

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2009

Zuzana MÁCHOVÁ

Univerzita Karlova v Praze

1. Lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Ošetrovatelství

ID studijního oboru: 5341R003

Zuzana Máchová

**Ošetrovatelská kazuistika u pacientky s těžkou vývojovou poruchou
řeči.**

**Nursing Case Study of Patient with the Serious Combined
Developmental Speech - Language Disorder.**

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce:

PhDr. Pavla Pavlíková

Praha 05. 03. 2009

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje.

V Praze 5. 3. 2009

.....

Zuzana Máchová

Poděkování

Děkuji PhDr. Pavle Pavlíkové za odborné vedení závěrečné bakalářské práce, projevenou ochotu a laskavost, kterou mi při konzultacích věnovala.

Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Heleně Krejčí a PaedDr. Evě Škodové za cenné rady v empirické části mé práce. V neposlední řadě děkuji přednostce Foniatrické kliniky 1. LF UK a VFN Doc. MUDr. Olze Dlouhé, CSc. za její profesní i lidskou podporu po celou dobu mého studia.

A. ÚVOD.....	4
B. KLINICKÁ ČÁST	5
1. Charakteristika onemocnění	5
1.1 Vývojová porucha řeči.....	5
1.2 Vývojová dysfázie	5
1.3 Vývojová dysarthrie.....	7
1.4 Patofyziologie mozečku.....	7
1.5 Svalové napětí a hypotonie.....	9
1.6 Neurogení močový měchýř	9
2. Identifikační údaje.....	11
3. Lékařská anamnéza a diagnózy.....	12
3.1 Lékařská anamnéza.....	12
3.2 Lékařské diagnózy.....	15
4. Diagnosticko – terapeutická péče.....	15
4.1 Přehled vyšetřovacích metod.....	15
4.2 Přehled terapie.....	16
5. Stručný průběh hospitalizace.....	18
C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	19
1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu.....	19
1.1 Subjektivní náhled nemocné na hospitalizaci.....	19
1.2 Základní biologické potřeby.....	19
1.3 Psychosociální potřeby.....	21
2. Přehled ošetrovatelských diagnóz	23
3. Rozpracování ošetrovatelského plánu.....	24
4. Edukace.....	35
5. Závěr a ošetrovatelská prognóza.....	36
D. POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE INFORMACÍ	38
E. PŘÍLOHY.....	40

A. ÚVOD

Pracuji jako vrchní sestra na Foniatické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Foniatrie jako samostatný obor u nás existuje více než 80 let a zabývá se komplexní diagnostikou a léčbou poruch hlasu, sluchu a řeči. Jedná se o nástavbový obor ORL, který spolupracuje s mnoha dalšími obory medicíny - neonatologií, neurologií, psychiatrií, pediatrií a dalšími.

Pro svoji závěrečnou bakalářskou práci jsem si vybrala šestiletou dívku, hospitalizovanou na Foniatické klinice 1.LF UK a VFN s diagnózou Vývojová porucha řeči – kombinovaná dysarthrie a dysfázie při těžké hypotonii a mozečkovém syndromu a nerovnoměrném psychomotorickém vývoji. Dívka byla na Foniatické klinice 1.LF UK a VFN hospitalizována opakovaně, zaujala mě svým vývojem a kombinací vážných diagnóz. Bylo a bude zajímavé v průběhu let sledovat její zlepšení, změny a rozvoj řeči.

Diagnóza kombinovaná vývojová porucha řeči zasahuje do mnoha oborů medicíny a prognóza pacienta záleží na správné diagnostice, adekvátnímu školnímu zařazení, spolupráci rodiny a dlouhodobé rehabilitaci řeči.

Lidská řeč je prostředkem komunikace, prostředkem jedním z nejdokonalejších. U člověka se objevila zvuková komunikace v náznaku podle zooantropologů před 800 tisíci lety. Vývoj řeči do dnešní doby probíhal tedy velmi dlouho.

Řeč je obecná biologická vlastnost, která pomocí zvukového, písemného nebo nějakého jiného kódu předává smysluplné informace a které jedinec dekoduje. Pravidla kódování informace a jejího dekodování jsou obecná. (7)

První slova dítěte rodiče očekávají s velkým napětím. Jejich objevení je sledováno i pediatry, kteří mají na starost zdravý vývoj dítěte. První slova signalizují správný fyziologický vývoj jedince. Tomu byla věnována pozornost již dávno před tím, než se objevil lékařský obor foniatrie a nelékařský obor klinická logopedie. Tyto obory se věnují nejen správnému vývoji řeči u dítěte, ale i jeho poruchám. Každý z poněkud jiného zorného úhlu. Lékaři hledají především příčinu opoždění vývoje řeči nebo poruchy řeči, ve spolupráci s klinickými logopedy pak vytvářejí optimální léčebně rehabilitační postupy, které by opožděný vývoj řeči vyrovnaly nebo poruchu upravily a zmenšily tak jejich nepříznivý dopad. (7)

Rodiče pacientky souhlasili s použitím údajů pro zpracování kazuistiky v závěrečné bakalářské práci.

B. KLINICKÁ ČÁST

1. Charakteristika onemocnění

1.1 Vývojová porucha řeči

Obecně lze definovat, že vývojová porucha řeči je porucha osvojování si komunikační schopnosti adekvátně věku, při fyziologickém periferním sluchu, normální inteligenci a absenci hrubého, senzo - motorického deficitu nebo kongenitální malformace řečového a hlasového ústrojí.

Etiologie vzniku vývojových poruch není jasná. Uvažuje se o postižení vývoje kognitivních funkcí vlivem prenatalního, perinatálního a postnatálního poškození mozku. Hovoří se o poškození již v intrauterinním vývoji mozku, o predilekci u chlapců a předpokládá se i vliv genetický. (3)

1.2 Vývojová dysfázie

Etiologie onemocnění je často nejasná. Je charakterizována specifickým řečovým vývojem, který je nejen časově opožděný, ale hlavně aberantní. Aktivní slovní zásoba se rozvíjí velmi pomalu, děti mívají vlastní slovník. Vážne syntéza slabik do slov a syntéza slov do správné větné struktury: řeč je dysgramatická, nesrozumitelná. Základní příčinou je postižení řečové percepce – porucha centrálního sluchového zpracování řeči. Příčinou neschopnosti dítěte vnímat sluchové a řečové prvky je vada ve vnímání sluchových symbolů. Potíže dítěte ve vyjadřování jsou projevem poruchy ve vnímání nebo v rozlišování. Charakteristickou symptomatologií vývojové dysfázie lze sledovat na všech jazykových úrovních: např. potíže s rozlišením hlásek znělých a neznělých, přesmyky slabik, redukce víceslabičných slov, neschopnost udržení dějové linie při vyprávění, asociační přeskoky, vágní slovník atd. Děti nedokáží rozeznat klíčová slova pro pochopení celkového řečového obsahu. Mají poruchu krátkodobé (pracovní) fonologické paměti. Její kapacita je omezena. Víceslabičná slova se udržují obtížněji než jednoslabičná. (3)

Z psychologického hlediska je v popředí nerovnoměrné rozložení celkových rozumových schopností dítěte, kdy je výrazný nepoměr mezi složkou verbální a neverbální. Takové dítě obvykle vykazuje poruchy v úkolech sluchového zpracování, v rozumění řeči, motorické realizaci, poruchy v oblasti paměti, jazykové struktury, ve čtení a reprodukci textu. Verbální faktor je výrazně opožděný a při malé stimulaci vývoje řeči se mohou sekundárně zhoršovat i rozumové schopnosti dětí.

Děti s vývojovou poruchou řeči se vyznačují přídatnými neverbálními deficity. Mezi nejčastější patří poruchy pozornosti jak v rovině chování, tak i v rovině neuropsychologické.

Vývojová dysfázie má typický klinický obraz s opožděným a aberantním vývojem řeči, kdy je přítomen deficit v rozumění řeči různého stupně (porucha fonemického sluchu, porucha zpracování řečového signálu, porucha krátkodobé paměti, integrační a asociační problémy), takže se u těžších forem vývojové dysfázie hovoří o poruchách centrálního sluchového zpracování. (3)

Při neurologickém vyšetření se většinou potvrzuje difúzní léze CNS ve smyslu syndromu LMD (lehké mozkové dysfunkce): lehký hypotonický syndrom, opoždění v maturaci mozečkových funkcí, známky pyramidové iritace. Celkově mají děti maximum problémů v oblasti svalové koordinace, v hrubé a jemné motorice, zejména v grafomotorice. (3)

Klasifikační kritéria jsou u vývojové dysfázie komplikována tím, že řečové postižení má dvojitou patofyziologii: jednak specifickou sluchovou poruchu (centrální) a jednak nespecifickou (všeobecnou) korovou poruchu.

Léčebná rehabilitace není zaměřena pouze na rozvíjení řeči. Tyto děti nevydrží dlouho soustředěné, jsou neobratné a neklidné. Rehabilitace musí být pestrá co do činností, nesnažit se udržet dítě u jedné činnosti příliš dlouho. Velmi vhodné je rozvíjení mluvních schopností kresbou. Dítě ilustruje jednoduché pohádky, ve společnosti dalších dětí je tato činnost obvykle snadnější. Současně s touto činností je třeba rozvíjet motoriku.

Pomocí optické kontroly je dobré cvičit sluchovou diferenciaci. Rozdíl mezi znělostí a neznělostí demonstrovat na obrázcích (např. pes - bez, balí - pálí apod.). Nesnažit se o to, aby dítě vytvářelo ihned složité slovní promluvy a rozhodně netrvat na tom, že poruchu výslovnosti upravíme co nejdříve.

Prognóza je závislá na intelektu dítěte. Ve školním věku je třeba počítat s tím, že u některých dětí se objeví dyslexie a dysgrafie nebo obojí. V léčebné rehabilitaci hraje významnou roli spolupráce rodiny. (7)

1.3 Vývojová dysarthrie

Je to vývojová porucha řeči, u níž není v popředí porucha rozumění, ale obtížná realizace hlásek spojená s opožděným vývojem artikulace řeči. Jedná se o poruchu motorické realizace řeči, tedy z neurofyziologického hlediska o dysarthrii, která se manifestuje v období raného vývoje dítěte. Předpokládá se organická léze v subkortikální oblasti s postižením centrálního motoneuronu.

Ve funkci svalstva mluvidel se nachází asymetrie. Nejčastěji vážně koordinace pohybů jazyka, je patrná nesymetrická kontrakce měkkého patra, celkově svalstvo mluvidel vykazuje velikou neobratnost, kterou lze potvrdit testem dle Kwinta. Porucha artikulace u dětí s vývojovou dysarthrií je těžká, řeč je špatně srozumitelná, někdy činí dojem až samohláskové řeči. Gramatická větná a slovní struktura porušena není. Není porušeno ani rozumění řeči, tzv. test fonemického sluchu vychází v normě. Etiologicky je zřejmé, že se jedná o prenatální či perinatální postižení, které je na rozdíl od vývojové dysfázie lokalizované.

Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit dysarthrie extrapyramidové, mozečkové a dysarthrie u některých syndromů.

V posledních letech při průběžném sledování dětí s vývojovými poruchami řeči se pozoruje, že onemocnění původně klasifikované jako vývojová dysarthrie je v podstatě kombinovanou formou postižení. Diferenciální diagnostika je významně závislá na věku dítěte, resp. na době, kdy je možnost dítě vyšetřit a sledovat.

Jedná se o 3 stádia vývoje:

- a) předřečové a rané řečové stadium,
- b) řečové stadium, kdy začínají hrát roli řečové problémy,
- c) jazykové problémy začínají hrát plnou roli a ovlivňují konverzaci dítěte, vnitřní řeč a výkony při učení. (3)

Vzhledem k tomu, že další diagnózou pacientky byl centrální hypotonický a mozečkový syndrom a neurogení močový měchýř, nastíním stručně tuto problematiku.

1.4 Patofyziologie mozečku

Mozeček (cerebellum) má významnou úlohu při regulaci činnosti svalového aparátu. Účastní se reflexní regulace svalového tonu, koordinace pohybů a udržování rovnováhy ve vzpřímeném stoji. Skládá se z nepárové části - vermis a dvou polokulovitých částí - mozečkových hemisfér.

Vestibulární mozeček (archicerebellum) - zde končí vlákna vestibulocerebellárních drah začínající u statokinetických receptorů. Podílejí se na udržování stoje spolu s vestibulospinálním traktem a descendentním aktivačním systémem retikulární formace.

Spinální mozeček (paleocerebellum) - velká část vermis, lobus anterior a část lobus posterior. Tady končí spinocerebellární dráhy začínající u periferních proprioreceptorů a exteroceptorů (taktilní podněty). Podílí se na regulaci svalového tonu a účastní se extensorových reflexů a aktivuje descendentní inhibiční systém retikulární formace.

Cerebrální mozeček (neocerebellum) - zbývající část lobus posterior označovaná jako lobus medius. Vývojově nejmladší část mozečku, končí zde kortikopontocerebellární dráhy z mozkové kůry (z motorických a zrakových projekčních oblastí). Aktivní motorická činnost mozkové kůry je tímto spojením hodnocena a zpřesňována na podkladě informací přicházejících z periferie (proprioreceptory a statokinetické čidlo).

Mozeček má v souhrnu tyto hlavní funkce: koordinuje volní pohyby, vyžadující zručnost a obratnost. Kontroluje rovnováhu a svalový tonus prostřednictvím spojů s vestibulárním systémem a γ -motoneurony spinální míchy. Podle novějších výzkumů je mozeček zapojen do tvorby motorických pamětních stop (např. hra na klavír). Poruchy funkce jsou často jednostranné, souhlasné se stranou postižení (některé dráhy se nekříží, jiné se kříží dvakrát). Projevují se jako snížení svalového tonu ve smyslu zvýšení pasivity. Zvýšená pasivita je způsobena vymizením stimulačního vlivu mozečku na svalový tonus za pohybu. Normálně je zastavení pohybu umožněno zvýšením tonu antagonistů, jež je vyvoláno aktivací proprioreceptorů v antagonistech. Tento reflexní mechanismus je utlumen. Reflexy elementární posturální vyhasínají, mizí "hladkost pohybů", šlachové a okosticové se nemění. Hypermetrie - přestřelování při cílených volních pohybech je důsledek nevyvážené funkce agonistických a antagonistických svalových skupin. Je spojena s tzv. bradytelekinezou, což je zpomalení pohybů před dokončením. Ta je zřejmě dána zapojením korových struktur - přesné směřování vyžaduje zvýšenou pozornost nemocného. Důsledkem hypermetrie je rovněž změna písma (makrografie) a změna řeči (dysarthrie). Ataxie vzniká z poruchy souhry svalových skupin udržujících rovnováhu ve stoji a při chůzi (axiální svaly a svaly dolních končetin). Při stoji se nemocný kymácí různými směry (titubuje), má rozšířenou bázi, trup je zakloněn dozadu. Chůze je vrávoravá, hypermetrická, s odchylkami od přímého směru, s přehnaně výraznými souhyby horních končetin. Zavření očí stoj a chůze nezhoršuje. Podle lokalizace postižení je dost dobře možné rozlišit: syndrom paleocerebellární (poruchy stoje a chůze) při lézi v oblasti vermis a syndrom neocerebellární (poruchy přesných a koordinovaných pohybů na končetinách) při lézi mozečkových hemisfér.

(9)

1.5 Svalové napětí (tonus) a hypotonie

Je reflexně udržované svalové napětí, které se mění v závislosti na informacích z periferních [receptorů](#) a na informacích z [CNS](#). Je výsledkem působení reflexního oblouku segmentárních míšních reflexů (tzv. γ -kličky, míšní regulace svalového napětí), dále vestibulárního systému (labyrintová regulace), tonoregulačních struktur mozkového kmene (tzv. extrapyramidových drah), mozečku (ten zvyšuje svalový tonus) a centrálního

motoneuronu (má pravděpodobně tlumivý vliv na svalové napětí). Snížení svalového napětí (hypotonie) nastává, pokud dojde k poruše reflexního oblouku, corpus striatum nebo mozečku. (5)

1.6 Neurogení močový měchýř

Neurogení močový měchýř nebo také dysfunkce dolních močových cest či vezikouretrální dysfunkce jsou stavy charakterizované poruchou jímací a vyprazdňovací funkce dolních močových cest. Vyskytují se buď izolovaně nebo v kombinacích. Dolní močové cesty jsou tvořeny močovým měchýřem a uretrou, které tvoří nedílnou anatomickou jednotku. Funkcí dolních močových cest je tzv. mikční cyklus. Ten zahrnuje shromažďování moči bez nárůstu intravezikálního tlaku (jímací fáze) a schopnost vyprázdnit ji beze zbytku (evakuační fáze) na odpovídajícím místě a ve vhodném okamžiku (možnost jejího oddálení a přerušení). Všechny fáze vyžadují koordinaci mezi detrusorem a svěrači a nesmějí být doprovázeny refluxem do horních cest močových. Tato koordinace je zajišťována na několika úrovních, z nichž základní význam má míšní a mikční centrum (mikční reflex). Inervace dolních močových cest je vegetativní a somatická.

Prakticky každá neuropatie může vést k dysfunkcím dolních močových cest. Obecně poruchy v této oblasti vznikají z poruchy nervové a psychické kontroly mikce, změny svalové funkce a při morfologických anomáliích. Klinický obraz je různý podle toho, která fáze mikčního cyklu je poškozena (jímací, sfinkterová, evakuační).

Terapie zahrnuje farmakoterapii, intermitentní katetrizaci, operační léčbu, kondomový urinál. Způsoby léčby se často kombinují, ale málokdy vedou ke 100% úspěchu. Cílem chirurgické léčby je dosáhnout odpovídající průchodnosti močových cest, ochránit horní močové cesty, zajistit dostatečnou kapacitu močového měchýře a učinit nemocného kontinentním. (10)

2. Identifikační údaje

Jméno:	A. A.
Oslovení:	Alenko
Věk:	6 let
Bydliště:	Pardubice
Pojišťovna:	ano
Příbuzní:	matka
Telefon:	ano
Datum přijetí:	13.10. 2008
Doba mého ošetřování:	13.10. - 17.10. 2008

3. Lékařská anamnéza a diagnózy

3.1 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka 45 let, zdráva, bratr matky vrozená srdeční vada, otec 40 let, zdravý, tři nevlastní bratři, všichni zdraví.

Sociální anamnéza

Chodí do dětského rehabilitačního centra, v kontaktu s vrstevníky je spíše pasivní, upřednostňuje individuální aktivity. Má osobního asistenta pro školní i mimoškolní aktivity. Od podzimu letošního roku navštěvuje přípravný ročník speciální mateřské školy Svítání. Žije v úplné rodině, oba rodiče jsou podnikatelé, hodně pracovně vytížení. Má tři starší nevlastní sourozence – bratry, ve společné domácnosti žije pouze s jedním z nich.

Osobní anamnéza

Z 5. rizikové gravidity, porod v termínu, spontánně, záhlavím, porodní hmotnost 3200g/49cm, asfyxie 0, ikterus 0, nekříšena, ale neplakala. Apgar 9-10-10. Po porodu volán pediatr pro absenci pláče, čilá, orofaciální stigmatizace, proto vyšetřena geneticky - karyotyp normální, izolované dysmorfické rysy v orofaciální oblasti (užší levá oční štěrba, nápadný tvar nosu, atypické rýhy na hřbetu obou končetin), syndromologicky nezařazena. Od počátku sledována na neurologii pro absenci pláče a hypertonický syndrom.

Ve 4. měsíci pobyt na Dětské neurologické klinice FN Motol – EEG s hraničním výsledkem, sluchové potenciály v normě, magnetická rezonance mozku – mírná hypoplasie vermis. Od narození hypertonie, postupně asi v pěti měsících rozvoj axiální hypotonie, hypermobilita kloubní, nerovnoměrný psychomotorický vývoj. Atypický a chudý zvukový projev. Byl přítomen i tremor mozečkového charakteru, který odezněl. Závěr: těžká svalová hypotonie s mozečkovým syndromem, pallo i neocerebelární syndrom při prokázané hypoplázii vermis.

Od pátého měsíce v péči urologie ve FN Hradec Králové pro stav po opakované akutní pyelonefritidě s asymptomatickým nálezem. Zjištěn megaureter, renální reflux a neurogení močový měchýř. V devátém měsíci (červenec 2003) provedena vesicostomie. Nyní sledována na Urologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze.

Neurologické kontroly 4x ročně v Chrudimi, sledována od narození, cvičí Vojtovou metodou. Křeče nikdy neměla. Opakované rehabilitační pobyty v Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé v Luži Košumberku.

Motorický vývoj: opožděný, seděla od 9. měsíce, chodí od 4 let, dodnes má problémy s rovnováhou. Chodí většinou s oporou za ruku, zvládá i chůzi do schodů, s kočárkem na panenky chodí sama. Venku ji vozí v kočárku. Chůze o široké bazi je nejistá, s naznačeným mozečkovým tremorem. Nosí trvale pleny pro kontinuální únik moči z vývodu močového měchýře. Stolicí většinou sama ohlásí.

Duševní vývoj: obleče se s dopomocí, nají se s dopomocí, v anamnéze porucha příjmu tuhé potravy. Problémy s polykáním v poslední době pominuly, dlouho špatně kousala. Rohlík jí sama, jablko pouze nakrájené. Kreslí si málo a nerada. Dobře se soustředí. Zájmy - pohádkové knížky bohatě ilustrované, filmy s Krtkem, počítač, ráda si hraje s kočkou. Je samotářský typ, negativistická, nemá ráda změny, susp. naznačeny

autistické rysy v chování, stereotypie, ale autismus se neprokázal. Vyšetřena před dvěma lety v APLA (Asociace pomáhající lidem s autismem), pervazivní porucha byla vyloučena.

Vývoj řeči: absence pláče, žvatlání od 15. měsíce, slova od 2 let, věty od 6 let, samostatně nevypráví, rozumění intaktní, bez poruchy plynulosti řeči. Přechodně používala alternativní komunikaci - znakový jazyk, který dnes již nepoužívá.

Prodělaná onemocnění: běžná dětská onemocnění – neštovice neměla, vakcinace, otitis media neměla, úrazy žádné, operace: močového měchýře. Křeče ani bezvědomí se nikdy neobjevily. Alergie: paradoxní reakce na Dormicum.

Medikace: Mictonetten tbl. 1 - 0 - 1

Lactulosa sirup ob den 3 - 4 ml ráno do pití.

Dispenzarizace:

- Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha
- Neurologie Chrudim
- Ambulance psychologie Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou
- Logopedická péče - Nemocnice Pardubice

Nynější onemocnění:

Šestiletá dívka se susp. kombinovanou vývojovou poruchou řeči, s hypotonickým a mozečkovým syndromem, neurogenním močovým měchýřem a vesikostomií přijata k intenzivní rehabilitaci řeči na lůžkové oddělení Foniatrické kliniky 1. LF UK a VFN.

Vývoj řeči je opožděný, nyní akcelerace rozvoje řeči, používá krátké rozvitě věty, srozumitelnost nízká, dle matky rozumění řeči neporušeno.

Logopedická péče 2x až 3x týdně v rehabilitačním centru v místě bydliště, maminka se terapie neúčastní. Foniatrická péče také v místě bydliště, nyní na doporučení na Foniatrické klinice 1. LF UK a VFN. Sledována v psychologické ambulanci Fakultní Thomayerově nemocnici, se závěrem kombinované pohybové postižení, těžká kombinovaná specifická porucha řeči, charakteru vývojové dysfázie v kombinaci s potížemi dysathrickými, mírně atypický socioemoční vývoj a osobnostní vývoj se sklonem k rigiditě.

Nyní se rozvoj řeči zlepšuje, užívá krátké věty, srozumitelnost je ale špatná. Domluva hlavně s matkou ve smyslu ano - ne na kladené otázky. Výzvam vyhoví dokonale.

Receptivní stránka řeči je vzhledem k věku hodnocena jako mírně deficitní, hůře se orientuje v syntakticky složitějších větách a násobných instrukcích. V expresivní stránce řeči trvá velmi malá spontaneita, řečový projev jen po silné stimulaci, patrná těžkopádnost až slabikování - sakadovaná řeč. Nejčastěji tvoří slova a slovní spojení, s dopomocí i krátké rozvitě věty bez nápadných dysgramatismů. Nevypráví. Téměř neužívá slovesa, barvy pojmenuje. Výrazný nepoměr je mezi aktivní a pasivní slovní zásobou. Dítě má velkou snahu o nápodobu. Pohyb mluvidel je neobratný, jazyk zůstává bez napětí. Ve výrazu obličeje přetrvává hypomimie, izolované pohyby provádí správně. V artikulaci se projevuje bradylálie, samohlásky a sykavky nediferencuje, souhlásky - porucha znělosti, vibranty nekmitné, neměkčí. Melodie řeči je monotónní.

Grafomotorika je opožděná, ruka značně neobratná. Zrakové a sluchové vnímání je rozvinuto adekvátně věku.

3.2 Lékařské diagnózy

Těžká vývojová kombinovaná porucha řeči – dysarthrie a expresivní dysfázie

Centrální hypotonický a mozečkový syndrom

Vrozená vada uretropaetického systému, vesikostomie

Nerovnoměrný psychomotorický vývoj

4. Diagnosticko-terapeutická péče

4.1 Přehled vyšetřovacích metod

Fyzikální vyšetření

Drobná, štíhlá dívka, afebrilní.

Při příjmu: ušní - zvukovody volné, bubínky oboustranně diferencované, šedé, s reflexy. Nosní vyšetření: septum mediálně, sliznice klidná, bez sekrece. Krční vyšetření: sliznice růžová, bez hlenu, tonzily bez obsahu, velum kontrahuje symetricky, dávivý reflex oslabeně výbavný. Jazyk hypotonický, plazí ve střední čáře, hybnost jazyka bez omezení - zvládá cíleně elevaci jazyka i pohyby do stran, výrazné koordinační problémy při sestavení sekvence slabik. Nápadná hypomimie obličejových svalů.

Řeč: kontakt naváže okamžitě, oční kontakt krátkodobý, o spolupráci má zájem, je klidná. Latence reakcí, pomalé pracovní tempo. Základním výzvám vyhoví, delšímu sdělení rozumí nejistě (nestabilní orientace v pádových otázkách), obrázky ukazuje správně. Barvy a tvary přiřazuje správně. Spontánně neznakuje. Expresivně nestabilně samohlásky, zvládá některá onomatopoea a cca šest nacvičených slov. Slovní spojení nezachyceno. Malá tendence napodobit či zopakovat zvuk při jinak velmi dobré spolupráci. Grafomotorika – čárání.

Laboratorní vyšetření

Během mého ošetřování nebyla žádná laboratorní vyšetření prováděna. Bylo doporučeno provést vyšetření krve na CDG syndromy - dědičná porucha glykozylace, která je častým nálezem při mozečkovém postižení a metabolický screening. Byla doporučena další genetická konzultace.

Další vyšetření

- Tónový audiogram - kostní i vzdušné vedení v normě.

- Tympanogram - oboustranná křivka ploché A.
- Percepční test pro děti - 100% srozumitelnost na 30dB.
- Zkouška laterality - vyhraněná pravorukost, kreslí pravou, dominantní oko pravé, souhlasná lateralita.
- Vyšetření fonemického sluchu - odpovídá věku. Zlepšení oproti hospitalizaci před rokem.
- Token test - vyšetření rozumění řeči u dětí - dle orientačních norem pro školní riziko poruchy rozumění řeči neplní normu ani pro předškolní věk. Deficit krátkodobé sluchové paměti. Gramatickým vazbám ve větách rozumí.
- Vyšetření jemné motoriky dle Ozeretzského - pro věkovou kategorii 6 let plní polovinu úkolů. Výrazné obtíže ve statické i dynamické koordinaci celého těla, částečně i v rychlosti, problémy při realizaci dvou pohybů a v rychlosti motoriky rukou.
- Vyšetření aktivní mimické psychomotoriky dle Kwinta - pro svoji věkovou hranici plní 90% úkolů, odpovídá věku.
- Psychologické vyšetření - mírně atypický socioemoční a osobnostní vývoj se sklonem k rigiditě, zvýšená tendence k sebeprosazení, intelekt v pásmu širší normy. Těžká kombinovaná specifická porucha řeči charakteru vývojové dysfázie s dysarthrickými obtížemi.

4.2 Přehled terapie

Farmakoterapie: Mictonette tbl. 1 – 0 - 1

Lactulosa sirup 3 - 4 ml ráno ob den

Tabulka č.1 Léky podávané per os

Obchodní název	Generický název	Forma léku	Indikační skupina	Vedlejší účinky
Mictonette	Propiverin	Tablety	Spazmolytikum	Sucho v ústech, poruchy vidění, únava, bolesti hlavy
Lactulosa	Lactulosum	Sirup	Laxativum	Bolesti břicha, nadýmání

Dietoterapie: Dieta 13 strava větších dětí

Edukace řeči:

2x denně s logopedkou. Plán logopedické intervence byl sestaven v návaznosti na předešlou hospitalizaci. Dívka procvičovala motoriku jazyka v orofaciální oblasti, opakovala izolované pohyby jazyka a rtů, cvičila rychlost a přesnost pohybů, prováděla průpravná cvičení pro tvoření retného a alveolárního závěru, posilovala svalovinu jazyka s využitím prvků myofunkční terapie. Průběžně byla zařazována cvičení dechová a foukací. Pozornost byla věnována nácviku artikulace. Dále bylo stimulováno rozumění řeči - rozvoj aktivní slovní zásoby dle

jednotlivých sémantických kategorií, byla procvičována kategorizace pojmů a vyhledávala významově související obrázky, rozšiřovala aktivní slovní zásobu sloves. S obrazovým materiálem byla otázkami vedena ke tvoření jednoduchých a kratších rozvitých vět, byla zpřesňována základní větná stavba a užití základních předložkových vazeb. Také procvičovala zrakové a sluchové vnímání - rytmiizací jedno až čtyřslabičných slov, identifikací obecných zvuků s PC programem (program „Naslouchej a hraj si“), fonematický sluch, optická diferenciac barev a tvarů. S rodiči dívky byl opakovaně veden edukační a instruktážní pohovor.

Rehabilitace:

Denně se sestrou dle Vojtovy metody, 1x týdně s fyzioterapeutkou.

5. Stručný průběh hospitalizace

Šestiletá dívka byla přijata na lůžkové oddělení Foniatrické kliniky 1. LF UK a VFN k intenzivní rehabilitaci řeči na doporučení lékaře foniatra a na žádost matky. Dívka ochotně spolupracovala, ale vyhledávala spíše společnost dospělých, neměla ráda větší kolektiv dětí. Ve skupině předškolních dětí se účastnila her a rehabilitačních aktivit pasivně jako divák. Spolupracovala pouze při individuálním vedení. S hospitalizací byla srozuměná, několik prvních hodin adaptace probíhalo za přítomnosti matky. Byla částečně soběstačná, s naučenými mechanismy dovedností, vzhledem k diagnóze byl nutný zvýšený dohled a dopomoc.

Vzhledem k tomu, že se jednalo o opakovaný pobyt na Foniatrické klinice, adaptace proběhla bez problémů, dívka byla klidná, vstřícná, ochotně spolupracovala. Měla v oblibě určité typy lidí (ženy s dlouhými vlasy) a s nimi spolupracovala ochotněji.

Z ošetřovatelského hlediska pro nás byla nejdůležitější péče o vesikostomii, pohybový deficit spojený s omezenou soběstačností, snížená srozumitelnost řeči a střídání nálad s projevy tvrdohlavosti. Byl neustále nutný individuální přístup a zvýšený dohled.

Oproti minulé hospitalizaci před rokem došlo k rozvoji řeči a spolupráce, zhoršila se však pohybová motorika. Při větším výchovném tlaku se objevila vzpurnost. V některých dnech byla spolupráce problematická nebo se objevovalo střídání nálad a negativismus. Její vzdor se projevoval odmítáním jakékoli aktivity včetně pohybové, nechala se vozit v kočárku nebo nosit v náruči. Dívka někdy využívala svůj pohybový hendikep k manipulativnímu chování, ve skutečnosti byla schopna samostatnějších projevů. Přes určitý stupeň soběstačnosti byla nutná každodenní dopomoc při hygieně, oblékání, obouvání i stravování.

Spolupráce s rodinou byla dobrá. Rodina chápala význam hospitalizace, dívka chodila o víkendech na propustky domů. Bližší citový vztah měla k matce, otec byl na dítě náročnější. Matka se zajímala o rehabilitaci řeči a o víkendech pravidelně prováděla s dcerou logopedická cvičení.

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu

1.1 Subjektivní náhled nemocné na hospitalizaci

Vzhledem k tomu, že se jednalo o plánovaný opakovaný rehabilitační pobyt na Foniatrické klinice, dívka byla s hospitalizací předem seznámena, znala prostředí i pracovníky. Proto proběhla adaptace téměř bez problémů. Dívka se ničeho neobávala, spolupracovala, o víkendech chodila domů na propustky.

1.2 Základní biologické potřeby

- Potřeba dýchání

Tato potřeba nebyla u pacientky narušena. Nebyla nutná žádná specifická ošetrovatelská intervence k jejímu zajištění. Dechová frekvence byla ve fyziologickém rozmezí, 22 dechů za minutu.

➤ **Potřeba hydratace**

Pacientka měla ráda ovocný čaj a ráno kakao, které pila brčkem. Tekutiny jí musely být nabízeny, vzhledem k urologické diagnóze byl nutný dostatečný příjem tekutin, nejméně 1,5 litru denně. Vyžadovala k pití buď brčko nebo uzavřený hrnek s nástavcem.

➤ **Potřeba výživy**

Uspokojování této potřeby souviselo s poruchou pohyblivosti. Byla nutná dopomoc při stravování, jídlo jsem jí krájela, používala lžičku, jídlo do úst si dávala někdy sama, záleželo na její momentální náladě. Dříve měla pacientka potíže s polykáním, které v poslední době vymizely. Neměla chuť k jídlu, preferovala kašovitou stravu, byl nutný individuální dohled. Třetí den hospitalizace se objevila nevolnost a zvracení. Po odpolední návštěvě tety snědla cukrovou vatu a vypila Coca - Colu.

➤ **Potřeba osobní péče a hygieny**

Při uspokojování této základní potřeby nebyla pacientka soběstačná, byla nutná dopomoc při sprchování, oblékání, čištění zubů, které prováděla vsedě v kočárku, odmítala při této činnosti stát. Vesikostomii brala dívka jako svoji přirozenou součást.

Stav kůže – byla přiměřeně hydratovaná, bez patologických změn a útvarů. Třetí den hospitalizace se v oblasti pupku objevila zarudlá plocha o velikosti 2x1cm, která mírně svědila. Důvodem byl zřejmě nedostatečně upevněný fixační pásek pleny, který se dostal do přímého kontaktu s kůží.

➤ **Potřeba vyprazdňování moče**

Pacientka byla vzhledem k vesikostomii plně inkontinentní, používala jednorázové pleny, přes ně, pro lepší uchycení nosila „body“ a speciální fixační pásek na suchý zip. Vesikostomii měla již 5 let.

➤ **Potřeba vyprazdňování stolice**

Na stolici si řekla, ale ne vždy ji udržela. Dlouhodobě trpěla zácpou, užívala ob den Lactulosu, po které se vždy vyprázdnila.

➤ **Potřeba spánku**

Délka spánku byla zkrácena na 7 až 8 hodin, usínání bylo také prodloužené, spojené s rituálem prohlížení pohádkové knížky, bez které neusnula. Pokud nemohla usnout, rušila ostatní děti. Po usnutí spala klidně, nepřerušovaně. Po obědě nikdy nespala.

➤ **Potřeba být bez bolesti**

Pacientka žádnou fyzickou bolestí v současnosti netrpí.

➤ **Potřeba pohyblivosti**

Vzhledem ke svalové hypotonii je pohyblivost omezena, fyzické aktivity vykonávala s dopomocí. Pacientka svůj stav nevnímala negativně, naopak někdy svoje omezení využívala k manipulativnímu chování. Nechávala se vozit na kočárku i po budově, někdy i nosit dospělými na zádech. Byla schopna samostatné chůze, za ruku i chůze do schodů. Pokud chtěla na někoho pozitivně zapůsobit, napodobovala tanec.

➤ **Sexuální potřeby**

Dívka se často sebeuspokojovala, nejčastěji o hranu židle nebo v posteli před usnutím. V tomto dětském věku se ale jedná o fyziologický projev sexuálních potřeb.

➤ **Potřeba vnímání a poznávání**

Vědomí je jasné, orientovaná časem a prostorem, sluch - normální, řeč - opožděný vývoj. Schopnost dorozumění byla dobrá, horší srozumitelnost řeči, ale všem pokynům rozuměla. Dokázala překvapivě zopakovat celé věty odposlouchané během dne při rozhovorech personálu. V prvních dnech hospitalizace byl spontánní řečový projev minimální, později se projev zlepšoval a rozšiřoval i do jednoduchých vět.

1.3 Psychosociální potřeby

➤ **Potřeba komunikace**

Projevuje se rigidním vyžadováním stále stejné obrázkové knihy O Sněhurce. Skrze tuto knihu pacientka komunikovala s personálem. Potřeba komunikace podléhala výkyvům nálad pacientky. V některých dnech nechtěla komunikovat vůbec, objevoval se negativismus. Tehdy byl možný komunikační přístup získat pouze skrze zmiňovanou pohádkovou knížku. Nezapojovala se do hry v kolektivu dětí, jednoznačně preferovala individuální přístup. Neměla zájem o stavebnice, hračky, ani malování, dávala přednost pouze pohádkové knížce. Ráda také hrála pexeso, ale sama se sebou. Odmítala se zapojit do dětského kolektivu, spolupracovala pouze s dospělými.

➤ **Potřeba soběstačnosti**

Tato potřeba nebyla u pacientky v popředí. Spíše naopak, pacientka měla sklon a tendenci vyžadovat po personálu pomoc i při činnostech, které sama zvládala. V kolektivu dětí využívala svůj tělesný hendikep k manipulativnímu chování, předstírala neschopnost chůze, problémy s oblékáním. Při individuálním vedení ale všechny denní činnosti zvládala mnohem samostatněji. Dle Barthelové testu všedních denních činností dosahovala dívka 45 bodů ze 105 možných.

➤ **Potřeba bezpečí a jistoty**

Tato potřeba nebyla vzhledem k opakovanému pobytu na Foniatrické klinice narušena. Pacientka znala prostředí i personál, adaptovala se zcela bez problémů. Zpočátku pobytu byla menší spontaneita v řečovém projevu.

S ohledem na četnost diagnóz je často hospitalizovaná na různých typech zdravotnických pracovišť, nemocniční prostředí důvěrně zná a umí využívat. S určitými typy lidí (ženy s dlouhými vlasy) spolupracuje ochotněji a vytváří si k nim užší vazbu.

2. Přehled ošetřovatelských diagnóz

Pořadí ošetřovatelských diagnóz jsem stanovila na základě časového vzniku jejich sledu.

13.10.2008

- Porucha verbální komunikace z důvodu těžké vývojové kombinované poruchy řeči.
- Funkční močová inkontinence z důvodu neurogenního močového měchýře.
- Porucha tělesné pohyblivosti jako následek centrálního hypotonického a mozečkového syndromu.
- Deficit sebepéče při příjmu potravy, dodržování hygienických návyků, koupání, oblékání i celkové osobní péče z důvodu poruchy pohyblivosti.
- Porucha usínání vzhledem k fixaci na rituál čtení pohádky.

14.10.2008

- Zácpa z důvodu svalové hypotonie.
- Zvracení a nevolnost po dietní chybě.

15.10.2008

- Porucha celistvosti kůže v oblasti pupku z důvodu zvýšené vlhkosti.

16.10.2008

- Anticipační smutek – sklon k zádumčivosti vzhledem k introvertní povaze a náladovosti.

3. Rozpracování plánu ošetrovatelské péče

➤ **Porucha verbální komunikace z důvodu těžké vývojové kombinované poruchy řeči.**

Cíl:

Pacientka si zafixuje a osvojí prostředky rehabilitace řeči.

Spontánně sděluje své potřeby personálu a rodině.

Prokazuje pochopení potřeby změnit způsob komunikace.

Prokazuje zvyšující se pochopení mluveného slova a gest.

Ošetrovatelská intervence:

- Pravidelně několikrát denně provádět logopedii dle ordinace lékaře.
- Podporovat pacientku ve čtení a prohlížení dětských knih, podporovat její mluvený projev a vyprávění obsahu pohádek.
- Mluvit pomalu, zřetelně, klidně, povzbuzovat pacientku k oboustranné komunikaci.
- Používat dostatek motivujícího materiálu k rehabilitaci řeči (obrázkové karty, knihy, PC, blok a barevné tužky, puzzle atd.), obměňovat tento materiál.
- Zapojit rodinu do plánu rozvoje komunikace.

Realizace:

S pacientkou jsem 2x denně prováděla rehabilitaci řeči, ke které jsem využívala edukační materiály. Denně s ní také individuálně pracovala logopedka a lékař foniatr.

Kontakt jsem s pacientkou navazovala přes její oblíbenou pohádkovou knížku O Sněhurce. Podporovala jsem jí ve vyprávění a doplňování příběhů, chválila jí a projevovala jsem zájem o každý její samostatný projev.

Volila jsem individuální vždy přístup, pouze tehdy byla ochotná ke spolupráci. V kolektivu dětí byla pouze pasivní pozorovatel.

Každý víkend si rodina brala dívku domů na propustku. Rodina dobře spolupracovala, pokračovala v rehabilitaci řeči i během pobytu doma.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo částečně, spontánní projev byl srozumitelnější a obsáhlejší. Zlepšila se artikulace i obsahová stránka řeči, zafixovala si některé nové pojmy, byla ochotnější ke spolupráci. Rehabilitace řeči je dlouhodobá, je nutná spolupráce rodiny. V případě této pacientky byla lepší spolupráce s matkou. Otec měl k limitním možnostem své dcery nerealistická očekávání a byl na ni příliš přísný. Dívka měla úzký vztah ke svému osobnímu asistentovi, se kterým v běžném životě trávila největší část dne, dívka k němu měla přirozený respekt. Neměla jsem možnost ho osobně poznat.

➤ **Funkční močová inkontinence z důvodu neurogenního močového měchýře.**

Cíl:

Vytvořit individuální schéma vyprazdňování močového měchýře.

Inkontinence nenarušuje její denní režim.

Pacientka vypije doporučené množství tekutin.

Ošetrovatelské intervence:

- Pravidelně dívku vysazovat na dětské WC.
- Během dne nabízet dostatek tekutin, nejméně 1,5 litru.
- Pro pocit sucha používat plenkové kalhotky Tena lady extra.
- Při každé výměně pleny ošetřit okolí stomie.

Realizace:

Pravidelně jsem dívku vysazovala na dětské WC, přestože inkontinence byla kontinuální a pleny vždy mokré. Nabízela jsem jí tekutiny a umožňovala jí pít brčkem, které preferovala a vypila tímto způsobem více, než z hrnku. Z důvodu dosažení doporučeného množství tekutin jsem jí nabízela její oblíbený ovocný čaj, k snídani kakao.

Po přebalení jsem vždy ošetřila okolí stomie hygienickým ubrouskem a jemně natřela Pytiolem. Na noc jsme použila pleny Tena lady super, v noci jsem dívku nebudila a na WC nevysazovala.

Pro zajištění pocitu suchosti jsem jako spodní prádlo používala „body“ a speciální pásek se suchým zipem (ušitý matkou), který pleny lépe fixoval a bránil jejich posunutí s následkem promočení.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo, pacientka brala vesikostomii jako přirozenou součást svého života a netrpěla z tohoto důvodu žádnými psychickými problémy. Vesikostomie jí nenarušovala v jejích každodenních činnostech a hrách.

Někdy bylo těžké dosáhnout přijetí doporučeného denního množství tekutin, pití jsem musela dívce neustále nabízet, neměla pocit žízně a někdy tekutiny odmítala.

➤ Porucha tělesné pohyblivosti jako následek centrálního hypotonického a mozečkového syndromu.**Cíl:**

Pacientka zná svoji situaci i bezpečnostní opatření, která dodržuje.

Aktivně se podílí na rehabilitaci.

Je schopna vykonávat co nejvíce aktivit denního života samostatně.

Zvládne bez pomoci chůzi po rovině, s dopomocí po schodech.

Ošetrovatelské intervence:

- Pomáhat a motivovat pacientku k rehabilitaci.

- Zhodnotit stav soběstačnosti dle Barthelové testu všedních dovedností.
- Vést pacientku k soběstačnosti.
- Pečovat o bezpečnost pacientky (zabránit pádu, zjistit riziko pádu).
- Informovat lékaře a fyzioterapeuta o změnách v mobilitě pacientky.

Realizace:

Provedla jsem klasifikaci dle Barthelové testu všedních dovedností a mobility s výsledkem 45 bodů ze 105 možných, což je méně, než polovina ideálního výsledku, (viz příloha č.3). Rovněž jsem použila hodnotící techniku Zjištění rizika pádů, kde pacientka dosáhla 4 bodů, to znamená vyšší riziko pádu (viz příloha č.3).

S pacientkou jsem denně rehabilitovala Vojtovou metodou, i když tuto činnost nevykonávala příliš ráda. S fyzioterapeutkou odmítala spolupracovat úplně, cvičení byla ochotná provádět pouze s personálem oddělení.

Každý den jsem musela dívku přesvědčovat a taktizovat k soběstačnosti. Měla velkou tendenci využívat svůj pohybový hendikep k úlevám a manipulaci s okolím. Nejraději by se nechala nosit v náručí nebo se přenášet na zádech, na což byla evidentně zvyklá. Nechtěla se sama oblékat, ani najíst. Musela jsem ji vhodně motivovat a výchovně na ni působit. Z toho důvodu byla někdy vzteklá a vzpurná a odmítala cokoliv. V takových chvílích bylo nejlepší nevnímat si jejího vzdoru, nic jí nerozmlouvat a pokračovat v klidu v činnosti.

Pacientka vyžadovala individuální péči po celý den, i při chůzi po rovině bylo potřeba na ni dohlížet, do schodů chodila s dopomocí - za ruku. Při vhodném výchovném vedení se její mobilita zlepšovala, resp. pacientka byla schopná vykonávat samostatně mnohem více činností, než se zpočátku zdálo.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo částečně. V průběhu hospitalizace nedošlo k žádné komplikaci ani pádu pacientky a podařilo se zvýšit i její soběstačnost v každodenních činnostech. Vzhledem k diagnóze hypotonického syndromu nelze očekávat v oblasti mobility výrazného zlepšení, ale pravidelnou rehabilitací a podporováním soběstačnosti je možné udržet současnou úroveň mobility.

- **Deficit sebekpěče při příjmu potravy, dodržování hygienických návyků, koupání, oblékání i celkové osobní péče.**

Cíl:

Pacientka dosahuje maximum soběstačnosti s ohledem ke své diagnóze těžkého hypotonického syndromu.

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistit míru schopností pacientky při její nesoběstačnosti a sebekpěči.
- Zapojit pacientku do aktivní účasti na sebekpěči.
- Kontrolovat dodržování rehabilitačního programu.
- Využívat pomůcky a upravit prostředí pacientky, odpovídající výška toaletní mísy, umožnit jí jíst lžící, pít brčkem nebo z hrnku s nástavcem.
- Respektovat osobní přání pacientky při výběru jídla a nápojů s ohledem na předepsanou dietu a diagnózu.

- Zajistit bezpečnost pacientky s důrazem na prevenci úrazů.
- Edukovat rodinu o možnostech péče v domácím prostředí.

Realizace:

Využila jsem hodnocení dle Barthelové testu všedních dovedností u předchozí ošetřovatelské diagnózy. Největší deficit v sebezpečí měla pacientka v osobní hygieně a koupání, kde byla plně odkázaná na pomoc ošetřovatelského personálu. Měla trvalou inkontinenci moči vyplývající z její diagnózy vesikostomie. Chůzi po schodech, použití WC, oblékání a příjem potravy zvládala pouze s dopomocí. Dívku bylo třeba neustále do vykonávání všedních činností motivovat a vést, překonávat její nechuť a pohodlnost vykonávat sebeobsluhu sama. Měla velkou tendenci nechávat se obsluhovat, byly dny, kdy nechtěla ani chodit. Nejlepších výsledků jsem dosáhla, pokud jsem její pozornost obrátila jinam, například při vyprávění o tom, jak se obléká Popelka, dosáhla její spoluúčasti. Bylo to ale velmi časově náročné, po celou dobu hospitalizace byla nutná individuální ošetřovatelská péče.

Několikrát denně jsem prováděla já i moje kolegyně s pacientkou rehabilitační cviky dle Vojtovy metody. Zaměřili jsme se zejména na protahovací cvičení na končetinách.

Na WC jsem dala dívce dětský nástavec, na který byla zvyklá i z domova. Vysazovali jsme ji pravidelně na mísu, přestože moč odcházela stomií. Na stoličce si vždy požádala sama.

Vzhledem k tomu, že neměla příliš chuť k jídlu, jedla i pila málo, objednávali jsme jí kašovitou stravu, kterou preferovala a pila brčkem nebo z hrnku s nástavcem, i když již dosáhla školního věku.

Jako prevenci úrazu nebo pádu jsme zvolili neustálý doprovod, dohled a dopomoc při chůzi. Navíc dívka měla sklon k fyzické pasivitě, takže se sama nikam bez pomoci nevydala. Nejraději by byla, kdyby ji personál vozil po oddělení v kočárku nebo nosil na zádech.

Rodinu jsem informovala o schopnostech dívky zvládnout samostatněji více sebeobslužných dovedností, než jí umožňují. Pro dívku bylo pohodlnější, a pro její okolí rychlejší, udělat vše místo ní.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo pouze částečně. Základní požadavky na hygienickou péči dívka zná, ale bez neustálého důsledného vedení je sama neuplatní. Ráda si ulevuje a nechává za sebe tyto činnosti vykonávat druhé. Je třeba také pokračovat v rehabilitaci, provádět protahovací cvičení svalů nohou a rukou, i když není u pacientky příliš v oblibě.

➤ **Porucha usínání vzhledem k fixaci na rituál čtení pohádky.**

Cíl:

Klidný, nerušený spánek a usínání.

Optimální rovnováha mezi aktivitou a odpočinkem.

Ošetřovatelské intervence:

- Sledovat délku spánku pacientky.

- Zjistit rizikové faktory způsobující poruchu spánku.
- Udržovat klidné a tiché prostředí.
- Umožnit pacientce před spaním činnost, na kterou je zvyklá.
- Umožnit jí mít v blízkosti důvěrně známé předměty.

Realizace:

Od počátku hospitalizace pacientka hůře usínala. Přestože jsem pacientům na dětském pokoji každý večer četla před spaním pohádku, dívali se na Večerníček, moje pacientka vyžadovala opakovaně svoji pohádkovou knížku. Usínala i několik hodin, někdy až po 23. hodině, přestože nikdy nespala v průběhu poledního klidu, který je u předškolních dětí součástí režimu dne. Pokud se jí nedařilo usnout, rušila a budila ostatní děti na pokoji. V průběhu usínání jsem jí já i moje kolegyně několikrát za sebou četla, měla u sebe svoje oblíbené hračky, nechávala jsem svítit malé světlo, hladila jí po vlasech, musela být po celou dobu u ní. Teprve potom usnula. Během několika dnů jsme navodili pravidelný zklidňující rituál a dívka se po usnutí již nebudila.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo pouze částečně. Pacientka se v noci budila jen výjimečně, spánek byl klidný, ale usínání bylo prodloužené po celou dobu hospitalizace.

➤ **Zácpa z důvodu svalové hypotonie**

Cíl:

Pacientka se pravidelně vyprazdňuje, frekvence a konzistence stolice je v mezích normy.

Nepocítuje bolesti ani napětí břicha.

Vypije denně 1500ml tekutin.

Ošetrovatelské intervence:

- Zjistit příčiny zácpy a poruch ve vylučování stolice.
- Zjistit všechny faktory, které vyprazdňování podporují.
- Podávat Lactulosu dle ordinace lékaře.
- Zajistit dostatečné soukromí pacienta.
- Nabízet tekutiny.

Realizace:

Na sníženou frekvenci vyprazdňování a pravidelné užívání laxantiva nás již při přijetí k hospitalizaci pacientky upozornila její matka. Tato ošetrovatelská diagnóza nebyla vyvolaná změnou prostředí ani hospitalizací, ale souvisela se základním onemocněním. Dle ordinace lékaře jsem každý druhý den dívce podávala Lactulosu rozpuštěnou ve 2 dcl kakaa, kterou dívka vypila a v ten den měla i stolicí, tzn., že na stolicí chodila každý druhý den. S tím souviselo i nabízení dostatku tekutin a vypití minimálně 1500 ml denně. Po dohodě s nutriční terapeutkou jsme jí vařili ovocné čaje. Z důvodů dřívější poruchy polykání byla dívka zvyklá přijímat spíše

kašovitou stravu. Protože jsme tyto obtíže po celou dobu hospitalizace nezaznamenali, postupně jsme nabízeli dívce i celozrnné pečivo, mléčné výrobky a potraviny podporující peristaltiku střev.

Dívka si na stolici vždy řekla, vyprazdňovala se pravidelně v den podání Lactulosity, tzn. ob den. Netrpěla bolestmi břicha ani namáhavou defekací.

Hodnocení:

Cíle bylo prakticky dosaženo, pokud vezmeme v úvahu diagnózu těžkého hypotonického syndromu. Pacientka se vyprazdňovala pravidelně, nepociťovala bolesti ani napětí břicha. Dostatečné množství tekutin vypila pouze při častém nabízení a vhodné skladbě tekutin.

➤ **Zvracení a nevolnost po dietní chybě.**

Cíl:

Pacientka nepociťuje nevolnost a nucení na zvracení.

Pacientka je dostatečně hydratována a přijímá potravu bez vedlejších projevů.

Ošetřovatelské intervence:

- Zjistit příčiny nevolnosti a zvracení.
- Zajistit u pacientky pravidelný příjem a výdej tekutin.
- Zaznamenat častost, charakter a obsah zvratků.
- Zajistit pacientce hygienu dutiny ústní.

Realizace:

Večer, po návštěvě tety, která přinesla cukrovou vatu a Coca - Colu, se dívka udělalo nevolno, měla nauzeu a 1x zvracela. Neměla zvýšenou teplotu, pouze nechutenství a zvýšenou únavu. Dívku jsme omyla, nechala jí vypláchnout ústa a dala jí napít vlažného neslazeného čaje. Protože se zvracení již neopakovalo a pacientka celou noc klidně spala, nebyla potřeba žádná léčba. Druhý den se již cítila dobře, neměla žádné obtíže.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo, nauzea ani zvracení se již u pacientky neopakovaly. Jednalo se o prostou dietní chybu.

➤ **Porucha celistvosti kůže v oblasti pupku z důvodu zvýšené vlhkosti.**

Cíl:

Pacientka má neporušenou, hydratovanou kůži.

Nepociťuje bolest ani svědění.

Kůže není zarudlá.

Ošetrovatelské intervence:

- Zjistit vyvolávající příčinu patologických kožních projevů.
- Popsat kožní lézi (velikost, tvar, barvu, okolí, sekrece).
- Několikrát denně kontrolovat stav kůže v postiženém místě.
- Sledovat proces hojení.
- Udržovat kůži v okolí stomie v čistotě a suchu.
- Provádět častou výměnu plen a osobního prádla.

Realizace:

Z důvodu vesikostomie a trvalé inkontinence moče je kůže pacientky vystavena zvýšené vlhkosti. Po celou dobu hospitalizace jsme používali jednorázové pleny Tena lady extra, které zaručovaly pocit sucha. Při každé výměně pleny nebo po vysazení na WC jsme dívce otírali okolí stomie hygienickými ubrousky, na které byla zvyklá. Přes plenu jsme ještě upevňovali fixační pásek se suchým zipem, který bránil jejich posunutí. Místo spodního prádla jsme používali „body“. Třetí den pobytu se zřejmě nedostatečně upevněný pásek dostal do přímého kontaktu s kůží, která byla v jednom místě o velikosti 2x1 cm zarudlá a mírně svědila. Pacientku jsem osprchovala, místo ošetřila jemně Pytiolem mastí. Kožní lézi jsme pravidelně kontrolovali, zarudnutí se nezvětšovalo, nesvědilo, nemokvalo.

Pleny jsme měnili častěji a dbali na správně upevněný fixační pásek. Druhý den zarudnutí ustoupilo a po dvou dnech zcela zmizelo.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo, pacientka měla neporušenou, hydratovanou kůži bez známek zarudnutí. Z důvodu trvalé inkontinence moči je třeba zvýšená hygienická péče a používání jednorázových pomůcek.

➤ **Anticipační smutek - sklon k záдумčivosti vzhledem k introvertní povaze a náladovosti.**

Cíl:

Pacientka je schopna adekvátně reagovat na změněné situace.

Pacientka se zapojuje do dětského kolektivu.

Ošetrovatelské intervence:

- Všimnout si emočních reakcí pacientky.
- Trpělivě tolerovat její projevy hněvu.
- Zapojit pacientku do režimových aktivit.
- Podporovat a chválit každý její úspěch.
- Snažit se dodržovat její navyklé rituály a zvyky.

Realizace:

Přestože u nás byla dívka hospitalizována opakovaně a znala prostředí i personál, ke konci prvního týdne pobytu se objevily pocity smutku, vzteku, odmítání. Dívka byla náladová, v některých dnech odmítala jakoukoliv činnost, i chůzi nebo jídlo. Ale pokud jsem trpělivě tolerovala její projevy, klidně na ni mluvila, nedávala jí žádné příkazy a pokračovala jsem v ošetrovatelské péči (např. oblékání, přebalování, mytí), dívka se zklidnila a po několika minutách se do činnosti zapojila. Respektovala jsem také její až rigidní lpění na jedné pohádkové knížce, díky které s ní ale bylo možno v těchto problematických situacích navázat kontakt. Pokud jsem s ní byla v místnosti sama a věnovala se jenom jí, spolupracovala bez problémů i v náročnějších úkolech (např. logopedie, rehabilitace).

Ve skupině dětí ale odmítala spolupracovat úplně, stala se pouze pozorovatelem. Po dohodě s ošetřujícím lékařem a logopedkou jsem jí do skupinových programů nezapojovala.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo částečně, projevy vzteku a odmítání se po několika dnech hospitalizace objevovaly pouze sporadicky. Pacientka ochotně spolupracovala, byla nutná ale individuální ošetrovatelská péče. Nepodařilo se dosáhnout jejího zapojení do kolektivu dětí stejné věkové skupiny. Myslím, že jistý podíl na této skutečnosti mělo i to, že dívka byla v běžném životě zvyklá na celodenní péči a přítomnost osobního asistenta.

4. Edukace

Vzhledem k věku mojí pacientky se edukace týkala spíše rodiny a příbuzných, kteří dívku navštěvovali. Protože se nejednalo o akutní, ale chronické onemocnění, byla rodina dostatečně edukována již z mnoha oborů medicíny. V některých oblastech probíhala edukace opačným směrem, tzn. od rodiny k ošetrovatelskému personálu.

Hlavní oblast pro edukaci byla sebek péče, kde rodina měla velkou tendenci většinu každodenních činností za dívku vykonávat, a tím jí paradoxně znesnadňovat zapojení do normálního života.

Každý pátek, před odchodem na propustku, jsem předala rodičům obrazový materiál k logopedii a instruovala je, kterou oblast řeči jsme procvičovali. Také jsem rodičům zdůraznila, že je nutné dívku více stimulovat ke spontánnímu řečovému projevu, podporovat ji ve vyprávění. Ukázala jsem jim dechová a foukací cvičení a cvičení pro rozvíjení jemné motoriky, která jsme prováděli. Doporučila jsem jim také vhodné didaktické pomůcky (knížky, puzzle, hry). Individuální instruktážní a edukační pohovor pak vedla s rodiči logopedka, která je detailně seznámila s plánem logopedické intervence a doporučila pokračovat v logopedické péči v místě bydliště. Spolupráce rodiny hraje v léčebné rehabilitaci řeči nezastupitelnou roli.

5. Závěr a ošetrovatelská prognóza

Šestiletá dívka s kombinovanou vývojovou poruchou řeči v kombinaci s hypotonickým a mozečkovým syndromem, vesikostomií pro neurogenní močový měchýř, byla přijata na lůžkové oddělení Foniatické kliniky k rehabilitačnímu pobytu. Jednalo se o opakovaný pobyt, já jsem dívku ošetřovala v prvních pěti dnech.

Pobyt probíhal bez výraznějších adaptačních obtíží, v prvních dnech se objevovalo negativistické chování a vzdorovitost. Při individuální činnosti byla s pacientkou dobrá spolupráce, do kolektivních činností s dětmi se nezapojovala a byla pouze pasivní pozorovatel. Měla tendence k sebeprosazování a upoutávání pozornosti. Při vhodné motivaci, zaujetí a individuálním přístupu se dobře koncentrovala k činnosti.

Pacientka nebyla soběstačná pro těžký hypotonický a mozečkový syndrom. Hlavní těžiště ošetrovatelské péče proto spočívalo zejména v dopomoci při všech každodenních činnostech a v péči o vesikostomii. Při vhodném vedení se mnou spolupracovala a učila se provádět sebeobslužné činnosti sama nebo jen s minimem pomoci. Měla radost, když nás dokázala překvapit, např. tancem. Nové motorické dovednosti se nám nepodařilo příliš zautomatizovat, což jsme, vzhledem k základní neurologické diagnóze, ani neočekávali.

Vesikostomii brala pacientka jako svoji samozřejmou součást. Neuvědomovala si ještě omezení, která jí přináší a trvalou inkontinenci moče. S rodiči jsme konzultovali možnost výhledově zrušení vesikostomie a doporučili jim kontaktovat Urologickou kliniku 1. LF UK a VFN.

Stav komunikačních schopností se při samostatném pobytu na Foniatické klinice zlepšil. Dívka byla klidná, měla pomalé pracovní tempo, někdy se objevovalo negativistické chování, vzdorovitost. Opakovaně jsme zaznamenali sebeuspokojování. V expresivní stránce řeči přetrvávala malá spontaneita, s dopomocí tvořila krátké rozvíte věty bez dysgramatismů. Měla ale dobrou snahu o nápodobu, kterou jsme v rehabilitaci řeči podporovali a využívali.

Hospitalizace přinesla zlepšení komunikace mluvenou řečí. Rodině bylo doporučeno pokračovat v logopedické péči v místě bydliště. Doporučena byla také další genetická konzultace, neboť jediné vyšetření bylo provedeno v novorozeneckém věku. Foniatická kontrola a další pobyt byl indikován za půl roku.

Otázkou zůstává, zda lze specifika v chování považovat za součást cerebelární symptomatologie. U pacientky byl zvláštní nesoulad mezi zlepšujícími se verbálními schopnostmi a neochotou tyto dovednosti využívat v sociálním kontaktu.

D. POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE INFORMACÍ

1. ČERVINKOVÁ, E., VORLÍČKOVÁ, H. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno, IPVZ, 2000, ISBN 80-7013-303-1
2. DLOUHÁ, O. *Vývojová dysfázie - porucha zpracování řečového signálu*. Praha, Habilitační práce, 2003
3. DLOUHÁ, O. *Vývojové poruchy řeči*. Praha, Alexej Novák, 2003, ISBN 80-239-1832-X
4. HANUŠ, T. *Poruchy mikce*. Brno, IPVZ, 1991, ISBN 80-7013-107-1
5. Internet <http://sestrylf3.unas.cz/pf-neurologie.html>, datum vstupu 5.1.2009
6. KREJČÍ, H. *Odborná přednáška na Foniatrické klinice 1.LF UK a VFN*, Praha, 2008
7. NOVÁK, A. *Vývoj dětské řeči*. Praha, nákladem autora, 1999, ISBN neuvedeno
8. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. Praha, Portál, 2003, ISBN 80-7178-546-6
9. ŠMEJKAL, V., BROŽEK, V. *Základy patofyziologie nervového systému.*, Dostupné na [www: http://cs.wikipedia.org/wiki/Poruchy_hybnosti](http://cs.wikipedia.org/wiki/Poruchy_hybnosti).
10. ZEMAN, M. *Speciální chirurgie*. Praha, Galén, 2001, ISBN 80-7262-093-2
11. ZUZÁKOVÁ, E. *Fyzikální vyšetření v ošetrovatelském procesu*. Sestra, roč.19, č.1, 2009, ISSN 1210-0404

Zdroje informací

Pozorování dítěte

Ošetrovatelská dokumentace

Lékařská dokumentace

Rozhovory s ošetrojícím personálem

Rozhovor s rodiči

E. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Vstupní ošetřovatelský záznam

Příloha č. 2 - Plán ošetřovatelské péče

Příloha č. 3 - Barthelové test, zjištění rizika pádů

Příloha č. 4 - Test mimické psychomotoriky dle Kwinta

Příloha č. 5 - Vyšetření fonemického sluchu

Příloha č. 6 - Token test rozumění řeči

Příloha č. 7 – Seznam použitých zkratk

Příloha č.7 Seznam zkratk

ORL	Otorhinolaryngologie
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
FN	Fakultní nemocnice
dB	decibel
EEG	elektroencefalograf
CNS	centrální nervový systém
LMD	lehká mozková dysfunkce
tbl.	tableta
dcl	decilitr
susp.	suspektní
tzv.	takzvaný
resp.	respektive
APLA	Asociace pomáhající lidem s autismem