



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

**Problematika ošetřovatelské péče u náhlých
příhod břišních u dětí do šesti let**

Vypracovala: Bc. Martina Hlachová

Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Diplomová práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče u náhlých příhod břišních u dětí do šesti let. Bolest břicha může být u dítěte prvním příznakem náhlých příhod břišních, které mohou jeho život přímo ohrožovat. Zanedbání těchto potíží může pak vést k velkým zdravotním problémům komplikovaného charakteru.

V rámci výzkumného šetření byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo zjistit specifika náhlých příhod břišních u dětí do šesti let. Druhým cílem bylo zjistit možné následky náhlých příhod břišních u dětí do šesti let v pooperačním průběhu. Třetí cíl měl za úkol zmapovat problematiku náhlých příhod břišních v dětském věku z pohledu sestry a čtvrtý cíl měl zjistit znalosti rodičů o náhlých příhodách břišních v dětském věku. Snahou diplomové práce bylo také proniknout do problematiky této obsáhlé kapitoly akutní medicíny, vyzdvihnout na povrch specifika, jež se týkají náhlých příhod břišních v dětském věku, a zjistit, jak jsou informováni rodiče o existenci tohoto souboru onemocnění.

K naplnění cílů této diplomové práce jsme použili kvalitativního výzkumného šetření. Šetření bylo uskutečněno technikou polostrukturovaného rozhovoru. První výzkumný soubor se skládal z osmi sester pracujících na standartním dětském oddělení, nebo na dětském oddělení intenzivní péče. Druhý výzkumný soubor tvořili rodiče, resp. matky které odpovídaly na základě svých vědomostí a získané všeobecné informovanosti. Ke zpracování rozhovorů byla použita technika otevřeného kódování - metoda tužka a papír.

Bylo stanoveno sedm výzkumných otázek: 1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u náhlých příhod břišních v dětském věku? 2. Jaké komplikace se vyskytují u náhlých příhod břišních v dětském věku 3. Jakými specifiky se vyznačuje předoperační a pooperační péče u náhlých příhod břišních v dětském věku? 4. Jaký je pooperační průběh u dětí s náhlou příhodou břišní? 5. Jaké následky se mohou u náhlých příhod břišních v dětském věku objevit? 6. Jak vidí sestry problematiku náhlých příhod břišních v dětském věku? 7. Jaké znalosti mají rodiče o náhlých příhodách břišních v dětském věku?

Z výzkumného šetření vyplývá, že specifika náhlých příhod břišních jsou dle jednotlivých sester viděna z individuálního pohledu. Mezi specifika, která z výzkumného šetření vzešla, patří akutní stav, neodkladná péče, urgentní operační řešení, silná bolest, zastřené projevy, obtížná diagnostika a emocionální prožívání samotného dítěte a jeho rodičů. Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že činnosti v ošetrovatelské péči jsou týmovou spoluprací, v jejímž rámci je poukázáno na nutnost vyšetřovacích zobrazovacích metod, chirurgického vyšetření a odebírání biologického materiálu. Motivace rodičů dětských pacientů je zprostředkovávána prostřednictvím edukace, která je zaměřena na léčebný režim a na ošetrovatelskou péči v domácím prostředí. Nejčastější náhlé příhody břišní jsou dle výzkumného šetření náhlé příhody břišní způsobené úrazem, apendicitida, invaginace, peritonitida, kýly, atrézie a stenózy střev, ileózní stavy a spolknutí cizích těles. Ve vyšetřovacím procesu se provádí anamnestický sběr dat, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření krve, měření hmotnosti dítěte, ultrasonografické vyšetření, vyšetření dětským chirurgem, vyšetření per rectum, CT, MR, irigografie, gastroenterologické a urologické vyšetření. Ve vyšetřovacím procesu je specifikem rozptýlení pozornosti dětského pacienta. Komplikace jsou popisovány jakožto změny fyziologických funkcí, zvýšená tělesná teplota, bolest, změny v krevních odběrech, neklidná, zarudlá a serózní operační rána, otoky, hematom operační rány, zácpa, schvácenost, neprospívání a slabost dítěte. Udávány jsou i komplikace na psychickém podkladě. Specifikum předoperační péče je krátký časový interval a to i v rámci psychické přípravy, nutnost seznámení rodiče nebo samotného dítěte s operačním postupem, lačnění dítěte, nepodávání žádných analgetik, antibiotik, nutnost čistého operačního pole, administrativní povinnosti, laboratorní vyšetření, konzultace s anesteziologickým lékařem, ultrasonografie, RTG, MR a irigografie. Edukace rodičů je v této fázi poskytována lékařem, sestrou a i nutriční terapeutkou. V pooperační fázi jsou monitorovány fyziologické funkce, sledování celkového stavu dítěte a jeho operační rány. Všechny ošetrovatelské intervence se odvíjí na základě operačního protokolu a lékařských ordinací. Edukace rodičů obsahuje po operačním výkonu nejčastěji poučení lékařem, a to o dodržování léčebného režimu i v rámci domácí rekonvalescence, což se týká zejména dodržování dietního opatření a klidového

režimu. Součástí ošetrovatelské péče je v rámci pooperační fáze poukázáno na důležitou spolupráci všech tří složek, do nich patří sestra, dítě a rodič. Následkem nedodržování zásad pooperačního režimu, může být výskyt pooperačních komplikací, bolest, neprospívání dítěte, prodloužená rekonvalescence, opakovaná hospitalizace, nebo trvalé následky. Z výzkumného šetření vyplývá, že zásady pooperačního režimu se rodiče dětí snaží dodržovat. Existence problematiky náhlých příhod břišních v dětském věku je sledována. Nejčastěji udávanou problematikou této diagnózy je obtížná diagnostika, neschopnost adekvátní reakce a komunikace dítěte, neutišitelnost, neklid dítěte, obtížná manipulace s dítětem, možné zastření obtíží a atypický průběh této diagnózy, krátký časový interval na to, aby byla sestra schopna poskytnout rodiči dostatečné informace o aktuálním stavu, což vyplývá z již výše zmíněné urgentnosti v oblasti specifík tohoto onemocnění. Z uskutečněných rozhovorů s matkami vyplynulo, že znalosti rodičů jsou v oblasti náhlých příhod břišních neúplné. Neúplná je tudíž i jejich schopnost vyslovit podezření na toto onemocnění a uvědomit si riziko jeho vzniku. Z analýzy rozhovorů vychází, že matky odpovídaly spíše na základě dedukcí a polemizací, než znalostí. Z výzkumného šetření dále vyplývá, že matky nejsou nikým dostatečně upozorňovány na existenci této diagnózy, jejíž závažnost si na základě neznalosti jen těžko uvědomí. O existenci tohoto onemocnění vědí dostatečně pouze dvě matky, a to z důvodu jejich povolání sestry. Ve výzkumném šetření je ale také znatelné, že jejich informace o této diagnóze nejsou úplně dostatečné.

V rámci diplomové práce byla na základě získaných výsledků vytvořena brožurka jakožto informační materiál pro rodiče, která bude rodičům nápomocna k osvětlení různých pojmů a potencionálních situací v rámci této rozsáhlé diagnózy. Tato brožurka bude k dispozici v jeslích a na ambulanci dětského oddělení v Českých Budějovicích.

Klíčová slova: dítě, sestra, rodiče, bolest, ošetrovatelská péče, náhlá příhoda břišní, komplikace, hospitalizace

Abstract

This Diploma thesis is focused on the issue of nursing care of acute abdominal pain in children under six years old. The abdominal pain of children can be the first symptom of an acute abdominal pain which can directly endanger a child's life. Neglecting these troubles can lead to great health problems of a complicated character.

Four research goals were set within the research. The first objective was to find specifics of acute abdominal pains of children up to six years old. The second objective was to find possible results of acute abdominal pains in children under six years old in the post-operative period. The third goal was to monitor the issue of acute abdominal pains in childhood from the point of view of a nurse and the fourth should have found the knowledge of parents about acute abdominal pains in childhood. The Diploma thesis strived to penetrate into the issue of this large chapter of acute medicine, highlight its specifics related to acute abdominal pains in childhood and find out how parents are informed about the existence of this type of illness.

To complete the objectives of this Diploma thesis, we used a qualitative research model. This research was done by the technique of a semi-structured interview. The first research group consisted of eight nurses working in a standard paediatric ward or in a paediatric ward of the Intensive Care Unit (ICU). The second group consisted of parents, specifically mothers who responded based on their knowledge and general awareness gained. A technique of open coding – a method of pencil and paper was used for processing the results of these interviews.

Seven research questions were set: 1. What are the specifics of nursing care in acute abdominal pain in childhood? 2. What medical complications appear during acute abdominal pain in childhood? 3. What are the specifics of pre-operative and post-operative care in acute abdominal pain in childhood? 4. What is the post-operative period in children with acute abdominal pain? 5. What results can appear in acute abdominal pain in childhood? 6. How do nurses see the issue of sudden acute abdominal pain in childhood? 7. What is the parents' knowledge about acute abdominal pains in childhood?

From the research results it seems that specifics of acute abdominal pains are seen from an individual point of view according to individual nurses. Among the specifics which result from the research belong: acute state, urgent care, urgent surgical treatment, strong pain, hidden symptoms, difficult diagnostics and the emotional experience of a child and his/her parents. From the research we see that the nursing care is a team co-operation, where the necessity of examination methods, surgical examination and sampling of biological material is pointed out. The motivation of parents of child patients is mediated through education which focuses on the treatment regimen and nursing care at home. The most frequent acute abdominal pains, according to the research of acute abdomen, are caused by injury, appendicitis, invagination, peritonitis, hernia, atresia and stenosis of intestines, ileus conditions and swallowing of unknown objects. In the examination process, anamnestic data collection, physical examination, laboratory blood examination, weighing of the child, ultrasonographic examination, examination by a paediatric surgeon, per rectum examination, CT, MR, irrigography, gastroenterology and urological examinations are done. The distraction of a child patient is a specific feature in the examination process. Complications are described as: changes in physiological functions, increased body temperature, pain, changes in blood samples, restless, red and serous surgical wound, swelling, surgical wound hematoma, constipation, malaise, doing badly and weakness of the child. Complications are also indicated on the psychological base. The specifics of pre-operative care is a short time interval for both psychological preparation, need to acquaint parents or the child with an operating procedure, keeping child on empty stomach, not giving any painkillers, antibiotics, need of clean operating field and administration duties, laboratory tests, consultation with anaesthetist, ultrasonography, RTG, MR and irrigography. In this phase, parents are educated by a doctor and nurse as well as by a dietician. In the post-operative phase, the physiological functions, overall status of the child and his/her surgical wounds are monitored. All nursing interventions are based on operating protocol and medical orders. Education of parents after an operation most often lies in instructions provided by a doctor about keeping to a treatment regimen also during home recovery, which is especially focused on

maintaining a diet and staying in bed. The nursing care within the post-operative phase shows an important co-operation of all three parts – a nurse, a child and a parent. As a result of not keeping to the post-operative regimen, post-operative complications, pain, doing badly, prolonged recovery, repeated hospitalization or permanent consequences can occur. From the research it is apparent that parents of children try to keep to the principles of the post-operative regimen. The existence of the issue of acute abdominal pain in childhood is proved. The most often mentioned issues of this diagnosis are: difficult diagnostics, inability of adequate response and communication of a child, inconsolability, restlessness of a child, difficult handling of a child, possible hiding of troubles and atypical course of this diagnosis and a too short time interval for the nurse to be able to provide sufficient information about the current state to a parent - which results from the aforementioned urgency in the area of specifics of this illness. From the interviews with mothers it was noted that the awareness of parents in the area of acute abdominal pain is incomplete. Also, their abilities to analyse a suspicion of this illness is incomplete. From the analysis of interviews it is apparent that mothers used many deductions and arguments. From the research it was apparent that mothers are not sufficiently notified about the existence of this diagnosis and they hardly realize its severity due to their lack of awareness. Only two mothers knew sufficiently about the existence of this illness, due to their job – they work as nurses. However, in the research it can also be seen that their information about this diagnosis is not complete.

Within the process of this Diploma thesis, a booklet was created. This should serve as information material for parents, which will help them to explain various terms and potential situations within this extensive diagnosis. This booklet will be at disposal in day nurseries and the outpatient department of the paediatric ward in České Budějovice.

Key words: child, nurse, parents, pain, nursing care, acute abdominal pain, complications, hospitalization

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 19. 05. 2014

.....

Bc. Martina Hlachová

PODĚKOVÁNÍ

Upřímné a srdečné poděkování patří vedoucí práce Mgr. Ditě Novákové, Ph.D. za její drahocenný čas, vzácné rady, ochotu a trpělivost v době, kdy jsem tuto práci psala. Dále děkuji všem respondentům, kteří se ochotně podíleli na výzkumném šetření. V neposlední řadě děkuji své rodině za psychickou podporu.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	13
ÚVOD.....	14
1 SOUČASNÝ STAV	16
1.1 Náhlé příhody břišní u dětí	17
1.1.1 Náhlé příhody břišní vrozené.....	17
1.1.2 Náhlé příhody břišní zánětlivé.....	20
1.1.3 Náhlé příhody břišní získané - ileózní.....	25
1.1.4 Náhlé příhody břišní získané - úrazové.....	27
1.2 Vyšetřovací metody u náhlých příhod břišních.....	28
1.2.1 Anamnéza.....	29
1.2.2 Fyzikální vyšetření	29
1.2.3 Laboratorní vyšetření	31
1.2.4 Zobrazovací vyšetřovací metody.....	31
1.2.5 Obtížnost diagnostiky náhlých příhod břišních	33
1.2.6 Zhodnocení stavu dítěte	34
1.3 Léčebný postup náhlých příhod břišních	35
1.3.1 Konzervativní léčebný postup a možné chyby v konzervativním postupu.....	35
1.3.2 Chirurgický léčebný postup náhlých příhod břišních.....	36
1.4 Předoperační příprava	36
1.5 Operační výkon.....	37
1.6 Pooperační péče	37
1.6.1 Pooperační komplikace náhlých příhod břišních	39
1.7 Bolest u dětí	40

1.7.1 Projevy bolesti břicha u dětí	40
1.7.2 Hodnocení bolesti	41
1.8 Role sestry na dětském oddělení	42
1.8.1 Role sestry ve vztahu k nemocnému dítěti a jeho rodině	43
1.9 Rozdělení dětského věku do šesti let	44
1.9.1 Charakteristika jednotlivých období.....	44
1.10 Pohled rodiny na nemocné dítě	46
1.11 Vliv nemocného dítěte na funkci rodiny	46
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	48
2.1 Cíle práce	48
2.2 Výzkumné otázky.....	48
3 METODIKA	49
3.1 Použité metody.....	49
3.2 Charakter zkoumaného souboru	50
4 VÝSLEDKY	53
4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami	53
4.1.1 Specifika náhlých příhod břišních	53
4.1.2 Komplikace náhlých příhod břišních v dětském věku z pohledu sestry	63
4.1.3 Oblast specifík předoperační a pooperační péče náhlých příhod břišních	67
4.1.4 Pooperační režim	77
4.1.5 Problematika náhlých příhod břišních z pohledu sestry.....	80
4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů s rodiči	86
4.2.1 Znalosti rodičů v oblasti náhlých příhod břišních u dítěte	86
5 DISKUZE	93

6 ZÁVĚR	105
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	107
8 PŘÍLOHY	113
8.1 Seznam příloh.....	113

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARIP	specializační vzdělávání v oboru ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči
ASTRUP	vyšetření krevních plynů
Bc.	bakalář
CRP	C-reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
FLACC	škála hodnocení bolesti pomocí obličejů
GIT	gastrointestinální trakt
CHEOPS	škála bolesti od jednoho do sedmi let
Mgr.	magistr
MR	magnetická resonance
NIPS	škála bolesti pro děti do jednoho roku
NPB	náhlá příhoda břišní
PTC	perkutánní transhepatická cholangiografie
RTG	rentgenové vyšetření
SZŠ	střední zdravotnická škola

ÚVOD

*„Pofoukal mu na bolístku, pohladil ho po čele,
hop a zdravý mraveneček ráno skáče z postele.“*

J. Kožíšek

Náhlé příhody břišní představují obsáhlou kapitolu akutní medicíny. Stejně jako u dospělých, také i u dětí se objevují nečekaně, často z plného zdraví. Stav dítěte se může rychle horšit a bez včasné diagnostiky a zahájení správné kauzální léčby může v krajním případě dojít i k přímému ohrožení života dětského pacienta.

Příčiny tohoto onemocnění se u dětí v mnohém liší od příčin u dospělých a podobně lze najít rozdíly i v rámci různých dětských věkových skupin. Příznaky nemusejí být vždy typické. Děti mohou bolestivost břicha udávat i při onemocněních s dutinou břišní zcela nesouvisejících, případně jiná onemocnění mohou naopak bolestivost břicha imitovat. Diagnostika tohoto onemocnění není vždy snadná ani u dospělých, spolupracujících pacientů, natož pak u malých, nespolupracujících dětí. Problematický bývá také odběr anamnézy, která zejména u nejmenších dětí nemusí být zcela zřejmá. Jako zdroj informací je zapotřebí apelovat na rodiče, jelikož malé dítě nebývá schopno své potíže popsat.

Ošetrovatelská péče u náhlých příhod břišních zahrnuje péči od samotného příjmu pacienta, přes diagnostiku, předoperační přípravu až po pooperační péči. Součástí ošetrovatelské péče je také edukace rodiny v souvislosti s problematikou tohoto onemocnění až po následnou domácí péči. Pozornost je věnována monitoringu základních životních funkcí, včasnému odhalení případných místních a celkových komplikací, ošetřování operační rány, tlumení bolesti dle příslušné škály, postupné realimentaci dětského pacienta a úpravě dietního režimu. Náročnost ošetrovatelské péče se odvíjí od závažnosti stavu pacienta. Důležité je také vedení podrobné ošetrovatelské dokumentace dětského pacienta.

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku ošetrovatelské péče u náhlých příhod břišních u dětí do šesti let. Jejím cílem je zjistit specifika náhlých příhod břišních u dětí do šesti let, zjistit možné následky tohoto onemocnění v pooperačním průběhu,

zmapovat problematiku náhlých příhod břišních v dětském věku z pohledu sestry a také zjistit znalosti rodičů o náhlých příhodách břišních v dětském věku.

Při výběru tématu diplomové práce jsem se inspirovala mou praxí, jelikož sama pracuji jako sestra na jednotce dětské intenzivní a resuscitační péče a děti po chirurgických zákrocích v důsledku tohoto onemocnění se na našem oddělení v roli pacientů vyskytují. Toto téma považuji za aktuální a zajímavé z mnoha hledisek. Diplomovou prací jsem chtěla proniknout do problematiky této obsáhlé kapitoly akutní medicíny, a vyzdvihnout specifika, jež se týkají náhlých příhod břišních v dětském věku. Jejím dalším účelem bylo zjistit, jak jsou rodiče o existenci tohoto mnohačetného souboru onemocnění informováni.

Poznatky o problematice náhlých příhod břišních obsažené v této práci mohou napomoci k obeznámení se všemi úskalími a specifiky ošetrovatelské péče a přispět tak co nejvíce ke zkvalitnění péče o nejmladší dětské pacienty, s využitím nejmodernějších poznatků současné medicíny a ošetrovatelských postupů.

1 SOUČASNÝ STAV

Bolesti břicha patří k velmi častým příznakům onemocnění gastrointestinálního traktu i jiných orgánů. Bolest břicha může být u dítěte prvním příznakem náhlých příhod břišních, které mohou život dítěte přímo ohrožovat. Zanedbání těchto potíží může pak vést k velkým zdravotním problémům komplikovaného charakteru (Vodička et al., 2006; Bumbová, 2010).

Náhlé příhody břišní jsou stavy, které vznikají náhlým postižením nitrobřišně uložených orgánů. Onemocnění má stálou progresi, a pokud nedojde k adekvátní léčbě, dochází velice často k závažnému poškození nemocného i k jeho smrti. Tato onemocnění jsou ve většině případů chirurgicky řešitelná a jsou často předmětem urgentní chirurgie. S těmito stavy se setkávají lékaři všech oborů, ale především lékaři v terénu, kteří musí velice často rozhodnout, zda se jedná o skutečnou náhlou příhodu břišní nebo jen o stav, který tuto příhodu připomíná. Existuje totiž celá řada stavů a onemocnění, při nichž nemocný udává bolesti břicha (Sedláčková, 2003; Volf a Volfová, 2003).

Recidivující bolesti břicha jsou definovány jako obtíže vyskytující se minimálně třikrát v období tří měsíců. U devadesáti až devadesáti pěti procent dětí s recidivujícími bolestmi břicha není identifikována jejich organická příčina (Lukáš, 2003).

Reakce dětí na bolest břicha se individuálně liší. Všeobecně platí, že malé děti bolest břicha špatně lokalizují a obvykle ji umisťují do oblasti pupku, a to bez ohledu na to, kde bolest skutečně cítí (Volf a Volfová, 2003).

V kojeneckém věku reaguje dítě na bolest pláčem a přitahováním dolních končetin k bříšku. U dětí předškolního věku je typické, že lokalizují do břicha bolesti i při zcela vzdálených onemocněních. Zde pak záleží na lékaři, aby pečlivou anamnézou většinou od rodičů a klinickým vyšetřením zhodnotil správně všechny okolnosti a správně se rozhodl (Sedláčková, 2003; Volf a Volfová, 2003).

1.1 Náhlé příhody břišní u dětí

„Náhlé příhody břišní jsou prudce a neočekávaně vznikající chorobné stavy z plného zdraví s postižením orgánů dutiny břišní (Příloha 3). Tyto chorobné stavy velice rychle progredují, ohrožují zdraví a někdy i samotný život dítěte“ (Klíma et al., 2003, s. 148). Jelikož jsou velmi akutní rychlým průběhem a závažností, je velmi důležité jejich časně rozpoznání a léčení (Neúrazové náhlé příhody břišní u dětí, 2012).

Frekvence jednotlivých typů náhlých příhod břišních u dětí je pro určité věkové skupiny typická a má svá specifika (Hájek et al., 2011).

1.1.1 Náhlé příhody břišní vrozené

Jde o taková onemocnění, která vznikají na podkladě vrozených vývojových vad. Tato onemocnění postihují nejčastěji děti od nejtělejšího věku, kojence a zejména novorozence. Představují velké ohrožení na životě dítěte (Klíma et al., 2003; Vojtová, 2012).

Vrozené atrezie mohou postihnout kteroukoliv část gastrointestinálního ústrojí, počínaje jícnem, přes žaludek, pylorus, duodenum, jejunum, ileum, oblast řiti a konečníku (Příloha 3). Vrozené atrezie jsou vzácnějším onemocněním. Jejich výskyt se dost podstatně v různých oblastech střeva liší (Klíma et al., 2003; Vojtová, 2012).

„Duodenální atrezie a stenózy jsou vrozené poruchy průchodnosti trávicí trubice, které se většinou projeví jako náhlá střevní neprůchodnost a které vyžadují časně chirurgické léčení“ (Šnajdauf a Škába, 2005, s. 172). Do roku 1931 bylo publikováno více než 250 pacientů s tímto onemocněním, avšak přežilo pouze deset z nich. (Šnajdauf a Škába, 2005).

„Duodenální atrezie je pravděpodobně výsledkem chybné vakuolizace a rekanalizace gastrointestinálního traktu v embryonálním období, kdy je GIT solidní trubicí“ (Šnajdauf a Škába, 2005, s. 172). Rozděluje se na tři typy. Prvním typem je intraluminální slizniční membrána, která je tvořena mukózou a submukózou. Zevně je patrný nepoměr mezi proximálním a distálním segmentem a duodenum má tvar

nálevky. Membrána se může peristaltikou a vyšším intraluminálním tlakem „prodloužit“, takže její dno může být až o několik centimetrů distálněji oproti místu jejího úponu. Tato membrána může mít i otvor. Druhý typ nastává ve chvíli, kdy jsou dva slepé konce duodena spojeny krátkým fibrózním pruhem. Třetí typ je typem slepých nespojených konců duodena. Jsou od sebe vzdáleny a v mezenteriu je defekt ve tvaru „V“ (Šnajdauf a Škába, 2005; Vodička et al., 2006).

Stenóza, tedy zúžení duodena, je většinou způsobena zevními příčinami. Částečnou obstrukci duodena mohou zapříčinit mezenteriální pruhy při malrotaci střeva, aberantní pankreatická tkáň v duodenální stěně nebo anulární pankreas (Šnajdauf a Škába, 2005).

Duodenální atrezie a stenózy se nejčastěji vyskytují na prvním nebo druhém raménku duodena. Asi polovina novorozenců s tímto onemocněním je nezralá a má nízkou porodní hmotnost. Nejčastějším příznakem je zvracení, které se objeví již v prvních hodinách po narození. Zvratky obsahují příměs žluči. Dehydratace s úbytkem hmotnosti jsou důsledkem opakovatelného zvracení. Na břicho lze někdy pozorovat vyklenutí v nadbřišku a hyperperistaltické vlny. Potravu dítě netoleruje ani v malých dávkách. Základním vyšetřením je prostý rentgenový snímek břicha ve visu, který ukáže rozepětí žaludku a duodena, tedy obraz dvou hladin. U dětí postižených tímto onemocněním se duodenální atrezie a stenózy bez membrány řeší operativní duodenoanastomózou. Tato technika je pokládána za nejvhodnější operaci s nízkým výskytem komplikací (Šnajdauf a Škába, 2005; Vodička et al., 2006).

Atrezie a stenózy tenkého střeva jsou dalším vrozeným onemocněním. Výskyt tohoto onemocnění se pohybuje v poměru 1 : 5000 živě narozených dětí. Zde se v devadesáti procentech jedná o kompletní přerušení kontinuity střeva. Zbytek tvoří těsné stenózy nebo membrány s malým otvorem, které nepůsobí dlouhou zjevnou poruchu střevní pasáže. Toto onemocnění se rozděluje na čtyři typy. První typ se nazývá membranózní atrezie. Druhý typ, nazývaný atretické konce, je spojen fibrózním pruhem bez porušení mezenteria. U třetího typu jsou atretické konce odděleny defektem mezenteria, který má tvar písmene „V“. Ke čtvrtému typu patří mnohočetné střevní atrezie. Po narození dítěte je vedoucím příznakem časné, neustupující zvracení s příměsí žluči a vzedmutí břicha, často s hmatnou rezistencí. Z konečníku odchází spontánně

šedobílý hlenovitý obsah. Z vyšetření je plně dostačující kombinace ultrasonografie a nativního snímku břicha ve visu. Terapie této vrozené vývojové vady spočívá v úpravě hydratace a hladin elektrolytů, dostatečném odvádění žaludečního a střevního obsahu nasogastrickou sondou a případném podání antibiotik. Cílem léčení je obnovení kontinuity střeva (Šnajdauf a Škába, 2005; Schein a Rogers, 2011).

Vrozená atrezie kolon je velmi vzácná s výskytem menším než 1 : 20 000 – 50 000 živě narozených dětí. Získané atrezie kolon jsou relativně častější. Dominujícím příznakem atrezie střeva je distenze břicha s následným zvracením a hmatná rezistence v dutině břišní, způsobená dilatovaným koncem střeva. Při delším trvání obstrukce nastupují příznaky sepse. Na nativním snímku břicha je obraz nízkého ileu s hladinkami na tenkém střevě a širokou hladinou v dilatovaném slepém pahýlu střeva. Těsně po narození dítěte lze atretický, pouze smolkou naplněný a dilatovaný konec střeva zobrazovat také ultrasonografickým vyšetřením. Terapie spočívá taktéž v operativním výkonu a provedení anastomózy (Šnajdauf a Škába, 2005).

„Malrotace je porucha fyziologické rotace tenkého a tlustého střeva. Klinicky se může projevit jako náhlá příhoda břišní u novorozence, nebo jako porucha pasáže gastrointestinálním traktem v kojeneckém nebo pozdějším věku“ (Šnajdauf a Škába, 2005, s. 182). V časném embryonálním vývoji probíhá fyziologická rotace. Normální střevní rotace je proces, při kterém se střevní prvoklička prodlužuje a rotuje proti směru hodinových ručiček z původní sagitální polohy do polohy známé z normální anatomie. Ve čtvrtém týdnu gestačního věku je střední střevo (část střeva od primitivního duodena do středu colon transversum) krátké, umístěné v sagitální rovině na mesenterium dorsale commune. Rotace a fixace střeva probíhá v prvních třech měsících života. Nejdůležitějšími fázemi jsou rotace duodenojejunální kličky a cékokolické kličky. Rotace obou střevních kliček a jejich prodlužování začíná ve čtvrtém týdnu nitroděložního života. Fixace střeva k zadní stěně břišní probíhá během rotace a pokračuje po dokončení rotace. Při nedokonalé fixaci je střevo zavěšeno na stopce horních mezenterických cév a má sklon k volvulu. Při operaci dochází ke správné derotaci volvulu a uvolnění střevních kliček ze srůstů (Šnajdauf a Škába, 2005; Schein a Rogers, 2011).

Hirschprungova choroba je vrozená střevní aganglióza, při které zcela chybí gangliové buňky. Vyskytuje se přibližně v poměru 1 : 5000 živě narozených dětí. Aganglionární úsek střeva je v trvalém stažení, které je u aganglionárního vnitřního análního svěrače vystupňováno do trvalého spazmu. Střevní úsek není schopen koordinované relaxace, která u normálně inervovaného střeva předchází každou kontrakční vlnu jednotlivého střevního segmentu a zajišťuje koordinovaný posun obsahu střeva v jednotlivých segmentech a střevní pasáž abnormálním střevem. Klinický obraz závisí na věku dítěte a délce aganglionárního úseku. Ve více než 95 % případů se toto onemocnění manifestuje již v novorozeneckém nebo časném kojeneckém období obrazem neúplné střevní neprůchodnosti. Obtíže začínají kolem druhého dne po narození, kdy novorozenec odmítá pít, má vzedmuté břicho a ublinkává žaludeční obsah s příměsí žluči. Ublinkávání postupně přechází ve zvracení. Smolka neodchází v řádných porcích, ale umazává se na plenu v malých množstvích. Střevní peristaltika má vyšší zvuky. Celkový stav dítěte se může po odchodu nahromaděného střevního obsahu a plynů v krátké době upravit. Děti předškolního věku mají poruchy výživy, případně opoždění růstu. Dále bývá chronická anémie, periodické zvracení a bolesti břicha (Šnajdauf a Škába, 2005; Vodička et al., 2006). „Břicho je zvětšené, vystouplé, s diastázou břišních svalů a jeho obsah tvoří ponejvíce dilatované a stolicí naplněné tlusté střevo“ (Šnajdauf a Škába, 2005, s. 196). Děti se vyprazdňují obtížně, v dlouhých intervalech opakovaně během dne. Pro diagnostiku tohoto onemocnění je důležitá anamnéza, klinický průběh, radiologické vyšetření a histologické vyšetření submukózy nebo svaloviny střevní stěny s průkazem absencí gangliových buněk. Jediným řešením této nemoci je chirurgické léčení, které spočívá v resekcii postiženého ganglionárního úseku a obnovení kontinuity trávicí trubice (Šnajdauf a Škába, 2005; Vodička et al., 2006).

1.1.2 Náhlé příhody břišní zánětlivé

V rámci zánětlivých náhlých příhod břišních rozeznáváme záněty ohraničené (např. apendicitida), záněty s přechodem do okolí (např. akutní peritonitida) a záněty šířící

se do volné dutiny břišní (např. difúzní zánět pobřišnice) (Vodička et al., 2006).

Mezi zánětlivá břišní onemocnění se řadí kongenitální cysty, které jsou v dětském věku vzácnější a častěji se vyskytují u dívek. Cysty mohou být v celém rozsahu intrahepatické, částečně extrahepatické, nebo stopkaté, vycházející z okraje jater. Většina diagnostikovaných cyst je malých rozměrů rostoucích pomaleji. Mohou se ovšem objevit i takové, které jsou v dutině břišní hmatatelné. Obsahují serózní tekutinu. Před léčebným režimem se provádí ERCP, po němž následuje operativní výkon spočívající v extirpaci cysty (Šnajdauf a Škába, 2005).

Atrézie žlučových cest je zánětlivým onemocněním, které je nejčastější příčinou přímé hyperbilirubinémie v prvních třech měsících života dítěte. Výskyt onemocnění se projevuje u 10 000 - 15 000 živě narozených dětí. Většina dětí s atrézií žlučových cest je donošených. Příčina této nemoci není přesně definována, ale možnými příčinami může být virová infekce, porucha kanalizace žlučových kanálků, toxická, nebo imunologická porucha. Onemocnění charakterizuje progresivní zánětlivá obliterace extrahepatálních žlučovodů, následovaná ve většině případů cholestatickou biliární cirhózou. Většina dětí má tak po narození určitou sekreci žluči a progresivně se poté vyvíjí obstrukční ikterus. Ikterus je v novorozeneckém věku relativně častý. Některé děti jsou ikterické krátce po narození, u většiny se ikterus objeví v průběhu dvou až třech týdnů po narození. Stolice je zpočátku zbarvená normálně, později se s progresí ikteru stává acholickou, moč je tmavá. U dítěte se po třech až čtyřech týdnech zhoršuje stav výživy. Operace se v současné době doporučuje před osmým týdnem života, jelikož se po této době prognóza výrazně zhoršuje. Operativní výkon spočívá v náhradě žlučových cest. U většiny atrézií žlučových cest se provádí portoenteroanastomóza podle Kasaie, kdy lékař provádí excizi fibrotických zevních žlučových cest, včetně žlučníku (Šnajdauf a Škába, 2005).

Cholelitiáza a choledocholitiáza taktéž patří do zánětlivých náhlých příhod břišních. Choledocholitiáza je v dětském věku relativně vzácná. Dochází zde k přítomnosti žlučového kamene ve žlučovodu, klinickým projevem je ikterus obstrukčního typu. Dítě s choledocholitiázou je indikováno k ERCP, při němž se provádí papilosfinkterotomie a odstranění kamenů ze žlučovodu extrakčním košíčkem. Cholelitiáza je proti tomu již

častějším onemocněním, které má mnoho etiologických faktorů, z nichž dominantními jsou stáza ve žlučových cestách a nadbytek bilirubinového pigmentu se sklonek k tvorbě kamenů. Klinické projevy cholelitiázy jsou závislé na věku dítěte. V posledních letech stoupá počet pacientů s cholelitiázou v novorozeneckém a kojeneckém věku. (Šnajdauf a Škába, 2005; Valenta et al., 2007; Schein a Rogers, 2011). „Hlavní příčinou jsou rizikové faktory totální parenterální výživy a porucha kontraktility žlučníku u předčasně narozených dětí“ (Šnajdauf a Škába, 2005, s. 241). Žlučové kameny jsou v tomto období asymptomatické a mohou způsobit akutní cholecystitidu, nebo choledocholitiázu s obstrukčním ikterem. Terapie zde může být vedena konzervativně, tedy vedením dietního režimu. V batolecím a předškolním věku jsou příčinou nejčastěji hemolytická onemocnění, resekce ilea nebo totální parenterální výživa. Děti odmítají tučná jídla, zvrací a pociťují nauzeu. Terapií u této věkové kategorie je také dietní opatření a také je indikována cholecystektomie, která se používá zejména u dětí s kalcifikovanými žlučovými kameny (Valenta et al., 2007; Schein a Rogers, 2011).

Akutní pankreatitida, je závažné akutní postižení slinivky břišní, které je relativně časté a mnohdy spojeno s dietní chybou, nebo cholelitiázou. Projevuje se bolestí v nadbříšku pásovitého charakteru šířícího se do zad. Dítě má nauzeu, zvrací, trpí zástavou plynů a stolice a tělesná teplota je lehce zvýšená. Při progresi onemocnění dochází k rozvoji peritonitidy s difúzní bolestivostí stěny břišní, tachykardií a vzestupem zánětlivých parametrů. Vedle klinického průběhu je důležitá sonografie a CT. Léčba tohoto onemocnění je konzervativní, spočívající v intravenózním podávání antibiotik, spasmolytik a podávání dostatečného objemu tekutin (Vodička et al., 2006; Slezáková, 2010; Schein a Rogers 2011). „Chirurgická léčba je indikována u těžkých hemoragicko-nekrotických zánětů s rozvojem nitrobřišních komplikací, jako jsou například abscesy“ (Vodička et al., 2006, s. 254).

Difúzní zánět pobřišnice je dalším zánětlivou náhlou příhodou břišní. Je to onemocnění, které je vyvoláno smíšenou bakteriální flórou, nebo se jedná o aseptickou peritonitidu. Dítě zvrací, má nauzeu, trpí difúzními bolestmi břicha, je subfebrilní, vadí mu pohyb a vyhledává tak úlevovou polohu. Pohledem je viditelné

patrné stažení břišních svalů, palpační difúzní citlivost břišní stěny, poklep je bolestivý. Poslechový nález je vzhledem ke střevní paréze chudý. Dýchání je u dítěte povrchní, zrychlené. Diagnostiku doplňuje sonografie, a eventuálně CT břicha, pravidelně s nálezem volné tekutiny nebo abscesů v peritoneální dutině. Léčba spočívá ve střevní laparotomii s operativním řešením příčiny, která peritonitidu vyvolala, s toaletou dutiny břišní, dostatečnou drenáží, a zpravidla dočasným uzávěrem dutiny břišní sítkou (tzn. založení laparostomie), která umožňuje opakované operační revize sloužící k dokonalému vyčištění kontaminované dutiny břišní. Chirurgickou léčbu doplňuje podávání antibiotik (Vodička et al., 2006).

Nejčastější zánětlivou náhlou příhodou břišní je akutní apendicitida, což je zánět červovitého přívěsku slepého střeva (Klíma et al., 2003; Šnajdauf a Škába, 2004). Taktéž je nejčastější příčinou bolestí u dětí a nejčastější indikací nitrobřišního chirurgického výkonu u dětí starších čtyř let. V letech 1886 a 1888 Reginald Fitz, což byl patologický anatom z Bostonu, publikoval dvě práce, v nichž označil zánět apendixu za jedinou příčinu zánětů v pravém podbříšku a zavedl termín – apendicitis. Funkce apendixu je doposud neznámá. Patofyziologie zánětu není jasná. Zánět apendixu lze verifikovat v různých stádiích. První stádium je katarální apendicitida, kdy je červ překrvený a prosáklý. Druhé stádium je flegmonózní a v tomto případě je červ a jeho mezenteriolum prosáklé s petechiemi, výpotek v červu je zkalený a v peritoneální dutině je přítomen výpotek. Třetí stádium je stádium gangrenózní, což je hnisavá forma, červ je ztlustělý s oblastmi lokální nekrózy. Poslední stádium je perforující zánět, kdy je perforace v místě nekrózy. Klasický obraz tohoto onemocnění začíná bolestmi břicha, které dítě většinou lokalizuje v oblasti pupku. Dítě je méně aktivní, objevuje se nechutenství, nauzea a zvracení. Bolest je kontinuálního charakteru a během několika hodin se přesune do oblasti pravého podbříšku. V této chvíli se dítě nápadně zklidňuje a relativně nejlépe se cítí vleže s pokrčenými dolními končetinami. Obtíže se rozvíjejí zhruba šest až dvanáct hodin, výjimečně může tato doba být kratší. U klasické formy akutní apendicitidy je teplota subfebrilních hodnot (37 - 38°C). Aspekci břicha zjistí lékař mírné omezení dýchacích pohybů v podbříšku, poklep v podbříšku je citlivý až bolestivý a poslechem se zjišťuje přítomnost peristaltiky. Zprvu by povrchní palpací

měla přejít v palpaci šetrnou, ale hlubokou, při níž dítě napíná stěnu břišní. Je nezbytné vyšetřit i přítomnost peritoneálních příznaků, tedy Pléniesovo, Blumbergovo a Rovsingovo znamení. Vyšetření per rectum je vyšetřením důležitým. Lze ho vynechat jen u nejmenších pacientů. Klinický obraz dítěte je ovlivněn věkem dítěte a polohou apendixu. Poloha může být subcékální, kde je průběh i palpační nález na břiše typickým. Dále poloha laterocékální, kde se palpační nález zvýrazní při poloze na levém boku. U polohy retrocékální je palpační nález na břiše neurčitý. Další poloha je poloha subhepatální, která svými příznaky připomíná cholecystitidu. Existuje ještě poloha plevická, při které dochází k častému nucení na močení. Poslední poloha je mediocékální, při níž je shledán prakticky normální nález na břiše. Apendicitida může být výrazně modifikována také iatrogeně (Kouda a Jech, 2004; Ueberrueck et al., 2004).

Apendicitida novorozenců je charakterizována do 28. dne života. Příznaky jsou zcela atypické a úmrtnost je v této skupině vysoká. Onemocnění charakterizuje jeho rychlý průběh, náhlé vzednutí břicha, zvracení, sepse a toxémie, které jsou již známkou perforace (Šnajdauf a Škába, 2005).

Apendicitida kojenců a batolat je zrádná, jelikož její klinický obraz je podobný dyspepsii nebo enterokolitidě. Opakované sledování a klinické vyšetřování pacienta může vést tak ke správné a hlavně včasné diagnóze (Šnajdauf a Škába, 2005).

Apendicitida předškolních dětí bývá diagnosticky nejděčnější, jelikož děti nic nepředstírají a relativně i dobře spolupracují (Šnajdauf a Škába, 2005).

Chronická apendicitida nastává ve chvíli, kdy v červovitém přívěsku probíhá zánět nízké aktivity. Děti jsou v tomto případě posílány k vyšetření pro opakující se bolesti břicha, lokalizované do pravého podbříšku. Chronický zánět je indikován u potíží trvajících minimálně šest měsíců. Vhodnou technikou chirurgického řešení je provedení laparoskopické operace (Ueberrueck et al., 2004; Šnajdauf a Škába, 2005).

Lékař při tomto onemocnění posuzuje přítomnost peritoneálních známek. Mezi typické peritoneální známky patří bolestivost v McBurneyově bodě při palpaci. Zde je bolest při palpaci bodu na polovině (hranice zevní a střední třetiny) spojnice umbilikospinální. Blumbergův příznak je bolest vyvolaná palpací v McBurneyově bodě,

kteřá zesílí při náhlém povolení tlaku ruky. Dalším příznakem je Rowsingův příznak, při kterém tlačí lékař plochou dlaně na levý podbřišek a náhle povolí. V tomto okamžiku se objevuje bolest v pravém podbřišku. Pléniesovo znamení je bolestivost při poklepu na břišní stěnu v apendikální krajině. Do vyšetřovacích metod tohoto onemocnění patří krevní obraz, CRP a sonografické vyšetření břicha. U sonografického vyšetření může být problémem vizualizace apendixu, který díky své poloze nemusí být vyšetřujícím lékařem vůbec nalezen. Terapie spočívá ve včas provedené apendektomii, což je základní postup léčení dětské apendicitidy. Jako přístup do dutiny břišní se u dětí osvědčil střídavý řez v pravém podbřišku. První apendektomii provedl Morton, v roce 1887 (Kouda a Jech, 2004; Šnajdauf a Škába, 2005).

1.1.3 Náhlé příhody břišní získané - ileózní

Ileus je stav střevní neprůchodnosti. Jedná se o nemožnost normálního postupu obsahu trávicího ústrojí jeho průsvitem. Jedná se o urgentní stav, který bezprostředně ohrožuje život dítěte. Ileus nastává v případě funkčních změn ochablého či spastického střeva. Dále může jít o patologický stav, který vzniká, když dojde k ucpání nebo ke kompresi tenkého a tlustého střeva. Dělí se na obstrukční, paralytický a cévní. Střevní neprůchodnost může být dále způsobena také invaginací (Klíma et al., 2003; Ileózní náhlé příhody břišní, 2013).

Obstrukční ileus je způsoben překážkou průchodnosti střeva, která je buď uvnitř, nebo působí útlak zevně střeva. V novorozeneckém věku jsou nejčastější příčinou ileózního stavu vrozené atrezie nebo těsné stenózy střeva, případně otočení střevní kličky kolem podélné osy – volvulus. V kojeneckém a batolecím věku mohou být příčinou ileózních stavů uskřínuté kýly, srůsty po operacích či zánětech pobřišnice, vzácně se objevují i nitrobřišní nádory. Mezi klinické projevy obstrukčního ileu patří slyšitelná zesílená střevní peristaltika, patrné peristaltické vlny na břišní stěně, déletrvajícím zácpa s příměsí krve nebo hlenu ve stolici. Zde bolesti nejsou tak silné (Zeman et al., 2006; Hájek et al., 2011).

„Paralytický ileus je způsoben poruchou motility (hybností střeva) a následnou

zástavou peristaltické vlny střeva. To nastává u zánětu pobřišnice a celkových těžkých stavů“ (Klíma et al., 2003, s. 148). V dětském věku poměrně častý. Řadí se mezi funkční poruchy, jelikož střevo samotné zůstává průchodné. U vysoko položené překážky se objevuje zvracení již brzy po narození, nízko uložená překážka se manifestuje později. Je důležité, aby sestra věnovala zvýšenou pozornost prevenci aspirace zvratků a vzniku aspirační bronchopneumonie, jelikož např. nedonošený novorozenec nemá dostatečně vyvinutý polykací a kašlací reflex a mohl by snadno aspirovat. Klinickými projevy u paralytického ileu jsou bolesti břicha často kolikovitě, stupňující se zvracení nejprve žaludečního obsahu, při trvání stavu i duodenálního či střevního obsahu, břicho je vzedmuté, dochází k ochrnutí střevní motility a je zde poslechově „mrtvé ticho“. Objevovat se může i škytavka. (Klíma et al., 2003; Hájek et al., 2011).

Cévní ileus je způsoben uzávěrem mezenteriálních cév. Je charakteristický prudkou bolestí. U dětí je tento typ vzácný (Hájek et al., 2011).

U dětí je důležité pomýšlet na ileus vždy, když se jedná o stav po nitrobřišní operaci, a především po operacích, které byly komplikovány hnisáním (Hájek et al., 2011).

Invaginace je teleskopické zasunutí proximálního segmentu střeva do segmentu distálního po směru peristaltiky. Invaginace působí střevní neprůchodnost. Nejčastější je invaginace ileokolická vycházející z oblasti ileocékální chlopně a terminálního ilea. Příčinu tohoto onemocnění při typické prezentaci u kojenců a batolat není možné ve většině případů určit. Za možné příčiny se považuje spolupůsobení zesílené střevní peristaltiky, lokalizovaný edém střevní stěny, hypertrofie Peyeroých plátů, zmnožení mezenteriálních uzlin a změna výživy. Ve věku nad pět let je nejčastější příčinou invaginace lymfoidní infiltrace střeva při non-Hodginově lymfomu. U starších dětí převládají invaginace způsobené střevním polypem, divertiklem, hemangiomem, nebo nádorem. Onemocnění nejčastěji postihuje kojence mezi šestým měsícem a druhým rokem života. Postižení bývají často dobře živení a prospívající chlápci. Typickými příznaky v kojeneckém a batolecím věku jsou zvracení, krev a hlen charakteru malinového želé ve stolici, hmatná rezistence a kolikovitá bolest střídající období klidu

až apatie. Bolest je prudká a často vyvolává obrannou reakci celého organismu. Po několika minutách pomíjí a vyčerpané dítě poté usíná. Ataky bolesti se po chvíli opakují. Při vyšetření břicha je možné vyhmatat rezistenci odpovídající invaginátu. Při vyšetření per rectum je pro invaginaci typický nález krve a hlenu. Další vyšetřovací metodou je sonografie, irigografie a nativní snímek břicha. Léčba dětí s prokázanou invaginací odpovídá zásadám léčby ileózního stavu. Stabilizované děti jsou indikovány co nejdříve k desinvaginaci, což je chirurgický výkon, který se provádí v celkové anestezii. Úspěšná desinvaginace znamená pro dítě definitivní vyléčení (Šnajdauf a Škába, 2005; Vodička et al., 2006; Zeman et al., 2006).

1.1.4 Náhlé příhody břišní zísané - úrazové

Frekvence úrazových náhlých příhod břišních se stále zvyšuje. Lze je pozorovat již v novorozeneckém věku, kdy mechanismem úrazu je porod. V pozdějším věku vznikají tato poranění při pádech, dopravních nehodách a poranění, která vznikla např. při sportu. Dětské úrazy jsou různého charakteru, rozdělují se dle věku, dle stupně vývoje dítěte a také podle prostředí, ve kterém se dítě pohybuje. V kojeneckém a v batolecím věku jsou to nejčastěji pády a různá tržná a zhmožděná poranění (Klíma et al., 2003).

V dětských letech může dojít k úrazu téměř každého orgánu. Do úrazových náhlých příhod břišních se řadí kontuze břišní stěny, poranění sleziny, poranění jater, poranění mimojaterních žlučových cest a žlučníku, poranění slinivky břišní, poranění žaludku, poranění střeva, poranění ledvin, poranění močového měchýře a poranění bránice (Vodička et al., 2006).

Mezi nejrozsáhlejší náhlé příhody úrazové patří břišní poranění. Poranění břicha mají proti ostatním náhlým příhodám břišním jednu výhodu, kterou je anamnéza, z níž je většinou hned znát mechanismus úrazu a tím i příčina případné náhlé příhody břišní. Je důležité střežit a pozorovat každé poranění, při němž dítě náraz do břicha utrpělo, a to i v případě, že by se jednalo pouze o kontuzi břišní stěny (Vodička et al., 2006; Klíma et al., 2003).

„Úrazové náhlé příhody břišní se dělí na poranění penetrující a nepenetrující“ (Vodička et al., 2006, s. 260).

Penetrující poranění jsou charakterizována proniknutím zraňujícího předmětu do dutiny břišní. Obvykle jde o poranění bodná, střelná, nebo sečná. Na trupu je patrná vstupní rána, která může být v řadě případů lokalizována mimo břišní krajinu. Dle charakteru poranění nitrobřišních orgánů se může vyvíjet hemoperitoneum a následně hemoragický šok, nebo peritonitida. U všech penetrujících poranění je indikována laparotomie s ošetřením nitrobřišních orgánů a drenáží, nebo laparoskopie (Vodička et al., 2006).

Nepenetrující poranění vznikají zpravidla v důsledku působení tupého násilí na stěnu břišní bez porušení její kontinuity. Kontuze břicha se nemusí výrazně klinicky manifestovat a další průběh je bez komplikací. U řady z nich může ale dojít i k traumatu parenchymatózních orgánů (Vodička et al., 2006).

Při nitrobřišních poraněních se může objevit šok, krvácení nebo již výše zmíněná peritonitida. Při známkách velké anémie z nitrobřišního krvácení je neodkladný krevní převod, který má přednost před každým jiným vyšetřením. Dítě může být postiženo ještě poraněním extraabdominálním, které se může přehlédnout a stát se zdrojem pozdějších komplikací. U závažnějších břišních poranění je důležité pravidelně sledovat vitální funkce dítěte, zavést permanentní močový katetr a sledovat hodinovou diurézu. Dále se provádí rentgen břicha a hrudníku (Schein a Rogers, 2011).

1.2 Vyšetřovací metody u náhlých příhod břišních

Náhlé příhody břišní v dětském věku se vyznačují svým častým výskytem, a proto došlo v posledních desetiletích k bouřlivému rozvoji diagnostických a léčebných metod, které umožnily zcela nový přístup k těmto onemocněním (Silen, 2005; Stožický a Pizingerová, 2006). „Bolesti břicha patří mezi nejčastěji vyskytující se stížnosti dětského pacienta. Příčinou může být náhlá příhoda břišní, která vyžaduje urgentní chirurgický zákrok“ (Stožický a Pizingerová, 2006, s. 153). Z tohoto důvodu musí být vždy jednoznačně vyloučena, anebo potvrzena právě diagnostickým postupem. Včasné

rozpoznání náhlých příhod břišních již v ordinaci lékaře totiž následující osud dítěte významně ovlivňuje (Stožický a Pizingerová, 2006; Hájek et al., 2011).

1.2.1 Anamnéza

Anamnéza je důvěrný rozhovor zdravotníka s pacientem. Je základem každého řádného vyšetření. V případě dětského pacienta záleží na jeho věku a zralosti, ale většinou je rozhovor veden s rodiči, nebo osobami, které o dítě pečují. To je prvním předpokladem stanovení správné diagnózy. Čím přesnější údaje lékař od rodičů získá, tím je stanovení nemoci přesnější. U předškolního pacienta může lékař hovořit již se samotným dítětem. V anamnéze dětských pacientů se lékař soustředí zejména na rodinnou anamnézu, osobní anamnézu a současné onemocnění. Úvodní otázky směřují k hlavním potížím a dominantním příznakům, které k návštěvě lékaře vedly. Je třeba co nejpřesněji určit začátek onemocnění, objevení prvních příznaků, jejich vývoj, a to jak v čase, tak v intenzitě. Při vyšetření musí sestra i lékař u dítěte s bolestmi břicha využít všech možností k upřesnění veškerých informací, které je dovedou ke správné diagnóze. Při anamnéze se lékař snaží zjistit časové údaje začátku obtíží, charakter bolesti a přítomnost doprovodných příznaků, jako je nauzea, zvracení, průjem, odmítání jídla, vysoká tělesná teplota, změna ve vyprazdňování stolice, charakter stolice, odchod plynů. Dále se snaží získat údaje o celkovém chování, pohybové aktivitě, lokalizace bolesti, charakteru bolesti a intenzitě bolesti. Dítě předškolního věku už dokáže charakter bolesti a lokalizace popsat samo. Důležité je také to, aby se sestra nezapomněla informovat o tom, co dítě ještě před vznikem obtíží jedlo a zda před tím bylo nějak fyzicky zatěžováno (Silen 2005; Olchava, 2007; Hájek, 2011).

1.2.2 Fyzikální vyšetření

Po odebrání anamnézy následuje fyzikální vyšetření. Sestra změří dítěti krevní tlak, pulz, dechovou frekvenci a teplotu. Dítě musí být v této fázi následně vyslečeno. Lékař i sestra si všimají držení těla, pokud dítě chodí tak stylu chůze a výrazu v obličeji

(bolestivého). V této fázi nastává důležité pravidlo 5P. Pohled, poslech, poklep, pohmat a vyšetření per rectum (Nejedlá, 2006; Hájek et al., 2011).

Pohledem (aspekce) lékař na břicho hodnotí jeho vyklenutí, viditelnou peristaltiku, případnou asymetrii a postup dechové vlny. Již v prvním kontaktu s dítětem si lékař i sestra všimá polohy dítěte, výrazu tváře dítěte. Lékař si dále všimá koloritu kůže, sliznic, cyanózy, tvaru břicha a jizev po předchozích operacích (Nejedlá, 2006; Hájek et al., 2011).

Poslech (auskultace) slouží lékaři k vyšetření střevních šelestů. Při vyšetření břišní stěny používá fonendoskop. U patologického nálezu je vymizení zvuků střevní peristaltiky - poslechově mrtvé ticho (Nejedlá, 2006; Hájek et al., 2011).

Poklep (perkuse) slouží lékaři k hodnocení peritoneální reakce nad jednotlivými úseky stěny břišní, kdy posuzuje intenzitu bolestivosti a všimá si lateralizace bolesti (Hájek et al., 2011).

Pohmat (palpace) je vyšetření nejdůležitější. Nejvíce bolestivá místa lékař palpačně vyšetřuje detailněji až jako poslední. Vyšetřovat tak začíná na protější straně od bolesti, kdy ve spolupráci se sestrou hodnotí celkovou reakci dítěte na pohmat, dále sleduje napínání břišní stěny, stav břišní stěny (vzednutí, napětí, tuhost), místo a rozsah bolestivých reakcí nad jednotlivými úseky břicha. K tomuto vyšetření je třeba někdy velké trpělivosti, jelikož největší objektivitu dosáhne lékař tehdy, když se sestře, nebo i rodiči podaří různými způsoby (např. upoutání pozornosti dítěte na hračku) odvést pozornost dítěte od jeho obtíží. Při tomto vyšetření hodnotí lékař také reakci dítěte na dekompresi, tedy náhlé povolení břišní stěny po předchozím pomalém stlačení. Lékař hodnotí taktéž i přítomnost peritoneálních známek (Nejedlá, 2006; Hájek et al., 2011).

Při vyšetření per rectum si lékař všimá okolí konečníku, bolestivosti při vyšetření, tonusu svěračů, bolestivosti a vyklenutí Douglasova prostoru, známek krvácení a případně konzistence stolice pokud je přítomna. Toto vyšetření může být v mnoha případech tím hlavním momentem, které vede ke správné diagnóze (Dítě et al., 2005; Hájek et al., 2011).

1.2.3 Laboratorní vyšetření

Mezi další cílená vyšetření patří laboratorní vyšetření krevního obrazu a diferenciatu – zde je důležitá hodnota leukocytů, biochemické vyšetření (jaterní testy, amylázy, lipázy, glykémie, urea, bilirubinémie, CRP), popřípadě hodnoty krevních plynů - ASTRUP. Dále laboratorní vyšetření moči, stolice a případně i odběr punktátu z abscesů. Sestra provádí odběry biologického materiálu na základě ordinace lékaře. Při odběru biologického materiálu od dítěte dodržuje sestra aseptický postup a zároveň používá všechny ochranné pomůcky. Sestra je kompetentní k tomu zajistit správnost žadanek. Dále její kompetence spočívá v zajištění neodkladného transportu materiálu do laboratoře. V urgentním případě se materiál vyšetřuje statim. V tomto případě musí sestra vystavit také statim žádanku (Vyhnálek et al., 2003; Mikšová et al., 2006; Nejedlá, 2006).

1.2.4 Zobrazovací vyšetřovací metody

Zobrazovací vyšetřovací metody jsou nezbytnými metodami pro stanovení správného postupu léčby u náhlých příhod břišních. Měly by být prováděny tak, aby vedly k co nejrychlejšímu stanovení diagnózy a poté zahájení efektivní léčby. Při vyšetření dětí s podezřením na náhlou příhodu břišní se používají následující vyšetřovací metody (Pafko a Kabát et al., 2006; Zeman et al., 2011).

Rentgenové vyšetření (RTG) – prostý snímek břicha je jedním ze základních vyšetření u dětí s podezřením na náhlou příhodu břišní. Je to jedna z nejdostupnějších a nejlevnějších zobrazovacích metod. Provádí se v poloze na boku, anebo ve stoje. Toto vyšetření by mělo potvrdit, nebo vyloučit přítomnost volného plynu v dutině břišní a dále zjistit, zda se jedná o poruchu střevní pasáže. Sestra před tímto vyšetřením neprovádí u dítěte žádnou speciální přípravu (Vyhnálek et al., 2003; Pafko a Kabát et al., 2006).

Ultrazvukové vyšetření (ultrasonografie, sono) je neinvazivní, dostupné vyšetření. U náhlých příhod břišních je ultrasonografie součástí základního vyšetření. U tohoto

vyšetření není nutné, aby sestra u dítěte prováděla nějakou zvláštní přípravu. Ultrazvukové vyšetření umožňuje zobrazení stěny GIT, střevní peristaltiky a vyhodnocení přítomnosti volné tekutiny. Dále umožňuje také posouzení poranění parenchymových orgánů a posouzení žlučových a pankreatických vývodných cest (Novák, 2004; Pafko a Kabát et al., 2006).

CT vyšetření (výpočetní tomografie) kvalitně zobrazuje střevní stěnu a patologické změny v jejím okolí, ale není běžnou vyšetřovací metodou u náhlých příhod břišních. Je indikováno u podezření na zánětlivé postižení GIT stěny, na stavy spojené s mechanickou obstrukcí střeva. Používá se při lokalizaci abscesu, stanovení rozsahu akutního zánětu slinivky břišní, při průkazu tupého poranění parenchymových orgánů, nebo při krvácení do peritoneální dutiny. Při tomto vyšetření se tělo dítěte zobrazuje řadou tenkých, příčných vrstev. Vyšetření lze provést bez podání kontrastní látky (nativně) nebo s podáním kontrastní látky perorálně nebo intravenózně. V případě podání kontrastní látky je důležité, aby sestra upozornila rodiče, že musí být dítě alespoň tři hodiny před vyšetřením lačné (Ševčík et al., 2003; Pafko a Kabát et al., 2006).

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP) je metodou diagnostickou a zároveň terapeutickou. Provádí se za pomoci flexibilního fibroskopu a následnou aplikací jodové vstřebatelné kontrastní látky se pomocí této metody diagnostikuje příčina obstrukce vývodných cest žlučových a pankreatických cest. Následně se provádí papilotomie s možností extrakce konkrementů a dále zavedení stentu (Pafko a Kabát et al., 2006).

Perkutánní transhepatická cholangiografie (PTC) je metoda, která se používá ve chvíli, kdy ERCP nebylo úspěšné, nebo ho nebylo možné provést. Podobně jako u ERCP metody se konkrement odstraní, zavede se drenáž a stent (Pafko a Kabát et al., 2006).

Angiografické vyšetření je vyšetření tepen břišních orgánů, jehož diagnostickým cílem je stanovení charakteru a lokalizace léze. Při tomto vyšetření lze provádět terapeutické výkony jako je například stavění krvácení různými embolizačními materiály, angioplastika balónkovým katetrem nebo

implantace stentu (Pafko a Kabát et al., 2006).

Magnetická resonance se při diagnostice stavů náhlých příhod břišních využívá zcela výjimečně. Je to vyšetření pohybující se na úrovni omezené dostupnosti a časové náročnosti. Toto vyšetření nezatěžuje pacienta ionizujícím záření (Pafko a Kabát et al., 2006).

Při vyšetřování dětí, zejména těch nejmenších, volí lékař i sestra individuální přístup v pořadí vyšetření tak, aby dítě nevystrašili a zachovali si co nejdéle jeho spolupráci a důvěru. Nepříjemná vyšetření (např. per rectum) nechává lékař na závěr celé prohlídky. Sestra v souvislosti s výše zmíněnými vyšetřeními zaujímá velice důležitou pozici. Její role spočívá v přípravě dítěte na konkrétní vyšetření. Je důležité, aby znala postup vyšetření, správnost postupů při přípravě na vyšetření, jeho kontraindikace a zajištění správnosti dokumentace. U neinvazivních vyšetření se u dítěte neprovádí žádná speciální příprava. U vyšetřovacích metod s kontrastní látkou je pro sestru důležitým specifikem první krok, a to při plánování přípravy dítěte na invazivní výkon. Zvládnutí invazivního výkonu je závislé na míře bolestivosti dítěte a na jeho emočních projevech. Nezbytné je také, aby sestra znala anamnézu dítěte, z které lze zjistit případnou jeho alergii na kontrastní látku. Sestra dbá na klidnou atmosféru, konejšivý hlas, přátelský, ale rozhodný postup bez ústupků. Má při ruce také dostatek hraček, které by mohly dítě během vyšetření zaujmout (Klíma et al., 2003; Mikšová, 2006; Sikorová, 2011).

K tomu aby došlo ke stanovení správného postupu léčby, je někdy kromě nejmodernější techniky nezbytné, aby byl v přítomnosti dítěte jeho rodič. Zmíněná vyšetření by u menších, neklidných dětí bez spolupráce rodičů, kterým dítě důvěřuje, nešla v některých případech efektivně provést (Příprava na CT vyšetření, 2012).

1.2.5 Obtížnost diagnostiky náhlých příhod břišních

Diagnostika náhlých příhod břišních patří k těm nejobtížnějším. Reakce dětí na bolest břicha se individuálně liší. Všeobecně platí, že malé děti bolest břicha špatně lokalizují a obvykle ji umisťují do oblasti pupku, a to bez ohledu na to, kde bolest

skutečně cítí. Diagnostika tohoto onemocnění proto není často snadná. Začíná odběrem anamnézy, která zejména u nejmenších dětí bývá problematickým odběrem a nemusí být zcela zřejmá. Jako zdroj informací je zapotřebí spoléhat na rodiče, jelikož malé dítě nebývá schopno své potíže popsat. Problémem může být také posouzení míry bolestivosti. Malé děti často reagují výrazně na jakýkoli bolestivý podnět, anebo naopak ze strachu z neznámého prostředí a osob mohou bolestivost skrývat. Obtížná může být také spolupráce dítěte při vyšetření, což je stresující záležitost pro všechny zúčastněné - dítě, rodiče a také ošetřující personál, který musí v tomto směru rozhodovat a jednat efektivně a rychle (Volf a Volfová, 2003).

V kojeneckém věku reaguje dítě na bolest pláčem a přitahováním dolních končetin k bříšku. U dětí předškolního věku je typické, že lokalizují do břicha bolesti i při zcela vzdálených onemocněních. Zde pak záleží na lékaři, aby pečlivou anamnézou (většinou od rodičů) a klinickým vyšetřením zhodnotil správně všechny okolnosti a správně se rozhodoval. Existuje velké množství stavů, které mohou náhlou příhodu břišní vyvolat nebo ji jen imitovat. Lékař ve spolupráci se sestrou věnuje zvláštní pozornost dětem do tří let věku, dále všem, co užívají antibiotika při infektech horních cest dýchacích, při léčbě kortikoidy a dále dětem s průjmovým onemocněním. Velký důraz je nutno opakovaně klást na opakované vyšetření s využitím všech diagnostických možností a při podezření na některou z náhlých příhod břišních odeslat dítě včas k odbornému vyšetření. Je vždy menší chybou odeslat dítě k odbornému vyšetření zbytečně, než ho poslat pozdě. U dětí je dále velký předpoklad jejich nespolečné a také často nemožnost objektivizovat lékařské nálezy (Volf a Volfová, 2003; Šváb, 2007).

1.2.6 Zhodnocení stavu dítěte

Při podezření na náhlou příhodu břišní je důležité, aby lékař i sestra informovali rodiče dítěte o nezbytnosti jeho hospitalizace. Sestra dále rodičům sdělí následné ošetrovatelské výkony, kterým bude dítě vystaveno, verbálně ověří, zda rodič veškerým informacím porozuměl a dá mu prostor k jeho případným dotazům. Dítě v této fázi

nesmí nic per os a dodržuje přísný klid na lůžku. V případě, že se nepotvrdilo podezření na náhlou příhodu břišní, edukuje sestra rodiče dítěte o vhodném dodržování životosprávy, o nutnosti dodržování případného léčebného režimu v domácím prostředí, zajištění dostupnosti lékaře a plán kontrol (Dítě et al., 2007; Slezáková, 2010).

Při některých vyšetřeních náhlých příhod břišních je diagnóza stanovena hned po prvním pečlivém vyšetření. U většiny dětí je však nutné vyšetření opakovat a jednotlivé příznaky posuzovat tak, jak se s vývojem onemocnění mění. Velice výhodné je, aby vyšetření prováděl a hodnotil stejný lékař (Hájek et al., 2011).

1.3 Léčebný postup náhlých příhod břišních

Léčbu náhlých příhod břišních lze rozdělit na konzervativní a chirurgickou. Oba dva tyto léčebné postupy od sebe nelze oddělovat, jelikož se v léčbě nejčastěji vyskytuje kombinace obojího. Přístup k dítěti s podezřením na náhlou příhodu břišní musí být za každých okolností pečlivý a systematický. Pro včasné rozpoznání a včasnou léčbu náhlých příhod břišních je nutná hospitalizace dítěte a jeho následné zajištění a sledování (Slezáková, 2010; Hájek et al., 2011). „Prognóza je příznivá při včasné diagnóze“ (Slezáková, 2010, s. 104).

1.3.1 Konzervativní léčebný postup a možné chyby v konzervativním postupu

Tento typ léčby spočívá v zajištění dietního opatření, klidu na lůžku, přikládání priessnicových obkladů a aplikace medikamentózní léčby, kdy se před konečným stanovením léčebného postupu upravuje dítěti vnitřní prostředí prostřednictvím infuzní terapie. Dále se tiší bolest analgetiky a dle lékaře lze v závažnějším případě podávat antibiotika. Důležitá je stálá kontrola nemocného dítěte. V některých případech subjektivní i objektivní příznaky postupně ustoupí a dítě se pak cítí zcela zdrávo. Chirurg sleduje v této fázi průběh onemocnění a operační výkon je indikován při vzniku nějakých komplikací (Hájek et al., 2011).

V konzervativním léčebném postupu jsou možné i jisté chyby. Chybná situace nastává ve chvíli, kdy v případě podezření na náhlou příhodu břišní, dojde k následnému podání spasmolytik, analgetik, projímadel a nebo opiátů. Tyto produkty zastírou rozvoj náhlé příhody břišní a znesnadní tak definitivní stanovení správné diagnózy. Dále zastírají a modifikují obraz tohoto onemocnění a zpožďují kauzální léčení, které je často operační (Vodička et al., 2006; Hájek et al., 2011).

1.3.2 Chirurgický léčebný postup náhlých příhod břišních

Děti, u kterých je indikována operace pro náhlou příhodu břišní, je možné rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří ty, u nichž je již předoperačně jasně stanovena určitá náhlá příhoda břišní. Zde je volen operační přístup cílený k určitému orgánu. Ve druhé skupině jsou pak děti, u kterých není před operací zřejmé, o jakou příhodu jde, a je zde třeba volit takový řez, který tím umožní revidovat celou dutinu. (Pafko a Kabát et al., 2006, Šváb, 2007).

1.4 Předoperační příprava

„U akutních operací, jako jsou náhlé příhody břišní, musíme předoperační přípravu zkrátit“ (Vyhnálek et al., 2003, s. 184). V krátkém časovém intervalu provede sestra u dítěte základní laboratorní vyšetření a lékař další nezbytná vyšetření k posouzení rizika operace. Tato příprava tedy probíhá souběžně s dovyšetřováním stavu. Za nejdůležitější indikaci k operaci se považuje místní nález na břicho, což je výrazná palpační bolestivost a obranné svalové napětí. Dlouhé vyčkávání se tak v tomto případě považuje za riskantní. Dítě nebo jeho rodič musí být v této fázi předoperační přípravy seznámen s následujícím operačním postupem. Stav dítěte konzultuje lékař s lékařem anesteziologickým, který bude dítěti anestezii poskytovat. Dítě musí být před operací lačné šest hodin. Jestliže stav dítěte vylučuje dodržení tohoto požadavku, nebo dítě zvrací, je nutné zabezpečit odvedení žaludečního obsahu nasogastrickou sondou, a to jakožto prevence vdechnutí agresivních trávicích šťáv do dýchacích cest.

U nedonošených novorozenců je důležité, aby lékař ve spolupráci se sestrou zajistili u dítěte stabilitu tělesné teploty. Stejně jako před každou břišní operací je důležitá pečlivá příprava operačního pole. Zvláštní pozornost se věnuje zejména oblasti pupku, kdy je bezpečné připravit operační pole od prsních bradavek až do půli stehen. Při pokročilém stádiu náhlé příhody břišní s příznaky těžkého šoku, multiorgánového selhání a dechové nedostatečnosti se dítě před operačním výkonem zajistí intubací a řízenou ventilací (Pafko a Kabát et al., 2006; Skalická et al., 2007; Henry a Stapleton et al., 2009).

1.5 Operační výkon

V průběhu operace je pro možné časté změny polohy důležitá dobrá fixace nemocného dítěte na operačním stole. U naprosté většiny operací pro náhlé příhody břišní leží operované dítě na zádech s abdukovanou horní končetinou, na které byl anesteziologem zvolen periferní žilní přístup. Druhá končetina může být v addukci. Operované dítě má být zajištěno tak, aby jej bylo možné během výkonu natáčet jak na stranu, tak i v podélné ose. Monitoraci fyziologických funkcí umístí sestra do přímého pohledu operačního týmu. Menší děti jsou uspávány směsí plynů s kyslíkem, které mají současně i znecitlivující efekt. Větším dětem se aplikuje úvodní dávka celkového znecitlivění do žíly, pak se již anestezie udržuje vdechováním směsi plynů. Proto je důležitý vhodný žilní přístup (na druhé straně než stojí operatér). Operace začíná na dezinfekci kůže, kožní řez je umístěn v závislosti na místě postiženého orgánu v dutině břišní. Po provedení břišní části operace se do dutiny zakládá jeden nebo i více drénů. Výkon končí sešitím operační rány (Pafko a Kabát et al., 2006; Fakultní nemocnice Ostrava, 2013).

1.6 Pooperační péče

Po dokončeném výkonu zůstává dítě pod stálým dohledem sestry, dokud nemá stabilizovaný oběh, dostatečně spontánně nedýchá a nejsou u něho patrné obranné

reflexy – schopnost kašlat a polykat. Sestra převeze péči o dítě spolu s kontrolou operačního nálezu a ordinací od anesteziologa a operátora (Vyhnálek et al., 2003; Kapounová, 2007).

Pooperační péče se dělí na bezprostřední, intermediální a období rekonvalescence (Valenta et al., 2007).

Bezprostřední péče je ta péče, kdy je dítě přivezeno ze sálu na dospávací pokoj, nebo v případě urgentního výkonu na oddělení JIP. V obou těchto dvou případech je kladen důraz na monitoraci fyziologických funkcí, kdy sestra měří intervaly krevního tlaku, pulzu, dechu, saturace a teploty. Sestra provádí měření dle zvyklosti oddělení, většinou po třiceti minutách po dobu dvou hodin od ukončení operace. Kromě hodnocení těchto parametrů, je zásadní částí pooperační ošetrovatelské péče kontrola obvazu operační rány (zda není prosáklý krví nebo jinou tekutinou), odpad z drénů, kdy sestra zaznamenává množství odvedené tekutiny do dokumentace a případně odpad z nasogastrické sondy. Velký důraz je kladen i na močení, kdy platí, že by se dítě mělo spontánně vymočit do šesti až osmi hodin od ukončeného výkonu. Sestra dále také hodnotí odchod plynů a stolice, což je známkou navrácení střevní peristaltiky. V případě zavedeného permanentního močového katetru sleduje hodinovou diurézu. Pooperační bolest musí být tlumena. Používají se silná analgetika i opiátového typu. Sestra na základě ordinace lékaře tuto medikaci podává bolusově, nebo kontinuálně (Ševčík et al., 2003; Kapounová, 2007; Valenta et al., 2007).

Intermediální péče již probíhá na standartním oddělení. Sestra nadále kontroluje a ošetřuje operační ránu, zajišťuje dietní opatření, pomáhá u vyprazdňování dítěte, zodpovídá za dodržování klidu na lůžku, podává analgetika dle ordinace lékaře, sleduje celkový stav dítěte. Tato péče zahrnuje péči základních i vyšších potřeb dítěte, sledování bolesti a dalších možných komplikací. Součástí této etapy je také zajištění časně pooperační mobilizace dítěte a to dle jeho stavu. Časná mobilizace je základním preventivním opatřením pooperačních komplikací (Vyhnálek et al., 2003; Valenta et al., 2007; Slezáková, 2010).

Poslední fází je fáze rekonvalescence, která je zaměřena právě na již výše zmíněnou prevenci pooperačních komplikací (Valenta et al., 2007).

1.6.1 Pooperační komplikace náhlých příhod břišních

Pooperační komplikace jsou příhody narušující normální pooperační průběh a vznikající v souvislosti s anestezií nebo operačním výkonem (Vyhnálek et al., 2003). Jako každý operační výkon je tedy i tento spojen s rizikem vzniku komplikací. Komplikace v operačním poli, včetně rány, jsou spojeny s druhotným krvácením, a to buď během operace, nebo po operaci, kdy v tomto případě dochází ke krvácení z operační rány. Další komplikací je infekce operační rány projevující se zarudnutím a následným vytékáním zkalené tekutiny, nebo hnisu. V tomto případě je nutné ránu rozevřít a často ji převazovat až do zhojení. K dalším komplikacím se řadí i porucha střevní průchodnosti následkem vzniku srůstů mezi střevy po proběhlém zánětu, vznik keloidní jizvy a vznik kýly v jizvě, která se objeví s odstupem po výkonu, zvláště při komplikovaném zánětlivém hojení. Zde může dojít k rozestoupení svalů v místě původně sešité rány a k vyklenování obsahu dutiny břišní. Tento stav se řeší operativně s časovým odstupem, kdy dojde k sešití uvolněné části jizvy. Velmi závažnou a život ohrožující pooperační komplikací je vytvoření hnisavého ložiska v dutině břišní v místě původního zánětu, pod játry, pod bránicí, nebo mezi střevy, kdy dochází k dehiscenci místa sešití střev po odstranění části střeva s následným vznikem zánětu pobřišnice (Fakultní nemocnice Ostrava, 2013; Zeman et al., 2011).

Vznik výše zmíněných komplikací je závislý na operačním výkonu týkající se délky operace, technických chyb při operaci, dodržování zásad fyziologického operování. Dále také na způsobu anestezie a stavu dítěte před operací (Vyhnálek et al., 2003).

Včasné rozpoznání příznaků komplikací je důležité pro léčbu, a proto musí sestra dítě pravidelně sledovat, aby mohla včas příznaky některé z komplikací prokázat. V léčbě vzniklých pooperačních poruch má proto sestra nezastupitelnou úlohu, neboť zajišťuje veškeré ordinace a sleduje dítě v průběhu léčby (Vyhnálek et al., 2003).

1.7 Bolest u dětí

Bolest je vždy subjektivním prožitkem. Pro kvalitní ošetrovatelskou péči je důležité vědět, že bolest existuje vždy, kdykoli nemocný říká, že bolest má (Kapounová, 2007). „Bolest je subjektivní prožitek nejen pro dítě, ale i pro jeho rodiče a zdravotníky. Každý z nás má svou představu o míře bolesti, kterou by dítě mělo pociťovat a podle toho hodnotí jeho reakci. Naše představa se však velmi často rozchází s pocity dítěte. Pak je hodnotíme jako statečné, nebo naopak komentujeme jeho chování slovy „*Ale prosím tě, co vyvádíš, vždyť to nic není.*“ Místo téhle, v nejlepším případě úplně zbytečné věty, se máme zamyslet nad tím, proč je reakce dítěte tak prudká, a co jsme měli udělat, abychom tomu předešli“ (Sedlářová, 2008, s. 119). Strach z bolesti je jev, který ve zvýšené podobě znepríjemňuje život dětem, rodičům i zdravotnickému personálu. Na vnímání bolesti u dětí má vliv např. zdravotní stav, psychický stav a prostředí, v kterém se dítě nachází. Mluví-li se o léčení dětské bolesti, většinou se zdravotníkům vybaví jen farmakologické, nebo anesteziologické přístupy. Každý z nich má své výhody, své omezení a svou indikaci. Je ovšem důležité nezapomínat i na psychologické přístupy k léčení bolesti u dítěte, mezi něž patří např. vytvoření vhodného terapeutického prostředí, nebo odvedení pozornosti (Fendrychová et al., 2005; Janáčková, 2007).

1.7.1 Projevy bolesti břicha u dětí

Bolest břicha je jedním z nejčastějších příznaků provázející většinu chorob trávicího traktu. Důležité je určení intenzity a charakteru bolesti – zda je bodavá, pálivá, vystřelující, tlaková a dále také dobu jejího trvání – zda je stálá, dlouhodobá, krátká kolikovitá - a pokud možno - určení její přesné lokalizace. Důležitý je i poznatek o případné úlevové poloze, která je většinou na boku s pokrčenýma nohama přitáženýma k hrudníku. Čím je dítě menší, tím obtížněji se daří bolest lokalizovat a specifikovat (Sedláčková, 2003; Green a Bulloch, et al., 2005).

Projevy prožívání a následné zvládnutí bolesti se v různých fázích dětského

věku liší (Kalousová, 2009).

U novorozence a malého kojence je bolest břicha základním ukazatelem funkce trávicího ústrojí. Novorozenci stejně jako dospělí prožívají při bolesti úzkost a stres. Pro správné rozlišení bolesti je důležité jejich pečlivé a pozorné sledování. V novorozeneckém období projevuje dítě bolest zejména pláčem a bolestivými grimasy. Jelikož nemají žádné jazykové dovednosti, nemohou o své bolesti s nikým hovořit. V tomto období tedy neexistují žádné verbální projevy bolesti, pouze změny chování a změny fyziologických funkcí, jako je např. tachykardie, hypertenze, pocení dlaní nebo apnoické pauzy. Tyto reakce mohou být potlačeny nebo zeslabeny u nezralých novorozenců (Green a Bulloch, 2005; Fendrychová a Borek et al., 2007; Marešová, 2007).

Bolesti břicha u malých batolat jsou většinou difuzní, často kolikovitého charakteru, což je patrné i z celkového chování dítěte, které se v tomto věkovém období bojí cizích lidí a proto je zde důležitá přítomnost rodičů. Ve věku mezi čtrnáctým až šestnáctým měsícem věku dokáže dítě bolest lokalizovat (ukázat kde to bolí) a následně ji označit citoslovem „au“. Po třicátém šestém měsíci ji označí již specifickými slovy „bolí, bebí“. Batole, jež bolí břicho, je neklidné, pláče, vykazuje úzkostné chování, vztek a vynucuje si polohu. Toto může signalizovat některou z náhlých příhod břišních např. invaginaci či apendicitidu (Green a Bulloch et al., 2005; Kolektiv autorů, 2006; Sedlářová, 2008).

V předškolním období začínají děti zdroji bolesti rozumět. Bolest břicha tak dokáží již vyjádřit slovy. V této fázi je pro ně velice přínosné vysvětlení proč to bolí, nebo proč to bolet bude (Sikorová, 2011).

1.7.2 Hodnocení bolesti

Hodnocení bolesti u dětí je součástí ošetrovatelské péče sestry. Aby sestra mohla zejména novorozenci či kojenci poskytnout od bolesti dostatečnou úlevu, je důležité, aby uměla rozpoznat její příznaky, posoudit její intenzitu a přistoupit k hodnocení bolesti. Dětská bolest může být hodnocena celou řadou hodnotících metod. Typologie

metod používaných pro dětskou bolest je velice bohatá a rozlišuje se dle jejího charakteru. Mezi nejčastěji používané hodnotící systémy zaznamenávající bolest u novorozenců a kojenců patří FLACC Scale, což je škála hodnocení bolesti pomocí obličejů, CHEOPS je škála bolesti od jednoho do sedmi let a NIPS je škálou bolesti pro děti do jednoho roku. Tyto observační škály stanovují míru bolesti tam, kde samohodnocení není možné a následně bodují změny v chování podmíněné bolestí (Fendrychová, 2004; Fendrychová, 2005).

1.8 Role sestry na dětském oddělení

Nezbytným základem pro kvalitní ošetrovatelskou péči je vytvoření si vztahu sestry s rodinou a dítětem. Sestry na dětském oddělení musí mít k dětem a jejich rodinám smysluplný vztah, musí umět mapovat jejich pocity a potřeby, ale přitom rozlišovat své vlastní pocity, potřeby a udržovat si tak hranice profesionality. Jejím úkolem je působit v podpoře zdraví, působit v oblasti zdravotní výchovy a v oblasti poradenství. Dále je jejím úkolem zajišťovat spolupráci s dalšími profesionály podílejícími se na péči o dítě a rodinu. Sestra také uskutečňuje etická rozhodnutí, plánuje a realizuje ošetrovatelskou péči u dítěte a jeho rodiny formou ošetrovatelského procesu. Sestra je ten článek, který vytváří optimální podmínky pro otevřenou komunikaci mezi dítětem, rodinou a jí. Rodina by neměla mít obavy svěřit se sestře a dotázat se na nejasnosti týkající se potřeb a podpory zdraví dítěte. Jako kvalitní ošetrovatelskou péči hodnotí rodiče péči sester, které pozitivně oceňují přítomnost rodiče u dítěte, rodičům i dítěti naslouchají, zapojují rodiče do péče o dítě, při ošetrování jsou citlivé, komunikují s ním i s rodinou a vykonávají individualizovanou ošetrovatelskou péči. Nedílnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče je pozitivní vztah mezi sestrou, dítětem a rodinou (Sikorová, 2011).

1. 8.1 Role sestry ve vztahu k nemocnému dítěti a jeho rodině

Sestra patří do multidisciplinárního týmu a svými aktivitami se ve spolupráci s lékaři podílí na ošetrovatelské, diagnostické a léčebné péči. V praxi má každá sestra více rolí a všechny její role se mohou prolínat. V rámci svých kompetencí má v této v problematice sestra možnost rodiče dětských pacientů edukovat o ošetrovatelských postupech a ošetrovatelských výkonech, které ho v dohledné době čekají. Edukace dětí a rodičů nemá být jednorázovým poučením, ale dlouhodobým procesem, který se musí plánovat a prolínat celou hospitalizací. Zásadní význam má edukace hlavně při přijetí dítěte do nemocnice, před každým vyšetřením či léčebným zákrokem a před propuštěním. Sestra pro ně může vytvářet i edukační materiály. Po stanovení indikace lékařem dále edukuje sestra rodiče dítěte o specializovaných diagnostických a léčebných postupech. Sestra neustále s dětmi komunikuje, při vyšetření odvádí jejich pozornost (např. na hračku), snaží se vhodně využívat hudbu, podporuje jejich zdravotní stav a poskytuje citovou podporu. Zajišťuje i činnosti, které jsou spojené s přijetím dítěte ve smyslu administrativním (např. zajištění virtuálního přijetí, kompletace dokumentace, přijetí dítěte na lůžko). Sestra velmi úzce spolupracuje s ošetrovatelským týmem na realizaci ošetrovatelské péče o děti tak, aby byla poskytována efektivně. Sestra by měla působit pozitivně jak na dítě, tak i na jeho rodinu. Měla by mít snahu s dítětem a jeho rodinou spolupracovat. Sestra by měla rodinu správně edukovat o léčebném režimu dítěte, o následných variantách ošetrovatelské péče v domácím prostředí a měla by zodpovědět rodičům všechny případné dotazy. Členům rodiny dále pomáhá vyrovnat se s náhlým onemocněním jejich dítěte a vytvářet si s nimi tak vztah důvěry. Důvěra pak napomáhá začlenit rodinu do ošetrovatelského týmu. Od rodiny se poté očekává, aby se do celého procesu aktivně zapojila. Je důležité, aby sestra nadále projevila s dítětem a jeho rodinou snahu spolupráce. Úroveň ošetrovatelské péče závisí na počtu sester, které zajišťují ošetrovatelskou péči o dítě, na úrovni vedení zdravotnického týmu a také na jejich pracovní motivaci. Ta totiž poznamenává celkový přístup k práci, k pracovním úkonům a hlavně k nemocnému dítěti (Křivohlavý a Pečenková, 2004; Kotrčová, 2011; Sedlářová, 2008).

1.9 Rozdělení dětského věku do šesti let

Dětský věk do šesti let se rozděluje na prenatalní věk (embryonální a fetální), novorozenecký věk, kojenecký věk, batolecí věk (lezoun, batole) a předškolní věk (Velemínský et al., 2009).

1.9.1 Charakteristika jednotlivých období

„Prenatální období je obdobím nitroděložního vývoje. Trvá od početí do přerušení pupečníku a je nedílnou součástí dětského věku“ (Klíma et al., 2003, s. 31). Za fyziologických podmínek trvá toto období 38 – 42 týdnů. Splynutím gamet (vajíčka a spermie) vzniká jedinec s plnou genetickou výbavou. V prvních třech týdnech vývoje plodu dochází k dělení nediferencovaných buněk a dále k jejich růstu. Od třetího týdne postupně vznikají jednotlivé systémy a orgány. Toto období se nazývá obdobím organogeneze. V této době je plod nejcitlivější na různá poškození, léky, škodliviny, infekce. Období organogeneze končí po 12. týdnu, kdy už by měla být většina životně důležitých orgánů založena. Tyto orgány pouze dozrávají a vyvíjí se. Nežádoucí vlivy vývoj těchto orgánů již tolik neovlivní. Plod podléhá citovým a psychickým náladám matky, ovlivňuje ho celá řada exogenních vlivů včetně sociálních. Prenatální období končí porodem a přerušením pupečníku začíná samostatný postnatální život dítěte (Klíma et al., 2003; Velemínský et al., 2009).

Novorozenecké (neonatální) období začíná odstřížením pupečníku, tedy dobou od narození do ukončeného 28. dne života. Užší novorozenecké období končí 7. dnem života, což je období převratných změn, kdy se porodem zásadně mění životní podmínky jedince. Jde o dobu přizpůsobování se novému prostředí. Klíčové momenty představuje prvních deset minut adaptace – hodnocení dle Apgarové v 1., 5. a 10. minutě, pak dvě hodiny po porodu a nakonec dokončení adaptace do 7. dne života. Ve třetím týdnu dochází k vývoji psyché, zrakového a sluchového soustředění na matku, reakce na matku. Rizika ohrožující život dítěte v tomto období jsou porodní poranění, porucha adaptace, vrozené vývojové vady, krvácivé stavy, novorozenecká žloutenka -

prenatální, perinatální, postnatální (Klíma et al., 2003; Velemínský et al., 2009).

Kojenecké období probíhá od narození do ukončeného prvního roku života. Je obdobím největšího a nejintenzivnějšího růstu. V tomto období dochází k nejbouřlivějšímu psychomotorickému vývoji. Jak motorický, tak i psychický vývoj dítěte předznamenává jeho další schopnosti a dovednosti v pozdějším věku. Je ovlivněn faktory genetickými, stupněm zrání CNS a také podněty a stimuly okolního prostředí, zejména nejbližší rodiny. Ve vývoji kojence se sledují čtyři základní parametry – hrubá motorika (polohy, pohyb, rovnováha celého těla), jemná motorika (pohyby ruky, dovednosti), smyslové vnímání (zrak, sluch, chuť, čich), socializace a citové vnímání (kontakt s okolím, reakce na osoby, hra). Rizika ohrožující život dítěte v tomto období jsou infekční nemoci, hlavně dýchacích a močových cest, poruchy výživy vznikající z dietních chyb, malabsorpční syndrom, infekční průjmy, vrozené vývojové vady, úrazy – především pády z výšky (po přebalování, utírání po koupeli), u starších pak spáleniny a opařeniny, nebezpečí aspirace drobných předmětů (Klíma et al., 2003).

Batolecí období se dělí na dvě etapy – mladší batolata (do 2 let) a starší batolata (od 2 do 3 let věku). Je to období dalšího růstu a vývoje. Růst je však již pozvolnější, převažuje zde psychický vývoj nad motorickým. Pro toto období je charakteristická zvědavost dítěte a mimořádná a trvalá aktivita. Dále se také vyznačuje rozvojem řeči, rozšiřováním kontaktu s okolím a postupné zpevnění stability při chůzi. Rizika v batolecím věku se týkají zejména úrazů (související s pohybem), opaření a popálení, otravy a infekcí horních cest dýchacích, které souvisí s pobytem v kolektivu dětí, křehkou sliznicí a nedostatečnou imunologickou výbavou (Klíma et al., 2003; Velemínský et al., 2009).

Předškolní věk začíná ukončením batolecího období, tedy po 3. roce života a trvá do doby školní zralosti. V tomto období dochází k výraznému rozvoji druhé signální soustavy, chápání abstraktních pojmů a překotným vývojem řeči. Dochází k rozvoji duševních i motorických dovedností. Dítě si postupně uvědomuje vlastní „já“, dochází k fixaci mezilidských vztahů, a to vztahů nejen v rodině, ale i v kolektivu vrstevníků. Rozvoj znalostí a dovedností předbíhá vývoj sebekontroly a ukázněnosti – základních předpokladů školní zralosti. Předškolní věk končí nástupem základní školní docházky

po splnění podmínek školní zralosti. Školní zralostí se rozumí takový stupeň tělesného a duševního vývoje, který je nevyhnutelným předpokladem úspěšného zvládnutí školních požadavků. Možná rizika pro toto období jsou úrazy (soutěživé hry, kola), infekce dýchacích cest, nádory (Klíma et al., 2003; Velemínský et al., 2009).

1.10 Pohled rodiny na nemocné dítě

Dítě se jako pacient nenarodí, ale stává se jím. Ve chvíli kdy se stane pacientem, mění se vše v jeho dosavadním životě. U dítěte, jež postihne akutní onemocnění, dochází společně s narušením zdraví i ke změnám v oblasti fyziologické, psychologické i sociální. Hospitalizace je pro dítě v každém věku i pro jeho rodiče velice traumatizující životní zkušenost. I krátký pobyt dítěte v nemocnici může mít zásadně negativní dopad na celou rodinu. Pohled rodiny na nemocné dítě se mění ve chvíli, kdy rodičům není umožněno dítě v nemocnici doprovázet, poskytovat mu trvale lásku a péči a ochraňovat jej. Zde se jejich pohled upírá ve smyslu pociťování viny, selhání ve své rodičovské roli a ztrácení sebedůvěry, což vede ke snížení schopnosti poskytnout dítěti dostatečnou podporu a pocit jistoty ve chvíli, kdy to jejich dítě nejvíce potřebuje. Tyto situace jsou pro celou rodinu, kdy dítě svěří odbornému personálu, velice stresující. Sestra nikdy nemůže nahradit rodičovskou péči, nemůže dítěti zajistit individuální přístup a naplnění všech potřeb. Z tohoto důvodu je pro většinu dětí jejich pobyt v nemocnici velmi stresující a může mít vážné psychické následky (Sedlářová, 2008).

1.11 Vliv nemocného dítěte na funkci rodiny

Vliv nemocného dítěte do určité míry pozmění povahu dosavadního rodinného fungování. V rodičích jejich nemocné dítě vyvolává velký otřes, a to jak v postojích, tak i jejich představách. Tato situace ovlivní celý rodinný život a rodině to přináší nutnost přehodnotit svou soustavu hodnot. Pečovat o nemocné dítě je náročná skutečnost, která vyžaduje od rodičů velkou dávku porozumění, trpělivosti a času. Toto nepříjemné poznání otevírá tak nové období vzájemných vztahů v rodině. Každý rodič zvládá

takovouto situaci jiným způsobem. Každý z členů rodiny se postupně s tímto faktem vyrovnává svým individuálním způsobem. Onemocnění dítěte se pro rodiče stává mimořádnou zátěží, s níž se musí co nejdříve dokázat vyrovnat (Vágnerová, 2008; Langmeier a Balcar, 2010).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit specifika náhlých příhod břišních u dětí do šesti let
2. Zjistit možné následky náhlých příhod břišních u dětí do šesti let v pooperačním průběhu
3. Zmapovat problematiku náhlých příhod břišních v dětském věku z pohledu sestry
4. Zjistit znalosti rodičů o náhlých příhodách břišních v dětském věku

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u náhlých příhod břišních v dětském věku?
2. Jaké komplikace se vyskytují u náhlých příhod břišních v dětském věku
3. Jakými specifiky se vyznačuje předoperační a pooperační péče u náhlých příhod břišních v dětském věku?
4. Jaký je pooperační průběh u dětí s náhlou příhodou břišní?
5. Jaké následky se mohou u náhlých příhod břišních v dětském věku objevit?
6. Jak vidí sestry problematiku náhlých příhod břišních v dětském věku?
7. Jaké znalosti mají rodiče o náhlých příhodách břišních v dětském věku?

3 METODIKA

3.1 *Použité metody*

K naplnění cílů této diplomové práce byla použita forma kvalitativního výzkumného šetření. Šetření bylo uskutečněno technikou polostrukturovaného rozhovoru, který byl veden se sestrami. Polostrukturovaný rozhovor byl vytvořen na podkladě získaných informací z odborné literatury a na základě výzkumných otázek. Otázky pro sestry byly rozděleny do šesti okruhů, které byly dále specifikovány konkrétními otázkami, na něž sestry odpovídaly nejenom v rámci své ošetrovatelské praxe, ale také na základě svých teoretických znalostí (Příloha 1). Výzkum probíhal vždy s každou sestrou individuálně a vzhledem k jeho časové náročnosti byl jeden rozhovor zpracováván i několik dní.

Druhé výzkumné šetření bylo uskutečněno s rodiči taktéž technikou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor pro matky obsahoval jedenáct otázek, na které odpovídaly na základě svých vědomostí a všeobecné informovanosti (Příloha 2). Výzkum probíhal s každou matkou taktéž individuálně.

Všichni dotazovaní respondenti byli předem upozorněni na to, že jejich identifikační údaje nebudou zveřejněny a že získané výsledky budou použity pouze pro účel diplomové práce. Všechny rozhovory byly uskutečněny během roku 2013.

Informace byly zaznamenány do záznamových archů a dále přepsány přímou transkripcí v programu Microsoft Word 2010. Následně byly rozhovory jednotlivých skupin rozděleny, a to do osmi rozhovorů se sestrami a do osmi rozhovorů s rodiči. K jejich dalšímu zpracování byla použita technika otevřeného kódování - metoda tužka a papír.

Na podkladě opakovaného rozboru postupně vznikaly hlavní kategorie a podkategorie, které byly nadále zpracovány do barevných schémat, které znázorňovaly vzájemné souvislosti mezi nimi. Schémata byla vytvořena v programu Microsoft Word 2010.

3.2 Charakter zkoumaného souboru

První výzkumný soubor tvořilo osm sester z různých nemocnic Jihočeského a Středočeského kraje České republiky. Výběr sester byl záměrný, podmínkou pro zařazení do výzkumu byla pracovní pozice na standardním dětském oddělení, nebo na oddělení dětské intenzivní péče. Identifikační údaje sester (věk, pracoviště dětského oddělení, délka praxe, nejvyšší dosažené vzdělání) jsou zpracovány do tabulky (Tabulka 1).

Druhý výzkumný soubor tvořilo osm rodičů, resp. matek. Polostrukturovaný rozhovor vedený s matkami byl tvořen jedenácti otázkami, jež se zaměřovaly na jejich znalosti a přehled v oblasti problematiky náhlých příhod břišních. Identifikační údaje matek (věk, profese, věk dítěte, zkušenost s onemocněním dítěte v rámci náhlých příhod břišních) jsou zpracovány do tabulky (Tabulka 2).

Tabulka 1 – Identifikační údaje sester

RESPONDENT SESTRA (věk)	PRACOVISŤE DĚTSKÉHO ODDĚLENÍ	DÉLKA PRAXE	NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ
S (1) (32 let)	Jednotka intenzivní a resuscitační péče (Jihočeský kraj)	9 let	Mgr.
S (2) (28 let)	Standartní oddělení (Jihočeský kraj)	2 roky	Bc.
S (3) (37 let)	Jednotka intenzivní péče (Středočeský kraj)	15 let	SZŠ
S (4) (31 let)	Standartní oddělení - malých dětí (Jihočeský kraj)	10 let	SZŠ (dětská sestra)
S (5) (35 let)	Standartní oddělení (Jihočeský kraj)	10 let	SZŠ
S (6) (26 let)	Standartní oddělení - pooperační a pouřazová péče (Jihočeský kraj)	6 let	SZŠ
S (7) (30 let)	Jednotka intenzivní a resuscitační péče (Středočeský kraj)	7 let	Bc.
S (8) (41 let)	Jednotka intenzivní péče (Jihočeský kraj)	17 let	SZŠ, (ARIP)

Tabulka 2 – Identifikační údaje rodičů

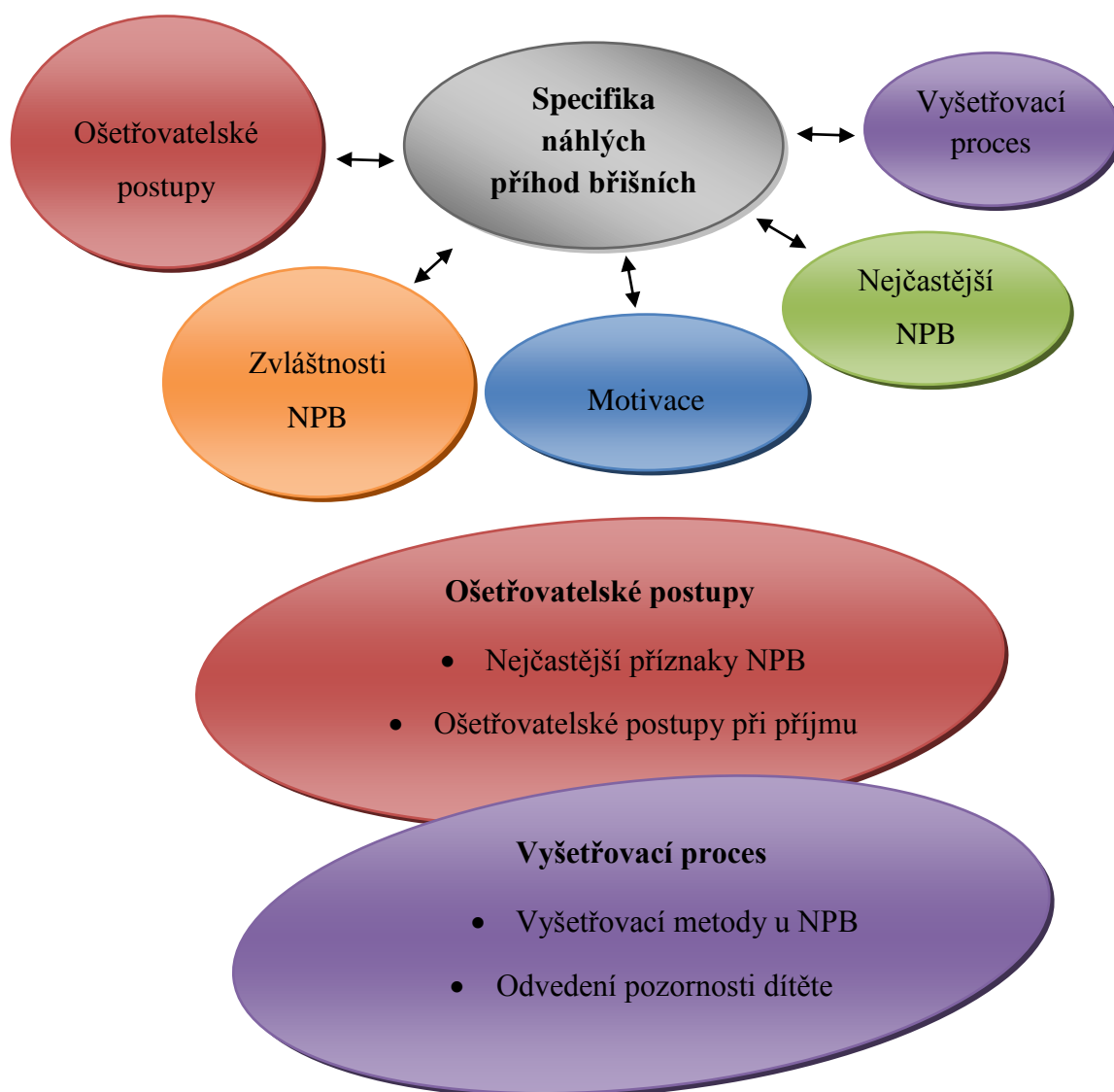
RESPONDENT MATKA (věk)	PROFESE	VĚK DÍTĚTE	ZKUŠENOST S ONEMOCNĚNÍM DÍTĚTE V RÁMCI NPB
M (1) (31 let)	Zapisovatelka u soudu	syn (2 roky)	ne
M (2) (35 let)	Sestra v domově důchodců	syn (5 let) syn (9 let)	ne
M (3) (29 let)	Kadeřnice	dcera (7 let)	ano
M (4) (26 let)	Oblast cestovního ruchu	dcera (4 roky)	ne
M (5) (35 let)	Servírka	syn (7 let) dcera (4 roky)	ne
M (6) (28 let)	Sestra u stomatologa	dcera (4 roky)	ano
M (7) (34 let)	Administrativní pracovník	syn (7 let)	ne
M (8) (30 let)	Asistentka v kosmetické firmě	dcera (3 roky)	ne

4 VÝSLEDKY

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

4.1.1 Specifika náhlých příhod břišních

Schéma 1 **Specifika náhlých příhod břišních**



Kategorie: *Specifika náhlých příhod břišních*, vystihuje okruh určitých specifíků tohoto onemocnění z pohledu dotazovaných sester. V rámci této kategorie jsou všechny sestry vědomy jistých specifických existencí pro toto onemocnění. Tato kategorie je rozdělena na dalších pět podkategorií: *Ošetrovatelské postupy, zvláštnosti náhlých příhod břišních, motivace, nejčastější náhlé příhody břišní a vyšetřovací proces*. Do podkategorie: *Ošetrovatelské postupy*, jsou začleněny dvě oblasti: *Nejčastější příznaky náhlé příhody břišní a ošetrovatelské postupy při příjmu*. Druhá podkategorie: *Zvláštnosti náhlých příhod břišních*, je samotnou podkategorií, třetí podkategorie: *Motivace* je také samotnou podkategorií, stejně jako předposlední podkategorie: *Nejčastější náhlé příhody břišní*. Do poslední podkategorie: *Vyšetřovací proces*, jsou včleněny dvě oblasti, a to: *Vyšetřovací metody u náhlých příhod břišních a odvedení pozornosti dítěte*.

Podkategorie: *Ošetrovatelské postupy*, zachycuje specifika ošetrovatelského procesu v rámci počínajících příznaků a následného ošetrovatelského průběhu tohoto onemocnění.

Z rámce první oblasti: *Nejčastější příznaky náhlé příhody břišní*, vyplývá skutečnost, která vypovídá o tom, z jakého důvodu rodiče s dětmi nejčastěji v souvislosti s tímto onemocněním lékaře vyhledávají.

Za nejčastější důvod, kdy se rodič s dítětem dožaduje odborné lékařské pomoci, považují všechny sestry kromě **S (4)** zvracení. Důvodem, kdy rodiče s nemocným dítětem vyhledávají lékařskou pomoc, je také dle všech sester kromě **S (3, 4)** bolest břicha, jejíž charakteristiku dle **S (1, 2, 3)** rodiče nejčastěji lokalizují v oblasti okolí pupku. V této souvislosti hovoří dále **S (5)** o tom, že se u batolat nejčastěji setkává s bolestmi celého břicha a u předškolních dětí je bolest dle jejích slov nejčastěji jednostranná anebo přemísťující se z určitého místa na místo jiné. **S (8)** v tomto směru uvádí, že rodiče nejčastěji charakterizují bolest v oblasti epigastria. V rámci této problematiky se všechny sestry kromě **S (5, 8)** dále zmiňují o neutišitelném pláči dítěte. V souvislosti s pláčem hovoří **S (1)** o tom, že zejména matky, které mají kojence, často udávají změnu ve výrazu jeho tváře a to, že dítě změnilo výraz pláče – brečí bolestí. Další pádným důvodem je v této oblasti zvýšená tělesná teplota, kterou zmiňují všechny

sestry kromě **S (1, 3)**. Skutečnost, že rodič s dítětem vyhledává lékaře z toho důvodu, když dítě odmítá potravu nebo trpí nechutenstvím, popisují ve svých rozhovorech **S (1, 3, 4, 7, 8)**. Ve chvíli, kdy rodiče vyhledávají odbornou pomoc lékaře z důvodu neprospívání dítěte nebo v situaci, kdy dítě trpí zácpou, shledávají důvod **S (3, 4, 7)**. Na stejném důvodu návštěvy lékaře, jakým je zástava odchodu plynů u dítěte, se nezávisle na sobě shodují **S (3, 4, 8)**. Další z mnoha důvodů, kdy rodič vyhledává lékaře za účelem pomoci, zmiňuje **S (3)** nafouklé břicho dítěte a **S (4)** udává stav, kdy dítě ubývá na váze a je neklidné. Průjem, kterým dítě trpí, je dalším důvodem návštěvy lékaře, a to dle slov **S (5, 7)**. Na základě svých zkušeností považuje dále **S (8)** za častý důvod nauzeu a úbytek močení u dítěte.

Druhá oblast: *Ošetrovatelské postupy při příjmu*, v sobě zahrnuje následný ošetrovatelský průběh a jisté ojedinělé činnosti prováděné v procesu přijetí dítěte.

Všichni respondenti z řad sester se v rámci této oblasti shodují nezávisle na sobě na tom, že se do ošetrovatelských činností při příjmu dítěte s podezřením na náhlou příhodu břišní plně zapojují, plní ordinace lékaře, asistují lékařům a hovoří o tom, že tato fáze je jedna velká týmová spolupráce. Dále poukazují za nutné aktivní vyšetření dítěte lékařem a také vyšetření zobrazovacími metodami. V této fázi se taktéž shodují na činnostech, jakými jsou odebrání biologického materiálu a zavádění intravenózní kanyly. **S (5)** se zmiňuje o tom, že se u menších dětí zavádí žilní linka až na sále. Všechny sestry kromě **S (2, 6)** popisují tuto fázi jako fázi urgentní, která je spojená s předoperační přípravou a je indikací k operačnímu výkonu. Dále všechny sestry kromě **S (7, 8)** uvádí v této fázi úvodního vyšetřovacího procesu nutnost provedení chirurgického konzilia a dále kromě **S (3, 5)** hovoří o tom, že prvotním úkolem je připravit lůžko před příjmem dítěte. **S (1, 2, 3)** udávají v rámci této fáze nutnost sonografického vyšetření. O tom, že sestra v této fázi zaujímá roli administrativní pracovnice, která se věnuje přípravě chorobopisu a vyplňování žádanek, se zmiňují **S (1, 2, 3, 4, 8)**, v rámci čehož **S (2)** poukazuje na skutečnost, že administrativní činnosti jsou čím dál více časově náročnější. Fyziologické funkce monitorují u dítěte **S (1, 2, 3, 7, 8)**. Dále **S (1, 4, 5, 7, 8)** shodně popisují, že je situace ve chvíli příjmu velmi rychlým procesem, ve kterém se všechny ošetrovatelské činnosti uskutečňují

ve velmi krátkém časovém omezení a jsou tak z tohoto důvodu prováděny nezbytně rychle. Jako důležitý fakt této fáze udávají **S (1, 4, 8)** lačnění dítěte. **S (1, 6, 7, 8)** hovoří o tom, že situaci na oddělení ve chvíli příjmu dítěte s tímto onemocněním organizuje lékař, na jehož základě pak jednájí samy sestry a plní dle jeho ordinací ošetrovatelské intervence. **S (1)** hovoří ze své vlastní zkušenosti o tom, že se bolest dítěte někdy utlumí způsobem, ve kterém se dítě umístí do zvýšené polohy. Dle ordinace lékaře zajišťuje sestra přípravu na možnou transfuzi. Dále říká, že nemá dostatek času na podávání veškerých informací vystrašeným rodičům, které od ní v tu chvíli informace vyžadují. Přesto se v rámci svých kompetencí snaží v časovém omezení říci vše potřebné a důležité. **S (2, 4, 5)** v rámci této oblasti vysvětlují, že situace na oddělení při příjmu dítěte je organizována na základě denní doby. Příjem dítěte s podezřením na náhlou příhodu břišní v době ranních až časných odpoledních hodin je organizován především staniční sestrou. V odpoledních, večerních, nebo nočních hodinách si organizaci na oddělení dle dotazované sestry organizuje sama sestra ve službě, nebo jedna ze dvou sester na oddělení. Na základě tohoto tvrzení se dále **S (2)** zmiňuje o tom, že prvotní organizace vychází z úst lékaře. **S (3)** říká, že si situaci na oddělení v okamžiku příjmu a následně i v jiných chvílích organizují samy sestry. Konkrétní vyšetření, které je v této fázi důležité, je dle **S (3, 4)** magnetická resonance. V rámci této fáze se dále **S (3, 4, 5)** zmiňují o povinném časném nebo pozdním podepisování informovaných souhlasů s operačním výkonem. V rámci ošetrovatelských činností zavádějí v této fázi **S (3, 7, 8)** nasogastrickou sondu. Dále tyto sestry kromě **S (8)** zavádějí i permanentní močový katetr. **S (3)** následně zmiňuje zobrazovací vyšetření, která jsou součástí jistých ošetrovatelských činností a to CT, RTG a irigografie. **S (4)** se v této fázi snaží poskytnout psychickou podporu. „*V tomto případě se většinou jedná o podporu, která je věnována buďto dítěti v předškolním věku, které je schopno rozumově vnímat, anebo většinou matce dítěte.*“ **S (7, 8)** se v rámci této problematiky shodují na tom, že ve chvíli příjmu dítěte s podezřením na onemocnění náhlé příhody břišní je nezbytně nutná anamnéza dítěte.

Podkategorie: ***Zvláštnosti náhlých příhod břišních***, v sobě zahrnuje specifika a značné neobvyklosti tohoto onemocnění, která jsou viditelná z pohledu sester.

S (1) tvrdí, že každé onemocnění je individuální, každé dítě je individuální a že příjem dítěte s náhlou příhodou břišní je samo o sobě velké specifikum, které vyžaduje individuální péči. **S (2, 3)** vidí specifikum tohoto onemocnění v anatomických a fyziologických poměrech a také v atypickém uložení některých břišních orgánů, což může zkomplikovat diagnostiku jistého onemocnění. Specifikum také vidí v samotných dětských pacientech. Specifičnost náhlých příhod břišních v nelehké diagnostice tohoto onemocnění shledává **S (2, 3, 5, 7)**, z nichž **S (2)** udává, že specifický je pro ni fakt, že děti nedokáží řádně komunikovat, a tak nedokáží ani přesně lokalizovat jejich bolest. **S (3, 4, 8)** vidí specifikum v urgentním operačním řešení a v tom, že prověřili se skutečnost tohoto onemocnění, přichází v potaz neodkladná péče a také neodkladný výkon. **S (4)** v rámci této problematiky popisuje: „*Specifika vidím v tom, že já jako sestra znám a plním ošetrovatelské intervence. Uložím přijaté dítě na lůžko, zajistím monitoraci fyziologických funkcí, uskutečním STATIM laboratorní vyšetření, zadám chirurgické konzilium, připravím ultrazvuk pro vyšetření lékařem a zajistím, aby rodiče byli od lékaře příslušně informováni.*“ Dále pokračuje slovy, že plní funkci administrativního pracovníka a jako další specifikum shledává v rámci tohoto onemocnění nedostatek času. **S (5)** hovoří o tom, že toto onemocnění je specifické svými někdy zastřenými projevy. Nasazení antibiotické léčby po operaci, pravidelné chirurgické kontroly, dietní opatření po operaci a dodržování pooperačního režimu je ojedinělým specifikem pro **S (6)**. Taktéž **S (7)** se v rámci zvláštností náhlých příhod břišních vyjadřuje, a říká: „*Určitá specifika vidím v emocionálním prožívání samotného dítěte a jeho rodičů.*“ **S (8)** hovoří o tom, že je náhlá příhoda břišní specifická svým náhle vzniklým akutním stavem. Specifikum tohoto onemocnění vidí sestra také v silné bolesti, kterou dítě trpí a která je pro toto onemocnění typickým znakem.

Z této podkategorie dále vyplývají značné ojedinělosti náhlých příhod břišních, které jsou z analýzy rozhovorů zřejmé.

S (1, 2, 6, 7) se s faktem, který by se mohl nazývat zvláštností v souvislosti s tímto onemocněním, ve své praxi setkaly. **S (3, 4, 5, 8)** se naopak nikdy nesetkaly s ničím, co by pro ně v praxi znamenalo jistou zvláštnost. Za celkem netypický fakt považuje

S (1) pokles saturace, což by dle jejích slov mohlo být ovlivněno danou bolestí dítěte. Dále také zmiňuje snížené glasgow coma scale. **S (2)** udává, že u dětí může velice rychle nastat rozvrat vnitřního prostředí a může u dítěte dojít k podcenění některých příznaků. To, že je toto onemocnění ojedinělé svou obtížnou diagnostikou, zmiňuje **S (3, 7)**. V rámci této fáze zmiňují **S (4, 5)** zvláštnost, jakou je možné zastření příznaků tohoto onemocnění. **S (6)** si jako jediná v souvislosti s daným tématem žádnou zvláštnost neuvědomuje. **S (8)** hovoří o tom, že mnohdy nemocné dítě nedokáže pro zmírnění bolesti najít úlevovou polohu a vyznačuje se netypickým chováním. V tom vidí jistou zvláštnost tohoto onemocnění.

Podkategorie: *Motivace*, v sobě zahrnuje jisté způsoby motivace rodičů k řádnému dodržování rekonvalescence v domácím prostředí a také různé způsoby motivace, které vzešly z analýzy rozhovorů. Popisuje způsoby, jak sestry motivují děti anebo jejich rodiče k dodržování léčebného režimu do domácího prostředí.

Všechny sestry kromě **S (1)** udávají, že se snaží rodiče nemocných dětí motivovat na základě edukace a to za jediným cílem, kterým je uzdravení. Jediná **S (1)** přiznává, že se na JIRP s motivací rodičů v případě propouštění do domácí péče příliš nesetkává, jelikož dítě je většinou překládáno na standardní oddělení, z něhož až poté odchází domů. Dále ovšem dodává, že pokud je v jejích silách, vždy se rodičům snaží v průběhu hospitalizace na případné otázky odpovědět. **S (2, 3, 4, 6, 8)** směřují motivaci rodičů ke správnému uzdravování jejich dítěte, a to ve smyslu vyvarování se možným rizikům a potencionálním komplikacím. V rámci této motivace se sestry snaží rodiče upozornit na možná rizika a komplikace, která by v souvislosti s nedostatečným, nebo i zanedbaným léčebným režimem mohla nastat. **S (2, 4, 5, 6)** motivují rodiče ve smyslu edukace, a to tak, že kladou důraz na jednotlivé úkony a na to, co je v rámci poskytování péče důležité. Dále také hovoří o tom, že edukují rodiče v rámci toho, na co mají při poskytování jakékoliv péče o dítě dávat pozor. Všechny tyto zmiňované sestry i se **S (7)** motivují rodiče v rámci edukace v souvislosti s poskytováním informací o tom, jak správně dodržovat řádný léčebný režim. **S (4)** se v rámci motivace rodičů inspiruje na základě individuálních potřeb nemocného dítěte a lékařského doporučení. **S (5)** hovoří v rámci této problematiky slovy: „*Snažím se rodinným příslušníkům*

poskytnout informace o dodržování léčebného režimu, do něhož zařazují dodržování nutnosti dietního opatření a nepřiliš vysokou fyzickou aktivitu.“ **S (7)** poukazuje v rámci motivace na správnou edukaci, a to jak v rovině teoretické, tak v rovině praktické. Jakožto sestra se v rámci motivace snaží povzbuzovat a podporovat jak rodiče, tak i dítě předškolního věku. Motivace dětí je dle sestry specifická u každého dítěte a zásadní roli hraje věk. U větších dětí sestra uplatňuje metodu motivace „být zdravý“.

Podkategorie: *Nejčastější náhlé příhody břišní*, ztvárňuje nejčastější výskyt určitých druhů tohoto onemocnění vyskytující se na konkrétním oddělení a to na základě analýzy rozhovorů, ve kterých dotazované sestry hovořily v souvislosti se svými zkušenostmi ze své praxe.

Všechny sestry kromě **S (3, 4)** udávají jako častou náhlou příhodu břišní, která se na jejich oddělení vyskytuje, apendicitidu. Dále kromě **S (2, 6)**, zmiňují invaginaci jako častou náhlou příhodu břišní, která se objevuje na oddělení, kde pracují. **S (1, 2, 5, 6, 7, 8)** se na svém oddělení v oblasti náhlých příhod břišních setkávají nejčastěji s náhlými příhodami břišními úrazovými. **S (1, 3, 7)** v souvislosti s tímto tématem považují za nejčastější náhlé příhody břišní ileózní stavy. **S (3)** hovoří v rámci často objevovaných náhlých příhod břišních o atézii a o stenózách střev, jakožto o chorobách, které se často objevují na oddělení, kde pracuje. Zmiňovány jsou **S (4, 5)** v souvislosti s touto problematikou také kýly, kdy se **S (4)** následně zmiňuje o konkrétní kýle uskřinuté. **S (7, 8)** považují za nejčastější náhlou příhodu břišní objevující se na oddělení, kde pracují, peritonitidu. **S (7)** se nejčastěji setkává se záněty střev spojených s divertikulitidou a se spolknutím cizích těles.

Podkategorie: *Vyšetřovací proces*, zachycuje specifika procesu, který je v rámci tohoto onemocnění nezbytný.

První oblast této podkategorie: *Vyšetřovací metody u náhlých příhod břišních*, vypovídá na základě analýzy rozhovorů o takových vyšetřovacích metodách, které jsou při tomto onemocnění na dětského pacienta aplikované.

V rámci této oblasti se sestry zmiňovaly o vyšetřovacích metodách, provádějících se ihned při příjmu dítěte s podezřením na toto onemocnění.

Při příjmu dětského pacienta se nejprve provádí důležitý anamnestický sběr dat, což je tvrzení **S (7, 8)**, a také fyzikální vyšetření, zmiňované **S (3, 7, 8)**. Všichni respondenti z řad sester hovoří o tom, že se v rámci této oblasti provádí laboratorní vyšetření krve a vyšetření sonografické. Kromě **S (7)** zařazují k vyšetřovacím metodám, jež se provádí při příjmu dítěte, také chirurgické vyšetření a dále i laboratorní vyšetření moče, které udávají všechny sestry kromě **S (4, 7)**. V této fázi shledávají **S (1, 4, 6)** nutnost zajištění intravenózního vstupu. O důležité přítomnosti vyšetřovací metody, jakou je magnetická resonance se zmiňují **S (3, 4)**, o CT vyšetření hovoří **S (3, 4, 5, 7)**, které následně, kromě **S (5)**, jmenují další zobrazovací vyšetření, jakým je rentgen. V rámci vyšetřovacích metod prováděných při příjmu dítěte se dále **S (3)** zmiňuje o irigografii. Dalším vyšetřením je v této oblasti vyšetření endoskopické, jehož přítomnost lze v rámci této problematiky vyčíst z analýzy rozhovoru dotazované **S (7)**. Do vyšetřovacích metod následně zařazuje **S (8)** případné dovyšetření urologem.

V této oblasti dále hovořily sestry o fyzikálním vyšetření, v rámci něhož se shodly na vyšetření pohledem, poslechem, poklepem a pohmatem. Kromě **S (4, 7)** se zmiňují o tom, že se v souvislosti s fyzikálním vyšetřením setkávají i s vyšetřením per rectum. Na základě tohoto faktu ovšem upřesňují, že se toto vyšetření neprovádí vždy. **S (2)** v rámci tohoto faktu na základě svých zkušeností upřesňuje, že vyšetření per rectum provádí lékař dle věku dítěte. **S (4)** udává, že se dítě s podezřením na náhlou příhodu břišní nechá vyšetřit nejprve pediatrem a poté chirurgem. **S (7)** hovoří o tom, že se při příjmu dítěte provádí sledování fyziologických funkcí – změření krevního tlaku, pulzu, dechu a tělesné teploty. **S (8)** se dále zmiňuje o měření hmotnosti dítěte, což je dle ní důležitý poznatek v rámci transportu na sál, na jehož základě pak lékaři ordinují dávkování příslušné medikace.

Nakonec se v této oblasti sestry zmiňovaly o nutnosti vyšetření tohoto onemocnění jistými lékařskými specialisty.

Všechny sestry jsou přesvědčeny o nutnosti toho, aby bylo dítě vyšetřeno lékařským specialistou, kterým je chirurg. Na skutečnosti, že každé dítě při podezření na náhlou příhodu břišní vyšetřuje pediatr, který poté provádí sonografické vyšetření, se shodují **S (1, 3, 6)**. Po vyšetřeních je vždy důležitý také posudek od lékaře, který

provádí diagnostiku na radiodiagnostickém oddělení, což ve svých rozhovorech tvrdí **S (3, 7)**, kdy **S (7)** dále zmiňuje také výjimečné případy, v kterých je na konzilium volán gastroenterolog. To, že v případě komplikovanější diagnostiky se provádí vyšetření urologem, doplňuje **S (8)**.

Druhá oblast: *Odvedení pozornosti dítěte*, se na základě výpovědí dotazovaných respondentů z řad sester zmiňuje o rozptylování pozornosti dětského pacienta při vyšetřovacím procesu.

V rámci této oblasti se sestry zmiňují o situaci, ve které probíhá vyšetřování dítěte nižší věkové kategorie.

Všechny sestry se nezávisle na sobě shodují na tom, že vyšetření dítěte probíhá vždy ve spolupráci se sestrou. **S (2, 4, 8)** se zmiňují o tom, že je v této chvíli v rámci manipulace s dítětem důležitá dispozice i více sester. **S (4, 7, 8)** poznamenávají, že aby bylo dítě utišeno do takového stádia, v kterém je možné ho kvalitně vyšetřit, je důležitá přítomnost i rodiče. Skutečnost, že je při vyšetřování dítěte velice důležitá spolupráce mezi lékařem a sestrou, vyznačují ve svých výpovědích **S (5, 7)**. **S (6)** se zmiňuje o tom, že je v této fázi důležité zajistit klid dítěte, umět dítě správně přidržet, dokázat ho uklidnit, a to vše pomocí nějaké hračky. **S (8)** říká: „*Většinou jsme na tuto situaci dvě – já a kolegyně a mnohdy nám pomáhá i ošetřovatelka.*“

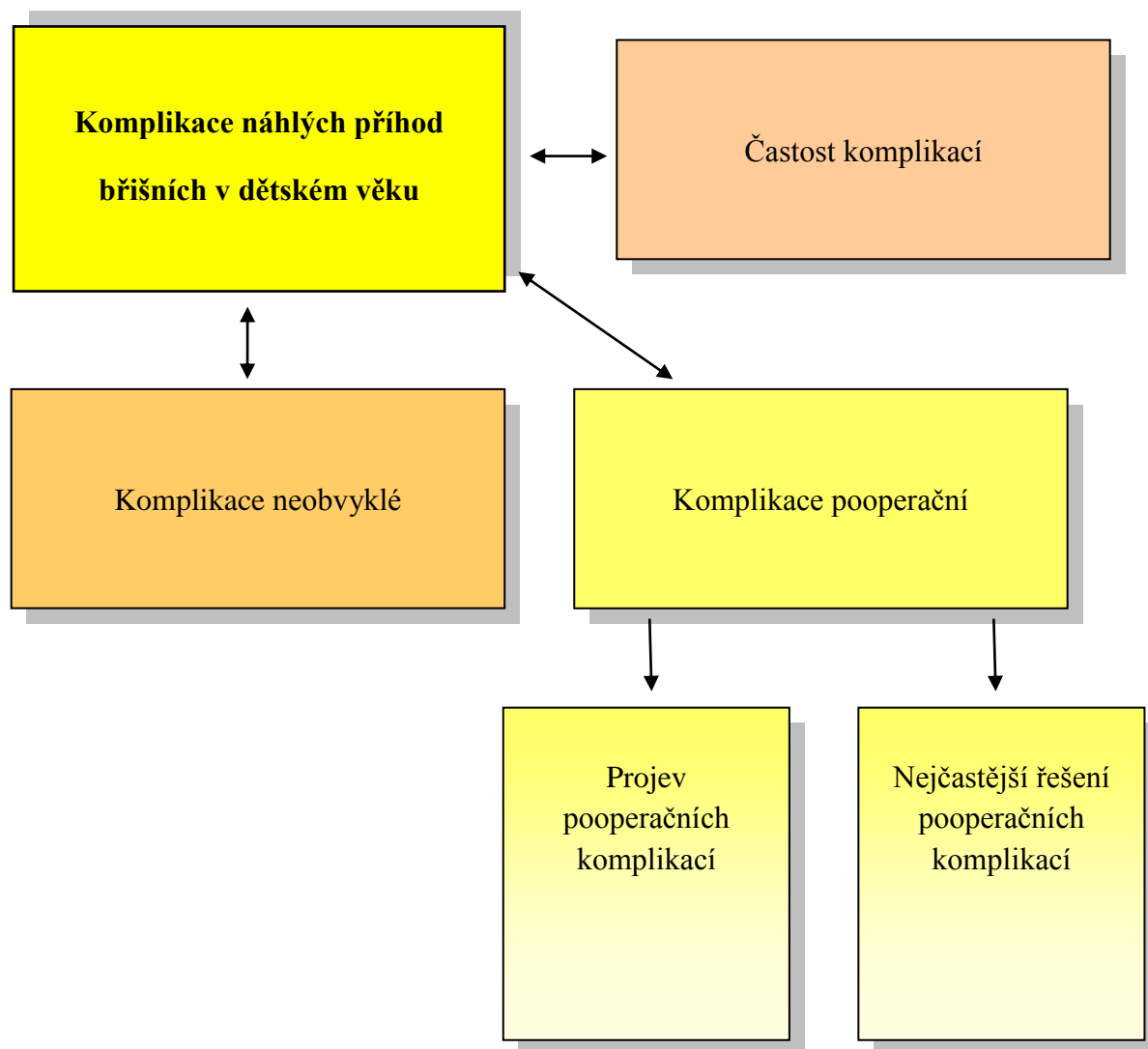
Tato oblast dále vypovídá na základě analýzy rozhovorů o tom, kdo pozornost dítěte v této fázi odvádí a jakými způsoby se tak činí.

Všechny sestry se zmiňují o tom, že pozornost dítěte při diagnostických a léčebných postupech odvádí sestra. **S (7)** pak udává, že pozornost dítěte může odvádět i jiný pracovník příslušného oddělení. Všechny sestry kromě **S (3, 4)** se dále zmiňují o tom, že pozornost dítěte se od výkonu odvádí pomocí nějaké hračky, a taktéž může být odváděna pomocí štětiček namočených v glukóze, což zmiňují **S (1, 3)**. Adekvátní verbální vysvětlování využívají v tomto směru **S (2, 5, 7, 8)**, a to v rámci rozhovoru, kdy se s dítětem snaží na oddělení, kde pracují, komunikovat. **S (2)** hovoří ze svých zkušeností o tom, že používá v rámci této fáze názornou ukázkou. Názorná ukáзка je dle dotazované předváděna například na nějakém medvídkovi, aby děti měly možnost vidět to, co je čeká. Zmiňována je v této oblasti také nabízená motivace odměny,

a to **S (3, 7)**, které mají v rámci takové motivace na mysli třeba obrázek, kterého na svém oddělení využívá taktéž **S (5)**. Ta se pomocí něho snaží dítě uklidnit a odvést jeho pozornost od toho, co se skutečně děje. Fakt, že při diagnostických vyšetřeních a léčebných postupech odvádí pozornost dítěte jeho rodič (pokud je přítomen), zmiňují ve svých rozhovorech **S (3, 4, 6, 7)**. **S (8)** se snaží v této situaci o mateřský a empatický přístup, v rámci něhož zajišťuje bezpečnost dítěte.

4.1.2 *Komplikace náhlých příhod břišních v dětském věku z pohledu sestry*

Schéma 2 **Komplikace náhlých příhod břišních v dětském věku**



Kategorie: *Komplikace náhlých příhod břišních v dětském věku z pohledu sestry*, popisuje možné negativní jevy a jejich možný výskyt v souvislosti s onemocněním náhlých příhod břišních. Z analýzy rozhovorů je tato kategorie rozdělena na tři další podkategorie: *Častost komplikací*, *komplikace neobvyklé*, *komplikace pooperační*. Do podkategorie: *Komplikace pooperační*, jsou zařazeny další dvě oblasti, a to: *Projev pooperačních komplikací a nejčastější řešení pooperačních komplikací*.

Tato kategorie hovoří na základě výpovědí sester o tom, že všechny sestry si možné komplikace u náhlých příhod břišních uvědomují.

Podkategorie: *Častost komplikací*, zahrnuje informační sled od dotazovaných sester z oblasti jejich sesterské praxe.

Z výpovědí **S (2, 4)**, lze vyčíst, že shledávají komplikace za méně časté. Jsou si komplikacemi vědomy, ale nemají s nimi žádnou zkušenost. **S (6)** považuje komplikace taktéž za méně časté. S pooperační komplikací, čímž byla ruptura stehů, se setkala pouze jednou. **S (1, 3, 5, 7, 8)** s komplikacemi zkušenost mají a jejich častost si uvědomují. **S (1)** se s komplikacemi ve své praxi setkala. Zkušenosti má s krvácením z operační rány, s přítomností infekce v operační ráně a s ponecháním cizího tělesa v dutině břišní. **S (3)** považuje za častou komplikaci u dítěte netoleranci stravy, rupturu a nekrózu střeva, což může dle dotazované vést až k septickému stavu dítěte. Tyto dvě sestry mají v rámci výskytu komplikací zkušenost také s dehiscencí rány. **S (5)** na základě komplikací hovoří o strachu a úzkosti dítěte, v čemž častou komplikaci shledává. Dále zmiňuje hospitalismus dítěte. **S (7)** zmiňuje zánětlivé komplikace a častost komplikací vidí v samotném operačním období. **S (5, 7)** se v rámci komplikací shodují na špatném hojení operační rány. **S (3, 8)** považují za častou komplikaci vysoké teploty. Bolesti břicha a zvracení jsou častými komplikacemi pro **S (8)**. V rámci výskytu komplikace shledávají **S (7, 8)** emotivní vnímavost dítěte.

Druhá podkategorie: *Komplikace neobvyklé*, měla specifikovat zkušenosti dotazovaných sester v rámci takových komplikací, s kterými se samy setkaly a považují je za neobvyklé.

S (2, 4, 6) konstatují, že se neseťkaly s žádnou dle nich neobvyklou komplikací, kdežto **S (1, 3, 5, 7, 8)**, se s neobvyklou komplikací ve své praxi setkaly. **S (1)** popisuje

jako neobvyklou komplikaci u náhlé příhody břišní případ, kdy chirurgové zapomněli v dutině břišní operační roušku. Dle sestry se dítěti předškolního věku zhoršil po operačním výkonu jeho celkový stav, měl vysoké neklesající teploty a bolest mu neustupovala ani po podávání silných analgetik. Dítě bylo důkladně vyšetřeno a na RTG mu byla objevena zapomenutá operační rouška. **S (3)** v rámci své praxe považuje za méně obvyklou komplikaci výskyt peritonitidy, s kterou se po operaci náhlé příhody břišní setkala. **S (5, 8)** považují za neobvyklou komplikaci iatrogenní poranění, s kterým se obě dotazované setkaly. **S (5)** hovoří v rámci této problematiky o dítěti v předškolním věku, jež mělo po operačním výkonu úrazové náhlé příhody břišní nadměrné krvácení z operační rány, kdy se přes noc ordinovala transfuzní léčba a dítě šlo druhý den akutně na sál. Dle sestry došlo v průběhu operačního výkonu k iatrogennímu poranění. Stejně taktéž hovoří o iatrogenním poranění **S (8)**: „*Jednou jsem se u dítěte setkala s iatrogenním poraněním, kdy došlo k perforaci střeva.*“ **S (7)** považuje za neobvyklou komplikaci stenózu trávicí trubice u kojence, což byl důsledek pooperačního výkonu.

Podkategorie: **Komplikace pooperační**, k sobě zahrnuje další dvě oblasti, které z této podkategorie vycházejí: *Projev pooperačních komplikací a nejčastější řešení pooperačních komplikací.*

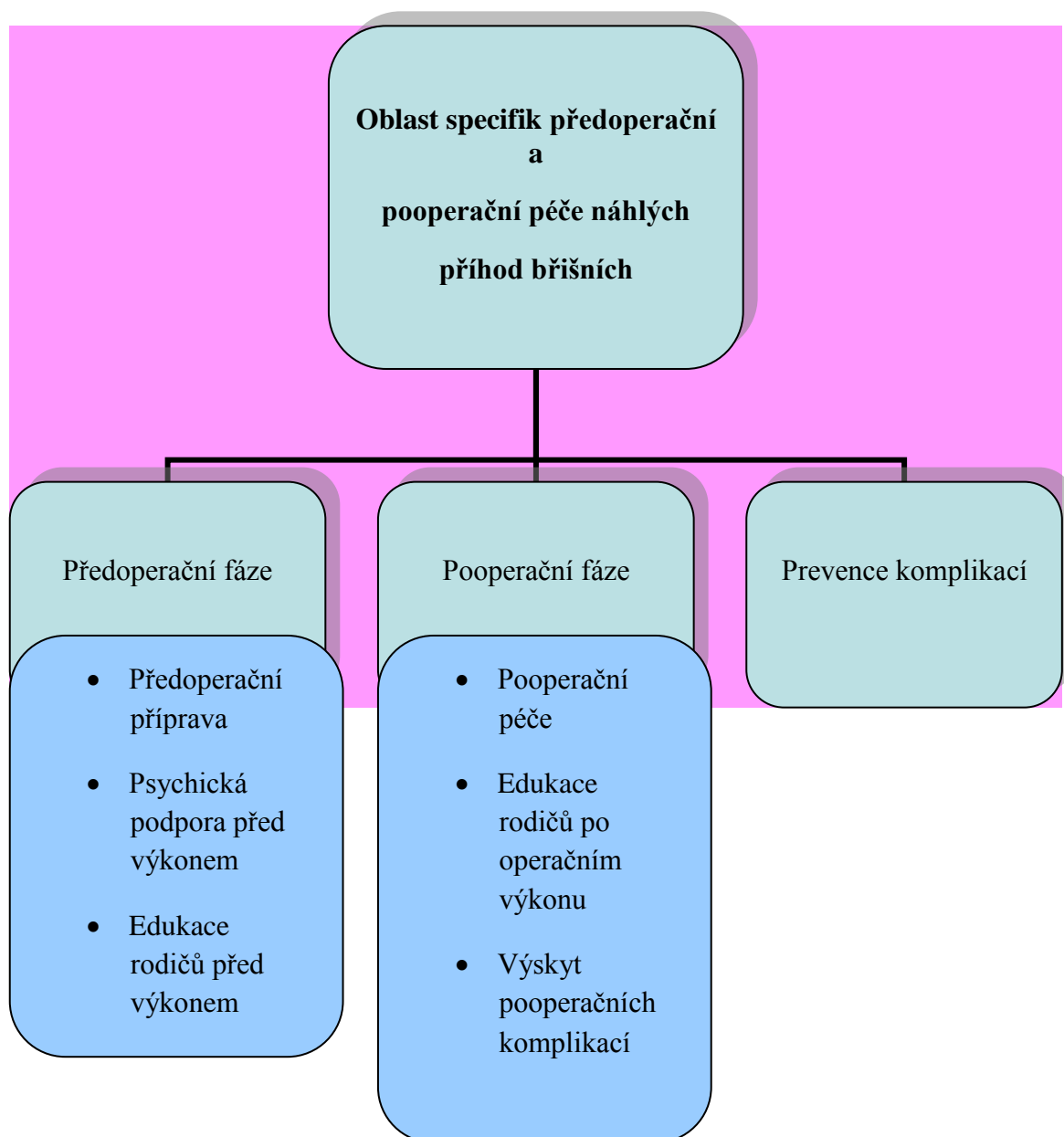
V rámci oblasti: *Projev pooperačních komplikací*, nereagovaly **S (2, 4)**, dle jejich slov, ne na základě svých praktických zkušeností, nýbrž na základě teoretických znalostí. Nezávisle na sobě se sjednotily v tvrzení, že jedním z projevů mohou být vyskytující se zánětlivé známky v operační ráně. Všechny sestry, kromě již dvou výše zmiňovaných, hovořily a na danou problematiku reagovaly na základě svých praktických zkušeností. **S (1, 2, 3, 5, 7, 8)** shledávají projev pooperační komplikace ve zvýšení tělesné teploty, dále je v této problematice zmiňován pláč, a to **S (1, 2, 5, 6, 7)**. Jako projev dalších pooperačních komplikací je charakterizováno **S (1, 3, 7)** neprospívání dítěte, **S (2, 3, 5)** hovoří o schvácenosti a slabosti dítěte a **S (1, 5)** zmiňují změny fyziologických funkcí. **S (1)** dále udává jako projev pooperační komplikace prosáklý obvazový materiál a **S (2)** vidí projev ve stažení břišní stěny a v zimnici. Bolest je jakožto pooperační komplikací vyjadřována v rozhovorech se **S (2, 5, 6, 7, 8)**, z nichž **S (2, 5, 7)** zmiňují fakt, že pooperační

komplikace jsou u dítěte individuálním projevem. V rámci projevu pooperačních komplikací hovoří **S (3, 4)** o komplikaci jakožto o operační ráně, která je neklidná, zarudlá a serózní, kdy **S (4)** jmenuje v rámci tohoto pojmu další konkrétní projevy, jakým je otok operační rány, hematom v operační ráně, nekróza rány, ruptura stehů. Dále je **S (3, 5, 7, 8)** zmiňováno zvýšení zánětlivých hodnot v krevních odběrech a **S (3)** v této problematice hovoří o možné zácpě a možném útlaku na dolní dutou žílu. **S (5)** uvádí v rámci projevu pooperačních komplikací neochotu spolupráce dítěte, vyhledávání úlevové polohy a palpačně tvrdé břicho. **S (6, 7)** tvrdí, že pooperační komplikace mají negativní vliv na psychiku dětského pacienta, na základě čehož **S (7)** doplňuje: „*Za komplikaci můžeme mnohdy považovat i dlouhou hospitalizaci, která může mít negativní vliv na dětského pacienta*“.

V rámci druhé oblasti: *Nejčastější řešení pooperačních komplikací*, se všechny dotazované sestry shodly na tom, že pooperační komplikace se nejčastěji řeší revizním operačním způsobem. V této problematice zdůrazňují **S (5, 7, 8)** skutečnost rychlého, akutního zákroku, který je třeba provést co nejdříve. **S (2, 5, 6)** dále udávají, že další možností je také konzervativní postup, kdy **S (5)** svými slovy upřesňuje: „*Důležité je v této situaci zprostředkovat akutní chirurgické konzilium, z něhož poté vyplývá postup, který bude následovat*.“ **S (1, 2, 8)** se shodují na tom, že řešení je v rámci konkrétní vzniklé komplikace individuální. Na skutečnost, že důležitou roli hraje v této problematice lékař, poukazují **S (1, 5, 6, 8)**.

4.1.3 Oblast specifík předoperační a pooperační péče náhlých příhod břišních

Schéma 3 **Oblast specifík předoperační a pooperační péče náhlých příhod břišních**



Kategorie: *Oblast specifík předoperační a pooperační péče náhlých příhod břišních*, vystihuje rámec celé předoperační přípravy a pooperační péče, v němž jsou zahrnuty i jisté zvláštnosti těchto fází. Tato kategorie je rozdělena na tři konkrétní podkategorie: *Předoperační fáze, pooperační péče a prevence komplikací*. Do podkategorie: *Předoperační fáze*, jsou začleněny další tři okruhy: *Předoperační příprava, psychická podpora před výkonem a edukace rodičů před výkonem*. Do podkategorie pooperační péče jsou taktéž zařazeny tři okruhy, a to: *Pooperační péče, edukace rodičů po operačním výkonu a výskyt pooperačních komplikací* a to v souvislosti s prodělaným operačním výkonem.

V této kategorii je po uskutečněných rozhovorech zřejmé, že je všem dotazovaným sestrám kategorií velice blízkou. Každá sestra dokáže o jisté specifičnosti této oblasti s přehledem hovořit. V rámci této kategorie je ovšem viditelné, že se v některých oblastech na základě individuálních zkušeností jisté výpovědi sester dost liší.

Podkategorie: *Předoperační fáze*, ztvárňuje specifika předoperační přípravy u dítěte. Zahnuje k sobě tři oblasti zmiňované výše.

V rámci první oblasti: *Předoperační příprava*, hovořily sestry o zvláštích této oblasti. Všechny sestry jsou přesvědčeny o tom, že pro předoperační přípravu jistá specifika existují.

S (1, 2, 3, 5, 6) shledávají jisté specifikum v tom, že se dítěti nebudou podávat žádná analgetika. Z toho **S (1, 3)** zmiňují kromě konkrétních analgetik také antibiotika. **S (1, 5, 6, 7)** před výkonem vystihují v rámci specifika lačnění dítěte. **S (1, 6)** hovoří o tom, že je v této fázi nutné zajistit informovaný souhlas rodiče s operačním výkonem u jejich dítěte. **S (5, 7)** včetně **S (6)**, konkrétně zdůrazňují skutečnost, že pokud je výkon prováděn z vitální indikace, souhlasy rodičem se podepisovat nemusí. **S (1)** dále vyzdvihuje administrativní důležitost, kterou je dle jejích slov souhlas s anestezií, zadání anesteziologické žádanky a žádanky na operační sál. **S (2, 5)** shledávají specifikum v důležitosti psychické přípravy dítěte i rodičů, kdy ovšem **S (2)** vyzdvihuje zmínku, že na psychickou přípravu dítěte i rodičů nezbyvá příliš času. Rovněž krátký časový interval předoperační přípravy této fáze zmiňují **S (4, 8)** jako jisté specifikum. Provedení předoperačního konzilia a sonografického vyšetření shledávají **S (2, 7)** jako

jistou významnost této fáze. **S (5)** zdůrazňuje specifikum, že si v oblasti předoperační přípravy musí zdravotnický personál řádně předat veškeré informace mezi sebou a musí být v této fázi pozorný. Dále svá specifika soustředí na chválení dítěte, dítěti nelhat a seznámit nejenom jeho, ale i rodinu s postupem a dalším léčebným režimem. Zmiňuje také názornou demonstraci na dvou panenkách. **S (7)** vidí specifikum v provedení komplexního pediatrického vyšetření, v předoperačních krevních odběrech a dále vyzdvihuje odběr na krevní skupinu.

V této oblasti dále hovořily sestry o předoperační fázi, jejíž konkrétní analýza vzešla na základě individuálního pohledu dotazovaných sester.

Všechny sestry kromě **S (2)** zmiňují v rámci předoperační fáze důležitost zavedení žilního vstupu na oddělení. Z toho **S (5)** hovoří o tom, že pokud dítě nemá zajištěný intravenózní vstup od lékaře z oddělení, zavede se až na sále. V předoperační fázi hovoří **S (1, 2, 4, 6, 7)** o nutnosti lačnění dítěte, **S (1, 3, 5, 6)** se zmiňují o evidenci zadávání žádanek na operační sál, z nichž **S (1)** zdůrazňuje zadávání žádanky i na anestezii. Taktéž v této fázi zmiňují **S (1, 3, 5)** nutnost zajištění čistého operačního pole. **S (1, 8)** považují v této předoperační fázi za důležité monitorování fyziologických funkcí, kdy dále **S (1)** vyzdvihuje svůj názor, že předoperační fáze je u tohoto onemocnění přípravou krátkodobou. Do předoperační fáze zařazují všechny sestry kromě **S (1, 4)** podepsání informovaných souhlasů rodiče s operačním výkonem, v rámci čehož **S (3, 5, 8)** upřesňují fakt, že do této fáze patří i role v oblasti administrativních záležitostí. Všechny sestry kromě **S (1, 2)** hovoří o nutnosti provedení laboratorních krevních odběrů, z nichž **S (6)** zmiňuje i odebrání vzorku moče. **S (3, 7)** uvádějí provádění specifických vyšetření, sonografického vyšetření a vyšetření CT. **S (3, 7)** dále společně se **S (8)** oznamují, že v této fázi zavádí nasogastrickou sondu, z čehož **S (8)** zmiňuje ovšem fakt, že zavádění nasogastrické sondy není v rámci její praxe vždy pravidlem. **S (3)** v rámci předoperační fáze vypráví o nutnosti objednání krevních derivátů, konzultace pediatra s anesteziologem, provedení RTG, magnetické resonance a irigografie. **S (4, 5, 8)** se zmiňují o tom, že na předoperační přípravu je v této fázi velice krátký časový interval. Důležitost provedení fyzikálního vyšetření zmiňuje **S (5)**. **S (7)**, hovoří o tom, že v akutních případech je důležitá premedikace

dítěte dle ordinace anesteziologa. **S (8)** doplňuje tuto oblast o zavedení permanentního močového katetru.

V druhé oblasti: *Psychická podpora před výkonem*, hovořily sestry ve vztahu k dítěti v rámci jeho psychické podpory před výkonem.

S (1, 2, 5, 6) používají v rámci psychické přípravy názorné ukázky na různých hračkách nebo plyšových věcech, z nichž se dále **S (1, 6)** snaží dítě přesvědčit o tom, že poté co se mu lékaři podívají do břicha, nebude už nic bolet a **S (2, 5)** se zase snaží být při vysvětlování určitého výkonu trpělivé. **S (2, 7)** poukazují v tomto směru na to, že je důležité, aby vysvětlování bylo podáno zřetelně, a to tak, aby mu dítě rozumělo. **S (2)** se zmiňuje: „*Důležité je, abychom dítěti vše pravdivě vysvětlili a netajili nic z toho, co ho čeká. Jedině tak si dokážeme získat jeho důvěru*“. **S (3, 6, 7)** se dítěti snaží jednoduše popsat a vysvětlit jistý výkon. **S (3, 4)** poskytují v rámci této oblasti zpětnou vazbu. **S (3)** se snaží v dítěti vzbuzovat důvěru, zodpovídat každý jeho dotaz a vyslechnout veškeré jeho obavy. Dítěti nutnost operačního výkonu vysvětluje polopaticky, kdy následuje verbální informovaností lékaře, který s dítětem hovoří ještě dříve, než ona sama. **S (4)** hovoří: „*U nás na oddělení malých dětí jsou hospitalizovány děti mladšího věku, jako je batole, kterým bych nutnost operačního výkonu vysvětlovala asi velmi těžko*.“ Dále doplňuje, že pokud v roli sestry někomu vysvětluje nutnost operačního výkonu, tak je to většinou matce nemocného dítěte. Poukazuje také na zajištění zázemí a bezpečí pro dítě i rodiče. „*Rodiče mnohdy nemohou pojmout větší množství informací na základě stresu z operačního výkonu jejich dítěte, proto je důležité, aby o ně sestra dokázala pečovat a dokázala jim vytvořit zázemí, kde se budou cítit lépe*.“ **S (5, 8)** nezávisle na sobě tvrdí, že je příprava na výkon po psychické stránce omezena časovým prostorem. **S (5)** dále hovoří o tom, že přítomnost rodičů dítě před operačním výkonem uklidňuje. Danou problematiku mnohdy přirovnává k pohádce, snaží se dítě nějakým způsobem zabavit a po psychické stránce také zklidnit a utěšit. **S (6, 7)** zmiňují na základě své praxe skutečnost, že příprava dítěte je po psychické stránce před operačním výkonem zprostředkována i rodičem. **S (7)** se v rámci této problematiky věnuje detailnímu mentálně přiměřenému rozhovoru. Dále podotýká, že přirovnává výkon k nějaké hře, nebo něčemu co dětský

pacient zná a co je mu blízké. **S (8)** se k dítěti snaží zachovat citlivý a empatický přístup v rámci toho, aby se dítě cítilo bezpečně. Ve fázi před výkonem se ho nesnaží nijak strašit, ba naopak se ho snaží povzbuzovat, motivovat, utišit a eliminovat u něho strach.

Ve třetí oblasti: *Edukace rodičů před výkonem*, je sestrami popisován jakýsi okruh proškolení a informovanosti rodičů v oblasti problematiky tohoto onemocnění.

Všechny sestry hovoří o tom, že v této oblasti je to především lékař, který rodičům znázorňuje způsoby diagnostiky, jimiž se dítě podrobilo, a následně je dále edukuje na základě viditelného nálezu z prodělaných vyšetření. Lékař se dle všech sester taktéž věnuje vysvětlování následného operačního výkonu i oblasti pooperační fáze, a tak rodičům objasňuje dané intervence. Lékař rodiče také upozorňuje na možnost vzniku pooperačních komplikací a hovoří i o prognóze dítěte v souvislosti s délkou hospitalizace. **S (1, 5, 6, 7, 8)** zmiňují jako poskytovatele edukace také sestru. Ta dle jejich slov vede rodiče k tomu, aby pochopili nutnost onoho zákroku, dále rodičům poskytuje soubor individuálních informací a snaží se jim v tomto směru pomoci po psychické stránce. **S (1, 5, 6, 8)** hovoří o sestře také jako o edukátorce organizačních informací, jakými je dodržování návštěvních hodin. Dále **S (1, 6)** zmiňují, že sestra poučuje rodinu o aktuální nutnosti lačnění dítěte. **S (1)** poskytuje rodičům informace o následném dospívání dítěte po výkonu a dále se ve vztahu k rodičům zmiňuje o tom, že před operačním výkonem je příprava omezena na krátké časové rozpoložení. **S (5)** v rámci edukace, kterou poskytuje rodičům, hovoří o nutriční terapeutce. **S (6)** poučí rodinu a dítě o nutnosti zavedení intravenózní kanyly, seznámí rodiče a dítě s tím, co je v následujících hodinách čeká, a dále zodpovídá další dotazy, týkající se především dietního opatření po výkonu a následného pooperačního režimu.

Podkategorie: *Pooperační fáze*, zachycuje určitá specifika této fáze. Zahrnuje k sobě tři oblasti, jakými jsou: *Pooperační péče*, *edukace rodičů po operačním výkonu* a *výskyt pooperačních komplikací*.

V první oblasti: *Pooperační péče* dochází na základě analýzy rozhovorů ke slovnímu ztvárnění prvotní pooperační fáze ve chvíli, kdy je dítě po operačním výkonu.

Všechny sestry hovoří o tom, že po návratu z operačního sálu monitorují u dítěte fyziologické funkce a dále v rámci pooperační fáze sledují operační ránu a také sledují krytí z důvodu potencionální možnosti prosakování. Také se zmiňují o tom, že v rámci této pooperační fáze jsou nastaveny administrativní povinnosti, v nichž dochází k uspořádávání ošetrovatelské dokumentace a chorobopisu. **S (1, 5, 8)** uvádí následné stanovování ošetrovatelských intervencí dle ošetrovatelského plánu. Všechny sestry kromě **S (3)** monitorují celé dvě hodiny u dítěte po výkonu fyziologické funkce. Všechny sestry kromě **S (7, 8)** také udávají zkušenost ze své praxe, že v této pooperační fázi hraje důležitou roli lékař. Také kromě **S (8)** zdůrazňují fakt, že se v této pooperační fázi vše odvíjí na základě operačního protokolu a na základě plnění lékařských ordinací. **S (1, 2, 4, 5, 7)** udávají v souvislosti s pooperační fází sledování stavu vědomí dítěte a stav jeho bdělosti. Tyto sestry kromě **S (5)** hovoří o tom, že během celých dvou hodin monitorace monitorují dítě po půl hodinách. **S (1, 3, 6, 8)** v rámci této fáze zmiňují tlumení bolesti analgetiky a společně se **S (7)** kontrolu odváděné tekutiny z drénu, pokud je přítomen. **S (1, 4, 6)** hovoří o tom, že v době po výkonu monitorují dítě na „dospávacím“ pokoji. **S (6)** v rámci této odpovědi doplňuje, že pokud se nachází dítě po výkonu v jiné době než do odpoledních patnácti hodin, monitoruje se v prostorách na JIP. O sledování charakteru bolesti dítěte se zmiňují **S (1, 5, 6, 8)** z nichž **S (1, 6)** hovoří o tom, že v roli sestry hodnotí v této fázi u dítěte po výkonu intenzitu bolesti dle příslušné škály, která je přiměřená jeho věku. **S (2, 5, 7)** plní ordinace lékaře, a to na základě operačního protokolu. **S (3)** hovoří ze své praxe o tom, že dítě monitorují dvakrát po patnácti minutách, dvakrát po třiceti minutách a dvakrát po hodině. Ve chvíli, kdy je dítě stabilní, se fyziologické funkce měří po celých třech hodinách. Sestra dále hovoří o tom, že má dítě k dispozici nebulizaci, nebo je napojené na umělou plicní ventilaci. Dále má nasogastrickou sondu vedenou na odpad a je mu podávána infuzní terapie dle ordinace lékaře. **S (6)** zmiňuje činnost v této pooperační fázi, jakou je sledování případného krvácení z operační rány. **S (7)** říká, že v pooperační fázi je dítě uloženo na oddělení JIRP, kde se dle ní sledují verbální a nonverbální projevy dítěte, a dále zmiňuje administrativní aktivitu v této fázi, kterou je zadávání konzilií na další dny. **S (8)** hovoří ze své praxe o tom, že monitorace je u dítěte po výkonu prováděna po

čtvrt hodinách celou jednu hodinu a další následující hodinu je dítě monitorováno po půl hodině. Dále říká, že se v této fázi provádí veškeré ošetřovatelské postupy a plní se lékařské ordinace. Hovoří také o sledování případné bilance tekutin a nasazení antibiotické léčby.

Dále v této oblasti figurují určité vyšetřovací metody a to jako součást pooperační fáze tohoto onemocnění. Všechny sestry udávají, že kontrolní vyšetření po operačním výkonu náhlé příhody břišní se provádí vždy.

Všechny sestry hovoří o tom, že se po operačním výkonu provádějí u dítěte kontrolní krevní odběry a uskutečňuje se chirurgické konzilium. Všechny sestry kromě **S (8)** dále uvádí, že se u dítěte po operačním výkonu uskutečňuje sonografické vyšetření. O dalších možných zobrazovacích metodách, hovoří **S (2, 3, 4, 8)**. O provedení fyzikálního vyšetření při vizitě se v rámci této oblasti zmiňuje jen **S (1)**. **S (3)** říká: „*Další vyšetření jsou individuální, záleží na tom, jaký typ náhlé příhody břišní byl u dítěte operován, jak dítě prospívá a jaké výsledky krevních odběrů nabíraných po výkonu dítě má.*“ **S (7)** zmiňuje další vyšetření prováděné po operačním výkonu, a tím je CT a magnetická resonance.

V této oblasti dotazované sestry dále objasňovaly jisté zásady této podkategorie.

S (1, 2) v této fázi shledávají jisté zásady v tlumení bolesti a v aseptickém přístupu v případě manipulace s operační ránou. **S (1, 2, 4, 6)** hovoří o zásadě spojené s dodržováním dietního režimu. **S (1)** považuje za zásady, které jsou typické pro oddělení, na kterém pracuje, nutnost dodržovat bariérovou péči, převazy operační rány a klid na lůžku. O operační ráně hovoří také **S (2, 5, 7)**, a to v té souvislosti, že v pooperační fázi považují za zásadně důležité sledovat právě to místo výkonu. **S (2, 4, 5, 8)** shledávají zásady v oblasti jistých specifik pooperační péče, odvíjejících se od závažnosti stavu každého dítěte a od zcela individuálního přístupu ke každému dítěti. **S (3, 4, 6)** společně vidí zásadní fakt v kontrolním chirurgickém konziliu. Dále tyto sestry kromě **S (4)** v pooperační fázi shledávají zásadu v kontrolním sonografickém vyšetření a v nasazení antibiotické léčby. **S (3)** dále vyzdvihuje jako zásadní pooperační krok v provedení krevních odběrů. **S (4, 5, 8)** hovoří o tom, že takový typický znak, a tedy i zásadu, po prodělaném výkonu shledávají ve dvouhodinové monitoraci dětí.

S (5) dále zmiňuje zaznamenávání do ošetrovatelské dokumentace a stanovování ošetrovatelských cílů a intervencí. To, že zejména u dětí předškolního věku je důležité zvýšit pozornost nad jejich režimem, zda třeba nejedí to, co je v této pooperační fázi nepovoleno, zdůrazňuje ve svém rozhovoru **S (6)**. Mnohé zásady vidí v této problematice i **S (7)**, která zmiňuje sledování pooperačního stavu dítěte, sledování jeho verbálních i neverbálních projevů a také intravenózních vstupů, které jsou potencionálním rizikem infekce. **S (8)** hovoří: „*Každá pooperační péče je svým způsobem individuální, kdy se postupuje hlavně dle závažnosti stavu dítěte, na jehož zdravotním stavu se pak staví další možná zajištění a následná péče.*“ Dále doplňuje, že z tohoto důvodu neshledává v pooperační péči žádné velké zásady.

Druhá oblast: *Edukace rodičů po operačním výkonu*, vypovídá o tom, co vše edukace, která je v rozhovorech analyzována, zahrnuje.

Všechny sestry kromě **S (3, 4)** na základě pooperačních komplikací hovoří ze svých vlastních zkušeností. Dále se všechny sestry kromě **S (1, 8)** v rámci edukace rodičů po operačním výkonu shodují na tom, že lékař edukuje rodinu ve smyslu prodělaného výkonu a dalšího následného průběhu léčby. Dále lékař rodičům popisuje aktuální pooperační stav dítěte, nastávající kontrolní vyšetření a taktéž nastíní i možnou prognózu zdravotního stavu dítěte. **S (1, 6, 8)** se dále zmiňují o tom, že edukace poskytovaná rodině obsahuje upozornění na nutnost dodržování klidového režimu tak, aby se dítě žádným způsobem nijak fyzicky nepřetěžovalo. **S (4, 5, 6)** zmiňují skutečnost, že rodinu edukuje lékař i sestra, z čehož každá edukace poskytována jak lékařem, tak sestrou, je formulována v rámci jistých kompetencí. To, že je v edukaci rodiny zahrnuta nutnost dodržování dietního opatření, zdůrazňují **S (1, 5, 6, 8)**, z nichž **S (1, 8)** udávají samotnou sestru jakožto poskytovatelku edukace, jež je směřována k rodičům, kdežto **S (2, 3, 7)** zmiňují skutečnost, že rodinu edukuje pouze lékař. **S (1)** poučuje rodiče o dodržování návštěvních hodin v souvislosti s tím, aby tak brali ohled na klidový režim dítěte, které je po výkonu. Dále je dle sestry nezbytné poučit rodiče o tom, aby nenosili dítěti jídlo z domova. **S (3, 6, 7, 8)** vypovídají o tom, že edukace v sobě zahrnuje podstatu domácího ošetřování. **S (3)** se zmiňuje o tom, jak ona jako sestra přistupuje k rodičům, kterým osvětluje fakt, jak se k dítěti stavět

a jak provádět u dítěte ošetrovatelskou péči. **S (6)** edukuje rodiče o tom, jak přistupovat k dítěti. **S (7)** hovoří o tom, že edukace směřuje k následnému domácímu doléčování dítěte. **S (8)** se snaží se v rámci ošetrovatelské péče zodpovědět rodičům všechny otázky spojené s ošetrováním dítěte, se zapojením do aktivního života, s domácím prostředím a rekonvalescencí. **S (4, 5, 8)** popisují, že edukace v sobě zahrnuje postup péče o operační ránu, z nichž **S (4)** hovoří směrem k rodičům o edukaci komplexní péče v rámci všech oblastí nemocného dítěte a **S (5)** edukuje rodiče o dodržování režimových opatření u dítěte a dále o nutnosti dodržování pravidelných kontrol.

Třetí oblast: *Výskyt pooperačních komplikací*, zmiňuje častost výskytu pooperačních komplikací z hlediska ošetrovatelské praxe dotazovaných sester.

Všechny sestry v rámci této problematiky hovoří o pooperačních komplikacích jako o méně častých a utvrzují prevenci komplikací v tom, že bude dítě dodržovat řádné dietní opatření. Všechny sestry kromě **S (1, 3)** dále udávají, že do prevence komplikací patří opakované provádění kontrolních krevních odběrů. To, že prevence pooperačních komplikací spočívá v chirurgických kontrolách prováděnými dětským chirurgem, udávají všechny dotazované kromě **S (3, 4)**. **S (6)** mluví o tom, že pooperační komplikace se u nich na oddělení téměř neobjevují. Zkušenost má s jednou pooperační komplikací. **S (7)** tvrdí: „*Moc často komplikace nemíváme,*“ a doplňuje, že odhadem se objevují tak u pěti až deseti procent, kdy třetinu z toho pak tvoří komplikace závažnější.

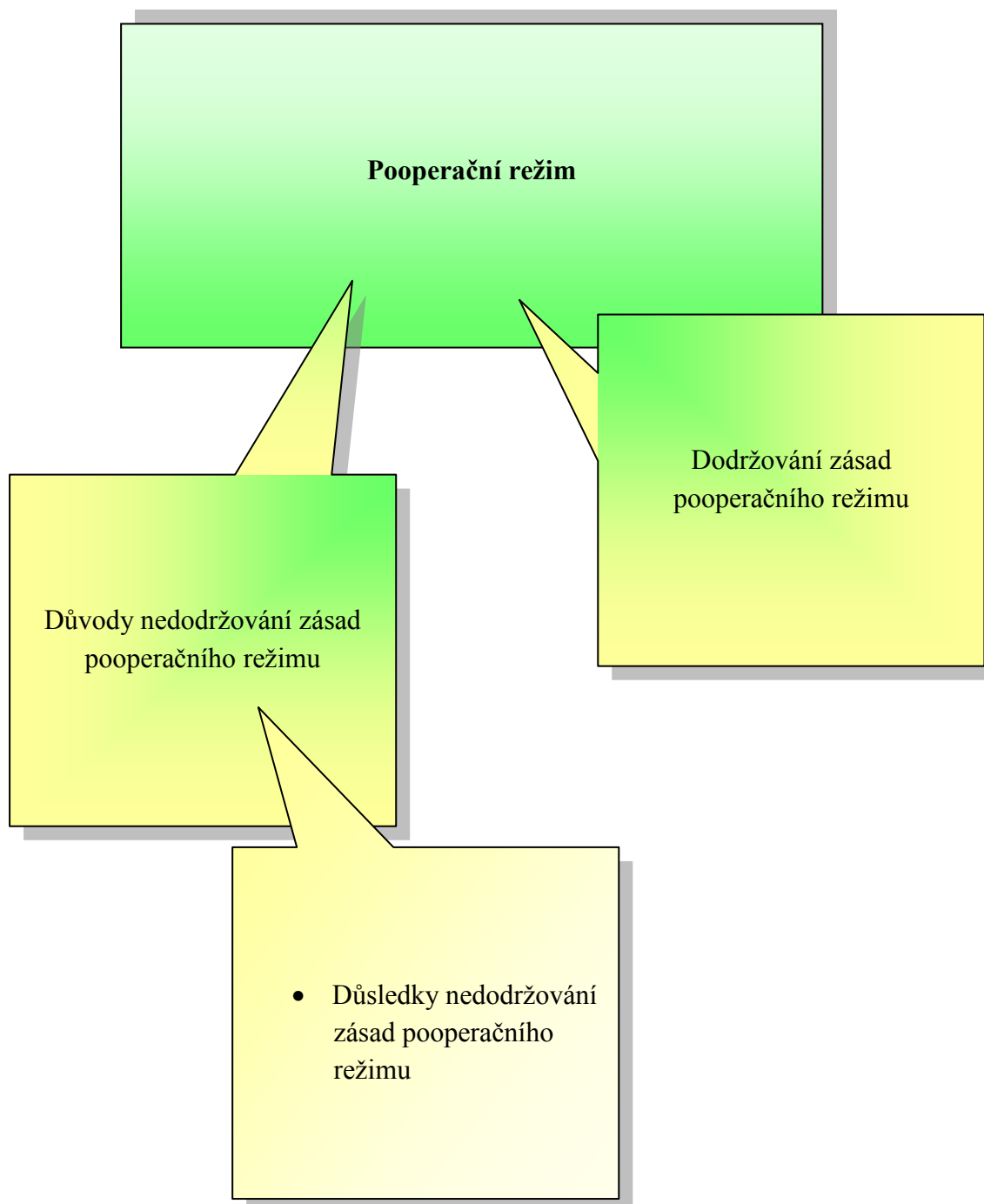
Podkategorie: *Prevence komplikací*, zmiňuje z analýzy rozhovorů takové postupy, v kterých spočívá prevence pooperačních komplikací u dítěte s onemocněním náhlé příhody břšní.

S (1, 3, 4, 5, 6) shledávají dodržování léčebného režimu, to znamená dodržování klidového režimu a omezení fyzické aktivity, jako důležitou prevencí komplikací. V rámci této problematiky udávají provádění dalších kontrolních zobrazovacích vyšetřovacích metod **S (2, 8)**. Nutnost dodržování aseptického přístupu při manipulaci s operační ránou zmiňují **S (3, 4, 5, 7)**. **S (3, 5, 8)** zdůrazňují prevenci komplikací ve sledování okolí operační rány a operační rány jako takové. Dále **S (3)** společně se **S (6)** zařazují prevenci pooperačních komplikací do jistých specifík onemocnění

náhlých příhod břišních. **S (3, 8)** vidí prevenci komplikací v monitoraci odoperovaného dítěte. **S (3)** do prevence komplikací zařazuje kontrolování verbálních projevů bolesti dětského pacienta, preventivní antibiotické pokrytí a dále je dle ní důležité, aby sestra přistupovala k dětskému pacientovi zodpovědně a poskytovala mu tak v rámci prevence komplikací vzornou péči. **S (4, 7)** jako jistou prevenci komplikací zmiňují kontrolování tělesné teploty. **S (4)** dále popisuje, že prevence komplikací je dle ní jedna z nejdůležitějších pooperačních intervencí. Mezi takové intervence patří dle sestry bariérový přístup při manipulaci a převazech operační rány. Dále zmiňuje řádnou edukaci rodičů, která je v souvislosti s prevencí pooperačních komplikací velice důležitá. **S (5)** hovoří o tom, že tato problematika spočívá hlavně v dodržování řádné ošetrovatelské péče a **S (7)** zase zmiňuje nutnost dodržování realimentace.

4.1.4 Pooperační režim

Schéma 4 **Pooperační režim**



Kategorie: **Pooperační režim**, zaznamenává odpovědi sester, které jistou podstatu tohoto režimu vysvětlují a popisují tak i určité zásady této fáze, jejichž nedodržování s sebou může nést jisté potencionální následky tohoto onemocnění. Tato kategorie je dále rozdělena na dvě podkategorie, jakými jsou: *Dodržování zásad pooperačního režimu* a *důvody nedodržování zásad pooperačního režimu*. Do podkategorie: *Důvody nedodržování zásad pooperačního režimu*, je zařazena jedna oblast, jakou je: *Důsledky nedodržování zásad pooperačního režimu*.

Podkategorie: **Dodržování zásad pooperačního režimu**, vypovídá o tom, zda se rodiče nebo děti snaží zásady pooperačního režimu dodržovat.

V rámci této podkategorie vypovídají všechny sestry o tom, že se rodiče zásady pooperačního režimu snaží dodržovat. Dle slov všech dotazovaných, hledá sestra s rodiči společnou cestu, která je tvořena na základě správných ošetrovatelských postupů a intervencí. Je vedena správným směrem, ve kterém se rodiče na dodržování pokynů lékařů i sester snaží dbát.

Podkategorie: **Důvody nedodržování zásad pooperačního režimu**, zachycuje možné negativní příčiny vedoucí k nedodržování řádného režimu pooperační rekonvalescence.

S (1, 3, 4, 5, 6) hovoří o tom, že se rodiče snaží dodržovat pooperační rekonvalescenci, kdy **S (1, 6)** popisují skutečnost, že si nejsou vědomy žádného důvodu, kvůli kterému by rodiče zásady pooperační rekonvalescence nedodržovali. **S (1)** udává: „*Věřím, že je takových případů asi spousta, ale nemám s tím takovou zkušenost vzhledem k tomu, že většinou dítě překládáme na standartní pokoj. Teprve ze standartního oddělení je dítě a jeho rodič poučován o zásadách správného režimu.*“ **S (2)** tvrdí, že mnoho rodičů nedokáže dnešní děti řádně usměrnit a mnohdy poslouchají spíše rodiče dítě, než aby tomu bylo právě naopak. Dále dodává, že vše záleží na řádné lékařské edukaci a důslednosti, s kterou si rodič své dítě do domácí péče převezme. **S (4)** zmiňuje pouze nelehký začátek v rámci edukace a celého procesu od předoperační přípravy, kdy někteří rodiče mnohdy nejsou schopni pochopit, proč se jejich malé dítě musí podrobit něčemu tak hluboce invazivnímu. Pooperační rekonvalescenci se rodiče snaží dle sestry dodržovat už jen kvůli zdraví jejich dítěte. **S (5)** hovoří o tom,

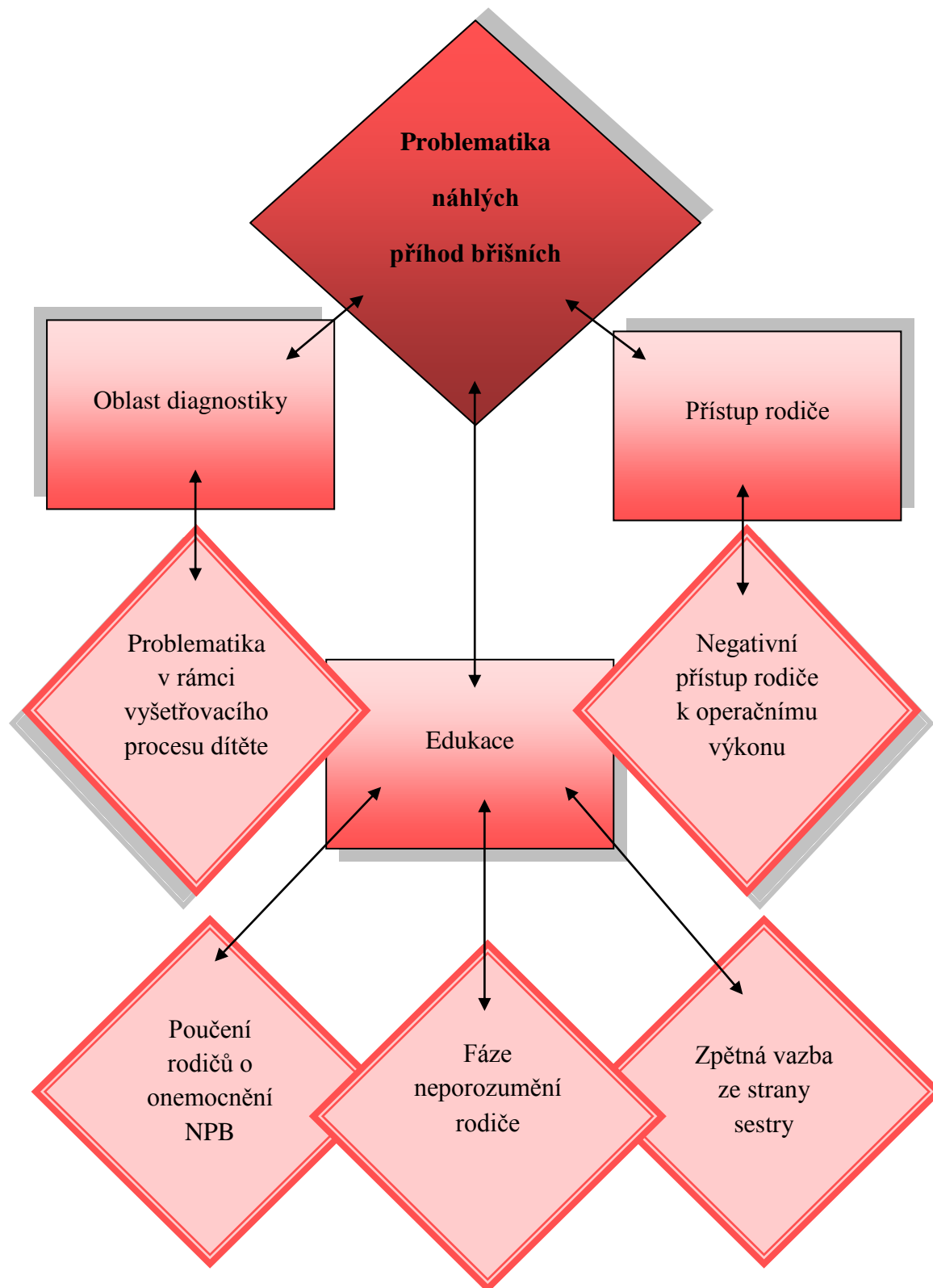
že se setkává s rodiči, kteří se snaží pooperační rekonvalescenci dodržovat. Poté odpovídá se zamyšlením, že možným důvodem jisté nespolupráce může být neukázněnost dětí a taktéž právě rodičů, kdy nedodržují léčebný režim a nechtějí spolupracovat. **S (7, 8)** udávají důvody, jakými může být neznalost rodičů z nesprávně provedené edukace, z nichž **S (7)** hovoří o tom, že situace, kdy není dodržována řádná pooperační péče v době rekonvalescence, nastává dle jejích slov většinou v případě, kdy se jedná o rodinu ze sociálně slabší vrstvy, a doplňuje: „*Tito lidé mají většinou tendence nesnažit se dodržovat jistý léčebný režim*“, doplňuje. **S (8)** hovoří o tom, že důvodem nedodržování řádné rekonvalescence, může být nižší „mentalita“ rodičů.

Jediná oblast této podkategorie: *Důsledky nedodržování zásad pooperačního režimu*, vznikla na základě analýzy rozhovorů, která na tomto základě zmiňuje možné potencionální následky tohoto akutního onemocnění.

Všechny sestry kromě **S (4)** jako možný důsledek nedodržování řádné rekonvalescence popisují možnost výskytu pooperačních komplikací. Možným následkem je také bolest, kterou udávají **S (2, 4)**. **S (2)** zmiňuje prodloužení rekonvalescence. **S (4)** se zase zmiňuje o tom, že v rámci nedodržování pooperačního režimu by dítě mohlo začít neprospívat. **S (5, 7)** vidí negativní potencionální následek pooperačního režimu v problémovém průběhu celé rekonvalescence, jakým by mohla být prodloužená, nebo opakovaná hospitalizace, z nichž **S (5)** dále shledává negativní důsledek v prodloužené léčbě s možnými vyskytujícími se riziky a komplikacemi. **S (7)** zmiňuje, že tato problematika může vést dle něho až k trvalým následkům.

4.1.5 Problematika náhlých příhod břišních z pohledu sestry

Schéma 5 Problematika náhlých příhod břišních z pohledu sestry



Kategorie: *Problematika náhlých příhod břišních*, popisuje jisté ošetrovatelské intervence v rámci problematiky tohoto onemocnění. Tato kategorie je rozdělena na tři specifické podkategorie: *Oblast diagnostiky, edukace a přístup rodiče*. Do podkategorie: *Oblast diagnostiky*, je zařazen okruh: *Problematika v rámci vyšetřovacího procesu dítěte*. Podkategorie druhá: *Edukace*, k sobě zahrnuje tři oblasti, jakými jsou: *Poučení rodičů o onemocnění náhlých příhod břišních, fáze neporozumění rodiče a zpětná vazba ze strany sestry*. Do podkategorie třetí: *Přístup rodiče*, je zařazena oblast: *Možnost negativního přístupu rodiče k operačnímu výkonu*.

V oblasti této kategorie je z analyzovaných rozhovorů viditelné, že každá ze sester si jistou problematiku náhlých příhod břišních uvědomuje. Všechny sestry kromě **S (5)** v rámci rozsáhlé problematiky tohoto onemocnění zmiňují, že určitou problematikou shledávají v obtížné diagnostice náhlých příhod břišních.

Podkategorie: *Oblast diagnostiky*, zachycuje v rámci vyšetřování dítěte jistou existenci obtížné diagnostiky. Z analýzy rozhovorů je tato problematika značná v celé její sféře, jelikož ji všechny sestry považují za obtížně zvládnutelnou.

První oblast: *Problematika v rámci vyšetřovacího procesu dítěte*, je dle sester problematikou viditelně značnou.

Všechny sestry kromě **S (6)** hovoří v rámci této oblasti o tom, že diagnostika je obtížná v tom, že dítě nemá tu schopnost reagovat adekvátně, nespolupracuje a nedokáže tak přesně vyjádřit, co ho bolí.

Všechny sestry kromě **S (7, 8)** zmiňují v rámci problematiky tohoto onemocnění samotného dětského pacienta, který se ke svým příznakům nedokáže vyjádřit, z čehož vyplývá nedostatečná komunikace a nespolupráce. Dále všechny sestry kromě **S (4, 7)** vidí problém ve vzteku, neutišitelnosti a neklidu dítěte. **S (1)** hovoří o tom, že problematika tohoto onemocnění je téměř vždy akutní a **S (2, 7)** zase zmiňují, že obtížnost diagnostiky může být v atypickém průběhu onemocnění a v možných zastřených obtížích. Dále **S (2)** společně se **S (8)** zmiňují v rámci diagnostiky důležitost spolupráce ve vztahu sestry s lékařem a naopak. Již zmiňovaná **S (2)** dále vymezuje problematiku týkající se také rodičů, kteří mnohdy přenášejí svou nejistotu na dítě, které je poté rozrušené ještě více. **S (4)** hovoří o tom, že je důležité umět přimět dítě k tomu,

aby se chovalo tak, jak se po něm vyžaduje. „Není vždy lehké dokázat dítě k něčemu přesvědčit, a proto nám k tomu v mnohých případech pomohou matky.“ Dále doplňuje: „Každé vyšetřování dítěte je velmi individuální.“ **S (5)** označuje jistou problematiku v možném poškození dítěte do budoucna a dále hovoří o nízkém věku dítěte a o obtížné manipulaci s ním. **S (6, 7, 8)** poukazují v této oblasti na nelehkou situaci, která dle nich nastává v okamžiku, kdy musí sestra dokázat dítě zklidnit a utěšit ho. **S (7)** v rámci obtížné diagnostiky popisuje: „*Obtížně zvládnutelné situace v souvislosti s diagnostikou náhlé příhody břišní u dítěte, jsou klinické příznaky, které jsou prvními projevy tohoto onemocnění, ale mohou být příznakem i jiných onemocnění, které s touto problematikou nemusí vůbec souviset.*“ **S (8)** považuje celou diagnózu náhlé příhody břišní za problematickou vzhledem k tomu, jak může být onemocnění rozsáhlé.

V podkategorii: **Edukace**, hraje hlavní roli samotný rodič dětského pacienta. Do rámce této oblasti je k rodičům dále zakotvena možnost jisté aktivity ze strany zdravotnického personálu. Tato podkategorie k sobě zahrnuje další tři oblasti, jakými jsou: *Poučení rodičů o onemocnění náhlých příhod břišních, fáze neporozumění rodiče a zpětná vazba ze strany sestry.*

V první oblasti: *Poučení rodičů o onemocnění náhlých příhod břišních*, objasňují sestry ze svých zkušeností výši informovanosti rodičů v rámci onemocnění, které postihlo jejich dítě.

Všechny sestry se nezávisle na sobě shodují na tom, že hlavním edukátorem, tedy tím, kdo seznamuje rodiče s problematikou tohoto onemocnění, je ošetřující lékař. Dále se také shodují, že rodiče dětí jsou vždy s touto problematikou dostatečně seznámeni. **S (1, 7, 8)** udávají, že po edukaci lékaře, přichází jako edukátorka na řadu sestra. **S (8)** dále doplňuje fakt, že rodiče jsou nejčastěji s charakterem onemocnění seznámeni jak ze strany lékaře, tak i ze strany sestry. Na oddělení kde sestra pracuje, mají rodiče k dispozici i výchovné a sociální poradenství.

Druhá oblast: *Fáze neporozumění rodiče*, zmiňuje jisté skutečnosti a důvody toho, kdy rodič nepochopí problematiku tohoto onemocnění. Tato možná skutečnost je z analýzy rozhovorů značně zřetelná.

Z uskutečněných rozhovorů je zřejmé, že se všechny sestry nezávisle na sobě shodují na tom, že rodičům charakter onemocnění, léčbu a následnou prognózu znovu osvětluje lékař. Všechny sestry, kromě **S (1, 6)**, se shodují na tom, že neporozumění rodiče v rámci dané problematiky onemocnění náhlé příhody břišní, je dle jejich slov docela častou skutečností. **S (2)** popisuje neporozumění rodičů slovy, že jsou rodiče rozhození ze zdravotního stavu jejich dítěte a mnohé pojmy, kterým by za normální situace porozuměli, jsou pro ně v této situaci něčím nepochopitelným. **S (3)** vidí důvod nepochopení rodičů dané problematiky ve chvíli, kdy jsou rodiče dítěte příliš mladí, mají nižší vzdělanost, nebo je rodina sociálně slabší. **S (4)** zastává názor, že mnohdy rodiče ani nemají možnost, aby veškeré informace, které se dovídají během krátké chvíle, souvisle a řádně pochopili. To je pro sestru důvodem, kdy rodiče jistým informacím neporozumí. **S (5)** hovoří o tom, že rodiče v jejich dané situaci chápe a to, že závažnosti onemocnění nemusí rozumět správně, se dá předpokládat. **S (6)** svými slovy popisuje, že rodiče dané problematice vždy porozumějí: *„Jsou pravidelně informováni téměř při každé návštěvě a mají možnost telefonicky hovořit s lékařem o daném lékařském postupu v podstatě v kteroukoliv hodinu, ve dne i v noci.“* **S (7)** říká, že příčiny této problematiky jsou různé. Dle jejich slov se jedná od problémů v intelektu až po jiné patologické jevy v rodině.

Z analýzy třetí oblasti: *Zpětná vazba ze strany sestry*, vyplývá to, jak sestra rodičům možnost zpětné vazby poskytuje.

Všechny sestry hovoří o tom, že poskytují zpětnou vazbu. V rámci zpětné vazby udávají všechny sestry také to, že zpětnou vazbu nejčastěji poskytují verbálními projevy pomocí komunikace. **S (2, 3, 4, 7)** zmiňují, že nejčastějším charakterem zpětné vazby je seznamování rodičů se správným léčebným režimem v rámci ošetrovatelské péče, z nichž **S (4, 7)** vymezují nutnou přítomnost trpělivosti. **S (4)** dále v rámci poskytování zpětné vazby hovoří: *„Mnohdy je v rámci edukace důležitá empatie.“* **S (5)** vysvětluje: *„Rodiče se neustále na něco ptají a já jako sestra jsem povinna jim odpovídat, poučovat je a seznamovat je s věcmi novými, s kterými se doposud nesetkali. Náročnější je to také s rodiči, jejichž dítě je hospitalizováno v nemocnici vůbec poprvé v životě. Takových případů je samozřejmě nejvíc, a proto je zde zpětná vazba*

poskytována v podstatě neustále.“ **S (6)** se vždy přesvědčuje o tom, že rodiče dítěte porozuměli danému problému a jsou v jistých situacích schopni správně spolupracovat. **S (7)** je v této roli obrněn a má v této oblasti, kdy zpětnou vazbu poskytuje, pro rodiče pochopení. **S (8)** popisuje, že možnost zpětné vazby může být někdy narušena časovým prostorem.

Podkategorie: **Přístup rodiče**, zmiňuje na základě analýzy ze zprostředkovaných rozhovorů možnost negativního přístupu rodičů v rámci ošetrovatelské péče. Negativní přístup rodičů je z odpovědí sester značně zřetelný.

K této podkategorii je dále přiřazena oblast: *Negativní přístup rodiče k operačnímu výkonu*. Když se tato situace stane, shodují se všechny sestry na tom, že v této chvíli volají lékaře, který rodičům nadále objasňuje daný problém. **S (1, 2, 7)** se dále zmiňují o tom, že i ony samy se v této situaci v rámci svých kompetencí, snaží rodičům nutnost výkonu také vysvětlit. Časté zkušenosti s negativním přístupem rodičů k operačnímu výkonu mají **S (2, 5, 6, 7, 8)**. **S (1)** se setkává s tím, že rodič dítěte spíše upřednostňuje konzervativní léčbu před chirurgickou. **S (3)** nemá s negativním přístupem k operativnímu řešení velké zkušenosti. „*Spíše mám zkušenosti takové, že rodiče chtějí pro dítě jen to nejlepší a téměř vždy je lékař o nutnosti operačního výkonu přesvědčí.*“ **S (4)** si tuto problematiku v souvislosti s negací rodičů v rámci operačního výkonu uvědomuje, ale neshledává ji za příliš častou. Hovoří o tom, že se lékaři snaží rodičům vždy řádně vysvětlit, o jaký výkon se jedná a jak je jeho uskutečnění pro jejich dítě nezbytné.

V této oblasti, hovořily dále sestry o možné skutečnosti, kdy rodiče odmítnou spolupracovat.

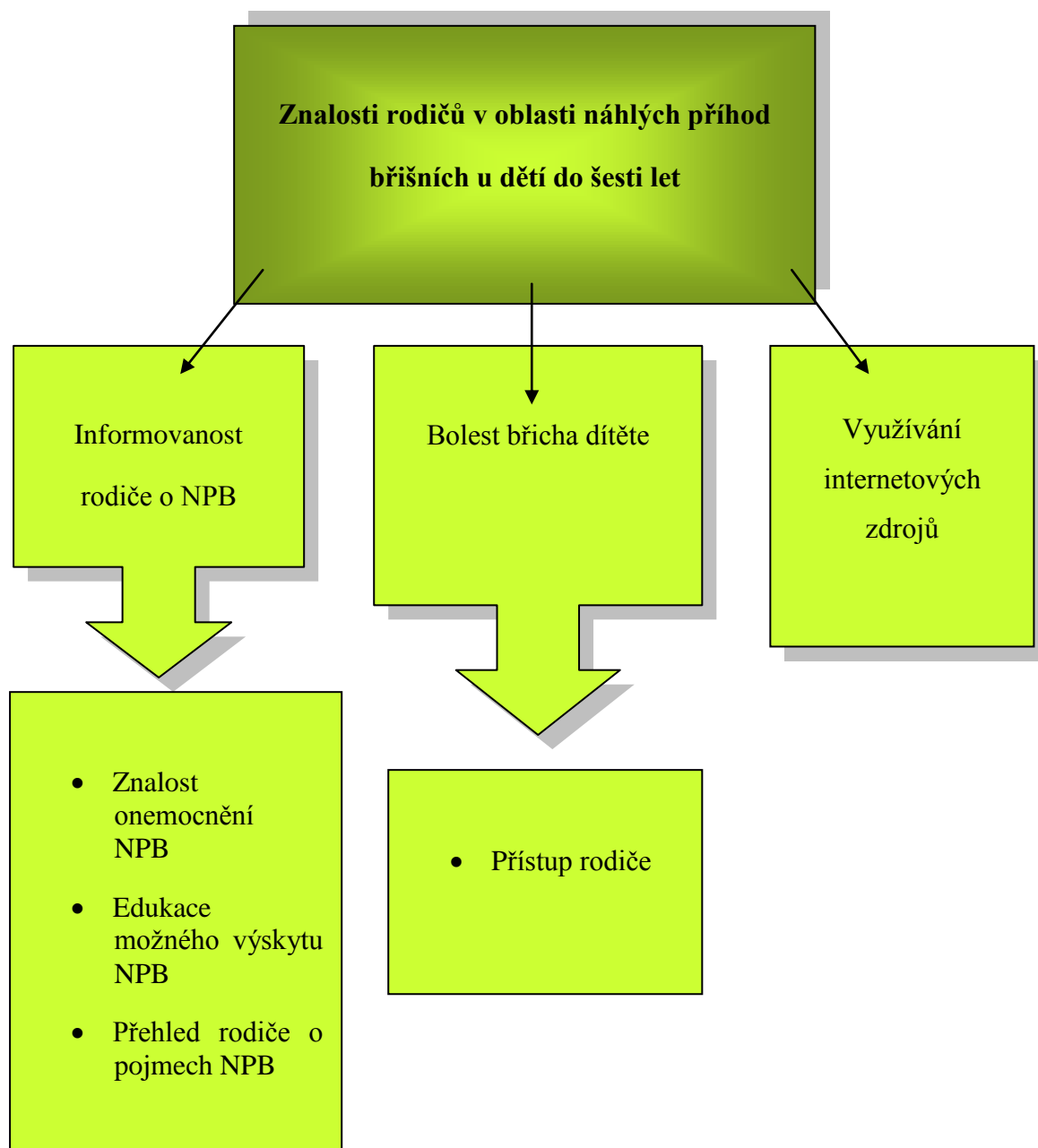
Všechny sestry kromě **S (1, 6)**, udávají skutečnost, že v takové chvíli by kontaktovaly lékaře, aby danou situaci vyřešil. **S (1)** hovoří v tomto směru o tom, že se snaží objasnit rizika při nespolupráci a v neposlední řadě nabídne rodičům i jiné zdravotnické zařízení. **S (3)** se se situací, kdy projevila matka dítěte negativní postoj k operačnímu výkonu, setkala jednou za své praxe. **S (5, 6, 7)** zmiňují fakt, že se v této situaci nikdy neocitly, z nichž **S (5)** dále upřesňuje, že by v takovém případě

postupovala dle pokynů lékaře a směrnic. **S (8)** hovoří o tom, že v takové situaci volá lékaře, který může dle jejích slov následně spolupracovat i se sociální sestrou.

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů s rodiči

4.2.1 Znalosti rodičů v oblasti náhlých příhod břišních u dítěte

Schéma 6 Znalosti rodičů v oblasti náhlých příhod břišních u dítěte



Kategorie: *Znalosti rodičů v oblasti náhlých příhod břišních u dítěte*, vystihuje informovanost rodičů v rámci tohoto onemocnění.

Tato podkategorie je rozdělena na další tři podkategorie: *Informovanost rodiče o náhlých příhodách břišních, bolest břicha dítěte a využívání internetových zdrojů*. Do podkategorie: *Informovanost rodiče o náhlých příhodách břišních* jsou zařazeny tři oblasti: *Znalost onemocnění náhlých příhod břišních, edukace možného výskytu náhlých příhod břišních a přehled rodiče o pojmech náhlých příhod břišních*. Do druhé podkategorie: *Bolest břicha dítěte* je včleněna jedna oblast, a to: *Přístup rodiče*. Třetí podkategorie: *Využívání internetových zdrojů*, zůstává samotnou podkategorií bez zařazené oblasti.

Podkategorie: *Informovanost rodiče o náhlých příhodách břišních*, zmiňuje skutečnost obeznámenosti rodičů v této problematice.

První oblast: *Znalost onemocnění náhlých příhod břišních*, hovoří o vědomostech matek v rámci pojmu tohoto onemocnění.

M (1, 4, 5) se zmiňují o tom, že pojem náhlá příhoda břišní je pro ně pojmem cizím, který neznají. **M (4)** dále tvrdí, že tento pojem nezná, ovšem pokračuje slovy: „*Pod tímhle pojmem si ale dokáži představit onemocnění, kdy bude oblast břicha postižená nějakým zánětem.*“ **M (5)** se také dále zmiňuje: „*Pod tímhle onemocněním si představuju velkou, nezvladatelnou bolest břicha a křeče.*“ **M (2, 6)** hovoří o tom, že pojem tohoto onemocnění znají, z nichž **M (2)** upřesňuje: „*Vím, že je to akutní stav týkající se břišních orgánů, který je třeba co nejrychleji chirurgicky řešit.*“ **M (3)** si pod náhlou příhodou břišní představuje soubor vícero onemocnění, které se týkají orgánů uložených v dutině břišní. **M (6)** dodává: „*Je to soubor onemocnění, které postihují břišní oblast.*“ **M (7)** říká: „*Pod tímto pojmem si představuju nějakou akutní příhodu, která bude velmi nebezpečná.*“ **M (8)** tvrdí: „*Tento pojem už jsem někdy slyšela. Myslím, že tohle onemocnění vzniká náhle a může být způsobeno i úrazem.*“

V rámci této oblasti je z analýzy rozhovorů dále zřejmá skutečnost toho, jaký přehled mají matky v rámci skupiny náhlých příhod břišních.

M (2, 3, 5, 6, 7) zmiňují v rámci skupiny náhlé příhody břišní přítomnost onemocnění jakým je apendicitida. **M (2, 6)** zařazují do náhlých příhod břišních

onemocnění jakým je invaginace. **M (3)** hovoří: „*Myslím, že do této skupiny onemocnění patří zánět žlučníku.*“ **M (5)** se zmiňuje o tom, že do skupiny tohoto onemocnění by mohlo patřit zranění střev po spolknutí nějakého cizího předmětu. **M (6)** zařazuje do této problematiky peritonitidu a zmiňuje také náhlé příhody břišní způsobené úrazem. Úrazy břicha zmiňují v rámci skupiny tohoto onemocnění **M (7, 8)**, z nichž **M (7)** přemýšlí nahlas o tom, zda do skupiny náhlých příhod břišních nepatří i potíže s trávením a s vyprazdňováním.

Druhá oblast: *Edukace možného výskytu náhlých příhod břišních*, vypovídá o skutečnosti verbálního poučení matek o možném výskytu náhlých příhod břišních.

M (1, 3, 4, 8) nebyly na toto onemocnění nikým záměrně upozorněny. **M (3)** hovoří: „*Na skutečnost tohoto onemocnění mě upozornil asi sám život,*“ a dodává, že dříve poučena nikým nebyla. **M (7)** říká, že se s tematikou náhlých příhod břišních seznámila prostřednictvím televize, v rozhovorech s ostatními matkami a na internetových stránkách. **M (8)** se zmiňuje: „*S tímto onemocněním jsem se neměla možnost nikde seznámit, a proto o něm také nic moc nevím.*“ **M (2, 6)** si skutečnost zmiňovaného onemocnění uvědomují z hlediska jejich povolání sestry. **M (5)** na existenci tohoto onemocnění byla záměrně upozorněna. „*To málo co o tomhle onemocnění vím, je od dětského ošetřujícího lékaře mých dětí.*“

Třetí oblast: *Přehled rodiče o pojmech náhlých příhod břišních*, ukazuje skutečnost, z které lze vyčíst, jaké znalosti o určitých pojmech mají rodiče v souvislosti s tímto onemocněním.

V rámci této oblasti je z analýzy rozhovorů vyčleněn fakt, který ukazuje, jak silná je znalost matek v souvislosti s pojmem a s charakteristikou „apendicitidy“.

M (1, 3, 5, 7, 8) se zmiňují o tom, že tento pojem znají. Všechny tyto matky ho definují větou: „*Je to zánět slepého střeva.*“ **M (2, 6)** hovoří o tom, že je pro ně pojem „apendicitida“ pojmem známým, a to v rámci jejich povolání sestry. **M (2)** následně říká: „*Apendicitida je zánět červovitého přívěsku slepého střeva,*“ a **M (6)** zmiňuje: „*Apendicitida je zánět přívěsku slepého střeva,*“ usmívá se a dodává. „*Vím, že si to lidi pletou a na ten přívěsek zapomínají.*“ **M (4)** se jako jediná zmiňuje o tom, že tento pojem nezná.

Tato oblast také dále poukazuje na znalost rodičů v oblasti příznaků tohoto onemocnění.

Všechny matky definují jako příznak apendicitidy bolest břicha. **M (1, 2, 6, 7)** se společně shodují na stejném příznaku jakým je zvracení. **M (2)** zmiňuje jakožto příznak apendicitidy zácpu. **M (2, 3)** udávají v rámci této problematiky přítomnost nechuti k jídlu, a dále včetně **M (8)** zařazují mezi příznaky tohoto onemocnění plačtivost dítěte. **M (2, 6)** nezávisle na sobě uvádí jako příznak apendicitidy bolest, která vystřeluje kolem pupku. **M (1)** charakterizuje při apendicitidě bolest břicha na levé straně a **M (3, 6, 8)** se zmiňují v rámci bolesti břicha o postižené pravé straně. **M (4)** kromě bolesti žádné jiné další příznaky jmenovat nedokáže, kdežto **M (5, 6, 8)** dále jmenují zvýšenou tělesnou teplotu. **M (5, 7)** se dále společně shodují na stejném příznaku, jakým je bolestivost oblasti celého břicha. **M (6, 7)** zmiňují jako příznak bolestivost pichlavého charakteru, v rámci níž dále **M (6)** upřesňuje pichlavou bolest ve chvíli, kdy se dítě hýbe.

Dále tato oblast ukazuje znalost pojmů ze skupiny tohoto onemocnění, jakým je „ileus“, „invaginace“ nebo „pankreatitida“.

Všechny matky kromě **M (6, 7)** hovoří o tom, že jsou pro ně pojmy „ileus“, „invaginace“ a „pankreatitida“ zcela neznámé. **M (1, 5)** polemizují o tom, zda tato onemocnění nepatří do onemocnění náhlých příhod břišních. **M (2)** odpovídá, na základě svého povolání sestry, že ileus je střevní neprůchodnost, která patří mezi náhlé příhody břišní. „*Je to překážka někde ve střevě, která brání průchodu*“. Invaginaci charakterizuje jako zauzlení střev a pankreatitidu popisuje jako zánět slinivky břišní. „*Všechny tyto onemocnění jsou součástí náhlých příhod břišních*“. **M (6)** taktéž v rámci tohoto tématu hovoří na základě povolání sestry: „*Nejsem si jistá, ale myslím, že ileus je neprůchodnost střeva, pankreatitida je zánět slinivky břišní*“, odpovídá a po kratším zamyšlení dodává, že na charakteristiku invaginace si nemůže vzpomenout.

Podkategorie: **Bolest břicha dítěte**, zmiňuje přístup matek k bolestem břicha, týkající se jejich vlastního dítěte.

Z jediné oblasti: *Přístup rodiče*, je individuálně viditelná skutečnost situace týkající se bolesti břicha a její následné řešení, které je závislé na rodiči. Rámec této oblasti ukazuje na základě analýzy rozhovorů postupy v situaci, kdy si začne dítě stěžovat na bolest břicha.

M (1, 2, 3, 7) by v situaci, kdy by si jejich dítě stěžovalo na bolest břicha, vyhledaly lékařskou pomoc. **M (1)** „*Snažila bych se malého nějak prohmatat, abych zjistila, kde ho to přesně bolí.*“ Ve chvíli kdy by se bolest nezmírnila, by zavolala obvodní lékařce pro děti a dorost. **M (2)** doplňuje, že veškeré situace by konzultovala se svým manželem, a pokud by se bolest nezmírnila, společně by vyhledaly lékařskou pomoc. **M (3)** by v této fázi volala záchrannou službu. **M (7)** zmiňuje, že pokud by bolest trvala delší dobu (má namysli několik hodin), a dítě by bylo neutišitelné, navštívila by dětskou pohotovost. „*Malému bych ještě do chvíle, než bychom jeli na pohotovost, měřila teplotu.*“ **M (1, 2, 4, 5)** by dítěti prohmataly břicho, aby se tím pokusily zjistit, kde přesně ho to bolí. **M (1, 8)** se shodují nezávisle na sobě na tom, že by dítěti podaly Sab Simplex a dále nějaký produkt na bolest. **M (2, 3, 6)** hovoří o tom, že by v této fázi zjišťovaly, co všechno dítě snědlo a zda se tak nemůže jednat o dietní chybu. **M (2, 6)** se dále zmiňují o tom, že by zjišťovaly skutečnost, kdy bylo jejich dítě naposledy na stolici. **M (4, 7)** hovoří o tom, že by svému dítěti změřily v této situaci teplotu a **M (5)** by svému dítěti nasadila dietu a uvařila mu fenyklový čaj. **M (6)** by podala studený obklad na břicho, snažila by se o masírování břicha anebo by také projevila snahu o zavedení rektální trubičky do zadečku. **M (8)** by zkusila svému dítěti nahřát plenu na břicho.

Dále se tato oblast zmiňuje o skutečnosti podávání analgetik naordinovaných rodičem.

M (1, 4, 8) by v situaci, kdy by dítě bolelo břicho, léky podávaly. **M (1)** se zmiňuje: „*Podávala bych Nurofen sirup, nebo panadolové čípky.*“ **M (4)** hovoří: „*Možná bych podala nějaký sirup na bolest*“, a dodává, že také záleží na tom, jak moc by to její dceru bolelo a zda by byla bolest doprovázena i teplotou. „*Kdyby měla teplotu, tak bych se ji snažila určitě srazit nějakým sirupem.*“ Dále hovoří o tom, že čerpá z rad od své maminky, které jsou pro ni velkou pomocí a inspirací.

M (8) odpovídá: „*Podávala bych sirupy, co malé na bolest běžně dávám, a to je Brufen, nebo Panadol.*“ **M (2, 3, 5, 6, 7)** by svému dítěti na bolest nic nepodávaly, z nichž **M (3, 7)** zmiňují, na základě jakých zkušeností. **M (3)** tvrdí: „*Lékaři mě poučili o tom, proč je správné léky na bolest břicha nepodávat.*“ **M (5)** hovoří: „*Spíš bych dítěti podala pár lžiček fenyklového čaje a také bych se snažila o to, aby si samo zkusilo najít nějakou polohu, která by mu od bolesti ulevila.*“ **M (7)** by léky na bolest nepodávala, a to na základě informací, které má získané z internetu.

Tato oblast dále poukazuje na podstatu aplikace osvědčených receptů a to v případě bolesti břicha v domácím prostředí.

M (1, 6) hovoří nezávisle na sobě o tom, že v souvislosti s onemocněním jejich dítěte dostávají první rady u své praktické dětské lékařky. **M (1)** dále doplňuje: „*Mnohdy se radím i s kamarádkami, které mají také malé děti. Předáváme si různé rady a zkušenosti s určitými sirupy, léky a také s tím, co doporučuje jim zase ta jejich doktorka.*“ **M (2, 5, 6)** považují za osvědčený recept masírování bolavého břicha, v rámci čehož se **M (2)** zmiňuje: „*Sestry v porodnici mi tenkrát poradily masáž břicha a dávat dítěti nožičky nahoru.*“ **M (3, 7)** se shodují nezávisle na sobě na tom, že osvědčeným receptem je pro ně kontaktování lékaře. **M (3)** doplňuje, že nikdy žádné recepty na bolest břicha nezkoušela a **M (4)** říká: „*Žádné osvědčené recepty neznám.*“ **M (5, 7)** se shodují na vyhledávání úlevové polohy dítěte a na uvaření čaje, kdy **M (5)** zmiňuje čaj fenyklový a **M (7)** udává v rámci své zkušenosti čaj heřmánkový. **M (8)** používá na bolest břicha u své tříleté dcery teple nahřátou plenu. „*Tenhle osvědčený recept je od babičky.*“, doplňuje.

Z této oblasti je z analýzy rozhovorů také zřejmá hloubka schopností matek v rámci toho, jak by dokázaly rozpoznat bolesti břicha u batolete.

Všechny matky kromě **M (2)** by bolest u dítěte v batolecím věku identifikovaly na základě plačtivosti dítěte. **M (1, 2, 5, 7)** hovoří o tom, že by batole v této fázi nemělo chuť k jídlu. **M (1, 5, 6)** se zmiňují o tom, že ve chvíli, kdy bude batole bolet břicho, bude dítě mrzuté. **M (1, 5, 6, 7)** nezávisle na sobě říkají, že se bude dítě chovat odlišným způsobem a to jinak, než je jeho zvykem. **M (6)** říká: „*Nechtělo by si hrát.*“ **M (1, 6)** hovoří o tom, že by dítě v batolecím věku v této fázi reagovalo na manipulaci

a pohmat břicha. **M (1, 7, 8)** popisují fakt, že si dítě v batolecím věku bude na bolestivou oblast břicha ukazovat a **M (2, 4, 7)** zmiňují zvýšenou tělesnou teplotu. **M (2)** pokračuje: „*Nevím, zda bych byla schopna obtíže správně rozpoznat, ale určitě by batole mělo mít asi nafouklé břicho a opakovaně by mělo zvracet*“. **M (3, 8)** by se zabývaly otázkou, zda batoleti odcházejí plyny a **M (3)** po delším zamyšlení dále odpovídá, že batole bude plačtivé, bude měnit polohu, z níž mu žádná nebude vyhovovat. **M (5)** hovoří o tom, že bude mít batole zácpu. **M (8)** se zmiňuje o tom, že pokud dítě dokáže již mluvit, samo to poví. „*V tomto věku je v podstatě moje dcera Karolinka. Bolest břicha se snažím rozpoznat na základě toho, co mi dcera povídá*“.

Podkategorie: **Využívání internetových zdrojů**, analyzuje u rodičů skutečnost a také sílu inspirace v používání internetových nebo i jiných informačních zdrojů a to v rámci jistých zdravotních obtíží jejich dítěte.

M (1, 2, 3, 4, 6) využívají v tomto směru hlavně cenných rad dětského lékaře. **M (1, 2, 4, 8)** uvádí, že nevyužívají žádných internetových rad, kterými by se v tomto směru v souvislosti se zdravotními obtížemi svých dětí inspirovaly. **M (1)** se zmiňuje: „*U počítače moc času netrávím, a ještě nikdy jsem jejich rad v souvislosti s vyhledáváním nějakých léků pro malého nevyužila*.“ Dále pokračuje, že internetových rad využívala hlavně v době svého těhotenství, kdy si pro sebe hledala různé vitamíny a doplňky stravy. **M (3, 6, 7)** se na poradenství v rámci internetových zdrojů dívají spíše s nadhledem. **M (3)** říká: „*Neříkám, že jsem si nikdy nic takového nevyhledávala, ale mám zkušenosti s tím, že každý radí něco jiného, protože má každý jiné zkušenosti*“. **M (6)** říká: „*Internetové zdroje používám, ale rozhodně ne ve smyslu co se týká zdraví mého dítěte*.“ **M (7)** dodává: „*Je to šikovné v tom, že si zde rodiče sdělují své informace a zkušenosti mezi sebou. Tím ale nechci říct, že se všemi radami řídím a postupuju podle nich*.“ **M (4, 8)** mají svou inspiraci ve svých blízkých. **M (4)** zmiňuje: „*Moje inspirace je moje maminka, která mi vždycky poradí*.“ **M (8)** udává: „*Když si nevím rady, radím se se svým manželem anebo se svou maminkou*.“ **M (5)** internetových zdrojů k vyhledávání potřebných rad v rámci zdravotního stavu svých dětí využívá. „*Mám své osvědčené stránky, na které chodím a kterými se inspiroju. Můžu říct, že mě nikdy nezklamaly a vždycky mi dokázaly poradit a to nejenom při nemocech*.“

5 DISKUZE

V diplomové práci se zabýváme problematikou ošetrovatelské péče u náhlých příhod břišních u dětí do šesti let. Výzkumné šetření bylo prováděno s respondenty na základě stanovených cílů. Na základě prvního až třetího cíle byly v rámci šetření uskutečňovány rozhovory se sestrami pracujícími na standardním dětském oddělení, nebo na dětském oddělení intenzivní péče. V rámci těchto třech cílů jsme se zaměřili na jistá specifika náhlých příhod břišních, na možné následky tohoto onemocnění, které by se mohly objevit v pooperačním období a také na samotnou problematiku náhlých příhod břišních z pohledu sestry. Sestry v rozhovorech čerpaly ze svých znalostí, zkušeností a dovedností získaných ve své praxi. Na základě čtvrtého cíle bylo šetření prováděno taktéž pomocí rozhovorů, které byly realizovány s rodiči, a to v souvislosti se zjišťováním jejich znalostí v oblasti náhlých příhod břišních.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, z nichž první část je částí teoretickou a druhá část je částí empirickou. První výzkumný soubor tvořilo osm sester z různých nemocnic, jejichž výběr byl záměrný. Podmínkou pro zařazení do výzkumu byla pracovní pozice na standardním dětském oddělení, nebo na oddělení dětské intenzivní péče. Druhý výzkumný soubor tvořilo osm rodičů, resp. matek. Podkladem pro uskutečnění všech rozhovorů byly předem připraveny otázky, z nichž získané informace byly zaznamenány do záznamových archů a nadále zpracovány do jednotlivých rozhovorů. K jejich dalšímu zpracování byla použita technika otevřeného kódování - metoda tužka a papír. Na podkladě opakovaného rozboru postupně vznikaly hlavní kategorie a podkategorie, které byly nadále zpracovány do barevných schémat, které znázorňovaly vzájemné souvislosti mezi nimi.

Tabulka 1 znázorňuje věk, typ pracoviště, délku praxe a nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných sester, jež byly hlavním článkem našeho výzkumného šetření. Polovina sester pracuje na standardním dětském oddělení, z nichž jedna sestra vykonává svou profesi na oddělení malých dětí do šesti let, kde přichází do kontaktu hlavně s rodiči, druhá polovina pracuje v dětské intenzivní medicíně.

Tabulka 2 charakterizuje identifikační údaje námi oslovených matek, tedy věk dotazovaných, profese, věk jejich dítěte a zkušenost s onemocněním dítěte v rámci náhlých příhod břišních. Všechny děti dotazovaných matek jsou mladší deseti let. Dvě matky pracují jako sestry. Ostatní matky jsou od zdravotnického povolání profesně vzdálené. Z tabulky 2 je zřejmé, že jistou zkušenost s onemocněním dítěte v rámci náhlých příhod břišních mají pouze dvě z celkem osmi dotazovaných matek.

Prvním cílem diplomové práce bylo: ***Zjistit specifika náhlých příhod břišních u dětí do šesti let.***

Hájek (2011) udává, že náhlé příhody břišní u dětí jsou pro určité věkové skupiny typické a mají svá specifika. Nás v rámci první výzkumné otázky zajímalo, *jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u náhlých příhod břišních u dětí do šesti let.* V našem výzkumném šetření se každá sestra na základě svého pohledu dostatečně k jistým specifickým v podkategorii zvláštnosti náhlých příhod břišních (schéma 1), vyjádřila. Určitá specifika jsou dle sester viděna z individuálního spektra pohledu, z něhož vyplývá *náhle vzniklý akutní stav, ošetrovatelská péče jakožto neodkladná péče, urgentní operační řešení, silná bolest a zastřené projevy.* Sestry se svým tvrzením shodují s odbornou literaturou a i já mohu ze své praxe potvrdit, že tyto znaky jsou typickými specifiky této diagnózy. Sedláčková (2003) i Volf a Volfová (2003) také popisují, že toto onemocnění je často předmětem urgentní chirurgie a většina případů náhlých příhod břišních je chirurgicky řešitelná. I Klíma (2003) konstatuje, že náhlé příhody břišní jsou prudce a neočekávaně vznikající chorobné stavy z plného zdraví. Volf a Volfová (2003) dále uvádí, že u dětí je velký předpoklad jejich nespolupráce a také často nemožnost objektivizovat lékařské nálezy a proto patří diagnostika náhlých příhod břišních k těm nejobtížnějším. Sestry ve výzkumném šetření *nelehkou a obtížnou diagnostiku* v rámci specifík zdůrazňují. S jejich tvrzením souhlasím, jelikož se domnívám, že obtížná diagnostika je u tohoto onemocnění opravdu typickým specifikem. Neobyčejné tvrzení bylo řečeno S (7), která se v rámci specifík tohoto onemocnění vyjadřuje na základě *psychologickém*: „Určitá specifika vidím v emocionálním prožívání dítěte a jeho rodičů“. Také Janáčková (2007) se zmiňuje, že na vnímavost dítěte má vliv zejména zdravotní stav, psychický stav a prostředí,

ve kterém se dítě nachází. Hájek (2011) říká, že vyšetření *per rectum* může být v mnoha případech tím hlavním momentem, který vede ke stanovení správné diagnózy. Většina sester zmiňuje toto vyšetření jako specifikum, nicméně hovoří o tom, že se neprovádí vždy. Z našeho výzkumného šetření dále vyplývá, že specifické je také *odvádění pozornosti dítěte ve vyšetřovacím procesu*. Sedlářová (2008) a Kotrčová (2011) konstatují, že sestra může pozornost dítěte odvádět pomocí hračky, což se potvrdilo i v praxi. Znatelné jsou i další způsoby odvádění pozornosti, jakými je názorná ukázka na plyšové hračce, odměna ve formě obrázku, nebo odvádění pozornosti u malých dětí pomocí štětiček namočených v glukóze. Ve vyšetřovacím procesu v rámci odvádění pozornosti je polovinou sester udávána přítomnost rodiče. Dle Sikorové (2011) jsou sestry, které přítomnost rodiče u dítěte oceňují, hodnoceny rodiči velmi pozitivně a shledávají tuto skutečnost v rámci ošetrovatelské péče za kvalitní. Sestry dále zdůrazňují, že je při manipulaci s dítětem důležitá dispozice více sester. Také Sedlářová (2008) sděluje, že úroveň ošetrovatelské péče závisí na počtu sester, které dětskému pacientovi ošetrovatelskou péči zajišťují. Sedlářová (2008) a Kotrčová (2011) udávají, že sestra při vyšetření odvádí pozornost dítěte, podporuje jeho zdravotní stav a poskytuje citovou podporu. Ze svých vlastních zkušeností mohou říci, že neutišitelné dítě je mnohdy nepěknou vizitkou pro rodiče, kteří mají celý hlasitý aspekt před očima, ovšem také mohou říci, že jsou i takové děti, které jsou zcela nezkliditelné. Nemyslím si, že odvádění pozornosti dítěte ve vyšetřovacím procesu je specifické pouze pro onemocnění náhlých příhod břišních. Domnívám se, že je tento aspekt typický i pro celou řadu jiných příznaků nebo chorob, které dítě stresují.

V souvislosti s druhou výzkumnou otázkou, která se týká *komplikací náhlých příhod břišních v dětském věku*, vyplynulo, že některé sestry shledávají výskyt komplikací za méně častý a některé tvrdí opak. Vyhnálek (2003) popisuje pooperační komplikace jako příhody narušující normální pooperační průběh, které vznikají v souvislosti s anestezií nebo operačním výkonem. Dle Zemana (2011) je jako každý operační výkon tedy i tento spojen s rizikem vzniku komplikací. Sestry o pooperačních komplikacích hovoří jako o nepřiměřených reakcích organismu. Zmiňují *krvácení z rány, infekce v ráně, dehiscence rány, ruptura stehů, vysoké teploty, netolerance stravy*

a celkové *špatné hojení operační rány*. Tyto pooperační komplikace udává i Zeman (2011). Zajímavá je pro nás skutečnost, že tři sestry zmiňují pooperační komplikace na *psychickém podkladě*. Dalo by se říci, že na tomto základě hovoří Vyhnálek (2003), a to tak, že sestra musí projevy dítěte pravidelně sledovat, aby mohla některé příznaky včas prokázat. V rámci pooperačních komplikací hovoří sestry o konkrétních projevech této problematiky (schéma 2). Sestry zmiňují v zásadě takové projevy, jakými je *zvýšená tělesná teplota, změny fyziologických funkcí, neklidná, zarudlá a serózní operační rána, otok a hematoma operační rány, zácpa, neprospívání, schvácenost a slabost dítěte*. Bolest dítěte je další komplikace, na kterou sestry poukazují. Dle Janáčkové (2007) a Kapounové (2007) je bolest subjektivním prožitkem nejenom pro dítě, ale i pro rodiče a zdravotníky. Domníváme se, že tyto aspekty ovšem nejsou typickými komplikacemi onemocnění náhlých příhod břišních. Dvě sestry konstatují, že pooperační komplikace mají negativní vliv na psychiku dětského pacienta. Janáčková (2007) tvrdí, že na psychologické přístupy k léčeni bolesti je důležité nezapomínat a doplňuje, že mezi ně patří vytvoření vhodného terapeutického prostředí, nebo odvedení pozornosti dítěte. Nejčastější řešení pooperačních komplikací, shledávají sestry v revizním operačním řešení, což potvrzuje Pafko a Kabát (2006) kteří o chirurgickém operačním řešení hovoří. Schéma 2 také znázorňuje komplikace neobvyklé, s nimiž se v rámci své praxe setkalo více než polovina sester.

Z našeho výzkumného šetření je v rámci třetí výzkumné otázky týkající se *specifik předoperační a pooperační péče u náhlých příhod břišních v dětském věku*. Předoperační příprava (schéma 3), má dle sester svá specifika, z nichž každá shledává jistou specifičnost v něčem jiném. „U akutních operací, jako jsou náhlé příhody břišní, musíme předoperační přípravu zkrátit“ (Vyhnálek, 2003, s. 184). Jeho výrok sestry potvrzují a doplňují, že na předoperační přípravu je velice *krátký časový interval*. Vyhnálek (2003) také udává, že dlouhé vyčkávání se v tomto případě považuje za riskantní. Apeluje také na jinou stránku věci a to, že *dítě nebo jeho rodič musí být v této fázi předoperační přípravy seznámen s následujícím operačním postupem*. Tento fakt, který literatura uvádí, je specifikum pro dvě sestry, které v rámci předoperační přípravy zmiňují i *přípravu psychickou*, z nichž jedna konstatuje, že na ni nezbyvá tolik

času. Henry a Stapleton (2009) zmiňují, že ve fázi předoperační přípravy musí být dítě před výkonem šest hodin *lačné*. Sestry jeho teorii v našem výzkumném šetření potvrzují a v rámci této přípravy shledávají lačnění dítěte za nutnost. Pro polovinu z nich je tento fakt i samotným specifikem předoperační přípravy. S tímto tvrzením nesouhlasím, jelikož se domnívám, že lačnění dítěte není adekvátním specifikem pouze této diagnózy, ale je nutným faktem před každým operačním výkonem. Vyhnálek (2003) a Zeman (2011) zdůrazňují, že jestliže stav dítěte dodržení tohoto požadavku vylučuje, je nutné zabezpečit *odvedení žaludečního obsahu nasogastrickou sondou*, jejíž možnost aplikace sdělují v předoperační fázi tři sestry. Respondenti z řad sester dále shledávají specifikum předoperační fáze v tom, že se *nepodávají žádná analgetika ani antibiotika*. S tímto výrokem souhlasíme. Tvrzení sester také koresponduje s Vodičkou (2006) a Hájkem (2011), kteří zmiňují, že tyto produkty zastřou rozvoj náhlé příhody břišní a znesnadní tak definitivní stanovení správné diagnózy. Do předoperační přípravy zařazuje většina sester nutnost *administrativních povinností*, což je pro mnohé z nich také specifikem. Také Sedlářová (2008) a Kotrčová (2011) zmiňují, že sestra zajišťuje i činnosti, které jsou spojené s přijetím dítěte ve smyslu administrativním. Vyhnálek (2003) v oblasti předoperační přípravy uvádí, že sestra u dítěte provede v krátkém časovém intervalu základní *laboratorní vyšetření*, na což je v našem výzkumném šetření poukazováno. *Krevní odběry a zavedení intravenózního vstupu* jsou pro jednotlivé sestry také specifika předoperační přípravy. Vyhnálek (2003) dále udává, že v předoperační přípravě jsou k posouzení rizika operace nezbytná zobrazovací vyšetření a také hovoří o tom, že tato příprava probíhá souběžně s dovyšetřováním stavu. Sestry jednotlivě hovoří o *sonografickém vyšetření, RTG, CT, MR a irigografii*. Pro některé z nich je uskutečnění *předoperačního konzilia, sonografického vyšetření a komplexního pediatrického vyšetření* také jistým specifikem. V našem výzkumném šetření zmiňují sestry skutečnost, že je příprava na výkon po psychické stránce omezena časovým prostorem. Sestry se v rámci časové tísně snaží dítě podpořit pomocí názorných ukázek předváděných na plyšových hračkách, nebo přirovnávají výkon k nějaké hře, která je dítěti blízká. Část dotazovaných se dítěti snaží výkon jednoduše popsat a vysvětlit na základě detailního mentálně přiměřeného rozhovoru, a to s takovým cílem, aby dítě

danému problému porozumělo. Kotrčová (2011) poukazuje na důležitost důvěry a uvádí, že právě důvěra napomáhá začlenit celou rodinu do ošetrovatelského týmu. Část sester říká, že psychická příprava může být zprostředkována i rodičem, což je v rozporu s tvrzením Vágnerové (2008) a Langmeiera a Balcara (2010), kteří udávají, že nemocné dítě vyvolává v rodičích velký otřes, a to jak v postojích, tak i v jejich představách. S tvrzením sester také nemohu ze své vlastní zkušenosti úplně souhlasit, jelikož jsem přesvědčená o tom, že rodiče nemají dosti síly na to, aby psychicky podporovali své dítě v něčem, co i je velice zasáhlo.

Vyhnálek (2003), Valenta (2007) a Slezáková (2010) konstatují, že v bezprostřední pooperační péči je kladen důraz na *monitoraci fyziologických funkcí*, kdy sestra měří intervaly krevního tlaku, pulzu, dechu, saturace a tělesné teploty. I z našeho výzkumného šetření je patrné, že si sestry v této fázi monitoraci fyziologických funkcí uvědomují. Dle nich je pravidelná monitorace fyziologických funkcí zprostředkována na základě zvyklosti konkrétních oddělení, z nichž nejčastěji je dítě monitorováno po půl hodinách celé dvě hodiny po výkonu. Také Vyhnálek (2003), Valenta (2007) a Slezáková (2010) hovoří o tom, že sestra v bezprostřední pooperační péči provádí měření dle zvyklosti oddělení, většinou po třiceti minutách po dobu dvou hodin od ukončení operace. Dále popisují skutečnost *sledování operační rány a případného krvácení*. Sestry také zmiňují nutnost uspořádávání *ošetrovatelské dokumentace a stanovení ošetrovatelských intervencí* dle ošetrovatelského plánu. Většina sester uvádí skutečnost, že se v této fázi *vše odvíjí na základě operačního protokolu a lékařských ordinací*. Sestry zmiňují *sledování stavu vědomí dítěte, sledování charakteru a intenzity bolesti* a její následné *tlumení analgetiky*. Také Vyhnálek (2003) a Valenta (2007) udávají, že bolest musí být sestrou v této fázi bolusově nebo kontinuálně tlumena. Dle Slezákové (2010) je zásadní částí pooperační ošetrovatelské péče *kontrola odpadu z drénů*, s jejímž názorem sestry korespondují.

Na základě čtvrté výzkumné otázky jsme se dotazovali na to, *jaký je pooperační průběh u dětí s náhlou příhodou břišní*. V pooperačním průběhu jsou nejčastěji zmiňovány *kontrolní krevní odběry, chirurgické konzilium a ultrasonografické vyšetření, CT a MR*. S (3) říká: „Další vyšetření jsou individuální. Záleží na tom, jaký typ náhlé

příhody břišní byl u dítěte operován, jak dítě prospívá a jaké výsledky krevních odběrů nabíraných po výkonu dítě má.“ S tímto tvrzením souhlasíme a jediným překvapivým výsledkem je pro nás v této fázi fakt, že ani jedna sestra nehovořila o RTG. Z našeho výzkumného šetření dále vyplývají zásady pooperačního průběhu. Sestry shledávají zásadu v tom, aby dítě *dodržovalo léčebný režim*. S (5) zmiňuje, že zejména *u dětí předškolního věku* je důležité *zvýšit pozornost nad jejich režimem*. Ze svých zkušeností mohou její tvrzení jenom potvrdit, jelikož zrovna dítě předškolního věku dokáže být mnohdy velmi neukázněným pacientem. Polovina sester shledává pooperační průběh jako specifikum pooperační péče, která se odvíjí od závažnosti stavu každého dítěte a od zcela individuálního přístupu ke každému dítěti. Součástí pooperačního průběhu je také *edukace dětí a rodičů*, která by dle Kotrčové (2011) neměla být jednorázovým poučením, ale dlouhodobým procesem, který se musí plánovat a prolínat celou hospitalizací. Edukace má zásadní význam hlavně při přijetí dítěte na oddělení, před každým vyšetřením či léčebným zákrokem a před propuštěním. V našem šetření se shodují sestry na tom, že hlavní roli v oblasti edukace hraje lékař, který rodinu informuje o veškerých aktuálních procesech, kterým se jejich dítě podrobuje. Sedlářová (2008) a Kotrčová (2011) udává, že by sestra měla rodinu v pooperačním průběhu správně edukovat o léčebném režimu dítěte a o následných variantách ošetrovatelské péče v domácím prostředí. Z výzkumu vyplývá, že obsah edukace v pooperačním průběhu je i již zmiňovaný klidový režim. Zahrnuje také poučení o dodržování dietního opatření, o jehož nutnosti hovoří i Valenta (2007). Také podstatu domácího ošetřování klade ve svých odpovědích polovina sester. Sikorová (2011) hovoří, že úkolem sestry je působit v podpoře zdraví a v oblasti zdravotní výchovy, kdy ona je tím článkem, který vytváří optimální podmínky pro otevřenou komunikaci mezi dítětem, rodinou a jí. Toto aplikuje ve své praxi S (8), která říká, že se jako sestra snaží rodičům zodpovědět všechny otázky spojené s ošetřováním dětského pacienta, se zapojením dítěte do aktivního života, s pravidly, která by měla být u dítěte v domácím prostředí nastavena, a s jeho rekonvalescencí. Jak uvádí Sikorová (2011) nedílnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče je pozitivní vztah mezi sestrou, dítětem a rodinou. To vyplývá i z výzkumného šetření. V rámci edukace je zde patrná nutnost komunikace

a spolupráce mezi sestrou, rodičem a dítětem. Sikorová (2011) dále sděluje, že se také očekává, aby rodina dokázala spolupracovat a projevila tak svou aktivitu. S (4) říká, že je edukace v souvislosti s pooperačními komplikacemi velmi důležitá. *Prevence komplikací* je dle této sestry jedna z nejdůležitějších pooperačních intervencí, do nichž sestra zařazuje bariérový přístup při manipulaci a převazech operační rány. Vyhnálek (2003) ovšem zmiňuje, že součástí preventivního opatření je včasné zajištění pooperační mobilizace dítěte a to dle jeho stavu. Jako prevenci komplikací udávají jednotlivé sestry podrobení se dalším *kontrolním zobrazovacím vyšetřovacím metodám, kontrolování projevů bolesti a nasazení antibiotické léčby*. Dále jsou sestrami zmiňovány preventivní kroky, kterými zdůrazňují dodržování léčebného režimu a dodržováním dietního opatření v rámci rekonvalescence, která je dle Valenty (2007) na prevenci pooperačních komplikací takto zaměřena.

Druhým cílem diplomové práce bylo: ***Zjistit možné následky náhlých příhod břišních u dětí do šesti let v pooperačním průběhu.***

S tímto cílem souvisí výzkumná otázka, která se dotazuje na to, *jaké následky se mohou u náhlých příhod břišních v dětském věku objevit*. Kotrčová (2011) zdůrazňuje, že od rodiny se očekává, aby se do celého procesu aktivně zapojila. Pokud se tak nestane, mohou se jako důvod nedodržování zásad pooperačního režimu objevit negativní důsledky (schéma 4). Těmi mohou být dle sester rodiče ze sociálně slabších rodin, kteří neprojevují snahu léčebný režim dodržovat. Důvodem může být dle jedné sestry i nižší „mentalita“ rodičů. Důsledek, který vznikne z nedodržování zásad pooperačního režimu, je dotazovanými sestrami prezentován jako možný *výskyt pooperačních komplikací*. V našem výzkumném šetření se objevují i tvrzení, jakým je *bolest, neprospívání dítěte, prodloužená rekonvalescence a opakovaná hospitalizace*. S (7) hovoří o *trvalých následcích*. Sedlářová (2008) udává, že pohled rodičů se na nemocné dítě upírá ve smyslu pocíťování viny, selhání ve své rodičovské roli a ztracení sebedůvěry. To vede dle autorky ke snížení schopnosti poskytnout dítěti dostatečnou podporu a pocit jistoty ve chvíli, kdy to jejich dítě nejvíce potřebuje. I přes tento fakt, je v našem výzkumném šetření příjemným zjištěním, že se možnými důvody

nedodržování zásad pooperačního režimu sestry nesetkávají. Sestry tímto potvrzují, že se rodiče snaží pooperační rekonvalescenci dodržovat.

Třetím cílem diplomové práce bylo: ***Zmapovat problematiku náhlých příhod břišních v dětském věku z pohledu sestry.***

Na základě zkušeností pro nás bylo důležité *zmapovat problematiku náhlých příhod břišních v dětském věku*. Sestry shledávají problematiku tohoto onemocnění v *obtížné diagnostice*, jejíž nelehkost v podkategorii oblast diagnostiky (schéma 5), specifikují. S jejich tvrzením musím ze své vlastní zkušenosti souhlasit. Sestry v rámci obtížné diagnostiky vystihují skutečnost, že dítě nemá tu schopnost adekvátní reakce, komunikace a nedokáže tak vyjádřit, co ho bolí. Také Volf a Volfová (2003) zmiňují, že malé děti často reagují výrazně na jakýkoli bolestivý podnět, anebo naopak ze strachu z neznámého prostředí a osob mohou bolestivost skrývat. Také dodávají, že malé dítě tak není schopno své potíže popsat. Dále sestry uvádí *neutišitelnost dítěte, neklid dítěte a obtížnou manipulaci s ním*, což popisuje i Volf a Volfová (2003) a Šváb (2007), kteří hovoří o tom, že je u dětí velký předpoklad jejich nespolupráce a také často nemožnost objektivizovat lékařské nálezy. Zdůrazňují, že diagnostika náhlých příhod břišních patří proto k těm nejobtížnějším. S (2) vymezuje v této oblasti problematiku týkající se *rodičů*, kteří svou nejistotu mnohdy přenáší na dítě, které je pak ještě více rozrušené. Opačného názoru je S (4), která zmiňuje: „Není vždy lehké dokázat dítě k něčemu přesvědčit, a proto nám k tomu v mnohých případech pomohou matky.“ S tímto tvrzením koresponduje Příprava na CT vyšetření (2012) která uvádí, že k tomu, aby došlo ke stanovení správného postupu léčby, je někdy kromě nejmodernější techniky nezbytné, aby byl v přítomnosti dítěte jeho rodič. Zmíněná vyšetření by u menších, neklidných dětí bez spolupráce rodičů, kterým dítě důvěřuje, nešla v některých případech efektivně provést. Problematiku obtížnosti diagnostiky popisují i další sestry, a to v souvislosti s možným *zastřením obtíží a atypickým průběhem této diagnózy*. Také Volf a Volfová (2003) a Šváb (2007) udávají, že existuje velké množství stavů, které mohou náhlou příhodou břišní vyvolat nebo ji jen imitovat. Z našeho výzkumného šetření je zřejmé, že je pro většinu sester problematikou *neporozumění rodičů*. S (2) konkrétně popisuje neporozumění rodičů slovy, že jsou ze zdravotního

stavu svého dítěte natolik znepokojení, že pojmy, které by v běžné situaci znali, jsou pro ně v této chvíli velkou neznámou. To potvrzuje i Sedlářová (2008) která udává, že situace, kdy se dítě svěří odbornému personálu, jsou pro celou rodinu velice stresující. S (4) říká, že v rámci krátkého časového intervalu nemají rodiče ani možnost veškeré informace pochopit. V souvislosti s tímto jevem dále vyplývá, že hlavním edukátorem, tedy tím, kdo rodičům osvětluje charakter onemocnění, léčbu a následnou prognózu, je lékař. Sestrami je zmiňována i role sestry, která by dle Kotrčové (2011) měla v rámci svých kompetencí rodiče dětských pacientů o ošetrovatelských postupech a ošetrovatelských výkonech edukovat. Sikorová (2011) konstatuje, že kvalitní ošetrovatelská péče, je uskutečňována ve chvíli, kdy sestry rodičům i dítěti naslouchají, zapojují rodiče do péče o dítě, jsou citlivé při ošetrování, komunikují s dítětem i s rodinou a vykonávají individualizovanou ošetrovatelskou péči. To vše je uskutečňováno v rámci zpětné vazby (schéma 5), o jejíž aplikaci v praxi hovoří všechny sestry. Sedlářová (2008) zdůrazňuje, že sestra nikdy nemůže nahradit rodičovskou péči a naplnění všech potřeb. Z našeho výzkumného šetření je jasné, že si tuto skutečnost rodiče patrně uvědomují, jelikož z šetření vyplývá, že pro většinu sester je negativní přístup rodiče známým aspektem. Sestry mají ze své praxe zkušenosti s *negativním přístupem rodičů k operačnímu výkonu* a nejčastěji řeší tuto situaci přivoláním lékaře. S (1) hovoří o tom, že se nesetkává přímo s negativním přístupem, ovšem s takovými rodiči, kteří upřednostňují konzervativní léčbu před chirurgickou. S (3) udává: „Spíše mám zkušenosti takové, že rodiče chtějí pro dítě jen to nejlepší a téměř vždy je lékař o nutnosti operačního výkonu přesvědčí.“ Z vlastních zkušeností musím říci, že je mi toto tvrzení více povědomé.

Posledním cílem diplomové práce bylo: ***Zjistit znalosti rodičů o náhlých příhodách břišních v dětském věku.***

Výzkumná otázka měla za úkol zjistit, *jaké znalosti mají rodiče o náhlých příhodách břišních v dětském věku.* Z výzkumného šetření vyplývá, že nejvíce matek zmiňuje v souvislosti s pojmy náhlých příhod břišních diagnózu, kterou je apendicitida. Toto zjištění jsem očekávala, jelikož tento pojem patří dle mého názoru mezi nejnámější. Zabývali jsme se tím, jaký mají rodiče o pojmu „apendicitida“ přehled. Pět

matek říká, že je to „*Zánět slepého střeva*“. Šnajdauf a Klíma (2003) a Škába (2005) hovoří o apendicitidě jako o zánětu červovitého přívesku slepého střeva. I přesto, že není tvrzení matek terminologicky správné a nevědomě označily toto onemocnění lidovými slovy, *vědí, o jaké onemocnění se jedná*. Dvě matky, které pracují jako sestry, *označují tento pojem jako odborná literatura* a jedna matka pojem *nezná*. Matky popisovaly příznaky tohoto onemocnění jako bolesti celé oblasti břicha. Dále udávají zvracení, zvýšenou tělesnou teplotu, zácpu a plačtivost dítěte. M (1) popisuje bolest na straně levé, což je tvrzení zcela nesprávné. Z výzkumného šetření vyplývá, že matky *nepopisují náhlé příhody břišní na základě svých znalostí, ovšem prostřednictvím dedukcí a polemizací*. Šnajdauf a Škába (2005) zdůrazňuje klasický obraz tohoto onemocnění, které začíná bolestmi břicha, jež dítě většinou lokalizuje v oblasti pupku. Dítě je méně aktivní, objevuje se nechutenství, nauzea a zvracení. Bolest je kontinuálního charakteru a během několika hodin se přesune do oblasti pravého podbříšku. V našem výzkumném šetření se šest matek zmiňuje o pojmech „ileus“, „invaginace“ a „pankreatitida“ jako o pojmech zcela *neznámých*. Jedna matka, která pracuje ve zdravotnictví, *nedokázala charakterizovat pojem „invaginace“*, což je pro nás zjištěním překvapivým. Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že *matky nemají o pojmech náhlých příhod břišních přehled, jelikož nejsou jejich znalosti úplné*. Informovanost s možným výskytem tohoto onemocnění (schéma 6), je popisována taktéž neúplně. Důvodem je, že většina matek *nebyla na riziko možnosti vzniku tohoto onemocnění nikým záměrně upozorněna*. Klíma (2003) konstatuje, že mezi nejrozsáhlejší náhlé příhody úrazové patří břišní poranění. Poranění břicha mají proti ostatním náhlým příhodám břišním jednu výhodu, kterou je anamnéza, z níž je většinou hned znát mechanismus úrazu a tím i příčina případné náhlé příhody břišní. Výzkumné šetření nám dále ukázalo přístup matek k neúrazovým bolestem břicha dítěte. Polovina matek by ve chvíli, když by si jejich dítě stěžovalo na bolest břicha, vyhledalo lékařskou pomoc. Dále se matky zmiňují o prohmatávání břicha a zjišťování místa, kde přesně to dítě bolí. Matky hovoří o tom, že by se v této situaci zajímaly o to, co dítě snědlo a zda není příčina v dietní chybě. Dále udávají měření tělesné teploty, pátrání po poslední stolici, masírování bříška s následnými obklady a nasazení diety. Skutečnost

podávání analgetik naordinovaných rodičem je zřejmá ze zmínek tří matek. I přesto, že je toto tvrzení sděleno méně než polovinou, je dle mého názoru velmi nebezpečná prognóza toho, co by se za běžných okolností mohlo stát. Dalším spektrem, které by matky mohly na své dítě aplikovat, jsou jakési osvědčené recepty, jejichž aplikace je zřejmá z odpovědí pěti matek. Ty v rámci osvědčených receptů zmiňují masírování bolavého břicha, vyhledávání úlevové polohy pro dítě, vaření fenyklového nebo heřmánkového čaje a podávání nahřáté pleny na břicho. Hloubka schopností dotazovaných matek byla v našem šetření dále zkoumána na jejich možném rozpoznání bolesti břicha u batolete. Téměř všechny matky by ji identifikovaly na základě plačtivosti dítěte, nechutenství a neobvyklým chováním dítěte. Dalšími zmiňovanými příznaky je zvýšená tělesná teplota, neodcházení plynů, zácpa, nafouklé břicho, zvracení, reakce dítěte na pohmat břicha a verbální sdělení. *Žádné úvahy o tom, že by mohlo dojít k podezření na náhlou příhodu břišní, se zde neobjevují.* Shledávám názor, že určité vědomosti o této diagnóze jsou v našem šetření znatelné pouze u dvou matek, které pracují ve zdravotnictví. Pro ostatní matky není tato diagnóza zcela známá.

6 ZÁVĚR

V diplomové práci s názvem *Problematika ošetrovatelské péče u náhlých příhod břišních u dětí do šesti let* jsme se zabývali specifiky tohoto onemocnění včetně možných následků, které by v pooperačním průběhu mohly vzniknout, problematikou náhlých příhod břišních v dětském věku z pohledu sestry a také tím, jaká je schopnost rodičů rozpoznat toto onemocnění v dětském věku.

V diplomové práci byly stanoveny čtyři cíle. Cíl 1: Zjistit specifika náhlých příhod břišních u dětí do šesti let. Cíl 2: Zjistit možné následky náhlých příhod břišních u dětí do šesti let v pooperačním průběhu. Cíl 3: Zmapovat problematiku náhlých příhod břišních v dětském věku z pohledu sestry. Cíl 4: Zjistit znalosti rodičů o náhlých příhodách břišních v dětském věku. Pro výzkumné šetření bylo stanoveno sedm výzkumných otázek.

Realizace kvalitativního výzkumného šetření byla uskutečněna metodou polostrukturovaných rozhovorů s respondenty. První výzkumný soubor tvořilo osm sester z nemocnic Jihočeského a Středočeského kraje, pracujících na standartním dětském oddělení, nebo na oddělení dětské intenzivní péče. Druhý výzkumný soubor tvořilo osm rodičů, resp. matek. Ke zpracování výsledků rozhovorů byla použita technika otevřeného kódování - metoda tužka a papír. Hlavní kategorie a podkategorie, byly zpracovány do barevných schémat.

Závěry ukazují, že specifika náhlých příhod břišních jsou dle jednotlivých sester viděna z individuálního pohledu. Z výzkumného šetření vyplývá, že specifikum tohoto onemocnění je jeho akutní stav, neodkladná péče, urgentní operační řešení, bolest, zastřené projevy, obtížná diagnostika a emocionální prožívání jak dítěte, tak i jeho rodičů. Z výsledků je patrné, že činnosti v ošetrovatelské péči jsou týmovou spoluprací, jejíž součástí jsou vyšetřovací zobrazovací metody a odebírání biologického materiálu. Ve vyšetřovacím procesu je specifikem rozptýlení pozornosti dětského pacienta. Komplikace jsou popisovány jakožto změny fyziologických funkcí, zvýšená tělesná teplota, bolest, změny v krevních odběrech, neklidná, zarudlá a serózní operační rána, otoky, hematom operační rány, zácpa, schvácenost, neprospívání a slabost dítěte.

Udávány jsou i komplikace na psychickém podkladě. Krátký časový interval, a to i v rámci psychické přípravy, nutnost seznámení rodiče s operačním postupem, lačnění dítěte, nepodávání žádných analgetik, antibiotik, nutnost čistého operačního pole, administrativní povinnosti, laboratorní vyšetření, konzultace s anesteziologickým lékařem a zobrazovací metody jsou specifiky předoperační přípravy. V pooperační fázi jsou specifikum intervence, které jsou plněny na základě operačního protokolu a lékařských ordinací. Poukazováno je na monitoraci fyziologických funkcí, sledování celkového stavu dítěte a jeho operační rány, intenzity a charakteru bolesti. V ošetřovatelském procesu je poukázáno na edukaci a na důležitou spolupráci všech tří složek, do nichž patří sestra, dítě a rodič. Z výzkumného šetření vychází, že následkem nedodržování zásad pooperačního režimu může být výskyt pooperačních komplikací, bolest, neprospívání dítěte, prodloužená rekonvalescence, opakovaná hospitalizace, nebo trvalé následky. Závěry hovoří o tom, že zásady pooperačního režimu se rodiče dětí snaží dodržovat. Výzkumné šetření udává znatelnou existenci problematiky náhlých příhod břišních v dětském věku. Problematikou je obtížná diagnostika, neschopnost adekvátní reakce a komunikace dítěte, neutišitelnost a neklid dítěte, obtížná manipulace s dítětem, možné zastření obtíží, atypický průběh a také krátký časový interval k tomu, aby byla sestra schopna poskytnout rodiči dostatečné informace o aktuálním stavu, což vyplývá z již zmiňované urgentnosti v oblasti specifík tohoto onemocnění. Z uskutečněných rozhovorů s matkami vyplynulo, že znalosti rodičů jsou v oblasti náhlých příhod břišních neúplné. Neúplné jsou tudíž i jejich schopnosti vyslovit podezření na toto onemocnění a uvědomit si riziko jeho vzniku. Z analýzy rozhovorů vychází, že matky vypovídaly spíše na základě dedukcí a polemizací než znalostí. Závěry dále ukazují, že matky nejsou nikým dostatečně upozorňovány na existenci této diagnózy, jejíž závažnost si v rámci neznalosti jen těžko uvědomí.

Na základě získaných výsledků byla vytvořena brožurka jakožto informační materiál pro rodiče, která bude rodičům nápomocna k osvětlení různých pojmů a potencionálních situací v rámci této rozsáhlé diagnózy. Tato brožurka bude k dispozici v jeslích a na ambulanci dětského oddělení v Českých Budějovicích.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Bolesti břicha u kojenců. [on-line]. [cit. 2013-02-11]. Dostupné z: http://mamaaja.cz/ActiveWeb/Article/1559/bolesti_briska_u_kojencu.html.

BUMBOVÁ Irena. Bolesti břicha u dětí. 2010. [on-line]. [cit. 2013-02-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/bolesti-bricha-u-deti-455477>.

DÍTĚ, Petr et al, 2005. *Akutní stavy v gastroenterologii*. 1. vyd. Praha: Galen. 314 s. ISBN 8072623052.

ELIŠKOVÁ, Miloslava a Ondřej, NAŇKA, 2006. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.

Fakultní nemocnice Ostrava. 035. 03. [on-line]. [cit. 2013-05-11]. Dostupné z: http://www.fno.cz/documents/informovanesouhlasy/Operace_nahlych_prihod_brisnich_u_deti_IS_r03.pdf.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo Borek, et al., 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vyd. Brno: NCO NZO. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2004. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 1. vyd. Brno: NCO NZO. 87 s. ISBN 80-7013-405-4.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2005. Hodnocení sestrou. In: *Pediatric pro praxi*. 9 (5), 12. ISSN 1336-8168.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, et al., 2005. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1.vyd. Brno: NCO NZO. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.

GREEN, Robert a Blake, BULLOCH, et al., 2005. Early analgesia for children with acute abdominal pain. *Pediatrics*. 116(4):978-83.

HÁJEK, Miloš et al., 2011. *Náhlé příhody břišní: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. 20s. ISBN 978-80-86998-47-3.

HENRY, Mark a Edvard, STAPLETON, et al., 2009. *Prehospital care*. 4th ed. Elsevier Health Sciences: 848 p. ISBN 9-7803-230554-75.

Ileózní náhlé příhody břišní. [on-line]. [cit. 2013-01-12]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/lekarske-diagnozy.aspx?id=43>.

JANÁČKOVÁ, Laura, 2007. *Bolest a její zvládnání*. 1. vyd. Praha: Portál. 192 s. ISBN 978-80-7367-210-2.

KALOUSOVÁ, Jana, 2009. Hodnocení, prevence a léčba bolesti u dětí. *In Vox Pediatrice*. 9 (5), 19. ISSN 1213-2241.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KLÍMA, Jiří, et al., 2003. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia. 320 s. ISBN 80-86432-38-6.

Kolektiv autorů, 2006. *Vše o léčbě bolesti: Příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.

KOTRČOVÁ, Ivana, 2011. *Role sestry během akutního příjmu pacientů s traumatem*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Fakulta zdravotně sociální. Vedoucí práce PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D.

KOUDA, Martin a JECH Zbyněk, 2004. Akutní apendicitida. *Interní medicína pro praxi*. 8 (1), 399 – 401. ISSN - 1212-7299.

KŘIVÁNKOVÁ, Markéta a Milena, HRADOVÁ, 2009. *Somatologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 214 s. ISBN 978-80-247-2988-6

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava, PEČENKOVÁ, 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.

LANGMEIER, Josef a Karel, BALCAR, et al., 2010. *Dětská psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Portál. 432 s. ISBN 978-80-7367-710-7.

LUKÁŠ, Karel, 2003. *Funkční poruchy trávicího traktu*, 1. vyd. Praha: Grada. 200 s. ISBN 80-247-0296-7.

MAREŠOVÁ, Jana, 2007. Bolest u novorozence. In: *Bolest*. 17 (3), 26. ISSN 1212-0634.

MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav, OREL, 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada. 302 s. ISBN 978-80-247-1521-6.

MICHALSKÝ, Rudolf, 2008. *Chirurgie břišní stěny, trávicí trubice a nitrobřišních orgánů pro studující ošetrovatelství*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství. 93 s. ISBN 978-80-7248-465-2.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1.vyd. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

NEJEDLÁ, Marie, 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1150-8.

Neúrazové náhlé příhody břišní u dětí. [on-line]. [cit. 2012-02-08]. Dostupné z: http://www.zachranarivlockari.wz.cz/download/05_neurazove_np_deti.pdf.

NOVÁK, Michal, 2006. *Sonografická diagnostika náhlých příhod břišních*. Praha: Maxdorf. 265 s. ISBN 80-7345-020-8.

Obrázky dítě u lékaře. [on-line]. [cit. 2014-03-13]. Dostupné z: http://www.hamanek.cz/prakticke-rady/vyvoj-ditete.html/30_333-okenko-detskeho-lekare-aneb-na-co-se-maminky-nejcasteji-ptaji/1

Obrázky nemocné dítě. [on-line]. [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: <http://detskylekar-sokolov.cz/>

OLCHAVA, Petr, 2007. *Zdravé a nemocné dítě*. 1. vyd. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-1847-7.

PAFKO, Pavel a Jaromír KABÁT, et al., 2006. *Náhlé příhody břišní: operační manuál*. 1. vyd. Praha: Grada. 135 s. ISBN 80-247-0981-3.

Příprava na CT vyšetření. [on-line]. [cit. 2012-06-19]. Dostupné z: <http://www.multiscan.cz/priprava-na-ct-vysetreni>.

SEDLÁČKOVÁ, Miloše, 2003. *Bolesti břicha a jiné břišní obtíže u dětí I*. 1. vyd. Praha: Triton. 165 s. ISBN 80-7254-365-2.

SEDLÁŘOVÁ, Petra, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

SCHEIN, Moshe, a Paul, ROGERS, 2011. *Schein's common sense emergency abdominal surgery*. (Urgentní břišní chirurgie). 1. vyd. Praha: Grada. 419 s. ISBN 978-80-247-2357-0.

SIKOROVÁ, Lucie, 2011. *Potřeby v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.

SILEN, Wiliam, 2005. *Early diagnosis of the acute abdomen*. 21th ed. Oxford University Press. 298 p. ISBN 0-19-517545-X.

SKALICKÁ, Hana, et al., 2007. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 149 s. ISBN 978-80-247-1079-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1.Vyd. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

STOŽICKÝ, František a Kateřina PIZINGEROVÁ et al., 2006. *Základy dětského lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 360 s. ISBN 80-246-1067-1.

- ŠEVČÍK, Pavel, et al., 2003. *Intenzivní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén. 422 s. ISBN 80-7262-203-X.
- ŠNAJDAUF, Jiří a Richard, ŠKÁBA, 2005. *Dětská chirurgie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-329-7.
- ŠVÁB, Jan, 2007. *Náhlé příhody břišní*. 1.vyd. Praha: Karolinum. 205 s. ISBN 978-80-246-1394-9.
- UEBERRUECK, Torsten, et al., 2004. Appendectomies for Suspected Acute Appendicitis. *World Journal of Surgery*. 28 (5), 508-511. ISSN 00268-004-7157-2.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- VALENTA, Jiří, et al., 2007. *Základy chirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén. 277 s. ISBN 978-80-7262-403-4.
- VELEMÍNSKÝ, Miloš, et al. 2009. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. České Budějovice: JU. 178 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
- VODIČKA, Josef, et al, 2006. *Speciální chirurgie*, 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1101-5.
- VOJTOVÁ, Jitka. Náhlé příhody břišní. 2012. [on-line]. [cit. 2013-04-20-]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvi.eu/index.php/osetrovatelsky-proces/8-osetrovatelsky-proces/137-nahle-prihody-brisni>.
- VOLF, Vladimír a Hana, VOLFOVÁ, 2003. *Pediatrie*. 3 vyd. Praha: Informatorium. 115 s. ISBN 80-7333-023-7.
- VYHNÁLEK, František, et al., 2003. *Chirurgie*. 2. vyd. Praha: Informatorium. 226 s. ISBN 80-7333-005-9.
- WINSTON, Robert. [Překlad J. JEBÁČKOVÁ], 2005. *Člověk*. 1. české vyd. Praha: Euromedia Group k. s. 512 s. ISBN 80-242-1455-5.

ZEMAN, Miroslav, et al., 2006. *Speciální chirurgie*. 2. vyd. Praha: Galén. 575 s. ISBN 80-7262-260-9.

ZEMAN, Miroslav, et al., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6

8 PŘÍLOHY

8.1 Seznam příloh

- PŘÍLOHA 1** Otázky pro rozhovor se sestrou
- PŘÍLOHA 2** Otázky pro rozhovor s rodičem
- PŘÍLOHA 3** Anatomie dutiny břišní
- PŘÍLOHA 4** Brožurka „Bolí tě břicho?“
- PŘÍLOHA 5** CD: Přepis rozhovorů

PŘÍLOHA 1 Otázky pro rozhovor se sestrou

1. Specifika ošetrovatelské péče u náhlých příhod břišních v dětském věku

- 1.** *Myslíte si, že existují specifika u náhlých příhod břišních v dětském věku? Pokud ano, jmenujte.*
- 2.** *Vyznačuje se NPB u dítěte z Vašeho pohledu nějakou zvláštností? (Něco netypického)*
- 3.** *Jaké vyšetřovací metody se provádí při příjmu dítěte s NPB?*
- 4.** *Jaká fyzikální vyšetření se provádí při příjmu dítěte s NPB?*
- 5.** *Jaké fyzikální vyšetření je u dítěte s NPB na Vašem oddělení považováno za nejnnutnější?*
- 6.** *Jak probíhá vyšetřování dítěte s NPB nižší věkové kategorie?*
- 7.** *Kdo odvádí pozornost dítěte s NPB u specializovaných diagnostických vyšetření a léčebných postupů?*
- 8.** *Jakým způsobem se pozornost dítěte s NPB u specializovaných diagnostických vyšetření a léčebných postupů odvádí?*
- 9.** *Je nutné, aby vyšetřili dítě s NPB lékařští specialisté? Pokud ano, specifikujte.*
- 10.** *Existují nějaké zásady u dítěte s NPB? Pokud ano, jaké?*
- 11.** *S jakými příznaky rodiče se svým dítětem nejčastěji k lékaři přicházejí?*
- 12.** *V jakých místech děti (nebo jejich rodiče) nejčastěji lokalizují bolest v době příchodu do nemocnice?*
- 13.** *Jak vypadá situace na Vašem oddělení ve chvíli přijetí dítěte s podezřením na NPB, jaké ošetrovatelské postupy se uskutečňují a jak se zapojuje sestra do vyšetřovacího procesu u dítěte s NPB? Co obnáší v tomto směru její práce?*
- 14.** *Kdo především organizuje situaci na Vašem oddělení ve chvíli hospitalizace dítěte?*

15. *Jaké NPB se na Vašem oddělení nejčastěji objevují?*
16. *Jak sestry motivují děti/jejich rodiče k dodržování léčebného režimu v domácím prostředí?*
17. *Existuje nějaký fakt, který Vás v souvislosti s NPB u dítěte někdy překvapil?*

2. Komplikace u náhlých příhod břišních v dětském věku

1. *Myslíte si, že se u náhlých příhod břišních v dětském věku mohou vyskytovat komplikace?*
2. *Objevuje se u dítěte po operačním výkonu NPB nějaký negativní jev v souvislosti s komplikacemi?*
3. *Jaká je dle Vás nejčastější pooperační komplikace u dítěte s NPB?*
4. *Setkala jste se za Vaši praxi s nějakou dle Vás neobvyklou komplikací u dítěte po operaci NPB?*
5. *Jak se u dítěte pooperační komplikace projevují?*
6. *Jak se pooperační komplikace u dítěte nejčastěji řeší? Na čem v souvislosti s touto problematikou nejvíce záleží?*

3. Specifika předoperační a pooperační péče u náhlých příhod břišních v dětském věku

1. *Myslíte si, že existují nějaká specifika pro předoperační přípravu u dítěte s NPB? Pokud ano, jaká?*
2. *Jak se postupuje ve fázi předoperační přípravy u dítěte s NPB? Jak probíhá?*
3. *Jak vysvětlí sestra dítěti (předškolního věku) nutnost operačního výkonu?*
4. *Jak sestra připraví po psychické stránce dítě (předškolního věku) na výkon? Aby se nebálo?*
5. *Kdo edukuje rodinu, jak probíhá a co vše edukace rodičů u dítěte s NPB před operačním výkonem zahrnuje?*
6. *Jak se postupuje ve fázi pooperační péče u dítěte s NPB po výkonu a jak dlouho je monitorováno?*

7. *Jaká kontrolní vyšetření se u dítěte po operaci NPB provádějí? Provádějí se vždy?*
8. *Existují nějaké zásady, které jsou typickými znaky na Vašem oddělení pro pooperační péči u dítěte po výkonu? Pokud ano, jaké?*
9. *Co všechno zahrnuje edukace rodičů dítěte s NPB po operačním výkonu?*

4. Pooperační průběh u dětí s náhlou příhodou břišní v dětském věku

1. *Jaká nastává na oddělení situace, když se vrátí dítě s NPB z operačního výkonu?*
2. *Jak často se u dítěte projevují pooperační komplikace?*
3. *V čem spočívá prevence pooperačních komplikací u dítěte s NPB?*

5. Potencionální následky u náhlých příhod břišních v dětském věku

1. *Dodržují děti/rodiče zásady pooperačního režimu?*
2. *Jaké důvody vedou k tomu že děti/rodiče nedodržují řádnou pooperační rekonvalescenci?*
3. *Jaký důsledek v souvislosti s nedodržováním pooperačního režimu to dítěti může způsobit?*

6. Problematika náhlých příhod břišních v dětském věku

1. *Vidíte jako sestra nějakou problematiku v souvislosti s NPB v dětském věku? Pokud ano, v jaké oblasti?*
2. *Existuje v souvislosti s vyšetřováním dítěte s NPB nějaká situace, kterou považujete za obtížně zvládnutelnou? Pokud ano, v čem je podle Vás diagnostika NPB u dítěte obtížná?*
3. *Co je největším problémem při vyšetřování dítěte s NPB?*
4. *Jsou vždy rodiče na Vašem oddělení dostatečně seznámeni s onemocněním NPB u jejich dítěte? Pokud ano, kdo je nejčastěji seznamuje?*
5. *Dává sestra rodičům od dítěte s NPB možnost zpětné vazby? Pokud*

ano, jakým způsobem?

- 6.** *Stává se u Vás na oddělení, že rodiče dítěte s NPB neporozumí dané problematice a závažnosti onemocnění? Pokud ano, jak často a jak postupujete?*
- 7.** *Projevují někdy rodiče od dítěte s NPB negativní přístup k operativnímu řešení?*
- 8.** *Co děláte ve chvíli, kdy rodiče projevují negativní přístup k operativnímu řešení NPB u jejich dítěte?*
- 9.** *Co děláte v situaci, když rodiče odmítnou spolupracovat?*

PŘÍLOHA 2 Otázky pro rozhovor s rodičem

- 1.** *Znáte pojem náhlá příhoda břišní? Pokud ano, co si pod tímto pojmem představujete?*
- 2.** *Máte představu o tom, jaká onemocnění by mohla patřit do skupiny náhlých příhod břišních?*
- 3.** *Byla jste někým někdy upozorněna na možnou skutečnost, že by u Vašeho dítěte mohlo k náhlé příhodě břišní dojít?*
- 4.** *Slyšela jste někdy pojem – apendicitida? Pokud ano, jak byste toto onemocnění charakterizovala?*
- 5.** *Dokázala byste příznaky u apendicitidy rozpoznat?*
- 6.** *Slyšela jste někdy některý z těchto pojmů - ileus, invaginace nebo pankreatitida? Pokud ano, co si pod těmito pojmy představujete?*
- 7.** *Jak byste řešila situaci, když by si Vaše dítě začalo stěžovat pouze na bolest břicha?*
- 8.** *Podávala byste v situaci, kdyby si dítě začalo stěžovat na bolest břicha nějaké léky? Pokud ano, jaké?*
- 9.** *Použila jste někdy Vámi osvědčené recepty na bolesti břicha u Vašeho dítěte? Pokud ano, tak jaké a kdo Vám je poradil?*
- 10.** *Použila byste internetové, nebo i jiné zdroje ve chvíli, kdybyste si u dítěte všimla jistých obtíží? Z jakého důvodu si myslíte, že by Vás jejich rady dokázaly inspirovat k tomu, abyste jich využila?*
- 11.** *Na základě čeho byste byla schopna rozpoznat bolest břicha u dítěte v batolecím věku?*

Zdroj: Vlastní

PŘÍLOHA 3 Anatomie dutiny břišní

Prostor, který začíná bránicí a končí malou páňví, je dutina břišní /cavitas abdominalis/. Z malé páňve tato dutina postupně přechází v dutinu páňevní. Mezi dutinami se nachází páňevní kost, na níž je kostěná hrana, která tvoří hranici mezi dutinami. Stěny těchto dutin jsou vyplněny nástěnnou pobřišnicí. Povrch pobřišnice je tvořen plochým jednourstevným epitelem. Malé množství tekutiny, které se v dutině nachází, umožňuje klouzavý pohyb intraperitoneálních orgánů. Pobřišnice přiléhá na jednotlivé orgány dutiny břišní a páňevní. Má velice dobrou vstřebávací schopnost a její plocha je 1,8 m². Nástěnná pobřišnice pokrývá vnitřní plochu břišní stěny, bránici a orgány, které jsou zezadu k bránici přilehlé. Mezi tyto orgány patří ledviny, nadledviny, močovody, zčásti duodenum a slinivka (Elišková a Naňka, 2006; Michalský, 2008; Křivánková a Hradová, 2009).

Dutina břišní je rozdělena na horní část dutiny břišní a na dolní část dutiny břišní. Do horní části dutiny břišní patří žaludek, játra, slezina, horní část slinivky břišní a duodena. V dolní části břišní dutiny se nachází tenké střevo, tlusté střevo, dolní část slinivky břišní a duodena. Obě tyto části dutiny břišní mají rozdílné tepenné zásobení (Elišková a Naňka, 2006; Křivánková a Hradová, 2009).

Orgány dutiny břišní

Žaludek /ventrikulus, gaster/ se nachází pod levým žeberním obloukem směřujícím k pupku. Je to rozšířená část trávicí trubice spojující jícen a duodenum. Žaludek je charakteristický svým patrným hákovitým tvarem s malým a velkým zakřivením. Malé zakřivení se nachází v horním úseku žaludku, kdežto velké zakřivení má své místo v dolním úseku. Žaludek se rozděluje na tři části. Česlo tvoří přechod mezi jícnem

a žaludkem. Tělo žaludku se směrem nahoru vyklenuje v klenbu, směrem dolů se zužuje ve vrátníkovou předsíň a dále přechází ve vrátník. Přední plocha žaludku úzce sousedí s levým lalokem jater, dotýká se přední stěny břišní a bránice. Zadní stěna žaludku přechází ve stěnu nazývanou se peritoneální prostor za žaludkem. V těchto místech pak žaludek přiléhá na slinivku břišní, ledvinu s nadledvinou, bránici, slezinu a závěs příčného tračníku (Elišková a Naňka 2006; Merkunová a Orel, 2008; Michalský, 2008).

Stěnu žaludku tvoří sliznice, podslizniční vazivo, svalovina a serosa. Je složena z řas a vystlána cylindrickým epitelem. Do sliznice dále ústí žaludeční žlázy, které obsahují hlen, produkují enzym, pepsin a kyselinu solnou. Svalovina žaludku se dělí na tři vrstvy, z nichž první je zevní podélná, druhá je střední cirkulární a poslední třetí vrstvou je vrstva vnitřní. Pružné svalové stěny žaludku umožňují přijímat velké množství potravy naráz. Vnitřní povrch prázdného žaludku je plný velkých záhybů i řas, a když se žaludek naplňuje, řasy uvnitř něho se vyrovnávají. Vnitřní sliznice žaludku je uspořádána do velkých záhybů. Tato sliznice obsahuje buňky vylučující ochranný hlen, aby žaludek nenatrávil i sám sebe. Pružné svalové stěny žaludku umožňují přijímat velké množství potravy naráz (Winston; 2005; Elišková a Naňka, 2006; Kapounová, 2007).

Tenké střevo /*intestinum tenue*/ je nejdelším úsekem trávicí trubice, jeho délka je kolem tří až pěti metrů. Rozloha střeva je např. stejná jako celý tenisový kurt. V tenkém střevě je potrava, v podobě kašovitě tráveniny ze žaludku, štěpena pankreatickou šťávou, žlučí z jater a střevními výměšky, aby mohly být živiny vstřebávány a využity. Tenké střevo je tak jednou z nejdůležitějších částí trávicí trubice, probíhá zde trávení potravy a již výše zmíněné vstřebávání živin. Stěna tenkého střeva se skládá ze sliznice, vaziva, podslizničního vaziva, svaloviny a serózy. Buňky jednovrstevného cylindrického epitelu pokrývají sliznici.

Tenké střevo se dělí na tři části, kterými jsou dvanáctník, lačník a kyčelník. Dvanáctník /duodenum/ se nachází za velkým zakřivením žaludku, kde tvoří oblouk naléhající na hlavu slinivky břišní. Délka duodena se pohybuje okolo 25 – 28 cm a má tvar do písmene „C“ (Elišková a Naňka, 2006; Kapounová, 2007; Merkunová a Orel, 2008). „Vtékají do něj šťávy z jater a slinivky, které usnadňují trávení“ (Winston, 2005, s. 90). Lačník /jejunum/ o průměru tří centimetrů, se nachází v levé části peritoneální dutiny. Zde se vytvářejí enzymy, které společně s enzymy ze slinivky dokončují štěpení potravy. Jestliže je lačník vyprázdněn, tvoří až dvě pětiny délky celého střeva. Kyčelník /ileum/ mající průměr 2,5 cm se nachází v pravé části peritoneální dutiny a tvoří až tři pětiny délky střeva. Vstřebává výživné látky a žluč, které se pak krevními cévami vracejí do jater. Je to poslední část tenkého střeva (Elišková a Naňka, 2006; Kapounová, 2007; Merkunová a Orel, 2008).

Tlusté střevo /intestinum crassum/ o průměru čtyři až osm centimetrů a velikosti 1,5 metru se dělí na čtyři části, jimiž jsou vzestupný tračník, příčný tračník, sestupný tračník, slepé střevo a konečník. V tlustém střevě se z nestrávené potravy stávají výkaly. Pruhy svaloviny kolem střevních stěn se stahují a uvolňují, aby se odpadní látky posouvaly střevem. Tvoří se zde stolice, která se dále hromadí v konečníku a poté je vyloučena řitním otvorem (Winston, 2005; Elišková a Naňka, 2006; Kapounová, 2007; Merkunová a Orel, 2008).

Slepé střevo /caecum/ je uloženo v pravé jámě kyčelní. Jeho délka je přibližně deset centimetrů. Ze slepého střeva vychází červovitý přívěsek /apendix/, což je výběžek bez známé funkce (Elišková a Naňka, 2006; Merkunová a Orel, 2008).

Vzestupný tračník /colon ascendens/ o velikosti šestnáct až dvacet centimetrů se napojuje na slepé střevo. Vzestupně se táhne pod játra a svým pohybem se napojuje na příčný tračník /colon transversum/. Ten se nachází v úrovni pupku, táhne se napříč od jater až po slezinu. Jeho

délka je přibližně padesát centimetrů. Nadále přechází v sestupný tračník /colon descendens/ dlouhý asi dvacet až třicet centimetrů, který se táhne do levé jámy kyčelní. Tam navazuje na esovitou kličku /colon sigmoideum/, která je charakteristická tím, že se stáčí do středu pánve (Elišková a Naňka, 2006; Merkunová a Orel, 2008).

Konečník /rectum/ je posledním úsekem tlustého střeva. Měří asi dvanáct centimetrů. V konečníku se před vyloučením ukládá stolice. Dělí se na dvě části. Na horní úsek, který je uložen v pánvi a jeho velikost je asi deset centimetrů, a na dolní úsek, který je užší a dlouhý asi dva až čtyři centimetry a postupně ústí zevně v řitní otvor (anus). Řitní otvor uzavírají dva svěrače, a to vnitřní svěrač, tvořený hladkou svalovinou, a vnější svěrač tvořený příčně pruhovanou svalovinou (Winston; 2005).

Slinivka břišní /pankreas/ leží retroperitoneálně - tedy v oblouku mezi žaludkem a zadní stěnou břišní. Svým nejširším místem - hlavou - je umístěna při dvanáctníku. Hlavní částí, kterou je tělo, pokračuje vlevo a zužuje se v ocas (Elišková a Naňka, 2006). Je to velká žláza ve tvaru písmene „L“. Patří mezi žlázy s vnitřní (endokrinní) i vnější (exokrinní) sekrecí. Endokrinní sekreci zajišťují ve slinivce Langerhansovy ostrůvky, jejichž počet se pohybuje mezi jedním až dvěma miliony a jejich velikost je půl milimetru až jeden milimetr. Do krevního oběhu produkují hormony, kterými jsou insulin a glukagon, jež ovlivňují hladinu cukru v krvi, a dále také hormon somatostatin. Exokrinní sekreci tvoří ve slinivce tkáň produkující pankreatickou šťávu. Šťáva se skládá z nejrůznějších enzymů, které spolupracují na štěpení tuků, bílkovin a sacharidů. Také obsahuje hydrogenuhličitan sodný (jedlou sodu) neutralizující žaludeční kyselinu. Šťáva je nadále odváděna četnými vývody, které se spojují do hlavního vývodu slinivky, a je přes hlavní žlučovod odváděna na jejich společné ústí na Vaterské papile v sestupné části duodena. Ústí vývodu je chráněno svěračem nazývaném Oddiho svěrač (Winston, 2005; Elišková a Naňka, 2006;

Merkunová a Orel, 2008).

Játra /hepar/ leží v dutině břišní pod pravým žeberním obloukem. Jejich váha je okolo 1,5 kg (Elišková a Naňka, 2006). „Tento velký orgán hnědočervené barvy má přes pětset různých funkcí, které pomáhají udržovat chemickou rovnováhu v těle. Jednou z hlavních úloh jater je jejich účast na zpracování živin, i když nejsou s trávicí soustavou přímo spojené“ (Winston, 2005, s. 92). Mají také značně regenerační schopnost a po onemocnění, nebo jiném poškození, se dokážou částečně sebeobnovit. Struktura jater je křehká. Rozdělují se na pravý jaterní a levý jaterní lalok, lalok dolní duté žíly a lalok čtvercový (Winston; 2005; Elišková a Naňka, 2006;).

Játra jsou složena z jaterních buněk nazývaných hepatocyty. Jedním z jejich hlavních úkolů je chemické upravování živin a tvorba žluče. V játrech probíhají dva oběhy, z nichž jeden je oběh nutritivní, který zajišťuje přívod tepenné okysličené krve do jaterních tkání, a druhým oběhem je pak oběh funkční, který přivádí pomocí žil z vény portae látky ze střev, žaludku, sleziny a slinivky břišní (Winston, 2005; Elišková a Naňka, 2006; Kapounová, 2007; Merkunová a Orel, 2008).

Žlučník /vesica fellea/ je výchlipka žlučových cest, nachází se ve výřezu na spodní plošině jater, kde přesahuje jejich dolní okraj. Žlučník má hruškový, vakovitý tvar a svým obsahem pojme padesát až šedesát ml žluči (Elišková a Naňka, 2006; Merkunová a Orel, 2008).

Žlučové cesty přivádějí žluč do žlučníku a také ji ze žlučníku odvádějí. Jejich hlavním úkolem je skladovat žluč tvořenou játry a dodávat ji při procesu trávení do tenkého střeva. Začínají ve žlučových kapilárách jaterních lalůček. Z tohoto místa se vytvářejí větší nitrojaterní žlučovody, jež zanikají a společně vystupují z jater jako extrahepatální ductus hepaticus dexter et sinister, který se nadále spojuje ve společný žlučovod. K němu je připojen vývod žlučníku, který dále pokračuje do dvanáctníku, jenž také ústí na Vaterské papile (Elišková a Naňka, 2006; Merkunová

a Orel, 2008).

Slezina /lien/ je uložena pod levým žeberním obloukem mezi žaludkem a bránicí. Její povrch je kryt viscerálním peritoneem, kde se nachází vazivové pouzdro. Mezi přepážkami je přítomna dřeň, která je současně funkční tkáň sleziny. Dřeň se dělí na bílou a červenou. Bílá se nachází v oblasti tepen, obsahuje velké množství lymfocytů a makrofágů. Její funkce je obranná proti nepříznivým vlivům okolí. Červená dřeň obsahuje červené krvinky, bílé krvinky a plazmatické buňky. Její hlavní funkcí je odstraňování nepotřebných, starých a poškozených krvinek z krevního oběhu. Je také místem, kde se uskladňují krevní destičky (Elišková a Naňka, 2006; Merkunová a Orel, 2008).

Ledviny /nephros, ren/ jsou párovým orgánem, nacházejícím se retroperitoneálně v dutině břišní po stranách bederní páteře. Jejich tvar je ve fazolovitý. Hmotnost se pohybuje okolo stovaceti gramů. (Elišková a Naňka, 2006; Merkunová a Orel, 2008). „Hlavním úkolem obou ledvin je tvorba moči, tekutiny obsahující odpadní látky tvořené tělem“ (Winston, 2005, s. 93). Povrch ledvin je tvořen vazivovým pouzdrem přecházejícím na močovod. Na vazivové pouzdro naléhá tuková vrstva a zevní vazivová povázka, která ledvinu a její okolí fixuje. Funkční tkáň ledvin se dělí na vnější část – kůru - a vnitřní část - dřeň. Dřeň je uspořádána do kuželovitých útvarů – pyramid, obsahujících sběrné kanálky. Ledvinná pánvička je prostor nálevkovitého tvaru, jenž se na několika místech zanořuje do dřene a zároveň vybíhá v močovod. Základní funkční filtrační jednotkou ledviny je nefron. Skládá se z Malphigiho tělíska, proximálního tubulu, Henleovy kličky, distálního tubulu a sběrného kanálku. Malphigiho tělísko je svazek, klubíčko kapilár, který má odvodnou a přívodnou cévu a dvoulist Bowmanova pouzdra, což je hlavní místo filtrace. Z tohoto místa odstupuje proximální tubulus, jehož hlavní funkcí je resorpce většiny glomerulárního filtrátu

a snížení jeho celkového objemu (Winston, 2005; Elišková a Naňka, 2006; Merkunová a Orel, 2008).

Nadledviny /glandula suprarenales/ pyramidovitého tvaru jsou uložena v tukovém pouzdře retroperitoneu na horním pólu ledviny. Hlavní funkce tohoto orgánu je endokrinní. Kůra produkuje hormon adrenalin, noradrenalin, mineralokortikoidy a glukokortikoidy. V řezu nadledviny lze rozlišit kůru a dřev. Dřev je naředlé barvy a křehké struktury (Elišková a Naňka, 2006; Merkunová a Orel, 2008).

Močovod /ureter/ odstupuje z ledvinné pánvičky. Je to dvacet až třicet centimetrů dlouhá trubice o šířce čtyř až pěti milimetrů. Tato trubice, tvořena přechodným vícevrstevnatým epitelem, spojuje ledviny s měchýřem. Dělí se na tři části. První část je část břišní (retroperitoneální), druhá pánevní a třetí částí je část intramulární, která se nachází ve stěně močového měchýře (Winston, 2005; Elišková a Naňka, 2006).

Močový měchýř /vesica urinaria/ je dutým orgánem se silnými svalovými stěnami, ležící u žen před pochvou a dělohou za stydkou sponou a u mužů před konečníkem. Objem močového měchýře se pohybuje okolo 300 – 400 ml moče, naplnit se ovšem může až do objemu 700 – 750 ml. Moč se v něm shromažďuje dočasně. Prázdný močový měchýř má miskovitý tvar, ale po náplni se jeho tvar stává kulovitým (Winston 2005; Elišková a Naňka, 2006).

Močová trubice /uretra/ je orgán, který odvádí moč z těla ven. Mužská močová trubice je dlouhá asi dvacet centimetrů. Začíná v močovém měchýři, dále prochází prostatou, vrstvou hlubokých svalů pánevního dna a vyústuje také jako vývodná cesta pohlavní z penisu. Ženská močová trubice je dlouhá asi čtyři centimetry. Začíná v močovém měchýři a dále ústí v úseku mezi klitorisem a vstupem do pochvy (Winston 2005; Elišková a Naňka, 2006; Merkunová a Orel, 2008).

„Bolí tě bříško?“



Milí rodiče,
věnujte prosím pozornost **neúrazovým bolestem břicha** Vašeho dítěte a **neberte je na lehkou váhu**.

Jak poznám, že dítětko bolí bříško?

(pokud samo neřekne)

- **usedavě a dlouhodobě pláče až křičí**
– **není k utišení**
- *kroutí se*
- *vzpírá se*
- *prohýbá se*
- *propíná nožičky*
- *křečovitě přitahuje nožičky k bříšku*
- *je neklidné – nespí*
- *snaží se tlačit a rudne v obličejí*
- *je unavené a nehraje si*
- *trpí zácpou*
- *trpí nechutenstvím*
- *má tvrdé, napjaté, citlivé bříško*

Jaké osvědčené recepty se na bolest břicha nejčastěji používají?

- nahřátá plena (teplý obklad)
- fenyklový čaj, heřmánkový odvar
- jemná masáž břicha
- cvičení, houpání na břichu
- koupel v teplé vodě
- úlevová poloha – na pravém boku s kolínky přitáženými k břichu
- nošení a houpání
- podávat probiotika
- rektální rourka

P O Z O R!



Víte, že bolest břicha...

- **nemusí** být vždy funkčního typu (týkající se např. dietní chyby, „zaražených větrů“, zvýšené plynatosti v zažívacím traktu)
- **může** být typu organického, který je důsledkem **náhlých příhod břišních** (např. bolesti v důsledku zánětu slepého střeva, nebo při zauzlení střev)
- může být **prvním příznakem náhlých příhod břišních**, které mohou ohrožovat život dítěte!
- Zanedbání těchto potíží může pak vést k velkým zdravotním problémům komplikovaného charakteru!

Co je náhlá příhoda břišní?

- prudce a neočekávaně vznikající chorobné stavy z plného zdraví s postižením **orgánů dutiny břišní**
- akutní svým rychlým průběhem a svou závažností
- ve většině případů chirurgicky řešitelná
- důležité je její časné rozpoznání a léčení
- lékaři musí často rozhodnout, zda se jedná o skutečnou náhlou příhodu břišní nebo jen o stav, který tuto příhodu připomíná



Kdy navštívit lékaře?

- bolest břicha se dostaví **náhle** z plného zdraví
- bolest břicha je **intenzivní**
- dítě se po osvědčených receptech **nezklidní**
- větry ani stolice **neodchází** nebo je naopak stolice **řidká, s příměsí hlenu, s příměsí červené až černé krve**, nebo může stolice připomínat **malinové želé**
- potíže **trvají** stále, nebo se cca po půl hodině **opakují**, nebo trápí-li dítě i slabší bolesti po dobu delší než dva dny
- bolest břicha je často doprovázena **zvracením, horečkou**

- bolest břicha, u které **nelze vysvětlit jasnou příčinu** (např. možná bolest břicha v rámci psychiky dítěte, nadměrné zátěže, nebo dietní chyby)
- bolest je lokalizována v pravém podbřišku
- břicho je tvrdé i na laický pohmat

Bolavé dětské břicho s těmito projevy by měl vždy vidět lékař!



Co nikdy nedělat?

! Nepodávat žádné léky ani sirupy na bolest

! Nepomohou-li úlevové manévry/osvědčené recepty, pak je **samoléčba nebezpečná**

! Tyto aktivity mohou zastřít rozvoj náhlé příhody břišní a znesnadnit tak definitivní stanovení správné diagnózy **!**



Použité zdroje:

- *Bolesti břicha u kojenců. [on-line]. [cit. 2013-02-11]. Dostupné z:
http://mamaaja.cz/ActiveWeb/Article/1559/bolesti_briska_u_kojencu.html.*
- *HLACHOVÁ, Martina, 2014. Problematika ošetrovatelské péče u náhlých příhod břišních u dětí do šesti let. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Fakulta zdravotně sociální. Vedoucí práce Mgr. Dita Nováková, Ph.D.*
- *Obrázky dítě u lékaře. [on-line]. [cit. 2014-03-13]. Dostupné z:
http://www.hamaneck.cz/prakticke-rady/vyvoj-ditete.html/30_333-okenko-detskeholekare-aneb-na-co-se-maminky-nejcasteji-ptaji/1*
- *Obrázky nemocné dítě. [on-line]. [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: <http://detskylekar-sokolov.cz/>*

Příloha k diplomové práci: *Problematika ošetrovatelské péče u náhlých příhod břišních u dětí do šesti let*

Autor: *Bc. Martina Hlachová*

Spoluautor: *Mgr. Dita Nováková, Ph.D.*

Recenzent: *MUDr. Jiří Klíma*

Datum zpracování: *19. 05. 2014*