

K behaviorálním pooperačním změnám patří zejména poruchy spánku, separační úzkost, poruchy v příjmu potravy, enuréza a vzdor vůči autoritám (3, 4). Předchozí negativní zkušenost dítěte s operací se obvykle projeví špatnou spoluprací v případě potřeby dalších výkonů. Nutné je zdůraznit, že úzkost dítěte je také významným stresorem pro doprovázejícího rodiče.

Řada nežádoucích následků činí z předoperační úzkosti významný klinický problém, který vyžaduje multioborovou spolupráci. Hlavním cílem tohoto sdělení je popsat současné možnosti prevence vzniku předoperační úzkosti a jejich aplikaci do klinické praxe. Vzhledem k tomu, že řada dětí je k operačnímu výkonu připravována na dětských odděleních, je znalost technik a intervencí k redukci předoperační úzkosti pro pediatra nepostradatelná.

Rizikové faktory zvýšené předoperační úzkosti a její kvantifikace

Identifikace dětí, které jsou ve zvýšeném riziku vzniku úzkosti, je základním předpokladem k optimalizaci jejich předoperační péče. Mezi základní rizikové faktory zvýšené předoperační úzkosti před úvodem do celkové anestezie patří: věk pod čtyři roky, určité rysy temperamentu (plachost, stydlivost, uzavřenost a silná závislost na rodiči) a krátký čas předoperační přípravy. Dalším rizikovým faktorem je silná úzkost rodiče, kterou dítě obvykle vycítí a reaguje stejným způsobem. Negativní zkušenost s předchozí operací nebo hospitalizací rovněž predikuje zvýšenou předoperační úzkost, ale pravděpodobně jen u mladších dětí (3).

V praxi lze hodnotit míru úzkosti dvěma způsoby: sebehodnocením (self-report s vyplněním dotazníku) nebo observačními nástroji. V první zmíněné skupině je za metodu volby k posouzení míry úzkosti považován State-Trait Anxiety Inventory for children (STAIC). Použití STAIC k hodnocení předoperační úzkosti je limitováno zejména jeho rozsahem, kdy vyplnění dotazníku trvá 5–10 minut, což nemusí být na exponovaných pracovištích akceptovatelné. Navíc praxe ukázala, že ačkoliv byl dotazník vytvořen pro děti od pěti let, většině pacientů pod osm let jej musí rodič předčítat a nelze jej tedy použít

Tab. 1. PSAS – Škála separační úzkosti dítěte od rodiče [upraveno podle El Batawi (6)]

Klinický obraz	PSAS
Dítě snadno opouští rodiče	1
Dítě naříká, ale lze jej snadno uklidnit	2
Dítě pláče, a je obtížné oddělení od rodiče	3
Dítě hlasitě pláče, snaží se držet rodiče	4

Klinická interpretace: PSAS skóre 1–2 je považováno za akceptabilní separaci dítěte od rodiče, hodnoty 3–4 znamenají neakcetabilní separaci

Tab. 2. MAS – Škála přiložení obličejové masky [upraveno podle El Batawi (6)]

Klinický obraz	MAS
Dítě je klidné, spolupracuje nebo spí	1
Dítě se bojí masky, ale lze navázat spolupráci	2
Dítě pláče, křičí, bojuje, nutné fyz. omezení	3

Tab. 3. Behaviorální intervence [upraveno podle Heikal (4)]

Typ intervence	Příklady praktického provedení
Předhospitalizační edukace a instruktáž	Pacient a jeho rodiče jsou edukováni prostřednictvím letáků, knih, videí, internetových stránek, sociálních sítí, mobilních aplikací a dalších pomůcek
Psychologická příprava	Předoperační konzultace klinického psychologa
Hry	Hra s vyškoleným personálem, klauni, pohádkové postavy. Použití hraček, hudebních nástrojů
Předoperační návštěva operačního sálu	Seznámení se s operačním sálem, anesteziologickým přístrojem, obličejovou maskou
Relaxační techniky	Dechová a relaxační cvičení, hypnóza
Přátelské prostředí pro děti	Minimalizace počtu personálu na sále, hudba, obrázky, osvětlení
Distrakční techniky	Videohry, virtuální realita, nafukování balonků

u předškolních dětí, které jsou z pohledu předoperační úzkosti nejvíce ohroženou skupinou (5). Nejrozšířenějším observačním nástrojem je modifikovaná Yale preoperative anxiety scale (m-YPAS), kterou lze použít zejména ke zhodnocení efektu anxiolytických intervencí, a to u dětí starších dva roky (4, 5). I přes to, že vyšetření s pomocí m-YPAS trvá přibližně jednu minutu, se tato škála v klinické praxi příliš nerozšířila a své využití našla zejména v klinických studiích při hodnocení účinku anxiolytických intervencí (4). Kvantifikace předoperační úzkosti je obtížná i z důvodu, že se její míra v průběhu času liší. V období před operačním výkonem dosahuje předoperační úzkost svého vrcholu při separaci od rodiče a při přiložení obličejové masky v úvodu do celkové anestezie. Pro tyto specifické situace se používají nejrůznější observační škály, např. Parental separation anxiety scale (PSAS) a Mask acceptance scale (MAS) nebo jejich varianty (tabulka 1 a 2), které jsou vhodné pro zhodnocení jak míry předoperační úzkosti dítěte, tak efektivity zavedených anxiolytických opatření (6). Jejich použití je velmi jednoduché, a jejich zavedení do každodenní klinické praxe autoři této práce doporučují.

Nefarmakologické metody prevence vzniku předoperační úzkosti

V současné době existuje řada možností nefarmakologické prevence předoperační úzkosti, které by měly být v předoperačním managementu vždy preferovány před rutinní aplikací sedativní premedikace. Z důvodu provozu operačních sálů je však nelze aplikovat na všech pracovištích a u řady dětí, zejména velmi úzkostných, selhávají. V těchto případech lze postupy nefarmakologické a medikamentózní kombinovat. Z didaktického hlediska je můžeme rozdělit do dvou skupin: behaviorální intervence a přítomnost rodiče během úvodu do celkové anestezie.

Behaviorální intervence

Behaviorální intervence prostřednictvím edukace, hry a distračních technik snižují intenzitu předoperační úzkosti (4). Přehled hlavních postupů podává tabulka 3. Výběr konkrétních intervencí je závislý na možnostech pracoviště, dostupnosti klinického psychologa nebo přístrojů pro virtuální a augmentovanou realitu, pomocí které se dítě může bezpečným způsobem seznámit s prostředím operačního sálu. Řadu intervencí lze zahájit v předstihu