

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Hana Svobodová

Ošetrovatelská péče u dětí s orofaciálním rozštěpem

Nursing Care of Children with Orofacial Clefts

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Monika Hošťálková

Praha, 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 8. 4. 2013

Hana Svobodová

Podpis: _____

Identifikační záznam:

SVOBODOVÁ, Hana. *Ošetrovatelská péče u dětí s orofaciálním rozštěpem.* [Nursing Care of Children with Orofacial Clefts]. Praha, 2013. 81 s., 3 příl.
Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Hošťálková, Monika.

Abstrakt

V teoretické části se zabývám rozštěpem rtu a patra, jejich rozdělením, rizikovými faktory, prevencí, diagnostikou a léčbou. Je zde uvedena také ošetrovatelská péče o děti s rozštěpem v kojeneckém a batolecím období. Hlavním cílem bakalářská práce je zjistit, jaká je ošetrovatelská péče u dětí s orofaciálním rozštěpem. Dále byly stanoveny tři dílčí cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaká je ošetrovatelská péče v oblasti výživy u dětí s rozštěpem obličeje. Druhým cílem bylo zmapování, jaká je ošetrovatelská péče o ránu u dětí po operaci rozštěpu obličeje. Posledním cílem bylo zjistit, jaká je informovanost rodičů o péči s rozštěpem obličeje. Všechny cíle byly splněny. Ke kvalitativnímu výzkumnému šetření byla jako metoda pro sběr dat použita ošetrovatelská kazuistika. Výchozí metodou pro sestavení dvou kazuistik byl veden rozhovor s matkami dětí podle struktury modelu od M. Gordonové - Model funkčních vzorců zdraví. Dále byla k sestavení již zmiňovaných kazuistik využita metoda pozorování a v neposlední řadě práce se zdravotnickou dokumentací.

Klíčová slova: orofaciální rozštěp, děti, ošetrovatelská péče, prevence, vrozená vývojová vada

Abstract

In the theoretical part I deal with cleft lip and palate, their distribution, risk factors, prevention, diagnosis and treatment. It also the nursing care of children with cleft lip/palate the infant and toddler period. The main objective of the thesis is to determine what is the nursing care for children with orofacial cleft. In addition, three sub-objectives have been established. The first goal was to find out what the nursing care is in the field of nutrition in children with cleft face. The second goal was to survey, what the nursing care of is wound in children after orofacial surgery. The last goal was to learn about the parents' awareness of the care with facial cleft. All objectives have been met. For the qualitative research as a method for data collection, was used nursing care report. The default method for the assembly of two case reports, was conducted and interview with mothers of children according to the structure of the model by M. Gordon – Model functional health patterns. Furthermore, the method of observation was used to compile the said case reports, and so was used medical documentation.

Key words: orofacial cleft, children, nursing care, prevention, congenital anomalies

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí práce paní Mgr. Monice Hošťálkové za odborné vedení bakalářské práce, připomínky a cenné rady při jejím zpracování. Rovněž děkuji své rodině za podporu a trpělivost. Dále patří poděkování rodičům dětí s rozštěpem patra, hospitalizovaných ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze.

Obsah

Úvod	8
Teoretická část	
1 Anatomie dutiny ústní a dutiny nosní	9
1.1 Dutina ústní	9
1.2 Zevní nos a dutina nosní	10
2 Fyziologie dutiny ústní a dýchání	11
2.1 Dutina ústní	11
2.2 Dýchání	12
3 Vrozené vývojové vady	13
4 Rozštěpy obličeje	14
4.1 Rozdělení rozštěpových vad	14
4.1.1 Rozštěpy typické	15
4.1.2 Rozštěpy atypické	16
4.2 Rizikové faktory vzniku rozštěpu	17
4.3 Prevence	18
4.4 Diagnostika	18
4.4.1 Ultrazvuk	18
4.4.2 Screening vrozených vad	19
4.5 Léčba	20
4.5.1 Léčba rozštěpu rtu	21
4.5.2 Léčba rozštěpu patra	21
4.5.3 Implantace kostního štěpu	22
4.5.4 Komplikace	23
5 Ošetrovatelská péče o děti s rozštěpem	24
5.1 Předoperační ošetrovatelská péče	24
5.2 Pooperační ošetrovatelská péče	25
6 Následná péče	27
7 Koncepční model dle M. Gordon	30

Empirická část

8	Cíle	31
9	Charakteristika výzkumného vzorku	32
10	Metodika	33
10.1	Zdroje odborných poznatků	33
10.2	Popis výzkumné metody	33
11	Průběh výzkumného šetření	34
12	Vyhodnocení dat výzkumného šetření	35
12.1	Ošetrovatelská kazuistika č. 1	35
12.2	Ošetrovatelská kazuistika č. 2	54
	Diskuse	73
	Návrhy pro praxi	76
	Závěr	77

Seznam literatury

Seznam příloh

Příloha A	Smlouva o zabezpečení odborné stáže z důvodu vypracování bakalářské práce
Příloha B	Fotografie k problematice Rozdělení rozštěpových vad
Příloha C	Edukační program pro rodiče

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je Ošetrovatelská péče o děti s orofaciálním rozštěpem. Toto téma jsem si vybrala, protože mě problematika rozštěpů obličeje velice zajímala.

Rozštěpy obličeje patří mezi nejčastější vrozené vývojové vady. První zmínky o anomáliích obličeje se popisují už v období Středověku. Některé civilizace považovali člověka s obličejovou anomálií za dílo ďábla a tento člověk byl vyhnán. Některé zase naopak tyto lidi uctívali.

Bakalářská práce obsahuje teoretickou a empirickou část. V teoretické části se opírám o znalosti anatomie dutiny ústní a dutiny nosní a fyziologii dutiny ústní a dýchání. Soustřeďuji se zde na rozdělení rozštěpových vad obličeje, rizikové faktory způsobující vznik, těchto vad, prevenci, diagnostiku a léčbu rozštěpu rtu a patra. Práce dále zahrnuje předoperační a pooperační ošetrovatelskou péči o děti s rozštěpem obličeje. Obsahuje rovněž poznatky o multidisciplinární specializované péči, která se opírá o spolupráci specialistů jako je genetik, otolog, pediatr, stomatolog, ortodont, logoped, protetik a důležitá je také spolupráce s psychologem. Práce se zaměřuje na děti v novorozeneckém až batolecím období. Ošetrovatelská péče má nezastupitelnou péči při poskytování kvalitní péče o děti s rozštěpy obličeje. Sestry představují velkou oporu pro rodiče. Pomáhají matkám s krmením dítěte, učí je, jak správně ošetřovat operační ránu, provádějí speciální polohování a dohlížejí na to, aby se používaly omezovací prostředky. Děti s obličejovou vadou a jejich rodiče se musejí vyrovnat nejen s jejich vzhledem, ale také s psychosociálními problémy. Proto je velmi důležité, aby byl maximalizován výsledek chirurgických zákroků.

Empirická část bakalářské práce zahrnuje kvalitativní výzkumné šetření. Výzkumné šetření se odehrávalo ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze na lůžkovém oddělení pro děti Kliniky plastické chirurgie.

Touto prací jsem chtěla zjistit, jaká je ošetrovatelská péče o dítě s rozštěpem obličeje a jaké zásady ošetrovatelské péče jsou pro ně důležité. Výsledky byly zpracovány formou kazuistiky.

Teoretická část

1 Anatomie dutiny ústní a dutiny nosní

V této kapitole se zabývám problematikou anatomie dutiny ústní a dutiny nosní. Slouží k pochopení vzniku obličejových rozštěpů, proto je potřeba znát vývoj dutiny nosní a dutiny ústní.

1.1 Dutina ústní

Dutina ústní (cavum oris) je považována za začátek trávicího ústrojí. Sahá od štěrbinu ústní (*rima oris*) až k zúžení na přechodu do hltanu, nazývané úžina hltanová (*istmus faucium*) a je vystlána vícevrstevným dlaždicovým epitelem. Vpředu a zevně je ohraničena rty (*labia oris*) a tvářemi (*buccae*). Nahoře dutiny ústní se nachází patro (*palatum*) a v dolní části je tvořena spodinou (*diaphragma oris*). Spodina úst je zpevněná m. *mylohyoideus*. Spodina obsahuje jazyk (*lingua*), zuby (*dentes*) (1).

Jazyk je svalnatý orgán, který vyplňuje téměř celou dutinu ústní. Jazyk je pokrytý sliznicí, přecházející na spodinu dutiny ústní. Zuby jsou zasazeny do horní a dolní čelisti v tzv. zubním oblouku. Prořezávání prvních zubů nastává přibližně kolem 6. měsíce života. Chrup dočasný tzv. mléčný obsahuje 20 zubů. Chrup permanentní obsahuje 32 zubů.

Rty (labia oris) jsou dvě silné řasy. Zvenčí jsou kryté kůží a na straně dutiny ústní sliznicí. Horní a dolní ret uzavírá svými volnými okraji horizontální štěrbinu. Na zevních okrajích se horní a dolní ret spojuje v koutky ústní. Horní ret sahá nahoře k nosním dírkám. Dolní ret je ukončen a oddělen od bradového výběžku žlábkem. Horní ret vzniká srůstem tří složek: středním, nepárových tzv. čelním valů pro horní čelist a dvou postranních párových valů. Čelní val byl původně velmi široký, ale postupně během vývoje se zúžil. Defekty při splývání těchto výběžků vedou k vrozené rozštěpové vadě. Dolní ret vzniká srůstem párových valů, pro dolní čelist, jejich spojením ve střední čáře. Podkladem rtů je sval m. *orbicularis oris*.

V kůži rtů se nachází velké množství drobných žlázek. V kůži to jsou žlázy potní a mazové, ve sliznici jsou žlázy slinné.

Patro (palatum) je horizontální přepážka, která odděluje dutinu ústní od dutiny nosní. V přední části se nachází tvrdé patro (*palatum durum*), jehož podkladem je kostěné patro. Zadní část má podklad vazivovou ploténku a nazývá se měkké patro (*palatum molle*). Kostěným podkladem tvrdého patra jsou výběžky horních čelistí a patrových kostí. Sliznice tvrdého patra srůstá s periostem, a proto je nepohyblivá. Podkladem měkkého patra je pohyblivá vazivová ploténka, která navazuje vzadu na tvrdé patro. Postupně se měkké patro sklání od tvrdého šikmo dozadu a dolů. V tomto místě se dotýká kořene jazyka. Pomocí svalů může být patro zdviženo nahoru a umožňuje oddělení nosohltanu od ústní části hltanu. Měkké patro je důležité pro fonaci, dýchání a zabraňuje vracení potravy nosem. Uprostřed zadního okraje měkkého patra můžeme vidět čípek (*uvula palatina*). Vývoj patra souvisí s vývojem rtů, tváří a horní čelistí (2).

1.2 Zevní nos a dutina nosní

Zevní nos (nasmus externus) má tvar trojboké pyramidy. Zevní nos se skládá z kořene (*radix nasi*), hřbetu (*dorsum nasi*) a hrotu (*apex nasi*). Nos je zevnitř rozdělen na dvě části sagitální přepážkou nosní (*septum nasi*). Podkladem zevního nosu je kostěný a chrupavčitý skelet. Kůže na kořenu a hřbetu je tenká, na hrotu je silnější. Na kůži nosu se nachází jemné chloupky a ústí mazových žláz (1).

Dutina nosní (cavum nasi) je spojená dutina zevního nosu a kostěné dutiny nosní rozdělená přepážkou na levou a pravou část. Dutinu nosní rozdělujeme na předsíň dutiny nosní (*vestibulum nasi*) a vlastní dutinu nosní (*cavitas nasi propria*). Obě části se liší úpravou sliznice a jejím epitelem. Předsíň dutiny nosní je vystlána mnohvrstevným dlaždicovým epitelem. V jejích okrajích v dospělosti vyrůstají tuhé chloupky (*vibrissae*). Vlastní dutina je rozdělena na dvě poloviny přepážkou (*septum nasi*). Vstupem do dutiny nosní jsou nosní dírky tzv. nozdry (*nares*) (2).

Protože k pochopení lidského těla je kromě anatomie důležitá fyziologie, tak se jí budu v další kapitole zabývat.

2 Fyziologie dutiny ústní a dýchání

Je velmi důležité znát funkce dutiny ústní, které nám pomohou pochopit potíže způsobující obličejové rozštěpy. U rozštěpů obličeje je narušena fyziologie. Například u rozštěpu patra vzniká komunikace dutiny ústní s dutinou nosní. Nejdůležitějším problémem jsou infekce dýchacích cest a obtížná výživa dítěte.

2. 1 Dutina ústní

Dutina ústní má mnoho funkcí. Funkcí související přímo s trávením, je samotný příjem potravy. Dále zde dochází k rozmělnění potravy pomocí zubů a slin, obalení sousta hlenem (mucinem), který brání poškození jícnu při polykání a k vyrovnání teploty. Látky, obsažené v potravě nám působí na chuťové pohárky a tím nám zprostředkovávají počitek chuti. Nejdůležitější funkcí je zprostředkování polykacího reflexu. Další významnou funkcí, která nepřímo souvisí s trávením, je nespecifická imunitní ochrana organismu zprostředkovávaná lysozymem obsaženým ve slinách a tvorba IgA protilátek.

Příprava potravy k dalšímu zpracování se uskutečňuje pomocí žvýkání. Žvýkání je děj, při kterém dochází k mechanickému rozdrčení potravy na menší části pomocí zubů. Je to stereotypní pohyb, který je zprostředkovaný žvýkacím reflexem řízeným z prodloužené míchy.

Sekrece slin probíhá neustále. Malé slinné žlázy neustále produkují sliny z důvodu zajištění vlhkosti a čištění sliznice dutiny ústní. Polykání je umožněné díky polykacímu reflexu řízenému z prodloužené míchy. Polykání má tři fáze: orální, faryngeální a ezofageální. Sousto je nejprve posunuto jazykem ke kořeni jazyka, kde dochází ke zvednutí měkkého patra a tím zabránění vstupu potravy do dutiny nosní. Podrážděním patrových oblouků se vyvolá polykací reflex (3).

2. 2 Dýchání

Dýchání je základní nezbytnou funkcí dýchacího systému. Je důležité pro trvalý přísun energie organismu. energii získává biologickou oxidací, pro kterou je nezbytný neustálý přísun kyslíku do tkání. Při dýchání probíhá výměna kyslíku a oxidu uhličitého.

Je umožněno pomocí dýchacích svalů. Nádech je při klidovém dýchání dějem aktivním a výdech dějem pasivním. Nejdůležitějším dýchacím svalem je bránice.

V řízení dýchání se uplatňuje regulace chemická, nervová a volní. Podnětem pro chemickou regulaci je změna pH a parciální tlaku kyslíku a oxidu uhličitého. Uplatňují se zde centrální a periferní chemoreceptory. Na nervové regulaci se zúčastňují dýchací centra, která se nalézají v oblasti prodloužené míchy a ve Varolově mostu.

Pro ochranu a čistotu horních cest dýchacích má kašel a kýchání. Kýchání chrání horní cesty dýchací a vzniká při podráždění nosní sliznice. Podráždění může způsobit mnoho faktorů. Může vzniknout na základě alergické reakce a podrážděním pomocí různých látek. Kašel se uplatňuje při ochraně před aspirací cizího tělesa. Kašel umožňuje přirozené čištění dolních cest dýchacích. Bez existujícího reflexu kašle je ohrožena očista plic. To je největší nebezpečí pro novorozenecký a kojenecký věk (3).

3 Vrozené vývojové vady

Kapitolu Vrozené vývojové vady uvádím jako obecný úvod k pochopení těchto vad. V dalších kapitolách se budu věnovat výhradně rozštěpu rtu a patra.

Vrozené vývojové vady jsou malformace od normálního vývoje organismu. Jejich výskyt je v u nás kolem tří až šestiprocentní. Výskyt vrozených vad se liší v regionu a závisí na mnoha faktorech, proto přesný výskyt je obtížně získatelný. Můžeme je prokázat ihned po porodu, ale některé vady se prokazují nejdříve od 1 roku.

Věda, která se zabývá vrozenými vývojovými vadami, se nazývá *teratologie*. Zkoumá příčiny, různé mechanismy a následky narušeného vývoje. Mezi nejčastější vrozené vývojové vady patří vrozené vady hlavy a páteře.

Dělíme je na vady strukturální, metamalformace a kombinované vady. U strukturálních vad rozlišujeme *malformace*, což je primární strukturální defekt, dále *deformace*, které jsou charakterizovány alterací v postavení normálních struktur, *disrupce*, která vzniká jako následek destrukce normálně se vyvíjející struktury.

Další možné dělení je závislé na období vzniku v prenatálním vývoji. Ty dělíme na **genopatie**, neboli poruchy vývoje. Jsou způsobeny mutací genů nebo aberací chromosomu. Dále na **gametopatie**, které vznikají oplodněním v pohlavních buňkách. **Blastopatie** vznikají v 1. až 3. týdnu po oplození, **Embryopatie** vznikají mezi 4. až 12. týdnem těhotenství a **fetopatie**, které vznikají po 12. týdnu těhotenství, kdy už je dokončena organogeneze.

Etiologii u většiny vad nelze určit. Faktorů, které způsobují vznik, je mnoho. Dělíme je na faktory endogenní a exogenní. O nich pojednávám v podkapitole 4.2

Sledováním těhotenství a prováděním prenatálního screeningu, je možné část těchto vad zjistit v průběhu těhotenství. Podle závažnosti je možné prodiskutovat s rodiči další péči nebo navrhnout ve zvlášť závažných případech alternativu ukončení těhotenství (7).

4 Rozštěpy obličeje

V této kapitole se budu zabývat problematikou ústních obličejových rozštěpů.

Rozštěp rtu a patra patří mezi nejčastější vrozené vývojové vady. Incidence rozštěpu rtu a patra se pohybuje přibližně jeden případ na 500 – 550 porodů (21). Ústní obličejové rozštěpy se vyskytují 5 - 9 týdnů po početí, pokud tkáň v ústech se nepodaří sloučit. Vznikají z příčin vnějších, vnitřních nebo jejich kombinací. Přesné příčiny vzniku těchto vad dosud nejsou objasněny. Pravděpodobně vznikají na podkladě dědičné predispozice (4).

Jejich výskyt je relativně častý. V ČR se na 580 dětí narodí jedno dítě s rozštěpovou vadou (9). Z hlediska výskytu rozštěpů je rasový rozdíl. Nejnižší frekvence výskytu se nachází u amerických černochů a vyšší výskyt je u bílé rasy. Z hlediska nejvyššího výskytu je častější frekvence u Japonců (4).

4. 1 Rozdělení rozštěpových vad

V kapitole Rozdělení rozštěpových vad obecně rozdělím rozštěpové vady obličeje.

Rozštěpové vady obličeje dělíme na typické a atypické. Typické rozštěpy dále dělíme na rozštěpy 1. genetické skupiny a 2. genetické skupiny. Typické rozštěpy se vyskytují častěji než rozštěpy atypické. Dále je dělíme na jednostranné a oboustranné, které se mohou lišit ve svém rozsahu.

K první i druhé genetické skupině řadíme také **mikroformy rozštěpů**. Tyto typy rozštěpů mohou mít vztah k vyjádření dispozice k vlastním typům rozštěpů u potomstva. Mezi mikroformy patří asymetrický pokles nosního křídla, dále jizva horního rtu, deformace alveolárního oblouku, různé atypie ve tvaru nebo postavení postranních řezáků (4).

Tato problematika je rozšířena v příloze B – Fotografie k rozdělení rozštěpu rtu a patra.

4. 1. 1 Rozštěpy typické

Rozštěpy typické se dále rozdělují na rozštěpy 1. genetické skupiny a 2. genetické skupiny.

Mezi 1. genetickou skupinu patří rozštěp rtu (cheiloschisis), rtu a čelisti (cheilognathoschisis), celkové rozštěpy (cheilognathopalatoschisis) (4).

Rozštěp rtu (cheiloschisis) neboli tzv. zaječí pysk je charakterizován fisurou v horním rtu. Vzniká jako následek špatného spojení nazálního a maxilárního výběžku během embryonálního vývoje a to v sedmém až v osmém týdnu těhotenství. Výskyt je častější u chlapců (5).

Příčinou této vady je většinou rodinná predispozice a hrají zde vlivy exogenních rizikových faktorů. Rozsah postižení je různý a postižení může být jednostranné nebo oboustranné. Občas bývá provázen i rozštěpem patra.

Rozštěp patra se dělí do tří stupňů. Prvním stupněm je *rozštěp naznačený*. Tento typ je lehčí formou, charakteristickou malým zářezem na horním rtu, který se táhne až k začátku nozdry. Nejčastěji se nachází v místě 2. horního řezáku. Druhým stupněm je *neúplný rozštěp rtu*, kdy je ret rozdělen do různé výšky. Posledním stupněm je *rozštěp úplný*, který postihuje celý ret včetně prahu nozdry.

Rozštěp rtu a čelisti může být rozštěpem ve stejném rozsahu jako rozštěp rtu. Může se jednat o malý zářez na čelisti nebo o úplný rozštěp čelisti. Pokud se jedná o oboustranný rozštěp rtu a čelisti, tak zde bývá v různém stupni předsunutá mezičelist. Bývá zde postižen také 2. horní řezák. Jedná se o deformaci řezáku či jeho špatnou pozici a v některých případech nemusí být ani přítomen.

Nejtěžší formou rozštěpu 1. genetické skupiny je *rozštěp celkový*. Tento typ rozštěpu doprovází současně postižení rtu, čelisti nebo patra a může být jednostranný nebo oboustranný. U jednostranných typů bývá deformován alveolární oblouk, kdy je deprese zevního segmentu s vytočením rozštěpového pólu vnitřního segmentu dopředu. Silně předsunutá mezičelist se nachází při oboustranném rozštěpu a chybí zde nosní přepážka.

U typických rozštěpů je vždy postižen také nos. Čím více je postižení závažnější, tím více jsou patrné změny i na nose. Pokud se jedná o jednostranné

rozštěpy, tak dochází k protáhnutí nozdry na straně rozštěpu. Při oboustranných rozštěpech se jedná o krátkou nebo zcela chybějící nosní přepážku, příčné protažení obou nozder s oploštělým hrotem nosu.

Do 2. genetické skupiny patří izolované **rozštěpy patra**. Rozštěp patra je vrozená deformita, která vzniká jako následek nesplynutí tvrdého patra ve střední čáře v průběhu sedmého až dvanáctého týdne těhotenství. Výsledkem je komunikace mezi nosní dutinou a nasofaryngem. Způsobuje celou řadu problémů. Komunikace poté způsobuje celou řadu potíží. Od potíží infekce dýchacích cest a středního ucha až po potíže při krmení. V pozdějším věku je příčinou poruch řeči dítěte.

Rozštěp patra, který doprovází rozštěp rtu, se jeví jako písmeno U nebo písmeno V. Rozštěpy patra se vyskytují v různých formách. Rozštěp může zasáhnout pouze patrový cípek nebo štěrbina rozštěpu sahá až do měkkého nebo tvrdého patra. Rozštěp patra bývá asi dvakrát častější u děvčátek. Nejlehčím typem je *částečný rozštěp měkkého patra*. Druhým typem je *úplný rozštěp*, kdy je postiženo jak měkké, tak tvrdé patro. Dalším typem je *submukózní rozštěp patra*. Submukózní rozštěp je zvláštní tím, že zde jsou rozestouplé svaly měkkého patra. Dalším charakteristickým znakem je rozštěp uvuly (4).

4. 1. 2 Rozštěpy atypické

Existence atypických rozštěpů je v mnoha formách a v různém stupni závažnosti. Výskyt atypických rozštěpů je ojedinělý, proto není jejich incidence známa. Tyto rozštěpy mohou být jednostranné nebo oboustranné, ale výjimkou není výskyt jiného typu na každé straně. Jsou zde různé stupně postižení. Mohou být naznačené až po těžké deformace obličeje. Patří sem rozštěpy příčné, horní střední rozštěpy, dolní střední rozštěpy, šikmé rozštěpy.

Příčné rozštěpy jsou charakteristické rozštěpem ústního koutku, hypoplazie dolní čelisti, může zde být deformace až aplazie boltce a atrézie zvukovodu.

Horní střední rozštěpy se nacházejí různé stupně rozštěpů rtu, nosu, čelisti a patra. Závažné případy jsou kombinované se středním rozštěpem nosu.

Velmi vzácné jsou *dolní střední rozštěpy*. Spočívají v defektu dolního rtu, někdy také dolní čelisti a jazyka. V ojedinělých případech mohou být doprovázeny rozštěpy krku a prsní kosti. *Šikmé rozštěpy* postihují horní ret, nosní křídlo a dolní víčko a ve vzácných případech oční štěrbinu (4).

4. 2 Rizikové faktory vzniku rozštěpů

Na vzniku rozštěpových vad se podílí velké množství faktorů. Důležitou roli zde hraje dědičnost, která se z 20 – 40 % podílí na jejich vzniku. Obecně faktory dělíme na exogenní a endogenní (7).

Mezi exogenní faktory patří infekční onemocnění matky, rentgenové záření. Dále virózy jako je chřipka nebo zarděnky. Z toho důvodu je u nás povinné očkování proti zarděnkám. Vliv léků má také vliv na rozvoj vrozených vad. Některé léky je nebezpečné užívat během těhotenství, jsou to například antibiotika, antidiabetika, antiepileptika, kortikoidy, imunosupresiva, tetracykliny a také užívání drog, alkoholu a kouření. Nesmí se zapomenout také na pracovní prostředí těhotné ženy. Nevhodné prostředí je to, kde jsou přítomná organická rozpouštědla a jiné chemikálie. Vliv mohou mít také fyzikální faktory jako úrazy v těhotenství a pobyt v prostředí s příliš vysokou teplotou. Svoji roli hraje také věk matky. Rizikovým věkem se udává věk nad 35 let. U této věkové skupiny žen se klade větší důraz na vyšetření proti vrozeným vadám. U těhotných žen je rizikovým faktorem také nadbytek nebo nedostatek vitamínu A a vitamínu D. Dále je mnoho neznámých příčin vrozených vad (7).

Endogenní faktory jsou spojené s poruchou genetického aparátu. Ústní obličejové rozštěpy jsou často spojeny s jinými vrozenými vadami jako součást syndromu (4).

Rizikové faktory úzce souvisí s prevencí, proto se o problematice prevence budu zabývat v další kapitole.

4. 3 Prevence

Prevence u vrozených vývojových vad hraje velkou roli. Nejdůležitější prevencí je zamezení kontaktu již se zmiňovanými rizikovými faktory.

Nejdůležitějším obdobím prevence v těhotenství jsou první dva měsíce. Nejlepší variantou je plánované těhotenství (8). Popisuje se, že v březnu a dubnu se rodí méně dětí s rozštěpem. Naopak vyšší množství narozených dětí s rozštěpem je v období srpna, září a října. Rodiče se mohou sami takto vyhnout rizikovým faktorům (6).

Důležité je v těhotenství dávat pozor na množství vitamínu A. Předávkování vitamínem A může vést ke vzniku vrozené vývojové vady. Ženám se doporučuje v těhotenství především užívat kyselinu listovou, vitamin B1, vitamin C a vitamin E (8). Výzkumy ukazují na preventivní účinek kyseliny listové. Kyselina listová má dále vliv na snížení rizika malformace končetin, vylučovacího, kardiovaskulárního a nervového systému (6).

Nejdůležitější je včasná diagnostika a prenatalní screening během těhotenství. Diagnostikou se bude širě zabývat v prenatalním screeningu a ultrazvuku v těhotenství.

4. 4 Diagnostika

Diagnostika v těhotenství je velmi důležitá. Provádí se pomocí prenatalního screeningu a ultrazvuku.

4. 4. 1 Ultrazvuk

Diagnostika se provádí v průběhu těhotenství ultrazvukem. Ultrazvuk je zobrazovací metoda, která využívá mechanické vlnění o vysoké frekvenci. Ve tkáních, které mají rozdílnou hustotu, se zvuk částečně odrazí a částečně jimi prochází. Tohoto se v praxi využívá pomocí sond, které vysílají paprsky, zpracují je a na obrazovce se nám vytvoří obraz (12).

Odhaduje se, že na počátku 20. století byla mateřská úmrtnost na 5 %

a perinatální úmrtnost se pohybovala kolem 10 %. Díky stále se zlepšující diagnostice je na začátku 21. století úmrtí matky vzácností a perinatální úmrtnost také klesá na 4 promile (11).

Ultrazvuk je v oblasti gynekologie nepostradatelný. Přináší také celou řadu výhod. Lehce dostupné vyšetření v reálném čase a je zde možné dynamické vyšetření s pohybem orgánů. Další výhodou je, že u tohoto typu vyšetření není nutná příprava pacientky a je to cenově dostupné vyšetření (12).

Rozštěp rtu lze diagnostikovat už ve 13. týdnu gravidity. Více než 8 % obličejových rozštěpů je spojeno s chromozomálními abnormalitami (4). Rozštěp patra nemusí být zjistitelný až do porodu. Zjištění orofaciálního rozštěpu není snadné. Diagnostika závisí také na spolupráci plodu, kdy jeho obličej nemusí být vždy dobře vidět (7).

Dnešní pokrok medicíny jde stále dopředu a umožňuje také vyšetření 4D ultrazvukem. U tohoto typu ultrazvuku je obraz natolik dokonalý, že můžeme vidět přesné rysy miminka. Tyto ultrazvuky bohužel ještě nejsou ve všech nemocnicích, ale rodiče mají šanci se objednat v různých zdravotnických zařízeních za poplatek, kde mají 4D ultrazvuk.

4. 4. 2 Screening vrozených vad

Diagnostika chromozomálních vad plodu je dnes možná pouze použitím invazivních metod. Tyto metody jsou určeny pouze pro vysoce rizikovou skupinu.

Invazivní diagnostické metody se nemohou použít u všech žen. U těchto metod je riziko 0,5-1% poškození plodu. Mezi ně řadíme amniocentézu, CVS, kordocentézu.

Mezi první podmínku provádění primárního screeningu je jednoduchost a snadná aplikace vyhledávacího testu. Dále by test měl být velmi senzitivní, ekonomicky únosný a také dostupný všem těhotným ženám. Screeningový test by neměl být rizikem jak pro matku, tak pro plod. Bohužel v dnešní době žádný takový univerzální test, který by odhalil všechny druhy poškození, není k dispozici. V praxi se využívají různé druhy testů, které se kombinují a doplňují (7).

4. 5 Léčba

Už v historii se popisuje léčba rozštěpů. V období před naším letopočtem nejsou důkazy o léčbě rozštěpových vad ani na nalezených mumiích nebo v písemnostech. První písemná zmínka o operaci rozštěpu rtu je okolo roku 390 n. l. v Číně, kdy neznámý chirurg provedl zákrok na osmnáctileté ženě. První zmínky o léčbě v Evropě jsou z období 950 n. l. v knize Leech- Book of Bald. Jako první, kdo se snažil sešít perforované patro u syfilis, byl Francouz Jacques Houllier, ale jeho pokusy nebyly vždy úspěšné. Zakladatelem české plastické chirurgie je prof. František Burian (17. 9. 1881 – 15. 10. 1965) (6).

V naší republice jsou dvě hlavní centra pro chirurgickou léčbu rozštěpů obličeje. Ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady na Klinice plastické chirurgie v Praze a Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně na Klinice plastické a estetické chirurgie (15).

Při léčbě orofaciálních rozštěpů se provádějí primární operace a sekundární operace rozštěpu rtu a patra. Při sekundárních operacích se provádí prodloužení nosní přepážky u oboustranných rozštěpů, dále implantace kosti do čelisti, korekce nosu a provedení faryngofixace. Faryngofixace je výkon, kdy je prodlouženo patro, pokud prodloužení nebylo provedeno u primární operace. Chirurgická léčba je stále dokonalejší a to díky pokroku medicíny, ale i přes pokrok a stále dokonalejší léčbu se řeší i v pozdějším věku deformace nosu u rozštěpů. Chirurgická léčba proto trvá až do dospělosti. (4)

Zákrok změny výrazně vzhled dítěte a rodina se také více zapojí do ošetřování dítěte. Rodiče musejí masírovat operační jizvu dítěte a tím se dostávají do většího kontaktu s dítětem. Bezprostřední zlepšení stavu dítěte je pro rodiče určitě velmi důležité. Můj názor je, že dnešní možnost pobytu rodičů v nemocnici je velmi důležitá. Rodiče jsou v neustálém kontaktu s dítětem a mohou se na péči také podílet. Pokud se podílejí na péči, tak se při propuštění určitě cítí mnohem jistější a vědí, co je doma čeká a co musejí udělat.

4. 5. 1 Léčba rozštěpu rtu

Narození novorozence s rozštěpem přináší tři hlavní problémy. Prvním je nebezpečí aspirace z důvodu komunikace dutiny ústní a dutiny nosní. Dále obstrukce dýchacích cest a potíže s krmením dítěte (21).

Před samotným chirurgickým zákrokem se provádí vyšetření krve a celkové vyšetření. Probíhá také fotografování dítěte. Dále se provádí genetické vyšetření k objasnění příčiny vzniku rozštěpové vady. Genetik vyšetří rodiče a určí, jaké riziko vzniku této vady hrozí u dalšího dítěte (5).

Chirurgický zákrok u rozštěpu rtu se nazývá *cheiloplastika*. Rekonstrukce spočívá v sešití kůže, svaloviny a sliznice rtu, dále nosní spodiny a uzavírá se rozštěp čelisti (5). Doba, ve které se rekonstruuje, je individuální, záleží na tradici daného pracoviště. Provádí se od konce 2. měsíce života, kdy je nutný stálý váhový přírůstek, ale lze ho provést do 6. měsíce věku. Operace se provádějí až do dospělosti (4).

U oboustranných rozštěpů je nutné provést zákrok co nejdříve z důvodu obnovení kruhového ústního svalu (4).

4. 5. 2 Léčba rozštěpu patra

Rozštěp patra je chirurgickým problémem, takže žádná zvláštní léčebná terapie neexistuje. Doba, kdy je vhodné operovat rozštěp patra je různá. Liší se, stejně jako u rozštěpu rtu, podle zvyklosti pracoviště. Některá pracoviště uzavírají měkké patro už ve 3. až 7. měsíci života a jiná ve dvou letech. Někteří chirurgové upřednostňují operaci před 18. měsícem života z důvodu nenarušení řeči. Před samotným chirurgickým zákrokem se provádí stejná vyšetření jako u operace rozštěpu rtu. Provádí se také fotografování dítěte před a po zákroku

Při operaci rozštěpu patra vzniká sutura ve třech vrstvách. Je nutné sešití mukoperiostu, svalů měkkého patra a orálního mukoperiostu (4).

Při léčbě rozštěpu rtu i patra se vyžaduje multidisciplinární přístup. Je zde spolupráce psychologa, stomatologa, plastického chirurga, ortodontisty a logopeda.

Stomatolog se stará o vývoj zubního oblouku. Popřípadě může nahradit chybějící zub a dohlédnout na správný růst zubů (5).

Podmínkou k přijetí k chirurgickému výkonu je vyšetření specializovaným ušním lékařem z dětského ORL centra. Pacienti s rozštěpem patra jsou 100x častěji náchylnější k zánětům středního ucha a nedoslýchavostí než jiné zdravé děti. Zánět středního ucha je častou komplikací rozštěpu patra. Přítomný je u více než 50% dětí s rozštěpem rtu nebo rozštěpem patra. Je zvláštní tím, že se navenek nemusí vůbec projevit. Následky, jako je nedoslýchavost nebo dlouhotrvající zápachající výtok, se mohou projevit až pozdě. Pokud se onemocnění zachytí včas, je velká šance k zachování dobrého sluchu a na vyléčení nemoci. Tento výkon, stejně také u operace rozštěpu rtu, velmi zatěžuje dětský organismus, je proto nutné, aby dítě bylo zdravé. Pokud je dítě zdravé, tak operační zákrok zvládá dobře (10).

4. 5. 3 Implantace kostního štěpu

Jakmile je rozštěpem zasažena také čelist, tak v horní čelisti chybí velká část kosti. To je problém pro pozdější prořezání základů zubů. Z tohoto důvodu je velmi důležité, chybějící část kosti doplnit. Ortodont provede panoramatický RTG snímku zubů. Dále po konzultaci s plastickým chirurgem se rozhodne k zasazení kostního štěpu. Operace se provádí nejdříve v 8 letech, z důvodu rizika v omezení růstu zubního oblouku. Kousek kosti se odebere z kyčelní kosti. V ústech na zubním oblouku se odhrne sliznice a mezi kosti se vloží kostní štěp. Dítě několik dní po zákroku dostává kašovitou stravu. Při dobrém průběhu hojení, po 7 dnech je propouštěno do domácí péče. (16)

4. 5. 4 Komplikace

Po operaci se mohou objevit komplikace. Mezi pooperační komplikace patří obstrukce dýchacích cest, krvácení, vznik píštěle.

Obstrukce dýchacích cest je nejnebezpečnější komplikací, která hrozí bezprostředně po operaci. Obstrukci způsobuje výhřez jazyka do orofaryngu, kdy pacient zůstává ještě pod sedativy. Prevencí je přichycení jazyka stehem. V závažných případech je nutná tracheotomie, dokud se stav patra nezlepší.

Riziko krvácení vzniká z důvodu bohatého prokrvení patra. Dítě má malý objem krve a je tedy nutné podat ihned transfuzní přípravky.

Výskyt píštěle byl hlášen až u 34%. Častější jsou malé píštěle, které se vyskytují v oblasti maximální rány. Ty se nejvíce vyskytují u přechodu tvrdého a měkkého patra v zadní části. (20)

5 Ošetrovatelská péče o děti s rozštěpem

V této kapitole se budu zabývat předoperační a pooperační péčí o dítě v novorozeneckém až batolecím období.

5. 1 Předoperační ošetrovatelská péče

Největším problémem u dětí s rozštěpem patra je komunikace mezi ústní a nosní dutinou. Z důvodu nedostatečného vývoje dolní čelisti může být příčinou zapadnutí jazyka a případného udušení. Je zde také riziko vzniku infekce dýchacích cest.

U rozštěpů je specifická také výživa dětí. Většina dětí s rozštěpovou vadou se narodí s normální porodní hmotností. Pokud dítě nemá normální porodní hmotnost, tak je důležité dbát na to, aby dosáhlo co nejdříve normální hmotnosti. Proto se musí pečlivě denně zaznamenávat hmotnost dítěte. Problém vzniká při krmení dítěte. Při rozštěpu patra může mléko vniknout do nosní dutiny. Samotné kojení je dovoleno tehdy, kdy dojde k úplnému zhojení rány! Do té doby se používá ke krmení aseptická stříkačka s pryžovou koncovkou a Habermanovo krmítko nebo kapátko. Je důležité podávat výživu v malém množství, aby nedošlo k aspiraci.

Dítě může být v prvních počátcích života ohroženo na životě. Proto je velmi důležité dbát o hygienu dítěte, o to, aby dítě mělo čisté ložní prádlo. Důležité je, aby se rodina zapojila do péče o dítě. Děti v dobrém stavu zvládají operaci mnohem lépe (13).

Lékař naordinuje fixátory loktů. Tyto fixátory loktů slouží k prevenci rozškrábání rtů dítětem a tím k infekci. Ponechávají se také i v pooperační době. Je důležité, aby je dítě nemělo neustále nasazené z důvodu hrozící svalové konstriktce a poruch srdečního oběhu (5).

5. 2 Pooperační ošetrovatelská péče

Pooperační péče se liší podle toho, zda se jedná rozštěp rtu nebo patra.

V pooperačním období se u dítěte po operaci rozštěpu rtu snažíme zabránit dítěti v sání a plakání. Mohlo by dojít ke zvýšenému napětí v operační ráně a tím poškodit šití. V pooperační péči je třeba věnovat pozornost pečlivému polohování dítěte a péči o operační ránu. Do popředí se dostává zamezení vzniku infekce pečlivým čištěním rány tak, aby se netvořily krusty. Aby si dítě nepoškodilo operační ránu, používají se, již výše zmiňované, fixátory loktů. Někdy se používá tzv. Loganova smyčka, která slouží k imobilizaci horního rtu. Podle ordinace lékaře se podávají léky na tlumení bolesti a sedativa.

Výživa u dítěte s rozštěpem rtu je podávána kapátkem až do úplného zhojení rány. Mateřské mléko se dítěti začne podávat až tehdy, začne-li tolerovat čisté tekutiny. Podává se mateřské mléko, které si matka odstříká a nebo umělá výživa.

Při krmení kapátkem je třeba opatrnost na operační ránu.

Ret a nos získává přirozeného tvaru a činnost rtu se postupně stává normální. Jizva na kůži, svalů a sliznici vyžívá několik měsíců, proto se provádějí masáže, s kterými se začíná tři týdny po operaci. Masáž se provádí 4 – 5krát denně po dobu jedné minuty. Matka nebo jiný člen rodiny ji provádějí 4 – 5krát denně asi 1 minutu. Před masáží si rodiče musejí pečlivě umýt ruce nejlépe teplejší vodou, aby nemasírovali dítě studenými rukama. K masáži se může používat sádlo nebo různé olejčky. Jizva díky tomu krásně měkne (13).

Dítě po operaci rozštěpu patra má zduřené sliznice v ústech i nosu. Proto je pro něj jednodušší dýchat ústy. Ústní sliznice osychají, a proto se dbá na dostatečný přísun tekutin. Postupně, jak otok opadá, dítě přirozeně začíná dýchat opět nosem. (14)

Tekutiny u dítěte po operaci rozštěpu patra jsou podávány v hrníčku nebo pomocí dětské lahve. Zpočátku dítěti podáváme čisté tekutiny a později začínáme s tekutou stravou. V žádném případě se nepodávají horké nápoje nebo jídla, aby nedošlo k poškození operační rány. Starší děti nesmějí pít brčkem. Při krmení lžící se vkládá do úst jen její strana. Sestra musí poučit rodiče, aby zabránili vložení palečků do pusy nebo nože, sušenky či dudlíku. Při korekční operaci rozštěpu patra se

nesmí odsávat ústní dutina. Sestra a rodiče musejí pečovat o to, aby dutina ústní zůstala neustále čistá. Po krmení ji vyčistíme čistou vodou nebo pomocí mírně antiseptické vody určené k výplachům, kterou předepíše lékař (5).

Po operaci rozštěpu patra je také vhodná masáž. Masáže se používají obvykle po 3 týdnech od operace. Prostředníkem ruky za mírného tlaku posouváme prst směrem od zubů, přes tvrdé patro až k měkkému patru. Dáváme zde pozor na vyvolání dávivého reflexu (14).

Nejdříve sestra s později rodiče s dítětem trénují dechová cvičení. Dítěti před operací unikal vzduch nosem i ústy. Snažíme se o usměrňování vzduchu. Je důležité dítě zabavit, aby cvičení bylo formou hry. Například pomocí foukací harmoniky (14).

Se samotným kojením se začíná po úplném zhojení rány. To obvykle bývá třetí den po operaci. U kojení je důležité, aby sestra naučila a poučila matku o správné metodě kojení, při které dojde k uzavření rozštěpu prsem a umožní se sání mléka. Dítě by mělo být položeno na zádech na boku, na straně, kde není rozštěp patra, to je v případě, pokud se jedná o jednostranný rozštěp patra. Kojení bývá většinou po třech hodinových intervalech, nebo si dítě o mléko samo řekne. Nasávání vzduchu můžeme zamezit tím, že matku naučíme stlačení nosního křídla na straně rozštěpu. Důležité je nechat dítěti prostor k častějšímu říhnutí. Děti s rozštěpem patra mají tendenci k většímu sání vzduchu (5). Žena by měla kojit alespoň do šesti měsíců života dítěte. Kojením dítě dostává důležité živiny a protilátky. Někdy ale není možné kojení a je potřeba použít speciální pomůcky. Na trhu je celá řada odsávaček, ať elektrických nebo ručních. V případech, kdy kojení není vůbec možné, podáváme mateřské mléko pomocí kapátka, lžičky nebo lahve se speciální savičkou. Dítě by matka měla kojit ve vzpřímené poloze. Při podávání výživy speciálními pomůckami je třeba dbát na malé množství, aby nedošlo k aspiraci. Sestra by měla matku upozornit na trpělivost, která se od ní bude vyžadovat, než se naučí správně kojit a také ji podporovat (12).

V pooperační péči hraje důležitou roli sestra. Proto by se sestry měly dále vzdělávat a hledat nové poznatky o novinkách v ošetrovatelské péči. Dále by měly podle svých kompetencí poučit o tom, co bude dále následovat a vše je dostatečně naučit, aby rodiče, když si berou dítě domů, věděli, co mají dělat.

6 Následná péče

Na léčbě rozštěpů se nepodílí pouze plastický chirurg, ale celá řada dalších specialistů. Patří mezi ně pediatr, foniatr, logoped, ušní lékař, stomatolog, ortodont, genetik a psycholog.

Genetik vyšetřuje příčinu, která způsobila vznik vady. Rodině dále stanoví riziko výskytu této vady, u dalšího dítěte. K tomu stanovení rizika je někdy nutné, aby rodiče podstoupili chromozomální vyšetření.

Pediatr se podílí na sledování celkového vývoje dítěte, a také na léčbě jiných přidružených onemocnění. Děti, které podstoupí léčbu rozštěpu, mohou být náchylnější k vnějším vlivům prostředí. Jsou častěji nemocné než ostatní zdravé děti.

Otolog, neboli ušní lékař, má na starost sledování sluchu. Jak jsem se už výše zmínila, opakované záněty středního ucha mohou způsobit zhoršení kvality sluchu. V některých případech lékař vloží dítěti do ušního bubínku tzv. speciální drenážní trubičku, která má za úkol odvádět sekret ze středouší, a tím zabránit pozdějším infekčním komplikacím.

Péče **stomatologa** je nutná z důvodu častých prohlídek a sledování chrupu dítěte. Z důvodu rozštěpu (především u celkového rozštěpu) zde hrozí vysoké riziko kazivosti zubů.

Ortodont, neboli lékař pro rovnání zubů a čelisti, pečuje o správný vývoj čelisti a zubů. Dále sleduje růst a vývoj tváře a čelisti.

Foniatr a logoped (odborník pro vadu řeči) se zabývá nápravou řeči. Sleduje, jak se u dítěte řeč postupně vyvíjí a vyšetřuje také funkci patra jako přepážky, která odděluje dutinu ústní od dutiny nosní. To umožňuje správné mluvení a polykání. Pokud je tento mechanismus porušen, provede nasoendoskopické a videofluorescenční vyšetření a pokud je to potřebuje, indikuje další operaci patra (15).

Vada řeči, která je specifická pro rozštěpy patra, je neschopnost tvorby sykavých souhlásek a to může způsobit nesrozumitelnost řeči. Proto je velmi důležitá logopedie ve věku od 4 do 10 let dítěte. Logoped je tedy odpovědný za dosažení normální řeči dítěte a to včetně artikulace a dalších aspektů verbální komunikace (19).

Protetik u složitých případů nahrazuje chybějící zuby protetickými náhradami.

(15)

Dále je velmi důležitá spolupráce rodičů s **psychologem**. Narození dítěte s rozštěpovou vadou je velmi psychicky vysoká zátěž. Dále může psycholog pomoci samotnému dítěti, které může být flustrováno a pomoci mu zařadit se do společnosti.

Každý odborník si v průběhu života zve pacienta na pravidelné kontroly. Léčba rozštěpu je až do dospělosti. Během růstu se mění jednotlivé proporce obličeje. Tam, kde odborníci byli s výsledkem už spokojeni, může během růstu vzniknout změna na méně dokonalý výsledek. Podle velikosti původní rozštěpové vady se pacienti zvou v určitém věku na různé kontroly.(17)

U pacientů s rozštěpem rtu je ve 3 letech foniatrické vyšetření, dále kontrola u plastického chirurga, kde se dítě fotografuje a ortodontické vyšetření. V 6 letech je další kontrola u plastického lékaře a ortodontické vyšetření a v 18 letech dostává pacient dotazník, kde zhodnotí spokojenost v průběhu léčby. U pacientů s celkovým nebo izolovaným rozštěpem patra probíhá ve 3 letech foniatrické vyšetření, dále kontrola u plastického lékaře s fotografováním, ortodontické vyšetření a ORL vyšetření. V 10 letech až 18 letech probíhá rentgen obličeje a také dotazník o spokojenosti s průběhem léčby. (17)

Před nástupem dítěte do školy je nutné, menšími operacemi, změnit vzhled dítěte. U dětí, které měly oboustranný rozštěp rtu, se nejčastěji jedná o zkrácenou kožní část u nosní přepážky a přisedlý hrot nosu. Nutné je sledování řeči, během vývoje může i řeč, která byla v době, kdy dítě nastupovalo do školy bez vady, se může stát během dospívání v tzv. řeč huhňavou. Huhňavá řeč se může zlepšit operačním zákrokem, při kterém se prodlužuje měkké patro. (18)

Konečnou úpravu nedostatků lze provést až po ukončení růstu postižených orgánů. U nosu to bývá kolem 16 roku. Dochází k úpravě deformovaného hrotu a nosního křídla a přepážky. Jizvy po operacích rtu se odstraňují buď před nástupem dítěte do školy, nebo až v dospělosti. Pokud se objeví komplikace při hojení na patře nebo několika opakovaných operacích, je možné počítat se značným zpomalením růstu horní čelisti. Dolní čelist se v tomto případě postupně vysouvá dopředu. Na chrupu se to jeví obrácených skusem, tedy místo toho, aby horní řezáky překusovaly

dolní, tak je to naopak. Tento stav je velmi nepříznivý jak pro funkci chrupu, tak i pro estetický vzhled pacienta. I tento stav se dá upravit operací, která se provádí ale až po 17. roce života. Doplnění chybějících zubů v rozštěpu se provádí také až v dospělosti, kdy je chrup zcela vyvinut (18).

Důležité je správně pečovat o chrup dítěte. Hraje zde velkou roli správná výživa dítěte. Výživa by měla být bohatá na správný vzájemný poměr, stravu bohatou na vitamíny a minerály. Jakmile se dítěti prořežou zuby, tak je důležité klást důraz také na tuhou stravu, aby se dítě naučilo správně kousat. Při kousání dochází k přirozenému dráždění a k normálnímu růstu zubů a čelisti a dochází k samočištění zubů sliznicí, tváří i jazyka. Nevhodné jsou potraviny s vysokým obsahem cukrů, které napomáhají při tvorbě zubního kazu (18).

Je nutné dítě naučit dokonalé hygieně dutiny ústní a správné technice čištění zubů, protože je důležitá dokonalá hygiena dutiny ústní. Ve druhém roce by si dítě mělo čistit zuby samostatně. Samozřejmostí je samostatný měkký kartáček a sklenička na vodu. Zuby si dítě čistí krouživými pohyby po celé ploše zubu. Děti s rozštěpem trpí častěji kazivostí zubů. Děti často potřebují ortodontický aparát. Ortodontický aparát je účinný pouze tehdy, když ho děti nosí celou noc a většinu dne. Je důležité, aby se v něm dítě naučilo také mluvit. Pro některé případy je nutné zvolit fixní ortodontický aparát, který má napevno přidělán na zubech. Fixní aparát se skládá z kovových kroužků se zámky, které se nasadí na zuby, dále z drátků (oblouků). Tyto fixní aparáty jsou dnes modernější, než tomu bývalo dříve. Existují tzv. zámečky, které jsou průhledné, a proto je na zubech vidět pouze slabý drátek. Existují také různé barvy gumiček, které slouží k fixaci drátku. Dítě může mít proto veselý úsměv, kdy má různé barvy nebo například modré či růžové gumičky (18).

Existuje sdružení Občanské sdružení Šťastný úsměv, kam mohou rodiče společně s dítětem docházet a stýkat se s ostatními rodiči dětí se stejnou vadou. Zde si vyměňují zkušenosti a rady. Jsou zde navíc děti všech věkových kategorií, které mohou pomoci těm mladším.

7 Koncepční model dle M. Gordon

Ke kvalitativnímu šetření používám model od Marjory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví.

Marjory Gordon získala ošetrovatelské vzdělání na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku a doktorandskou práci obhájila na Boston College. Věnuje se výzkumu ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče. Do roku 2004 byla prezidentkou NANDA (North American Nursing Diagnostic Association). V roce 1974 identifikovala jedenáct vzorců chování a 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví.

Tento model vznikl v 80. letech minulého století jako výsledek grantu financovaný federální vládou v USA. Teoretická východiska koncepčního modelu vycházejí z holistické a humanistické filozofie. Za cíl ošetrovatelství se zde považuje zdraví, zodpovědnost jedince za své zdraví a rovnováha biopsychosociálních interakcí.

Koncepcí modelu je identifikace funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví. Tyto vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase. Základní strukturou modelu je dvanáct oblastí, které autorka označuje za dvanáct funkčních vzorců zdraví. Jednotlivý vzorec představuje určitou část zdraví, která je funkční nebo dysfunkční. Dysfunkční vzorec je projev aktuálního onemocnění jedince. Dvanáct vzorců zdraví obsahuje: Vnímání zdraví, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita a cvičení, spánek a odpočinek, vnímání a poznávání, sebepojetí, role a vztahy, sexualita, stres, víra a jiné (22).

Empirická část

8 Cíle

Hlavní cíl: Zjistit, jaká je ošetrovatelská péče o dítě s rozštěpem obličeje.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, jaká je ošetrovatelská péče v oblasti výživy u dětí s rozštěpem obličeje.
2. Zmapovat, jaká je ošetrovatelská péče o ránu u dětí po operaci rozštěpu obličeje.
3. Zjistit, jaká je informovanost rodičů o péči o dítě s rozštěpem obličeje.

9 Charakteristika výzkumného vzorku

Zkoumaným vzorkem mého šetření byly dvě děti hospitalizované na lůžkovém oddělení pro děti na Klinice plastické chirurgie ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze, které prodělaly operaci rozštěpu patra. Tyto děti měly šest a osm dní od operace rozštěpu patra. První dítě bylo po operaci rozštěpu tvrdého a měkkého patra ve věku 9 měsíců a druhé po submukózní rozštěpu ve věku 8,5 měsíce. K rozhovoru byly osloveny dvě matky, které byly hospitalizovány společně s dítětem.

10 Metodika

10. 1 Zdroje odborných poznatků

Mezi zdroje odborných poznatků byly použity metody rozhovoru, pozorování a práce se zdravotnickou dokumentací. Rozhovory byly realizovány s matkou dítěte, která byla hospitalizována společně s dítětem. Dále se zdravotnickým personálem, který byl v kontaktu s pacientem a pozorování ošetřovatelské péče o dítě po operaci rozštěpu patra. Odborné informace jsem také získala z odborné literatury a ze zkušeností sester. Výsledky mého šetření byly zpracovány formou kazuistiky.

10. 2 Popis výzkumné metody

Ke kvalitativnímu výzkumnému šetření byla použita metoda kazuistiky. Výchozí pro sestavení kazuistiky byl rozhovor veden s matkami podle struktury koncepčního modelu od M. Gordonové: Model funkčních vzorců zdraví. Tento koncepční model má za cíl zdraví, zodpovědnost jedince za jeho zdraví a rovnováha biopsychosociálních interakcí. Zabývá se charakteristikou následujících jednotlivých oblastí: Vnímání zdravotního stavu, Výživa a metabolismus, Vylučování, Aktivita a cvičení, Spánek a odpočinek, Vnímání a poznávání, Role a mezilidské vztahy, Sexualita, Stres, Víra a životní hodnoty.

11 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření se odehrávalo ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady na Klinice plastické chirurgie na lůžkovém oddělení pro děti. Po zkontaktování Odboru vzdělávání ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze byla zhotovena smlouva (viz příloha A). Na základě smlouvy, pod dohledem vrchní sestry kliniky, jsem vykonávala výzkumné šetření. Výzkumné šetření se odehrávalo od 3. 12. 2012 do 31. 1. 2013.

12 Vyhodnocení dat výzkumného šetření

12. 1 Ošetrovatelská kazuistika č. 1

12. 1. 1 Identifikační údaje pacienta

Jméno, příjmení, titul: X. X.

Věk: 9 měsíců

Národnost: ČR

Vyznání: bez vyznání

Pojišťovna: 207

Bydliště: Praha

Výška: 67 cm

Váha: 7,95 kg

BMI: 17,7

Datum přijetí: 3. 12. 2012

Datum ošetřování: 10. 12. 2012

Den hospitalizace: 8. den

Kontaktní osoba: matka

12. 1. 2 Lékařská anamnéza, lékařská diagnóza

Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka – referent, polyvalentní alergie- pollinosa, poruchy štítné žlázy

Otec – hypertense, asthma

Sourozenci – sine

Porodní anamnéza:

První fyziologická gravidita, porod v 40. týdnu, spontánní, dítě nekříšeno, porodní váha 3270g, porodní délka 49cm

Kojení – dítě bylo kojeno do 4. měsíce

Očkování – řádné, dle očkovacího kalendáře

Osobní anamnéza:

Infekční choroby – sine

Závažné onemocnění, hospitalizace – dosud nestonala, asi 2 měsíce dráždění kůže

Sledování v odborné poradně – sine

Farmakologická anamnéza:

Vigantol 1 x 1, Maltofer gtt. 0 – 8 – 8, Lactobacilky cps. 1x, Panadol susp.

4 ml, Nurofen susp. 2 ml.

Sociálně pracovní anamnéza:

Dítě

Nynější onemocnění:

Pacientka přijata k operaci s rozštěpem patra do klenby.

Pacientka je hospitalizována na Klinice plastické chirurgie na lůžkovém oddělení pro děti ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze.

Lékařská diagnóza

Q351: Rozštěp tvrdého patra

Důvod přijetí: Pacientka přijata k operaci s rozštěpem patra do klenby.

Plánované, léčebné, doporučil praktický lékař.

12. 1. 3 Diagnostické metody

Vyšetření fyziologických funkcí (10. 12. 2012)

TK – 97 / 36 torr

P – 131 ´

TT – 36,7 °C

D – 36 ´

SpO₂ – 99 %

Vyšetření BMI (10. 12. 2012)

Výška – 67 cm

Váha – 7,95 kg

BMI – 17,7

ORL vyšetření (3. 12. 2012)

Subjektivně: Pacientka před plastikou patra

Doporučení: Prosíme o AT během výkonu

Dg: Hlenovitý zánět středního ucha

Mikroskopický diferenciál (5. 12. 2012)

	HODNOTY	REFERENČNÍ MEZ
Neutr. seg	52,0 %	47,0- 75,0 %
Neutr. tyč	0,5 %	0,0- 6,0 %
Lymfocyty	40,0 %	18,8- 48,8 %
Monocyty	6,0	3,0- 13,5
Eozino. seg	1,0	0,0- 7,0

Baso. seg	0,5	0,0- 2,0
------------------	-----	----------

* hodnota pod referenční mezí
! hodnota nad referenční mezí

Krevní obraz (5. 12. 2012)

	HODNOTY	REFERENČNÍ MEZ
WBC	!18,9 x 10 ⁹ /l	6,0- 17,5 x 10 ⁹ /l
RBC	*3,56 x 10 ¹² /l	3,70 – 5,30 x 10 ¹² /l
HGB	*100g / l	105 – 135g / l
HCT	*0,289g / l	0,330 – 0,390g / l
MCV	81,2 fl	70,0 – 86,0 fl
MCH	28,1 pg	23,0 – 31,0 pg
MCHC	346 g/l	300 – 360g / l
RDW	13,4 %	11,0 – 14,5 %
PLT	417 x 10 ⁹ /l	200 – 500 x 10 ⁹ /l
MPV	10 fl	8 – 12 fl
PDW	10,7 fl	10,0 – 18,0 fl
Pct	!0,40 x 10 ⁻³	0,12 – 0,36 x 10 ⁻³

* hodnota pod referenční mezí
! hodnota nad referenční mezí

KO diferenciál – analyzátor (5. 12. 2012)

	HODNOTY	REFERENČNÍ MEZ
Neutro #	18,61 x 10 ⁹ /l	1,50 – 8,50 x 10 ⁹ /l
Lymfo #	7,85 x 10 ⁹ /l	3,00 – 13,50 x 10 ⁹ /l
Mono #	12,18 x 10 ⁹ /l	0,40 – 0,80 x 10 ⁹ /l
Eozino #	*0,15 x 10 ⁹ /l	0,30 – 0,70 x 10 ⁹ /l
Bazo #	0,06 x 10 ⁹ /l	0,01 – 0,10 x 10 ⁹ /l
Neutrofilý	45,7 %	40,0 – 75,00 %
Lymfocyty	41,6 %	18,0 – 48%
Monocyty	11,6 %	3,0 – 13,5 %
Eozinofily	0,8 %	0,0 – 7,0 %
Bazofily	0,3 %	0,0 – 2,0 %
IG #	0,06 x 10 ⁹ /l	0,00 – 0,06 x 10 ⁹ /l
IG	0,30 %	0,00 – 0,60%

* hodnota pod referenční mezí

! hodnota nad referenční mezí

Biochemické vyšetření (5. 12. 2012)

	HODNOTY	REFERENČNÍ MEZE
S- Natrium	140 mmol/ l	135 – 146 mmol/ l
S- Kalium	4,79 mmol/ l	4,00 – 6,20 mmol/ l
S- Chloridy	105 mmol/ l	95 – 115 mmol/ l
S- Urea	* 1,15 mmol/ l	1,40 – 5,40 mmol/ l
S-Kreatinin enzymově	*20 μ mol/ l	21 – 55 μ mol/ l
S- Glukosa	5,29 mmol/ l	3,30 – 5,50 mmol/ l
S- Osmolalita	288 mmol/ l	275 – 295 mmol/ l
S- Celk. bilirubin	7,3 μ mol/ l	1,0 – 22,0 μ mol/ l
S- ALT	0,34 μ kat/ l	0,10 – 0,75 μ kat/ l
S- AST	0,70 μ kat/ l	0,10 – 0,75 μ kat/ l
S- Celková bílkovina	50,5 g/ l	50,0 – 71, 0 g/ l
S- Albumin	35,0 g/ l	35,0 – 53,0 g/ l
S- CRP	!13,9 mg/ l	0,0 – 12,0 mg/ l

* hodnota pod referenční mezí

! hodnota nad referenční mezí

12. 1. 4 Terapie

Terapie podávaná per os (10. 12. 2012)

Vigantol gtt. 0 – 1– 0 (vitaminy)

Maltofer gtt. 0 – 8 – 8 (antianemicum)

Lactobacilky cps. 1 x denně (vysypat do jídla) (probioticum)

Panadol susp. 4 ml – při bolesti a teplotě po 6 hod, max 4 x denně/ 24 hod.
(analgetikum)

Nurofen susp. 2 ml - při bolesti a teplotě max. po 6 hod. (analgetikum)

ATB (10. 12. 2012)

Unasyn susp. 2 ml p.o. – po 12 hod.

Terapie používaná lokálně (10. 12. 2012)

Betadina 3 x denně na operační ránu

Výplachy dutiny ústní vodou nebo čajem po každém jídle.

12.1.5 Operace

Operace zahájena 4. 12. 2012

Operační výkony – Uzavření defektu kožním lalokem místním do 10cm².

Primární operace rozštěpu tvrdého i měkkého patra.

Název výkonu – Frenulectomie H rtu, Palatoplastica

Popis operace – Příprava operačního pole Betadinou.

Zarouškováno jednorázovým rouškováním.

Výkon probíhal v celkové anestezii v poloze na zádech.

12. 1. 6 Ošetrovatelská anamnéza dle modelu M. Gordonové – Model funkčních vzorců zdraví

Subjektivní hodnocení zdravotního stavu a hospitalizace zákonným zástupcem.

Pacientka je hospitalizována společně s matkou z důvodu operace rozštěpu patra do klenby. Na rozštěp patra přišli v porodnici po porodu. Nyní už je 8. den po operačním výkonu.

Ošetrovatelská anamnéza

1 Vnímání zdraví

Stav před operací: Informace o problematice onemocnění rodiče získali z internetu a neustále hledají odbornou literaturu k čerpání více informací o této problematice. Uvádějí, že jim nikdo nebyl schopný v porodnici vysvětlit tuto problematiku a dát jim rady, jak mají postupovat. V tu chvíli se cítili bezradní. Lékařka je poslala na Klinikou plastické chirurgie. Z důvodu nedostatečných informací rodiče byli vyděšení, dříve se s rozštěpem obličeje nikdy neseťkali. Báli se, zda vše půjde vyléčit a nevzniknou jiné zdravotní problémy. Rodiče si aktivně hledali informace a zajímali se o léčbu. Chtěli se zapojit už na začátku. Dítě nevykazovalo žádné závažné problémy.

Stav po operaci: Rodiče přistupují ke zdravotnímu stavu svého dítěte zodpovědně. Sami se aktivně hlásí o to, aby o své dítě mohli sami pečovat. Plně dodržují lékařská doporučení. Dítě je na svůj věk fyzicky zdatné a jinak po zdravotní stránce v pořádku. Je klidné a spokojené. Nyní má pacientka nasazené fixátory loktů, tak má omezený pohyb. Fixátory slouží k prevenci zanesení infekce do operační rány a k rozškrábání rány. Rodiče doufají, že po této operaci už dítě nebude mít v budoucnu žádné potíže. Jsou obeznámeni o možných komplikacích, které se mohou v budoucnosti objevit. Například potíže s mluvením, zkřivenými zuby. Doufají, že jejich dítě nebude mít žádné potíže a nebude cílem šikany.

2 Výživa a metabolismus

Stav před operací: Dítě je nekojené už od narození. Zpočátku se nemohlo přisát z důvodu rozštěpu patra. Ke stravě užívali Habermanovu lahvičku a matka odstříkávala mateřské mléko. Nyní už je dítě na příkrmech. S krmením nebyly potíže, jen to trvalo delší dobu. Alergie na potraviny se zatím žádná neobjevila. Před nástupem do nemocnice byla mírně opruzená v tříslech, ale nyní už je to v pořádku a kůže je normální. Pacientka je upravená.

Stav po operaci: Pacientka váží 7,95 kg a měří 67 cm. Její BMI je 17,7. Na dětském oddělení má dietu PLKOJ (plně kojenecká strava). Nyní už je na příkrmech. Na zeleninové polévce, jogurtu a kaši v množství 200 ml. Denně přijme kolem 1000 ml tekutin. S krmením nemají žádné potíže, dítě má chuť k jídlu a přibývá na váze. Po operaci dítě krmili pomocí stříkačky, kterou podávali tekutou stravu. Nyní už pacientka pije z lahvičky.

Pacientka má operační ránu v dutině ústní. Rána je klidná, bez známek zánětu. Hrdlo je klidné, bez otoku. K ošetření rány se používá Betadina, kterou se patro potírá třikrát denně štětičkou. Byly použity stehy ze vstřebatelného materiálu. Rodiče jsou poučeni, že mají ránu udržovat v čistotě. Po krmení dítě pije heřmánkový čaj, aby se rána vyčistila. Je potřeba neustálá péče o ránu.

Kůže je normální, bez vyrážek a opruzenin, kožní turgor je přiměřený. Pacientka je čistá a upravená. Délka nehtů je přiměřená. V 6. měsíci začaly růst první zuby. Zuby jsou bez kazu.

3 Vylučování

Stav před operací: Dítě používá plenkové kalhotky. Stolici mělo pravidelné přibližně třikrát denně. Trpí na bolesti břicha z důvodu sání většího množství vzduchu při krmení. Tento problém řeší masírováním břicha a teplými obklady.

Stav po operaci: Dítě používá plenkové kalhotky. Stolice je pravidelná přibližně 3 krát denně. Trpí na bolesti břicha. Bolesti má z důvodu antibiotik. Dítě nevykazuje žádné známky urologických potíží.

4 Aktivita a cvičení

Stav před operací: Dítě je aktivní, staví se na nožky a na svůj věk je fyzicky zdatné. Dítě leze po čtyřech a začíná si i pomalu stoupat. Rodiče tvrdí, že chvíli neposedí a ráda si hraje. Je zvyklá na čtení pohádek. Rodiče na dítě neustále mluví a povídají si s ním.

Stav po operaci: Dítě je aktivní, staví se na nožky. Pohyb má ztížený kvůli fixátorům loktů, které má z důvodu prevence poškození operační rány a aby si nezanesclo špínu do úst. Rodiče fixátory občas sundávají a dohlíží, aby se mu nic nestalo. Fixátory snáší dobře. Dítě je zvyklé na čtení pohádek. Rodiče na dítě neustále mluví a povídají si s ním.

5 Spánek a odpočinek

Stav před operací: Klidně spí, má pravidelný spánek. Je zvyklá usínat po jídle. Se spánkem nebyl problém ani doma. Před spaním večer je dítě zvyklé na pravidelné koupání. Koupel ji dostatečně unaví a uvolní. Neusne bez pohádky na dobrou noc. Přes noc se probudí pouze jednou.

Stav po operaci: Klidně spí, má pravidelný spánek. Rodiče uvádějí, že spí přibližně 16 hodin denně. Je zvyklá usínat po jídle. Spí v postýlce nebo si ji vezme maminka k sobě. Před spaním je dítě zvyklé na pravidelné koupání. Koupel ji dostatečně unaví a uvolní. Neusne bez pohádky na dobrou noc. Přes noc se probudí pouze jednou. Po probuzení je dítě usměvavé a odpočinuté.

6 Vnímání – poznávání

Stav před operací: Dítě je zvědavé a má rádo lidi kolem sebe. S přítomností cizích osob nebyl nikdy problém. Nemá potíže se sluchem ani zrakem. Před nástupem do nemocnice byl vyléčen zánět středního ucha. Nyní už žádnými potížemi netrpí.

Stav po operaci: Dítě je zvědavé a rádo zkoumá nové věci. Zvyklo si na přítomnost zdravotního personálu a nemá žádný problém s tím, když je kolem víc lidí. Užívá si pozornosti, kterou jí všichni dávají patřičně najevo. Nemá potíže se sluchem ani zrakem. Před operací měla zánět středního ucha, který byl vyléčen a není chronický.

Na bolest dostává Panadol a Nurofen. Bolest dává najevo výrazem tváře a pláčem. Nyní už nevykazuje bolest a léky na bolest se podávají minimálně. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

7 Sebepojetí

Stav před operací: Jedná se o 9 měsíční dítě. Dítě je klidné, usměvavé, má rádo lidi kolem sebe. Rodiče mají obavy o to, aby se operace podařila a byla léčba bez komplikací. Jsou rádi, že se rozštěp odoperuje, ale zároveň z toho mají také obavy.

Stav po operaci: Jedná se o 9 měsíční dítě. Dítě je klidné, usměvavé, má rádo lidi kolem sebe. Rodiče mají obavy o to, aby nezažívala šikanu ve škole a zda léčba bude úspěšná. Vědí o možnosti problémů s řečí a jsou na vše připraveni.

8 Role – vztahy

Stav před operací: Rodiče jsou svému dítěti velkou oporou. Jejich rodina je velká, proto se nebojí, že by na všechno byli sami.

Stav po operaci: Dítě je z velké rodiny. Zatím nemá sourozence, ale rodiče chtějí další dítě. Denně je chodí navštěvovat tatínek, který s nimi tráví čas až do večera. Je zde také podpora celé rodiny, která dítě vzala ihned mezi sebe.

9 Sexualita

Jedná se o 9 měsíční dítě, proto to nelze vyhodnotit.

10 Stres

Stav před operací: Rodiče zažívají velký stres. Procházejí s dítětem celou řadu vyšetření a mají strach, jak to vše dopadne. Velkou oporou je pro ně zdravotnický personál, který se k nim chová vstřícně. Už by si přáli mít vše za sebou, aby si dítě mohli odvézt domů. Dítě nevydává žádné známky stresu, velké množství lidí kolem jí nedělá problém.

Stav po operaci: Stres z rodiny už opadl. Zažívali ho před operací, kdy museli obíhat lékaře a nevěděli přesně, co je čeká. Zažívali stres z důvodu neinformovanosti o problematice tohoto onemocnění. Podpora rodiny je veliká a pomáhají, jak to jen jde. Dítě uklidňuje chování a čtení pohádek.

11 Víra, životní hodnoty

Rodiče jsou nevěřící. Dítě není křtěné a ani ho nechtějí pokřtít.

12.1.7 Ošetrovatelské diagnózy

Přehled ošetrovatelských diagnóz:

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

Ošetrovatelské diagnózy hodnotím 8. den po operaci.

1. Akutní bolest z důvodu operačního výkonu projevující se mimikou v obličejí a pláčem.

- **Cíl:** Pacientka bude bez akutní bolesti do 2 hodin.
- **Plán:** Poučit matku o sledování projevů bolesti.
 - Dostatečně informovat rodiče o úlevové poloze a o možnosti podání analgetik indikované lékařem.
 - Sledovat účinek podávaných analgetik.
 - Zaznamenávat bolest do dokumentace.
- **Hodnocení:**
 - Pacientka neprokazuje bolest výrazem v tváři a pláčem.
 - Pacientka klidně spí.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

1. Riziko vzniku potíží s růstem zubů z důvodu onemocnění.

- **Cíl:** Pacientka bude v odborné péči stomatologa.
- **Plán:** Zajistit návštěvu u stomatologa.
 - Dohlédnout na to, aby rodiče měli dostatek informací.

2. Riziko vzniku infekce v dutině ústní z důvodu operace.

- **Cíl:** Zabránit vzniku infekce.
- **Plán:** Sledovat operační ránu a zaznamenávat změny do dokumentace.
 - Ošetřovat ránu 3x denně Betadinou vatovými štětičkami.
 - Po každém jídle a kdykoli během dne vyplachovat dutinu ústní heřmánkovým čajem nebo vodou.
 - Monitorovat fyziologické funkce a zaznamenávat je do dokumentace.
 - Podávat léky podle indikace lékaře a sledovat jejich účinek.
- **Hodnocení:** Rána je klidná, bez známek zánětu, fyziologické funkce jsou v normě.

3. Riziko vzniku konstriktce svalů na horních končetinách z důvodu ordinovaných fixátorů loktů.

- **Cíl:** V průběhu hospitalizace nedojde ke konstriktci svalů.
- **Plán:** Poučit rodiče o pravidelném povolování fixátorů.
 - Zajistit procvičování končetin při odstranění fixátorů.
 - Promazávání a masírování končetin.

4. Riziko úbytku váhy z důvodu operační rány a ztíženého příjmu potravy.

- **Cíl:** Zabránit snížení tělesné hmotnosti.
- **Plán:** Sledovat a denně zaznamenávat tělesnou hmotnost.
 - Zajistit dostatečný příjem potravy.
 - Podávat tekutou a kašovitou stravu.
- **Hodnocení:** Pacientka je bez úbytku tělesné hmotnosti.

5. Riziko vzniku pádu z důvodu zhoršené pohyblivosti při fixaci loktů.

- **Cíl:** Zabránit pádu z dětské postýlky a případnému poranění.
- **Plán:** Neustálý dohled a přítomnost druhého člověka.
 - Nechávat neustále zvednuté postranice u postýlky.
 - Fixátory povolovat pouze za přítomnosti sestry nebo rodičů.
 - Úprava prostředí (odstranit nebezpečné a ostré předměty z jeho okolí, stabilní nábytek)
- **Hodnocení:** Nedošlo k pádu.

Ošetrovatelské diagnózy u rodičů:

1. Strach ze šikany svého dítěte z důvodu jizvy po operačním zákroku.

- **Cíl:** Být rodičům oporou.
- **Plán:** Zajistit konzultaci s lékařem.
 - Dát rodičům kontakt na sdružení, aby se mohli spojit s ostatními rodiči.
 - Podat jim všechny informace, které budou v její kompetenci.

2. Strach o budoucnost svého dítěte, z důvodu možných handicapů způsobené rozštěpem.

- **Cíl:** Rodiče budou vědět, kam se v případě nejasností obrátit.
- **Plán:** Dát jim informace o existenci Občanského sdružení Šťastný úsměv.

3. Nedostatečná informovanost o ošetřování dítěte po operaci rozštěpu patra.

- **Cíl:** Rodiče budou dostatečně informováni o ošetřování dítěte.
- **Plán:** Dostatečně provést edukaci matky a zbytku rodiny o ošetřovatelské péči o operační ránu, o masážích operační rány a výživě a vše jim dostatečně vysvětlit.

12. 1. 8 Prognóza

Pacientka je nyní hospitalizována na Klinice plastické chirurgie na lůžkovém oddělení pro děti z důvodu zahojení operační rány. Vzhledem k operaci, kterou prodělal, by měly být následky minimální. U rozštěpu patra je riziko vzniku komplikací v pozdějším věku. Jsou to stomatologické a logopedické potíže. Rodiče jsou informováni a budou docházet do odborné poradny, kde budou na pacienta dohlížet a předcházet vzniku komplikací. Jeho celkový zdravotní stav je příznivý. V psychické oblasti se jeví pacient spokojený. Cítí, že má oporu celé rodiny a tudíž nepředpokládám žádné změny v psychice do dospívání.

Zdroje informací:

1. Pozorování
2. Rodiče
3. Zdravotnický personál
4. Zdravotnická dokumentace

12. 2 Ošetrovatelská kazuistika č. 2

12. 2. 1 Identifikační údaje pacienta

Jméno, příjmení, titul: X. Y.

Věk: 8,5 měsíců

Národnost: ČR

Vyznání: bez vyznání

Pojišťovna: 111

Bydliště: Praha

Výška: 68 cm

Váha: 8,3 kg

BMI: 17,9

Datum přijetí: 10. 12. 2012

Datum ošetřování: 17. 12. 2012

Den hospitalizace: 7. den

Kontaktní osoba: matka

12. 2. 2 Lékařská anamnéza, lékařská diagnóza

Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka – studující, hypofunkce štítné žlázy, matka matky má DM 2. typu, otec matky DM 1. typu od 4 let a 6x prodělal ictus

Otec – sine

Sourozenci – sine

Porodní anamnéza:

První fyziologická gravidita, porod v 38. týdnu, porod probíhal dle Sectio Caesarea pro umístění plodu koncem pánevním, dítě nekříšeno

Kojení – matka dosud kojí

Očkování – dle očkovacího kalendáře

Osobní anamnéza:

Infekční choroby – sine

Závažné onemocnění, hospitalizace – dosud nestonal

Sledování v odborné poradně – sine

Farmakologická anamnéza:

Vigantol gtt. 1 x večer, Maltofer gtt. 0 – 8 – 8, Lactobacilky cps., 1x lokálně mast na ekzém magistraliter (ord. PLDD) 1 – 3krát denně, Panadol susp. 4 ml, Nurofen susp. 2 ml, Nux normica 9, Prospor 15, Unasyn susp. 2 ml p.o. – po 12 hod.

Sociálně pracovní anamnéza:

Dítě

Nynější onemocnění:

Pacient přijat k operaci se submukózní rozštěpem.

Pacient je hospitalizován na Klinice plastické chirurgie na lůžkovém oddělení pro děti ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze.

Lékařská diagnóza**Q351: Rozštěp tvrdého patra**

Status localis: Dutina ústní – submukózní rozštěp patra bez rozštěpu vulvy, krátká uzda jazyka.

Důvod přijetí: Pacient přijat k operaci se submukózní rozštěpem.

Plánované, léčebné, doporučil praktický lékař.

12. 2. 3 Diagnostické metody

Vyšetření fyziologických funkcí (17. 12. 2012)

TK – 110 / 60 torr

P – 122´

TT – 36,7 °C

D – 33´

SpO₂ – 99 %

Vyšetření BMI (17. 12. 2012)

Výška – 68 cm

Váha – 8,3 kg

BMI – 17,9

ORL vyšetření (16. 5. 2012)

Subjektivně: Pacient před plastikou patra

Dg: Chronický hlenovitý zánět středního ucha

Mikroskopický diferenciál (12. 12. 2012)

	HODNOTY	REFERENČNÍ MEZ
Neutr. seg	*35 %	47,0- 75,0 %
Neutr. tyč	0,0 %	0,0- 6,0 %
Lymfocyty	159 %	18,8- 48,8 %
Monocyty	5	3,0- 13,5
Eozino. Seg	0,5	0,0- 7,0
Baso. seg	0,0	0,0- 2,0

* hodnota pod referenční mezí

! hodnota nad referenční mezí

Krevní obraz (5. 12. 2012)

	HODNOTY	REFERENČNÍ MEZ
WBC	!19,5 x 10 ⁹ /l	6,0- 17,5 x 10 ⁹ /l
RBC	3,99x 10 ¹² /l	3,70 – 5,30 x 10 ¹² /l
HGB	108g / l	105 – 135g / l
HCT	*0,296g /l	0,330 – 0,390g / l
MCV	74,0 fl	70,0 – 86,0 fl
MCH	27,1 pg	23,0 – 31,0 pg
MCHC	! 365 g / l	300 – 360g / l
RDW	12,7 %	11,0 – 14,5 %
PLT	421 x 10 ⁹ /l	200 – 500 x 10 ⁹ /l
MPV	9 fl	8 – 12 fl
PDW	10,3 fl	10,0 – 18,0 fl
Pct	!0,39 x 10 ⁻³	0,12 – 0,36 x 10 ⁻³

* hodnota pod referenční mezí

! hodnota nad referenční mezí

KO diferenciál – analyzátor (12. 12. 2012)

	HODNOTY	REFERENČNÍ MEZ
Neutro #	6,32 x 10 ⁹ /l	1,50 – 8,50 x 10 ⁹ /l
Lymfo #	11,27 x 10 ⁹ /l	3,00 – 13,50 x 10 ⁹ /l
Mono #	! 2,18 x 10 ⁹ /l	0,40 – 0,80 x 10 ⁹ /l
Eozino #	! 1,87 x 10 ⁹ /l	0,30 – 0,70 x 10 ⁹ /l
Bazo #	0,04 x 10 ⁹ /l	0,01 – 0,10 x 10 ⁹ /l
Neutrofilý	*32,3 %	40,0 – 75,00 %
Lymfocyty	! 57,7 %	18,0 – 48%
Monocyty	9,6 %	3,0 – 13,5 %
Eozinofily	0,2 %	0,0 – 7,0 %
Bazofily	0,2 %	0,0 – 2,0 %
IG #	0,06 x 10 ⁹ /l	0,00 – 0,06 x 10 ⁹ /l
IG	0,30 %	0,00 – 0,60%

* hodnota pod referenční mezí

! hodnota nad referenční mezí

Biochemické vyšetření (12. 12. 2012)

	HODNOTY	REFERENČNÍ MEZE
S- Natrium	140 mmol/ l	135 – 146 mmol/ l
S- Kalium	4,26 mmol/ l	4,00 – 6,20 mmol/ l
S- Chloridy	105 mmol/ l	95 – 115 mmol/ l
S- Urea	*0,99 mmol/ l	1,40 – 5,40 mmol/ l
S-Kreatinin enzymově	*18 μ mol/ l	21 – 55 μ mol/ l
S- Glukosa	5,40 mmol/ l	3,30 – 5,50 mmol/ l
S- Osmolalita	284 mmol/ l	275 – 295 mmol/ l
S- Celk. bilirubin	12,4 μ mol/ l	1,0 – 22,0 μ mol/ l
S- ALT	0,33 μ kat/ l	0,10 – 0,75 μ kat/ l
S- AST	0,64 μ kat/ l	0,10 – 0,75 μ kat/ l
S- Celková bílkovina	60,9 g/ l	50,0 – 71, 0 g/ l
S- Albumin	35,0 g/ l	35,0 – 53,0 g/ l
S- CRP	6,3 mg/ l	0,0 – 12,0 mg/ l

* hodnota pod referenční mezí

! hodnota nad referenční mezí

Koagulační vyšetření (10. 12. 2012)

	HODNOTY	REFERENČNÍ MEZE
APTT test	! 39,7 s	28 – 38 s
APTT kontrola	34,0 s	28 – 38 s
APTT / R	1,17 s	0,80 – 1,20 s
Quickův test	13,5 s	11,0 – 15 s
Quisk kontrola	13,2 s	11 – 15 s
INR	1,03 s	0,8 – 1,20 s

* hodnota pod referenční mezí

! hodnota nad referenční mezí

12.1. 4 Terapie

Terapie podávaná per os (17. 12. 2012)

Vigantol gtt. 0 – 0 – 1 (vitaminy)

Maltofer gtt. 0 – 8 – 8 (antianemicum)

Lactobacilky cps. 1 x denně (vysypat do jídla) (probioticum)

Panadol susp. 4 ml – při bolesti a teplotě po 6 hod, max 4 x denně/ 24 hod.
(analgetikum)

Nurofen susp. 2 ml - při bolesti a teplotě max. po 6 hod. (analgetikum)

Nux vomica 9 granul. 1 – 0 – 0 (homeopaticum)

Prosporus 15 granul. 1 – 0 – 0 (homeopaticum)

ATB (17. 12. 2012)

Unasyn susp. 2 ml p.o. – po 12 hod.

Terapie používaná lokálně (17. 12. 2012)

Betadina 3 x denně na operační ránu

Výplachy dutiny ústní vodou nebo čajem po každém jídle.

1x lokálně mast na ekzém magistraliter (ord. Praktického lékaře pro děti a dorost) 1 –
3krát denně

12. 2. 5 Operace

Operace zahájena 11. 12. 2012

Operační výkony – Uzavření defektu kožním lalokem místním do 10cm².

Primární operace rozštěpu měkkého patra.

Název výkonu – Palatoplastica su. Furlow, divize uzdičky jazyka

Popis operace – Příprava operačního pole Betadinou.

Zarouškováno jednorázovým rouškováním.

Výkon probíhal v celkové anestezii v poloze na zádech.

12. 2. 6 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu M. Gordonové – Model funkčních vzorců zdraví

Subjektivní hodnocení zdravotního stavu a hospitalizace zákonným zástupcem.

Pacient je hospitalizován společně s matkou z důvodu operace submukózního rozštěpu. Na rozštěp patra přišli v porodnici po porodu. Nyní už je 6. den po operačním výkonu.

Ošetřovatelská anamnéza

1 Vnímání zdraví

Stav před operací: Matka rodila v Praze a lékaři jí informovali o této problematice. Uvádí, že zdravotnický personál jim byl schopný vše vysvětlit. Lékaři je poslali na Klinikou plastické chirurgie a ubezpečovali je, že vše bude v pořádku. Rozštěp nebyl nijak významně veliký, proto se tolik nebáli. Věděli, že je čeká operační výkon, ale dítě bylo jinak naprosto v pořádku.

Stav po operaci: Rodiče přistupují ke zdravotnímu stavu svého dítěte zodpovědně. Plně dodržují lékařská doporučení. Matka se aktivně zapojuje do ošetřovatelské péče a řadu věcí si dělá sama. Dítě je klidné a spokojené. Nyní má pacient nasazené fixátory loktů, tak má omezený pohyb a to se mu nelíbí. Fixátory slouží k prevenci zanesení infekce do operační rány a k rozškrábání rány. Rodiče doufají, že po této operaci už dítě nebude mít v budoucnu žádné potíže.

2 Výživa a metabolismus

Stav před operací: Dítě je na příkrmech, ale matka stále dítě kojí. S přisátím dítěte k prsu nebyl problém. Dítě se k prsu bez problému přisaje. Alergie na potraviny se zatím žádná neobjevila. Pacient trpí ekzémem na hrudníku a horních končetinách. K léčbě užívají mast magistraliter.

Stav po operaci: Pacient váží 8,3 kg a měří 68 cm. Jeho BMI je 17,9. Na dětském oddělení má dietu PLKOJ (plně kojenecká strava). Nyní matka dítě kojí a přikrmuje. Denní příjem tekutin je kolem 1000 ml tekutin. S krmením nejsou žádné potíže, dítě má chuť k jídlu a přibývá na váze. Po operaci rodiče dítě krmili pomocí stříkačky, kterou podávali tekutou stravu. Matka si odstříkávala mateřské mléko.

Pacient má operační ránu v dutině ústní. Rána je klidná, bez zarudnutí a otoku. Hrdlo je klidné, bez otoku. K ošetření rány se používá Betadina, kterou se patro potírá třikrát denně štětičkou. Byly použity stehy ze vstřebatelného materiálu. Rodiče jsou poučeni, že mají ránu udržovat v čistotě. Po krmení dítě pije heřmánkový čaj, aby se rána vyčistila. Je potřeba neustálá péče o ránu.

Pacient trpí ekzémem na hrudníku a horních končetinách. Kožní turgor je přiměřený. Pacient je čistý a upravený. Délka nehtů je přiměřená. V 6. měsíci mu začaly růst první zuby. Zuby jsou bez kazu.

3 Vylučování

Stav před operací: Matka dítěte používá plenkové kalhotky. Stolicí má pravidelnou přibližně čtyřikrát denně. Trpí na bolesti břicha. Na bolest pomáhá masírování břicha.

Stav po operaci: Dítě používá plenkové kalhotky. Stolice je pravidelná přibližně 3 krát denně normální barvy, bez zápachu. Trpí na bolesti břicha. Nevykazuje žádné známky urologických potíží.

4 Aktivita a cvičení

Stav před operací: Dítě je aktivní a fyzicky zdatné. Dítě leze po čtyřech a začíná si i pomalu stoupat. Potřebuje neustálou pozornost svého okolí, a pokud ji nemá, tak si ji vyžádá.

Stav po operaci: Dítě je velmi aktivní. Pohyb je nyní ztížený kvůli fixátorům loktů, které má z důvodu prevence poškození operační rány a aby si nezaneslo špinu do dutiny ústní. Z fixátorů je dítě nesvé a brečí. Matka fixátory občas sundává

a dohlíží, aby se neporanilo. Dítě je zvyklé na čtení pohádek a má neustále kolem sebe spoustu hraček.

5 Spánek a odpočinek

Stav před operací: Klidně spí, má pravidelný spánek. Rodiče uvádějí, že spí přibližně 12 hodin denně. Je zvyklý usínat po jídle. V noci se probudí přibližně dvakrát na krmení. Se spánkem nebyl problém ani doma.

Stav po operaci: Klidně spí, má pravidelný spánek. Rodiče uvádějí, že spí přibližně 12 hodin denně. Spí v postýlce. Před spaním je dítě zvyklé na pravidelné koupání. Přes noc se probudí dvakrát na jídlo. Léky na spaní neužívá. Po probuzení je dítě usměvavé a odpočinuté.

6 Vnímání – poznávání

Stav před operací: Dítě je zvědavé a má rádo lidi kolem sebe. S přítomností cizích je problém, dítě je nespve a brečí. Dítě je zvyklé pouze na matku a na otce, protože se zbytkem rodiny nejsou v kontaktu. Sluch a zrak jsou v pořádku. Trpí chronickým zánětem středního ucha.

Stav po operaci: Dítě je zvědavé. Zvyklo si na přítomnost zdravotního personálu, ale stále je nespve z velkého množství lidí kolem sebe.

Na bolest operační rány dostává Panadol a Nurofen. Bolest dává najevo výrazem tváře a pláčem. Nyní už vykazuje mírnou bolest.

7 Sebepojetí

Stav před operací: Jedná se o 8,5 měsíční dítě. Dítě je klidné a usměvavé, s přítomností více cizích lidí je nespve a brečí. Rodiče mají obavy o to, aby se operace podařila, a také mají strach, jak dítě bude snášet přítomnost zdravotnického personálu.

Stav po operaci: Jedná se o 8,5 měsíční dítě. Dítě je klidné a usměvavé. Rodiče mají obavy o to, aby se rána dobře zahojila. Zda léčba bude úspěšná.

8 Role – vztahy

Stav před operací: Rodiče jsou svému dítěti velkou oporou. Matka je studentkou, ale otec je pracující. Se zbytkem rodiny nejsou v kontaktu.

Stav po operaci: Dítě není z velké rodiny. Zatím nemá sourozence, rodiče zatím nechtějí další dítě. Denně je chodí navštěvovat tatínek, který s nimi tráví čas až do večera. Matka má velkou oporu ve svém manželovi.

9 Sexualita

Jedná se o 8,5 měsíční dítě, proto to nelze vyhodnotit.

10 Stres

Stav před operací: Rodiče zažívají stres. Procházejí s dítětem celou řadu vyšetření, ale zdravotnický personál jim je velkou oporou. Už by si přáli mít vše za sebou, aby si dítě mohli odvézt domů. Dítě je ve stresu, který se projevuje pláčem a odvracení se od zdravotního personálu, jakmile je kolem něj větší množství lidí. Musí být neustále v kontaktu s matkou, na kterou je fixován.

Stav po operaci: Stres z rodiny už opadl. Spíše se báli narkózy. Dítě uklidňuje chování v náručí matky a hračky.

11 Víra, životní hodnoty

Rodiče jsou nevěřící. Dítě není křtěné.

12. 2. 7 Ošetrovatelské diagnózy

Přehled ošetrovatelských diagnóz

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

Ošetrovatelské diagnózy hodnotím 6. den po operaci.

1. Akutní bolest z důvodu operačního výkonu projevující se mimikou v obličeji a pláčem.

- **Cíl:** Pacient bude bez akutní bolesti do 2 hodin.
- **Plán:** Poučit matku o sledování projevů bolesti.
 - Dostatečně informovat rodiče o úlevové poloze a o možnosti podání analgetik indikované lékařem.
 - Sledovat účinek podávaných analgetik.
 - Zaznamenávat bolest do dokumentace.
- **Hodnocení:**
 - Pacient neprokazuje bolest výrazem v tváři a pláčem.
 - Pacient klidně spí.

2. Porušená kůže z důvodu nasazení fixátorů, projevující se zarudnutím a svěděním horních končetin.

- **Cíl:** Nezhorší se stav kůže.
- **Plán:** Zajistit dostatečné větrání kůže častým sundáním fixace.
 - Zajistit dostatečnou hygienu o kůži na horních končetinách.
 - Používat mastičku, kterou má pacient na ekzém.
 - Upozornit rodiče, aby při vzniku potíží upozornili personál.
 - Zaznamenávat stav do dokumentace.
- **Hodnocení:** Stav kůže je stejný.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

1. Riziko vzniku konstriktce svalů na horních končetinách z důvodu ordinovaných fixátorů loktů.

- **Cíl:** V průběhu hospitalizace nedojde ke konstriktci svalů.
- **Plán:** Poučit rodiče o pravidelném povolování fixátorů.
 - Zajistit procvičování končetin při sundání fixátorů.
 - Promazávání a masírování končetin.

2. Riziko vzniku stresu z důvodu přítomností velkého množství lidí.

- **Cíl:** U dítěte v průběhu hospitalizace nevznikne stres.
- **Plán:** Zajistit, aby u dítěte nebylo najednou velké množství lidí.
 - Pomalu získávat důvěru u dítěte.
 - Upozornit ostatní personál, že je dítě plaché.
- **Hodnocení:**
 - Dítě si pomalu zvyká na cizí lidi a nevykazuje žádný stres.

3. Riziko vzniku infekce v dutině ústní z důvodu operace.

- **Cíl:** Zabránit vzniku infekce.
- **Plán:** Sledovat operační ránu a zaznamenávat změny do dokumentace.
 - Ošetřovat ránu 3x denně Betadinou.
 - Po každém jídle a kdykoli během dne vyplachovat pusu heřmánkovým čajem nebo vodou.
 - Monitorovat fyziologické funkce a zaznamenávat je do dokumentace.
 - Podávat léky podle indikace lékaře a sledovat jejich účinek.
- **Hodnocení:** Rána je klidná, bez známek zánětu, fyziologické funkce jsou v normě.

4. Riziko úbytku váhy z důvodu operační rány a ztíženého příjmu potravy.

- **Cíl:** Zabránit snížení tělesné hmotnosti.
- **Plán:** Sledovat a denně zaznamenávat tělesnou hmotnost.
 - Zajistit dostatečný příjem potravy.
 - Podávat tekutou a kašovitou stravu.
- **Hodnocení:** Pacient má přiměřenou váhu, rád jí a je bez úbytku tělesné hmotnosti.

5. Riziko vzniku pádu z důvodu zhoršené pohyblivosti při fixaci loktů.

- **Cíl:** Zabránit pádu a případnému poranění.
- **Plán:** Neustálý dohled a přítomnost druhého člověka.
 - Nechávat neustále zvednuté postranice u postýlky.
 - Fixátory povolovat pouze za přítomnosti sestry nebo rodičů.
 - Úprava prostředí (odstranit nebezpečné a ostré předměty z jeho okolí, stabilní nábytek)
- **Hodnocení:** Nedošlo k pádu.

Ošetřovatelské diagnózy u rodičů:

1. Strach ze šikany svého dítěte z důvodu jizvy po operačním zákroku.

- **Cíl:** Být rodičům oporou.
- **Plán:** Zajistit konzultaci s lékařem.
 - Dát jim kontakt na Občanské sdružení Šťastný úsměv, aby se mohli spojit s ostatními rodiči.
 - Podat jim všechny informace, které budou v její kompetenci.

2. Strach o budoucnost svého dítěte, z důvodu možných handicapů způsobené rozštěpem.

- **Cíl:** Rodiče budou vědět, kam se v případě nejasností obrátit.
- **Plán:** Dát jim informace o existenci sdružení.

3. Nedostatečná informovanost o ošetřování dítěte po operaci rozštěpu patra.

- **Cíl:** Rodiče budou dostatečně informováni o ošetřování dítěte.
- **Plán:** Dostatečně provést edukaci matky a zbytku rodiny o ošetřovatelské péči a vše jim dostatečně vysvětlit.

12. 2. 8 Prognóza

Pacient je nyní hospitalizován na Klinice plastické chirurgie na lůžkovém oddělení pro děti z důvodu zahojení operační rány. Vzhledem k velikosti operační rány by neměly vzniknout žádné následky. Jednalo se o submukózní rozštěp patra, který má dobrou prognózu. Operační rána je klidná a rodiče jsou plně informováni o možných komplikacích a kam se mají při jejich vzniku obrátit. V psychické oblasti se jeví pacient spokojený. Postupně si zvyká také na větší množství lidí kolem sebe. Cítí, že má oporu celé rodiny a tudíž nepředpokládám žádné změny v psychice do dospívání.

Zdroje informací:

1. Pozorování
2. Rodiče
3. Zdravotnický personál
4. Zdravotnická dokumentace

Diskuse

Předmětem této bakalářské práce bylo zjistit jaká je ošetrovatelská péče o děti s rozštěpem patra. Výsledky výzkumu vycházejí z výsledků kvalitativního šetření, při kterém byly použity metody rozhovorů s matkami dětí po operaci rozštěpu patra na Klinice plastické chirurgie na lůžkovém oddělení pro děti ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze. Dále byla k výzkumu využita metoda pozorování a práce se zdravotnickou dokumentací a následně byly zpracovány 2 kompletní kazuistiky.

Vzorkem mého šetření byly dvě děti ve věku 9 měsíců a 8,5 měsíců, které prodělaly operaci rozštěpu patra. První dítě je po operaci celkového rozštěpu patra a druhé po operaci submukózního rozštěpu patra. Z důvodu nepřítomnosti jiných pacientů s touto vrozenou vadou na oddělení, kde jsem vykonávala výzkumné šetření, jsou si tyto dvě děti svými problémy velmi podobné.

Prvním cílem mého šetření bylo zjistit jaká je ošetrovatelská péče v oblasti výživy u dětí s rozštěpem obličeje. Výživa u dítěte po operaci rozštěpu patra je velmi specifická. Dítě je krmeno po operaci nejčastěji lžičkou. Dále je možnost použít také speciální Habermanovu savičku, kterou ale děti velmi často odmítají z důvodu bolestivosti operační rány. Zpočátku se podává dětem s problémem přijímání potravy tekutá strava a později se postupně přechází na kašovitou stravu. Krmení dítěte s rozštěpovou vadou patra je velmi individuální jak ve způsobu krmení, tak v množství přijaté potravy. Některé děti jsou plně kojeny, jiné jsou krmeny lžičkou, klasickou lahví nebo pomocí speciální Habermanovu savičkou. V kazuistice č. 1 bylo dítě krmeno pomocí Habermanovy savičky a nyní už je na příkrmech. V kazuistice č. 2 bylo dítě kojeno. Rodiče musejí být dostatečně informováni o nutnosti udržování dutiny ústní v čistotě. Po krmení se dítěti čistí dutina ústní vodou nebo heřmánkovým čajem, který vyčistí ústa od mléka a tím se předchází infekci. Zjistila jsem, že rodiče po každém jídle provádějí hygienu dutiny ústní. Kaňková (2011) ve své práci uvádí, že 45% sester, které pracují na oddělení, kde jsou hospitalizovány děti s rozštěpem patra, by po krmení neprovedly hygienu dutiny ústní. Dále ve své práci uvádí, že informace o výživě podávají rodičům – v - 55 % lékaři a sestry v - 45 %.

Druhým cílem bylo zmapovat, jaká je ošetrovatelská péče o ránu u dětí po operaci rozštěpu obličeje. Z důvodu hrozícího rizika poškození rány v dutině ústní dítětem, se po operaci nasazují fixátory loktů, které brání dítěti dávat ruce do úst. Z mé zkušenosti děti snášely fixátory dobře a rodiče byli dostatečně informováni o pravidelném sundání fixátorů z důvodu možného rizika vzniku konstriktce svalů na horních končetinách. Do popředí se dále dostává zamezení vzniku infekce. Všeobecné sestry informovaly matky dětí o péči o ránu. Matky potíraly třikrát denně ránu Betadinou pomocí vatových štětiček a dále prováděly pravidelnou hygienu dutinu ústní. Po každém jídle je nutné dutinu ústní vypláchnout vodou nebo heřmánkovým čajem. Obě děti měly rány klidné bez známek zánětu.

Třetím cílem šetření bylo zjistit, jaká je informovanost rodičů o péči o dítě s rozštěpem obličeje. Překvapila mě informace, kterou jsem získala od rodičů, že jim zdravotní personál v porodnici, ve které rodily, nebyl schopen poradit, jak mají o takové dítě pečovat a neznali ani pomůcky k výživě. Matky uvedly, že na možnost použít Habermanovu savičku je upozornili v lékárně. Informovanost ohledně krvácení nebo prasknutí jizvy dostaly od lékaře. Na otázku, zda rodiče ví, jak pečovat o operační ránu odpověděli, že vědí. O péči operační rány edukovala rodiče všeobecná sestra ovládající danou problematiku z dětského oddělení. Dvořák (2006) uvádí, že 3 týdny od operace je důležité provádět masáž jizvy. Na moji otázku, zda rodiče vědí, jak mají masírovat jizvu, odpověděli, že byli dostatečně poučeni. Odpověděli, že byli informováni jaký použít tlak a metodu při masáži. Také dodali, že lékař apeloval na častou hygienu rukou, z důvodu častého sahání rukama do úst.

Z odpovědí matek vyplynulo, že ošetřování dětí po operaci rozštěpu patra je pro ně velmi fyzicky i psychicky náročné. Dvořák (2006) doporučuje spolupráci rodičů s psychologem, která je důležitá a nutnost jeho další intervence po celou dobu léčby. Myslím si, rozštěpy výrazně působí na člověka po psychické stránce. Ovlivňují jak dítě, tak také i jeho rodinu a jeho okolí. Ovlivňují výrazně vzhled daného člověka. Proto by zdravotní personál měl být k rodičům dítěte s vrozenou vadou ohleduplný a vstřícný. Myslím si, že by rodiče měli mít také oporu v celé své rodině, která by jim měla dát pevné zázemí.

Pro mé doporučení pro praxi byl vypracován edukační program pro rodiče (viz Příloha C). Edukační program by se mohl použít ke zkvalitnění péče a měl by pomoci rodičům naučit se správné péči o dítě s rozštěpovou vadou.

Návrh pro praxi

V rámci návrhu pro praxi byl vytvořen edukační program pro rodiče na téma: Výživa u dítěte po operaci rozštěpu patra (viz Příloha C- Edukační program pro rodiče). Slouží ke zkvalitnění péče a měl by pomoci rodičům naučit se správné péči o dítě s rozštěpovou vadou.

Závěr

Bakalářská práce je zaměřena na rozštěpy obličeje, především na rozštěpy rtu a patra. Tato vada patří k nejčastějším vrozeným vadám u živě narozených dětí. Mým hlavním cílem bylo *zjistit, jaká je ošetrovatelská péče u dětí s rozštěpem obličeje.*

Prvním dílčím cílem bylo *zjistit, jaká je ošetrovatelská péče v oblasti výživy u dětí s rozštěpem obličeje.* Z mého šetření vyplynulo, že dítěti v první kazuistice s celkovým rozštěpem patra se strava podávala pomocí Habermannovy savičky a podávání příkrmů. Dítě z druhé kazuistiky se submukózním rozštěpem patra bylo plně kojené od začátku. Nyní je navíc na příkrmech. Z mého šetření tedy vyplívá, že výživa u dítěte s rozštěpem patra je zcela individuální a velmi záleží na typu rozštěpu, které dítě má. Cíl č. 1 byl splněn.

Druhým dílčím cílem bylo *zmapovat, jaká je ošetrovatelská péče o ránu u dětí po operaci rozštěpu obličeje.* Zhojení operační rány je velmi individuální a záleží hlavně na pravidelném ošetření rány. Obě děti měly operační ránu klidnou bez známek zánětu. Rány se ošetřovaly 3krát denně Betadinou pomocí vatových štětiček. Sestry naučily matky dětí správné technice ošetřování rány a matky ošetřovaly rány samy. Důležitá je také pravidelná hygiena dutiny ústní. Výsledky mého výzkumu ukazují, že matky byly dobře poučeny o významu správné ošetrovatelské péče o ránu a pravidelné hygieně dutiny ústní, kterou prováděly heřmánkovým čajem. Cíl č. 2 byl splněn.

Třetím dílčím cílem bylo *zjistit, jaká je informovanost rodičů o péči o dítě s rozštěpem obličeje.* Z mého šetření vyplynulo, že v porodnici, ve které matky rodily, nedostaly téměř žádné informace o rozštěpu. Na oddělení nebyli vybaveni například Habermannovou savičkou a rodiče si museli vše obstarat sami. Veškeré informace dostali až ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze. Myslím si, že by na porodnickém oddělení všech nemocnic měli být vybaveni potřebnými pomůckami pro děti s rozštěpem obličeje a měli by podat informace k této problematice. Cíl č. 3 byl splněn.

V rámci návrhu pro praxi byl vypracován edukační program pro rodiče, který by se mohl použít ke zkvalitnění péče a měl by pomoci rodičům naučit se správné péči o dítě s rozštěpovou vadou.

Seznam literatury

1. NAŇKA, O. ELIŠKOVÁ, M.. *Přehled anatomie. 2.*, 2.vyd. Praha: Galén, 2009., 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.
2. ČIHÁK, R. *Anatomie 2.* 2. vyd. Praha: Grada, 2002. 470 s. ISBN 80-247-0143-X
3. ROKYTA, R. *Fyziologie.* 1. vyd. Praha: ISV, 2008. ISBN 80-86642-47-X.
4. MĚŠŤÁK, J. *Úvod do plastické chirurgie.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 125 s. ISBN 80-246-1150-3.
5. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství.* 1. vyd. české. Praha: Grada, 2004, 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
6. DUŠKOVÁ, M. et al. *Pokroky v sekundární léčbě nemocných s rozštěpem.* Hradec Králové: Copyright, 2007. 176 s. ISBN 978-80-86703-25-1.
7. ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
11. ROZTOČIL et al. *Moderní gynekologie.* 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
22. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6.

Internetové zdroje

8. DVOŘÁK, Z. *Dítě s rozštěpem obličeje: 3. díl - prevence vzniku rozštěpu: Operativa*[online].2006[cit.2012-12-09].
Dostupnéz:<http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=129>
9. DVOŘÁK, Z. *Dítě s rozštěpem obličeje: 5. díl - operace rozštěpu rtu: Operativa* [online].2006[cit.2012-11-04].
Dostupnéz:<http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=126>

10. DVOŘÁK, Z. *Dítě s rozštěpem patra: 6.díl- operace rozštěpu patra: Operativa*[online].2006[cit.2012-11-04].
Dostupnéz:<http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=125>
12. DVOŘÁK, Z. *Dítě s rozštěpem obličeje: 4.díl - péče o dítě do operace: Operativa*[online].2006[cit.2012-11-18].
Dostupnéz:<http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=128>
13. DVOŘÁK, Z. *Dítě s rozštěpem obličeje: 7.díl - péče po operaci patra: Operativa*[online].2006[cit.2012-11-18].
Dostupnéz:<http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=124>
14. DVOŘÁK, Z. *Dítě s rozštěpem obličeje: 2.díl - o spolupráci odborníků při léčbě rozštěpů :Operativa*[online]. 2006 [cit. 2012-12-09]. Dostupné z: <http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=130>
15. DVOŘÁK, Zdeněk. *Dítě s rozštěpem obličeje: 9.díl - implantace kostního štěpu:Operativa*[online]. 2006 [cit. 2012-11-25]. Dostupné z: <http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=122>
16. DVOŘÁK, Z. *Dítě s rozštěpem obličeje: 10.díl - plán kontrol: Operativa* [online]. 2006 [cit. 2012-11-25]. Dostupné z: <http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=121>
17. DVOŘÁK, Z. *Dítě s rozštěpem obličeje: 11.díl - ostatní operace a zákroky:Operativa*[online]. 2006 [cit. 2012-11-25]. Dostupné z: <http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=127>
18. DVOŘÁK, Z. *Dítě s rozštěpem obličeje: 8.díl - péče o chrup u dětí s rozštěpem: Operativa* [online]. 2006 [cit. 2012-11-25]. Dostupné z: <http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=123>
19. Medscape. WITT, Peter D. *Plastic Surgery for Cleft Palate: How Does Cleft Palate Affect Hearing and Speech?* [online]. 2008 [cit.2012-12-01].Dostupnéz:<http://emedicine.medscape.com/article/1280866-overview#aw2aab6b4>
20. Medscape. WIET, G. J. *Reconstructive Surgery for Cleft Palate Treatment andManagement* [online].2010[cit.2012-12-01].Dostupnéz: <http://emedicine.medscape.com/article/878062-treatment#a17>

21. Medscape. TOLAROVA, Marie M. *Pediatric Cleft Lip and Palate* [online]. 2009[cit.2012-12-01].Dostupnéz: <http://emedicine.medscape.com/article/995535-treatment>
23. KAŇKOVÁ, J. Specifická ošetrovatelská péče u dětí s rozštěpovými vadami obličeje [online]. 2011 [cit. 2013-03-05]. Diplomová práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Miloš Velemínský. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/wt8vd2>.

Příloha A – Smlouva o zabezpečení odborné stáže z důvodu vypracování bakalářské práce.

Smlouva o zabezpečení odborné stáže z důvodu zpracování Bakalářské práce

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, 121 08 Praha 2
IČ: 00216208
Zastoupená: děkanem fakulty Prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.
(dále jen 1. LF UK)

a

Zdravotnické zařízení: Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Šrobárova 1150/50, 100 34 Praha 10

IČ: 00064173
jednající: Bc. Zdeněk Pastyřík, vedoucí Odboru personálního na základě
delegace pravomoci ředitele FNKV ze dne 24.7.2007
(dále jen ZZ)

Smluvní strany se dohodly na uzavření smlouvy následujícího znění.

I. Předmět smlouvy

Předmětem smlouvy je zajištění konání studijní odborné stáže (dále jen stáže) Hany SVOBODOVÉ (dále jen student/ studentka), studenta/studentky 3. ročníku 1. LF UK, oboru všeobecná sestra na: Klinice plastické chirurgie od 3.12.2012 do 31.1.2013. Služby na odděleních si studentka sjednává po pohodě s vrchní (staniční) sestrou.

II. Trvání smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu určitou od 3.12.2012 do 31.1.2013.

III.

Student/studentka bude pracovat na oddělení pod vedením určených kvalifikovaných pracovníků. Práce studenta/studentky a vedení supervizora musí být v souladu s přílohou č. 1 (viz. dále v čl. IV.)

IV. Obsahová náplň odborné stáže

Pověřený kvalifikovaný pracovník se ve věcech odborné výuky bude řídit požadavky 1. LF UK vyjádřenými obsahovou náplní odborné praxe, která stanoví její cíle, obsah a strukturu a která je nedílnou součástí této smlouvy jako příloha č. 1.

V. 1. lékařská fakulta

1. Připraví studenta/studentku pro základní odbornou činnost jak po stránce teoretické, tak po stránce praktické.
2. Vypracuje obsahovou náplň praxe v souladu s čl. IV.
3. Zajistí v souladu s vyhláškou č. 537/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, studentovi/studentce potřebná očkování proti infekčním nemocím.
4. Zajistí, aby student/studentka měl/a ochranný pracovní oděv odpovídající činnostem vykonávaným v rámci odborné praxe.
5. Po dohodě s kvalifikovaným pracovníkem vedoucím odbornou praxi zabezpečí pravidelnou kontrolu studenta/studentky osobní návštěvou pověřeného pracovníka 1. LF UK nebo telefonicky.

VI. Zdravotnické zařízení

1. Pověří vedením praxe studenta/studentky pouze kvalifikovaného pracovníka. Ten je povinen řídit se obsahovou náplní praxe podle čl. IV.
2. Před zahájením praxe zajistí řádné seznámení studenta/studentky s právními předpisy v oblasti bezpečnosti práce a požární ochrany i s vnitřními předpisy ZZ vztahujícími se k výkonu odborné praxe na oddělení, kde praxe probíhá, zaměstnanci ZZ, do jejichž kompetence spadá obdobné poučení vůči zaměstnancům ZZ.
3. Umožní studentovi/studentce vstup na oddělení určené touto smlouvou k výkonu praxe a do dalších prostorů souvisejících s výkonem odborné praxe.
4. Zajistí a poskytne studentovi/studentce prostor k odkládání osobních věcí.

VII.

Student/studentka byl 1. LF UK poučen/a o povinnosti zachovávat mlčenlivost, a to i po ukončení stáže, a o povinnosti dodržovat v průběhu stáže obecně závazné právní předpisy a předpisy zmíněné v čl. VI. odst. 2, o nichž byl řádným způsobem poučen.

VIII. Pověření pracovníci

1. Pověřeným pracovníkem je za 1. LF UK **Mgr. Miluše Kulhavá** (Tel. +420 261 083 395, Mobil: +420 731 180 563, miluse.kulhava@lf1.cuni.cz)
2. ZZ stanoví pověřeným pracovníkem *Mgr. Renata Maršalová - v.s.; tel. 267163259*
3. Smluvní strany se zavazují seznámit se zněním této smlouvy pověřené pracovníky, kteří se účastní zabezpečování výkonu odborné praxe.

IX.

Tato smlouva je smlouvou bezúplatnou.

X. Ukončení smlouvy

1. Smlouva zaniká uplynutím doby, na niž byla sjednána.
2. Smluvní vztah lze dále ukončit dohodou stran nebo výpovědí.
3. Dohoda o ukončení smlouvy musí mít výhradně písemnou formu.

4. Výpověď ze strany ZZ je přípustná, pokud 1. LF UK neplní závazky vyplývající z čl. V. této smlouvy, popřípadě pokud student/studentka závažným způsobem poruší povinnosti stanovené v čl. VII. nebo pokyny supervizorů vedoucích praxi.
5. 1. LF UK je oprávněna vypovědět smlouvu, jestliže ZZ nezajistí podmínky stanovené v čl. VI.
6. Výpovědní lhůta činí jeden den a počíná běžet dnem následujícím po doručení výpovědi druhé smluvní straně.

XI.

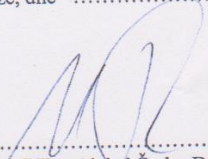
Odpovědnost za škodu se řídí obecně závaznými předpisy, zejména zákoníkem práce a jeho prováděcími předpisy.

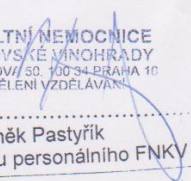
XII. Závěrečná ustanovení

1. Smlouva se vyhotovuje ve dvou stejnopisech s platností originálu, přičemž každé smluvní straně náleží jeden.
2. Veškeré změny a doplnění smlouvy lze provést pouze písemnou formou a se souhlasem obou smluvních stran.
3. Platnost a účinnost nabývá smlouva dnem podpisu oběma smluvními stranami.
4. Smluvní strany si smlouvu přečetly, její obsah jim je jasný a jsou s ním srozuměny. Na důkaz své vážné vůle uzavřít tuto smlouvu k ní jejich oprávnění zástupci připojují své podpisy.

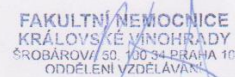
- 6 - 11 - 2012
V Praze, dne

Praxi
V.....dne.....*1. 11. 2012*


.....
Prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.


.....
Bc. Zdeněk Pastýřik
vedoucí Odboru personálního FNKV




FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBÁROVÁ 50, 100 34 PRAHA 10
ODDĚLENÍ VZDĚLÁVÁNÍ



FNKVP001IUON

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha 10, Šrobárova 50, 100 34
ředitel

Vážený pan
Zdeněk Pastyřík
Vedoucí oddělení personálního
FNKV - zde

24.července 2007

Věc: Delegation pravomocí ředitele FNKV

V souladu s ust. § 11 zákoníku práce, ust. § 20 občanského zákoníku a v návaznosti na čl. 5 bod c) Organizačního řádu FNKV na Vás vzhledem k Vašemu funkčnímu zařazení vedoucího personálního oddělení

deleguji pravomocí ředitele FNKV

- schvalovat a uzavírat smlouvy a ostatní právní dokumenty, v oblasti pracovně právní
- schvalovat a uzavírat dokumenty v oblasti platové a v oblasti odměňování v rámci stanovených limitů, za které zodpovídáte
- schvalovat a uzavírat smlouvy v oblasti vzdělávání
- jednat jménem ředitele FNKV s kontrolními orgány v oblasti pracovně právní, sociální, zaměstnanosti a zdravotního a sociálního pojištění zaměstnanců
- jednat jménem ředitele s odborovými organizacemi působícími ve FNKV
- jednat jménem ředitele v oblasti FKSP včetně schvalování rozpočtu a jednotlivého čerpání

Delegace pravomocí se vztahuje na všechny pracovní kategorie, vyjma pracovní kategorii lékařů, kterou si vyhrazuji ponechat ve své pravomoci.
V případě mé nepřítomnosti se delegace výše uvedených pravomocí týká i pracovní kategorie lékařů.

Vaše další kompetence a povinnosti máte podrobně rozvedeny a stanoveny ve Vaší pracovní náplni.

Delegace pravomocí ředitele FNKV jsou platné ihned a končí písemným zrušením ředitele.

Podle ověřovací knihy ÚMČ Praha 10
poř. č. Vidimace 7482/10
tato úplná kopie,
obsahující 1 stran
souláhá doslovně s předloženou listinou,
z níž byl/a pořízen/a a tato listina je
převzeta,
obsahující 1 stran.

V Praze 10 dne 18.11.2010
Hana Vávrová
(Jméno/a a příjmení ověřující osoby)



MUDr. Marek Z e m a n
ředitel FNKV

Příloha B – Fotografie k problematice Rozdělení rozštěpových vad.

Obr. 1 – Celkový jednostranný rozštěp rtu



Zdroj: <http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=131>

Obr. 2 – Neúplný jednostranný rozštěp rtu



Zdroj: <http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=131>

Obr. 3 – Rozštěp měkkého patra



Zdroj: <http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=131>

Obr.4 – Izolovaný rozštěp patra



Zdroj: <http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=131>

Příloha C – Edukační program pro rodiče

EDUKAČNÍ PROGRAM PRO RODIČE

TÉMA: VÝŽIVA U DÍTĚTE PO OPERACI ROZŠTĚPU PATRA.

➤ **Pro koho je vhodná tato edukace?**

Edukace se bude týkat rodičů dítěte po operaci rozštěpu patra.

➤ **Kdo bude edukovat?**

Lékař

Zdravotní sestra ovládající danou problematiku s dlouholetou praxí

➤ **Proč?**

Z důvodu nedostatečné informovanosti v této problematice.

➤ **Kde?**

Edukace bude probíhat na nemocničním pokoji.

➤ **Jaké podmínky?**

➤ Časové podmínky?

➤ Podle stavu dítěte.

➤ Přibližně 30 minut.

➤ Prostorové podmínky?

➤ Klidné prostředí na nemocničním pokoji, případně ve vyšetřovací místnosti.

➤ Materiální podmínky?

➤ Přesnídávka, kaše, mateřské mléko

Habermannova savička, kapátko, lžička

Psací potřeby, poznámkový blok

Odsávačka mateřského mléka

➤ **Jaká forma?**

- Edukace bude probíhat individuální formou.
- Metoda: Diskuze, přednáška, názorná ukázka a praktický výcvik.

➤ **Jaký efekt edukace?**

- Matka bude znát a umět správnou techniku kojení.
- Matku bude umět pracovat s odsávačkou mateřského mléka.
- Rodič se naučí správné hygieně dutiny ústní.
- Rodič bude schopen sám provádět správnou hygienu dutiny ústní.
- Rodič bude umět masáž patra.
- Rodič si bude jistý a znát své silné a slabé stránky.

➤ **Hodnocení edukace?**

- Edukátor – formou pokládaných otázek a správnými odpovědi na otázky.
- Rodič – bude umět správnou techniku masáže a pečovat o hygienu dutiny ústní.

Krmení dítěte:



Zdroj: <http://stastny-usmev.cz/kojeni/>

Kojení dítěte s touto vrozenou vadou je složité. Sestra musí být v této chvíli matce oporou a pomoci matce najít správnou techniku při kojení. Mateřské mléko se dítěti podává tehdy, jakmile začne tolerovat čisté tekutiny. Matka dítě kojí nebo si odstříká mateřské mléko. Pokud je nutno zvolit druhou metodu a to odstříkání mateřského mléka, sestra bude edukovat matku o správném použití odsávačky mateřského mléka. V žádném případě se nepodávají horké nápoje nebo jídla z důvodu hrozícího poškození operační rány. Pokud se používá kapátko nebo lžička, musí se klást důraz na opatrnost, aby se nepoškodila operační rána. Při krmení pomocí lžičky se vkládá lžička koutkem úst. Je důležité krmit dítě velmi pomalu a po malých dávkách. Dítě se krmí v náručí, aby bylo v blízkém kontaktu s matkou a po odříhnutí ho položit do postýlky na pravý bok. Sestra musí poučít rodiče, aby zabránili vložení palečků do pusy nebo nože, sušenky či dudlíku (1).



Habermannova savička

Zdroj: <http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=128>

Hygiena dutiny ústní:

Sestra a rodiče musejí pečovat o to, aby dutina ústní zůstala neustále čistá. Po každém krmení dutinu ústní vyčistíme pomocí čisté vody nebo heřmánkovým čajem. Těmito výplachy se zabráňuje usazování jídla a mateřského mléka a tím množením bakterií v dutině ústní, co může mít za následek vzniku infekce v operační ráně. Sekret z dutiny ústní se odstraňuje velmi šetrně pomocí fyziologického roztoku (1).

Masáž patra:

Masáže patra se provádějí obvykle 3 týdny od operace. Masáž patra se provádí prostředníkem pravé ruky. Při mírném tlaku jedeme zepředu od začátku úst postupně dozadu až k měkkému patru do té doby, než se vyvolá dávivý reflex. Dítě necháme chvíli pokračovat a po chvíli znovu opakujeme. Rodiče musejí dbát na to, aby jejich ruce byly čisté a teplé (2).



Zdroj:<http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=124>

Použitá literatura:

1. DVOŘÁK, Z. *Dítě s rozštěpem obličeje: 4.díl - péče o dítě do operace: Operativa*[online].2006[cit.2012-11-18].
Dostupnéz:<http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=128>
2. DVOŘÁK, Z. *Dítě s rozštěpem obličeje: 7.díl - péče po operaci patra: Operativa*[online].2006[cit.2012-11-18].
Dostupnéz:<http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=124>

