeč našeho těla. Neverbální komunikace je úzce spojena s komunikací verbální, doplňuje ji a má důležitou funkci v našem celkovém projevu. Můžeme jí vnímat daleko upřímněji než verbální komunikaci, protože z naší neverbální komunikace lze pozorovat emoce, postoje a nálady (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 39).

Při neverbální komunikaci také zapojujeme obličej, výrazy, doteky, gesta a velkou roli hraje i náš celkový vzhled. Při neverbální komunikaci nepoužíváme slova, ale mimoslovně můžeme projevovat emoce, pacientovi naznačujeme, že o něj máme zájem, neverbální komunikací můžeme ovlivnit chování partnera se kterým komunikujeme (Janáčková, Weiss, 2008, s. 17-19).

2.2 Komunikace s dětským pacientem

Komunikace s dítětem má svá specifika. Zdravotníci potřebují, aby dětský pacient spolupracoval, proto je velmi důležité, aby komunikace mezi personálem a dítětem byla efektivní. Pro úspěšnou komunikaci s dítětem je potřeba, aby byla sestra vzdělaná pro komunikaci v každém vývojovém období, tedy od narození až po adolescenci (Pléková, Slowik, 2010, s. 63). Kromě zákonných zástupců, je sestra během hospitalizace nejbližším kontaktem dítěte. Sestra není pro dítě pouze ošetřující personál, v době hospitalizace mu může být dobrým přítelem a jeho náhradním partnerem pro hru. Pro děti je velmi důležitá neverbální komunikace (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 79).

2.2.1 Komunikace s nemocným dítětem

Pokud ošetřujeme nemocné dítě, je potřeba navázat s dítětem kontakt, to se nemusí vždy povést, proto je na místě trpělivost. Dítě by mělo být do konverzace zapojené, aby nemělo pocit, že se

jedná o něj, ale bez něj. Dítě musí vědět, že je spoluaktérem, že může také rozhodovat, co se s ním bude dít. Menší děti s sebou mohou mít svojí oblíbenou hračku, přes ní lze s dítětem navázat kontakt. Pokud nám dítě svoji hračku zapůjčí, lze na hračce předvést ošetření, které dítě čeká, dětský pacient pak bude mít lepší představu o tom, co ho při vyšetření čeká (Pléková, Slowik, 2010, s 75).

2.2.2 Vývojová stádia

Pro správně nastavenou edukaci dětského pacienta je nutné, aby se edukátor orientoval v problematice vývojových stadií. Díky těmto znalostem může pak s dítětem snáze komunikovat a přizpůsobit edukaci jeho věku a jeho vývojovému stadiu.

Dle výzkumu švýcarského filozofa Jeana Piageta existují čtyři základní vývojová stadia kognitivního vývoje:

- **Senzomotorické stadium** – Toto období trvá od narození do dvou let věku dítěte. Dítě zkoumá vztah mezi činem a následkem. Začíná si uvědomovat vlastní existenci jako objekt oddělený od okolního světa. Dítě zjišťuje, že objekty nejsou pomíjivé, ale stálé. Začíná se rozvíjet komunikace, nejdříve začíná s komunikací neverbální, verbální se přidává později.
- **Předoperační stadium** – Jedná se období od druhého roku života do sedmi let. Na začátku tohoto období se dítě učí jazyk. Dítě přemýšlí egocentricky, není moc schopno si uvědomovat názory druhých. Pro vývoj řeči je velmi důležité období od 1,5 do 2 let, slova má spojena s určitými věcmi nebo skupinou věcí. Tříleté a čtyřleté děti už umí používat symbolické výrazy, neumí si však slova a představy logicky zorganizovat. Předoperační období je pojmenováno podle schopnosti chápat takzvané operace. Děti, které spadají do tohoto vývojového stadia zatím nejsou schopny operace chápat. Operací se v tomto kontextu rozumí pochopení toho, že vše, co uděláme má svůj logický protiklad. V tomto období také dítě začíná chápat morální pravidla a společenské konvence.
- **Stadium konkrétních operací** – Toto období trvá od sedmi do dvanácti let. Dítě v tomto stadiu je plně schopné logických operací. Stadium se týká konkrétních operací, dítě je tedy schopno abstraktních pojmů, ale pouze u objektů, které jsou pro něj konkrétní a může je vnímat smysly. V tomto věku je pro dítě důležité, aby samostatně vytvářelo určitá pravidla, dále pak uzavírání dohod a také jejich dodržování

(Venglářová, Mahrová, 2006. s. 62-63). Dle Piageta, Inheldera (2014) už jsou děti schopny vytvářet konkrétní operace, ty se ale vztahují pouze na předměty, dítě není schopno slovně vyjádřit hypotézu (Piaget, Inhelder, 2014, s. 80).

- **Stadium formálních operací** – Poslední stadium, týká se dětí od dvanáctého roku. Dle výzkumu Piageta v tomto období dosahují děti stejného způsobu myšlení, jako mají dospělí jedinci. Děti v tomto stadiu už jsou schopné přemýšlet logicky, vytvářet a testovat hypotézy. Přemýšlí do budoucnosti, o abstraktních situacích, jsou schopné si vytvořit vlastní pravidla, a to i u situací, se kterými se setkávají poprvé. Řeší i problémy, které se netýkají přímo jich osobně (Venglářová, Mahrová, 2006. s. 62-63).

2.3 Hospitalizace dítěte

Děti velmi brzy zapomínají na negativní zkušenosti spojené s hospitalizací v nemocnici, pokud je ale pobyt v nemocnici spojen se složitějším chirurgickým zákrokem a anestezií, můžeme si u dítěte všimnout změn v jeho chování. Tyto změny v chování si můžeme vysvětlit právě jako následek těchto složitějších zákroků. U dětí se pak často objevují noční děsy, úzkost, zvýšená závislost na matce, dítě může být více negativistické, můžou se objevit afektivní výbuchy, u menších dětí pak může dokonce docházet i k regresi chování – dítě se vrátí do nižšího vývojového stadia (Matějček, 2001, s. 97).

V posledních letech se standardně přijímají dětské pacienty společně s jedním z rodičů. Hospitalizace s rodičem má na dítě pozitivní vliv, dítě se snáze uklidní, celková léčba může probíhat lépe a rychleji. Je také důležité dbát na prevenci dětského hospitalismu, personál na dětských odděleních by měl být dostatečně odborně způsobilý, aby zvládal náročné situace, které mohou u hospitalizovaného dítěte i rodiče nastat. Personál by měl při péči o dětského pacienta respektovat a vycházet z *Charty práv hospitalizovaných dětí*, a pokud to situace umožňuje, dítě by mělo být přijímáno společně s rodičem. Čekání na samotný operační výkon by pak mělo být co nejkratší. Personál by měl respektovat, že chování dítěte může být během hospitalizace nestandardní, neměl by toto chování nijak vyčítat rodičům. Děti mají právo být informovány, je ale důležité, aby předání těchto informací odpovídalo věku dítěte. Stejně informovaní by měli být i rodiče dítěte. Hospitalizované dítě by také mělo být v pravidelném kontaktu s ostatními členy jeho rodiny. Je důležité u dítěte nepodceňovat strach a případnou úzkost a také se pokusit co nejvíce omezit bolestivé zákroky. Personál by se měl také snažit o prevenci hospitalismu (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 175).

2.3.1 Příprava dítěte

Při plánovaných operačních výkonech ví rodič i dítě o hospitalizaci dopředu. Je potřeba dítě na zákrok i hospitalizaci předem připravit. Pokud je operační výkon plánovaný, dochází k prvním přípravám na hospitalizaci už při vyšetření v ambulanci. Už v ambulanci je potřeba k dítěti a rodičům přistupovat optimisticky, vysvětlit jim, proč je výkon potřeba a uklidnit je. Dle Matějčka je důležité, aby rodiče neměnili výchovné vedení a denní program dítěte, dítě by pak mohlo snáze vycítit, že se děje něco neobvyklého a vážného. Naopak zdravotnický personál je oproti rodičům ve vyrovnanější situaci. Informovaný zdravotnický personál může v dítěti vyvolat pocit jistoty a předcházet nepříjemným situacím, které mohou dítě během hospitalizace potkat (Matějček, 2001, s. 98).

Před provedením zákroku je důležité, aby dítě bylo po celou dobu přípravy s někým, koho dobře zná, nejčastěji s jedním z rodičů. U menších dětí je výhodou, když před samotným výkonem sedí u rodiče na klíně nebo ho rodič aspoň drží za ruku. Personál by měl působit klidným a vyrovnaným dojmem, dítě pak lépe pochopí, že nemusí mít strach. Je také důležité, aby se personál vlídně choval i k samotným rodičům, pokud bude personál k doprovodu odtažený, důvěru začne ztrácet i dítě. Dále je důležité s dítětem i rodičem neustále komunikovat, ticho může vyvolat napětí. Dítěti bychom neměli provádět žádný zákrok nečekaně, neustále se s ním snažíme komunikovat. U mladších dětí je snazší odvést její pozornost od zákroku jinam, u starších dětí je potřeba, abychom s nimi neustále hovořili, ptáme se ho na pocity a na to, co právě prožívá. Při špatné komunikaci spojené s negativními zkušenostmi pak u dítěte vzniká nedůvěra, dítě si může do budoucna vypěstovat nepřátelský postoj vůči zdravotnickému personálu (Matějček, 2001).

2.3.2 Komunikace s rodiči

Pokud dojde k hospitalizaci dítěte, může to zasáhnout všechny členy jeho rodiny. Od sestry se očekává, že bude empatická a pochopí všechny změny v chování rodinných příslušníků. Pokud toto bude sestra respektovat, bude jí rodina více důvěřovat. Členové zdravotnického personálu by si měli být vědomi, že zákonní zástupci dítěte, někdy i dítě samo, znají svá práva a chtějí vědět, co se s nimi bude dít a jaké budou vyšetřující a ošetrovatelské postupy. Každý pacient by měl být informován o všem, co se mu bude během hospitalizace dít, informovanost je jedna ze základních potřeb každého pacienta, pokud dostane pacient informace bude lépe spolupracovat a na řadu situací, které jsou spojené s hospitalizací, se budou moci lépe připravit. Zdravotník by si měl také během komunikace s rodinou a pacientem uvědomit, že jedná s laiky,

proto by se měl vyvarovat používání cizích slov nebo se je pokusit vysvětlit. Pokud hovoříme s rodiči dítěte, je potřeba dbát na to, že rodiče budou opakovaně mluvit o onemocnění jejich dítěte, a je tady potřeba, aby znali a uměli správně pojmenovat diagnózu. Také v tomto případě může pomoci informační letáček, nesmí to být ale primární zdroj informací (Pléková, Slowik, 2010, s. 58-59).

Rothová (2014) ve svém článku uvádí, že nesmíme zapomínat na to, že rodiče jsou zákonnými zástupci dětského pacienta. Pokud je dítě ve věku, kdy ještě není způsobilé za sebe dělat rozhodnutí, mohou tak učinit rodiče. Rodiče, jako zákonní zástupci mají také právo znát veškeré informace o zdravotním stavu jejich potomka. Přítomnost rodičů v nemocnici může pozitivně ovlivnit průběh celé hospitalizace. Zdravotnický personál není schopen za tak krátký čas dítě poznat, rodič zná svoje dítě nejlépe, a to může opět napomoci lepšímu průběhu celé hospitalizace. Přítomnost rodičů můžeme brát jako prevenci nadměrného strachu a úzkosti, stejně tak rodič má neustálý přehled o tom, jak hospitalizace probíhá. Někteří rodiče reagují na hospitalizaci jejich dítěte s poměrným klidem, jiné rodiče může provázet strach a úzkost. Je potřeba, aby toto zdravotnický personál respektoval a snažil se o to, aby poskytovaná péče byla co nejvíce humanizovaná. Rodiče potřebují, stejně jako děti, pochvalu a pochopení (Rothová, 2014).

3 PERIOPERAČNÍ PÉČE

Vzhledem k tématu diplomové práce bude tato kapitola zaměřena převážně na předoperační péči, jejíž součástí je také edukační proces, který mimo jiné patří mezi kompetence všeobecné sestry. Dále zde budou popsány jednotlivé typy operačních výkonů.

3.1 Etapy perioperační péče

Perioperační ošetrovatelská péče se dělí na péči předoperační, intraoperační a pooperační. Perioperační ošetrovatelskou péči poskytují v prostorech operačních sálů perioperační a anesteziologické sestry (Wichsová, Příkryl, Pokorná, Bittnerová, 2013, s. 133).

3.1.1 Předoperační péče z pohledu perioperační péče

Během tohoto období dochází většinou k prvnímu kontaktu mezi pacientem a perioperační sestrou. Pacient je přivezen na operační sál, pacienta standardně přiváží sanitář a doprovází ho sestra z lůžkového oddělení nebo lékař. Následně se na překladovém filtru svléká a dostává pokrývku vlasů. Poté se přesouvá buď na pojízdný vozík nebo přímo na operační stůl. Po celou dobu je přikrytý prostěradlem, které dostává na překladovém filtru. Na sál přijíždí pacient vymočený, má sundané všechny šperky. Nehty by měly být bez laku či gelu. Pokud má pacient snímatelnou zubní protézu, na sál přijíždí bez ní. Na oddělení by měla proběhnout koupel za pomoci betadinového či chlorhexidinového mýdla a měla by být vyčištěná pupeční jizva. Pacient musí být označen identifikačním náramkem a na sál přijíždí s dokumentací. Po celou dobu s pacientem komunikujeme a informujeme ho o všech zákrocích, které budeme provádět. Pokud víme, že bude operatér při výkonu používat monopolární elektrokoagulaci, přikládáme neutrální elektrodu. Dále pokračujeme polohováním pacienta, přičemž vždy musíme respektovat fyziologickou polohu a je třeba brát zřetel na jeho aktuální stav. Polohujeme ho podle výkonu a přání operatéra. Součástí předoperační péče na operačním sále může být i zavedení permanentního močového katetru. Následuje antisepse operačního pole a rouškování. Antisepsi provádíme za pomoci sterilního tamponu a tamponových kleští krouživými pohyby od místa, kde bude operační pole. Poslední část předoperační péče je rouškování. Než začneme s přikládáním roušek, je třeba počkat na zaschnutí vybraného dezinfekčního prostředku. Sterilní roušky by měly být vyrobené z nepromokavého materiálu, měly by vytvářet bariéru a efektivně zamezovat kontaminaci operační rány. Rouškujeme nejdříve místo, kde očekáváme operační ránu, poté se přesouváme dále od operačního pole. Kdykoli pochybujeme o sterilitě roušky, okamžitě ji nahrazujeme novou rouškou. Oblast pod krajem operačního stolu, pod krajem

instrumentačního stolku a oblast pod pasem už považujeme za nesterilní (Wichsová, Příkryl, Pokorná, Bittnerová, 2013, s. 133-136).

3.1.2 Intraoperační péče

Intraoperační péče jako součást perioperační péče je fáze, která začíná zařouškováním pacienta. Během intraoperační péče je přítomna celá operační skupina (Wichsová, Příkryl, Pokorná, Bittnerová, 2013, s. 137).

Operační skupina se skládá z operátora, asistenta nebo asistentů. Dále jsou přítomny perioperační sestry, které mohou během výkonu instrumentovat nebo obíhat. Na operačním sále se pohybuje sálový sanitář a důležitou součástí operačního týmu je samozřejmě také anesteziolog a anesteziologická sestra. Při některých operačních výkonech může být na sále i radiologický asistent či specializovaný technik (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 40).

Perioperační sestra je všeobecná sestra, zpravidla se specializačním vzděláním, která zajišťuje provoz na operačních sálech. Zodpovídá za přípravu materiálu, za sterilizaci nástrojů a za nástroje samotné. Dále se stará také o vybavení operačních sálů, je důležitou součástí operační skupiny, myje se k operacím, asistuje a instrumentuje. Perioperační sestry vedou vlastní ošetrovatelskou dokumentaci a kontrolují, zda nelékařský zdravotnický personál plní své úkoly (Wendsche, Pokorná, Štefková, 2012, s. 15).

Z pohledu perioperační ošetrovatelské péče je důležité popsat, jakou úlohu na operačním sále zastává instrumentující perioperační sestra a takzvaná obíhající perioperační sestra.

Instrumentující sestra se myje společně s operátorem a asistenty k operačnímu výkonu, zodpovídá za nástroje a veškerý materiál. Provádí rouškování instrumentačního a pomocného stolku. Obléká operátora a asistenty do sterilních operačních plášťů a rukavic a může asistovat u antisepse budoucího operačního pole. Společně s operační skupinou rouškuje a po celou dobu operačního výkonu kontroluje sterilitu operačního pole. Během výkonu instrumentuje a pokud je potřeba, může se zapojit do asistence. Důležitou součástí její práce je pak provedení početní kontroly všech nástrojů a materiálu (Wichsová, Příkryl, Pokorná, Bittnerová, 2013, s. 58).

Cirkulující nebo také obíhající sestra je nesterilní sestra, která funguje jako aktivní spojka mezi operační skupinou a sálem. Pokud instrumentárka potřebuje materiál, obíhající sestra jí ho dodává. Po celou dobu, kdy je pacient při vědomí, s pacientem komunikuje a o všem ho informuje. Dle Wendscheho, Pokorné a Štefkové (2012) se obíhající sestra podílí na bezpečném a komfortním průběhu celé perioperační péče pacienta (Wendsche, Pokorná, Štefková, 2012,

s. 16). Obíhající sestra je také zodpovědná za vedení dokumentace a správné přiložení neutrální elektrody. Společně s instrumentující sestrou kontroluje sterilitu a počítá nástroje a materiál. Pokud je potřeba, stará se o perioperační konzilia a vyšetření. Při odběru biologického materiálu se stará o jeho správné označení (Wichsová, Příkryl, Pokorná, Bittnerová, 2013, s. 58).

Než operatér ukončí operační výkon, kontroluje instrumentující sestra materiál a nástroje a provádí již zmíněnou početní kontrolu. Pokud by se ukázalo, že nějaký nástroj či materiál chybí, přistupuje se k perioperačnímu rentgenu. Chybějící materiál nebo nástroje jsou považovány za mimořádnou událost. V situaci, kdy materiál není nalezen a stále chybí, je potřeba pacienta nadále sledovat. Po početní kontrole je operační pole omyto, vydesinfikováno a zakryto sterilním krytím (Wichsová, Příkryl, Pokorná, Bittnerová, 2013, s. 138).

3.1.3 Pooperační péče

Po početní kontrole, dezinfekci a sterilním krytí rány je pacient předán na dospívácký pokoj nebo je ze sálu přesunut rovnou na standardní oddělení či na JIP nebo ARO. Ze sálu pacienta předává anesteziolog společně s dokumentací pacienta (Wichsová, Příkryl, Pokorná, Bittnerová, 2013, s. 138).

Po operačním výkonu se pacient budí z anestezie, obnovuje se mu vědomí a reflexy. V tomto období se o ošetrovatelskou péči stará již sestra na lůžkovém oddělení mimo operační sálu. Důležitou činností je monitorování vitálních funkcí a tlumení bolesti. Sestra si také musí dát pozor na možné pooperační komplikace. Ošetřující lékař určí, jak často se u pacienta mají měřit VF, jaké podávat pacientovi analgetika, popřípadě jiné léky nebo infuze, dále do ordinace zapisuje dietu, péči o operační ránu, polohu a pacientův pohybový režim po operaci a další možná vyšetření, jako například RTG, EKG, odběry krve. Sestra vše zapisuje do dokumentace (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 47).

3.2 Plánovaný operační výkon

S ohledem na to, že se diplomová práce zabývá přístupem perioperačních sester k edukaci dítěte právě před plánovaný operačním výkonem, bude v této podkapitole vysvětlen rozdíl mezi plánovaným a akutním operačním výkonem.

K plánovanému operačnímu výkonu přichází pacient na doporučení od lékaře. Doporučení může napsat jak praktický lékař, tak lékař specialista. Pacient je zaslán na příslušné chirurgické pracoviště, kde je vyšetřen a je poučen o dalším postupu. Pokud se ošetřujícímu chirurgovi indikace potvrdí a pacient vysloví souhlas s výkonem, je pacientovi stanoven termín operace.

Pacient dostává žádost na předoperační vyšetření, to předává praktickému lékaři. Předoperační vyšetření standardně obsahuje laboratorní vyšetření a EKG. U pacientů starších 40 let se navíc provádí RTG srdce a plic. U mladších pacientů je vyžadováno pouze v případě, pokud je k tomu indikace. Dále je pacient poslán k internistovi, který zhodnocuje celkový stav pacienta. Chirurg, který pacienta k výkonu indikoval, může požadovat ještě další vyšetření podle charakteristiky operačního výkonu a stavu pacienta. Pokud je předoperační vyšetření starší než 3 týdny, je neplatné. Při příjmu se lékař pacienta ptá, zda je zdravý a neprochází akutním infektem. Pokud pacient splní všechny podmínky, může být přijat na lůžkové oddělení, je s ním sepsána anamnéza a je poučen o operačním výkonu. Po příjmu je tak pacient zaveden na lůžkové oddělení, kde začíná předoperační příprava (Schneiderová, 2014, s. 23-24).

Při akutním operačním výkonu přichází pacient od praktického lékaře nebo specialisty, ten může pojmout podezření na akutní problém. Pacienti často přichází sami nebo se dostávají do nemocnice za pomoci ZZS. Protože pacient přichází na chirurgické oddělení pro akutní problém, je potřeba v co nejkratší možné době provést všechna potřebná vyšetření. Pacient by se měl dostat na operační sál nejpozději 48 hodin od začátku prvních příznaků. Pro lékaře je v tomto případě důležitá anamnéza, časové údaje, u úrazů je to pak mechanismus, popřípadě to, zda pacient požil nějaké návykové látky nebo alkohol. Laboratorní vyšetření je pro lékaře důležité i před akutním operačním výkonem, často se do laboratoře zasílá takzvaně na statim. Laboratoř v takovém případě vzorek zpracuje v co nejkratší možné době a výsledky by měly být známy do hodiny. Před výkonem může být pacient poslán na RTG nebo může být vyšetřen jinou zobrazovací metodou. Po vyšetření pacienta určuje anesteziolog nejvhodnější způsob anestezie, může doporučit umístění pacienta pooperačně na JIP nebo ARO. U nezletilého pacienta podepisují veškeré informované souhlasy i zákonní zástupci dítěte. Po provedení všech potřebných úkonů je pacient předán na lůžkové oddělení, kde je zahájena předoperační příprava (Schneiderová, 2014, s. 26-27).

U dětských pacientů provádí předoperační vyšetření PLDD. Dle Vojtíška (2016) se požadavky na předoperační vyšetření liší podle pracoviště. Pro anesteziologa je velmi důležitá osobní anamnéza, velká část dětských pacientů je po interní stránce zdravá. Anesteziolog kvůli prevenci brochospazmu potřebuje vědět, zda se dítě neléčí s astma bronchiale, popřípadě zda je v takovém případě dítě kompenzováno. Dále je důležité v osobní anamnéze zmínit, zda dítě nemělo operaci v oblasti obličeje nebo VVV, která by mohla zkomplikovat intubaci. Pro samotnou hospitalizaci a operační výkon je důležitá alergická anamnéza, kdy lékař zjišťuje, zda nemá dítě alergii na léky nebo dezinfekce (Vojtíšek, 2016, s. 158-159).

3.3 Edukace jako součást perioperační péče

Dle § 4 odst. 1 písm. k) vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (dále jen „Vyhláška“), může všeobecná sestra *„edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech, použití zdravotnických prostředků a připravovat pro ně informační materiály.“*

Dále pak všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí podle § 54 písm. a) bodu 1 Vyhlášky může všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí *„edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály.“* a podle § 54 písm. b) bodu 2 Vyhlášky *„edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.“*

K prvnímu kontaktu mezi perioperační sestrou a pacientem dochází většinou až po příjezdu pacienta na operační sál. Na některých odděleních dochází perioperační sestry na lůžkové oddělení a pacienta před operací edukují, není to však pravidlem. Pokud sestry za pacienty dochází, mohou k edukaci využívat video, obrázkové brožury nebo mohou edukovat slovně a poté odpovídat na všechny pacientovy dotazy. Pokud se ve zdravotnickém zařízení edukace provádí, ne vždy je na ni čas, perioperační sestry se mohou zdržet na operačním sále a nestihnou pacienty přijaté k operaci obejít. Zaleží také na předoperační přípravě, kterou pacient prochází, v jiných případech může pacient ještě obcházet vyšetření nebo probíhá pohovor s chirurgem a anesteziologem. Pacient pak může být přehlcněn informacemi a nemusí edukující sestru vnímat. Ideální se zdá informační leták nebo brožura, kterou pacient může dostat s předstihem a bude mít tak dostatečný čas na prostudování problematiky a promyšlení otázek, na které by se chtěl sestry zeptat (Wichsová, Příkryl, Pokorná, Bittnerová, 2013, s. 133-134).

Dle Mandysové (2016) existuje v edukaci mnoho překážek, jak z pohledu sestry, tak z pohledu pacienta. Největším problémem z pohledu sestry je nedostatek času, doba hospitalizace pacienta se zkracuje, proto musí sestry volit zkrácenou formu edukace, která by ale měla mít na pacienta stejný efekt. Sestry také často trápí nedostatek sebevědomí, necítí se pro edukaci pacientů dostatečně kompetentní. Ve zdravotnických zařízeních se také edukaci nepřikládá dostatečná priorita a od sester se očekává spíše běžná ošetrovatelská péče o pacienta. Protože edukace pacienta sestrou na mnoha pracovištích patří k úkonům s nižší prioritou, probíhá často v nevhodném prostředí. Nevhodné prostředí nepůsobí na pacienta dobře, může v něm být málo soukromí a místa a edukace pak může být z těchto důvodů přerušovaná, čímž klesá také její

kvalita. Často pak pro edukaci chybí potřebné informace a formuláře (Mandysová, 2016, s. 16-17).

Překážky v edukaci mohou vznikat oboustranně. Sestra může hovořit moc tichým hlasem nebo může hovořit moc rychle a nesrozumitelně a pacient tak může přeslechnout klíčové informace. U cizinců pak může překážet jazyková bariéra. Edukující personál si také musí uvědomit, že pacienti nemusí vždy rozumět odborné terminologii nebo jen nejsou schopni chápat obsah našeho sdělení, vzniká tak intelektová překážka. Ve zdravotnickém zařízení nesmíme zapomenout na fyziologickou překážku, bolest nebo únava či nedostatek spánku může stát za tím, že pacient není schopen přijímat nové informace (Zacharová, 2016, s. 102).

Stejně jako u sester, i pacienty trápí u edukace nedostatek času. Hospitalizace může pacienta negativně ovlivnit, což může snížit jeho motivaci k učení. Pro edukaci je důležitý i vliv prostředí, ve kterém edukace probíhá, ve zdravotnickém zařízení to může být ztráta soukromí, izolace nebo pocit ztráty rozhodování o sobě samém. Pacient, který je ve stresu zažívá úzkost může mít problém s učením, stejně tak je edukace negativně ovlivněna kognitivním a senzorickým deficitem. Dalším negativem může být, kromě vlastností pacienta, také neschopnost nebo nízká motivace ze strany sester vytvořit správnou atmosféru, respektovat pacientovy zvyky či dokonce pacientovu kulturu. Protože edukace patří spíše mezi výkony s nižší prioritou, nemusí být vhodně vytvořené materiály a pacient si tak z edukace nic neodnáší. Pacient si s sebou může nést i špatnou zkušenost z předchozích hospitalizací a edukací, a proto o další ztrácí zájem (Mandysová, 2016, s. 17).

3.4 Redukce předoperační úzkosti

Pacienta standardně informuje o operačním výkonu operatér, ohledně anestezie a možných komplikací během anestezie dochází za pacientem anesteziolog. Protože dostatečné množství informací může u pacienta do jisté míry zmírnit stres, úzkost a strach, je pozitivem, pokud se k operatérovi a anesteziologovi přidá také perioperační sestra. Záleží také na povaze pacienta, někteří pacienti si před výkonem vyhledávají co nejvíce informací, v opačném případě pacient chce vědět o výkonu co nejméně. U méně úzkostných pacientů se lze zaměřit na výkon samotný. Pacienti, kteří prožívají úzkost spíše ocení informace ohledně pocitů, které se u nich mohou vyskytnout. Do edukace lze zapojit i rodinu, rodinní příslušníci mohou cítit podobnou úzkost, je dobré jim tedy edukaci nabídnout, pokud o ní projeví zájem. Edukovaný rodinný příslušník se stane pro pacienta daleko lepší oporou, protože bude znát problematiku (Walker, 2002 cit. podle Janíkové, Zeleníkové, 2013, s. 87-88).

U dětí je velmi důležité, aby k němu zdravotník přistupoval individuálně a respektoval jeho biopsychosociální potřeby. Pokud komunikujeme s dítětem, musíme si uvědomit, že komunikace s dětským pacientem je velmi specifická a musíme brát v úvahu jeho věk, zda je hospitalizován s rodičem či nikoli (Zacharová, 2017).

V zahraniční literatuře se můžeme setkat s termínem *Child life specialist (CLS)*. Tito specialisté jsou odborníci psychosociální péče dětského vývoje a zdraví a zaměřují se na individuální potřeby a práva dětských pacientů¹ (Hummel et al., 2023).

CLSs jsou na některých pracovištích důležitou a běžnou součástí pediatrických týmů. Pomáhají zmírňovat stres a úzkost u malých pacientů pomocí edukace a aktivitách založených na hře. CLS pomáhá vytvořit přípravu na operaci podle vývojového stadia dítěte, ale také podle psychického stavu pacienta a jeho předchozí zkušenosti s hospitalizací. Dětskému pacientovi je nabídnuto zdravotnické vybavení na prozkoumání, pokud má dítě možnost si pomůcky prohlédnout, získá větší důvěru a do budoucna se pomůcek nebude tolik bát. Po celou dobu CLSs spolupracují i s rodiči dítěte a společně sestavují plán týkající se výkonu. CLS může doprovázet dětského pacienta na operační sál, dítě se v doprovodu známé tváře může cítit více komfortně (Adler et al., 2018).

Ve Spojených státech amerických jsou v mnoha dětských nemocnicích rozšířené takzvané předoperační prohlídky nemocnic. V Childrens's Hospital of Orange County v Kalifornii seznamují malé pacienty s nemocničním prostředím prostřednictvím prohlídek. CLS provádí rodinu a dětského pacienta po nemocnici a představují dítěti vybavení, postupy a prostředí, se kterým se dítě během hospitalizace setká. Takové prohlídky mají za cíl snížit u dítěte úzkost před operačním výkonem. Děti si společně s rodiči prohlíží obrázky nemocničních pokojů, operačních sálu, anesteziologických přípraven a dospávacích pokojů. To, že dítě uvidí, jak jednotlivé místnosti vypadají, může pomoci zmírnit jejich úzkost. Součástí prohlídky je i hra se zdravotnickými pomůckami, děti si mohou osahat teploměr, jednorázové stříkačky bez jehly, stetoskop, tonometr a mnoho dalšího. Poslední částí prohlídky je pak samotná prohlídka oddělení, na kterém bude dítě hospitalizováno (CHOC, 2024).

Family-Centered Care nebo také péče zaměřená na pacienta a jeho rodinu, je inovativní přístup, který se soustředí na plánování, poskytování a hodnocení zdravotní péče a jako takový je

¹ Child Life Specialists (CLSs) are psychosocial care professionals of child development and health who focus on the individual needs and rights of young patients.

založen na vzájemném partnerství mezi pacientem, rodinou a zdravotnickým personálem. Ten bere rodinu pacienta jako důležitou součást jeho života. Rodina hraje v životě pacienta zásadní roli, hlavně pak emociální a sociální podpora ze strany rodiny je při poskytování zdravotnické péče velmi důležitá. Family-Centered Care je založená na vzájemné spolupráci lékařů, sester a dalších odborníků nejen s pacientem, ale právě také s jeho rodinou. Celý koncept je založen na respektu a naslouchání každého jednotlivého dítěte i členů jeho rodiny (Eichner a Johnson, 2012).

V České republice se na některých dětských odděleních vyskytují dětské psychologové. Součástí multioborových týmů jsou hlavně na onkologických odděleních. Ve Fakultní nemocnici Motol, má klinika dětské hematologie a onkologie tým psychologů a herních terapeutů, tento tým pomáhá nejen dětským pacientům, ale také rodině, pro kterou může být onkologická diagnóza velkým zásahem do života. Psychologové a herní terapeuti se snaží, aby adaptace na novou a těžkou situaci byla co nejsnazší a provází rodinu i malého pacienta po celou dobu léčby (Klinika dětské onkologie a hematoonkologie 2. LF UK a FN Motol, 2024). Na Klinice dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTN je součástí týmu herní terapeutka, která mimo jiné u dětí provádí předoperační edukaci ke snížení stresu z operačního výkonu (Fakultní Thomayerova nemocnice, 2024). Tuto edukaci by ale společně s ní měla podle mého názoru provádět také perioperační sestra, což je rozvinuto právě ve výzkumné části diplomové práce.

3.5 Perioperační sestra jako edukátor

Dalším krokem ke snížení předoperační úzkosti u pacienta může být právě rozhovor – edukace perioperační sestrou. Za pacientem přichází v předvečer výkonu perioperační sestra, aby s pacientem probrali, jak bude probíhat intraoperační období. Protože perioperační péči dělíme na péči předoperační, intraoperační a pooperační, může perioperační sestra komunikovat s pacientem ve všech těchto třech fázích. Dle Lindwall a von Post (2009), se může stát rozhovor pacienta s perioperační sestrou do budoucna velmi prospěšnou a důležitou součástí perioperační péče a stane se jejím pravidlem.

Rozhovor s perioperační sestrou v předoperační péči začíná mimo prostory operačního sálu a většinou den před samotným výkonem. Perioperační sestra přichází za pacientem na jeho pokoj, snaží se pacienta osobněji poznat a vysvětlí mu, jak bude probíhat převoz na sál, že se bude pacient přesouvat na operační stůl nebo že bude muset mít pokrývku hlavy. Dále pacientovi může přiblížit personál, se kterým se může na sále potkat a popsat jeho kompetence. Pokud má

pacient zájem, může mu sestra popsat i přístroje, které se budou během operace používat. V předoperačním období má pacient nejvíce prostoru na otázky.

V intraoperačním období probíhá rozhovor přímo v prostorech operačního sálu. V ideálním případě se pacient setkává se sestrou, kterou již zná z předchozího dne. Sestra pacientovi popisuje vše, co se s ním bude na sále dít.

Pooperační období může perioperační sestře sloužit jako zpětná vazba, může se od pacienta dozvědět, jak byl s péčí spokojen, pacient má možnost hovořit s někým, kdo byl u jeho operace přítomen. Takto je dle Lindwall a von Post. (2009) celý rozhovor a proces edukace s důstojností ukončen (Lindwall, von Post, 2009 cit. podle Janíkové, Zeleníkové, 2013, s. 88-89).

Tento model je rozšířen spíše v zahraničí, Lööf a Lönnqvist (2023) popisuje důležitost a váhu celého edukačního procesu u dětských pacientů a vysvětluje, proč by měl být standardní součástí příjmu každého pacienta. Hospitalizace a operační výkon může být pro dítě velmi stresující a může do budoucna ovlivnit jeho přístup ke zdravotníkům a zdravotnictví obecně. Děti kladou velké množství otázek a chtějí být na hospitalizaci a operační výkon připraveny. I přestože děti mají na přístup k informacím právo, podle Lööf a Lönnqvist (2023) k předání informací ne vždy dojde. Děti by se měly dostat během předoperačního období ke srozumitelným informacím a mělo by se k nim při předávání těchto informací přistupovat individuálně. V posledních letech se předoperační edukace ve světě rozvíjí, její součástí jsou edukační knížky, brožury, terapeutické hry, videa či dokonce interaktivní programy a počítačové hry (Lööf a Lönnqvist 2023).

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

V úvodu praktické části diplomové práce jsou popsány stanovené cíle. Dále je popsána charakteristika výzkumného vzorku, metodika diplomové práce a jsou vysvětleny pojmy, které se týkají kvalitativního výzkumu. Následuje pak samotný výzkum, statistické vyhodnocení a ověřování stanovených hypotéz.

4.1 Cíle diplomové práce

Hlavní cíl

1. Zjistit, jaký přístup mají perioperační sestry sálů dětské chirurgie k edukaci dětského pacienta před plánovaným operačním výkonem.

Dílčí cíle

2. Získat informace, jaká je podle perioperačních sester největší překážka v edukaci dětského pacienta před plánovaným operačním výkonem.
3. Zjistit, jakou metodu edukace dětských pacientů před plánovaným operačním výkonem by jednotlivé perioperační sestry používaly.
4. Zhodnotit, co bylo důvodem ukončení edukace na oddělení dětské chirurgie, kde byl prováděn výzkum.
5. Vytvořit návrh edukační brožury pro edukaci dětského pacienta před plánovaným operačním výkonem.

4.2 Metodika výzkumné části

Pro sběr dat v této diplomové práci byla použita kvalitativní metoda výzkumu, konkrétně polostandardizovaný rozhovor, který byl veden autorkou této práce. Sběr dat byl prováděn od ledna 2024 do března 2024 pomocí polostrukturovaného rozhovoru a všechny účastnice výzkumu byly seznámeny s tématem diplomové práce a provedly slovní souhlas s výzkumem a použitím dat. Respondentky jsou označeny písmenem R a číslem od 1-6. Nejkratší rozhovor trval 32 minut, nejdelší rozhovor měl délku 48 minut. Rozhovor byl nahráván na diktafon, následně byl přepsán do elektronické písemné podoby v textovém procesoru, vytisknut a ručně kódován pomocí otevřeného kódování. Po přepsání a kódování rozhovorů byly vytvořené kategorie a podkategorie, které byly dále interpretovány jako výsledek výzkumu. V následující podkapitole bude tato zvolená metodika podrobně popsána.

Polostrukturovaný rozhovor měl šest základních otázek/okruhů a každá otázka pak měla různý počet podotázek, které byly s jednotlivými respondentkami, v odborné literatuře označovanými též jako informantky, dále rozvíjeny.

1. Jaký význam podle Vás má edukace dětského pacienta před plánovaným operačním výkonem?
2. Je podle Vás důležité, aby mělo dítě informace o operačním výkonu a veškerých intervencích?
3. Měla by se do edukace dětského pacienta zapojovat perioperační sestra?
4. Jaké jsou podle Vás největší překážky v edukaci perioperační sestrou?
5. Připadáte si dostatečně kompetentní na provádění edukace?
6. Jaká forma edukace je podle Vás pro dítě nejvhodnější?

4.2.1 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum patří mezi nematematické metody sběru dat. Tento výzkum se může zabývat lidskými příběhy a chováním nebo může zkoumat fungování organizací, různých společenských skupin a může zkoumat vzájemné vztahy (Kutnohorská, 2009, s. 23).

V kvalitativním výzkumu se na úplném začátku stanovují výzkumné otázky, ty můžeme během výzkumu upravovat či doplňovat. V průběhu kvalitativního výzkumu nevznikají jen nové otázky, ale také hypotézy. Badatel se snaží vyhledávat a analyzovat všechna data, která napomohou objasnit výzkumné otázky. Během sběru dat se výzkumník pohybuje a sbírá data přímo v terénu. Samotné vyhodnocení dat pak výzkumník podrobně popisuje, zaznamenává i přímé citace z rozhovorů (Hendl, 2005, s. 50-51).

4.2.1.1 Rozhovor

Rozhovor se při získávání informací používá velmi často, při běžné komunikaci ho běžně používáme a je pro nás přirozený. Vést dobře rozhovor může být velmi komplikované, ale zároveň se jedná o nejlepší možný sběr dat v kvalitativním výzkumu. Pokud výzkumník používá při kvalitativním výzkumu rozhovor, očekává se od něj sociální interakce, schopnost pozorovat a že vše zvládne s citlivostí. Pro rozhovor je pak důležité všechny tyto dovednosti umět propojit, aby mohl výzkumník z rozhovorů dostat co nejvíce informací, které budou pro jeho výzkum hodnotné. Rozhovor můžeme také označit anglickým slovem *interview*, jedná se o takový rozhovor, který je výzkumníkem moderovaný a má vytyčené určité cíle.

Mezi základní druhy rozhovorů řadíme rozhovor strukturovaný, nestrukturovaný a polostandardizovaný (semistrukturovaný). Strukturovaný rozhovor má již předem připravené otázky a většinou i předpřipravené odpovědi. Nejvíce ho můžeme přirovnat k dotazníku. Při použití strukturovaného rozhovoru nesmí výzkumník do rozhovoru nijak zasahovat, musí působit nestranně. Nesmí se vyjadřovat k odpovědím a po celou dobu rozhovoru musí působit neutrálně. Dalším druhem rozhovoru je rozhovor nestrukturovaný, nejbližší má ke klasickému rozhovoru. Při nestrukturovaném rozhovoru nemá tazatel žádné předem dané otázky, spoléhá na přirozenou konverzaci. Pokud se výzkumník rozhodne pro použití nestrukturovaného rozhovoru, nepotřebuje mít předem plán a strukturu, je ale důležité, aby se držel tématu a znal předem výzkumné otázky, na které chce najít odpověď. U polostandardizovaného rozhovoru si výzkumník vytváří určité schéma a otázky. U některých otázek se může účastník více rozvyprávět, na jiné otázky je důležité striktně odpovědět. Pokud u některé odpovědi není zcela zřejmé, co odpovědí účastník výzkumu myslel, může svoji odpověď rozvést. Kromě daných otázek a schématu rozhovoru, klade tazatel ještě další doplňující otázky, téma je tak rozebráno do úplné hloubky. Aby si byl výzkumník jistý, že má probrané všechny důležité otázky, určuje si takzvané jádro interview, jedná se o minimum otázek, na které musí účastník odpovědět, aby mohl být zapojen do výzkumu (Kutnohorská, 2009, s. 38-40).

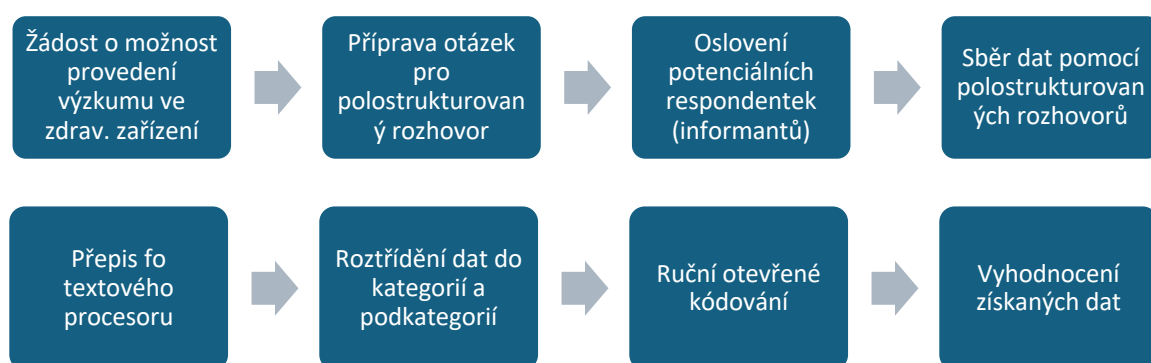
4.2.1.2 Analýza nashromážděných dat

Jak bylo uvedeno, v případě této diplomové práce byly rozhovory nahrávány na diktafon a následně přepsány do textového procesoru, prepis byl dále vytisknut, otevřeně kódován metodou „tužka-papír“ a rozřazen do kategorií a podkategorií.

Po provedení a přepsání nahraného rozhovoru je potřeba, aby výzkumník materiál pročetl a roztřídil ho do kategorií. Kategorie se týkají stejného tématu a často jich bývá mnoho a mohou vznikat už při sběru dat. Každá kategorie pak může obsahovat i podkategorie. Po zvolení kategorií si autor výzkumu označuje jednotlivé kategorie kódem a začne provádět takzvané kódování. Kódy pomáhají výzkumníkovi se dobře orientovat v textu a vytvářet kategorie. Pokud má výzkumník kódování hotové musí přiřadit jednotlivé kategorie k sobě. Seřazování kategorií lze dělat buď ručně, pomocí barev a rozstříhání textu nebo pomocí počítačových programů (Gavora, 2000, s 156-159).

V této diplomové práci je pro menší množství dat použita metoda ručního kódování textu.

Obrázek č. 1: Diagram postupu výzkumu



4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumu se zúčastnily čtyři dětské a dvě všeobecné sestry, všechny se specializací pro perioperační péči. Všechny účastnice výzkumu byly ženy. Pět respondentek mělo v minulosti dlouhodobou zkušenost s edukací přímo na oddělení, kde byl výzkum prováděn. Před zahájením výzkumu bylo oslovené vedení nemocnice a byla podaná žádost o možnost provedení výzkumu. Všechny respondentky byly seznámeny s tématem diplomové práce, daly slovní souhlas s účastí ve výzkumu a dostaly možnost kdykoli z výzkumu odstoupit. Po přepsání rozhovoru do psané formy měly respondentky možnost si přepsaný text přečíst. Pro tento výzkum byly vybrány perioperační sestry, které pracují na sálech dětské chirurgie, kde v současné době neprobíhá edukace perioperační sestrou. Edukace na tomto pracovišti probíhala před 10 lety, postupně se od ní ale upustilo. Součástí výzkumu tak bylo také zjistit důvod, proč k ukončení edukace perioperačními sestrami došlo.

Tabulka č. 1: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

Respondentka	Nejvyšší dosažené vzdělání
R1	VŠ (bakalářský stupeň) + specializace pro perioperační péči
R2	SŠ (dětská sestra) + specializace pro perioperační péči
R3	VOŠ (všeobecná sestra) + specializace pro perioperační péči
R4	SŠ (všeobecná sestra) + specializace pro perioperační péči
R5	SŠ (dětská sestra) + specializace pro perioperační péči
R6	SŠ (dětská sestra) + specializace pro perioperační péči

Tabulka č. 2: Zkušenosti s edukací pacienta na oddělení dětské chirurgie z pozice perioperační sestry

Respondentka	Zkušenosti s edukací pacienta na odd. dětské chirurgie
R1	ANO
R2	ANO
R3	NE
R4	ANO
R5	ANO
R6	ANO

5 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

Pro analýzu výsledků byla použita kvalitativní metoda. Výsledky byly rozděleny do čtyř kategorií – Význam edukace, Perioperační sestra a její role v edukaci, Překážky v edukaci a Forma edukace. Kategorie byly dále rozděleny na podkategorie, které se týkaly témat, které vycházely z otázek polostrukturovaného rozhovoru. Respondentky jsou v jednotlivých podkategoriích označovány písmenem R a čísly 1-6.

Tabulka č. 3: Rozdělení do kategorií a podkategorií na základě kódování rozhovorů

Č. kategorie	Název kategorie	Název podkategorie
1	Význam edukace	Edukace a její smysl
		Může edukace změnit pohled na hospitalizaci
		Dětský pacient a informace
		Zmírnění úzkosti a strachu
		Projevy nedostatečné edukace
2	Perioperační sestra a její role v edukaci	Zapojení perioperačních sester do edukace obecně
		Zájem respondentek o zapojení do edukace
		Oddělení, kde edukace probíhá
3	Překážky v edukaci	Čas na edukaci
		Kompetence
		Vzdělávání v oblasti edukace
4	Forma edukace	Nejvhodnější forma edukace u dětských pacientů
		Edukační materiál
		Zapojení rodičů

5.1 Kategorie – Význam edukace

Tato kategorie obecně zahrnuje jednotlivé názory respondentek, které se týkají významu edukace jako celku. Tato kategorie byla dále rozdělena na pět podkategorií. První podkategorie se zabývá smyslem edukace, respondentky v ní uvádí, zda podle nich edukace dětského pacienta má nějaký smysl. V druhé podkategorii je popsáno, zda může edukace změnit pohled na celkovou hospitalizaci. Třetí podkategorie pak popisuje, jestli má být dětský pacient vůbec edukován. Čtvrtá podkategorie se zabývá zmírněním strachu a úzkosti. V poslední podkategorii jsou popsány projevy nedostatečné edukace.

5.1.1 Podkategorie – Edukace a její smysl

Všechny respondentky se shodly, že edukace dětského pacienta má smysl. Dle R3 je ale důležité, aby edukaci prováděla skutečně perioperační sestra. R5 vidí problém u edukace akutního pacienta, u plánovaného pacienta smysl edukace potvrzuje. R2 popsala svůj vlastní příklad z praxe.

R1 uvedla, že příliš detailní informace by mohly dítě spíše vyděsit: *„Edukace má určitě smysl, ale záleží na tom, jak je to dítě velké, informace bychom měly podávat přizpůsobené věku. Říct, co a jak se mu bude dít, ale asi bych to nějak zvlášť nerozváděla, nerozebírala, protože tak by se dítě mohlo spíše vyděsit.“*

R2 vzpomínala na příklad z praxe, jenž podle ní jasně odpovídá na otázku, zda má edukace smysl. Tento příklad se týkal desetiletého chlapce s Downovým syndromem. R2 popsala: *„Já si myslím, že edukace má velký smysl, protože my jsme před časem chodily edukovat. Já mám jednu konkrétní zkušenost s edukací pacienta, který měl Downův syndrom, byl to asi desetiletý chlapec, který šel na plánovanou operaci kýly. My jsme chodily edukovat v odpoledních hodinách, kde tedy byla přítomna i maminka. Ta verze té edukace byla buď hromadná nebo jsme měly ty pacienty jednotlivě. Maminka mě oslovila a říkala, že chlapeček vnímá, že zvládne odběry, když se mu vše vysvětlí. Já jsem mu řekla, co se na tom sále bude odehrávat, maminka mě moc prosila a domluvily jsme se, že druhý den na sále budu já s ním. Ono to tak vyšlo, já měla shodou okolností službu i druhý den. Samozřejmě, že nezáleželo jen na mně, ale na spolupráci celého týmu, takže záleželo i na anesteziologovi, který byl ten den dokonalý v tom, že přijal tuhle myšlenku a skutečně ten kluk s tím Downovým syndromem přijel na sál bez maminky, na překladačovém filtru jsme mu sundali pyžámko, všechno zvládnul bez problému, dojeli jsme na operační sál, kde ho převzala anesteziologická sestra, já jsem u toho celou dobu*

byla. Toto kluka se podařilo krásně napíchnout, bez jediné slzy, mluvili jsme s ním, připravený byl dobře. Po této zkušenosti si myslím, že edukace u těch dětí má velký smysl. Největší problém je ten, že ty perioperační sestry na to nemají čas.“

R3 uvedla: *„Smysl má, edukační sestra má význam také, ale to spíše u příjmu pacienta. Co se týče edukace na operační sál, tak to by měla dělat skutečně perioperační sestra.“*

R4 stručně popsala, jak edukovala pacienty, edukace měla smysl hlavně v tom případě, když se s pacientem mohla vidět i druhý den přímo na sále: *„Já si myslím, že edukace smysl má. Já sama edukovat chodila, když tady u nás na oddělení edukace probíhala, sama jsem si mohla edukaci vyzkoušet. S dětmi a rodiči jsme si o tom výkonu popovídali, řekli jsme si, co se bude dít před příjezdem na sál, jak bude probíhat příjezd na sál a jak to bude vypadat na sále. Rodiče tuhle možnost velmi oceňovali. Já se vždycky ptala, jestli o edukaci mají zájem a ten zájem tam byl. Děti se také zapojovaly, mohly se o tom sále něco dozvědět a nešly do úplného neznáma. Když to dobře vyšlo a já sloužila i druhý den, děti si mě pamatovaly, minimálně si pamatovaly tvář, na tom sále byl někdo, koho znají. Když přijelo na sál dítě, které jsem edukovala, tak jsem se k němu vždy hlásila, v tomto případě mi ta edukace dávala smysl úplně, dítě už mě znalo, vidělo aspoň nějakou známou tvář.“*

R5 řekla: *„Edukace jednoznačně smysl má. Komplikované je to u akutních pacientů, ale u plánovaných, pokud to provoz a čas umožní, jednoznačně smysl má.“*

R6 zmínila psychiku: *„Edukace má velký smysl hlavně pro psychiku toho dítěte, které přichází na operační sál. Psychický stav je důležitý u všeho, včetně hojení. Je potřeba tomu dítěti stále vysvětlovat a opakovat.“*

5.1.2 Podkategorie – Může edukace změnit pohled na hospitalizaci

Tato podkategorie se zabývá otázkou, zda může edukace změnit pohled dítěte na hospitalizaci jako celek. Zde se respondentky v některých názorech rozcházely, kromě R1 se ale všechny respondentky shodly, že edukace může pozitivně ovlivnit pohled na celou hospitalizaci.

R1 uvedla: *„Záleží, jaké to dítě je. Pokud to dítě je vystrašené, nepomůže vůbec nic, dle mého názoru.“*

R2 popsala, že pohled na hospitalizaci pomocí edukace změnit lze, je ale potřeba, aby edukaci prováděla osoba, která skutečně edukovat chce: *„Já si myslím, že ta šance tam je, ale musí na to být čas a musí to edukovat člověk, který opravdu edukovat chce.“*

R3 a R4 se shodly, že určitou roli hraje i věk dítěte.

R3: „Když mu nikdo nic neřekne a převezme ho na operační sál, kde mu anesteziolog přiloží masku, nikdo mu nic nevysvětlí, tak je to pochopitelně daleko horší. Záleží na věku dítěte, také zda chápe nebo nechápe danou situaci. Edukací se ten pohled určitě změnit dá.“

R4: „Edukace určitě pohled na hospitalizaci změnit může, to je jedna z věcí, o které si myslím, že je velmi důležitá. Dále je to důvěra ke zdravotníkům, obecně k lidem, kteří tady pracují. Pacienti si z té hospitalizace pak neodnesou jen tu negativní zkušenost, mají pocit, že se o ně personál zajímá, že nejsou jen diagnóza. Věk pacienta hraje také velkou roli. Často jsme se po edukaci ptaly na zpětnou vazbu, u menších dětí jsme hovořily spíše s rodiči, u větších dětí jsme se obracely přímo na děti, ptaly jsme se, jestli jim to takto vyhovuje, co by udělaly jinak. Ptaly jsme se třeba i na speciální požadavky dětí nebo co by si třeba přály.“

R5 uvedla, že edukace může dítě na hospitalizaci připravit: „Myslím si že ano, edukace může změnit pohled na celou hospitalizaci, asi hodně záleží na formě. Dítě se na tu hospitalizaci může připravit.“

R6 potvrdila, že edukace může změnit pohled na hospitalizaci, ale dítě bude pociťovat strach i nadále: „Myslím si, že dítě bude klidnější, nemyslím si, že by se úplně přestalo bát, ale půjde na sál s větším klidem.“

5.1.3 Podkategorie – Dětský pacient a informace

Respondentky se shodly, že každý pacient má mít veškeré informace o operačním výkonu a intervencích.

R1 popsala, že i dětskému pacientovi lze srozumitelně předat informace, ale nezdůrazňovala by detaily: „Když zdravotník přijde a řekne, že musí píchnout kanylu, že to bude trochu nepříjemné, bude to trochu bolet, ale že to společně zvládneme, takový přístup je srozumitelný i pro to dítě, a to je důležité. Není to jen o tom sále, ale třeba už na oddělení tomu dítěti říct, že půjde na sál na ten a ten výkon, že nebude moct před výkonem jíst a pít, prostě takové ty obecné informace. U dětí bych ale určitě nezabíhala do detailů.“

R2 a R3 uvedly, že v předávání informací hraje velkou roli věk. R2 také přiznala, že při předávání informací záleží, jak reagují rodiče dítěte: „Dítě by mělo být informované, informace by měly odpovídat jeho věku. Záleží také, jak jsou informace podané a na spolupráci s rodiči. Jestliže je rodič v psychické nepohodě z toho, že dítě jde do nemocnice a dává to před dítětem najevo, tak můžeme edukovat, jak chceme, ale dítě ví, že je něco špatně.“

R3: *„Předávání informací je určitě důležité, ale tady bude hrát velkou roli věk, bude záležet, zda tu situaci dítě chápe a jestli rozumí tomu, co se kolem něj děje.“*

R4 uvedla, že na operační sál dětské chirurgie chodí děti od narození až po osmnáctileté adolescenty a že každý pacient má právo na informace: *„Nebavíme se jen o kojencích, které za sebe ještě rozhodovat nedokážou, máme tady hospitalizované děti od narození do věku 18 let a každý má právo vědět, co se s ním bude dít.“*

R5 potvrdila, že každý musí být informován, od příjmu až po uvedení do anestezie: *„Určitě ano, každý musí být informován, od začátku hospitalizace, během ní, na sále je potřeba předávat veškeré informace až po uvedení do celkové anestezie.“*

R6 uvedla: *„Ať jde člověk na jakýkoli zákrok, měl by být informovaný. Nehraje roli, jestli je pacient dospělý nebo dítě, všichni musí dostat veškeré informace.“*

5.1.4 Podkategorie – Zmírnění úzkosti a strachu

Všechny respondentky se shodly, že dostatečná edukace a informovanost může zmírnit pocit strachu a úzkosti před plánovaným operačním výkonem. R1 a R5 odpověděly, že pro ně jsou informace, když jsou v roli pacienta, klíčové. R1 uvedla: *„Když já sama jdu na výkon a mám aspoň nějaké základní informace, bojím se méně, u dětí to nebude jiné. Půjdu na operaci, budu vědět, že se na sále pohybuje takový personál, že mi sestra z anestezie napíchne kanylu, budu se bát, ale bude to méně stresující. V tomto není rozdíl, jestli se jedná o dospělého nebo o dítě. Naopak, to dítě se bojí ještě víc.“*

R2 se shodla s R5 v důležitosti správné edukace rodičů pacienta. R2 popsala, jak na operační výkon připravovala i rodiče dítěte, když se na oddělení chodilo edukovat: *„Jsem stoprocentně přesvědčená o tom, že edukace může zmírnit strach a úzkost. Na ty cizí lidi a cizí prostředí je můžeme připravit a připravíme na to i ty rodiče. Já jsem těm rodičům říkala, že dítě sestry z oddělení odvezou na lůžku, bude v pyžamu ve své posteli, takže ty děti v tom svém malém mikrosvětě dojedou až na ten překladový filtr, i s tou hračkou, která pak přímo na sál nemůže, ale jsou určité výjimky, třeba autistické děti. Edukace má význam a myslím si, že by to mělo být, ale bohužel nejsou na to lidé a je málo času.“*

R5 popsala, že je důležité mít edukované rodiče dětského pacienta, v tom se shoduje i s R2: *„Myslím si, že vždycky je lepší vědět, co mě čeká, když jsem v pozici pacienta. Nemyslím si, že by se člověk vyloženě zbavil strachu nebo obav, ty má asi každý. U dětí je zásadní edukace rodičů, když bude rodič informovaný bude jeho dítě klidnější.“*

R3 uvedla, že záleží na povaze: „*Určitě může zmírnit strach a úzkost, ale také záleží na povaze dítěte. Jsou pacienti, které se můžeme snažit edukovat, ale stejně se budou bát a některé děti zase chtějí a potřebují informace, aby byly více v klidu.*“

R4 a R6 se shodly na tom, že zmírnění strachu a úzkosti je hlavní důvod, proč by se edukace měla dělat, R4 řekla: „*Určitě, to je jeden z důvodů proč se ta edukace dělá.*“

R6 popsala: „*Dobře udělaná edukace určitě může zmírnit projevy strachu, proto se ta edukace dělá. Pacient, který má informace bude méně ve stresu, protože už ví, co ho tak přibližně čeká, nejde do neznáma, u dětí to není jiné.*“

5.1.5 Podkategorie – Projevy nedostatečné edukace

Pět respondentek popsalo projevy nedostatečné edukace, respondentka R5 přiznala, že nedokáže poznat, zda dítě bylo nebo nebylo edukováno, dále ale uvedla, že to nemění její pozitivní přístup k edukaci: „*Nemyslím si, že bych to poznala. U malých dětí hrají roli rodiče. Větší děti to mají jinak, některé děti dávají strach najevo víc. Ale já to asi nedokážu určit. Ale edukace je pro mě i tak zásadní.*“

R1, R2 a R3 udávaly jako častý projev strachu a úzkosti pláč. R1 dále uvedla, že někteří pacienti jsou ve stresu hovornější než jiní: „*Některé děti vůbec nemluví, vůbec nekomunikují, pláč, nespolupráce, bojí se bolesti, nemají tam rodiče. Vše je projev stresu. Naopak, některé děti mluví až moc a nejsou k zastavení, ale i to může být projev stresu.*“ R2 opět vzpomínala na příklad z praxe: „*Ty děti neadekvátně reagují, třeba pláčem, hysterií, která je kolikrát vyvolaná tím, že jdou do neznáma mezi cizí lidi. Samozřejmě není možné, aby se každý chodil představovat na oddělení, ale kdyby ty děti měly aspoň minimální informace od personálu nebo toho rodiče, který ty informace dostane, že třeba pojedou výtahem atd. To jsem těm dětem říkala, že pojedou výtahem, na ten výtah ty děti většinou reagovaly pozitivně. Také se jim líbilo, že jsou tady samouzavírací dveře, to jsem jim říkala, že jsou kouzelné. Takže děti jely na sál a měly už nějaká očekávání. Když se to dítě naladí, dle mého názoru, že tady na sále je čeká nějaké to překvapení, třeba v podobě těch kouzelných dveří, které se samy otevrou, protože ty děti nevnímají, že my ty dveře otevřeme pomocí tlačítka. Ta pozornost je převedená na jiné situace, na jiné podněty, může je odvést od toho strachu.*“ R3 popsala podobné projevy a shodla se s R5 na tom, jakou roli můžou v tomto případě hrát rodiče: „*Některé děti už preventivně brečí, jestli se to tak dá říct, mají strach a ten se samozřejmě projevuje tak, že pláčou. Záleží také na premedikaci. Ale myslím si, že kdyby byly více edukované, mohlo by je to zklidnit. Hodně dělají i rodiče, pokud má rodič strach, tak bude mít strach i dítě. Naopak rodič, který se bude*

snažit před dítětem být v klidu, bude mít i dítě, které bude v klidu. Když dítě uvidí maminku nebo tatínka, že se bojí, nemůžeme pak očekávat, že dítě se bát nebude. Vše se v tomto případě přenáší i na dítě.“

R4 uvedla jako projev nedostatečné edukace stres: *„Děti jsou ve stresu, neví, co je čeká a co můžou čekat. Neví kudy pojedou a jak dlouho budou bez rodičů. Nevím, jak jsou informováni rodiče od kolegyň z oddělení.“*

R6 přiznala pochybnosti ohledně stresových situací na sále a schopnosti dítěte vnímat: *„Nedostatečná edukace se projevuje na psychice dítěte. Dítě je neklidné, vystresované, může plakat nebo naopak vůbec nekomunikuje. Znáť to určitě je. Spoustu informací lze předat i na tom sále, ale nevím, jestli je to dítě v té stresové situaci vůbec schopno to vnímat.“*

5.2 Kategorie –Perioperační sestra a její role v edukaci

V této kategorii jsou popsány názory respondentek na zapojení perioperačních sester do edukačního procesu. Kategorie je rozdělena na tři podkategorie. První podkategorie se zabývá již zmíněným zapojením perioperačních sester do edukace obecně. Ve druhé podkategorii je s respondentkami rozebírán jejich osobní zájem do zapojení do edukace dětských pacientů. Ve třetí podkategorii respondenty odpovídají na otázku ohledně jiných oddělení, kde edukace pacientů probíhá.

5.2.1 Podkategorie – Zapojení perioperačních sester do edukace obecně

Všechny respondenty se shodly, že perioperační sestra by se měla do edukace zapojit. R1 a R5 vzpomínaly na nepříjemné otázky rodičů malých pacientů. R1 přiznala, že jí osobně edukace moc nezaujala: *„Zažila jsem to a upřímně, mě osobně to ne vždy úplně bavilo. Často jsme musely nahánět pacienty i rodiče. Často bylo hodně operantů a byli rozprostřeni po celém oddělení. Nebyl v tom systém, bylo to na nás. Neměly jsme žádné materiály, říkaly jsme to podle sebe, každá z nás trochu jinak. Když bylo odpoledne na sále hodně práce, tak jsme ani edukovat nechodily. Záleželo i na množství pacientů, když jsme jich měly 10, byla to práce klidně na dvě hodiny. Hodně do toho pak začali zasahovat i rodiče, chtěli využít toho, že k nim přišla sestra ze sálu a že se jí tedy zeptají na informace, na které zatím nedostali odpovědi, což bylo vlastně pochopitelné. Často to byly otázky, na které jsme ani nemohly odpovědět, třeba otázka, kdy přesně jejich dítě půjde na sál. Neměla jsem z těchto otázek dobrý pocit, bylo mi to nepříjemné, někdy jsem z těch rodičů měla pocit, že si myslí, že jim to říct nechceme nebo jim dokonce něco tajíme. Menší děti moc edukace nezajímala, spíš se ptali rodiče. Ale moje osobní zkušenost nic*

nemění na tom, že by perioperační sestry měly chodit edukovat, informace o chodu operačního sálu může asi nejlépe předat jen perioperační sestra.“

R2 uvedla, že si myslí, že ne každá perioperační sestra by edukaci chtěla dělat dobrovolně, dále zmínila, že při dnešních dlouhých operačních programech by asi musel být na edukaci někdo vyčleněný zvlášť: *„Měla by se do edukace zapojovat, jednoznačně ano, ale myslím si, že by byl problém s tím, že ne každý by to chtěl dělat. Jde i o to, jak by se to organizačně zvládalo, jestli bychom se střídaly, jestli bychom chodily edukovat během služby. Ty operační programy jsou dneska už trochu jiné, takže si myslím, že na to by čas nebyl a musel by být vyčleněný ještě někdo na víc.“*

R5 popsala svoji zkušenost z praxe a také její představu o edukaci dětského pacienta, neubránila se ale také obavě z toho, že ona jako perioperační sestra nemá vzdělání v oblasti psychologie, v praxi jí občas dělaly problém některé otázky od rodičů, dále uvedla, že na edukaci by byla vhodnější herní terapeutka ve spolupráci se sestrou: *„Kdyby byla možnost, že perioperační sestra, která edukuje by pak druhý den mohla být u toho pacienta a jeho výkonu, tak v tomto případě by zapojení perioperačních sester dávalo smysl. Dítě by si pamatovalo obličej, mělo by na sále někoho, koho trochu zná. I pro ty rodiče může být pozitivní vidět a mluvit přímo s tím personálem, který je běžně schovaný na operačním sále. Nebyli bychom pro ně už anonymní, viděli by, že na sále také pracují lidé. Na druhou stranu, my nejsme psychologové, jako perioperační sestry nejsme denně v kontaktu s rodiči, nepodáváme informace, není vždy úplně jednoduché podávat informace, myslím si, že my jako perioperační sestry to úplně neumíme. Já sama chodila edukovat společně s mými kolegyněmi. Bylo to ale tak, že jednou jsme edukovat šly, jednou nešly. Občas jsme i dostávaly otázky, na které jsme z naší pozice nebyly schopné odpovědět. Často se ty otázky týkaly třeba chodu oddělení. Já osobě si myslím, že pokud mají sestry z oddělení vytvořenou nějakou knížku nebo brožuru, jsou schopny ty informace předat, plus k tomu můžou říct i informace, které se týkají lůžkového oddělení. Já si myslím, že na edukaci je více vhodná třeba herní terapeutka ve spolupráci se sestrou. Já osobně nemám přehled, kdy a jak probíhá na oddělení edukace třeba co se týče chodu oddělení.“*

5.2.2 Podkategorie – Zájem respondentek o zapojení do edukace

Respondentky se v této otázce velmi rozcházejí. Zatímco R2, R4 a R6 se vyjádřily o svém zapojení do edukace pozitivně, R1 a R3 uvedly, že by se ony samy do edukace zapojit nechtěly. R3 si uvědomuje přínos edukace, problém vidí u sebe, obává se, že není schopná dobře komunikovat. R5 se nevyjádřila doslovně, uvedla, že by se zapojila do edukace pouze za

určitých podmínek: „Já už jsem edukaci zažila, v momentě, kdy se operovalo, tak jsme edukovat nechodily. Musela by na to být vyčleněná sestra, která by na edukaci pravidelně chodila, byla by tady navíc a chodila by edukovat, to si myslím, že je nereálné. Pokud edukace, tak by v tom měl být systém a nějaká pravidelnost. A myslím si, že pokud by člověk šel něco takového dělat, měl by projít minimálně nějakým kurzem. Abychom pak neudělaly více škody než užitku. Nejsme v komunikaci zkušené a rodiče se ptají na různé věci.“

R1 popsala svoji zkušenost a uvedla důvody, proč už by se do edukace už znovu zapojit nechtěla: „Znovu bych asi edukovat nechtěla, nechtěla bych chodit na oddělení, ale edukace přímo u nás na sále mi vyhovuje. Přijede pacient a já ho budu držet za ruku, budu si s ním povídat o tom, co se bude dít, aby to dítě nemělo strach. Ale vysloveně chodit na to oddělení bych už znovu nechtěla. Během té bezprostřední edukace na sále nemáme ty rodiče, kteří nám na oddělní často kladli otázky, na které jsme prostě nedokázaly odpovědět. Oni se na ty otázky ptali i z toho důvodu, že sál byl pro ně velká neznámá, takže se pak ptají na velké množství otázek. Odpovídaly jsme jim i na otázky, že dítě nikdy nebude nikde samo, že pojedete se sestrou, na překládovém filtru si ho převezme sestra z anestezie, na sále bude perioperační sestra. V tomto směru laici nejsou vůbec informovaní, což je logické. Možná pokud by tyto informace rodiče měli, dokázali by to svým dětem předat.“

R2 uvedla: „Já bych určitě měla zájem se zapojit. Když jsme dříve chodily edukovat, tak to nebylo vůbec špatné.“

R3 přiznala: „Upřímně asi bych spíš chodit nechtěla. Je to určitě dobré pro pacienty, ale já sama ze své iniciativy bych to nedělala. Pokud bychom edukaci dělat musely, tak bych se samozřejmě zapojila. Uvědomuji si, že pro pacienty je to přínos, i když já sama bych ze začátku s tou komunikací s pacienty, a hlavně s jejich rodiči bojovala. Myslím si, že nejsem dobrý řečník, nejsem v tomto směru úplně sebevědomá, musela bych určitě zapracovat na lepší komunikaci. Není mi příjemné mluvit sama před cizími lidmi, ale jak jsem říkala na začátku, je to určitě přínosné a z toho důvodu bych asi všechny svoje strachy překonala.“

R4 uvedla důvod, proč se podle ní od edukace nakonec ustoupilo: „Mě osobně to bavilo, já bych klidně opět edukovat chodila. Já myslím, že jsem byla poslední nově příchozí, která edukaci tady u nás na oddělení zažila a praktikovala. Ne vždy byl ale na edukaci čas, někdy byly tak dlouhé operační programy, že jsem nestačila zajít na oddělení, z toho důvodu se od toho pak časem ustoupilo.“

R6 popsala, že se jí líbil jiný kontakt s pacienty, než byla zvyklá ze sálu: „*Já bych se zapojila znova, bavilo mě to. Jedná se o úplně jiný kontakt, který nám tady na sále chybí. Myslím si, že to mělo i smysl.*“

5.2.3 Podkategorie – Oddělení, kde edukace probíhá

Polovina respondentek přiznala, že žádné oddělení, kde probíhá edukace perioperační sestrou nezná. R2 uvedla, že v minulosti slyšela o edukaci v ÚVN, zmínila také takzvaný edukační boom, po kterém se začalo edukovat i na oddělení, kde byl prováděn výzkum: „*Vím, že v ÚVN sestry edukovaly na neurochirurgii, ale nevím, jestli to tam stále probíhá. Sestry říkaly, že je to pacient od pacienta a že třeba někteří pacienti už byli unavení, protože sestry chodily edukovat během služby, pro pacienty už to bylo pozdě. Před nějakými cca 10-15 lety byl velký boom edukace, neřekla bych, že se to neosvědčilo, ale z důvodů nedostatku sester a také z časových důvodů se od toho muselo odstoupit.*“

R5 hovořila o komunikaci s dětským pacientem, uvedla, že v tomto směru byli velmi progresivní v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem, konkrétně na oddělení dětské chirurgie: „*Žádné oddělení, kde by edukaci prováděla perioperační sestra neznám, ale komunikaci s dětským pacientem se hodně věnovali na dětské chirurgii v Ústí.*“

R6 zmínila dětskou chirurgii ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové: „*Pár let zpátky vím, že edukace probíhala v Hradci na dětské chirurgii.*“

5.3 Kategorie – Překážky v edukaci

Tato kategorie byla rozdělena do tří podkategorií. První a nejvíce zmiňovanou překážkou je nedostatek času. Druhou podkategorií jsou kompetence, zda si respondentky připadají dostatečně kompetentní k tomu, aby edukaci prováděly. Poslední podkategorie se zabývá vzděláním sester v oblasti edukace.

5.3.1 Podkategorie – Čas na edukaci

Všechny respondentky se shodly, že největší překážkou v edukaci je čas nebo spíše nedostatek času ve službě. Na oddělení, kde byl výzkum prováděn, edukace perioperační sestrou dříve probíhala a perioperační sestry ji chodily dělat po ukončení operačního programu a po příjmu všech pacientů na lůžkové oddělení. R1 přiznala, že na sále jsou často velmi vytížené: „*Hlavní problém je určitě čas, jsme na sále často velmi vytížené, kdybychom hned po programu chodily edukovat neměly bychom pomalu čas se třeba najít.*“

R2 uvedla, že kromě času také vidí problém v nedostatku personálu a v tom, jak je personál osloven: „Myslím si, že čas, počet pracovníků a samozřejmě je strašně důležité, jak by ti lidé byli osloveni, aby to nebrali jako rozkaz.“ R2 dále uvedla, že v akutním oboru nelze úplně odhadnout, zda by byl na případnou edukaci prostor: „V našem akutním oboru to nelze odhadnout. Odpoledne bych asi měla čas tam jít, ale záleží, kolik dětí bude v operačním programu.“

R3 zmínila možnou spolupráci s herní terapeutkou: „Času moc nemáme, u nás na sálech je to nevyzpytatelné, často operujeme do večera, na operační program navazují akutní pacienti a kdybychom chodily edukovat, nevím, kdy bychom to stíhaly. Asi by se to dalo udělat, třeba ve spolupráci s herní terapeutkou, ale upřímně nevím, jak herní terapeutka teď funguje.“

R4 popsala, že si myslí, že právě kvůli nedostatku času se od edukace nakonec ustoupilo: „Je to služba od služby. Jsou služby, kdy by odpoledne na edukaci čas byl, ale většinou čas moc není, spíš se operuje. Proto se také od edukace nakonec ustoupilo.“

R5 uvedla, že přibýlo více úrazů, a tudíž se více operuje: „S časem je to jak kdy, ale operuje se samozřejmě víc než před třiceti lety. Přibýlo hlavně hodně úrazů, vysokoenergetických úrazů. Dříve nebyly trampolíny nebo elektrické koloběžky. Jsme chirurgie, je to nárazové, jsou služby, kdy se operuje téměř nonstop a pak služby, kdy to je klidnější, ale tak to je asi v každém akutním oboru.“ R5 pokračovala: „Já si myslím, že čas hraje hlavní roli, ale člověk tomu také musí věřit, že to má nějaký smysl. Když se tomu bráníš, nikdy to nebude mít takový efekt. My ale nejsme v každodenním styku s rodiči dětí, takže bych řekla, že nejsme úplně objektivní k nějakému hodnocení. Také chybí personál, a to jde s nedostatkem času ruku v ruce. Když pak zdravotníci nestíhají, tak můžou být více nervózní, a to se pak může vytratit i ten úsměv. Dostatek personálu je pro tuto činnost také dost zásadní.“

R6 popsala narušování aktivit lůžkového oddělení: „Největší překážka je čas. Pokud děti nebyly přijaté včas a my jsme musely jít edukovat později, narušovaly jsme už aktivity na oddělení nebo se také stávalo, že se celé odpoledne operovalo a edukovat se nešlo vůbec.“

5.3.2 Podkategorie – Kompetence

R3 jako jediná z respondentek neměla zkušenost s edukací z předchozích let a udává, že si není úplně jistá, zda je pro edukaci plně kompetentní: „Musela bych si asi pořádně promyslet a připravit to, co bych těm dětem chtěla všechno říct. Já sama nikdy needukovala, takže si pro

edukaci nepřijdu úplně vhodná.“ R1, R4 a R6 se shodly, že si přijdou kompetentní, pokud jde o edukaci, která se týká přímo chodu operačních sálů.

R1 uvedla, že by bylo vhodné, kdyby součástí edukace byla i edukace týkající se anestezie: *„Kompetentní si přijdu, ale pouze k edukaci, jak to chodí na sále atd. Nemohla bych mluvit např. o anestezii. Ale pokud by měla ta edukace být kompletní, mělo by v tomto případě chodit edukovat i ARO. Takže pokud by ta edukace probíhala, měla by být udělaná tak, že se třeba sejde u rodičů a dětí ARO, zástupce z anestezie jim pohovoří, jak je to z jejich strany, pak bych třeba hovořila já o tom, co pacienta čeká na sále, pak bychom se zeptali, zda má někdo nějaké otázky. Ale myslím si, že to v našem nízkém počtu personálu a celkové vytíženosti nelze.“*

R2 popsala: *„Já si připadám kompetentní, je to také asi tím, že jsem dříve edukovat chodila a dokážu si to tedy představit.“*

R4 uvedla: *„Co se týče povídání o sále a o tom, jak to bude probíhat, tak si kompetentní přijdu. Určitě bych nemohla říkat dětem nějaké informace o chodu oddělení nebo třeba o anestezii, to by si pak každý tým musel udělat svojí edukaci.“*

R5 hovořila o otázkách od rodičů, na které nebyla schopná odpovědět: *„My jsme šly tu edukaci dělat a nikdy před tím jsme jí nedělaly. Až v průběhu té edukace jsme zjistily, že se nás rodiče ptají na informace, na které jsme odpovědět nemohly. Já měla při edukování zkušenost, že se mě rodiče ptali na otázky, na jejíž odpověď jsem si nepřipadala kompetentní.“*

R6 zmínila vzdělání v oblasti psychologie a stejně jako R5 uvedla otázky rodičů, na které nebyla schopná odpovědět: *„Pro edukaci, co se týče sálů a toho co se děje na operačním sále si myslím, že kompetentní jsem. Nemám psychologické vzdělání, ale informace o sále obecně určitě jsem schopná předat. Často se rodiče ptali na otázky, na které jsem jim odpovědět nemohla, třeba kdy dítě dostane naposledy najíst, ale to jsem je vždycky odkázala na kolegyně z oddělení.“*

5.3.3 Podkategorie – vzdělávání v oblasti edukace

Žádná z respondentek neuvedla, že by se v oblasti edukace během svého studia vzdělávala, pouze R1 připustila, že okrajově nějaké informace o edukaci získala během jejího vysokoškolského studia, nejednalo se ale o žádný samostatný předmět: *„Ve škole jsem se v oblasti edukace nevzdělávala. Možná jsme si o tom okrajově říkali v nějakém jiném předmětu, ale samostatný předmět jsme neměli nebo si to aspoň nepamatují.“*

R2 popsala, že v této oblasti získávala informace převážně samostudiem: „*Vzdělávala jsem se hlavně pomocí samostudia, nikdy jsem nebyla na žádném školení. Mám ale certifikovaný kurz školitele. O edukaci jsem kdysi slyšela na nějakém kongresu, ale to byl spíše jen nějaký příklad z praxe než samotná přednáška o tom, jak se má edukovat.*“

R3 zmínila, že ke komunikaci s pacienty se dostala až na praxi: „*Ne, ve škole jsme se v tomto směru nevzdělávali. Ke komunikaci jsme se dostali až na praxi, tam nám bylo vysvětleno, jak máme s pacienty hovořit. Během mé praxe na lůžkovém oddělení jsme samozřejmě my jako sestry pacientům informace předávaly, ale nikdo nás neučil, jak na to.*“

R4 uvedla, že o edukaci možná slyšela nějaké informace v rámci kongresu: „*Ve škole jsme se o tom bavili, ale předmět jsme neměli. Možná na kongresu v rámci nějaké přednášky, ale moc si to nevybavuji. Pokud jde o specializaci, nepamatuji si, že bychom se o tom nějak více učili.*“

R5 a R6 popsaly, že se v této oblasti nikdy nevzdělávaly, R5 zmínila, že pokud by se chtěla o edukaci něco dozvědět, musela by si sama aktivně najít nějaký kurz: „*Já sama jsem se v edukaci nevzdělávala. To bych musela být sama aktivní a najít si třeba kurz. Ani vyloženě na kongresech jsem nic takového neviděla.*“

R6 uvedla, že vzdělání v oblasti edukace je záležitostí posledních let: „*Ne, ve škole jsme se o edukaci nic neučili, já studovala v 80. letech minulého století a tehdy se nic takového neprobíralo, je to otázka posledních let.*“

5.4 Kategorie – Forma edukace

V poslední kategorii byla popsána velmi důležitá součást každé edukace, a to forma, jakou jsou informace předávány. V dětské chirurgii je důležité si uvědomit, že je potřeba dětského pacienta zaujmout, a to není vždy úplně jednoduchý úkol. Kategorie byla rozdělena na tři podkategorie, první se týká nejvhodnější edukační formy. Druhá podkategorie se zabývá edukačními materiály, respondentky uvádí, jaké edukační materiály by pro svojí edukaci vytvořily. Ve třetí podkategorii respondentky popisovaly, zda a jak by do edukace zapojily rodiče malých pacientů.

5.4.1 Podkategorie – Nejvhodnější forma edukace u dětských pacientů

Respondentky v tomto případě uváděly příklady ze své praxe. R1 uvedla, že měla dobrou zkušenost s povídáním: „*Já si s dětmi povídala, když byla ta možnost, vzala jsem si je třeba do herny a snažila jsem se jim vysvětlit, co se bude další den dít. Mluvila jsem o výtahu, o překlada*

z lůžka na vozík, kterým je převezeme na operační sál, také jsem jim říkala o tom, že na sále bude sestřička z anestezie, která bude muset napíchnout kanylu. Snažila jsem se komunikovat i s pubertáky, ty samozřejmě nejvíce zajímalo, jestli nebudou někde ležet nazi, to jsem vždycky všem zdůrazňovala, že nikde nazi ležet nebudou, že z pyžama se budou muset svléknout, ale vždy budou schovaní pod prostěradlem nebo rouškou, to jsem říkala i rodičům.“

R2 popsala vlastní zkušenost: *„Mně osobně se osvědčilo obvyčejné mluvení, dále nošení čepic a ústenek na osahání. Četla jsem nějaký článek a inspirovalo mě to, když byl ten takzvaný edukační boom. Myslím, že jsem i viděla nějakou přednášku, já osobně jsem nakonec také měla přednášku, co se týče edukace, jako příklad jsem tam uváděla toho chlapce s Downovým syndromem, o kterém jsme mluvily na začátku.“*

R3 jako jediná z respondentek, které se zúčastnily tohoto výzkumu, neprováděla v minulosti edukaci, protože pracovala na jiném pracovišti, vyjádřila se k tomu, co jí přijde jako vhodná forma edukace: *„Mně se líbí forma obrázků, vyprávění nebo knížky. Já sama osobně bych jim asi spíše vyprávěla. Hodně by záleželo na věku dítěte samozřejmě. Určitě by se mi líbilo, kdybych měla aspoň nějakou osnovu, podle které bych mohla dětem vyprávět.“*

R4 také dávala přednost povídání: *„My jsme s sebou nosily knížku s obrázky, ale spíše jsme si s nimi povídaly. Já sama dávala přednost povídání.“*

R5 uvedla, že by se jí líbilo, kdyby pacienti mohli dostat s sebou domů informační leták, také dávala přednost ústní formě předávání informací: *„Obecně je lepší ústní forma. Je určitě dobré, aby pacient dostal třeba nějaký leták na prostudování. Ale osobní, ústní kontakt bude vždycky lepší.“*

R6 také přiznala, že by si s dětmi spíše povídala: *„Za mě je nejvhodnější forma předání informací rozhovor, s dětmi bych mluvila, rodiče by mohli poslouchat a třeba se doptat i na nějaké otázky, které je zajímají.“*

5.4.2 Podkategorie – Edukační materiál

Všechny respondentky uvedly, že by jako edukační materiál vytvořily knížku, brožuru nebo leták. R2 a R4 by si s sebou na edukaci braly mimo již zmíněné materiály i operační čepici a ústenku, tyto pomůcky by volila i R3. R1 zmínila, že pro dnešní děti by volila i metodu videa nebo počítačové hry: *„Vytvořila bych nějakou knížku, ale teď jsem si vzpomněla na díl Krtečka, jak rodil paní Králikovou, díl to byl šilený, ale obsahoval edukaci. Takováto forma mi nepřijde úplně špatná, např. Krteček se stal zdravotníkem a veze zajíce na sál, ve videu by bylo*

znázorněné, jak to na tom sále probíhá, něco takového by se mi líbilo. Edukaci formou pohádky si budou podle mě lépe pamatovat. Pro dnešní děti by šla udělat edukace třeba i formou počítačové hry.“

R2 uvedla, že by s dětmi spíše hovořila a používala by i různé pomůcky, použila opět příklad z dob, kdy edukovala, dále popsala, jak ona sama edukaci prováděla: *„Jako materiál bych vytvořila asi nějakou obrázkovou knížku, ale osobně bych volila spíše reálné pomůcky jako čepice, ústenka, třeba i stříkačka bez jehly, rouška, aby to dítě vědělo, čím bude přikryté. To jsem jim také říkala, že sice dítě musíme svléknout z pyžámka na překladovém filtru, ale dítě nikdy nebude nikde nahé. Velký důraz jsem klada na tu ochranu a respektování intimity. Rodičům jsem říkala, že dítě se svléká pod peřinou a okamžitě ho přikrýváme prostěradlem a dokud dítě neusne, nic s ním neděláme. Říkala jsem, že anesteziologická sestra tedy musí napíchnout kanylu, ale že to se dítěti vždy vysvětlí. A teprve po úvodu do anestezie sundáváme prostěradlo, aby se mohlo připravit na výkon, a to jsem vždycky zdůrazňovala rodičům ať to bylo tříleté nebo desetileté dítě. Dále jsem mluvila o tom, že dbáme na teplotní komfort, že dítě si lehne na vyhřívanou podložku, že všechny pomůcky jsou jednorázové, a že fixační pomůcky jsou dezinfikovány.“*

R3 žádnou předchozí zkušenost s edukací neměla, popsala, že by si nejdříve musela promyslet, jak by k edukaci přistupovala: *„Já bych pro menší děti vytvořila knížku nebo bych si vzala nějaké obrázky. S většími dětmi bych spíše jen mluvila. Přizpůsobila bych to věku. Asi bych si s sebou vzala i nějaké pomůcky, co máme běžně na sále, aby si je dítě mohlo osahat. Musela bych si vše nejprve rozvrhnout v hlavě a pořádně promyslet.“*

R4 vzpomínala, jaké pomůcky si brala, když chodila edukovat, kdyby se opět chodilo edukovat, přistupovala by k tomu stejně: *„Já bych zvolila asi stejný postup, kterým jsem edukovala před lety. Kdybych měla vyloženě vytvořit nějaký materiál, byla by to asi knížka, ale mně osobně se v praxi nejvíce osvědčily pomůcky, která jsem dětem nosila ze sálu. Když jsme chodily edukovat, tak já to dělala tak, že jsem si nejdříve zavolala na oddělení, jestli už jsou hotové příjmy, zjistila jsem si čísla pokojů, vzala jsem s sebou i nějaké pomůcky, většinou operační čepici, ústenku třeba plášť nebo roušku. Obešla jsem si děti s rodiči a kdo měl zájem, tak jsem se snažila jim vysvětlit, jak to zhruba bude vypadat. Tiskla jsem si třeba operační program, abych věděla pořadí a byla jim schopná odpovědět i na tuto otázku. Pak jsem jim říkala, jak přesně bude probíhat cesta na sál, co se děje na překladovém filtru, kdo na sále pracuje. Řekla jsem jim o*

tom, že tam bude i anesteziologický tým. Hodně se ptali i rodiče. Ústenky a čepice měly velký úspěch, většinu jsem je dětem nechala.“

R5 by dala přednost materiálům, které by si pacient mohl prostudovat doma: *„Kdybych já sama vytvářela edukační materiál, tak by to bylo něco, co si může pacient odnést s sebou domů. Když se jde objednat k operaci, tak by rovnou dostal třeba nějaký leták nebo materiál a v tom by bylo vše. Brožurka je ideální.“*

R6 uvedla, že by pracovala hlavně s obrázky prostorů operačních sálů: *„Já bych použila knížku nebo obrázky. Myslím si, že třeba i pro ty větší děti ty obrázky nejsou špatné. Když děti viděly obrázky, tak to prostředí, do kterého ten následující den jely, pro ně nebylo tak cizí. Často se pak i stávalo, že jsme se následující den potkaly na sále a s rozhovorem jsme pokračovaly.“*

5.4.3 Podkategorie – Zapojení rodičů

Všechny respondentky by od rodičů nějaké zapojení očekávaly. R6 by zákonné zástupce primárně nezapojovala, spíše by čekala až se formou nějaké otázky zapojí sami.

R1 uvedla: *„Od rodičů bych spíš očekávala spolupráci. Určitě by se mi líbila podpora dítěte ze strany rodičů: „Vidiš, tady sestřička pracuje na sále, takže už tam budeš někoho znát.“ Já jako rodič svému dítěti ukážu, že tomu zdravotníkovi věřím, dítě pak bude zdravotníkovi také lépe důvěřovat. Podpora je za mě nejdůležitější. Já jako rodič jsem klidná, já tomu dítěti dokazuji, že personálu věřím. Při opačné reakci rodiče bude dítě jen více vystrašené.“*

R2 by rodiče do edukace zapojila, část edukace by věnovala i přímo jim, chtěla by jim prostřednictvím edukace odpovědět i na choulostivé otázky, na které se rodiče často bojí zeptat. Uvedla i zkušenosti z dob, kdy sama chodila edukovat: *„Rodiče bych určitě zapojila. Když jsme chodily edukovat, tak jsem vždycky přišla na oddělení, představila jsem se, řekla jsem odkud jsem a co jim jdu sdělit. Řekla jsem, že jsem perioperační sestra a že jim jdu sdělit, jak přibližně bude vypadat následující den. Ptala jsem se také, jestli o edukaci mají zájem nebo ne. Pokud o edukaci zájem měli, tak jsem to uváděla vždycky tak, že jsem jim řekla, že budu chvíli mluvit, budu se jim snažit vysvětlit, jak to u nás chodí a co se bude dít. Pokud oni sami budou mít dotazy, tak jsem jim říkala, že se budu snažit na ně odpovědět. Rodiče se hodně ptali, daleko víc než děti. Při edukaci starších dětí se ptaly i děti. Vždycky jsem to povídala tak, aby ty děti věděly, kde se ten následující den ocitnou, říkala jsem jim třeba, aby při převozu na sál nekoukaly v leže jen na strop, kde jsou jen bílé desky, ale aby se třeba zkusily podívat na stěnu, protože ta je taková sluníčkově žlutá, takže jsem jim říkala, že pojedou takovým tunelem, který*

svítí jako sluníčko, potom že projedou těmi kouzelnými dveřmi, které se samy otevírají, no a potom už tam bude ta sestřička, která bude kontrolovat náramek a potom musíme sundat to pyžámko. Vysvětlovala jsem jim i co je to filtr, že k nim přistoupí personál z anestezie a že sestřička z ARO si zkontroluje náramek a pomůže se sundáním pyžamka. O tyto informace se velmi zajímali i rodiče. Během edukace jsem hovořila i o fixačních pomůckách, vysvětlovala jsem, že po úvodu do anestezie je potřeba končetiny zafixovat a že používáme pás pod kolena, který pásáme přes prostěradlo, mluvila jsem i tom, že po každém pacientovi jsou tyto fixační pomůcky dezinfikovány. Já jsem přesvědčena, že končetiny by se měly fixovat až po úvodu do anestezie, aby ty děti nezažívaly pocit té bezmoci. To všechno byly informace, na které se rodiče chtěli zeptat, ale možná nevěděli jak, já jim říkala všechno.“

R4, R5 a R6 se shodly, že záleží hodně na věku dítěte a také na tom, že by rodiče primárně nezapojovaly, R4 uvedla: *„Tady hodně záleží na věku dítěte, u menších dětí je to spíše o mluvení s rodiči. Já bych se snažila mluvit hlavně s těmi dětmi, rodiče bych se asi nesnažila hned zapojovat, možná bych počkala až položí nějakou otázku.“*

R5 by zapojila rodiče hlavně u menších dětí: *„Záleží na věku dítěte. Třeba u předškolních dětí bych rodiče asi spíš zapojila, rodič si může edukaci vyslechnout a pak může informace předat dítěti. Jinak bych se snažila hovořit hlavně s tomu pacientovi.“*

R6 uvedla, že by počkala až se rodiče zapojí sami: *„Já bych rodiče primárně nezapojovala, počkala bych, jestli se zapojí sami. U menších dětí bych asi očekávala, že se budou spíš ptát rodiče, v tom případě bych je do edukace samozřejmě zapojila.“*

6 DISKUZE

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaký přístup mají perioperační sestry sálů dětské chirurgie k edukaci dětského pacienta před plánovaným operačním výkonem. V podkategorii Edukace a její smysl se respondentky shodly, že edukace dětského pacienta před plánovaným operačním výkonem má smysl. Podle R3 je ale důležité, aby edukátorkou byla skutečně perioperační sestra: *„Co se týče edukace na operační sál, tak to by měla dělat skutečně perioperační sestra.“* R5 uvedla, u akutního pacienta může být edukace komplikovaná, ale edukaci u plánovaných pacientů vnímá pozitivně: *„Komplikované je to u akutních pacientů, ale u plánovaných, pokud to provoz a čas umožní, jednoznačně smysl má.“* Zeman (2000) ve své publikaci popisuje, že u akutních pacientů se akutní operační výkon provádí cca do 48 hodin od doby, kdy se začaly projevovat obtíže. V této krátké době lze provést základní vyšetření a provést krátkou předoperační přípravu. Nikola Šertlerová (2018) ve svém výzkumu uvedla, že délka edukace před akutní operací je nejčastěji 5-10 minut, to uvedlo v jejím dotazníkovém šetření 20 sester ze 42 dotazovaných, 19 sester ze 42 dotazovaných uvedlo, že jejich edukace trvá do pěti minut, pouze tři sestry ze 42 dotazovaných uvedly, že edukují 10-15 minut. Všechny respondentky považují edukaci za přínosnou, hlavně pokud jde o informace o operačním výkonu a všech intervencích, tyto informace má mít dle respondentek každý pacient. Respondentky R2 a R3 zmínily také věk dítěte. R2: *„Dítě by mělo být informované, informace by měly odpovídat jeho věku.“* R3: *„Předávání informací je určitě důležité, ale tady bude hrát velkou roli věk, bude záležet, zda tu situaci dítě chápe a jestli rozumí tomu, co se kolem něj děje.“*

V kategorii Perioperační sestra a její role v edukaci a v jednotlivých podkategoriích respondentky popsaly své názory na edukaci perioperační sestrou obecně a na možné zapojení do edukace osobně. V případě obecného zapojení do edukace se všechny respondentky shodly, že perioperační sestra by se do edukace pacienta zapojovat měla. R1 popsala svojí osobní zkušenost, která nebyla z jejího pohledu pozitivní, přesto uvedla, že by perioperační sestry edukovat měly: *„Moje osobní zkušenost nic nemění na tom, že by perioperační sestry měly chodit edukovat, informace o chodu operačního sálu může asi nejlépe předat jen perioperační sestra.“* V problematice vlastního zapojení do edukace se respondentky rozcházejí. Tři respondentky (R2, R4 a R6) se o zapojení do edukace vyjádřily kladně. R1 a R3 se shodly, že by se samy do edukace zapojit nechtěly. R1 uvedla konkrétní příklad, proč by se do edukace už znovu zapojit nechtěla: *„Během té bezprostřední edukace na sále nemáme ty rodiče, kteří nám*

na oddělní často kladli otázky, na které jsme prostě nedokázaly odpovědět.“ R5 zmínila, že na edukaci by musela být vyčleněná sestra, která by chodila edukovat a hovořila o tom, že je potřeba, aby v edukaci byla pravidelnost. Andrea Drobiličová (2015) ve svém článku zmiňuje projekt s názvem Edukační sestra a popisuje, jak je činnost edukační sestry důležitá. V tomto projektu se sestry snaží aktivně zapojovat pacienty a jejich příbuzné do procesu poskytování zdravotní péče. Ve Fakultní nemocnici Olomouc byl založen tým edukačních sester, které mají za úkol vytvářet edukační plány podle stavu pacienta a jeho znalostí. Edukační sestry se snaží do projektu zapojit i příbuzné pacientů.

U prvního dílčího cíle bylo úkolem získat informace o tom, jaké jsou podle perioperačních sester sálů dětské chirurgie největší překážky v edukaci. Všechny respondentky se shodly, že největší překážkou v edukaci je nedostatek času. R2 pak také dodala, že kromě nedostatku času, vnímá problém i v nedostatku personálu: „*Myslím si, že čas, počet pracovníků a samozřejmě je strašně důležité, jak by ti lidé byli osloveni, aby to nebrali jako rozkaz.*“ V bakalářské práci Miluše Fotrové (2012) osm z devíti dotazovaných perioperačních sester uvedlo, že největší překážkou je především nedostatek času na pacienty, druhým problémem je pak nedostatek personálu, ten zmínilo pět z dotazovaných devíti perioperačních sester. Matlochová (2012) uvádí, že podle některých perioperačních sester je edukace jakousi prací navíc, a ne vždy na to zbývá čas, sestry také argumentují tím, že pacient je premedikován a ze sálu si téměř nic nepamatuje. Některé perioperační sestry jsou i toho názoru, že pacienty edukace nezajímá nebo informacím, které jim perioperační sestra podá, nebudou schopni rozumět. Mandysová (2016) ve své publikaci zahrnuje nedostatek času mezi největší překážky edukace. Dále uvádí, že nedostatek času na edukaci souvisí i se zkracováním délky hospitalizace, a proto je důležité, aby sestry přizpůsobily způsob edukace tomuto trendu.

Druhý dílčí cíl se zabýval tím, jakou metodu edukace by perioperační sestry sálů dětské chirurgie používaly. Respondentky se v tomto případě shodovaly, že nejvhodnější forma edukace je předávání informací ústní formou a uváděly svoje příklady z praxe. V případě vytváření vlastního edukačního materiálu by respondentky volily knížku, brožuru nebo leták. Tři respondentky (R2, R3 a R4) by edukaci doplnily o učební pomůcky, jako jsou operační čepice, ústenky a roušky. Juřeníková (2010) uvádí, že učební pomůcky mohou zvýšit účinnost edukace a mohou napomoci k tomu, aby byly edukační cíle splněny. Je zapotřebí, aby edukátor uměl učební pomůcky používat a aby byly tyto pomůcky funkční. V případě, že edukační pomůcky funkční nebudou, může edukátor ztratit čas, který má na edukaci vyhrazený. Pomůcky mohou napomoci propojit teorii a praxi, mohou pacienta namotivovat a zajistit názornou

ukázku (Juřeníková, 2010, s. 48-49). R5 by vytvořila materiál, který by si pacienti mohli odnést s sebou domů: „*Kdybych já sama vytvářela edukační materiál, tak by to bylo něco, co si může pacient odnést s sebou domů.*“ V diplomové práci Sabiny Karpíškové (2015) bylo pomocí dotazníkového šetření zjištěno, že nejvíce sestry požívají ústní formu edukace. Dále Karpíšková uvádí, že 17 všeobecných sестry v nemocnici bez akreditace a 4 všeobecné sestry v nemocnici s akreditací využívají edukaci v písemné formě. Miluše Fotrová (2012) ve své bakalářské práci uvedla, že všech devět respondentek považuje za nejpřínosnější metodu rozhovor, druhou nejpřínosnější metodou pak byla práce s textem, které v tomto případě zahrnuje letáky. Z výzkumu, který Petra Čekalová (2022) uvedla ve své diplomové práci vyplývá, že všechny dotazované sestry edukují pacienty ústně, šest z patnácti dotazovaných sester pak uvedlo, že k edukaci používá letáky nebo brožury.

Třetí dílčí cíl se věnoval důvodu, proč již na oddělení dětské chirurgie, kde byl prováděn výzkum, edukace neprobíhá. Pouze jedna z šesti respondentek, které se zúčastnily výzkumu, neměla osobní zkušenost s edukací na oddělení dětské chirurgie, protože v letech, kdy zde edukace probíhala, byla zaměstnána na jiném pracovišti, sama ale uvedla, že pokud by se na oddělení dětské chirurgie opět začalo edukovat, ze své vlastní iniciativy by se zapojit nechtěla, je si ovšem vědoma přínosu edukace: „*Upřímně asi bych spíš chodit nechtěla. Je to určitě dobré pro pacienty, ale já sama ze své iniciativy bych to nedělala. Pokud bychom edukaci dělat musely, tak bych se samozřejmě zapojila. Uvědomuji si, že pro pacienty je to přínos, i když já sama bych ze začátku s tou komunikací s pacienty, a hlavně s jejich rodiči bojovala.*“ Ostatní respondentky se shodovaly, že kromě nedostatku času ve službách byl také problém v dlouhých operačních programech, to uvedla R2 a R4. R5 popsala, že v dnešní době přibýlo více úrazů a tím pádem se operuje více než před lety. R2 dále uvedla, že důvod, proč se od edukace nakonec ustoupilo byl i nedostatek personálu. Z odpovědí respondentek vyplývá, že se jejich osobní zkušenosti shodují s nejčastějšími překážkami pro edukaci, které jsou uvedeny výše.

Posledním dílčím cílem bylo vytvořit návrh edukační brožury, kterou lze použít v praxi pro edukaci dětského pacienta před plánovaným operačním výkonem. Tato edukační brožura byla vytvořena s povolením vrchní sestry oddělení dětské chirurgie, kde byl prováděn výzkum a nafocena s laskavou asistencí perioperačních sester sálů dětské chirurgie a nachází se v příloze této diplomové práce. Edukační brožury jsou oblíbeným edukačním materiálem. Všechny respondentky se shodly, že jako edukační materiál by vytvořily knížku, leták nebo brožuru. Z tohoto důvodu byla edukační brožura vybrána a bude použita jako výstup diplomové práce. Dle Juřeníkové (2010) patří použití informačních letáku a brožur k hojně používaným metodám

předávání informací ve zdravotnickém prostředí. Je ale důležité, aby pacient nedostával informace pouze cestou psaného materiálu, ale aby dostal od zdravotnického personálu i další informace. Leták nebo brožura by také měla odpovídat věku, vnímání pacienta a jeho diagnóze (Juřeniková, 2010, s. 45-46). Pooja Santapuram et al. (2021) ve své studii uvádí, že textové edukační materiály mají v praxi různé výsledky. V některých případech edukační brožury nebo letáky mohou snižovat úzkost u rodičů i dětských pacientů, v jiných případech pak nebyl pozorován žádný rozdíl. Přínos textových edukačních materiálů může být zvýšen za předpokladu, že bude použita i jiná metoda. Další formou předání informací může být video nebo hra, konkrétně terapeutická hra nebo zapojení klaunů, ve všech těchto případech studie prokázaly, že tyto metody úzkost snižují.

7 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala problematikou edukace dětského pacienta před plánovaným operačním výkonem. Práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část popisovala téma edukace, komunikace s dětským pacientem, rozdělením perioperační péče, dále byl v praktické části definován plánovaný operační výkon a edukace jako součást perioperační péče. Ve výzkumné části bylo pomocí kvalitativní metody, konkrétně polostrukturovaných rozhovorů, zjišťováno, jak na problematiku edukace dětského pacienta před plánovaným operačním výkonem nahlíží perioperační sestry sálů dětské chirurgie. Práce byla následně porovnána s literaturou, závěrečnými pracemi a studii. V příloze práce se nachází edukační brožura, kterou lze použít v praxi pro edukaci dětského pacienta před plánovaným operačním výkonem a slouží jako výstup z této diplomové práce.

V diplomové práci byl stanoven hlavní cíl a čtyři dílčí cíle. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaký přístup mají perioperační sestry sálů dětské chirurgie k edukaci dětského pacienta před plánovaným operačním výkonem. Perioperační sestry, které se rozhovoru zúčastnily, se shodovaly, že edukace dětského pacienta má smysl a uvedly, že perioperační sestra by se do edukace měla zapojovat. Z rozhovorů ale také vyplývá, že pouze polovina respondentek by se chtěla do edukace zapojit osobně, tento jejich přístup souvisí se zkušenostmi z minulosti, kdy během edukace často čelily otázkám ze strany rodičů, na které nedokázaly odpovědět, časové tísní, nízkému sebevědomí nebo dlouhým operačním programům, které zapříčinily, že ne vždy zbyl čas na edukaci. Celkový vliv edukace respondentky hodnotily kladně, shodovaly se, že edukace může pozitivně ovlivnit celkový pohled malého pacienta na hospitalizaci, pouze jedna respondentka s tímto tvrzením nesouhlasila. Dále pak respondentky pozitivně hodnotily i informace a edukaci jako prevenci úzkosti a strachu, dvě respondentky dokonce uvedly, že to je ten hlavní důvod, proč by se edukace měla dělat.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaká je podle perioperačních sester sálů dětské chirurgie největší překážka. Zde se všechny respondentky shodly, že největší překážkou v edukaci je nedostatek času, dalšími překážkami, které respondentky zmiňovaly, byly nedostatek personálu nebo stoupající počet akutních úrazů.

Druhý dílčí cíl se zabýval tím, jakou edukační metodu by jednotlivé účastnice výzkumu používaly. Všechny respondentky by volily ústní předávání informací a v případě vlastního edukačního materiálu by vytvořily knížku, leták nebo brožuru.

Třetí dílčí cíl se týkal důvodu ukončení edukace na oddělení, kde byl výzkum prováděn. Respondentky nejčastěji odpovídaly, že důvodem ukončení edukace byl již zmiňovaný nedostatek času ve službách, nedostatek personálu a stoupající počet akutních operačních výkonů.

Posledním dílčím cílem bylo vytvořit edukační brožuru, která by mohla sloužit jako edukační materiál pro dětské pacienty, které čeká plánovaný operační výkon. Tato brožura slouží zároveň jako výstup z diplomové práce.

Všechny cíle diplomové práce byly splněny. Z polostrukturovaných rozhovorů, které byly součástí této práce, vyplynulo, že perioperační sestry sice vnímají edukaci pozitivně, mají představu ideálních edukačních materiálech, ale zároveň jsou si vědomy, že edukace perioperační sestrou má v českém zdravotnictví mnoho překážek. Edukace i přes svojí zřejmou důležitost a potřebnost, není běžnou součástí péče a je nadále opomíjená, je spíše brána jako doplněk a systémově se s ní příliš nepočítá. Pokud by probíhal další výzkum, bylo by vhodné pomocí kvantitativního výzkum zjistit, jak se k edukaci staví perioperační sestry na jiných odděleních a v jiných chirurgických oborech. Edukace dětského pacienta je velmi specifická a v praxi se potýká s velkým množstvím překážek, její význam není vždy plně docenován, v těchto otázkách lze výzkum ještě dále rozšířit.

8 POUŽITÁ LITERATURA

ADLER, Adam C.; LEUNG, Stephanie; LEE, Benjamin H. a DUBOW, Scott R., 2018. Preparing Your Pediatric Patients and Their Families for the Operating Room: Reducing Fear of the Unknown. Online. *Pediatrics In Review*. 2018-01-01, roč. 39, č. 1, s. 13-26. ISSN 0191-9601. Dostupné z: <https://doi.org/10.1542/pir.2017-0011>. [cit. 2024-03-12].

ČEKALOVÁ, Petra. *Oblasti edukace v péči o chirurgického pacienta* [online]. České Budějovice, 2022 [cit. 2024-04-12]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Mgr. František Dolák, Ph.D. Dostupné z: https://theses.cz/id/b8ecbg/DP_Cekalova_Petra_PDF.pdf.

ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Online. In: *Zákony pro lidi*. © AION CS, s.r.o. 2010–2024. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>. [cit. 2024-04-01].

DROBILIČOVÁ, Andrea, 2015. Edukační sestra ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*. Online. Roč. 2015, č. 5. SOLEN. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2015/05/12.pdf>. [cit. 2024-02-05].

DUŠOVÁ, Bohdana; HERMANNOVÁ, Martina; JANÍKOVÁ, Eva a SALOŇOVÁ, Radka, 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0836-7.

EICHNER, Jerrold M. a JOHNSON, Beverley H., 2012. *Pediatrics*. Online. Vol. 129, no. 2. ISSN 1098-4275. Dostupné z: <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>. [cit. 2024-03-20].

FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE, 2024. *Herní terapie* [online]. Dostupné z: www.ftn.cz/herni-terapie-126/. [cit. 2024-02-27].

FOTROVÁ, Miluše. *Edukační činnost sestry v perioperační péči* [online]. České Budějovice, 2012 [cit. 2024-03-12]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Mgr. Ivana Chloubová Dostupné z: <https://theses.cz/id/m753mi/1725800>.

GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Edice pedagogické literatury. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

HUMMEL, Julia; VOSS, Stephan; CLARK, Holly; COENEN, Michaela; KLEIN, Christoph et al., 2023. Implementing a psychosocial care approach in pediatric inpatient care: process evaluation of the pilot Child Life Specialist program at the University Hospital of Munich, Germany. Online. *Frontiers in Pediatrics*. 2023-6-7, roč. 11. ISSN 2296-2360. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1178871>. [cit. 2024-15-02].

CHOC, 2024. *Pre Surgery Tours*. Online. CA. Dostupné z: <https://www.choc.org/programs-services/child-life/pre-surgery-tours/>. [cit. 2024-02-03].

JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.

JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

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

KARPÍŠKOVÁ, Sabina. *Edukace o perioperačním období v akreditovaných zdravotnických zařízeních* [online]. Pardubice, 2015 [cit. 2024-04-09]. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/60248/KarpiskovaS_EdukacePerioperacnim_JS_2015.pdf?sequence=.

KLINIKA DĚTSKÉ ONKOLOGIE A HEMATOONKOLOGIE 2. LF UK A FN MOTOL, 2024. Psychosociální tým [online]. Dostupné z: www.fnmotol.cz/microsite-kdho/o-nas/nas-tym/psychosocialni-tym/. [cit. 2024-02-24].

KRÁTKA, Anna, 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Vydání: I. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7454-635-8.

KUBEROVÁ, Helena, 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-684-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

LÖÖF, Gunilla a LÖNNQVIST, Per-Arne, 2022. Role of information and preparation for improvement of pediatric perioperative care. Online. *Pediatric Anesthesia*. Roč. 32, č. 5, s. 600-608. ISSN 1155-5645. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/pan.14419>. [cit. 2024-04-05].

MANDYSOVÁ, Petra, 2016. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Vydání: I. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-971-5.

MATĚJČEK, Zdeněk, 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany: H & H. ISBN 80-86022-92-7.

MATĚJČEK, Zdeněk, 2001. Předoperační příprava u dětí. Online. *Pediatric pro praxi*. Roč. 2001, č. 5, s. 210-211. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2001/05/02.pdf>. [cit. 2024-04-13].

MATLOCHOVÁ, Eva, 2012. *Edukace pacienta perioperační sestrou*. Online. In: <https://zdravi.euro.cz/>. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/edukace-pacienta-perioperacni-sestrou-3/>. [cit. 2024-02-29].

PIAGET, Jean a INHELDER, Bärbel, 2014. *Psychologie dítěte*. Přeložil Eva VYSKOČILOVÁ. Klasici (Portál). Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0691-0.

PLEVOVÁ, Ilona a SLOWIK, Regina, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.

ROTHOVÁ, Michaela. Komunikace s rodiči jako strategie vzájemného porozumění. Online. [Zdraví.euro.cz](https://zdravi.euro.cz/). Roč. 2014. [cit. 2024-04-13].

SANTAPURAM, Pooja; STONE, Amanda L.; WALDEN, Rachel Lane a ALEXANDER, Louise, 2021. Interventions for Parental Anxiety in Preparation for Pediatric Surgery: A Narrative Review. Online. *Children*. Roč. 8, č. 11. ISSN 2227-9067. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/children8111069>. [cit. 2024-01-28].

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.

SIKOROVÁ, Lucie, 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3593-1.

ŠERTLEROVÁ, Nikola. *Edukační dovednosti a jejich uplatňování v praxi* [online]. Praha, 2018 [cit. 2024-04-12]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta. PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., PhD. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/98398/130226333.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [cit. 2024-04-02].

VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

Předoperační příprava u dětí, 2016. Online. *Pediatric pro praxi*. Roč. 2016, č. 3, s. 158-161. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/03/07.pdf>. [cit. 2024-04-13].

WENDSCHE, Peter; POKORNÁ, Andrea a ŠTEFKOVÁ, Ivana, 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-894-0.

WICHSOVÁ, Jana, 2013. *Sestra a perioperační péče*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3754-6.

ZACHAROVÁ, Eva a ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZEMAN, Miroslav, 2000. *Chirurgická propedeutika*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-705-2.

9 PŘÍLOHY

Příloha A – Edukační brožura.....	68
Příloha B – Učební pomůcky.....	86
Příloha C – Ukázka kódování.....	87

MEDVÍDKOVO VYPRÁVĚNÍ

O TOM, JAK MU V NEMOCNICI OPRAVILI BŘÍŠKO



Od paní doktorky jsme se s maminkou dozvěděli, že mám kýlu a že budu muset do nemocnice na operaci.

Lekl jsem se, nechtěl jsem do nemocnice. Paní doktorka mi ale vše začala vysvětlovat a také mi řekla, že maminka tam bude se mnou.

Už jsem se bál o trochu méně, ale vůbec jsem nevěděl, jak to bude vypadat na tom operačním sále.

Dneska už mám břicho opravené a také vím, jak to na tom operačním sále vypadá. Chtěl bych vám to teď všechno povědět.



Ve své útulné postýlce jsem odjel s moc hodnou sestřičkou k výtahu. Na ten jsem se moc těšil, je to totiž strašně velký výtah, kam se vejde celá postel.



Výtah se mi moc líbil, byl plný světla a ta hodná sestřička byla celou dobu se mnou. S maminkou jsem se rozloučil u výtahu, ale všichni mi slíbili, že tam na mě bude čekat až se z toho sálu vrátím zpátky.



Když jsme se dostali výtahem dolů, ocitnul jsem se v chodbě, která měla barvu jako sluníčko. Na konci té chodby na mě čekaly další hodné sestřičky, měly na hlavě srandovní čepice.



Musel jsem ze svojí postýlky do jiné, sestřičky té nové postýlce říkaly operační stůl, to mě trochu vyděsilo, ale vůbec nic nedělal, naopak moc hezky se mnou jezdil nahoru a dolů, to byla zábava, bylo to jako někde na pouti.



Dostat jsem novou vyhřátou peřinku. Hned jak mi sestřičky pomohly z mojí postýlky na operační stůl, tak měl přikryly. Nikde jsem neležel s nahatým kožíškem.



Od sestřičky ze sálu jsem dostal tu stejnou čepičku, jakou měla ona.



Sestřička ze sálu mi řekla, že mě musí připoutat, abych nepadnul. Byl jsem připoutaný jako v autě.



Když mě sestřička připoutala, mohli jsme vyrazit. Jel jsem na velikém operačním stole. Zase všude byla ta sluníčková chodba.



Na sále bylo plno přístrojů a světýlek. Uspávací sestřička a paní doktorka mi všechno říkaly a vysvětlovaly. Uspávací sestřička mi musela něco píchnout, píchlo to trochu jako včelka, ale bolelo to jen trošičku. Taky jsem na packu dostal kolíček, co svítil.



Paní doktorka mi dala na čumáček masku, byl jsem jako potápěč. Do kanyly mi pak sestřička dala takovou vodičku a nakonec mlíčko, po kterém se mi chtělo spát. Pak už se mi zdály jen samé krásné sny.



Probudil jsem se na chvíli, ale pořád jsem byl unavený, celou dobu se mnou byla sestřička a říkala mi, že už jedu do své postýlky a hlavně, za maminkou!



Zpátky ve své postýlce to bylo lepší,
mohl jsem se zachumlat a odpočívat.
Už jsem jel za maminkou.



Projel jsem sluníčkovou chodbou zpátky a výtahem přímo nahoru na oddělení, kde na mě čekala maminka.



A už jsem zpátky u sestřiček na oddělení,
a hlavně zpátky u maminky!

Děkuji personálu dětské chirurgie a speciálně pak personálu sálů dětské chirurgie za trpělivost, ochotu a asistenci při focení této brožury.

Fotografie jsou z osobního archivu autorky a byly nafoceny s laskavým souhlasem vrchní sestry dětské chirurgie.

Bc. Karolína Nosková

Praha, 2024

Příloha B – Učební pomůcky



