

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Tereza Plachá

**Tvorba edukačních materiálů pro pacienty dětské
otorinolaryngologie**

*Creation of educational materials for patients of
pediatric otorhinolaryngology*

Bakalářská práce

Praha, 2019

Autor práce: Tereza Plachá

Studijní program: Veřejné zdravotnictví

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: **PhDr. Hana Svobodová, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 24.6.2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 28.5.2019

Tereza Plachá

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat všem, kteří se podíleli na vzniku bakalářské práce. Velký dík patří lékařům a sestřám z dětské ORL a dalším zdravotníkům dětské části FN v Motole, jmenovitě MUDr. Nikole Brzybohaté, MUDr. Markétě Rackové, Bc. Martinovi Kamarádovi a Jaroslavě Bechyňové.

Za spolupráci při tvorbě edukačních materiálů děkuji Sylvii Holúbkové, jež ztvárnila roli pacientovy maminky, a Martinovi Rýzovi, který je autorem fotografií, využitých v edukačních materiálech, a mnohých grafických úprav.

Za odborné vedení mé bakalářské práce, velkou míru trpělivosti a ochoty, rychlost, lidský přístup a také za podnětné rady při zpracovávání práce děkuji vedoucí práce PhDr. Haně Svobodové, Ph.D.

Obsah

ÚVOD	7
1. Dětská ORL.....	8
1.1. Stručná anatomie a fyziologie dětské ORL oblasti	8
1.1.1. Sluchové a rovnovážné ústrojí	8
1.1.2. Dýchací cesty	9
1.1.3. Polykací cesty	10
1.2. Nejčastější onemocnění pacientů dětské ORL.....	11
1.2.1. Akutní zánět středouší	12
1.2.2. Sekretorický zánět středouší.....	12
1.2.3. Adenoidní vegetace.....	13
1.2.4. Akutní infekční rinosinusitida.....	14
1.2.5. Poruchy dýchání ve spánku.....	15
1.3. Nejčastější vyšetření v rámci dětské ORL.....	15
1.3.1. Základní vyšetření	15
1.3.2. Zobrazovací metody	17
1.3.3. Vyšetření sluchu	17
1.4. Nejčastější ambulantní zákroky v rámci dětské ORL.....	18
1.4.1. Paracentéza ušního bubínku	18
1.4.2. Ošetření krvácení z nosu	19
1.4.3. Cizí tělesa v ORL oblasti.....	19
1.4.4. Další zákroky.....	20
1.5. Specifika ambulantní ORL péče pro dětské pacienty.....	20
1.6. Specifika péče při hospitalizaci pacientů dětské ORL	21
2. Dětský pacient	22
2.1. Vývojové charakteristiky předškolního a školního věku	22
2.1.1. Předškolní věk	22
2.1.2. Mladší školní věk	22
2.1.3. Starší školní věk	23
2.2. Psychika dětského pacienta	23
2.3. Hospitalizmus u dětí.....	25
2.4. Přístup k dětskému pacientovi.....	25
2.4.1. Příprava dítěte na zákrok či vyšetření.....	25
2.4.2. Pobyt dítěte v nemocnici a návštěvy rodičů	26
2.4.3. Komunikace s nemocným pacientem podle věku	27
2.4.4. Chyby v komunikaci s dětským pacientem	28
2.5. Charta práv dětí v nemocnici	29
3. Edukace dětského pacienta formou herní terapie	30
3.1. Hra a její vliv na psychiku dětského pacienta	30
3.2. Podstata a průběh herní terapie	31
3.2.1. Podstata herní terapie	31
3.2.2. Průběh herní terapie	32

3.2.3.	Pomůcky k herní terapii	33
3.2.4.	Další možnosti herní terapie	34
3.3.	Úloha nemocničního personálu při hře	35
3.3.1.	Úloha sestry při herních aktivitách	35
3.3.2.	Úloha herního terapeuta při herních aktivitách	36
3.4.	Úloha rodičů v zajištění aktivit dětského pacienta	36
3.5.	Význam mateřských a základních škol při nemocnici	37
3.6.	Efektivita herní terapie u dětí	37
3.7.	Vybrané organizace zabývající se herní terapií.....	38
3.7.1.	Nadační fond klíček	38
3.7.2.	Projekt UTB Zlín.....	38
3.7.3.	Zdravotní klaun	39
4.	Formy edukace na dětské ORL FN v Motole	40
	PRAKTICKÁ ČÁST	42
1.	Cíle a metodika	42
2.	Edukační materiály.....	43
2.1.	Tvorba edukačních materiálů.....	43
2.2.	Jednotlivé edukační materiály	45
2.2.1.	Fotoknižka Pejsek Tlapka a příběh o nosní mandli	45
2.2.2.	Edukační karty s pejskem Tlapkou	46
2.2.3.	Hra Dvojice	47
2.2.4.	Hra Pexeso.....	47
2.3.	Zhodnocení.....	48
	ZÁVĚR.....	49
	SOUHRN.....	50
	SUMMARY.....	51
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	53
	SEZNAM OBRÁZKŮ	57
	SEZNAM PŘÍLOH.....	57
	PŘÍLOHY	58

Úvod

Koncept bakalářské práce jsem promýšlela již během svého působení na dětské ORL klinice Fakultní nemocnice v Motole. Tam jsem během více než roční zkušenosti načerpala mnoho inspirace, jak budoucí práci pojmut. Dennodenně jsem byla svědkem vyšetření a zákroků, kdy se dětský pacient nenechal dobrovolně ošetřit a mnohdy odcházel ještě z ordinace s brekem. Když se vrátil ke kontrolnímu ošetření nebo s jiným problémem, byl vyděšený už předem a jeho nevěle k ošetření gradovala. Rozhodla jsem se tedy vytvořit edukační materiál, díky kterému se u dětí zmírní strach z neznámého a pohádkově, mnohdy i vtipně, přiblíží malému pacientovi, co ho čeká.

Cílem mé práce je podat ucelené informace o problematice dětského pacienta na ORL pracovišti. Teoretickou část jsem tedy rozdělila do 4 základních kapitol. První pojednává o dětské otorinolaryngologii obecně. Začínám stručným anatomicko-fyziologickým přehledem dětské ORL oblasti, kde se soustředím hlavně na rozdíly mezi dětmi a dospělými. Na dalších stránkách se zaměřuji především na nejčastější situace v ambulantní praxi a jejich řešení. Druhá kapitola řeší problematiku dětského pacienta, jeho trápení, potřeby a práva. Třetí kapitola představuje herní terapii, její funkci a cíle v léčebném a ošetřovatelském procesu. Nastihuje možnosti jejího využití. Poslední teoretická kapitola propojuje mé zkušenosti s ošetřením dětí ve Fakultní nemocnici v Motole spolu s informacemi o běžných postupech z dostupné odborné literatury.

Praktická část je stručnější, jedná se především o postup tvorby edukačních materiálů, které ke své bakalářské práci přikládám. Na začátku popisuji, co od materiálů očekávám, co bude jejich cílem. Nechybí ani zhodnocení práce na konci praktické části. Výsledkem mé práce jsou edukační materiály přímo využitelné v praxi Kliniky ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN v Motole.

1. Dětská ORL

1.1. Stručná anatomie a fyziologie dětské ORL oblasti

Od narození do dospělého věku se tělo kvantitativně i kvalitativně mění, což je projevem růstu a vývoje. Dítě není zmenšenou podobou dospělého člověka, ale má typické proporce, tvary. Také vývoj a růst orgánů je propojen se změnami fyziologickými (43). Níže se stručně zabývám morfologickými i funkčními odlišnostmi mezi dětmi a dospělými v oblastech spadajících do ORL.

1.1.1. Sluchové a rovnovážné ústrojí

Zevní ucho

Ušní boltec je již po porodu dobře vyvinutý. Chrupavka je formována podobně jako u dospělého. Během růstu se délka ušního boltce přibližně zdvojnásobí. Kolem 15. roku věku dosahuje své definitivní velikosti (47).

Zevní zvukovod vypadá po narození jako štěrbina s nálevkovitým rozšířením na obou koncích. Postnatálně se mění jeho velikost, tvar, průběh i topografické vztahy. Mezi 6. a 9. rokem věku obvykle dosahuje finální podoby (43).

Mezi dětským bubínkem a tím u dospělého není velký rozdíl. Bubínek naroste mírně do šířky. Mění se především sklon zevního zvukovodu k bubínku (43).

Střední ucho

Bubínková dutina je u novorozence téměř totožné velikosti ve srovnání s dospělým. Stěny jsou poměrně tenké, po 1. roce života kostní vrstva zesiluje. K případnému šíření infekce do okolí mohou přispívat některé štěrbiny, které v bubínkové dutině přetrvávají. Jsou vyplněny vazivem a postupně se uzavírají. Sluchové kůstky se formují již během nitroděložního vývoje. Po narození svou strukturu ani tvar nemění (43).

Sluchová trubice je po narození výrazně kratší a širší než v dospělém věku. Souběžně s věkem roste kostěná i chrupavčitá část trubice, průměr dutinky se ale nemění (43).

Vnitřní ucho

Kostěný i blanitý labyrint se již od narození podobají tomu dospělému. Dochází pouze k mírnému zvětšení a nepatrným změnám ve vzájemné poloze jednotlivých kanálků (43).

1.1.2. Dýchací cesty

Zevní nos a dutina nosní

Nos novorozence má zcela odlišnou stavbu od dospělého, třebaže tak na první pohled nevypadá. Vzhledově je krátký, tupý, plochý a široký. Hřbet je málo vyvinutý a nosní křídla jsou malá a protažená. Nos získává definitivní tvar až kolem puberty (43).

Dutina nosní je u dětí výrazně menší. Nosní východ je proto velmi nízký a choany mají kruhovitý tvar. V průběhu vývoje se dutina rozšiřuje všemi směry, což souvisí s rozvojem vedlejších dutin nosních a růstem horní čelisti. Do dospělého věku se výška přibližně ztrojnásobí, zatímco šířka a délka se zdvojnásobí (43).

Vedlejší nosní dutiny

Dutina horní čelisti vypadá u novorozence jako vak. Během prvních měsíců se mění z hranatého tvaru na zaoblený a zvětšuje se. To se projevuje vyklenutím obličejové plochy horní čelisti. Od sedmého roku dítěte se opět mění tvarově na hranatý čtyřúhelník. Zubní váčky mléčných zubů nemají na tvar dutiny žádný vliv, naopak vývoj stálých zubů je pro rozsah dutiny významný. Do 14. roku je obvykle dosaženo definitivního tvaru (43).

Dutina čelní kosti vypadá u novorozence pouze jako malá prohlubeň. Dutinka se zvětšuje velmi pomalu od začátku 2. roku a může růst až do 25. roku života (47).

Odštěpením horní zadní části dutiny nosní vzniká dutina kosti klínové. Nejprve vypadá jako malý slepý slizniční váček, který se ale zvětšuje a dorůstá do rozmanitého tvaru (43).

U novorozeného dítěte jsou založeny dutiny v kosti čichové. Ty v prvních letech intenzivně rostou. Kolem 14. roku dosahují konečné velikosti, ale s růstem lebky se mohou ještě lehce zvětšovat (43).

Hrtan

V průběhu růstu dítěte dochází zejména ke změnám na štítné, prstencové a příklopkové chrupavce. Celkově hrtan roste v prvních 4 letech života rychle, později už se zvětšuje jen málo. Výška hrtanu se od novorozeneckého období do dospělého přibližně ztrojnásobí. V průběhu dětství se hrtan posouvá kaudálním směrem. U 4–6letých dětí pozorujeme lehce větší hrtan u chlapců. Ve 12 letech najdeme naopak větší hrtan u dívek. Po pubertě dochází k zvětšení a tvarovému odlišení u mužů (43).

1.1.3. Polykací cesty

Dutina ústní

U novorozence a kojence je dutina ústní nízká a úzká. Chybí zuby a alveolární výběžky čelistí. Na přechodu dásní ve rty jsou široké slizniční řasy, z nichž se později formují uzdičky. Jazyk je už u novorozeněte velký, ale jeho pohyblivá část je krátká. Vyplňuje prakticky celý otvor dutiny ústní. Postupně přibývají chuťové pohárky a jazyk roste do délky i šířky, čímž také nabývá na pohyblivosti (43).

Dětské patro je široké a ploché. Během růstu se jeho tvar mění. V sagitálním směru se vytvoří vyklenutí. V dětství je rovněž patrný bradavičnatý výběžek. Rty a tváře jsou v období kojení přizpůsobené k sání mateřského mléka. Později už se pouze zvětšují (47).

Patrové mandle jsou při narození poměrně malé. Lymfoidní tkáň mandlí obsahuje minimum lymfocytů. V prvních měsících života se kolem nich vytvoří vazivové pouzdro. Největšího rozvoje dosahují kolem 15. roku věku. Velikost a uspořádání je ale u každého velice variabilní (43).

Nosohltan a hltan

V dětském věku se liší hltan především tvarem, velikostí a proporcionalitou. Do 5. roku v návaznosti na prořezávání zubů a vývoj obličejové části lebky dochází k nejrychlejšímu růstu. Poté je růst pomalejší, během puberty se úplně zastaví. V nosohltanu nacházíme také nosní mandli (adenoidní vegetace). U novorozence ji tvoří několik valů. Maximálního rozvoje dosahuje mezi 5. a 10. rokem. Později dochází k involuci. Na laterální stěně nosohltanu najdeme vyústění Eustachovy trubice (43).

1.2. Nejčastější onemocnění pacientů dětské ORL

Následující kapitola stručně pojednává o nejčastěji vyskytujících se problémech u dětských pacientů v ORL ambulancích dle literárních zdrojů i vlastních zkušeností z dětské ORL ve Fakultní nemocnici v Motole. Zaměření je především na obecnou charakteristiku onemocnění, diagnostiku, možnosti léčby, případně statistické údaje.

1.2.1. Akutní zánět středouší

Akutní zánět středního ucha je infekční onemocnění, které vzniká často jako komplikace virových respiračních onemocnění. Mezi rizikové faktory patří vrozené vady postihující anatomické struktury hlavy a krku, defekty imunity, dále pasivní kouření či pravidelní pobyt ve větším kolektivu dětí. Uvádí se, že tento zánět v různé formě závažnosti prodělají přibližně 2/3 dětí do 2 let věku (40).

Původcem jsou nejčastěji respirační viry, méně často bakterie, a to zejména *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes* či *Moraxella catarrhalis* (40).

Klinickými příznaky akutního zánětu středouší jsou bolest ucha, okolí ucha a hlavy, pláč a neklid dítěte, zvýšená teplota až horečka, poruchy sluchu (40). Diagnostickou metodou je především otoskopické vyšetření, kdy pro akutní otitidu svědčí nález zarudnutí a vyklenutí bubínku, tekutina za bubínkem a výtok ze středouší. Může být provedena také tympanometrie, která potvrdí sníženou pohyblivost bubínku (15).

Akutní otitida má u dětí velmi často tendence ke spontánnímu uzdravení. Obvykle ustoupí potíže po 4 dnech. Uplatňuje se tedy zejména analgetická terapie, v některých případech antibiotická léčba a paracentéza. Je to jedno z nejčastějších onemocnění, které je u dětí léčeno antibiotiky (7). Při opakovaných atakách může dojít k přechodu zánětu do chronicity nebo k dalším komplikacím (40).

1.2.2. Sekreторický zánět středouší

Jedná se o nahromadění tekutiny v bubínkové dutině bez známek akutního zánětu. Objevuje se běžně po akutní otitidě nebo rinosinusitidě u dětí ve věku od 2 do 5 let. Vysoce rizikovým faktorem je postižení Downovým syndromem nebo výskyt rozštěpových vad (15). Téměř 90 % dětí předškolního věku má po určitou dobu

sekret ve středouší (39) a v naprosté většině případů dojde ke spontánní úpravě bez následků pro sluch.

Příčinou je špatná funkce Eustachovy trubice. Není tak správně ventilováno středouší a dochází k hromadění tekutiny. Dysfunkce je způsobena obstrukcí ústí trubice vlivem zánětu či morfologických změn (např. při adenoidní vegetaci) (15).

Klinické projevy jsou většinou mírné. Rodiče u malých dětí pozorují zhoršení sluchu, starší děti si mohou stěžovat na zalehnutí v uchu. Diagnosticky je důležitá anamnéza, otoskopický nálezn a zejména tympanometrické vyšetření, eventuálně audiologické vyšetření (15).

Léčba je obvykle chirurgická. Nejčastěji se v celkové anestezii odstraní nosní mandle (adenotomie), provede se paracentéza s následným odsátím nahromaděné tekutiny. Mohou se zavést ventilační trubičky (gromety) do bubínku jako prevence dalšího zánětu (15). V anglosaské literatuře se naopak uvádí zavedení ventilační trubičky na prvním místě v chirurgické léčbě. Dle provedené studie (39) u 319 pacientů s průměrným věkem 6 let bylo zjištěno, že chirurgická léčba s adenotomií má o 20 % vyšší úspěšnost než pouhé zavedení ventilačních gromet.

1.2.3. Adenoidní vegetace

Adenoidní vegetace je označení pro zbytnělou nosní mandli. Příčinou jsou nejčastěji opakované záněty a infekce horních cest dýchacích, ale mohou ji způsobit i prachové částice v ovzduší, kouř nebo alergený (17). Často ale dochází k patologickému osídlení adenoidní tkáně a vzniku infekčního ložiska, které se podílí na vzniku zánětů vedlejších dutin nosních či zánětů středouší. V jiném případě může nosní mandle dosahovat velkého objemu, a tak mechanicky

blokovat část nosohltanu, choany a způsobovat zhoršenou nosní průchodnost a chrápání (15).

Příznaky, které ukazují na zvětšenou adenoidní tkáň jsou především dýchání ústy a chrápání, časté otitidy a časté infekce dýchacích cest. Otolaryngolog vyšetřuje nosní mandli nejčastěji endoskopicky a posoudí stupeň velikosti. Následně se rozhodne spolu s rodiči o dalším postupu. Je možné zvolit postup konzervativní, docházet na pravidelné kontroly a léčit pouze příznaky. Další variantou je adenotomie (chirurgické odstranění nosní mandle). Jedná se o velmi častý chirurgický zákrok u dětí. Často je kombinovaný s paracentézou a odsátím sekretu za bubínkem, eventuálně se zavedením ventilačních trubiček gromet (15).

1.2.4. Akutní infekční rinosinitida

Rinosinitida se u dětí vyskytuje nejčastěji v akutní formě. Hlavními příznaky jsou zhoršená nosní průchodnost a zvýšená sekrece z nosu. Může být přítomný kašel, zvýšená teplota nebo bolest hlavy. Obvykle dochází k infekcím u dětí, které navštěvují školky nebo mají sourozence, od kterých se nakazí. Děti mladší 5 let mohou prodělat i 6-8 virových rinosinitid za rok a je to považováno za obvyklé, pokud se jedná o lehčí infekce. Většinou stačí dítě na několik dní izolovat od kolektivu (15).

Nejčastějšími původci tohoto onemocnění jsou rinoviry. V případě bakteriální infekce je to zejména streptococcus pneumoniae, haemophilus influenzae či moraxella catarrhalis. Pro stanovení diagnózy je důležitá anamnéza, vyšetření dutiny nosní a posouzení sekretu. Ten se eventuálně může vyšetřit i bakteriologicky. Pro potvrzení změn ve vedlejších nosních dutinách mohou být využity také zobrazovací metody RTG nebo CT (15).

Léčba je především symptomatická. V případě bakteriální infekce i antibiotická. Velmi důležitou součástí léčby je účinné smrkání, u menších dětí odsávání sekretu z nosu (15).

1.2.5. Poruchy dýchání ve spánku

Tyto poruchy se projevují jako různě závažné stavy. Tím nejméně závažným je chrápání. Závažnějším stavem je potom syndrom zvýšené rezistence v horních cestách dýchacích. Docházet může i obstrukčnímu syndromu spánkové apnoe (OSAS), který je typický apnoickými pauzami. Tyto poruchy jsou způsobené zejména zúžením v oblasti horních cest dýchacích, mohou se podílet i neuromuskulární faktory (15).

Příznaky se dělí na noční a denní. Mezi noční řadíme chrápání, vzlykavé dýchání, nepřírozená poloha, pocení, pomočování, pauzy v dýchání. Do denních patří ranní bolesti hlavy, mrzutost, porucha soustředění, neklid, poruchy chování, zvýšená spavost. Dlouhodobější důsledky poruchy spánku potom mohou vygradovat až ke kardiovaskulárním problémům nebo opožděnému psychomotorickému vývoji (15).

Pro stanovení diagnózy je důležité pečlivé odebrání anamnestických dat, celkové fyzikální vyšetření. Pro diagnózu OSAS se používá celonoční polysomnografie. Nálezem vyšetření bývá často hypertrofie krčních mandlí i nosní mandle. Doporučuje se tedy adenotomie a tonzilektomie, eventuálně tonzilotomie, kdy se seřízne pouze část krčních mandlí (není vhodné u pacientů s častými streptokokovými tonzilofaryngitidami) (27).

1.3. Nejčastější vyšetření v rámci dětské ORL

1.3.1. Základní vyšetření

Základním diagnostickým postupem je vyšetření pacienta pohledem, pohmatem, méně často poslechem a poklepem. Standardem v diagnostice by měla být v ORL ambulanci i endoskopická vyšetření. Vyšetření probíhají i u dětí v naprosté většině bez lokální anestezie (13).

Vyšetření dutiny ústní a hltanu

Vyšetřuje se vestibulum dutiny ústní s ústím slinných žláz, jazyka, patrových oblouků, patrových mandlí, měkkého patra, stěny nosohltanu a hrtanová příklopka. K vyšetření se využívají ústní lopatky, které jsou buď jednorázové dřevěné nebo kovové. K palpačnímu vyšetření dutiny ústní (např. kontrola vývodu slinných žláz) je nutné použití rukavic (1).

Vyšetření hrtanu, průdušnice a průdušek

Hrtan se vyšetřuje zevně, kde lze pozorovat pouze morfologické změny, ev. bolestivost v této oblasti. K nepřímé laryngoskopii (vyšetření hrtanu) se využívají laryngoskopická zrcátka, která jsou zahřívána nebo potřena roztokem proti zamlžování. Do hrtanu se zavede tubus rigidního či flexibilního laryngoskopu. Často se provádí výkon současně s vyšetřením průdušnice a bronchů, a to zejména v případech, kdy je potřeba odstranit z dýchacích cest cizí těleso (1).

Vyšetření jícnu

Jícen se vyšetřuje pouze endoskopicky. Používá se především flexibilní esofagoskop. Pro některé případy odstranění cizího tělesa z jícnu nebo při poleptání a zavádění alimentární cévky se stále využívá i rigidní esofagoskop (1).

Vyšetření nosu, nosohltanu a vedlejších dutin nosních

Vyšetření se vždy zahájí zevní kontrolou nosu. Následuje vyšetření nosním zrcátkem, kde se pátrá po různých neobvyklých změnách, např. po úrazech, krvácení z nosu, sekrece z nosu atd. Vyšetření může být doplněno endoskopií, kdy se do nosu zavede tenký flexibilní epifaryngoskop a optikou se vyšetří jak dutina nosní, tak i nosohltan. Velmi často se používá při vyšetření stupně adenoidní vegetace. Pro diagnostiku vedlejších dutin nosních se stále využívá rentgenové vyšetření (1).

Vyšetření ucha

Po zevní prohlídce ucha se přistupuje k otoskopii. K té se využívá buď klasický otoskop nebo mikroskop, který odhalí i drobné patologické změny jako retrakce bubínku. Pomocí mikroskopu dokáže ORL specialista posoudit i charakter sekretu ve středoušní dutině (13). Součástí vyšetření může být i ladičková zkouška a vestibulární vyšetření (1).

1.3.2. Zobrazovací metody

Ze zobrazovacích metod se v ORL diagnostice užívá zejména ultrasonografie, RTG, CT a nukleární magnetická rezonance (NMR). Ultrasonografie se provádí při vyšetření štítné žlázy, hrtanu, lymfatických uzlin a měkkých částí krku. RTG vyšetření je indikováno především po úrazech v oblasti hlavy a dále diagnostiku vedlejších nosních dutin. CT a NMR se u menších dětí provádí v analgosedaci, která vede k silnému utlumení pacienta. U NMR je důležité dbát na to, aby na těle nebyly přítomny žádné kovové části (1).

1.3.3. Vyšetření sluchu

K vyšetření sluchu patří subjektivní metody – ladičková zkouška, tónová audiometrie a řečová audiometrie. Mezi objektivní zkoušky řadíme tympanometrii, reflexy středoušních svalů, otoakustické emise, vyšetření kmenových potenciálů BERA a ustálených evokovaných potenciálů SSEP (1).

Tónová audiometrie

Jedná se o vyšetření sluchu pomocí čistých tónů, které jsou přiváděny do sluchátek pacienta. Principem je vyšetření vzdušného a kostního vedení tónu. Každý tón má přesně definovanou vlnovou délku a amplitudu. Před vyšetřením je nutné pacienta důkladně poučit. Toto vyšetření obvykle zvládají děti starší 6 let. Pacient ve chvíli, kdy uslyší zvuk ve sluchátkách, stiskne signalizační zařízení. Poté naopak signalizuje, že tón už neslyší. Audiogram vyhodnotí signály, a získáme tak křivky, ze který lze odečíst typ poruchy sluchu (1).

Tympanometrie

Tympanometrie je vyšetření odporu převodního aparátu středního ucha. Nejde přímo o test sluchu, ale metoda přeneseně porovnává tlak ve středouší s tím atmosférickým a také poddajnost středoušní dutiny (13). Spočívá v utěsnění zvukovodu odpovídající olivou se třemi kanály. V prostoru zvukovodu se vytvoří podtlak. Ten se změní na přetlak. Sleduje se tak změna objemu prostoru. Vyšetření nelze provést u pacientů s perforací bubínku (zavedenou ventilační trubičkou). Změny tlaku jsou vyneseny do tympanometrické křivky, ze které lze usoudit, zda se nachází tekutina ve středouší či nikoliv (1).

Otoakustické emise

Toto vyšetření se provádí v rámci screeningového programu u novorozenců po vymizení plodové vody ze středouší, obvykle 3. den po narození. Do zevního zvukovodu se vloží malá sonda, která vysílá zvuky a zároveň zaznamenává emise. Výsledkem jsou výbavné či nevýbavné emise. Výbavné emise značí předpoklad dobrého sluchu. Nevýbavné emise se několikrát potvrzují dalšími metodami měření sluchu. Lze předpokládat některou z poruch (1).

1.4. Nejčastější ambulantní zákroky v rámci dětské ORL

1.4.1. Paracentéza ušního bubínku

Je to výkon, který se v ambulancích provádí velmi často. Jedná se o protěť bubínku takovým způsobem, aby mohl odtéct ze středouší hnisavý sekret, jenž se zde nachází při středoušním zánětu (18). Lékař nejdříve provede otoskopii a zhodnotí stav. Následně může provést lokální anestezii bubínku. Výkon se probíhá obvykle vleže, méně často i v sedě. Je nutná spolupráce rodičů a dobrá fixace dítěte, sestra přidržuje hlavu a podává nástroje (1).

Před samotným zákrokem se snažíme pacienta uklidnit a vysvětlit mu další postup. Obzvláště u dětí se jedná o velmi stresující záležitost. Neslibujeme dítěti bezbolestný zákrok, ale zbytečně ho nestrašíme. Po zákroku se podávají léky na tlumení teplot, ucho se chladí, v některých případech lékař předepíše antibiotickou léčbu. V případě, že středoušní zánět doprovází rýma, je důležité poučit rodiče, aby dítě správně smrkalo (1).

Pokud dochází k častým středoušním zánětům a zároveň je zvětšená nosní mandle, obvykle lékař doporučí adenotomii spolu s paracentézou a odsátím sekretu v celkové anestezii s případným zavedením drenážních trubiček gromet (1).

1.4.2. Ošetření krvácení z nosu

Krvácení z dutiny nosní způsobuje celá řada příčin. U dětí se jedná nejčastěji o úraz, neodborné čištění nosní dutiny, poranění cizím tělesem nebo neopatrné „šťourání“. Obvykle postačí tisknout nosní křídla proti nosní přepážce, předklonit hlavu a chladit zátylek. Pokud se krvácení do 15 minut nezastaví, lékař provede tamponádu. Nejprve nosní dutinu vyčistí a zavede lokální anestetikum na vatovém smotku. Poté zavádí mastné longety nebo nosní špičky. Může se provést také elektrokoagulace elektrokoauterem, kterým ošetří poraněné cévy ve sliznici a dojde ke koagulaci. Podobně se může využít i chemokoagulace pomocí speciálního roztoku (1).

1.4.3. Cizí tělesa v ORL oblasti

Cizí tělesa je možné najít v dýchacích, polykacích cestách a také ve zvukovodu. Odstraňují se ambulantně, pokud jsou v dobrém dosahu pro ORL specialistu a není nutné vynětí v celkové anestezii (8).

Cizí tělesa se dostávají do ucha obvykle náhodně, zejména při ušní hygieně, a to hlavně u dětí mladšího školního věku (8). U cizích těles v uchu obvykle není

potřeba celkové anestezie. Nejčastěji se jedná o anorganická tělesa, jako jsou korálky, kuličky, vata, kamínek nebo kancelářské potřeby. Z organických těles nejčastěji narazíme na části potravin, zejména hrášek nebo oříšek. Podobně je to i u cizích těle v nose. Ta nacházíme spíše u mladších dětí, naprostá většina zákroků je opět provedena ambulantně. U aspirovaných nebo polknutých těles už bývá stav závažnější a obvykle se řeší vynětím v celkové anestezii. V dýchacích cestách najdeme nejčastěji části potravin, méně anorganická tělesa jako třeba špendlík, drátek, část hračky. Mezi častá tělesa v polykacích cestách patří kosti, kousky potravin, z anorganických těles mince a knoflíky (8).

1.4.4. Další zákroky

Mezi další ambulantní zákroky patří především ošetření ranek po úrazech, a odstranění drobných abscesů, furunklů v obličejové krajině.

1.5. Specifika ambulantní ORL péče pro dětské pacienty

Ambulantní ORL péče se považuje za péči primární, nýbrž minimum pacientů přichází s předchozím doporučením od jiného lékaře. V praxi se setkáváme často i s případy, kdy dítě nemá žádné zjevné problémy, pouze rodiče jsou něčím znepokojeni a žádají tak o vyšetření (15).

U dětí je při vyšetření nutná spolupráce nejen personálu, ale také rodičů. Podle věku dítěte je důležité seznámit ho s postupem, který bude následovat a snažit se ho uklidnit. Zároveň je důležité instruovat rodiče, jak má s dítětem během vyšetření pracovat. Během vyšetření sedí pacient ve vyšetřovacím křesle. U menších dětí je žádoucí, aby pacient seděl na rodiči, a to buď na klíně nebo na pravém stehně. Potom pomůže dítě fixovat svýma nohama a obejmutím přes paže a hrudník. Ideální je, pokud rodič zvládne jednou rukou přidržet i hlavičku, případně pomůže sestřička (1).

Při některých vyšetřeních nebo drobných zákrocích je nutné, aby dítě leželo na lůžku. V případě, že je dítě obtížně zvladatelné, poprosíme rodiče, aby z jedné strany lůžka položil jednu ruku napříč přes hrudník a dlaní objal předloktí levé ruky. Druhou rukou přidržuje rameno dolů a svým tělem fixuje hrudník a bedra, aby se pacient nevzepřel. Sestřička nebo druhý rodič pomáhá fixovat kolena, sestřička ještě přidržuje hlavičku (1).

Pro dítě vyšetření představují značný stres, proto je velmi důležité dítě už zpočátku uklidnit a nastínit mu, co ho čeká. Obzvláště fixace při vyšetření je pro dítě nepříjemná a už sama o sobě vzbuzuje nebezpečí. Pro správné provedení vyšetření nebo ošetření je však nutná. Důležité je, aby byl zdravotnický personál dobře připraven a vše trvalo co nejkratší dobu (1).

1.6. Specifika péče při hospitalizaci pacientů dětské ORL

Základem provádění kvalitní odborné péče o pacienty je především správná komunikace. Na dětském oddělení to platí obzvláště. Je důležité správně komunikovat jak s malým pacientem, tak s rodičem. Provoz a řád ORL oddělení je podobný dětskému chirurgickému oddělení. V ORL se může personál setkat více než kde jinde s neslyšícími pacienty či pacienty se zavedenou tracheostomickou kanylou, kteří nemohou mluvit (1).

V případě neslyšících pacientů, kteří umí odezírat ze rtů je potřeba vyslovovat zřetelně a snažit se vyhýbat složitým slovům a větám, vyhýbat se nadměrné gestikulaci rukou. Pokud se dorozumívají pouze znakovou řečí, využijeme tlumočníka nebo některý ze softwarových programů, máme-li tuto možnost k dispozici (1).

2. Dětský pacient

2.1. Vývojové charakteristiky předškolního a školního věku

2.1.1. Předškolní věk

Předškolní věk trvá přibližně od 3. do 6. roku. Změny nejsou tak nápadné jako v obdobích předchozích. Tříleté dítě perfektně chodí i běhá po rovném i nerovném povrchu. Čtyřleté zvládne hopsat, seskočí z menší překážky, umí házet míčem, zvládne chodit po schodech bez pomoci či držení. Dochází ke skoku ve vývoji jeho samostatnosti. Snaží se samo jíst, obléká a svléká se, zkouší si zavazovat tkaničky, při toaletě potřebuje stále menší pomoc. Velký pokrok je znát v kresbě, která se rychle zdokonaluje a zároveň se v ní projeví chápání okolního světa. Zlepšuje se řeč, zvyšuje slovní zásoba. Postupně tvoří složitější věty či souvětí. Učí se první říkanky a písničky (16). Začíná chápat okolní svět a velmi se o něj zajímá. Zvládne rozpoznat několik základních barev, v 5 letech zná některá čísla a spočítá malé množství předmětů. Tvoří úsudek. Myšlení však ještě není logické, ale převážně egocentrické. Nejvýznamnějším sociálním prostředím je rodina, která zajišťuje socializaci. Stále častěji začíná navazovat nové vztahy, které jsou podmíněně hlavně nástupem do školky (44).

2.1.2. Mladší školní věk

Toto období začíná nástupem do školy, což je pro dítě důležitý sociální mezník. Výrazně se projevuje záměrné smyslové vnímání a vytváření logických úvah. Zároveň ale děti nedokáží rozlišit důležité podněty od méně důležitých, a proto někdy vyplňují své mezery ve vnímání různými představami a fantaziemi, které považují za skutečné. Často se také projevuje sklon ke zveličování. Tělesný růst se stává plynulým, zvyšuje se tělesná síla. Stále se zdokonaluje hrubá i jemná motorika (16). Díky nástupu do školy dochází k dalšímu významnému posunu ve vývoji řeči a paměti. Z učení se stává plánovitá a záměrná činnost. Socializace je ovlivněna nejen rodinou, ale i spolužáky a učiteli. Skupina ve škole poskytuje

mnoho příležitostí poznat interakce mezi jednotlivými členy, čímž také dítě modeluje své vlastní chování a získává nové sociální role-žák a spolužák. Stabilizují se morální normy dítěte, nejsou již tolik závislé na aktuálních potřebách a emocích. Dítě začíná chápat práci a dovede vykonávat činnost delší dobu a soustředit se. Ve hře se chce přiblížit realitě a vzniká touha po vítězství zřetelná zejména ve společenských hrách (44).

2.1.3. Starší školní věk

Okolo jedenáctého roku se dítě dostává do staršího školního věku a zároveň do období dospívání, které je velmi rozmanité. Začíná se osamostatňovat. Důležitou roli hraje vztah dítěte s rodičem již před tímto obdobím. Základem dobrého vztahu rodiče s dítětem je důvěra, respekt a takt (28). Objevují sekundární pohlavní znaky a první znaky pohlavního dospívání. U dívek přichází menstruace a u chlapců poluce. Dospívající dorůstá, dozrává, vytváří nové vztahy. Dochází k výraznému zlepšení jazykových kompetencí. Rychle se rozvíjí abstraktní myšlení. Dítě dokáže vyjádřit své myšlenky a zobecnit je už téměř stejně jako dospělý. Postupně přichází na to, jak uplatnit způsoby řešení na obdobné problémy. Pokračuje proces diferenciacie autorit, rodiče často autoritu ztrácejí. Projevují se prudké výkyvy nálad, posedlost soukromím, obliba v extravaganci, nevyzpytatelnost a odcizení (24).

2.2. Psychika dětského pacienta

Psychické a fyzické prožívání fungují jako jeden celek. Nemoc přináší pro organismus velkou fyzickou a následně psychickou zátěž a obzvláště hospitalizace je závažným zásahem do zažitého stereotypu dítěte (4).

Reakce na hospitalizaci je velmi individuální. Záleží především na věku dítěte, jeho diagnóze, předchozích zkušenostech, psychických vlastnostech a vlastní osobnosti i postoji a podpoře ze strany rodiny a zdravotnického personálu. Děti na rozdíl od dospělých většinou nejsou schopné porozumět tomu, co se děje, vyhodnotit to a

se situací se vyrovnat. Nemocniční prostředí a téměř neustálá přítomnost „bílých plášťů“ budí v dítěti pocity úzkosti a strachu a tím se hůře adaptuje (34).

Hospitalizací často ztrácí pocit lásky, bezpečí, jistoty a opory, který je velice důležitý pro jeho emoční a fyzický stav, což velmi ovlivňuje průběh i délku onemocnění a hospitalizace. Obtížným bývá také časový horizont onemocnění a omezení diagnostickými a terapeutickými postupy. Podle věkové úrovně pacient přemýšlí nad nemocí a více či méně se snaží přispívat ke svému uzdravení. Pobyt dítěte v nemocnici ovlivňuje celou rodinu. Až 95 % rodičů si myslí, že hospitalizace s dítětem napomáhá pozitivnějšímu vnímání pobytu v nemocnici (11). Přítomnost rodiče při hospitalizaci je velice přínosná, avšak někdy může rodič nevědomky způsobit pasivitu dítěte tím, že po něm vyžaduje, aby bylo v nemocničním prostředí „hodné“ (45).

Souběžně s hospitalizací přichází pro dítě často neuspokojení nebo jen částečné uspokojení některých jeho potřeb. Mezi základní velmi často neuspokojenou potřebu patří nutnost pohybu. Děti jsou zvyklé na aktivitu během celého dne a náhlá změna v podobě dlouhodobého klidu na lůžku vyvolává v dítěti úzkost, vnitřní napětí a nudu. Dalším omezením bývají diety, obzvláště pokud dítě netrpí zažívacími potížemi, a tudíž nechápe jejich význam. Změna denního režimu narušuje pacientovi potřebu pravidelnosti a uspořádanosti. K negativním emocím také přispívá strach z neznáma, a to především z ošetřovatelských činností, diagnostických a léčebných zákroků (5).

Dle výzkumu (5) se ukázalo, že důvodem frustrace nižších psychosociálních potřeb je především nemožnost soběstačnosti často způsobené zavedením periferní žilní kanyly. Frustraci vyšších psychosociálních potřeb vykazuje 78 % dětí ve věku od 4 do 11 let, které nebyly hospitalizované s rodinným příslušníkem. V celkovém počtu dětí (včetně těch s pobytem rodiče během hospitalizace) frustraci vyšších psychosociálních potřeb uvedlo 33 % dětí předškolního věku a téměř 58 % dětí mladšího školního věku (vyšší procentuální zastoupení u dětí mladšího školního

věku způsobil větší počet hospitalizovaných bez rodinného příslušníka, jehož pobyt už není hrazen zdravotní pojišťovnou). Mezi tyto významné potřeby patřilo postrádání kamarádů, rodinných příslušníků, častějších návštěv a domácích zvířat.

2.3. Hospitalizmus u dětí

„Hospitalizmus je souhrn duševních příznaků, které se zejména u dítěte objevují následkem dlouhodobého pobytu v nemocnici.“ (37)

U dlouhodobě frustrovaného dítěte dochází ke změnám biologickým, jako např. nadměrná únava, vyčerpanost, nechutenství a poruchy spánku. Projevuje se apatie, lítost, pláč, strach z nových situací a úkolů, pasivita. Často působí náladově. Někdy může být unuděné, jindy naopak neklidné až agresivní. Nedokáže objektivně posoudit své chování, často se podceňuje, nebo naopak přeceňuje. Nepřijímá kritiku, nesnaží se napravit chyby, žárlí, nebo žaluje na ostatní děti. Špatně spolupracuje s dospělými. Nechce komunikovat, odmlouvá, vymlouvá se. Je nesoustředěné, nejeví zájem o poznávání, řídí se tzv. jednostrannými soudy. Vystřídá se u něj mnoho sester a lékařů, neví, komu může důvěřovat. Často se proto upíná např. na oblíbenou hračku. Může také dělat naschvály (nechává se krmit, pomočuje se atd.), jen aby na sebe upozornilo a nemuselo být samo v nemocničním pokoji. Tyto symptomy mohou vést k vývojové zaostalosti až ke vzniku psychických poruch, proto je třeba hospitalismu předcházet (37).

2.4. Přístup k dětskému pacientovi

2.4.1. Příprava dítěte na zákrok či vyšetření

Dítě by se mělo na zákrok připravit a být o něm informováno. Problémem jsou ale často rodiče, kteří s přípravou nesouhlasí. Nechtějí dítěti cokoli sdělovat a připravovat ho, a naopak si myslí, že bude lepší, když dítě překvapí a dítě třeba i silou přemůžou. V takovém případě je vhodné rodiče vyslechnout, vzít v potaz jejich argumenty a zkusit je v klidu obeznámit s vhodným řešením. Často jsou

potom rádi, že jim zdravotnický personál vysvětlí situaci (23). Z výzkumu (11) vyplývá, že 48 % dětí rodiče na výkon vůbec nepřipravuje, 46 % připraví rozhovorem a 6 % formou hry. Zároveň ale vzrůstá připravenost dětí s jejich věkem.

Další možností je nejprve podrobně informovat rodiče a dát jim návod, jak oni sami mají připravit k zákroku dítě. Takový postup se volí zejména, pokud je dítě handicapované a rodič lépe rozumí jeho specifickým potřebám. Pokud však rodič nedovolí, aby bylo dítě jakkoli informováno, jeho přání je třeba respektovat (33).

Příprava každého dětského pacienta musí probíhat zcela individuálně dle věku a osobnosti dítěte. Zdroje strachu jsou u jednotlivých věkových skupin různé. U dětí do 3 let převažuje strach z neznámých lidí, u předškolních dětí je to strach z injekce a pohledu na krev, u starších dětí ještě obava z nemoci a lékařského vyšetření (11). Obecně by příprava měla obsahovat zjištění, kolik informací už dítě má, jak informacím rozumí a čeho se obává, následně vysvětlení, co, kdy a jak dlouho se bude dít. Informujeme i o tom, zda bude vyšetření či zákrok bolestivý a jak může s bolestí pracovat. Sdělíme mu, jestli ho rodič může doprovázet a kdo další bude výkonu přítomný. Přiblížíme pacientovi, jak bude výkon probíhat. Snažíme se připravit i rodiče. Důležité je nechat čas i na případné otázky. Vše probíhá ideálně v prostoru, který je klidný a poskytuje dostatek soukromí (28).

2.4.2. Pobyt dítěte v nemocnici a návštěvy rodičů

Pro hospitalizované děti je velmi významným léčebným aspektem zapojení herních aktivit. Zlepšují totiž citový vztah, ulehčuje adaptaci na prostředí i změněný zdravotní stav, pomáhají prolomit sociální izolaci. Zejména v předškolním věku hraje hra dominantní roli v životě dítěte (28).

Součástí každého dětského oddělení by měla být herna, která je vybavena obdobně jako v mateřské škole. Taktéž vybavení a prostory lůžkových pokojů by mělo být dítěti sympatické a působit přátelsky. Cílem je, aby se dětský pacient cítil

podobně jako doma. V žádném případě tedy nejsou vhodné chladné holé prostory. Pokud dítě tráví v nemocnici delší dobu, je důležité mu zajistit i pocit soukromí (23).

Velkou roli hraje strach. Ti se často bojí svěřit dospělým a sdílí svá trápení s ostatními dětmi. Je možné, že se tak děti straší vzájemně ještě víc. Proto je vhodné děti udržovat v dobré náladě a budovat si s nimi důvěru. Zejména klid, laskavost a povzbudivé chování ošetřovatelského personálu pomáhá dětem pobyt v nemocničním prostředí překonat (23).

Významnou pomocí v péči o duševní zdraví dětského pacienta je také styk s rodinou, případně kamarády. Obzvláště u menších dětí se dle Charty práv dětí v nemocnici (Příloha 1) hospitalizuje rodič nebo někdo z rodiny současně s dítětem. Na dětských odděleních bývají také neomezené návštěvní doby. Pokud však návštěva malému pacientovi nepříjde, bývá frustrovaný, žárlí na ostatní děti a může jim závidět. Zejména v takovém případě je třeba dítě zaujmout hrou, použít hračky, které má dítě vlastní z domova apod. V případě, že je to možné, zprostředkuje se kontakt s rodinou alespoň telefonicky nebo písemně (28).

2.4.3. Komunikace s nemocným pacientem podle věku

Předškolní věk

Dětem v tomto věku vysvětlujeme vše stručně, jasně a srozumitelně. Používáme jednoduché věty, mluvíme klidně a pomalu. Pokud to není dítěti nepříjemné, snažíme se udržovat oční kontakt. Pokud nám dítě chce něco sdělit, nepřerušujeme ho, a naopak se snažíme co nejvíce naslouchat jeho poznámkám. Snažíme se chválit a oceňovat. Pro vysvětlení ošetřovatelských postupů si pomáháme herní terapií a projekcí např. na hračky apod. Necháváme dítěti možnost volby a samostatného rozhodování. Děti od personálu ocení milý a partnerský přístup. Snažíme se tedy mluvit nejen k rodičům, ale i přímo na dítě.

Nejdůležitější je potom všechna domluvená pravidla dodržet, aby dítě necítilo jako lež a podraz (41).

Školní věk

Pro vysvětlování ošetřovatelských intervencí používáme pořád jednodušší dětský slovník. Vhodné je využití komunikace o třetí osobě, kdy dojde k určitému odosobnění a připodobnění k problému někoho jiného. Respektujeme osobnost pacienta i to, že třeba komunikovat nechce. Snažíme se u něj podnítit alespoň kresbu nebo jiné formy komunikace. Jistou míru vnitřní citlivosti a nejistoty mohou dávat děti v tomto věku najevo arogantním nebo nepředvídatelným jednáním. Zkoušíme opět aplikovat spíše partnerský přístup s velkou mírou respektu a tolerance (28).

2.4.4. Chyby v komunikaci s dětským pacientem

Komunikace s dětským pacientem má své zásady, které jsou uvedeny výše. Občas se ale setkáváme s chybami v komunikaci jak ze strany zdravotníků, tak rodičů. Mezi nejčastější chyby patří nevyžádané rady. Dítě tak dostává pouze rozkazy a poučky. Lépe je dítěti konkrétně vysvětlit, proč něco nesmí nebo naopak musí. Není vhodné ani přílišné vysvětlování. Ideální je stručně nastínit danou situaci a počkat na reakci dítěte, eventuálně jeho doplňující otázky. Další chybou je předpokládání. Domníváme se, že je něco jasné a není třeba to vysvětlit. Je tedy důležité říct věci napřímo, aby si dítě nemuselo nic domýšlet. V případě, že je dítě vyčerpané nebo pláče, snažíme se spíše o tělesný kontakt a psychickou podporu než o přemrštěný soucit (21).

2.5. Charta práv dětí v nemocnici

Charta práv hospitalizovaných dětí stanovuje právo dítěte dostávat péči způsobilým zdravotnickým a pedagogickým personálem, který zná odlišnosti uspokojování fyziologických, psychických i sociálních potřeb dětí v jednotlivých věkových obdobích. Také má mít dítě možnost hry, odpočinku a vzdělávání (3). Celé znění Charty uvádím v příloze (Příloha 1).

Pravděpodobně první kodex Práv pacientů vznikl v roce 1971 a formuloval ho lékárník z Virginie. O rok později přijala Asociace amerických nemocnic vlastní práva nemocných. Většina vyspělých států přijala a vyhlásila nejprve obecnou verzi práv pacientů a následně též etické kodexy specializované (48).

V ČR na podzim roku 1990 začala pracovat první Centrální etická komise při Ministerstvu zdravotnictví. Tehdy podala profesorka Helena Haškovcová návrh, aby byl i u nás vypracován etický kodex práv pacientů. Návrh byl přijat a definitivní verzi Práv pacientů formulovala a vyhlásila Národní etická komise MZ České republiky dne 25. 2. 1992. Charta práv hospitalizovaných dětí v ČR schválila v roce 1993. Hlavním iniciátorem byli manželé Královci z nadace Klíček ve spolupráci s předním českým pediatrem Janem Jandou (48).

Z průzkumného šetření (46), do něhož se zapojilo 403 zákonných zástupců dětských pacientů vyplývá, že 66 % respondentů ví o existenci Charty práv hospitalizovaných dětí. Rodiče znají zejména své právo hospitalizaci spolu s dítětem. Poukázali také na to, že Charta nebyla vždy ze strany zdravotníků plně dodržována.

3. Edukace dětského pacienta formou herní terapie

Hra ve spojení s učením může u dětí významně tlumit bolest. Dětský pacient se učí chování při bolesti žádoucí, je za něj chváleno rodiči i zdravotníky. Nežádoucího chování by si lékař neměl všímat. Vhodné je propojit hru s modelováním chování, kdy se dítě snaží napodobovat vhodný vzor. Modelem může být jiný pacient, figurína, videozáznam, hračka či pohádková bytost. Tato metoda snižuje úzkost, ukazuje malému pacientovi, že se bolest dá vydržet a názorně předvádí, jak postupovat (20).

3.1. Hra a její vliv na psychiku dětského pacienta

„Hra je sled na sebe navazujících transakcí, zčásti zjevných a zčásti skrytých, s určitými nástrahami. Obvykle souvisí s problematickým scénářem a vede k předvídatelnému konci.“ (42)

Hra je prostředkem k pochopení světa kolem, a tak i nemoci a všeho, co se s dětmi děje především v nemocnici. Je to přirozená činnost, která je důležitá pro celkový vývoj dítěte. Herní činnosti jsou vnímány jako příjemné a vedoucí ke spokojenosti samy o sobě bez dalších cílů a jsou stavěny protikladem k práci, která je definována činností, jež vede k určitému cíli (dítě si hraje, protože to má rádo, ale pracuje, protože musí) (33).

Pomocí hraček a hry nápodobou děti poznávají to, co je jim popisováno slovy, kterým nerozumí a vytváří v nich strach a úzkost. Vhodně zvolené programy usnadní dítěti pobyt v nemocnici, odpoutají jeho pozornost a pomohou překonat smutek, strach, bolest a beznaděj. Pomocí hry může být dítě připraveno na lékařské vyšetření a výkon. Jejím prostřednictvím vyjádří a „odžije“ strach a obavy. Rovněž je pro něj lépe pochopitelná potřebnost nemocniční péče. Dítě lépe projevuje své pocity, přehraje si některé problémy a hrou je i řeší. Hra v nemocnici zachovává dítěti část normálního života i v neobvyklé situaci. Rodičům pomáhají hry snadněji se vyrovnat se situací jejich dítěte a zdravotnickému personálu péči o

něj. Hry v nemocnici můžeme zařadit do několika kategorií: hry začleněné do běžné i specializované ošetrovatelské péče, hry jako součást edukace před ošetrovatelským či lékařským výkonem, terapeutické hry a také volnočasové hry, které uspokojí potřebu seberealizace (42).

3.2. Podstata a průběh herní terapie

3.2.1. Podstata herní terapie

Cílem herní terapie je především seznámit pacienta s nemocničním prostředím a pečovat o dobrý psychický stav dítěte i jeho rodiče. Přístup není direktivní, nesnaží se dítě měnit, vychovávat nebo poučovat, ale citlivě ho provázet všemi úskalími hospitalizace. Úkolem je navázat kontakt a získat pacientovu spolupráci, podporovat ho a dodávat mu sílu (2).

Herní terapie maximálně akceptuje dítě a volí vždy individuální přístup. Snaží se o získání důvěry dítěte i rodičů, a tím i zvyšovat ochotu spolupráce s ostatními zdravotnickými pracovníky. Dítěti jsou poskytnuty odpovídající informace vždy s přihlédnutím k věku a zdravotnímu stavu. Zároveň je cílem kvalitní využití volného času a podpora rodiny (32).

U dětí s chronickou bolestí, nemocí či hendikepem podporuje herní terapie duševní hygienu, zvládání emočních obtíží a adaptaci na prostředí i lékařské výkony. Hra je součástí sociální práce s dětmi i jejich rodinami (29).

Hry v nemocnici můžeme rozdělit do několika skupin. Jedná se o hry začleněné do ošetrovatelské péče, hry jako součást edukace dítěte k ošetrovatelskému zákroku, terapeutické hry a volnočasové hry (33).

Každé užití hry není psychoterapií. Psychoterapie je definována jako záměrné upravování narušené činnosti organismu specifickými psychologickými prostředky, kterými jsou slovo, mimika, mlčení, emotivita, emoční vztahy, učení a

manipulace (14). Hra je tedy účinnou terapií, pokud má cíleně zaměřené uplatnění k vyvolání psychoterapeuticky účinných změn (29).

3.2.2. Průběh herní terapie

Průběh herní terapie se nikdy nedá předem přesně naplánovat. Je nutné se přizpůsobit individuálně každému dítěti. Většinou se ale terapie řídí podobným scénářem. Herní terapeut často přebírá pacienta již na ambulanci. Stává se jeho průvodcem. Nejprve mu ukáže prostředí oddělení, v první řadě hernu, a následně ho zavede do pokoje a k jeho lůžku. Seznámí ho s ostatními pacienty. Potom s ním projde celé oddělení a ukáže další důležitá místa, kudy se bude dítě během svého pobytu pohybovat. Nejprve se terapeut snaží získat pacientovu důvěru a částečně ho poznat. Později si s dítětem začne povídat o tom, co ho čeká. Hlavní zásadou je dítěti nelhat, ale vše mu jednoduše vysvětlit a povzbudit ho. K názorné ukázce se často používají loutky, na kterých se dle možností daný zákrok ukáže a dítě je zároveň informováno („teď to bude trochu pálit, bude to nepříjemné, ale ty to zvládneš“). Terapeut přitom dítě drží za ruku a snaží se ho maximálně podpořit (31).

Spolupráce probíhá také s rodiči, kteří často snášejí hospitalizace hůře než samotný dětský pacient. Proto i s nimi si herní terapeut povídá o nemoci jejich dítěte. Snaží se vše vysvětlit. Na rodiče má většinou více času než zdravotník a může proto vše vysvětlit několikrát a zároveň rodiče povzbudit. Špatný psychický stav rodiče je totiž z velké části přenášen na dítě (42).

K přípravě k zákroku je vhodné využít pacientovo lůžko, na které je zvyklý a má zde již kousek „svého území“. Má tu své věci a cítí se relativně bezpečně i v soukromí. Velmi osvědčená metoda je přehrávání zážitků po již provedeném výkonu. Dítě už není tolik rozrušené a pomocí hry si může dodatečně ujasnit postupy léčby. Dítě je potom při opakovaném výkonu již klidnější a zvládá situaci lépe překonat (42).

3.2.3. Pomůcky k herní terapii

K herní terapii používá specialista různé informační pomůcky a materiály. Pro vlastní přípravu na jednotlivé zákroky většinou není vhodné používání „univerzálních“ pomůcek, protože každé oddělení je ve svých zvyklostech specifické. Materiály si proto často vytváří sám herní pracovník ve spolupráci s týmem daného oddělení. Pomůcky se dají rozdělit do tří skupin (42):

Písemné a obrazové informační materiály

Tyto pomůcky se zásadně liší podle věku pacienta. Pro nejmenší děti jsou vhodné jednoduché a srozumitelné omalovánky s jednoduchým povídáním pro děti a stručným vysvětlením pro rodiče. Pro větší děti je vhodně využít komiksu s vtipnými obrázky. Pro dospívající, kteří potřebují podrobnější informace, jsou nejlepší obsáhlejší informační brožurky. Nejlépe názornými jsou však ukázková alba s písemnými komentáři, díky kterým si děti dokáží vše lépe představit.

Demonstrační pomůcky

Příprava dítěte pro výkon musí být názorná a srozumitelná. Nejčastějšími demonstračními pomůckami jsou vlastní hračky dětí, speciální loutky a upravené panenky či medvídci se zavedenou infuzí, žaludeční sondou, močovým katetrem apod. Vhodné jsou také originální nástroje zdravotníků, které si dítě může půjčit, ohmatat a případně i vyzkoušet na sobě, své hračce nebo rodičích.

Pomůcky pro vyplnění volného času

Jedná se o potřeby dětem známé z mateřských či základních škol jako např. výtvarné potřeby, balónky, přírodní materiály, převleky a kostýmy, suché

potraviny (čočka, rýže, koření atd.), maňásci, míčky, autíčka, panenky, které jsou volně umístěné v herně nebo v uzamykatelné skříni, z které jsou pomůcky propůjčeny na požádání.

3.2.4. Další možnosti herní terapie

Arteterapie

Jedná se o druh psychoterapie, tzv. „léčbu uměním“, a to především výtvarným. Není důležitá výtvarná hodnota díla, ale především její léčebné účinky. Na dětských lůžkových odděleních se používá pro lepší navázání kontaktu, posílení dětského sebevědomí, navození příjemné nálady a uvolnění. Také jako prostředek pro vyjádření svých pocitů, emocí, konfliktů a traumat, rozvíjí fantazii a umožňuje tak poznat osobnost dětského pacienta (12).

Muzikoterapie

Vnímání hudby a reakce na ni jsou vrozenými vlastnostmi. Hudba přináší zábavu, odpočinek, zmírňuje napětí, pomáhá při odstraňování strachu, navozuje pocit jistoty, podporuje soustředění, redukuje stavy úzkosti atd. Je nutné vždy lekci přizpůsobit aktuální náladě a situaci. Využívá také množství hudebních nástrojů (36).

Dramaterapie

Dramaterapie má největší vliv na ventilování pocitů, sebepoznání a sebeakceptaci. K hlavním cílům patří redukce tenze, rozvoj empatie, fantazie, kreativity, rozvoj koncentrace, vytváření pocitu zodpovědnosti. Na dětských odděleních se využívá zejména dramatické hry, která je spontánní, improvizovanou činností vyjádřenou pohybem, řečí či myšlenkou. Během ní na sebe dítě přebírá roli jiné postavy a tím drammatizuje svůj zážitek (35).

Pohybové formy

Obzvláště před těmito aktivitami je nutná konzultace s ošetřujícím lékařem o zdravotním stavu pacienta. Upřednostňována jsou cvičení protahující, uvolňující a relaxační. Mezi základní metody patří dechová gymnastika, cvičení s rehabilitačními míči, jóga či psychomotorické hry (42).

Zooterapie

Zooterapie využívá zvířat k různým formám terapeutického kontaktu s člověkem. Vztah člověk – zvíře dokáže vyvolat specifické efekty, které mohou přispět ke zlepšení zdravotního stavu. Mezi nejčastější formy této terapie patří hippoterapie a canisterapie. Tyto formy nejsou příliš rozšířené na dětských odděleních, častěji se zooterapie uskutečňuje prostřednictvím akcí v zoologických zahradách. Formou pasivní terapie může být také poslech ptáků či pozorování veverek, kachen z okna nemocničního pokoje (9).

3.3. Úloha nemocničního personálu při hře

Hlavním cílem pobytu dětského pacienta v nemocnici je sice stanovení diagnózy, léčebný a ošetrovatelský proces, ale v době uzdravení je třeba naplnit i volný čas dítěte vhodnými aktivitami zejména se zdravotnickými pedagogy a herními specialisty (42). Tato péče je velmi specifická, a proto se také řídí Chartou práv dětí v nemocnici (Příloha 1).

3.3.1. Úloha sestry při herních aktivitách

Přístup zdravotníků k dětem na nemocničních odděleních je maximálně důležitý. Primárním cílem sester je uspokojování nejen biologických, ale i psychických potřeb (4). Vzhledem k tomu, že jsou děti nejvíce frustrovány separací a strachem ze zákroků, je důležité, aby sestry vytvářely veselou a uvolněnou atmosféru. Jedním z možných prostředků je tedy i hra, která má být součástí plánu ošetrovatelské péče (19).

Sestra dětského oddělení musí mít osvojené strategie pro emocionální podporu pacienta, jež jsou založeny zejména na následujících principech: dítě má pohodlné, bezpečné a příjemné prostředí, pravidelný denní řád, tělesný kontakt a dostatek podnětů pro správný duševní vývoj (26). Dítě může na nevhodné chování zdravotníka reagovat uzavřeností, agresivitou nebo regresí (6).

3.3.2. Úloha herního terapeuta při herních aktivitách

Herní terapeut je osoba, která hospitalizovaným dětem a jejich rodičům poskytuje jiné než ošetrovatelské služby. Terapeut provází dítě zdravotnickým prostředím a seznamuje ho s diagnostickými a léčebnými postupy. Ideálně využívá různých forem hry. Snaží se také o vhodné vyplnění volného času dítěte tak, aby byla uspokojena také jeho potřeba seberealizace. Herní specialista je článek mezi zdravotníkem, dětským pacientem a jeho rodiči (6).

3.4. Úloha rodičů v zajištění aktivit dětského pacienta

Charta práv hospitalizovaných dětí umožňuje právo dítěte na neustálý kontakt s rodiči a sourozenci. Pokud je to možné, rodiče by se na péči o své dítě měli podílet. Musí být tedy informováni o chodu oddělení a zároveň povzbuzováni k aktivní účasti na něm (3).

Hospitalizace rodiče spolu s dítětem je v současnosti pro většinu nemocnic samozřejmostí. Přednost mají kojící maminky. V případě nedostatku volných míst má rodič možnost ubytovat se v nemocniční ubytovně. Do 6 let věku dítěte je pobyt rodiče hrazen zdravotní pojišťovnou.

Hlavním úkolem rodičů dětského pacienta je zpříjemnit svému dítěti proces uzdravování, zajistit základní hygienickou péči a zajistit volný čas smysluplnou hrou a dalšími činnostmi (6).

V případě, že je volný čas dítěte plný pasivních činností, jako je sledování televize či hry na telefonech, tabletech apod., je dobré instruovat rodiče o přínosu herních aktivit pro nemocné dítě a podpořit ho v jejich realizaci (33).

3.5. Význam mateřských a základních škol při nemocnici

Přítomnost mateřských a základních škol při nemocnici má u nás již dlouholetou tradici. V zájmu pedagogických pracovníků je přiblížit hospitalizované dítě normálnímu životu. Metody práce a školní aktivity jsou specifické a odlišné od běžných škol. Učitelé se také často zaměřují na výtvarné, hudební a pracovní činnosti. Svou tvorbou mohou potom děti vyzdobit vyhrazená místa oddělení. Pedagogové se snaží především vyplnit volný čas vhodnými činnostmi, které jsou pro děti atraktivní, poučí je či pobaví. Při jejich práci je třeba brát v úvahu nejen zdravotní stav pacienta, ale i jeho fyzickou stránku (42).

V MŠ se zajišťuje výchova dětí od 2 do 6 let a probíhá zejména v hernách nebo na pokojích nemocného. Herny jsou vybaveny podobně jako klasické mateřské školy, tedy nábytkem a hračkami odpovídajícími věku dětí. V případě, že musí být dítě upoutáno na lůžko, pedagog zajistí vhodné aktivity tam (33).

Základní školy při nemocnici vyučují všeobecně vzdělávací předměty jako český jazyk, matematika. Učební plán žáka je upraven dle zdravotního stavu a délky hospitalizace. V případě delší hospitalizace je vhodné navázání spolupráce se základní školou, kterou dítě navštěvuje (33).

3.6. Efektivita herní terapie u dětí

Pro efektivitu herní terapie není dostatek adekvátních výzkumů. Obzvláště v České republice je tento obor stále na začátku. Z analýzy 94 studií ke zjištění efektu herní terapie v USA (30) u 3 263 osob s průměrným věkem 7 let s různými klinickými příznaky zjistili, že herní terapie je stejně efektivní napříč věkovým skupinám, pohlaví i klinickým potížím. Dětský pacient byl motivovanější k pozitivnímu přístupu a rodiče spolupracovali aktivněji.

Z výzkumu (22), který byl proveden v Mateřské škole při fakultní nemocnici Brno vyplývá, že se zdravotníci i pedagogové ve vlivu terapie hrou shodují. Léčebný proces podle nich probíhá rychleji a příznivěji, dítě je v lepší psychické kondici a snadněji se odpoutává od nemoci.

3.7. Vybrané organizace zabývající se herní terapií

3.7.1. Nadační fond klíček

Nadace Klíček vznikla roku 1991 a se změnou zákona se změnila v Nadační fond Klíček v roce 2000. Zakladateli jsou manželé Královcovi, kteří se problematikou dětských pacientů zabývají již mnoho let. Jejich cílem je zlepšování životních podmínek vážně nemocných dětí i jejich rodin, napomáhat jim navracet do života obyčejné věci i v rámci hospitalizace, posilovat roli rodiče v péči o nemocné dítě, pomáhat zavádět pozice herních specialistů a dobrovolníků do nemocničních zařízení, odstraňovat bariéry mezi „světem zdravých a nemocných“ a mnoho dalších. K jejich doposud největším úspěchům patří: pořádání táborů pro děti a rodiče (nemocné i pozůstalé), otevření programu pro obor „Specialista pro hru v institucionální a domácí péči“, vybudování dětského hospice a další (49).

3.7.2. Projekt UTB Zlín

V Krajské nemocnici Tomáše Bati, a. s. byl v listopadu roku 2009 zahájen projekt zaměřený na herní terapii dětí hospitalizovaných na dětských odděleních. Projektu se účastní zejména studenti Fakulty humanitních studií UTB Zlín. Hlavní řešitelkou projektu je Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D. Terapie probíhá jednou týdně, eventuálně dle potřeb příslušného dětského oddělení. Účastní se jí vždy několik dobrovolníků, kteří jsou převlečeni do kostýmu klaunů, který již sám o sobě navozuje u dětí dobrou náladu a veselou atmosféru na oddělení (51).

3.7.3. Zdravotní klaun

Od roku 2001 začalo v ČR fungovat občanské sdružení Zdravotní klaun. Zdravotní klauni navštěvují dětská lůžková oddělení a napomáhají ke zlepšení psychického i zdravotního stavu dětských pacientů. Výběr budoucích zdravotních klaunů podléhá přísným pravidlům. Vybraní adepti potom projdou vzdělávacím kurzem a jsou sledováni během tříměsíční zkušební lhůty. Před příchodem na oddělení dostanou informace o zdravotním stavu hospitalizovaných dětí a o tom, jakým způsobem se pohybovat po oddělení. Děti mají v naprosté většině případů pozitivní reakci a jedná se většinou i o skvělý zážitek, na který vzpomínají i po propuštění z nemocnice (50).

4. Formy edukace na dětské ORL FN v Motole

Do Fakultní nemocnice v Motole přicházejí dětské pacienty k odbornějšímu ošetření po předchozí konzultaci v místně příslušné ORL ambulanci nebo s akutním problémem. Dále jsou tu prováděny klasické zákroky, zejména odstranění nosní mandle, odstranění či seříznutí krčních mandlí, ušní operace a endoskopické výkony a také řada specializovaných operací.

V případě, že dítě přichází k akutnímu ošetření na běžnou ambulanci nebo pohotovost, obvykle je velmi málo času z pozice zdravotnického personálu na jakékoliv formy edukace. Rodiče s dítětem čekají i několik hodin, než se dostanou k požadovanému vyšetření. Po příchodu do ordinace lékař sepíše anamnézu a zaměří se na problém, se kterým pacient přichází, následně se doptává. Potom ústní formou nastíní zejména rodičům, co se bude dít. Dětem je vyšetřovací postup popisován až těsně před samotným provedením, kdy sedí na klíně rodiče ve vyšetřovacím křesle. To bývá pro děti, které mají často další doprovodné příznaky, jako např. vysokou horečku, bolesti, únavu a podrážděnost, velmi stresující záležitost. Volí se tedy často způsob, kdy rodič dítě pevně sevře, sestra přidržuje hlavičku a vyšetření jsou prováděna proti nevoli malého pacienta. Po prohlídce či drobném ambulantním zákroku je rodičům popsán další postup, zejména zdůraznění klidového režimu, poučení o lékové léčbě a doporučení dalších vyšetření.

Podobně ošetření probíhá i v případě objednané ORL kontroly. Tady bývá více času na spolupráci sestry s rodičem. Sestra se snaží už před příchodem do ordinace rodiče slovně edukovat o možném dalším průběhu v případě, že by se mohlo jednat o postup, který by dítě mohlo hůře snášet. Pokud je po vyšetření doporučeno pacientovi operační řešení problému, předává sestra rodiči informace v písemné formě. Rodič je tak informován o tom, kdy a kam se má s dítětem

dostavit na příjem a jaké má zajistit předoperační vyšetření. Lékař sdělí rodiči informace o samotném zákroku, rodič se případně doptává.

Během příjmu je rodič informován formou písemného souhlasu s výkonem, který dostane. Potom probírá průběh operace ještě se sestrou nebo lékařem, pokud o to má zájem. O řádu oddělení je rodič s dítětem informován po příchodu na oddělení. O dalších postupech je rodič informován během vizity nebo edukován lůžkovými sestrami.

Je evidentní, že edukace je zaměřena zejména na rodiče. Očekává se, že rodič vhodnou formou poučí své dítě tak, aby s ohledem na svůj věk, psychický a zdravotní stav pochopilo danou situaci a ideálně umožnilo zdravotníkům klidný průběh vyšetření. Rodič se s touto úlohou nemusí správně popasovat a dochází tak ke stresové situaci na straně dítěte, rodiče i zdravotníka.

V současnosti zde nefunguje možnost využít herního terapeuta, který by s touto situací rodičům pomohl. Oddělení navštěvují jednou týdně Zdravotničtí klauni, jejichž úkolem je spíše rozveselit hospitalizované děti a oprostít je od zdravotnického prostředí. V čekárnách a na lůžkových odděleních jsou přístupné herny s různými druhy hraček, děti si mohou přinést i svoje vlastní. Prakticky využitelné nástroje herní terapie tu však chybí.

PRAKTICKÁ ČÁST

1. Cíle a metodika

V minulých kapitolách jsem shrnula problematiku dětské otorinolaryngologie. Ze své zkušenosti na tomto oddělení ve FN v Motole jsem si vědoma nedostatků v edukaci zejména dětských pacientů, kteří jsou následně vystavováni nadměrné psychické zátěži, jež v nich může zanechat negativní postoj pro budoucí spolupráci nejen v ORL ambulanci. Někteří pacienti si s sebou nesou špatné zkušenosti i do dospělosti. Znamená to pro ně nejen strach z vlastních vyšetření a zákroků, ale nejsou potom schopni dobře a objektivně edukovat svoje vlastní děti.

Vzhledem k přetížení zdravotnického personálu obvykle nezbývá čas na vhodnou edukaci dětí. Ústní nebo písemnou formou jsou poučeni rodiče, kteří ale často nevědí, jak dítě správně poučit tak, aby to nepřineslo více škody než užitku. Rodiče jsou sami vystaveni velkému psychickému tlaku, kdy soucítí s emocemi dětského pacienta, a mnohdy naprosto nevhodně komentují danou situaci, i když to dělají v dobré víře. Často si nedokáží představit, jak bude výkon či zákrok probíhat, a tak své dítě o průběhu neinformují nebo to udělají jen velmi povrchně.

Právě z těchto důvodů jsem se rozhodla vytvořit takové edukační materiály, které hravou pohádkovou formou seznámí malého pacienta s průběhem vyšetření, zákroků a hospitalizace.

Cílem je vytvořit dostupný edukační materiál, který poslouží primárně dětským pacientům, ale v samotném důsledku i rodičům a zdravotníkům, kdy pro rodiče odpadá vysvětlování situací, kterým sami mnohdy nerozumí a zdravotníci budou ošetřovat více spolupracujícího pacienta.

Rozhodla jsem se pro tvorbu edukační fotokničky, edukačních karet, hry Pexeso a kartáčkové hry Dvojice. Zvolila jsem tyto materiály právě proto, aby byly dobře dostupné a funkční. Není třeba žádného speciálního vybavení, ani vyškoleného personálu.

Materiály jsou určeny dětem předškolního a školního věku, přibližně od 4 do 12 let. Pexeso a Dvojice může posloužit i starším pacientům dětského oddělení. Snažila jsem se tedy o hravé barevné provedení, které bude dětem tohoto věku sympatické a samy o něj projeví zájem. Vše je podáno pohádkovou formou tak, aby se dítě nad dějem zamyslelo, zklidnilo a zároveň získalo důvěru k informacím od rodiče i zdravotnického personálu.

2. Edukační materiály

2.1. Tvorba edukačních materiálů

První fáze příprav začínala během roku 2018. Scházela jsem se s lékaři a sestrami dětské ORL FN v Motole a řešili jsme konkrétní typy edukačních materiálů, které by byly v praxi vhodně využitelné, jejich cena by nebyla příliš vysoká a zasáhly by co největší část malých pacientů. Diskutovali jsme tedy zejména o samotném provedení a také o konkrétním zaměření. Svou představu jsem vždy definovala, připravila předběžný návrh a snažila se získat zpětnou vazbu zdravotníků i rodičů, kteří čekali se svým dítětem na vyšetření v ambulanci, na příjmu nebo byli hospitalizováni. Po zhodnocení zpětné vazby jsem měla ucelenou představu o podobě budoucích edukačních materiálů.

Následoval přípravný proces. Nejsložitější bylo zajistit zdravotníky, ochotné vystupovat na fotografiích, a prostory, jež nebudou zrovna využívány běžnými pacienty. Pořídit vhodné plyšové zvířátko, které má uši, končetiny a otevírací tlamu bylo také oříškem. Naštěstí se vše podařilo obstarat, zdravotníky, další vystupující a fotografa časově zkoordinovat a zároveň nijak neomezit běžný provoz ve FN v Motole.

Focení probíhalo 2 dny. Během prvního dne se nafotila většina materiálů. Ujala jsem se role „režiséra“ a snažila se vždy zkoordinovat prvky budoucích fotografií tak, aby působily přirozeně, autenticky a zároveň bylo vyšetření dobře vidět. Využili jsme prostory dětské pohotovosti, ORL příjmové a běžné ambulance, lůžkového oddělení, ambulance s audiometrickou komorou a operační sál. Fotilo se v neděli, kdy bývá u těchto prostor nejmenší vytíženost, abychom neomezili běžný provoz. Všechny aktuální problémy se vždy podařilo operativně vyřešit zejména díky ochotě motolských zdravotníků. Druhý den se dodělávalo několik chybějících fotografií z míst, která nejsou o víkendu přístupná.

V tuto chvíli jsem měla připravené veškeré podklady pro vlastní tvorbu materiálů. Tato fáze zahrnovala především výběr a úpravu vhodných fotografií, domýšlení pohádkového příběhu, který bude s fotografiemi korespondovat, a veškeré grafické úpravy. Byla to rozhodně nejdelší část celého procesu. Od prvního návrhu došlo k mnoha výrazným změnám grafického zpracování, zejména co se týče barevného provedení, uspořádání fotografií a popisků, fontů, po konzultacích s grafikem tak, aby materiál byl pro děti v daném věku lákavý a zároveň působil příjemným a profesionálním dojmem. Materiály jsem zpracovávala především v programu Microsoft Office Publisher.

Poslední fáze zahrnovala dokončovací práce jako tisk, laminaci a vazbu materiálů. Následně jsem kopie ponechala u zdravotníků dětské ORL v Motole, kteří začali s materiály pracovat, rozmístili je na vhodná místa oddělení a doporučují je rodičům jako vhodnou pomůcku k přípravě dětí před vyšetřením či zákrokem.

2.2. Jednotlivé edukační materiály

2.2.1. Fotoknižka Pejsek Tlapka a příběh o nosní mandli

Fotoknižka je nejrozsáhlejším edukačním materiálem, který jsem vytvořila. Pohádkově dětem představuje celý postup související s odstraněním nosní mandle. Jedná se o nejčastější zákrok, který se na dětské ORL provádí, proto zasáhne široké spektrum pacientů a jejich rodičů.

Knížka je určena dětem předškolního a mladšího školního věku. Při čtení knížky by měli být rodiče, aby mohli s dítětem pracovat, pozorovat jeho reakce, případně mu dovysvětlit konkrétní kroky, které absolvuje. Knížky je vhodné ponechat v čekárně před ambulancí, kde jsou děti, u kterých bylo doporučeno odstranění nosní mandle.

Výhodou je také zobrazení konkrétních prostor a personálu, se kterými se malý pacient během svého pobytu na klinice velmi pravděpodobně setká.



Obr. 1 – Fotoknižka Pejsek Tlapka a příběh o nosní mandli

2.2.2. Edukační karty s pejskem Tlapkou

Jedná se o stručnější materiál formátu A4 s 10 fotkami a krátkými popisky. Edukační karta se zaměřuje vždy na konkrétní vyšetření. Tyto karty by měly být součástí čekáren ambulancí. Jsou využitelné i pro ambulance mimo FN v Motole, protože postupy jsou velmi podobné. Karta o vyšetření sluchu může být umístěna přímo v audiologických ambulancích.

Zaměřila jsem se rovněž na nejčastější vyšetření, která se v ambulancích provádějí a zároveň z nich malí pacienti mají strach. Zvolila jsem tedy 3 témata, a to vyšetření při bolavém oušku, postup při vyšetření sluchu a vyšetření flexibilním endoskopem pro zjištění adenoidní vegetace.

Karty jsou podobně graficky zpracované jako fotoknižka. Jsou barevné, pro děti líbivé a ukazují postup autenticky, aby si ho dítě dokázalo dobře představit a nebálo se neznámého.



Obr. 2 – Edukační karty

2.2.3. Hra Dvojice

Hra Dvojice je zábavný edukační materiál pro starší děti. Na obrázkových kartičkách poznávají nástroje a úkony, se kterými se mohou v rámci vyšetření a hospitalizace setkat. Spojují je potom s kartičkami popisnými. Pro ověření správnosti použijí čísla na rubové straně kartiček. Tato hra je určena jednotlivcům, malým skupinkám dětí nebo dětem spolu s rodiči. Ideální je jako předchůdce hry Pexeso, protože už děti budou vědět, co přesně kartičky zobrazují.

2.2.4. Hra Pexeso

Hru Pexeso každé dítě zná. Proto jsem vytvořila takový materiál, který dobře spojuje jednoduchou hru s prvky edukace. Na jednotlivých políčkách jsou vyobrazené nástroje, pomůcky a přístroje, s nimiž se dětský pacient na ORL může setkat. Díky tomuto materiálu si tedy rozšíří své znalosti a může se případně zeptat rodiče nebo zdravotníka, k čemu se tato konkrétní pomůcka využívá v případě, že se s ní ještě nesešlo. Hra je určena dětem mladšího i staršího školního věku, které vytvoří skupinky po 2 až 6 osobách. Pexeso obsahuje 32 párů kartiček. Cílem je získat co nejvyšší počet dvojic.



Obr. 3 – Hra Dvojice



Obr. 4 - Hra Pexeso

2.3. Zhodnocení

Celý proces vytváření materiálů proběhl bez větších komplikací. Personál v nemocnici byl velmi ochotný a snažil se mi vyjít vstříc. Díky dobré přípravě nás nečekaly ani žádné prostoje.

Lékaři i sestry z dětské ORL FN v Motole jsou z výsledků nadšení a rádi zkušební materiály používají. Jejich hodnocení jsem uvedla v příloze (Příloha 2). S primářem kliniky MUDr. Michalem Jurovčíkem jsem domluvena na dotisku fotoknížky i edukačních karet i her, které se jim již v praxi osvědčily. Díky tomu budou moci být rozmístěny na více stanovištích.

Závěr

K dětem je vždy nutno přistupovat citlivě a maximálně individuálně. Obzvláště strach z neznámého je často příčinou jeho nepohody, což je v tomto případě vyšetření, zákrok i hospitalizace. Proto je důležité, aby byl v nemocnici někdo, kdo s malým pacientem dokáže pracovat tak, aby se jeho nepříjemné pocity snížily na minimum. Pokud není možné spolupracovat přímo s herním specialistou, zůstává tato činnost většinou na rodičích, eventuálně velmi zaneprázdněném zdravotnickém personálu.

Ve své práci jsem shrnula důležitost edukace dětí v rámci ošetřovatelského a léčebného procesu. Praktickou část jsem zaměřila na tvorbu materiálů, které budou využitelné v praxi. Snažím se tak pomoci rodičům s edukací vlastních dětí vhodným způsobem, který přispěje k větší psychické pohodě na straně dětského pacienta, rodiče i zdravotníků.

Veškeré fotografie jsem pořídila ve Fakultní nemocnici v Motole ve spolupráci s nemocničním personálem. Setkala jsem se jen s pozitivním přístupem k věci a snahou pomoci mi. Při focení vládla uvolněná atmosféra. Sestřičky i lékaři byli nakonec rádi za zpestření jejich náročného dne. Vše jsem se snažila udělat barevné a lákavé pro oči malého pacienta. Myslím si, že právě seznámení dětí s touto problematikou formou hry či obrázkové knížky s příběhem by mohlo alespoň částečně dopomoci k uvolnění neklidu, stresu a strachu, které pacient zažívá.

Věřím, že zavedení těchto prvků herní terapie do přípravy dětského pacienta k ošetření a hospitalizaci bude přínosem a těším se na další spolupráci s Klinikou ušní, nosní a krční 2.LF UK a FN v Motole.

Souhrn

V posledních letech se začalo výrazně zlepšovat nemocniční prostředí a přístup k dětským pacientům. Lékaři se snaží co nejvíce zákroků provést ambulantně a k hospitalizaci dochází, pokud není možná domácí ani ambulantní péče. Výrazně se také zkrátila délka hospitalizace u všech dětských věkových skupin. Navíc jsou často rodiče hospitalizováni s dítětem, kdy je pobyt příbuzného do 6 let věku dítěte hrazen zdravotní pojišťovnou. Také prostory dostávají nový nádech, oddělení jsou plná barev, obrázků a hraček.

Přesto děti mívají strach z neznámého, nastupuje nejistota a rozporuplné pocity, které s sebou vyšetření i hospitalizace přináší. Tyto problémy se snaží řešit herní specialista. V případě, že není na klinice dostupný, měli by se alespoň o částečnou edukaci postarat rodiče a zdravotnický personál. Rodiče však často neví, jak svým dětem správně následný postup podat, a tak raději vysvětlování úplně vypustí, a to zejména u menších dětí. V ordinaci jsou potom děti zbytečně v psychickém napětí. Naopak děti, kterým rodiče postup vysvětlí již před příchodem do ordinace, bývají klidnější.

Z pozice zdravotní sestry na Klinice ušní, nosní a krční 2.LF UK a FN v Motole jsem s tím nemohla mnoho udělat. V ambulanci nezbývá čas na psychickou přípravu rodiče a dítěte. Následný postup je vysvětlen stručně a očekává se, že bude malý pacient spolupracovat. V případě, že tomu tak není, rodič ho drží v pevném objetí a lékař provede vyšetření rychle i proti nevoli malého pacienta.

Edukační materiály pro děti jsou tak vhodným nástrojem pro rodiče, kteří si s vysvětlováním nevedí rady. Materiály jsou umístěné na dostupných místech dětské ORL kliniky a hravou formou dětem představí, co je za dveřmi ordinace nebo v rámci hospitalizace čeká.

Summary

Hospitals as well as attitudes towards children-patients have been improving recently. Medical practitioners make efforts to make most of the surgeries ambulatory and only if a home care cannot be an option it comes about institutionalization. The duration of the institutionalization has been shortened as well in case of all child-age groups. On the top of that, parents can very often also be institutionalized with their children and parental accompaniment of children till the age of 6 years is covered by health insurance. Hospital areas are given new shades, individual wards are colourful, equipped with posters and toys.

Despite of this, children get scared of the unknown, feelings of uncertainty accompanied with contradictoriness that institutionalization and medical examination bring. These issues are dealt with by “game specialist”. In case that specialist is not available at the clinic hospital staff or parents themselves should at least partially take care of the mentioned education. However, parents are not often aware of the right procedure and so they rather drop the explanation, especially with younger children. This leads to needles psychical suspense in the surgery. On the contrary, children who were explained medical procedures even before doctor’s visit feel more calm.

From my own point of view as a nurse working at Department of ENT, 2nd faculty of Medicine, Charles University in Prague and Motol University Hospital, I had not much chance to influence this. On the surgery there is no time for psychical preparation of a child nor parent. What is going to happen tends to be explained briefly with the expectation of cooperation on the part of a little child. In case of the opposite, parents embrace their child firmly and a physician performs the examination as fast as possible even against child’s disapproval.

Education materials for children are thus appropriate tool for parents who do not know how to explain the procedure to their child. These materials are place on accessible spots of ENT clinics and in an entertaining way present what to expect behind the door to doctor's office, including the process of institutionalization itself.

Seznam použité literatury

- 1) ASTL, Jaromír. *Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku: pro bakaláře, obor ošetřovatelství*. 2. nezm. vyd. V Praze: Karolinum, 2012. Učební texty. ISBN 978-80-246-2053-4.
- 2) CIENCIALOVÁ, Andrea. Herní terapie. *Ošetřovatelství*. 2001, **3**(1/2), 53-54. ISSN 1212-723X.
- 3) ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychologie a pedagogika II: pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-028-8.
- 4) DORKOVÁ, Zlatica a Kateřina ŠRAHŮLKOVÁ. Péče o psychické potřeby hospitalizovaných dětí. *Cesta k modernímu ošetřovatelství*. 2010, 50-55. ISBN 9788087347034.
- 5) DUFKOVÁ, Alena. Potřeby dětí v nemocnici. *Sestra*. 2013, **23**(6), 48-50. ISSN 1210-0404.
- 6) FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Michal KLIMOVIČ. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Vydání: druhé přepracované a rozšířené. V Brně: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. ISBN 978-80-7013-592-1.
- 7) FORMÁNEK, Martin, Debora JANČATOVÁ, Karol ZELENÍK a Pavel KOMÍNEK. Záněty středního ucha u dětí – omyly při diagnostice a léčbě. *Pediatric pro praxi*. 2017, **18**(1), 32-35. ISSN 1213-0494.
- 8) FRYČKOVÁ, Alice, Kateřina SOBOTKOVÁ, K. KOLEJKOVÁ, Petra MARKOVÁ a G. FORSTOVÁ. Cizí tělesa v ORL oblasti u dětí. *Otorinolaryngologie a foniatrie*. 2009, **58**(2), 71-78. ISSN 1210-7867.
- 9) GAJDOŠOVÁ, Jana. Zooterapie, canisterapie, felinoterapie, hipoterapie, hiporehabilitace. *Ošetřovatelská péče*. 2012, **2012**(4), 14-15.
- 10) CHROBOK, Viktor, Arnošt PELLANT, J. JANOUCH, Pavel KOMÍNEK, Zdeněk KABELKA a Ivo ŠLAPÁK. Problematika předoperačního vyšetření před adenotomií a tonzilektomií u dětí. *Otorinolaryngologie a foniatrie*. 2009, **58**(4), 232-236. ISSN 1210-7867.
- 11) JAKUBEKOVÁ, Jarmila a Eva DOBIÁŠOVÁ. Vliv prostředí chirurgického pracoviště na psychiku dítěte. *Sestra*. 2010, **20**(7-8), 77-79. ISSN 1210-0404.
- 12) KASALOVÁ, Taťána. Arteterapie v nemocnici. *Arteterapie*. 2014, **2014**(35), 28-33. ISSN 1214-4460.

- 13) KASTNER, Jan, Eva KASTNEROVÁ, Luděk PELIKÁN a Karel KOPECKÝ. ORL diagnostika v oblasti horních cest dýchacích u dětí-současné trendy. *Zdravotnické noviny*. 2012, **61**(12), 5.
- 14) KRATOCHVÍL, Stanislav. *Psychoterapie: směry, metody, výzkum*]. 3., přeprac. vyd. Praha: Avicenum, 1987.
- 15) KUCHYNKOVÁ, Zdeňka. *Dětská otolaryngologie: nejčastější situace v ambulantní praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4177-2.
- 16) LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie: 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.
- 17) LHOTSKÁ, Eva, Marie RUMANOVÁ a Hana KROUTILOVÁ. Adenotomie aneb Co rodiče zajímá?. *Sestra*. 2011, **21**(11), 56-57. ISSN 1210-0404.
- 18) MACHAČ, Josef, Pavel HORNÍK a Tomáš HABANEC. Akutní zánět středoušní v dětském věku-diagnostika, léčba, komplikace. *Pediatric pro praxi*. 2011, **12**(2), 115-118. ISSN 1213-0494.
- 19) MACHOVÁ, Alena a Iva BRABCOVÁ. Úloha sestry v zajištění herních aktivit hospitalizovaných dětí. *Kontakt*. 2010, **12**(2), 144-150. ISSN 1212-4117.
- 20) MAREŠ, Jiří. *Dítě a bolest*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-267-0.
- 21) MARTINKOVÁ, Vlasta. Komunikace s dětským pacientem. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2008, **4**(4), 24-25. ISSN 1801-1349.
- 22) MASÁČKOVÁ, Veronika: *Vliv herní terapie na děti předškolního věku*, diplomová práce. Brno, MU 2006, s. 74.
- 23) MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany: H a H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
- 24) MATĚJČEK, Zdeněk. *Rodiče a děti*. Třetí, upravené vydání (ve Vyšehradu první). Praha: Vyšehrad, 2017. ISBN 978-80-7429-797-7.
- 25) MEJZLÍK, Jan, Viktor CHROBOK a Sylva SKÁLOVÁ. Vyšetření dětí před tonzilektomií a před adenotomií. *Vox pediatrics*. 2017, **17**(1), 31-32. ISSN 1213-2241.
- 26) MELGOSA, Julián a Raul POSSE. *Umění výchovy dítěte*. Praha: Advent-Orion, c2003. Harmonický život. ISBN 80-7172-613-3.
- 27) ONDROVÁ, Martina, Jaroslav KRAUS, Jan PLZÁK, Miroslav LÁNSKÝ a Aleš HRDLIČKA. Doporučený postup u dětských pacientů s poruchami dýchání ve spánku. *Otorinolaryngologie a foniatrie*. 2016, **65**(4), 247-248. ISSN 1210-7867.

- 28) PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-2968-8.
- 29) RAUDENSKÁ, Jaroslava, Martin RAUDENSKÝ a Alena JAVŮRKOVÁ. Praktické využití hry u dětí a dospělých. *Sociální práce*. 2010, **10**(1), 108-117. ISSN 1213-6204.
- 30) RAY, D., Bratton, S., Rhine, T., & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. *International Journal of Play Therapy*, *10*(1), 85-108.
- 31) ROMOVÁ, Lída a Běla NEDOROSTOVÁ. Minimalizovat strach dítěte a motivovat jej ke spolupráci: [rozhovor]. *Zdravotnické noviny*. 2009, **58**(11), 24-26. ISSN 0044-1996.
- 32) ŘEZNÍČKOVÁ, Alice. Herní specialista na dětském oddělení nemocnice. In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství*. 2000, s. 92-95.
- 33) SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. Sestra. ISBN 978-80-247-1613-8.
- 34) SIKOROVÁ, Lucie. *Potřeby dítěte v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3593-1.
- 35) SLADKÁ, Jaroslava. Dramaterapie pro děti v nemocnicích. *Zdravotnické noviny*. 2013, **62**(16), 28-29. ISSN 1805-2355.
- 36) STEJSKALOVÁ, Marina. Muzikoterapie v klinické praxi. *Psychiatrie pro praxi*. 2010, **11**(1), 30-32. ISSN 1213-0508.
- 37) SVATUŠKOVÁ, Hana. Hospitalismus u dětí. *Sestra*. 2014, **24**(1), 48-49. ISSN 1210-0404.
- 38) ŠATANKOVÁ, J. a Viktor CHROBOK. Současný pohled na adenotomii a tonzilektomii v České republice formou dotazníkové studie. *Časopis lékařů českých*. 2012, **151**(10), 495. ISSN 0008-7335.
- 39) ŠKOLOUDÍK, Lukáš, Jan VOKURKA, David KALFEŘT, Tomáš RYBNÍKÁR a Petr ČELAKOVSKÝ. Adenoidní vegetace a chronická sekreторická otitida. *Otorinolaryngologie a foniatrie*. 2010, **59**(2), 62-66. ISSN 1210-7867.
- 40) ŠLAPÁK, Ivo. Otitidy. *Postgraduální medicína. Kojenec v ordinaci praktického dětského lékaře*. 2011, **13**(Příloha 2), 54-62. ISSN 1212-4184.
- 41) ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, c2009. ISBN 9788072625994.
- 42) VALENTA, Milan. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2137-7.

- 43) VARGOVÁ, Lenka a Marek JOUKAL. *Anatomie dětského věku*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-8061-4.
- 44) VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
- 45) VESELÁ, Kateřina. Prožívání nemoci a hospitalizace dětským pacientem. *Sestra*. 2007, **17**(1), 50. ISSN 1210-0404.
- 46) VYORAL KRAKOVSKÁ, Radka. Informovanost rodičů o právech hospitalizovaných dětí. *Pediatric pro praxi*. 2013, **14**(6), 392-394. ISSN 1213-0494.
- 47) WETMORE, Ralph F., Harlan R. MUNTZ a Trevor J. I. MCGILL. *Pediatric otolaryngology: principles and practice pathways*. 2nd ed. New York: Thieme, 2012. ISBN 978-1-60406-413-1
- 48) ZACHAROVÁ, Eva. Práva dětského pacienta v ošetrovatelské péči. *Pediatric pro praxi*. 2010, **11**(5), 334-335. ISSN 1213-0494.
- 49) KRÁLOVEC, J., KRÁLOVCOVÁ, M.: *O nás* (online). (cit. 2019-02-14). Dostupné z: http://www.klicek.org/nadace/o_nas.html
- 50) ORGANIZACE ZDRAVOTNÍ KLAUN: *O nás* (online). (cit. 2019-02-17). Dostupné z: <http://www.zdravotniklaun.cz/poslani/>
- 51) HRADECKÁ, Lenka, *Herní terapie v nemocnicích* (online). (cit. 2019-02-17). Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/herni-terapie-v-nemocnicich-453234>

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Fotoknižka Pejsek Tlapka a příběh o nosní mandli

Obrázek 2 – Edukační karty

Obrázek 3 – Hra Dvojice

Obrázek 4 – Hra pexeso

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Charta práv dětí v nemocnici

Příloha č. 2 – Hodnocení edukačních materiálů

Příloha č. 3 – Edukační fotoknižka Pejsek Tlapka a příběh o nosní mandli

Příloha č. 4 – Edukační karta Pejsek Tlapka a příběh o vyšetření nosní mandle

Příloha č. 5 – Edukační karta Pejsek Tlapka a příběh o bolavém oušku

Příloha č. 6 – Edukační karta Pejsek Tlapka a příběh o vyšetření sluchu

Příloha č. 7 – Edukační hra Dvojice

Příloha č. 8 – Edukační hra Pexeso

Přílohy

Příloha č. 1 – Charta práv dětí v nemocnici

Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně poskytnuta v domácím léčení nebo při ambulantním docházení.

Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.

Děti, případně jejich rodiče, mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.

Děti, případně jejich rodiče, mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emočního rozrušení.

S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.

Dětem se musí dostávat péče náležitě proškoleného personálu, který si je plně vědom fyzických i emočních potřeb dětí každé věkové skupiny.

Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.

O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.

Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.

Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělávání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Podle organizace National Association for the Welfare of Children in Hospital (NAWCH) se sídlem v Londýně. Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky text upravila, schválila a prohlásila za platný 25. února 1992.

Příloha č. 2 – Hodnocení edukačních materiálů

Knížka je pro děti velmi vhodně zpracována, barevný tisk s obrázky děti zaujme a fotografie zábavnou formou představí průběh všech potřebných vyšetření, hospitalizace i výkonu. Velmi kladně hodnotím i stručné popisky fotografií, které si dokonce starší děti zvládnou přečíst samy. Celkově může materiál významně přispět ke zmírnění strachu a stresu u dětí v perioperačním období.

MUDr. Nikola Brzybohatá

Z vytvořeným edukačním materiálů jsme nadšení. Jsou velmi pěkně graficky zpracované a příjemně barevné. Dětem na klinice se určitě budou líbit. Něco takového jsme tu opravdu potřebovali. Podobné materiály by měly být samozřejmou součástí dětských oddělení a čekáren ambulancí. Bohužel je to nereálné z důvodu nedostatku finančních prostředků. Jsem proto moc rád, že zrovna naše klinika může s takovými materiály pracovat.

MUDr. Pavel Hermann

Terezka je naše bývalá kolegyně. Má hezký vztah k dětem a často se před vyšetřením snažila dětem vše vysvětlit, aby to pro ně nebylo tolik stresující. Mnohokrát se jí to povedlo. Edukační materiály a hry, které vytvořila, nám velmi usnadní práci s dětmi i rodiči a ušetří čas. Dětem se materiály moc líbí a rodiče jsou rádi, že mají skvělou pomoc pro přípravu k vyšetření, zákroku nebo hospitalizace. Oceňuji i jednoduché hry, které zkrátí dětem čas strávený v čekárnách nebo je zabaví na oddělení v případě hospitalizace.

Sestra Ružena Valentová