

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Ošetrovatelská péče u dětí po operaci rozštěpu patra

Bakalářská práce

Autor práce: Petra Bušková
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Ing. Iva Brabcová

Datum odevzdání práce: 2.5.2012

Abstract

Nursing care after cleft palate surgery in children

This work is divided into theoretical and practical part. First part is concerned with complex nursing care, nourishment and risk factors in children after completed cleft palate surgery. It further describes basic methods of diagnosis used in determination of palate cleft in children. One of the main parts is a chapter concerned with post-surgical nursing care. Based on the theoretical part, two main research aims were established:

Aim 1: To map chosen areas of post-surgical care in children with cleft palate from the nurses' point of view. The level of 85% correct answers to questions concerning this problem was established for confirmation of the hypothesis. The Pearson's chi-squared test was chosen for statistical analysis. Only for $p < 5\%$ and the number of correct answers lower than 31, did the respondents show insufficient knowledge on the subject.

H 1: Nurses have sufficient knowledge in the area of intensive post-surgical care (in the span of 2h after surgery). The presumed percentage of correct answer score of 85 % was met nine times. Only 3x was the number of correct answers lower. Based on results from the statistical analysis was the first hypothesis (H1) confirmed.

H 2: Nurses have sufficient knowledge concerning nourishment in post-surgical care of children with cleft palate. The presumed percentage of correct answer score of 85 % was met nine times. Based on results from the statistical analysis was the second hypothesis (H2) confirmed.

H 3: Nurses have sufficient knowledge concerning respiratory care in post-surgical care of children with cleft palate. The presumed percentage of correct answer score of 85 % was met eight times. Only once was the number of correct answers lower. Based on results from the statistical analysis was the third hypothesis (H3) confirmed.

Aim 2: To map chosen areas of post-surgical care in children with cleft palate from the point of view of caretakers in home environment. Based on qualitative research, three questions were proposed: 1. How was the caretaker of the post-surgical child informed or educated concerning the care of mouth wound during hospital discharge to home

environment? Nurses recommended the caretaker mouthwash and disinfection and gave important information on palate massage. 2. What are the specifics on nourishment concerning children after cleft palate surgery? The caretakers gave correct nourishment and chose suitable feeding position. Food intake varied according to the age of the child. Mouthwash was administered after each meal. The caretakers were using suitable feeding tools. 3. Which are the areas of heaviest load for the caretaker of the cleft palate operated child in home environment? The caretakers mentioned insufficient nourishment intake, pain and administering palate massage as the most problematic areas of home care. Within the chapter on practice recommendations, a chart of recommended caretaking practices for caretakers of children after cleft palate surgery in home environment was created.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „ Ošetřovatelská péče o děti po operaci rozštěpu patra “ vypracovala samostatně a použila jsem jen pramenů, které cituji v příložené literatuře.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to ve zkrácené podobě, ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, na jejích 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

.....

Podpis studenta

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce paní Ing. Ivě Brabcové za odborné vedení práce, za cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat rodičům dětí rozštěpu patra, za jejich ochotu při odpovídání na mé otázky k výzkumnému šetření.

Obsah

Úvod.....	3
1 Současný stav.....	4
1.1 Anatomie dutina ústní a dutiny nosní.....	4
1.1.1 Dutina ústní.....	4
1.1.2 Rty.....	4
1.1.3 Patro	5
1.1.4 Zevní nos a dutina nosní	6
1.2 Ošetrovatelská péče o dítě s rozštěpem patra v oblasti výživy	6
1.2.1 Mateřské mléko.....	6
1.2.2 Složení mateřského mléka	7
1.2.3 Kojení.....	8
1.2.4 Kojení dítěte s rozštěpem patra.....	8
1.2.5 Umělá kojenecká výživa	10
1.2.6 Strava batolat a větších dětí	10
1.3 Ošetrovatelská péče o dítě s rozštěpem patra v oblasti dýchacích cest.....	11
1.3.1 Charakteristika dýchání	11
1.3.2 Hodnocení dýchání	12
1.3.3 Péče o dýchací cesty	12
1.4 Rizikové faktory vzniku rozštěpových vad.....	13
1.5 Rozštěp patra.....	15
1.5.1 Klinické projevy rozštěpu patra.....	17
1.5.2 Diagnostika rozštěpu patra.....	18
1.5.3 Ultrazvuková diagnostika	19
1.5.4 Léčba rozštěpu patra	20
1.6 Předoperační péče	24
1.7 Pooperační péče	25
2 Cíle, hypotézy a výzkumné otázky	29
2.1 Cíl práce	29

2.2	Hypotézy	29
2.3	Výzkumné otázky.....	29
3	Metodika	30
3.1	Použité metody.....	30
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4	Výsledky	32
4.1	Výsledky z dotazníkového šetření určeného pro sestry na standardních odděleních.....	32
4.2	Výsledky z dotazníkového šetření určeného pro sestry v intenzivní péči (JIP + dospávací pokoj)	43
4.3	Výsledky statistického testování	58
4.4	Výsledky z kvalitativního výzkumného šetření	62
4.4.1	Rozhovor 1.....	62
4.4.2	Rozhovor 2.....	63
4.4.3	Rozhovor 3.....	64
4.4.4	Rozhovor 4.....	65
4.4.5	Rozhovor 5.....	67
4.4.6	Rozhovor 6.....	68
4.4.7	Rozhovor 7.....	69
4.4.8	Rozhovor 8.....	72
4.4.9	Rozhovor 9.....	73
4.4.10	Rozhovor 10.....	74
4.5	Kategorizace dat z kvalitativní části výzkumného šetření	76
4.5.1	Informovanost matek o ošetrovatelské péči při propuštění do domácího prostředí	76
4.5.2	Výživa.....	78
4.5.3	Nejvíce zátěžové oblasti péče	80
5	Diskuze	82
6	Závěr	91
6.1	Doporučení pro praxi	92

7	Seznam použitých zdrojů.....	95
8	Klíčová slova	99
9	Seznam příloh	100

Úvod

Dosud není přesně zjištěno, jak a proč rozštěpové vady vznikají. Výskyt rozštěpových vad obličeje je již několik desetiletí stejný. Udává se v poměru 1 : 500. Ročně se tedy v České Republice narodí jedno dítě s rozštěpem na 535 zdravých dětí. Rozštěpová vada obličeje vzniká v těhotenství, mezi 8 a 12 týdnem života. Někdy ani žena ještě neví, že je těhotná. V tomto období se u embrya vytváří obličejová část. Pokud se počáteční struktury těchto částí spojí jen částečně nebo se nespojí vůbec, dochází ke vzniku rozštěpové vady obličeje a to v různých kombinacích. Rozštěpová vada obličeje patří do kategorie vrozených vývojových vad. Dochází k rozpolcení rtu, tváře nebo patra. Vyskytují se samostatně nebo kombinovaně. Mohou být úplné nebo jen částečné a podle svislé osy obličeje může být postižení jednostranné (unilaterální), oboustranné (bilaterální) nebo ve střední linii (mediánní). Svým názvem poněkud matou, protože nevznikají rozštěpením, ale naopak nespojením určitých částí obličeje v místech, kde by za normálních okolností měly být ret, čelist a patro. Pravděpodobnost vzniku této vady zvyšují také různé rizikové faktory. Proto se tyto testy předem již neprovádějí, vše se zjišťuje ultrazvukem a to na běžném přístroji nebo na speciálním 3D ultrazvuku (1).

Tato bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči dětí po operaci rozštěpu patra. Mým cílem je zmapovat vybrané oblasti pooperační ošetrovatelské péče o děti s rozštěpem patra z pohledu sestry a zmapovat vybrané oblasti ošetrovatelské péče o děti po operaci s rozštěpem patra z pohledu pečující osoby v domácím prostředí.

V rámci kapitoly doporučení pro praxi byla vytvořena přehledová tabulka doporučených ošetrovatelských činností určená pro pečující osoby v domácím prostředí o děti po operaci rozštěpu patra.

1 Současný stav

1.1 Anatomie dutina ústní a dutiny nosní

1.1.1 Dutina ústní

Dutina ústní je považována z fyziologického i anatomického hlediska jako začátek zažívacího ústrojí. Dutina ústní, označovaná též jako ústa, je tvořena ústní štěrbinou a dosahuje až k zúžení na přechod do hltanu, které nazýváme jako hltanovou úžinu. Dutinu ústní vystýlá vícevrstevný dlaždicový epitel. Dutina ústní je vpředu a zevně ohraničená rty (labia oris) a tvářemi (buccae). Na stropu dutiny ústní jsou z pohledu zdola vidět dva různé útvary: zubní oblouk a patro. Patro je horizontální ploténka tkáně, která odděluje dutinu ústní od dutiny nosní. Spodina úst je zpevněná m. mylohyoideus a na svalovém dnu, ústní dutiny, se nachází sliznice. Uprostřed spodiny se nachází jazyk (lingua), na který přechází sliznice spodiny úst. Dutina ústní slouží k rozkousání potravy, jejímu zmenšení a promíšení se slinami. Sliny jsou produkovány třemi párovými žlázami. První jsou příušní žlázy, druhé se nazývají podčelistní a třetí jsou podjazykové. Jazyk je smyslový orgán chuti a má významnou úlohu při mluvení a chrání také dýchací cesty před vniknutím cizího tělesa během polykání (2, 3).

1.1.2 Rty

Součástí dutiny ústní jsou rty (labia oris). Skládají se ze dvou silných řas, které jsou zvenčí kryté kůží a na straně dutiny ústní sliznicí. Horní a dolní ret uzavírají svými volnými okraji ústní štěrbinu. Na zevních okrajích ústní štěrbiny se oba rty stýkají jako ústní koutky. Horní ret vzniká srůstem tří složek: středního, nepárového, tzv. čelního laloku pro horní čelist a dvou postranních párových laloků. Čelní lalok byl původně velmi široký, ale postupně se zúžil. Defekty při splývání těchto výběžků se uvádějí jako vrozená rozštěpová vada. Ta proto téměř není nikdy ve střední čáře. Rozštěp (nedokonalý růst) může postihnout jen ret nebo i přední část horní čelisti. Těžší stupeň této vady postihuje celé patro a čelist. Dolní ret vzniká z párových laloků pro dolní čelist, které se spojují ve střední čáře. Mezi lalokem pro dolní čelist a postranním

lalokem pro horní ret (čelist) je na každé straně štěrbina, která v průběhu dalšího vývoje zčásti srůstá. Srůstem vzniká tvář (2,4).

1.1.3 *Patro*

Patro (palatum) je horizontální přepážka, která odděluje dutinu ústní od dutiny nosní. V přední části se nachází tvrdé patro (palatum durum), jehož podkladem je kostěné patro, a v zadní části na něj navazuje měkké patro (palatum molle). Vývoj patra souvisí s vývojem rtů, tváří, a také s vývojem horní čelisti. Při vytváření rtů a tváří vzniká vpředu z nepárového čelního laloku materiál pro horní ret a dorsálně trojúhelníkovitá ploténka. Její přední část vytváří čelist a její zadní část vytváří tzv. primární patro. Patrové ploténky jsou vytvářeny od 6. týdne vývoje. Volné konce plotének se nacházejí po obou stranách jazyka. V 7. týdnu vývoje se již jazyk dostává více kaudálně, takže už nestojí mezi ploténkami. Proto ploténky zdvihají své volné okraje kraniálně, čímž přecházejí do vodorovné polohy, a proto probíhá horizontalizace patrových plotének (4, 5).

Dále ve vývoji ploténky dosahují svým růstem střední čáry a vzájemně splývají. Tím vzniká tzv. sekundární patro. K patru se shora připojuje rostoucí nosní přepážka. Poruchy vzniku sekundárního patra, poruchy horizontalizace patrových plotének a poruchy vzájemného splývání i s primárním patrem vedou ke vzniku rozštěpových vad patra. Ty vznikají ve více fázích vývoje buď z defektu růstu patrových plotének nebo z příčin znemožňujících horizontalizaci, či spojením plotének sekundárního patra. Zde hraje roli také vývoj jazyka v závislosti na růstu mandibuly a další faktory. Proto existují různé typy rozštěpových vad, od postiženého celého patra a jeho spojení s primárním patrem až po druhou krajnost. Vada je jen naznačena rozštěpem čípku nebo atypickým tvarem patra. Rozštěpové vady patra jsou dědičné, stejně tak jako rozštěpy rtů a čelistí. Rozštěpová vada patra znesnadňuje, až znemožňuje sání novorozenci. Kromě kosmetického defektu se později projevuje vadou řeči vzhledem ke spojení mezi nosní a ústní dutinou a změněnému tvaru patra (4, 5, 6).

1.1.4 Zevní nos a dutina nosní

Zevní nos (nasusexternus) má tvar trojboké pyramidy. Je uložený uprostřed obličeje a také z něj vyčnívá. Skelet zevního nosu je tvořen nosními kůstkami. Tyto kůstky jsou ve spojení s čelní kostí a čelními výběžky maxily (2).

Dutina nosní (cavitasnasi) je spojená dutina zevního nosu a kostěné dutiny nosní, rozdělená nosní přepážkou na dvě části levou a pravou. Rozděluje se na předsíň dutiny nosní a na vlastní dutinu nosní. Obě části se liší úpravou sliznice a jejím epitelem. Vývoj dutiny nosní probíhá spolu s vývojem zevního nosu a přilehlých obličejových částí. V 6. týdnu vývoje se prohlubují čichové jamky. Vstup do čichové jamky se nazývá primitivní nozdra. Další vývoj dutiny nosní probíhá v období, kdy vzniká sekundární patro, které vzniká vzájemným spojením patrových plotének a jejich spojením s primárním patrem, a současně je také spojením primárního a sekundárního patra se základem nosního septa. Ukončením vývoje sekundárního patra se oddělí v celém rozsahu dutina nosní od definitivní dutiny ústní (5, 7).

1.2 Ošetrovatelská péče o dítě s rozštěpem patra v oblasti výživy

1.2.1 Mateřské mléko

Výživa novorozence by měla být jednoduchá, a proto je pro novorozence nejpřirozenější způsob kojení. Mateřské mléko je nejdokonalejší strava pro novorozence, je sterilní a má vždy optimální teplotu. Dítěti je k dispozici v každém okamžiku bez jakékoli přípravy. Mateřské mléko je také ekonomicky nenáročné. Toto mléko má velký význam při ochraně dítěte před infekcemi, protože obsahuje řadu látek s bakteriocidními, bakteriostatickými a protizánětlivými účinky. Jedná se například o leukocyty, lysozym, laktoferin. Obsahuje také důležitý imunoglobulin IgA, který má za úkol chránit novorozence před infekcemi. Tento imunoglobulin snižuje hlavně počet infekcí dýchacích cest, trávicího traktu a zánětů středního ucha. Některé živiny napomáhají vývoji imunitních reakcí, jedná se například o zinek. Z toho vyplývá, že dítě, které dostává pouze mateřské mléko, je více chráněno před vznikem potravinových alergií a také před respiračními a kožními alergickými projevy.

Mateřské mléko má také velký význam při prevenci anemií. Dalo by se říci, že mateřské mléko brání do jisté míry vzniku obezity a také přispívá k prevenci aterosklerózy, protože kojené dítě si určuje dávku mléka samo, a tím pádem je vyloučeno jeho překrmování. Při kojení se také vytváří úzký citový vztah mezi matkou a dítětem. Proto je velmi důležité, aby i dítě s rozštěpem patra dostávalo mateřské mléko. Toto mléko obsahuje řadu látek, které napomáhají při ochraně dítěte před infekcemi. Matka dítěte by měla mateřské mléko odstříkávat a podávat pomocí různých pomůcek, které jsou určené pro děti s rozštěpem patra (8).

1.2.2 Složení mateřského mléka

V celém období laktace je mateřské mléko přizpůsobeno měnícím se nárokům rostoucího dítěte. Složení mateřského mléka ovlivňuje zrání jednotlivých funkcí. Jedná se hlavně o trávicí ústrojí a centrální nervový systém. Zralé mateřské mléko obsahuje více tuků a v tučích rozpustné vitaminy A, D, E a K. Dále také více laktózy a některé stopové prvky, jako například zinek. V mateřském mléce se vykytuje vitamín D jen v malém množství, a proto je důležité tento vitamín do těla dodávat (9).

V mateřském mléce jsou vitamíny rozpustné ve vodě v dostatečném množství, pokud má matka dostatečný přísun vitamínů z potravy. Jedná se hlavně o skupinu vitamínů B a vitamín C. V mateřském mléce jsou tuky zastoupeny hlavně triacylglyceroly. Mastné kyseliny jsou většinou v mateřském mléce nenasycené a jsou důležité pro rozvoj CNS novorozence. Mateřské mléko je také velmi bohaté na cholesterol, a proto se dítě naučí cholesterol zpracovávat. Zpracovávání cholesterolu může mít vztah k prevenci aterosklerózy a výskytu kardiovaskulárního onemocnění v dospělosti. V mléce je obsažena mateřská lipáza, která zpočátku usnadňuje trávení tuků. Když se mléko tepelně zpracuje, enzym se ničí. Mateřské mléko tedy obsahuje tuky i enzym, který tuky rozkládá. Proto je čerstvé mateřské mléko pro novorozence nepostradatelné (8).

V mateřském mléce je hlavní sacharid laktóza. Jedná se o disacharid, který je složený z glukózy a galaktózy a je rozkládána enzymem laktázou. Sacharidy v těle představují čtyřicet procent celkového zdroje energie. Příznivá střevní flóra a laktóza

usnadňují vstřebávání železa a vápníku. Obsah základních živin ve 100 ml mateřského mléka je 1,1 – 1,3 gramů bílkovin, 4,0 – 4,5 gramů tuků a 5,0 – 7,0 gramů sacharidů (8).

1.2.3 *Kojení*

Jednou ze základních podmínek zdravého vývoje dítěte je správná výživa. Nesmí ale přetěžovat zažívací trakt dítěte a také nesmí obsahovat patogenní mikroorganismy, chemické ani jiné škodlivé látky. Na druhou stranu správná výživa musí zajistit všechny základní složky potravy a energetickou potřebu dítěte. Tyto podmínky splňuje jen přirozená výživa, která je dítěti dodávána kojením. Jedná se o nenahraditelný způsob výživy novorozence a kojence. Během kojení se vytváří mezi matkou a dítětem velmi silné citové pouto, které je důležité pro další psychický a sociální vývoj dítěte. Během hospitalizace v porodnici by neměl novorozenec dostávat jinou stravu než mateřské mléko, i když během prvních dnů po porodu nemusí mít matka vždy dostatečné množství mléka. Jednou ze základních podmínek úspěšného kojení je zvládnutí správné techniky kojení. Technika kojení vyžaduje správnou polohu a správné přisátí dítěte. Správná poloha dítěte je v leže na boku, obličej, hrudník, břicho a kolena směřují k matce. Důležité je, aby se matka řídila hlavní zásadou, že dítě je přikládáno k prsu a ne prs k dítěti (8, 9).

1.2.4 *Kojení dítěte s rozštěpem patra*

Správná poloha při kojení dítěte s rozštěpem patra je vzpřímená a volí se tak, aby tkáň prsu dítěti zakrývala defekt. Tato poloha pomáhá dítěti polykat a popřípadě i sát. Matka může pomáhat dítěti i tím, že mu mléko z prsu bude odstříkávat přímo do úst (10).

Nejdůležitější pomůckou pro děti s rozštěpem patra je speciální dudlík s lahvičkou 150 ml (Habermann) na krmení. Tato savička má dlouhý dudlík, do kterého matka musí vstříknout pod tlakem mléko z lahve a tak usnadňuje miminku, které nemá dostatečný sací podtlak, vysát mléko z lahve. Savičky, tedy dudlíky k lahvím, jsou silikonové,

měkké, takže dětem s rozštěpem naprosto vyhovují. Tyto dudlíky se dají snadno stlačit, a proto se mléko lehce dostává do úst dítěte (8).

Jako další pomůcka pro alternativní krmení dětí se uvádí SoftCup. Funguje jako lžička, do které se vstřikuje mléko. Objem lahvičky je pouze 80 ml. Pro snadnější příjem potravy u dětí s rozštěpem patra se používají také krmící pohárky. Tyto pohárky se používají buď na jedno použití, nebo i opakovaně. Pro dostatečnou hygienu se doporučuje sterilizátor lahví, například parní sterilizátor do trouby. Tyto sterilizátory velmi usnadňují matkám práci. Existují také speciální sterilizační sáčky do mikrovlnné trouby. Tato pomůcka je vhodná při cestování, aby matka nemusela brát celou krabici parního sterilizátoru. Mohou se opakovaně použít až 20x. Matky používají odsávačku na mateřské mléko. Nejvíce prodávaná je odsávačka elektrická, ke které je další příslušenství, např. sáčky na uskladnění mateřského mléka (8, 11).

Náhradní metody krmení, které střídají kojení v době, kdy to není možné ať už z příčin ze strany matky nebo ze strany dítěte. Patří sem krmení kapátkem nebo stříkačkou, krmení po prstu, krmení z kádinky nebo z hrnečku, krmení pomocí cévky a v neposlední řadě i krmení lžičkou. Při krmení lžičkou je důležité, aby matka dítě držela ve svislé poloze, stejně tak jak při používání kapátka nebo stříkačky. Důležité je, aby matka stlačila jemně kojenci bradu dolů směrem k hrudníku. Potom matka vloží kapátko nebo stříkačku do úst a pomalu vstříkne mléko. Musí si však dát pozor na to, aby mléko do úst jen nestékalo, ale aby dítě spolupracovalo a aktivně tahalo píst od stříkačky (8, 12).

Při krmení po prstu musí dítě také zaujímat svislou polohu proti matce. Ukazováček mu musí matka vsunout do úst po polovinu druhého článku tak, aby břicho prstu bylo obráceno směrem k patru, protože na patře je sací bod. K prstu si matka musí přiložit silikonovou špičku, která ke nasazení na stříkačce s mlékem. Silikonová špička se často nahrazuje také cévkou na krmení. Dítě začne pohybovat jazykem až po stimulaci sacího bodu (8).

Při krmení z kádinky nebo z hrnečku je nutné, aby matka nejdříve zajistila dítěti ruce například do pleny. Dítě zaujímá opět svislou polohu. Nakloněnou kádinkou

se matka dotkne nejdříve rtů. Dítě by mělo vysunout jazyk a stočí ho do kornoutku. Tato metoda je vhodná také u dětí s rozštěpem rtu a patra (8).

Další metodou krmení je krmení cévkou ze suplementoru. Suplementor je speciální pomůcka. Při jejím použití dítě saje prsu a při tom je mléko přiváděno cévkou z kádinky. Takto se stimuluje produkce mléka. Jeden konec cévky je v kádince s odstříkaným mlékem a druhý konec je připevněn k prsu. Dítě saje současně mléko cévkou z kádinky i z prsu (11).

1.2.5 Umělá kojenecká výživa

Podávání umělé výživy dítěti znamená příkrmování vlastním nebo cizím mateřským mlékem lahví. Dále se může podávat také výživa nemléčná, což znamená příkrmování ovocnými šťávami a podobně. Příkrmování ovocnou šťávou se doporučuje kolem šestého měsíce, matka však nesmí ovocnou šťávu sladit. Doporučuje se šťáva z mrkve nebo jablek, ale ne ve velkém množství. Nedoporučuje se šťáva z jahod, pomerančů a citrónů. Vhodné jsou také ovocné kaše, ale až od čtvrtého měsíce. Tyto kaše nahrazují jednu mléčnou dávku dopoledne. Zeleninové polévky se podávají od pátého měsíce a nahrazují polední mléčnou dávku (8).

1.2.6 Strava batolat a větších dětí

Při podávání stravy dítěti s rozštěpem patra by matka měla dodržovat správné zásady. Důležité je dodržovat vyváženost energetického příjmu a výdeje. Matka musí dbát na to, aby podávaná strava byla mnohostranná a často obměňovaná. Dítě s rozštěpem by mělo jíst co nejčastěji čerstvě připravovaná jídla, jíst v klidu, pravidelně ve stejnou dobu. Vhodné je také podávat stravu po menších dávkách a častěji. Rozložení denního příjmu energie má být 15 % snídani, 10 % přesnídávka, 35 % oběd, 15 % svačina a 25 % večeře. Důležité je také přijímat dostatečné množství tekutin to je 1,5l – 2l vody, popřípadě jiných tekutin denně. Matka musí dávat přednost rostlinným tukům před živočišnými a také dávat přednost potravinám s nízkým obsahem cukru. Příjem potravy je u dítěte spojen s potřebami psycho-sociálními. Pro život a zdraví

je nezbytný příjem přiměřeného množství stravy. Nedostatečný příjem potravy zásadně ovlivňuje rovnováhu organismu (9).

Strava batolat a větších dětí po operaci rozštěpu patra má být kaloricky výživná. Po propuštění do domácího prostředí sestry doporučují matkám podávat kašovitou stravu. Matky podávají dětem většinou bramborové nebo krupicové kaše, jogurty, přesnídávky, vařené mixované ovoce a zeleninu, rozdrčené piškoty a tak podobně. Sestry dále nedoporučují příliš ohřátou stravu a nápoje, nejvhodnější je vlažná strava. Podávání stravy se samozřejmě záleží na věku dítěte. Důležité je také používání vhodných pomůcek, které zlepšují příjem potravy. Každé dítě je individuální a vyhovuje mu jiný druh pomůcek, proto se nedá s naprostou přesností říci, jaké by matky měly používat pomůcky při krmení batolat a větších dětí po operaci rozštěpu patra. Sestry nebo ošetřující lékař může matkám jen doporučit pomůcky, s kterými byly matky spokojené. Jedná se hlavně o lžičku nebo stříkačku. Matka musí zacházet s těmito pomůckami velmi opatrně, aby nedošlo při krmení k poranění jizvy na patře. Proto se doporučuje lžičku nebo stříkačku pokládat jen na začátek úst. Někdy se děti brání, proto sestry často doporučují matkám trochu násilnější přístup ke krmení. Jako nejčastější komplikace příjmu potravy je většinou bolest nebo otok patra v dutině ústní, pro kterou následně dítě odmítá otevírat ústa. Matka nesmí zapomenout na výplach dutiny ústní po každém podaném jídle. Většinou je vhodné podat dítěti po operaci rozštěpu patra neslazený čaj nebo odvar z heřmánku nebo ze šalvěje. Výplach dutiny ústní po každém jídle se doporučuje jako prevence vzniku infekce. V dutině ústní by mohla vzniknout infekce po zbytcích potravy (8, 9).

1.3 Ošetrovatelská péče o dítě s rozštěpem patra v oblasti dýchacích cest

1.3.1 Charakteristika dýchání

Dýchání je fyziologická funkce a společně s činností srdečně cévního aparátu a látkovou výměnou slouží k udržení rovnováhy vnitřního prostředí. Na dýchání jsou závislé další vitální funkce, bez dýchání totiž není možná existence. K dýchání potřebujeme vzduch, člověk bez něj může být maximálně 3 minuty. To znamená, že bez dýchání se kyslík ze vzduchu nedostává k buňkám v těle. Základní pohyby (vdech

a výdech) odpovídají zákonu vzniku a zániku lidské existence. Příjem kyslíku a výdej kysličníku uhličitého (vnější dýchání) slouží k výživě tělesných buněk (vnitřní dýchání) a tím k zachování života. Proces uspokojování potřeby kyslíku si neuvědomujeme, protože dýcháme automaticky. Neuspokojení potřeby kyslíku má vždy dramatický průběh. Při nedostatku kyslíku a nedostatečném dýchání je člověk vždy ohrožen na životě. Výrazná je i psychická odezva neuspokojené potřeby kyslíku. Většinou se objevuje úzkost, strach ze smrti. Vlivem negativních emocí může mít člověk pocit nedostatku vzduchu. Člověk s poruchou dýchání potřebuje ošetrovatelskou péči. Součástí ošetrovatelské péče je také nácvik správného dýchání a dechové gymnastiky. Proto je velmi důležité u dětí po operaci rozštěpu patra dělat dechová cvičení, s kterými se většinou začíná už před operací (9).

1.3.2 Hodnocení dýchání

U dítěte se má hodnotit dýchání pozorováním přechodu hrudníku a břicha, jedná se brániční typ dýchání. Dále se sleduje počet dechů za minutu, rytmus dýchání a apnoické pauzy. Počet dechů by se měl pohybovat v rozmezí 30 – 60 za minutu. Volné, klidné dýchání (eupnoe) se vyznačuje symetrickými dechovými pohyby obou polovin hrudníku a břicha. Ztížené, usilovné dýchání (dyspnoe) se vyznačuje zatahováním epigastria, vtahováním žeberních chrupavek většinou v místech úponu bránice, dále naříkavým výdechem (grunting). Hypopnoe vzniká u nezralého dítěte, s útlumem CNS, vyčerpáním energetických zásob, svalové únavy nebo se objevuje při acidóze. Každé zvýšení potřeby kyslíku se projeví zvýšením počtu dechů, protože jenom tak může novorozenec svou potřebu kyslíku uspokojit. Lapavé dýchání (gasping) je nejzávažnější. Jedná se o nepravidelné dýchání s neuspořádanými pohyby břicha a hrudníku (8,9).

1.3.3 Péče o dýchací cesty

Při podávání kyslíku musí mít sestra představu o množství aplikovaného kyslíku a musí ho dokonale monitorovat. Dokonalé monitorování kyslíku je nezbytnou podmínkou úspěšně vedené oxygenoterapie. Sestra musí sledovat prokrvení sliznic a zbarvení kůže. Jako nejčastější kyslíkové aplikátory se používají hlavně kyslíkové

masky, kyslíkové brýle a endotracheální kanyly. U dětí po operaci rozštěpu patra se nejčastěji používá kyslíková maska, endotracheální kanyla a nostrilky. Kyslík sestry podávají většinou zvlhčený a ohřátý. Většinou se podává 3 – 5 litrů za hodinu (8, 9).

Sestry odsávají děti po operaci rozštěpu patra hlavně kvůli neprůchodnosti dýchacích cest v důsledku zvýšeného zahlenění, krvavých slin, aspirace nebo krvácení z operační rány. Sestry by měly odsávat dítě nejprve z dutiny ústní, potom z dutiny nosní a z nosohltanu. U dětí po operaci rozštěpu patra je také důležitá dezinfekce dutiny ústní. Sestra po domluvě s ošetřujícím lékařem, dezinfikuje dutinu ústní výplachem Betadine roztokem 1%, anebo potírá patro genciánovou violetí pomocí vatových štětiček. Dezinfekci by se měla provádět většinou 2x denně. Při suchých ústních koutkách je také doporučováno natírání genciánovou violetí vždy na noc. Při suchém vzduchu sestry stříkají děti do dutiny nosní sprej Vincentku na základě ordinace lékaře (13).

1.4 Rizikové faktory vzniku rozštěpových vad

Obecně se obličejové rozštěpy dělí na dvě základní skupiny. Rozdělují se podle toho, jakými částmi obličeje štěrbina pochází. První skupina zahrnuje rozštěpy rtu buď izolované anebo v kombinaci s rozštěpem čelisti a patra. Do druhé skupiny patří pouze izolované rozštěpy patra (10).

Vývoj obličeje je nesmírně komplikovaná záležitost. Příčiny vzniku rozštěpových vad obličeje se dělí na vnitřní (dědičnost) a vnější. Dědičnost se podílí na vzniku rozštěpových vad z 20 – 40 %. Nejsnadněji vznikne rozštěp tam, kde k dědičné rodové dispozici přistoupí nepříznivý činitel z vnějšího prostředí. Mezi vnější příčiny patří fyzikální vlivy (RTG záření, malé množství plodové vody), chemické (účinky nejrozličnějších pesticidů, alkoholu, drog a jiných návykových látek, ale nepříznivé účinky mohou také mít některé léky, například medikamenty proti záchvatům, hormonální preparáty, kortikoidy. Z léků se uvádí jako škodlivé cytostatika, imunosupresiva a tetracykliny (11).

Na vzniku rozštěpové vady se může podílet nevyvážená a nedostatečná strava matky a nedostatek vitamínů v potravě. Také věk matky hraje důležitou roli, rizikový

věk se udává nad 38 let. U matek, které mají diabetes mellitus, epilepsii, astma bronchiální, kožní alergie, srdeční vady, zvýšený krevní tlak, psychické poruchy, poruchy endokrinních žláz nebo některá z mnoha dalších chronických nemocí, je důležitá úprava medikace. Lékař musí myslet na kompenzaci choroby, ale přitom musí matce předepsat lék, který působí na její organismus v nejmenší dávce, a tím minimalizovat embryotoxická rizika. Za rizikové onemocnění se považují také infekce, virózy, toxoplasmózy, zarděnky, nachlazení a vysoké horečky (11).

Žena se musí zcela vyhnout konzumaci samotného vitamínu A v kapslích. Tento vitamín patří k prokázaným lidským teratogenům. V organismu (v játrech), má zdravý člověk na několik měsíců zásobu vitamínu A. Dostatečný příjem má také každý člověk v přirozené potravě. Proto je vitamín A v poslední době nahrazován v multivitaminových směsích mnohem bezpečnějším beta-karotenem. Jeho štěpení v lidském organismu na vitamin A je omezen, a proto touto cestou nehrozí předávkování vitaminem A. Tedy nedostatek nebo nadbytek vitamínu A. I přes vysoký výskyt rizikových faktorů se bude téměř vždy jednat o kombinaci nejrůznějších vlivů. Nesmí se také zapomínat na rizikové zaměstnání matky, kde se v prostředí mohou vyskytovat toxické látky nebo záření, které škodí dospělému organismu, protože placenta není zcela spolehlivou ochranou před vstupem škodlivých látek z mateřského organismu do embrya (11, 14).

Rozštěpové vady mají velmi široké množství příčin a většinu z nich ještě neznáme. Důležitá je primární prevence, to znamená zabránit vzniku vývojové vady. Vzhledem k tomu, že žena většinou o časném těhotenství někdy s jistotou ani neví, bývá na prevenci již pozdě. Plánované početí automaticky zaručuje, že žena sama upozorní lékaře na možné těhotenství a vyhne se tak například rentgenovému vyšetření. Při těhotenském zvracení nebude žena řešit žaludeční nevolnosti nepatřičnou a zbytečnou léčbou. Nepodstoupí také banální operaci, která může ještě počkat, a vyvaruje se zvýšené psychické a fyzické zátěži. Neplánované těhotenství bývá potvrzováno až kolem 6. týdne těhotenství, proto v rodinách se zvýšeným rizikem vzniku rozštěpových vad obličeje lékaři doporučují plánované těhotenství (14).

Jednou z možností, jak rozštěpovým vadám předcházet, je pestrá, dostatečná strava a dostatečný přísun kyseliny listové. Při plánovaném těhotenství je vhodné tělu dodávat kyselinu listovou preventivně již s předstihem (například kombinovaný přípravek CALIBRUM baby plan nebo samostatná kyselina listová v tabletách). Důležité je také pozměnit stravovací návyky. Důležitá je rozmanitá strava matky s dostatkem vitamínů a minerálních látek, pitný režim, některé potraviny úplně nebo alespoň částečně vyloučit (například plísňové sýry). Doporučuje se vyhýbat možnému nachlazení a virovému onemocnění. Doporučuje se během těhotenství nekouřit a nepožívat alkoholické nápoje a jiné návykové látky (11, 15).

Sekundární, tedy pasivní prevencí je včasná prenatální diagnostika. Ta neinvazivně, ultrazvukem, potvrdí již vzniklé rozštěpové vady obličeje. V posledních několika letech se dostala tato technika ultrazvukových vyšetřovacích přístrojů (2D a 3D) na takovou úroveň, že umožňuje bez problémů diagnostikovat celou řadu vývojových vad. Jedná se například o vývojové vady srdce, trupu, páteře, končetin a také hlavy – včetně rozštěpových vývojových vad obličeje (6, 16).

Lékař je povinen informovat rodiče o přítomnosti vývojové vady obličeje, o její závažnosti z hlediska medicínského a nabídnout i další variantu tedy návrh umělého přerušení těhotenství. O případném přerušení těhotenství ale rozhodují pouze rodiče dítěte (17).

1.5 Rozštěp patra

Rozštěpové vady obličeje jsou jednoduše definovány jako obličejové poruchy. Rozštěp patra (palatoschisis) je vrozená vývojová vada obličeje, která je způsobená abnormálním vývojem obličejových výběžků během růstu embrya a zárodku. Párové struktury, které vytvářejí patro během vývoje, správně nesplynou. Obě kostěné části patra nesrostou. Kritická perioda, kdy vzniká izolovaný rozštěp patra, je mezi 37. – 53. dnem prenatálního vývoje. Dochází k narušení vývoje patrových plotének. Izolovaný rozštěp patra, který vzniká zpomalením růstu dolní čelisti, probíhá mezi 53. – 57. dnem vývoje. Po uplynutí kritické vývojové periody nelze příslušnou vadu vyvolat žádným impulsem, protože tato určitá struktura je již řádně vytvořena. V praxi to znamená,

že všechna preventivní opatření musí být zaměřena na konec prvního a na celý druhý měsíc těhotenství. Po uplynutí druhého měsíce těhotenství jsou jakákoliv ochranná opatření proti vzniku obličejovým rozštěpům patra bezpředmětná (17, 18).

Dle lokalizace se rozštěpy patra dělí do tří skupin. Přední rozštěp se nachází před foramen incisivem. Je to tedy defekt, který vzniká ve vývoji primárního patra. Tato vada vzniká, jestliže nedojde ke spojení intermaxilárního výběžku s maxilárním výběžkem. Může být unilaterální nebo bilaterální. Tento typ je vždy kombinován s rozštěpem rtu a čelisti (19).

Zadní rozštěp se vyskytuje za foramen incisivem a nachází se na sekundárním patře. Vznikne tím způsobem, že nedojde ke spojení patrových výběžků a nosní přepážky unilaterálně nebo bilaterálně. Uzavírání štěrby postupuje směrem dozadu, proto může být tento defekt jen částečný. Projeví se rozštěpem měkkého patra (19).

Na rozdíl od předního rozštěpu se může vyskytovat izolovaně, protože spojení patrových výběžků probíhá přibližně o týden později než splývání výběžků, které tvoří horní ret a čelist (11).

Kombinovaný rozštěp vzniká před i za foramen incisivem. Tento typ je kombinovaný s rozštěpem rtu a čelisti. Může se jednat o unilaterální rozštěp primárního a sekundárního patra nebo bilaterální rozštěp primárního patra kombinovaný s unilaterálním rozštěpem sekundárního patra. Může se vyskytovat i kompletní bilaterální rozštěp primárního i sekundárního patra. Kromě těchto klasických typů obličejových rozštěpů mohou vzniknout také vzácné rozštěpy. Jedná se například o rozštěp dolní čelisti, příčné rozštěpy, střední rozštěp rtu, velká ústa (makrostomia) nebo malá ústa (mikrostomia) (17, 19).

Pokud se lékaři podívají postiženému dítěti do úst, vidí otvor v horní části dutiny ústní. Tento otvor může dělat problémy při kojení a dýchání, neboť vznikla štěrbina podél střední čáry patra, a to znamená, že chybí oddělení nosní dutiny od dutiny ústní. Rozštěp patra se vyskytuje méně často než rozštěp rtu a není ovlivněn věkem matky. S tímto typem rozštěpu se rodí více děvčata než chlapci (7, 11).

Již před narozením dítěte je možné kontaktovat centra, která se na rozštěpy specializují a vyžádat si od nich veškeré dostupné informace. V České republice jsou

dvě centra určená pro léčbu rozštěpových vad obličeje. Pro region Čech je to centrum na Klinice plastické chirurgie Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze. Pro oblast Moravy se centrum nachází na Klinice plastické a estetické chirurgie Fakultní nemocnice U svaté Anny v Brně. Léčba rozštěpu patra je záležitost dlouhodobá (někdy až do 30 ti let věku potomka), a proto je důležité, aby se včas rodiče rozhodli, které centrum budou navštěvovat a toto centrum již neměnit. Jedná se o spolupráci mnoha odborníků, kteří jsou na sobě závislí, a změna lékaře se proto v tomto případě nedoporučuje. Při léčbě nezávisí jen na lékařích, ale také na rodičích. Důležité je dokonalé porozumění a vzájemná spolupráce. Česká republika dosahuje v této léčbě výborných výsledků (12, 20).

1.5.1 Klinické projevy rozštěpu patra

Rozštěp patra vypadá jako otvor na patře, když otevře novorozenec ústa. Je velmi důležité, aby lékař použil při vyšetření svítilnu, aby nepřehlédl ani defekt malých rozměrů. Takto se běžně vyšetřují novorozenci již v porodnici. Rozštěp patra svým anatomickým umístěním zasahuje nepříznivě do funkce dýchacího a trávicího ústrojí. Narušuje vývoj čelisti a zubů a má nepříznivý vliv na vývoj řeči. Postižený novorozenec může mít problémy s příjmem potravy, protože se mu mateřské mléko dostává do dutiny nosní. Také je zde vyšší riziko aspirace potravy během krmení nebo po něm a vzniku zánětu dýchacích cest. Děti s rozštěpem patra nejsou většinou schopny kojení z prsu, neboť si nemohou vytvořit správný podtlak v dutině ústní, proto aby nasály mléko. Krmení dítěte se provádí ve vzpřímené poloze přiložením konce dudlíku na kořen jazyka, kdy dítě, jakmile ucítí tekutinu, polkne. Před chirurgickou léčbou se používají speciální destičky, které oddělí dutinu nosní od dutiny ústní. Tyto speciální destičky fungují jako provizorní patro, dokud nedojde ke konečné korekci. Dítě s rozštěpem může přijímat stejnou potravu jako dítě bez rozštěpu, ale ve většině případů trvá krmení podstatně déle a vyžaduje určitou zručnost matky. Pokud dítě nelze kojít, je vhodné, aby matka mléko odstříkávala do lahve. Používají se speciální kojenecké lahve s delším dudlíkem a větším otvorem. Tyto pomůcky zabraňují zatékání mateřského mléka a později i další stravy do dutiny nosní (20, 10, 21).

Fyziologie dýchání je porušena tím, že široce otevřená dutina nosní nezabrání vstupu studeného a znečištěného vzduchu, který se dostává přímo do dýchacích cest. Následkem toho vznikají u dětí s rozštěpem patra často záněty dýchacích cest (bronchitidy až bronchopneumonie) a také záněty středního ucha (otitidy). V důsledku opakovaných zánětů může docházet k následným poruchám sluchu. Tyto poruchy mají opět zpětně nepříznivý vliv na vývoj řeči, který je už rozštěpem patra narušen (21, 22).

Dochází také k postižení a řeči, protože ke správné výslovnosti potřebujeme celistvé patro. Je zde patrné opoždění prvních slov a aktivního slovníku. Příčiny jsou buď biologické (porucha sluchu, anomálie čelisti a zubů, operační traumata) nebo psychosociální (vědomé omezování řečového projevu, interpersonální změny ve vztahu s vrstevníky). Řeč je bez každodenního nácviku nezřetelná. Děti s rozštěpem patra se vyznačují tzv. samohláskovou řečí mluví často s nosovým přízvukem (huhňavost). Dítě nedokáže zpravidla vyslovovat některé hlásky jako č, k, g, ch, b, p, t, n, s, z, protože jim část vzduchu uniká přes nos ven. Právě přes samohlásky českého jazyka ve spolupráci s různými dechovými cvičeními se daří logopedická náprava u těchto dětí. Proto je důležitý již od začátku nácvik řeči s logopedem a uzávěr patra v raném věku (23, 11).

Dále se mohou na patologickém podkladě vyvinout problémy se zuby (chybějící zuby, přebývající zuby, špatné rozestavení dentice a tak dále). Proto jsou tyto děti pod soustavnou ortodontickou kontrolou, aby případné vady byly včas odhaleny. Pokud je rozštěpem postižena i čelist, je nezbytná intenzivní péče zubních specialistů tedy ortodontistů a korekce za použití rovnátek (17, 24).

1.5.2 Diagnostika rozštěpu patra

V současné době lze vadu diagnostikovat před narozením dítěte pomocí ultrazvukového vyšetření. Někdy nemusí být patrový defekt hned patrný, protože se může vyskytnout pouze rozštěp kosti, který je překryt intaktní sliznicí. V takovém případě se objeví vada později z důvodu možného vzniku komplikací a při použití rentgenu a dalších zobrazovacích vyšetření. Velmi často jsou rozštěpové vady diagnostikovány už v porodnici. Hned po porodu, ale i v dalších dnech,

je novorozenec podroben několika vyšetřením, kdy je mu zkontrolována celá dutina ústní a patro. Proto jsou tyto vady objeveny velmi brzo a léčba začíná téměř okamžitě. Na Klinice plastické chirurgie Fakultní nemocnice Královské Vinohrady se nachází centrum pro rozštěpové vady obličeje. Zde jsou sledovány děti spolu s rodiči od období prenatalní diagnostiky až do dospělosti. Centrum zahrnuje odborníky, kteří se podílí na léčbě rozštěpů (25, 11,17).

1.5.3 Ultrazvuková diagnostika

Zjištění orofaciálního rozštěpu není snadné a je zapotřebí spolupráce plodu. Myslí se tím, že obličej není vždy příznivě obrácen. Orofaciální rozštěpy se většinou neprojevují změnou množství plodové vody a sonografický obraz placenty je také normální. Všechny typy rozštěpu patra se často sdružují s jinými obličejovými vadami a s anomáliemi jiných systémů a částí plodu. Z obličejových vad se myslí nejčastěji kyklopie, porucha růstu nebo vývoje nosní přepážky a oka. Jako přidružené anomálie se myslí časté vrozené srdeční vady a nitrolebeční malformace (1, 25).

Výrazný úspěch zaznamenává vyšetření pomocí trojrozměrné transvaginální nebo abdominální sondy. Již v 9. týdnu gravidity lze transvaginálně získat detailní obraz obličeje plodu. Všeobecně se uznává jako přesnější a jasnější trojrozměrný ultrazvukový obraz, než dvourozměrný. Prenatální ultrazvukový screening, který se zaměřuje na fetální anatomii střední obličejové části, se doporučuje provádět ve třech ortogonálních rovinách. V rovině koronální, která zobrazuje horní ret. V rovině axiální, která zobrazuje zubní lůžka a místo spojení primárního a sekundárního patra a v rovině sagitální, která zobrazuje linii spojení sekundárního patra. Nejdůležitější pro prenatální ultrazvukový screening jsou první dvě roviny, tedy koronální a axiální. K diagnostice rozštěpu patra, kromě ultrazvukové diagnostiky, se může využít také i embryoskopie. K základnímu vyšetření plodu, u kterého je diagnostikován rozštěp patra, patří také karyotypizace. Jedná se o základní metodu klinické genetiky. Hlavním cílem tohoto vyšetření je vyloučení numerické nebo strukturální chromozomální odchylky (1, 25).

1.5.4 Léčba rozštěpu patra

V dnešní době je léčba rozštěpových vad velmi úspěšná. Léčení rozštěpových vad je konzervativní a chirurgické. O dítě pečují tým odborníků například plastický chirurg, jehož úkolem je odstranit rozštěpovou šterbinu. To znamená, co nejšetrněji spojit příslušné části patra. Cílem této rekonstrukční operace je obnova funkce a tvaru obličejových struktur, které jsou postiženy rozštěpem. Operace na sebe navazují během celého dětství až do dospělosti. Sutura měkkého a tvrdého patra je prováděna týmem plastických chirurgů do 1 roku věku dítěte metodami dvojlalokové plastiky, Wardillovou-Kilnerovou metodou a nebo dvojitou reverzní Z-plastikou dle Furlowa. V naprosté většině případů je rozštěpová vada patra spojena s poruchou vývoje zubů. Jedná se například o změny velikosti zubů, tvaru a počtu. Důležité je vědět, že děti s rozštěpem obličeje trpí většinou vysokou kazivostí zubů a je pro ně důležité zajištění kvalitní pedostomatologické péče. Proto kromě plastického chirurga je při další léčbě nutná také účast stomatologa, jenž léčí často velmi těžké ortodontické anomálie a snaží se umístit zuby dítěte do pravidelného zubního oblouku, který vyhovuje jak po estetické tak po funkční stránce. Také je důležité nahradit chybějící zuby v postiženém zubním oblouku horní čelisti. Chirurgicko–stomatologická péče o pacienty s rozštěpem patra trvá ve většinou od narození do 18 let (11, 26).

Během této léčby pomáhají také další specialisté. Jedná se například o antropology. Tito lékaři dle individuálních růstových trendů horní a dolní čelisti vyhodnocují na telorentgenových snímcích hlavy postiženého dítěte průběh dosavadní léčby a pomáhají určit, jakým způsobem mají lékaři zaměřit další chirurgickou a stomatologickou léčbu. Na léčbu rozštěpu patra navazují také kliničtí logopedové a foniatři. Tito lékaři dbají na rozvoj řeči, protože přítomnost rozštěpu patra neumožňuje pacientovi před operací srozumitelně mluvit s rodinou. Důležité je dodržet po operaci speciální trénink mluvení (11).

Psycholog pomáhá rodičům v době narození dítěte s rozštěpem patra a dále po celou dobu léčby dětského pacienta, pomáhá zvládnout v rodinách krizové okamžiky, pomáhá v rodinách řešit časté problémy spojené se sociálním zařazením dítěte do společnosti a snaží se pomoci rodině překlenout těžké okamžiky. Cílem léčby

je plnohodnotné sociální zařazení dětského pacienta do společnosti a plný intelektuální vývoj s včasným zachycením poruch paměti, čtení, jazykových poruch a poruch chování (26, 15).

V léčbě dále pomáhají také další lékaři například ortodontisté. Cílem ortodontické léčby u dětí s rozštěpem patra je vytváření korespondujících zubních oblouků v horní i dolní čelisti pomocí speciálních aparátů, které jsou snímatelné a fixní. Předchirurgická ortopedie se aplikuje pacientům s širokým celkovým jednostranným nebo oboustranným rozštěpem. Cílem této metody je zúžení rozštěpové štěrbinu a ulehčení následné sutury patra. Dítě s rozštěpem je léčeno na ortodoncii už v období smíšeného chrupu, protože začíná ortodontická léčba pomocí snímatelných a fixních aparátů. Ve stálém chrupu je společně s protetikem naplánován rozsah následné protetické rekonstrukce chrupu. Dětsí pacienti s nepříznivým růstem horní i dolní čelisti jsou připravováni na ortodonticko-chirurgickou léčbu po ukončení růstu (28, 26).

V léčbě rozštěpů patra u dětí jsou velmi potřební také genetici. Genetické vyšetření je mimo jiné zaměřeno také na rozpoznání etiopatologické příčiny vzniku rozštěpové vady. Cílem genetického vyšetření je stanovit riziko opakování rozštěpové vady při dalším otěhotnění. Chromozomální vyšetření dětí a rodičů se doporučuje v případě výskytu přidružených onemocnění u dítěte. Jedná se například o opožděný růst dítěte anebo výskyt psychomotorické retardace. Z genetického hlediska se rozdělují rozštěpové vady do dvou skupin. První skupinu tvoří rozštěpy vzniklé poruchou vytváření primárního patra v embryonálním období. Druhou genetickou skupinu tvoří rozštěpy, které vznikly chybou při utváření sekundárního patra. Rozštěpové vady u dětí mají tendenci se v rodinách opakovat, ale navzájem se nemísí (26, 15).

Do týmu odborníků, kteří léčí dítě s rozštěpem patra, patří také pediatrii. Dítě s rozštěpem patra vyžaduje kromě základní pediatrické péče, zvláštní specifickou péči dle vady a věku dítěte. V novorozeneckém období se pediatrii zaměřují na diagnostiku přidružených onemocnění nebo syndromů a zvládnutí výživy u dětí s rozštěpem. V dalších obdobích života dítěte provádí pediatr pravidelné sledování psychomotorického vývoje se zvláštním důrazem na řeč, jazyk a sluch, pro častá onemocnění středního ucha, a také provádí časté kontroly růstu dítěte. Pediatr dále

sleduje též akutní respirační infekce, ke kterým jsou děti s rozštěpem patra náchylnější (17, 26).

Jako další specialisté, kteří napomáhají v léčbě u dětí s rozštěpem patra, jsou foniatři a logopedové. Správné řeči a správného jazykového vývoje je dosaženo rozvojem čtyř základních komunikačních parametrů. Mezi tyto parametry patří artiklace rezonance, fonace a jazykový rozvoj. Proto foniatr v pravidelných intervalech sleduje dítě od provedení sutury patra až do dosažení a ustálení správné řeči. Důležité je u dítěte po operaci rozštěpu patra sledovat pravidelně eventuelní přítomnost nazality. Při pozitivním nálezu doporučuje foniatr nazoendoskopii, videofluoroskopii a nebo EMG patrových svalů u neurogenních poruch motility měkkého patra (17, 11).

Mezi další odborníky patří ORL specialisté. U dětských pacientů s rozštěpem patra se vyskytují sekretorické mediotitidy. Jako léčba se doporučuje adenoidektomie s myringotomií. Také se dětem obvykle zavádí ventilační trubička do bubínku. Proto jsou velmi důležité kontroly ušním lékařem už v raném věku dítěte s rozštěpem patra. V kojeneckém věku sleduje ORL lékař výskyt obstrukční spánkové apnoe. Eventuelně lékař provádí výměnu ventilačních trubiček z bubínku. V předškolním věku musí lékař sledovat na videofluoroskopii pohyb měkkého patra při fonaci před indikací revizní operace patra (26, 15).

Jelikož operace rozštěpových vad nepatří mezi neodkladné, operace je načasovaná tak, aby byl efekt co největší. Pokud má dětský pacient současně rozštěp rtu i patra operuje se jen vada rtu a řešení patrového defektu se odsouvá na později. Operace rtu je provedena velmi brzy, protože novorozenci se ještě nevytváří jizvy a kůže se zcela zhojí. Plastický chirurg, během několika dnů života novorozence, sešíje rozštěpový ret. Tento zákrok se provádí v České republice například na plastické chirurgii Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Operace rtu se provádí většinou ve 3. měsíci života a vždy se vychází z celkového stavu dítěte. Dítě musí být zcela zdravé (18, 12).

U dětských pacientů s rozštěpem patra se operace provádí mezi 9. až 12. měsícem života. Při této operaci jsou dětem zaváděny tzv. nostrilky. Jsou to silikonové fixátory nosních dírek, které podpírají nos a napomáhají tomu, aby byl rovný a symetrický. Tyto fixátory nosních dírek nosí děti dle potřeby, nejčastěji do jednoho roku věku.

Jejich údržba je poměrně snadná. Jelikož je děti mají od narození, prakticky je nevnímají a nijak děti nejsou omezeny (19).

Děti s rozštěpem měkkého patra jsou operovány lékaři většinou v 9 měsíci. Jedná-li se o celkový rozštěp patra, operují ho ve 12 měsících. Celkové oboustranné rozštěpy, u kterých probíhá předoperační příprava, operují lékaři mezi 12 a 18 měsícem, neboť se jedná o náročnější operaci než je rozštěp rtu. Hlavním důvodem, který je důležitý pro uzávěr patra, je správný nácvik řeči. Příjem pacienta, většinou společně s matkou, se provádí 1 den před operací. Bezprostředně po operaci je dítě hospitalizováno na jednotce intenzivní péče. Dítě je zde hospitalizované z důvodu lepší pooperační kontroly a vysoce specializované péče. Pobyt v nemocnici trvá většinou 10 až 14 dnů. Důležité je, aby matky nedovolily dětem cucat si prsty, a aby jim nedávaly dudlíky. Již prvotní postižení horní čelisti by se tím stále zhoršovalo. Dále je důležitá správná výživa dítěte. Matky by se měly vyvarovat styku s nemocnými dětmi, aby mohly být operace provedeny v navržených termínech (19, 27).

Při uzávěru rozštěpu patra lékaři postupují velmi šetrně a zvažují krok po kroku. Lékař před operací pořídí otisk rozštěpu patra pro zhotovení krycí desky. Technik naváže tak, že vyhotoví sádrový model. Chirurg na tomto modelu zakreslí rozsah krycí desky, která bude krýt odoperované místo. Technik provede odlehčení, to znamená, že vypodloží, tedy zaplní, místo defektu patra podkladovým materiálem tak, že znázorňuje situaci, která má v ústech pacienta nastat po operaci. Počítá s tím, že destička má sloužit jako ochranný kryt proti mechanickému poškození pooperační rány, ale i jako nosič hojivého materiálu. Vypodložení budoucí ochranné destičky může být provedeno jakýmkoli plastickým materiálem, který po ztuhnutí nepodléhá tepelné deformaci. Tvarování ochranných destiček se provádí pomocí tlaku a tepla ve speciálním přístroji. Při operaci rozštěpu patra se používá většinou pevný materiál, protože je zde větší operační rána a vlivem pružného materiálu by při jídle docházelo k jejímu poškození. Tvar krycí destičky se musí přesně upravit podle rozsahu, který je zakreslený na modelu. Zubní technik obrousí přebytky materiálu, ohladí a dokonale zaleští okraje. Krycí destička nesmí tlačit na úponové řasy a retní uzdičku (19, 20).

Další operace, jako jsou například úpravy jizev, korekční operace nosu a rtu a také ortográdní operace horní i dolní čelisti, jsou prováděny v případě potřeby, hlavně v době dospívání a dospělosti zpravidla mezi 16. a 20. rokem života (20).

Úspěšná léčba rozštěpů vyžaduje souhru jednotlivých lékařů, kteří dětského pacienta pravidelně kontrolují od narození do dospělosti. Cílem všech lékařů je opravit primární vadu tak, aby byla co nejméně nápadná a aby mohl dětský pacient vystupovat jako sebevědomý jedinec s plnohodnotným uplatněním ve společnosti. Léčba rozštěpu je hrazena z veřejného zdravotního pojištění (operace, kontroly a tak dále). Rodiče si zpravidla hradí nosní fixátory a rovnátka, ale i na ta většinou většina zdravotních pojišťoven alespoň přispívá (24, 14, 28).

1.6 Předoperační péče

V rámci předoperační péče je velmi důležitá edukace rodičů, hlavně matky ve smyslu dodržování určitých zásad péče o dítě s rozštěpem patra. Důsledné dodržování těchto pokynů má zcela zásadní význam pro výsledný efekt chirurgické léčby. Je důležité, aby rodiče nedávaly dítě spát do polohy na břiše, neboť by docházelo ke kompresi čelisti. Nesmí se dítěti nechávat dudlík a také si dítě nesmí cucat prsty, protože dochází k vytlačení mezičelisti. Rodiče musí dítě také chránit před infekcí dýchacích cest. Všechny tyto informace musí rodičům poskytnout plastický chirurg, hned při prvním rozhovoru (19, 29).

V plném rozsahu lze provést předoperační přípravu jen u operačních výkonů plánovaných (elektivních). V situacích bezprostředního ohrožení života klienta, tím jsou myšleny urgentní, akutní výkony, je předoperační příprava omezena na minimum. Předoperační přípravu lze rozdělit podle několika hledisek. Tyto hlediska se ve skutečnosti mnohdy účelně prolínají (19, 30).

Dítě s rozštěpem patra je k samostatnému operačnímu výkonu připravováno na oddělení den před operací. Jedná se o běžnou předoperační přípravu s večerní premedikací. Lékař musí mít k dispozici výsledky vyšetření krevního obrazu a diferenciálu, APTT, QUICK acidobazické rovnováhy, koagulačních faktorů, sedimentace, biochemické vyšetření (vyšetření moče, iontů, glykemie). Provádějí

se také výtěry z nosu, patra, krku a rekta. Odebrané stěry musí být vyšetřeny na bakteriologii a citlivost. Tyto výsledky jsou k dispozici od praktického lékaře pro děti a dorost. V nemocnici se odebere krev na zjištění krevní skupiny a RH faktoru a lékař ordinuje krev do rezervy. Lékař doporučí dítě k operaci jen tehdy, je-li v dobrém zdravotním stavu a má-li výsledky vyšetření v normě. Po aplikaci ranní premedikace je dítě s rozštěpem patra převezeno se zajištěným i.v. vstupem a s veškerou potřebnou dokumentací na operační sál. Dítě s rozštěpem patra je před operací vyšetřeno otologem (19,13).

1.7 Pooperační péče

Následná bezprostřední pooperační péče probíhá na dětské jednotce intenzivní péče a řídí se hlavně ordinacemi operátora a anesteziologa. Před příjezdem dítěte po operaci rozštěpu patra setra připraví lůžko a všechny potřebné pomůcky pro ošetřování dítěte po operaci rozštěpu patra. Z pomůcek se jedná o odsávačku a sterilní cévky k odsávání dutiny ústní a nosní. Dále je připraven k aplikaci kyslík a zvlhčovač vzduchu, tedy nebulizátor. Sestra má dále připraven monitor a resuscitační kufr s potřebnými pomůckami (13).

Pro plánování další ošetrovatelské péče je zcela zásadní pečlivý záznam sestry, která monitoruje hodnoty vitálních funkcí, popisuje klinický obraz dítěte, množství krevních ztrát, vyprazdňování, příjem tekutin per os nebo intra venosně, saturaci kyslíku a vznik možných komplikací. Tyto důležité informace sestra zapisuje do dokumentace v pravidelných časových intervalech. Sestra musí volit ošetrovatelské intervence tak, aby nedocházelo k narušení efektu chirurgické léčby. Například pro zkvalitnění dýchání je postačující podložení hrudníku dítěte, odsátí sekretu z dutiny ústní anebo změna polohy. Důležité je také podávání analgetik, popřípadě sedativ (13, 20).

Sestra uloží dítě na lůžko na záda nebo na bok. Poloha na boku je vhodnější z toho důvodu, že při krvácení z rány může krev snadněji vytékat z úst dítěte a dítě nepolyká krev. Pokud leží dítě po operaci rozštěpu patra na zádech, musí mít podložena ramena pro zlepšení dýchání. Ruce dítěte jsou fixovány látkovými popruhy k postýlce.

Zabrání se tak případnému poranění operační rány prsty dítěte. Sestra také nalepí dítěti elektrody, které snímají fyziologické funkce a nasadí mu na prst oxymetr (13, 20).

Bezprostřední pooperační péče je zaměřena hlavně na kvalitu dýchání, protože dítě má po operaci ztížený přístup vzduchu do dýchacích cest přes dutinu ústní, ve kterých se zmenšil prostor jednak samotným operačním výkonem a jednak fixačním tamponem. Tento fixační tampon chrání suturu patra (31).

V rámci pooperační ošetrovatelé péče se musí sestra také zaměřit na zvýšené riziko krvácení operační rány a následné aspirace krve. Dále se setra zaměřuje na stálou kontrolu množství krevních ztrát. Krvácení u dítěte nemusí být vždy zcela zřejmé. Krvácení se může projevit ze zadních míst operační rány, dítě krev polyká a o množství krevních ztrát sestru informuje až první zvracení spolykané krve. Proto sestra musí neustále kontrolovat dutinu ústní a v pravidelných časových intervalech odsávat sekrety z dutiny ústní. Odsávání je nutné jak pro kontrolu krvácení, tak pro zkvalitnění dýchání. Nebezpečí aspirace může také představovat zvýšená tvorba slin (3, 13).

Aby dýchací cesty byly rychle zpřístupněny a uvolněny, bývá jazyk opatřen pojistným stehem, aby mohl být snadno povytažen. Sestra také musí zabezpečit řádnou vlhkost vdechovaného vzduchu pomocí zvlhčovače, (nebulizátoru) 60 % 7 litrů za hodinu, kolem hlavy dítěte, protože fixační tampon v ústech po operaci patra dýchání ztěžuje. Zvlhčený kyslík se podává jako prevence vzniku laryngitidy. Lékař odstraňuje z úst fixační tampon první až druhý den po operaci. Dítě pobývá na jednotce intenzivní péče až do stabilizace zdravotního stavu, nejčastěji se jedná o prvních 24 hodin po operaci a poté je přeloženo na dětské oddělení. Když je dítě na jednotce intenzivní péče klidné a spí, sestra ho matce jen ukáže, ale pokud je dítě neklidné, uklidňují je společně s matkou. V den operace se o dětského pacienta stará jen zdravotnický personál. Od prvního dne po operaci rozštěpu patra se o dítě začíná starat také matka (31).

Sestra na oddělení podává dětskému pacientovi léky dle ordinace lékaře, většinou se jedná o Tramal (anestetikum) společně s paralenovým čípkem jako prevence bolesti, dále také antibiotika, inhalace. Když dítě špatně přijímá potravu, podává se mu Glukóza 10% za 24 hodin (13, 27).

Sestra musí také v pooperační péči zajistit dítěti výživu. Dítě zpravidla stravu odmítá pro ztížené dýchání, které je způsobené krycí dlahou na patře. A proto se také podává dítěti zpočátku parenterální výživa, tedy periferní žilní kanylou, která je zafixovaná pomocí dlahy. Je-li dítě dokonale při vědomí a bez potíží je možno podat po dvou hodinách čaj. Většinou sestra podává dítěti čaj pomocí lžičky. Je-li potřeba, krmí se dítě v kratších intervalech menšími dávkami jídla (27).

Kojenec se krmí po předchozím důkladném odsátí sekretu z dutiny ústní, vždy v náruči ve zvýšené poloze pomocí savičky s přiměřeně velkým otvorem nebo lžičkou. První lehká měkká strava se dítěti podává nejdříve za šest až osm hodin po operaci. Řídká strava se dítěti po operaci patra podává po dobu 2-3 týdnů. Jedná se o lipánky, přesnídávky, jogurty a rozmixovaná ovoce a zelenina. Sestra musí kontrolovat správnou teplotu podávané stravy a tekutin. Nesmí být horké, jinak by došlo k poranění operační rány. Po každém jídle se musí dítěti podat voda nebo čaj, aby nezůstala část stravy v ústech. Mohla by vzniknout infekce v dutině ústní. Sestra musí poučit rodiče o správném podávání stravy, pokud budou dítě krmit lžičkou, nesmí se dotknout patra. Správně by se lžička měla vsunout jen na kraj úst dítěte. Rodiče musí být také při propuštění poučeny o tom, že si dítě nesmí cucat palečky a má zakázáno pít brčkem. Do jeho úst se nesmí také dostat cizí předměty (30, 13).

První den po operaci dítěte sestra ošetřuje operační ránu. Sestra vytře dutinu ústní borovou vodou. A následně dezinfikuje operační ránu dezinfekcí. Používá například Betadine 1% roztok a dutinu ústní včetně koutků ošetří Genciánovou violetí. V dalších dnech spočívá ošetřování patra především v pečlivé hygieně dutiny ústní. Pro úspěšné hojení pooperační rány je důležité dbát o její očistu v průběhu celého dne. Možnosti pravidelného ošetřování operační rány v dutině ústní jsou velmi omezeny. Po každém jídle je vhodné podávat dítěti čaj, který nám nahrazuje výplach dutiny ústní. Důležité je také po každém jídle provádět vždy výplach roztokem heřmánku nebo proplachy antiseptickou vodou, zabráni se tak usazování zbytků potravy v operační ráně (27, 30).

Od prvního dne po operaci až do konce hospitalizace dítěte se musí operační rána pravidelně dezinfikovat dezinfekčním roztokem a patro se potírat Betadine roztokem. Dle stavu dítěte se doporučuje provádět masáž patra prstem. Tato masáž se provádí jako

prevence pooperačních jizev. Patro dítěte se začíná masírovat tři týdny po operaci 4 – 5 krát denně po dobu přibližně jedné minuty. Výsledky se neprojeví u dítěte hned, ale až po dlouhém a pravidelném masírování patra. Během hospitalizace provádí sestra s dítětem dechová cvičení, protože dítě před operací bylo zvyklé na unikání vzduchu dutinou ústní i nosní. Dechové cvičení zmenší množství unikajícího vzduchu do dutiny nosní, a tím se dosáhne co nejmenšího nosového přízvuku. Toto cvičení se může snadno provádět doma s rodiči také pomocí hraček například flétny anebo nafukování balónků (13, 27).

Když se u dítěte neobjeví žádné komplikace, bývá patro zhojeno do 14 dní. Zdárnému průběhu hospitalizace napomáhá přijetí matky k dítěti. Matka se aktivně podílí na ošetrovatelské péči a také sdělováním individuálních potřeb dítěte ošetrovatelskému personálu. Nejdůležitější složkou ošetrovatelské péče o děti s rozštěpem patra je svědomitá, na vysoce odborné úrovni vedená práce sester (14, 20).

2 Cíle, hypotézy a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zmapovat vybrané oblasti pooperační ošetrovatelské péče o děti s rozštěpem patra z pohledu sestry

Cíl 2: Zmapovat vybrané oblasti ošetrovatelské péče o děti po operaci s rozštěpem patra z pohledu pečující osoby v domácím prostředí

2.2 Hypotézy

H1: Sestry mají znalosti v oblasti intenzivní pooperační péče (v rozmezí 2h po operaci)

H2: Sestry mají znalosti o pooperační ošetrovatelské péči o děti s rozštěpem patra v oblasti výživy

H3: Sestry mají znalosti o pooperační ošetrovatelské péči o děti s rozštěpem patra v oblasti péče o dýchací cesty

2.3 Výzkumné otázky

1. Jakým způsobem byla pečující osoba o dítě po operaci rozštěpu patra edukována při propuštění do domácího prostředí v oblasti péče o ránu v dutině ústní?
2. Jaké jsou specifika v oblasti výživy u dítěte po operaci rozštěpu patra v domácím prostředí?
3. Jaké jsou nejvíce zátěžové oblasti pro pečující osobu v oblasti péče o dítě po operaci rozštěpu patra v domácím prostředí?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Práce byla zpracovaná pomocí kvalitativního a kvantitativního šetření. Kvantitativní část výzkumného šetření byla realizována pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl určen sestrám na standardním lůžkovém oddělení (viz příloha 1) a sestrám v intenzivní péči (jednotka intenzivní péče a dospávací pokoj) (viz příloha 2). Dotazník byl sestaven na základě informací z odborné literatury a byl rozdán sestrám ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, na základě souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Libuše Gavlasové (viz příloha 5) a ve Fakultní nemocnici v Motole, na základě souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Jany Novákové, MBA (viz příloha 4). Dotazník byl zcela anonymní a dobrovolný. Dotazník pro sestry na standardním oddělení obsahoval 29 otázek a dotazník pro sestry v intenzivní péči obsahoval 34 otázek.

Kvalitativní část výzkumného šetření byla realizována pomocí rozhovoru. Rozhovor (viz příloha 3) byl zcela anonymní a dobrovolný a skládal se ze tří oblastí. První oblast otázek se týkala ošetrovatelské péče u dětí po operaci rozštěpu patra. Druhá oblast se týkala výživy a třetí nejvíce zátěžových oblastí péče z pohledu pečující osoby.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazník byl rozdán sestrám na Klinice dětské chirurgie, na Novorozeneckém oddělení a na Dětské stomatologické klinice ve Fakultní nemocnici v Motole. Dále byl dotazník rozdán sestrám na Klinice plastické chirurgie ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze. V rámci dotazníkového šetření bylo rozdáno 75 dotazníků, vráceno bylo 72 dotazníků. Žádný dotazník nebyl vyřazen pro neúplnost. Návratnost byla 96 %. Výzkumný soubor byl rozdělen na dva výzkumné soubory. Na standardním oddělení bylo rozdáno 37 dotazníků, z toho návratnost byla 36 (100 %) a na oddělení s intenzivní péčí (JIP+dospávací pokoj) bylo rozdáno 38 dotazníků, z toho návratnost byla 36 dotazníků (100 %).

Pro potvrzení hypotéz jsme použili statistické testování chí kvadrát test. Pokud je $p < 5 \%$ a počet pozorovaných správných odpovědí vyšší než 31, rovněž to hovoří

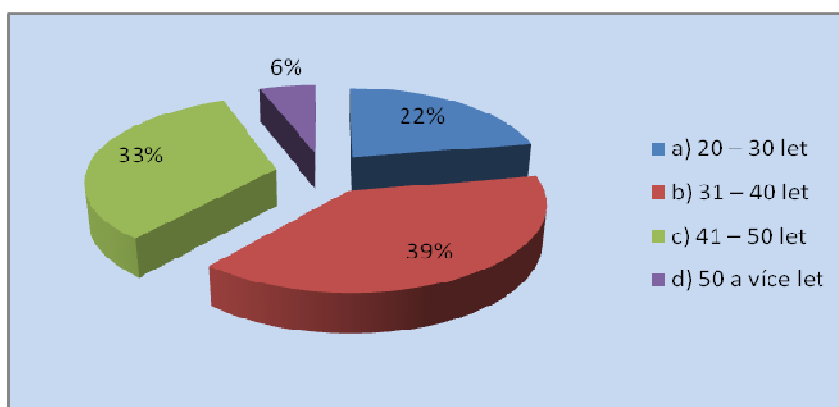
ve prospěch předpokladu o dostatečné znalosti sester. Pouze pokud je $p < 5 \%$ a pozorovaný počet správných odpovědí je menší než 31, respondentky projevily nedostatečnou znalost. Výsledky byly zpracovány do grafů a tabulek pomocí programu Microsoft Office Excel 2007. Pro potvrzení hypotézy jsme stanovili 85 % hranici správných odpovědí na otázky vztahující se k příslušné hypotéze.

Výzkumným souborem kvalitativní části výzkumného šetření byly matky dětí po operaci rozštěpu patra. Tyto děti byly maximálně 2 měsíce od operace rozštěpu patra. Celkem bylo osloveno 10 matek.

4 Výsledky

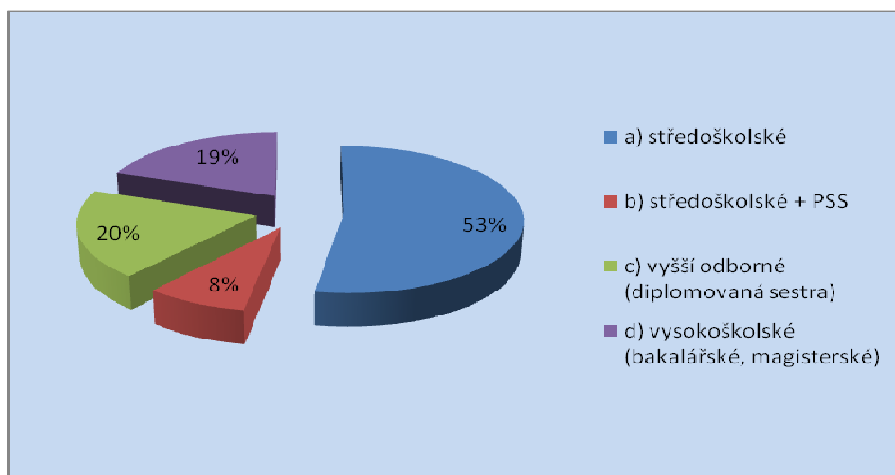
4.1 Výsledky z dotazníkového šetření určeného pro sestry na standardních odděleních

Graf 1 Věk sester (graf 1 k otázce 2, dotazník 1)



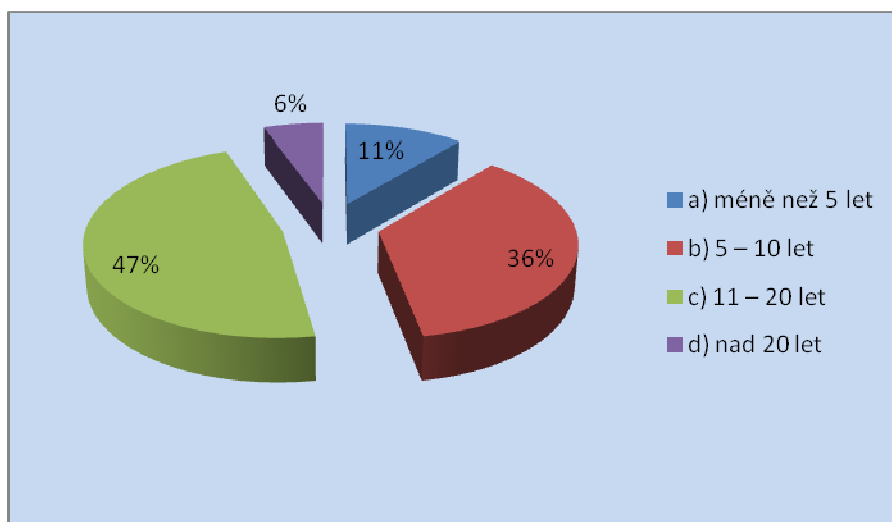
Z celkového počtu 36 respondentek (100 %), uvedlo 14 sester věk mezi 31-40 (39 %), 12 sester uvedlo věk mezi 41-50 (33 %), 8 sester uvedlo věk mezi 20-30 lety (22 %) a 2 sestry uvedly věk 50 a více let (6 %).

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání sester (graf 2 k otázce 3, dotazník 1)



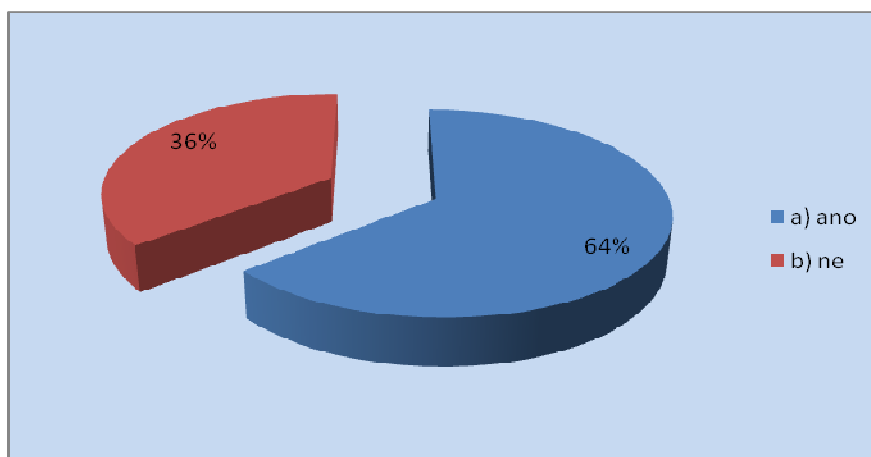
Z celkového počtu 36 sester (100 %), 19 sester je středoškolsky vzdělaných (53 %), 7 sester má vyšší odborné vzdělání (20 %), 7 sester je vysokoškolsky vzdělaných (19 %) a 3 sestry mají středoškolské vzdělání + PSS (8 %).

Graf 3 Délka praxe sester ve zdravotnictví (graf 3 k otázce 5, dotazník 1)



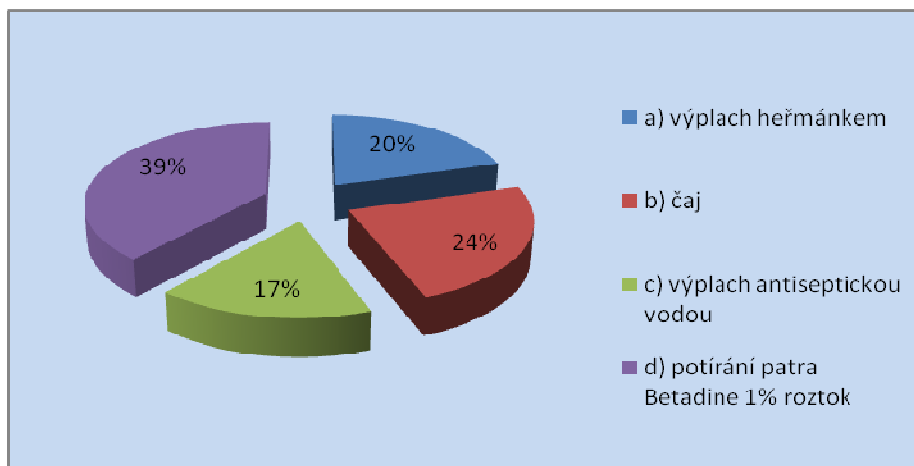
Z celkového počtu 36 sester (100 %) pracuje na pozici sestry 17 dotázaných 11 – 20 let (47 %), 13 sester 5 – 10 let (36 %), 4 sestry méně než 5 let (6 %) a 2 dotázané pracují na pozici sestry více než 20 let (6 %).

Graf 4 Výplachy dutiny ústní u dítěte po operaci rozštěpu patra (graf 4 k otázce 6, dotazník 1)



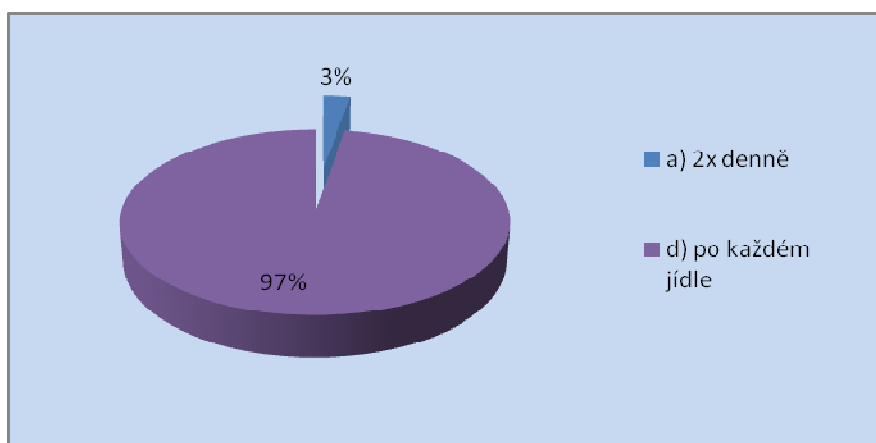
Z celkového počtu 36 dotázaných sester (100 %) jich 23 provádí výplachy dutiny ústní u dítěte po operaci rozštěpu patra (64 %). A 13 sester výplachy neprovádí (36 %).

Graf 5 Roztoky používané k výplachu dutiny ústní (graf 5 k otázce 7, dotazník 1)



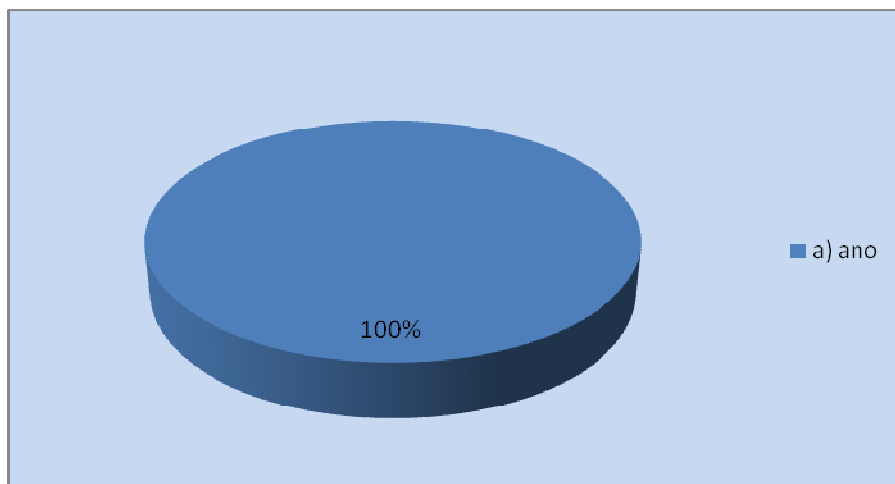
Pokud sestry uvedly v předešlé otázce, že dělaly výplach dutiny ústní u dětí po operaci rozštěpu patra. V následující otázce sestry specifikovaly, jaké roztoky používaly. Z celkového počtu 88 odpovědí (100 %) nejčastěji sestry uvedly, že k výplachu dutiny ústní používaly roztok 1% Betadinu (34x, 39 %), čaj (21x, 24 %) a roztok heřmánku (18x, 20 %).

Graf 6 Časnost výplachů dutiny ústní u dětí po operaci rozštěpu patra (graf 6 k otázce 8, dotazník 1)



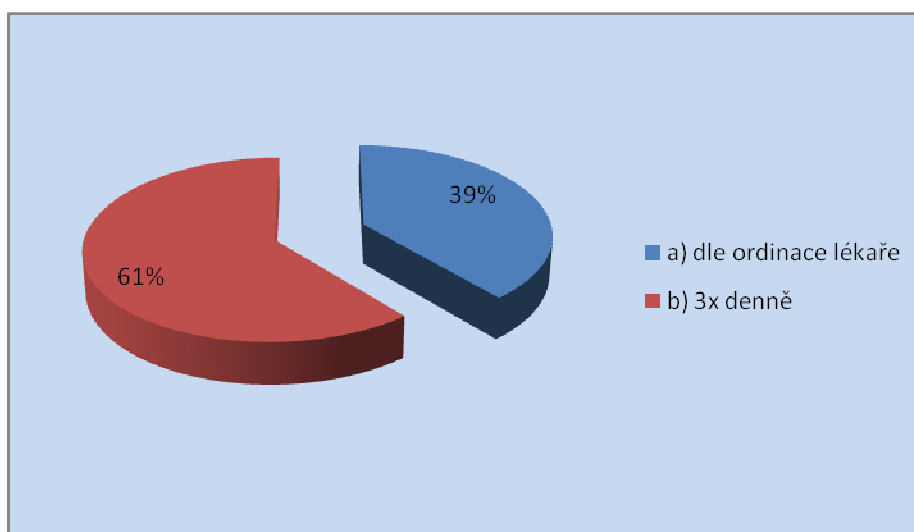
Z celkového počtu 36 (100 %) sester provádí výplach dutiny ústní 35 po každém jídle (97 %) a 1 sestra provádí výplach 2x denně (3 %).

Graf 7 Masáž patra (graf 7 k otázce 9, dotazník 1)



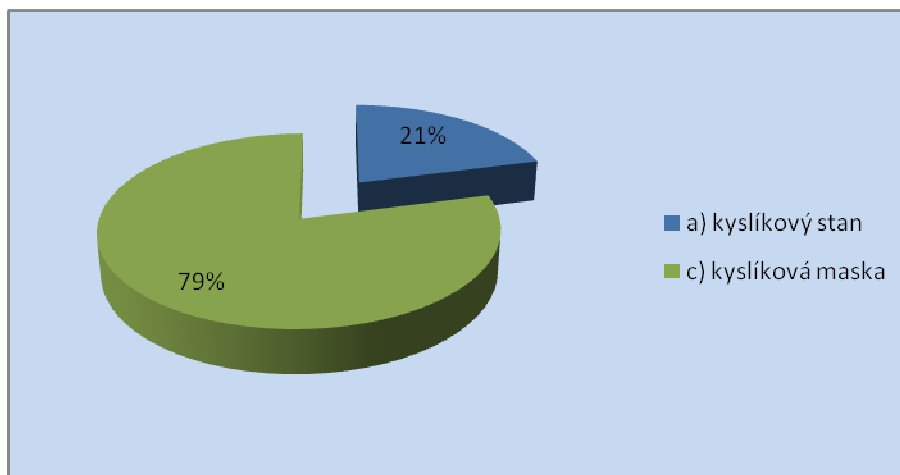
Všech 36 sester (100 %) provádí na oddělení masáž patra prstem.

Graf 8 Častost masáže patra (graf 8 k otázce 12, dotazník 1)



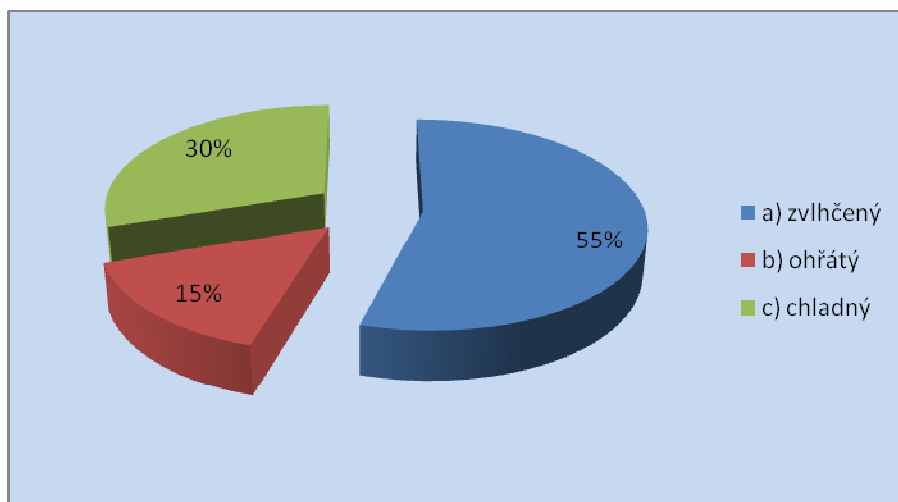
Z celkového počtu 36 sester vyplývá (100 %), 22 sester doporučuje masáž patra 3x denně (61 %) a 14 sester doporučuje masáž patra na základě ordinace lékaře (39 %).

Graf 9 Kyslíkové aplikátory (graf 9 k otázce 14, dotazník 1)



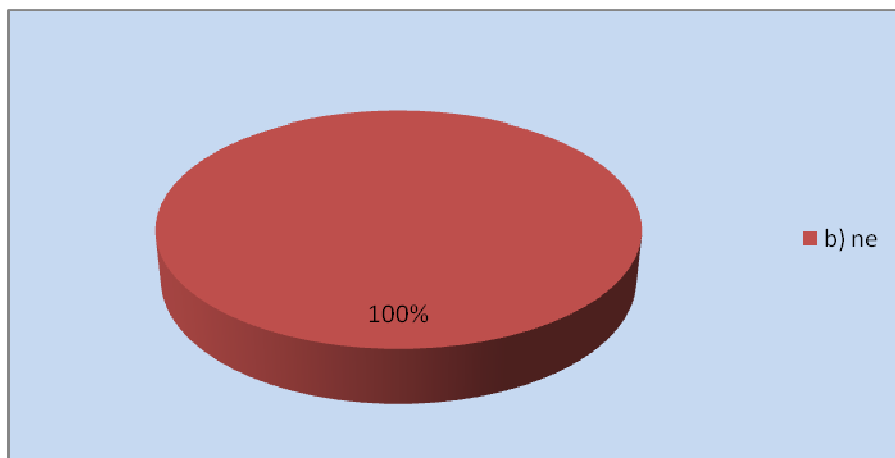
Z celkového počtu 43 odpovědí (100 %) byla uvedena 34x odpověď kyslíková maska (79 %) a 9x odpověď kyslíkový stan (21 %).

Graf 10 Způsob podávání kyslíku (graf 10 k otázce 15, dotazník 1)



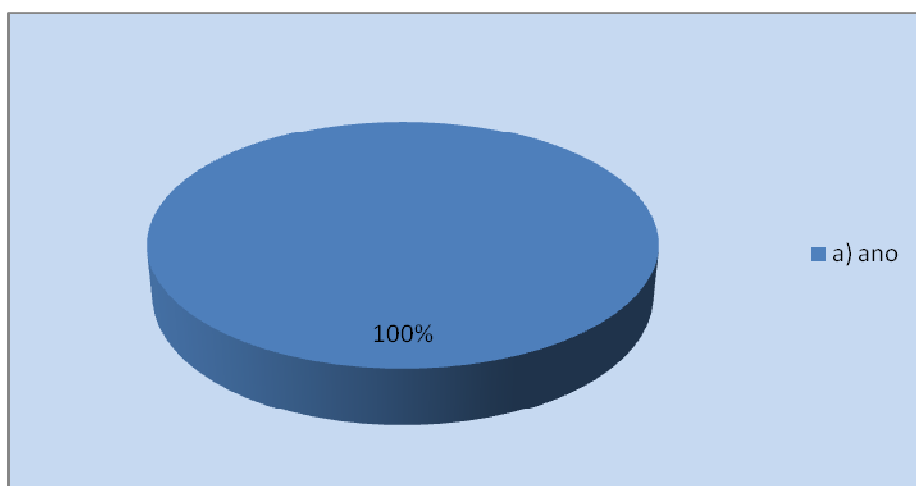
Z celkového počtu 66 odpovědí (100 %) 36x byl uveden zvlhčený kyslík (55 %), 20x chladný kyslík (30 %) a ohřátý kyslík byl uveden 10x (15 %).

Graf 11 Dechová cvičení (graf 11 k otázce 17, dotazník 1)



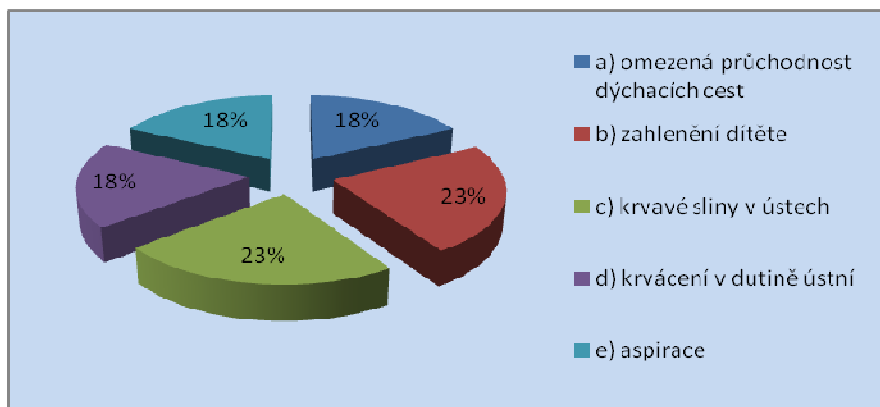
Všechny oslovené sestry (36) neprovádí dechová cvičení u dětí po operaci rozštěpu patra (100 %).

Graf 12 Odsávání dětí po operaci rozštěpu patra (graf 12 k otázce 19, dotazník 1)



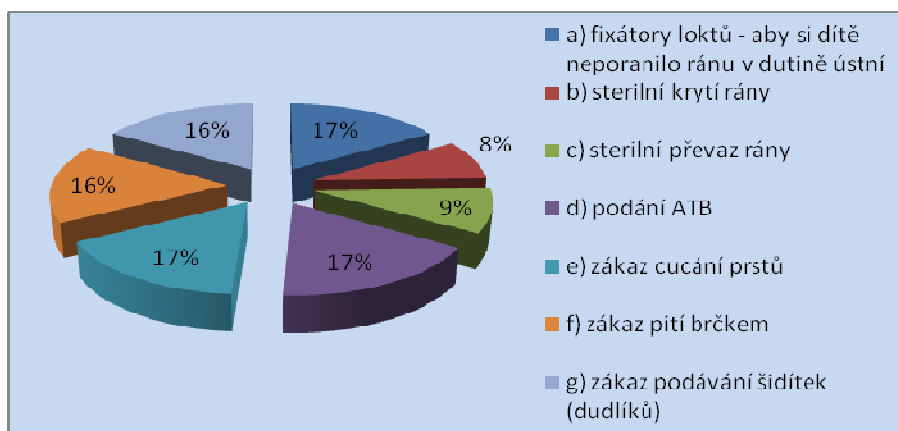
Všechny oslovené sestry (36) odsávají děti po operaci rozštěpu patra (100 %).

Graf 13 Důvody odsávání (graf 13 k otázce 20, dotazník 1)



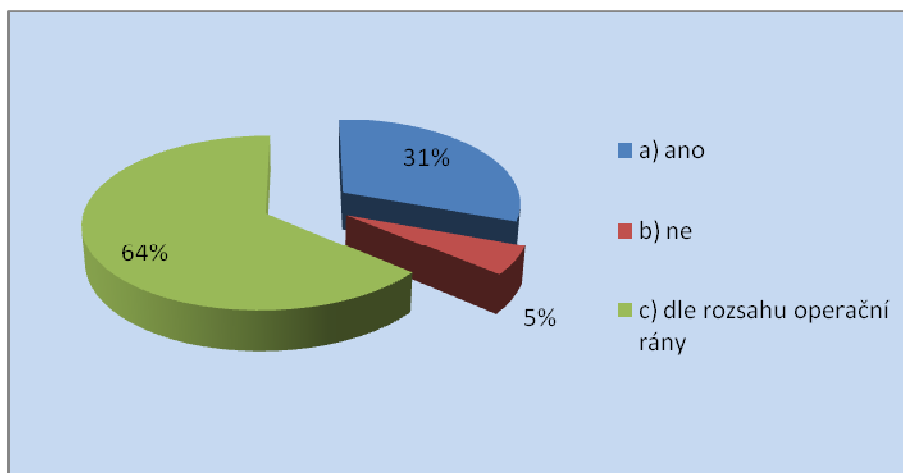
Z celkového počtu 137 odpovědí (100 %), byla uvedena 32x odpověď zahlenění dítěte (23 %) a 32x krvavé sliny v dutině ústní (23 %), 25x zazněla odpověď krváčení z dutiny ústní (18 %), 24x zazněla odpověď omezená průchodnost dýchacích cest (18 %) a 24 x aspirace (18 %).

Graf 14 Prevence infekce dutiny ústní (graf 14 k otázce 21, dotazník 1)



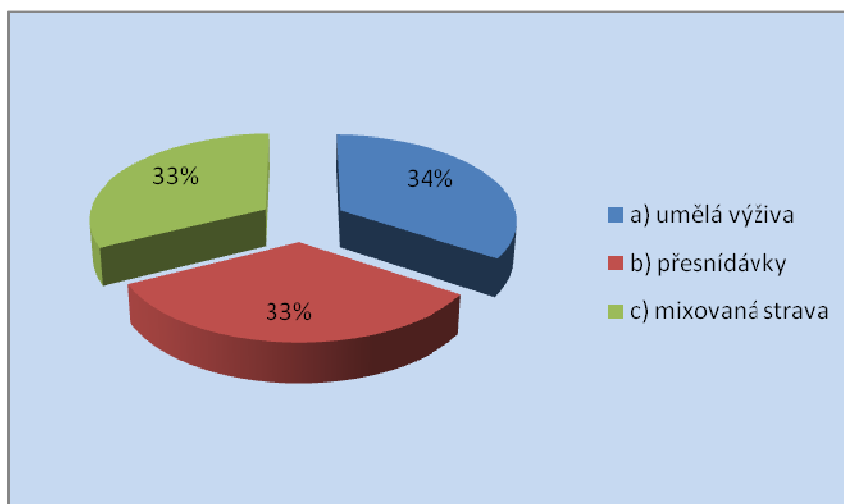
Z celkového počtu 208 odpovědí (100 %) 36 odpovědí udává, jako prevenci infekce v dutině ústní podání ATB (17 %), 34 odpovědí udává fixátory loktů, zakazuje cucání prstů, pití brčkem, podávání šidítek (dudlíků) (17 %) a 19 odpovědí udává sterilní převaz ránu v dutině ústní (9 %).

Graf 15 Kojení dětí po operaci rozštěpu patra v nemocnici (graf 15 k otázce 22, dotazník 1)



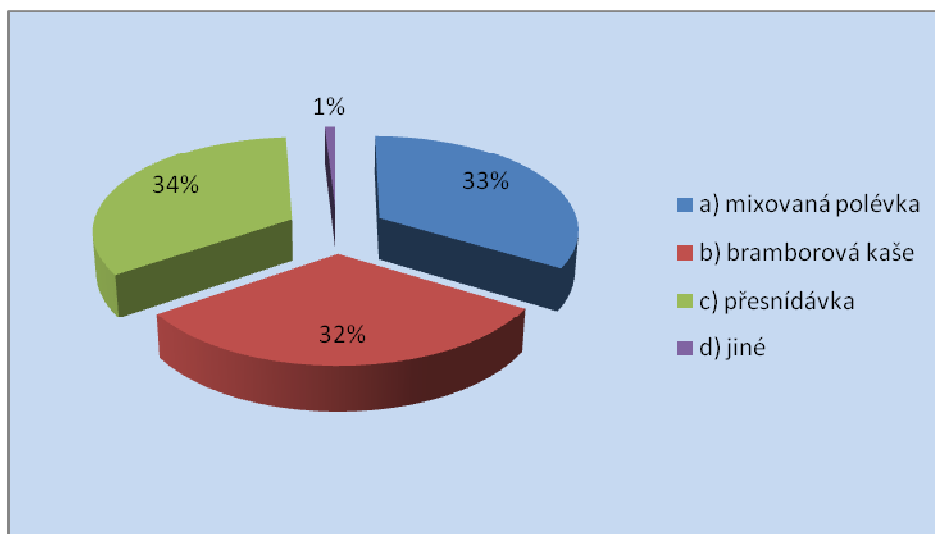
Z celkového počtu 36 oslovených sester (100 %), 23 sester (64 %) doporučuje kojení dítěte po operaci na základě rozsahu operační rány, 11 sester kojení doporučuje vždy (31 %) a 2 sestry kojení nedoporučují (5 %).

Graf 16 Strava doporučená u nekojících kojenců do 6 měsíců života (graf 16 k otázce 23, dotazník 1)



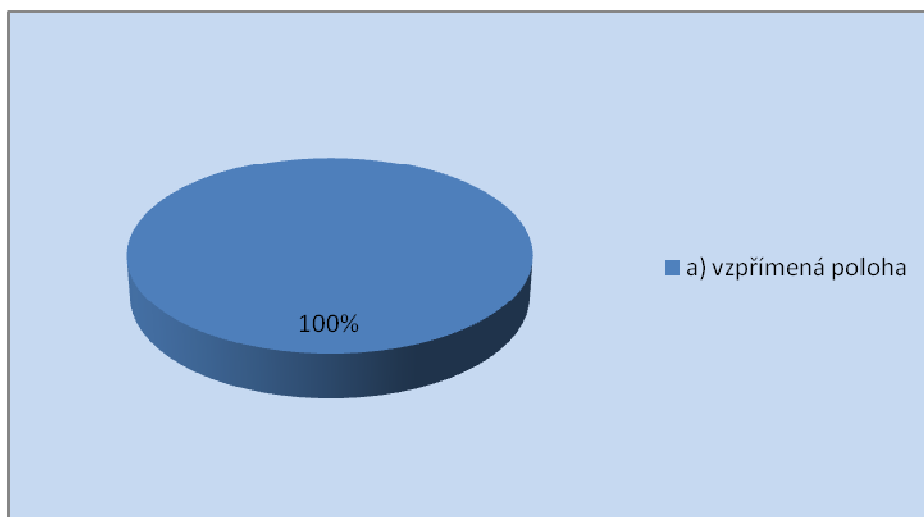
Z celkového počtu 105 odpovědí (100 %) 36x byla uvedena umělá výživa (34 %), 35x byly uvedeny přesnídávky (33 %) a 34x byla uvedena mixovaná strava (33 %).

Graf 17 Doporučená strava kojencům od 6 měsíců do 1 roka života dítěte (graf 17 k otázce 24, dotazník 1)



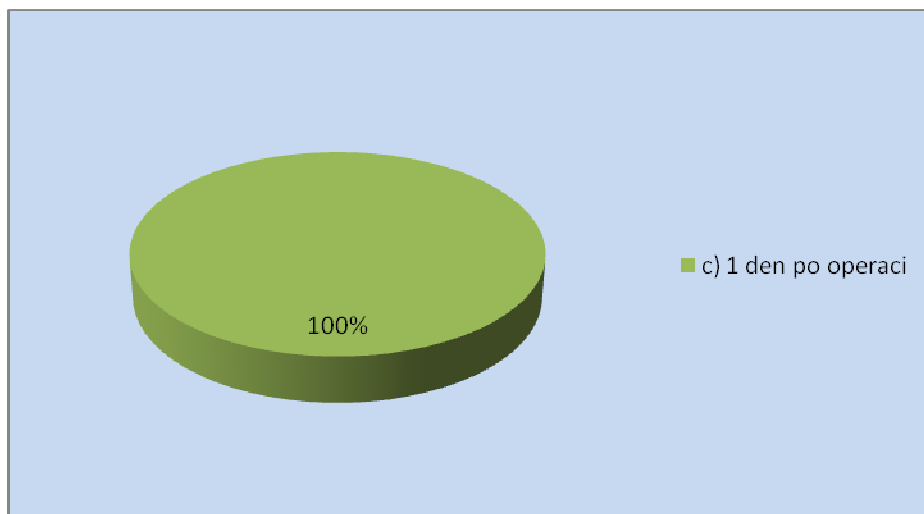
Z celkového počtu 107 odpovědí (100 %), 36x zazněla odpověď mixované polévky (33 %) a přesnídávky (34 %), 34x zazněla odpověď bramborová kaše (32 %) a 1x zazněla odpověď umělá výživa (1 %).

Graf 18 Nejvhodnější poloha nakojení (graf 18 k otázce 25, dotazník 1)



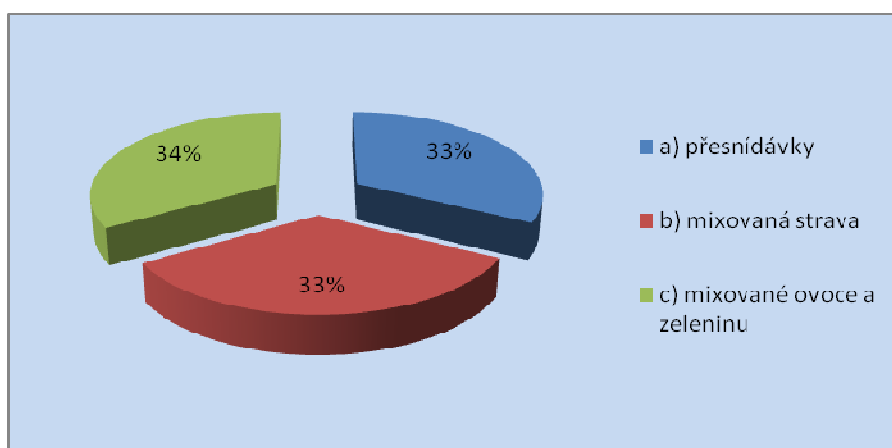
Všech 36 sester doporučuje matkám při kojení dítěte po operaci rozštěpu patra vzpřímenou polohu (100 %).

Graf 19 Příjem tekuté stravy ústy (graf 19 k otázce 26, dotazník 1)



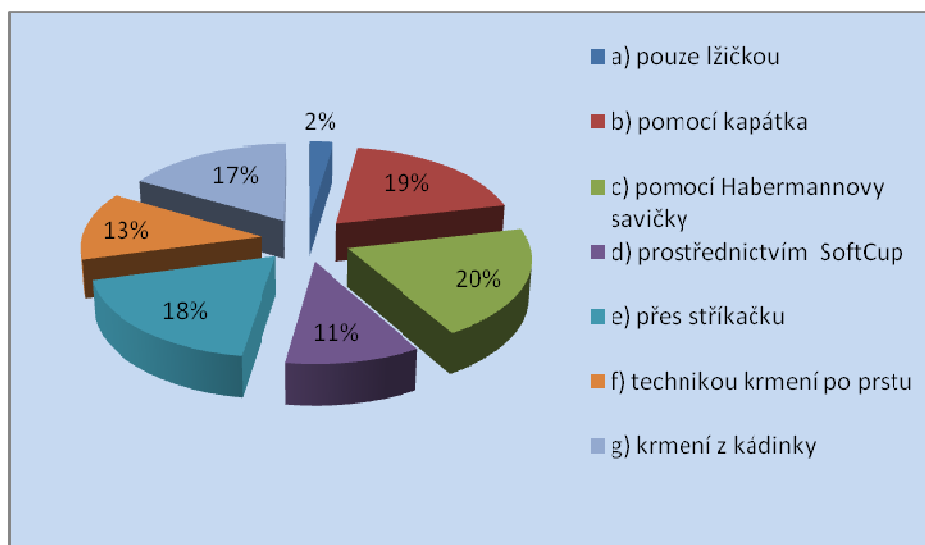
Z celkového počtu 36 sester doporučily přijímat tekutou stravu ústy 24 hodin po operaci rozštěpu patra všechny sestry (100 %).

Graf 20 Strava batolat a větších dětí po operaci rozštěpu patra (graf 20 k otázce 27, dotazník 1)



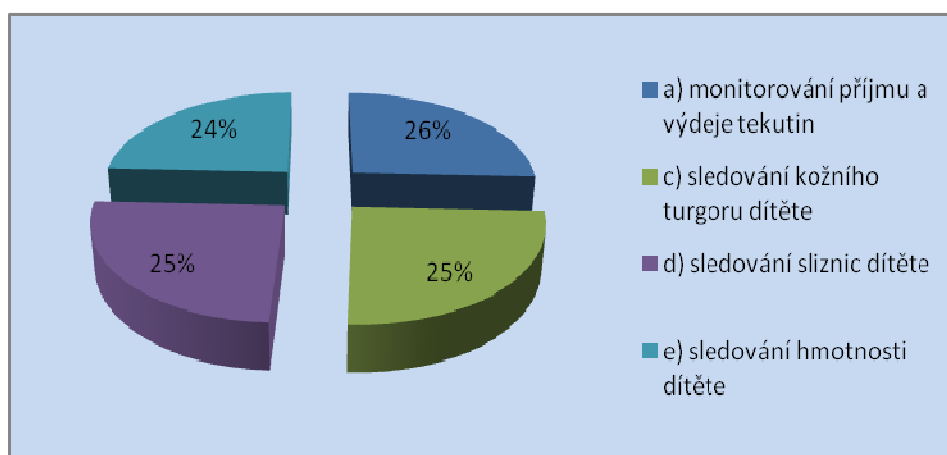
Z celkového počtu 107 odpovědí (100 %), 36x zazněla odpověď mixovaná strava (33 %) a mixované ovoce se zeleninou (34 %) a 35x zazněla odpověď přesnídávky (33 %).

Graf 21 Techniky krmení (graf 21 k otázce 28, dotazník 1)



Z celkového počtu 168 odpovědí (100 %), 34x zazněla odpověď krmení pomocí Habermannovy savičky (20 %), 3x zazněla odpověď krmení pomocí kapátka (19 %), 31x přes stříkačku (18 %), 28x krmení z kádinky (17 %), 21x byla zvolena technika krmení po prstu (13 %), 18x krmení prostřednictvím SoftCup (11 %) a 4x krmení dítě pouze lžičkou (2 %).

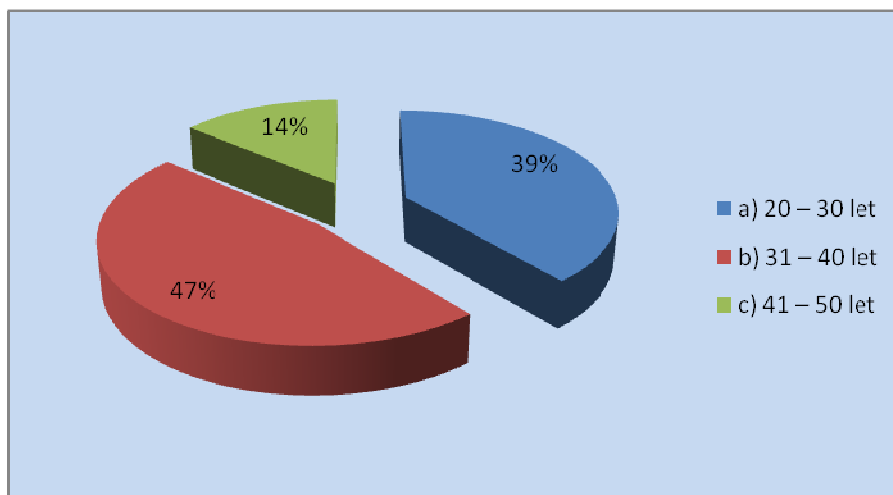
Graf 22 Sledování dehydratace u dětí po operaci (graf 22 k otázce 29, dotazník 1)



Z celkového počtu 140 odpovědí (100 %), 36x zazněla odpověď příjem a výdej tekutin (26 %), 35x zazněla odpověď kožní turgor a sliznice dítěte (25 %) a 34x zazněla odpověď hmotnost dítěte (24 %).

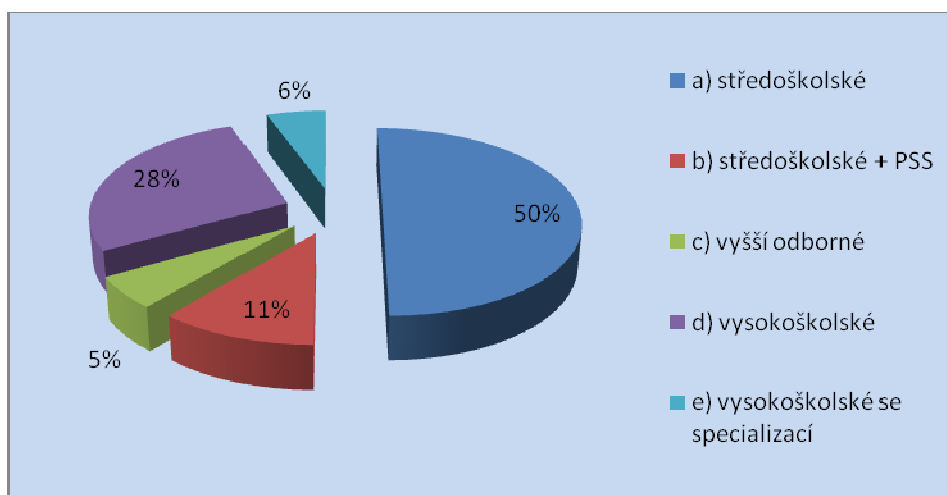
4.2 Výsledky z dotazníkového šetření určeného pro sestry v intenzivní péči (JIP + dospávací pokoj)

Graf 23 Věk respondentek (graf 23 k otázce 2, dotazník 2)



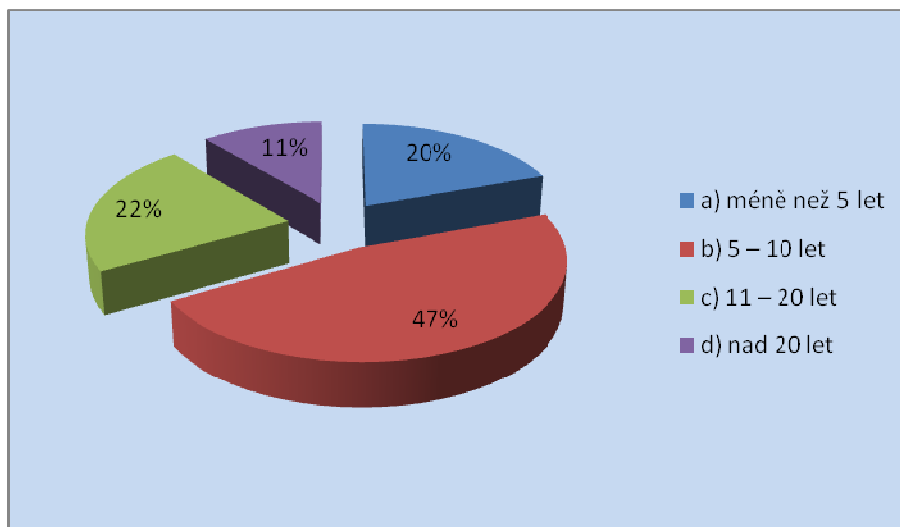
Z celkového počtu 36 sester (100 %), je 17-ti sestrám mezi 31-40 let (47 %), 14-ti sestrám je mezi 20-30 let (39 %) a 5-ti sestrám je mezi 41-50 let (14 %).

Graf 24 Nejvyšší dosažené vzdělání (graf 24 k otázce 3, dotazník 2)



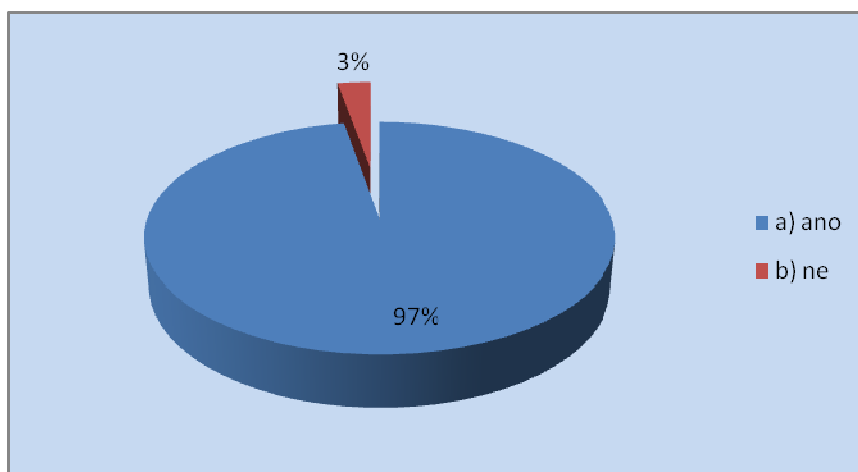
Z celkového počtu 36 sester má 18 sester středoškolské vzdělání (50 %), 10 sester má vysokoškolské vzdělání (28 %), 4 sestry mají středoškolské vzdělání + PSS (11 %), 2 sestry mají vyšší odborné vzdělání (5 %) a 2 sestry mají vysokoškolské vzdělání se specializací (6 %).

Graf 25 Délka praxe na daném oddělení (graf 25 k otázce 5, dotazník 2)



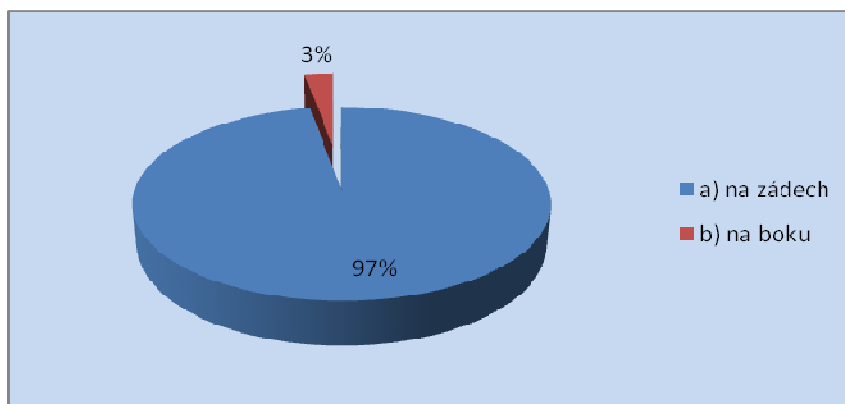
Z celkového počtu 36 oslovených sester (100 %) 17 sester pracuje na daném oddělení 5-10 let (47 %), 8 sester 11-20 let (22 %), 7 sester méně než 5 let (20 %) a 4 sestry pracují na daném oddělení nad 20 let (11 %).

Graf 26 Pobyt matky během pooperační intenzivní péče spolu s dítětem (graf 26 k otázce 72, dotazník 2)



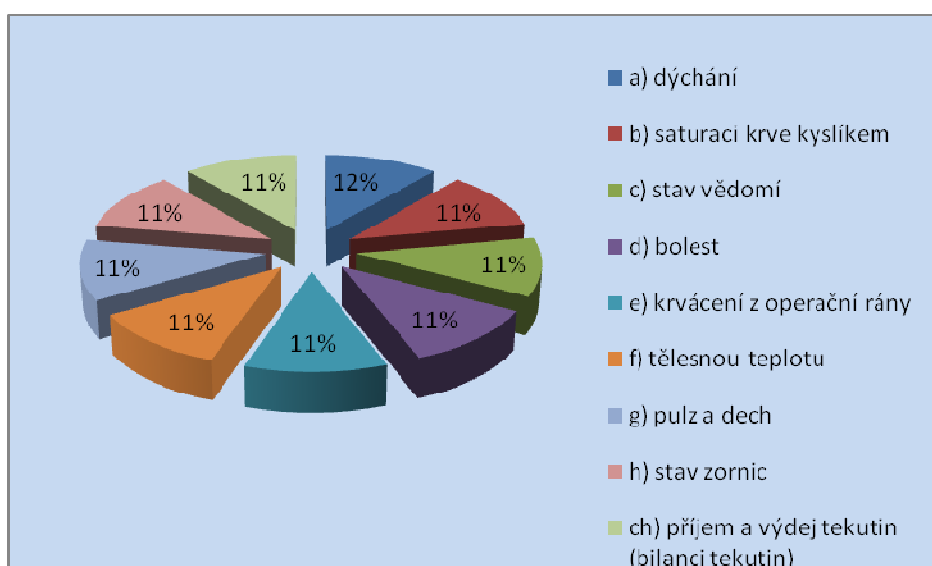
Z grafu vyplývá, že z 36 oslovených sester (100 %) uvedlo 35 (97 %), že matky mohou být spolu s dítětem během intenzivní pooperační péči hospitalizovány a 1 sestra uvedla, že matky nemohou být s dítětem hospitalizovány většinou z provozních důvodů (3 %).

Graf 27 Nejvhodnější poloha dítěte při převozu z operačního sálu (graf 27 k otázce 10, dotazník 2)



Z 36 sester (100 %) uvedlo 35 sester jako nejvhodnější polohu na zádech (97 %) a 1 sestra uvedla polohu na boku (3 %).

Graf 28 Sledování dítěte v rámci pooperační intenzivní péče (graf 28 k otázce 11, dotazník 2)



Z celkového počtu 322 odpovědí (100 %), 36x zazněla odpověď sledování dýchání (12 %), sledování bolesti (11 %), sledování krvácení z operační rány (11 %), sledování tělesné teploty (11 %), sledování pulzu a dechu (11 %), sledování stavu zornic (11 %) a příjmu a výdeje tekutin (bilanci tekutin) (11 %), 35x zazněla odpověď sledování saturace krve kyslíkem (11 %) a sledování stavu vědomí (11 %).

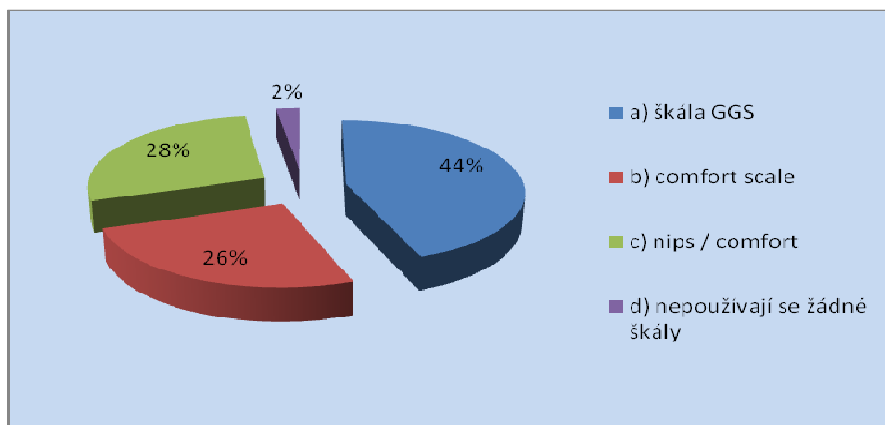
Tabulka 1 Seřazení rizik, které se nejčastěji vykytují bezprostředně po operaci rozštěpu patra (Tabulka 1 k otázce 12, dotazník 2)

	Počet respondentů	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Riziko dušení	36	3	10	9,36	1,570
Riziko porušené výměny plynů	36	1	10	8,44	2,323
Riziko aspirace	36	2	10	8,33	1,604
Riziko neefektivního dýchání	36	1	10	8,11	2,785
Riziko vzniku infekce	36	3	10	8,06	1,772
Riziko rozpadu sešité rány, na patře vznikne nový otvor tzv. patrová fistule	36	2	10	7,92	2,183
Riziko zvýšené krvácivosti z rány	36	4	10	7,89	2,175
Riziko dehydratace	36	3	10	7,19	2,388
Riziko sníženého srdečního výdeje	36	2	10	7,11	2,315

Ke každému riziku sestry přiřadily sílu rizika. 1 = velmi slabé riziko, 10 = nejsilnější riziko. Následně jsme vypočítali ke každému riziku průměr.

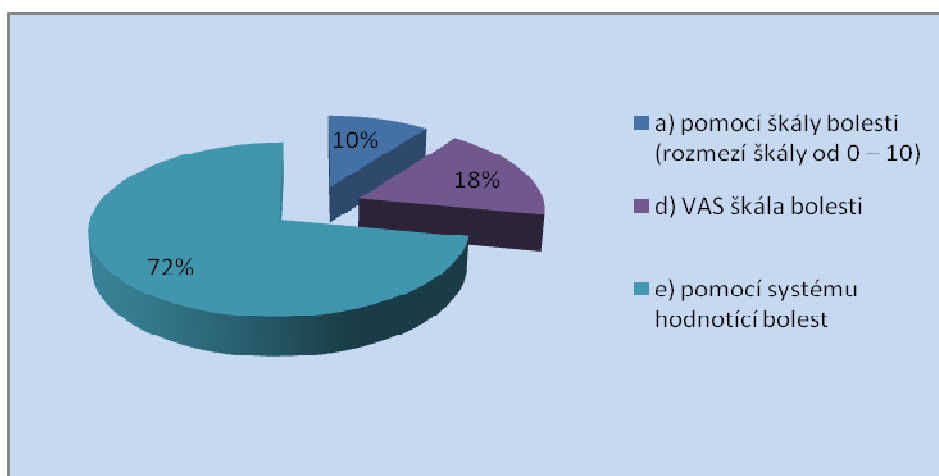
Nejsilnější míru rizika dosáhlo riziko dušení (9,36), následovalo riziko porušené výměny plynů (8,44) a třetí nejvyšší riziko bylo riziko aspirace (8,33).

Graf 29 Hodnocení stavu vědomí u dítěte (graf 29 k otázce 13, dotazník 2)



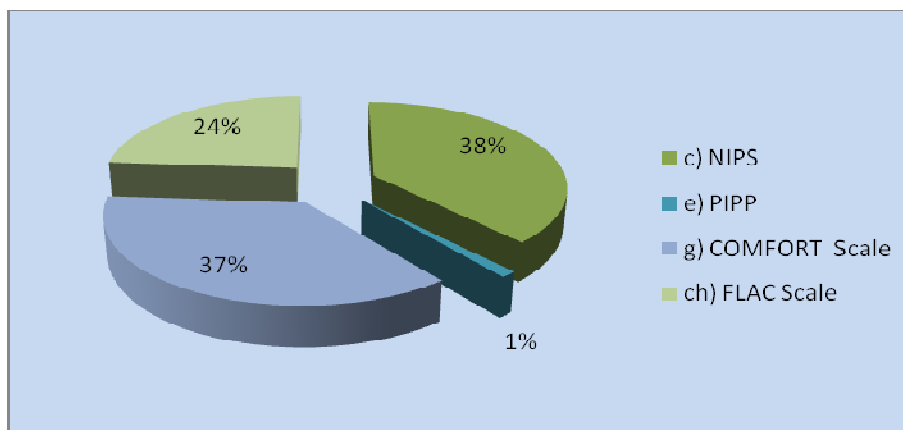
Z celkového počtu 43 odpovědí (100 %) zazněla 19x škála vědomí Glasgow coma scale (44 %), 12x hodnotící škálu NIPS/COMFORT (26 %), 11x škála COMFORT SCALE (26 %) a 1x nebyla uvedena žádná hodnotící škála stavu vědomí (2 %).

Graf 30 Způsob hodnocení bolesti (graf 30 k otázce 25, dotazník 2)



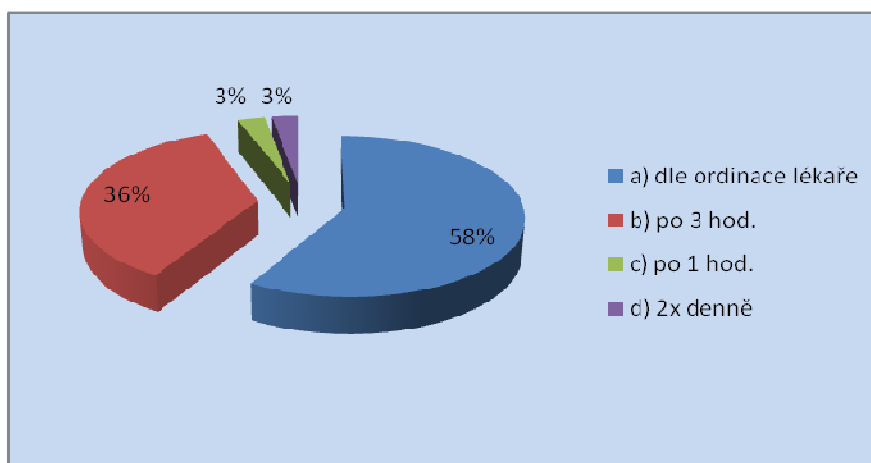
Z celkového počtu 50 odpovědí (100 %), 36x bylo uvedeno hodnocení bolesti pomocí systému hodnotící bolesti (72 %), 9x bylo uvedeno hodnocení bolesti pomocí VAS škály bolesti (18 %) a 5x bylo hodnocení bolesti pomocí škály bolesti (rozmezí škály od 0-10) (10 %).

Graf 31 Druh systému hodnocení bolesti (graf 31 k otázce 26, dotazník 2)



Z celkového počtu 84 odpovědí (100 %) 32x byla uvedena odpověď hodnocení bolesti pomocí systému NIPS-Neonatal Infant PaintScale (38 %), 31x byla uvedena odpověď hodnocení bolesti pomocí systému COMFORT Scale (37 %), 20x byla uvedena odpověď pomocí systému FLAC Scale (24 %) a 1x byla uvedena odpověď pomocí systému PIPP-Premature Infant Pain Profile (1 %).

Graf 32 Častost hodnocení bolesti (graf 32 k otázce 27, dotazník 2)



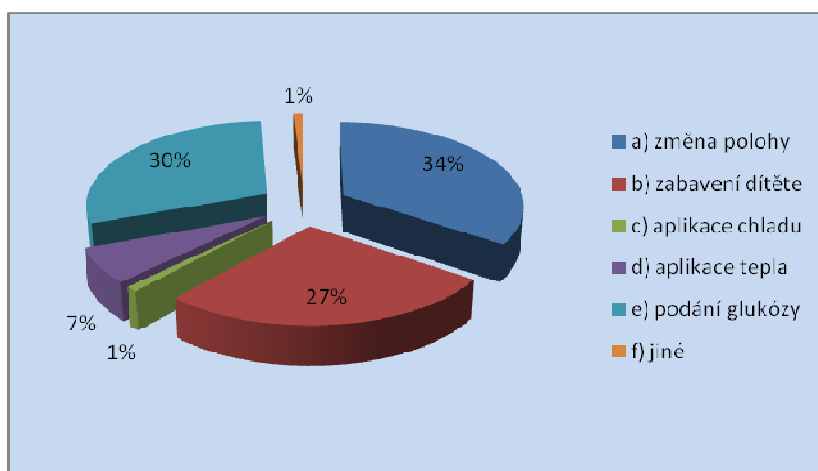
Z celkového počtu 36 oslovených sester (100 %) se 21 sester řídí ordinací lékaře (58 %), 13 sester hodnotí bolest u dětí po operaci rozštěpu patra po 3 hodinách (36 %), 1 sestra hodnotí bolest po 1 hodině (3 %) a 1 sestra hodnotí bolest 2x denně (3 %).

Graf 33 Příznaky bolesti u dětí (graf 33 k otázce 28, dotazník 2)



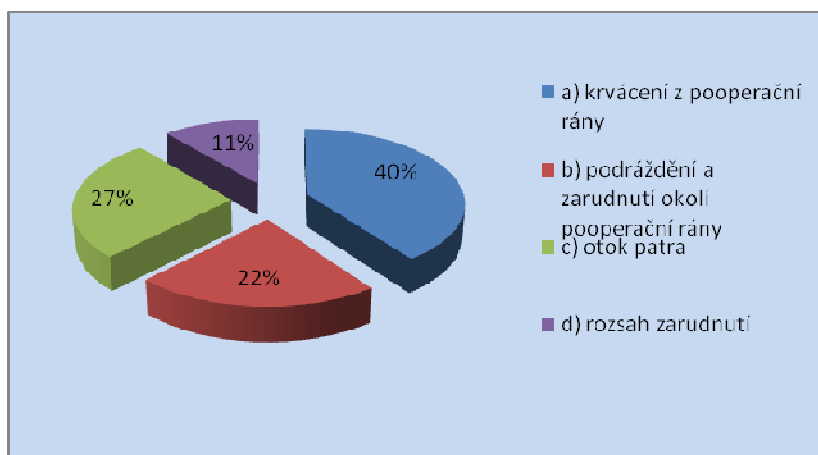
Z celkového počtu 136 odpovědí (100 %), 36x byla uvedena jako nejčastější příznak bolesti u dítě po operaci rozštěpu patra flexe a addukce horních končetin (26 %), 35x byla uvedena zvýšená hodnota krevního tlaku a počet pulzů za minutu (26 %), 34x byly uvedeny grimasy obličeje a křik dítěte (25 %), 9x bylo uvedeno povrchní a zrychlené dýchání, apnoické pauzy (6 %), 7x bylo uvedeno zatínání pěstí (5 %), 6x bylo uvedeno pocení dlaní (4 %), 5x byla uvedena změna barvy a prokrvení kůže (4 %) a 1x byla uvedena odpověď zvýšeně výbavný Moroův příznak (1 %), třes končetin až křeče (1 %), extenze končetin a krku (1 %) a změny tělesné teploty na periférii (1 %).

Graf 34 Nefarmakologické způsoby tišení bolesti (graf 34 k otázce 30, dotazník 2)



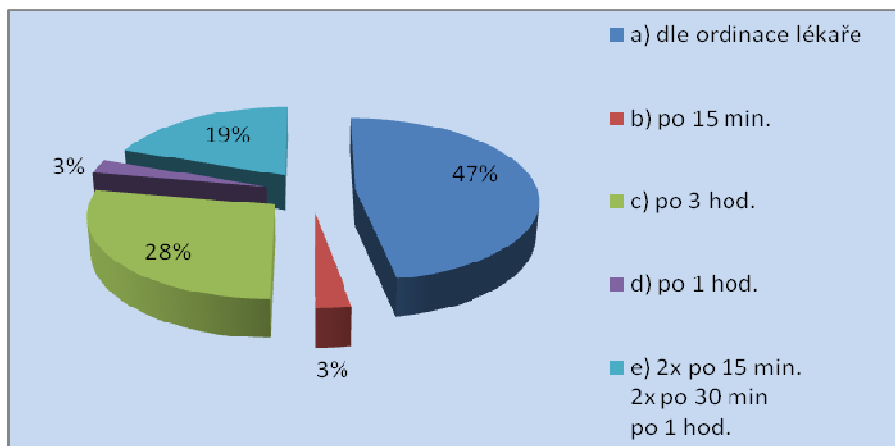
Z celkového počtu 104 odpovědí (100 %), 36x byla uvedena změna polohy dítěte, jako nefarmakologický způsob tišení bolesti (34 %), 31x bylo uvedeno podávání glukózy (30 %), 28x bylo uvedeno zabavení dítěte (27 %), 7x byla uvedena aplikace tepla (7 %), 1x byla uvedena aplikace chladu (1 %) a 1x byl uveden jiný způsob nefarmakologické léčby (1 %).

Graf 35 Sledování pooperační rány (graf 35 k otázce 31, dotazník 2)



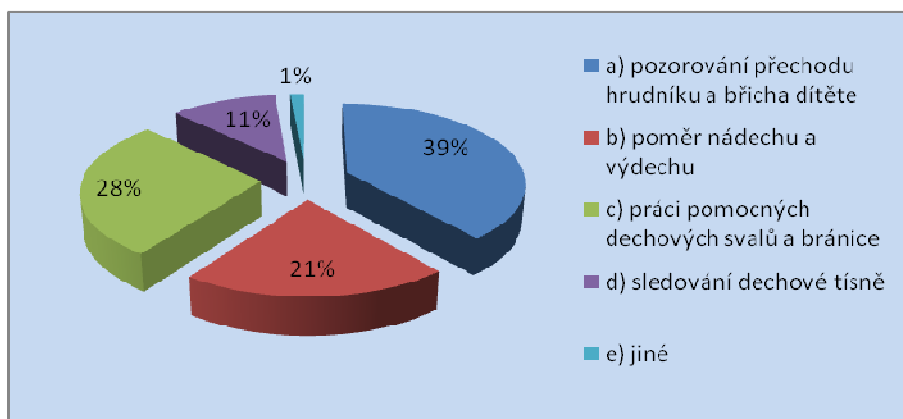
Z celkového počtu 90 odpovědí (100 %) 36x bylo uvedeno sledování krvácení z operační rány (40 %), 24x bylo uvedeno sledování otoku patra (27 %), 20x bylo uvedeno podráždění a zarudnutí okolí pooperační rány (22 %) a 10x byl uveden rozsah zarudnutí (11 %).

Graf 36 Intervaly sledování pooperační rány (graf 36 k otázce 32, dotazník 2)



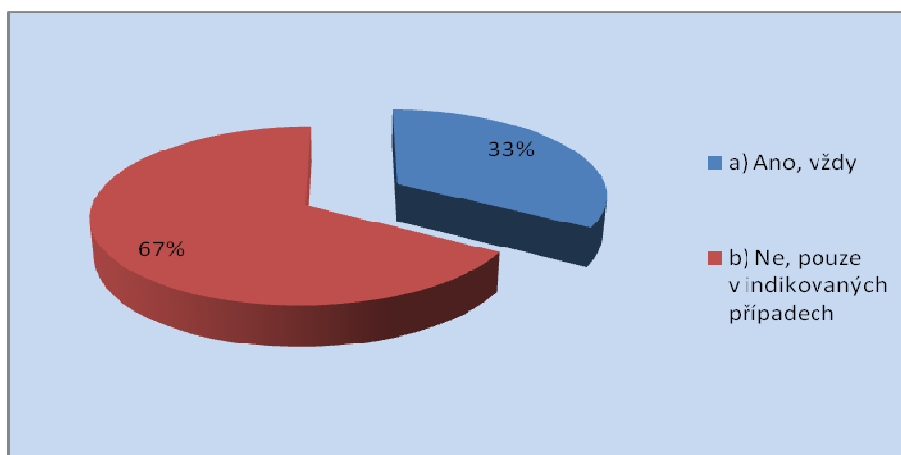
Z celkového počtu 36 oslovených sester (100 %) 17 sester sledovalo operační ránu na základě ordinace lékaře (47 %), 10 sester sledovalo ránu po 3 hodinách (28 %), 7 sester sledovalo ránu 2x po 15 minutách, následně 2x po 30 minutách a následně po 1 hodině (19 %), 1 sestra sledovala operační ránu po 15 minutách (3 %) a 1 sestra po 1 hodině (3 %).

Graf 37 Hodnocení dýchání u dítěte po operaci (graf 37 k otázce 14, dotazník 2)



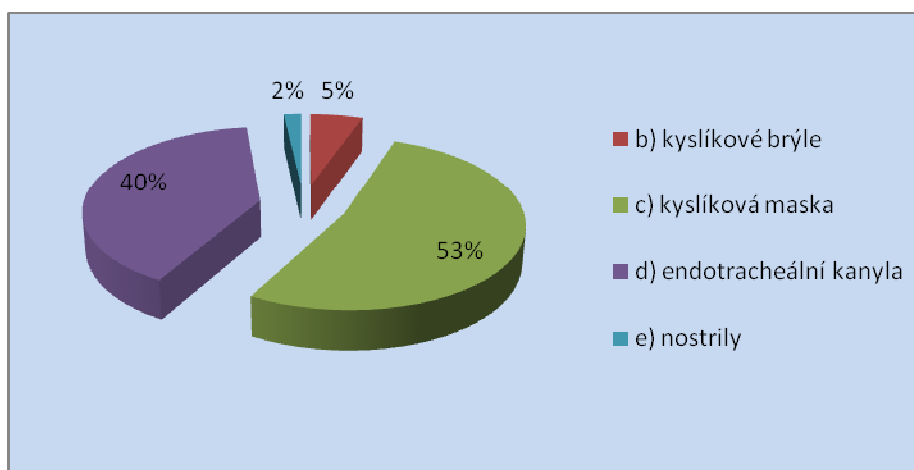
Z celkového počtu 72 odpovědí (100 %), 28x bylo uvedeno hodnocení dýchání pozorováním přechodu hrudníku a břicha dítěte (39 %), 20x bylo uvedeno hodnocení dýchání pomocí práce pomocných dechových svalů a bránice (28 %), 15x bylo uvedeno sledování poměru nádechu a výdechu (21 %), 8x bylo uvedeno sledování dechové tísně (11 %) a 1x bylo uvedeno jiné hodnocení dýchání u dítěte po operaci (1 %).

Graf č. 38 Podávání kyslíku (graf 38 k otázce 16, dotazník 2)



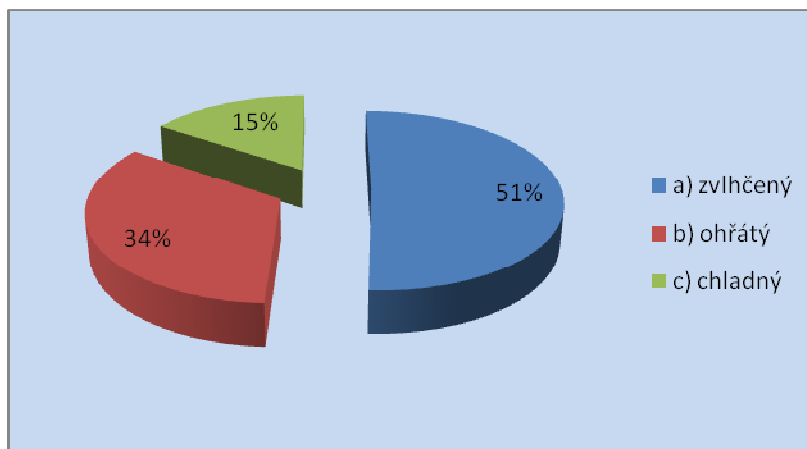
Z celkového počtu 36 sester (100 %), 24 sester podává kyslík pouze v indikovaných případech (67 %) a 12 sester vždy podává kyslík (33 %).

Graf 39 Nejčastěji používané kyslíkové aplikátory (graf 39 k otázce 17, dotazník 2)



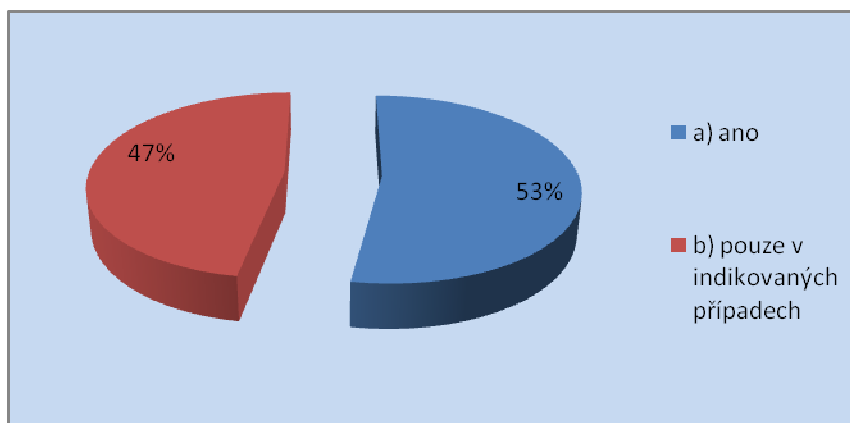
Z celkového počtu 55 odpovědí (100 %) 29x byla uvedena, jako nejpoužívanější kyslíkové aplikátory, kyslíková maska (53 %), 22x byla uvedena endotracheální kanyla (40 %), 3x byly uvedeny kyslíkové brýle (5 %) a 1x byly uvedeny nostrilky (2 %), jako nejčastěji používané kyslíkové aplikátory.

Graf 40 Způsob podávání kyslíku (graf 40 k otázce 18, dotazník 2)



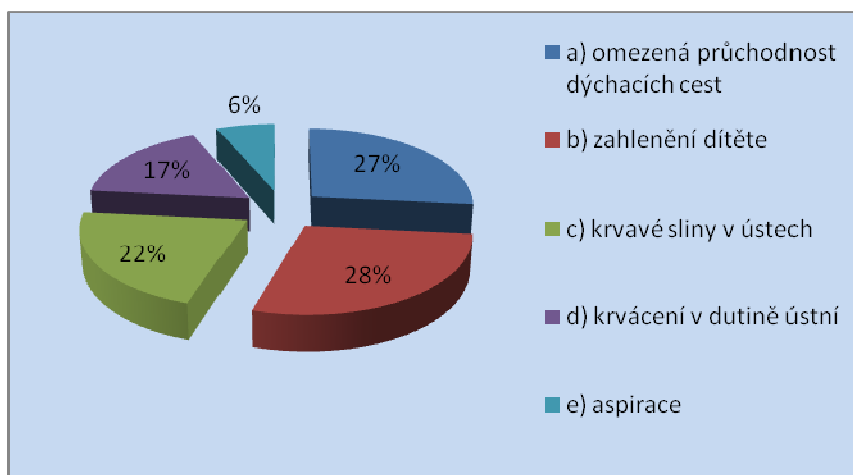
Z celkového počtu 71 odpovědí (100 %), 36x byl uveden zvlhčený kyslík (51 %), 24x ohřátý kyslík (34 %) a 11x chladný kyslík (15 %).

Graf 41 Odsávání dítěte po operaci rozštěpu patra (graf 41 k otázce 20, dotazník 2)



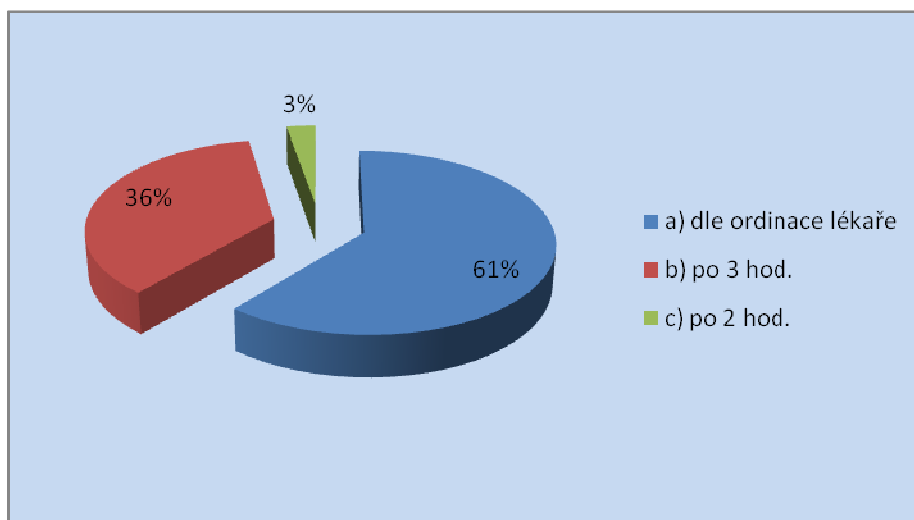
Z celkového počtu 36 oslovených sester (100 %), 19 sester odsává děti po operaci rozštěpu patra (53 %) a 17 sester odsává pouze v indikovaných případech (47 %).

Graf 42 Nejčastější důvody odsávání (graf 42 k otázce 21, dotazník 2)



Z celkového počtu 174 odpovědí (100 %), 35x zazněla odpověď, odsávání z důvodu zahlenění dítěte (28 %), 33x zazněla odpověď kvůli omezené průchodnosti dýchacích cest (27 %), 21x i kvůli krvácení z dutiny ústní (17 %) a 8x kvůli aspiraci dítěte (6 %).

Graf 43 Častost odsávání dítě po operaci rozštěpu patra v rámci pooperační intenzivní péče (graf 43 k otázce 22, dotazník 2)



Z celkového počtu 36 sester (100 %), 26 sester odsává děti po operaci rozštěpu patra na základě ordinace lékaře (61 %), 13 sester odsává po 3 hodinách (36 %) a 1 sestra odsává po 2 hodinách (3 %).

Tabulka 2 Intervaly sledování fyziologických funkcí u dítěte v pooperační intenzivní péči (Tabulka 2 k otázce 23, dotazník 2)

	V pravidelných intervalech ☀		Po 3 hod		8x denně		Dle ordinace lékaře		Kontinuálně		Celkem	%
		%		%		%		%		%		%
TK	21	58	0	0	3	8	7	20	5	14	36	100
Dech	21	58	0	0	3	8	7	20	5	14	36	100
Tělesná teplota	21	58	1	3	3	8	7	20	4	11	36	100
Pulz	20	55	1	3	3	8	7	20	5	14	36	100
Saturace krve kyslíkem	11	31	8	22	3	8	10	28	4	11	36	100
Stav vědomí	8	22	18	50	2	6	8	22	0	0	36	100
Bilance tekutin	5	14	21	58	3	8	7	20	0	0	36	100

☀ První hodina po 15 min., druhá hodina po 30 min. a následně 1x po 1 hodině a 1x po 3 hodinách.

Z celkového počtu 36 respondentek (100 %) 21 sester měří TK u dítěte v pooperační intenzivní péči v pravidelných intervalech (58 %), 3 respondentky měří TK 8x denně (8 %), 7 sester měří TK dle ordinace lékaře (20 %), 5 sester měří TK kontinuálně (14 %).

Z celkového počtu 36 respondentek (100 %) 21 sester měří dech u dítěte v pooperační intenzivní péči v pravidelných intervalech (58 %), 3 sestry měří dech 8x denně (8 %), 7 sester měří dech dle ordinace lékaře (20 %), 5 sester měří dech kontinuálně (14 %).

Z celkového počtu 36 respondentek (100 %) 21 sester měří tělesnou teplotu u dítěte v pooperační intenzivní péči v pravidelných intervalech (58 %), 1 sestra měří TT po 3 hodině (3 %), 3 sestry měří TT 8x denně (8 %), 7 sester měří TT dle ordinace lékaře (20 %) a 4 sestry měří TT kontinuálně (11 %).

Z celkového počtu 36 respondentek (100 %) 20 sester měří pulz u dítěte v pooperační intenzivní péči v pravidelných intervalech (55 %), 1 sestry měří pulz po 3 hodinách

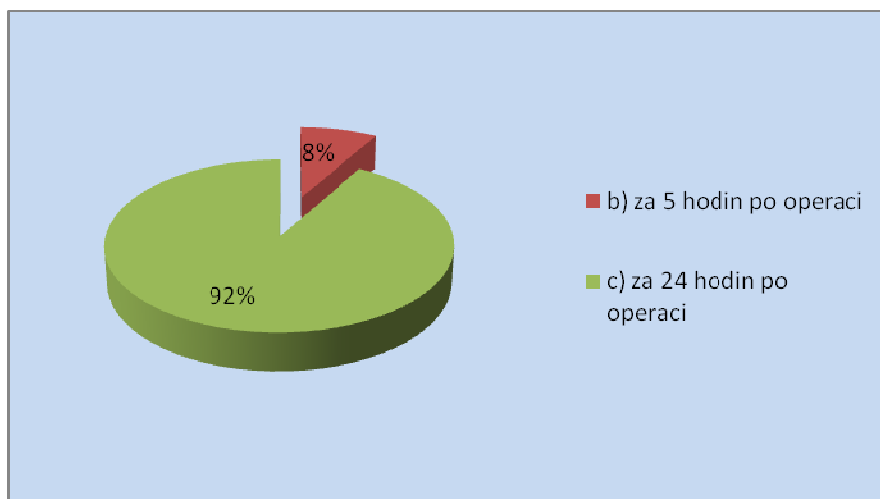
(3 %), 3 sestry měří pulz 8x denně (8 %), 7 sester měří pulz dle ordinace lékaře (20 %) a 5 sester měří pulz kontinuálně (14 %).

Z celkového počtu 36 respondentek (100 %) 11 sester měří saturaci krve kyslíkem u dítěte v pooperační intenzivní péči v pravidelných intervalech (31 %), 8 sester měří po 3 hodinách (22 %), 3 měří 8x denně (8 %), 10 sester měří saturaci krve kyslíkem dle ordinace lékaře (28 %), 4 sestry měří saturaci krve kyslíkem kontinuálně (11 %).

Z celkového počtu 36 respondentek (100 %) 8 sester sleduje stav vědomí u dítěte v pooperační intenzivní péči v pravidelných intervalech (22 %), 18 sester sleduje stav vědomí po 3 hodinách (50 %), 2 sestry sledují stav vědomí 8x denně (6 %), 8 sester sleduje stav vědomí dle ordinace lékaře (22 %).

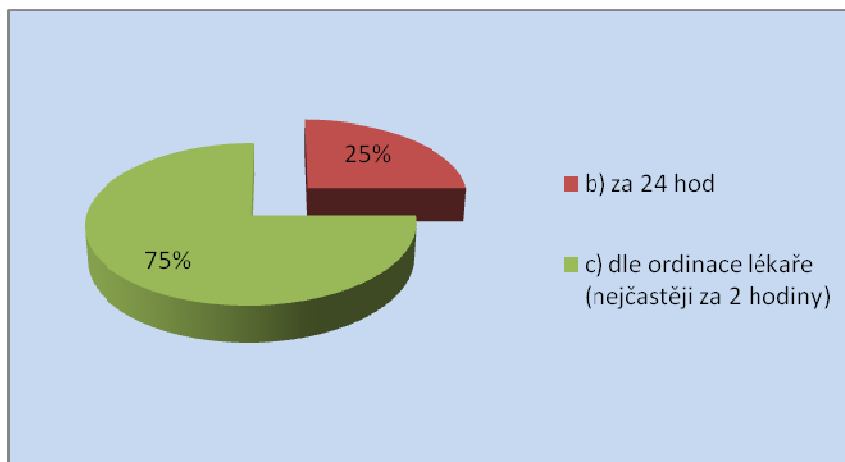
Z celkového počtu 36 respondentek (100 %) 5 sester sleduje bilanci tekutin u dítěte v pooperační intenzivní péči v pravidelných intervalech (14 %). 21 sester sleduje bilanci tekutin po 3 hodinách (58 %), 3 sestry sledují bilanci tekutin 8x denně (8 %) a 7 sester sleduje bilanci tekutin dle ordinace lékaře (20 %).

Graf 44 První podání tekutin po operaci rozštěpu patra (graf 44 k otázce 34, dotazník 2)



Z celkového počtu 36 sester (100 %), podává 33 sester první tekutiny dítěti po operaci rozštěpu patra za 24 hodin po operaci (92 %) a 3 sestry podávají tekutiny za 5 hodin po operaci rozštěpu patra (8 %).

Graf 45 Převezení dítěte na standardní pokoj (graf 45 k otázce 9, dotazník 2)



Z celkového počtu 36 oslovených sester (100 %) uvedlo převoz na standardní pokoj na základě ordinace lékaře (nejčastěji za 2 hodiny) 27 sester (75 %) a 9 sester uvedlo převoz za 24 hodin (25 %).

4.3 Výsledky statistického testování

Pro statistické testování byl zvolen Pearson chí kvadrát. Pokud je $p < 5 \%$ a počet pozorovaných správných odpovědí vyšší než 31, rovněž to hovoří ve prospěch předpokladu o dostatečné znalosti sester. Pouze pokud je $p < 5 \%$ a pozorovaný počet správných odpovědí je menší než 31, respondentky projevily nedostatečnou znalost. Pro potvrzení hypotézy jsme stanovili 85 % hranici správných odpovědí na otázky vztahující se k příslušné hypotéze.

Tabulka 3 Statistický test shody očekávaných a skutečných znalostí v oblasti intenzivní pooperační péče (v rozmezí 2h po operaci)

	Pozorované četnosti			Očekávané četnosti			Chí – test
	správně	špatně	celkem	správně	špatně	celkem	P
Nejvhodnější poloha dítěte - na zádech	35	1	36	31	5	36	4,0%
Sledování dítěte - stav vědomí	35	1	36	31	5	36	4,0%
Sledování dítěte - bolest	36	0	36	31	5	36	1,2%
Sledování dítěte - krvácení z rány	36	0	36	31	5	36	1,2 %
Hodnocení stavu vědomí - škála GGS	19	17	36	31	5	36	0,0 %
Hodnocení bolesti - škála bolesti	5	31	36	31	5	36	0,0 %
Hodnocení bolesti - systém hodnotící bolest	36	0	36	31	5	36	1,2%
Systém hodnocení bolesti - NIPS	32	4	36	31	5	36	51,3 %

Příznaky bolesti - flexe a addukce končetin	36	0	36	31	5	36	1,2%
Příznaky bolesti -FF	35	1	36	31	5	36	4,0 %
Sledování rány - krvácení z rány	36	0	36	31	5	36	1,2%
Sledování rány - otok patra	24	12	36	31	5	36	0,2 %

V devíti případech bylo zastoupení správné odpovědi shodné s předpokládaným počtem alespoň 85 %. Pouze 3x bylo správných odpovědí méně. Je možné učinit závěr, že sestry mají znalosti v oblasti intenzivní pooperační péče (v rozmezí 2h po operaci).

Tabulka 4 Statistický test shody očekávaných a skutečných znalostí v oblasti výživy

	Pozorované četnosti			Očekávané četnosti			Chí- test
	správně	Špatně	celkem	správně	špatně	celkem	P
Výživa u nekojených kojenců - umělá výživa	36	0	36	31	5	36	1,2%
Výživa u nekojených kojenců - přesnídávky	35	1	36	31	5	36	4,0 %
Výživa u kojenců od 6 měsíců do 1 roka - přesnídávka	36	0	36	31	5	36	1,2%
Nejvhodnější poloha při kojení - vzpřímená	36	0	36	31	5	36	1,2%
Příjem tekuté stravy - 1 den po operaci	36	0	36	31	5	36	1,2%
Strava batolat a větších dětí - mixované ovoce a zelenina	36	0	36	31	5	36	1,2%
Strava batolat a větších dětí - mixovaná strava	36	0	36	31	5	36	1,2%
Techniky krmení - Habermannova savička	34	2	36	31	5	36	11,3 %
Techniky krmení - pomocí stříkačky	31	5	36	31	5	36	85,2 %

Ve všech devíti případech bylo zastoupení správné odpovědi shodné s předpokládaným počtem alespoň 85 %. Je možné učinit závěr, že sestry mají znalosti v oblasti podávání výživy dětem po operaci rozštěpu patra.

Tabulka 5 Statistický test shody očekávaných a skutečných znalostí v oblasti péče o DC

	Pozorované četnosti			Očekávané četnosti			Chí– test
	správně	špatně	celkem	správně	špatně	celkem	P
Používání doporučených roztoků k výplachu DÚ	34	2	36	31	5	36	11,3 %
Častost výplachu DÚ - po každém jídle	36	0	36	31	5	36	1,2%
Masáž patra	36	0	36	31	5	36	1,2%
Podávání zvlhčeného kyslíku	36	0	36	31	5	36	1,2%
Odsávání	36	0	36	31	5	36	1,2%
Důvod odsávání - omezená průchodnost DC	24	12	36	31	5	36	0,2 %
Důvod odsávání - krvavé sliny v DÚ	32	4	36	31	5	36	51,3 %
Prevence infekce v DÚ - fixátory loktů	34	2	36	31	5	36	11,3 %
Prevence infekce v DÚ - nepodávání šidítek	34	2	36	31	5	36	11,3 %

V osmi případech bylo zastoupení správné odpovědi shodné s předpokládaným počtem alespoň 85 %. Pouze 1x bylo správných odpovědí méně. Je možné učinit závěr, že sestry mají znalosti o pooperační ošetrovatelskou péči o dýchací cesty.

4.4 Výsledky z kvalitativního výzkumného šetření

Rozhovor jsem prováděla s maminkami dětí, které byly po operaci rozštěpu patra propuštěny do domácího ošetřování.

4.4.1 Rozhovor 1

Matka 6-ti měsíčního chlapce, který byl první měsíc po operaci oboustranného pravostranného rozštěpu patra. Respondentka uvedla, že při propuštění dostala od všeobecné sestry podstatné informace ohledně hygieny dutiny ústní. Jednalo se hlavně o masáž patra a výplach dutiny ústní heřmánkem. Po každém jídle matka synovi také vyplachovala dutinu ústní čajem nebo vodou, aby jídlo nezůstalo v dutině ústní. Jedná se o prevenci infekce v dutině ústní. Sestra také doporučila matce, aby ošetřovala dítěti patro genciánovou violetí. Sestra respondentce ukázala masáž patra, jenže synovi to nedělalo dobře. Dávil se a odmítal masáž. Ošetřující lékařka matce sdělila, že nemusí dělat masírování patra, pokud se syn brání, mohlo by dojít k poranění patra a hlavně jizvy. Respondentka uvedla, že se synova jizva hojí velmi dobře, takže se nesečkala s dalšími problémy, například s prasknutím nebo krvácením z jizvy. Žádné pomůcky, které by chránily jizvu v dutině ústní před poraněním, matce sestra nedoporučila. Prý je patro tak citlivé, že by si tam dítě nesahalo. Sestra doporučila matce jen logopedii a doporučila další lékaře, které se věnují této vadě v Brně. Nezminila se o sdruženích, které napomáhají matkám v domácím prostředí. Po propuštění do domácího prostředí podávala matka dítěti řidší stravu. Jednalo se hlavně o přesnídávky s rozdrcenými piškoty, které synovi moc chutnaly. Dále se jednalo o polévky, jogurty a podobně. Sestra také matce podala informace o správné technice krmení a doporučila respondentce normální lahev, protože měl syn oboustranný pravostranný rozštěp. U respondentky je to zatím první dítě, tak se jí zprvu krmení nedařilo. Obstarala si nejprve Habermannovu lahev, ale později musela dát za pravdu sestře a vrátila se k normální lahvi. Syn totiž neměl sací reflex a měl problémy s pitím. Později si zvykl na normální lahev, protože savička měla větší otvor a snáze se mu z ní pilo. Syn jedl málo ihned po narození a do dneška problém prý trvá. Respondentka se myslí, že to operacemi rozhodně nebylo. Ani tím, že syn měl rozštěp patra. Jeho otec měl také v dětství problémy s příjmem potravy a několikrát musel být

i v lázních. Jako nejvíce zátěžovou oblast péče matka uváděla právě přijímání potravy a synův panický strach z lékařů, který nadále přetrvává. Matka musela vyhledat dokonce pomoc psychologa, i když primární problém nesouvisel s rozštěpem patra. Jednalo se o panický strach syna z lékařů a nemocničního prostředí. Panický stav nastal po několikadenní hospitalizaci a po podání několika infuzí a transfuzí. S pomocí psychologa matka nebyla spokojená. Prý se jednalo o standardní reakci na nestandardní situaci a jinak to prý neřešil. Jen matce podal radu, že když bude muset dojít k nějaké větší kontrole v nemocničním zařízení, má mu po dohodě s dětskou lékařkou podat uklidňující lék. Tuto radu, ale matka mohla slyšet od ošetřujícího pediatra a ne od psychologa.

4.4.2 Rozhovor 2

Matka dvou měsíční dívky, která byla 14 dní po operaci jednostranného levostranného rozštěpu patra. Druhé respondentce všechny potřebné informace, ohledně hygieny dutiny ústní, podal ošetřující lékař a poté také ošetřující personál. Matce hlavně doporučili vyplachovat dutinu ústní vodou, čajem nebo odvarem z heřmánku po každém jídle. Matka s dcerou ležely po narození a následně po první operaci na oddělení ve Fakultní nemocnici v Motole a při druhé operaci patra ležely ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. V obou nemocnicích byla matka s přístupem ošetřujícího personálu velice spokojená. Po operaci dostala respondentka od ošetřujícího personálu materiál na ošetření rány. Dostala Betadine roztok, náplasti na pooperační lepení a mast Oftalmo-Septonex. Jako prevenci poranění jizvy v dutině ústní používala matka u dcery rukávky. Doporučily jí je sestry na oddělení a byla s touto pomůckou velice spokojená. Ošetřující lékař informoval matku také o možných komplikacích. Jedná se hlavně o prasknutí nebo krvácení z jizvy. Bohužel u dcery nastalo krvácení z jizvy přibližně za 14 dní po operaci patra. Respondentka okamžitě telefonovala ošetřujícímu lékaři a ten matce vysvětlil, co má přesně dělat. Matka byla na vše připravená, komplikací se nezalekla jen proto, že ji na vše připravili již po druhé operaci. Ošetřující lékař matce sdělil již v těhotenství, že se jí narodí dítě s rozštěpem patra. Podal jí všechny informace, ukázal jí fotografie, popsal postupy, jak vše bude probíhat. Od ošetřujícího lékaře také matka dostala kontakt na sdružení Šťastný úsměv, s kterým spolupracuje

a je s tímto sdružením velice spokojená. S ostatními maminkami si podávají různé informace, sdělují si cenné rady, poznatky. Respondentka dceři podávala po propuštění do domácího prostředí odstříkané mléko pomocí Habermannovy savičky, poté to již dceři nestačilo, tak podávala Nutrilon. Sestry matce vysvětlily správnou techniku kojení. Sestry byly hodné, vše respondentce vysvětlily, ukázaly jí vše dopředu. Matka byla s ošetřujícím personálem velice spokojená. Sestry ukázaly také matce, jak dezinfikovat dutinu ústní a doporučily jí, aby si nalila dezinfekční roztok (Betadine 1%) na tamponěk a vytřela dceři dutinu ústní. Musela také dbát na zvýšenou hygienu rukou dcery i svých. U dcery respondentky nenastal problém s přijímáním potravy v domácím prostředí. Dcera přibývala na váze a nenastal ani problém s nechutenstvím. Respondentka uvedla, že nejvíce zátěžovou oblastí péče v domácím prostředí bylo odstříkávání mléka a následné kojení, které bylo velmi zdlouhavé. Matka uvedla, že musela vyhledat pomoc psychologa. Z důvodu posttraumatického stresu a panické úzkosti. Protože dcera byla druhorozená a první dítě respondentce zemřelo po porodu. S pomocí psychologa respondentka nebyla spokojená.

4.4.3 Rozhovor 3

Matka 6-ti měsíčního chlapce, který byl jeden měsíc po operaci oboustranného rozštěpu patra. Třetí respondentce podala všechny potřebné informace, které se týkají hygieny dutiny ústní, sestra. Matce sdělila, aby dávala synovi často pít čaj a vodu, nejlépe po každém jídle. Doporučila také respondentce nezasahovat do dutiny ústní přibližně 14 dní, protože je rána velmi bolestivá. Respondentce podala informace ohledně masírování jizvy. Řekla matce, aby si namotala buničinu na prst, namočila ji a jemně masírovala patro. Doporučila jí také jemně čistit dásně nebo zoubky buničinou. Matka na doporučení masírovala jizvu pravidelně 2x denně. Ošetřovatelský materiál matka nedostala z oddělení, ale musela si vše koupit v lékárně. Sestra poradila matce, aby syn nespál na bříšku. Nejlepší poloha je prý na boku. Dudlík respondentka nedávala synovi již na oddělení a od té doby ho prý nevyžadoval. Následně si prsty necucal. Po operaci rozštěpu patra dostal na ruce rukávky, přibližně na jeden měsíc, aby si nesahal do dutiny ústní. Sestra nedoporučila respondentce žádná sdružení, jen se zmínila o internetových stránkách. Právě přes internet si maminka našla sdružení

při Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, tedy sdružení Za novým úsměvem. S tímto sdružením je matka velice spokojená. Seznámila se s jinými maminkami, kterým se také narodily děti s rozštěpem patra. V domácím prostředí podávala matka synovi pouze jemnou, tekutou a mixovanou stravu s dodatkem potřebných vitamínů a živin. Sestra jí také podala dostatečné informace ohledně správného krmení dítěte. Při krmení doporučila matce, aby se dívala, jestli syn opravdu pije anebo jen cumlá dudlík a poradila jí, že nejlepší je zvolit vzpřímenou polohu. Stříkačku ani Habermannovu savičku matka při krmení syna nepotřebovala. Dutinu ústní matka dezinfikovala 1x denně a to vždy večer před spaním. Matka, protože je také všeobecná sestra, nařadila 1 % Betadine roztok, nalila si ho na buničinu a vytřela synovi ústa. Po propuštění do domácího prostředí nastal přibližně do týdne problém s nechutenstvím u syna. Ale jak respondentka uvedla, syn neubíral na váze. Problém byl v bolestivosti operační rány, a proto syn nechtěl nikterak navíc pohybovat pusou a jazykem než musel. V té době se nejvíce naučil pít jen mléko, čaje a vodu pouze pomocí lžičky a hrnečku. Matka věděla, že při krmení lžičkou musí dávat veliký pozor, aby neporanila patro a lžičku proto pokládala jen na začátek úst. Matka uvedla, že nejvíce zátěžovou oblastí bylo pro ni ze začátku krmení a masáž jizvy. Ale to se brzy zlepšilo. Ale jak respondentka uvedla, protože je všeobecná sestra, nepřišlo jí nic tak zátěžové, co by nezvládla bez pomoci. Jako nejčastější problém, s kterým se matka setkala při ošetřování syna, byla prý na prvním místě zvýšená hygiena rukou, hraček, příborů a hrnečků.

4.4.4 Rozhovor 4

Matka 5-letého chlapce, který byl jeden měsíc po operaci submukózního rozštěpu patra. Respondentce podala sestra důležité informace o hygieně dutiny ústní. Matka po každém jídle vyplachovala dítěti dutinu ústní čistou vodou, odvarem z heřmánku nebo šalvěje a následně jizvu natřela pomocí vatové štětičky genciánovou violetí. Matka prováděla masáž patra u syna asi po třech týdnech, po úplném zahojení jizvy. Po dobu půl roku v pravidelných intervalech 2x denně. Operující lékařka sdělila matce všechny potřebné informace, které se týkaly prasknutí nebo krvácení z jizvy. Tyto informace matka dostala hned po operaci. Třetí den po operaci rozštěpu patra synovi jizva praskla,

respektive jeden steh. Na patře se udělal otvor, ale po konzultaci s paní doktorkou matka vyčkala a rána se také synovi sama zacelila. V lékárně si respondentka po propuštění koupila jen genciánovou violeť a šalvěj. Z oddělení z nemocnice, kde se synem ležela po operaci, žádný ošetrovatelský materiál nedostala. Respondentka podávala synovi, kterému bylo po operaci 5 let pouze kašovitou stravu. Ošetřující lékařka informovala matku o sdružení a nadačním fondu Šťastný úsměv. Respondentka byla nadšená z přístupu maminek. Sdělila mi, že jsou nadchnuté pro to, co dělají a dělají to prý opravdu s láskou. Respondentka byla velice spokojená s logopobyty, které právě organizuje sdružení Šťastný úsměv. Respondentka podávala synovi po propuštění do domácího prostředí kašovitou stravu po dobu asi 7 dnů. Podávala hlavně kaše, dětské přesnídávky, jogurty, přibínáčky, rozmočené piškoty, banány, rozmixovaná jídla a podobně. Poté matka podávala synovi stravu rozmačkanou jen vidličkou s menšími měkkými kousky. Po každém jídle matka vyplachovala dutinu ústní většinou čajem nebo vodou. Proplachování úst trvalo asi 3 týdny do úplného zhojení jizvy. Matka uvedla, že se nesešla s žádnými zátěžovými oblastmi při ošetřování syna. Sdělila mi, že když dítě miluje a chce pro něj jen to nejlepší, není v ničem žádný problém. Při ošetřování syna nastal jediný problém v tom, že kladl veliký odpor při masáži patra. Jak matka říká, bylo to však nutné zlo. Matka musela se synem vyhledat mimořádně 2x odbornou pomoc. Při hojení jizvy byla matka se synem 2x na ORL na výplachu dutiny ústní. Respondentka by si přála, aby se rozšířilo povědomí o submukózním rozštěpu patra. Mezi odborníky, lékaře, dále mezi logopedy a třeba i učitelky v mateřských školách. Pediatři i lékaři na ORL, které matka se synem navštěvovala, nic zvláštního u syna nezpozorovali. Na tento problém byla čistě náhodou upozorněna na logopedii paní logopedkou, která tuto vrozenou vadu znala. Jelikož se tento problém začal u syna respondentky řešit v celku pozdě (operace byla provedena v jeho 5 letech) má již špatné návyky vyvozování hlásek. Také trpí nasalitou a díky špatné řeči byl prý trochu vývojově pozadu. To vše teď s vypětím všech sil matka napravuje a během jednoho roku je vidět neskutečný posun dopředu ve všech směrech. Kdyby byla operace provedena v 2 až 3 letech, jak je prý ideální, syn respondentky by byl už dávno bez problémů.

4.4.5 Rozhovor 5

Matka dvou měsíční dívky, která byla 1 měsíc po operaci levostranného rozštěpu patra. Respondentka uvedla, že nejužitečnější informace ohledně hygieny dutiny ústní jí podala ošetřující lékařka, která její dceru operovala. Sdělila jí, aby po každém jídle dceři podávala čaj nebo vodu, jako výplach dutiny ústní. A doporučila jí, aby patro natírala genciánovou violetí, a v případě suchého vzduchu v domácím prostředí, respondentka aplikovala dceři nosní sprej Vincetku. O masáži patra nikdo respondentku neinformoval. Dčeřino patro se hojilo samo prý velmi dobře. Respondentka si myslí, že masáž patra je nevhodná, protože rána po operaci je tak citlivá, že jakýkoli dotek patra je nemožný. Právě kvůli této citlivosti respondentky dcera odmítala dudlík a odvykla si ho napořád. Informace, které se týkají první pomoci při prasknutí jizvy po operaci nebo krvácení z jizvy, respondentce nikdo nepodal. Také ostatní zdravotnický materiál si respondentka musela sama koupit v lékárně, z oddělení, kde ležela s dcerou po operaci rozštěpu patra, nic nedostala, ani na prvních 14 dní. Při propuštění respondentce sestra sdělila důležité informace ohledně správné polohy dítěte. Dceru měla respondentka ukládat na noc do polohy na bříšku, z důvodu možného krvácení z rány a tím možného zadušení dítěte. Dále měla dávat respondentka pozor, aby si dcera nestrkala ostré předměty do dutiny ústní anebo předměty, které by mohly patro poškrábat. Dcera respondentky byla prý moc šikovná a nic si do dutiny ústní nestrkala, odmítala i dudlík, protože dutinu ústní a hlavně patro měla po operaci velmi citlivé. Proto ani respondentka nemusela u dcery používat pomůcky jako prevenci poranění jizvy v dutině ústní. Před operací rozštěpu patra respondentka navštívila s dcerou lékařku, která měla zákrok provádět. Ta jí doporučila občanské sdružení Šťastný úsměv. A následně po operaci sestra doporučila respondentce sdružení Za novým úsměvem. Po operaci rozštěp patra podávala respondentka dceři v domácím prostředí tekutou stravu, umělou výživu (Nutrilon), dále jí také sestra doporučila jogurty a přesnídávky. Sestra neukázala a ani nepodala respondentce informace o kojení popřípadě o krmení. Dutinu ústní respondentka dceři proplachovala po každém jídle, nejčastěji čajem. Přibližně za 14 dní po operaci začala dcera respondentky stravu úplně odmítat. Při krmení se bránila, respondentka uvedla, že dceru musela krmit trochu

násilím. Nejvíce zátěžovou oblastí pro respondentku bylo prý krmení, bylo to velmi psychicky náročné. Dále také ošetřování patra genciánovou violetí, protože dcera respondentky nechtěla otevírat ústa, aby mohla matka patro ošetřit. Odbornou pomoc respondentka vyhledat nemusela, jen se telefonicky poradila s lékařkou, která dceru operovala. Ta jí poradila jen trpělivost. Jak uvádí, přibližně za měsíc se stav u dcery zlepšil. Přestala se bránit a přijímala potravu bez problémů. Přibližně za týden po operaci se dceři udělal v patře malý otvor, respondentka měla obavy, že stehy povolily, a že bude muset její dcera znovu na operaci. Ale ošetřující lékařka respondentku ubezpečila, že se to stává, a když se jedná jen o malý otvor, tak se jizva sama zatáhne. Respondentka zvýšila u dcery hygienu dutiny ústní, proplachovala po každém jídle ústa odvarem z heřmánku a potírala patro Betadine roztokem 1%. Betadinový roztok si nalila vždy na vatové štětičky, které jí připadaly přijatelnější a šetrnější než omotaná buničina kolem prstu. Také zvýšila hygienu rukou, nádobí, a podobně. Na závěr mi respondentka sdělila, že z vlastní zkušenosti ji mrzí, že když nastane velký problém s jídlem, dítě se brání, stravu odmítá a vy nevíte, jak ho máte nakrmit. Nikdo vám nedokáže pomoci. Respondentka žádnou radu nedostala ani od ošetřující lékařky, která dceru operovala ani od ošetřujícího personálu. Jediné co respondentce pomohlo, byly rady, které si vyměňovaly maminky ve sdružení. Zkušenost je někdy lepší než odborná rada.

4.4.6 Rozhovor 6

Matka 5-ti měsíční dívky, která byla 2 měsíce po operaci oboustranného rozštěpu patra. Sestra po domluvě s ošetřujícím lékařem sdělila respondentce, že v domácím prostředí již nemusí dezinfikovat patro Betadine roztokem, ale stačí pouze vyplachovat dutinu ústní po každém jídle. Doporučila jí například čaj nebo vodu. Respondentka dodržovala jen základní hygienu dutiny ústní a rukou. Lékař respondentce podal informace o masáži patra. Respondentce vysvětlil, aby masáž prováděla u dcery 2x denně po dobu 15 minut. Nejvhodnější je si dát na prst kapesník nebo buničinu, namočit a jemně stimulovat patro. Lékař také sdělil respondentce možné komplikace. Jednalo se hlavně o prasknutí nebo krvácení z jizvy. Respondentka nedostala od sester z oddělení žádný dezinfekční materiál, vše si musela sama koupit v lékárně. Sestra

respondentce sdělila, aby dceři nepodávala dudlík, a aby si dcera nestrkala prsty do dutiny ústní. Mohla by si poranit jizvu po operaci rozštěpu patra. Také respondentce doporučila, aby z dohledu odstranila všechny věci, které by dceru lákaly, a které by se jí zdály nejlepší strkat do úst. Jako pomůcku pro prevenci poranění jizvy v dutině ústní, doporučila sestra respondentce používat u dcery rukávky. Sestry respondentce také při pobytu doporučily sdružení Za novým úsměvem. Respondentka byla za tento kontakt moc vděčná. Ostatní maminky ve sdružení byly na respondentku moc hodné a na všechny otázky jí odpověděly. Dodnes si prý respondentka s nimi vyměňuje rady a názory. Po propuštění do domácího prostředí respondentka podávala dceři mateřské mléko pomocí Habermannovy savičky. Dále dceři podávala mixované polévky, přesnídávky, jogurty a hlavně proplachovala čajem po každém jídle dceřiny ústa. Sestra respondentce nesdělila, jak má správně krmit dceru, pouze jí doporučila zvýšenou polohu při krmení. Problém s přijímáním potravy nastal u dcery respondentky asi 4 den po operaci rozštěpu patra. Úbytek na váze měla 0,5 kilogramů. Dcera odmítala od respondentky mateřské mléko. Ale ošetřující lékařka i sestry na oddělení respondentku ujistily, že je to prý normální a stává se to. Respondentka proto musela přistoupit k násilnějšímu krmení, aby dodržela denní dávku. Jako nejčastější problém, s kterým se musela respondentka vypořádat, při péči o svou dceru byl prý příjem potravy. Respondentka si nemohla zvykat na násilnější krmení a bála se, že dceři ublíží. Respondentka se s tímto problémem vypořádala sama a odbornou péči nevyhledávala. Na závěr mi uvedla, že nelituje jediného dne, který může prožít se svojí dcerou, která je po operaci celkového pravostranného rozštěpu patra. Chtěla by také poděkovat sdružení Za novým úsměvem, bez kterého by se prý možná před rokem rozhodla jinak a dnes by všeho litovala a spoustu věcí by si vyčítala. Respondentka je přesvědčená, že existují daleko horší nemoci a věci, které nás v životě mohou potkat. Za každodenní usměv dcery to prý stojí.

4.4.7 Rozhovor 7

Matka čtyř měsíčního chlapce, 2 měsíce po operaci pravostranného rozštěpu patra. Respondentce podala sestra informace o hygieně dutiny ústní. Doporučila jí, aby synovi vyplachovala dutiny ústní po každém jídle, jako nejvhodnější uvedla vodu nebo

neslazené čaje a řekla jí, aby zvýšila synovi hygienu rukou. Operující lékař doporučil, aby klientka začala provádět masáž patra po pěti dnech od operace. Protože po týdnu se synovi tvrdé patro rozjelo téměř až do měkkého patra, respondentka musela po každém jídle dělat výplach stříkačkou (čajem). Masáž patra respondentka nedělala, protože jí ošetřující lékař sdělil, že je to zbytečné. Správný postup výplachu dutiny ústní ukázala respondentce sestra na oddělení. Sestry na jednotce intenzivní péče respondentce poradily, aby mazala jizvu zvenčí na puze Optalmo–Septonexovou masťou a na jizvu v dutině ústní respondentce doporučily natírat Genciánovou violet. Jako nejlepší pomůcka se respondentce osvědčily vatové štětičky. A při suchém vzduchu, aplikovala respondentka synovi nosní sprej Vincetku. Ohledně prasknutí nebo krvácení z jizvy respondentku nikdo neinformoval. Jak uvádí, prý s možnými komplikacemi nikdo v nemocnici nepočítal. Všechny ošetřující materiál si respondentka musela koupit v lékárně. Jak respondentka uvádí, jedna sestra byla velmi proti, aby si syn cucal palec ruky, kvůli poranění jizvy. Byl to velký problém, protože respondentka nemohla synovi vysvětlit, aby si palec do úst nestrkal. Ošetřující lékař, ale dovolil cucání palců. Dle lékaře bylo důležitější, aby mu matka prsty z úst nevytahovala násilím, než samotné cucání. K poranění jizvy by mohlo dojít spíše při tahání prstů z dutiny ústní, než samotné synovo cucání palců. Respondentka ale musela dávat pozor, aby si syn nestrkal do úst ostré předměty přibližně do 4 týdnů po operaci. Respondentka používala u syna rukávky proti ohýbání rukou. Sestra doporučila respondentce podávat synovi kašovitou stravu, mateřské mléko. Syn respondentky odmítal několik týdnů po operaci pít z lahvičky mateřské mléko, proto respondentka používala při krmení stříkačku nebo lžičku. Tyto pomůcky se jí velmi osvědčily. Sestra ukazovala respondentce jak má správně syna krmit. Důležité bylo, aby stříkačku nebo lžičku nedávala synovi hluboko do dutiny ústní, stačilo na začátek úst. Jinak by se dítě mohlo zadusit a matka by mohla poranit jizvu na patře. Sestra také respondentce sdělila, aby syna krmila ve zvýšené poloze. Když respondentka krmila syna pouze mateřským mlékem, tak ústa neproplachovala. Až po zavedení příkrmů proplachovala synovi dutinu ústní po každém jídle. Nejčastěji neslazeným čajem. U respondentky syna nastal problém s příjmem potravy. Po dobu 15 dnů přestal jíst a pít, respondentka mu nabízela každou hodinu mléko, ale nedařilo

se. Poté se vše otočilo, respondentky syn začal pomalu přijímat potravu. Nepřijímal jí v plné dávce. Po dobu těchto 15 dní byla respondentka hospitalizovaná ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, kde syn dostával infuze. Respondentku nejvíce trápily synovy bolesti. První dny po operaci rozštěpu patra zabíraly léky jen asi na 4 hodiny. Pak musela respondentka čekat, až po 6 hodinách může podat synovi další lék proti bolesti. Mezi největší komplikace respondentka zařadila problémy s příjmem potravy, syn vše vyžadoval jen přes stříkačku nebo lžičku a tato metoda byla velmi zdoluhavá. Jako další komplikaci uvedla respondentka synovu bolest. Uvádí, že byla bezradná a musela vyhledat odbornou pomoc, která se týkala podávání léků na bolest. Respondentku zajímalo, jestli by nešla synova dávka zvýšit nebo předepsat ještě nějaký druhý lék proti bolesti. Bylo jí řečeno, že to syn musí vydržet, a že ho matka má více zabavovat a chovat. Podruhé, když respondentka vyhledala odbornou pomoc, stoupala synovi teplota a dostal zánět do dutiny ústní. Respondentka byla u svých rodičů v Olomouci, kde také navštívila dětskou pohotovost. Spokojená nebyla, protože si lékařka se synem nevěděla rady a matce sdělila, že když ho operovali v Brně, ať si dojede do Brna. Nakonec respondentka syna odvezla do Prahy do Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, kde se o ní i o syna postarali. Respondentka byla s péčí velice spokojená a dodnes jezdí na kontroly právě tam. Respondentka uvedla, že stále přemýšlí o návštěvě psychologa. Protože toto onemocnění je psychicky náročné a je to běh na dlouho trať. Na závěr by respondentka chtěla dodat, že si myslí, že je stále málo informací o této problematice a když někdo nemá internetový přístup anebo neumí s internetem pracovat, musí to být pro něj hodně těžké. Myslí si, že by to chtělo více informací, více brožur a dalších rad. Doufá, že se tato situace časem zlepší. Respondentka také uvádí, že si myslí, že je zde málo odborníků, kteří se zabývají rozštěpem patra u dětí. Respondentka jezdí pravidelně se synem do Brna a do Fakultní nemocnice Královské Vinohrady do Prahy. Respondentka si myslí, že jsou odborníci od sebe vzdálené hodně kilometrů. A většinou to přiděluje rodičům dětí s rozštěpem patra starosti navíc.

4.4.8 Rozhovor 8

Matka 5-ti měsíční dívky, která byla dva měsíce po operaci levostranného rozštěpu patra. Této respondentce sestry na oddělení nepodaly žádné informace ohledně hygieny dutiny ústní, pouze ošetřující lékařka jí sdělila, aby dceři vytírala patro genciánovou violetí, vždy na noc a doporučila jí také stříkat do dutiny nosní Vincentku. Dále respondentka vyplachovala dceři dutinu ústní po každém jídle, většinou neslazeným čajem nebo vodou. Tuto informaci jí ale sdělila maminka, se kterou se seznámila ve sdružení Šťastný úsměv. Respondentce ošetřující lékařka sdělila, že masáž patra zatím nemá u dcery provádět. Předvede jí vše až v pozdějším věku logoped. Nyní je dceři 8 měsíců. O možných komplikacích respondentka nevěděla. Netušila, že se můžou nějaké komplikace vyskytnout. Při první návštěvě na ORL oddělení se respondentka dozvěděla, že má dcera možná malou perforaci v zadní části patra. Bylo jí sděleno, že se s tím nic nedělá, pouze ji sestra upozornila na to, že až bude dceři masírovat patro, nesmí tolik tlačit. Dudlík respondentka dceři odebrala. Prsty si prý necucala, ale strkala si do dutiny ústní plenku a plyšáky. Paní primářka neměla proti tomu žádné námítky, ale upozornila respondentku, aby dávala dceři plyšáky jen z mikroplyše, aby nezůstávaly dceři v dutině ústní nitky. Sestra respondentce doporučila, aby dceru pokládala na břicho. Tato poloha je vhodná pro lepší odtok hlenů a krve z dutiny ústní. Jako nejvhodnější pomůcku, která se používá, jako prevence poranění jizvy v dutině ústní respondentce sestra doporučila chladivé kousací kroužky. Sestra s nimi měla dobré zkušenosti a maminky si je prý také velmi chválily. Sestra doporučila respondentce, aby dceři podávala kašovitou stravu. Jednalo se o přesnídávky, jogurty, přibínáčky. Respondentka podávala dceři také vařenou rozmixovanou zeleninu, mixované ovoce. A podávala jí hodně tekutin, po každém jídle zapíjela stravu čajem. Respondentka dceru krmila lžičkou. Sestra jí podala informace, jak má správně dceru krmit. Lžičku musela dávat dceři jen na kraj úst, aby neporanila jizvu v dutině ústní. A dále používala Habermannovu savičku. Po odchodu do domácího prostředí sestry informovaly respondentku, aby dceři nedávala hodně teplou stravu a nápoje. Několik dní doporučovala podávat vlažnou stravu. Respondentka uvádí, že při krmení nenastal žádný problém, ale je to prý hodně náročné. Respondentka uvádí,

že nejvíce zátěžovou oblastí, byla neustálá kontrola nad tím, aby si dcera nestrčila nějaký ostrý předmět do úst. Na závěr respondentka uvádí, že daná problematika je velmi široká, že je těžké něco vyjmout. Celé období od narození s celkovým levostranným rozštěpem je velmi náročné na psychiku celé rodiny a je to také obrovská psychická zátěž i pro dítě. Respondentka tím myslí hlavně operaci, změny prostředí v nemocnici, různá vyšetření, zdravotnický personál, obstat v kolektivu dětí, následné návštěvy logopeda a dalších odborníků. Navíc respondentka uvádí, že se jedná o běh na dlouhou trasu a to také není jednoduché, protože když se naučíte jako rodič řešit problémy, které vzniknou v určitém věku dítěte, tak se za chvíli posunete v čase a řešíte úplně nové problémy, které by vás dřív nenapadly.

4.4.9 Rozhovor 9

Matka 9-ti měsíční dívky, která byla 2 měsíce po operaci pravostranného rozštěpu patra. Respondentce sestra doporučila vyplachovat dutinu ústní po každém jídle. Jednalo se hlavně o čaj nebo vodu. Respondentka se v nemocnici také naučila ošetřovat jizvu na patře. Sestra jí ukázala, jak má potírat patro Betadine roztokem. Roztok si respondentka nalila na vatovou štětičku a patro vytírala 2x denně. Dále jí sestra doporučila dělat výplachy z odvaru heřmánku. Také vždy po každém jídle. Respondentka uvádí, že odvar z heřmánku střídala s výplachy vody nebo čaje, vždy po každém jídle. Ošetřující lékařka respondentce doporučila, aby dceři potírala praskající koutky genciánovou violetí vždy na noc. Co se týká masáže patra, nejdříve respondentce techniku ukázala ošetřující lékařka a později masírovala patro se sestrou a následně sama. Jak respondentka uvádí, dcera se bránila a respondentka měla strach přetlačovat se s dcerou. Masáž respondentka dělala 2x denně po dobu přibližně 15 minut. Po odchodu do domácího prostředí respondentce lékařka sdělila, aby nepoužívaly dudlík a sestra informovala matku o nejvhodnější poloze a to je na zádech. Tato poloha je nejvhodnější a při výskytu možných komplikací (jako jsou například krvácení z dutiny ústní nebo zvýšené slinění dítěte) neohrožuje dítě. Dále sestra doporučila respondentce používat rukávky, aby si dcera neporanila jizvu v ústech. Respondentka před i po operaci podávala dceři jen mateřské mléko, s příkrmy úmyslně počkala až do zahojení jizvy. Dcera respondentky hned po operaci na jednotce

intenzivní péče nechtěla nic jíst. Hlavně kvůli otoku v dutině ústní. Sestry se nepokoušely dceru nakrmit pomocí stříkačky, prý je to moc zdlouhavé, a tak dle ordinace lékaře dostala dcera respondentky infuze, kvůli dehydrataci. Druhý den se respondentka sama pokusila dceru nakrmit pomocí stříkačky a vše dopadlo dobře. Respondentka vše následně řešila s ošetřujícím lékařem, ale bez efektu. Dcera respondentky pila jen trochu mléka nebo čaje, matka používala Habermannovu savičku, s kterou byla velmi spokojená. Po propuštění do domácího prostředí respondentka následně přešla na mixovanou stravu, ale zde následná komplikace nastala. Dceři šla všechna strava nosem ven. Tento problém trval docela dlouhou. Nyní bude respondentčině dceři 9 měsíců a ještě stále potrava nosem občas unikne. Ale jak roste, rostou i dásně, patro a mezery, které ještě nejsou sešité, ale zmenšují se. Vše řeší čas a to, co dcera v nemocnici zhubla, doma rychle nabrala. Respondentka uvedla, že nejvíce zátěžovou oblastí je příjem potravy a masáž patra. Respondenta uvádí, že vše je ale o zvyku. Respondentce bylo řečeno, že poctivě prováděné masáže patra jsou prvním krokem ke zvládnutí následné logopedické terapie. Respondentka tvrdí, že sestry nejsou zcela poučeny o tom, co mají maminkám říkat a bohužel nejsou ani seznámeny s tím co mají dělat samy. Respondentka uvádí, že sestřičky byly fajn, ale maminky musí být opravdu hodně samostatné, aby bylo vše, tak jak má být, a aby se matka s dítětem dostala co nejdříve do domácího prostředí.

4.4.10 Rozhovor 10

Matka 6-ti měsíčního syna, který byl jeden měsíc po operaci oboustranného rozštěpu patra. Respondentka všechny potřebné informace dostala od ošetřující lékařky. Synovi proplachovala dutinu ústní po každém jídle čajem nebo vodou, nebo používala odvar z heřmánku. Lékařka jí vysvětlila, jak má dělat výtěr patra pomocí Betadine roztoku. Respondentka potírala patro pomocí vatových štětiček, které měla namočené v Betadinovém roztoku. Patro potírala 1 až 2 x denně a na noc respondentka synovi vytřela dutinu ústní genciánovou violetí. Respondentka také synovi masírovala patro vždy 3x denně po dobu 15 až 20 minut. Na prst si navlékla namočenou plenku a jemně stimulovala patro. Jako prevenci poranění jizvy v ústech používala respondentka u syna rukávky a dávala mu také chladivé kousací kroužky. Po propuštění domů se prý syn

zotavoval velmi rychle. Respondentka dostala pokyny, že má podávat kašovitou stravu, a proto mu podávala hlavně přesnídávky, mixovanou zeleninu a ovoce a kaše všeho druhu. Po každém jídle respondentka proplachovala synovi dutinu ústní čajem, vodou nebo odvarem z heřmánku. Respondentka syna nekojila, takže používala ke krmení hlavně lžičku. O zásadách krmení jí však žádná sestra nic neřekla, postupovala vždy podle svých instinktů. Respondentka dávala pozor, aby neporanila jizvu v dutině ústní. Respondentka by péči o syna neoznačovala jako zátěžovou, neměla z toho nikdy stres. Spíše naopak se jí líbily pokroky, které syn dělal a dělá dodnes. Respondentka vyhledala odbornou pomoc zatím jen jednou, když syn měl asi 14 dní po operaci angínu, která začínala horečkami. Respondentka tedy navštívila se svým synem pohotovost. Respondentka se v rozhovoru ujišťuje, jestli je tato bakalářská práce věnovaná sestrám, a dále pokračuje. Respondentka se nemůže nezmínit, že se jí sestřičky v jiných zdravotnických zařízeních ptaly, jak je možné, že na rozštěp syna lékaři nepřišli včas. Na respondentku to působilo dojmem, že tím „včas“ bylo myšleno „včas“ na ukončení těhotenství. Respondentka se dále na nic neptala, bylo jí to velmi nepříjemné. Jednalo se jen o dvě různé sestry, ale tyto otázky se jí natolik vryly do paměti, že přebíjí všechny pozitivní zkušenosti, které se sestrami má. Pokud by respondentka někdy přemýšlela o vyhledání psychologa, tak jen proto, aby uměla na takové otázky účinně odpovídat. Jinak odbornou pomoc psychologa ani ona a ani členové rodiny nevyhledali.

4.5 Kategorizace dat z kvalitativní části výzkumného šetření

4.5.1 Informovanost matek o ošetrovatelské péči při propuštění do domácího prostředí

Odpovědi matek na otázku: „Jaké informace Vám podala sestra při propuštění ohledně hygieny a výplachu dutiny ústní u dítěte?“, byly ve většině případů stejné. Sestry doporučily matkám provádět výplach dutiny ústní po každém jídle vodou, neslazeným čajem nebo odvarem z heřmánku či ze šalvěje, aby dítěti nezůstávala část stravy v ústech. Výplach doporučily z důvodu prevence vzniku infekce v dutině ústní. Ve čtyřech případech informace respondentkám podal ošetřující lékař nebo lékařka. Sestra po domluvě s ošetřujícím lékařem, doporučila dezinfikovat dutinu ústní výplachem Betadine roztokem 1%, anebo potírat patro genciánovou violetí pomocí vatových štětiček. Dezinfekci matky většinou prováděly 2x denně. Ošetřující lékař doporučil při suchých ústních koutkách natírání genciánovou violetí vždy na noc. Při suchém vzduchu matky stříkaly dětem do dutiny nosní sprej Vincentku na základě ordinace lékaře. Sestry také doporučily zvýšit hygienu rukou u dítěte.

Respondentka 7 uvedla: „Protože po přibližně týdnu se synovi tvrdé patro rozjelo téměř až do měkkého patra, musela jsem po každém jídle dělat výplach dutiny ústní stříkačkou (většinou neslazeným čajem). Správný postup výplachu dutiny ústní mi ukázala sestra na oddělení. Sestry na jednotce intenzivní péče mi také poradily, abych mazala jizvu zvenčí na puse Optalmo–Septonexovou mastí a na jizvu v dutině ústní natírala Genciánovou violet'. Jako nejlepší pomůcka se mi osvědčily vatové štětičky. Musím říci, že sestřičky na jednotce intenzivní péče mi hodně pomohly a podaly mi cenné informace.“

Jen jedna matka z deseti oslovených dostala od ošetřujícího personálu materiál na ošetření rány do domácího prostředí. Respondentka dostala Betadine roztok, náplasti na pooperační lepení a mast Oftalmo- Septonex.

Následující otázka se týkala masáže jizvy na patře. Ve většině případů ukázaly sestry matkám správnou masáž jizvy na patře. Matky uváděly, že jako nejvhodnější pomůcku používaly obalený ukazováček plenkou nebo kapesníkem. Obalený ukazováček matky nejdříve namočily do vody a pak stimulovaly jizvu na patře.

Doporučily jim také jemně čistit dásně nebo zoubky buničinou. Na patro matky příliš netlačily. Vatové štětičky nebo buničina se jim neosvědčily. Matky masáž prováděly po úplném zhojení jizvy, většinou po třech týdnech od operace. Masáž prováděly v pravidelných intervalech 2x denně po dobu 10-15 minut. V jednom případě doporučil ošetřující lékař začít s masáží jizvy na patře po pěti dnech po operaci. Pochválně prováděné masáže patra jsou prvním krokem ke zvládnutí následné logopedické terapie.

Respondentka 1 uvedla že: *„Sestra mi ukázala masáž patra, jenže synovi to nedělalo dobře. Dávil se a masáž odmítal. Ošetřující lékařka mi sdělila, že nemusím synovi patro masírovat. Když se syn brání, mohla bych ho na patře zranit. Synovi se naštěstí jizva hojila velmi dobře, takže jsme se nesetkali s dalšími komplikacemi, například s prasknutím nebo krvácením z jizvy.“*

Respondentka 5 uvedla: *„O masáži patra mě nikdo neinformoval. Dceřino patro se hojilo samo velmi dobře i bez masáže jizvy. Myslím si, že masáž patra je nevhodná, protože rána po operaci je tak citlivá, že jakýkoli dotek patra je nemožný. Právě kvůli této citlivosti má dcera odmítala dudlík a odvykla si ho napořád.“*

Informace o první pomoci ohledně prasknutí nebo krvácení z jizvy sdělil všem matkám ošetřující lékař nebo lékařka. Sestry následující informace nesmí podávat. Respondentka 4 uvedla: *„Operující lékařka mi sdělila všechny potřebné informace, které se týkaly prasknutí nebo krvácení z jizvy. Tyto informace jsem dostala hned po operaci. Třetí den po operaci rozštěpu patra synovi jizva praskla, respektive jeden steh. Na patře se udělal malý otvor, ale po konzultaci s ošetřující lékařkou jsem vyčkala a rána se synovi sama zacelila.“*

Respondentka 8 dále uvedla: *„O možných komplikacích jsem nevěděla. Netušila jsem, že se můžou nějaké komplikace vyskytnout. Při první návštěvě na ORL oddělení jsem se dozvěděla, že má dcera možná malou perforaci v zadní části patra. Bylo mi sděleno, že se s tím nic nedělá. Sestra mi pouze řekla, že až budu dceři masírovat patro, nesmím tolik tlačit. Dudlík jsem dceři odebrala. Prsty si malá necucala, ale strkala si do dutiny ústní plenku a plyšáky. Primářka neměla proti tomu žádné námitky, ale upozornila mě, abych dávala dceři plyšáky jen z mikroplyše, aby nezůstávaly dceři v dutině ústní nitky.“*

Následující otázka se týkala nejdůležitějších rad, které sestry poskytly matkám, při odchodu do domácího prostředí. Jednalo se hlavně o používání pomůcek u dítěte jako prevence poranění jizvy v dutině ústní. Sestry většinou doporučí nedávat dudlík a důležité je také, aby si děti nestrkaly do úst prsty ani jiné předměty. Mohlo by dojít k poranění jizvy nebo poškrábání patra. Ve většině případů používaly matky u dětí po operaci rozštěpu patra rukávky jako prevenci poranění jizvy v ústech.

Respondentka 8 uvedla: „*Jako nejvhodnější pomůcku mi sestra doporučila chladivé kousací kroužky. Sestra s nimi měla dobré zkušenosti a maminky si je také velmi chválily. I já jsem s nimi byla spokojená. Syn si nestrkal do úst nic jiného než kroužky a ty nemohly jizvu poranit.*“

Respondentka 1 uvedla: „*Žádné pomůcky, které by chránily jizvu v dutině ústní před poraněním, mi sestra nedoporučila. Prý je patro tak citlivé, že by si tam dítě nesahalo.*“

Dále se jednalo o správnou polohu dítěte při spaní. Jako nejvhodnější polohu sestry doporučují polohu na břiše z důvodu možného krvácení z rány a tím možného zadušení dítěte. Tato poloha je také vhodná pro lepší odtok hlenů z dutiny ústní.

Respondentka 7 uvedla: „*Jedna sestra byla velmi proti, aby si syn cucal palec ruky, kvůli poranění jizvy. Byl to velký problém, protože jsem nemohla synovi vysvětlit, aby si palec do úst nestrkal. Ošetřující lékař, ale dovolil cucání palců. Dle lékaře bylo důležitější, abych mu prsty z úst netahala násilím, to by bylo nebezpečnější než samotné cucání. K poranění jizvy by mohlo dojít spíš při tahání prstů z úst, než samotné synovo cucání palců. Musela jsem ale dávat pozor, aby si syn nestrkal do úst ostré předměty přibližně do 4 týdnů po operaci.*“

Jako jediná respondentka 3 byla informovaná sestrou následovně: „*Sestra mi poradila, abych syna nepokládala na bříško, není to prý vhodná poloha na spaní, více mi k tomu neřekla. Nejlepší poloha je prý na boku.*“

4.5.2 Výživa

Po propuštění do domácího prostředí doporučily sestry matkám podávat kašovitou stravu. Matky podávaly dětem většinou kaše, jogurty, přesnídávky, vařené mixované ovoce a zeleninu, rozdrčené piškoty a tak podobně. Sestry dále nedoporučily příliš

ohřátou stravu a nápoje, několik dní doporučily spíše vlažnou stravu. Podávání stravy se samozřejmě záleží na věku dítěte. Kojencům se podává mateřské mléko nebo umělá výživa. Sestry také podávaly matkám informace ohledně pomůcek, které zlepšují příjem potravy. Jedná se hlavně o Habermannovu savičku, lžičku nebo stříkačku, podle toho, jaké pomůcky dětem vyhovují. Někdy se děti brání, proto sestry doporučují matkám trochu násilnější přístup ke krmení. Kdyby matky neustále dítěti ustupovaly, z důvodu bolesti, dítě by se nikdy nenajedlo. Jako nejčastější komplikace příjmu potravy je většinou bolest v dutině ústní, pro kterou následně dítě odmítá otevírat ústa. Proto se doporučuje lžička, kterou matka pokládá jen na začátek úst.

Respondentka 9 uvedla: „*Dcera ihned po operaci na jednotce intenzivní péče nechtěla nic jíst. Hlavně kvůli otoku v dutině ústní. Sestry se nepokoušely dceru nakrmit pomocí stříkačky, prý je to moc zdoluhavé, a tak dostala infuze, kvůli dehydrataci. Druhý den jsem se sama pokusila dceru nakrmit pomocí stříkačky, protože mně jí bylo strašně líto. Proč by měla dcera přijímat stravu přes nějaké hadičky, když vše je o trpělivosti a o čase? Vše jsem řešila s ošetřujícím lékařem, ale bez efektu. Po propuštění domů jsem následně přešla na mixovanou stravu, ale nastala komplikace. Dceři odtékala všechna strava nosem ven. Tento problém trval docela dlouhou. Na konec vše dopadlo dobře. Nyní bude dceři 9 měsíců, a ještě stále jí to nosánkem občas unikne. Ale jak roste, rostou i dásně, patro a mezery. Tyto mezery nejsou ještě sešité, ale zmenšují se. Vše řeší čas. Co dcera v nemocnici zhubla, doma zase nabrala.*“

Respondentka 4 uvedla: „*Podávala jsem synovi, kterému bylo po operaci 5 let, po propuštění do domácího prostředí pouze kašovitou stravu po dobu asi 7 dnů. Podávala jsem hlavně kaše, dětské přesnídávky, jogurty, přibínáčky, rozmočené piškoty, banány, rozmixovaná jídlo a podobně. Později jsem podávala stravu rozmačkanou jen vidličkou s menšími měkkými kousky. Po každém jídle jsem mu vyplachovala dutinu ústní většinou čajem nebo vodou. Proplachování úst trvalo asi 3 týdny do úplného zkojení jizvy.*“

Další otázka byla zaměřená na podání informací matkám o správné technice a poloze při krmení. Sestry ve většině případů informovaly matky o správné poloze při krmení. Důležitá je zvýšená až vzpřímená poloha.

Respondentka 3 uvedla: „Sestra mi podala dostatečné informace ohledně správného krmení dítěte. Při krmení mi doporučila, abych se dívala, jestli syn opravdu pije anebo jen cumlá dudlík. Nejlepší je prý zvolit vzpřímenou polohu. Stříkačku ani Habermannovu savičku jsem při krmení syna nepotřebovala.“

Respondentka 7 uvedla: „Syn odmítal několik týdnů po operaci pít z lahvičky mateřské mléko, proto jsem používala při krmení stříkačku nebo lžičku. Tyto pomůcky se mi velmi osvědčily. Sestra mi ukazovala, jak mám správně syna krmit. Důležité bylo, abych stříkačku nebo lžičku nedávala synovi hluboko do dutiny ústní, stačilo jen na začátek úst, jinak by se syn mohl začít dusit a já bych mohla poranit jizvu na patře. Sestra mi také sdělila, abych syna krmila ve zvýšené poloze. Když jsem pouze krmila syna mateřským mlékem, tak jsem ústa neproplachovala. Až po zavedení příkrmů jsem začala proplachovat synovi dutinu ústní po každém jídle a to nejčastěji neslazeným čajem. U syna nastal problém s příjmem potravy. Po dobu 15 dnů přestal jíst a pít, nabízela jsem mu každou hodinu mléko, ale nedařilo se. Po dobu těchto 15 dní jsem byla hospitalizovaná ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, kde syn dostával infuze. Poté se vše otočilo, syn začal pomalu přijímat potravu, ale nepřijímal ji v plné dávce.“

4.5.3 Nejvíce zátěžové oblasti péče

Jako nejčastější zátěžovou oblast uváděly matky nedostatečný příjem potravy, bolest a masáž patra.

Respondentka 5 uvedla: „Jako nejvíce zátěžové pro mě bylo ošetřování patra genciánovou violetí. Protože dcera nechtěla otevírat ústa, abych mohla patro ošetřit.“

Respondentka 2 uvedla: „Pro mě bylo nejvíce zátěžovou oblastí odstříkávání mléka a následné kojení, které bylo velmi zdoluhavé. Musela jsem vyhledat pomoc psychologa. Z důvodu posttraumatického stresu a panické úzkosti, protože dcera byla druhorozená a první dítě mi zemřelo po porodu.“

Respondentka 7 uvedla: „Nejvíce mě trápily synovy bolesti. První dny po operaci rozštěpu patra zabíraly léky jen asi na 4 hodiny. Musela jsem čekat, až budu moci po 6 hodinách podat synovi další lék proti bolesti. Další komplikací byl příjem potravy. Syn vše vyžadoval přes stříkačku nebo lžičku a tato metoda byla velmi zdoluhavá.“

Na závěr respondentka 7 dále uvedla: „Na závěr bych chtěla dodat, že si myslím, že je stále málo informací o této problematice. Když někdo nemá přístup k internetu, anebo neumí s internetem pracovat, musí to být pro něho hodně těžké. Sestry nejsou poučeny, co mají říkat maminkám a bohužel nejsou ani seznámeny s tím, co mají dělat samy. Maminky musí být opravdu hodně samostatné, aby bylo vše tak, jak má být a aby se matka s dítětem dostala co nejdříve do domácího prostředí. Myslím si, že by to chtělo více informací, více brožur a tak dále. Doufám, že se tato situace časem zlepší. Myslím si, že je zde také málo odborníků, kteří se zabývají rozštěpem patra u dětí. Jezdím pravidelně se synem do Brna a do Fakultní nemocnice Královské Vinohrady do Prahy. Odborníci jsou od sebe vzdáleni hodně kilometrů. A většinou to přidělová rodičům dětí s rozštěpem patra starosti navíc.

Respondentka 10 uvedla: „Péči o syna bych neoznačovala jako zátěžovou, neměla jsem z toho nikdy stres. Spíše naopak líbily se mi pokroky, které syn dělal a dělá je dodnes. Vyhledala jsem odbornou pomoc zatím jen jednou, když syn měl asi 14 dní po operaci angínu, která začínala horečkami. Navštívila jsem se svým synem pohotovost. Pokud je tato bakalářská práce věnovaná sestřičkám, nemůžu nezmínit, že se mě sestřičky v jiných zdravotnických zařízeních ptaly, jak je možné, že na rozštěp syna lékaři nepřišli včas. Na mě to působilo dojmem, že tím „včas“ bylo myšleno „včas“ na ukončení těhotenství, ale neptala jsem se, bylo mi to nepříjemné. Jednalo se jen o dvě různé sestry, ale tyto otázky se mi natolik vryly do paměti, že přebíjejí všechny pozitivní zkušenosti, které se sestřičkami mám. Pokud bych někdy přemýšlela o vyhledání psychologa, tak jen proto, abych uměla na takové otázky účinně odpovídat.“

Respondentka 6 uvedla: „Na závěr bych chtěla ještě říci, že nelituji jediného dne, který mohu prožít se svojí dcerou, která je po operaci celkového pravostranného rozštěpu patra. Chtěla bych také poděkovat sdružení „Za novým úsměvem“, bez kterého bych možná před rokem rozhodla jinak a dnes bych všeho litovala a spoustu věcí bych si vyčítala. Jsem přesvědčená, že existují daleko horší nemoci a věci, které nás v životě mohou potkat. Za každodenní úsměv mé dcery to stojí.

5 Diskuze

Předmětem této bakalářské práce bylo zjistit ošetrovatelskou péči o děti po operaci rozštěpu patra. Cíl 1: Zmapovat vybrané oblasti pooperační ošetrovatelské péče o děti s rozštěpem patra z pohledu sestry. Cíl 2: Zmapovat vybrané oblasti ošetrovatelské péče o děti po operaci s rozštěpem patra z pohledu pečující osoby v domácím prostředí.

Výsledky výzkumu vycházejí z výsledků dotazníkového šetření a rozhovorů s matkami dětí po propuštění do domácího prostředí. Bylo rozdáno 75 dotazníků a návratnost byla 72 dotazníků. Návratnost byla 96 %. Výzkumný soubor byl rozdělen na dvě části soubory. Na standardním oddělení bylo rozdáno 37 dotazníků, z toho návratnost byla 36, a na oddělení s intenzivní péčí (JIP+dospávací pokoj) bylo rozdáno 38 dotazníků, z toho návratnost byla 36 dotazníků. Rozhovory byly vedeny s matkami dětí po operaci rozštěpu patra, které byly propuštěny do domácího prostředí. Bylo provedeno 10 rozhovorů

H1: Sestry mají znalosti v oblasti intenzivní pooperační péče (v rozmezí 2h po operaci). Bylo zjišťováno, zda mohou být matky během intenzivní péče spolu s dítětem hospitalizovány (graf 26). 35 sester (97 %) uvedlo, že matky mohou být spolu s dítětem hospitalizovány během intenzivní péče. Pouze 1 sestra uvedla, že matky nemohou být s dítětem hospitalizovány většinou z provozních důvodů (3 %). Myslím si, že je velmi důležité, aby matka mohla být hospitalizována spolu s dítětem i během intenzivní péče. Matka mnohem lépe uklidní své dítě a sestra nemusí někdy i zbytečně aplikovat například některé léky na zklidnění dítěte. Stačí, aby dítě mělo vedle sebe matku a cítí se bezpečněji. Dále bylo zjišťováno, jaká je nejvhodnější poloha dítěte při převozu z operačního sálu na jednotu intenzivní péče (graf 27). Jednoznačná odpověď byla poloha na zádech, kterou označilo 35 sester (97 %) a pouze 1 sestra označila polohu na boku (3 %). Zajímavé zjištění bylo, co sledují sestry u dítěte v rámci pooperační intenzivní péče (graf 28). 36x zazněla odpověď sledování dýchání (12 %), saturace krve kyslíkem (11 %), bolest (11 %), krvácení z operační rány (11 %), tělesná teplota (11 %), pulz a dech (11 %) a 3x zazněla odpověď hodnocení stavu vědomí (11 %). V tabulce 1 jsou znázorněná rizika, které sestry seřadily podle síly výskytu bezprostředně po operaci rozštěpu patra. Nejsilnější rizik dle sester je riziko dušení

(9,36). Hrušková uvádí, že v rámci pooperační ošetrovatelské péče je třeba se zaměřit na zvýšené riziko krvácení z pooperační rány a následné aspirace krve (13). Dále bylo zjišťováno, podle čeho sestry hodnotí stav vědomí u dítěte po operaci rozštěpu patra během intenzivní péče (graf 29). Nejvíce, tedy 19x, zazněla odpověď škála Glasgow Coma scale (44 %), podle které sestry nejvíce hodnotí stav vědomí. 12x zazněla odpověď hodnotící škála NIPS/COMFORT (26 %), 11x zazněla odpověď škála COMFORT SCALE (26 %) a 1 odpověď se netýkala žádné hodnotící škály (2 %). Fendrychová uvádí, že k hodnocení stavu vědomí můžeme použít pediatrické Glasgow Coma scale, kdy sledujeme otevírání očí dítěte, nejlepší motorickou odpověď na podněty a nejlepší odpověď na slovní a vizuální stimuly (8). Bylo zjišťováno, jakým způsobem sestry hodnotí bolest u dětí po operaci rozštěpu patra (graf 30). Nejvíce odpovědí (72 %) se týkalo hodnocení bolesti pomocí hodnotícího systému, sestry také používají hodnocení bolesti pomocí VAS škály (18 %) a nejméně používají sestry hodnocení pomocí škály bolesti (rozmezí škály od 0-10) (10 %). Fendrychová uvádí, že proces hodnocení bolesti vyžaduje aktivní úsilí sestry a začíná pochopením, že jde o subjektivní zkušenost, aby sestra mohla poskytnout dítěti úlevu, musí tedy umět rozpoznat příznaky bolesti a posoudit míru utrpení (8). Zajímavé zjištění bylo v grafu 33, kde sestry uváděly příznaky bolesti u dětí v pooperační péči. Nejčastějšími příznaky jsou dle sester flexe a addukce horních a dolních končetin (26 %), další nejčastější odpovědí bylo zvýšení krevního tlaku a počet pulzů za minutu (26 %), následovaly grimasy obličeje a křik (25 %) a jako nejméně udávaným příznakem Moroův reflex (1 %), třes končetin až křeče (1 %), extenze končetin a krku (1 %) a změny tělesné teploty na periférii (1 %). Dále bylo zjišťováno, jakými nefarmakologickými prostředky tiší sestry bolest dětí po operaci rozštěpu patra (graf 34). 36x byla uvedena změna polohy (34 %), i když lze předpokládat, že změna polohy u dítěte, které je hospitalizováno na jednotce intenzivní péče je obtížná. Dítě je připojeno na monitory, horní končetiny má většinou fixovány, aby si nemohlo poranit operační ránu a má většinou aplikovaný kyslík. 31x zazněla odpověď podávání glukózy (30 %), i když dle mého názoru podávání glukózy je farmakologická léčba bolesti. 28 odpovědí bylo zabavit dítě (27 %). Myslím si, že zabavení dítěte po operaci je velmi těžké. A tato

odpověď je nereálná. 7x byla uvedena aplikace tepla, 1x byla uvedena aplikace chladu a 1x, byl uveden jiný způsob nefarmakologické léčby. Bylo zjišťováno, co sestra sleduje na pooperační ráně u dítěte (graf 35). Nejčastější odpovědi, tedy 36, bylo sledování krvácení z operační rány (40 %), 24 odpovědí se týkalo sledování otoku patra (27 %), 20x bylo odpovězeno sledování podráždění a zarudnutí okolí pooperační rány (22 %) a 10 odpovědí se zaměřuje na sledování rozsahu zarudnutí (11 %). Na otázku za jak dlouho se převáží dítě po operaci rozštěpu patra na standardní pokoj (graf 45), odpověděla většina sester-na základě ordinace lékaře, nejčastěji za 2 hodiny (75 %) a 9 sester uvedlo převoz dítěte za 24 hodin (25 %).

Pro potvrzení hypotézy jsme stanovili 85 % hranici správných odpovědí na otázky vztahující se k příslušné hypotéze. Z tabulky 3 je patrné, že v devíti případech bylo zastoupení správné odpovědi shodné s předpokládaným počtem alespoň 85 %. Pouze 3x bylo správných odpovědí méně (hodnocení stavu vědomí, hodnocení bolesti – škála bolesti a sledování rány – otok patra). Je možné učinit závěr, že sestry mají znalosti v oblasti intenzivní pooperační péče (v rozmezí 2h po operaci). H1 se na základě chí kvadrátu potvrdila.

H2: Sestry mají znalosti o pooperační ošetrovatelské péči o děti s rozštěpem patra v oblasti výživy. Bylo zjišťováno, první podávání tekutin dítěti po operaci (graf 44). 33 sester z jednotky intenzivní péče (92 %) podává tekutiny dítěti za 24 hodin po operaci a 3 sestry podávají tekutiny za 5 hodin po operaci rozštěpu patra (8 %). Dále bylo zjišťováno, jestli sestry doporučují matkám, aby dítě po operaci patra v nemocnici kojily (graf 15). 23 sester doporučuje kojení dítěte po operaci na základě rozsahu operační rány (64 %), 11 sester kojení doporučuje vždy (31 %) a 2 sestry kojení nedoporučují (5 %). V grafu 16 bylo dále zjišťováno, jakou stravu tedy doporučí sestry matkám u nekojících kojenců do 6 měsíce života. Odpovědi byly očekávající, 36x byla uvedena umělá výživa (34 %), 35x byly uvedeny přesnídávky (33 %), 34x mixovaná strava (33%). V grafu 17 byla zjišťována strava, kterou sestry doporučily matkám u kojenců od 6 měsíce do 1 roku života. 36x byly doporučeny mixované polévky (33 %) a 36x přesnídávky (34 %), 34x bramborová kaše (32 %) a 1x umělá výživa (1 %). Podle

mého názoru je podávání stravy individuální a každé dítě vyžaduje od matky něco jiného.

Jako nejvhodnější polohu při kojení doporučily všechny sestry (100 %) matkám polohu vzpřímenou (graf 18). Všechny sestry (100 %) doporučují přijímat tekutou stravu ústy 1 den po operaci rozštěpu patra (graf 19). Hrušková uvádí, že kojence po operaci rozštěpu krmíme vždy v náruči ve zvýšené poloze savičkou s přiměřeně velkým otvorem nebo lžičkou. Je-li třeba, krmíme dítě v kratších časových intervalech menšími dávkami jídla. (13). Kolínová uvádí, že důležitá je trpělivost a vstřícnost, nejdůležitější je umět posuzovat každý případ individuálně. Děti po operaci rozštěpu patra se nehojí všechny stejně rychle. Nepřijímají všechny potravu ve stejném množství (16). Dále bylo zjišťováno, jakou stravu doporučují sestry batolatům a větším dětem po operaci rozštěpu patra (graf 20). 36x byla uvedena jako vhodná mixovaná strava (33 %), 36x mixované ovoce se zeleninou (34 %) a 35x byly doporučeny přesnídávky (33 %). Zajímavým zjištěním bylo, jaké techniky krmení sestry doporučují matkám při krmení dítěte po operaci rozštěpu patra (graf 21). 34x jako nejvhodnější technika krmení byla uvedena Habermannova savička (20 %), 32x byla doporučeno kapátko (19 %), 31x stříkačka (18 %), 28x kádinka (17 %), 21x byla uváděna techniku krmení po prstu (13 %), 18x doporučeno krmení prostřednictvím SoftCup (11 %) a 4x doporučeno krmit dítě pouze lžičkou (2 %). Dále bylo také zjišťováno, jak sestry sledují u dítěte po operaci rozštěpu patra dehydrataci (graf 22). 36x bylo uvedeno monitorování příjmu a výdeje tekutin (26 %), 35x kožní turgor a sliznice dítěte (25 %) a 34x hmotnost dítěte (24 %). Fendrychová uvádí, že bilance tekutin je velmi důležitý ukazatel pro sledování hydratace dítěte (8).

Z tabulky 4 vyplývá, že ve všech devíti případech bylo zastoupení správné odpovědi shodné s předpokládaným počtem alespoň 85 %. Jednalo se následující oblasti: výživa u nekojených kojenců - umělá výživa, výživa u nekojených kojenců – přesnídávky, výživa u kojenců od 6 měsíců do 1 roka – přesnídávka, nejvhodnější poloha při kojení - vzpřímená, příjem tekuté stravy - 1 den po operaci, strava batolat a větších dětí - mixované ovoce a zelenina, strava batolat a větších dětí - mixovaná strava, techniky krmení - Habermannova savička, techniky krmení - pomocí stříkačky. Je možné učinit

závěr, že sestry mají znalosti v oblasti podávání výživy dětem po operaci rozštěpu patra. H2 byla potvrzena na základě chí kvadrátu.

H3: Sestry mají znalosti o pooperační ošetrovatelské péči o děti s rozštěpem patra v oblasti péče o dýchací cesty. Bylo zjišťováno, jaké jsou nejpoužívanější kyslíkové aplikátory v intenzivní péči (graf 39) a jaké jsou nejpoužívanější kyslíkové aplikátory u dětí po operaci rozštěpu patra na standardním oddělení (graf 9). Výsledek není překvapující, protože jak v intenzivní péči (53 %), tak na standardním oddělení (79 %) byla nejčastější odpovědí kyslíková maska. Bylo také zjišťováno, kdy sestry odsávají děti v intenzivní péči (graf 41, 12) Z výsledků vyšlo, že v intenzivní péči 19 sester odsává děti vždy (53 %) a 17 sester odsává děti pouze v indikovaných případech (47 %). Na standardním oddělení uvedlo všech 36 sester, že odsává děti vždy po operaci rozštěpu patra (100 %). Hrušková uvádí, že je zcela nezbytná neustálá kontrola dutiny ústní s uplatněním odsávání, které je nutné jak pro kontrolu krvácení, tak pro z kvalitnění dýchání (13). V grafu 42 a v grafu 13 byly zjišťovány nejčastější důvody odsávání dětí v intenzivní péči a na standardním oddělení. Sestry správně uváděly důvody odsávání. Jsou si tedy vědomy toho, na co si mají dát pozor u dítěte po operaci. V grafu 43, byla 35x uvedena odpověď odsávání z důvodu zahlenění dítěte (28 %), 33x odsávání kvůli omezené průchodnosti dýchacích cest (27 %), 21x odsávání kvůli krvácení z dutiny ústní (17 %) a 8x odsávání kvůli aspiraci dítěte (6 %). Z grafu 13 je patrné, že 32x se odpověď týkala odsávání z důvodu zahlenění a krvavým slinám v dutině ústní (23 %), 25x odsávání z důvodu krvácení z dutiny ústní (18), 24x odsávání z důvodu omezené průchodnosti dýchacích cest a aspirace (18 %). V tabulce 2 je znázorněné měření fyziologických funkcí. Hrušková uvádí, že pro další plánování ošetrovatelské péče je zcela zásadní pečlivý záznam hodnot vitálních funkcí do ošetrovatelské dokumentace v určených intervalech (13). Potěšující bylo, že výplachy dutiny ústní u dětí po operaci rozštěpu patra (graf 4) dělá na standardním oddělení 23 sester (64 %). Jen 13 sester výplachy neprovádí (36 %). Což je naopak velmi znepokojující, protože jak uvádí Dvořák, je velmi důležité po každém jídle provést hygienu dutiny ústní množstvím tekutiny, aby nedocházelo v ústech ke vzniku infekce (12). Dále bylo zjišťováno, jaké roztoky nejčastěji sestry používají k výplachu

dutiny ústní (graf 5). K výplachu se používají nejčastěji 1% roztok Betadinu (34x, 39 %), čaj (21x, 24 %) a roztok heřmánku (18x, 20 %). Hrušková dále uvádí, podávání čaje po každém jídle nahrazuje výplachy dutiny ústní. Důležité je také ošetřování sliznice dutiny ústní potíráním borglycerinem nebo borovou vodu, k dezinfekci operační rány používáním roztoku Betadine (13). Z grafu 6 je patrné, že nejvíce sestry dělají výplachy dutiny ústní po každém jídle (97 %) a jen 1 sestra dělá výplachy 2x denně. Velmi jasný výsledek vyšel z grafu 7, kdy všech 36 sester uvedlo, že dělají masáž patra prstem (100 %). Myslím si, že masáž jizvy v ústech dítěte je velmi důležitá, protože poctivě prováděné masáže patra jsou prvním krokem ke zvládnutí následné logopedické terapie. Dále bylo zjišťováno, jaké možnosti se snaží sestry dodržovat kvůli předcházení vzniku infekce v dutině ústní u dětí po operaci rozštěpu patra (graf 14). 36x bylo uvedeno preventivní podávání ATB (17 %), myslím si, že tato varianta není tou nejlepší. Protože dítě si snáze zvykne na určitá ATB a při infekci bude dostávat silnější léky, protože mu slabší s největší pravděpodobností nezaberou. 34x byla uvedena možnost fixátory loktů (17 %), zákaz cucání prstů (17 %), zákaz pití brčkem (16 %), zákaz podávání šidítek (16 %). Pouze 19x byla uvedena odpověď sterilní převaz rány (9 %) a 17x byla uvedena odpověď sterilní krytí rány (8 %). Nejvhodnější dle mého názoru je podávání dítěti fixátory loktů a nejzákladnější je sterilní převaz rány.

Z tabulky 5 vyplývá, že v osmi oblastech (používání doporučených roztoků k výplachu DÚ, četnost výplachu DÚ - po každém jídle, masáž patra, podávání zvlhčeného kyslíku, odsávání, důvod odsávání - krvavé sliny v DÚ, prevence infekce v DÚ - fixátory loktů, prevence infekce v DÚ - nepodávání šidítek) případech bylo zastoupení správné odpovědi shodné s předpokládaným počtem alespoň 85 %. Pouze v oblasti zaměřené na důvod odsávání - omezená průchodnost DC, bylo správných odpovědí méně. Je možné učinit závěr, že sestry mají znalosti o pooperační ošetrovatelskou péči o dýchací cesty. H3 byla na základě chí testu potvrzena.

Cíl 2: Zmapovat vybrané oblasti ošetrovatelské péče o děti po operaci s rozštěpem patra z pohledu pečující osoby v domácím prostředí. Na základě kvalitativního výzkumného šetření byly stanoveny 3 výzkumné otázky. Jakým způsobem byla pečující

osoba o dítě po operaci rozštěpu patra edukována při propuštění do domácího prostředí v oblasti péče o ránu v dutině ústní? Jaké jsou specifika v oblasti výživy u dítěte po operaci rozštěpu patra v domácím prostředí? Jaké jsou nejvíce zátěžové oblasti pro pečující osobu v oblasti péče o dítě po operaci rozštěpu patra v domácím prostředí? Na začátku rozhovorů bylo zjišťováno stáří operovaného dítěte a doba po operaci rozštěpu patra. První oblastí našeho zájmu byla informovanost matek o ošetrovatelské péči při propuštění do domácího prostředí. Sestry ve většině případů doporučily matkám provádět výplach dutiny ústní po každém jídle vodou, neslazeným čajem nebo odvarem z heřmánku či ze šalvěje. Výplach doporučily z důvodu prevence vzniku infekce v dutině ústní. Ve čtyřech případech informace respondentkám podal ošetřující lékař nebo lékařka. Sestry po domluvě s ošetřujícím lékařem, doporučily dezinfikovat dutinu ústní výplachem Betadine roztokem 1%, anebo potírat patro genciánovou violetí pomocí vatových štětiček vždy na noc a při suchých ústních koutcích natírat také genciánovou violetí. Dezinfekci matky ve většině případů prováděly 2x denně. Sestry také doporučily zvýšit hygienu rukou u dítěte. V několika případech matky stříkaly dětem do dutiny nosní sprej Vincentku, na základě ordinace lékaře, vždy při suchém vzduchu v místnosti. Ve dvou případech lékař také doporučil mazat jizvu zvenčí na puše Optalmo–Septonexovou masťou. Jen jedna matka z deseti oslovených dostala od ošetřujícího personálu materiál na ošetření rány do domácího prostředí. Ve většině případů ukázaly sestry matkám správnou masáž jizvy na patře. Matky ve většině případů uváděly, že jako nejvhodnější pomůcku používaly obalený ukazováček plenkou nebo kapesníkem. Obalený ukazováček matky nejdříve namočily do vody a pak stimulovaly jizvu na patře. Doporučily jim také jemně čistit dásně nebo zoubky buničinou. Na patro matky příliš netlačily. Vatové štětičky nebo buničina se jim neosvědčily. Masáž matky prováděly po úplném zhojení jizvy, většinou po třech týdnech od operace. Masáž prováděly v pravidelných intervalech 2x denně po dobu 10-15 minut. Kolínová uvádí, že zvláště masáže jizev je třeba dělat důsledně, následně se jedná o zvládnutí logopedické terapie (15). Informace o první pomoci ohledně prasknutí nebo krvácení z jizvy sdělil všem matkám ošetřující lékař nebo lékařka. Podle mého názoru je to správné, protože sestry následující informace nesmí podávat. Sestry

většinou doporučily nedávat dudlík a důležité je také, aby si děti nestrkaly do úst prsty ani jiné předměty. Mohlo by dojít k poranění jizvy nebo poškrábání patra. Kolínová uvádí, že dudlík se nesmí podávat, aby nedocházelo k další deformaci měkkých částí obličeje (15). Ve většině případů používaly matky u dětí po operaci rozštěpu patra rukávky, jako prevenci poranění jizvy v ústech. Kolínová dále doporučuje také podávat návleky na lokty, které si maminky samy zhotovují. Lze je vyrobit na zavázání nebo na suchý zip. Uvnitř návleku jsou dřevěné špátle nebo dřívka od nanuků. Velikost musí být úměrná velikosti dítěte. Tyto návleky děti většinou velice dobře snášejí, protože tolik nebrání dítěti v pohybu (1). Jako nejvhodnější polohu sestry doporučují polohu na břiše z důvodu možného krvácení z rány a tím možného zadušení dítěte. Tato poloha je také vhodná pro lepší odtok hlenů z dutiny ústní.

Druhou oblastí našeho zájmu bylo podávání výživa dětem po operaci rozštěpu patra. Po propuštění do domácího prostředí doporučily sestry matkám podávat kašovitou stravu. Matky podávají dětem většinou kaše, jogurty, přesnídávky, vařené mixované ovoce a zeleninu, rozdrčené piškoty a tak podobně. Sestry dále nedoporučily příliš ohřátou stravu a nápoje, několik dní doporučily spíše vlažnou stravu. Podávání stravy se samozřejmě záleží na věku dítěte. Kojencům se podává mateřské mléko nebo umělá výživa. Fendrychová uvádí, že správná výživa dítěte je jednou ze základních podmínek zdravého vývoje organismu (8). Sestry také podávaly matkám informace ohledně pomůcek, které zlepšují příjem potravy. Jedná se hlavně o Habermannovu savičku, lžičku nebo stříkačku. Podle toho jaké pomůcky dětem vyhovují. Někdy se děti dost brání, proto sestry doporučují matkám trochu násilnější přístup ke krmení. Podle mého názoru je tato rada důležitá, protože kdyby matky neustále dítěti ustupovaly, z důvodu bolesti, dítě by se nikdy nenajedlo. Jako nejčastější komplikace příjmu potravy je většinou bolest v dutině ústní, pro kterou následně dítě odmítá otevírat ústa. Proto se doporučuje lžička, kterou matka pokládá jen na začátek úst. Další otázka se zaměřila na podání informací matkám, o správné technice a poloze při krmení. Sestry ve většině případů informovaly matky o správné poloze při krmení. Důležitá je zvýšená až vzpřímená poloha.

Třetí oblastí našeho zájmu byly nejvíce zátěžové oblasti při ošetřování dítěte po operaci rozštěpu patra v domácím prostředí. Jako nejčastější zátěžovou oblast uváděly matky ve většině případů nedostatečný příjem potravy, bolest a masáž patra. Z kvalitativního šetření vyplývá, že sestry poskytují informace matkám při odchodu do domácího prostředí. Matky mají znalosti o správném podávání výživy. Ze zajímavosti jsem se také zaměřila na nejvíce zátěžové oblasti. Kolínová uvádí, že rodiče potřebují čas a prostor, aby mohly zpracovat informace. Nejdůležitější je komunikace s partnerem a s nejbližšími rodinnými příslušníky. Důležitá je také komunikace se zdravotníky. Rodiče se postupně musí snažit zahnat pocity viny (16). Dále Kolínová uvádí, že při sdělení nevhodné diagnózy se osvědčila zásada 5P, tedy pochválit matku, pohodlí, přivolat otce, připravit se na rozhovor, poskytnout informace (10).

Z odpovědí matek vyplynulo, že ošetřování dětí po operaci rozštěpu patra je velmi náročné, jak po fyzické stránce, tak po psychické. Dvořák uvádí, že psycholog pomáhá překlenout krizové okamžiky. Intervence psychologa jsou vhodné pro rodiče v době narození dítěte s rozštěpem patra, tak i v celkové době dlouhé léčby (12). Menšina matek musela také vyhledat, nebo aspoň uvažuje nad návštěvou psychologa. Myslím si, že je nejdůležitější, aby matka měla s dítětem kvalitní rodinné zázemí. Dítě musí cítit lásku. Rodina se musí k němu chovat jako ke zdravému dítěti, aby z jejich chování necítilo, že má nějaký hendikep, který rodinu omezuje.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat vybrané oblasti pooperační ošetrovatelské péče o děti s rozštěpem patra z pohledu sestry a zmapovat vybrané oblasti ošetrovatelské péče o děti po operaci s rozštěpem patra z pohledu pečující osoby v domácím prostředí. V bakalářské práci bylo zvoleno kvantitativní a kvalitativní výzkumné šetření. Dotazník byl určen sestrám na standardním lůžkovém oddělení a sestrám v intenzivní péči (jednotka intenzivní péče a dospávací pokoj). Dotazník byl rozdán sestrám ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady a ve Fakultní nemocnici v Motole. Z výsledků, byly vytvořeny grafy.

Pro statistické testování byl zvolen Pearson chí kvadrát. Pro potvrzení hypotézy jsme stanovili 85 % hranici správných odpovědí na otázky vztahující se k příslušné hypotéze. Na základě výsledků bylo zjištěno, že hypotézy H1: Sestry mají znalosti v oblasti intenzivní pooperační péče (v rozmezí 2h po operaci). Devětkrát bylo zastoupení správné odpovědi shodné s předpokládaným počtem alespoň 85 %. Pouze 3x bylo správných odpovědí méně. Na základě chí kvadrát byla H1 potvrzena. H2: Sestry mají znalosti o pooperační ošetrovatelské péči o děti s rozštěpem patra v oblasti výživy. Devětkrát bylo zastoupení správné odpovědi shodné s předpokládaným počtem 85 %. Na základě chí kvadrát byla H2 potvrzena. H3: Sestry mají znalosti o pooperační ošetrovatelské péči o děti s rozštěpem patra v oblasti péče o dýchací cesty. Osmkrát bylo zastoupení správné odpovědi shodné s předpokládaným počtem alespoň 85 %. Pouze 1x bylo správných odpovědí méně. Na základě chí kvadrát byla H3 potvrzena.

Dále bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, které bylo provedeno na základě 10 rozhovorů s matkami v domácím prostředí. K dosažení cíle byly zvoleny 3 otázky. 1. Jakým způsobem byla pečující osoba o dítě po operaci rozštěpu patra edukována při propuštění do domácího prostředí v oblasti péče o ránu v dutině ústní? Sestry doporučily pečující osobě provádět výplach a dezinfekci dutiny ústní a podaly důležité informace o masáži patra. 2. Jaké jsou specifika v oblasti výživy u dítěte po operaci rozštěpu patra v domácím prostředí? Pečující osoby podávaly správnou výživu a volily vhodnou polohu při krmení dítěte po operaci rozštěpu patra. Výživa

se lišila dle věku dítěte. Po každém jídle prováděly také výplach dutiny ústní. Pečující osoby používaly vhodné pomůcky při podávání stravy dítěti. 3. Jaké jsou nejvíce zátěžové oblasti pro pečující osobu v oblasti péče o dítě po operaci rozštěpu patra v domácím prostředí? Jako nejčastější zátěžovou oblast uváděly pečující osoby nedostatečný příjem potravy, bolest a masáž patra. Rozhovory byly přepsány a byla vytvořena analýza nejzajímavějších odpovědí.

6.1 Doporučení pro praxi

Doporučené ošetrovatelské činnosti určené pro pečující osoby v domácím prostředí o děti po operaci rozštěpu patra.

Tabulka 6 Doporučené ošetrovatelské činnosti o dutinu ústní

Péče o dutinu ústní	
Výplach DÚ po každém jídle	- čajem -odvar z heřmánku, šalvěje
Dezinfekce DÚ 2x denně	-Betadine roztokem 1%, -potírání patra genciánovou violetí - mazání jizvy zvenčí Optalmo – Septonexovou mastí
Zvýšená hygiena	-rukou -hraček -příborů
Masáž patra 2x denně po dobu 10-15 minut	-nejvhodnější pomůcka je obalený ukazováček vlhkou plenkou nebo kapesníkem
Prevenci poranění jizvy v dutině ústní.	-podávat dítěti rukávky -chladivé kousací kroužky -nepodávat dudlík -nestrkat prsty a ostré předměty do DÚ

Tabulka 7 Doporučené ošetrovatelské činnosti v oblasti výživy

Oblast výživy	
Nejvhodnější podávaná strava	-dle věku dítěte
Strava kojenců	-mateřské mléko -umělá výživa
Strava batolat a větších dětí	-kašovitá strava, mixované ovoce a zelenina -jogurty, přesnídávky
Poloha při krmení	-vzpřímená poloha
Správná teplota stravy	-vlažná strava
Pomůcky při krmení	-Habermannova savička -lžička -stříkačka

7 Seznam použitých zdrojů

1. POLÁK, P. et al. Význam ultrazvukové 3D-vyšetření pro diagnostiku vrozených vad plodu. *Praktická gynekologie*. 2007, 5(11), s. 212 – 215. ISSN 1801-8750.
2. ABRAHAM, P. et al. Lidské tělo. 1. vyd. Praha: Otovo nakladatelství-Cesty, 2003. 256 s. ISBN 8-7181-955-7.
3. ČIHÁK, R. *Anatomie* 3. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. 692 s. ISBN 80-247-1132-X.
4. ELIŠKOVÁ, M. et al. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 309 s. ISBN 978-80-246-1216-4.
5. DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
6. LEBL, J. et al. *Preklinická pediatrie*, 1. vyd. Praha: Galen, 2003. 248 s. ISBN 80-7262-207-2.
7. HAHN, A. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 390 s. ISBN 978-80-247-0529-3.
8. FENDRYCHOVÁ, J. et al. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vyd. Brno: MIKADAPRESS, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
9. TRACHTOVÁ, E et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: MIKADAPRESS, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
10. KOLÍNOVÁ, M. Péče o dítě s rozštěpovou vadou obličeje-1.část. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, 2(6), s. 275 – 278. ISSN 1801-1349.

11. PETERKA, M. Vývojové poruchy v orofaciální oblasti. *Speciální pedagogika*. 2008, **18**(4), s. 265 – 275. ISSN 1211-2720.
12. DVOŘÁK, Z. Standardy multidisciplinární péče o dítě s rozštěpem obličeje. *Česko-slovenská pediatrie*. 2009, **64**(5), s. 236-241. ISSN 0069-2328.
13. HRUŠKOVÁ, M., PAVLÍKOVÁ, M. Ošetrovatelská péče o dítě s rozštěpovou vadou obličeje (se zvláštním zřetelem k pooperační péči). *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, **2**(8), s. 325 – 326. ISSN 1801-1349.
14. BROULÍKOVÁ, H. *Rozštěpové vady obličeje*. [online]. [cit. 2011-12-14.]. Dostupné z: <<http://www.jarodic.cz/cz/rozstepove-vady-obliceje.php>>.
15. KOLÍNOVÁ, M. Současné trendy péče s orofaciálním rozštěpem. *Praktický lékař*. 2011, **91**(3), s. 134 – 137. ISSN 0032-6739.
16. KOLÍNOVÁ, M. Péče o dítě s rozštěpovou vadou obličeje-3.část. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, **2**(8), s. 322 – 325. ISSN 1801-1349.
17. *Rozštěp rtu a patra*. [online]. [cit. 2012-01.20]. Dostupné z: <<http://nemoci.vitalion.cz/rozstep-rtu-a-patra/>>.
18. BORSKÝ, J. et al. Rozštěpová vada v oblasti horního rtu. 2007, **17**(11), s. 18 – 21. ISSN 1210-3381.
19. ČAKRTOVÁ, M et al. Současné trendy plastické chirurgie v léčbě vrozených vývojových vad. *Pediatrie pro praxi*, 2007, **8**(6), s. 343-346. ISSN-1213-0494.
20. VOKURKOVÁ, J. Komplexní péče o pacienty s rozštěpovou vadou obličeje. *Lékařské noviny*. 2002, **4**(24), s. 24 - 26. ISSN 1214-7664.

21. KOLÍNOVÁ, M. Péče o dítě s rozštěpovou vadou obličeje-2.část. Diagnóza v ošetrovatelství. 2006, **2**(7), s. 281 – 283. ISSN 1801-1349.
22. *Mikulka – rozštěpáček*. [online]. [cit. 2012-01.15]. Dostupné z: <<http://www.rozstep-nedonosenci.cz/pomucky-pro-deti-s-rozstepem/>>.
23. KÁŠ, S. Miniportréty slavných českých lékařů, Profesor MUDr. František Burian, zakladatel české plastické chirurgie. *Praktický lékař*. 2007, **87**(6), s. 375 – 377. ISSN 0032-6739.
24. ŠUPINA, A. *Oficiální informace pro rodiče, Vinohradské rozštěpové centrum*. [online]. [cit. 2012-01.28]. Dostupné z: <<http://rozstepy.ic.cz/clanek.php?id=18>>.
25. CALDA, P. et al. Prenatální diagnostika rozštěpů rtu a patra. *Lékařské noviny*. 2001, **3**(23), s. 27 – 31. ISSN 1214-7664.
26. VOKURKA, M. et al. *Velký lékařský slovník*. 9. vyd. Praha: MAXDORF Edice JESSENIUS, 2008. 1160 s. ISBN 978-80-7345-202-5.
27. SEDLAŘOVÁ, P. et al. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
28. *Máme děťátko*. [online]. [cit. 2012-01.15]. Dostupné z: <<http://drobcek.webgarden.cz/rozstep-obliceje-2>>.
29. HRODEK, O. et al. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 767 s. ISBN 80-7262-178-5.

30. KAŇKOVÁ, J. *Specifická ošetrovatelská péče u dětí s rozštěpovými vadami obličeje*. České Budějovice, 2011 In Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Velemínský Miloš, prof. MUDr. CSc., dr. h. c., prof. h. c.

31. DVORÁK, Z. et al. Protokol péče o pacienty s rozštěpovou vadou obličeje. *Ortodontie*. 2008, **17**(3), s. 40 – 46. ISSN 1210-4272.

8 Klíčová slova

Dítě

Ošetrovatelská péče

Rozštěp patra

Sestry

9 Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník určený pro sestry na standardním oddělení

Příloha 2 – Dotazník určený pro sestry v intenzivní péči (JIP + dospávací pokoj)

Příloha 3 – Otázky do rozhovoru

Příloha 4 – Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Libuše Gavlasové,
Fakultní nemocnice v Motole

Příloha 5 - Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Jany Novákové, MBA,
Fakultní nemocnici Královské Vinohrady

Příloha 1

Dotazník určený pro sestry na standardním oddělení

Vážená kolegyně, vážený kolego,

chtěla bych Vás poprosit o 15 min Vašeho času k vyplnění mého dotazníku, který mi pomůže ke zpracování bakalářské práce na téma „*Ošetrovatelská péče o děti po operaci rozštěpu patra*“. Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra, Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Při vyplňování dotazníku dodržte prosím, následující pokyny: u každé otázky zvolte pouze jednu odpověď, kterou zakroužkujete, pokud není jinak uvedeno. Předem Vám děkuji za čas věnovaný mému dotazníku.

S pozdravem Petra Bušková

Dotazník určený pro sestry na standardním oddělení

1) Uveďte prosím Vaše pohlaví.

- a) žena
- b) muž

2) Uveďte prosím Váš věk.

- a) 20 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 50 a více let

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) středoškolské + PSS
- c) vyšší odborné (diplomovaná sestra)
- d) vysokoškolské (bakalářské, magisterské)

e) vysokoškolské se specializací

4) Na jakém oddělení pracujete?

a) *dospávacím pokoji*, který je součástí *standardního oddělení* (Stomatologické oddělení, Neontologické oddělení, Dětská chirurgie, Plastická chirurgie, a jiné)

b) *na standardním oddělení* – (Stomatologické oddělení, Neontologické oddělení, Dětská chirurgie, Plastická chirurgie, a jiné)

c) JIP

d) JIRP

e) jinam

5) Jak zde dlouho pracujete na daném oddělení?

a) méně než 5 let

b) 5 – 10 let

c) 11 – 20 let

d) nad 20 let

Následná hospitalizace na standardním oddělení

6) Provádíte výplachy dutiny ústní u dítěte po operaci rozštěpu patra?

a) ano

b) ne

7) Pokud jste v otázce 6 odpověděla ano, napište mi prosím, jaké roztoky se používají na Vašem oddělení k výplachu dutiny ústní? (možnost více odpovědí)

a) výplach heřmánkem

b) čaj

c) výplach antiseptickou vodou

d) potírání patra Betadine 1% roztok

e) jiné

8) Kolikrát denně provádíte na Vašem oddělení výplachy dutiny ústní u dětí po operaci rozštěpu patra?

- a) 2x denně
- b) 3x denně
- c) 5x denně
- d) po každém jídle
- e) jiné

9) Doporučuje se na Vašem oddělení masáž patra prstem?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste v otázce 9 odpověděla za b) ne, přejděte na otázku 13.

10) Proč se doporučuje masáž patra?

.....

11) Kdy se doporučuje masáž patra?

.....

12) Jak často doporučujete masáž patra?

.....

13) Podáváte v průběhu hospitalizace na standardním pokoji dítěti kyslík?

- a) Ano, vždy
- b) Pouze v indikovaných případech

14) Jaké nejčastější kyslíkové aplikátory volíte při podávání kyslíku dítěti? (možnost více odpovědí)

- a) kyslíkový stan

- b) kyslíkové brýle
- c) kyslíková maska
- d) endotracheální kanyla
- e) nostrily
- f) jiné

15) Jakým způsobem podáváte kyslík?

- a) zvlhčený
- b) ohřátý
- c) chladný
- d) jiné.....

16) Napište mi prosím, kolik litrů kyslíku za minutu nejčastěji podáváte dítěti po operaci rozštěpu?

.....

17) Děláte na Vašem oddělení dechová cvičení s dítětem po operaci rozštěpu patra?

- a) ano
- b) ne

18) Pokud jste odpověděla v předešlé otázce ano, napište mi prosím, jakým způsobem provádíte dechová cvičení s dítětem po rozštěpu patra?

.....

19) Odsáváte děti po operaci rozštěpu patra?

- a) ano
- b) ne

20) Z jakých důvodů nejčastěji odsáváte dítě? (možnost více odpovědí)

- a) omezená průchodnost dýchacích cest

- b) zahlenění dítěte
- c) krvavé sliny v ústech
- d) krvácení v dutině ústní
- e) aspirace
- f) jiné

21) Jaké je prevence infekce v dutině ústní? (možnost více odpovědí)

- a) fixátory loktů - aby si dítě neporanilo ránu v dutině ústní
- b) sterilní krytí rány
- c) sterilní převaz rány
- d) podání ATB
- e) zákaz cucání prstů
- f) zákaz pití brčkem
- g) zákaz podávání šidítek (dudlíků)
- h) jiné

22) Mohou být děti po operaci rozštěpu patra v nemocnici kojeny?

- a) ano
- b) ne
- c) dle rozsahu operační rány

23) Pokud nelze dítě kojit, jakou stravu doporučujete kojencům do 6 měsíců života?

- a) umělá výživa
- b) přesnídávky
- c) mixovaná strava
- d) jiné

24) Pokud nelze dítě kojit, jakou stravu doporučujete kojencům od 6 měsíců do 1 roka života dítěte?

- a) mixovaná polévka

- b) bramborová kaše
- c) přesnídávka
- d) jiné

25) Pokud matky kojí děti po operaci rozštěpu patra, jaká je nejvhodnější poloha?

- a) vzpřímená poloha
- b) v leže
- c) na boku
- d) jiné.....

26) Kolikátý den po operaci rozštěpu patra smí dítě přijímat tekutou stravu ústy?

- a) 10 den po operaci
- b) 2 den po operaci
- c) 1 den po operaci
- d) jiné

27) Jakou stravu doporučujete u batolat nebo u větších dětí po operaci rozštěpu patra?
(možnost více odpovědí)

- a) přesnídávky
- b) mixovaná strava
- c) mixované ovoce a zeleninu
- d) jiné

28) Jaké techniky krmení doporučujete matce při krmení dítěte po operaci rozštěpu patra? (možnost více odpovědí)

- a) pouze lžičkou
- b) pomocí kapátka
- c) pomocí Habermannovy savičky
- d) prostřednictvím SoftCup
- e) přes stříkačku

- f) technikou krmení po prstu
- g) krmení z kádinky
- h) jiné

29) Jak sledujete dehydratace u dětí po operaci patra? (možnost více odpovědí)

- a) monitorování příjmu a výdeje tekutin
- b) sledování pouze příjmu tekutin dítěte
- c) sledování kožního turgoru dítěte
- d) sledování sliznic dítěte
- e) sledování hmotnosti dítěte
- f) jiné.....

Příloha 2

Dotazník určený pro sestry v intenzivní péči (JIP + dospávací pokoj)

Vážená kolegyně, vážený kolego,

chtěla bych Vás poprosit o 15 min Vašeho času k vyplnění mého dotazníku, který mi pomůže ke zpracování bakalářské práce na téma „*Ošetrovatelská péče o děti po operaci rozštěpu patra*“. Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra, Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Při vyplňování dotazníku dodržte prosím, následující pokyny: u každé otázky zvolte pouze jednu odpověď, kterou zakroužkujete, pokud není jinak uvedeno. Předem Vám děkuji za čas věnovaný mému dotazníku.

S pozdravem Petra Bušková

Dotazník určený pro sestry v intenzivní péči (JIP + dospávací pokoj)

1) Uveďte prosím Vaše pohlaví.

- a) žena
- b) muž

2) Uveďte prosím Váš věk.

- a) 20 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 50 a více let

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) středoškolské + PSS
- c) vyšší odborné (diplomovaná sestra)

d) vysokoškolské (bakalářské, magisterské)

e) vysokoškolské se specializací

4) Na jakém oddělení pracujete?

a) *dospávacím pokoji*, který je součástí *standardního oddělení* (Stomatologické oddělení, Neontologické oddělení, Dětská chirurgie, Plastická chirurgie, a jiné)

b) *na standardním oddělení* – (Stomatologické oddělení, Neontologické oddělení, Dětská chirurgie, Plastická chirurgie, a jiné)

c) JIP

d) JIRP

e) jinde

5) Jak dlouho zde pracujete na daném oddělení?

a) méně než 5 let

b) 5 – 10 let

c) 11 – 20 let

d) nad 20 let

Bezprostřední intenzivní pooperační péče u dítěte po operaci rozštěpu patra do 2 hodin po operaci

6) Dítě po operaci rozštěpu patra je převezeno z operačního sálu na:

a) *dospávací pokoj*, který je součástí *standardního oddělení* (Stomatologické oddělení, Neontologické oddělení, Dětská chirurgie, Plastická chirurgie, a jiné)

b) *na standardní oddělení* – (Stomatologické oddělení, Neontologické oddělení, Dětská chirurgie, Plastická chirurgie, a jiné)

c) JIP

d) JIRP

e) jinam

7) Může být matka během pooperační intenzivní péče spolu s dítětem?

a) ano

b) ne

8) Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ne, napište prosím proč?

.....

9) Za jak dlouho je dítě převezeno na standardní pokoj na oddělení?

a) za 2 hod

b) za 24 hod

c) dle ordinace lékaře (nejčastěji za 2 hodiny)

d) jiné

10) Jaká je nejvhodnější poloha dítěte při převozu z operačního sálu v rámci pooperační intenzivní péče? Prosím napište

.....

11) Co sledujete u dítěte v rámci pooperační intenzivní péče? (možnost více odpovědí)

a) dýchání

b) saturaci krve kyslíkem

c) stav vědomí

d) bolest

e) krvácení z operační rány

f) tělesnou teplotu

g) pulz a dech

h) stav zornic

ch) příjem a výdej tekutin (bilanci tekutin)

i) jiné

12) Seřad'te prosím rizika, která se mohou vyskytnout u dítěte bezprostředně po operaci rozštěpu patra (v době bezprostřední intenzivní pooperační péče), dle jejich významnosti.

10 = nejsilnější riziko, které hrozí dítěti bezprostředně po operaci (2 hodiny)
až **1 = velmi slabé riziko**, které hrozí dítěti bezprostředně po operaci.

Můžete k více rizikům přiřadit stejnou hodnotu.

..... Riziko dušení

..... Riziko porušené výměny plynů

..... Riziko aspirace

..... Riziko neefektivního dýchání

..... Riziko vzniku infekce

..... Riziko rozpadu sešitého místa, na patře vznikne nový otvor tzv. patrové fistule

..... Riziko zvýšené krvácivosti z rány

..... Riziko dehydratace

..... Riziko sníženého srdečního výdeje

..... Jiné

13) Jak hodnotíte (pomocí jaké hodnotící škály) na Vašem oddělení stav vědomí u dítěte? Prosím napište

.....
.....

14) Jakým způsobem hodnotíte dýchání u dítěte po operaci? (možnost více odpovědí)

a) pozorování přechodu hrudníku a břicha dítěte

b) poměr nádechu a výdechu

c) práci pomocných dechových svalů a bránice

d) sledování dechové tísně

e) jiné

15) Co hodnotíte u dýchání u dítěte po operaci? (možnost více odpovědí)

- a) frekvenci dechu – počet dechů za minutu
- b) hloubku dechu – normální, povrchové, hluboké
- c) rytmus dechu – pravidelnost x nepravidelnost
- d) charakter dýchání
- e) hodnocení námahy dýchání
- f) hodnocení přidružených zvuků a šelestů při dýchání
- g) kašel a vykašlané sputum (barva, zápach, ...)
- h) jiné

16) Podáváte u všech dětí po operaci rozštěpu patra kyslík?

- a) Ano, vždy
- b) Ne, pouze v indikovaných případech

17) Jaké nejčastější kyslíkové aplikátory volíte při podávání kyslíku dítěti?
(možnost více odpovědí)

- a) kyslíkový stan
- b) kyslíkové brýle
- c) kyslíková maska
- d) endotracheální kanyla
- e) nostrily
- f) jiné

18) Jakým způsobem podáváte kyslík?

- a) zvlhčený
- b) ohřátý
- c) chladný
- d) jiné.....

19) Napište mi prosím, kolik litrů kyslíku za minutu *nejčastěji* podáváte dítěti po operaci rozštěpu?

20) Odsáváte děti po operaci rozštěpu patra?

- a) ano
- b) pouze v indikovaných případech
- c) ne

21) Z jakých *nejčastějších* důvodů dítě po operaci patra odsáváte? (možnost více odpovědí)

- a) omezená průchodnost dýchacích cest
- b) zahlenění dítěte
- c) krvavé sliny v ústech
- d) krvácení v dutině ústní
- e) aspirace
- f) jiné

22) Jak často odsáváte dítě po operaci rozštěpu patra v rámci pooperační intenzivní péče?

.....

23) V jakých intervalech měříte TK, P, D, TT, saturaci krve kyslíkem, stav vědomí, stav zornic, bilanci tekutin u dítěte po operaci rozštěpu patra v rámci pooperační intenzivní péče? Prosím napište

TK

Dech

Tělesná teplota

Pulz

Saturaci krve kyslíkem

Stav zornic

Bilance tekutin.....

24) Co hodnotíte při měření pulzu? (možnost více odpovědí)

- a) frekvenci – počet pulzů za minutu
- b) rytmus – pravidelný x nepravidelný
- c) kvalitu – plný, slabý, nitkovitý
- d) rozdílnost – bilaterálně stejný, periferní, apikální
- e) jiné

25) Jakým způsobem hodnotíte bolest u dětí po operaci? (možnost více odpovědí)

- a) pomocí škály bolesti (rozmezí škály od 0 – 10)
- b) pomocí škály bolesti (rozmezí škály od 0 – 5)
- c) pomocí obrázkové škály bolesti
- d) VAS škála bolesti
- e) pomocí systému hodnotící bolest
- f) jiné.....

26) Pokud jste odpověděla za e), napište mi prosím, podle jakého systému hodnotíte bolest?

(možnost více odpovědí)

- a) IBCS – Infant Body
- b) NFCS – NeonatalFacialCoding Systém
- c) NIPS – Neonatal Infant PaintScale
- d) DSVNI – Mistress ScaleforVentilatedNewbornInfants
- e) PIPP – Premature Infant Pain Profile
- f) CRIES – Cries, Requires, Increased, Expresion, Sleepless
- g) COMFORT Scale
- h) DAN Scale
- ch) FLAC Scale
- i) Jiné

27) Jak často hodnotíte bolest u dítěte po operaci? Prosím napište

.....

28) Jak poznáte, že dítě trpí bolestí? (možnost více odpovědí)

- a) flexe a addukce horních a dolních končetin
- b) grimasy obličeje a křik
- c) Moroův reflex je zvýšeně výbavný
- d) Třes končetin až křeče
- e) Extenze končetin a krku
- f) Zatínání pěstí střídající se s propínáním prstů na ruku a nohou
- g) Povrchní a zrychlené dýchání, apnoické pauzy
- h) Pocení dlaní
- ch) Zvýšení krevního tlaku a počet pulzů za minutu
- i) Změny tělesné teploty na periférii (chladná akra)
- j) Změny barvy a prokrvení kůže (mramorová, bledá, cyanotická)
- k) jiné

29) Jaké lékové skupiny dle ordinace lékaře *nejčastěji podáváte* dítěti?

(možnost více odpovědí)

- a) analgetika
- b) opiáty
- c) antipyretika
- d) jiné

30) Jakými *nefarmakologickými způsoby* nejčastěji tišíte bolest u dítěte? (možnost více odpovědí)

- a) změna polohy
- b) zabavení dítěte
- c) aplikace chladu
- d) aplikace tepla

- e) podání glukózy
- f) jiné

31) Co sledujete na pooperační ráně? (možnost více odpovědí)

- a) krvácení z pooperační rány
- b) podráždění a zarudnutí okolí pooperační rány
- c) otok patra
- d) rozsah zarudnutí
- e) jiné

32) V jakých intervalech sledujete v rámci pooperační intenzivní péče pooperační ránu?

.....
.....

33) Jaké infuzní roztoky podáváte dítěti po převezení z operačního sálu a 1. den po operaci?

Prosím napište

.....
.....

34) Za jak dlouho po operaci rozštěpu patra se může dítě napít?

- a) za 6 hodin po operaci
- b) za 5 hodin po operaci
- c) za 24 hodin po operaci
- d) za 2 hodiny po operaci
- e) jiné

Příloha 3

Informovanost matek o ošetrovatelské péči při propuštění do domácího prostředí

1. Jaké informace Vám podala sestra ohledně hygieny dutiny ústní při propuštění ?
2. Zásady ohledně první pomoci při prasknutí jizvy, při krvácení z jizvy (operační rány) a následné krvácení z dutiny ústní Vám sdělil lékař nebo sestra?
3. Pokud Vám informace sdělila sestra, napište mi prosím jaké?
4. Jaké rady Vám sestra sdělila po odchodu do domácího prostředí, myslím tím například, jaké jsou nevhodné polohy pro spaní, používání dudlíku, cucání prstů a podobně?
5. Jaké pomůcky jste používala u dítěte, jako prevenci poranění jizvy v dutině ústní?
6. Jaká sdružení, která pomáhají rodičům dětí s rozštěpem patra, Vám doporučila sestra?

Výživa:

1. Jakou stravu jste podávala dítěti (po operaci rozštěpu patra) po propuštění?
2. Jaké informace Vám podala sestra o technice správného kojení popřípadě krmení?
3. Jak často jste proplachovala ústa dítěti?
4. Nastal nějaký problém s přijímáním potravy u dítěte po propuštění z nemocnice (úbytek na váze, nechutenství)? Pokud ano, o jaký problém šlo a jakým způsobem jste ho řešila?

Nejvíce zátěžové oblasti péče:

1. Které oblasti péče byly pro Vás po operaci nejvíce zátěžové při ošetrování dítěte v domácím prostředí?
2. S jakými nejčastějšími komplikacemi, problémy, jste se musela vypořádat při péči o své dítě po propuštění do domácí péče?
3. Musela jste vyhledat odbornou pomoc (mimo pravidelné lékařské kontroly), například zdravotnického personálu?
4. Pokud ano v jaké souvislosti a byla jste spokojena s pomocí, které se Vám dostalo?
5. Chtěla byste něco dodat, připomenou o něčem se zmínit k dané problematice?

Příloha 4

Mgr. Jana Nováková, MBA
Fakultní nemocnice v Motole
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
V Úvalu 84, Praha 5, 150 06
tel: 224431050
fax: 224431005

Žádost o provedení výzkumného šetření ve Vašem zdravotnickém zařízení.

Jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

V rámci mé bakalářské práce provádím výzkum zabývající se ošetrovatelskou péčí o děti po operaci rozštěpu patra. Cílem mé práce je zmapování vybrané oblasti pooperační ošetrovatelské péče o děti s rozštěpem patra z pohledu sestry. Mám zájem provádět výzkum na Stomatologickém oddělení, Neonatologickém oddělení, Dětské chirurgii a ráda bych oslovila sestry pracující na těchto odděleních.

Výzkum bude prováděn formou dotazníků.

Touto formou bych Vás chtěla požádat o svolení k provedení výzkumného šetření na výše uvedených odděleních.

Výsledky výzkumu budou zpracovány anonymně a v případě Vašeho zájmu Vám budou poskytnuty k seznámení.

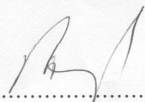
Zároveň budou výsledky využity k vytvoření standardu ošetrovatelské péče o děti po operaci rozštěpu patra.

Děkuji

Kontaktní údaje:
Petra Bušková
Sídliště 408
Vlachovo Březí
384 22
e-mail: P.Buskova@seznam.cz
tel.: 732 613 800

SOUHLASÍM

Vyjádření nemocnice:

.....


Mgr. Jana Nováková, MBA
Fakultní nemocnice v Motole

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84
náměstkyně pro oš. péči
IČO: 00064203 DIČ: CZ00064203

Příloha 5

Mgr. Libuše Gavlasová
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Šrobárova 50, Praha 10, 100 34
tel: 267 162 802

Žádost o provedení výzkumného šetření ve Vašem zdravotnickém zařízení.

Jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

V rámci mé bakalářské práce provádím výzkum zabývající se ošetrovatelskou péčí o děti po operaci rozštěpu patra. Cílem mé práce je zmapování vybrané oblasti pooperační ošetrovatelské péče o děti s rozštěpem patra z pohledu sestry. Mám zájem provádět výzkum na Vašem oddělení plastické chirurgie a ráda bych oslovila sestry pracující na tomto oddělení.

Výzkum bude prováděn formou dotazníků.

Touto formou bych Vás chtěla požádat o svolení k provedení výzkumného šetření na výše uvedeném oddělení.

Výsledky výzkumu budou zpracovány anonymně a v případě Vašeho zájmu Vám budou poskytnuty k seznámení.

Zároveň budou výsledky využity k vytvoření standardu ošetrovatelské péče o děti po operaci rozštěpu patra.

Děkuji

Kontaktní údaje:
Petra Bušková
Sídliště 408
Vlachovo Březí
384 22
e-mail: P.Buskova@seznam.cz
tel.: 732 613 800

Vyjádření nemocnice:

Společně s provedením výzkumného šetření

16. 03. 2012

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBÁROVA 50, 100 34 PRAHA 10
NÁMĚSTEK PRO OŠETŘOVATELSKOU PÉČI

Mgr. Libuše Gavlasová

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči