

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**MÍRA INFORMOVANOSTI PUBESCENTŮ A ADOLESCENTŮ
PŘED PLÁNOVANÝM OPERAČNÍM ZÁKROKEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARTINA ŽATEČKOVÁ

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

HRADEC KRÁLOVÉ 2006

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAG
THE FACULTY OF MEDICIN IN HRADEC KRÁLOVÉ**

**THE EXTENT OF AWARENESS OF PUBESCENTS AND
ADOLESCENTS BEFORE A PLANNED OPERATION**

BACHELOR WORK

MARTINA ŽATEČKOVÁ

WORK LEADER: Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

HRADEC KRÁLOVÉ 2006

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované literatury.

V Havlíčkově Brodě, dne 17. dubna 2006

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji panu Prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za odborné vedení mé závěrečné bakalářské práce, za poskytnutí literatury a za odborné konzultace. Dále děkuji za poskytnutí cenných rad PhDr. Alexandře Archalousové. V neposlední řadě děkuji také Ing. Petru Němečkovi za pomoc při zpracování statistických údajů.

RESUMÉ

SUMMARY

Míra informovanosti pubescentů a adolescentů před plánovaným operačním zákrokem

The extent of awareness of pubescents and adolescents before a planned operation

Teoretická část této práce se zabývá především psychickou přípravou dospívajících pacientů před plánovaným operačním zákrokem.

Pro výzkum jsem použila dva druhy anonymních nestandardizovaných dotazníků, jeden určený pro sběr dat od zdravotních sester a druhý od dospívajících pacientů. Výzkum byl prováděn od listopadu 2005 do března 2006. Zjišťoval míru spokojenosti dospívajících pacientů a zdravotních sester s informacemi poskytovanými na vybraných pracovištích dospívajícím před plánovaným operačním zákrokem.

Výsledky výzkumu ukazují poměrně vysokou spokojenost sester i dospívajících pacientů s informacemi poskytovanými před plánovaným operačním zákrokem na vybraných pracovištích a nezávislost spokojenosti na věku, pohlaví a dřívějších zkušenostech dospívajících s operačním zákrokem.

The theoretical part of this work deals mainly with the mental preparation of adolescent patients before a planned operating surgery (operation).

I used two kinds of anonymous non-standardize questionnaires for the research, one of them was used for collecting of data from nurses and the other was used for collecting data from adolescent patients. The research was carried out from November 2005 to March 2006. It surveyed the extent of contentment of adolescent patients and nurses with the information provided at selected workplaces before a planned operation. The results of the research show rather high contentment of nurses and adolescent patients with the information provided before a planned operating surgery (operation) at selected workplaces and the independence of contentment on the age, sex and earlier experience of adolescents with a planned operation.

OBSAH

Úvod	5
1. Cíl práce	6
1.1. Cíl teoretické části	6
1.2. Cíl empirické části	6
2. Teoretická část	7
2.1. Věkové zvláštnosti.....	7
2.1.1 Období pubescence	7
2.1.2 Období adolescence	9
2.2. Předoperační péče	11
2.2.1 Operace a operační zátěž	11
2.2.2 Příprava nemocného před operačním zákrokem.....	11
2.3. Psychické faktory související s operačním zákrokem	14
2.3.1 Stres	14
2.3.2 Strach a úzkost.....	15
2.4. Dítě a bolest	17
2.4.1 Definice bolesti	17
2.4.2 Druhy bolesti.....	17
2.4.3 Měření bolesti	18
2.4.4 Psychologické přístupy k léčení bolesti u pubescentů a adolescentů	19
2.4.5 Pooperační bolest u pubescentů a adolescentů	20
2.5. Edukace.....	22
2.5.1 Komunikace jako součást edukace	22
2.5.2 Vlastní edukace.....	23
2.5.3 Příklad edukačního plánu u dospívajícího před plánovaným operačním zákrokem	26
3. Empirická část	29
3.1. Cíle empirické části.....	29
3.2. Vzorek.....	30
3.3. Použitá metoda.....	30
3.4. Výsledky výzkumu	32
3.5. Diskuse.....	54
Závěr	59
Seznam použité literatury	62
Přílohy	65
Resumé	

ÚVOD

Operační zákrok bývá náročný pro každého jedince. O kolik náročnější se ale stává v době hledání vlastní identity, přijímání světa kolem, v době nemalých biologických, psychických i sociálních změn, tedy v době dospívání!

Může si být kdokoli ze zdravotníků jistý, že dospívajícího pacienta před plánovaným operačním zákrokem informuje tak, aby snížil jeho obavy, strach a zároveň si zajistil optimální spolupráci dospívajícího v době předoperační přípravy i v době pooperační péče?

Ráda bych prostřednictvím své bakalářské práce nastínila tuto problematiku, ukázala cestu, ale především bych chtěla, aby tato práce posloužila jako prostředek k zamyšlení pro každého, kdo pracuje s dospívajícími kolem operační péče.

1. CÍL PRÁCE

1.1. Cíl teoretické části

Hlavním cílem mé práce je charakterizovat psychické faktory související s plánovaným operačním zákrokem u dané věkové skupiny dětí, s jejich zvláštnostmi biologickými, psychickými i sociálními. Zdůraznit bolest jako jeden z nepříjemných prožitků pocíťovaných v době kolem operačního zákroku a možnost jejího odstraňování a tlumení u dospívajících. Ukázat důležitost správné komunikace a individuálního přístupu v informovanosti dospívajících před plánovaným operačním zákrokem.

1.2. Cíl empirické části

Cílem empirické části je zjistit spokojenost pubescentů a adolescentů s informacemi získanými před plánovaným operačním zákrokem na různých pracovištích. Zároveň zjistit, jestli se na vybraných pracovištích liší informace poskytované dospívajícím pacientům před plánovaným operačním zákrokem. Zda informace mají v zásadě shodnou strukturu, zda jsou dospívající připravováni na operační zákrok pomocí demonstračních technik, zda jsou na pracovišti zpracovány edukační plány, zda mají zdravotníci na edukaci vymezen časový prostor. Pokud se struktura poskytovaných informací liší, zjistit, zda existují rozdíly mezi spokojeností dospívajících s danými informacemi na těchto pracovištích. Dále zjistit, jestli spokojenost dospívajících se získanými informacemi odpovídá tomu, jak informování dospívajících pacientů posuzují zdravotní sestry. A jestli věk, pohlaví a zkušenosti s operačním zákrokem ovlivňují spokojenost se získanými informacemi. V neposlední řadě zjistit, zda sestry cítí na svých pracovištích potřebu změny v poskytování informací dospívajícím před plánovaným operačním zákrokem.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Věkové zvláštnosti

Obdobím dospívání se označuje úsek života jedince zhruba od 11–12 do 20–22 let. Tato doba je charakteristická změnami tělesnými, psychickými a sociálními.

- Z hlediska tělesného začíná prvními známkami pohlavního zrání a končí dovršením optimální reprodukční schopnosti a dokončením tělesného růstu.
- Z hlediska psychologického jsou významné nové silné pudové tendence a hledání způsobů jejich uspokojování a kontroly a rozvoj formálně abstraktního způsobu myšlení.
- Ze sociálního hlediska můžeme období dospívání chápat jako úsek mezi dětstvím a dospělostí (Langmeier, 1991).

Etapu dospívání rozdělujeme na tyto úseky:

- fáze pubescence
- fáze adolescence

Někteří autoři uvádějí pro životní etapu 11 až 20 let pouze termín adolescence. Přičemž toto období dále rozdělují na tři fáze a to časnou adolescenci (11–13 let), střední adolescenci (14–16 let) a pozdní adolescenci (17–20 let) (Macek, 1999).

Pro svoji práci budu užívat rozlišení podle Langmeiera.

2.1.1 Období pubescence

Toto věkové období můžeme ještě rozdělit na prepuberu neboli první pubertální fázi a vlastní pubertu.

Prepuberta u dívek začíná ve věku od 11 do 13 let, projevuje se zrychlením tělesného růstu, objevením prvních sekundárních pohlavních znaků a začátkem růstu prsních žláz a končí první menstruací. U chlapců je tato fáze asi o rok opožděna a její ukončení je méně výrazné.

Vlastní puberta neboli druhá pubertální fáze končí dosažením reprodukční schopnosti (Langmeier, 1998).

Hlavní znaky tohoto období:

Tělesný a pohybový vývoj:

- prudký růst v průměru 4–5 cm/ rok, ke konci období se zrychluje, dívky bývají vyšší než chlapci,
- hmotnostní přírůstek 4–5 kg/ rok,
- vývoj typicky ženské a mužské postavy,
- vývoj druhotných pohlavních znaků,
- dozrávání pohlavních orgánů.

Typické chování:

- podrážděnost, impulzivita, nedostatek sebeovládání,
- kritičnost, unáhlenost závěrů, nerozvážené chování,
- zvýšená pozornost k sobě samému, úsilí o nezávislost, citlivost na kritiku vlastní osoby,
- vzdor, odmítání, sebeobdiv x sebepodceňování, nejistota, komplex méněcennosti,
- snaha „být dospělý“ – nebezpečí alkoholu, drogové závislosti, ke konci období sexuální výstřelky.

Psychický vývoj:

a) poznávací procesy:

- vnímání je bohaté na detaily, mnohostranné v obsahu, výkonnost smyslových orgánů dosahuje vrcholu,
- paměť je logická, úmyslné zapamatování převažuje nad bezděčným,
- myšlení je typické přechodem z konkrétního k abstraktnímu, složitými myšlenkovými operacemi, symboly- učí se řešit myšlenkové problémy,
- pro představivost je typické bdělé snění,
- citový vývoj se vyznačuje velkou intenzitou a živostí, labilitou, potřebou opory (jistota, bezpečí, láska),

b) sociální vztahy:

- nastává krize autority rodičů,
- vznikají konflikty s rodiči,
- oslabení emocionální vazby v rodině,
- důležité jsou vztahy k vrstevníkům, identifikace v různých skupinách,
- rozvíjí se heterosexuální vztahy, flirtování, přátelství, první lásky,

c) osobnost:

- vzniká sebeuvědomování, sebehodnocení,
- zájmy krystalizují, diferencují, prohlubují se,
- jedinec se rozhoduje pro přípravu na budoucí povolání (Vágnerová, 2000).

2.1.2 Období adolescence

Jde o plynulé pokračování puberty, dokončení procesu dospívání. V tomto období, které začíná zhruba v 15 a končí ve 20–22 letech, je postupně dosahována optimální reprodukční zralost. Jedince v tomto období běžně označujeme jako „mladistvé“, „dorost“, „teenegers“ (Lengmeier, 1998).

Hlavní znaky tohoto období:

Tělesný vývoj:

- dokončuje se, růst zpomaluje, zmenšuje se přibývání na váze, tělo nabývá podoby dospělého člověka,
- dokončení koordinace, harmonie pohybu, pohyb se stává ladnějším,
- toto období je považováno za vrchol fyzické výkonnosti (Vágnerová, 2000).

Intelektuální vývoj:

- vrcholí, ale nekončí,
- bývají rozumové výkyvy- nedostatek vědomostí, zkušeností.

Ke konci dospívání vrcholí fluidní inteligence (přirozená bystrost při řešení logických problémů). Je pouze málo závislá na tréninku, na zkušenosti, je tedy do jisté míry vrozená a

rozzvíjí se především zrání mozku. Díky vysoké fluidní inteligenci (která kolem čtyřicátého roku začíná klesat) jsou dospívající v diskusích často rovnocennými partnery dospělých, ať už rodičů, učitelů, zdravotníků (Říčan, 2005).

Sociální vývoj:

V tomto období se jedinec osamostatňuje, dochází k „ psychické dospělosti“ projevující se výběrem a volbou povolání, osamostatněním se od rodičů, získáním emocionální rovnováhy s převahou pozitivních pocitů, racionálním a objektivním posuzováním situací, zařazením se do společnosti, vytvořením vlastních názorů, postojů, morálního kodexu, přiměřeným trávením volného času.

Proces hledání vlastní identity je velmi složitý, adolescent hledá odpovědi na otázky typu „kdo jsem?“, „čím jsem výjimečný?“, „proč tady jsem?“. Jedná se o proces plný experimentování, pokusů, omylů, nacházení i ztrát. Hledání nových jistot, svého místa v životě, ve společnosti (Vágnerová, 2000).

V posledních letech se v rozvinutých evropských a amerických zemích urychlil nástup dospívání. Děti začínají dospívat dříve nejen po stránce tělesné, ale také rozumové a emoční. S tím souvisí zvýraznění rozdílů v těchto oblastech u dospívajících (Langmeier, 1998).

Důležité je, aby zdravotníci měli při práci s dětmi této věkové skupiny na mysli, že psychický i sociální vývoj u nich bývá mnohdy velmi rozdílný, a volili individuální přístup.

2.2. Předoperační péče

2.2.1 Operace a operační zátěž

Operace je závažným zásahem do lidského organismu, zvláště operační zákroky déletrvajícím a v celkové anestézii. Jedná se nejen o zásah po stránce somatické, ale také o zátěž psychickou. Přičemž období psychické zátěže se časově nekryje s obdobím zátěže anatomické a patofyziologické.

Už v době před přijetím k plánovanému operačnímu zákroku se objevují u pacientů obavy týkající se samotného zákroku i pobytu v nemocnici. Toto musíme mít také na mysli při příjmu k plánované operaci. Zvláště citlivé a pro zdravotníky velmi náročné je navázání kontaktu s dětmi. Ty vyžadují především trpělivost, laskavý a individuální přístup (Hrabovský, 1996).

Předoperační a pooperační reakce organismu jsou závislé na řadě faktorů—na předoperační přípravě, celkovém stavu nemocného před operací, přidružených onemocněních, věku pacienta, rozsahu operačního zákroku, ztrátě krve při operaci, době operačního zákroku a vedení anestézie.

Operační zátěž je také dána zátěží a změnou funkce centrální nervové soustavy a systémů a orgánů podílejících se na homeostáze. U nemocných dochází v různém rozsahu k poruše metabolismu a k uvolnění řady hormonů, jako jsou katecholaminy a kortikoidy.

Operační zátěž se může také projevit snížením obranyschopnosti organismu pacienta v pooperačním období (Vyhnálek, 1997).

2.2.2 Příprava nemocného před operačním zákrokem

Předoperační příprava začíná již před přijetím na chirurgické, v případě dětských pacientů i na dětské oddělení. Je snaha nemocné operovat co nejdříve, druhý či třetí den po přijetí k plánovanému operačnímu zákroku. Snižuje se tak riziko vzniku nemocniční nákazy (Vyhnálek, 1997).

Obecná příprava nemocného před operačním zákrokem

Obecná příprava nemocného k plánovanému operačnímu zákroku zahrnuje:

- předoperační vyšetření, které se provádí ve spolupráci anesteziologa a konziliářů z jiných oborů, v případě dětského pacienta vyšetření pediatrem,
- úpravu medikace, premedikaci před operačním zákrokem,
- přípravu zažívacího traktu, kde rozlišujeme přípravu u pacienta, který nepodstupuje výkon na střevě a pacienta, který výkon na střevě podstupuje (a to s volnou střevní pasáží, s částečnou obturací pasáže a s těsnou stenózou),
- profylaktické podání antibiotik,
- objednání transfúzních přípravků,
- přípravu kůže,
- podle rizika již předoperačně zahajujeme prevenci tromboembolické nemoci,
- tam, kde je nutné sledovat výdej tekutin nebo u výkonů v pánvi zavádíme močovou cévku,
- kanylaci.

U rizikových skupin pacientů předoperační přípravu upravujeme dle základního onemocnění (Šmejkal, 2002).

Psychická příprava nemocného před operačním zákrokem

K celkové předoperační přípravě nemocného také patří psychická příprava. Začíná již při prvním setkání s nemocným a podílí se na ní veškerý zdravotnický personál. Důležité je, aby přístup lékaře a sestry budil u nemocného důvěru.

Lékař informuje nemocného o druhu operace, způsobu přípravy a pooperačním průběhu. U dětí je nutná spolupráce s rodiči a poskytování informací přizpůsobených věku dítěte, jeho momentálnímu psychickému stavu a jeho psychickým vlastnostem.

Úlohou sestry je seznámit nemocného s předoperační přípravou a ošetrovatelskou péčí po operačním zákroku. Je s nemocným v bezprostředním kontaktu, musí být tedy profesně na takové výši, aby byla schopná přiměřenou formou odpovídat na dotazy týkající se operačního zákroku. V předoperační přípravě u dětí se uplatňují i jiní pracovníci, jako jsou

herní terapeuti, kontaktní sestry, učitelky mateřských škol při dětských odděleních, psycholog a jiní.

2.3. Psychické faktory související s operačním zákrokem

2.3.1 Stres

Slovo stres se poprvé objevilo v ošetrovatelské literatuře v padesátých letech minulého století, přesněji v roce 1956. Postupně se ukázalo, že stres a zdraví jsou od sebe navzájem neoddělitelné. Vlivem stresu na zdravotní stav se začaly zabývat i jiné obory zabývající se zdravím lidí. Začaly zkoumat vztahy mezi stresem a zdravím. Díky výzkumům v této oblasti se zjistilo, že stres a jeho zvládnutí patří mezi důležité faktory ovlivňující zdraví.

Teoretické vysvětlení stresu lze rozdělit do tří typů:

- stres jako reakce organismu
- stres jako podnět pro organismus
- stres jako transakce mezi organismem a prostředím.

S pohledem na stres jako na reakci organismu přišel lékař Hans Selye, zabývající se stresem z fyziologického a medicínského pohledu. Podle Selye je stres reakce organismu na škodlivé podněty, které přicházejí buď z organismu samotného nebo z jeho okolí. Definoval stres jako „nespecifickou reakci těla na škodlivé podněty.“ Fyziologická reakce na škodlivý stimul je vždy táž–GAS všeobecný adaptační syndrom. Své závěry rozšířil ještě o negativně i pozitivně laděné zážitky (distres a eustres), které mohou být spouštěny nebo moderovány kognitivními faktory. Selye předpokládá, že stres ubírá člověku jeho zásoby energie, dochází k „opotrebování a rozvracení“ organismu, což může vyústit v různá onemocnění v závislosti na genetických faktorech. Ke zvládnutí zátěže je nutné vzdorovat nebezpečí.

Pohledem na stres jako stimul neboli podnět se začali zabývat v šedesátých letech minulého století především Holmes s Rahe. Stres je tu chápán jako „životní událost“, která vyžaduje adaptační úsilí. Hlavním předpokladem modelu chápajícího stres jako stimul je, že příliš mnoho životních změn zvyšuje zranitelnost jedince a jeho náchylnost k somatickému nebo duševnímu onemocnění.

Transakční model stresu vytvořil a empiricky ověřil sociální psycholog Richard Lazarus. Říká, že stres je výsledkem vzájemného působení odehrávajícím se mezi jedincem a jeho prostředím. Je tedy souborem kognitivního hodnocení, stresových emocí, zvládacích strategií

a přehodnocení. Jedinec prožívá stres pokud požadavky určité situace výrazně zatěžují nebo přesahují zdroje daného jedince a současně jedinec očekává, že mu hrozí nebezpečí. Zdravotní důsledky stresu rozděluje na krátkodobé a dlouhodobé. Mezi krátkodobé patří sociální fungování ve specifických situacích během pozitivních a negativních emocí vyvolaných stresorem a somatické zdraví projevující se symptomy, jež byly navozeny stresovou situací. Dlouhodobé zahrnují sociální fungování, morálku a somatické zdraví. Zvládání zátěže v této teorii je definováno jako jedincovo úsilí snížit vnímané nebezpečí nebo jako snaha zmírnit emoce vyvolané stresem (Lyon, 2000).

2.3.2 Strach a úzkost

Strach se definuje jako nepříjemný prožitek vázaný na určitý objekt nebo situace, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Je tedy reakcí na poznané nebezpečí a má signální a obrannou funkci (Matějček, 1992).

Strach bývá z ohrožení a to vnějšího (například strach z bolestivého výkonu) nebo vnitřního (například strach, že něco nezvládneme, na něco nestačíme).

Úzkost je strach bez předmětu, jedinec má strach a neví z čeho, má pocit, že by s ním měl něco udělat (Hartl, Hartlová, 2000).

Oproti strachu je pro úzkost typické, že si jedinec blíže neuvědomuje konkrétní objekt nebo situaci, které ji vyvolávají a bývá vedle napětí také doprovázena bezradností, někdy i panikou. Je tedy reakcí na tušené a neznámé nebezpečí a bývá zpravidla nepříjemnější než strach neboť očekávání něčeho špatného je častokrát horší než úzkost sama.

Strach a úzkost od sebe nelze přesně odlišit, jsou navzájem propojené (Vymětal, 2004).

Strach znamená, že máme představu o tom, co nás ohrožuje, možná i odraz toho co se stane, jestliže nebezpečí nebude odvráceno. Tyto představy jsou tím, co způsobuje, že cítíme strach. Člověk je tedy ve strachu oslovitelný argumenty, je schopen vážít cestu k odvrácení nebezpečí.

Naopak úzkost neútočí na utváření představy, ale především na vůli. V úzkosti již vůle není řízena, člověk nebývá pánem svých činů, začne se chvět nebo strne. Nebývá oslovitelný argumenty či radami. Objektivní zvažování situace se vytratilo. Obecně lze tedy říci,

že ve strachu se stává jedincův vztah ke světu bdělejší a intenzivnější, ale v úzkosti je komunikace mezi člověkem a světem přerušena.

Úzkost může vyvolat negativní tělesné projevy, jako jsou zblednutí, studený pot, zpomalený srdeční tep, až ztuhnutí údu hrůzou, ochromené vědomí až mdlobu.

Strach zpravidla mizí, když nebezpečí pominulo, úzkost provází člověka často dlouhou dobu.

V dospívání hraje úzkost velkou roli. Mladistvý se stává tím, kým se chce stát. Formuje vlastní osobnost, ta ale ještě není utužena, není chráněna před nástrahami světa. Setkáním se světem bývá často zraňován. Zbavil se dětského chování, které mu doposud dávalo jistotu a ještě se neumí všem vnějším vlivům bránit tolik jako dospělý. Úzkost mladistvého věku vnímáme nejen jako úzkost z rozloučení, ale zároveň jako úzkost ze setkání. Mladistvý se snaží najít si své místo ve světě, hotový svět dospělých mu nepřipadá zajímavý, hledá život, v němž by mohl realizovat vlastní bytost (Schneider,2005).

Operační zákrok je vnímán u dospívajících, ale i jiných věkových skupin, jako výrazný stresogenní faktor. Dospívající se ocitá v cizím prostředí a čeká jej něco neznámého. Ke snižování stresu před operačním zákrokem mohou přispět rodiče i zdravotníci poskytováním informací přiměřených věku dítěte a jeho individuálním zvláštnostem. Důležitý je nejen pohovor zdravotníků se samotným dospívajícím, ale i s jeho rodiči, kteří znají jeho psychické vlastnosti, projevy a chování.

Podle informací získaných od rodičů a podle pozorování dospívajícího pacienta v době seznámení se s ním zjišťují, jaký zvolit způsob předoperační informovanosti tak, aby co nejvíce snížili obavy a úzkost.

2.4. Dítě a bolest

Převážná většina operačních zákroků je spojená s pociťováním bolesti. Úkolem zdravotníků je na bolest připravit, snížit strach z bolesti, sledovat bolestivé projevy a účelně je tlumit.

2.4.1 Definice bolesti

„Bolest je signálem skutečného nebo potencionálního poškození tkáně.“(Merskey, 1967)

„Bolest je nepříjemným sensorickým a emocionálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takového poškození.“ (Brannon a Feist, 1997)

2.4.2 Druhy bolesti

Rozlišujeme bolest akutní, rekurentní, chronickou a v poslední době věnují odborníci pozornost dalšímu typu bolesti, jímž je procedurální bolest neboli bolest způsobovaná bolestivými výkony.

Akutní bolest u dětí

Jde o bolest relativně krátkou, která plní funkci biologického varovného signálu, bývá chápána jako běžná, fyziologická. Charakter bolesti odpovídá přirozenému průběhu nemoci či obvyklému charakteru poškození dětského organismu, patří sem například bolest při zlomené noze, pořezání se dítěte, odřeninách a podobně. U dítěte vyvolá zážitek bolesti nepříjemné pocity, strach, dochází přechodně k omezení pohybu, komunikace, zájmů. Dítě obvykle vyhledává pomoc dospělých, zkouší i samo různé strategie zvládnutí akutní bolesti (Mareš,1997).

Rekurentní bolest u dětí

Tvoří přechod mezi akutní a chronickou. Jedná se o bolest, která se mění v čase, tedy bolest epizodickou. Obvykle bývá chápána jako bolest psychosomatická, nebývá příliš často symptomem nějakého vážného onemocnění, není jasná příčina bolesti (Mareš, 1997).

Chronická bolest u dětí

Za chronickou bolest je považována bolest trvalá či téměř trvalá, objevující se po dobu alespoň tři po sobě jdoucích měsíců (Palyzová et al., 2006).

Chronická bolest může mít mnoho příčin, nejen somatických. Časté jsou psychogenní příčiny, ať už primární nebo sekundární. Jako například úzkost, deprese. Objevuje se distres vyvolaný razantní terapií, opakujícími se bolestivými výkony.

Léčení je obtížné, u dětí se může objevovat strach, že bolest potrvá celý život, často se naučí spoléhat na zdravotníky a na léky tlumící bolest, obvykle nejsou zdravotníky vedeny k naučení se zvládat bolest samy (Mareš, 1997).

Procedurální bolest u dětí

Tato bolest má souvislost s diagnostickými a terapeutickými výkony. Jedná se o bolest poměrně krátkou, která neplní funkci biologického varovného signálu. Vyvolavatelem této bolesti bývá zdravotník. Čím je dítě starší, tím více je schopno pochopit tuto bolest jako nutný prostředek k léčbě a následnému uzdravení, ale negativní emoce zcela nezmizí. Také velmi záleží na způsobu, jakým je dítě na bolestivý výkon připravováno a způsobu, jak mu zdravotníci pomáhají tyto zátěžové situace zvládat.

Procedurální bolest přináší dítěti poznání, že zdravotníci občas působí bolest, ale ne vždy se snaží pomoci mu tuto bolest zvládnout. Dítě se snaží vyhledat pomoc u rodičů, někdy i zatajuje důležité příznaky nemoci, aby se mohlo vyhnout nepříjemnému zážitku bolesti spojeným s diagnostickými a terapeutickými výkony.

Mladší dítě se snaží bolesti vyhnout, popřípadě nějak uniknout z nepříjemné situace, u starších dětí nastupují konstruktivní strategie zvládnání procedurální bolesti.

V současné době se věnuje značná pozornost psychologické přípravě nemocného na bolestivé výkony a speciálně potom dětského pacienta a to i na složitější zákroky jakými jsou operační zákroky a s nimi spojená pooperační bolest (Mareš, 1997).

2.4.3 Měření bolesti

Měřením bolesti se zabývá dolorimetrie. K měření bolesti používáme metody fyziologické a psychologické.

K fyziologickým metodám patří metody měření evokovaných potencionálů, svalového napětí a zjišťování autonomní nervové činnosti.

K psychologickým metodám patří hodnocení chování pacienta a metody sebehodnocení, tj. posuzování bolesti pacientem. U pacienta s bolestí se snažíme zjistit, kde to bolí, jak moc to bolí, kdy to bolí, jak to bolí a jak se dá bolest zmírnit, či co ji zhoršuje (Křivohlavý, 2002).

Důležitým zdrojem informací je klinický rozhovor s dětmi i jejich rodiči. Dále se používají různé varianty vizuální analogové škály, kdy děti charakterizují bolest od pojmu „žádná bolest“ až po pojem „nesnesitelná bolest“. Tato škála může mít podobu slovně-grafické škály (kde jsou nabízeny možnosti- žádná bolest, malá bolest, střední bolest, velká bolest, nesnesitelná bolest), která se ukázala být nejvhodnější u věkové skupiny dětí 8–17 let. U dětí, které bezpečně ovládají pojem čísla se používají numerické škály, obvyklé jsou pětistupňové nebo desetistupňové. U starších dětí, které používají formální myšlení, používáme metody, kdy samy píšou do připraveného rámečku jedinou číslici podle určených pravidel (Mareš, 1997).

2.4.4 Psychologické přístupy k léčení bolesti u pubescentů a adolescentů

K metodám léčení bolesti psychologickými způsoby řadíme u vybrané věkové skupiny zejména imaginativní techniky, zákaz myslet na bolest, řešení problémů, hypnózu, rodinnou a skupinovou psychoterapii.

Imaginativní postupy – jedná se o postupy, kdy se dítě soustředí na vyvolání nějakých vnitřních obrazů s bohatým citovým prožitkem.

Zákaz myslet na bolest – dítě se učí vyvolávat pozitivní úvahy, jež dávají do popředí příjemné, užitečné stránky věci.

Řešení problémů – postup k vymezení podstaty problému, vymýšlí se způsoby, jak jej řešit, debatuje se o výhodách a nevýhodách způsobů řešení. Nakonec se vybere to nejlepší a to se podle určitého plánu uskutečňuje a kontroluje se jeho účinnost.

Rodinná terapie – základem je vnímání dítěte jako součásti rodiny vnímané jako sociální systém se všemi svými členy (Mareš, 1997).

Bolest dospívajícího pacienta se může zvyšovat nedostatečnými informacemi o operačním zákroku, délce trvání bolesti po operačním zákroku a o možnostech tlumení bolesti. Velmi záleží na chování zdravotníků, kteří mohou obavy z bolesti zmírnit nebo naopak vystupňovat.

Kladný vliv zdravotníků na tlumení bolesti:

- compliance, kdy je vztah mezi zdravotníky a nemocným naplněn vzájemnou důvěrou,
- dostatečná informovanost nemocného dítěte,
- empatie, což znamená schopnost vcítění se do nemocného,
- haptický kontakt (pohlazení, uchopení za ruku),
- sugestivní působení jako přesvědčování nemocného, že o jeho bolesti víme, dále posilování sebevědomí ve smyslu, že bolest určitě zvládne,
- posilování vlastní aktivity, což znamená povzbuzení, pochvala ze strany zdravotníků,
- ochota vyslechnout nemocného,
- akceptace, což znamená přijetí nemocného dítěte jako partnera v léčebném procesu (Trachtová a kol., 1998).

2.4.5 Pooperační bolest u pubescentů a adolescentů

Zaměříme-li se na pooperační bolest z hlediska jejího tlumení je důležitá znalost rozsahu provedeného operačního zákroku i následné rekonvalescence.

Základní faktory, které musíme brát v úvahu jsou:

- rozsah a intenzita chirurgického výkonu,
- intenzita očekávané bolesti,
- předpokládaný průběh zlepšování zdravotního stavu,
- zdatnost dětského pacienta,
- přání dítěte a jeho rodiny,
- průvodní medicínské a psychologické problémy,
- zkušenosti pečujícího zdravotnického týmu,
- technické možnosti pooperační analgezie,
- prostředí, v němž se dětský pacient nachází.

Pooperační bolest lze tlumit farmakologicky a to léky podávanými celkově nebo místně, fyzikálními a psychologickými metodami. S psychologickými metodami začínáme již v předoperační přípravě. Úlohou lékaře je podat rodičům dospívajícího pacienta informace o výkonu, očekávaném výsledku a případných komplikacích. Informace podávané dítěti je třeba přizpůsobit věku, srozumitelnou formou slovně popsat nebo jednoduše nakreslit nebo ukázat na figuríně, co operace změní v jejich těle a co je čeká v pooperačním období (viz podkapitola 2.4.4) (Mareš, 1997).

2.5. Edukace

Pojem edukace se vysvětluje jako proces výchovy, vzdělávání, předávání informací, výuka nových návyků, dovedností, stereotypů.

2.5.1 Komunikace jako součást edukace

Základem edukace je komunikace.

Komunikace je nevyhnutelnou součástí ošetrovatelské péče, důležitou složkou interakce sestra–pacient. V péči o pacienty se skutečnými i potencionálními zdravotními potřebami má způsob komunikace velký význam. Způsob komunikace může působit pozitivně i negativně.

Mezi pozitivní složky komunikace mezi sestrou a pacientem řadíme:

- účast – je možno chápat jako věnování pozornosti dospívajícímu pacientovi, vyjadřování, že o něj máme zájem,
- naslouchání – znamená být otevřený slovům, myšlenkám, pocitům druhého člověka, ať už je pacient slovně vyjádří či nikoli,
- vnímání – rozumíme schopnost pochopit pacientovo stanovisko,
- zájem o druhého – znamená pomáhat druhému růst a realizovat se,
- objevení – je proces, kdy se pacient zdravotníkovi otevře,
- akceptování – znamená přijímání druhého s jeho pozitivními i negativními aspekty chování,
- empatie – je vcítění se do situace druhého, pochopení, co dělá, jak se cítí,
- autentičnost – znamená opravdovost v komunikaci, člověk je pravdivý při sdělování svých myšlenek, pocitů a zkušeností druhým.

Toto chování zdravotníků navazuje vztah vzájemné důvěry, otevřené komunikace, pohodové spolupráce mezi zdravotníkem a pacientem (Astwort, Stilnell, 1996).

Negativní chování ze strany zdravotníků může navodit negativní reakce pacienta jako jsou nejistota, úzkost, stažení do sebe, nespokojenost, vzdor. Může se zhoršovat pacientův zdravotní stav, komplikovat léčba, pacient se vyhýbá komunikaci, nemluví pravdu.

Mezi negativní složky komunikace můžeme řadit:

- povýšené či podezíravé chování ze strany zdravotníků,
- využívání sociální role,
- podceňování nemocného,
- zavrhování myšlenek nemocného,
- ztrapňování nemocného,
- necitlivé chování k nemocnému,
- záměrné nezdělování pravdy,
- nerespektování nemocného jako partnera.

2.5.2 Vlastní edukace

Důležité v procesu edukace je její zahájení. Začínáme úvodem do edukačního setkání, jímž je zpravidla motivační věta vysvětlující pacientovi cíle výuky.

Důležitým předpokladem pro úspěšnou edukaci je vytvořit vhodné edukační zázemí, prostředí, kde předáváme pacientovi informace, dovednosti, návyky, dále je třeba mít potřebný edukační materiál a pomůcky.

Součástí edukace dospívajícího je i spolupráce s členy jeho rodiny, obvykle rodiči. Zároveň musíme mít vždy na paměti individualitu dětské osobnosti, při edukaci a vůbec práci s dospívajícím se snažíme využívat nejen odborné znalosti a dovednosti, ale také znalosti z vývojové psychologie a informace od blízkých osob dospívajícího pacienta.

Před provedením vlastní edukace je důležité vytvořit si edukační plán, jemu předchází zvolení jeho tématu. Součástí edukačního plánu je anamnéza, stanovení edukační diagnózy, stanovení cílů edukace, které máme kognitivní, psychomotorické, afektivní, dále organizace edukačního plánu, kde bereme v úvahu časovou dotaci, kdo bude edukován a jak bude vypadat obsah edukace. Nedílnou součástí je i záměrné hodnocení.

V edukaci dospívajícího se střídá množství osob. Dospívající pacient je nejprve vyšetřen obvodním pediatrem, který jej z nějakého důvodu posílá k odborníkovi, ať už chirurgovi, ortopedovi, lékaři ORL, očnímu a podobně. V každé z těchto ordinací je obvykle přítomen rodič dospívajícího. Nejsou obecná pravidla pro komunikaci a sdělování informací dospívajícím.

Lékař může po domluvě s rodiči vysvětlit všechno jim a spoléhat na předání informací jejich dítěti přiměřenou formou. Nebo je mladistvý informován přímo lékařem, opět přiměřenou formou a se souhlasem rodičů. Na příjem do nemocnice již přichází více či méně informován. Proto je pro sestru velmi důležité zjistit od rodičů obsah jeho vědomostí a zvláštnosti jeho osobnosti. Podle toho potom sestra v edukaci postupuje. Pokud je na oddělení přítomen edukační plán, měla by se řídit podle něj s přizpůsobením informací podle věku, momentálnímu psychickému a fyzickému stavu pacienta a uvážení rodičů. Provést edukační záznam a dospívajícímu se celé předoperační období věnovat tak, aby snížila jeho strach a úzkost spojené s příjmem do nemocnice a nadcházejícím operačním zákrokem, a tak dosáhla dobré spolupráce dospívajícího pacienta v předoperačním i pooperačním období.

V edukaci může využít i dalších osob, jako jsou herní terapeuti, kontaktní sestry, učitelky mateřských škol při nemocnicích.

Zvláštnosti v edukaci pubescenta

V pubertě dochází k utváření jasné identity o své vlastní roli. Dále se v tomto období uvolňují vazby k rodině a sílí vliv vrstevnických skupin. Ve spolupráci s pubescentem se objevuje problém odporu či ambivalentního postoje vůči autoritě. Z toho vyplývá, že pro praxi je důležité pracovat i s dítětem samotným v nepřítomnosti rodičů. Ale spolupráce s rodiči je považována za neméně důležitou jako u jiných věkových skupin. Je nezbytné, aby dítě mělo dostatek prostoru k otázkám, dále je třeba umožnit mu co nevyšší podíl při rozhodování o postupu léčby. Dítě přijímá odpovědnost, je schopné spolupráce v úkonech týkajících se předoperační přípravy a pooperační péče. Velmi významné v tomto období je tělesné schéma, u pubescentů i malá jizva po operačním zákroku může být silně ohrožující (Říčan, Krejčířová, 1997).

Musíme mít na paměti, že komunikace pubescenta s dospělými se vyznačuje neporozuměním, častokrát i konflikty. Dospívající chce být akceptován jako rovnocenný partner, pokud má pocit, že tomu tak není, přestává komunikovat nebo provokuje, často reaguje vztahovačně a přecitlivěle (Vágnerová, 2000).

Zvláštnosti v edukaci adolescenta

V tomto období dochází k dotváření identity mladistvého a vazby k rodině nadále slábnou. Pro dospívajícího se stává středem zájmu sexuální oblast, o které nemají ještě dostatečné znalosti, ostýchají se zeptat rodičů i zdravotníků. Řada operačních zákroků v nich může znamenat výrazný stres i z obavy ohrožení reprodukční schopnosti apod. V tomto věku

musíme intenzivní péči věnovat především tam, kde operační zákrok povede k více či méně trvalému omezení funkcí. Musíme mít na paměti, že dospívající velmi snadno upadají do deprese a je zde vážné riziko suicida (Říčan, Krejčířová, 1997).

Komunikace s adolescenty pomalu začíná pozbývat znaků typických pro pubescenty (hlučnost, teatrálnost). Vyznačuje se opravdovostí (Vágnerová, 2000).

Na celé období dospívání je třeba pohlížet jako na období zvýšené zranitelnosti a snížené odolnosti vůči stresu. Při spolupráci s dospívajícími jej musíme plně respektovat, protože kvalitní komunikace se zdravotníky a podrobná informovanost pacienta jsou pro zvládnutí operačního zákroku a vůbec nemoci rozhodující (Říčan, Krejčířová, 1997).

2.5.3 Příklad edukačního plánu u dospívajícího před plánovaným operačním zákrokem

Edukační plán je v přípravě dospívajících pacientů na operační zákrok velice důležitý. Díky němu máme kontrolu, jaké informace dospívající od zdravotníků získává a je-li na zákrok a dobu kolem něj náležitě připraven. Považuji tedy za důležité ve své práci příklad edukačního plánu uvést. Vzhledem k tomu, že jsem v dostupné literatuře vhodný edukační plán zabývající se obecně přípravou dospívajících před plánovaným operačním zákrokem nenašla, pokusila jsem se o vytvoření vlastního plánu, který zde uvádím.

TÉMA: Získání nebo obnovení informací o předoperační přípravě, vlastním operačním zákroku a pooperační péči u daného operačního zákroku.

1. ANAMNÉZA:

Viš, proč jdeš na operaci?

Viš, jak bude operace probíhat?

Viš, jak budeš připraven na operační zákrok?

Viš, co bude po operaci?

2. DIAGNÓZA:

Možnost neznalosti vlastního onemocnění.

Možnost neznalosti průběhu operace.

Neznalost předoperační přípravy.

Neznalost pooperační péče.

3. CÍL EDUKACE:

Kognitivní:

- *Dospívající ví, z jakého důvodu je v nemocnici.*
- *Dospívající zná nutnost operačního zákroku, součásti předoperační přípravy a pooperační péče.*

Psychomotorický:

- *Dospívající ví, na koho se obrátit s případnými dotazy.*
- *Dospívající ví, jaké postupy použít při zvládnání negativních pocitů spojených s operačním zákrokem.*
- *Dospívající spolupracuje při postupech přípravy k operačnímu zákroku.*

Afektivní:

- *Dospívajícímu se výrazně sníží negativní pocity (strach, úzkost) spojené s operačním zákrokem a pobytem v nemocnici.*
- *Dospívající si uvědomuje nutnost operačního zákroku a vnímá zdravotníky jako někoho, kdo mu v této náročné situaci pomáhá.*

4. ORGANIZACE EDUKAČNÍHO PLÁNU:

Časová dotace:

- *při příjmu na oddělení minimálně 1/2 hodiny,*
- *během provádění běžných ošetrovatelských úkonů u pacienta po celou dobu před operačním zákrokem.*

Kdo bude edukován?

- *dospívající, případně i jeho rodiče.*

Pomůcky:

- *videokazety,*
- *papír+ tužka,*
- *u mladších dětí případně lidský model (figurína, „Petruška“).*

Metody edukace:

- *rozhovor,*
- *demonstrace na modelu,*
- *nákresy,*
- *audiovizuální technika,*

- *odpovědi na dotazy.*

Místo konání:

- *příjmová místnost,*
- *pokoj nemocného,*
- *herna.*

Důležité zajistit klidné prostředí, kde se dospívající bude cítit uvolněný!

Obsah edukace:

Při příjmu pacienta:

- *proč je nutný operační zákrok,*
- *jak probíhá předoperační příprava,*
- *jak probíhá pooperační období,*
- *jak operační zákrok ovlivní další život dospívajícího.*

Během dne se zaměřit na dotazy dospívajícího, na snižování úzkosti a strachu, na opětovné vysvětlování.

3. EMPIRICKÁ ČÁST

3.1.Cíle empirické části

1. Zjistit, jestli se na vybraných pracovištích liší informace, které poskytují zdravotníci dospívajícím osobám před plánovaným operačním zákrokem. Zda poskytované informace mají v zásadě shodnou strukturu, zda jsou na pracovišti zpracovány edukační plány, zda mají zdravotníci na edukaci vymezen časový prostor.
2. Pokud se struktura poskytovaných informací liší, zjistit zda existují rozdíly mezi spokojeností dospívajících s danými informacemi na těchto pracovištích.
3. Zjistit, jestli spokojenost dospívajících se získanými informacemi odpovídá tomu, jak informování dospívajících pacientů posuzují sestry.
4. Zjistit, jestli věk, pohlaví a zkušenosti s operačním zákrokem ovlivňují spokojenost dospívajících se získanými informacemi.
5. Zjistit, zda sestry cítí na svých pracovištích potřebu změny ve způsobu poskytování informací dospívajícím před plánovaným operačním zákrokem.

3.2. Vzorek

Výzkumný vzorek tvořily dvě skupiny osob. První skupinou byly zdravotní sestry a druhou skupinu tvořili dospívající. Výzkum byl prováděn ve dvou nemocnicích na pěti různých odděleních, kde jsou hospitalizovány děti z důvodu plánovaného operačního zákroku. Jedná se o standardní oddělení. Vzorek zdravotních sester je tvořen 58 respondentkami, z nichž 72% jsou dětské sestry a 28% jsou sestry všeobecné. Celkem 60% dotazovaných sester uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, 19% vyšší odborné, 14% specializační, 5% vysokoškolské- Bc. a 2% uvedlo pomaturitní nástavbové vzdělání. Dále 47% sester uvádí délku praxe na oddělení dětské operativy více než deset let, 21% pět až deset let a 32% méně než pět let.

Vzorek dospívajících je tvořen 60 respondenty oslovenými na vybraných odděleních po plánovaném operačním zákroku v celkové anestézii. Jedná se o operační zákroky nevyžadující následnou intenzivní péči. Z dotazovaných dospívajících je 69% chlapců a 31% dívek, přičemž 58% je ve věku 11 až 15 let a 42% ve věku 15 až 20 let a dále 73% jsou dospívající, kteří již v minulosti operační zákrok absolvovali a 27%, kteří byli na operaci poprvé.

Výběr osob byl dán ochotou jednotlivých sester a dospívajících účastnit se výzkumu.

3.3. Použitá metoda

Ke sběru dat jsem použila metodu nestandardizovaného dotazníku.

Vytvořila jsem dva druhy dotazníků, jeden pro sběr dat od sester doplněný o anamnestické údaje a druhý pro sběr dat od dospívajících, rovněž doplněn o anamnestické údaje (viz příloha).

Dotazník určený pro sběr dat od sester:

Dotazníky byly předávány sestrám vrchními sestrami na příslušném pracovišti. Byly anonymní a jejich vyplnění nebylo časově omezeno.

Návratnost dotazníků byla 65% (65 dotazníků ze 100 rozdaných), 7 jich nebylo úplně vyplněno, proto byly pro vyhodnocení nepoužitelné. Použito tedy bylo 58 dotazníků.

Dotazník je tvořen z anamnestické části zjišťující kvalifikaci sester, nejvyšší dosažené vzdělání a délku praxe a z vlastního dotazníku. Ten je tvořen šesti otázkami, přičemž otázka

třetí obsahuje dvanáct položek. Všechny otázky vyjma poslední nabízí přesně dané odpovědi, šestá otázka nabízí možnost otevřené odpovědi. V otázce č. 1, 2, 4 a 5 zjišťují jakým způsobem jsou dospívající na příslušných pracovištích připravováni na operační zákrok. Otázkami č. 3.1 až 3.12 (které korespondují s otázkami č. 1 až 12 v dotazníku určeném pro sběr dat od dospívajících) zjišťují názor sester na dostatek poskytovaných informací dospívajícím na jejich pracovišti v předem stanovených oblastech předoperační a pooperační péče. Otázkou č. 6 zjišťují, jestli sestry cítí na svých pracovištích potřebu změny v informovanosti dospívajících před plánovaným operačním zákrokem. Nechávám tu možnost vyjádření, čili tato otázka je otevřená.

Dotazník určený pro sběr dat od dospívajících:

Dotazníky byly předávány dospívajícím staničními sestrami po předchozí domluvě s vrchními sestrami na příslušných pracovištích. Byly anonymní a jejich vyplnění nebylo časově omezeno.

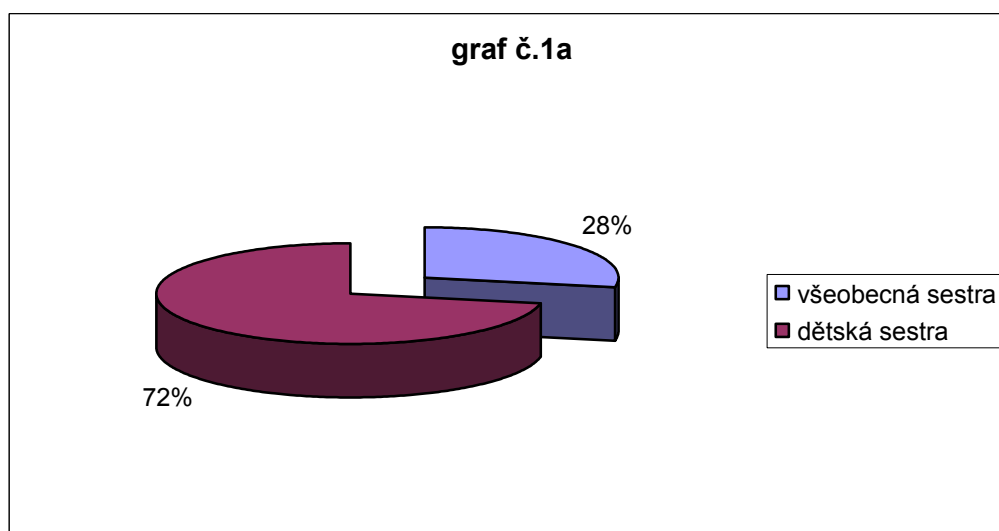
Návratnost dotazníků byla 72% (72 dotazníků ze 100 rozdaných), 12 jich nebylo úplně vyplněno, proto byly při vyhodnocení nepoužitelné. Použito tedy bylo 60 dotazníků.

Dotazník je tvořen z anamnestické části zjišťující věk, pohlaví a zkušenosti s operačním zákrokem a vlastního dotazníku. Ten je tvořen dvanácti otázkami (které korespondují s otázkami č. 3.1 až 3.12 dotazníku určeného pro sběr dat od sester). Škála odpovědí u těchto otázek odpovídá školnímu známkování, kde možnost 1 znamená, že dospívající hodnotí informace získané od zdravotníků v definované oblasti za výborné a možnost 5, že dospívající nezískali od zdravotníků v definované oblasti žádné informace.

3.4. Výsledky výzkumu

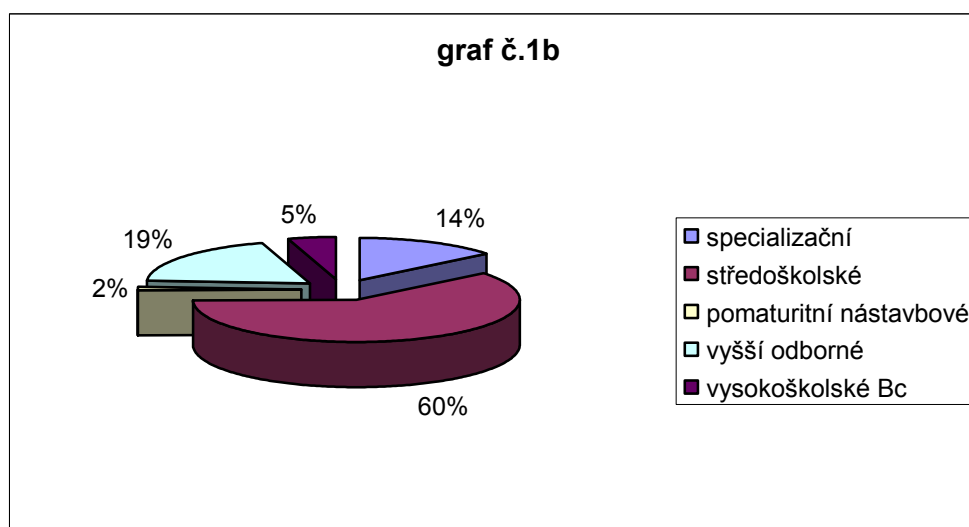
a) vyhodnocení anamnestické části dotazníku určeného pro sběr dat od sester

KVALIFIKACE SESTER



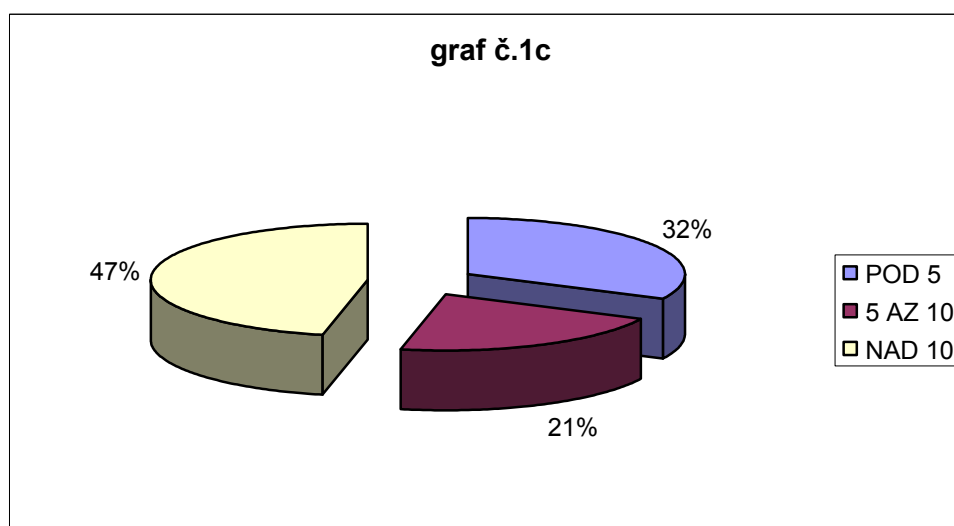
Komentář: 72 % dotazovaných sester má kvalifikaci dětská sestra, 28 % všeobecná sestra. Jiné kvalifikace se na vybraných pracovištích nevyskytovaly.

NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



Komentář: 60 % dotazovaných sester má středoškolské vzdělání, 19% sester uvedlo vzdělání vyšší odborné, 14% specializační, 5% vysokoškolské – Bc. a 2% sester uvedlo pomaturitní nástavbové vzdělání.

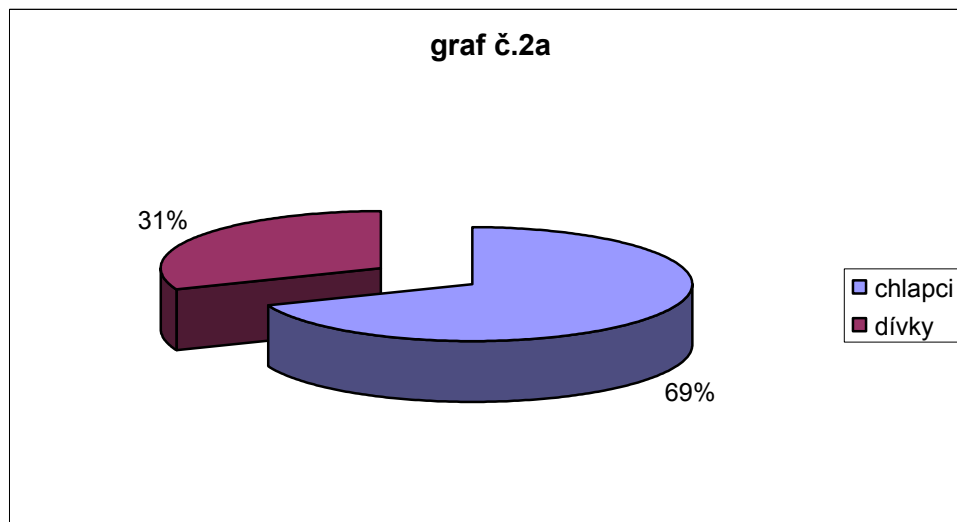
DĚLKA PRAXE NA ODDĚLENÍ DĚTSKÉ OPERATIVY



Komentář: 47% dotazovaných sester uvedlo délku praxe na oddělení dětské operativy více než 10 let, 32% méně než 5 let a 21% 5–10 let.

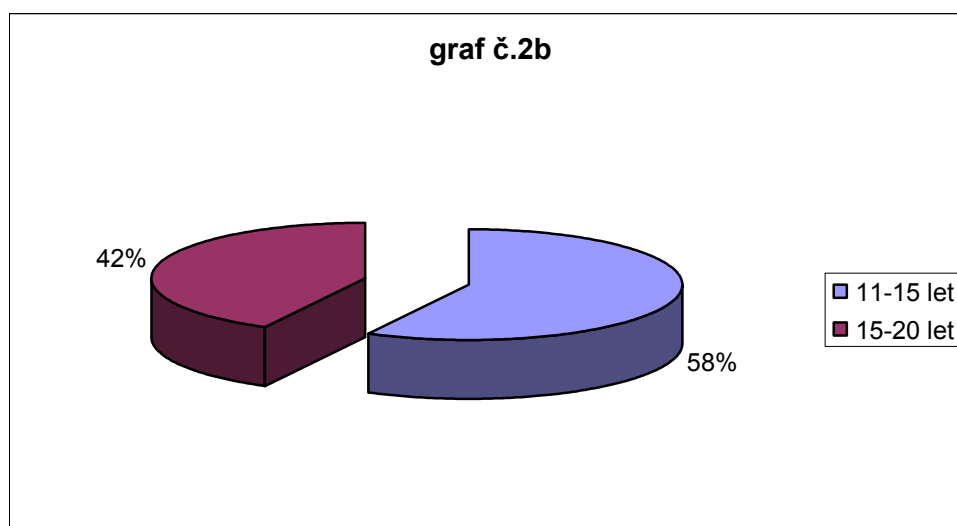
b) vyhodnocení anamnestické části dotazníku určeného pro sběr dat od dospívajících

POHLAVÍ



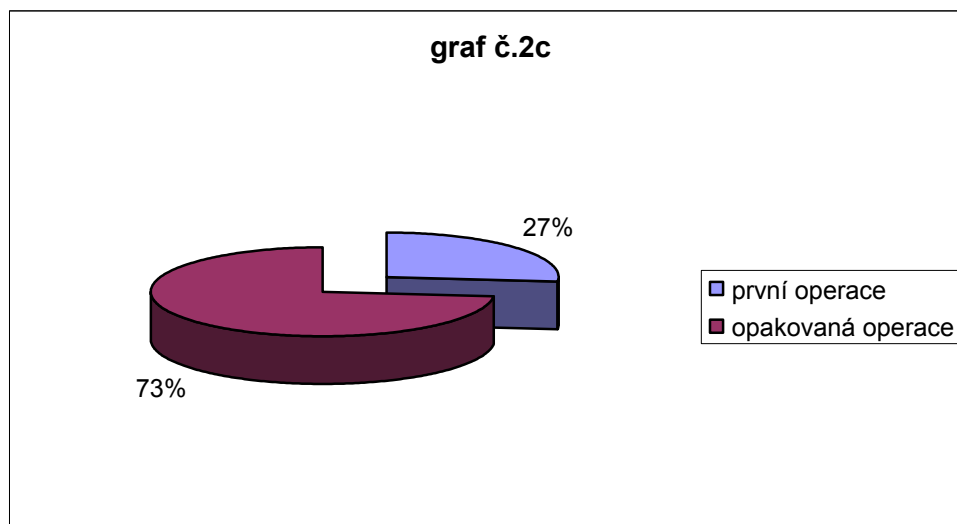
Komentář: 69% z dotazovaných dospívajících jsou chlapci, 31% dívky.

VĚK



Komentář: 58% z dotazovaných dospívajících je ve věku od 11 do 15 let, 42% ve věku od 15 do 20 let.

POČET ABSOLVOVANÝCH OPERACÍ



Komentář: 73 % z dotazovaných dospívajících na operaci již alespoň jednou bylo, 27% dětí uvedlo, že byli na operaci poprvé.

c) CÍL Č. 1**ROZLIŠENÍ POSKYTOVANÝCH INFORMACÍ PODLE VĚKU EDUKOVANÉ OSOBY**

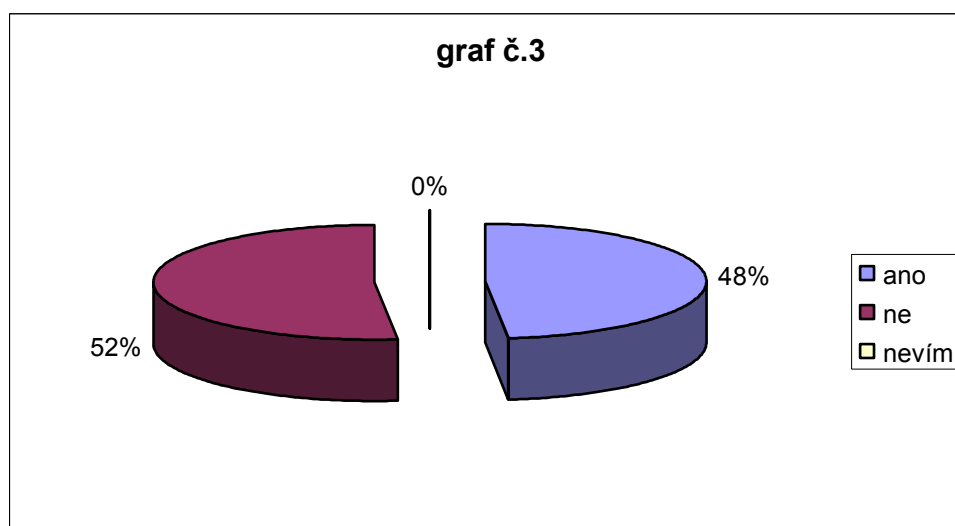
Komentář: 100% dotazovaných sester uvedlo, že na jejich pracovišti rozlišují informace poskytované před plánovaným operačním zákrokem podle věku dítěte, s nímž právě pracují.

PŘÍPRAVA DOSPÍVAJÍCÍCH NA OPERAČNÍ ZÁKROK POMOCÍ DEMONSTRACE

Komentář: 100% dotazovaných sester uvedlo, že na jejich pracovišti dospívající pacienti nepřipravují na operační zákrok pomocí demonstrace.

PŘÍTOMNOST EDUKAČNÍHO PLÁNU NA PRACOVIŠTI

Komentář: 100% dotazovaných sester uvedlo, že na jejich pracovišti nemají edukační plán, podle kterého by postupovaly v edukaci dospívajících před operačním zákrokem.

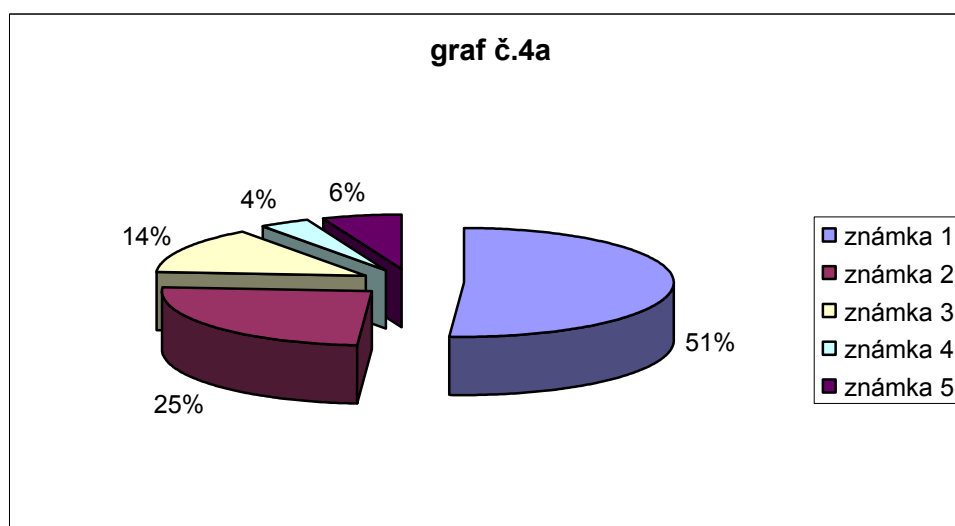
VYMEZENÍ ČASOVÉHO PROSTORU NA EDUKACI

Komentář: 52% dotazovaných sester uvedlo, že na pracovišti nemají vymezený časový prostor na edukaci, 48% uvedlo, že časový prostor na svém pracovišti vymezený mají.

d) CÍL Č. 3

tab.č.1a: ODPOVĚDI DOSPÍVAJÍCÍCH

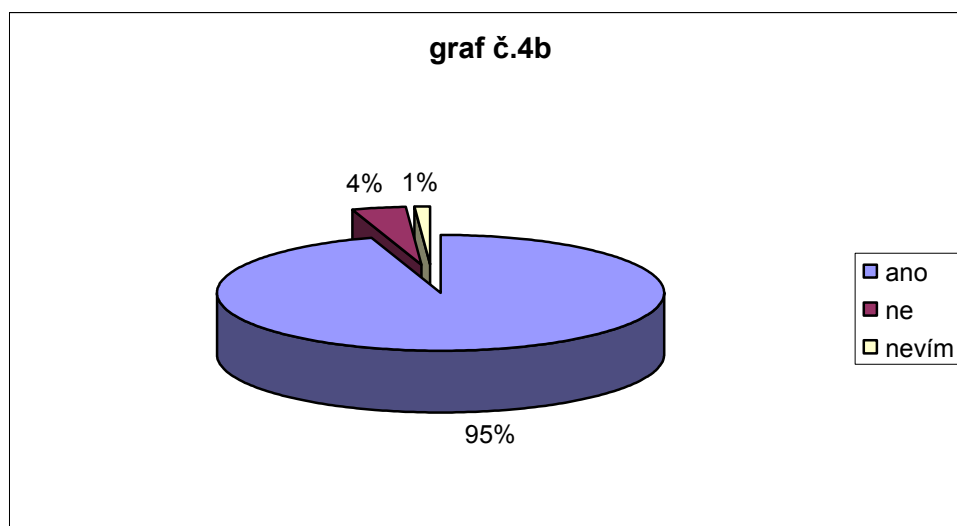
Známka	OT.Č.1	OT.Č.2	OT.Č.3	OT.Č.4	OT.Č.5	OT.Č.6	OT.Č.7	OT.Č.8	OT.Č.9	OT.Č.10	OT.Č.11	OT.Č.12	průměr
1	67%	49%	42%	29%	62%	60%	53%	44%	64%	56%	38%	42%	51%
2	22%	29%	27%	36%	11%	18%	27%	31%	16%	24%	38%	24%	25%
3	9%	13%	13%	20%	18%	13%	13%	4%	9%	7%	22%	22%	14%
4	0%	2%	9%	9%	2%	4%	2%	11%	2%	2%	0%	4%	4%
5	2%	7%	9%	7%	7%	4%	4%	9%	9%	11%	2%	7%	6%
Průměr. známka	1,5	1,9	2,2	2,3	1,8	1,8	1,8	2,1	1,8	1,9	1,9	2,1	1,9
Variační koef.	56%	60%	60%	51%	67%	64%	59%	63%	71%	69%	47%	57%	



Komentář: V 51% dospívající hodnotili získané informace od zdravotníků před plánovaným operačním zákrokem v předem vytyčených oblastech (viz dotazník odebírající data od dětí ot.č. 1–12) známkou 1, ve 25% známkou 2, ve 14% známkou 3, ve 4% známkou 4 a v 6% známkou 5. Průměrná známka získaná z odpovědí na tyto otázky je 1,9. Variační koeficient se pohybuje od 47% do 71%.

tab.č.1b: ODPOVĚDI SESTER

odpověď	OT.č. 3.1	OT.č. 3.2	OT.č. 3.3	OT.č. 3.4	OT.č. 3.5	OT.č. 3.6	OT.č. 3.7	OT.č. 3.8	OT.č. 3.9	OT.č. 3.10	OT.č. 3.11	OT.č. 3.12	průměr
ano	98%	97%	98%	98%	97%	98%	95%	91%	97%	98%	88%	88%	95%
ne	0%	3%	2%	2%	3%	2%	5%	9%	3%	2%	9%	9%	4%
nevím	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	3%	1%



Komentář: v 95% hodnotily sestry informace poskytované dospívajícím před plánovaným operačním zákrokem v předem vytyčených bodech (viz dotazník zjišťující data od sester ot. č.3.1–3.12) jako dostatečné, ve 4% jako nedostatečné a 1% sester nevědělo, jestli jsou tyto informace dostatečné.

TESTOVÁNÍ NEZÁVISLOSTI SPOKOJENOSTI NA TYPU RESPONDENTŮ (DOSPÍVAJÍCÍ A SESTRY)

Pro testování jsem se rozhodla použít chí-kvadrát test. Aby bylo možno tuto metodu použít, bylo nutno provést agregaci pozorování tak, že odpovědi dospívajících se známkou 1 nebo 2 jsou považovány za projev spokojenosti a známky 3, 4 a 5 za projev nespokojenosti se získanými informacemi. A odpověď „nevím“ u sester je považována také spíše za projev nespokojenosti s poskytovanými informacemi. V následujících tabulkách je zachyceno jak skutečně zjištěné průměrné rozdělení spokojenosti dospívajících a sester na položených 12 otázkách (Fx), tak teoretické rozdělení průměrné spokojenosti dospívajících a sester za předpokladu nezávislosti odpovědí na typu respondenta (Fe).

tab.č.1c: **Pozorované průměrné rozdělení spokojenosti podle typu respondenta (Fx)**

	Děti	Sestry	Součet
ANO	46	55	101
NE	14	3	17
Součet	60	58	118

tab.č.1d: **Teoretické průměrné rozdělení spokojenosti podle typu respondenta (Fe)**

	Děti	Sestry	Součet
ANO	51	50	101
NE	9	8	17
Součet	60	58	118

Pomocí chí-kvadrát testu je testována hypotéza, že rozdělení odpovědí se neliší podle typu respondenta (dospívající, sestry).

Použitá chí-kvadrát charakteristika je vypočtena podle následujícího vzorce:

$$\chi^2 = \sum \frac{(Fx - Fe)^2}{Fe} = \frac{(46 - 51)^2}{51} + \frac{(55 - 50)^2}{50} + \frac{(14 - 9)^2}{9} + \frac{(3 - 8)^2}{8} = 6,9$$

95% kvantil chí-kvadrát rozdělení s 1 stupněm volnosti má hodnotu 3,84

Vypočtená hodnota chí-kvadrát charakteristiky je 6,9. Vzhledem k tomu, že je vyšší než 3,84 spadá do tzv. kritického oboru a zamítáme hypotézu, že názory sester na informovanost dospívajících před plánovaných operačním zákrokem jsou totožné s názory

dospívajících. Názory dospívajících pacientů a názory sester se tedy liší. Přesto však u obou dotazovaných skupin převažuje spokojenost s informovaností.

e) CÍL Č. 4

Ovlivnění spokojenosti dospívajících se získanými informacemi věkem respondentů

tab.č.2a: ODPOVĚDI PUBESCENTŮ

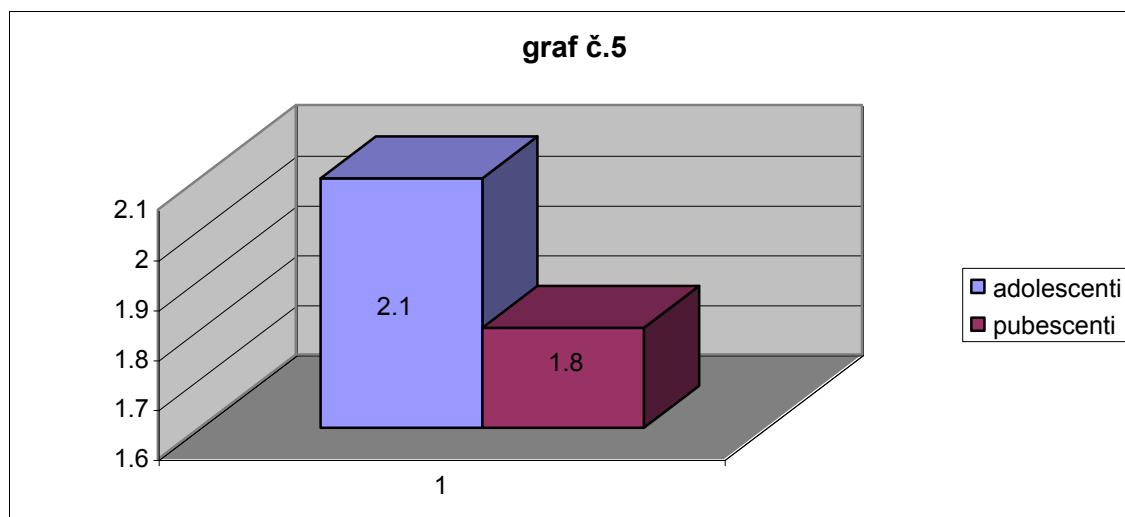
Známka	OT.Č.1	OT.Č.2	OT.Č.3	OT.Č.4	OT.Č.5	OT.Č.6	OT.Č.7	OT.Č.8	OT.Č.9	OT.Č.10	OT.Č.11	OT.Č.12	Průměr
1	73%	62%	50%	27%	65%	62%	42%	46%	65%	65%	42%	35%	53%
2	23%	27%	23%	42%	8%	15%	38%	27%	23%	23%	35%	27%	26%
3	4%	8%	12%	23%	23%	15%	15%	8%	12%	8%	19%	27%	14%
4	0%	0%	15%	8%	0%	8%	4%	15%	0%	0%	0%	4%	4%
5	0%	4%	0%	0%	4%	0%	0%	4%	0%	4%	4%	8%	2%
Průměr.z námka	1,3	1,6	1,9	2,1	1,7	1,7	1,8	2,0	1,5	1,5	1,9	2,2	1,8
Variační koef.	41%	59%	58%	42%	63%	59%	46%	60%	47%	60%	52%	53%	

Komentář: pubescenti hodnotili získané informace v 53% známkou 1, ve 26% známkou 2, ve 14% známkou 3, ve 4% známkou 4 a ve 2% známkou 5. Průměrná známka byla 1,8.

tab.č.2b: ODPOVĚDI ADOLESCENTŮ

Známka	OT.Č1	OT.Č2	OT.Č.3	OT.Č.4	OT.Č.5	OT.Č.6	OT.Č.7	OT.Č.8	OT.Č.9	OT.Č.10	OT.Č.11	OT.Č.12	Průměr
1	58%	32%	32%	32%	58%	58%	68%	42%	63%	42%	32%	53%	47%
2	21%	32%	32%	26%	16%	21%	11%	37%	5%	26%	42%	21%	24%
3	16%	21%	16%	16%	11%	11%	11%	0%	5%	5%	26%	16%	13%
4	0%	5%	0%	11%	5%	0%	0%	5%	5%	5%	0%	5%	4%
5	5%	11%	21%	16%	11%	11%	11%	16%	21%	21%	0%	5%	12%
Průměr.z námka	1,7	2,3	2,5	2,5	1,9	1,8	1,7	2,2	2,2	2,4	1,9	1,9	2,1
Variační koef.	62%	54%	59%	57%	70%	69%	74%	66%	77%	66%	39%	61%	

Komentář: adolescenti hodnotili získané informace ve 47% známkou 1, ve 24% známkou 2, ve 13% známkou 3, ve 4% známkou 4 a ve 12% známkou 5. Průměrná známka byla 2,1.



Komentář: zobrazení průměrné známky u pubescentů a adolescentů.

TESTOVÁNÍ NEZÁVISLOSTI SPOKOJENOSTI NA VĚKU RESPONDENTŮ

Pro testování jsem se rozhodla použít chí-kvadrát test. Aby bylo možno tuto metodu použít, bylo nutno provést agregaci pozorování tak, že odpovědi se známkou 1 nebo 2 jsou považovány za projev spokojenosti a známky 3, 4 a 5 za projev nespokojenosti se získanými informacemi. V následujících tabulkách je zachyceno jak skutečně zjištěné průměrné rozdělení spokojenosti pubescentů a adolescentů na položených 12 otázek (F_x), tak teoretické rozdělení průměrné spokojenosti pubescentů a adolescentů za předpokladu nezávislosti odpovědí na věku respondentů (F_e).

tab.č.2c: **Pozorované průměrné rozdělení spokojenosti podle věku (F_x)**

	Pubescenti	Adolescenti	Součet
ANO	28	18	46
NE	7	7	14
Součet	35	25	60

tab.č.2d: **Teoretické průměrné rozdělení spokojenosti podle věku (Fe)**

	Pubescenti	Adolescenti	Součet
ANO	27	19	46
NE	8	6	14
Součet	35	25	60

Pomocí chí-kvadrát testu je testována hypotéza, že rozdělení odpovědí se neliší podle věku.

Použitá chí-kvadrát charakteristika je vypočtena podle následujícího vzorce:

$$\chi^2 = \sum \frac{(Fx - Fe)^2}{Fe} = \frac{(28 - 27)^2}{27} + \frac{(18 - 19)^2}{19} + \frac{(7 - 8)^2}{8} + \frac{(7 - 6)^2}{6} = 0,38$$

95% kvantil chí-kvadrát rozdělení s 1 stupněm volnosti má hodnotu 3,84

Vypočtená hodnota chí-kvadrát charakteristiky je 0,38. Vzhledem k tomu, že je nižší než 3,84 nelze zamítnout hypotézu, že rozdělení odpovědí se neliší podle věku. Jinak řečeno: dospívající pacienti (bez ohledu na věkové rozdíly) mají obdobné názory.

Ovlivnění spokojenosti dospívajících se získanými informacemi pohlavím respondentů

tab.č.3a: ODPOVĚDI CHLAPCŮ PUBESCENTŮ

Známka	OT.Č1	OT.Č2	OT.Č3	OT.Č4	OT.Č5	OT.Č6	OT.Č7	OT.Č8	OT.Č9	OT.Č10	OT.Č11	OT.Č12	Průměr
1	74%	58%	47%	26%	63%	58%	42%	37%	74%	63%	47%	26%	51%
2	21%	26%	21%	37%	5%	16%	32%	26%	11%	26%	26%	26%	23%
3	5%	11%	11%	26%	26%	21%	21%	11%	16%	11%	21%	32%	18%
4	0%	0%	21%	11%	0%	5%	5%	21%	0%	0%	0%	5%	6%
5	0%	5%	0%	0%	5%	0%	0%	5%	0%	0%	5%	11%	3%
Průměr.z námka	1,3	1,7	2,1	2,2	1,8	1,7	1,9	2,3	1,4	1,5	1,9	2,5	1,9
Variační koef.	43%	61%	58%	43%	64%	56%	48%	56%	53%	46%	57%	50%	

Komentář: chlapci ve věku 11–15 let hodnotili získané informace v 51% známkou 1, ve 23% známkou 2, v 18% známkou 3, v 6% známkou 4 a ve 3% známkou 5. Průměrná známka byla 1,9.

tab.č.3b: ODPOVĚDI DÍVEK PUBESCENTEK

Známka	OT.Č1	OT.Č2	OT.Č3	OT.Č4	OT.Č5	OT.Č6	OT.Č7	OT.Č8	OT.Č9	OT.Č10	OT.Č11	OT.Č12	Průměr
1	71%	71%	57%	29%	71%	71%	43%	71%	43%	71%	29%	57%	57%
2	29%	29%	29%	57%	14%	14%	57%	29%	57%	14%	57%	29%	35%
3	0%	0%	14%	14%	14%	0%	0%	0%	0%	0%	14%	14%	6%
4	0%	0%	0%	0%	0%	14%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	14%	0%	0%	1%
Průměr.z námka	1,3	1,3	1,6	1,9	1,4	1,6	1,6	1,3	1,6	1,7	1,9	1,6	1,5
Variační koef.	35%	35%	46%	34%	51%	67%	31%	35%	31%	81%	34%	46%	

Komentář: dívky ve věku 11–15 let hodnotily informace v 57% známkou 1, ve 35% známkou 2, v 6% známkou 3, v 1% známkou 4 a v 1% známkou 5. Průměrná známka byla 1,5.

tab.č.3c: ODPOVĚDI CHLAPCŮ ADOLESCENTŮ

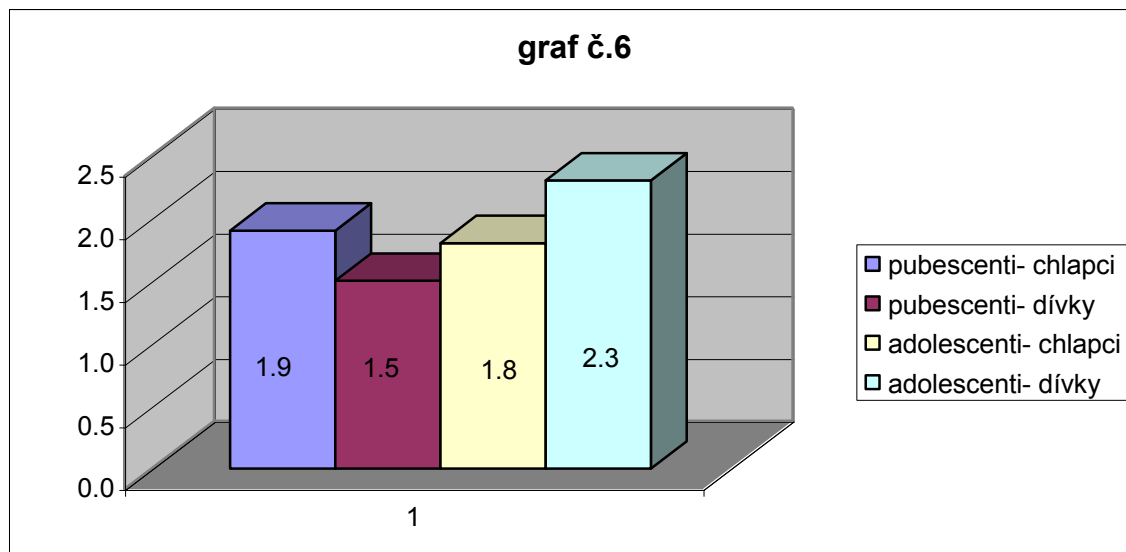
Známka	OT.Č1	OT.Č2	OT.Č3	OT.Č4	OT.Č5	OT.Č6	OT.Č7	OT.Č8	OT.Č9	OT.Č10	OT.Č11	OT.Č12	Průměr
1	67%	33%	33%	42%	75%	67%	83%	50%	75%	58%	33%	58%	56%
2	25%	33%	33%	25%	8%	17%	0%	25%	8%	25%	42%	25%	22%
3	8%	8%	17%	8%	8%	8%	0%	0%	8%	0%	25%	8%	8%
4	0%	8%	0%	17%	8%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%
5	0%	17%	17%	8%	0%	8%	17%	25%	8%	17%	0%	8%	10%
Průměr.z námka	1,4	2,3	2,2	2,2	1,5	1,6	1,6	2,2	1,5	1,8	1,8	1,7	1,8
Variační koef.	51%	70%	69%	70%	69%	77%	96%	82%	81%	83%	50%	74%	

Komentář: chlapci ve věku 15–20 let hodnotili získané informace v 56% známkou 1, ve 22% známkou 2, v 8% známkou 3, ve 3% známkou 4 a v 10% známkou 5. Průměrná známka byla 1,8.

tab.č.3d: ODPOVĚDI DÍVEK ADOLESCENTEK

Známka	OT.Č1	OT.Č2	OT.Č3	OT.Č4	OT.Č5	OT.Č6	OT.Č7	OT.Č8	OT.Č9	OT.Č10	OT.Č11	OT.Č12	Průměr
1	43%	29%	29%	14%	29%	43%	43%	29%	43%	14%	29%	43%	32%
2	14%	29%	29%	29%	29%	29%	29%	57%	0%	29%	43%	14%	27%
3	29%	43%	14%	29%	14%	14%	29%	0%	0%	14%	29%	29%	20%
4	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	14%	14%	14%	0%	14%	5%
5	14%	0%	29%	29%	29%	14%	0%	0%	43%	29%	0%	0%	15%
Průměr.z námka	2,1	2	2,5	2,8	2,5	2	1,8	1,9	2,9	2,9	1,9	2	2,3
Variační koef.	76%	57%	76%	67%	76%	78%	59%	62%	79%	67%	55%	68%	

Komentář: dívky ve věku 15–20 let hodnotily získané informace ve 32% známkou 1, ve 27% známkou 2, ve 20% známkou 3, v 5% známkou 4 a v 15% známkou 5. Průměrná známka byla 2,3.



Komentář: zobrazení průměrné známky u chlapců ve věku 11–15 let, dívek v témže věku, chlapců ve věku 15-20 let a dívek v témže věku.

TESTOVÁNÍ NEZÁVISLOSTI SPOKOJENOSTI NA POHLAVÍ RESPONDENTŮ

Pro testování jsem se rozhodla použít chí-kvadrát test. Aby bylo možno tuto metodu použít, bylo nutno provést agregaci pozorování tak, že odpovědi dospívajících se známkou 1 nebo 2 jsou považovány za projev spokojenosti a známky 3, 4 a 5 za projev nespokojenosti se získanými informacemi. V následující tabulkách je zachyceno jak skutečně zjištěné průměrné rozdělení spokojenosti chlapců a dívek na položených 12 otázek (F_x), tak teoretické rozdělení průměrné spokojenosti chlapců a dívek za předpokladu nezávislosti odpovědí na pohlaví respondenta (F_e).

tab.č.3e: **Pozorované průměrné rozdělení spokojenosti podle pohlaví (F_x)**

	Chlapci	Dívky	Součet
ANO	31	15	46
NE	10	4	14
Součet	41	19	60

tab.č.3f: **Teoretické průměrné rozdělení spokojenosti podle pohlaví (Fe)**

	Chlapci	Dívky	Součet
ANO	31	15	46
NE	10	4	14
Součet	41	19	60

Pomocí chí – kvadrát testu je testována hypotéza, že rozdělení odpovědí se neliší podle pohlaví respondenta.

Použitá chí – kvadrát charakteristika je vypočtena podle následujícího vzorce:

$$\chi^2 = \sum \frac{(Fx - Fe)^2}{Fe} = 0$$

95% kvantil chí- kvadrát rozdělení s 1 stupněm volnosti má hodnotu 3,84

Vypočtená hodnota chí- kvadrát charakteristiky je 0. Vzhledem k tomu, že je nižší než 3,84 nemůžeme zamítnout hypotézu, že odpovědi se neliší podle pohlaví respondenta. Je nutné zmínit, že nebyl dodržen požadavek na výskyt všech teoretických hodnot vyšších než 5, což snižuje vypovídající schopnost testu. Nicméně intuitivně cítíme, že shoda mezi odpověďmi mezi chlapci a dívkami je na první pohled zřejmá a shoduje se se závěry testování.

Ovlivnění spokojenosti dospívajících se získanými informacemi předchozími zkušenostmi s operačním zákrokem

tab.č.4a: ODPOVĚDI PUBESCENTŮ, KTEŘÍ BYLI NA OPERAČNÍM ZÁKROKU POPRVÉ

Známka	OT.Č1	OT.Č2	OT.Č3	OT.Č4	OT.Č5	OT.Č6	OT.Č7	OT.Č8	OT.Č9	OT.Č10	OT.Č11	OT.Č12	Průměr
1	67%	44%	44%	11%	67%	44%	44%	56%	78%	67%	44%	11%	48%
2	33%	44%	44%	67%	0%	22%	33%	11%	11%	22%	33%	22%	29%
3	0%	0%	0%	11%	22%	22%	11%	0%	11%	11%	22%	44%	13%
4	0%	0%	11%	11%	0%	11%	11%	22%	0%	0%	0%	0%	6%
5	0%	11%	0%	0%	11%	0%	0%	11%	0%	0%	0%	22%	5%
Průměr.z námka	1,3	1,9	1,8	2,2	1,9	2	1,9	2,2	1,3	1,4	1,8	3	1,9
Variační koef.	35%	63%	52%	35%	73%	53%	53%	70%	50%	47%	44%	42%	

Komentář: pubescenti, kteří byli na operačním zákroku poprvé hodnotili získané informace ve 48% známkou 1, ve 29% známkou 2, ve 13% známkou 3, v 6% známkou 4 a v 5% známkou 5. Průměrná známka byla 1,9.

tab.č.4b: ODPOVĚDI PUBESCENTŮ, KTEŘÍ JIŽ V MINULOSTI BYLI NA OPERARAČNÍM ZÁKROKU

Známka	OT.Č1	OT.Č2	OT.Č3	OT.Č4	OT.Č5	OT.Č6	OT.Č7	OT.Č8	OT.Č9	OT.Č10	OT.Č11	OT.Č12	Průměr
1	76%	71%	53%	35%	65%	71%	41%	41%	59%	65%	41%	47%	55%
2	18%	18%	12%	29%	12%	12%	41%	35%	29%	24%	35%	29%	25%
3	6%	12%	18%	29%	24%	12%	18%	12%	12%	6%	18%	18%	15%
4	0%	0%	18%	6%	0%	6%	0%	12%	0%	0%	0%	6%	4%
5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	6%	0%	1%
Průměr.z námka	1,3	1,4	2	2,1	1,6	1,5	1,8	1,9	1,5	1,6	1,9	1,8	1,7
Variační koef.	44%	49%	59%	46%	53%	60%	41%	51%	46%	65%	54%	51%	

Komentář: pubescenti, kteří již v minulosti byli na operačním zákroku hodnotili získané informace v 55% známkou 1, ve 25% známkou 2, v 15% známkou 3, ve 4% známkou 4 a v 1% známkou 5. Průměrná známka byla 1,7.

tab.č.4c: ODPOVĚDI ADOLESCENTŮ, KTEŘÍ BYLI NA OPERAČNÍM ZÁKROKU POPRVÉ

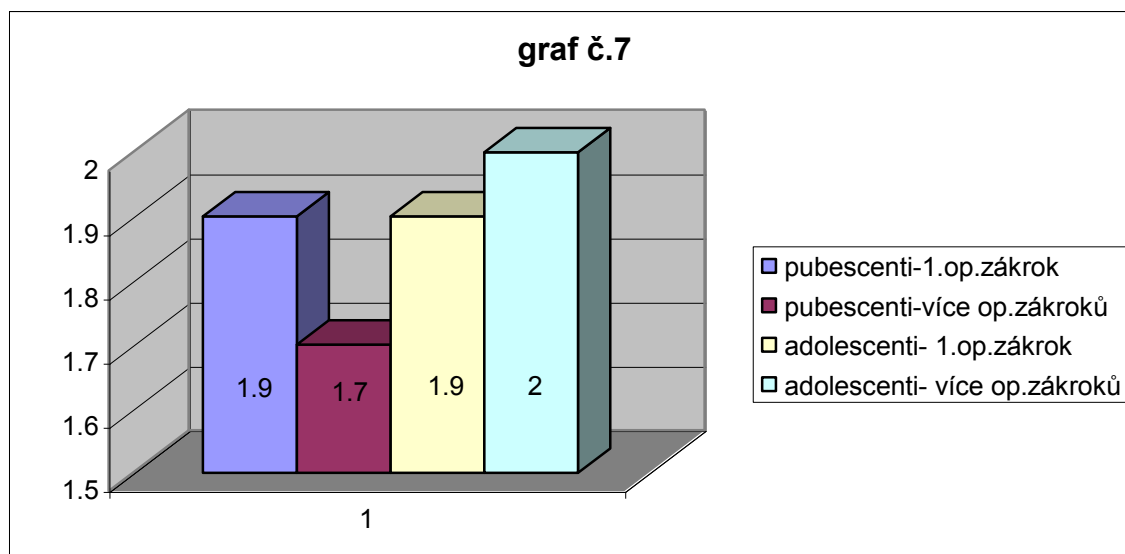
Známka	OT.Č1	OT.Č2	OT.Č3	OT.Č4	OT.Č5	OT.Č6	OT.Č7	OT.Č8	OT.Č9	OT.Č10	OT.Č11	OT.Č12	Průměr
1	33%	33%	33%	33%	67%	100%	33%	0%	33%	67%	0%	33%	39%
2	33%	33%	33%	33%	33%	0%	0%	67%	33%	0%	67%	33%	31%
3	33%	0%	33%	0%	0%	0%	33%	0%	0%	33%	33%	33%	17%
4	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	33%	0%	0%	0%	3%
5	0%	33%	0%	33%	0%	0%	33%	33%	0%	0%	0%	0%	11%
Průměr.z námka	1,8	2,3	1,8	2,3	1,3	1	2,5	2,5	2	1,5	2	1,8	1,9
Variační koef.	72%	99%	72%	99%	53%	0%	93%	87%	87%	79%	65%	72%	

Komentář: adolescenti, kteří byli na operačním zákroku poprvé hodnotili získané informace ve 39% známkou 1, v 31% známkou 2, v 17% známkou 3, ve 3% známkou 4 a v 11% známkou 5. Průměrná známka byla 1,9.

tab.č.4d: ODPOVĚDI ADOLESCENTŮ, KTEŘÍ V MINULOSTI JIŽ BYLI NA OPERAČNÍM ZÁKROKU

Známka	OT.Č1	OT.Č2	OT.Č3	OT.Č4	OT.Č5	OT.Č6	OT.Č7	OT.Č8	OT.Č9	OT.Č10	OT.Č11	OT.Č12	Průměr
1	63%	31%	31%	31%	56%	50%	75%	50%	69%	38%	38%	56%	49%
2	19%	31%	31%	25%	13%	25%	13%	31%	0%	31%	38%	19%	23%
3	13%	25%	13%	19%	13%	13%	6%	0%	6%	0%	25%	13%	12%
4	0%	6%	0%	13%	6%	0%	0%	6%	0%	6%	0%	6%	4%
5	6%	6%	25%	13%	13%	13%	6%	13%	25%	25%	0%	6%	13%
Průměr.z námka	1,6	2,2	2,5	2,4	2	1,9	1,5	1,9	2,1	2,4	1,8	1,8	2,0
Variační koef.	71%	59%	68%	63%	76%	73%	75%	75%	88%	73%	49%	71%	

Komentář: adolescenti, kteří již v minulosti byli na operačním zákroku hodnotili získané informace ve 49% známkou 1, ve 23% známkou 2, ve 12% známkou 3, ve 4% známkou 4 a ve 13% známkou 5. Průměrná známka byla 2.



Komentář: zobrazení průměrné známky u pubescentů a adolescentů, kteří byli na operačním zákroku poprvé a u pubescentů a adolescentů, kteří již v minulosti byli na operačním zákroku.

TESTOVÁNÍ NEZÁVISLOSTI SPOKOJENOSTI SE ZÍSKANÝMI INFORMACEMI NA PŘEDCHOZÍCH ZKUŠENOSTECH S OPERAČNÍM ZÁKROKEM

Pro testování jsme se rozhodla použít chí- kvadrát test. Aby bylo možno tuto metodu použít, bylo nutno provést agregaci pozorování tak, že odpovědi dospívajících se známkou 1 nebo 2 jsou považovány za projev spokojenosti a známky 3, 4 a 5 za projev nespokojenosti se získanými informacemi. V následující tabulkách je zachyceno jak skutečně zjištěné průměrné rozdělení spokojenosti dospívajících na položených 12 otázek (Fx), tak teoretické rozdělení průměrné spokojenosti dospívajících za předpokladu nezávislosti odpovědí na předchozích zkušenostech s operačním zákrokem (Fe).

tab.č.4e: **Pozorované průměrné rozdělení spokojenosti podle předchozích zkušeností s operačním zákrokem (Fx)**

	1. operační zákrok	Opakovaný op. zákrok	Součet
ANO	12	34	46
NE	4	10	14
Součet	16	44	60

tab.č.4f: **Teoretické průměrné rozdělení spokojenosti podle předchozích zkušeností s operačním zákrokem (Fe)**

	1. operační zákrok	Opakovaný op. zákrok	Součet
ANO	12	34	46
NE	4	10	14
Součet	16	44	60

Pomocí chí-kvadrát testu je testována hypotéza, že rozdělení odpovědí se neliší podle pohlaví respondenta.

Použitá chí-kvadrát charakteristika je vypočtena podle následujícího vzorce:

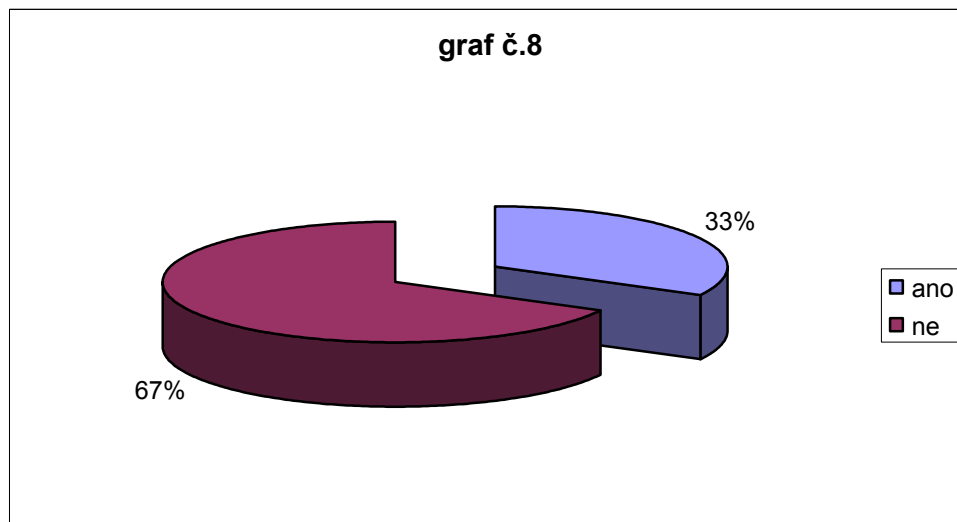
$$\chi^2 = \sum \frac{(F_x - F_e)^2}{F_e} = 0$$

95% kvantil chí-kvadrát rozdělení s 1 stupněm volnosti má hodnotu 3,84

Vypočtená hodnota chí- kvadrát charakteristiky je 0. Vzhledem k tomu, že je nižší než 3,84 nemůžeme zamítnout hypotézu, že odpovědi se neliší podle předchozích zkušeností s operačním zákrokem. Je nutné zmínit, že nebyl opět dodržen požadavek na výskyt všech teoretických hodnot vyšších než 5, což snižuje vypovídající schopnost testu.

f) CÍL č. 5

POTŘEBA ZMĚN



Komentář: 67% sester uvedlo, že na jejich pracovišti není nic, co by chtěly v informovanosti dospívajících před plánovaným operačním zákrokem změnit, 33% sester uvedlo potřebu změny.

3.5. Diskuse

CÍL Č. 1– Zjistit, jestli se na vybraných pracovištích liší informace poskytované dospívajícím před plánovaným operačním zákrokem v předem stanovených bodech.

Smyslem tohoto zjištění je porovnat předoperační přípravu dospívajících na pěti různých pracovištích, kde byly rozdávány dotazníky použité pro tento výzkum. Srovnání bylo provedeno podle položených otázek 1, 2, 4 a 5 v dotazníku určeném pro sběr dat od sester. Jedná se o otázky zjišťující, jestli se na daném oddělení přizpůsobují informace věku edukovaných pacientů, jestli jsou dospívající připravováni na operační zákrok pomocí demonstračních metod, jestli mají na odděleních vypracované edukační plány a přesně vymezený časový prostor pro edukaci.

Celkem 100% dotazovaných sester uvedlo, že na jejich pracovišti přizpůsobují informace věku dospívajících s nimiž právě pracují.

Všech 100% dotazovaných sester uvedlo, že na jejich pracovišti nepřipravují dospívající na plánovaný operační zákrok pomocní demonstrace.

Celkem 100% dotazovaných sester uvedlo, že na jejich pracovišti nemají edukační plán, podle kterého by postupovaly v edukaci dospívajících před plánovaným operačním zákrokem.

Z výsledků šetření tedy vyplývá, že v poskytování informací dospívajícím před plánovaným operačním zákrokem na mnou vybraných pracovištích v těchto bodech není rozdíl.

52% dotazovaných sester uvedlo, že na pracovišti nemají vymezený časový prostor na edukaci dospívajících před plánovaným operačním zákrokem, 48% sester uvedlo, že časový prostor na svém pracovišti vyčleněný mají. Ovšem sestry ze stejného pracoviště na tuto otázku odpovídaly rozlišně. Domnívám se tedy, že každá sestra má na dostatek časového prostoru jiný názor, nesouvisí to s organizací práce na daném pracovišti. Mohu tedy i v tomto případě usuzovat na stejné podmínky pro poskytování informací dospívajícím.

Z výsledků šetření se mohu domnívat, že na mnou oslovených pracovištích nepostupují v edukaci dospívajících před plánovaným operačním zákrokem podle předem připravených standardů. Dospívající jsou informováni nahodile v závislosti na individuálním přístupu každého zdravotníka. Toto vnímám jako nedostatek, protože se domnívám, že dospívající mohou získávat od různých zdravotníků rozdílné informace. Tyto informace mohou i nemusí

být kvalitní a pacient také nemusí získat informace téměř žádné. Domnívám se, že na pracovištích, kde mají vypracované edukační plány, podle nichž postupují v informování dospívajících i jejich rodičů by výzkum ukázal poměrně větší míru spokojenosti dospívajících se získanými informacemi.

CÍL Č.2– Pokud se informace v předem stanovených bodech liší, zjistit rozdíly mezi spokojeností dospívajících s danými informacemi na jednotlivých pracovištích.

Zpracování cíle č. 2 bylo závislé na výsledcích výzkumného šetření v cíli č. 1. Vzhledem k zjištění, že se informace v předem stanovených bodech neliší není třeba se touto otázkou dále zabývat.

CÍL Č. 3–Zjistit, jestli je spokojenost dospívajících se získanými informacemi odpovídá tomu, jak informování dospívajících pacientů posuzují sestry.

Smyslem tohoto zjištění je porovnat spokojenost dospívajících s informacemi získanými od zdravotníků před plánovaným operačním zákrokem se spokojeností sester s informacemi, které poskytují zdravotníci dospívajícím před plánovaným operačním zákrokem na jejich pracovišti. K tomuto cíli jsem použila vyhodnocení odpovědí dospívajících na otázky č. 1–12 v dotazníku určeném pro sběr dat od dospívajících a otázky č. 3.1–3.12 dotazníku určeném pro sběr dat od sester. Tyto otázky spolu korespondují a ptají se na informace o běžných úkonech týkajících se předoperační a pooperační péče.

V 51% dospívající hodnotili získané informace známkou 1, ve 25% známkou 2, ve 14% známkou 3, ve 4% známkou 4 a v 6% známkou 5. Průměrná známka získaná z odpovědí na dané otázky je 1,9. Zajímavý je poměrně vysoký variační koeficient u odpovědí téměř na všechny otázky (v rozmezí od 47% do 71%). Mohu z toho usuzovat na velkou rozdílnost v odpovědích, kterou si mohu vysvětlit tím, že dospívající nejsou informováni všichni jedním a tímž zdravotníkem a tudíž se kvalita i kvantita poskytovaných informací liší, přičemž ještě více rozdílností mezi poskytovanými informacemi dovoluje právě nepřítomnost edukačních plánů či jiných prostředků sjednocujících poskytované informace na daných pracovištích. Dalším důvodem mohou být rozdíly věku, pohlaví a množství operačních zákroků u dotazovaných dospívajících.

Sestry hodnotily v 95% informace poskytované zdravotníky jako dostatečné, ve 4% jako nedostatečné a 1% uvedlo, že neví, jsou-li informace dostatečné.

Ke zjištění, jestli se liší názory dospívajících s názory sester jsem použila chí- kvadrát test. Aby bylo možno tuto metodu použít, bylo nutno provést agregaci zjištěných hodnot tak, že odpovědi dospívajících se známkou 1 nebo 2 jsem považovala za projev spokojenosti a známky 3, 4 a 5 za projev nespokojenosti se získanými informacemi. A odpověď „nevím“ u sester je považována také spíše za projev nespokojenosti s poskytovanými informacemi. Pomocí tohoto testu mohu zamítnout hypotézu, že názory sester na informovanost dospívajících před plánovaným operačním zákrokem jsou shodné s názory dospívajících. Přesto však, podle výše uvedených procentuálních vyjádření získaných hodnot vidíme, že u obou dotazovaných skupin převažuje s informovaností spokojenost.

CÍL Č. 4– Zjistit, jestli věk, pohlaví a předchozí zkušenosti s operačním zákrokem ovlivňují spokojenost dospívajících se získanými informacemi.

Ovlivnění spokojenosti dospívajících se získanými informacemi věkem respondentů.

Pubescenti v 53% hodnotili získané informace známkou 1, ve 26% známkou 2, ve 14% známkou 3, ve 4% známkou 4 a ve 2% známkou 5. Průměrná známka je 1,8.

Adolescenti hodnotili získané informace známkou 1 ve 47%, ve 24% známkou 2, ve 13% známkou 3, ve 4% známkou 4 a ve 12% známkou 5. průměrná známka je 2,1.

Ke zjištění, jestli se liší názory na spokojenost se získanými informacemi v závislosti na věku dospívajících jsem také použila chí-kvadrát test. Aby bylo možno tuto metodu použít opět jsem musela provést agregaci pozorování tak, že odpovědi se známkou 1 nebo 2 jsou považovány za projev spokojenosti a známky 3, 4 a 5 za projev nespokojenosti se získanými informacemi. Pomocí tohoto testu nemohu zamítnout hypotézu, že rozdělení odpovědí se neliší podle věku. Jinak řečeno: dospívající pacienti (bez ohledu na věkové rozdíly) mají obdobné názory.

Ovlivnění spokojenosti dospívajících se získanými informacemi pohlavím respondentů.

Chlapci pubescenti hodnotili získané informace v 51% známkou 1, ve 23% známkou 2, v 6% známkou 3, v 1% známkou 4 a v 1% známkou 5. Průměrná známka byla 1,5.

Dívky pubescentky hodnotily získané informace v 57% známkou 1, ve 35% známkou 2, v 6% známkou 3, v 1% známkou 4 a v 1% známkou 5. Průměrná známka byla 1,5.

Chlapci adolescenti hodnotili získané informace v 56% známkou 1, ve 22% známkou 2, v 8% známkou 3, ve 3% známkou 4 a v 10% známkou 5. Průměrná známka byla 1,8.

Dívky adolescentky hodnotily získané informace v 32% známkou 1, ve 27% známkou 2, ve 20% známkou 3, v 5% známkou 4 a v 15% známkou 5. Průměrná známka byla 2,3.

Také tady jsem použila chí-kvadrát test, opět jsem provedla stejnou agregaci odpovědí. A dále, abych mohla tento test použít, jsem musela srovnávat pouze odpovědi podle pohlaví bez rozlišení věku. Je nutné také zmínit, že zde nebyl dodržen požadavek na výskyt všech teoretických hodnot vyšších než 5, což snižuje vypovídající hodnotu testu, podle kterého nemůžeme zamítnout hypotézu, že odpovědi se neliší podle pohlaví respondenta.

V diskusi o výsledcích výzkumného šetření se chci pozastavit nad poměrně vysokým variačním koeficientem u chlapců adolescentů (v rozmezí od 51% do 96%). Z rozdílnosti v hodnocení chlapců této věkové skupiny usuzuji na velké rozdíly v osobní vyspělosti a v charakterových vlastnostech.

Ovlivnění spokojenosti dospívajících se získanými informacemi předchozími zkušenostmi respondentů s operačním zákrokem.

Pubescenti, kteří byli na operačním zákroku poprvé hodnotili získané informace ve 48% známkou 1, ve 29% známkou 2, ve 13% známkou 3, v 6% známkou 4 a v 5% známkou 5. Průměrná známka byla 1,9.

Pubescenti, kteří již v minulosti byli na operačním zákroku hodnotili získané informace v 55% známkou 1, ve 25% známkou 2, v 15% známkou 3, ve 4% známkou 4 a v 1% známkou 5. Průměrná známka byla 1,7.

Adolescenti, kteří byli na operačním zákroku poprvé hodnotili získané informace ve 39% známkou 1, v 31% známkou 2, v 17% známkou 3, ve 3% známkou 4 a v 11% známkou 5. Průměrná známka byla 1,9

Adolescenti, kteří již v minulosti byli na operačním zákroku hodnotili získané informace ve 49% známkou 1, ve 23% známkou 2, ve 12% známkou 3, ve 4% známkou 4 a ve 13% známkou 5. Průměrná známka byla 2.

Také tady jsem použila chí-kvadrát test, opět jsem použila stejnou agregaci odpovědí. A dále, abych mohla tento test použít, jsem musela srovnávat pouze odpovědi podle předchozích zkušeností s operačním zákrokem bez rozlišení věku. Je nutné také zmínit, že ani zde nebyl dodržen požadavek na výskyt všech teoretických hodnot vyšších než 5, což snižuje

vypovídající hodnotu testu, podle kterého nemůžeme zamítnout hypotézu, že odpovědi se neliší podle předchozích zkušeností s operačním zákrokem. Nicméně podle získaných odpovědí intuitivně cítíme, že shoda mezi odpověďmi dospívajících, kteří byli na operačním zákroku poprvé a kteří již mají zkušenosti s operačním zákrokem je zřejmá, což potvrzuje výsledek chí- kvadrát testu.

CÍL Č. 5 – Zjistit, jestli sestry cítí na svých pracovištích potřebu změny v poskytování informací dospívajícím před plánovaným operačním zákrokem.

Ke zjištění tohoto cíle jsem použila zpracování odpovědí sester na otázku č. 6 v dotazníku určeného pro sběr dat od sester.

67% dotazovaných sester uvedlo, že nemají připomínky k poskytování informací dospívajícím a 33% sester uvedlo, že připomínky mají. Jako negativní vnímají sestry především nedostatek času na edukaci dospívajících, špatnou spolupráci s rodinou a nedostatek informací ze strany lékařů (viz příloha). Zajímavé bylo zjištění, že i tyto sestry hodnotily informace poskytované zdravotníky jako dostatečné, z čehož usuzuji na nedostatečně utříděný názor sester na tuto problematiku.

ZÁVĚR

Záměrem teoretické části bylo charakterizovat psychické faktory související s plánovaným operačním zákrokem u dané věkové skupiny dětí. Upozornit na jejich zvláštnosti biologické, psychické i sociální. Zdůraznit bolest jako jeden z nepříjemných prožitků pocíťovaných v době kolem operačního zákroku a ukázat možnosti nefarmakologického tlumení a odstraňování bolesti u dospívajících. Ukázat důležitost správné komunikace a individuálního přístupu v informovanosti dospívajících před plánovaným operačním zákrokem, jejíž součástí by měla být i edukace podle předem připravených edukačních plánů.

V empirické části jsem se zabývala zjištěním, jakým způsobem získávají dospívající informace před plánovaným operačním zákrokem od zdravotníků na vybraných pracovištích. Zajímalo mě, zda poskytované informace přizpůsobují věku dospívajícího, zda připravují pomocí demonstračních technik, jakými mohou být ukázky na modelu, videozáznamy, zda mají na oddělení vypracované edukační plány a zda mají přesně vyčleněný časový prostor na edukaci. Všech 100% sester uvedlo, že informace přizpůsobují věku dospívajících, se kterými právě pracují, dále stejné procento sester uvedlo, že na odděleních nepřipravují dospívající na výkon pomocí demonstračních metod a nemají vytvořené edukační plány. Celkem 52% sester uvedlo, že na edukaci dospívajících před plánovaným operačním zákrokem nemají přesně vyčleněný časový prostor a 48% uvedlo, že časový prostor vyčleněný mají. Lze tedy obecně říci, že na vybraných pracovištích nepřipravují dospívající na operační zákrok systematicky, z čehož plyne, že dospívající a jejich rodiče získávají informace nahodile podle individuálního přístupu každého zdravotníka a tyto informace mohou být různé kvality i kvantity. V teoretické části jsem uvedla příklad edukačního plánu, podle kterého je možné postupovat v poskytování informací dospívajícím před jakýmkoli plánovaným operačním zákrokem. Výhodou takového edukačního plánu je sjednocení informací poskytovaných zdravotníky dospívajícímu, případně jeho rodičům, a kontrola poskytnutých informací. Bylo by také vhodné mít v ambulancích edukační materiály, které by před příjmem dostávali rodiče, aby věděli, na co dospívajícího ještě v domácím prostředí připravit.

Dalším záměrem empirické části bylo zjistit spokojenost dospívajících s informacemi získanými před plánovaným operačním zákrokem a také jestli je tato spokojenost přímo úměrná s hodnocením sester. Prostřednictvím vyhodnocení odpovědí z nestandardizovaných dotazníků jsem zjistila poměrně velkou spokojenost sester s poskytovanými informacemi

dospívajícím na jejich oddělení. Také u dospívajících převažovala spokojenost. Díky chí- kvadrát charakteristice, kterou jsem použila pro prověření hypotézy, že názory sester na informovanost dospívajících před plánovaným operačním zákrokem jsou totožné s názory dospívajících, jsem ale zjistila, že sestry jsou s informacemi poskytovanými zdravotníky dospívajícím spokojenější než dospívající s informacemi od zdravotníků získanými.

Dále jsem se zaměřila na zjištění, zda je spokojenost dospívajících se získanými informacemi ovlivněná věkem, pohlavím a předchozími zkušenostmi s operačním zákrokem. Odpovědi dospívajících byly v průměrném hodnocení velice obdobné, mohla jsem se tedy domnívat, že názory dospívajících se neliší v závislosti na věku, pohlaví a předchozích zkušenostech s operačním zákrokem. Pro prověření této hypotézy jsem použila opět chí- kvadrát charakteristiku, která mi tuto hypotézu nevyvrátila. Je nutné uvést, že při provádění tohoto testu u rozlišení spokojenosti podle pohlaví a předchozích zkušeností s operačním zákrokem, nebyl dodržen požadavek na výskyt všech teoretických hodnot vyšších než pět, což snižuje vypovídající schopnost testu. Ovšem, jak jsem již výše uvedla, shoda mezi odpověďmi byla na první pohled zřejmá a je ve shodě se závěry tohoto testování.

V neposlední řadě jsem svým výzkumem zjišťovala, zda sestry cítí na svých pracovištích potřebu změny ve způsobu poskytování informací dospívajícím před plánovaným operačním zákrokem. Vzhledem k uvedené vysoké spokojenosti sester s poskytovanými informacemi na jejich pracovišti, i vzhledem k nedostatku systematického sjednocení informací mě odpovědi velice zajímaly. Výsledek výzkumného šetření ukazuje, že 67% dotazovaných sester uvedlo, že nemají připomínky k poskytování informací dospívajícím a 33% sester uvedlo, že připomínky mají. Jako negativní vnímají sestry především nedostatek času na edukaci dospívajících, špatnou spolupráci s rodinou a nedostatek informací poskytovaných dospívajícím ze strany lékařů. Zajímavé bylo zjištění, že i sestry, které cítí potřebu změny na svém pracovišti uváděly kladné hodnocení poskytovaných informací dospívajícím na svém pracovišti (viz příloha).

V úplném závěru své práce bych chtěla uvést důvod zabývání se tímto tématem. Jak jsem se již zmínila v úvodu, každý jedinec vnímá jakýkoli, byť sebemenší, operační zákrok jako zátěžový. Pokud je pacientem dospělý, dokáže si regulovat přísun informací od zdravotníků sám. Zdravotníci se obvykle nezdráhají poskytnout náležitě informace a pokud pacient něčemu nerozumí, zeptá se. Pokud je pacientem dítě předškolního nebo mladšího školního věku, zdravotníci obvykle jednájí s rodiči dítěte a dětem poskytují nejzákladnější informace tak, aby se dítě nebálo a aby si zajistili optimální spolupráci. Dětem jsou poskytovány

regulované informace pomocí různých pracovníků, jakými jsou například herní terapeuti. Ale co když je pacientem dospívající jehož tělesný ani duševní vývoj již obvykle neodpovídá dětskému a ani zdaleka ještě neodpovídá tělesně, psychicky a sociálně vyzrálému jedinci? Co když tento dospívající nechce být informován v přítomnosti rodičů nebo naopak ještě podporu rodičů potřebuje? Jaké informace poskytovat dospívajícímu, který není plnoletý a právně nám poskytování informací jemu nenáleží? Co tomu říká zdravotnická etika? Cílem mé práce bylo nastínit tuto problematiku v globálním náhledu a poukázat na některé dílčí problémy týkající se míry informovanosti dané věkové skupiny a tím přispět k celkovému přehledu o této problematice.

Pro pokračování této práce by bylo zajímavé rozšířit ji o zjištění spokojenosti s poskytovanými informacemi u rodičů dospívajících nebo u samotných operatérů, lékařů, kteří indikují zákrok a sami jej provádí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

1. ALBE- FESSARD, D. *Bolest- mechanismy a základy léčení*. Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-588-2
2. DRVOTA, S. *Úzkost a strach*. Praha: Avicenum, 1971.
3. FERKO, A., VOBOŘIL, Z., ŠMEJKAL, K., BEDRNA, J. *Chirurgie v kostce*. Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0230-4
4. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
5. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 1. a 2.* Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
6. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
7. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
8. LANGMEIER, J., LANGMEIER, M., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyziologie*. H & H, 1998. ISBN 80-7319-016-8.
9. LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. Praha: Avicenum, 1991. ISBN 80-201-0098-7.
10. LYON, B.L. *Stress, Coping, and Health*. Sage Publications 2000. ISBN 0-7619-1821-3

11. MACHAČ, M., MACHAČOVÁ, H. *Psychické rezervy výkonnosti*. Praha: Karolinum, 1991.
12. MAREŠ, J. *Dítě a bolest*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-267-0
13. MAREŠ, J., PEČENKOVÁ, J., SPOUSTOVÁ, V. *Iatropatogenie a sororigenie aneb jak lze poškozovat člověka*. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2002. ISBN 80-86723-00-3.
14. MASON, R.D., LIND, D.A., MARCHA, W.G., *Statistical Techniques in business and economics*, Irwin Mc Graw- Hill, 1999. ISBN 0-07-115808-1
15. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství, systémový přístup 1. díl*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0429-9.
16. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství, systémový přístup 2. díl*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0428-0.
17. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od a do z*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
18. ROGGE, J-U. *Dětské strachy a úzkosti*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-237-8
19. ROKYTA, R. *Bolest*, Praha: Triton, 2006.
20. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-512-2.
21. ŘÍČAN, P. *Psychologie*, Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-923-2.

22. SELYE, H. *Geschichte und Grundzüge des Stresskonzepts*. Berlin: H. Huber Welag, 1981.
23. SEMERÁDOVÁ, I. *Úvod do etiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. ISBN 80-7041-341-7.
24. SCHMIDT, H-D. *Obecná vývojová psychologie*. Praha: Academia, 1978.
25. SCHNEIDER, J. *O smyslu a důležitosti životních krizí*. Fabula, 2005. ISBN 80-86600-27-0.
26. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Lemon 2*. Brno, 1997. ISBN 80-7013-238-8.
27. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Lemon 3*. Brno, 1997. ISBN 80-7013-244-2.
28. ŠEVČÍK, P. *Bolest a možnosti její kontroly*. Brno, 1994. ISBN 80-7013-171-3
29. TATE, P. *Příručka komunikace pro lékaře*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0911-2.
30. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno, 2003. ISBN 80-7013-324-4.
31. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
32. VYHNÁLEK, F. *Chirurgie I pro střední zdravotnické školy*, Praha: Informatorium, 1997. ISBN 80-86073-07-6
33. VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-830-9.

PŘÍLOHY:

Příloha č. 1: Dotazník určený pro sběr dat od sester

Příloha č. 2: Dotazník určený pro sběr dat od dospívajících

Příloha č. 3: Odpovědi sester na otevřenou otázku

Příloha č. 1

Vážené všeobecné sestry (porodní asistentky),

dostává se Vám do rukou dotazník, o jehož vyplnění Vás chci požádat. Dotazník je anonymní a bude použit k vypracování mé závěrečné práce bakalářského studia Ošetřovatelství-pedagogika ve zdravotnictví na Lékařské fakultě v Hradci Králové Univerzity Karlovy v Praze na téma: „Míra informovanosti pubescentů a adolescentů před plánovaným operačním zákrokem“.

Pracuji jako všeobecná sestra na dětském oddělení, kde se s touto problematikou setkávám. Setkávám se také s různými názory na hloubku informací pro danou věkovou skupinu dětí, ráda bych výzkumem zjistila, který z přístupů převládá.

Za Vaši ochotu při vyplňování dotazníku Vám předem děkuji.

V Hradci Králové dne 25. 11. 2005

*Martina Žatečková
studentka 4. ročníku
obor Ošetřovatelství
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Univerzita Karlova v Praze*

Pokyny k vyplnění dotazníku

Před vyplněním si dotazník pozorně přečtěte. Je rozdělen na anamnestickou část a vlastní dotazník.

Při vyplňování postupujte dle následujících pokynů:

Anamnestická část:

- U každé otázky vyberte jednu z nabízených odpovědí a zakroužkujte ji, v případě výběru odpovědi, u které naleznete připravený řádek, doplňte.*

Dotazník:

- U každé otázky vyberte jednu z nabízených odpovědí a zakroužkujte ji. V případě výběru možnosti „ano“ u otázky č. 19 rozveďte prosím svou odpověď na vymezené místo, pokud Vám nebude stačit, použijte zadní stranu dotazníku.*

Vyplněný dotazník vložte do přiložené obálky a odevzdejte jej prosím Vaší vrchní sestře do 20. 12. 2005.

Anamnestické údaje:

1. Jste kvalifikovaná:

- a) všeobecná sestra
- b) porodní asistentka
- c) dětská sestra
- d) psychiatrická sestra
- e) jiné (napíšte)

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) středoškolské (SZŠ)
- b) pomaturitní nástavbové
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské
 - Bc.
 - Mgr.
 - PhDr.
- e) specializační (postgraduální, IDVZP)
- f) ještě studujete (napíšte)

3. Délka Vaší praxe na oddělení dětské operativy:

- a) méně než 5 let
- b) 5–10 let
- c) více než 10 let

Vlastní dotazník:

1. *Přizpůsobujete na Vašem pracovišti informace podávané dospívajícím dětem před plánovaným operačním zákrokem věku dítěte, se kterým pracujete?*

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

2. *Připravujete na Vašem pracovišti dospívající děti (od 11 let) na operační zákrok pomocí demonstrace (ukázka na modelu, videozáznam,...)?*

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

3. *Získává dospívající dítě před plánovaným operačním zákrokem na Vašem pracovišti dostatek informací o:*

3.1. *dietním režimu před operačním zákrokem?*

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

3.2. *dietním režimu po operačním zákroku?*

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

3.3. *vyprazdňování před operačním zákrokem?*

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

3.4. *vyprazdňování po operačním zákroku?*

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

3.5. času a důvodu premedikace?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

3.6. dostupnosti sestry?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

3.7. případné bolesti a možnostech jejího tlumení?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

3.8. pohybovém režimu po operačním zákroku?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

3.9. možnosti návštěv před a po operačním zákroku?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

3.10. možnosti zaměstnání (hra, TV, PC,...) před a po operačním zákroku?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

3.11. *přibližné délce pobytu v nemocnici?*

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

3.12. *případných omezeních souvisejících s operačním zákrokem po propuštění z nemocnice?*

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

4. *Máte na Vašem pracovišti edukační plán, podle kterého postupujete v edukaci dospívajících dětí před operačním zákrokem?*

- a) ano
- b) ne

5. *Máte na edukaci vyčleněn časový prostor?*

- a) ano
- b) ne

6. *Je něco, co byste na Vašem pracovišti v informovanosti dospívajících dětí před plánovaným operačním zákrokem změnila?*

- a) ano (napište)
- b) ne

Příloha č. 2

Milí chlapani a děvčata,

jmenuji se Martina Žatečková, pracuji jako všeobecná sestra na dětském oddělení. Chtěla bych vás poprosit o vyplnění anonymního dotazníku, který potřebuji k napsání své závěrečné práce na vysoké škole.

Statečně jste zvládli operaci a já bych se vás chtěla zeptat, jak jste spokojeni s informacemi, které vám podali před operací v nemocnici zdravotníci (sestry, lékaři).

Chtěla bych tímto zjistit, jestli vám zdravotníci svými informacemi pomohli v nelehké situaci jako je pobyt v nemocnici a operační zákrok.

Za vyplnění dotazníku vám velmi děkuji

V Hradci Králové dne 25. 11. 2005

*Martina Žatečková
studentka 4.ročníku
obor Ošetřovatelství
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Univerzita Karlova v Praze*

Pokyny k vyplnění dotazníku

*Před vyplněním si dotazník pozorně přečtete. Je rozdělen na anamnestickou část (část **A**) a vlastní dotazník (část **B**).*

Při vyplňování dotazníku postupujte dle následujících pokynů:

Část A:

- U každé otázky vyberte jednu z odpovědí a zakroužkujte ji.

Část B:

- Obsahuje 12 bodů, ve kterých je napsáno, co byste měli před operací vědět.

U každého bodu je nabídnutých pět odpovědí. Tyto možnostiberte jako známky ve škole. Zahrajte si na chvíli na učitele a ohodnoťte informace, které jste získali od zdravotníků známkou od 1 do 5.

- Zámka 1 = informace získané od zdravotníků hodnotíte jako výborné*
- Zámka 2 = informace získané od zdravotníků hodnotíte jako velmi dobré*
- Zámka 3 = informace získané od zdravotníků hodnotíte jako dobré*
- Zámka 4 = informace získané od zdravotníků hodnotíte jako špatné*
- Zámka 5 = nedostali jste od zdravotníků žádné informace*

Pokud nebudete něčemu rozumět, můžete se obrátit na sestru nebo se poradte s rodiči.

Po vyplnění dotazníku jej vložte do přiložené obálky a odevzdejte sestře.

A

Anamnestické údaje

U následujících otázek vyber jednu možnost a zakroužkuj ji.

1. Pohlaví:

- a) chlapec
- b) dívka

2. Věk:

- a) 11–15 let
- b) 15–20 let

3. Byl jsi teď na operaci poprvé?

- a) ano
- b) ne

B

Vlastní dotazník

Zhodnot' informace získané od zdravotníků (lékař, sestra) v nemocnici před operací:

1. informace o stravě před operací:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

2. informace o stravě po operaci:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

3. informace o vyprázdnění před operací:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

4. informace o vyprazdňování (močení, stolice) po operaci:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

5. informace o tom, jestli před operací dostaneš léky a proč:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

6. informace, kde najdeš sestru:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

7. informace o tom, jestli Tě bude po operaci něco bolet a jestli se tato bolest dá tlumit:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

8. informace o pohybovém režimu po operaci (kdy budeš moci vstát, dojít si na toaletu,...):

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

9. informace o možnosti návštěv před a po operaci:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

10. informace o možnosti zaměstnání (hra,televize, počítač,...) před a po operaci:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

11. informace o tom, jak dlouho budeš v nemocnici:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

**12. informace o případných omezeních souvisejících s operací po propuštění domů
(nebudeš chodit do školy, sportovat,...):**

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

Příloha č. 3

Vybrané odpovědi sester na otázku č. 6 dotazníku určeného pro sběr dat od sester (Je něco, co byste na Vašem pracovišti v informovanosti dospívajících dětí před plánovaným operačním zákrokem změnila?):

„Více informací od samotných lékařů (operatérů zejména).“

„Věnovala bych víc času každému dítěti individuálně.“

„Dospívající pacienti většinou chápou, co se s nimi bude dít. Přesto když se cokoli řeší, řeší se s rodičem. Je-li dítě při hospitalizaci bez doprovodu, tak se s ním vůbec nekomunikuje.“

„Vyčlenit časový prostor, vypracovat edukační plán.“

„Více času na edukaci.“

„Potřebovali bychom více času na edukaci.“

„Demonstrovat každý zákrok, který dítě čeká na modelu eventuálně pomocí videozáznamu. Více zaměstnávat děti před zákrokem. Děti více združovat, aby svoji odvahu mohly srovnávat s odvahou druhých a nežily si tolik ve svém světě. Během her je poučit, co je čeká.“

„Více časového prostoru, eventuálně možnost demonstrace.“

„Vytvoření edukačního plánu+ jeho zápis do dokumentace.“

„Nedostatek času na informování dítěte, z důvodu nedostatku středoškolského personálu.“

„Větší informovanost od lékařů.“

„Lepší spolupráce s lékaři a lepší komunikace s odbornými pracovišti- ortopedie, chirurgie.“

„Myslím si, že kromě SZP by měli také lékaři podávat dětem více informací. Zdá se mi, že dítě není pro lékaře v tomto směru partnerem a to jak před výkonem, tak i po něm.“

„Větší informovanost pacienta ještě před přijetím na oddělení od lékaře.“