

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Kateřina Fenzelová

**Edukační materiál pro děti v oblasti předoperační
a pooperační péče**

*Educational material for children in the area of preoperative
and postoperative care*

Bakalářská práce

Praha, květen 2018

Autor práce: **Kateřina Fenzelová**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra**

Vedoucí práce: **Mgr. Petra Sedlářová**

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

Odborný konzultant: **Mgr. Lenka Rubešová**

Pracoviště odborného konzultanta: **Klinika dětské chirurgie 2. LF
UK A FN Motol**

Předpokládaný termín obhajoby: **Červen 2018**

Prohlášení

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

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

V Praze dne 30. května 2018

Kateřina Fenzelová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce Mgr. Petře Sedlářové za její ochotu a velkou trpělivost. Dále bych ráda poděkovala sestře Mgr. Lence Rubešové za odbornou konzultaci mé práce. Nakonec své rodině a přátelům, kteří mě podporovali.

Obsah

Obsah	5
Úvod.....	8
1 Nejčastější malé výkony v pediatrii	9
1.1 Pupeční kýla	9
1.1.1 Definice a etiologie	9
1.1.2 Diagnostika	9
1.1.3 Terapie.....	9
1.2 Tříselná kýla	10
1.2.1 Definice a etiologie	10
1.2.2 Klinické příznaky a diagnostika.....	10
1.2.3 Terapie.....	10
1.3 Retence varlete	11
1.3.1 Definice a etiologie	11
1.3.2 Diagnostika	11
1.3.3 Terapie.....	11
1.4 Fimóza	12
1.4.1 Definice a etiologie	12
1.4.2 Terapie.....	12
1.5 Torze varlete	12
1.5.1 Definice a etiologie	12
1.5.2 Klinické příznaky	13
1.5.3 Diagnostika	13
1.5.4 Terapie.....	13
1.6 Strabismus	14
1.6.1 Definice a etiologie	14
1.6.2 Diagnostika	14
1.6.3 Terapie.....	14
1.7 Adenoidní vegetace	15
1.7.1 Definice a etiologie	15
1.7.2 Klinické příznaky	15
1.7.3 Diagnostika	15
1.7.4 Terapie.....	16

2	Nejčastější akutní operace v pediatrii	16
2.1	Apendicitida	17
2.1.1	Definice a etiologie	17
2.1.2	Klinické příznaky	17
2.1.3	Diagnostika	17
2.1.4	Terapie	18
3	Předoperační příprava	18
3.1	Klasifikace ASA	18
4	Předoperační příprava u plánovaného výkonu	19
4.1	Dlouhodobá předoperační příprava	19
4.1.1	Odběry biologického materiálu	19
4.1.2	Psychická příprava dítěte a rodiny	20
4.2	Krátkodobá předoperační příprava	20
4.2.1	Lačnění	21
4.2.2	Měření fyziologických funkcí	21
4.3	Bezprostřední předoperační péče	21
4.3.1	Premedikace	22
4.4	Předoperační příprava u akutního výkonu	22
5	Pooperační péče	23
5.1	Předání pacienta z operačního sálu	23
5.2	Sledování stavu pacienta	23
5.3	Aktivizace pacienta	23
6	Vývojová psychologie dítěte	24
6.1	Charakteristika jednotlivých období života	24
6.2	Vývoj učení	25
6.3	Motivace	26
7	Psychologie nemocného dítěte	27
7.1	Příprava dítěte k hospitalizaci	27
7.2	Přijetí dítěte do nemocnice	28
7.3	Dítě v nemocnici	29
7.4	Zásady při komunikaci s dětským pacientem	30
7.5	Osobnost nemocného dítěte	31
7.6	Edukace	32
8	Edukační materiál o předoperační a pooperační péči pro děti předškolního a	

mladšího školního věku	33
8.1 Cíl práce	33
8.2 Plán práce	33
8.3 Cílová skupina pro tvorbu edukačního materiálu.....	33
8.3.1 Děti v předškolním věku	34
8.3.2 Děti v mladším školním věku	34
8.4 Cíl edukace v předoperační přípravě.....	35
8.5 Východiska pro tvorbu edukačního materiálu.....	35
8.6 Problematika edukačních materiálů pro děti v České republice	36
8.6.1 Zahraniční edukační materiály.....	37
8.7 Návrh edukačního materiálu.....	38
8.8 Vytvořený edukační materiál	38
8.9 Text edukačního materiálu	39
8.9.1 Jak šel myšák Míša do nemocnice	39
Závěr	43
Seznam použité literatury.....	44
Seznam obrázků, tabulek a grafů	49
Seznam příloh.....	49

Úvod

Děti, které musejí být hospitalizované, většinou netuší a nejsou řádně poučeny o tom, co je ve zdravotnickém zařízení čeká. Mají strach, nedůvěřují zdravotnickému personálu a nespolupracují. Spousta dětí má už předchozí negativní zkušenosti, zákroky jsou bolestivé a nepříjemné. V takovém případě nastávají komplikace v mnoha směrech, dokonce i při rekonvalescenci po operačním výkonu. Psychická pohoda dítěte je velmi důležitá pro celý léčebný proces, a proto jsem se rozhodla pro vytvoření edukačního materiálu, který by děti seznámil s průběhem jejich pobytu v nemocnici, převážně s předoperační a pooperační péčí. Děti by tak nepřicházely do zcela neznámého prostředí. Tímto způsobem se do jisté míry může na hospitalizaci dítěte připravit i rodiče, kteří mají nezanedbatelnou úlohu v celém procesu hospitalizace dítěte.

Svou práci jsem zaměřila na malé výkony v pediatrii. Ráda bych, aby se vytvořený edukační materiál mohl, pokud možno co nejvíce, využívat na dětských odděleních. Z tohoto důvodu zde naleznete základní postupy a informace, které se používají nejčastěji na dětských odděleních. Zaměřila jsem se i na psychologickou stránku problému nejen u dětí, ale také u rodičů nemocného dítěte.

1 Nejčastější malé výkony v pediatrii

Pediatrie je lékařský obor, který se zabývá péčí o děti a mladistvé. Horní věková hranice není pevně dána a v různých zemích světa se liší. V České republice se horní věková hranice pohybuje okolo 19 let, ale můžeme na dětských oddělení najít i starší pacienty. Pediatrie se dále specializuje na různé obory, jako je chirurgie, urologie, kardiologie a další.

Nejčastější výkony, které se v pediatrii provádějí, jsou malé výkony z různých oborů, kterým se podrobněji věnuji níže. Malé výkony se charakterizují tím, že trvají do 60 minut a nedochází u nich k větším krevním ztrátám. Další charakteristikou malých výkonů je, že pobyt dítěte v nemocnici většinou trvá 2 – 3 dny.

Malé operační výkony se dále rozdělují na akutní a plánované. Ve své práci se zaměřuji na plánované výkony, protože u akutních výkonů není mnoho času na předoperační přípravu dítěte.

1.1 Pupeční kýla

1.1.1 Definice a etiologie

Pupeční jizva je vyplněna vazivovou ploténkou o velikosti zhruba 1 cm. Kůže je v tomto místě tenčí a bez tuku. Pupeční kýla vznikne v případě, kdy se do podkoží pupeční jizvy vytlačí část břišního obsahu (střevní kličky, část omenta). Pupeční kýla patří mezi nejčastější onemocnění v dětském věku. Incidence je častější u dívek a většina pupečních kýl se spontánně uzavře do 18. měsíce života.

1.1.2 Diagnostika

Vyšetření pupeční kýly se nejlépe provádí ve stoje, kdy se při pláči, nebo zakašlání vyklene pupek. Palpačně se vyšetřuje velikost kýly a kýlní branky. Kýlní branka má jen výjimečně průměr větší než 2 cm. (Kučera, 2005)

1.1.3 Terapie

Pupeční kýly u kojenců jsou schopny se samy zahojit a z tohoto důvodu se s operačním zákrokem čeká do předškolního věku. Operační výkon se provádí v

celkové anestezii a převážně klasickým způsobem. Laparoskopický přístup je možný u sportovně založených adolescentů. (Vacek, 2011)

Nejzávažnější komplikací pupeční kýly je uskřinutí. Projeví se bolestí břicha, zvracením, tuhou rezistencí v místě kýly a někdy až zástavou plynů a stolice. Uskřinutí je důležité rychle zreponovat, jinak dochází k nekróze strangulovaného obsahu s následnou peritonitidou. (Doležel, Vlček, Veverková, et. al. 2009)

1.2 Tříselná kýla

1.2.1 Definice a etiologie

U dětí je zpravidla tříselná (inguinální) kýla vrozená a nepřímá. Vzniká při neuzavření processus vaginalis peritonei, po sestupu varlete u chlapců a u dívek jako pozůstatek embryonálního sestupu ligamentum teres uteri. (Šimsová, 2005)

Kýla vznikne jako následek zvýšeného nitrobřišního tlaku a snížené odolnosti slabého místa ve stěně břišní. U tříselné kýly může dojít ke komplikacím jako je uskřinutí, zánět, srůsty a měštnání obsahu střev. (Doležel, 2009)

Patří mezi nejčastěji diagnostikované onemocnění v dětské chirurgii. U zdravé populace je výskyt tříselné kýly od 1 % do 5 %. Děti narozené s hmotností pod 1000 g mají tříselnou kýlu až v 30 %. (Šimsová, 2005)

1.2.2 Klinické příznaky a diagnostika

Kýla se projeví jako zduření v tříse. Obsah kýly může být většinou redukován mírným tlakem. Pokud obsah nelze reponovat zpět do břišní dutiny, došlo k uskřinutí kýly a je nutný okamžitý operační zásah. (Sýkora, 2006)

Rodiče dětí udávají, že se vyklenutí v tříse objevuje nejčastěji po koupeli. Většinou si tříselné kýly všimnou rodiče nebo obvodní lékař. Může se ale stát, že kýla na sebe upozorní sama při uskřinutí. Uskřinutí se pozná neklidem a palpačně tuhou a bolestivou rezistencí v tříse. (Šimsová, 2005)

1.2.3 Terapie

Chirurgický zákrok by se měl provést hned, jakmile se tříselná kýla diagnostikuje. Operační výkon se provádí v celkové anestezii pomocí klasického

přístupu. Hospitalizace dítěte trvá obvykle tři dny.

V případech, kdy dojde k uskřínutí kýly, je nutné podstoupit operační výkon ihned. V prvním kroku je snaha o repozici uskřínuté kýly. Pokud se podaří úspěšná repozice, tak se k operačnímu výkonu přistupuje s odstupem několika dní po splasknutí otoku a krátké rekonvalescenci dítěte. Při neúspěšné repozici je okamžitá indikace k operačnímu výkonu. (Vacek, 2011)

1.3 Retence varlete

1.3.1 Definice a etiologie

Retence varlete (kryptorchismus) patří mezi nejčastější vrozená onemocnění mužského genitálu. Toto onemocnění spočívá v nepřítomnosti varlete v šourku. Je zde riziko snížené plodnosti v dospělosti a vznik zhoubného nádoru varlete. (Michalisko, 2014)

U nedonošených dětí je incidence nesestouplých varlat v 9-30 % při narození a nejčastěji se vyskytuje pravostranná retence varlete (70 %). Samotné příčiny tohoto onemocnění jsou stále nejasné. (Gocalová, Svoboda 2016)

Sestup varlat je důležitý pro správnou tvorbu spermií, jelikož je potřeba nižší teploty, než je v lidském těle. U novorozenců, kteří se narodí s nesestouplými varlaty, je sestup dokončen do 6. měsíce spontánně. Tento sestup je ovlivněn následným vzestupem hladiny testosteronu. (Michalisko et. al. 2014)

1.3.2 Diagnostika

Provádí se sběr a vyhodnocení anamnézy. Zjišťuje se onemocnění a léčba matky, nebo výskyt kryptorchismu v rodině. Během fyzikálního vyšetření se zkontroluje celý genitál. Vyšetřovat se musí v klidu, teplýma rukama. Poloha při vyšetřování je v leže, pokud ale varle nelze nalézt, vyšetří se pacient v tureckém sedu. Při vyšetření se používá i zobrazovací metody (sonografie). (Koloušková, 2014)

1.3.3 Terapie

Léčba by se měla dokončit do dvou let života, jelikož byly u pozdější léčby

prokázány histologické změny ve varlatech a klesá plodnost. Pozdější léčba přináší horší výsledky. Rozeznáváme léčbu hormonální a chirurgickou. Chirurgický zásah se nazývá orchidopexie, kdy se fixuje nesestouplé varle v šourku. (Michalisko, et. al. 2014)

1.4 Fimóza

1.4.1 Definice a etiologie

Jedná se o zúžení předního okraje předkožky, která brání volnému přetáhnutí přes glans. Je potřeba rozpoznat, zda-li se nejedná o konglutinaci (slepení mezi glans a vnitřním listem předkožky). Konglutinace je pro novorozence přirozená a postupem času samovolně odezní. Při fimóze je většinou přítomna i konglutinace. (Drlík, Dítě, Kočvara, 2013)

Rozlišujeme fimózu vrozenou a získanou (jizevnatou). Nejčastěji se jedná o sekundární zjizvení vrozené fimózy, které vznikne při opakovaném pokusu přetáhnout předkožku násilím. Může se ale objevit i po zánětech. (Zeman, 2005)

1.4.2 Terapie

Fimóza se chirurgickou cestou řeší až po 2. roce života nebo v případě, kdy zúžení je tak rozsáhlé, že způsobuje problémy při močení. (Drlík, Dítě, Kočvara, 2013)

Operační zásah může proběhnout cirkumcizí, která se provádí částečně, kompletně nebo pomocí podélného nástřihu předkožky v místě zúžení. Neinvazivní léčba spočívá v aplikaci kortikoidních mastí na zúžení předkožky. Tato léčba bývá ale většinou dočasná. (Zeman, 2005)

1.5 Torze varlete

1.5.1 Definice a etiologie

Jedná se o zatočení varlete, kdy dojde k zaškrcení přívodních a odvodných cév, tudíž krev nemůže protékat. Vyskytuje se u všech věkových skupinách. (Zeman, 2005)

Torze varlete patří mezi časté příčiny akutního skrotálního syndromu. Tento syndrom je označen pro širokou skupinu chorob postihující skrotum a jeho obsah. Vyznačuje se rychlým nástupem bolesti, zduřením a zarudnutím skrota. Je důležitá včasná diagnostika a léčba. Postižení bývá většinou jednostranné a pouze ve výjimečných případech je torze oboustranná. Vyvolávajícími momenty, které předcházejí vzniku torze, jsou například sport, zvýšená fyzická námaha a náhlá změna teploty. (Mihál, Venháčová, Šarapatka et. al. 2014)

1.5.2 Klinické příznaky

Často se při torzi varlete objeví nauzena a zvracení. Příznaky se mění podle věku dítěte. Čím mladší je dítě, tím jsou příznaky méně charakteristické. U dětí v kojeneckém věku, mohou bolesti chybět. (Mihál, Venháčová, Šarapatka et. al. 2014)

1.5.3 Diagnostika

Provádí se sběr a vyhodnocení anamnézy, fyzikální vyšetření a zobrazovací vyšetření. Používá se sonografické vyšetření, jehož spolehlivost se zpochybňuje při rozlišování zánětu od akutní ischemické příhody. K dispozici je i scintigrafické vyšetření skrota, které také není stoprocentně spolehlivé (Zeman, 2005).

1.5.4 Terapie

Léčba je chirurgická. Výkon by měl proběhnout co nejrychleji. Kdyby se zákrokem čekalo příliš dlouho, vznikly by na varleti ischemické ireverzibilní změny semenotvorných kanálků. Důležité je, zda-li došlo k zastavení perfuze ve varletech úplně, nebo pouze částečně. Pokud je ischemie kratší než 6 hodin, je více jak 90% pravděpodobnost, že nedošlo k závažným změnám. V případě, že je ischemie delší jak 24 hodin, klesá úspěšnost zákroku pod 10 %. (Trávníček, Hora, 2011)

Chirurgický zásah spočívá v obnažení varlete ze skrotálního přístupu, detorzi varlete a následné fixaci. (Zeman, 2005)

1.6 Strabismus

1.6.1 Definice a etiologie

Strabismus, nebo-li šilhání, je stav, kdy se osy vidění neprotínají ve stejném bodě při fixaci předmětu v dálce nebo na blízko. Při strabismu je většinou přítomna menší nebo větší porucha jednoduchého binokulárního vidění (vidění oběma očima). Jedná se hlavně o poruchu funkční, která se projevuje asymetrickým postavením očí. (Hromádková, 2011)

Toto onemocnění postihuje 4 – 6 % všech dětí. Vyskytuje se od narození do 5 let života. Nejčastěji se strabismus projeví do 3 let. U dětí narozených s extrémně nízkou porodní hmotností je incidence strabismu významně vyšší, než u dětí, které se narodily v termínu, ale způsob vzniku strabismu je u těchto dětí stále nejasný. (Odehnal, Malec, 2017)

Neléčený strabismus se nejčastěji projevuje pálením očí, slzením, bolestmi hlavy nebo světloplachostí. Tyto potíže se zhoršují, když je dítě unavené, nebo při větší psychické zátěži. (Jeřábková, 2016)

1.6.2 Diagnostika

Při odběru anamnézy se zaměřujeme na genetickou dispozici, zda-li se v rodině již vyskytlo šilhání. Ptáme se na refrakční vady, tupozrakost a šilhání rodičů, sourozenců i prarodičů. Dále nás také zajímá věk, kdy došlo ke vzniku šilhání. Které oko je postiženo, zda postižení vzniklo náhle nebo postupně, a kterým směrem se oko pohybuje. Podrobná anamnéza je velmi důležitá pro správnou diagnostiku a stanovení léčby i prognózy. (Hromádková, 2011)

Při strabismu se provádí rozsáhlé oční vyšetření. Vyšetřujeme zrakovou ostrost, vyšetření refrakce a fixace, schopnost rozlišování, akomodace a mnoho dalších. (Papcunová, 2017)

1.6.3 Terapie

Léčba je přibližně u 50 % chirurgická. Cílem operace je paralelní postavení očí na blízko i do dálky, aby mohlo dojít k jednoduchému binokulárnímu vidění v prostoru. Většinou se dnes řídí zásadou, že čím dříve strabismus vznikl, tím dříve

se musí operovat. Půl roku před operací by dítě mělo nosit brýle a neměla by být přítomna větší amblyopie (tupostrakost). Veškeré operace strabismu by měly být hotovy ještě před nástupem dítěte do školy. Ve starším věku se operace nedoporučuje z důvodu horšího obnovení binokulárního vidění. (Hromádková, 2011)

1.7 Adenoidní vegetace

1.7.1 Definice a etiologie

Nosohltanová mandle je součástí lymfatického systému a má svou funkci v antiinfekční imunitě. Pro děti předškolního věku je přítomnost nosohltanové mandle fyziologická a během dospívání sama zaniká. V případě, že dojde k patologickému zduření nosohltanové mandle, nazýváme tento stav adenoidní vegetací. Nejčastěji vzniká adenoidní vegetace v důsledku chronických rinitid a sinusitid. (Růžičková, 2017)

1.7.2 Klinické příznaky

Při větším zvětšení adenoidní vegetace se stává, že svým objemem vyplní z části nosohltan, mechanicky blokuje choany, způsobí zhoršenou nosní průchodnost, dýchání ústy a chrápání. Záněty adenoidní vegetace mohou narušit funkčnost Eustachovy trubice a mohou se rozvinout v sinusitidu (zánět vedlejších dýchacích dutin) a otitidu (akutní zánět středního ucha).

Typickým příznakem je zhoršené dýchání nosem a přítomné chrápání. Dítě mohou postihovat časté a dlouhotrvající rýmy a opakované záněty středouší. Je možné zhoršení sluchu a také může být přítomný dlouhotrvající kašel a časté záněty dolních cest dýchacích. (Sojak, Ďurdík, Pěčová, 2017)

1.7.3 Diagnostika

Pro správnou diagnostiku adenoidní vegetace se provádí kompletní ORL vyšetření se zaměřením na dutinu nosní, nosohltan, ovulu, patro, velikost palatinálních tonzil a krčních uzlin. (Mejzlík, Chrobok, Skálová, 2017)

Na adenoidní vegetaci hodnotíme hlavně velikost a známky zánětu. Velikost

se vyšetřuje pomocí endoskopu. Zánět se projeví přítomností sekretu. Toto vyšetření je pro dítě velmi nepříjemné. (Kuchynková et. al. 2015)

1.7.4 Terapie

Dnes není adenotomie první volbou léčby, protože nosohltanová mandle je zapojena do imunitního systému. V případě, že nedojde k regresi mandle a vzniknou recidivující nebo chronické infekce, je nutný operativní přístup. (Růžičková, 2017)

Možnosti v terapii:

- vyčkávat a kontrolovat dítě pouze při obtížích
- vyčkávat a aktivně dítě sledovat na pravidelných kontrolách
- provést další vyšetření, zvážit diferenciální diagnostiku a konzervativní postup
- indikace adenotomie (Kuchynková et. al. 2015)

Pro adenoidní vegetaci je důležitý faktor atopie, která je přítomná u většiny dětí s adenoidní vegetací. Komplexní antialergická léčba spolu s adenotomií může přispět k normalizaci zdravotního stavu dítěte. (Bugová, Uhliarová, Jeseňák, et. al. 2017)

Nejběžnější indikací k adenotomii může být dlouhotrvající zhoršená nosní průchodnost ve dne a v noci je přítomné chrápání. Indikace jsou opakující se chronické záněty v oblasti nosu, nosohltanu a paranazálních dutin po neúspěšné léčbě pomocí antibiotik. Další indikací může být opakující se otitidy a závažnější poruchy dýchání ve spánku. (Kuchynková et al, 2015)

2 Nejčastější akutní operace v pediatrii

U akutních operací není mnoho času na předoperační přípravu, zvláště na psychickou přípravu nemocného dítěte. I přesto bych ráda zmínila nejčastější operační výkon u dětí. I v případě akutních operací je totiž potřeba dítě psychicky připravit a podpořit ho co nejvíce.

2.1 Apendicitida

2.1.1 Definice a etiologie

Apendicitida je zánět červovitého výběžku slepého střeva, kterou rozdělujeme na akutní a chronickou. Samotná funkce appendixu ani patofyziologie zánětu není dodnes zcela známá. Jistý vliv má obstrukce lumen, která může být způsobena na podkladě virové infekce a následné hyperplazie sliznice, nebo může být způsobena roupy, cizím tělesem či rakovinným onemocněním. (Doležalová, Volšanský, Neumann, et. al. 2014)

Akutní apendicitida patří mezi nejčastější náhlé příhody břišní, které můžou postihnout jakoukoliv věkovou skupinu. Nejčastěji ale postihuje akutní apendicitida děti a mladistvé. (Paddock, 2017)

Akutní apendicitida se dále rozlišuje na komplikovanou a nekomplikovanou apendicitidu. V případě komplikované apendicitidy dochází k perforaci, abscesu, nebo je v místě postižení přítomný infiltrát. (Menclová, Traboulsi, Nikov, 2016)

2.1.2 Klinické příznaky

Klinický obraz akutní apendicitidy se odlišuje dle věku dítěte. Rozdílné příznaky jsou u novorozenců, kojenců, batolat a starších dětí. Nejběžnější podoba akutní apendicitidy začíná bolestí břicha, lokalizované většinou v oblasti pupku. Je kontinuální a s postupem času se přesouvá do oblasti pravého podbříšku. V tomto stavu je přítomna nauzea, zvracení a nechutenství. (Sankot, 2017)

Novorozenecká akutní apendicitida je velmi těžce rozeznatelná, ale také velmi vzácná, což platí i v kojeneckém věku, ale stále je častější než u novorozenců. Většinou je přítomna horečka, opakované zvracení, profuzní průjmy, bolest břicha a velmi nápadný neklid. U kojenců a batolat je obraz podobný enterokolitidě, která je v tomto věku života velmi častá. (Sýroka, 2015)

2.1.3 Diagnostika

Pro správnou diagnostiku onemocnění je důležitá anamnéza. Přibližně jedna třetina pacientů bývá špatně diagnostikována a poslána domů. Nejhuře se diagnóza stanovuje u novorozenců, batolat, mentálně retardovaných dětí a adolescentů.

Velký přínos u akutní apendicitidy má ultrasonografie, která v kombinaci s klinickým vyšetřením dítěte je postačující pro určení správné diagnózy. Další zobrazovací metody, jako je CT nebo MR, se indikují zcela výjimečně, a to v případě podezření na jiný druh zánětu. (Sankot, 2017)

Po analýze anamnestických údajů a prodělání zobrazovacího vyšetření je důležité klinické vyšetření, zahrnující i per rectum, a příslušné laboratorní testy (hlavně krevní obraz, reaktanty akutní fáze zánětu, chemické vyšetření moče a močového sedimentu). (Sýkora, 2015)

2.1.4 Terapie

Léčba akutní apendicitidy se provádí buď chirurgicky, nebo konzervativně. Chirurgická metoda se nazývá apendektomie a jako konzervativní metoda se používají širokospektrální antibiotika, která se v dnešní době pro svou účinnost aplikují čím dál častěji. (Menclová, Traboulsi, Nikov, 2016)

Odstranění appendixu se provádí buď klasickým způsobem (otevřenou cestou), nebo laparoskopicky. Laparoskopická operace má výhodu kratší rekonvalescence a kosmetické stránky, kdy po výkonu zůstanou 3 drobné jizvy. (Sankot, 2017)

3 Předoperační příprava

Předoperační péče zahrnuje veškerou poskytovanou péči a přípravu dítěte i rodiny před samotným zákrokem. Rozdělujeme ji na dlouhodobou péči, krátkodobou a bezprostřední péči, kterým se více věnuji níže.

Předoperační péče se stále rozvíjí. Dochází zde ke spolupráci více oborů s cílem připravit dítě k nadcházejícímu zákroku. Předoperační péče je důležitá pro správnou anestezii a nekomplikovaný průběh zákroku. (Vojtíšek, 2016)

Před samotným zákrokem v celkové anestezii je důležité vyšetření a příprava dětí. Toto vyšetření se liší, pokud se jedná o plánovaný výkon, nebo o akutní výkon.

3.1 Klasifikace ASA

Pro dělení pacientů z anesteziologického hlediska se používá klasifikace

ASA, která hodnotí fyzický stav pacienta. Další způsoby dělení můžou být podle operačního rizika, dle typu operace, indikaci k operaci a naléhavosti.

Hodnocení ASA:

- I. Zdravý pacient
- II. Pacient s lehkým, neomezujícím onemocněním.
- III. Pacient s těžkým systémovým onemocněním, který pacienta omezuje, ale neohrožuje trvale na životě.
- IV. Pacient s těžkým systémovým onemocněním, který pacienta omezuje a ohrožuje trvale na životě.
- V. Moribundní pacient, u kterého je předpokládán úmrtí do 24 hod. A operace je poslední možnou záchranou života.
- VI. E – Označení pro urgentní operace. (Vojtíšek, 2016)

4 Předoperační příprava u plánovaného výkonu

4.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Pokud dítě bude podstupovat plánovaný výkon, má dostatek času k zajištění předoperačního vyšetření. Obvodní pediatr musí provést řádnou analýzu anamnestických informací a klinické vyšetření. Výsledky předoperačního vyšetření, které dítě absolvovalo, nesmějí být starší 7 dnů. (Mixa, 2012)

Podle doporučení České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče se u dětských pacientů, kteří splňují kritéria klasifikace ASA 1 a 2 a podstupují elektivní výkon s malou nebo střední chirurgickou zátěží, se před celkovou anestezii provádí pouze pediatrické vyšetření. Vyšetření pediatrem obsahuje rodinnou anamnézu, osobní anamnézu, alergologickou a gynekologickou anamnézu, nynější onemocnění, komplikující onemocnění, případnou dlouhodobou medikaci a klinické vyšetření. (Mixa, 2006)

4.1.1 Odběry biologického materiálu

Vyšetření krve se rutinně u zdravého dítěte neprovádí. V případě, že je u dítěte podezření na infekci, provádí se odběr krve na KO (krevní obraz), CRP (c-

reaktivní protein), případně se vyšetřuje moč, sputum nebo sérum. U dětí s vro-
zenými vývojovými vadami, s onemocněním diabetes mellitus a s onemocněním
srdce indikuje další vyšetření odborník. (Košut, 2012)

4.1.2 Psychická příprava dítěte a rodiny

Je velmi důležité provést řádnou edukaci matky i dítěte. Předávání informací
musí být srozumitelné. Informace, které se předávají rodičům, je dobré jim předat i
vytištěné na papíře, aby si to znovu kdykoliv mohli přečíst. Rodiče potřebují čas a
klid na přečtení informací, a zároveň musí dostat možnost se dotazovat na věci,
kterým neporozuměli, nebo potřebují vysvětlit. Více se této problematice věnuji v
další kapitole. (Boles, 2016)

Na některých odděleních je k dispozici také Zdravotní klaun. Úlohou klauna
je zmírnit strach a úzkost dětí a rodičů z nadcházejícího výkonu. Děti jsou navštěvo-
vány ráno před operací. Klaun děti připraví na to, co se s nimi bude dít zábavnou
formou. Může také pomáhat při výkonech. A někteří klauni chodí s dětmi i do
předsálí operačního sálu, kam už rodiče nemohou.

4.2 Krátkodobá předoperační příprava

Dětský pacient je na oddělení přijat ve většině případů den před zákrokem,
nebo v den zákroku. Krátkodobá předoperační příprava pacienta začíná v tomto
případě ve chvíli přijetí dítěte na oddělení a spočívá převážně v edukaci dítěte a
rodiny.

Součástí této přípravy dítěte k zákroku je také anesteziologická vizita, která
se většinou provádí večer před výkonem. Dítě navštíví anesteziolog a zhodnotí
dostupná vyšetření, které dítě absolvovalo před nástupem na oddělení. Anesteziolog
následně provádí vyšetření, které se skládá z orientačního zhodnocení kardiovas-
kulárního systému, posouzení stavu hydratace, vyloučení akutní infekce horních a
dolních dýchacích cest a zhodnocení stavu žil v předpokládaném místě venepunkce.
Hodnotí se stav chrupu a obličejového skeletu, k vyloučení případných komplikací
při endotracheální intubaci. Anesteziolog vyhodnotí a v případě potřeby změní
medikaci, kterou dítě dlouhodobě užívá a naordinuje premedikaci před celkovou

anestezii. Důležitá informace, o které rozhoduje anesteziolog je čas, kdy dítě dostane poslední jídlo a pití. (Mixa, 2012)

4.2.1 Lačnění

Podle věku dítěte a stravy, kterou přijímá se odvíjí předoperační lačnění. Velmi důležité je sladit lačnění před anestezii s rizikem rychle nastupující dehydratace. V případě, že dítě jí pevnou stravu, tak se poslední jídlo podává večer před výkonem. Děti, které pijí mléko (na bázi kravského mléka), mohou poslední dávku dostat 6 hodin před výkonem, a pokud je dítě kojeno, poslední kojení probíhá 4 hodiny před výkonem. Podávat lze i vodu, čaj, nebo jablečný džus 2 hodiny před začátkem anestezie. Obnova příjmu per os tekutin a postupné zatěžování zažívacího traktu je možné 3-4 hodiny po anestezii. (Mixa, 2012)

Souhrn podle doporučení ČSARIM (Cvachovec et. al., 2011)

Strava a tekutiny	Minimální časový interval pro omezení příjmu před anesteziologickou péčí
Lehké jídlo	6 hodin
Mléko	6 hodin
Kojenecká strava	6 hodin
Mateřské mléko	4 hodiny
Číré tekutiny	2 hodiny

4.2.2 Měření fyziologických funkcí

Nedílnou součástí předoperační péče u každého pacienta je měření fyziologických funkcí. U dětí se nejčastěji měření provádí den před výkonem, nebo ráno v den výkonu. Obvykle se měří tlak krve, tepová frekvence a tělesná teplota. (Sedlářová, 2014)

4.3 Bezprostřední předoperační péče

Jakmile zdravotnický personál na oddělení dostane pokyn z operačního sálu

k premedikaci dítěte, musí se udělat několik opatření, než se dítěti podá premedikace.

Dítě by mělo být už předem seznámeno, co se s ním bude dít v této fázi. Přejde se tak spoustě zbytečných scén a problémům. Dítě bude více spolupracovat hlavně v případě, že si zdravotnický personál stihl vybudovat u dítěte důvěru. Následující postupy jsou přibližně stejné na většině oddělení, které se věnují malým výkonům. Spočívají v zaslání dítěte se vymočit a svléknout. Dítě se následně musí zkontrolovat, zda má sundané šperky, svázané vlasy, kontaktní čočky a další. Elastické punčochy na dolní končetiny se dětem nasazují v případě, že jsou starší 14 let, nebo jsou váhově nad 45 kg. Po těchto kontrolách se dítě ukládá do lůžka a přikrývá peřinou. V tuto chvíli lze podat premedikaci podle ordinace anesteziologa z anesteziologické vizity, která proběhla večer před výkonem. Následně dítě nesmí vstávat z lůžka a o této informaci musíme důkladně informovat jak dítě, tak i rodiče. Na operační sál se přivazuje dítě v lůžku a předává se na operační sál buď přes posuvný pás, nebo pokud se jedná o malé dítě, může ho přenést sanitář. (Fendrychová, 2009)

Rodina může jít s dítětem až k předsálí, kde se mohou rozloučit. Také bývá dítěti umožněno si s sebou vzít oblíbeného plyšáka, který ale zůstává na lůžku dítěte.

4.3.1 Premedikace

Hlavním účelem premedikace je sedace dítěte a podává se zhruba 45 minut před úvodem do anestezie. Nejčastěji se aplikuje midazolam v dávce 0,2-0,5 mg/kg per os. Další možnosti jsou podání plegomazinu, prothazinu, chloralhydrátu per os, anebo aplikace formou thiopentalového čípku. Ve výjimečných případech se podává atropin, pro svůj vagolitický a parasympatolický účinek. (Mixa, 2012)

4.4 Předoperační příprava u akutního výkonu

V případě, že se jedná o akutní výkon, provádí se předoperační vyšetření dítěte v nemocnici, kde bylo dítě přijato. Jaký bude mít toto vyšetření rozsah, záleží na stavu dítěte a urgentnosti výkonu. Ty nejdůležitější informace získá anesteziolog

rozhovorem s rodiči. Je potřeba vědět, jestli dítě užívá nějaké léky, nebo má alergie. Velmi důležitý je údaj o posledním jídle a pití dítěte, eventuálně kdy naposledy zvracelo. (Košut, 2012)

5 Pooperační péče

5.1 Předání pacienta z operačního sálu

Po ukončení výkonu na operačním sále předá anesteziolog dítě do péče dětské sestry z oddělení, kde bude dítě následně uloženo. Dětská sestra obdrží informace o průběhu zákroku, podané medikaci a v jakém je dítě stavu. Po uložení dítěte v lůžku do vodorovné polohy s podloženými rameny se odjede na oddělení, kde je pokoj dítěte připraven na jeho příjezd ze sálu. (Sedlářová, 2014)

5.2 Sledování stavu pacienta

Po operačním výkonu se musí sledovat stav dítěte. V pravidelných intervalech se sledují životní funkce jako jsou krevní tlak, tepová frekvence, saturace krve a tělesná teplota. Měření životních funkcí se provádí při příjezdu ze sálu na oddělení, pak 2x po 30 minutách a následně 2x po 1 hodině. Dítě lze sledovat pomocí monitorovacího přístroje, je-li na oddělení k dispozici, nebo pomocí přenosného vybavení. (Sedlářová, 2014)

Pro klidnější průběh pooperační péče je důležité sledování celkového stavu a operační rány dítěte. Důležité je tišení bolesti pomocí medikací, které se podávají podle ordinace anesteziologa. (Fendrychová, 2009)

Dítě se po výkonu nechává v klidu vyspat, protože v případě brzkého probuzení se stává pooperační doba pro dítě nepříjemnější. Dítě je citlivější a neklidné. O pooperačním klidu je důležité informovat hlavně rodiče, aby se nesnažili své dítě probudit. (Sedlářová, 2014)

5.3 Aktivizace pacienta

Jakmile je dítě plně při vědomí, je možné dát mu polštář pod hlavu a po 2-4 hodinách od operace se může dítě poprvé napít. Jako první tekutina po výkonu by

se měla podávat čistá voda, nedoporučuje se podávání ovocných čajů. Dalším důležitým okamžikem v pooperační péči je první vymočení dítěte a vstávání z lůžka. Pokud chceme, aby pooperační průběh probíhal co nejklidněji, tak by se mělo dítě jakkoliv zabavit, aby se nesoustředilo na své problémy. Pokud jsou přítomni rodiče, mohou dítě velmi dobře zabavit čtením pohádek, hraním her v rámci možností zdravotního stavu dítěte, nebo sledováním pohádek. (Sedlářová, 2014)

6 Vývojová psychologie dítěte

Psychický vývoj je prozkoumáván z mnoha hledisek a zaměřuje se na osobnost jedince a na jeho postavení v sociálních skupinách. Psychický vývoj dítěte je chápán jako vývoj genetických a psychosociálních vlivů, které se uplatňují v různé míře v závislosti na funkci a vývojovém období. (Vágnerová, 2012)

6.1 Charakteristika jednotlivých období života

Prenatální období se označuje jako doba mezi početím a narozením dítěte, které trvá přibližně 40 týdnů. V tomto období se vytváří základy všech životně důležitých orgánů a postupně se ujmají své funkce. Psychický vývoj dítěte začíná už v tomto období, například okolo 20. týdne života jsou vyvinuty senzorycké dráhy bolesti a ve věku šesti měsíců reagují děti na akustické podněty.

Po porodu přichází období novorozenecké, které trvá prvních 28 dní života. Novorozenec má vyvinuté potřebné základní reflexy a jeho schopnost učit se závisí především v množství přísunu informací, které musí zpracovávat.

Prudký psychický vývoj v prvním roce života je z velké části určován tělesným růstem a zráním centrální nervové soustavy. Kojenecké období je obdobím velkých změn. Dítě začíná postupně ovládat své tělo a dochází k rozvoji interakce se svým okolím. Okolo 7. měsíce života navazuje dítě první specifický vztah k jedné osobě, kterou bývá většinou matka. (Langmeier, 2006)

V batolecím období dítě získává specifické charakteristiky lidí, které nás oddělují od jiných živočichů. Dítě začíná mluvit a chodit vzpřímeně. Dítě je stále velmi závislé na matce a ostatních členech rodiny, ale v tomto období začíná navazovat vztahy se svými vrstevníky a dítě se postupně stává samostatnějším.

(Murray, 2016)

Velká změna nastává v životě dítěte při nástupu do mateřské školky. Pro předškoláka stále zůstává nejvýznamnějším prostředím rodina. Najednou jde dítě do cizího prostředí a musí respektovat ostatní jedince. Dochází zde k rozvoji v navazování vztahů, což zároveň souvisí s rozvojem komunikace a dochází k přípravě na sociální zařazení v životě. (Langmeier, 2006)

Nástup do školy je velký milník v životě dítěte, a také velká zátěž, která se zvětšuje v době stupňování nároků na vzdělání. Dítě přichází do většího kolektivu a musí se naučit respektovat pravidla. Školní věk se rozděluje na raný (6-7 let), střední (8-12 let) a starší (12-15 let).

Dospívání je charakterizováno komplexní proměnou osobnosti ve všech oblastech. Je to specifická životní etapa, která má velký význam při vytváření si své vlastní formy identity. (Vágnerová, 2012)

6.2 Vývoj učení

„Co slyším, to zapomenu. Co vidím, si pamatuji. Co si vyzkouším, tomu rozumím.“ (Konfucius)

Učení jsou mentální a behaviorální změny, které jsou důsledkem zkušeností ze života. Jedná se o záměrné osvojování dovedností, vědomostí a návyků. Pro proces učení je nezbytná paměť, nebo-li schopnost organismu uchovávat informace. Základní typy učení jsou klasické podmiňování, naprogramované typy učení a operativní podmiňování. (Kozáková, 2014)

Psychomotorický vývoj je spjat se zráním centrální nervové soustavy. Samotný rozvoj poznávacích procesů probíhá ve vztahu s dalšími psychickými a tělesnými faktory na základě interakce učení a zrání. Proces poznávání a učení probíhá při konkrétním kontaktu s reálným světem. Interakce malého dítěte s matkou velmi usnadňuje rozvoj poznávacích schopností, jelikož matka zprostředkovává různé podněty takovým způsobem, který odpovídá jeho věku a možnostem. (Vágnerová, 2012)

Vrozené vzorce chování, které se člověk nemusí učit, jsou reflexy a instinkty. Reflexy jsou vrozené reakce, díky kterým se člověk může rychle přizpůsobit nové situaci. Instinkty jsou geneticky dané tendence pro určité aktivity

nebo pro specifickou reakci na určité vzorce. Instinktivní chování je stereotypní a vyskytuje se u všech živočichů nebo u stejného pohlaví v rámci jednoho druhu. Přítomnost instinktů má jeden hlavní účel – přežití druhu.

Geneticky naprogramované typy učení jsou senzibilizace (zcitlivění), habituace (přivykání), explorační chování (spontánní prozkoumání okolí) a imprintace (vtiskování). (Kozáková, 2014)

Asociační forma učení, nebo-li klasické podmiňování, vzniká na základě asociace dotyku v čase mezi neutrálním podnětem a podnětem, který vyvolává příslušnou reakci. Princip klasického podmiňování objevil Ivan Petrovič Pavlov (1849-1936), který prováděl pokusy se psy, u kterých si časem všiml, že psi začínají slinit dříve, než maso ucítí, například v okamžiku, kdy slyšeli kroky přicházejícího, který je krmil.

U lidí lze klasické podmiňování pozorovat, například u naučené pohybové reakce přivření víček při silném větru. U neutrálních předmětů lze vyvinout citové reakce, jako například při pohledu na injekční stříkačku nebo při zvuku zubařské vrtačky. U většiny lidí vyvolávají tyto podněty strach, který se vytvořil na základě předchozích nepříjemných zkušeností. (Honzák, 2006)

Operativní podmiňování je způsob učení, při kterém je člověk ovlivňován negativním nebo pozitivním zásahem, který vede ke změně pravděpodobnosti jeho dalšího výskytu. Příkladem operativního podmiňování je zvýšení pracovní výkonnosti při získání vyšší odměny. (Kozáková, 2014)

6.3 Motivace

Motivace má tři složky: aktivace, zaměření na cíl a udržení aktivity. Funkcí je prosazení určité tendence z důvodu naléhavosti. Zdroje motivace jsou potřeby, zájmy a hodnoty. Motivace je vnitřní síla, která usměrňuje prožívání a jednání člověka. Je to proces, kterým aktivujeme chování. Člověk směřuje k dosažení cílů, a proto jedná určitým způsobem.

„Udělat věc, které se bojíme, je první krok k úspěchu.“ (Gándhi)

U nemocných dětí je těžké udržet správnou motivaci. Děti žijí převážně

přítomností a blízkou budoucností. Dospělý člověk se dokáže sám motivovat a zdůvodnit si nutnost nějakého léčebného zákroku. Dítě předškolního věku se nezbývá tím, že po operaci bude zdravé a nebude mít v budoucnu další komplikace. Zvláště v případech malých plánovaných výkonů, kdy děti nepocítují žádné výrazné obtíže. (Kozáková, 2014)

7 Psychologie nemocného dítěte

Pro dítě je hospitalizace nová zkušenost a záleží hlavně na chování zdravotnického personálu, jestli to bude pro dítě dobrá nebo špatná zkušenost, ale velkou roli v postoji dítěte k hospitalizaci zastávají i rodiče a jejich samotný přístup k nové situaci. Proto je důležité nezapomínat, že na hospitalizaci nikdy nepřipravujeme pouze dítě, ale i jeho rodinu. (Matějček, 2001)

Vytvořený edukační materiál má dítě na tuto novou zkušenost připravit formou, která je pro něj nejpřirozenější.

7.1 Příprava dítěte k hospitalizaci

Velmi důležitou součástí předoperační přípravy je samotná edukace dítěte. Pokud dítě bude podstupovat plánovaný výkon, je dostatek času a možností, jak dítěti podat potřebné informace. Příprava dítěte před nástupem do nemocnice je v rukou rodičů. Lékař by proto měl rodiče uklidnit a vysvětlit jim veškeré informace o léčebném zákroku, který jejich dítě má podstoupit. Každý rodič je jiný, a proto se musí s nimi jednat individuálně a empaticky. (Boles, 2016)

Je přirozené, že se rodiče i děti bojí neznámé situace, která pro ně nastala. Zbytečným problémům se lze vyvarovat právě dostatečnou informovaností. Děti, které jsou dostatečně seznámeny s tím, co je čeká a co se s nimi bude dít, jsou více klidnější než děti, které nebyly dostatečně informovány. (Fernandes, Arriaga, Esteves, 2015)

V případech, kdy rodiče zatají dítěti pravdu a řeknou mu, že jde pouze na kontrolu nebo návštěvu, reaguje dítě mnohem negativněji, než když ví pravdu předem. Důležité je se vyhnout zbytečným překvapením a následným úzkostným stavům dítěte. Při komunikaci s dítětem by se zdravotnický personál i rodina měla

vyhnout lhaní. Někteří rodiče nechtějí, aby se dítě zbytečně stresovalo předem. S myšlenkou, že ho ušetří zbytečného strachu, mu lžou o tom, kam jde a co ho čeká. (Matějček, 2001)

U dětí předškolního věku je potřeba najít jiný způsob jak vysvětlit, co je čeká. Je lepší se zaměřit na pozitivní stránky hospitalizace, jako je setkání s novými dětmi nebo seznámení s přístroji, o kterých později bude moci vyprávět rodině a kamarádům. (Fendrychová, 2009)

Děti školního věku mohou být mnohem více seznámeni s důvody jejich hospitalizace. Odpovídat na jejich dotazy se musí klidně a srozumitelně. Potřeba informovanosti velmi pomáhá dítěti zpracovat současný problém. Správné vysvětlení problémů spojené s nemocí, na úrovni jeho chápání pomůže zmírnit nepříjemné pocity z neobvyklé situace. (Křiváková, Číková, 2016)

7.2 Přijetí dítěte do nemocnice

Po dostačující přípravě dítěte a rodiny na následující hospitalizaci přichází samotné přijetí dítěte na oddělení. V dnešní době není problém, a naopak se doporučuje, aby s dítětem byl na oddělení přijat jeden z rodičů, nejčastěji matka. V tuto chvíli záleží na tom, jak dobře bylo dítě doma připraveno. S dítětem i s rodiči se musí jednat vlídně, abychom získali jejich důvěru. (Matějček, 2001)

Množství a způsob podání informací se vždy musí přizpůsobit věku dítěte. Dítěti má být představen zdravotnický personál, který o něj bude pečovat, a ostatní děti na pokoji. Následuje seznámení s provozem oddělení a místnostmi, které budou dítěti k dispozici. Také je dítě seznámeno se signalizačním zařízením, kterým přivolá zdravotní sestru, a zároveň je dítě ujištěno, že když bude mít jakékoliv potíže nebo potřebovat pomoc, může bez výčitek kdykoliv zavolat.

Následovně je potřeba od rodičů získat informace o vývojové úrovni a charakteru dítěte. Při vyplňování ošetřovatelské anamnézy se zdravotní sestra zajímá i o to, jaké má dítě návyky, zvyklosti, záliby a jeho přezdívku, na kterou je zvyklé. (Fendrychová, 2009)

Samotné rozloučení rodičů s dítětem by mělo proběhnout v klidu a bez zbytečných scén. Mělo by to vypadat jako běžné rozloučení, když je dítě doma. Rodiče musí být o tomto poučeni a v případě potřeby by měl být při loučení

nápomocný zkušený zdravotnický personál. Rodiče by se následně už neměli vracet po tom, kdy se rozloučí, a loučení by se nemělo protahovat. Zároveň rodiče mají možnost zůstat s dítětem po přijetí do nemocnice delší dobu, aby si dítě více zvyklo na nové prostředí. Dítě je také ujištěno, že se rodiče na něj zase přijdou podívat. (Matějček, 2001)

Vhodné je, aby si dítě přineslo vlastní hračku z domova, nebo aby dostalo nějaký malý dárek od rodičů. Bude mít stále pocit blízkosti domova a nebude se cítit tak osaměle.

Musí se počítat s tím, že některé děti si svou situaci uvědomí až po odchodu rodičů a dojde k citové krizi. U dětí předškolního a mladšího školního věku je také riziko, že budou hospitalizaci chápat jako nevyřčený trest za nějaké nejasné provinění, kterého se dopustily. V takovém případě je potřeba dítě přesvědčit a uklidnit, že rodiče ho mají stále stejně rádi a znova vysvětlit důvody jeho hospitalizace. (Pilát, 2005)

7.3 Dítě v nemocnici

Úkolem zdravotnického personálu je mimo jiné také zajistit dobré podmínky dítěti pro pobyt v nemocnici tak, aby jeho organismus byl co nejméně zatěžován. Toto platí i v případech, kdy jsou děti přijímány na malé zákroky, jelikož každá zkušenost a každé setkání dítěte se zdravotnickým prostředím ho může poznamenat na spoustu let dopředu.

Samotné prostředí, do kterého dítě přichází, by mělo vyvolávat pocit bezpečí a připomínat domov. Pro děti přicházející k malým výkonům je důležité, aby se mohly před i po zákroku v klidu vyspat. Snahou zdravotnického personálu by mělo být omezit zvukové, sluchové i čichové podněty, které by děti rušily při dospívání po zákroku v celkové anestezii.

Bílé holé stěny a chladné zařízení je v dnešní době snad už minulostí. Udržování čistoty a útulnosti nejen na pokoji, ale na celém oddělení a v nemocnici, by měl být základ. Co se týče výzdoby, měla by být pro děti zajímavá, ale ne příliš rušivá. (Pilát, 2005)

Na odděleních, kde jsou hospitalizované děti, by měla být přítomna dobře vybavená herna, protože pro dítě není nic přirozenějšího než hra, kterou můžeme v

tomto případě dobře využít jako prostředek pro zabavení dítěte a odpoutání jeho pozornosti od závažnosti jeho situaci. Tímto způsobem je možné dítěti zkrátit čekací dobu, a tak zmírnit strach a pocity úzkosti. (Křiváková, Číková, 2016)

Předškolní a školní děti jsou už velmi společenské, a proto rády uvítají společnost ostatních dětí. Postele by měly být rozloženy tak, aby na sebe děti viděly, jelikož přítomnost jiných osob je už od kojeneckého věku pro dítě uklidňující. Děti si spolu hrají, pomáhají si, ale také dochází k přechodnému nepřátelství, k žárlivosti a ke sporům, jako v každém dětském kolektivu.

Úkolem zdravotnického personálu je zajistit přátelskou atmosféru v kolektivu dětí a případné konflikty rychle eliminovat. Také chceme zabránit tomu, aby se případné špatné návyky, které si některé děti přinesly z domova, přenášely na ostatní děti.

Dětský organismus zatížíme i tím, že dítěti náhle změníme jeho návyky z domova. Nesmíme dopustit, že dítě probřečí několik hodin ve dne i v noci, protože jsme mu sebrali oblíbenou hračku, nebo šidítka. Nebo pokud má dítě odpor k nějakému jídlu, tak se určitě nenutí ke konzumaci tohoto jídla. (Matějček, 2001)

7.4 Zásady při komunikaci s dětským pacientem

Na co by si zdravotnický personál měl dávat pozor, jsou jeho vlastní slova. Děti berou všechno velmi vážně a svými slovy můžeme dítě utiшит i povzbudit. Také ale můžeme dítěti přinést jen další napětí a strach. Děti předškolního a školního věku sledují zdravotnický personál a poslouchají, o čem se mezi sebou baví.

U vážně nemocných dětí můžete vidět, že odposlouchávají rozhovory dospělých a snaží se zachytit každou zmínku o sobě a o svém zdravotním stavu. Děti si pak vytvoří mylnou představu a cizí slova, kterým nerozumí, si vykládají jinak, než by měly. Všechno to může vážně ohrozit psychickou pohodu dítěte, a tím pádem i průběh nemoci. (Pilát, 2005)

Děti přicházejí do nemocnice většinou vystrašeny z domova nebo od kamarádů. Velkou roli zde hraje samotný strach. Děti se bojí špatného zacházení, bolesti nebo cizích lidí. Pokud se jedná o děti předškolního a školního věku, můžeme se setkat se strachem z nadpřirozených věcí jako například jsou strašidla, kostlivci, nebo se bojí tmy a stínů.

Nikdy se nesmí ustrašené dítě odbývat a zesměšňovat. Důležité je pro zdravotnický personál získat si důvěru dítěte, aby se nebálo svěřit se svými problémy. S dítětem se musí jednat trpělivě a v klidu, na otázky musí dostat odpověď a vše mu dostatečně vysvětlit. Vhodné je také správně dítě zaměstnávat, aby bylo v dobré náladě. Pokud se zdravotnický personál bude chovat klidně a laskavě, dítě se za chvíli uklidní, pozná, že nemocnice není tak zlá, jak si představovalo, a bude lépe spolupracovat.

Personál si musí všimnout dětí zvláště zamlklých a dětí, které se začínají bát s příchodem večera a jsou proti zhasínání v pokoji. Dítě se většinou dožaduje pozornosti sester a lékařů. Nejlepší způsob řešení tohoto problému je dítě uklidnit, a pokud je to možné, tak vyčkat s dítětem než skutečně usne. (Pilát, 2005)

Před dítětem se nikdy neřeší případné komplikace a neshody, pokud jde o diagnózu nebo léčebný postup. Zásadou ve správné komunikaci jak s dospělým, tak i s dětským pacientem je mluvit přímo k němu a zároveň nevykládat své úsudky třetí osobě o průběhu choroby. Tyto rozhovory se třetí osobou lze provádět pouze v případech, že jsou povzbudivé.

Pokud se předávají rodině informace o dítěti, mělo by to být mimo přítomnost dítěte, aby vás neslyšelo, ani nevidělo, jelikož děti dokáží velmi dobře poznat z vašich gest a mimiky, o co se jedná. Pokud nedokáže odhadnout, o čem se spolu dospělí baví, zůstává v dítěti nepříjemný, až tíživý pocit nejistoty. V případě, že dítě trpí nevléčitelnou nebo smrtelnou nemocí, musíte být zvláště opatrní. Pokud nelze z léčebného hlediska podniknout žádné kroky, je povinností zdravotnického personálu usnadnit dítěti a rodičům jejich životní situaci. (Matějček, 2001)

7.5 Osobnost nemocného dítěte

„Osobnost jako celek můžeme chápat jako otevřený živý systém, který se vyjadřuje určitou dynamickou organizací s určitým programem činnosti a určitým zaměřeným chováním reaktivního i aktivního typu. V psychologii vystupuje osobnost jako hypotetický konstrukt, tedy pojem vyjadřující a vysvětlující fakt, že duševní život člověka vykazuje určitou vnitřní organizaci, jednotu a dynamiku, která se projevuje navenek chováním a která funguje v závislosti na změnách organismu

subjektu na jedné straně a změnách jeho životního prostředí na straně druhé.“ (Dlouhá Jana, 2015, s. 139-140)

Osobnost se musí respektovat z pohledu psychických vlastností a těch, které mohou být ovlivňovány vnějším světem. Každý jedinec reaguje různým způsobem na vliv různých situací, jelikož vnější prostředí utváří a ovlivňuje osobnost v mnoha ohledech.

Proces uzdravování u nemocného dítěte je možné sledovat z pohledu určitého hodnocení aktuálního stavu a dalšího vývoje zdraví a nemoci. Osobnost dítěte je při pobytu v nemocnici ovlivňována v mnoha ohledech. (Dlouhá, Dlouhý et al., 2015)

Schopnost přizpůsobení se je pro dítě, přicházející do neznámého prostředí, velmi důležitá. Správná adaptace je proces napomáhající duševnímu zdraví. Samotný průběh adaptace je ovlivňován podněty, které přinášejí zvýšenou zátěž – stressory. (Blahutková, 2005a)

Duševní i tělesné zdraví spolu velice úzce souvisejí a mohou ovlivnit postoj dítěte ke zdraví a nemoci. V případě nemoci dítěte se jeho kvalita života významně snižuje, což zároveň působí i na duševní zdraví. (Dlouhá, Dlouhý et al., 2015)

7.6 Edukace

Edukační proces je činnost, při které záměrně nebo samovolně dochází k učení. Příkladem edukačního procesu je schopnost dítěte naučit se mateřský jazyk. Dítě se učí rozvíjet své komunikační schopnosti prostřednictvím kontaktu s matkou a okolím, k čemuž dochází záměrně i bezděčně. (Kozáková, 2014)

Edukace je výraz z latinského slova *educare, educo* (vychovávat, vést v před). Jedná se o ekvivalent výchovně-vzdělávacího procesu. Edukace je chápána jako vzdělávací proces jedince. (Juřeníková, 2010)

Cílem edukace pacienta je přispět k vyléčení nemoci a zamezit vzniku nebo rozvoji nežádoucích komplikací. Jedná se o pacienty s již určenou diagnózou, u kterých je potřeba, aby v rámci léčebného režimu změnili své chování. Pacienty lze edukovat o postupech, kterých se budou účastnit, ale i o změnách stravovacích návyků, životního stylu, nácvik ošetřovatelského výkonu, nebo o zařazení pohybové aktivity. Smyslem edukace je vést pacienta k osvojení dovedností a k vytvoření

nových hodnot a postojů, které postupně upevní žádané změny chování.

Správná edukace není pouze o strohém předání informací. Je důležité, aby byl vytvořen systematický program, který usnadní uskutečnění změn v chování pacienta. Na tvorbě edukačního programu by se měl podílet i pacient, jelikož aktivní spolupráce obou stran je důležitá pro správnou a účinnou edukaci.

Tištěné edukační materiály jsou velkým pomocníkem v procesu edukace. Pacient dostává názorně zpracované informace, které si může v klidu nastudovat, aniž by byl v časové tísní. Pacient si následně může dohledat a doptávat se na informace, které mu jsou nesrozumitelné. (Svěráková, 2012)

Praktická část

8 Edukační materiál o předoperační a pooperační péči pro děti předškolního a mladšího školního věku.

8.1 Cíl práce

Cílem práce je vytvoření edukačního materiálu pro děti předškolního a mladšího školního věku, které budou přijímáni do nemocnice na malé operační výkony. Vytvořený materiál bude mít za úkol seznámit děti s průběhem hospitalizace a s prostředím nemocnice. Edukační materiál je koncipován tak, aby se mohl používat na odděleních různorodého zaměření.

8.2 Plán práce

- září až prosinec 2017 – studium teoretických zdrojů
- leden 2018 – odborná praxe na pracovišti Kliniky dětské chirurgie FN Motol
- únor až květen 2018 – dokončování bakalářské práce, tvorba edukačního materiálu
- červen 2018 – obhajoba bakalářské práce

8.3 Cílová skupina pro tvorbu edukačního materiálu

8.3.1 Děti v předškolním věku

Pro dítě je v tomto věku typické fantazijní zpracování informací, které ještě není ovlivňováno logikou. Egocentrismus přetrvává a ovlivňuje komunikaci a uvažování. Pro dítě je ulpívání na svém pohledu určitá jistota. Svě představy dítě upravuje podle svých možností a aktuálním potřebám.

Období předškolního věku, které trvá v rozmezí 3 až 7 let, je chápáno jako příprava pro nástup do školy, proto musí dítě přijmout řád, který upravuje chování k ostatním lidem v různých situacích.

Při plánované hospitalizaci dítěte předškolního věku se musí dávat pozor na jejich vnímání světa. Pro ně má aktuální podoba světa velký význam a chápou její zásadnější změnu jako ztrátu původní totožnosti. Děti nechápou trvalosti podstaty a neberou v úvahu možnost, že nové uspořádání může být navraceno do původního stavu. Předškolní děti ignorují informace, které by jim zkomplikovaly jejich úvahy a pohled na svět. Proto je nutné dávat důraz na dostatečnou edukaci dítěte ohledně jeho plánovaného zákroku a ujistit se, že dítě chápe důvody operace. (Vágnerová, 2012)

8.3.2 Děti v mladším školním věku

Pro dítě v mladším školním věku je charakteristická změna sociálního postavení. Nástup do školy stimuluje další vývoj dětské osobnosti a rozvoj různých dovedností. Toto období je možné chápat jako vstup do společnosti, kterou představuje zmiňovaná škola.

Mladší školák je schopen uvažovat o věcech, které zná, ale nejsou přítomny. Vybavuje si kušenost z minulosti, zatímco dítě předškolního věku se orientuje na poznávání aktuálního světa. Sociální svět a kontakty se rozšiřují a stávají se důležitou součástí života. Školák začíná chápat logiku a zvládá si ji přiřadit k řešení nastalé situace.

V tomto věku je možné dítěti už podrobněji vysvětlit důvody jeho plánované

operace. Dítě už začíná chápat návaznost přítomnosti na budoucnost a dokáže přijmout fakt, že operace je nutným řešením pro jeho budoucnost. (Lengmeier, 2006)

8.4 Cíl edukace v předoperační přípravě

Děti nastupující na plánované malé výkony mají tu výhodu, že jejich hospitalizace, a tím i rekonvalescence, trvá krátce, na rozdíl od chronicky nemocných dětí. Při správném přístupu zdravotnického personálu je tedy možnost, že si dítě z nemocnice neodnese traumatický zážitek, který ho poznamená na celý život.

Nástup dítěte do nemocnice je něco nového, nezvyklého v životě dítěte. Neznámé prostředí, neznámí lidé a neznámé činnosti. Každý kdo jde do neznámého má strach, který následně může zkomplikovat průběh léčby.

Dětem se musí odpovídat na otázky a dopředu je připravit co všechno mohou očekávat. Pokud se seznámí s průběhem hospitalizace, je možné očekávat lepší spolupráci ze strany dítěte i rodiny. Každé dítě je ale individuální osobnost, kterou je potřeba respektovat.

Co by měla správná edukace dítěte zahrnovat:

- Důvod operace a všech nezbytných vyšetření, které dítě absolvuje.
- Jak bude probíhat hospitalizace.
- Co očekávat po operaci z krátkodobého i dlouhodobého hlediska

Nikdy se dítěti nesmí lhát. Dítě si dobře zapamatuje, že mu zdravotní sestra lhala o bolesti injekce a příště už si nenechá od žádné sestry injekci píchnout. Zároveň by se nemělo dítě rozrušovat operací měsíc předem. Vhodné je dítě poučit zhruba týden předem. (Langmeier, 2006) (Vágnerová, 2012)

8.5 Východiska pro tvorbu edukačního materiálu

Při tvorbě edukačního materiálu jsem vycházela z teoretických informací o předoperační a pooperační péči, ze znalostí vývojové psychologie a problematiky edukace.

Absolvovala jsem odbornou praxi na oddělení Kliniky dětské chirurgie ve FN Motol, kde jsem se účastnila ošetrovatelské péče u dětí, které přicházely na malé výkony. Sledovala jsem chod oddělení, předoperační přípravu a pooperační péči u

dětských pacientů. Děti jsem doprovázela až k předsálí, kde byly předány do péče zdravotnického týmu na sále. Následně, po ukončení výkonu, jsem si převzala dítě zpátky a doprovodila ho na oddělení, kde jsem mu poskytovala pooperační péči. Na oddělení byly také přítomni Zdravotničtí klauni. Mohla jsem se účastnit jejich práce a sledovat jejich pozitivní vliv na děti a rodiče.

Následně jsem vycházela ze studie našich i zahraničních edukačních materiálů pro děti.

8.6 Problematika edukačních materiálů pro děti v České republice

Edukační materiály se stávají oblíbenou součástí procesu edukace u pacientů a jejich rodin. Většina materiálů u nás je určena pro dospělé pacienty a pro děti téměř neexistují.

Výjimkou jsou edukační materiály pro děti s cystiskou fibrozou.

Odkaz: <https://klubcf.cz/images/soubory/edukacni-materialy/Knizka-pro-deti-o-CF.pdf>

Kristýna Husová vytvořila edukační materiál pro děti s fenylketonurií v rámci bakalářské práce.

Odkaz: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/180206/>

Kateřina Čejková vytvořila edukační materiál pro děti s inzulínovou pumpou v rámci bakalářské práce

Odkaz: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/87127/BPTX_2016_1_11120_0_435730_0_180201.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Komiksy Medikidz

Ve spolupráci s lékaři a psychology vznikly v USA komiksy pro děti z rodin, které jsou zasaženy vážným onemocněním. Komiksy se používají v 50 zemích a v České republice se v roce 2018 vydaly komiksy o roztroušené skleróze, rakovině prsu a rakovině plic. Hrdinové komiksů jsou obyčejné děti, kteří zkoumají důvody onemocnění svých rodičů. Srozumitelnou a dětem přijatelnou formou vysvětlují, v

čem spočívá dané onemocnění.

Komiksy jsou k dispozici v tištěné formě u lékařů v onkologických a pneumoonkologických centrech, v centrech pro roztroušenou sklerózu nebo různých patientských organizací, jako Sdružení mladých sklerotiků, Aliance žen s rakovinou prsu, Onkomaják a další.

Online verze komiksů je volně přístupná veřejnosti:

https://www.mojemedicina.cz/cs_cz/pruvodce-pacienta/medikidz.html

8.6.1 Zahraníční edukační materiály

Franklin goes to the hospital (Franklin jde do nemocnice)

Autor: Paulette Bourgeois

Datum publikace: 1999

Pohádka pro děti o želvě jménem Franklin, kterou čeká krátkodobá hospitalizace v nemocnici. V knize se popisuje průběh předoperační přípravy i pooperační péče. Pohádka je krásně ilustrovaná a doplněna o krátké a srozumitelné texty. Knihu lze zakoupit nebo je volně přístupná ve formě audioknihy

Odkaz: <https://www.youtube.com/watch?v=aUYXr2Mzl5w>

When Jeremy Jones' Stomach Stopped Working: A story for Children with G-Tubes (Když žaludek Jeremyho Jonse přestal fungovat: Příběh pro Děti s PEG)

Autor: Anne Reckling

Datum publikace: 2007

Příběh chlapce, který nemohl jíst a neprosplával. Následně se dostal do nemocnice, kde prodělal operační výkon, při kterém mu byl vytvořen PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie). Příběh popisuje obtíže před zjištěním diagnózy, vysvětluje problematiku onemocnění a zdůvodňuje dítěti, proč musí podstoupit operační výkon. Následně je ukázáno, jaké má léčba pozitivní dopad na dítě. Edukační materiál je detailně vypracován a ilustrován obrázky.

Odkaz: <http://www.mitoaction.org/pdf/bookGTube.pdf>

Just like me!!! (Stejně jako já!!!)

Autor: Tina Taylor

Datum publikace: 2010

Jedná se o edukační materiál pro děti trpící srpkovitou anémií. V příběhu chlapec vysvětluje své obtíže a původ svého onemocnění. Tento edukační materiál je zaměřen na ztotožnění se dítěte s hlavním hrdinou pohádky. Chlapec vždy uvede informaci o svém životě a nemoci a dodá větu: „Stejně jako ty.“

Odkaz: <http://nhfv.org/wp-content/uploads/2015/05/Just-Like-Me-book.pdf>

8.7 Návrh edukačního materiálu

Edukační materiál je vytvořen jako pohádkový příběh o Myšákovi Míšovi, kterému se udělá boulička na bříšku a následně musí být hospitalizován. Pohádka popisuje průběh předoperační přípravy a pooperační péče. Myšák Míša nejdříve přichází do ordinace svého praktického lékaře, který ho objedná na operační výkon. Myšák si zapisuje do deníčku informace o lačnění, které si následně přečte večer před nástupem do nemocnice. V nemocnici stráví celkem jeden den a jednu noc. Příběh popisuje přijetí Myšáka na oddělení a jeho první dojmy z nemocničního prostředí. Myšák prochází rutinními předoperačními přípravami a následně odjíždí na operační sál. Po operaci se probouzí na svém lůžku a zůstává v nemocnici přes noc. Myšák odjíždí druhý den domů a uzdravuje se.

8.8 Vytvořený edukační materiál

Edukační brožura s názvem Jak šel myšák Míša do nemocnice je pojatý jako krátký ilustrovaný materiál. Obsahuje 18 ilustrací. Ty jsou doplněné o krátké texty, které srozumitelnou formou přibližují proces předoperační přípravy. Význam pohádky spočívá v tom, že nabízí dětské představivosti nové rozměry, které by samo neobjevilo. Snaží se vysvětlit, že boj proti životním nesnázím, které v tomto případě představuje nemoc, je svým způsobem nutný a patří k lidskému životu. Učí dítě, aby se těmito životními krizím nevyhýbalo a čelilo jim. Šťastný konec v podobě navrácení zdraví je zásadní při formování dětské představivosti. Uzdravení v pohádce nám ukazuje, že pokud se dítě naučí čelit životní krizi, překážky přemůže a dokáže zvířezit.

Edukační brožuru napsala a ilustrovala Kateřina Fenzelová. Grafickou

úpravu provedli Jan Galko a Tomáš Cizler. Text i obrázky byly konzultovány se zdravotníky z chirurgického oddělení a učitelkami mateřské školy.

Vytvořený edukační materiál je součástí bakalářské práce. Jedná se o přílohu č. 1

8.9 Text edukačního materiálu

8.9.1 Jak šel myšák Míša do nemocnice

V jedné malebné vesničce měl jeden starý sedlák statek. Byl to malý statek, ale za to krásný, a obyvatelé v něm byli šťastni. Nic jim totiž nechybělo. Sedlák se o všechny zvířátka staral, jak nejlépe uměl.

Zvířátka byla na sebe velmi hodná a časem se z nich stala jedna velká rodina. A mezi všemi těmi velkými zvířátky byla jedna malá rodinka myšáků, která se nastěhovala do stodoly. Jmenovali se Ocáskovi. Pantáta Ocásek a panímáma Ocásková byli velmi veselí myšáci a měli tři malé myšáčky. Prostřední z nich se jmenoval Míša a byl to rozený dobrodruh. Myšák Míša si velmi rád hrál se svými kamarády- králíčkem Adélkou a s prasátkem Zdeňou na schovávanou, protože byl nejmenší a nikdy ho nikdo nenašel.

Jednoho dne, když si společně hráli za statkem na piráty, si Adélka všimla na myšákově Míšovi něčeho zvláštního. Začali společně přemýšlet, co je na Míšovi jiné. „Máš nový kožíšek?“ ptalo se prasátko Zdeňka. „Nemám...“ odpověděl Míša. „Oóó... já vím! Tobě narostl ocásek!“ lekla se koza Adélka. „Ale né, ocásek už mám od narození!“ uklidnil ji Míša. „A co je tohle?“ zeptalo se prasátko a ukázalo na myšákově břicho. Všichni se sklonili k myšákově břichu, aby si to lépe prohlédli. Míša měl na břichu zvláštní bouličku. „Ano, to bude ono!“ zajásala Adélka. „Ale co to je?“ zeptal se Míša. Kamarádi si s tím nevěděli rady, a proto se rozhodli, že to raději Míša půjde ukázat rodičům.

Panímáma i pantáta Ocáskovi si bouličku na myšákově břichu dlouho prohlíželi, až se rozhodli, že vezmou malého Míšu raději k myšákově doktorovi. Ocáskovi nasedli na kobyly Šárku, která je odvezla až na kraj lesa, kde měl ordinaci pan doktor Zoubek. Usadili se do čekárny a počkali, až je sestřička zavolala.

Když vešli Ocáskovi do ordinace, sestřička i pan doktor je s úsměvem přivítali. Všichni se posadili a začali panu doktorovi vyprávět o bouličce na břichu

malého myšáka. Pan doktor si Míšu pořádně prohlédl od hlavy až k patě a nakonec zkontroloval i bouličku na břišku. Pan doktor myšákovi Míšovi vysvětlil, že ta boulička není nic neobvyklého a že se objeví u spousty dětí. Bylo ale důležité, aby tu bouličku na Míšově břišku dal pan doktor pryč. „Kdyby se nedala pryč, mohla by tě časem začít velmi bolet a nemohl by sis hrát s kamarády. Proto ti pomůžu a zařídím ti operaci v nemocnici už příští týden," vysvětloval pan doktor. Ocáskovi měli o malého Míšu strach, ale pan doktor jim vysvětlil, že to bude velmi rychlá operace a brzo bude Míša zase v pořádku. „Bude to bolet?" zeptal se myšák Míša. „Při té operaci budeš v klidu spát a nebudeš nic cítit, dostaneš totiž silné léky, které tě uspí, jako když tě uspává maminka pohádkou na dobrou noc," odpověděl pan doktor. „Až se po operaci probudíš, budeš se cítit trochu unaveně, ale nemusíš se bát, budeš mít spoustu času si odpočinout a nabrat síly. Nechám si tě v nemocnici přes noc, abych si byl jistý, že jsi v pořádku. Navíc tam s tebou může být celou dobu i maminka," řekl pan doktor. Myšákovi Míšovi se ulevilo. Když tam bude s maminkou, určitě všechno dobře dopadne. Doktor vysvětlil Míšovi, že na operaci musí přijít s prázdným bříškem, takže nesmí v den operace nic jíst ani pít. Míša si to rozhodl zapsat do deníčku, aby na to nezapomněl.

Když se vrátili zpátky na statek, hned se k myšákovi Míšovi seběhla všechna zvířátka a chtěla vědět, co se s Míšou děje. Míša jim začal vyprávět, že příští týden půjde na operaci, a zvířátka slíbila, že mu budou všichni držet palce pro štěstí.

Večer před cestou do nemocnice si Míša připravil svůj baťůžek s plyšovým medvídkem a pyžamem. Vypadl na něj jeho deníček a otevřel se na stránce, kde měl zapsané, že musí přijít s prázdným bříškem. „Ještě že jsem si to zapsal!" byl na sebe hrdý Míša. Míšovi sourozenci se velmi zajímali o to, co se bude s Míšou dít. „A k čemu je ta maska?" ptala se jeho sestřička. „Maskou na obličej ho před tou operací uspí, bude dýchat speciální vzduch a za chvíli bude spát jako špalek!" vysvětloval nadšeně Míšův nejstarší bratr, který o tom hodně četl. „Páni, a bojíš se?" ptal se další bráška. „Jasně že ne, Míša je totiž statečný!" odpověděl nejstarší bráška. Myšák Míša na to nic neříkal.

Když myšák Míša spolu s maminkou druhý den dorazili do nemocnice, zdravotní sestřička jim ukázala pokoj, který už čekal připravený. Byla tam dlouhá chodba a všude chodili doktoři v bílých pláštích a zdravotní sestřičky v uniformách.

Za chvíli ucítil zvláštní vůně, které se mu vůbec nelíbily. Míšu zaujaly vozíky, které byly plné zvláštních věcí a nástrojů. A na konci chodby uviděl další myši děti v pyžamu, které si hrály v hracím koutku. To se mu velmi zalíbilo a těšil se, že si s nimi půjde taky hrát. Zdravotní sestřička dala myšákovi Míšovi na ruku náramek s jeho jménem a speciální bílou košilku, kterou si oblékl. Mezitím si Míša vybalil svého medvídku na stoleček vedle postele, aby na něj dobře viděl. Sestřička změřila Míšovi teplotu a nasadila mu na ruku šedý pásek, který se začal nafukovat a vyfukovat. „Takhle se měří krevní tlak. Neboj, nebolí to, jen se to nafoukne okolo tvé ruky a zase vyfoukne. Jsi velmi šikovný a statečný!" řekla sestřička. „Dobře..." řekl Míša slabým hláskem.

Za chvíli dorazil pan doktor, aby se naposledy podíval na Míšu ještě před operací. „Vítám tě tu, Míšo! Tak za chvíli půjdeme na to, co říkáš?" řekl vesele pan doktor. Míša se lekl. „Už? Ale... ale já ještě nechci!" řekl smutně Míša a začal plakat. Pan doktor si sedl vedle něj a klidně se ho zeptal: „Pověz mi, co tě trápí, Míšo," vybídl ho pan doktor. Míša se vysmrkal do svého kapesníku a smutně spustil: „Já se hrozně bojím a každý si myslí, že jsem statečný, ale já vůbec nejsem statečný!" plakal Míša. „Můj milý Míšo..." povzdechl si pan doktor. „To že máš strach, neznamená, že nejsi statečný. Ba naopak... Statečnost se pozná podle toho, když se něčeho bojíme, ale i přes strach uděláme, co je potřeba, a nezáleží na tom, jak jsi vystrašený," vysvětlil pan doktor a pousmál se. Míša chvíli přemýšlel. „Bojím se operace..." řekl Míša. „Ale musím na ni jít, aby se ze mě stal silný a zdravý myšák!" Pan doktor se usmál. „Tak přesně tohle je statečnost!" Míša se podíval na maminku, usmál se a řekl: „Jsem připraven!"

Sestřička přišla na pokoj s táckem, na kterém měla lahvičku s nějakou zvláštní tekutinou. „Teď dostaneš tyhle kapičky, nechutnají moc dobře, ale budeš po nich klidný a bude se ti chtít spinkat," vysvětlila sestřička. „Počkat!" zarazil se Míša a všichni se na něj podívali. „Potřebuji si skočit na záchod!" řekl Míša a rychle si běžel odskočit. Když se vrátil, sestřička ho uložila do postýlky a dala mu hořký lék. „Blee... to není dobrý!" zašklebil se Míša, když spolkl lék. „Jsi opravdu statečný!" potěšila se sestřička.

Byl čas odjezdu a Míša se loučil s maminkou. „Na sál s tebou nemůžu, ale nemusíš se bát. Budu tady, až se probudíš, slibuji!" Maminka Míšu políbila na

čelíčko a objala ho.

Na operačním sále měli všichni na hlavách čepky a přes pusy šátky. Ale pana doktora poznal i s tímhle převlekem. „Všichni tu jsme pro tebe a budeme dávat pozor, aby jsi byl v pořádku," řekl pan doktor a začal Míšovi ukazovat velké přístroje, které mu budou měřit srdíčko a dýchání. Nalepil mu na hrudník kulaté náplasti, které patřily k těm velkým přístrojům. Pan doktor mu ukázal masku a řekl: „Tak a teď ti dám na pusku tuhle masku, která...". „...která bude foukat speciální vítr a uspí mě!" dořekl Míša. Pan doktor se usmál. „Výborně! A teď začni počítat do stovky," řekl pan doktor. „Ale já umím jen do deseti..." odpověděl Míša. „To bude stačit..." usmál se pan doktor. „Jedna, dva, tři..." a Míša usnul.

Najednou byl Míša na velké lodi a měl na sobě kapitánský klobouk. A byla tu i králičice Adélka a prasátko Zdeňa. Všichni si spolu hráli na velké piráty, když v tom uslyšel slabý hlas své maminky. „Vstávej Míšo... vstávat, ty můj hrdino!" říkala radostně maminka. Míša otevřel oči a najednou byl zase v nemocnici. Ležel ve své postýlce a okolo něj byla maminka s panem doktorem a usmívali se na něj. „Dobré ráno, Míšo. Byl jsi opravdu statečný a operace se povedla," řekl vesele pan doktor. Míša byl velmi rád a těšil se, až si půjde doopravdy zahrát se svými kamarády na piráty. Po probuzení byl Míša ještě trochu unavený, a proto po zbytek dne odpočíval. Za pár hodin ale už chodil po pokojíčku a prohlížel si svoji náplast na bříšku.

„To jsem ráda, že vše dobře dopadlo. Pan doktor tě velmi chválil a říkal, že se ti to brzo zahojí," říkala spokojeně maminka. Myšák Míša se svojí maminkou byli už druhý den doma. Míša měl nařizeno ještě pár dní odpočívat, ale to mu nevadilo. Kamarádi chodili za Míšou každý den a vyprávěli si, co nového zažili. Míša se ani nenadál a za pár dní si s kamarády zase hráli na piráty.

Závěr

Cílem této práce bylo vytvoření edukačního materiálu pro děti, který jim pomůže v přípravě na plánovaný malý výkon. V této práci jsem se nejdříve zabývala teoretickými znalostmi, potřebné k vypracování materiálu o předoperační a pooperační péči u dětí.

Praktická část práce obsahuje cíl práce a popis plánu pro dosažení tohoto cíle. Zabývám se také problematikou edukačních materiálů v České republice. Vytvořený edukační materiál se nezabývá konkrétním onemocněním, ale nejčastějšími postupy předoperační a pooperační péče, prováděné na většině dětských oddělení. Samotný materiál lze nalézt v příloze.

Seznam použité literatury

1. KUČERA, A. Kýly stěny břišní. In ŠNAJDAUF, J. a ŠKÁBA, R. et al. 2005. *Dětská chirurgie*. Praha : Galén, s. 266–268. ISBN 978-80-7262-329-7
2. VACEK, V. 2011. Nejčastější kýly v dětském věku. *Vox pediatrics*, roč. 11, č. 3, s. 22-24. ISSN 1213-2241
3. DOLEŽEL, J. VLČEK, P. VEVERKOVÁ, L. et al. 2009. Trendy v léčbě břišních a tříselných kýl. *Medicina pro praxi*, roč. 6, č. 4, s. 209–213. ISSN 1214-8687
4. ŠIMSOVÁ, M. Tříselná kýla a hydrokéla. In ŠNAJDAUF, J. a ŠKÁBA, R. et al. 2005. *Dětská chirurgie*. Praha : Galén, s. 268–272. ISBN 978-80-7262-329-7
5. MICHALISKO, M. et al. 2014. Kryptorchismus – potřeba včasnej diagnostiky a léčby. *Československá pediatrie*, roč. 69, č. 1, s. 29-38. ISSN 0069-2328
6. GOCALOVÁ, K. a SVOBODA M. 2016. Nesestoupilé varle v dospělosti. *Urologie pro praxi*, roč. 17, č. 5, s. 233-234. ISSN 1213-1768
7. KOLOUŠKOVÁ, S. 2014. Polohové anomálie varlat a kryptorchismus v prvním roce života. *Československá pediatrie*, roč. 69, č. 2, s. 121-122. ISSN 0069-2328
8. DRLÍK, M. a DÍTĚ, Z. a KOČVARA, R. 2013. Nejčastější problémy v dětské andrologii. *Urologie pro praxi*, roč. 14, č. 4, s. 109-113. ISSN 1213-1768
9. ZEMAN, L. Retence varlete. In ŠNAJDAUF, J. a ŠKÁBA, R. et al. 2005. *Dětská chirurgie*. Praha : Galén s. 272–276. ISBN 978-80-7262-329-7
10. ZEMAN, L. Akutní skrotální syndrom. In ŠNAJDAUF, J. a ŠKÁBA, R. et al. 2005. *Dětská chirurgie*. Praha : Galén, s. 276–281. ISBN 978-80-7262-329-7
11. MIHÁL, V. a VENHÁČOVÁ, P. a ŠARAPATKA, J. et al. 2014. Posttraumatiská torze varlete jako příčina akutního skrota. *Pediatrie pro praxi*, roč. 15, č. 3, s. 174-176. ISSN 1213-0494

12. TRÁVNÍČEK, I. a HORA, M. 2011. Akutní stavy v urologii. *Urologie pro praxi*, roč. 12, č. 1, s. 44-49. ISSN 1213-1768
13. HROMÁDKOVÁ, L., 2011. Šilhání, Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-530-3
14. ODEHNAL, M. a MALEC, J. 2017. Oční problémy u nedonošených dětí. *Neonatologické listy*, roč. 23, č. 1, s. 6-9. ISSN 1211-1600
15. JEŘÁBKOVÁ, A. 2016. Heteroforie z pohledu ortoptisty. *Česká oční optika*, roč. 57, č. 3, s. 32-33. ISSN 1211-233X
16. PAPCUNOVÁ, R. 2017. Anomální retinální korespondence 2. část. *Česká oční optika*, roč. 58, č. 1, s. 34-36. ISSN 1211-233X
17. RŮŽIČKOVÁ, Z. 2017 Hypertrofie adenoidní vegetace, recidivující bronchitidy. *Biotherapeutics*, roč. 7, č. 3, s. 28. ISSN 1805-1057
18. SOJAK, J. a ĎURDÍK, P. a PÉČOVÁ, R. 2017. Vplyv adenoidných vegetácií a endoskopickéj adenoidektómie na priechodnosť nosa u pediatrických pacientov. *Československá pediatrie*, roč. 72, č. 3, s. 170-175. ISSN 0069-2328
19. MEJZLÍK, J. a CHROBOK, V. a SKÁLOVÁ, S. 2017. Vyšetření dětí před tonzilektomií a před adenotomií. *Vox pediatryae*, roč. 17, č. 1, s. 31-32. ISSN 1213-2241
20. KUCHYNKOVÁ, Z. et al., 2015. Dětská otolaryngologie, Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-4177-2.
21. BUGOVÁ, G. a UHLIAROVÁ, B. a JESEŇÁK, M. et al. 2017. Mikrobiálna kolonizácia horných dýchacích orgánov a imunita u dětí s adenoidnými vegetáciami. *Otorinolaryngologie a foniatrie*, roč. 66, č. 1, s. 16-21. ISSN 1210-7867
22. DOLEŽALOVÁ, L. a VOLŠANSKÝ, P. a NEUMANN, F. et al. 2014. Těžká akutní pankreatitida – řešení komplikací kombinací miniinvazivních přístupů. *Rozhledy v chirurgii*, roč. 93, č. 4, s. 216-219. ISSN 0035-9351
23. PADDOCK, C., 2017. Appendicitis: Antibiotics could be alternative to surgery for children. [on-line]. Medical News Today, [cit. 26.1.2017]. Dostupnost z <https://www.medicalnewstoday.com/articles/315934.php>

24. MENCLOVÁ, K. a TRABOULSI, E. a NIKOV, A. et al. 2016. Léčba akutní apendicitidy: retrospektivní analýza vlastního souboru. *Rozhledy v chirurgii*, roč. 95, č. 8, s. 317-321. ISSN 0035-9351
25. SANKOT, J. 2017. Přínos ultrasonografie pro diagnostiku akutní dětské apendicitidy. *Vox pediatrics*, roč. 17, č. 2, s. 18-19. ISSN 1213-2241
26. SÝKORA, J. Gastroenterologie. In STOŽICKÝ, F. a SÝKORA, J. et al. 2015. *Základy dětského lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2997-1
27. VOJTÍŠEK, P.: PEDIATRIE PRO PRAXI. [on-line]. *Pediatr. praxi*. 2016; 17(3): 158–162 [cit. 15.12.2017] Dostupnost z <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2016/03/07.pdf> ISSN 1805-4579
28. MIXA, V. 2012. Současný pohled na anestezii dětí. *Pediatric pro praxi*, roč. 13, č. 2, s. 103-106 ISSN 1213-0494
29. MIXA, V. 2006. Vyšetření dětského pacienta před výkonem v celkové anestezii. *Doporučení sekce dětské anestézie a intenzivní medicíny při ČSARIM*. Dostupnost: http://www.csarim.cz/storage/app/media/Doporucene%20postupy%20a%20Ostanoviska%20CSARIM/257-06_Mixa-Vazeni-kolegove.pdf
30. KOŠUT, prezentace: Předoperační příprava, 2012,
31. odkaz: <http://telemedicina.med.muni.cz/pdm/detska-anesteziologie-resuscitace/res/f/predoperacni-priprava.pdf>,
32. BOLES, J. 2016. Children's Corner: Perspectives on Supportive Care. Preparing Children and Families For Procedures or Surgery. *Pediatric Nursing*, vol. 42, no. 3, p. 147-149. Dostupnost z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=116249515&lang=cs&site=ehost-live>
33. CVACHOVEC, K. a HEROLD, I. a ČERNÝ, V. et. al. 2011. Doporučení pro omezování příjmu tekutin a stravy před anesteziologickou péčí. *ČSARIM*. Dostupnost: http://www.csarim.cz/storage/app/media/Doporucene%20postupy%20a%20Ostanoviska%20CSARIM/DP_NPO_CSARIM_final_approval_130911.pdf

f

34. SEDLÁŘOVÁ, prezentace: Předoperační a pooperační péče u dětí (malé výkony), 2014, odkaz: <http://slideplayer.cz/slide/3216145/>
35. FENDRYCHOVÁ, J. Příprava dítěte na hospitalizaci, vyšetření a zákrok. In VACUŠKOVÁ, M. et al. 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii I. část*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-491-7.
36. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
37. FENDRYCHOVÁ, J. a KLIMOVIČ, M. et al. 2005. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vydání. Brno: NCONZO, ISBN 80-7013-427-5.
38. LANGMEIER, J. a KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0
39. MURRAY, L. 2016. *Psychologie malých dětí. Jak vztahy podporují vývoj dětí od narození do dvou let*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7553-011-0.
40. KOZÁKOVÁ, R., 2014. *Základy obecné a vývojové psychologie pro studenty nelékařských zdravotnických oborů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4259-4.
41. HONZÁK, R. 2006. *Základy psychologie*. Praha: Galén-Karolinum. ISBN 80-7262-377-X
42. MATĚJČEK, Z., 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, 3. vydání. Praha: Nakladatelství H&H. ISBN 80-86022-92-7.
43. FERNANDES, S. a ARRIAGA, P. a ESTEVES, F. 2015. Using an Educational Multimedia Application to Prepare Children for Outpatient Surgeries. *Health Communication*, vol. 30, no. 12, p. 1190-1200. ISSN 1041-0236
44. KŘIVÁKOVÁ, M a ČÍKOVÁ, Z. 2016. *Pečovatelsví – péče o zdravé a nemocné dítě*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-263-3.
45. PILÁT, M. Psychologické aspekty péče o kriticky nemocné dítě. In FENDRYCHOVÁ, J. a KLIMOVIČ, M. et al. 2005. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vydání. Brno: NCONZO, ISBN 80-7013-427-5.
46. DLOUHÁ, J. a DLOUHÝ, M. et al. 2015. *Pedagogická podpora nemocného dítěte*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-838-7

47. BLAHUTKOVÁ, M. 2005a. Psychomotorické hry. Brno: PdF MU. ISBN 80-210-3627-3.
48. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
49. SVĚŘÁKOVÁ, M. 2012. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Tabulka č. 1: Předoperační lačnění.....?

Seznam příloh

Příloha č. 1: Edukační materiál