

**UNIVERZITA KARLOVA**

**2. LEKARSKÁ FAKULTA**

Ústav ošetrovateľstva

**Katarína Husárová**

**Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o  
detského pacienta po operácii bedrového  
kĺbu**

**Bakalárska práca**

Praha 2023

Autor práce: **Katarína Husárová**

Vedúci práce: **PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D., PhD.**

Oponent práce: **Mgr. Šárka Klokočková**

Dátum obhajoby: **2023**

## **Bibliografický záznam**

HUSÁROVÁ, Katarína. Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácií bedrového kĺbu. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, 2023. 76 s., prílohy, Vedúci bakalárskej práce PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D., PhD.

## Abstrakt

**Východiská:** Bakalárska práca sa zaoberá špecifikami ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácií bedrového kĺbu.

**Ciele:** Cieľom práce bolo zmapovať problematiku ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácií bedrového kĺbu a zistiť špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o daného pacienta na ortopedických oddeleniach či klinikách na Slovensku a v Českej republike, následne tieto zistenia zhodnotiť a porovnať.

**Metodika:** V empirickej časti bolo využité kvantitatívne výskumné šetrenie prostredníctvom dotazníku v papierovej podobe. Výskumného prieskumu sa zúčastnilo celkom 37 sestier pracujúcich na ortopedických oddeleniach/klinikách v 2 nemocniciach v rámci Slovenska a v 2 v rámci Českej republiky. Pre bakalársku prácu bol zhotovený anonymný neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie. Na štatistickú analýzu, vzhľadom na stanovené hypotézy a povahu dát, sme použili test zhody dvoch podielov, Chí-kvadrátový asociácie s Yatesovou korekciou, Cochranov test rovnosti združených podielov a sériu McNemarových testov s Bonferroniho korekciou pre viacnásobné porovnanie.

**Výsledky:** Sestry pracujúce na ortopedickom oddelení s detskými pacientami na SK a v ČR pripravujú svojich pacientov na operáciu aj na to čo ich čaká po nej. Taktiež sa sústredia aj na uspokojovanie potrieb detských pacientov, z ktorých najviac vnímajú psychické potreby. Psychická podpora, informovanosť rodičov, profesionalita sestier a vzájomná komunikácia medzi sestrou a dieťaťom patria medzi najviac vnímané špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácií bedrového kĺbu. Čo sa týka podávania informácií rodičom, v oboch krajinách k tomu pristupujú veľmi podobne a dávajú si záležať na tom, aby boli rodičia dostatočne informovaní.

**Záver:** Z výskumného šetrenia vyplýva, že dodržiavanie ošetrovateľských štandardov, poskytovanie psychickej podpory dieťaťu, prítomnosť rodiča počas hospitalizácie, či podávanie informácií rodičom do veľkej miery pozitívne ovplyvňuje celý pobyt v nemocnici deťom po operácií bedrového kĺbu.

### Kľúčové slová

Bedrový kĺb; Dieťa; Operácia; Ortopédia; Ošetrovateľská starostlivosť; Pediatriká sestra; Pooperačná starostlivosť

---

## Abstract

**Background:** This bachelor thesis deals with the specifics of nursing care for a child patient after hip joint surgery.

**Objectives:** The aim of the research was to find out the specifics of nursing care for a patient after hip surgery in orthopedic departments or clinics located in Slovakia or Czech Republic. Subsequently the findings were evaluated and compared.

**Methods:** The self-constructed questionnaire prepared for the bachelor's thesis was anonymous and non-standardized. A total of 37 nurses working in orthopedic departments or clinics participated in the research exploration. From a geographical point of view, they were employees of 2 Slovak and 2 Czech hospitals. For statistical analysis, given the stated hypotheses and the nature of the data, we used the test of agreement of two proportions, Chi – square association with Yates correction, Cochran's test of equality of pooled proportions and a series of McNamar's tests with Bonferroni correction for multiple comparisons

**Results:** Nurses working in the orthopedic department with children's patients in Slovakia and the Czech Republic prepare their patients for surgery and for what awaits them after it. They also focus on meeting the needs of children's patients, of which they perceive psychological needs the most. Psychological support, foreknowledge of parents, professionalism of nurses and mutual communication between nurse and child are among the most perceived specifics of nursing care for a child patient after hip joint surgery. Regarding the provision of information to parents, in both countries they approach it very similarly and they make sure that parents are sufficiently informed.

**Conclusions:** The research shows that compliance with nursing standards, providing psychological support to the child, the presence of the parent during hospitalization, or providing information to the parents have a large extent of positive effects on the entire stay in the hospital for children after hip joint surgery.

### Keywords

Hip joint; Child; Surgery; Orthopedics; Nursing care; Pediatric nurse Postoperative care

## Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovateľství

Akademický rok: 2020/2021

### ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Katarína Husárová**

Studijní program: **Pediatrické ošetrovateľství**

Studijní obor: **Pediatrické ošetrovateľství**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana.

Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody).

Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry.

Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu.

Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

BOLEDOVIČOVÁ, M. et al., 2010. Pediatrické ošetrovateľstvo, 3. prepracovane a doplnené vydanie. Martin: Osveta. ISBN 978-8080-633-318.

DUNGL, P. et al., 2005. Ortopedie. Praha: Grada. ISBN 80-247-0550-8.

POUL, J. et al., 2009. Dětská ortopedie. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-622-9.

SOSNA, A. et al., 2012. Základy ortopedie. Praha: Triton. ISBN 80-7254-202-8.

ROKACH, A., 2016. Psychological, emotional and physical experiences of hospitalized children. Clinical Case Reports and Reviews. 2(4), 399-401. ISSN: 2059-0393.

KELNAROVÁ J., MATĚJKOVÁ E., 2014. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty-4. ročník. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80247-5203-7.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Tomová Šárka, MPH, Ph.D., Ph.D.**

Oponenti: **Mgr. Bc. Klokočková Šárka**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 26.4.2021

Termin odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku

.....  
Vedoucí katedry

V Praze dne 26.4.2021

.....  
Děkan

Univerzita Karlova  
2. lékařská fakulta  
Děkanát (5)  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5  
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

## **Prehlásenie**

Prehlasujem, že som bakalársku prácu spracovala samostatne pod vedením PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D., PhD., uviedla všetky použité literárne a odborné zdroje a dodržovala zásady vedeckej etiky. Prehlasujem, že elektronická verzia práce vložená do študijného informačného systému je totožná s odovzdanou tlačenu verziou bakalárskej práce. Ďalej prehlasujem, že rovnaká práca nebola použitá k získaniu iného alebo rovnakého akademického titulu.

V Prahe 27. 04. 2023

**Katarína Husárová**



## **Pod'akovanie**

Rada by som sa pod'akovala pani doktorke PhDr. Šárke Tomovej, MPH, Ph.D., PhD za vedenie mojej bakalárskej práce, za čas, ktorý mi venovala, mimoriadnu trpezlivosť, ochotu a podporu, ktorú mi počas písania práce poskytovala. Pod'akovanie patrí aj mojej rodine a kamarátom, ktorí mi boli po celú dobu štúdia a písania práce veľkou oporou a motiváciou.

**OBSAH**

<b>1. ÚVOD</b> .....	<b>12</b>
<b>1.1 Ciele bakalárskej práce</b> .....	<b>13</b>
<b>2. TEORETICKÁ ČASŤ</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1 Vrodená dysplázia bedrového kĺbu</b> .....	<b>14</b>
<b>2.3 Nádorové ochorenie kostí</b> .....	<b>16</b>
2.3.1 Osteosarkóm.....	16
2.3.2 Ewingov sarkóm .....	17
<b>2.4 Aseptická nekróza proximálnej epifýzy femuru - Morbus Legg-Calvé-Perthes (Coxa plana)</b> 18	
<b>2.5 Sklz proximálnej femorálnej epifýzy -Coxa vara adolescentium</b> .....	<b>19</b>
<b>2.6 Traumatické poranenia bedrového kĺbu</b> .....	<b>19</b>
2.6.1 Traumatická luxácia bedra .....	20
2.7.2 Zlomenina proximálneho femuru .....	20
<b>2.8 Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácií bedrového kĺbu</b> 22	
2.8.1 Hospitalizácia dieťaťa .....	22
2.8.2 Predoperačná príprava .....	24
2.8.3 Bezprostredná predoperačná starostlivosť .....	<b>Chyba! Záložka nie je definovaná.</b>
2.8.4 Pooperačná starostlivosť .....	26
2.8.5 Komunikácia s detským pacientom .....	29
2.8.6 Bolesť v detskom veku .....	31
<b>3. EMPIRICKÁ ČASŤ PRÁCE</b> .....	<b>33</b>
<b>3.1 Ciele empirickej časti práce a pracovné hypotézy</b> .....	<b>33</b>
3.1.1 Ciele empirickej časti .....	33
3.1.1 Pracovné hypotézy .....	33
<b>3.2 Metodika šetrenia</b> .....	<b>34</b>
3.2.1 Metodika vlastného šetrenia.....	34
<b>3.3 Organizácia vlastného šetrenia a spracovania dát</b> .....	<b>35</b>
<b>3.4 Výsledky vlastnej práce</b> .....	<b>35</b>
<b>3.5 Výsledky štatistického hodnotenia</b> .....	<b>49</b>
<b>4. DISKUSIA</b> .....	<b>54</b>
<b>ZÁVER</b> .....	<b>61</b>
<b>ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY</b> .....	<b>63</b>
<b>ZOZNAM PRÍLOH</b> .....	<b>67</b>

## **ZOZNAM SKRATIEK**

ARO	anesteziologicko-resuscitačné oddelenie
ČR	Česká republika
DDH	developmental dysplasia of the hip - polohová dysplázia
JIS	jednotka intenzívnej starostlivosti
Napr.	napríklad
RTG	röntgenové žiarenie
SR	Slovenská republika
VAS	visualna analogová škála

# 1.ÚVOD

Svoju bakalársku prácu som spracovala na tému: „Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu“

Už od novorodeneckého až po adolescentný vek sa u detí môže vyskytovať veľa problémov spojených s pohybovým ústrojenstvom. U detí sa pohybový aparát vyvíja až do 18. roku života, v niektorých prípadoch aj dlhšie. Preto je dôležité si uvedomiť, že dieťa nie je malý dospelý. Etiológia problémov pohybového aparátu je rôznorodá, u detí sa predovšetkým jedná o vrodené vývojové vady, úrazy a nádory. Ortopédia je široký obor, ktorý sa venuje funkčným ochoreniam vrodeným, ale aj získaným vadám, poraneniam pohybového a podporného aparátu, ich liečbe a následnej rehabilitácii. Dôležitá je taktiež aj prevencia a zabránenie vzniku poruchy pohybového aparátu. V rámci detskej ortopédie je vhodná špecializácia na problematiku vád a postihnutia pohybového aparátu v detskom veku. V mojej bakalárskej práci sa bližšie zameriavam na ošetrovateľskú starostlivosť o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu a jej špecifiká v psychosociálnej a komunikačnej oblasti. Síce sa väčšina operácii bedrového kĺbu vykonáva u dospelých, sú ochorenia, ktoré postihujú detských pacientov a taktiež si vyžadujú operačnú liečbu. Medzi také ochorenia patrí napr. vrodená dysplázia bedrového kĺbu, traumatické poranenia bedrového kĺbu alebo nádorové ochorenia kostí. Dieťa, ktoré sa ocitá v nemocničnom prostredí, či už z dôvodu ambulančnej starostlivosti, hospitalizácie alebo operácie, je vystavené stresu. Keďže je v cudzom prostredí, je odlúčené od svojich blízkych, pociťuje strach, a práve vtedy zohráva dôležitú úlohu pediatrická sestra, ktorá sa o detského pacienta stará. Je dôležité, aby využila všetky svoje znalosti a schopnosti v oblasti komplexnej starostlivosti o detského pacienta a dieťaťu čo najviac spríjemnila a uľahčila hospitalizáciu.

Cieľovou skupinou boli pediatrické sestry pracujúce na detských ortopedických oddeleniach v ČR (Česká republika) a v SR (Slovenskej republike). Hlavným cieľom bolo poskytnúť potrebné informácie a spracovanie špecifik ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu po stránke psychosociálnej a komunikačnej, čo prispeje k skvalitneniu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti a celkovému prístupu pediatrickej sestry k dieťaťu.

## 1.1 Ciele bakalárskej práce

Cieľom bakalárskej práce bude poskytnúť nelekárskym zdravotníckym pracovníkom, predovšetkým pediatrickým sestram na pooperačných oddeleniach pre detských pacientov po ortopedických operáciách, potrebné informácie o ošetrovateľskej starostlivosti. Tieto informácie prispievajú k skvalitneniu poskytovania komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti v pediatrickom ošetrovatelstve v rámci ortopédie. Zároveň budú spracované špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu a to prispeje k zlepšeniu celkového prístupu sestry k dieťaťu a tým mu uľahčí hospitalizáciu. Pretože vhodnou starostlivosťou sa dá zmierniť bolesť, utrpenie a strach dieťaťa.

- Preštudovať relevantné české, slovenské a zahraničné časopisecké a literárne zdroje
- Zmapovať problematiku ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta po operácii bedrového kĺbu v klinickej praxi
- Zistiť špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu
- Porovnať a zhodnotiť špecifiká v ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu v podmienkach slovenského a českého zdravotníctva
- Vytvoriť neštandardizovaný dotazník
- Dotazník administrovať medzi sestry na SK a v ČR pracujúce na ortopedických oddeleniach s detskými pacientmi
- Získané dáta analyzovať a štatisticky spracovať
- Stanoviť záver a odporúčenia, ktoré by viedli k zvýšeniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu

## 2. TEORETICKÁ ČASŤ

Teoretická časť bakalárskej práce je zameraná na problematiku ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu. V jednotlivých kapitolách popisujem samotné ochorenia, pri ktorých môže byť indikovaná operácia bedrového kĺbu. Ďalej sú popísané špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta v rámci hospitalizácie dieťaťa, predoperačnej prípravy, pooperačnej prípravy, bolesti v detskom veku, komunikácie s detským pacientom či komunikácie s rodičom hospitalizovaného dieťaťa a rehabilitácia po operácii bedrového kĺbu.

### 2.1 Vrodená dysplázia bedrového kĺbu

Vrodená dysplázia bedrového kĺbu patrí medzi najčastejšie vrodené vady u detí. Je definovaná ako porucha vývoja bedrového kĺbu, ktorej podstatou je decentralizácia hlavice femuru v bedrovej jamke (Sosna et al., 2012; Slezáková et al., 2012).

Ide o vrodené multifaktorálne ochorenie, pričom sa pripisujú endogénne aj exogénne vplyvy. Sú rôzne teórie, ktoré zisťovali vplyv dedičnosti, polohy plodu v maternici, ale aj vplyv infekcií alebo hormónov. Stretávame sa s rôznymi stupňami vrodenej dysplázie bedrového kĺbu, od najľahšej až po najťažšiu. Za prvý stupeň sa považuje instabilita, druhý stupeň sa prejavuje sublúxiou, tretí stupeň je charakteristický luxáciou (Schneiderová, 2014). Dlhé roky sa hovorilo, že veľký podiel na vrodenú dyspláziu bedrového kĺbu má dedičnosť. Pričom na základe Dunnových štúdií, bol prijatý záver, že sa nejedná len o dedičné postihnutie, ale aj o polohovú vadu, ktorá vzniká pôsobením exogénnych síl na plod v období organogenézy. Na základe týchto zistení sa začala používať skratka DDH (developmental dysplasia of the hip - polohová dysplázia). Dieťa sa s dyspláziou narodí a k luxácií dochádza postnatálne, vplyvom násilnej deflexie dysplastického bedrového kĺbu. K luxácii môže prispieť taktiež aj spôsob balenia novorodencov. V minulosti, keď bolo vo zvyku baliť novorodencov do povijan, bol zaznamenaný aj vyšší výskyt tejto vady u detí. Zmena nastala, až keď sa presadilo balenie novorodencov do plienkových nohavičiek, čím prispeli k zníženiu incidencie DDH (polohovej dysplázie) (Dungl, 2005). Sosna et al. (2012) uvádza, že známym faktom je, že častejší výskyt dysplázie bedrového kĺbu je u detí, ktoré sa narodili koncom panvovým. Čím môžeme predpokladať, že vztyčená pozícia oboch nožičiek dieťaťa v maternici, je predisponujúcim faktorom, ktoré zapríčiní vznik bedrovej dysplázie (Sosna et al. 2012).

Vrodená dysplázia bedrového kĺbu sa vyskytuje približne u 3% novorodencov, pričom je častejšie diagnostikovaná častejšie u dievčat ako u chlapcov (Muntau, 2014). Základom diagnostiky je anamnéza, kde sa zisťuje priebeh tehotenstva, prekonané úrazy, virózy, prípadne radiácia, výskyt dysplázie v rodine. Nasleduje fyzikálne vyšetrenie, sleduje sa postavenie dolných končatín. Dôležitým vyšetrením je aj sonografia, tá prebieha v troch etapách. Prvé vyšetrenie prebieha už v nemocnici, 3.-5. deň po narodení. Druhé vyšetrenie prebieha na konci šestonedelia. Posledné vyšetrenie je indikované okolo 16. týždňa. Ak je na ultrazvukovom vyšetrení čokoľvek nejasné, vykonáva sa vyšetrenie RTG (röntgenové žiarenie) (Schneiderová, 2014). V takom prípade sa aj frekvencia kontrol skraca a chodí sa s odstupom 4 týždňov. Vyšetrovanie detí na vrodené vady bedrového kĺbu upravuje novela vyhlášky č. 17/77 z roku 1996. Všetky deti narodené v ústavnom zariadení majú byť podľa tejto právnej normy vyšetrené ortopédom v prvom týždni po narodení klinicky a do 3. týždňa života aj sonograficky (Dungl, 2005).

Liečba dysplázie bedrového kĺbu je v prvom rade konzervatívna, čo zahŕňa abdukčné balenie pri preluxácii a pri subluxácii Frejkovú perinku alebo Pavlíkové strmene. Frejková abdukčná perinka sa dáva priamo na oblečenie dieťaťa, pri každom prebaľovaní a prezliekaní sa dáva dole. Pavlíkové strmene sa používajú pri takzvaných kritických bedrových kĺboch, s viditeľným oploštením okraju acetabula u typu IIC. Pri veľmi malých deťoch môžeme využiť náhradnú pomôcku Wangnerové pančušky. Tieto pančušky sa dávajú na holé nožičky dieťaťa, vďaka tomu sa dá meniť plienky bez toho, aby sme museli vyzliecť pančušky. Táto funkčná liečba je charakteristická tým, že je limitovaný pohyb bedrového kĺbu medzi zónou stabilnou a bezpečnou. Je potrebné správne aplikovať pomôcku, aby bolo zabránené extenzii a addukcii bedrového kĺbu. Pokiaľ zachytíme decentrovaný bedrový kĺb s kontraktúrou alebo v priebehu 4 týždňov nedošlo k stabilizácii bedrového kĺbu v Pavlíkových strmeňoch, je indikovaná distrakčná liečba, ktorá sa vykonáva spôsobom, že dieťa je zavesené za nohy na rám, ktorý je pri postieľke (Frydrychová et. al., 2016).

Ak nie je účinná distrakčná liečba, je potrebné pristúpiť k operácii. Pred samotnou operáciou sa vykoná Artrografické vyšetrenie, ktoré nám ukáže zmeny na kĺbovom puzdre a mäkkých štruktúrach kĺbu, tvar a veľkosť bedrovej hlavice. Za pomoci röntgenového zosilňovača je dieťaťu vykonaný výkon v celkovej anestézii (Sosna et al., 2012). V novorodeneckom veku patrí medzi najčastejšie dôvody operácie prítomnosť

repozičnej alebo intrakapsulárnej prekážky. Ďalšími typmi výkonov sú výkony na femure alebo panvová osteotómia, tá spočíva v korekcii zle orientovaného acetabula, tak aby bol bedrový kĺb stabilný. Steelová trojitá osteotómia (osteotómia všetkých troch panvových kostí) sa robí detským pacientom nad 6 rokov, pričom sa upraví pozícia acetabula a vykoná sa transfixácia K-drôťmi. (Schneiderová, 2014). Keďže operačná liečba a jej zásady sa líšia na základe veku dieťaťa a s vyšším vekom remodelačné schopnosti bedrového kĺbu klesajú, odporúča sa pre operačnú liečbu skôr novorodenecké obdobie. Ak nie je vrodená vývojová dysplázia liečená v rannom veku, môže to viesť k bolesti kĺbov, osteoartóze, k obmedzeniu pohybu kĺbu či k abnormálnej chôdzi (Bhuyan, 2012).

## 2.3 Nádorové ochorenie kostí

Nádorové ochorenia detského veku predstavujú 1-2% všetkých malígnych ochorení v rámci populácie. Malígne kostné nádory predstavujú vzácnu skupinu nádorových ochorení, ich podiel je vo veku 0-14 rokov 3-5% a vo veku od 15 do 19 rokov 7-8% zo všetkých novo diagnostikovaných detských pacientov (Klučková et al., 2017).

Liečba spočíva v kombinácii radikálneho odstránenia primárneho nádoru so systémovou chemoterapiou a rádioterapiou. Aby bola liečba úspešná, vyžaduje si úzku multidisciplinárnu spoluprácu odborníkov z pediatrie, onkológie, ortopédie, patológie, rádiológie, rehabilitácie a psychológie (Klučková et al., 2017).

### 2.3.1 Osteosarkóm

Osteosarkóm tvorí 60% nádorov kostí a je 6. najčastejším nádorom v detskom veku a 3. najčastejším nádorom adolescentov a mladých dospelých (Klučková et al., 2017). Je známe, že chlapci majú vyššiu predispozíciu k vzniku osteosarkómu oproti dievčatám a to v pomere 5:1 chlapci: dievčatá. Osteosarkóm vzniká z poškodených osteoidov alebo z nezrelých kostí (Sobhan et al., 2017). Najčastejšie sú postihnuté kosti dolných končatín (kosti tvoriace kolenný kĺb)(Klučková, 2017). Zväčša je lokalizovaný na distálnom femure približne u 45% prípadov, na proximálnej tibii u 15% prípadov a u 10% na proximálnom humeruse. Etiológia osteosarkómu je nejasná, a však je zistená spojitosť s mutáciou génu p53 RB a mdm2 (Sobhan et al., 2017). Primárne postihuje metafýzy dlhých tubulárnych kostí.

Medzi prvé príznaky osteosarkómu patrí perzistujúca bolesť v mieste nádoru, môže sa vyskytnúť zdureníe postihnutej oblasti mäkkých tkanív, porucha chôdze



(krívanie). Symptómy pretrvávajú niekoľko mesiacov pred diagnostikovaním. Dôležitú úlohu zohráva včasná diagnostika nádoru, ktorá ovplyvní úspešnosť liečby nádoru pohybového ústrojenstva a taktiež aj prognózu ochorenia (Sosna et al., 2012). Základom diagnostiky je anamnéza a fyzikálne vyšetrenie predpokladanej lokalizácie primárneho nádoru, doplnené zobrazovacími vyšetrovacími metódami (RTG, sonografia) (Klučková et al., 2017).

Liečba osteosarkómu spočíva v radikálnej chirurgickej resekcii nádoru spojenú so systémovou chemoterapiou, ktorá sa podáva pred a po samotnej operácii. Vďaka systémovej terapii sa nádor zmenší a následne je možné vykonať zákrok, ktorý je šetrný voči končatine, taktiež je dôležitá pre skorú liečbu mikrometastáz. Nakoľko je osteosarkóm vysoko rezistentný, sa rádioterapia v rámci terapie nevyužíva (Klučková et al., 2017).

### 2.3.2 Ewingov sarkóm

Ewingov sarkóm je druhým najčastejším primárnym nádorom kostí u detí v adolescentnom veku, pričom sa najčastejšie vyskytuje od 10. do 20. roku života. Postihuje kosti dolných končatín (os ilium, femur, fibula) a panvu (Sosna et al., 2012). Hoci najčastejšie ide o kostný tumor, môže sa tiež vyskytnúť v mäkkom tkanive, kedy sa označuje ako extraoseálny Ewingov sarkóm či periférny neuroektodermálny tumor (Klučková et al., 2017).

Veľmi častým príznakom je bolesť v mieste primárneho nádoru, môže sa objaviť opuch či erytém (Klučková et al., 2017). Vo vyššom štádiu ochorenia sa môže objaviť aj patologická zlomenina. (Nakoľko sa jedná o systémové ochorenie, môžu byť prítomné nešpecifické laboratórne známky zápalu ako napr. zvýšená sedimentácia erytrocytov, leukocytóza, anémia alebo zvýšený C reaktívny proteín (Klučková et al., 2017). RTG vyšetrenie ukáže prítomnosť vnútro dreňovej lokalizácie, cibul'ovité periotózy, prípadne Codmanov trojuholník, vždy je prítomná osteolýza, niekedy novotvorba až skleróza, ktorá môže vyzeráť ako aseptická nekróza. Pri angiografickom vyšetrení je viditeľná výrazná patologická vaskularizácia (Douša et al., 2021).

Keďže je tento typ nádoru vysoko citlivý k chemoterapii a je rádiosenzitívny, liečba je kombinovaná – cytostatická a radiačná v kombinácii s chirurgickou (Douška et al., 2021). Liečba sa začína podávaním systémovej chemoterapie a následne, v závislosti od faktorov, sa vykoná lokálna kontrola chirurgickou

liečbou, ožarovaním alebo kombináciou týchto dvoch metód (Klučková et al., 2017).

## **2.4 Aseptická nekróza proximálnej epifýzy femuru - Morbus Legg-Calvé-Perthes (Coxa plana)**

Morbus legg-calvé-Perthes, inak nazývaná Pertersonova choroba, je aseptická nekróza proximálnej epifýzy femuru. Toto ochorenie sa najčastejšie objavuje medzi 5.-7. rokom života, pričom štyrikrát častejšie postihuje chlapcov (Douška et al., 2021).

Vznik tohto závažného ochorenia je daný genetickou výbavou dieťaťa, dostatkom živín v strave a hormonálnou rovnováhou. Môže sa objaviť aj v dôsledku poruchy vstrebávania živín, u detí s poruchou koagulácie či u detí liečených kortikoidmi. Nástup ochorenia môže ovplyvniť aj bežná infekcia dýchacích ciest, a to vplyvom tzv. Harrisonového efektu kedy dôjde k redukcii arteriálneho zásobenia kĺbu. Pri poruche venózneho zásobenia sa nahromadí tekutina v okolí kĺbu a tento útlak spôsobí nedokrvenie v oblasti epifýzy, prípadne metafýzy a rastovej platničky stehennej kosti. Následne chrupavka aj kosť nekrotizujú, kĺb sa deformuje, rozpadá, dochádza k resorpcii osifikačného jadra hlavice stehennej kosti alebo k subchondrálnej zlomenine (Pražský, 2013).

Pacienti pociťujú bolesť v oblasti triesla, niekedy aj v oblasti zadku, či na vnútornej strane stehna a kolena (Douška et al., 2021). Táto nepríjemná bolesť spôsobuje, že pacient má tendenciu krívať alebo odmieta chodiť. Je obmedzená addukcia a vnútorná rotácia v bedrovom kĺbe, abdukcia býva obmedzená menej (Pražský, 2013).

Liečba ochorenia je založená na princípe „containment“. Cieľom je dostať nekrotické časti proximálnej epifýzy femuru dovnútra acetabula tak, aby sa nedotýkala nosnej časti acetabula. Konzervatívny spôsob liečby sa volí vtedy, ak je rozsah ochorenia menší a vek dieťaťa je menej ako 6 rokov. Využíva sa abdukčná pomôcka, ktorá drží obe dolné končatiny v abdukčnom a vnútorne rotačnom postavení v bedrách. Operačný zákrok je v dnešnej dobe preferovaný pred konzervatívnou liečbou, pretože dosiahnutie „containment“ je trvalé a nevyžaduje správnosť používania abdukčných pomôcok. „Containment“ môže byť dosiahnutý supraacetabulárnou osteotomiou panve a zmenou tvaru alebo orientácie acetabula, alebo intertrochanterickou varizačnou osteotomiou proximálneho femuru, alebo kombináciou oboch týchto metód (Douška et

al., 2021). Včasná diagnostika a liečba spolu s priaznivým priebehom ochorenia zväčša umožní vyliečenie ad intergrum (Pražský, 2013).

## 2.5 Sklz proximálnej femorálnej epifýzy -Coxa vara adolescentium

Sklz proximálnej femorálnej epifýzy sa objavuje v prepupertálnom a pubertálnom období, u dievčat medzi 10. až 12. rokom života a u chlapcov medzi 12. až 16. rokom života. U chlapcov je výskyt tohto ochorenia dvakrát častejší ako u dievčat (Douška et al., 2021).

Jedným z dôvodov vzniku ochorenia sú endokrinné poruchy, pri ktorých dochádza k štrukturálnym zmenám v rastovej platničke. Toto sa prejavuje výskytom trhlín v rastovej platničke, chrupavka je rozvláknená a jej ostrovčeky sa dostávajú až do metafýzy. Tá je v jej dorzálnej časti mechanicky oslabená, dochádza k jej kompresii a epifýza sa skláňa dorzálne na mediálne. K sklonu sa môže pridať sklz epifýzy po dosiahnutí cca 30 stupňového sklonu alebo drobným úrazom (Chládek, Trč, 2008).

Klinický obraz tohto ochorenia je antalgické krívanie. Typické sú bolesti v hĺbke triesla, ktoré prechádzajú do stehna alebo do boku. Pri vyšetrení pohybu bedrového kĺbu sa ukáže obmedzenie do všetkých smerov. Diagnózu môžeme určiť na základe klinického nálezu vrátane Drehmannovo znamenia, pri ktorom polohovanie bedrového kĺbu do extenzie a flexie vedie k miernej vonkajšej rotácii „koleno smeruje do axily“ (Douška et al., 2021).

Najúčinnejšou a zároveň najčastejšou terapiou sklzu proximálnej femorálnej epifýzy je operácia. Pri miernom sklze sa využívajú na zaistenie fragmentov Kirschnerové drôty alebo šróby. Ak je sklz väčší doporučuje sa intertrochanterická osteostomia femuru s otočením chrupavky proximálnej epifýzy femuru proti acetabulu, čo môžeme dosiahnuť pomocou valgizácie, flexie a rotácie proximálneho femuru v línii osteotomie. Otvorená repozícia, vyžadujúca osteotomiu v oblasti krčku femuru sa vykonáva pri rozsiahlych sklzoch, kedy fragmenty majú len minimálny alebo žiadny vzájomný kontakt (Douška et al., 2021).

## 2.6 Traumatické poranenia bedrového kĺbu

Medzi traumatické poranenia bedrového kĺbu patria hlavne zlomeniny a traumatické vykĺbenia bedrového kĺbu. Vznikajú v dôsledku vážneho úraz a spolu

s pridruženými komplikáciami môžu mať až smrteľné následky. Najčastejšie sa jedná o pády z výšky, športové úrazy alebo autonehody.

### *2.6.1 Traumatická luxácia bedra*

V ortopedickej praxi je traumatická luxácia bedrového kĺbu zaradená medzi urgentné stavy, ktorá si vyžaduje okamžitý ortopedický zásah s repozíciou koxy (Dungl, 2014). Dislokácia bedrového kĺbu je vážny stav, ktorý je spojený s dlhodobou morbiditou, často s pridruženou avaskulárnou nekrózou hlavy femuru a vývojom včasnej postraumatickej koxartrózy (Kokavec, 2019). V rámci ortopedickej a traumatologickej praxi sa najčastejšie stretávame so zadnou luxáciou bedra, ktorá vzniká pôsobením priamej sily oproti flektovanému kolenu s flektovaným a addukovaným bedrom. Takto podobne to býva aj pri poranení o palubnú dosku pri autonehode. Cez femur sa prenáša sila, ktorá spôsobí zadnú luxáciu hlavy femuru s tlakom na zadnú hranu acetábula. Pri športových aktivitách sa veľmi málo vyskytujú úrazy podobného typu a ak sa už aj objavia, zvyčajne to býva pri vysoko namáhavých dynamických športoch, napr. futbal či rugby. Predná luxácia bedrového kĺbu je zriedkavá, vzniká pri extrémnej extenzii, abdukcii a externej rotácii bedrového kĺbu. Veľmi časté sú prítomné sprievodné fraktúry femuru, panvy a acetábula. Dôvodom je vysoko stabilné sklbenie bedra a veľká pôsobiaca sila, ktorá pôsobí na pevné kostné štruktúry, labra, ligamenty a svalové štruktúry. Pri podozrení na traumatickú luxáciu bedrového kĺbu je potrebné pacienta stabilizovať, nemanipulovať s postihnutou končatinou a zabezpečiť okamžitý prevoz do nemocnice. (Dungl, 2014).

Na diagnostiku a na odhalenie aj drobných fraktúr, ktoré by mohli byť kontraindikáciou k rýchlej zatvorenej repozícii luxácie bedrového kĺbu, sa využíva počítačová tomografia CT. Ak nie je možná alebo nie je účinná rýchla repozícia, je indikovaná otvorená repozícia bedrového kĺbu. Jedným z možných riešení zadnej luxácie bedrového kĺbu je otvorená repozícia z prístupu podľa Kochera a Langenbecka, vďaka ktorému sa je lepší dosah na zadné štruktúry acetábula, veľký trochanter a proximálnu časť diafýzy femuru.

### *2.7.2 Zlomenina proximálneho femuru*

V detskom a adolescentnom veku sa zlomeniny proximálneho femuru vyskytujú zriedkavo. Väčšinou sú súčasťou mnohopočetných poranení a polytraumatov po pádoch z výšky či dopravných nehodách. Zlomenina vzniká pôsobením axiálneho násillia

v dlhej osi stehennej kosti, niekedy však postačí mechanizmus páčenia do krajnej abdukcie alebo addukcie stehennej kosti. U detských pacientov sa zlomeniny proximálneho konca stehennej kosti klasifikujú do 4 typov podľa Delbeta-Collony.

- **Deblet-Collin I typ** je veľmi zriedkavý typ zlomeniny. Väčšinu fyzárnych separácií môžeme zahrnúť medzi netraumatickú epifyzeolýzu hlavice humeru, ktorá sa diagnostikuje ako coxa vara adolescentium. Deti do 2. roku života, ktoré sú postihnuté týmto typom zlomeniny majú lepšiu prognózu.
- **Deblet-Collin II typ** sa vyskytuje najčastejšie zo všetkých typov zlomením proximálneho femuru. Väčšinou je pridružená aj dislokácia a tým sa zvyšuje riziko vzniku aseptickéj nekrózy hlavice femuru.
- **Deblet-Collin III typ** zlomeniny je lokalizovaný v priebehu intertrochanterickej línie alebo ľahko mediálne od nej. Taktiež môže byť prítomná dislokácia následkom čoho vzniká aseptická nekróza.
- **Deblet-Collin IV typ** sa lomí v úrovni linea intertrochanterica. Nakoľko je považovaný za typ s najnižším výskytom komplikácií, je aj vznik aseptickéj nekrózy raritný. (Hughes, Beaty, 1994)

Úľavová poloha postihnutej dolnej končatiny so semiflexiou, abdukciou a rotáciou v bedrovom kĺbe je jedným z typických príznakov zlomeniny proximálneho femuru. Na dotyk je bedro bolestivé a na pohľad môže byť viditeľné skrátenie stehna a celej dolnej končatiny.

Zlomeninu diagnostikujeme pomocou RTG snímku, prípadne MRI, ktoré je schopné zobrazit' aj jemnú líniu lomu. V prípade Debler-Collon I typu je možné konzervatívne liečiť pacientov do 2. roku života ak nie je prítomná dislokácia, prípadne dislokované zlomeniny, ktoré sú primárne reponované do stabilnej polohy. V prípade dislokovanej zlomeniny sa toleruje osteosyntéza Kirschnerovými drôťmi. Ak sa jedná o zlomeninu II. a III. typu je doporučená inetrná fixácia, aj v prípade ak nie je prítomná dislokácia. K vnútornej fixácii sa najčastejšie používajú 2-3 kanalizované šróby, podľa veľkosti krčka. Pri zlomenine III. typu, ak je línia lomu viac laterálne, je možné použiť kompresný šrób detského typu na spôsob DHS mimo rastovú platničku. Ten je vhodnou voľbou aj pri náprave zlomeniny IV. typu. Pri otvorených a komplexných zlomeninách sa rovnako, ako vo všetkých ostatných lokalitách, používa vonkajší fixátor. Následne po operácii je nasadená sadrová spika u detí do 10 rokov, ktorá sa po 6-12 týždňoch dáva

dole. U pacientov nad 12 rokov sa nepoužíva sadrová fixácia a je doporučená včasná chôdza s barlami. (Hughes, Beaty, 1994)

## **2.8 Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácií bedrového kĺbu**

Každý operačný zákrok predstavuje pre detského pacienta špecifický problém, ktorý si vyžaduje postupnú psychologickú prípravu v predoperačnom aj pooperačnom období, ktorá je súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti (Ondriová, Sinaiová, 2011). Sestra by sa nemala v rámci ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta zameriavať len na somatickú stránku, ale starostlivosť by mala byť komplexná a mala by vnímať dieťa ako holistickú bytosť. Bez ohľadu na to o aký operačný zákrok ide, deti vždy prežívajú strach (Janíková, Zeleníková, 2013). Detské sestry svojou ošetrovateľskou starostlivosťou dokážu ovplyvniť pacientov postoj k ochoreniu, k liečbe, hospitalizácií, ale aj postoj k zdravotníckym pracovníkom. Taktiež môžu prispieť k zmierneniu bolesti, utrpenia, strachu dieťaťa. Ak pochopíme súvislosti medzi všetkými faktormi, ktoré ovplyvňujú pobyt dieťaťa v nemocnici, môžeme zlepšiť prístup k detskému pacientovi a tým mu uľahčiť celú hospitalizáciu (Jakubeková et al., 2010).

### *2.8.1 Hospitalizácia dieťaťa*

Pobyt v nemocnici je stresujúci pre každého človeka. U detí to platí o to viac, keďže sú zrazu narušené pevné citové väzby medzi dieťaťom a rodičom, či iným najbližším. Práve preto je veľmi dôležitá príprava dieťaťa na hospitalizáciu a prístup k nemu v priebehu pobytu v nemocnici (Ondriová, Magurová. 2016).

Hospitalizácia predstavuje pobyt na lôžku po prijatí detského pacienta. Na detských oddeleniach v nemocnici sa vyšetrujú a liečia pacienti od novorodeneckého veku až po dosiahnutie 19. roku života. Nemocničné prostredie, odborné bolestivé výkony, predstavujú pre dieťa veľkú záťažovú situáciu. Detský pacient sa ocitá v neznámom prostredí, kde stráca pocit bezpečia a istoty, jeho bežné denné aktivity sa musia prispôbiť situácii a do určitej miery dochádza k sociálnej izolácii (Jakubeková et al., 2010). Pre detský organizmus a psychiku je každá návšteva či pobyt v nemocničnom zariadení veľkou záťažou. Preto je vhodné dieťa neustále niečím zamestnávať, aby nemalo čas sa báť (Ondriová, Magurová. 2016).

Medzi hospitalizáciou detského pacienta a hospitalizáciou dospelého pacienta sú zásadné rozdiely. Líšia sa celkovo vo vnútornom prežívaní pri prijímaní a pobyte v nemocnici a v reakciách. Ďalšia odlišnosť je v podpisovaní informovaného súhlasu s hospitalizáciou alebo výkonmi, ktorý podpisujú zákonní zástupcovia. Bežný príjem dieťaťa na lôžkové oddelenie začína uložením pacienta na lôžko, zoznámením s ostatnými deťmi na izbe, edukáciou zákonného zástupcu o fungovaní na oddelení, o možnostiach návštev, pomocou orientovať a zoznámiť sa s Chartou práv hospitalizovaných detí (Vytejková et al., 2011).

Faktory ako napr. vek dieťaťa, jeho osobnostné rysy, temperament, pohlavie či podpora rodiny, do veľkej miery ovplyvňujú to, ako sa dieťa adaptuje na nemocničné prostredie. Včasná príprava dieťaťa na hospitalizáciu je nevyhnutná, pretože taktiež dokáže ovplyvniť vnímanie a adaptáciu pobytu na lôžkovom oddelení. Treba odhadnúť správny čas, kedy povedať dieťaťu o plánovanej hospitalizácii, ak sa to dozvie príliš skoro, môže mať zbytočné obavy. Je známe pravidlo, že dieťa vo vekovom rozmedzí od 2 do 7 rokov by malo byť informované o blížiacej sa hospitalizácii toľko dní dopredu, koľko má rokov. Čo sa týka starších detí, platí, že by sa mali túto informáciu dozvedieť v tej istej chvíli ako rodičia (Pillitteri, 2013).

Vďaka tomu, že v dnešnej dobe je možnosť pre rodičov tráviť so svojim dieťaťom čas počas celého pobytu v nemocnici a nemusia sa lúčiť, je to pre detského pacienta veľká úľava, že v novom prostredí nezostane samo. V Českých nemocniciach je sprievod hradení poisťovňou u detí do 6. roka života, sprevádzajúce osoby nad 6 rokov, si platia pobyt v nemocnici sami (Klíma et al., 2016). Na Slovensku sa aktuálne ešte stále bojuje za právo rodičov byť s deťmi v nemocnici počas ich hospitalizácie.

V roku 1988 sa konala 1. európska konferencia o hospitalizovaných deťoch, kde boli presne sformulovaná a schválená Charta práv hospitalizovaných detí. Detskí pacienti by mali byť prijatí na hospitalizáciu len v prípade, že starostlivosť, ktorú vyžadujú, im nemôže byť poskytnutá doma, alebo formou dňovej hospitalizácie. Deti v rámci hospitalizácie majú vždy právo mať pri sebe rodiča alebo zákonného zástupcu. S tým je spojená podpora rodičov, aby zostali so svojimi deťmi, preto by malo byť ubytovanie ponúknuté všetkým rodičom. Rodičia sa tak môžu aktívne podieľať na starostlivosti o svoje dieťa. Zároveň by rodičia nemali trpieť stratou zárobku a nemalo by to byť pre nich finančne náročné. Rovnako ako detský pacient aj jeho rodič sú

informovaní o tom, ako to funguje na oddelení. Tieto informácie by mali byť podané primerane ich veku a úrovni ich chápania. Je vhodné zabezpečiť všetky opatrenia k zmierneniu fyzického i emočného stresu. Detský pacient aj jeho rodič alebo zákonný zástupca majú právo na informovanú účasť vo všetkých rozhodnutiach, ktoré sa týkajú starostlivosti o nich. Deti by nemali byť prijímané na oddelenie pre dospelých, majú byť ošetrované spolu s deťmi, ktoré majú rovnaké vývojové potreby. Návštevy nemajú žiadne obmedzenia čo sa týka veku. Detské oddelenia majú mať pre detských pacientov vytvorené všetky podmienky k herným aktivitám, odpočinku a vyučovaniu vhodnému pre ich vek a zdravotný stav. O hospitalizované deti by sa mal starať zdravotnícky personál, ktorý je dostatočne vzdelaný a skúsený, čo mu umožňuje reagovať na fyzické, emočné a vývojové potreby detí a ich rodín. Nepretržitú starostlivosť by mal poskytovať tím, ktorý sa stará o deti. S detskými pacientami sa má zachádzať taktne, s pochopením a rešpektom ich súkromia (Klíma et al., 2016).

### *2.8.2 Predoperačná príprava*

Vo chvíli, keď padne rozhodnutie o nutnosti operácie sa začína predoperačná príprava, ktorá trvá až do prevozu pacienta na operačnú sálu. Cieľom predoperačnej ošetrovateľskej starostlivosti je pripraviť dieťa na operačný zákrok a následne na nekomplikované pooperačné zotavenie, na zníženie úzkosti, stresu a strachu spojeného s operáciou u detí, ale aj u rodičov. Predoperačnú prípravu rozdeľujeme podľa rôznych kritérií, ktoré sa navzájom prelínajú. Prvé rozdelenie môže byť na všeobecnú, ktorá je spoločná pre všetky operačné výkony a na špeciálnu, tá je špecifická pre každé ochorenie či typ operácie. Ďalej ju môžeme deliť na psychickú, fyzickú a medikamentóznou predoperačnú prípravu. Základným rozdelením je na dlhodobú, krátkodobú a bezprostrednú.

Súčasťou dlhodobej predoperačnej prípravy je psychická príprava, ktorá by mala byť premyslená a systematická. Pre detského pacienta a jeho rodiča je oveľa efektívnejšie ak psychická príprava pozostáva zo systematickej prípravy, podpornej starostlivosti a nácviku udalostí, ktoré detského pacienta čakajú. Súčasťou predoperačnej prípravy je dôležité dieťaťu aj rodičom vysvetliť dôvody operácie a edukovať ako pokračovať v ďalšej príprave. Veľkým prínosom je ak si pacient nacvičuje v rámci predoperačnej prípravy, ako správne pokladať barle, aby po operácii mohol čím skôr vstať z lôžka a vrátiť sa do bežného života. Rodičia by sa mali vedieť o budúcom operačnom zákroku rozprávať pokojne, povzbudivo a vyvarovať sa ľútosti



nad dieťaťom. Taktiež by nemali nič meniť v režime, ktorý so svojím dieťaťom mali, nemali by robiť zmeny vo výchovnom prístupe či požiadavkách na dieťa, aby uňho nevyvolali pocit neistoty, že mu hrozí niečo nebezpečné. Psychická predoperačná príprava je individuálna a vždy sa prispôbuje vývinovej úrovni dieťaťa (Ondriová, Sinaiová 2011).

Batoľací vek je aktívne obdobie s krátkym rozpätím pozornosti, kedy dieťa rozumie viac ako dokáže povedať. Práve preto je potrebné aj v tomto veku poskytnúť batoľaťu jednoduché vysvetlenie o tom, čo ho čaká. Keďže batoľatá nemajú pojem o čase, je vhodné im o operácii povedať 1-2 dni pred zákrokom. Na odvedenie pozornosti dieťaťa od strachu, stresu a obáv z odlúčenia od rodičov a zo samotného zákroku je odporúčané zobrať do nemocnice nejakú obľúbenú hračku, plyšové zvieratko alebo fotografiu. Tento predmet mu môže pomôcť odvieť pozornosť a utešiť ho, keď nebude môcť byť s rodičom. Je bežné, že batoľatá pred alebo po operácii môžu zmeniť svoje správanie alebo dočasne stratiť nadobudnuté zručnosti, napr. chôdza, nácvik toalety. Preto je dôležité, aby zdravotnícky personál ubezpečil rodičov, že je to v poriadku, nech sú pokojní a tpezliví (Bayne et al., 2008).

Deťom v predškolskom veku sa mal termín plánovaného zákroku oznámiť 3-4 dni dopredu. Dieťa v tomto veku si rozvíja svoju vlastnú identitu, je zvedavé a majú aktívnu predstavivosť, preto je vhodné mu vysvetliť operáciu veľmi jednoducho bez zbytočných detailov. Užitočné sú aj rôzne rekvizity, modely či obrázky, vďaka ktorým si dieťa dokáže lepšie predstaviť, čo mu budú robiť a zbavíme ho tak stresu. Počas prípravy je dôležité myslieť aj na to, že dieťa môže vnímať pobyt v nemocnici ako trest za niečo čo urobil. Preto treba dieťa ubezpečiť, že operačný zákrok nie je jeho vinou (Bayne et al., 2008).

Pre deti v školskom veku je separácia od rodičov ľahšia, avšak majú veľké obavy z medicínskych procedúr. Uvedomujú si všetko čo sa s nimi deje a chcú vedieť podrobné informácie o tom, čo sa bude diať pred, počas a po operácii. K tomu, aby to dieťa lepšie pochopilo, môžeme použiť obrázky. Príprava na operáciu u detí v školskom veku by mala začať jeden až dva týždne dopredu. Počas hospitalizácie je vhodné dieťa zapájať do procesu starostlivosti, aby získal pocit kontroly a zároveň aby sme podporili prijatie liečby. Stáva sa, že deti môžu byť tiché alebo naopak podráždené, čo je normálne a aj napriek tomu ich treba podporovať. Taktiež je dôležité, aby deti počas

hospitalizácie boli stále v kontakte s ich príbuznými a priateľmi, či už formou návštevy alebo cez telefón (Bayne et al., 2008).

Adolescenti chápu funkcie tela, dokážu pochopiť povahu problému a dôvod operácie, zaujímajú sa o to, aký je výsledok operácie a čo nasleduje po operácii. Je potrebné im poskytnúť úprimné a podrobné vysvetlenie o diagnóze a potrebe operačného zákroku. Dospievajúci sa stávajú aktívnymi účastníkmi v rozhodovaní o ich zdraví. Potrebujú vedieť čo sa s ich telom deje, majú obavy o svoj vzhľad a zmeny zvonjška po operácii. Vtedy je vhodné ich uistiť, že zmeny sú dočasné a však v prípade, že je zmena trvalá, je potrebné im to úprimne vysvetliť. Adolescenti sú niekedy utiahnutí alebo odmietajú spolupracovať. V tej chvíli im treba zvýšiť pocit nezávislosti tým, že ich informujeme, čo sa od nich očakáva a dáme im príležitosť robiť reálny výber možnosti. Taktiež treba rešpektovať ich súkromie, napr. pred vstupom do izby zaklopať alebo oznámiť svoju prítomnosť, aby sme pacientov nepriviedli do rozpakov, ak budú obnažení. Ak to zdravotný stav a situácia dovoľuje, hospitalizovaným adolescentom sú vždy umožnené návštevy priateľov, prípadne je vhodné podporovať k udržaniu kontaktu cez telefón (Bayne et al., 2008).

Rodičia sú čoraz viac zodpovední za prípravu svojho dieťaťa na operáciu. Preto by mali byť v procese predoperačnej prípravy partneri a k informáciám o zákroku a postupnosti udalostí by mali dostávať aj pravidlá a odporúčania ako poskytovať podporu a pripraviť dieťa na skúsenosť s operačným výkonom. K tomu je dôležité rodičov povzbudzovať, aby podporovali normálny vývoj dieťaťa a to aj napriek obmedzeniam, ktoré môže spôsobiť choroba alebo zranenie (Bayne et al., 2008).

Súčasťou predoperačnej prípravy je aj nácvik chodenia s barlami, pacient sa učí ako má barle správne pokladať, aby mohol čo najskôr vstať z lôžka a vrátiť sa k svojmu bežnému životu. Taktiež je mu vysvetlené ako bude prebiehať rehabilitácia po operácii a budú mu doporučené kompenzačné pomôcky, napr. barle, pomôcky na rehabilitáciu, kompresívne pančuchy na prevenciu embólie či trombózy, vhodná obuv s pevnou podrážkou, či vložky do topánok, ktoré tlmia nárazy a zmiernujú tlak na kĺb pri chôdzi.

### *2.8.3 Pooperačná starostlivosť*

Pooperačná starostlivosť sa začína prebudením detského pacienta po anestézii a trvá až po prepustenie do domácej starostlivosti. Pooperačnú starostlivosť sa delí na bezprostredné pooperačné obdobie, kedy sa zabezpečujú základné životné funkcie

a dieťa sa zotavuje z anestézie. Zamieriava sa na stabilizáciu pacienta, aby sa zregeneroval po anestézii. Na bezprostrednú pooperačnú starostlivosť plynule nadväzuje následná starostlivosť, počas ktorej sa snažíme eliminovať bolesť, pooperačné komplikácie, diskomfort a podporovať zotavenie zdravotného stavu dieťaťa na optimálnu úroveň (Lepiešová, 2005).

Počas bezprostredného pooperačného obdobia doznievajú účinky anestézie, obnovuje sa vedomie a obranné reflexy. Na základe typu operačného zákroku a stavu dieťaťa sa rozhodne, kde bude dieťa z operačnej sály prevezené, či na štandardnú ošetrovateľskú jednotku, na JIS (jednotka intenzívnej starostlivosti) alebo ARO (anesteziologicko-resuscitačné oddelenie). (Janíková, Zeleníková, 2013). Pacient leží na chrbte, uložený do antiluxačnej polohy, nohy má v bedrách odtiahnuté a zároveň mu musia špičky smerovať dnu. Na zabezpečenie tejto polohy sa používa klin medzi dolné končatiny a derotačná topánka. Nakoniec ako prevenciu proti dekubitom sa podkladajú päty. Ošetrovateľská starostlivosť v tomto období je zameraná predovšetkým na sledovanie vitálnych funkcií, pozorné sledovanie pooperačných komplikácií, tmenie bolesti a starostlivosť o psychický stav dieťaťa (Janíková, Zeleníková, 2013).

Reakcia a prebudenie z celkovej anestézie je individuálne, niektoré deti sa prebudia hneď, iné sa cítia unavené, zmätené, dokonca sa môže objaviť aj podráždenosť. Dieťa môže počas prebúdzania z celkovej anestézie plakať, hádzať sa a môže byť problém ho upokojiť. V tomto prípade vie pomôcť ticho a zatemnenie na pokoji, kde dieťa zaspí a následne si nepamätá tento stav. Je vhodné upozorniť rodičov dopredu na možnosť výskytu takéhoto stavu u dieťaťa, aby zostali pokojní a snažili sa dieťaťu upokojiť (Guide to Your Child's Surgery, 2014).

Po ukončení operácie si sestra príde prevziať dieťa z operačnej sály. Dieťa musí byť po operačnom výkone stabilizované, má spontánne dýchanie, stabilizovaný krvný obeh a sú prítomné aj obranné reflexy. Sestra uloží dieťa na lôžku do vhodnej stabilizovanej polohy a zaistí bezpečnosť dieťaťa bočnicami. Nasleduje monitorovanie vitálnych funkcií (telesná teplota, tlak, pulz, dychy, saturácia kyslíka) v pravidelných intervaloch, počas prvej hodiny po zákroku každých 15 min., neskôr každých 30 min. až 1 h. Taktiež sestra sleduje a hodnotí stav vedomia, návrat obranných reflexov, periférne prekrvenie tkanív a stav kože. Dôležité je kontrolovať bilanciu tekutín a periférny žilný

vstup a podľa ordinácie lekára pripravuje a podáva intravenózne lieky, parenterálnu výživu prípadne transfúziu (Lepiešová, 2005).

V neposlednom rade je veľmi dôležité, aby sestra pravidelne kontrolovala krytie operačnej rany, napojenie drénov a sledovala množstvo a charakter drénovaného obsahu. Prvý preväz operačnej rany sa vykonáva deň po operácií. Ďalšie preväzy sa vykonávajú podľa potreby. Na desiaty deň po operácií sa môžu odstrániť stehy. Sestra monitoruje bolesť pomocou škál v závislosti od veku dieťaťa, napr. VAS (vizuálna analogová škála) využívajúca sa u všetkých detí od 5 rokov a analgetiká podáva podľa ordinácie lekára. Po podaní analgetík sleduje a zapisuje ich účinnosť (Lepiešová, 2005).

Od typu operačného výkonu závisí ako budeme dieťa polohovať na lôžku. Vo väčšine prípadov je dieťa položené na chrbát s mierne zvýšenou polohou hrudníka a hlavy, čo mu zabezpečí ľahšiu pľúcnu ventiláciu. Dieťa si môže určiť polohu aj samo, avšak treba dávať pozor, aby nedošlo k vytiahnutiu katétrov, sond a pod. Treba myslieť aj na včasnú mobilizáciu dieťaťa, aby sa predišlo pooperačným komplikáciám. Už prvý pooperačný deň sa snažíme pacienta posadiť alebo postaviť na nohy podľa toho koľko mu sily dovoľia. Následne ak zvládne sed a stoj pri lôžku, pokračuje sa s nácvikom chôdze s chodítkom či s barlami (Talianová et al., 2009).

V rámci prevencie dekubitov je dôležitá starostlivosť o kožu. Keďže v prvých dňoch po operácií nie je možné, aby sa detský pacient sprchoval alebo kúpал, je nutné ho umyť na lôžku, premasťovať kožu a starať sa aj o ústnu dutinu. Celkovú hygienu vykonáva sestra, prípadne rodič, ale u väčšiny detí podporujeme ich samostatnosť.

Po každom operačnom výkone má dieťa zaistený žilný vstup pre aplikáciu liekov, parenterálnej výživy a pod. Sestra denne kontroluje funkčnosť kanyly a miesto vpichu a zároveň ho denne preväzuje. Operačná rana sa v prvých dňoch po operácii sleduje pravidelne a je realizovaný preväz za aseptických podmienok. V závislosti od operačnej rany sa stehy vyťahujú po 7.-12. dňoch (Janíková, Zeleníková, 2013).

Ak sú prítomní rodičia počas hospitalizácie, je potrebné aj ich edukovať o intervenciách, ktoré dieťaťu realizujeme. Pred prepustením dieťaťa do domácej starostlivosti je nevyhnutné rodičom podať inštrukcie týkajúce sa starostlivosti o operačnú ranu, o podaní liekov, vhodnom stravovaní, či aktivitách. Je potrebné, aby pacient odľahčoval operovanú nohu, aby prvých 14 dní používal barle na chôdzu aj doma, aby správne sedel pričom bedrový kĺb nemôže byť ohnutý viac ako 70 až 90°.

Prítomnosť rodičov pri dieťati po operácii by mala byť povolená hneď ako je to možné. Ak poskytneme adekvátne informácie a prítomnosť rodičov dokážeme tak znížiť úzkosť, ktorú pociťuje hospitalizované dieťa po operácií (Ondriová, Sinaiová, 2011).

### *2.8.5 Komunikácia s detským pacientom*

Komunikácia je spôsob, vďaka ktorému ľudia medzi sebou interagujú, vyjadrujú svoje myšlienky, city, postoje. Komunikáciou prijímame a zároveň odovzdávame informácie, pričom cieľom je dorozumievanie sa za účelom porozumenia. V zdravotníctve zohráva komunikácia veľmi dôležitú úlohu. Komunikáciou s pacientom sa dá získať veľa informácií, na ktorých závisí pacientovo zdravie a niekedy aj život (Hradečná, Belešová, 2017). Súčasťou profesionálneho vybavenia sestry musí byť aj schopnosť komunikovať s pacientom. Vďaka komunikácii dokáže bližšie spoznať pacienta, porozumieť mu, vytvorí si s pacientom a s jeho príbuznými dôverný vzťah a tým predchádza právnym problémom spojenými s ošetrovateľskou praxou (Plevová, Slowik, 2010).

Na to aby sme dokázali komunikovať s dieťaťom a porozumieť mu, je potrebné vedieť priebeh jeho psychického vývinu a osobnosti jednotlivých vývinových období. Na základe toho zvolíme vhodnú formu komunikácie. Už v novorodeneckom období deti začínajú komunikovať, ale táto komunikácia prebieha výhradne neverbálnou formou. Rovnako ako dospelý, aj dieťa sa cíti neisto v situácii, keď je choré, hospitalizované. Podporu a porozumenie, by mal zdravotný personál vedieť vyjadriť neverbálnymi prejavmi (napr. mimikou, gestami), pretože dieťa ľahšie vníma pozitívne emócie cez prejavy „reči tela“ ako na verbálnej úrovni. Postupným vývojom dieťaťa, sa vyvíja aj schopnosť verbálnej komunikácie. Avšak treba zvoliť také slová a spôsob vyjadrovania, aby im dieťa rozumelo a dokázalo prijať. V rámci verbálnej komunikácie s detským pacientom, platí zásada, že dieťa by malo poznať pravdu, aj v prípade ak sa jedná o vážnejšie, či život ohrozujúce ochorenie. Komunikácia s detským pacientom na rozdiel od komunikácie s dospelým, má svoje špecifiká. Komunikácia prebieha s dieťaťom a jeho rodičom, pričom si vyžaduje okrem profesionálneho vystupovania aj veľa trpezlivosti, úprimnosti, ľudskosti, schopnosť načúvať. Ak komunikujeme s hospitalizovaným dieťaťom je o to dôležitejšie počúvať, ale zároveň aj sledovať signály neverbálnej komunikácie a prejavovať empatiu (Plevová, Slowik, 2010).

V novorodeneckom období si dieťa s matkou a otcom vytvárajú silné vzťahové puto, preto je dôležité udržiavať blízky kontakt s rodičmi. Komunikácia s dieťaťom prebieha na neverbálnej úrovni, udržiavaním očného kontaktu a pozorovaním reakcii dieťaťa (Plevová, Slowik, 2010). Celá starostlivosť o novorodenca by sa mala prispôbiť jeho individuálnym a biologickým rytmom (Hradečná, Belešová, 2017).

V dojčenskom období taktiež prevláda neverbálna komunikácia spojená s kontaktom s rodičmi. Zásadný je očný kontakt, telesný kontakt, na dieťa rozprávať pokojným hlasom a využívať detské hry ako formu komunikácie. Dojčenské obdobie označujeme ako predrečové obdobie, pretože sa začína príprava vo vývoji reči (Hradečná, Belešová, 2017).

S batoliatom komunikujeme už vo väčšej miere verbálne. Dieťa oslovujeme menom a snažíme sa používať rôzne slová z jeho slovnej zásoby, pričom by sme mali vyjadrovať stručne a jasne. Toto obdobie je známe aj vzdorovitými prejavmi, ktoré treba akceptovať a vedieť v tej chvíli odvieť pozornosť dieťaťa alebo skúsiť zrkadlenie (Plevová, Slowik, 2010).

Verbálna komunikácia je v predškolskom veku rozsiahlejšia, avšak treba sa vyjadrovať jednoducho a zrozumiteľne. V tomto veku sa deťom rozvíja fantázia, čo nám umožňuje mu prostredníctvom hry vysvetliť rôzne lekárske či ošetrovateľské úkony, ktoré podstúpi. Deti dobre prijímajú partnerský prístup, napr. podanie ruky, predstavenie sa navzájom, dohoda na pravidlách ošetrovania – vďaka tomu majú pocit kontroly nad danou situáciou a nemajú tendenciu byť tak tenzné (Hradečná, Belešová, 2017).

V školskom veku môžeme pozorovať veľký rozvoj reči u detí. Vďaka tomu s detskými pacientami môžeme komunikovať verbálne na pomerne dobrej úrovni. Stále je potrebné používať detský slovník, a to aj v prípade ak mu vysvetľujeme vyšetrovacie alebo liečebné potreby. Je dôležité rešpektovať osobnosť dieťaťa a chvíľku, keď nemá chuť komunikovať (Hradečná, Belešová, 2017).

Obdobie dospievania je veľmi dlhé a rozmanité, pretože je rozdiel komunikovať s dieťaťom, ktoré má 10 rokov a nie je tak komunikačne vyzbrojené a s 18-ročným dospievajúcim, ktorý sa už osamostatňuje (Plevová, Slowik, 2010). Je vhodné mať partnerský prístup k dieťaťu, rešpektovať ho, vysvetľovať mu a pred prikazovaním uprednostňovať ponúkanie možností. Dieťa oslovujeme menom, rešpektujeme jeho

súkromie, umožňujeme mu byť súčasťou lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti. U dospievajúcich sa snažíme podporovať zodpovednosť za svoj zdravotný stav. (Hradečná, Belešová, 2017)

### 2.8.6 *Bolesť v detskom veku*

Pre detského pacienta predstavuje bolesť nepríjemný emocionálny zážitok, ktorý ho môže poznačiť na celý život. Tak isto ako v medicíne, aj v ošetrovateľstve sa uplatňuje holizmus ako hlavná filozofia. Znamená to, že do starostlivosti o pacienta treba zahrnúť nie len telo, ale aj dušu. V prípade, že dieťa trpí bolesťou, má postihnuté obe tieto časti osobnosti. Existuje veľa rôznych spôsobov ako tlmiť bolesť či už farmakologickou alebo nefarmakologickou metódou. Na to, aby sa mohlo pristúpiť k samotnému tlmeniu bolesti, musí byť najskôr rozpoznaná a správne diagnostikovaná. Obzvlášť u detských pacientov je náročnejšie objektívne zhodnotiť bolesť (Ondriová, Sinaiová, 2013). Dieťa v niektorých prípadoch nevie odhadnúť príčiny svojej bolesti, nedokáže presne vyjadriť kvalitu prežívania bolesti ani popísať jej časový priebeh, ani popísať čo je dokáž bolesť ovplyvniť. Je mnoho faktorov, ktoré ovplyvňujú do akej miery bude dieťa bolesť chápať, vnímať, prežívať a ako sa s ňou vyrovná. Medzi tieto faktory patrí vývinová úroveň, chronologický vek, pohlavie, kultúra, rodinné faktory a v neposlednom rade aj predchádzajúca skúsenosť s bolesťou (Kicková, Lacinová, 2015).

Keďže je také množstvo faktorov, ktoré ovplyvňujú prežívanie bolesti, treba pri jej liečbe a zmiernení využívať čo najširšie spektrum možností. Pooperačnú bolesť u detského pacienta môžeme ovplyvniť farmakologicky a nefarmakologicky. Nefarmakologická liečba je kombinovaná s farmakologickou liečbou, pričom hlavnou zložkou je psychologický prístup k dieťaťu (Ondriová, Sinaiová, 2013). V rámci psychologického prístupu je dôležité uistenie dieťaťa a vysvetlenie všetkých informácií a procesov, ktoré sa s ním budú diať. Detskú predstavivosť a fantáziu môžeme využiť hlavne pri navodzovaní stavov relaxácie. Účinná je aj takzvaná liečba prostredím, pričom základom je vytvoriť pre dieťa pokojné a príjemné podmienky. Detské dekorácie, obrázky, hračky pôsobia na detského pacienta veľmi pozitívne. Ďalšou efektívnou metódou je hra, pri ktorej sa dieťa doreaguje a tak odpútať jeho pozornosť od bolesti, ktorú pociťuje. Taktiež prostredníctvom hry je možné dieťaťu podať informácie o tom, čo sa s ním bude diať. Na dosiahnutie čo najväčšej novej psychickej pohody u detského pacienta počas hospitalizácie je dôležité byť úprimný, odpovedať na

dotazy, neklamať, že to nebude bolieť, ak to nie je pravda, dať dieťaťu pocit kontroly nad situáciou (Kicková, Lacinová, 2015).



### 3. EMPIRICKÁ ČASŤ PRÁCE

V empirickej časti bakalárskej práce sa zaoberáme kvantitatívnym výskumom špecifik ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácií bedrového kĺbu. Ako prvé sú uvedené ciele a hypotézy. Nasleduje popis metodiky práce a organizácie vlastného šetrenia. V závere sú prezentované výsledky anonymného dotazníkového šetrenia na základe odpovedí respondentov.

#### 3.1 Ciele empirickej časti práce a pracovné hypotézy

##### 3.1.1 Ciele empirickej časti

- Cieľ 1: Zmapovať problematiku ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta po operácii bedrového kĺbu v klinickej praxi.
- Cieľ 2: Zistiť špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu.
- Cieľ 3: Vytvoriť neštandardizovaný dotazník a zadať ho cieľovej skupine respondentov.
- Cieľ 4: Dotazník administrovať medzi sestry v SR a ČR pracujúce na ortopedických oddeleniach s detskými pacientmi.
- Cieľ 5: Získané dáta analyzovať a štatisticky spracovať.
- Cieľ 6: Stanoviť záver a odporúčenia, ktoré by viedli k zvýšeniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu.

##### 3.1.1 Pracovné hypotézy

Na základe vyššie uvedených stanovených cieľov boli formulované pracovné hypotézy. Platnosť týchto hypotéz bola overená vykonaním prieskumového šetrenia a vyhotovená v empirickej časti bakalárskej práce.

- H1: Existuje rozdiel v poskytovaní prípravy detských pacientov na operáciu medzi SR a ČR.
- H2: Existuje rozdiel v podávaní informácií rodičom v pooperačnej starostlivosti medzi ČR a SR
- H3: Existuje závislosť medzi vekom pacientov a výskytom komplikácií.
- H4: Existujú rozdiely v najčastejších identifikovaných potrebách medzi pacientmi v predškolskom a školskom veku.

- H5: Existujú rozdiely vo výskyte najviac vnímaných špecifik ošetrovateľskej starostlivosti.

## 3.2 Metodika šetrenia

V tejto časti je detailne popísaná metodika vlastného šetrenia a stavba dotazníka.

### 3.2.1 Metodika vlastného šetrenia

V rámci empirickej časti bakalárskej práce sme k získaniu potrebných dát zvolili kvantitatívnu formu výskumu. Výskumný prieskum bol realizovaný pomocou dotazníkov určených pre detské sestry pracujúce na ortopedických oddelenia v Českej republike a na Slovensku. Pre bakalársku prácu bol zhotovený anonymný neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie. Vid' príloha č. 1. Dotazník obsahoval celkom 19 otázok a bol rozdelený do troch častí, prvá časť je zameraná na zisťovanie demografických a pracovných údajov o respondentoch, v druhej časti sú otázky zamerané na sledovanie problematiky starostlivosti o detského pacienta po operácií bedrového kĺbu v klinickej praxi a získavanie informácií o danej téme a posledná, tretia časť sa zameriava na špecifiká starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu. 9 položiek v dotazníku zahŕňa odpovede len s jednou výberovou možnosťou. 10 položiek v dotazníku zahŕňa možnosti s viacnásobným výberom.

Výskumný prieskum prebiehal v 2 nemocniciach na Slovensku (FNsP Žilina a Ortopedická klinika LF UK a NÚDCH) a v 2 nemocniciach v rámci Českej republiky (Klinika detskej a dospeljej ortopédie a traumatológie 2. LF UK a FN Motol a Ortopedická klinika FNB, 1.LF UK a IPVZ). Distribúcia dotazníkov prebiehala po kladnom vyjadrení a schválení výskumného prieskumu od etickej komisie, hlavných sestier v daných nemocniciach a vrchných sestier na konkrétnych oddeleniach.

Výskumný prieskum sa týkal sestier pracujúcich na detských ortopedických oddeleniach a klinikách. Dotazník na Ortopedickej klinike LF UK a NÚDCH celkom vyplnilo 10 sestier. Vo FNsP Žilina sa zúčastnilo dotazníkového prieskumu 9 sestier. Na Klinike detskej a dospeljej ortopédie a traumatológie 2. LF UK a FN Motol vyplnilo dotazník 8 sestier a na Ortopedickej klinike FNB, 1.LF UK a IPVZ 10 sestier. Celkovo sa výskumného prieskumu zúčastnilo 37 respondentov.

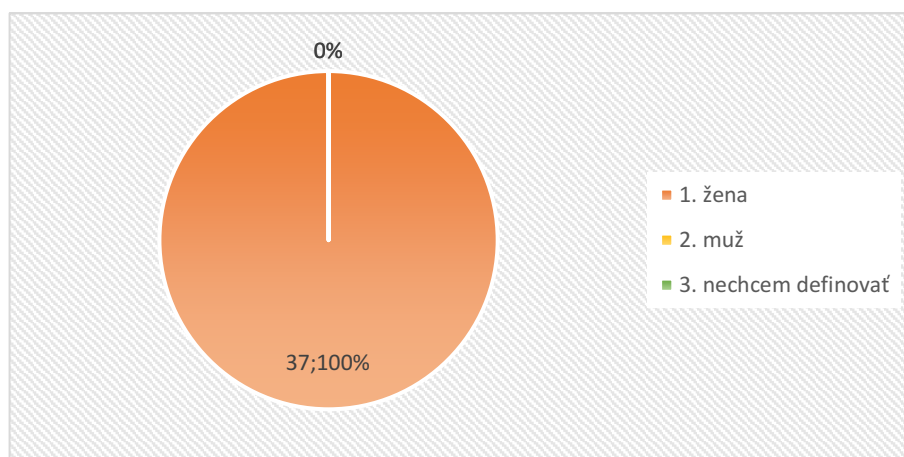
### 3.3 Organizácia vlastného šetrenia a spracovania dát

Pred začatím distribúcie anonymných neštandardizovaných dotazníkov bolo nutné požiadať o schválenie žiadosti námestníčku pre ošetrovateľskú starostlivosť vo FN Motol a etické komisie v ostatných vyššie zmienených nemocniciach. Žiadosti o schválenie sú súčasťou príloh, vid' príloha č. 2, č. 3, č. 4 a č. 5. Následne boli dotazníky distribuované v papierovej forme vrchným a staničným sestram, vždy v takom počte, ktorý odpovedal počtu zamestnaných sestier. Anonymita bola zachovaná a vyplnené dotazníky som osobne prevzala od vrchných, respektíve staničných sestier.

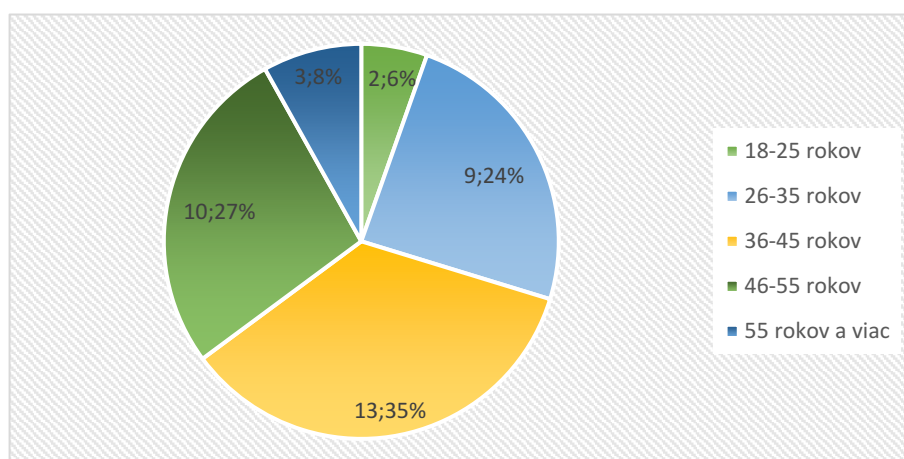
Získané dáta z dotazníkov boli zaznamenané do dátového listu, ktorý bol vytvorený v programe Microsoft Excel, kde boli prenesené do grafického znázornenia. Na štatistickú analýzu, vzhľadom na stanovené hypotézy a povahu dát, sme použili test zhody dvoch podielov, Chí-kvadrátový asociácie s Yatesovou korekciou, Cochranov test rovnosti združených podielov a sériu McNemarových testov s Bonferroniho korekciou pre viacnásobné porovnania. Každý z týchto testov sme použili pri jednotlivých hypotézach v súlade s povahou konkrétnych dát, ktoré sa objavili v danej hypotéze. Štatistickú analýzu sme taktiež vykonávali v programe Microsoft Excel.

### 3.4 Výsledky vlastnej práce

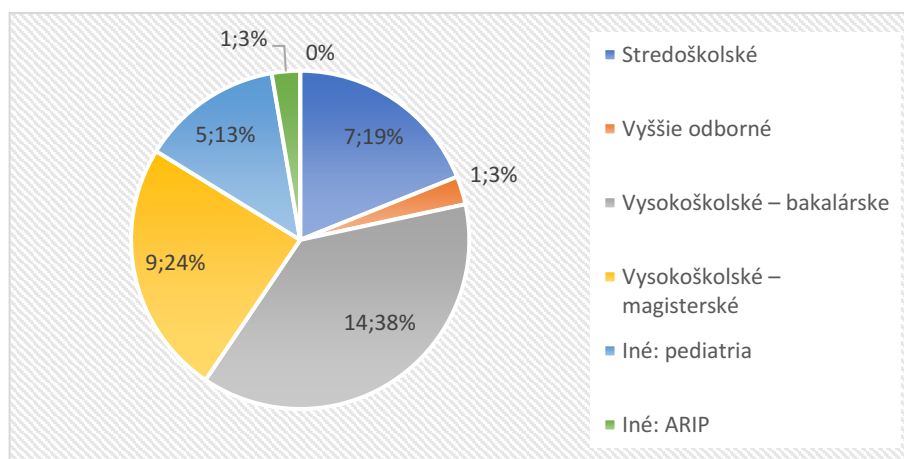
V nasledujúcej kapitole sú uvedené výsledky anonymného neštandardizovaného dotazníka, ktorý bol distribuovaný sestram pracujúcim na ortopedických oddeleniach v už vyššie zmienených nemocniciach, či klinikách. Nasledujúce grafy nám prinášajú informácie o výsledkoch vlastného šetrenia. Otázky sú zoradené podľa poradia v akom boli uvedené v dotazníku.

*Pohlavie respondentov*Obrázok 1. *Pohlavie respondentov (Zdroj: Autor)*

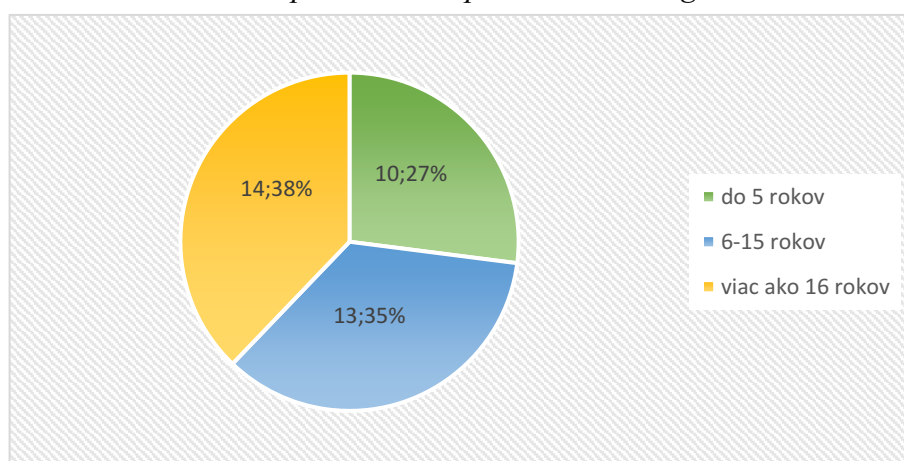
37 respondentov (100 %), teda všetci, ktorí sa zúčastnili tohto dotazníkového prieskumu, nám odpovedali, že sú ženského pohlavia.

*Vek respondentov*Obrázok 2. *Vek respondentov (Zdroj: Autor)*

Na obrázku 2 môžeme vidieť grafické znázornenie vekovej kategórie respondentov, ktorí sa zúčastnili dotazníkového šetrenia. 2 respondenti (6 %) sa zaraďuje do vekovej kategórie 18 - 25 rokov. Vo vekovej kategórii 26 – 35 rokov vyplnilo dotazník 9 respondentov (24 %). 13 respondentov (35 %) sa nachádza vo vekovej kategórii 36 – 45 rokov. 10 respondentov (27 %) je vo vekovej kategórii 46 – 55 rokov. A vo vekovej kategórii 55 rokov a viac boli 3 respondenti (8 %).

*Dosiahnuté vzdelanie*Obrázok 3. *Dosiahnuté vzdelanie* (Zdroj: Autor)

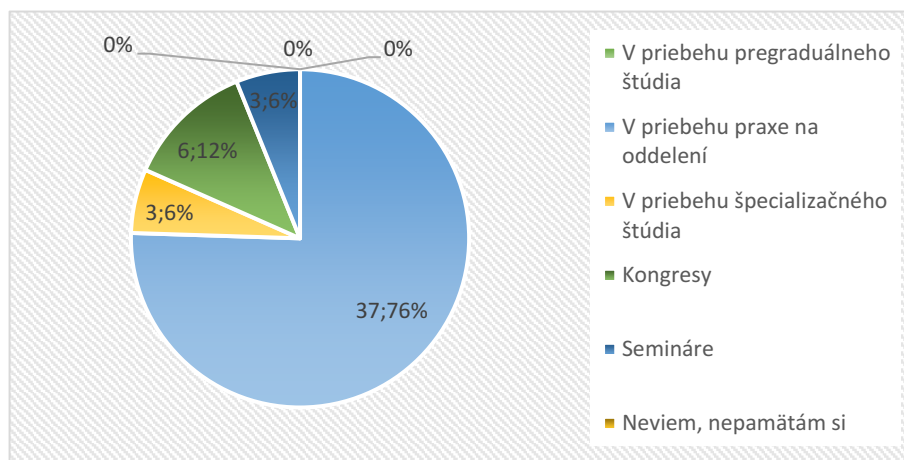
Aby sme zabezpečili výpovednú hodnotu jednotlivých údajov, zisťovali sme i odbornosť a vzdelanosť jednotlivých sestier. Dané údaje sú zhrnuté na obrázku 3. 7 respondentov (19 %) ukončilo stredoškolské vzdelávanie. Vyššie odborné vzdelanie na vyššej odbornej škole získal 1 respondent (3 %). Vysokoškolské vzdelanie – bakalárske ukončilo 14 sestier (38 %) a vysokoškolské vzdelanie – magisterské ukončilo 9 opýtaných (24 %). 5 respondentov (13 %) uviedlo, že má ukončenú špecializáciu v obore pediatria a 1 respondent (3 %) v obore ARIP. Ani jedna z opýtaných sestier neuviedla možnosť, že stále študuje.

*Dĺžka praxe na ortopédii/traumatológii*Obrázok 4. *Dĺžka praxe na ortopédii/traumatológii* (Zdroj: Autor)

V otázke č. 4 sme u respondentov zisťovali dĺžku praxe na ortopédii/traumatológii. Najviac respondentov, teda 14 (38 %) vykonáva prax dobu dlhšiu ako 16 rokov. 13 respondentov (35 %) uviedlo, že na

ortopedickom/traumatologickom oddelení vykonávajú prax 6 – 15 rokov. Nie viac ako 5 rokov praxe uviedlo 10 respondentov (27 %).

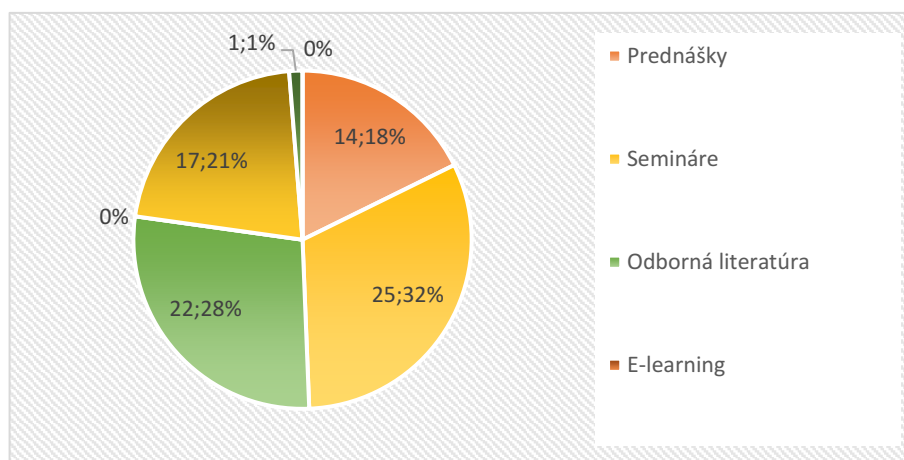
### Získavanie informácií



Obrázok 5. Získavanie informácií (Zdroj: Autor)

V druhej časti dotazníka sme sa zamerali na sledovanie problematiky starostlivosti o pacienta po operácii bedrového kĺbu v klinickej praxi a získavania informácií o danej téme. Údaje nám prezentuje graf na obrázku 5. 37 spýtaných respondentov (76 %) odpovedalo, že s prvotnými informáciami sa stretli v priebehu praxe na oddelení, 6 (12 %) v rámci odborných kongresov. Prostredníctvom seminárov zadali 3 sestry (6 %) rovnako aj v priebehu špecializovaného štúdia zadalo. Možnosti Nevie, nepamätám si a v priebehu pregraduálneho štúdia neoznačil ani jeden z respondentov.

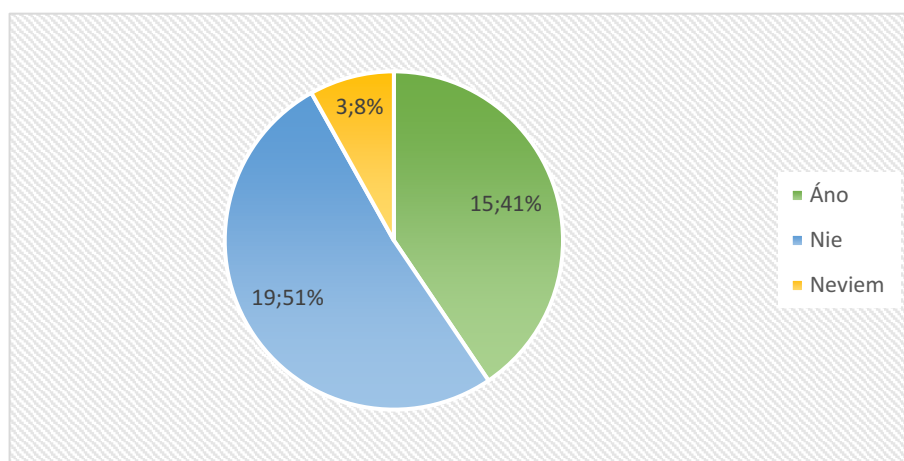
### Ďalšie vzdelávanie



Obrázok 6. Ďalšie vzdelávanie (Zdroj: Autor)

Čo sa týka ďalšieho vzdelávania v oblasti predmetnej problematiky respondenti odpovedali, že im najviac pomáhajú semináre, teda 25 opýtaných respondentov (32 %). 22 respondentov (28 %) uviedlo odbornú literatúru. Internetové zdroje zadalo 17 respondentov (22 %) a prednášky 14 respondentov (18 %). 1 respondent (1 %) uviedlo, že už sa už nevzdeláva v danej problematike nakoľko už má v tejto oblasti dostatočné znalosti. Možnosť vzdelávať sa cez E – learning nevyužíva ani jedna z opýtaných sestier.

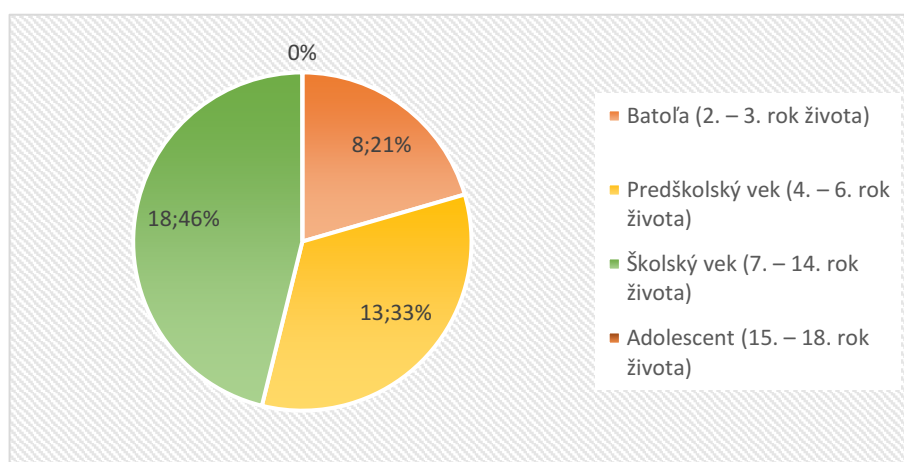
*Vypracovaný štandard na pracovisku*



Obrázok 7. *Vypracovaný štandard na pracovisku (Zdroj: Autor)*

Na otázku či daní respondenti vnímajú na ich pracovisku vypracovaný štandard zameraný na ošetrovateľskú starostlivosť o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu, 19 respondentov (51 %) odpovedalo negatívne. 15 respondentov (41 %) odpovedalo pozitívne a 3 respondenti (8 %) túto informáciu nevedeli.

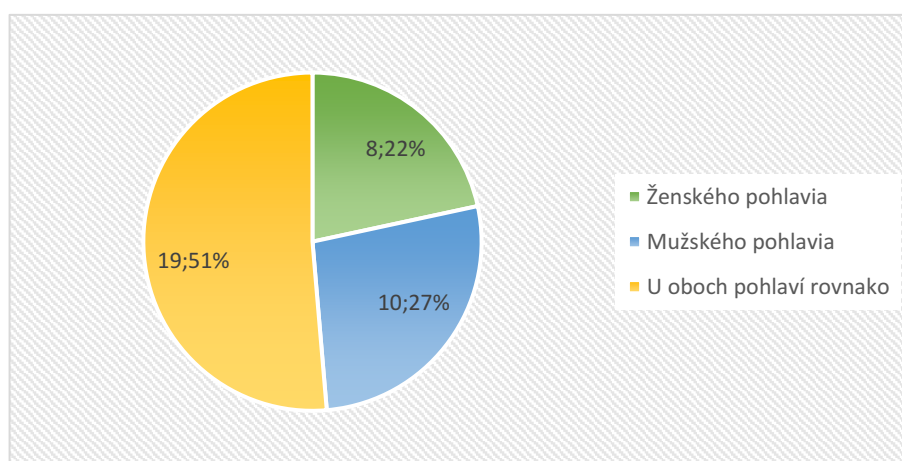
*Veková skupina pacientov*



Obrázok 8. *Veková skupina pacientov (Zdroj: Autor)*

Údaje v grafe na obrázku 8. prezentujú, s akou najčastejšou vekovou skupinou pacientov po operácii bedrového kĺbu sa naši respondenti stretávajú v rámci ich pracoviska. Najviac respondentov, teda 18 (46 %) si myslí, že u nich na oddelení sú častejšie deti po operácií bedrového kĺbu práve v školskom veku, teda medzi 7. a 14. rokom života. 13 respondentov (33 %) uviedlo deti v predškolskom veku a 8 (21 %) batol'atá. Za nie častú vekovú skupinu môžeme definovať adolescentov, nakoľko ani jeden respondent nevybral danú možnosť.

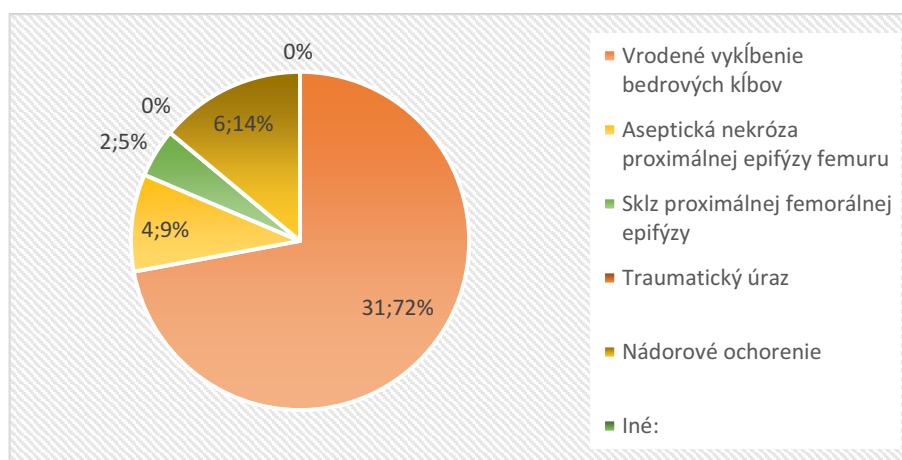
*Pohlavie detských pacientov*



Obrázok 9. *Pohlavie detských pacientov (Zdroj: Autor)*

Viac ako polovica, čo je 19 respondentov (51 %) odpovedalo, že čo sa týka pohlavia, pri ktorom sa častejšie vykonáva operácia bedrového kĺbu je to u oboch pohlaví rovnako. 10 respondentov (27 %) uviedlo mužské pohlavie a 8 respondentov (22 %) ženské pohlavie.

*Dôvod k operácií bedrového kĺbu – predškolský vek*

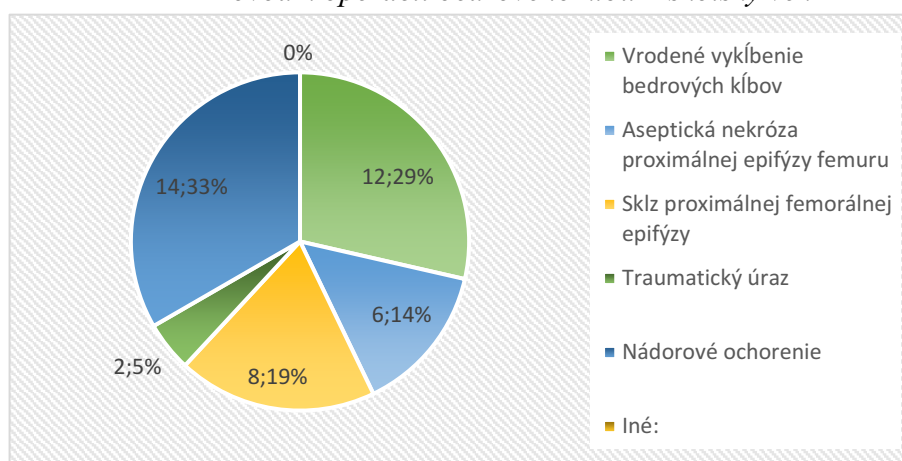


Obrázok 10. *Dôvod k operácií bedrového kĺbu – predškolský vek (Zdroj: Autor)*



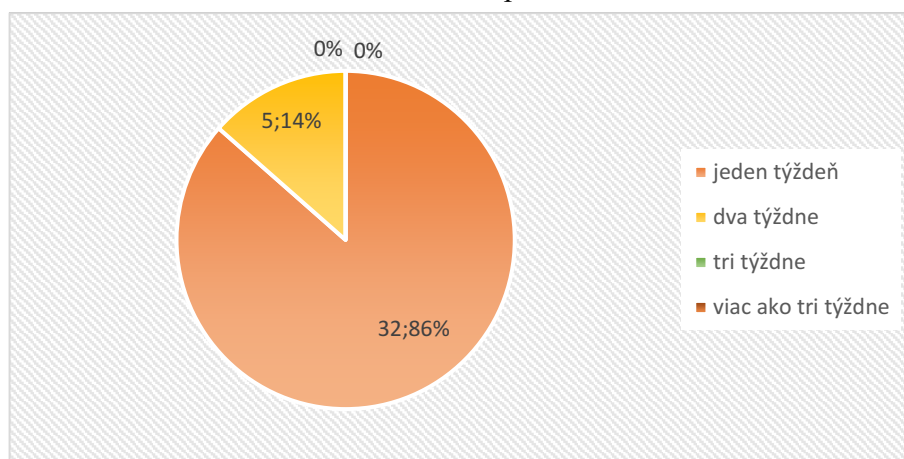
V nasledujúcej otázke sme sa zamerali na dôvod prečo detským pacientom bola indikovaná operácia bedrového kĺbu. V tom to prípade, sme sa však rozhodli jednotlivé výpovede diferencovať s ohľadom na predškolský a školský vek. Respondenti mali možnosť vybrať z viacerých možností. Na obrázkoch 10 a 11 môžeme vidieť zaznamenané údaje a porovnať ich jednotlivé diferenciály. Čo sa týka pacientov v predškolskom veku, 31 respondentov (72 %) odpovedalo, že hlavnou príčinou operácie je vrodené vyklíbenie bedrových kĺbov. 4 (9 %) uviedlo ako dôvod aseptickú nekrózu proximálnej epifýzy femuru. Sklz proximálnej femorálnej epifýzy označili 2 respondenti (5 %). Nádorové ochorenie uviedlo ako dôvod 6 respondentov (14 %). Traumatické poranenie neudal ani jeden z opýtaných respondentov.

*Dôvod k operácii bedrového kĺbu – školský vek*

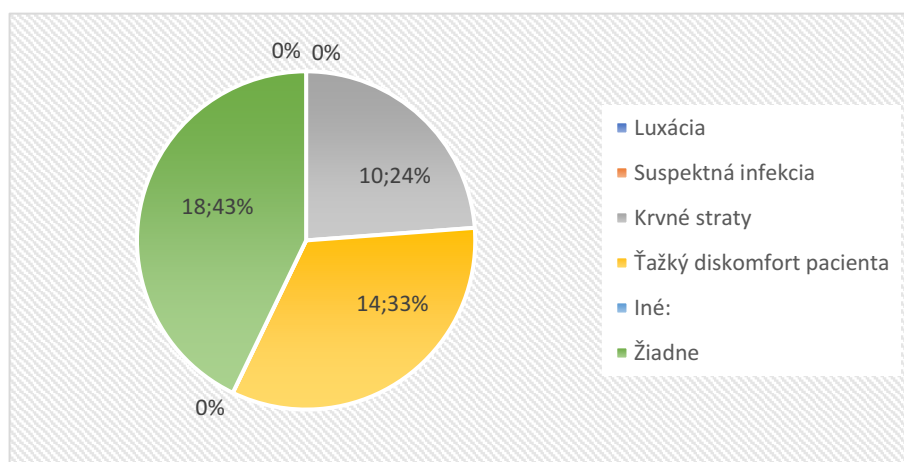


Obrázok 11. *Dôvod k operácii bedrového kĺbu – predškolský vek (Zdroj: Autor)*

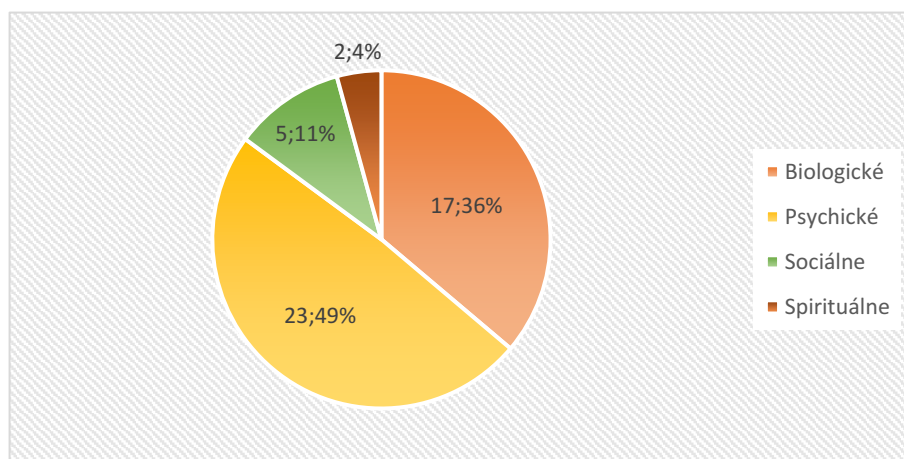
Čo sa týka pacientov v školskom veku, tu sa dané údaje líšia. V tom to prípade, najviac, čiže 14 respondentov (33 %) odpovedalo, že hlavnou príčinou potreby operácie boli práve nádorové ochorenia. 12 respondentov (29 %) uviedlo ako dôvod vrodené vyklíbenie bedrových kĺbov. Aseptickú nekrózu proximálnej epifýzy femuru uviedlo 6 respondentov (14 %), 8 respondentov (19 %) uviedlo Sklz proximálnej femorálnej epifýzy. Traumatické poranenie zadali 2 respondenti (5 %) ako dôvod, pre ktorý je indikovaná operácia bedrového kĺbu u detí v školskom veku.

*Dĺžka hospitalizácie*Obrázok 12. *Dĺžka hospitalizácie* (Zdroj: Autor)

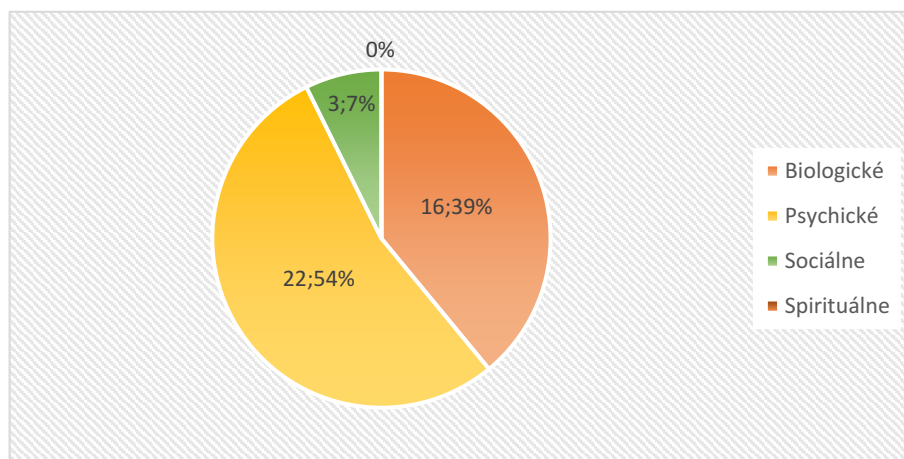
Čo sa týka dĺžky hospitalizácie detského pacienta po operácií bedrového kĺbu, až 32 respondentov (86 %) odpovedalo, že doba nepresiahla viac ako jeden týždeň. 5 respondentov (14 %) uviedlo, že hospitalizácia detí po operácií bedrového kĺbu na ich oddelení trvá 2 týždne. Tri týždne a viac neuviedla ani jedna z opýtaných sestier.

*Pooperačné komplikácie*Obrázok 13. *Pooperačné komplikácie* (Zdroj: Autor)

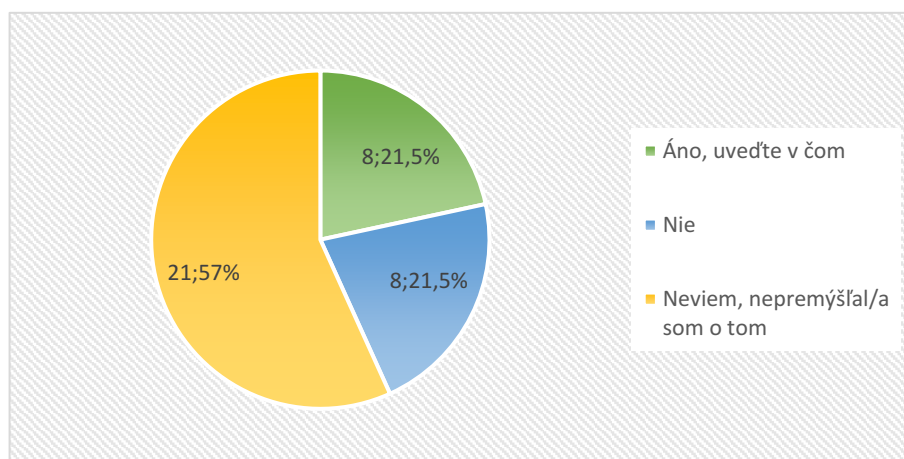
Graf na obrázku 13. prezentuje údaje o pooperačných komplikáciách po operácií bedrového kĺbu. V tomto prípade, respondenti mohli opäť vybrať viacero možností. Najväčší počet opýtaných, teda 18 (43 %) tvrdí, že na ich oddelení nevznikli žiadne pooperačné komplikácie. 14 (33 %) respondentov definovalo komplikácie typu ťažšieho diskomfortu pacienta a 10 (24 %) krvných strát.

*Potreby pacientov - predškolský vek*Obrázok 14. *Potreby pacientov – predškolský vek (Zdroj: Autor)*

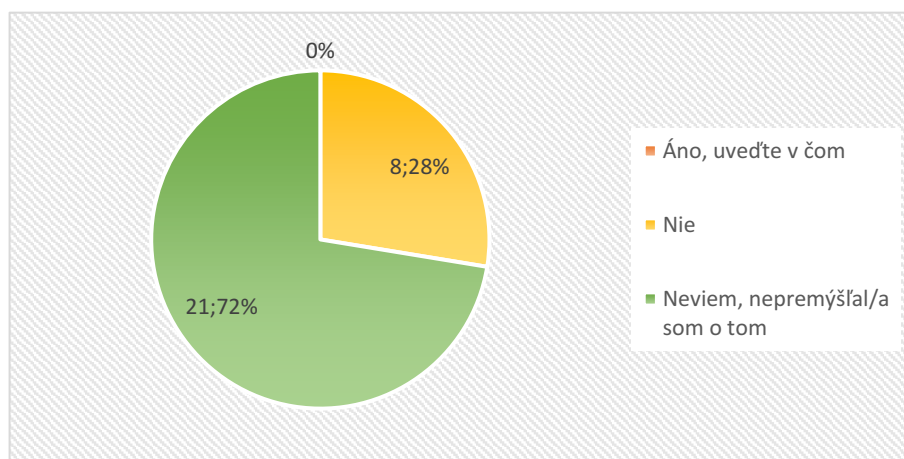
Aj v tejto otázke sme sa opäť rozhodli diferencovať jednotlivých pacientov vo veku predškolského a školského. Spýtaní respondenti mohli vybrať jednu a viac možností. Obrázok 13. prezentuje údaje odpovedajúce na otázku ako najčastejšie potreby jednotliví respondenti identifikujú u detského pacienta v predškolskom veku po operácii bedrového kĺbu. 23 respondentov (49 %) definovalo psychické potreby ako najčastejšie z potrieb. Biologické potreby uviedlo 17 respondentov (36 %). 5 opýtaných (11 %) zadalo sociálne potreby a 2 (4 %) spirituálne potreby.

*Potreby pacientov - školský vek*Obrázok 15. *Potreby pacientov - predškolský vek (Zdroj: Autor)*

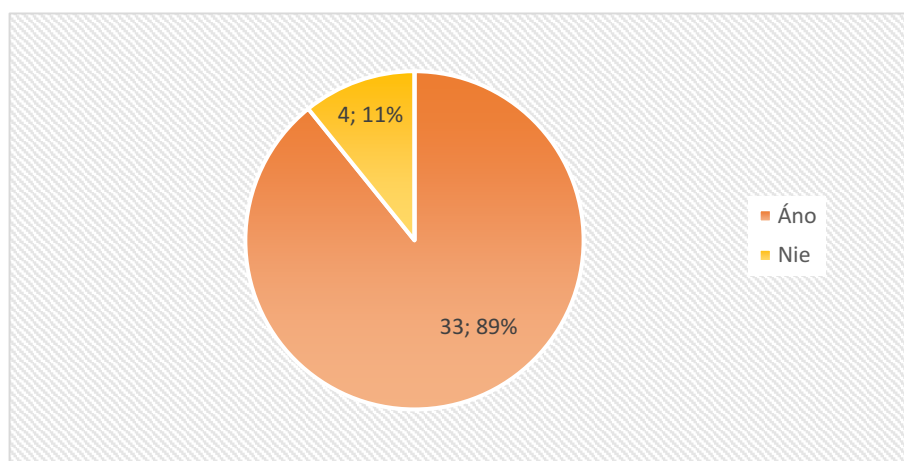
Pacienti v školskom veku, potrebujú výrazne psychické potreby ako uviedlo 22 respondentov (54 %). Biologické potreby definovalo 16 opýtaných (39 %). Sociálne potreby detí školského veku definovali 3 respondenti (7 %). U detí v školskom veku neuviedol ani jeden respondent spirituálne potreby.

*Náročnosť starostlivosti – predškolský vek*Obrázok 16. *Náročnosť starostlivosti – predškolský vek (Zdroj: Autor)*

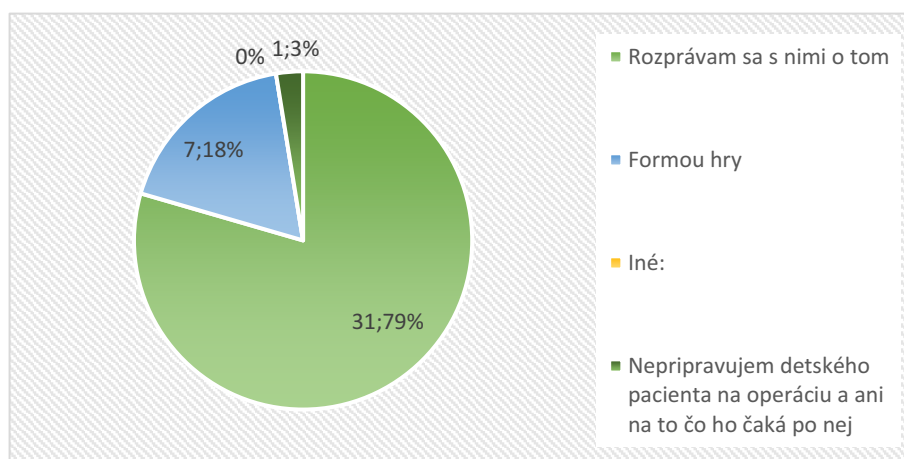
V prípade skutočnosti, či je starostlivosť o pacientov po operácií bedrového kĺbu náročnejšia oproti iným pacientom, ukazujú grafy na obrázkoch 16 a 17. V prípade predškolského veku, 21 respondentov (57 %) odpovedalo, že o tom nepremýšľalo. Rovnaký počet opýtaných, teda 8 (21,5 %) odpovedalo kladne aj záporne. Z tohto môžeme vydedukovať, že jednotliví zdravotníci nevnímajú prácu náročnejšie.

*Náročnosť starostlivosti – školský vek*Obrázok 16. *Náročnosť starostlivosti – školský vek (Zdroj: Autor)*

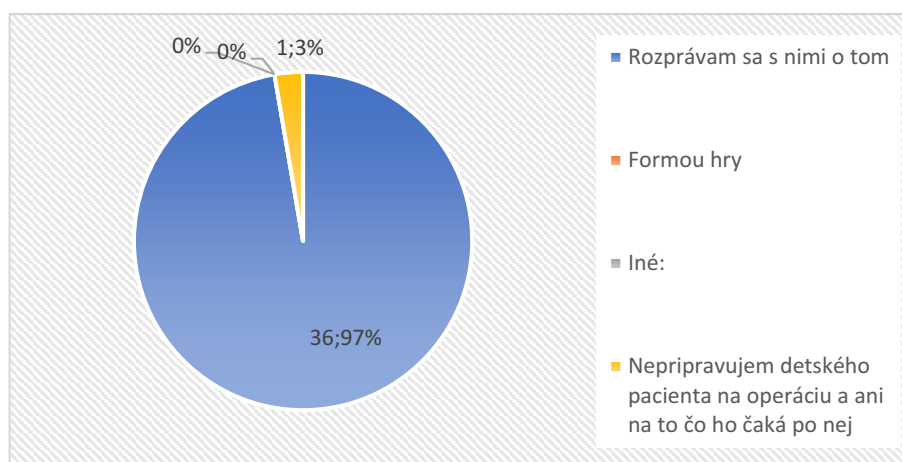
Podobné výsledky sme dostali i pri pacientoch školského veku, kde 21 respondentov (72 %) uviedlo, že o tom nepremýšľalo. 8 (28 %) odpovedalo záporne a ani jeden respondent ne zvolil kladnú možnosť.

*Príprava detského pacienta na operáciu*Obrázok 17. *Príprava detského pacienta na operáciu (Zdroj: Autor)*

Na otázku či sestry pripravujú svojich detských pacientov na operáciu a na to čo ich čaká po operácii nám až 33 respondentov (89 %) odpovedalo kladne a 4 respondenti (11 %) zvolili zápornú odpoveď.

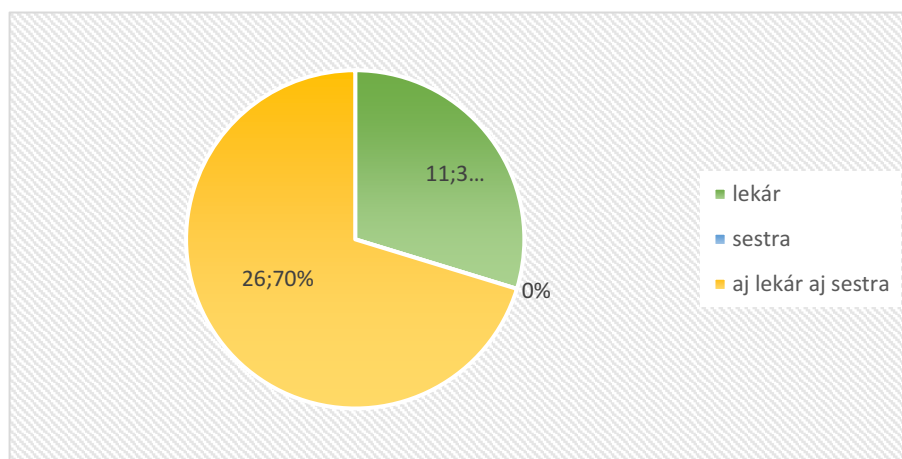
*Spôsob prípravy detského pacienta na operáciu – predškolský vek*Obrázok 18. *Spôsob prípravy detského pacienta na operáciu – predškolský vek (Zdroj: Autor)*

Z predchádzajúceho grafu na obrázku 17 vieme, že 33 (89 %) opýtaných sestier zvolilo, že detských pacientov pripravujú na operáciu a to čo ich po nej čaká. Spôsobom ako daná príprava prebieha, či už pri pacientoch v predškolskom veku, či pacientov v školskom veku, je predovšetkým rozhovor a vysvetlenie tak, aby čo najlepšie tomu porozumel maloletý pacient. 31 respondentov (79 %) zvolilo rozhovor ako formu prípravy na operáciu u detí v predškolskom veku. 7 respondentov (18 %) pripravuje detských pacientov na operáciu formou hry. 1 z opýtaných sestier (3 %) zvolila možnosť nepripravy detského pacienta na operáciu a ani na to čo ho čaká po nej.

*Spôsob prípravy detského pacienta na operáciu – školský vek*

Obrázok 19. *Spôsob prípravy detského pacienta na operáciu – školský vek* (Zdroj: Autor)

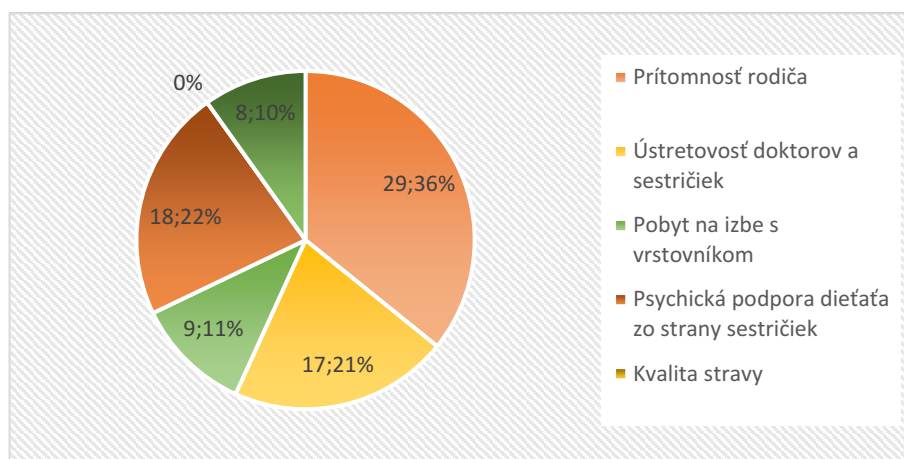
V prípade pacientov v školskom veku, takmer všetci respondenti, teda 36 ( 97 %) zvolili prípravu prostredníctvom rozhovoru. Len 1 respondent (3 %) uviedlo, že detských pacientov v školskom veku nepripravuje na operáciu a ani na to čo ho čaká po nej.

*Podanie informácií*

Obrázok 20. *Podanie informácií* (Zdroj: Autor)

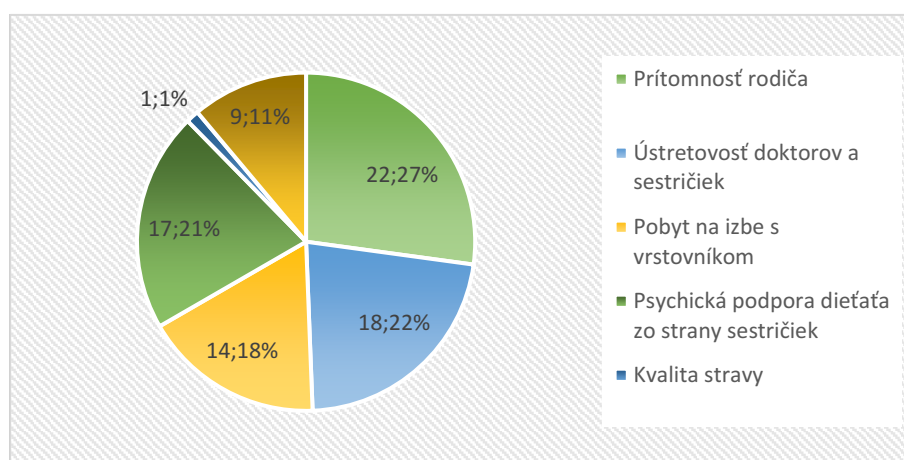
Podanie informácií rodičom o pooperačnej starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu je na oddeleniach v rámci nemocníc odlišná. Údaje z grafu na obrázku 20 ukazujú, že v 70% prípadoch, čo je 26 respondentov, informácie podávajú rovnako ako lekár tak i zdravotná sestra. 11 respondenti (30 %) odpovedali, že informácie poskytuje výlučne iba lekár.

*Faktory, ktoré prispievajú k pozitívnemu vnímaniu pobytu v nemocnici*

*predškolský vek*

Obrázok 21. Faktory, ktoré prispievajú k pozitívnemu vnímaniu pobytu v nemocnici - predškolský vek (Zdroj: Autor)

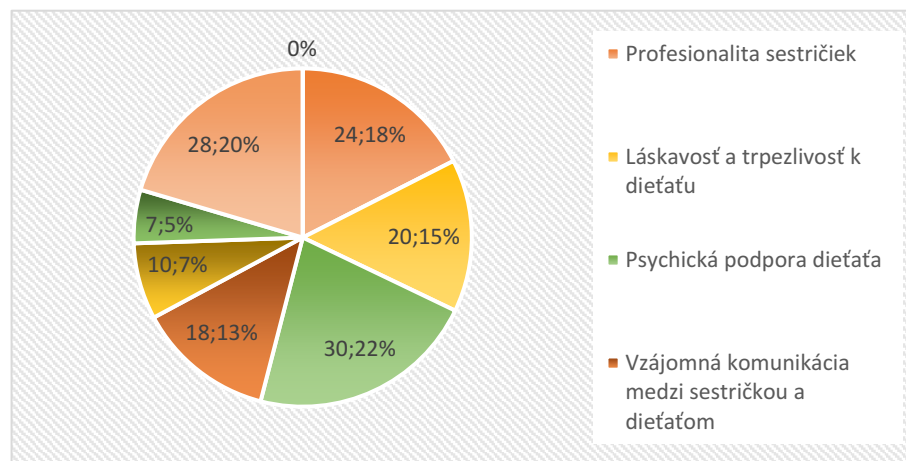
Na obrázkoch 21 a 22 sme spracovali údaje, ktoré prezentujú, ktoré faktory najviac pomáhajú detskému pacientovi po operácii k pozitívnemu vnímaniu pobytu v nemocnici. Ako najviac pozitívny faktor, ktorý definovalo 29 respondentov (36 %) u detí v predškolskom veku, sa vníma prítomnosť rodiča, čo je prirodzené, nakoľko sa dieťa cíti bezpečnejšie. Ústretovosť doktorov a sestričiek označilo 17 respondentov (21 %). 9 opýtaných sestier (11 %) zvolilo pobyt na izbe s vrstovníkom. Veľmi pozitívne je vnímaná psychická podpora dieťaťa zo strany sestier, čo uviedlo 18 respondentov (22 %) a taktiež aj vybavenie izby, ktoré označilo 8 opýtaných sestier (10 %). Naopak, údaje ukazujú, že kvalita stravy nijako neovplyvňuje detských pacientov.

*Faktory, ktoré prispievajú k pozitívnemu vnímaniu pobytu v nemocnici**školský vek*

Obrázok 22 Faktory, ktoré prispievajú k pozitívnemu vnímaniu pobytu v nemocnici

*školský vek (Zdroj: Autor)*

Podobne ako u detí v predškolskom veku tak aj u detí v školskom veku najviac opýtaných sestier, teda 22 (27 %), zvolilo prítomnosť rodiča. 18 respondentov (22 %) uviedlo ústretovosť doktorov a sestričiek. 17 opýtaných (21 %) zvolilo psychickú podporu dieťaťa zo strany sestier ako jeden z pozitívnych faktorov ovplyvňujúcich pobyt dieťaťa v nemocnici. Taktiež veľmi pozitívne je vnímaný pobyt na izbe s vrstovníkom, čo uviedlo 14 respondentov (18 %) a vybavenie izby, ktoré označilo 9 opýtaných sestier (11 %). Aj u detí v školskom veku kvalita stravy výrazne neovplyvňuje vnímanie hospitalizácie, nakoľko túto možnosť uviedol len 1 z respondentov (1 %).

*Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti*

Obrázok 23. Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti (Zdroj: Autor)

Čo sa týka špecifik ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operáciách bedrového kĺbu neevidujeme výrazne sa odlišujúce špecifikum na významnosti. Respondenti mali rovnako možnosť vybrať i viacej možností. 24 respondentov (18%) zvolilo profesionalitu sestier. Láskovosť a trpezlivosť k dieťaťu uviedlo 20 opýtaných (15 %). Psychická podpora dieťaťa patrí medzi výraznejšie špecifiká a túto možnosť zvolilo 30 sestier (22 %). 18 respondentov (13 %) uviedlo vzájomnú komunikáciu medzi sestričkou a dieťaťom. Ako menej významné špecifiká boli zvolené vzájomná komunikácia medzi sestrou a rodičom, ktorú uviedlo 10 opýtaných (7 %) a informovanosť dieťaťa, čo zvolilo 7 sestier (5 %). Naopak informovanosť rodičov uviedlo až 28 respondentov (20 %).



### 3.5 Výsledky štatistického hodnotenia

Na základe stanovených cieľov bolo vymedzených 5 hypotéz. Na ich vyhodnotenie sme použili test zhody dvoch podielov, Chí-kvadrátový test dobrej zhody s rovnomerným rozložením, Cochranov test rovnosti združených podielov a sériu McNemarových testov s Bonferroniho korekciou pre viacnásobné porovnania, na základe ktorých sme posúdili prijateľnosť daných hypotéz.

**Hypotéza 1** Existuje rozdiel v poskytovaní prípravy detských pacientov na operáciu medzi SR a ČR.

Tabuľka 1

Štát	Počet kladných odpovedí	%
SR	16	84,2%
ČR	17	94,4%
Celkový podiel=	89,2%	
Testová štatistika=	-1,002	
p-hodnota=	0,316	

Pri hypotéze 1 sme predpokladali, že existuje rozdiel v poskytovaní prípravy detských pacientov na operáciu medzi SR a ČR. Na začiatku riešenia sme vyhodnotili počet kladných odpovedí respondentov v percentuálnom vyjadrení. Pre analýzu hypotézy sme použili test zhody dvoch podielov. Hladina významnosti bola 5% obojstranne.

**1H0** Nie je rozdiel v poskytovaní prípravy detských pacientov na operáciu medzi SR a ČR.

**1HA** Existuje rozdiel v poskytovaní prípravy detských pacientov na operáciu medzi SR a ČR.

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 1 môžeme vidieť, že rozdiel v poskytovaní prípravy detských pacientov na operáciu medzi SR a ČR nie je štatisticky významný. V tomto prípade je p-hodnota 0,316 > 0,05, čo znamená, že test nie je signifikantný. Z toho vyplýva, že prijímame H<sub>0</sub>, ktorá nám tvrdí, že **nie je rozdiel medzi SR a ČR v poskytovaní prípravy detských pacientov na operáciu.**

Hypotéza 1 sa nepotvrdila.

**Hypotéza 2** Existuje rozdiel v podávaní informácií rodičom detí v pooperačnej starostlivosti medzi ČR a SR

Tabuľka 2

	Počty			%		
	Podávanie informácií			Podávanie informácií		
Štát	lekár	lekár aj sestra	sestra	lekár	lekár aj sestra	sestra
SR	7	12	0	36,8%	63,2%	0,0%
ČR	4	14	0	22,2%	77,8%	0,0%
Testová štatistika=	0,375					
Stupne voľnosti=	1					
p-hodnota=	0,540					

**2H0** Nie je rozdiel v podávaní informácií rodičom detí v pooperačnej starostlivosti medzi ČR a SR.

**2HA** Existuje rozdiel v podávaní informácií rodičom detí v pooperačnej starostlivosti medzi ČR a SR

Pri hypotéze 2 sme predpokladali, že existuje rozdiel v podávaní informácií rodičom detí v pooperačnej starostlivosti medzi ČR a SR. Pred samotnou analýzou sme vyhodnotili počty pacientov podľa vybraných položiek v kontingenčnej tabuľke. Vybrané položky boli nasledovné: informovanie rodičov o pooperačnej starostlivosti a štát ČR/SR. Pre analýzu hypotézy sme použili Chí-kvadrátový test asociácie s Yatesovou korekciou pre spojitosť v štvorpolíčkovej tabuľke. Hladina významnosti bola 5 %.

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 2 môžeme vidieť, že **významné rozdiely v podávaní informácií rodičom detí v pooperačnej starostlivosti medzi ČR a SR nie sú štatisticky významné**. P – hodnota je 0,54, čiže väčšia ako 0,05, čím môžeme konštatovať, že test nie je signifikantný. V tomto prípade prijímame 2H0 a zamietame 2HA.

Hypotéza 2 sa nepotvrdila.

**Hypotéza 3** Existuje závislosť medzi vekom pacientov a výskytom komplikácií.

Tabuľka 3

Počty		Komplikácie		Komplikácie	
Veková kategória		Áno	Nie	Áno	Nie
1	a. Batol'a (2. – 3. rok života)	4	4	50,0%	50,0%
2	b. Predškolský vek (4. – 6. rok života)	7	6	53,8%	46,2%
3	c. Školský vek (7. – 14. rok života)	10	8	55,6%	44,4%
4	d. Adolescent (15. – 18. rok života)	0	0	0,0%	0,0%
Testová štatistika=		0,069			
Stupne voľnosti=		2			
p-hodnota=		0,966			

Stanovené štatistické hypotézy boli nasledovné:

**3H0** Výskyt komplikácií je nezávislý od veku.

**3HA** Existuje závislosť medzi vekom pacientov a výskytom komplikácií.

Pri hypotéze 3 sme predpokladali, že existuje závislosť medzi vekom pacientov a výskytom komplikácií. V tomto prípade sme ako položky, podľa ktorých sme vyhodnotili počet pacientov, vybrali: veková skupina pacientov a pooperačné komplikácie (komplikácie / bez komplikácií). Otázku na pooperačné ťažkosti sme pritom prekódovali na dve kategórie: Nie – označená odpoveď f), Áno – ostatné možnosti. Na analýzu hypotézy sme opäť použili  $\chi^2$  – kvadrátový test asociácie. Hladina významnosti bola 5%.

Keď sa pozrieme v tabuľke 3 na p – hodnotu, zistíme, že test nie je signifikantný a teda rozdiely nie sú štatisticky významné, keďže p - hodnota je väčšia ako 0,05. **Zistili sme teda, že výskyt komplikácií je nezávislý od veku.**

Hypotéza 3 sa nepotvrdila.

**Hypotéza 4** Existujú rozdiely v najčastejších identifikovaných potrebách medzi pacientmi v predškolskom a školskom veku.

Tabuľka 4

Výskyt:	Potreby			
Vek	Biologické	Psychické	Sociálne	Spirituálne
Predškolský	17	23	6	3
Školský	15	23	4	1
%	Potreby			
Vek	Biologické	Psychické	Sociálne	Spirituálne
Predškolský	45,9%	62,2%	16,2%	8,1%
Školský	40,5%	62,2%	10,8%	2,7%
Testové štatistiky=	0,333	0,000	1,000	2,000
p-hodnoty=	1,000	1,000	1,000	0,629

**4H0** Nie sú rozdiely v najčastejších identifikovaných potrebách medzi pacientami v predškolskom a školskom veku.

**4HA** Existujú rozdiely v najčastejších identifikovaných potrebách medzi pacientami v predškolskom a školskom veku.

Na základe uvedených odpovedí od respondentov sme vyhodnotili výskyt identifikovaných potrieb pacientov v členení na predškolských a školských pacientov. V tomto prípade sme k analýze hypotézy zvolili sériu McNemarových testov s Bonferroniho korekciou pre viacnásobné porovnania. Celková hladina významnosti bola 5%.

Z tabuľky 4 môžeme vyčítať, že všetky p – hodnoty sú väčšie ako 0,05, preto môžeme konštatovať, že testy nie sú signifikantné a teda rozdiely medzi predškolským a školským vekom nie sú významné. Prijímame 4H0, ktorá tvrdí, že **neexistujú rozdiely v najčastejších identifikovateľných potrebách medzi pacientami v predškolskom a školskom veku.**

Hypotéza 4 sa nepotvrdila.

**Hypotéza 5** Existujú rozdiely vo výskyte najviac vnímaných špecifik ošetrovateľskej starostlivosti.

Tabuľka 5

Špecifiká:	a	b	c	d	e	f	g
	Profesionalita sestričiek	Láskavosť a trpezlivosť k dieťaťu	Psychická podpora dieťaťa	Vzájomná komunikácia a medzi sestričkou a dieťaťom	Vzájomná komunikácia a medzi sestričkou a rodičom	Informovanosť dieťaťa	Informovanosť rodičov
Výskyt:	20	16	27	18	10	7	22
%	54,1%	43,2%	73,0%	48,6%	27,0%	18,9%	59,5%
Testová štatistika =	183,786						
Stupne voľnosti =	6						
p-hodnota =	0,000						

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 5 vidíme, že sestry vnímajú ako najvýraznejšie špecifikum ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta po operácii bedrového kĺbu psychickú podporu dieťaťa. Zatiaľ čo informovanosť dieťaťa, ale aj komunikácia medzi sestrou a rodičmi majú podstatne menší výskyt.

Stanovené štatistické hypotézy boli nasledovné:

**5H0** Najviac vnímané špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti sú zastúpené rovnomerne.

**5HA** Existujú rozdiely vo výskyte najviac vnímaných špecifik ošetrovateľskej starostlivosti.

Po vyhodnotení výskytu respondentmi uvádzaných najviac vnímaných špecifik ošetrovateľskej starostlivosti, sme na základe povahy premenných, pre testovanie hypotézy 5 použili Cochranov test rovnosti združených podielov. Hladina významnosti bola 5 %.

Keďže nám vyšla  $p$  – hodnota 0,000, teda nižšia ako 0,05, konštatujeme, že test je signifikantný, čo znamená, že rozdiely vo výskyte daných špecifik sú štatisticky významné. Preto zamietame 5H0 a prijímame 5HA, ktorá tvrdí, že **Existujú rozdiely vo výskyte najviac vnímaných špecifik ošetrovateľskej starostlivosti.**

Hypotéza 5 sa potvrdila.

## 4. DISKUSIA

Bakalárska práca sa zaoberá špecifikami ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu. Práca sa skladá z dvoch častí a to z teoretickej a výskumnej časti. V teoretickej časti práce sme sa venovali najčastejším indikáciám k operáciám bedrového kĺbu u detí, ošetrovateľskej problematike detských pacientov a samozrejme špecifikám ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta so zameraním na psychickú podporu detí. Zámerom práce bola snaha zmapovať problematiku ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operáciách bedrového kĺbu v klinickej praxi, zistiť špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o deti po operáciách bedrového kĺbu, tieto zistenia zanalyzovať a zhodnotiť, identifikovať potreby detského pacienta po operáciách, zmapovať výskyt komplikácií u detského pacienta po operáciách bedrového kĺbu, zistiť poskytovanie prípravy detským pacientom na operáciu bedrového kĺbu a rozdiel v podávaní informácií rodičom detí v pooperačnej starostlivosti medzi SR a ČR.

Vo výskumnom šetrení sme spolupracovali so sestrami pracujúcimi na detských ortopedických oddeleniach v ČR a SR, kde sa operácie bedrových kĺbov u detí vykonávajú. Neštandardizovaný dotazník bol distribuovaný sestram pracujúcim na detských ortopedických oddeleniach v 2 nemocniciach na Slovensku a to konkrétne vo FNsP Žilina a na Ortopedickej klinike LF UK a NÚDCH, a v 2 nemocniciach v rámci Českej republiky, na Klinike detskej a dospeljej ortopédie a traumatológie 2. LF UK a FN Motol a na Ortopedickej klinike FNB, 1.LF UK a IPVZ. V tejto časti bakalárskej práce sme sa pokúsili zhrnúť výsledky výskumného šetrenia a snažili sme sa ich dať do súvislosti s poznatkami z teoretickej časti bakalárskej práce.

Dotazník obsahoval 19 otázok pričom na začiatku respondenti odpovedali na identifikačné otázky. V prvej pološke sme zisťovali pohlavie respondentov, pričom z ich odpovedí nám vyplynulo, že vo všetkých 4 nemocniciach na ortopedických oddeleniach pracujú len sestry ženského pohlavia. Tento výsledok sme predpokladali, nakoľko je vyššia zamestnanosť žien, než mužov na pozíciách detskej, všeobecnej či praktickej sestry. Z odpovedí na druhú položku, kde sme sa pýtali na vek respondentov sa preukázalo, že najviac sestier pracujúcich na ortopedických oddeleniach, kde prebiehalo dotazníkové šetrenie, je v produktívnom veku, konkrétne vo vekovej kategórii 36 – 45 rokov. Naopak percento opýtaných klesá v prípade čerstvých

absolventiek vo veku 18 – 25 a respondentov s dlhoročnou praxou vo vekovej kategórii 55 rokov a viac. Aby sme zabezpečili výpovednú hodnotu jednotlivých údajov, zisťovali sme aj odbornosť a vzdelanosť jednotlivých sestier v položke č. 3. Najväčšie percento sestier dokončilo vysokoškolské vzdelanie – bakalárske 38 % či magisterské 24 %. Nečakali sme, že z dotazníkového prieskumu nám vyjde taký výrazný rozdiel medzi respondentami so stredoškolským vzdelaním s maturitou a vysokoškolským vzdelaním. Domnievali sme sa, že počet sestier so stredoškolským vzdelaním je približne rovnaký ako počet vysokoškolských sestier pracujúcich na detských ortopedických oddeleniach vo vybraných nemocniciach. Predpokladáme, že vyšší podiel percenta s vysokoškolským vzdelaním môže súvisieť s lepším finančným ohodnotením sestier s vyšším vzdelaním a taktiež s väčším množstvom kompetencií oproti praktickým sestrám. Zaujímali sme sa aj o dĺžku doterajšej praxe na ortopédii / traumatológii, kde sme zistili, že viac ako tretina, konkrétne 38 % respondentov, má dlhoročnú odbornú prax v oblasti ortopédie a traumatológie, a to viac ako 16 rokov.

V nasledujúcich položkách sme sa už bližšie zamerali na sledovanie problematiky starostlivosti o detského pacienta po operácií bedrového kĺbu v klinickej práci a získavaní informácií o danej téme. V položke č. 5 sme sa snažili od respondentov zistiť, kde sa stretli s prvotnými informáciami o danej problematike. V tejto položke sme dali respondentom na výber z viacerých možností, kde mohli zvoliť viac odpovedí, podľa toho, s ktorou odpoveďou sa najviac stotožňujú. Výrazne najviac respondentov, a to 75 % zvolilo, že prvé informácie a poznatky o ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácií bedrového kĺbu získalo v priebehu praxe na oddelení. Následne sme sa dotazovali v položke č. 6 na ďalšie vzdelávania v oblasti predmetnej problematiky. Boli sme milo prekvapení, že sestry veľmi pozitívne pristupujú k ďalšiemu získavaniu nových informácií a vzdelávaniu sa v danej problematike. Na získanie ďalších nových poznatkov ohľadom ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácií bedrového kĺbu využívajú odbornú literatúru či internetové zdroje a taktiež sa zúčastňujú seminárov zameraných na túto tému.

Ďalšou položkou č. 7 v dotazníku, ktorá nás po vyhodnení dotazníkového šetrenia zaujala bola otázka, kde sme sa respondentov pýtali, či majú na ich pracovisku vypracovaný štandard zameraný na ošetrovateľskú starostlivosť o detského pacienta po operácií bedrového kĺbu. Pri vyhodnocovaní otázky sme zistili, že viac ako polovica,

teda 51 % respondentov odpovedalo negatívne. 41 % respondentov odpovedalo kladne, čiže na ich oddelení vnímajú vypracovaný štandard a len 8 % respondentov sa vyjadrilo, že nevie či majú na oddelení vypracovaný štandard. Hálková Monika (2009) sa venovala vo svojej práci štandardom ošetrovateľskej starostlivosti v českých nemocniciach a pomocou dotazníkov zhodnotila, že na všetkých pracoviskách, kde šetrenie prebiehalo, majú vytvorené štandardy, ktoré sú sestram bežne prístupné. Domnievame sa, že diferencované názory môžu byť spôsobené odlišnými pracoviskami, v rámci ktorých bol výskum vykonávaný. Aj napriek tomu je toto zistenie prekvapujúce keďže vypracované štandardy v ošetrovateľstve na oddeleniach patria k základným nástrojom zabezpečenia kvality ošetrovateľskej starostlivosti.

V položke č. 8 a 9 sme medzi opýtanými respondentmi zisťovali vekovú kategóriu a pohlavie detí, ktorým je na ich oddelení indikovaná operácia bedrového kĺbu. Najväčšie percento predstavujú deti v školskom veku, teda medzi 7. a 14. rokom života. Naopak za nie častú vekovú skupinu môžeme definovať adolescentov, nakoľko ani jeden z respondentov nevybral danú možnosť. Čo sa týka pohlavia, väčšina sestier zvolila možnosť, ktorá tvrdí, že je to u oboch pohlaví rovnako.

V položke č. 10 sme sa zamerali na dôvody indikácie operácie bedrového kĺbu u detí v predškolskom veku a u detí v školskom veku. Respondenti mohli zvoliť z viacerých ponúkaných možností, v prípade iného dôvodu ho mohli doplniť slovom. Vo všeobecnosti boli u oboch vekových kategóriách rovnaké možnosti, ale pri vyhodnotení dotazníkového prieskumu je viditeľná zmena počtu odpovedí v jednotlivých možnostiach. U detí v predškolskom veku volili respondenti ako jeden z najčastejších dôvodov vrodene vyklíbenie bedrových kĺbov. Tento výsledok sme očakávali nakoľko vrodene dysplázia bedrových kĺbov patrí medzi najčastejšie vrodene vady u detí, ktorú môžeme diagnostikovať už v rannom veku dieťaťa. Indikácia k operáciám pri tejto diagnóze v predškolskom veku je častejšia, aby sa predchádzalo ťažkostiam vo vyššom veku ako napríklad bolesti kĺbov, osteoartóze, k obmedzeniu pohybu kĺbu či k abnormálnej chôdzi, kedy je aj liečba o niečo náročnejšia. (Bhuyan, 2012). Na druhú stranu traumatický úraz nezvolil ani jeden z respondentov ako indikáciu k operáciám bedrového kĺbu u detí v predškolskom veku. Domnievame sa, že na deti v predškolskom veku majú rodičia väčší dosah a tým pádom dozerajú aj na opatrnosť detí, aby nedošlo k takýmto ťažším poraneniam. Taktiež si myslím, že aj celková aktivita detí v predškolskom veku nemusí byť ešte tak výrazná ako u detí



v školskom veku. Odpovede respondentov u detí v školskom veku boli viac rôznorodé a však bez nejakej výrazne dominantnej odpovede. Napriek tomu nás v tejto položke veľmi prekvapilo zvýšené percento príčiny potreby operácie bedrového kĺbu nádorové ochorenia. Predpokladáme, že to bolo spôsobené hlavne možnosťou výberu viacerých odpovedí a respondenti využili túto možnosť, aby uviedli všetky možné indikácie k operáciám bedrového kĺbu u detí s školskom veku, s ktorými sa stretli počas ich doterajšej praxe na detskom ortopedickom oddelení. V rámci populácie malígne kostné nádory predstavujú vzácnu skupinu nádorových ochorení, a však ich podiel je u detí v školskom veku percentuálne vyšší 7-8%, ako u detí v predškolskom veku (Klučková et al., 2017).

Pooperačné komplikácie po operáciách bedrového kĺbu, ktoré by mohli nastať u detských pacientov sme zisťovali v položke č. 12. Aj v tomto prípade mohli respondenti vybrať viacero možností. Väčšina respondentov uviedlo, že na ich oddelení nevznikli žiadne pooperačné komplikácie. Toto zistenie je veľmi pozitívne, pretože jedným z dôvodov ľahkej a nekomplikovanej pooperačnej starostlivosti môže byť aj správna komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta. Ak vznikli nejaké pooperačné komplikácie, najčastejšie boli respondentmi označené komplikácie typu ťažkého diskomfortu pacienta či krvných strát. S tými to komplikáciami sa do istej miery musí počítat' nakoľko sa jedná o operáciu väčšieho rozsahu a taktiež pohyb operovaného kĺbu je po operácii je obmedzený.

Nasledujúce položky sa už bližšie zameriavajú na špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operáciách bedrového kĺbu. V položke č. 13 sme sa opäť rozhodli diferencovať jednotlivých pacientov do predškolského a školského veku. Respondenti odpovedali na otázku týkajúcu sa najčastejších potrieb, ktoré sestry identifikujú u detského pacienta po operáciách bedrového kĺbu. Predpokladali sme, že v oboch vekových kategóriách budú najväčšie percento predstavovať psychické potreby. Na lepšiu psychickú pohodu, ktorá pozitívne vplýva aj na následnú rekonvalescenciu detského pacienta, je potrebné, aby dieťa dostávalo pocit istoty, bezpečia, pomoci zároveň aj pocit sebastačnosti či informovanosti. Z dotazníkového šetrenia vyplýva, že sestry vnímajú dôležitosť psychických potrieb detských pacientov v oboch vekových kategóriách. Spolu so psychickými potrebami považujú respondenti aj biologické potreby, ako napríklad potreba výživy, potreba tekutín, potreba vyprázdňovania, potreba hygieny, potreba odpočinku a spánku, potreba nemať bolesť

atď., za výrazné v oboch vekových kategóriách. S týmito výsledkami jednoznačne súhlasíme. Biologické a psychologické potreby dieťaťa so sebou úzko súvisia a správnou komplexnou starostlivosťou môže sestra výrazne zlepšiť a zjednodušiť priebeh pooperačnej starostlivosti o detského pacienta po operácií bedrového kĺbu.

Medzi respondentmi sme zisťovali aj vnímanie starostlivosti o detských pacientov po operácií bedrového kĺbu oproti iným pacientom. Ani jeden z respondentov neuviedol kladnú odpoveď. Menšia časť respondentov zvolilo zápornú odpoveď, teda, že starostlivosť o detského pacienta po operácií bedrového kĺbu nepovažujú za náročnejšiu oproti iným pacientom. Najviac respondentov sa vyjadrilo, že nevie posúdiť, nakoľko sa nad tým nezamýšľali.

V dotazníkovom prieskume v položkách č. 15 a č. 16 sme sa zaujímali o to, či na vybraných ortopedických oddeleniach pripravujú sestry svojich pacientov na operáciu a na to čo ich čaká po operácií a zároveň aj akým spôsobom prebieha príprava detského pacienta. 89 % sester pripravuje svojich pacientov na operáciu a na to čo ich čaká po nej. V predškolskom veku respondenti zvolili najčastejšie rozhovor ako formu prípravy. Rozhovory musia byť prispôbené veku detského pacienta, prípadne doplnené hrou, ktorá im dokáže taktiež pomôcť jednoduchšie pochopiť to čo sa s nimi bude diať. Prípravu formou hry v predškolskom veku zvolilo 18 % respondentov. V tomto prípade sme predpokladali vyšší počet respondentov, ktorí budú voliť prípravu formou hry nakoľko sa jedná o mladšie deti. V školskom veku zvolili skoro všetci respondenti prípravu formou rozprávania. Nakoľko sa jedná už o staršie deti a dokážu rýchlejšie a jednoduchšie pochopiť, čo im človek rozpráva, tento výsledok sa dal predpokladať. V oboch prípadoch jeden z respondentov nepripravuje svojich respondentov na operáciu ani na to čo ich čaká.

V položke č. 17 sme sa zamerali na podanie informácií rodičom o pooperačnej starostlivosti o detského pacienta po operácií bedrového kĺbu. Dotazníkové šetrenie nám ukazuje, že na väčšine vybraných ortopedických oddelení podávajú informácie rodičom rovnako ako lekár taj aj sestra. Rodičia by mali byť dostatočne informovaní od zdravotníckeho personálu o stave ich dieťaťa, nakoľko môžu aj oni pomôcť svojmu dieťaťu a tým prispieť k rýchlejšiemu zotaveniu po operácií. Podanie informácií a komunikácia s rodičmi by mala byť zdvorilá a vľúdna.

Keďže pobyt v nemocnici je vo všeobecnosti psychicky náročný aj pre dospelého pacienta, nie to ešte pre detského pacienta, v položke č. 18 sme sa zaujímali o faktory, ktoré najviac pomáhajú detským pacientom po operáciách k pozitívnemu vnímaniu pobytu v nemocnici. Ako výrazne pozitívny faktor u oboch vekových kategóriách je vnímaná prítomnosť rodiča počas hospitalizácie. Predpokladali sme tento výsledok, nakoľko sa dieťa cíti bezpečnejšie a vo väčšej psychickej pohode, keď je v ich blízkosti jeden z rodičov. Ústretovosť doktorov a sestier a ich psychická podpora boli taktiež často zvolené odpovede medzi respondentmi u detí v predškolskom aj školskom veku. Zdravotní pracovníci by nemali zabúdať na ľudský prístup a aj len obyčajný milý úsmev, ktorým dokážu detským pacientom do veľkej miery ovplyvniť to ako budú celý pobyt v nemocnici vnímať. Medzi už menej častými odpoveďami boli aj pobyt dieťaťa na izbe s vrstovníkom a vybavenie izby televízorom, hračkami a podobne. Tieto faktory dokážu taktiež veľmi pozitívne vplývať na detských pacientov, dokážu sa vďaka nim odreagovať a aspoň na chvíľu zabudnúť na to čo práve v danej chvíli prežívajú.

Poslednou položkou č. 19, sme sa snažili zistiť v čom sestry vnímajú najviac špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operáciách bedrového kĺbu. V tejto položke mali respondenti možnosť vybrať aj viac možností. Po analýze dotazníkového šetrenia neevidujeme výrazne odlišujúce špecifikum na významnosti. Zaznamenali sme, že respondenti zvolili predovšetkým informovanosť rodičov, psychickú podporu dieťaťa, profesionalitu sestier, láskavosť a trpezlivosť k dieťaťu.

Súčasťou našej empirickej časti bolo aj vyhodnotenie štatistických hypotéz, pričom sme skúmali vzťahy medzi niektorými otázkami v dotazníku a ich vzájomné ovplyvňovanie. Dokopy sme testovali 5 hypotéz, z ktorých sa jedna potvrdila. Pri hypotéze 1 sme predpokladali, že existuje rozdiel v poskytovaní prípravy detských pacientov na operáciu medzi SR a ČR. V tejto hypotéze sme zistili, že sestry pracujúce na detskom ortopedickom oddelení v SR aj v ČR pripravujú detských pacientov na operáciu a na to čo ich čaká po operáciách bez rozdielu. Aj z dotazníkového prieskumu nám vyplýva, že v oboch krajinách si dáva prevažná väčšina sestier záležať, aby deti boli pripravené na to čo ich čaká pred aj následne po operáciách, nakoľko si uvedomujú aké je to dôležité pre lepšie psychické nastavenie pacientov. Taktiež sa nám nepotvrdila ani hypotéza č. 2, kde sme predpokladali, že existuje rozdiel v podávaní informácií rodičom detí v pooperačnej starostlivosti medzi SR a ČR. Na základe štatistického vyhodnotenia sme aj v tejto hypotéze zistili, že nie je rozdiel v podávaní

informácií rodičom detí po operácií bedrového kĺbu medzi SR a ČR. V oboch krajinách poskytujú informácie rodičom rovnako lekári aj sestry v rámci spolupráce. V štatistickej hypotéze č. 3 sme predpokladali, výskyt pooperačných komplikácií je závislý od veku detského pacienta. Aj tejto hypotéze sme na základe štatistickej analýzy zistili, že hypotéza nie je platná, a teda neexistuje závislosť medzi vekom pacientov a výskytom komplikácií. Či existujú rozdiely v najčastejších identifikovaných potrebách medzi pacientmi v predškolskom a školskom veku sme zisťovali v hypotéze č. 4. Po štatistickom vyhodnotení nám vyšla opäť neplatná hypotéza. Čiže z tejto analýzy nám vyplýva, že deti v predškolskom aj v školskom veku si vyžadujú rovnaké potreby, najviac psychické. A však sa nám potvrdila hypotéza č. 5, v ktorej sme zisťovali rozdiely vo výskyte najviac vnímaných špecifik ošetrovateľskej starostlivosti. Z výsledku štatistickej analýzy nám teda vyšlo, že rozdiely vo výskyte daných špecifik sú štatisticky významné. V dotazníkovom prieskume respondenti uvádzali ako najviac vnímané špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácií bedrového kĺbu psychickú podporu dieťaťa, informovanosť rodičov, profesionalitu sestier, ale aj vzájomnú komunikáciu medzi sestrou a dieťaťom.

## ZÁVER

Bakalárska práca sa zaoberá špecifikami ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácií bedrového kĺbu. Ako hlavný cieľ práce sme si určili poskytnutie potrebných informácií a spracovanie špecifik ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu po stránke psychosociálnej a komunikačnej, čo prispeje k skvalitneniu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti a celkovému prístupu pediatrickej sestry k dieťaťu. Podľa stanovených cieľov sme sformulovali hypotézy.

Na základe výsledkov z dotazníkového prieskumu sme dospeli k názoru, že sestry pracujúce na vybraných ortopedických oddeleniach nie dostačujúco vnímajú vypracovaný štandard ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu. Sme toho názoru, že sestry by sa mali držať vypracovaných štandardov ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácií bedrového kĺbu, prípadne sa podieľať na ich zhotovení. Aj vďaka nim dokážu svojim pacientom podať kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť, poskytnúť im pocit bezpečia. Zároveň ak sa sestra riadi a dodržiava príslušný štandard, chráni sa pred neoprávneným postihom. Prítomnosť rodiča počas hospitalizácie je medzi sestrami vnímaná ako jeden z veľmi dôležitých faktorov, ktorý prispieva k pozitívnemu vnímaniu pobytu v nemocnici. Taktiež sme sa dozvedeli, že psychická podpora dieťaťa zo strany sestry či ústretovosť doktorov a sestier pomáha deťom sa ľahšie zmieriť a prežiť hospitalizáciu. Výskumné šetrenie nám ukázalo, že jedným z výraznejších špecifik ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácií je podávanie informácií rodičom. Úlohou detskej sestry je podať správne informácie rodičom, aby aj oni vedeli byť oporou svojim deťom, aby sa vedeli po operácií o svoje deti správne postarať a aby im vedeli čo najviac pomôcť. Tak isto ako prístup k detským pacientom aj k samotným rodičom by mal byť vľúdny, empatický, sestry by mali byť trpezlivé pri poskytovaní informácií rodičom, nakoľko si daný rodič prechádza tiež ťažším obdobím a môže byť rozrušený.

Výsledky tejto bakalárskej práce môžu poslúžiť nelekárskym zdravotným pracovníkom, predovšetkým detským sestram pracujúcim na detských ortopedických oddeleniach, ktoré prichádzajú do styku s detskými pacientami, ktorým je indikovaná operácia bedrového kĺbu. Tieto informácie môžu prispieť k skvalitneniu poskytovania komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti v pediatrickom ošetrovatelstve v ortopédií.

Táto práca môže taktiež slúžiť ako študijný materiál pre študentov zdravotníckych oborov, ktorí sa zaujímajú o danú problematiku.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

BAYNE, A., KIRKLAND, P. 2006. Prepare children for surgery one stage at a time. In OR Nurse Journal [online]. 2008, September, pp. 36-39. [cit. 2014-10-28]. Dostupné na internete: [http://www.nursingcenter.com/lnc/pdfjournal?AID=822766&an=01271211-200809000-00010&Journal\\_ID=&Issue\\_ID=](http://www.nursingcenter.com/lnc/pdfjournal?AID=822766&an=01271211-200809000-00010&Journal_ID=&Issue_ID=).

BARTONÍČEK, J. - HEŘT, J. (2004). Základy klinické anatomie pohybového aparátu. Praha: Maxdorf, ISBN 80-7345-017-8.

BHUYAN, B. K. (2012). Outcome of one-stage treatment of developmental dysplasia of the hip in older children [online]. Indian Journal of Orthopaedics. 46 (5), 548-555, doi: 10.4103/0019-5413.101035. [cit. 2022-02-21]. Dostupné z: <http://www.ijoonline.com/article.asp?issn=00195413;year=2012;volume=46;issue=5;spage=548;epage=555;aulast=Bhuyan>.

BOLEDOVIČOVÁ, M. et al. (2010). Pediatrické ošetrovateľstvo, 3.prepracovane a doplnené vydanie. Martin: Osveta. ISBN 978-8080-633-318.

ČIHÁK, R. (2001). Anatomie 1. 2. vyd. Praha: Grada. 497 s. ISBN 80-7169-970-5.

DOUŠA, Pavel et al. (2021). Vybrané kapitoly z ortopedie a traumatologie pro studenty medicíny. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4828-6.

DUNGL, Pavel et al. (2005). Ortopedie. Praha: Grada. ISBN 80-247-0550-8.

DUNGL, Pavel et al. (2014). Ortopedie. 2. vid. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4357-8.

DYLEVSKÝ, I. (2009). Kineziologie: základy strukturálnej kineziologie. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-324-0.

FRYDRYCHOVÁ, M. et al. (2016). Vývojová dysplazie kyčelního kloubu. Solen. 17(3), s. 141-145. ISSN 1803-5264.

Guide to Your Child's Surgery. The Children's Hospital of Philadelphia. [online], 2014 [cit. 2023-04-10]. Dostupné na internete: [http://www.chop.edu/patients-and-visitors/guide-your-childs-surgery/#.VF\\_JOrdATIV](http://www.chop.edu/patients-and-visitors/guide-your-childs-surgery/#.VF_JOrdATIV)

HÁLKOVÁ, M. (2009). Standardy ošetrovateľskej péče v českých nemocnicih. Bakalárska práca. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Brno. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

HRADEČNÁ, Z. BELEŠOVÁ, P. (2017). Špecifiká komunikácie s detským pacientom. Bratislava: Solen. 18(4), ISSN 1336-8168.

Hughes LO, Beaty JH. Current concepts review: fractures of the head end neck of the femur in children. J Bone Joint Surg (Am) 1994; 76, 283–292.

CHLÁDEK, P., TRČ, T. (2008). Coxa vara adolescentium. [online]. Praha: Mladá fronta a.s. [cit. 2008-11-11]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/coxa-vara-adolescentium/>.

JAKUBEKOVÁ, J., DOBIÁŠOVÁ, E. (2010). Vliv prostředí chirurgického pracoviště na psychiku dítěte [online]. Praha: Mladá fronta a.s. [cit. 2010-07-09]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vliv-prostredi-chirurgickehopracoviste-na-psychiku-ditete-453253>.

JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. (2013). Ošetrovateľská péče v chirurgii: pro bakalárské a magisterské studium. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412- 4.

KELNAROVÁ J., MATĚJKOVÁ E. (2014). Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty-4. ročník. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80247-5203-7.

KICKOVÁ, K., LACINOVÁ, L. (2015). Možnosti zmiernovania detskej bolesti na psychosociálnej úrovni. Česko-slov pediat [online]. 70(4). Praha: Galén [cit. 2015-04]. Dostupné z WWW: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatric/2015-4/moznosti-zmiernovania-detskej-bolesti-na-psychosocialnej-urovni-53276>.

KLÍMA, J. et al. (2016). Pediatrie pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.

KLUČKOVÁ, K., et al. (2017). Maligne nádory kostí u dětí. Solen. 18(1), s. 8-12. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/5342878f7797d68a45bddad55a318545.pdf>.

LEPIEŠOVÁ, M. (2005). Ošetrovanie v perioperačnom období. In KUBICOVÁ, Ľ. et al.

Chirurgické ošetrovateľstvo. Martin: Osveta. 2005, s. 12-36. ISBN 80-8063-176-X.



MUNTAU, A. (2014). *Pediatric*. 2. vydanie. Praha: Grada. 608 s. ISBN 978-80247-4588-6.

ONDŘIOVÁ, I., MAGUROVÁ, D. (2016). Špecifiká hospitalizmu u detského pacienta. *Praktický lékař* [online]. 96(6) [cit. 2016]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2016-6/specifika-hospitalizmu-u-detskeho-pacienta-59728>.

ONDŘIOVÁ, I., SINAIOVÁ, A. (2014). Vybrané atributy pooperační bolesti u dětí [online]. Praha: Mladá fronta a.s. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vybrane-atributy-pooperaalni-bolesti-u-deti475022>.

PILLITTERI, A. (2013). *Maternal & child health nursing: care of the childbearing & childrearing family*. Edition 7. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1744 s. ISBN 978-1-4511-8790-8.

PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. (2010). *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 247 s. ISBN 978-802-4729-688.

POUL, J. et al. (2009). *Dětská ortopedie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-622-9.

PRAŽSKÝ, B. (2013). Morbus legg-calve-perthes [online]. Praha: Mladá fronta a.s. [cit. 2022-04-13]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/morbus-legg-calve-perthes/>

ROKACH, A. (2016). Psychological, emotional and physical experiences of hospitalized children. *Clinical Case Reports and Reviews*. 2(4), 399-401. ISSN: 2059-0393.

SCHNEIDEROVÁ, M. (2014). *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, L. et al. (2012). *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy II.: Pediatrie, chirurgie*. Praha: Grada. 2. vydání. 256 s. ISBN 978-80-247-3602-0.

SOBHAN, R.M et al. (2017). Genetics of Pediatric Bone Tumors: a Systematic Review. *Iran J Ped Hematol Oncol*. 7(2), s. 117-129. ISSN 2423-7612.

SOSNA, Antonín. et al. (2012). *Základy ortopedie*. Praha: Triton. 180 s. ISBN 80-7254-202-8.

TALIÁNOVÁ, Magda, Marie HOLUBOVÁ a Jaroslav PILNÝ. (2009). Péče o nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Sestra. Praha: Nakladatelství Mladá fronta, roč. 19, č. 1, s. 75-77. ISSN 1210-0404.

VYTEJČKOVÁ, R. et al. (2011). Ošetrovateľské postupy v péči o nemocné. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

---

## **ZOZNAM PRÍLOH**

Príloha č. 1 - Dotazník .....	68
Príloha č. 2 - Žiadosť o povolenie dotazníkového šetrenia na Klinike detskej a dospeljej ortopedie a traumatológie 2. LF UK a FN Motol .....	72
Príloha č. 3 - Žiadosť o povolenie dotazníkového šetrenia v FNsP Žilina .....	73
Príloha č. 4 - Žiadosť o povolenie dotazníkového šetrenia na Ortopedickej klinike LF UK a NÚDCH.....	74
Príloha č. 5 - Žiadosť o povolenie dotazníkového šetrenia na Ortopedickej klinike FNB, 1.LF UK a IPVZ .....	75

## PRÍLOHY

### Príloha č. 1 - Dotazník

Dobrý deň,

Som študentkou 3. ročníka študijného programu Ošetrovateľstvo-odbor Pediatriká sestra na 2. lekárskej fakulte UK. Spracovávam bakalársku prácu na tému špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu a v tejto súvislosti sa na Vás obraciam s prosbou o vyplnenie nasledujúceho ANONYMNÉHO dotazníka. Jednotlivé položky si, prosím, pozorne prečítajte a označte odpoveď, ktorá najlepšie vystihuje skutočnosť. V prípade, že otázka obsahuje voľnú odpoveď, uveďte ju.

Ďakujem Vám.

Katarína Husárová

#### **Prvá časť: zisťovanie demografických a pracovných údajov o respondentoch**

- 1) Pohlavie
  - a. Žena
  - b. Muž
- 2) Vek:
  - a. 18-25 rokov
  - b. 26-35 rokov
  - c. 36-45 rokov
  - d. 46-55 rokov
  - e. 55 rokov a viac
- 3) Dosiiahnuté vzdelanie
  - a. Stredoškolské
  - b. Vyššie odborné
  - c. Vysokoškolské – bakalárske
  - d. Vysokoškolské – magisterské
  - e. Špecializácia v odbore:
  - f. Stále študujem
  - g. Iné:
- 4) Dĺžka Vašej doterajšej praxe na ortopédii/traumatológii:
  - a. do 5 rokov
  - b. 6-15 rokov
  - c. viac ako 16 rokov

#### **Druhá časť: Sledovanie problematiky starostlivosti o pacienta po operácii bedrového kĺbu v klinickej praxi a získavanie informácií o danej téme**

- 5) Kde ste po prvý krát získali informácie o problematike ošetrovania detských pacientov po operácii bedrového kĺbu? (možno zvoliť viac odpovedí)
  - a. V priebehu pregraduálneho štúdia

- b. V priebehu praxe na oddelení
  - c. V priebehu špecializačného štúdia
  - d. Kongresy
  - e. Semináre
  - f. Nevie, nepamätám si
  - g. Iné:
- 6) Akým spôsobom sa ďalej vzdelávate v problematike ošetrovania detských pacientov po operácii bedrového kĺbu? (možno zvoliť viac odpovedí)
- a. Prednášky
  - b. Semináre
  - c. Odborná literatúra
  - d. E-learning
  - e. Internetové zdroje
  - f. Nevzdelávam sa, v tejto oblasti už mám dostatočné znalosti
  - g. Iné:
- 7) Máte na pracovisku vypracovaný štandard zameraný na ošetrovateľskú starostlivosť o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu?
- a. Áno
  - b. Nie
  - c. Nevie
- 8) S akou najčastejšou vekovou skupinou pacientov po operácii bedrového kĺbu sa stretávate na Vašom pracovisku?
- a. Batola (2. – 3. rok života)
  - b. Predškolský vek (4. – 6. rok života)
  - c. Školský vek (7. – 14. rok života)
  - d. Adolescent (15. – 18. rok života)
- 9) Operácie bedrového kĺbu a panvy sa na Vašom pracovisku vykonávajú najčastejšie u:
- a. Ženského pohlavia
  - b. Mužského pohlavia
  - c. U oboch pohlaví rovnako
- 10) Z akého dôvodu je na Vašom pracovisku detským pacientom indikovaná operácia bedrového kĺbu?
- a. Vrodené vyklíbenie bedrových kĺbov
    - predškolský vek
    - školský vek
  - b. Aseptická nekróza proximálnej epifýzy femuru
    - predškolský vek
    - školský vek
  - c. Sklz proximálnej femorálnej epifýzy
    - predškolský vek
    - školský vek
  - d. Traumatický úraz
    - predškolský vek
    - školský vek
  - e. Nádorové ochorenie
    - predškolský vek
    - školský vek
  - f. Iné:
    - predškolský vek
    - školský vek

- 11) Uveďte priemernú dĺžku hospitalizácie detského pacienta po operácii bedrového kĺbu na Vašom oddelení:
- jeden týždeň
  - dva týždne
  - tri týždne
  - viac ako tri týždne
- 12) Uveďte najčastejšie pooperačné komplikácie po operácii bedrového kĺbu, vyskytujúce sa na Vašom oddelení: (možno zvoliť viac odpovedí)
- Luxácia
  - Suspektná infekcia
  - Krvné straty
  - Ťažký diskomfort pacienta
  - Iné:
  - Žiadne

**Tretia časť: Zameranie na špecifiká starostlivosti o pacienta po operácií bedrového kĺbu**

- 13) Aké najčastejšie potreby identifikujete u detského pacienta po operácii bedrového kĺbu na Vašom pracovisku?
- Biologické  
 predškolský vek                       školský vek
  - Psychické  
 predškolský vek                       školský vek
  - Sociálne  
 predškolský vek                       školský vek
  - Spirituálne  
 predškolský vek                       školský vek
- 14) Považujete starostlivosť o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu za náročnejšiu oproti iným pacientom?
- Áno, uveďte v čom:  
 predškolský vek                       školský vek
  - Nie  
 predškolský vek                       školský vek
  - Neviem, nepremýšľal/a som o tom
- 15) Pripravujete svojich detským pacientov na operáciu a na to čo ich čaká po operácii?
- áno
  - nie
- 16) Akým spôsobom pripravujete detského pacienta na operáciu a na to čo ho čaká po operácii?
- Rozprávam sa s nimi o tom  
 predškolský vek                       školský vek
  - Formou hry  
 predškolský vek                       školský vek
  - Iné:  
 predškolský vek                       školský vek

- d. Nepripravujem detského pacienta na operáciu a ani na to čo ho čaká po nej
- 17) Kto na vašom oddelení informuje rodičov o pooperačnej starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu ?
- a. lekár
  - b. sestra
  - c. aj lekár aj sestra
- 18) Ktoré faktory si myslíte, že najviac pomáhajú detskému pacientovi po operácii k pozitívnemu vnímaniu pobytu v nemocnici? (možno zvoliť viac odpovedí)
- a. Prítomnosť rodiča
    - predškolský vek
    - školský vek
  - b. Ústretovosť doktorov a sestričiek
    - predškolský vek
    - školský vek
  - c. Pobyt na izbe s vrstovníkom
    - predškolský vek
    - školský vek
  - d. Psychická podpora dieťaťa zo strany sestričiek
    - predškolský vek
    - školský vek
  - e. Kvalita stravy
    - predškolský vek
    - školský vek
  - f. Vybavenie izby (televízor, hračky apod.)
    - predškolský vek
    - školský vek
- 19) V čom najviac vidíte špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu? (možno zvoliť viac odpovedí)
- a. Profesionalita sestričiek
  - b. Láskovosť a trpezlivosť k dieťaťu
  - c. Psychická podpora dieťaťa
  - d. Vzájomná komunikácia medzi sestričkou a dieťaťom
  - e. Vzájomná komunikácia medzi sestričkou a rodičom
  - f. Informovanosť dieťaťa
  - g. Informovanosť rodičov
  - h. Iné:

Príloha č. 2 - Žiadosť o povolenie dotazníkového šetrenia na Klinike detskej a dospeljej ortopedie a traumatológie 2. LF UK a FN Motol

Katarina Husárová, J. Borovského 20, 91441 Nemšová, 0917360464, husarova.katarina99@gmail.com

Vážená pani  
Mgr. Jana Nováková, MBA  
Námestníčka pre ošetrovateľskú starostlivosť  
Fakultná nemocnica v Motole  
V Úvalu 84/1  
15006 Praha 5

Praha, 30. marec 2022

Vec: Žiadosť o povolenie výskumu na klinike/oddelení

Vážená pani námestníčka,

volám sa Katarína Husárová a som študentkou 3. ročníka bakalárskeho štúdia – kombinovaná forma, odbor: Pediatrické ošetrovateľstvo na 2. lekárskej fakulte Univerzity Karlova v Prahe.

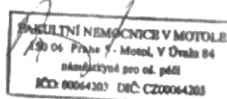
Touto formou by som Vás chcela poprosiť, či by ste mi povolili vykonať výskumný prieskum k mojej bakalárskej práci vo FN Motol, konkrétne na Klinike detskej a dospeljej ortopedie a traumatológie FN Motol. Výskum by prebiehal formou dotazníkového prieskumu u sestier pracujúcich na uvedenom oddelení. Bakalársku prácu spracovávam na tému: „Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta po operácii bedrového kĺbu“.

S pozdravom

Katarína Husárová  
študentka 3. ročníku, Pediatrická sestra  
2.LF UK a FN Motol

11-04-2022

*J. Nováková*





## Príloha č. 3 - Žiadosť o povolenie dotazníkového šetrenia v FNsP Žilina



Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina, Ul. Vojtecha Spanyola 43, 012 07 Žilina

**Etická komisia**Titl.  
Katarína Husárová  
J. Borovského 20  
914 41 Nemšová

Vaša značka č./zo dňa	Naša značka	Vybavuje/linka	Miesto a dátum
	058-131/2022	L. Libičová/k1.290	Žilina, 3. 5. 2022

**VEC: Žiadosť o povolenie výskumu pre potreby bakalárskej práce vo FNsP Žilina - vyjadrenie**

Vážená pani Katarína Husárová,

Etická komisia FNsP Žilina sa na svojom zasadnutí dňa 28. 4. 2022 zaoberala Vašou žiadosťou o povolenie výskumu pre potreby bakalárskej práce na Oddelení pediatickej ortopedie a na Spondylochirurgickom oddelení FNsP Žilina.

**Na základe Vašej žiadosti Vám oznamujem, že Vaša žiadosť bola schválená na Oddelení pediatickej ortopedie a na Spondylochirurgickom oddelení FNsP Žilina:**

Etická komisia FNsP Žilina Vás žiada, aby ste ešte pred začatím realizácie bakalárskej práce kontaktovali:

- **MUDr. Juraja Popluhára, PhD., MBA,** primára odd. pediatr. ortop. a spondyl.
  - **Mgr. Evu Nemčekovú,** vedúcu sestru odd. pediatr. ortop. a spondyl.
- } za účelom dohodnutia podmienok realizácie Vašej bakalárskej práce
- **Ing. Jána Taligu,** zodpovednú osobu vo FNsP Žilina za ochranu osobných údajov (kontakt: [taliga@fnspza.sk](mailto:taliga@fnspza.sk), 041/5110 810), za účelom zabezpečenia ochrany osobných údajov v zmysle platných právnych predpisov, ktoré budete pri Vašej práci spracovávať.

**Členovia Etickej komisie FNsP Žilina Vás žiadajú o predloženie výsledkov Vašej bakalárskej práce po jej ukončení (e-mailom).**

S pozdravom

Fakultná nemocnica s poliklinikou  
ETICKÁ KOMISIA  
012 07 Žilina

Lubica Libičová,

tajomníčka Etickej komisie FNsP Žilina

Tel.: + 421 41 / 5110 290	Bankové spojenie:	IČO:	17335825
Fax:	Štátna pokladnica	DIČ:	2020699923
<a href="http://www.fnspza.sk">www.fnspza.sk</a>	Č. účtu: SK32 8180 0000 0070 0028 0470	IČ DPH:	SK2020699923
e-mail: <a href="mailto:lubica.libicova@fnspza.sk">lubica.libicova@fnspza.sk</a>	SWIFT: SPSRSKBA		

Príloha č. 4 - Žiadosť o povolenie dotazníkového šetrenia na Ortopedickej klinike LF  
UK a NÚDCH**NÁRODNÝ ÚSTAV DETSKÝCH CHORÔB**  
Limbová 1, 833 40 Bratislava, Slovenská republika

meno, priezvisko: Katarína Husárová  
škola, adresa: 2. lekárska fakulta Univerzita Karlova, V Úvalu 84, Praha 5, 150 06  
fakulta: 2. lekárska fakulta  
ročník: 3. ročník  
školiťel - meno: PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D., Ph.D.  
šk. rok: 2021/2022  
dátum odovzdania diplomovej práce:

**ŽIADOSŤ****o vykonanie zberu dát študenta k prieskumu, dotazníka k diplomovej, bakalárskej  
a dizertačnej práci v NÚDCH**

Vyššie menovaný/á žiadam o súhlas s vykonaním zberu dát, dotazníka k diplomovej (bakalár.dizer.) práci v  
NÚDCH, na klinike/oddelení .....*ORTOPEDICKÁ KLINIKA*....., v termíne od .....*1.4.22*..... do .....*31.3.22*....., v trvaní

Dotazník v presnom znení / Žiadosť s podrobným popisom rozsahu zberu dát\* v prílohe.

Dátum: *31.3.2022*podpis študenta: *Katarína*

Prednosta / Primár kliniky NÚDCH: Vrchná /vedúci pracovník  Dátum: <i>SÚHLASOM</i> <i>1.4.2022</i>	Vyjadrenie: Pečiatka <i>Národný ústav detských chorôb</i> <i>ORTOPEDICKÁ KLINIKA</i> <i>Limbová 1, 833 40 Bratislava</i> Podpis: <i>[Signature]</i> Meno:
Etická komisia NÚDCH:  Vedúci etickej komisie: <i>PhDr. J. Dorasková, PhD</i> Dátum: <i>12.4.22</i>	Vyjadrenie: Pečiatka <i>Národný ústav detských chorôb</i> <i>ETICKÁ KOMISIA</i> <i>Limbová 1, 833 40 Bratislava</i> Podpis: <i>[Signature]</i> Meno:
Vedúci pre LPS / ošetrovateľstvo NÚDCH:  Dátum: <i>[Signature]</i> <i>1.4.2022</i>	Vyjadrenie: Pečiatka <i>PhDr. Tatjana Bencáková</i> <i>vedúca oddelenia</i> <i>pre ošetrovateľstvo NÚDCH</i> Podpis: <i>[Signature]</i> Meno:

**Príloha:**

-Dotazník\*

-Žiadosť s podrobným popisom rozsahu zberu dát\*

\* nehodiace sa škrtnite

Doručené do NÚDCH dňa:

prevzal/a:

Tel: +421 (0)2 58371512 513  
ICO 00407251Fax: +421 (0)2 54776243  
DIČ: 2020048368C DPH SK 2020848368

E-mail: sekretariat@nucdch.sk



Príloha č. 5 - Žiadosť o povolenie dotazníkového šetrenia na Ortopedickej klinike FNB,  
1.LF UK a IPVZ

**Smlouva o spolupráci při šetření pro účely vypracování závěrečné práce**  
uzavřená v souladu s ustanovením § 1746 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění  
pozdějších předpisů (dále jen „**Občanský zákoník**“)  
(dále jen „**Smlouva**“)

**Smluvní strany:****Fakultní nemocnice Bulovka**

se sídlem: Budínova 67/2, 180 81 Praha 8  
IČO: 00064211  
DIČ: CZ00064211  
zastoupená: Mgr. Soňou Mendlovou, NOP, na základě pověření  
bankovní spojení: Česká národní banka  
číslo účtu: 16231081/0710  
(dále jen „**FNB**“)

**a**

Jméno a příjmení: Katarína Husárová  
datum narození: 31. 3. 1999  
bytem: J. Borovského 20, 914 41 Nemšová, Slovenská republika  
(dále jako „**student**“)  
(FNB a student dále společně jako „**smluvní strany**“ nebo jednotlivě jako „**smluvní strana**“)

**I.****Úvodní ustanovení**

- 1) FNB je státní příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky, která byla dle ustanovení § 54 odst. 2 zákona č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích, ve znění pozdějších předpisů, zřízená zřizovací listinou Ministerstva zdravotnictví ze dne č. j. MZDR 17268-XI/2012 ze dne 29. 5. 2012, ve znění pozdějších změn provedených Opatřeními Ministerstvem zdravotnictví naposledy vydaného pod č. j. MZDR 54541/2020-2/OPR ze dne 22. prosince dle § 2 odst. 1 a § 4 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.
- 2) Předmětem činnosti FNB je zejména poskytování ústavní i ambulantní komplexní všeobecné zdravotní péče. Předmětem činnosti FNB je dále podílení se na zdravotnické výchově a vzdělávání.
- 3) Student je fyzická osoba, aktuálně studující v prezenční formě studia na 2. LF UK v Praze, což dokládá aktuálně platným potvrzením o studiu. Pro potřeby úspěšného ukončení studia student vypracovává závěrečnou práci, jejíž součástí je také praktická část ve formě šetření prováděného ve FNB.

**II.****Předmět a účel Smlouvy**

- 1) Předmětem této Smlouvy je úprava právních vztahů smluvních stran při provádění šetření studenta ve FNB pro účely vypracování závěrečné práce studenta.
- 2) Smluvní strany se dohodly, že FNB za účelem provedení šetření umožní studentovi přístup na vybrané pracoviště FNB, kde student získá informace potřebné pro vypracování závěrečné práce.
- 3) Účelem této Smlouvy je zajištění provedení šetření studenta ve FNB ve formě listinných dotazníků pro personál, pro účely získání dat a informací potřebných pro vypracování závěrečné práce studenta, tedy pro studijní účely (dále jen „**šetření**“).

**III.**

**Práva a povinnosti FNB**

- 1) FNB se zavazuje umožnit studentovi provést šetření za podmínek v této Smlouvě stanovených, tj. FNB za tímto účelem umožní studentovi dotazování zaměstnanců a/nebo pacientů FNB ve formě uvedené v čl. II. odst. 3 této Smlouvy, a to po získání písemného souhlasu zaměstnance FNB a/nebo písemného souhlasu pacienta, případně jeho zákonného zástupce či opatrovníka. Písemný souhlas zaměstnance FNB a/nebo písemný souhlas pacienta, případně jeho zákonného zástupce či opatrovníka není vyžadován v případě, je-li šetření ze strany studenta dle této Smlouvy prováděno zcela anonymně.
- 2) V rámci šetření se FNB dále zavazuje umožnit studentovi nahlédnout do zdravotnické dokumentace vybraného pacienta, avšak pouze za podmínky, že k tomu dá tento pacient, případně jeho zákonný zástupce či ustanovený opatrovník, písemný souhlas. Originál podepsaného písemného souhlasu pacienta FNB založí do zdravotnické dokumentace příslušného pacienta.

**IV.****Práva a povinnosti studenta**

- 1) Student je oprávněn na základě šetření získávat informace pro potřeby své závěrečné práce, a to za podmínek stanovených touto Smlouvou.
- 2) Student se zavazuje poskytnout FNB za umožnění provedení šetření úplatu ve výši a za podmínek stanovených v čl. VI. této Smlouvy.
- 3) Student je povinen zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o nichž se ve FNB dozví v souvislosti s realizací této Smlouvy, zejm. dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, s výjimkou skutečností, které se stanou součástí závěrečné práce. Tato povinnost platí i po skončení účinnosti této Smlouvy.
- 4) Student se zavazuje, že získané informace, které budou na základě provedeného šetření součástí závěrečné práce, plně anonymizuje.
- 5) Student se zavazuje získaná data a informace při šetření ve FNB použít pouze pro studijní účely.
- 6) Student se zavazuje při provádění šetření nenarušovat fungování FNB.
- 7) Student je povinen dodržovat pokyny školitelky/školitele uvedené/úvedeného v čl. V. odst. 3 této Smlouvy.

**V.****Doba a místo výkonu provádění šetření, školitel**

- 1) Šetření bude provedeno v termínu: od 5.9.2022 do 15.9.2022, na základě domluvy se školitelkou/školitelem.
- 2) Místem provedení šetření je pracoviště FNB: Ortopedická klinika
- 3) Šetření bude provedeno pod vedením školitelky/školitele: Bc. Jana Maláková

**VI.****Úhrada za provedení šetření**

- 1) Smluvní strany se dohodli, že šetření studenta bude probíhat bezplatně.

**VII.****Odstoupení od Smlouvy**

- 1) FNB je oprávněna odstoupit od této Smlouvy v případě, že student závažným způsobem a přes předchozí napomenutí, tedy opakovaně, poruší některé z ustanovení této Smlouvy nebo pokyny jemu udělené školitelkou/školitelem.
- 2) V případě, že je student podle čl. VI. této Smlouvy povinen k úhradě ceny za provedení šetření a tuto cenu neuhradí před zahájením šetření, je FNB oprávněna od Smlouvy odstoupit.

- 3) Student je oprávnený od tejto Smlouvy odstúpiť, pokiaľ FNB závažným spôsobom poruší svoje povinnosti stanovené v čl. III. tejto Smlouvy.

## VIII.

## Závěrečná ustanovení

- 1) Tato Smlouva se uzavírá na dobu určitou, konkrétně na dobu trvání provádění šetření dle č. V. odst. 1 této Smlouvy.
- 2) Tato Smlouva nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma smluvními stranami.
- 3) Tato Smlouva může být změněna či doplněna pouze písemnými a číslovanými dodatky podepsanými oběma smluvními stranami.
- 4) V případě, že některé ustanovení této Smlouvy je nebo se stane neúčinné, zůstávají ostatní ustanovení této Smlouvy účinná. Strany této Smlouvy se zavazují nahradit neúčinné ustanovení této smlouvy ustanovením jiným, účinným, které svým obsahem a smyslem odpovídá nejlépe obsahu a smyslu ustanovení původního, neúčinného a úmyslu obou smluvních stran v den uzavření této Smlouvy.
- 5) Tato Smlouva je sepsána ve třech stejnopisech o stejné právní síle originálu, z nichž FNB obdrží dva a student jedno vyhotovení.
- 6) Vzájemné právní vztahy touto Smlouvou neupravené se řídí obecně platnými právními předpisy, zejména příslušnými ustanoveními Občanského zákoníku.
- 7) Smluvní strany výslovně prohlašují, že si Smlouvu přečetly, jejímu obsahu rozumí a souhlasí se všemi jejími ustanoveními, což stvrzují svými zdola připojenými vlastnoručními podpisy, resp. v případě FNB též podpisem oprávněného zástupce.

V Praze dne 06. 09. 2022

V Praze dne.....

.....  
**Mgr. Soňa Mendlová**  
 NOP, na základě pověření  
 Fakultní nemocnice Bulovka

.....  
**Katarína Husárová**  
 student



ÚSEK PRO OŠETŘOVATELSKOU PÉČI  
 Budínova 67/2, 180 81 Praha 8  
 IČO: 00064211, tel: 26608 2023  
**Mgr. Soňa Mendlová**  
 náměstkyně pro ošetrovateľskú péču  
 soňa.mendlova@bulovka.cz