

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Specifika ošetrovatelské péče porodní asistentky
v dětské gynekologii**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Andrea Festová

Autor:
Pavλίna Hamerníková

2008

Midwife Nurse Care in Children's Gynecology

Children's gynecology is mainly focused on preventive care, as timely treatment of gynecological diseases, determining congenital defects and promoting healthy physical and sexual maturity contribute towards healthy woman population. Girl clients is a very specific group of gynecological patients and a midwife nurse is supposed to consider all the specifics during the medical examination.

The theoretical part of the thesis contains all information concerning the history of children's gynecology, the development of female genital organs, examination in children's gynecology, nurse care for gynecological girl patient and sexual abuse and rape. Some more information dealing with intimate hygiene, contraception and sex education are also included.

To fulfil the aims of the bachelor's work, both quantitative and qualitative research strategies were used. A questionnaire as a method of the quantitative research for collecting data was prepared. It consisted of 26 questions. The research was completed in March 2008 when the questionnaires were sent to children's gynecological outpatient departments in the Czech Republic. Forty questionnaires were handed out to midwife nurses working in these departments. About 92.9 % questionnaires were sent back. Within the qualitative research were used the techniques of observing girl clients and a guided interview with girl parents present in the department. This qualitative research was realised in children's outpatient department in Děčín in June 2008. Six girl patients and six mothers were interviewed there.

The main aim of the thesis was to identify gynecological disorders of girl patients. The other aim was to set up and verify the nurse diagnoses within the NANDA TAXONOMY II. The third aim was to find out how much the midwife nurses know about the specifics of girl patients. The fourth aim consisted in detecting needs of life-long education for midwife nurses working in children's gynecological outpatient departments. All aims were accomplished.

The following hypotheses were stated in the practical part of the thesis. Hypothesis 1: Mothers (or other people accompanying the girls) are not informed

enough to prepare girls for gynecological examination. This hypothesis was proved.

Hypothesis 2: Midwife nurses know

all specifics of gynecological girl clients. This hypothesis was proved. Hypothesis 3:

children's gynecology midwife nurses need lifelong education. This hypothesis was proved.

The research findings can be applied into practice. The work will help midwife students and nurses in all gynecological departments. They will find here basic principal attitudes to girl clients and learn more about nurse diagnoses which occur within children's gynecology. Midwife nurses can also use it as a source of information for their nursing care.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Specifika ošetrovatelské péče porodní asistentky v dětské gynekologii“ vypracovala samostatně a pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nekrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne2008

.....

Pavλίna Hamerníková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Marcele Černé za cenné rady, připomínky a veškerý čas a trpělivost které mi věnovala při zpracování teoretické části a za umožnění realizace kvalitativního výzkumu přímo v její ordinaci. Dále bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Andree Festové za odborné vedení, poskytování rad a cenných podnětů při zpracovávání práce. Velký dík také patří Anetě Laštovkové a mé sestře Petře Hamerníkové za podporu a pomoc při tvorbě bakalářské práce. A také všem respondentkám (porodním asistentkám pracujících v ambulancích dětské gynekologie po celé České republice) za jejich spolupráci při vyplňování a odesílání dotazníků.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY.....	10
1.1 Historie dětské gynekologie u nás.....	10
1.2 Vývoj pohlavních orgánů ženy.....	11
1.2.1 Období neonatální (fetoneonatální).....	11
1.2.2 Období klidové (infantilní).....	11
1.2.3 Období pohlavního dospívání.....	11
1.3 Vyšetřování v dětské gynekologii.....	12
1.3.1 Psychická příprava.....	12
1.3.2 Ošetřovatelská péče při získávání anamnézy dítěte.....	14
1.3.3 Ošetřovatelská péče při fyzikálním vyšetření dítěte.....	14
1.3.4 Ošetřovatelská péče o dívku při gynekologickém vyšetření.....	15
1.3.4.1 Vyšetření vagíny a cervixu.....	15
1.3.4.2 Bimanuální palpační vyšetření.....	16
1.3.4.3 Ultrazvukové vyšetření.....	16
1.3.5 Odběry biologického materiálu u dětí.....	17
1.4 Ošetřovatelská péče porodní asistentky u dítěte s gynekologickým	
onemocněním.....	17
1.4.1 Ošetřovatelská péče u dítěte s gynekologickými záněty.....	17
1.4.1.1 Ošetřovatelská péče o dítě s vulvovaginitis.....	17
1.4.1.2 Ošetřovatelská péče o dítě se zánětem Bartholiniho žlázy.....	21
1.4.1.3 Ošetřovatelská péče o dítě s adnexitis.....	21
1.4.2 Ošetřovatelská péče o dítě se synechia vulvae infantum.....	22
1.4.3 Ošetřovatelská péče o dítě s poruchami menstruačního cyklu.....	23
1.4.3.1 Ošetřovatelská péče o dítě s primární amenoreou.....	24
1.4.3.2 Ošetřovatelská péče o dítě se sekundární amenoreou.....	25
1.4.3.3 Ošetřovatelská péče o dítě s juvenilní metrorrhagií.....	26
1.4.4 Ošetřovatelská péče o dítě s dysmenoreou.....	27
1.4.5 Ošetřovatelská péče u dítě s pubertas praecox.....	28

1.4.6 Ošetrovatelská péče o dítě s cizím tělesem v pochvě.....	29
1.4.7 Ošetrovatelská péče o dítě s úrazem rodidel.....	30
1.4.8 Ošetrovatelská péče o dítě s vrozenými vývojovými vadami rodidel....	
.....	31
1.4.8.1 Ošetrovatelská péče o dítě s poruchou průchodnosti hymenu, vaginy a dělohy	31
1.4.8.2 Ošetrovatelská péče o dítě s intersexuální malformací.....	33
1.4.9 Ošetrovatelská péče o dítě s nádorem rodidel.....	33
1.5 Pohlavní zneužívání a znásilnění.....	35
1.6 Intimní hygiena.....	37
1.6.1 Menstruační hygiena.....	38
1.7 Antikoncepce a sexuální výchova u dívek.....	41
1.8 Spolupráce s dětskými klientkami.....	44
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	46
2.1 Cíle práce.....	46
2.2 Hypotézy.....	46
2.3 Výzkumné otázky.....	46
3 METODIKA.....	47
3.1 Metodika práce.....	47
3.1.1 Metodika práce kvantitativního výzkumu	47
3.1.2 Metodika práce kvalitativního výzkumu.....	47
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	48
3.2.1 Kvantitativní výzkum.....	48
3.2.2 Kvalitativní výzkum.....	48
4 VÝSLEDKY.....	49
4.1 Analýza výsledků dotazníku s porodními asistentkami.....	49
4.2 Analýza rozhovorů s doprovodem.....	71
4.3 Analýza pozorování klientek dětské gynekologie.....	77
4.3.1 Souhrnné tabulky.....	95
4.4 Kazuistiky.....	98

5 DISKUZE.....	124
6 ZÁVĚR.....	131
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	133
8 KLÍČOVÁ SLOVA.....	139
9 SEZNAM PŘÍLOH.....	140

ÚVOD

Dětská gynekologie je oborem především preventivním, neboť včasným léčením gynekologických onemocnění, odhalováním vrozených vývojových vad a sledováním správného pohlavního dospívání dívky přispívá ke zdárnému vývoji ženské populace. V dětském věku se mohou vyskytovat téměř všechna gynekologická onemocnění jako u dospělé ženy. Přístup k dětským klientům je však zcela specifický a je na práci porodní asistentky, aby tato specifika znala a při vykonávání své praxe se jimi řídila.

Jedním z důležitých úkolů porodní asistentky pracující v oboru dětské gynekologie je psychická příprava dítěte na vyšetření. Přístup porodní asistentky ke klientce by měl být vždy individuální a vyšetření by mělo probíhat ve spolupráci s matkou nebo jiným doprovodem dítěte. Návštěva ordinace dětské gynekologie může být pro dítě velice stresující zážitek a tyto nepříjemné prožitky se mohou nepříznivě promítat do celého dalšího psychického vývoje dítěte. Je tedy nezbytné, aby porodní asistentky a lékaři pracující v oboru dětské gynekologie postupovali tak, aby nepříznivým psychickým komplikacím u dítěte předcházeli. Porodní asistentka též hraje důležitou roli v edukaci klientek a jejich doprovodu, měla by tedy být v tomto oboru dostatečně vzdělána a informována, aby mohla klientkám a jejich matkám podat dostatek informací o prevenci, hygienické péči o rodidla, o sexuální výchově a antikoncepci. Při kontaktu s klientkami by porodní asistentka měla navodit atmosféru důvěry, aby se jí klientky svěřily se svými zdravotními problémy a aby mohla odpovídat na jejich dotazy v rámci její kompetence.

Problematika oboru dětské gynekologie mě zaujala při své praxi u MUDr. Marcely Černé v gynekologické ambulanci v Děčíně, která zde při své praxi provozuje i ambulanci dětské gynekologie. Překvapilo mě, že o tomto oboru existuje jen velmi málo literatury a ještě méně dostupných informací o gynekologických problémech dětí pro matky, které by měly být o této problematice edukovány především.

1. SOUČASNÝ STAV

Dětská gynekologie je zařazována do oboru gynekologie a porodnictví. Tento obor kompletizuje gynekologickou péči na celý ženský věk. Především jde o disciplínu preventivní, která má za cíl prevenci poruch ženské plodnosti. Předpokladem toho, aby dospělá žena mohla otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě, jsou správně anatomicky vyvinutá rodidla s neporušenou funkcí (23, 14,17).

1.1 Historie dětské gynekologie u nás

Zakladatelem dětské gynekologie jako samostatného oboru byl profesor Rudolf Peter (1900-1966). 12. září 1940 otevřel první samostatnou ambulanci pro dětskou gynekologii v České dětské nemocnici na Karlově. Tato ambulance byla první nejen v Čechách, ale i první na světě. Prof. Peter s doc. Karlem Veselým napsal první monografii dětské gynekologie. Tato kniha vyšla v roce 1960 německy, s názvem Kindergynäkologie (23, 14).

Prof. Peter dále včlenil dětskou gynekologii do učebních materiálů a zkoušek na tehdejší Fakultě dětského lékařství a vzdělával též lékaře gynekology. Díky jeho knize a taktéž díky postgraduální výuce dětské gynekologie pro evropské lékaře se vžil pojem „Prager Schule der Kindergynäkologie“. Svým úsilím a snažením jeho nástupců dodnes zaujímá česká dětská gynekologie místo na špici tohoto oboru v celosvětovém měřítku (23, 14).

Už zakladatelé tohoto oboru zastávali názor, že dětskou gynekologii by neměl praktikovat kterýkoli gynekolog bez příslušného vzdělání a výcviku. Gynekologie dětského věku není jen mechanickou aplikací gynekologie na dětské klientky. Tento obor má specifické požadavky na práci s dětskými klientkami a zahrnuje specifickou komunikaci, správný psychologický přístup k pacientkám, ale i jiné způsoby vyšetřování(23, 12).

1.2 Vývoj pohlavních orgánů ženy

Vývoj pohlavních orgánů ženy závisí na přítomnosti estrogenu, jsou tedy estrogendependentní. Tento vliv se výrazně uplatňuje v období pohlavního dospívání (11).

1.2.1 Období neonatální (fetoneonatální)

Toto období šesti až osmi týdnů po porodu je charakterizované působením estrogenu, který buď pochází od matky a přešel transplacentárně v těhotenství, nebo je produkován ovarií dítěte díky stimulaci gonadotropními hormony placenty. Zevní rodidla včetně hymenu jsou prosáklá, zduřelá, v poševním vchodu se objevuje vazký hlen, který může být s příměsí krve. Zde je nutná edukace matky porodní asistentkou již na oddělení šestinedělí, aby jí výskyt slabého krvácení z rodidel u dítěte nezaskočil a zbytečně neděsil (20).

U novorozenců (chlapců i děvčat) se vyskytuje zduření prsní žlázy a někdy z bradavky odkapává mléčný sekret. Je důležité poučit matku, aby žlázu nedráždila, nesnažila se sekret vymáčknout a předešla tak možnému poranění křehkých bradavek novorozence (11).

V tomto období je děloha mírně zvětšená a dobře hmatná. Všechny tyto změny jsou fyziologické (11, 20, 14).

1.2.2 Období klidové (infantilní)

Toto období trvá do nástupu pohlavního dospívání, zhruba do osmého roku. Tato etapa se vyznačuje minimálními hladinami pohlavních hormonů, zejména estrogenů. Malé stydké pysky a hymen jsou jemné a labia majora je zcela zakrývají. Prsní žláza je taktéž v klidovém období a neliší se od chlapecké. Fyziologicky se neobjevuje žádný hlen ani výtok z rodidel (11, 14, 19, 20).

1.2.3 Období pohlavního dospívání

Pohlavní dospívání je období anatomických, funkčních a psychických změn dítěte. Puberta vrcholí až úplným dozráním systému hypotalamus - hypofýza - ovarium

- děloha. Objevuje se gonadarché, což je počátek produkce estrogenů v ovariu a postupně dochází k dozrávání reprodukční soustavy. Vlivem estrogenů jsou rodidla prosáklá a zduřují, hlavně labia majora a hymen (semilunaris – fimbriatus). Děloha se zvětšuje, zpočátku roste rychleji děložní tělo a jak děloha dále roste, zvětšuje se rozdíl mezi délkou děložního těla a hrdla. Estrogeny též ovlivňují poševní sliznici, začíná se objevovat glykogen a s ním i Döderleinův laktobacilus. V pochvě tímto vzniká kyselé pH, které je důležitým mechanismem ochrany rodidel před infekcí (11, 14, 19, 20).

Dochází také k růstu prsní žlázy (thelarché), která se může začít vyvíjet již od osmi let. Obvykle začíná jednostranně, rozdíl ve velikostech obou prsů se časem vyrovná. Lékaři posuzují vývoj dle Tannerovy klasifikace rozvoje prsů do pěti stadií. Spolu s hodnocením vývoje prsní žlázy se hodnotí přítomnost a rozsah pubického ochlupení, také dle Tannera. Začátek růstu (pubarché), obvykle následuje až po thelarché, je fyziologický od osmého do patnáctého roku. Axiální ochlupení se vyvíjí nejpozději, obvykle mezi devíti až sedmnácti lety (11, 14, 19, 20).

Pubertální změny vrcholí nástupem první menstruace (menarché) mezi deseti až patnácti lety. Obvykle u nás ve dvanácti a půl letech. Při nástupu menstruace není ještě reprodukční soustava zcela zralá, často se vykytují anovulační cykly, ze kterých se za čas stanou cykly ovulační. Častým problémem je bolestivá menstruace (dysmenorea), která se však objevuje jen u ovulačních cyklů (19, 20).

1.3 Ošetřovatelská péče o dítě během vyšetření

Gynekologické vyšetření dítěte či dospívající dívky musí respektovat anatomické zvláštnosti dětské reprodukční soustavy a je nezbytné jej provádět s vhodným psychologickým přístupem (25).

1.3.1 Psychická příprava

Jedním z úkolů porodní asistentky pracující v oboru dětské gynekologie je psychická příprava dítěte na vyšetření. Přístup porodní asistentky by měl být vždy individuální a vyšetření by mělo probíhat ve spolupráci s matkou nebo jiným

doprovodem dítěte. Musíme mít na paměti, že návštěva ordinace dětské gynekologie může být pro dítě velice stresující zážitek. Tyto nepříjemné prožitky se mohou nepříznivě promítat do celého dalšího psychického vývoje dítěte. Je tedy nutné, aby zdravotníci postupovali tak, aby předcházeli nepříznivým psychickým komplikacím u dítěte (1, 46).

Dítě přichází do ambulance dětské gynekologie s doprovodem, kterým obvykle bývá matka nebo babička. V ideálním případě přichází na doporučení pediatra, neboť pediatri by měli být s problematikou dětské gynekologie seznámeni a měli by rozeznat gynekologické obtíže dítěte a odeslat jej k příslušnému specialistovi. Druhou možností je, že dítě přichází s doprovodem přímo z domova v případě, kdy si rodina všimla nějakého problému, který dívku sužuje (31).

Dozví-li se matka, že její dítě musí být gynekologicky vyšetřeno, často se vyděsí. To pramení z neznalosti veřejnosti o oboru gynekologie dětí. Matky mnohdy ani netuší o možnosti, že může jejich dcera gynekologicky onemocnět. Mají zkreslené představy o způsobu gynekologického vyšetření, které se bude u jejich dítěte provádět. Bojí se, aby lékař, který bude dívku vyšetřovat, jí neporušil panenskou blánu. Porodní asistentka by proto měla matce nejprve vysvětlit průběh gynekologického vyšetření u její dcery, aby se matka uklidnila a nepřenášela svůj strach na dítě. V ideálním případě by matka připravila dítě na vyšetření už doma, v mezích chápání konkrétního dítěte. Dítěti je třeba nejprve vysvětlit, proč musí vyšetření prodělat a jak bude probíhat. Je možnost vyšetření s dítětem i nacvičit, např. polohu, kterou bude zaujímat při vyšetřování, a na závěr dítě pochválit za spolupráci a statečnost (1, 11).

Porodní asistentka by měla nejen umožnit, ale je její povinností zajistit, aby byla matka přítomna po celou dobu vyšetřování malých dětí. Také to bývá většinou ona, která zajišťuje vybavení čekárny a ordinace hračkami a dekoracemi, které odvedou pozornost dětí před mnohdy nepříjemnými zákroky a vyšetřeními. Všechny pomůcky např. jehly a injekční stříkačky, by měly být uklizené, aby pohled na ně dítě při vstupu nevyděsil. Asistentka i lékař může také nechat dítě, aby si mohlo osahat některé nástroje, které se budou při vyšetření používat, ale opět s ohledem na situaci, abychom nedocílili opačné reakce (1, 46)

1.3.2 Ošetrovatelská péče při získávání anamnézy dítěte

Anamnéza se provádí metodou rozhovoru jak s matkou, tak s dítětem. Povinností lékaře a porodní asistentky je zajistit přítomnost matky po celou dobu vyšetření dítěte. Dospívající dívky si někdy mohou přát, aby jejich matka vyšetření nebyla přítomna. Může se stát, že se dívka o některých věcech buď stydí nebo se obává před matkou mluvit. V tomto případě je na rozhodnutí lékaře, zda bude přání klientky respektovat. Není-li u vyšetření dítěte přítomna matka, je povinností lékaře po vyšetření dívky její matku o výsledku vyšetření informovat. Přístup porodní asistentky a lékaře ke klientce i její matce ovlivňuje množství informací, které jim poskytnou (11).

1.3.3 Ošetrovatelská péče při fyzikálním vyšetření dítěte

Při vyšetření pohledem si lékař a porodní asistentka všímá celkového vzhledu a utváření postavy, zejména je-li podezření na endokrinní poruchu, poruchu dospívání, poruchu cyklu, nebo na pohlavní zneužití. Musí se také posoudit vývoj sekundárních pohlavních znaků dle Tannera. Dále se provádí aspekce zevních rodidel na gynekologickém vyšetřovacím stole. Před vyšetřením je nutná psychická příprava matky i dítěte. S dítětem by při vyšetření měla být matka a také porodní asistentka. Sleduje se čistota zevních rodidel (například výskyt zbytků stolice, fluor), krvácení, případný zápach, poranění, vzhled labií, klitorisu, ústí močové trubice, hymenu, hráze a anu (9, 25).

Dále provádíme palpaci a perkusi oblasti podbřišku. Před gynekologickým vyšetřením je nutné, aby dítě mělo vyprázdněný močový měchýř. O tomto musí včas edukovat matku a dítě porodní asistentka. Vyšetření se provádí v gynekologické poloze, postupujeme jemně, od oblasti, kterou dítě označilo jako nebolestivou, k oblasti bolestivé. Porodní asistentka spolu s matkou dítě uklidňuje, protože pláče-li dítě, napíná se břišní stěna a palpační vyšetření nelze provést. Asistentka také dítě změří, zváží a výsledek srovná s populační normou (9,11).

1.3.4 Ošetrovatelská péče o dívku při gynekologickém vyšetření

Porodní asistentka zajistí přítomnost doprovodu při vyšetření dítěte a před gynekologickým vyšetřením a vlastním vstupem do ordinace se dívka svlékne v kabině nebo za plentou. Je prospěšné, když je v kabině i porodní asistentka. Lze tím odhalit možné hygienické zlozvyky, jako je například svlékání spodních kalhotek přes obuv, sedání si na židli s nahými hýžděmi. Také tím lze zjistit hygienický stav spodního prádla a jeho vhodnost. Ne vždy je toto však možné. Dále přichází dítě s matkou nebo jiným doprovodem do ordinace, kde bude vyšetřováno (9, 15, 60).

Samotné gynekologické vyšetření probíhá na gynekologickém vyšetřovacím stole v gynekologické poloze. Porodní asistentka dítě uvede do správné polohy na zádech, kdy má dítě hýždě na okraji stolu, kyčle i kolena jsou flektovány a stehna jsou v abdukci. Dítě by mělo mít nablízku matku, a ta jej může při vyšetření držet za ruku. Porodní asistentka by měla být přítomna celému vyšetření, uklidňovat dítě spolu s matkou a přidržovat dítěti dolní končetiny, je-li neklidné. Také asistuje lékaři při vyšetření (9, 11).

Po vyšetření podá asistentka dítěti buničinu, aby si mohlo otřít konečník (po rektální palpaci) a dále sleduje dítě, jakým způsobem se otírá. Tímto se dá odhalit nesprávný postup otírání. Správný postup je jedním tahem zepředu dozadu (9).

1.3.4.1 Vyšetření vaginy a cervixu u dítěte

Vyšetření pochvy a děložního hrdla se zachováním hymenu se provádí pomocí vaginoskopu. Jde o endoskopickou metodu, kdy se vaginoskop zavádí v gynekologické poloze otvorem v hymenu. Lze jím sledovat charakter a vzhled poševní sliznice, výskyt fluoru, odběr biologického materiálu a odstranění cizích těles pomocí klíštěk. Zavádění vaginoskopu není bolestivé, problémem bývá strach dítěte z vyšetření a jeho neklid. Porodní asistentka musí před vyšetřením dítěte provést psychickou přípravu a při vyšetření spolu s matkou odvádět pozornost od výkonu (9, 11, 60).

1.3.4.2 Bimanuální palpační vyšetření

Toto vyšetření se provádí pohmatem, kdy se prst (malík, ukazovák dle stáří dítěte) zasune do rekta a druhou rukou se přes stěnu břišní vyhmatává děloha a ovaria. Tím se zjišťuje jejich uložení, velikost a bolestivost. Vyšetřuje se v gynekologické poloze a před zavedením prstu se na rukavici nanese dostatečné množství lubrikačního gelu. Před vyšetřením je opět nutná psychická příprava ze strany porodní asistentky a matky dítěte. Nejprve lékař společně s porodní asistentkou dítě edukují o průběhu vyšetření formou, kterou je schopno pochopit. Při vyšetření je nutné, aby se dítě uvolnilo a nestahovalo pánevní dno. Často nepomáhá žádost, aby se uvolnilo, a tak je lepší menším dětem toto vysvětlit názorně. Porodní asistentka nebo lékař může dítěti ukázat svůj prst a poukázat na to, že je určitě slabší než stolice dítěte. To pomůže tomu, aby se dítě vyšetření nebálo. Nebo lze vyzkoušet pokus s tím, že se dítě pokouší zasunout prst do pevně sevřené pěsti porodní asistentky nebo lékaře. Sevření poté porodní asistentka nebo lékař uvolní a prst dítěte se do pěsti lehce zasune. S náležitým vysvětlením dítě pochopí, že se má při vyšetření uvolnit. Toto po edukaci porodní asistentky může s dítětem zkusit doma i jeho matka (11).

1.3.4.3 Ultrazvukové vyšetření

U dětí se provádí nejčastěji pomocí abdominální sondy a vyšetření je tedy nebolestivé. Také lze vyšetřovat transperineálně nebo intraanálně. Ve výjimečných situacích lze provést také transrektálně. To je ale pro dítě velice nepříjemné a je doporučováno jen v opravdu nejnutnějších případech. Ultrazvukem se dají odhalit různé vrozené vývojové vady dělohy, velikost endometria a vzhled ovarií. Mnohé děti však mají z vyšetření strach a vždy je nutné děti psychicky připravit, aby byly při vyšetření klidné. Vhodná je například formulace, že dítěti namažeme bříško bílou marmeládou a paní doktorka mu bude po bříšku jezdit takovou malou studenou žehličkou. Takto malé dítě průběh vyšetření pochopí a bude se méně bát. Většinou tedy není třeba používat sedace nebo anestezie (11, 50).

Porodní asistentka musí dopředu edukovat matku o tom, že před ultrazvukovým vyšetřením je nutné, aby mělo dítě plný močový měchýř. Plný močový měchýř totiž umožňuje dobrou viditelnost orgánů (11, 50).

Někdy děti snášejí s obtížemi stav, kdy mají plný močový měchýř a lékař jim sondou pohybuje po oblasti břicha. Někdy může dojít i k pomočení dítěte. V takovém případě je nutné uklidnit matku i dítě, že je vše v pořádku, a že takové nehody se občas stávají. Starší dívky toto vyšetření snášejí bez problémů (11).

1.3.5 Odběry biologického materiálu z vaginy u dětí

Lze provádět odběry na vyšetření mikroskopické, kultivační a hormonálně cytologické. Zejména pro mikrobiologické vyšetření je vhodné použití vaginoskopu, protože se odběrová špetička nekontaminuje o zevní rodidla. Dalším důvodem je, že odběr materiálu suchou špetičkou může být pro dítě více nepříjemný než se zavedeným vaginoskopem. Úloha porodní asistentky spočívá v edukaci dítěte a matky před samotným odběrem. Zkušená porodní asistentka může tyto odběry provádět sama (17, 25).

1.4 Ošetrovatelská péče porodní asistentky u dítěte s gynekologickým onemocněním

1.4.1 Ošetrovatelská péče o dítě s gynekologickými záněty

Nejčastějším gynekologickým onemocněním dětského věku je zánět zevních rodidel a pochvy, tedy vulvovaginitis. Ze zánětů se dále často vyskytuje zánět děložních přívěšků, adnexitis (57).

1.4.1.1 Ošetrovatelská péče o dítě s vulvovaginitis

Příznakem tohoto zánětu je výtok, fluor vaginalis. Vznik i druh zánětu je závislý na vývojovém období, ve kterém se děvče nachází. Některé druhy patogenů způsobující záněty jsou vázány na estrogenizovaný terén, jiné na terén neestrogenizovaný (26).

V novorozeneckém období se objevuje fyziologický výtok nazývaný fluor neonatalis purus. Důsledkem estrogenizace je proliferace poševního epitelu, výskyt Döderleinova laktobacilu a produkce hlenu žlázkami děložního hrdla. Tento výtok neobsahuje patogenní flóru ani leukocyty. S poklesem hladiny hormonů tento výtok mizí. Už na oddělení šestinedělí by porodní asistentka měla matku o výskytu tohoto výtoku vhodnou formou informovat a případně uklidnit, že se jedná o fyziologický stav. V tomto období se může objevit i patologický výtok, fluor neonatalis mixtus. Etiologií tohoto zánětu je přenos patogenů při porodu z porodních cest matky nebo postnatálně ze zanedbávání hygienické péče matkou. Novorozenec má prosáklá, zduřelá rodidla, mohou být macerovaná od výtoků, s ragádami kůže a sliznice. Otvorem v hymenu odtéká hojný hnisavý výtok, který stéká až do anální krajiny. Cílem by mělo být důsledné léčení kolpitid u těhotných žen před porodem. Porodní asistentka pracující na oddělení šestinedělí by měla maminky edukovat o základních hygienických pravidlech péče o novorozenecká rodidla. Pečlivé umytí rukou před každým přebalováním, důsledné omývání rodidel po stolici, časté přebalování a péče o genitál novorozence hraje důležitou roli v rámci prevence tohoto onemocnění (9, 14, 17, 27, 31, 57).

V klidovém období nejsou rodidla dítěte pod vlivem estrogenů, a tudíž je prostředí pochvy bez mikroorganismů, laktobacilu a leukocytů. Vyskytne-li se v tomto období výtok, jde vždy o fluor mixtus. Nejčastějším zdrojem nákazy je gastrointestinální trakt. K přenesení patogenní flóry dochází nejčastěji chybnou technikou hygieny po stolici, kdy si dítě otírá konečník tahem papíru zezadu dopředu, otírá-li se několikrát stejným papírem, nebo je-li hygiena nedostatečná, zbytky stolice se prádlem a případným škrábáním mohou zanechat do rodidel. Tyto patogeny mohou také přenášet střevní parazité, zejména roupi. Roup v noci opouští rektum a klade vajíčka v okolí anu, to způsobuje svědění a dítě si samo zanesení střevní flóru do rodidel, nebo se roup do rodidel dostane sám. Infekce také mohou vznikat tehdy, kdy si dítě zavádí do pochvy různá cizí tělesa, nedostatečnou hygienou spodního prádla, nesprávnými návyky při oblékání (např. navlékání kalhotek přes obuv), při místních i celkových infekcích (např. při angíně, zánětech středního ucha), z influxu moči

do pochvy u bakteriurie, hraje-li si dítě s rodidly a při pohlavním zneužívání. U neestrogenizovaných dětí vzniká snadno gonorea, protože je v pochvě zvýšené pH. Zjistí-li se u dítěte, že trpí gonoreou, musí se vždy myslet na možnost pohlavního zneužívání. K nákaze může vzácně dojít při špatných hygienických zvycích přenosem od jiných členů rodiny. Nejvýraznějším příznakem je hojný výtok z rodidel, který může být různého charakteru (bílý, škrbovitý, hlenový, hnisavý žlutý až do zelena, nahnědlý, s příměsí krve, zpěněný). Dítě pociťuje pálení a svědění rodidel, pálení při močení (pseudodysurie) a škrábe si oblast genitálu. Rodidla jsou zarudlá a opružená od výtoku. Dítě bolí břicho, a nepřiměřeně pláče (9, 14, 17, 26, 27, 31, 57, 35).

Nedodržování hygienických zásad může u dítěte způsobit vleklé záněty, které mu způsobují velký dyskomfort, dítě může být podrážděné, nevrle, roztěkané a vulvovaginitida může způsobit infekce močových cest. Může také získat strach ze zdravotníků z důvodu častých a nepříjemných prohlídek a léčebných zákroků. Takové děti často nespolupracují a bez analgosedace u nich vyšetření někdy vůbec nelze provést. Proto musíme klást zvláštní důraz na prevenci těchto obtíží, abychom těmto důsledkům předešli a také aby z vleklých zánětů nevznikla u dítěte v budoucnu porucha plodnosti (11, 14, 17, 26, 27, 31, 57).

Porodní asistentka na dětské gynekologii by měla informovat matku o podstatě tohoto onemocnění, o výtoku, který by se v tomto období fyziologicky neměl vyskytovat. V hygienické péči by měla porodní asistentka doporučit sprchování, oděvy z prodyšných materiálů, nejlépe bavlněné, informovat o nevhodnosti používání klasického parfémovaného mýdla k mytí genitálu a doporučit používání mýdel pro intimní hygienu a oplach rodidel čistou vodou. Také je nezbytné podat matce a dítěti informace o správné technice hygieny po stolici - otírání jedním tahem zepředu dozadu, častá výměna spodního prádla, u hojného výtoky používání slipových vložek. Edukaci dítěte provádí lékař a porodní asistentka vhodnou a srozumitelnou formou, nejlépe ve spolupráci s matkou. Škrábe-li si dítě genitál, matka by ho za to neměla trestat, ale spíše pokusit se odvést jeho pozornost hračkou nebo jiným předmětem (11, 14, 17, 26, 27, 31, 57).

V období pohlavního dospívání se vlivem estrogenů začíná u dítěte objevovat fluor pubertalis purus, což je čirý hlen a je příznakem blížícího se menarché. Tento fluor je fyziologický, neobsahuje patogeny, ale některé dívky jeho vlhkost a kyselost vnímají nepříjemně. Matky s dcerami s tímto výtokem často přichází k lékaři a dožadují se léčby. Je tedy nutné příčinu tohoto výtoku matkám i dívkám vysvětlit a jediné, co jim lze doporučit, je šetrný oplach (alkalizace) zevních rodidel roztokem zažívací sody a nošení slipových vložek (57).

Je-li pochva kolonizována nějakým druhem patogenů, vzniká fluor pubertalis mixtus se stejným spektrem nálezů jako u dospělých žen. V tomto období je největší výskyt mykóz způsobených estrogenizací pochvy, chybnými způsoby intimní hygieny (nošení neprodyšného oblečení, parfémovaná mýdla, alergizující prášky na praní), užíváním antibiotik. Vlivem estrogenizace také vzrůstá incidence trichomonázy. Dívka se jí mohla nakazit už v klidovém období a vlivem estrogenů trichomonáza vzplane do akutní formy. Často se v tomto období vyskytuje nespecifická bakteriální vaginóza. Dívka má naředlý, řídký výtok s rybím zápachem. Cesta přenosu bývá spíše pohlavní cestou, ale může být i nepohlavní. Výskyt Chlamydia trachomatis lze zaznamenat jen u pohlavně žijících dívek, nález může prokazovat sexuální zneužívání. U sexuálně aktivních dívek může lékař diagnostikovat všechny formy sexuálně přenosných chorob. Z virových onemocnění herpes genitalis, který se může přenášet jak cestou nepohlavní (petting), tak cestou pohlavní. Léčení vulvovaginitid je především místní - zavádění poševních tablet, krémů a čípků hymenálním otvorem (17, 57).

Vyškolená porodní asistentka může sama odhalit příčinu výtoku a také ji pomáhá odstraňovat. Spolupracuje s klientkou a její matkou při léčbě těchto obtíží. Jelikož si většina dětí neumí léky sama aplikovat, musí jim s aplikací poradit, pomoci, nebo ji provést sama. Před zavedením některých čípků nebo tablet je nutné pochvu instrumentálně vypláchnout. To se většinou provádí v ambulancích dětské gynekologie, kam dítě s matkou denně dochází. Před výkonem je nutná psychická příprava dítěte i matky (stejná jako před gynekologickým vyšetřením). Po výplachu se aplikuje čípek nebo tableta pinzetou nebo zavaděčem hluboko do pochvy. Je také nutné edukovat matku o zavádění léků, postup jí podrobně vysvětlit a předvést. Většina matek

to bez potíží zvládá. Větší dívky si jsou po edukaci porodní asistentkou schopny lék zavést samy (11, 17, 57).

1.4.1.2 Ošetrovatelská péče o dítě se zánětem Bartholiniho žlázy

Vulvovaginitida se může u dospívajících dívek vzácně rozšířit na Bartholiniho žlázu, zánětem se uzavře její vývod a vznikne absces. Velký stydký pysk zduří, je rudý a nesmírně bolestivý. Dívka nemůže sedět ani chodit. Léčba je chirurgická, v celkové anestezii se provede incize a drenáž abscesu. Porodní asistentka musí být dospívající dívka psychickou oporou, protože je onemocnění velmi bolestivé. Lékař i porodní asistentka by měli matce i dívce poskytnout dostatek informací o onemocnění a léčbě, uklidnit ji a zbavit případného strachu (9).

1.4.1.3 Ošetrovatelská péče o dítě s adnexitis

Adnexitis postihuje dívky, které procházejí, nebo už prošly pubertou. Infekce přechází většinou z gastrointestinálního traktu, nejčastěji při appendicitis. Může také vzniknout ascenzí z nižších partií rodidel a také hematogenní cestou (například při tonsillitis chronica). Příznakem onemocnění je bolest v podbříšku, nejčastěji vpravo, popřípadě celého. Bolest nebývá silná, je charakterizována spíše jako pobolívání, které se zhoršuje při otřesech nebo změnách polohy. Dívky mají subfebrilie, trpí dysmenoreou, která je i u dívek, které dysmenorheou obvykle netrpí. Může se vyskytovat i výtok z rodidel (31, 53).

Vyšetření je u dívek, které jsou virgo, bimanuální palpační. Dále se provádí ultrazvuk malé pánve, někdy je prováděna laparoskopie u dlouhotrvajících pelvipatií. Existuje i chronická forma adnexitis, její příznaky jsou méně výrazné. Léčí se celkově, podáním antibiotik, buď v domácím nebo nemocničním prostředí. Jelikož má adnexitida u dívek tendenci k chronicitě, měla by být součástí léčby též balneoterapie na speciálním pracovišti, kde se zabývají dětskými gynekologicky nemocnými pacientkami, nejlépe půl roku po doléčení. Přejde-li do chronicity, často dívku toto onemocnění omezuje ve školní docházce, zužuje výběr vhodných sportů a výběr

povolání. Pro exacerbaci onemocnění působí nepříznivě vlhko, chladno a otřesy. Porodní asistentka by měla matku i dívku informovat o léčebném režimu (v rámci její kompetence) například o nevhodnosti koupání a upřednostňování sprchování, nefarmakologických metodách tišení bolesti, o omezení sportovní aktivity (např. nebezpečí otřesů) při onemocnění (11, 53).

Porodní asistentka by také měla mít dostatek znalostí týkajících se balneoterapie a průběhu lázeňské léčby. Dříve se děti léčily ve Františkových Lázních (od roku 1967). Bylo zde specializované sanatorium zaměřené na dětskou gynekologii. Koncem roku 2007 byly lázně dětským gynekologickým klientkám uzavřeny a dívky se mohou léčit v Annenských slatinných lázních Bělohrad (36, 37).

Nejzávažnějším důsledkem adnexitidy je riziko poškození vejcovodů. Vlivem zánětlivých změn může dojít až k poškození průchodnosti vejcovodů nebo až k jejich úplnému uzavření. Dívka může mít v dospělosti poruchy fertility (jako je primární sterilita nebo graviditas extrauterina) (14, 53).

1.4.2 Ošetrovatelská péče o dítě se synechia vulvae infantum

Toto onemocnění vzniká slepením (konglutinací) protilehlých stěn poševního introitu u dětí. Vzniká v klidovém období, zhruba do pěti let věku dítěte. Ke konglutinaci může dojít vlivem nedostatečné hygieny (stačí dva týdny). Tento srůst je nejprve velmi tenký a průsvitný, ale časem se ztlušťuje a může být až kožovitý. Existují tři typy tohoto srůstu: synechia vulvae dorsalis, synechia vulvae medialis a synechia vulvae ventralis (14, 58).

Synechia zpravidla nezpůsobuje dítěti bolest a nevšimne-li si matka změny proudu moči, může být dlouhou dobu neléčena. Proto by součástí preventivních pediatrických prohlídek měla být i prohlídka zevního genitálu dítěte. Větší děti si mohou stěžovat na pálení při močení, kdy setrvávající moč dráždí vestibulum pochvy (12, 14, 58).

Menší synechie se dají rozrušit oddálením anatomických struktur pomocí palců na každé straně synechie. Blanité větší synechie se rozrušují pomocí anatomické pinzety

zavedené pod synechii. Kožovité velké synechie, se rozrušují termokauterem či laserem. Po rozrušení se aplikuje do místa synechie epitelizační mast (58).

Porodní asistentka by už na oddělení šestinedělí měla maminku poučit o péči o ženská rodidla u novorozence. Rodidla by se měla denně při koupání pečlivě umýt a vyčistit tak, že se velké stydké pysky oddálí prsty a jemně se odstraní nečistoty, hlavně bílý mázek (smegma). K tomu je vhodné neparfémované dětské mýdlo. Má-li dítě sklon k synechiím, doporučuje se občasné promazávání rodidel dětským olejem. Nejen porodní asistentka na dětské gynekologii, ale i dětská sestra pracující v ordinaci lékaře pro děti a dorost, by měla matku edukovat o prevenci vzniku synechií a měla by jí poskytnout dostatek informací k péči o dětská rodidla. Matka musí také naučit dítě, jak se starat a hygienicky pečovat o svůj genitál, jako součást preventivních opatření (11, 58).

1.4.3 Ošetrovatelská. péče o dítě s poruchami menstruačního cyklu

Fyziologický nástup menstruace je kolem desátého až patnáctého roku, průměrně ve dvanácti a půl letech. Věk nástupu menarché je ovlivněn například genetickými vlivy nebo tělesnou hmotností (procento tělesného tuku). V tomto období se teprve upravuje souhra na ose hypotalamus – hypofýza – ovarium. Vzhledem k tomu, že systém není zcela zralý, může v tomto období (až dvou let) docházet k poruchám cyklu ve smyslu pravidelnosti. Často se vyskytují anovulační cykly bez vytvoření corpus luteum, a tedy bez progesteronu, a poklesne-li náhle hladina estrogenu, dívka začne krvácet. Při anovulačních cyklech nemusí mít dívka žádné problémy a cyklus může být i přesto pravidelný (11, 29).

Pro orientaci v menstruačních cyklech je důležité vedení menstruačního kalendáře. Nejlepší situací je ta, kdy matka, která si sama vede svůj menstruační kalendář, naučí vést si záznamy o menstruaci i svou dceru. Naopak, nevede-li si matka o menstruaci žádné, nebo jen sporé záznamy, dítě není motivováno. Menstruační kalendář by si dívka měla vést již od první menstruace, aby se pro ní zaznamenávání stalo automatickou záležitostí. O důležitosti vedení menstruačního kalendáře by měl dívku i její matku informovat jak dětský gynekolog nebo pediater, tak porodní asistentka

pracující na dětské gynekologii. Jelikož se pediatr setkává s dítětem daleko častěji než dětský gynekolog, zvláště nemělo-li dítě doposud žádné gynekologické problémy, měl by jak matce, tak dítěti poskytnout dostatek informací o menstruaci, a to ještě před jejím nástupem. Ideálně kolem jedenáctého roku věku by mělo dítě obdržet od pediatra menstruační kalendář s vysvětlením jak si menstruaci zapisovat (11, 17, 29).

Někdy je pro dítě snazší hovořit o tomto citlivém tématu s porodní asistentkou nebo dětskou sestrou u pediatra. Zdravotní sestra nebo porodní asistentka by si měla na tento rozhovor udělat dostatek času, zajistit klid a intimní prostředí. Je třeba dívky edukovat o fyziologické délce cyklu, která je od dvaceti tří do třiceti pěti dní, ideálně dvacet osm dní, a zdůraznit, že se počítá od prvního dne krvácení do prvního dne následujícího krvácení. Další důležitou součástí edukace je doba trvání menstruace, což je fyziologicky tři až sedm dní a množství krevní ztráty je osmdesát až sto padesát mililitrů. Toto můžeme dívce demonstrovat na graduované skleničce, čímž dívka snadno pochopí, o jak malou ztrátu krve jde. K pochopení celé problematiky pomůže, dáme-li dívce s sebou domů brožurku o menstruaci, kde se může dočíst vše o menstruačním cyklu, potížích při menstruaci, hygieně, menstruačních vložkách a samozřejmě o antikoncepci a pohlavním životě. Většinou bývá součástí těchto brožur i menstruační kalendář, kam si dívka zaznamenává dny, ve kterých menstruovala a sílu krvácení. Tyto brožury se v dnešní době dostávají i do základních škol a tím se zvyšuje povědomí dívek o menstruaci. Samozřejmě musí porodní asistentka vytvořit prostor pro případné dotazy dítěte (11, 51).

1.4.3.1 Ošetřovatelská péče o dítě s primární amenoreou

Dívka by měla začít menstruat do věku patnácti let a pediatr, dětský gynekolog nebo porodní asistentka by se měli o nástup menstruace u dívky aktivně zajímat. Nezačne-li dívka do patnácti let menstruat, je nutné, aby dívka navštívila dětského gynekologa. Primární amenorea se nejčastěji vyskytuje u vrozených vývojových vad vnitřních rodidel, a to zejména u aplázie pochvy, dělohy atd. Také se může objevit při diabetu, u poruch funkce nadledvin a štítné žlázy. Další možnou příčinou je nadměrná produkce androgenů (např. při adrenogenitálním syndromu).

Opožděný nástup menstruace (kolem šestnáctého roku), však nemusí znamenat přítomnost nějakého onemocnění, ale může být způsoben například geneticky nebo nízkou tělesnou hmotností dívky. Problém to bývá u sportovkyň (například baletky, krasobruslařky, gymnastky), které mají malé procento tělesného tuku, ve kterém probíhá část látkové přeměny pohlavních hormonů. Obvykle dívka nezačne menstruat, nedosáhne-li její váha čtyřiceti sedmi kilogramů (11, 29).

Primární amenorea se projevuje jak nenastupující menstruací, tak chyběním sekundárních pohlavních znaků, které by se měly začít rozvíjet kolem dvanáctého roku věku. Tento stav je způsoben chyběním pohlavních hormonů, což má nepříznivý účinek na vývoj dělohy a kostry dívky. Chybí-li v období od dvanácti do osmnácti let estrogeny, v kosterní soustavě se nedostatečně ukládají minerály a důsledkem může být až předčasná osteoporóza, která se projeví až o dvacet let dříve, než u zdravé ženy. Není-li porucha včas léčena dívka má hypoplastickou dělohu a v dospělosti může mít poruchu fertility (26, 29).

Pro dívku je pozdní rozvoj sekundárních pohlavních znaků stresující, neboť v tomto období zaostává za ostatními dívkami. Dívka je vystavena velkému psychickému tlaku ze strany okolí, zvláště ze strany dospívajících chlapců. Dívka pak trpí komplexy méněcennosti, a proto je zde nutný obzvláště citlivý přístup zdravotnických pracovníků a rodiny. Porodní asistentka by měla děvče i její matku uklidnit a psychicky podpořit. Porucha poměrně snadno léčitelná hormonálními preparáty (11).

1.4.3.2 Ošetrovatelská. péče o dítě se sekundární amenoreou

V období dospívání je menstruační cyklus více labilní a je citlivější na zevní vlivy jako je stres, změna životního stylu, fyzická zátěž. Nejčastější poruchou menstruačního cyklu je oligomenorea, kdy menstruace po sobě následují za více než třicet pět dní až několik měsíců. Častou příčinou oligomenorey až amenorey je mentální anorexie. U tohoto onemocnění dochází k poruše vnímání vlastního těla a dívka úmyslně redukuje (nadměrně) svoji hmotnost. K poruchám menstruačního cyklu dochází po náhlé redukci hmotnosti o patnáct až dvacet procent tělesného tuku. Někdy

může amenorea předcházet poklesu tělesné hmotnosti, protože endokrinní systém je citlivý na omezení příjmu potravy. Dívka má nedostatek estrogenů, což způsobuje atrofizaci genitálu, prsů a postupně dochází k rozvoji osteoporózy. Dále dívka může trpět hypothyreózou, má bradykardii, je podrážděná, psychicky labilní a sebepodceňuje se. Léčba mentální anorexie je svízelná, ve většině případů je nutná psychologicko – psychiatrická léčba. S normalizací tělesné hmotnosti se většinou objeví i menstruace, ale může se stát, že se menstruační cyklus neobnoví. To může být známkou nutriční nevyváženosti nebo přetrvávání anorektického chování. I po nástupu menstruace mívají dívky poruchy ovulace. Problémem je, že i po léčbě přetrvává zvýšená vnímavost k vlastní hmotnosti a dívka má tendence k jejímu snižování (29, 38).

Komunikace s těmito klientkami je obtížná, jelikož jim v mnoha případech amenorea vyhovuje, necítí se být nemocné a nemají ochotu a motivaci k léčení. Proto musí být přístup zdravotnických pracovníků trpělivý a citlivý, aby klientka neztratila pocit důvěry. Důležitá je též spolupráce s rodinou klientky, aby pochopila závažnost stavu dívky, dohlížela na užívání léků a byla pro dívku psychickou oporou (11, 17).

Pro léčbu sekundární amenorey je důležité zjistit její příčinu. Provádí se gynekologické vyšetření, ultrazvuk a dále se stanoví hladiny hormonů. Dívky, které mají amenoreu do dvou let po menarche se většinou neléčí - jedná se o anovulační cykly bez hormonálního spádu. U ostatních případů se léčí hormonálními preparáty a doporučuje se lázeňská terapie (29).

1.4.3.3 Ošetrovatelská. péče o dítě s juvenilní metrorrhagie

Juvenilní metrorrhagie je častá forma dysfunkčního děložního krvácení související s anouvalčními cykly a vyskytuje se nejčastěji šest měsíců po menarche. Endometrium je hyperproliferační až hyperplastické a odlučuje se nedokonale, nerovnoměrně a dlouhodobě. Nástup bývá nenápadný, někdy po období sekundární amenorey nebo navazuje na stupňující se a prodlužující se krvácení. Dívky si společně s matkami často na nepravidelné, dlouhotrvající a silné krvácení zvykají, mohou je bagatelizovat a lékaře mnohdy nenavštíví. Při dlouhotrvajícím krvácení je děloha

hypotonická v důsledku hypoxie a krvácení se stále zesiluje. Dívka může mít kolapsové stavy, zvrací a pociťuje bolestivost v oblasti podbřišku (11, 12, 26, 31, 56).

Při vyšetření je důležitý podrobný sběr anamnézy, porodní asistentka a lékařka se ptají na horečnatá onemocnění, poruchy srážlivosti krve a na přesný záznam intenzity a délky krvácení. Děvče by si svůj menstruační kalendář mělo nosit na každou prohlídku u dětského gynekologa, jelikož jsou přesné záznamy o menstruaci důležitým vodítkem k léčbě této poruchy. Léčba má několik fází, nejprve se malou dávkou estrogeneru s progesteronem zastaví krvácení. Následuje pauza tří až pěti dnů, kdy se dostaví odlučovací krvácení a tím se děloha zbaví dysfunkční sliznice. Je nutné poučit matku i dívku o průběhu léčby, zapisování si síly krvácení a dodržování klidu na lůžku u velmi silného krvácení. V ostatních případech se doporučuje klidový režim, bez sportovních aktivit. Upravují se hodnoty krevního obrazu podáváním preparátů železa, kyseliny listové nebo v těžkých případech je nutné přikročit k podání transfuze. Porodní asistentka může dívce doporučit potraviny bohaté na železo a kyselinu listovou, aby dívka mohla tyto látky přijímat i jinou formou než je tabletová (26, 29, 31, 49).

1.4.4 Ošetřovatelská péče o dítě s dysmenoreou

Dysmenorea je souhrn subjektivních obtíží vázaných na menstruaci. Vzniká většinou dva až tři roky po menarché a je vázaná na ovulační cyklus. Dívka má bolesti v podbřišku a v křížové krajině, obvykle v den začátku menstruace, může mít nauzeu až zvracení, průjem a bolesti hlavy. Někdy se mohou vyskytovat až kolapsové stavy a psychické příznaky. Intenzita bolesti bývá různá až po bolest zcela ochromující veškerou činnost. Po začátku krvácení obvykle přechází do mírnější formy a odeznívá, ale někdy může přetrvávat po celou dobu menses (9, 11, 47, 51).

Dysmenorea se řadí mezi psychosomatická onemocnění a dívky, které vnímají menses jako normální projev zdraví, trpí dysmenoreou méně. Velkou roli zde hraje to, jak matka připraví svou dceru na menstruaci a jak k ní sama přistupuje. Úlohou porodní asistentky je dívku o dysmenoree poučit, vysvětlit jí příčinu a také poradit s nefarmakologickými metodami léčení, jako je vlažná sprcha nebo aplikace hřejivých náplastí, které se nalepí na spodní kalhotky a několik hodin vydávají příjemné teplo. Je

také důležité poučit matku, aby dívka paušálně nedávala analgetika, která například sama užívá. V některých případech lze doporučit rehabilitační cvičení, protože dysmenorea může mít také souvislost s organickými poruchami v oblasti páteře. Lze užívat i bylinky jako je třezalka, kozlík, chmel, meduňka a řebříček. Z těchto bylinek je možné připravovat čaje, ale je důležité nepít stále stejný, ve větším množství a po delší dobu. Čaj by se měl užívat jen po dobu menstruace a ne celý měsíc. Z vitamínů lze doporučit vitamíny skupiny C, B a E, z prvků hořčík a vápník. Porodní asistentka může doporučit různá cvičení jako je jóga, cvičení ve vodě, na míči, u větších dívek cvičení podle Mojžíšové a aromaterapii (5, 9, 11, 34, 43).

1.4.5 Ošetrovatelská péče o dítě s pubertas praecox

Předčasná puberta je definována předčasným rozvojem sekundárních pohlavních znaků před osmým rokem věku děvčete. Příčinou bývá předčasná aktivace mechanismů v mozku podílejících se na dospívání (pubertas praecox vera). Dochází ke ztlušťování sliznice pochvy, mění se hymen, zvětšuje se děloha, roste děložní sliznice a může nastat menstruace (dříve než v 10 letech). Estrogeny také působí na růst kostí, takže nejprve je růst rychlejší, ale bez léčby se růst zastaví. Zastaví-li se růst jde o ireverzibilní stav, kterým může být dívka frustrovaná celý život (9, 11).

Výjimečnou příčinou předčasné puberty může být hormonálně aktivní nádor vaječníku (nádory z buněk granulózy), tento typ se nazývá pubertas praecox ovarigenes. Tato forma rychle progreduje a většinou dívka začne krvácet ještě před rozvinutím sekundárních pohlavních znaků. Terapie je chirurgická, tedy odstranění nádoru, který může být také maligní. Další formou je inkompletní forma předčasné puberty, kdy dochází k předčasnému rozvoji prsní žlázy (do osmého roku) nebo předčasnému výskytu pubického ochlupení, nejčastěji kolem druhého roku věku dítěte. Vzácně se může vyskytnout i menarché praecox bez jiné známky pohlavního dospívání. Tyto poruchy se nijak neléčí, děti se dispenzarizují, zda u nich probíhá puberta fyziologicky (18).

Z hlediska dalšího vývoje děvčete je předčasná puberta velmi závažnou poruchou, přináší dítěti mnoho problémů ve sféře psychické i sociální. Děti s výraznou

předčasnou pubertou jsou nápadné okolí i ostatním dětem a mohou se stát terčem posměchu nebo nepříjemných poznámek. Tyto dívky se také mohou stát obětí sexuálního zneužívání, vzhledem k jejich předčasné fyzické vyspělosti. Také rodiče tuto situaci těžce snášejí, neboť u dítěte je velký rozpor ve stupni mentální zralosti a fyzické vyspělosti. Duševní vývoj odpovídá skutečnému věku dítěte a mnozí lidé mohou dítě posoudit jako mentálně retardované i když tomu tak není. Dívky bývají hyperaktivní až nezvladatelné, a to klade větší nároky na výchovu ze strany rodičů. Je tedy nezbytné rodiče i dítě s chorobou seznámit, a to vhodnou formou, aby pochopili stav, ve kterém se jejich dcera nachází a dokázali jí psychicky podpořit, docházeli s dcerou na pravidelné prohlídky a problém na druhou stranu nebagatelizovali. Přístup porodní asistentky by měl respektovat věk ve kterém se dítě nachází, aby informace, které dítěti poskytne, byly pro dítě pochopitelné. Také citlivý přístup k rodičům dítěte je nezbytný, protože se většinou s chorobou dítěte těžce vyrovnávají (9, 11, 18).

1.4.6 Ošetrovatelská péče o dítě s cizím tělesem v pochvě

Děti kolem pátého roku, si do pochvy zavádějí různé předměty, jako jsou stavebnice, kuličky, figurky, sponky, vlásenky, svíčky a různé součástky. Tyto předměty si do pochvy děti nejčastěji zavádí samy, nudí-li se nebo při masturbaci. Také mohou být zavedeny jinou osobou, a to buď jiným dítětem, nebo dospělou osobou při sexuálním zneužívání. Při zavádění si většinou nezpůsobí žádná poranění. Zjistí-li se poranění rodidel, zpravidla se jedná o sexuální zneužívání s násilným zaváděním předmětu jinou osobou. Někteří rodiče se mohou snažit těleso neodborným způsobem extrahovat a tím také dítě poranit (11, 54).

Přítomnost cizího tělesa se projeví výtokem, který bývá hnisavý s typickým zápachem. V okolí předmětu vznikají dekubity, navenek se toto projeví zakrvácením. Objeví-li se u dítěte tyto příznaky, měli bychom na cizí těleso myslet. Matky si obvykle nepřipouštějí, že by si jejich dcera mohla do pochvy něco zavádět a často při podezření na cizí těleso v pochvě reagují negativisticky. Děvčátka si tělesa zavádějí tajně, v soukromí a o jejich zavedení matku samozřejmě neinformují, jelikož se obávají, že by mohly být trestány. Mnohdy se s tímto matce svěřjí, ale ta tomu nevěnuje

pozornost a myslí si, že si dítě vymýšlí. Samozřejmě jsou i matky, které když se dozví, že si dcerka do pochvy zasunula nějaký předmět ihned navštíví pediatra nebo dětského gynekologa. Mnohdy zavolají do ordinace dětské gynekologie a porodní asistentka by jim samozřejmě měla poradit a doporučit návštěvu ambulance dětské gynekologie. Jedná-li se o neobvyklý předmět, je dobré, když poradí matce, aby podobný předmět přinesla s sebou a lékař na základě znalosti tvaru předmětu mohl těleso lépe extrahovat (11, 54).

Je-li podezření na cizí těleso v pochvě, lékař provede vaginoskopii. Také může provést vyšetření per rectum, kde lze palpovat větší a tuhé předměty. Porodní asistentka musí dítě i matku na vyšetření dobře psychicky připravit, jelikož se většinou jedná o první návštěvu děvčete u gynekologa. Není-li dítě na vyšetření dobře připraveno, může si do života odnést velmi traumatizující zážitek (11).

1.4.7 Ošetrovatelská péče o dítě s úrazem rodidel

Úrazy genitálu u batolat nebo předškolních dětí vznikají poměrně často jako následek pádu na ostré hrany různých předmětů (například hrana nočníku, hraček, nábytek a různé dětské prolézačky). Ve školním věku jsou to zejména úrazy spojené s herními aktivitami dětí a sportem. Tato poranění jsou často lokalizována v oblasti přední komisury (klitoris, malá labia, zevní ústí uretry). Vyskytují se také poranění v souvislosti s polytraumatem. Traumata také vznikají jako následek pohlavního zneužívání. Ta bývají často umístěna na zadní komisuře, hrázi a na zadním obvodu hymenu (9, 11, 22, 54).

Poranění mohou být otevřená nebo krytá (hematom). Oblast genitálu je bohatě cévně zásobená a inervovaná, a proto i drobná poranění hojně krvácí a jsou velmi bolestivá. Je-li poranění v oblasti zevního ústí uretry, mají děti bolesti při mikci nebo dochází k retenci moči. Děti také vzhledem k velké bolestivosti při ošetření hůře spolupracují a často je nutné přikročit k zákroku v celkové anestezii. Provádí se revize rodidel vaginoskopem a vyšetření per rectum, jelikož existuje nebezpečí penetrujících poranění. U rozsáhlých hematomů vulvy je snaha o konzervativní postup (například obklady s ledem, analgetika, gely na vstřebání hematomu). Po týdnu se obsah v celkové

anestezii chirurgicky vypustí. Sutura otevřené rány se provádí vstřebatelným šicím materiálem, aby se vyloučila traumatizace dítěte následným odstraňováním stehů. Je-li poranění v oblasti uretry, je nutné minimálně dvacet čtyři hodin po výkonu katetrizovat močový měchýř Foleyovým katetrem. Po takovýchto úrazech často vznikají posttraumatické stenózy a synechie a je tedy nutné po dvou týdnech od zákroku klientku vaginoskopicky vyšetřit a pečovat o hygienu genitálu (9, 22, 54).

Před chirurgickým výkonem lékař a porodní asistentka poučí matku i dítě o průběhu zákroku, uklidní ji i dítě, umožní dítěti co nejdelší kontakt s matkou. Po zákroku porodní asistentka zajišťuje klasickou pooperační péči o dítě jako je měření fyziologických funkcí, sledování stavu vědomí, močení, tlumení bolesti a především dítě uklidňuje, protože může být velmi vyděšené cizím prostředím, bolestí a neznámými lidmi. Asistentka by také měla edukovat matku o péči o operační ránu jako je šetrná hygiena po každém močení (sprchování) a šetrné osušení (opakované přiložení suchého ručníku nebo pleny). Také se nesmí používat žádné zásypy na roditel, ty zhoršují hojení. Před odchodem z nemocnice by asistentka měla matku individuálně edukovat o prevenci vzniku úrazů, například nebezpečí úrazu, když je dítě na nočníku bez dohledu nebo používání nočníku bez výstupku (9, 11, 32).

1.4.8 Ošetrovatelská péče o dítě s vrozenými vývojovými vadami rodičel

Problematika vrozených vývojových vad rodičel je velice specifická a složitá kapitola gynekologie dětí a dospívajících. Léčbou těchto vad by se mělo zabývat specializované pracoviště. Význam vrozených vývojových vad především ovlivňuje funkci rodičel v dospělosti, ovlivňuje plodnost, průběh těhotenství i samotný porod. Všechny části reprodukční soustavy mohou být ovlivněny vrozenou vývojovou vadou, mohou zpochybňovat pohlavní zařazení novorozence, mohou ztěžovat, nebo úplně znemožňovat, odtok menstruační krve a také může být vada překážkou v pohlavním životě. Tyto vady jsou také poměrně často sdružené s vrozenými vývojovými vadami močové soustavy (11, 13, 14).

1.4.8.1 *Ošetrovatelská péče o dítě s poruchou průchodnosti hymenu, vagíny a dělohy*

Formy této vady jsou hymenální atrézie s hematocolpos, parciální aplázie s hematocolpos parcialis a aplázie vagíny a cervixu s hematometrou. Poruchy průchodnosti by si měl všimnout již pediatr v porodnici při vyšetření dětských rodidel nebo porodní asistentka která novorozence ošetřuje. Tato vada se projeví nepřítomností vazkého hlenu, který za fyziologických podmínek v poporodním období odtéká z rodidel. Přestože lze poruchu průchodnosti rodidel zjistit již v novorozeneckém období, dá se řešit až v pozdějším věku, když dívka začne menstruat a dochází k retenci. Dívka je po celou dobu dospívání dispenzarizována u dětského gynekologa (12, 24).

Dívka s porušenou průchodností rodidel nemenstruuje, má pravidelné bolesti v podbřišku, které mají každý měsíc stupňující se charakter. Krev se hromadí za překážkou, u hymenální atrézie se hymen vyklenuje a prosvítá obsah pochvy a dělohy, která je jím zvětšená. Při této poruše se v hymenu instrumentálně vytvoří otvor, kterým menstruační krev bude odtékat. Parciální aplázie pochvy se operačně řeší též až u retence. U aplázie pochvy je nutný chirurgický zákrok, při němž se vytvoří pochva (neovagina) nebo si v dívka pravidelně vtlačuje do míst, kde by pochva měla být, prst a dále různé fantómy. O tom dívku poučí porodní asistentka, která jí vše vysvětlí, fantóm ukáže a popíše postup. Existují speciální stoličky, ze kterých vyčnívá dilatační fantóm a dívka si jeho délku postupně sama zvětšuje. Porodní asistentka musí k dívce zaujmout velice citlivý přístup, protože dilatace může být pro dívku nepříjemná (ale neměla by být bolestivá) (11, 21).

Zjistí-li se u dítěte tato vada, je nutné o tomto informovat rodiče, podrobně jim vše vysvětlit a ukázat na obrázcích. Lékař rodiče edukuje o projevech a poučí je o nezbytnosti vyhledání odborné péče, jakmile tento příznak u dítěte objeví, s ohledem na věk dívky a přítomnost sekundárních pohlavních znaků, protože déletrvající retence (déle jak 3 cykly) může poškodit vejcovody dívky (11, 24).

Existuje ještě celá řada vrozených vývojových vad, jako je syndrom zdvojení vnitřních rodidel, jehož příčinou je porucha splývání Müllerových vývodů. Diagnostika

těchto vad je obtížná, protože dívka má silné periodické bolesti břicha, ale normálně menstruuje. Léčba je chirurgická a spočívá v odstranění uterinní přepážky (24).

Aplázie dělohy a pochvy je těžká vada, kdy dívka má normální vzhled zevního genitálu s jamkou za hymenem a má vyvinuté sekundární pohlavní znaky, ale nemá vyvinutou pochvu ani dělohu a v tomto případě nemá možnost budoucího těhotenství a bez operace nebo dilatace ani pohlavního styku. Léčba je dilatační s používáním fantomů a při neúspěchu laparoskopická operace v době plné psychosexuální zralosti dívky a zahájení pohlavního života navazujícího na léčbu (21, 24).

1.4.8.2 Ošetrovatelská péče o dítě s intersexuální malformací

Malformace zpochybňují pohlavní zařazení dítěte. Nejčastější příčinou je adrenogenitální syndrom. Klinický obraz má několik stupňů, vyskytuje se zvětšený klitoris až do velikosti penisu, který však nemá vyústění uretry. Malformovaný genitál je nutné operačně resekovat, aby dívka odlišným vzhledem nebyla traumatizována a aby měla možnost pohlavního styku, u chybění pochvy nebo při zúženém vestibulum vaginae. Redukce zvětšeného klitorisu a plastika labia minora se provádí již v batolecím věku, aby se zabránilo, již zmíněné, frustraci dítěte vizuální oboupohlavností. Druhá fáze, tedy plastika pochvy nebo vytvoření neovaginy se provádí až v období psychosexuální zralosti. Povinností lékaře je dostatečně informovat rodiče o zdravotním stavu dítěte a vysvětlit postup léčby. Lékař ve spolupráci s porodní asistentkou též musí zajistit citlivý přístup k dívce, aby se zajistila její spolupráce v léčbě a zabránilo se její traumatizaci (21, 24).

1.4.9 Ošetrovatelská péče o dítě s nádorem rodidel

Nádory rodidel se bohužel vyskytují i u dětí a dospívajících dívek. Gynekologické nádory dětského věku léčí dětský onkolog, většinou na klinice dětské onkologie, kam se dítě od dětského gynekologa odesílá k léčbě. Nejčastějším nádorem vyskytujícím se v dětském věku je nádor ovaria. Tyto nádory mohou být jak zhoubné, tak i nezhojné (14).

Benigní nádory se řeší operační technikou s odstraněním poškozeného ovaria a obvykle nevyžadují onkologickou léčbu. Tyto nádory se často vyskytují na obou ováriích a je tedy nutné dívku, která již nádor na ovariu měla, dispenzarizovat v ordinaci dětského gynekologa. Provádí se opakované kontroly ultrazvukem a gynekologické vyšetření. Důležité je, odhalit nádorové bujení včas, aby se nádor zachytil, pokud je malý a tím bylo dívce zachráněno ovarium (11).

U maligních nádorů je nutné odstranění celého vaječníku s lymfatickými uzlinami a následná onkologická léčba. Pro děvče i dospívající dívku je tento způsob léčby velice stresující, ale nutný. V dnešní době se díky léčbě podaří vyléčit téměř všechny dívky u kterých se nádor lokalizoval v časném stadiu a nedošlo u nich ke generalizaci (11).

Příznaky nádorů vaječníku jsou dlouhou dobu němé a většinou se diagnostikují náhodně. Mohou se však u dítěte vyskytovat bolesti či pobolívání v podbřišku, zvětšování břicha neúměrné ostatním proporcím nebo známky předčasného pohlavního dospívání u hormonálně aktivních nádorů (8).

Sdělování této závažné diagnózy je zcela v kompetenci lékaře, porodní asistentka by měla být na blízku, aby mohla případně pohlídat dítě, když si lékař přeje diagnózu sdělit nejprve matce. Sdělování diagnózy by se mělo dít v naprostém soukromí, citlivě a individuálně. Diagnóza se sděluje samozřejmě i dítěti podle jeho věkových a mentálních možností. Někdy se matka rozhodne dítěti diagnózu sdělit sama, způsobem které dítě lépe přijme od matky než od lékaře. Smířit se s onemocněním je velmi těžké jak pro rodinu dítěte, tak pro samotné dítě, zvláště je-li ve věku, ve kterém rozsah onemocnění plně chápe. Jak klientka, tak i rodina se potřebují s chorobou vyrovnat, potřebují čas na smíření. Léčba nádoru, ale musí být okamžitá, abychom zabránili generalizaci. Rodina tímto nemá čas, aby se s touto zprávou vyrovnala a prožívání je pro ně o to těžší. V některých případech je vhodné rodině i dítěti doporučit návštěvu psychologa, který jim poskytne odbornou pomoc (8, 11).

Následná onkologická léčba, která probíhá na již zmíněných klinikách dětské onkologie je pro dítě nesmírně psychicky náročná. Onkologická terapie má navíc mnoho nežádoucích účinků, jako je nevolnost, zvracení, porucha imunitního systému,

ztráta vlasů atd. Na těchto odděleních je stále přítomen dětský psycholog, který dětem poskytuje odbornou pomoc a pomáhá jim zvládnout všechny aspekty léčby (8, 11).

Po léčbě naprostá většina všech dívek normálně menstruuje, to je důležitý moment pro psychiku dívky, která to pokládá za svoje vyléčení. Při operační léčbě maligních nádorů se ponechává děloha a druhý vaječník, je-li zdravý. Při onkologické léčbě je snaha tento vaječník chránit tím, že se u pubertálních dívek ovarium navede zpět do období prepubertálního klidu pomocí různých hormonálních přípravků, aby nedošlo k jeho poškození a dívka byla zachována fertilita. Tím se snižuje traumatizace dívek, protože dívky jsou v budoucnu schopné fyziologického otěhotnění nebo mají alespoň dělohu a tím potencionální možnost těhotenství s darovaným oocytem (8).

U malých dětí se také může vyskytovat nádor pochvy, který se projevuje krvácením z rodidel. Tento nádor se velice rychle šíří na okolní struktury a dříve u něj bývala prognóza infaustní. V dnešní době s pomocí cytostatik a operační léčby, kterou se odstraní jen nádor je prognóza vcelku příznivá, odhalí-li se nádor včas. Sdělili matka asistentce, že její dítě krvácí z rodidel, měla by ji doporučit neprodlenou návštěvu dětského gynekologa (8).

1.5 Pohlavní zneužívání a znásilnění

Pohlavní zneužívání ve smyslu § 242 trestního zákona je pohlavní styk nebo jiné sexuální aktivity prováděné osobám mladším 15-ti let. Nemusí se jednat o pohlavní styk, patří sem také pokusy o styk nebo jiné sexuální aktivity, jako je osahávání pohlavních orgánů nebo prsů, zavádění různých předmětů do rodidel, orální sex nebo nucení a přemlouvání ke styku (10, 48).

Znásilnění ve smyslu § 241 je násilný nebo vynucený pohlavní styk pod pohrůzkou násilí na jakékoliv ženě (10, 48).

Práva dětí chrání Úmluva o právech dítěte, která byla přijata roku 1924 v NewYorku a v tehdejší ČSFR vstoupila v platnost roku 1991. Tento dokument považuje za dítě každého jedince do věku osmnácti let a přiznává nárok na zvláštní péči,

pomoc a ochranu. Úmluva chrání občanská, politická, ekonomická, sociální a kulturní práva dítěte (3, 45).

Osoby, které se nejčastěji sexuálního zneužívání dopouštějí jsou osoby z nejbližšího okolí dívky, často příbuzní (nejčastěji otec, nevlastní otec, bratr, strýc, dědeček, přítel rodiny). Osoba, která takto dítě zneužívá jej většinou zastrašuje, aby nebylo zneužívání dítětem prozrazeno (55, 59).

Sexuálním zneužíváním jsou ohrožené zejména děti, které nemají potřebné znalosti o svém těle, o sexualitě a nevědí, jak se chovat v případě sexuálního obtěžování. Rizikovou skupinu představují děti psychicky deprivované, zanedbávané a děti se sníženým intelektem nebo mentálně postižené děti (11, 45).

Má-li jakákoliv osoba starší patnácti let podezření na sexuální zneužívání dítěte, má povinnost tuto skutečnost oznámit na policii nebo na Oddělení péče o dítě a rodinu. Dokazování či vyvracení podezření na sexuální zneužívání vyžaduje spolupráci všech institucionálních úrovní v oblasti sociálně-právní ochrany dítěte (45).

Sexuálně zneužitě dítě by mělo být co nejdříve gynekologicky vyšetřeno. Zdravotnický pracovník, který má podezření na sexuální zneužívání je povinen toto podezření ohlásit. Všechny informace, které klientka a rodina poskytne je nutné pečlivě zdokumentovat, neboť dokumentace může být součástí možného vyšetřování trestného činu. Při vyšetření by měla být přítomna též porodní asistentka, která plní funkci svědka, uklidňuje dítě a asistuje lékaři při vyšetření. Dotazováním dítěte se zjišťuje anamnéza případného poranění. To vyžaduje vhodný přístup, mnoho trpělivosti a taktu, protože dítě je ovlivněno traumatickou událostí, bolestí z poranění, má strach a obavy z toho, co bude následovat. Je nezbytné zaznamenat všechny údaje, které dítě sdělí i s časováním, včetně času, kdy dítě do ordinace přišlo (10, 11, 17, 48, 55, 59).

Při kontaktu se sexuálně zneužitým dítětem, zejména předškolního věku je nutné dodržovat určité zásady. Při komunikaci používat jednoduchá srozumitelná slova, vyhýbat se větám, které obsahují několik myšlenek či návrhů, vyhýbat se záporům, neužívat sugestivní otázky. Nedávat najevo spěch, využívat slovní zásobu dítěte, vyjasnit si s dítětem názvy intimních částí těla a co nejvíce omezovat používání zájmen. Při komunikaci s batolaty a předškolními dětmi je prospěšné používání anatomických

panenek, na kterých může dítě popsat nebo ukázat jak k sexuálnímu zneužívání docházelo (3, 55, 59).

Vyšetření sexuálně zneužitého dítěte musí být komplexní. Před aspekci lékař nebo porodní asistentka citlivě vyzve dítě, aby se celé svléklo. Lékař a porodní asistentka si všímá rozvoje sekundárních pohlavních znaků, škrábanců, modřin, oděrek a jiných ran. Je nutné zaznamenat jejich přibližné stáří, dále případné potřísnění těla od krve, spermatu či bláta. Dále se může dítě zčásti obléknout. Personál dítě psychicky připraví na gynekologické vyšetření. Vyšetření se provádí klasicky na vyšetřovacím stole, lékař prohlédne zevní rodidla a popíše poranění a vzhled genitálu. Porodní asistentka je dítěti na blízku, může jej držet za ruku a uklidňovat jej. Následuje vyšetření vaginoskopem, pátrá se po poraněních, odebírají se vzorky biologického materiálu k vyšetření na přítomnost spermií, pohlavně přenosných chorob a mohou se také odebírat vzorky na zjištění DNA pachatele. Vzorek na přítomnost spermií se odebírá zvlášť z pochvy a zvlášť ze zevních rodidel. Na závěr lékař provede bimanuální palpační vyšetření, zhodnotí velikost dělohy a může provést ultrazvukové vyšetření dělohy, zda není dívka těhotná. Po zapsání všech záznamů do dokumentace se podepíše jak lékař, tak svědek vyšetření, porodní asistentka (10, 11, 33, 55, 59).

Další vyšetřování sexuálního zneužívání provádí již orgány činné v trestním řízení. Novela trestního řádu č. 265/2001 se týká druhotné viktimizace dětských obětí týrání a sexuálního zneužívání v průběhu trestního řízení. Trestní řád policii ukládá, aby výslech dítěte byl prováděn zvláště šetrně a aby jej nebylo třeba znovu opakovat (4, 33).

1.6 Intimní hygiena

Rodidla u dospělé ženy nikdy nejsou zcela suchá. Jejich kůže obsahuje četné potní a pachové žlázy a při vzrušení jsou rodidla zvlhčována poševním sekretem. Tyto sekrety na kůži zevních rodidel zasychají a v některých místech se mohou hromadit (žlábků mezi malými a velkými stydkými pysky, záhyby kůže prepucia klitorisu). Zaschlé sekrety jsou živnou půdou pro různé bakterie, které po pomnožení mohou

způsobovat záněty a také jsou příčinou zápachu. Intimní hygiena je tedy velice důležitá v jakémkoli věku a děti by k ní měly být vedeny již od útlého věku (11).

Porodní asistentka pracující na dětské gynekologii nebo sestra v ordinaci u lékaře pro děti a dorost by měla děti i jejich matky edukovat o správné hygienické péči o rodidla, protože jde o součást prevence zánětů a dalších zdravotních problémů. Dívčám by měla doporučit sprchování rodidel čistou vodou, nejlépe dvakrát denně, používání bidetu (má-li dívka doma možnost). Také je informovat o tom, že nestačí rodidla pouze osprchovat, ale mechanicky nejlépe rukou rodidla očistit a pomoci tekoucí vody zaschlé nečistoty odplavit. Žínky používat jen v případě, používají-li se výhradně na mytí genitálu a po použití se vyperou. Asistentka by též dívce měla doporučit používání mýdel pro intimní hygienu místo používání běžných alkalických mýdel k mytí genitálu, pro něž jsou krajně nevhodná. Alkalická mýdla narušují kyselé pH pochvy a umožňují rozmnožování bakterií a vznik zánětů pochvy a vulvy. Parfémovaná mýdla mohou navíc dráždit citlivou pokožku i sliznice. Nezbytná je též informace o směru otírání genitálu po močení a stolici, který by měl správně být zepředu dozadu, aby se zabránilo zanesení stolice nebo střevních bakterií do pochvy (11, 51).

K intimní hygieně patří též hygiena odívání. Porodní asistentka by dítěti i její matce měla zdůraznit nevhodnost používání spodních kalhotek ze syntetických materiálů. Nejvhodnější jsou bavlněné kalhotky, které dobře sají pot, jsou vzdušné a dají se prát při vyšších teplotách. Vhodné je spodní kalhotky po vyprání v pračce ještě přezehlít žehličkou, aby se bakterie horkem zničily. Samozřejmostí je každodenní výměna spodního prádla (11).

Má-li dívka opakované záněty (vulvovaginitidy) měla by jí porodní asistentka též informovat o nevhodnosti nošení těsných a neprodyšných džín. U dívek dochází k zapaření, opruzení, pomnožení patogenních bakterií a výtoku (11).

1.6.1 Menstruační hygiena

Než začne dívka menstruat, měla by jí v přiměřeném věku poučit matka. Vysvětlit dívce proč bude menstruat, že bude používat vložky a dívce je ukázat.

Přístup matky k menstruaci ovlivňuje to, jak k menstruaci bude přistupovat sama dívka. Tím, že bude dívka dostatečně informovaná, bude vědět co se v jejím těle bude dít, přestane mít strach. Přibližně kolem desátého roku věku by pediatr měl dívce dát menstruační kalendář s vysvětlením jak si bude menstruaci zapisovat a měl by se cílovými dotazy informovat, jak je poučená. Porodní asistentka v ordinaci dětského gynekologa by měla být schopna poskytnout dívce dostatek informací o menstruaci, používání vložek a tampónů a měla by trpělivě zodpovídat dotazy, které na ní dívky budou směřovat (11).

Porodní asistentka by měla dívce doporučit používání savých vložek s křídélky, které se přilepí ke spodnímu prádlu a zajistí, že se vložka při pohybu nebude posouvat. Existuje spousta výrobků velmi dobré kvality, mnohé z nich obsahují výplň, která menstruační krev pohltí a kůži rodidel zanechá prakticky suchou. U dívek které ještě nemenstruovaly je dobré, když společně s matkou aplikaci vložky vyzkouší. Po této edukaci, by měla dívka nosit menstruační vložku s sebou, například ve vnitřní kapsičce školní tašky, kdyby se u ní menarche objevilo například ve škole, menstruační vložku si sama nasadí (11).

Porodní asistentka též musí poučit dívku o důležitosti častého vyměňování vložek (i tampónů). Měly by se vyměňovat podle potřeby, ale nejméně třikrát denně. První dva dny menstruace je nutné si měnit vložku častěji, protože v těchto dnech bývá krvácení silnější (11, 51).

Používání menstruačních tampónů je v dnešní době velice diskutabilní. Nejlepší je, když dívka bude zpočátku používat menstruační vložky a dále se postupem času sama rozhodne k jaké variantě se přikloní. Tampón je vyroben ze savého materiálu, který velmi dobře pohlcuje menstruační krev přímo v pochvě, takže nedochází k potřísnění zevních rodidel. Chce-li dívka tampóny používat, měla by jí asistentka doporučit nejprve malé tampóny, které jí půjdou lépe zavést a zavádění se na nich lépe naučí. Matky nebo samy dívky mají často obavy, aby si zaváděním tampónu neporušily hymen. Porodní asistentka by měla dívce vysvětlit, že hymen má přirozený otvor, kterým lze tampón snadno zavést. U některých dívek je tento otvor malý a zavádění tampónu by mohlo být pro dívku bolestivé a nepříjemné. Má-li dívka strach,

že si tampón nezavede, může jí asistentka poradit, aby si sama jemně zkusila do pochvy zavést prst, je-li otvor pro prst volný, drobný tampón do pochvy lze zavést bez poranění. Dívka ale musí vzít v úvahu, že nasáklý tampón svou velikost zvětší. Má-li dívka stále obavy, asistentka dívce domluví rozhovor s lékařem. Porodní asistentka by dívce měla vysvětlit postup zavádění tampónu. Tampón bez aplikátoru by dívka měla nejprve rozbít z obalu a dále by měla zkusit zatahat za provázek tampónu, zda v tampónu drží. Prvním a nezbytným předpokladem je, aby se dívka dostatečně uvolnila a nezaváděla tampón násilným tlakem. Pomůže to, když se dívka při zavádění tampónu (bez aplikátoru se zavádí prstem) bude pomalu nadechovat. Tampóny s aplikátorem jsou ukryté v plastové trubičce. Po zavedení tenké trubičky do pochvy se zevní část trubičky zasune a tím se tampón vytlačí do pochvy. Tento tampón obsahuje také provázek za který ho lze vyjmout (11).

Tampón se nejlépe aplikuje při sezení na toaletě, při roztažených dolních končetinách nebo ve stoje s jednou končetinou opřenu o toaletu nebo o okraj vany. Pro první zavedení tampónu je nejlepší období prvních dvou dnů menses, kdy je krvácení nejsilnější. Tampón by se měl odstraňovat až když je dobře nasáklý, ale neměl by v pochvě zůstat příliš dlouho kvůli pomnožení bakterií. Mnohé dívky se obávají, že se z tampónu vytrhne provázek a tampón jim uvízne v pochvě. Asistentka by tyto dívky měla uklidnit, poradit jim aby si tampón zkusily rozmotat (většinou jde o pruh stočené vaty, kdy je kruh z provázku navlečen na pruhu vaty) a tím zjistily, že vytržení provázku je prakticky nemožné. Tampóny jsou také vhodné jede-li dívka například k moři, protože se s ním může bez problémů koupat ve vodě. Po koupeli je však nutné tampón vyměnit za čistý. Některé dívky mohou mít strach, že si tampón zavedou moc hluboko, některé si myslí, že je možné jej zavést až do dělohy. To pramení z neznalosti dívek své anatomie a porodní asistentka by dívkám na obrázcích měla vysvětlit jak vypadají a fungují jejich pohlavní orgány. Tím by se u dívek měl odstranit strach z nesprávného zavedení tampónu (11, 51).

Mnohé dívky i matky se mohou ptát na syndrom toxického šoku, z nedostatečného vyměňování menstruačních tampónů a vložek. Asistentka by měla matky s dcerami edukovat o tom, že tento šok je způsoben vstřebáváním toxinů bakterií

z rozkládající se menstruační krve. Toto může způsobit těžkou poruchu zdraví až smrt (11).

1.7 Antikoncepce a sexuální výchova u dívek

Problematika antikoncepce, jako prevence nežádoucího otěhotnění, sice již spadá do oblasti klasické gynekologie, ale hraje významnou roli i v gynekologii dětské. Dívka by měla být o antikoncepci poučena ještě před dovršením patnáctého roku, ale lépe je dříve. V období pohlavní dospívání vzrůstá zájem o sex a dívka sleduje jak se její tělo mění. V pubertě se také objevuje masturbace, ta se už mohla projevit dříve. Chlapci zpravidla začínají masturbovat dříve než dívky, které masturbují až po desátém roce věku. Je to samozřejmě individuální. Dříve byla masturbace považována za něco škodlivého a zvrhlého. Dnes už většina rodičů masturbaci považuje za normální projev sexuality, pokud tedy nepřesahuje určité meze, jako je nepřiměřená masturbace několikrát denně a masturbace na nevhodných místech. V takové situaci je nutné, aby rodiče takto nepřiměřeně masturbujícího dítěte navštívili dětského psychologa nebo psychiatra (11).

Sexuální vývoj probíhá v určitých krocích vzájemných aktivit mezi oběma pohlavími. První aktivitou jsou schůzky bez fyzického kontaktu, následuje stadium označované jako lehký petting, kdy dochází k líbání a dotykům v oblasti prsou přes oděv. Ve třetím stadiu již partneři přikročí k dotykům na obnažených prsou. Dalším krokem je dotyk v oblasti genitálií a následují pokusy o pohlavní styk a jeho uskutečnění. Rodina by měla s dívkou o sexualitě mluvit, ale v mnoha rodinách je sex stále tabu. Děti se stydí s rodiči o sexu mluvit, bojí se reakce rodičů, informace od kamarádů jsou mnohdy dosti zkreslené a dítě neví na koho se má se svými dotazy obrátit. Jednou z možností získání informací je právě porodní asistentka pracující na dětské gynekologii nebo porodní asistentka v běžné gynekologické ambulanci. Ta má dostatek informací ohledně sexuality ženy, antikoncepci a sexuální hygieny. Aby mohl takový rozhovor mezi dívkou a asistentkou probíhat musí být mezi nimi důvěra a musí být zajištěno soukromí při rozhovoru. Porodní asistentka by měla tyto informace dívce předávat vhodnou a srozumitelnou formou a měla by zodpovědět dívce

všechny její dotazy. Plánuje-li dívka uskutečnění pohlavního styku, měl by se rozhovor zaměřit na to, zda se cítí být připravená k pohlavnímu styku, poradit dívce, aby si s partnerem nejprve promluvila, zda styk chtějí oba. Také dívku informovat, že existují i jiné sexuální aktivity než koitální styk, jako je vzájemná masturbace, milostná předehra atd. Lékař nebo porodní asistentka by měli dívku informovat a o možnosti očkování proti karcinomu děložního čípku, ještě před zahájením pohlavního života. Toto očkování je sice plně hrazeno klientkou, ale je důležitou složkou onkologické prevence. Ideálně by se měly očkovat dívky kolem patnácti let, ale očkovat lze ženy do dvaceti šesti let věku (11, 16, 17, 51).

Porodní asistentka by měla dívku seznámit jak s antikoncepčními metodami nehormonálními, tak s hormonálními. Měla by dívce vysvětlit pro a proti jednotlivých metod s procentem spolehlivosti konkrétní metody. Také by měla vyzdvihnout důležitost používání prezervativu nejen jako metody antikoncepce, ale i metody která zabraňuje šíření pohlavně přenosných onemocnění. Asistentka by měla dívce předat letáček nebo brožuru, kde jsou jednotlivé metody antikoncepce dobře popsány, aby se mohla dívka v klidu rozhodnout, jakou metodu antikoncepce s partnerem zvolí. Asistentka by též dívku měla povzbudit, aby o sexu mluvila i se svým partnerem a metodu antikoncepce si vybrali společně (14, 17, 51).

Rozhodne-li se dívka pro konkrétní metodu, měla by se před prvním pohlavním stykem nechat vyšetřit od gynekologa. Zvolí-li si dívka metodu hormonální antikoncepce, lékař dívku gynekologicky vyšetří a zváží, zda může hormonální antikoncepci užívat. Dívka si též může zvolit preparát, pro který se rozhodla. Dnes existuje celá řada přípravků, s velmi nízkými dávkami estrogenů, jejichž cena je však velice variabilní. Má-li dívka problémy s akné existují přípravky s antiandrogenními účinky, které potlačují tvorbu akné a redukují přílišné ochlupení. Nezbytné jsou také informace o nežádoucích účincích. Ty se liší podle kvality přípravku. Dívku může v prvních cyklech při užívání slabě krvácet nebo špinit uprostřed cyklu, může mít nevolnost, napětí nebo bolesti v prsou, bolesti hlavy, retenci tekutin, změny v hmotnosti a změny libida (6, 11, 14).

Dívka si však musí uvědomit, že pilulky hormonální antikoncepce musí užívat pravidelně ve stejnou dobu podle přiloženého návodu. Není-li dívka příliš spolehlivá, je lepší, když si zvolí jiný druh antikoncepce, jako například hormonální náplast, která se nalepí a mění se každý týden. Je nutné také poučit dívku, aby se po prvním pohlavním styku nechala gynekologicky vyšetřit (11, 30).

Užívá-li dívka perorální hormonální antikoncepci a stane se jí, že tabletku vynechá, musí tabletku užít nejpozději do dvanácti až dvaceti čtyř hodin dle typu preparátu a pokračovat v užívání, tak jak má předepsáno, i když to bude znamenat užít dvě pilulky zároveň. Je-li vynechání delší, musí se dívka přestat spoléhat na antikoncepční účinek. Delší vynechání většinou dívce způsobí předčasné krvácení. Začne-li dívka krvácet, neměla by už další pilulku užívat, jelikož si pokračováním užívání si prodlužuje krvácení. Po skončení krvácení začne antikoncepci užívat klasicky, jako po menstruaci. Dívky se s tímto často na porodní asistentku obracejí a ta by jim měla v jejich poradit, nebo domluvit rozhovor s lékařem (11, 41).

Při užívání hormonální antikoncepce je zvýšené riziko vzniku trombóz žil dolních končetin. Toto riziko stoupá, je-li dívka obézní, je-li kuřačka a má-li hypertenzi. Porodní asistentka a lékař musí dívky o tomto informovat a doporučit vysazení antikoncepce po úrazech spojených s imobilizací. Absolutní kontraindikací užívání hormonální antikoncepce jsou poruchy lipidového metabolismu, poruchy koagulace, hypertenze více jak devadesát pět mmHg diastolického tlaku, akutní a chronická onemocnění jater, kouření většího počtu cigaret a další choroby. Lékař by měl s dívkou pečlivě rozebrat rodinnou anamnézu, hledat rizikové faktory a zvážit fyzickou zralost dívky. (40)

Často se stává, že konkrétní antikoncepční metoda selže (např. prasknutí prezervativu) nebo má dívka nechráněný pohlavní styk. V tomto případě by měla matka dívky nebo porodní asistentka dívku informovat o metodách postkoitální antikoncepce, která se musí užít do čtyřiceti osmi hodin po nechráněném styku, aby se předešlo nežádoucímu těhotenství. Je nutné informovat dívku o tom, že tato antikoncepce často způsobuje po užití různé silné krvácení, jako při menstruaci. Také musíme dívce

zdůraznit, že se jedná o nouzovou antikoncepci, která má řešit výjimečný stav (11, 41, 51).

Asistentka by měla dívku informovat o tom, že když u ní dojde k vynechání menstruace, měla by si opakovaně provést těhotenský test, který lze zakoupit téměř v každé drogerii nebo lékárně. Je-li test negativní, může nějakou dobu posečkat, zda se menstruace nedostaví. Nezačne-li dívka menstruuovat, je vhodné navštívit gynekologickou ambulanci a nechat se vyšetřit, zda není těhotná. Potvrdí-li se u dívky neplánované těhotenství, je nutný od zdravotníků citlivý přístup ke klientce, která se ocitla v nelehké životní situaci a musí se rozhodnout, zda si těhotenství ponechá, nebo se rozhodne těhotenství přerušit (11, 51).

1.8 Spolupráce porodní asistentky s dětskými klientkami

Chování dítěte v ordinaci je ovlivněno zdravotním stavem dítěte (pocit'uje-li dítě bolest), strachem (např. z neznámého prostředí, bolesti, injekcí, zdravotníků), úzkostí a předchozími zkušenostmi dítěte. Prevencí obtíží při spolupráci je dobrá psychická příprava dítěte, která je jak v rukou rodičů, tak v rukou porodní asistentky a lékaře. Spěch, netrpělivost ze strany zdravotníků a hluk z neznámé přístroje u dítěte vyvolávají pocit strachu nebo úzkosti. Přímý vliv zdravotníků již začíná při vstupu dítěte do čekárny. Čekárna není jen shromaždiště klientů, ale místo psychické přípravy. Má svou „náladu“ kterou určují zdravotničtí pracovníci, kteří do čekárny zasahují a klientky s doprovodem, podle toho kolik jich v čekárně je a jak dlouho čekají. Velmi nepříznivý je vliv dlouhého čekání, protože čekající doprovod může být netrpělivý, podrážděný a nervózní. Své pocity pak přenáší na děti. Je na přístupu porodní asistentky a lékaře s jakou náladou a klidem přijímají klientky, protože příjemným a klidným přístupem se napětí a úzkost uvolňuje. Prostor čekárny by mělo být přizpůsobeno věkovému rozložení klientek dětské gynekologie. Ideálem je příjemné, přirozené prostředí připomínající spíše domov, než ordinaci. V čekárně by měly být dětem k dispozici hračky, hraním si děti zkrátí dlouhé čekání (42, 44, 46).

Personál by měl být s dítětem stále v kontaktu, mlčení je pro dítě tísnivé a opět vyvolává pocit úzkosti. Při komunikaci s dítětem je důležitá volba vhodného jazyka,

který odpovídá zdravotnímu stavu a životním zkušenostem dítěte. Od rodičů bychom měli zjistit jak doma dítěti říkají, u školních dětí je dobré se dítěte zeptat, jak si přeje být oslovováno. Asistentka a lékař musí dítěti neustále vysvětlovat, co se bude s dítětem dít, jaká vyšetření bude muset podstoupit a jak se bude léčit. Musí se klást důraz na to, jaké výrazy se v rozhovoru s dítětem používají. Některé výrazy, které jsou dospělému zcela zřejmé, dítě vůbec nemusí chápat. Často se na to čemu nerozumí bojí zeptat a to opět může zvyšovat jeho úzkost nebo strach (39, 46, 52).

Nesmí se také zapomínat na důležitost nonverbální komunikace. Ta je obzvláště důležitá u novorozenců, kojenců, batolat a mentálně postižených dětí. Díky dětské mimice můžeme zjistit prožívání dítěte, můžeme poznat, že nám chce něco sdělit, případně zatajit (2, 14).

Psychická příprava před bolestivými výkony je nesmírně důležitá, protože nesprávná příprava může způsobit ztrátu důvěry mezi dítětem a zdravotníky. Dítěti se podrobně vysvětlí co bude součástí vyšetření nebo výkonu, například na panence, medvídkovi nebo jiné hračce (edukační hračky). Tímto je dítěti umožněno, aby zdravotníky lépe pochopilo a také se mu tímto poskytne prostor na dotazy (39, 44, 46).

Dítě by nemělo být ničím překvapeno, zvláště ne neočekávanou bolestí. U velmi bolestivých výkonů je lépe přikročit k některé metodě medikamentózní eliminace bolesti a strachu u dítěte. Cílem analgosedace u dítěte je, že dítě je zklidněné, nebojí se výkonu, nic ho nebolí, spolupracuje s personálem a výkon dobře toleruje. Na prodělaný výkon si nepamatuje a nefixuje si stresový zážitek, nemá ovlivněny vitální funkce a nedochází k útlumu oběhu ani dýchání (39, 28).

Při výkonu se porodní asistentka a lékař snaží odvádět pozornost jiným směrem, hračkou, povídáním o tom co se dítěti dělá a dítě je v průběhu chváleno a může mu být slíbena i malá odměna (46).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Identifikovat problémy klientek dětské gynekologie při gynekologickém vyšetření.

Cíl 2: Sestavit a ověřit ošetrovatelské diagnózy v dětské gynekologii dle NANDA TAXONOMIE II

Cíl 3: Zjistit povědomí porodních asistentek v ordinacích dětské gynekologie o specifikách péče o své klientky.

Cíl 4: Zjistit potřebu celoživotního vzdělávání porodních asistentek pracujících v ordinacích pro dětskou gynekologii.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Matky (jiný doprovod děvčete) nemají informace k tomu, aby adekvátně připravily dívky na návštěvu v ordinaci dětské gynekologie.

Hypotéza 2: Porodní asistentky znají specifika péče o klientky v dětské gynekologii.

Hypotéza 3: Porodní asistentky v ordinacích dětské gynekologie mají potřebu celoživotního vzdělávání.

2.3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké ošetrovatelské diagnózy se vyskytují u klientek dětské gynekologie?

3. METODIKA

3.1 Metodika práce

3.1.1 Metodika práce kvantitativního výzkumu

Ke sběru dat kvantitativního výzkumu byla využita technika dotazníku. Dotazník určený porodním asistentkám pracujících v ambulancích dětské gynekologie obsahoval 26 otázek, které byly uzavřené, polouzavřené, filtrační a jedna otázka otevřená. Mezi uzavřené otázky patřila otázka 1. až 4., 15., 17., 19., 23. a 25. Mezi polouzavřené otázky patřila otázka 5. až 7., 9., 13., 16., 21., 22., 24. a 26. Mezi filtrační otázky patřila otázka 8., 12., 14., 16., 18. a 20. Otázka číslo 11 byla otázka otevřená. Otázky směřovaly k získání informací o nejčastějších gynekologických problémech klientek přicházejících do ambulance dětské gynekologie, o problémech při spolupráci s dětskými klientkami, o jejich doprovodu při vyšetření, o názorech na informovanost matek o tématu dětské gynekologie a o psychické přípravě. Ostatní otázky směřovaly k tématu vzdělávání porodních asistentek, potřebě celoživotního vzdělávání porodní asistentek, návštěvnosti seminářů a oblastí kde porodní asistentky pocítují nedostatek informací. Dotazníky byly rozesílány poštou do ambulaní dětské gynekologie po celé České republice. Ke každému dotazníku byl přiložen průvodní dopis (viz Příloha 2), ve kterém byly porodní asistentky informovány o vyplňování dotazníku a o faktu, že dotazník poslouží jako zdroj výzkumu bakalářské práce. Následně byly také požádány, aby dotazník odeslaly zpět v přiložené ofrankované obálce.

3.1.2 Metodika práce kvalitativního výzkumu

K získání podkladů ke kvalitativnímu výzkumu byla použita technika pozorování klientek a doprovodu při návštěvě ambulance dětské gynekologie. Ze získaných údajů byly sestaveny kazuistiky. S doprovodem klientek byl veden řízený rozhovor. Do výzkumu bylo zahrnuto 6 klientek a 6 doprovodů klientek, jejich matek. Výzkum byl prováděn v ambulanci dětské gynekologie MUDr. Marcely Černé v Děčíně.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

3.2.1 Kvantitativní výzkum

Do ambulancí dětské gynekologie po celé České republice bylo odesláno 42 dotazníků. Celková návratnost byla 39 (92,9 %). Pro chybné vyplnění byly 2 (5,13 %) dotazníky vyřazeny. Celkový počet hodnocených dotazníků činil 37 (88,10 %). Sběr dat probíhal v měsíci březnu 2008.

3.2.2 Kvalitativní výzkum

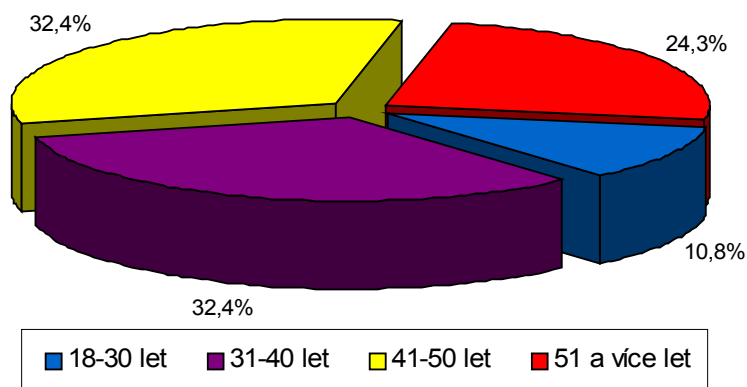
K pozorování klientek v ambulanci dětské gynekologie byl vytvořen pozorovací arch, do kterého bylo zaznamenáváno chování klientky a doprovodu při vstupu do ordinace, průběh návštěvy v ordinaci, údaje o klientce včetně anamnézy, reakce klientky na psychickou přípravu, průběh gynekologického vyšetření a chování klientky a doprovodu při odchodu z ordinace. Současně bylo zaznamenáváno chování personálu ke klientce a doprovodu, provádění psychické přípravy u klientky a používání pomůcek k psychické přípravě.

K získávání informací od doprovodu pomocí řízeného rozhovoru, byl vytvořen scénář s jedenácti otázkami. První tři otázky sloužily ke zjištění informovanosti doprovodu o tématu dětské gynekologie. Otázka 4 směřovala ke zjištění, zda doprovod s klientkou vyhledal služby dětského gynekologa sám, nebo bylo vyšetření dětským gynekologem doporučeno pediatrem. Otázka 5 zjišťovala počet návštěv klientky v ambulanci dětské gynekologie a otázka 6 zjišťovala, jak klientka snáší opakovaná vyšetření. 7. otázka se týkala psychické přípravy klientky v domácím prostředí. Otázky 8 a 9 zkoumaly spokojenost doprovodu s přístupem lékařky a porodní asistentky. Otázka 10 zjišťovala, zda si doprovod klientky uvědomuje příčiny spolupráce/nespolupráce klientek. 11. otázka zjišťovala spokojenost doprovodu s vybavením ordinace určené pro dětské klientky.

3 VÝSLEDKY

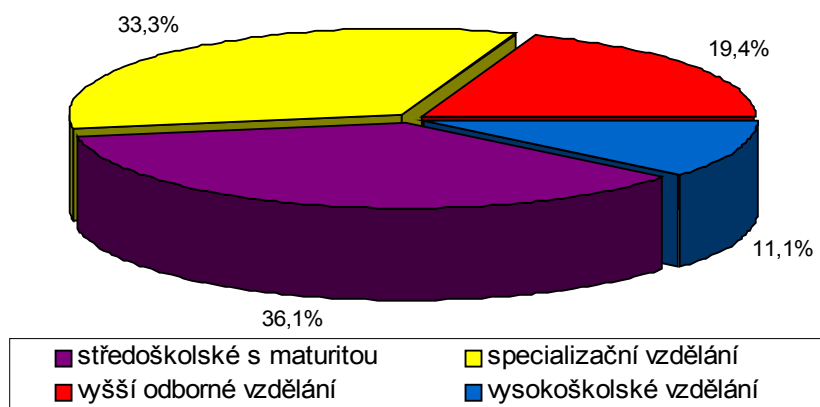
4.1 Analýza výsledků dotazníku s porodními asistentkami

Graf 1 Věk respondentek



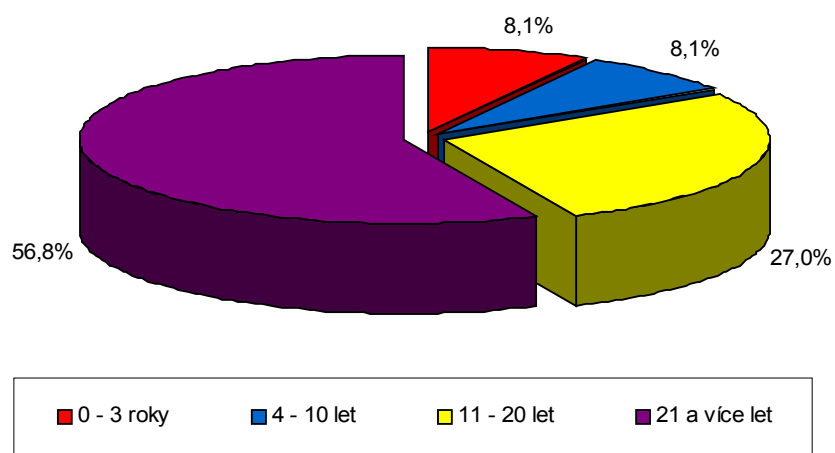
Z celkového počtu 37 (100 %) respondentek má 12 respondentek (32,4 %) věk mezi 31 - 40 lety, 12 (32,4 %) věk mezi 41 - 50 lety, 9 (24,3 %) respondentek věk 51 a více a lety a 4 respondentky (10,8 %) věk mezi 18 - 30 lety.

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek



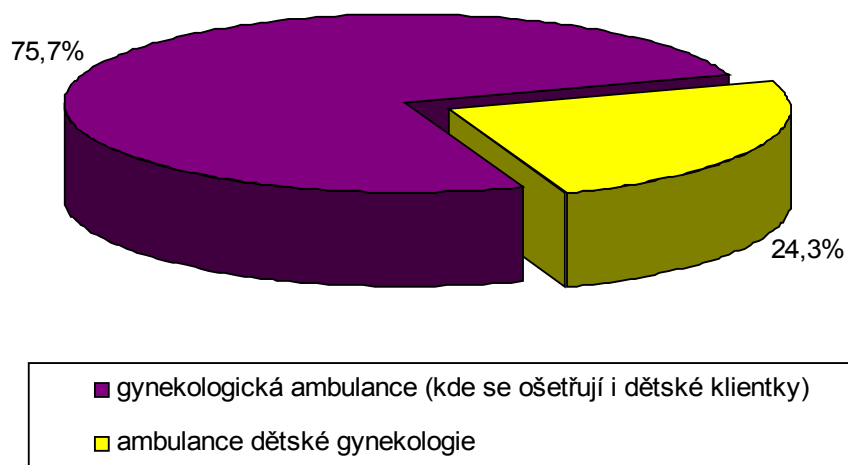
Z celkového počtu 37 (100 %) respondentek má 13 (36,1 %) respondentek středoškolské vzdělání s maturitou, 12 (33,3 %) specializační vzdělání, 7 (19,4 %) respondentek vyšší odborné vzdělání a 4 (11,1 %) vysokoškolské vzdělání.

Graf 3 Délka praxe respondentek ve zdravotnictví



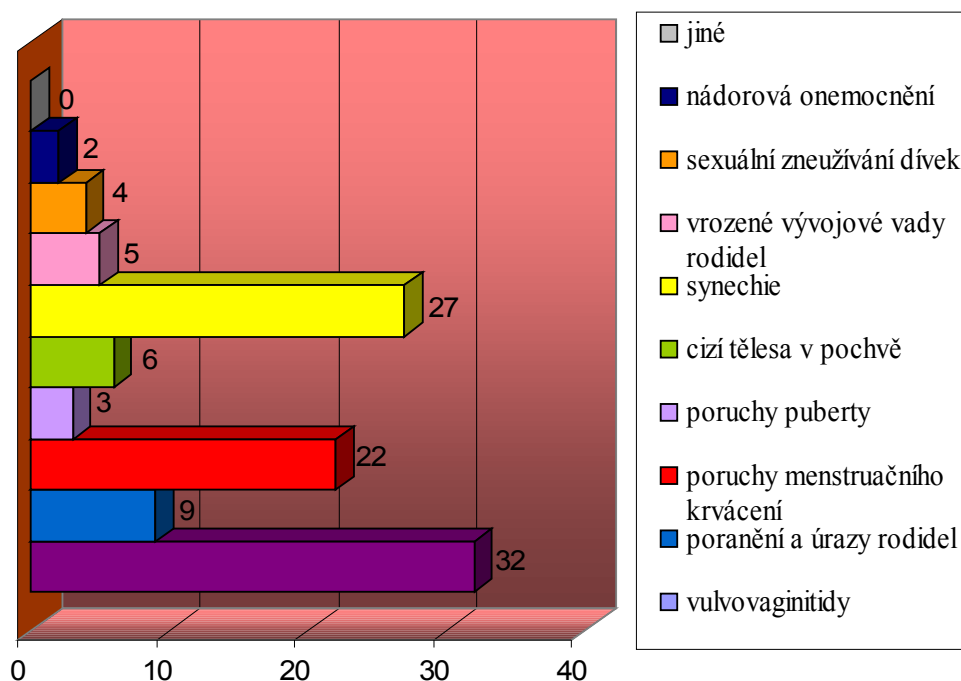
Z celkového počtu 37 (100 %) respondentek označilo 21 (56,8 %) respondentek jako délku své praxe 21 a více let, 10 (27,0 %) 11-20 let, 3 (8,1 %) respondentky 4-10 let a 3 (8,1 %) 0-3 roky

Graf 4 Současné pracoviště respondentek



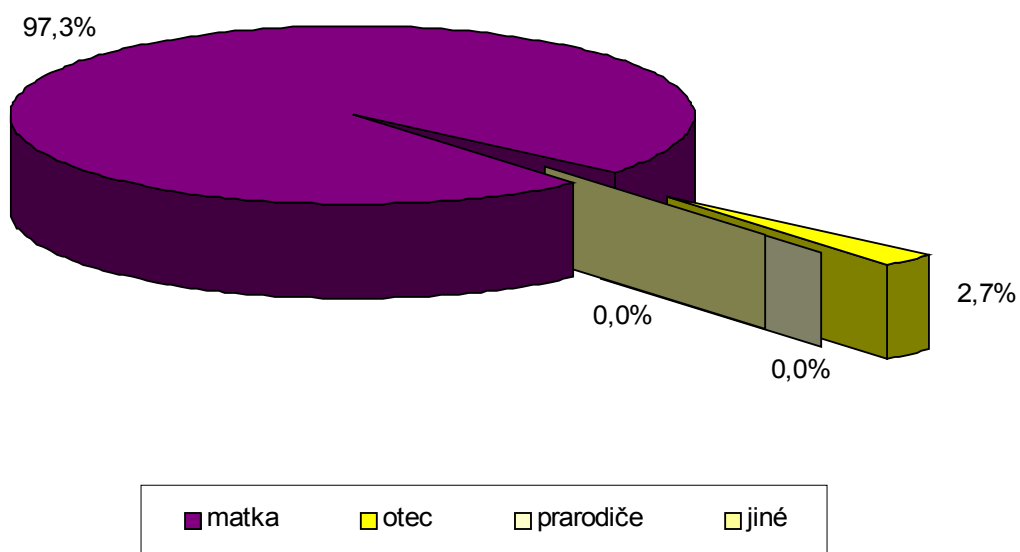
Z celkového počtu 37 (100 %) respondentek označilo 28 (75,7 %) respondentek jako své současného pracoviště gynekologickou ambulanci (kde se ošetřují i dětské klientky) a 9 (24,3 %) ambulanci dětské gynekologie.

Graf 5 Nejčastější gynekologické problémy klientek



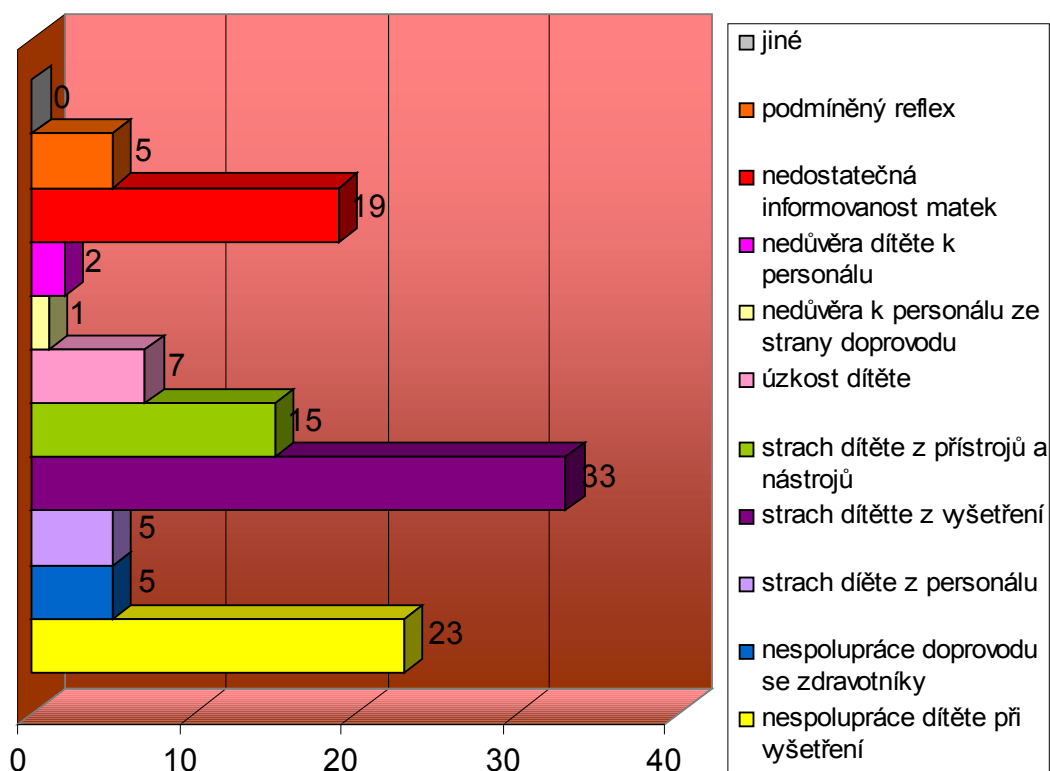
Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 110 odpovědí respondentky průměrně označily 3 možnosti. Nejvíce byly respondentkami označovány vulvovaginitidy 32 odpovědí, synechie 27, poruchy menstruačního cyklu 22, dále poranění a úrazy rodidel 9, cizí tělesa v pochvě 6, vrozené vývojové vady rodidel 5, následovalo sexuální zneužívání dívek 4, poruchy puberty 3 a nádorová onemocnění 2, možnost jiné neoznačila žádná (0) respondentka.

Graf 6 Doprovod dítěte ke gynekologickému vyšetření



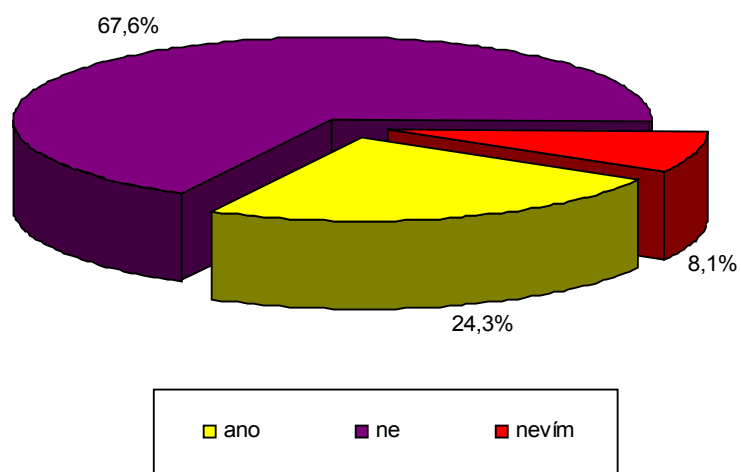
Z celkového počtu 37 (100 %) respondentek 36 (97,3 %) respondentek uvádí. Že nejčastěji dítě doprovází matka, 1 (2,7 %) respondentka udává, že otec, žádná (0) respondentka nezvolila možnost prarodiče a žádná (0) nezvolila jiné.

Graf 7 Nejčastější problémy ve spolupráci s dětmi



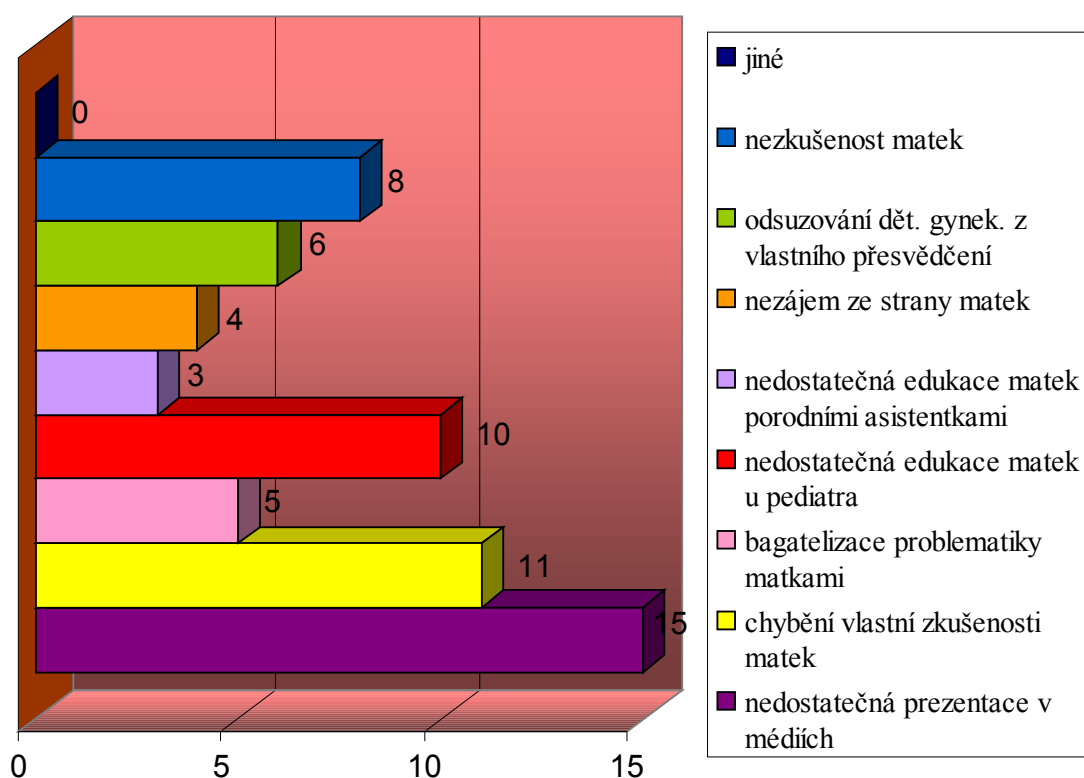
Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 115 odpovědí, respondentky průměrně označily 3,1 odpovědi. Nejčastěji byl respondentkami označován strach dítěte z vyšetření 33 odpovědí, nespolupráce dítěte 23, dále nedostatečná informovanost matek 19, strach dítěte z přístrojů a nástrojů 15, následovala úzkost dítěte 7, nespolupráce doprovodu se zdravotníky 5, strach dítěte z personálu 5, podmíněný reflex u dětí 5, nedůvěra dítěte k personálu 2, nedůvěra k personálu ze strany doprovodu 1 a jiné (0) nezískalo žádnou odpověď.

Graf 8 Informovanost matek o problematice dětské gynekologie



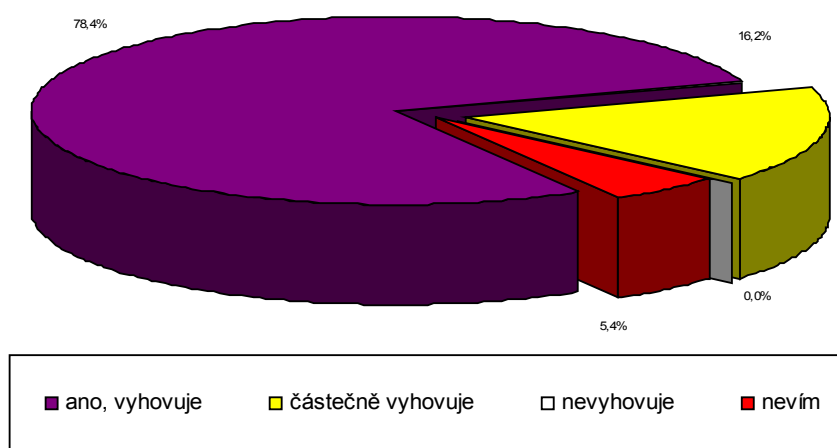
Z celkového počtu 37 (100 %) respondentek si 25 (67,6 %) respondentek myslí, že matky nejsou dostatečně informovány o problematice dětské gynekologie, 9 (24,3 %) respondentek si myslí, že jsou dostatečně informovány a 3 (8,1 %) respondentky neví.

Graf 9 Příčina nedostatečné informovanosti matek o problematice dětské gynekologie



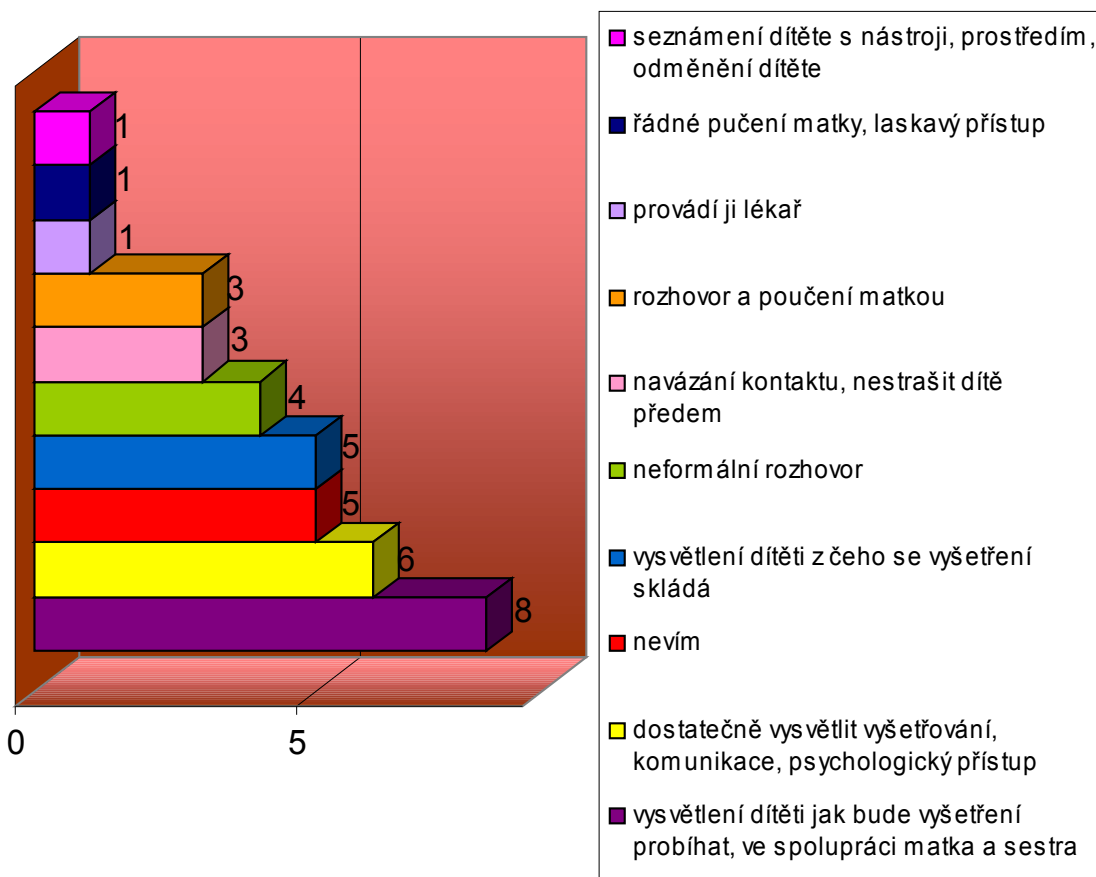
Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 62 odpovědí, respondentky průměrně označily 1,7 odpovědi. Nejvíce odpovědí získala možnost nedostatečná prezentace v médiích, 15 odpovědí, dále chybění vlastní zkušenosti matek 11, nedostatečná edukace matek u pediatra 10, následovala nezkušenost matek 8, odsuzování dětské gynekologie z vlastního přesvědčení 6, následně bagatelizace problematiky matkami 5, nezájem ze strany matek 4, nedostatečná edukace porodními asistentkami 3 a možnost jiné nezískala žádnou (0) odpověď.

Graf 10 Přizpůsobení jednotlivých ambulancí dětské gynekologie potřebám dětských klientek



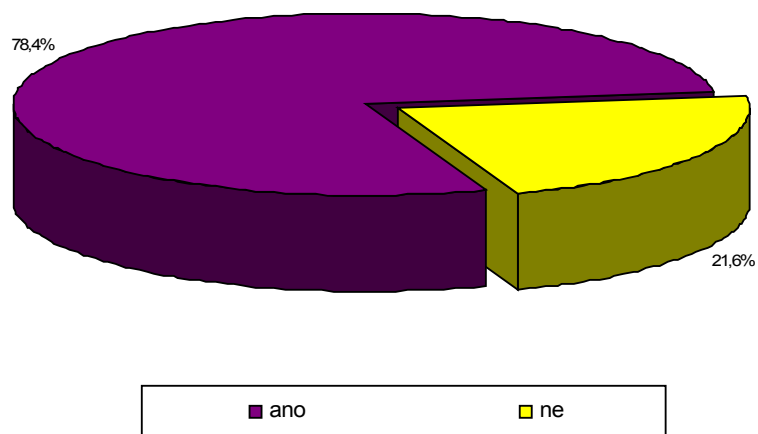
Z celkového počtu 37 (100 %) respondentek, uvedlo 29 (78,4 %) respondentek, že jejich ambulance je vyhovuje potřebám dětských klientek, 6 (16,2 %) respondentek uvedlo, že vyhovuje částečně, 2 (5,4 %) respondentky neví zda vyhovuje a žádná (0) respondentka neoznačila že nevyhovuje.

Graf 11 Význam pojmu „psychická příprava“



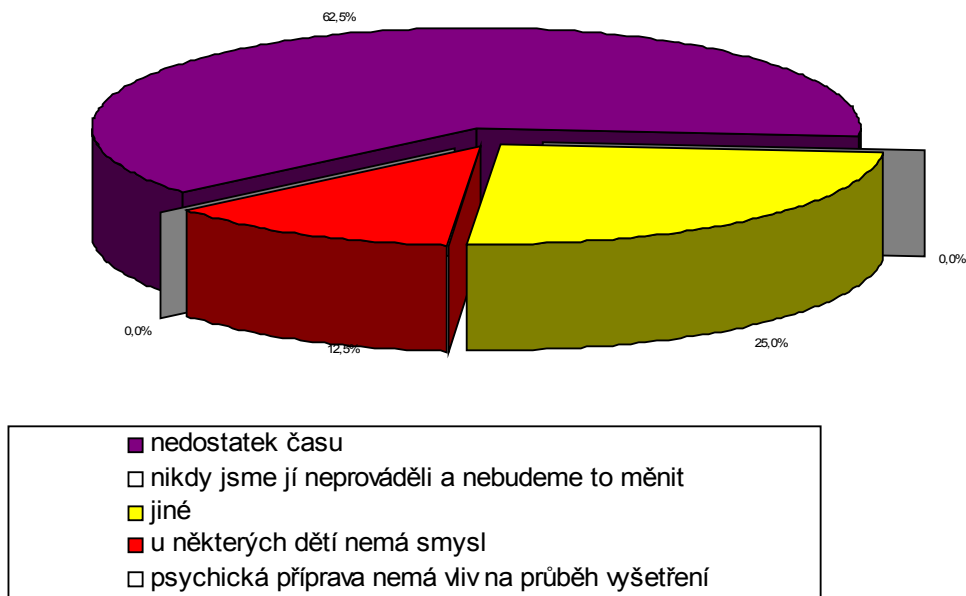
Respondentky odpovídaly slovy na otevřenou otázku. Z celkového počtu 37 respondentek se 8 respondentek vyjádřilo, že psychická příprava je vysvětlení dítěti jak bude vyšetření probíhat, ve spolupráci matka a sestra; dále 6 respondentek uvedlo, že psychická příprava je dostatečné vysvětlení vyšetřování, komunikace, psychologický přístup; 5 respondentek uvedlo nevím, 5 respondentek si pod psychickou přípravou představuje vysvětlení dítěti z čeho se vyšetření skládá, dále 4 respondentky uvádějí neformální rozhovor, 3 navázání kontaktu, nestrašit předem; 3 respondentky odpověděly, že psychická příprava je rozhovor a poučení matkou; 1 respondentka, že jí provádí lékař, 1 uvedla řádné poučení matky, laskavý přístup a 1 respondentka seznámení dítěte s nástroji, prostředím, odměnění dítěte.

Graf 12 Realizace psychické přípravy u dětských klientek v praxi



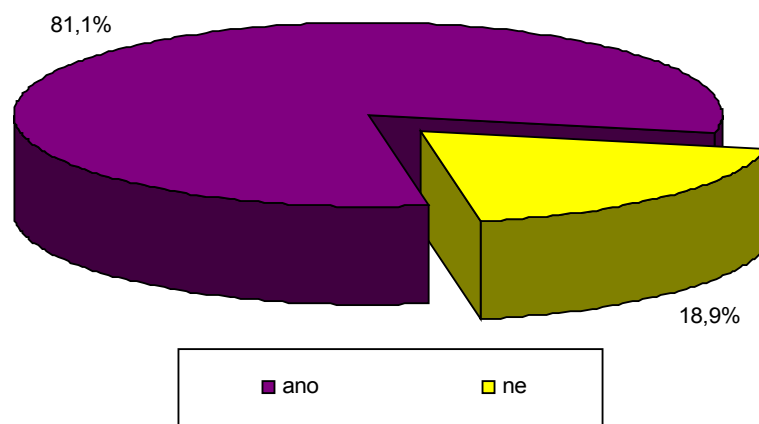
Z celkového počtu 37 (100 %) respondentek 29 (78,4 %) respondentek psychickou přípravu u dětí provádí a 8 (21,6 %) respondentek ji neprovádí.

Graf 13 Důvody vedoucí k neprovádění psychické přípravy u všech dětí



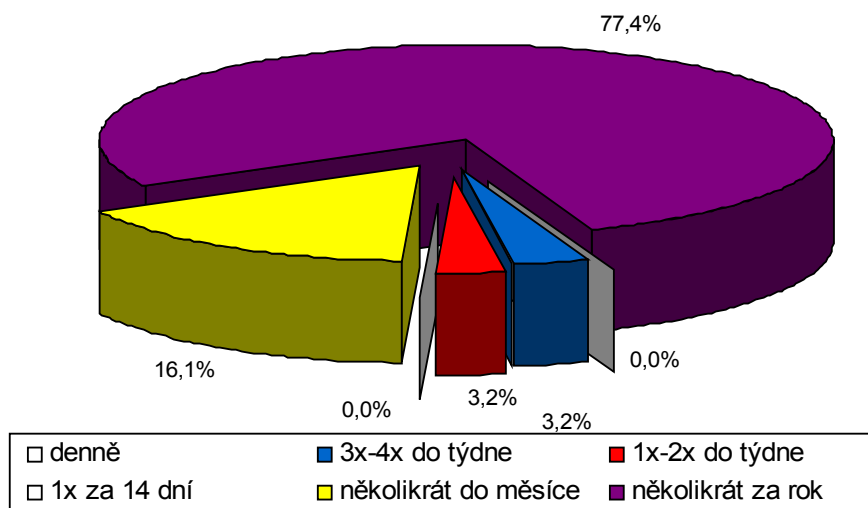
Z počtu 8 (21,6 %) respondentek, které psychickou přípravu u dětí neprovádějí označilo 5 respondentek jako důvod (62,5 %) nedostatek času, 2 (25,0 %) respondentky označily jiné. Z toho 1 respondentka uvedla jako jiné, že psychická příprava prodlužuje vyšetření a 1 respondentka, že prohlubuje strach u dítěte. 1 respondentka dále označila, že u některých dětí nemá smysl. Žádná (0) respondentka neoznačila možnost nikdy jsme ji neprováděli a nebudeme to měnit a žádná (0) neoznačila možnost psychická příprava nemá vliv na průběh vyšetření.

Graf 14 Výskyt neošetřitelných dětí v praxi



Z celkového počtu 37 (100 %) respondentek, označilo 30 (81,1 %) respondentek, že se s neošetřitelnými dětmi v praxi setkává a 7 (18,9 %) respondentek, že se s nimi nesetkává.

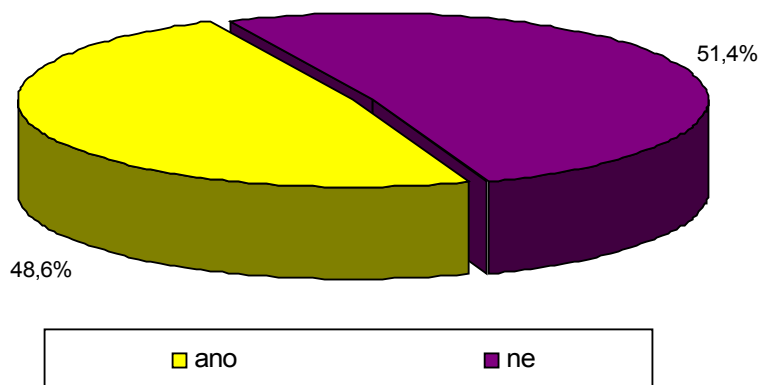
Graf 15 Četnost výskytu neošetřitelných dětí v praxi



Z počtu 30 (81,1 %) respondentek, které na předchozí otázku odpověděly, že se ve své praxi setkávají s neošetřitelnými dětmi, se 24 (77,4 %) respondentek s neošetřitelnými dětmi setkává několikrát za rok, 5 (16,1 %) několikrát do měsíce, 1 (3,2 %) 1x - 2x do

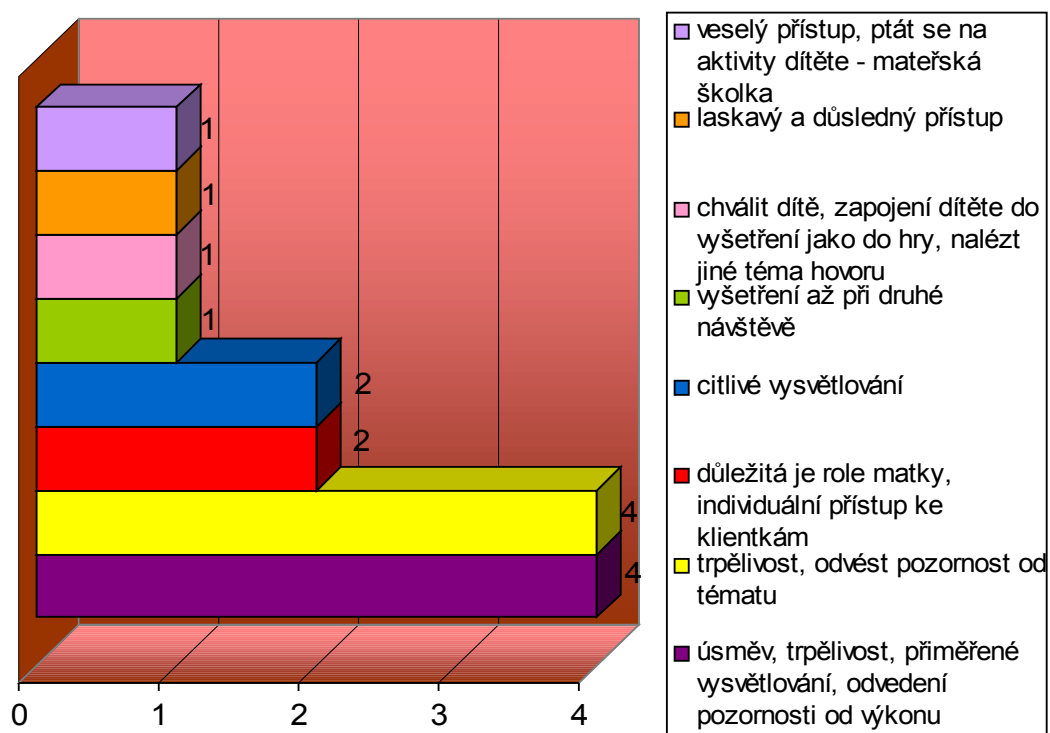
týdne. Dále 1 (3,2 %) respondentka 3x – 4x do týdne. Žádná (0) respondentka se s neošetřitelnými dětmi nesetkává denně a žádná (0) 1x za 14 dní.

Graf 16 A Nalezení způsobu jak přimět dítě ke spolupráci



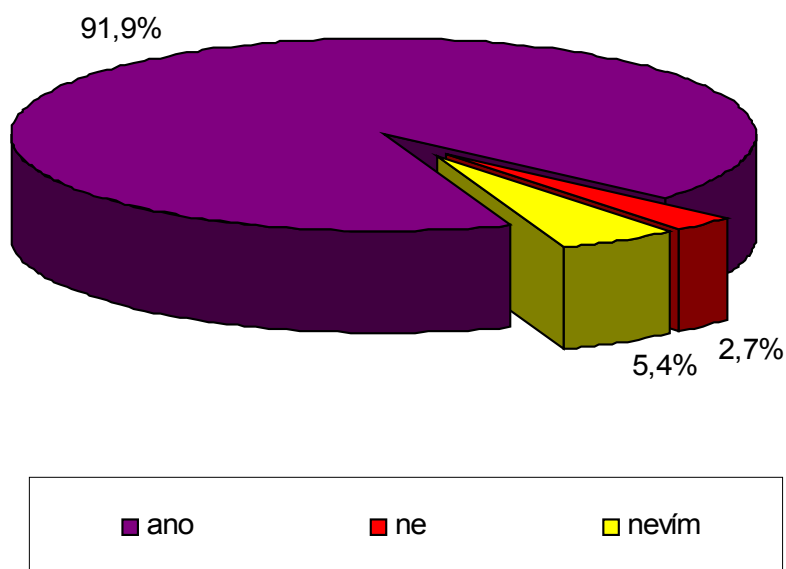
Z celkového počtu 37 (100 %) respondentek uvedlo 19 (51,4 %) respondentek, že tento způsob přístupu během své praxe nenalezlo a 18 (48,6 %) respondentek ano.

Graf 16 B Způsoby přístupu respondentek napomáhající ke spolupráci dítěte



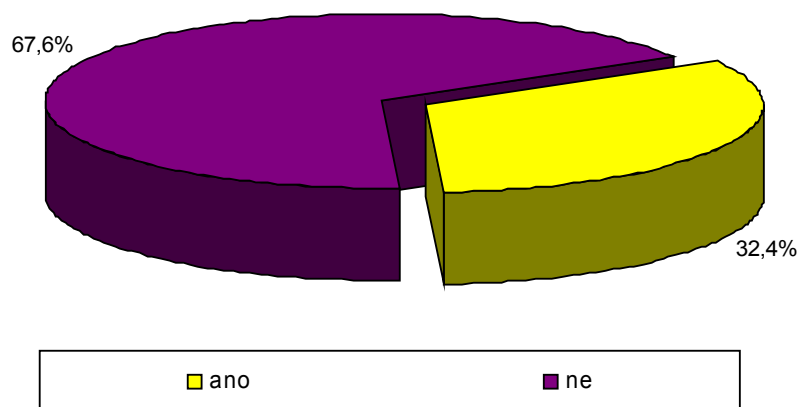
Z počtu 18 respondentek, které během své praxe našly nějaký způsob jak nenásilně přimět dítě ke spolupráci, specifikovaly 4 respondentky jako způsob přístupu úsměv, trpělivost, přiměřené vysvětlování, odvedení pozornosti od výkonu; 4 respondentky trpělivost, odvést pozornost od tématu; 2 specifikovaly důležitou roli matky, individuální přístup ke klientkám; 2 citlivé vysvětlování, 1 vyšetření až při druhé návštěvě, 1 respondentka uvedla chválit dítě, zapojení dítěte do vyšetření jako do hry, nalézt jiné téma hovoru; 1 laskavý a důsledný přístup a 1 respondentka veselý přístup, ptát se na aktivity dítěte – mateřská školka.

Graf 17 Znalost specifik psychologického přístupu k dětem



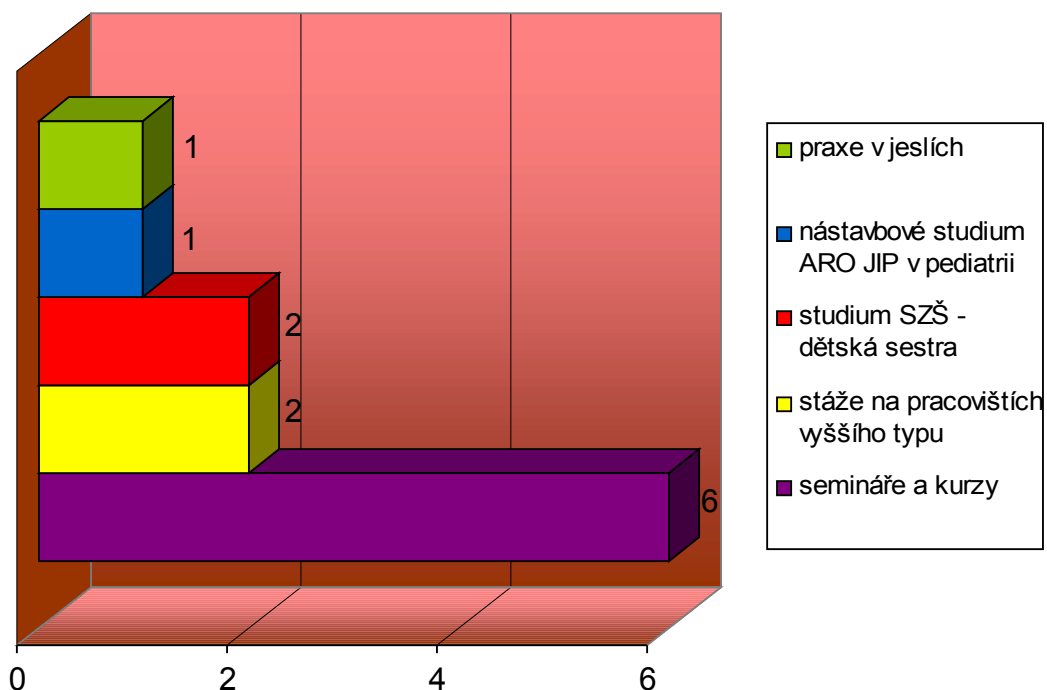
Z celkového počtu 37 (100 %) respondentek 34 (91,9 %) respondentek uvádí, že by porodní asistentka v dětské gynekologii měla znát specifika psychologického přístupu k dětem, 2 respondentky (5,4 %) uvedly že neví a 1 (2,7 %) respondentka uvedla že je znát nemusí .

Graf 18 A Vzdělání respondentek v odvětví psychologického přístupu k dětem



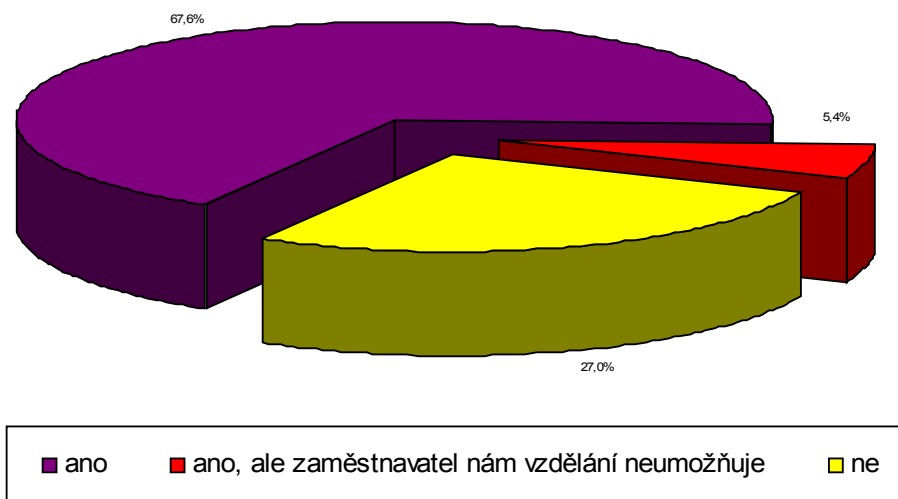
Z celkového počtu 37 (100 %) respondentek, uvedlo 25 (67,6 %) respondentek, že tuto formu vzdělání má a 12 (32,4 %) respondentek nemá.

18 B Vzdělání respondentek týkající se psychologického přístupu k dětským klientům



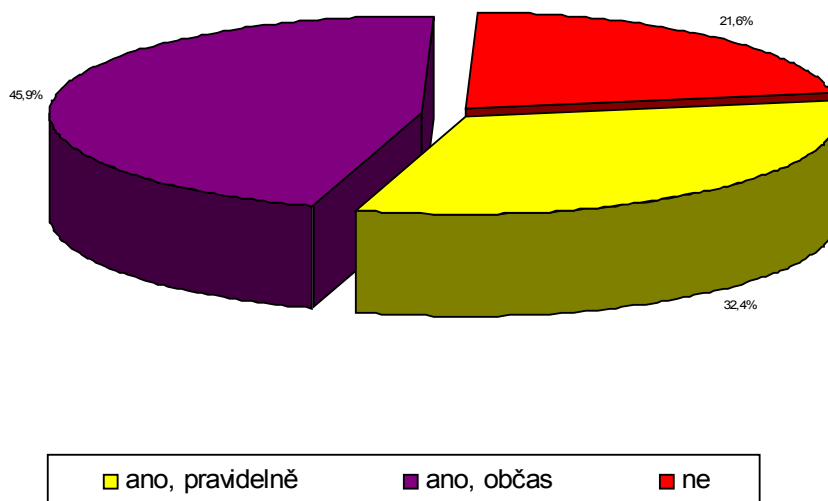
Z počtu 12 respondentek, které absolvovaly vzdělání týkající se specifík psychologického přístupu k dětským klientům, 6 respondentek získalo vzdělání na seminářích a kurzech, 2 respondentky stážemi na pracovištích vyššího typu, 2 studiem SZŠ – dětská sestra, dále 1 respondentka uvedla nástavbové studium ARO JIP v pediatrii a 1 respondentka praxi v jeslích.

Graf 19 Potřeba celoživotního vzdělávání respondentek



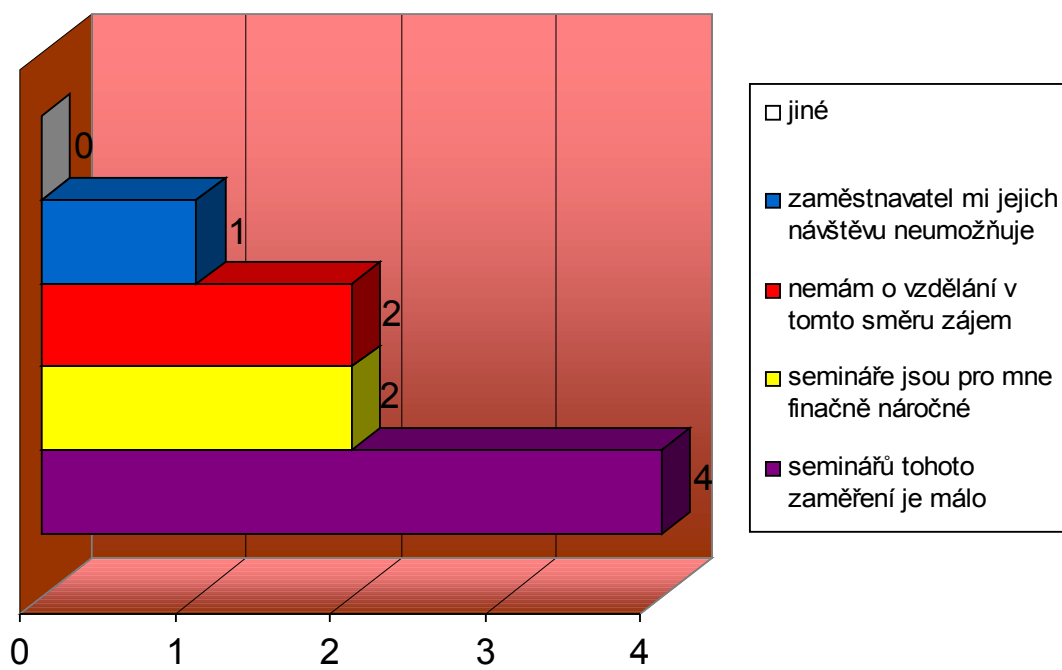
Z celkového počtu 37 (100 %) respondentek označilo 25 (67,6 %) respondentek cítí potřebu celoživotního vzdělávání, 10 (27,0 %) tuto potřebu nepocítuje a 2 respondentky (5,4 %) potřebu pocítují, ale zaměstnavatel jim vzdělání neumožňuje.

Graf 20 Návštěvnost seminářů s tematikou dětské gynekologie respondentkami



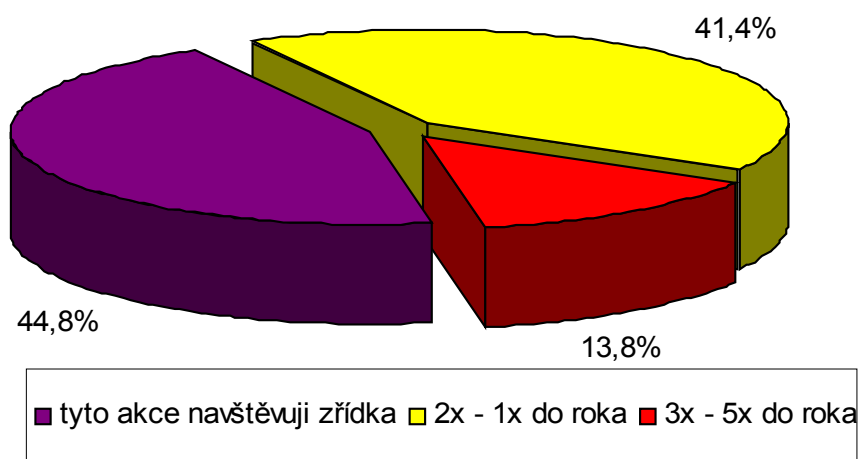
Z celkového počtu 37 (100 %) respondentek označilo 17 (45,9 %) respondentek semináře navštěvuje občas, 12 (32,4 %) respondentek je navštěvuje pravidelně a 8 (21,6 %) respondentek semináře nenavštěvuje.

Graf 21 Důvody respondentek vedoucí k neabsolvování seminářů s tématikou dětské gynekologie



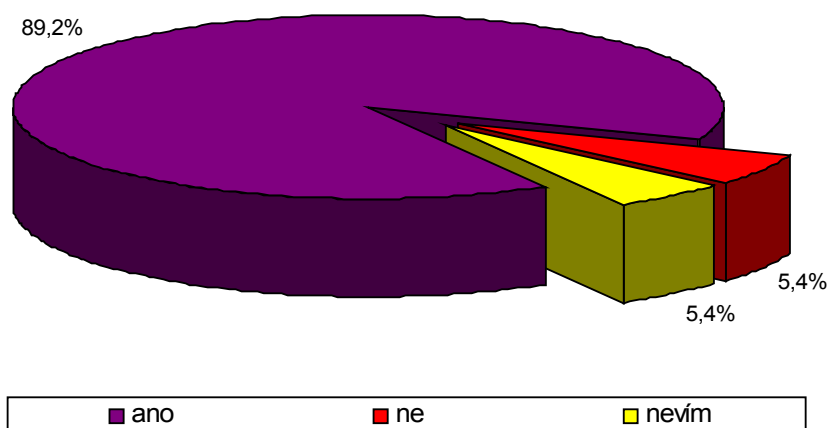
Z počtu 8 respondentek, které nenavštěvují semináře s tématikou dětské gynekologie, jako důvod označily 4 respondentky možnost, že seminářů tohoto zaměření je málo, 2 respondentky uvedly semináře jsou pro mne finančně náročné, 2 respondentky uvedly, že nemají o vzdělání v tomto směru zájem a 1 respondentka uvedla, že zaměstnavatel jí jejich návštěvu neumožňuje. Žádná (0) respondentka neoznačila možnost jiné.

Graf 22 Návštěvnost seminářů s tematikou dětské gynekologie respondentkami



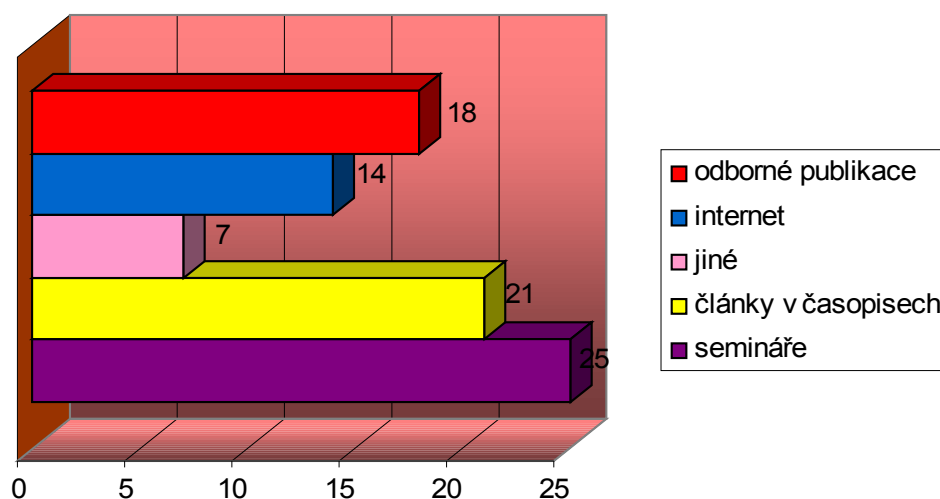
Z počtu 29 (88,3 %) respondentek, které navštěvují semináře s tematikou dětské gynekologie označilo 13 (44,8 %) respondentek, že tyto akce navštěvuje zřídka, 12 (41,4 %) respondentek je navštěvuje 2x – 1x do roka a 4 (13,8 %) respondentky 3x – 5x do roka.

Graf 23 Náзор respondentek na dostatek informací o dětské gynekologii



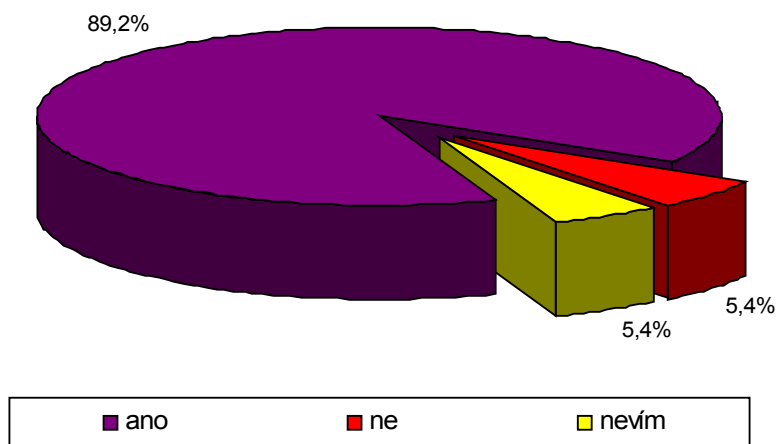
Z celkového počtu 37 (100 %) respondentek 33 (89,2 %) respondentek si myslí, že je o dětské gynekologii dostatek informací, 2 (5,4 %) respondentky si myslí že není a 2 (5,4 %) respondentky neví.

Graf 24 Informační zdroje v oboru dětská gynekologie



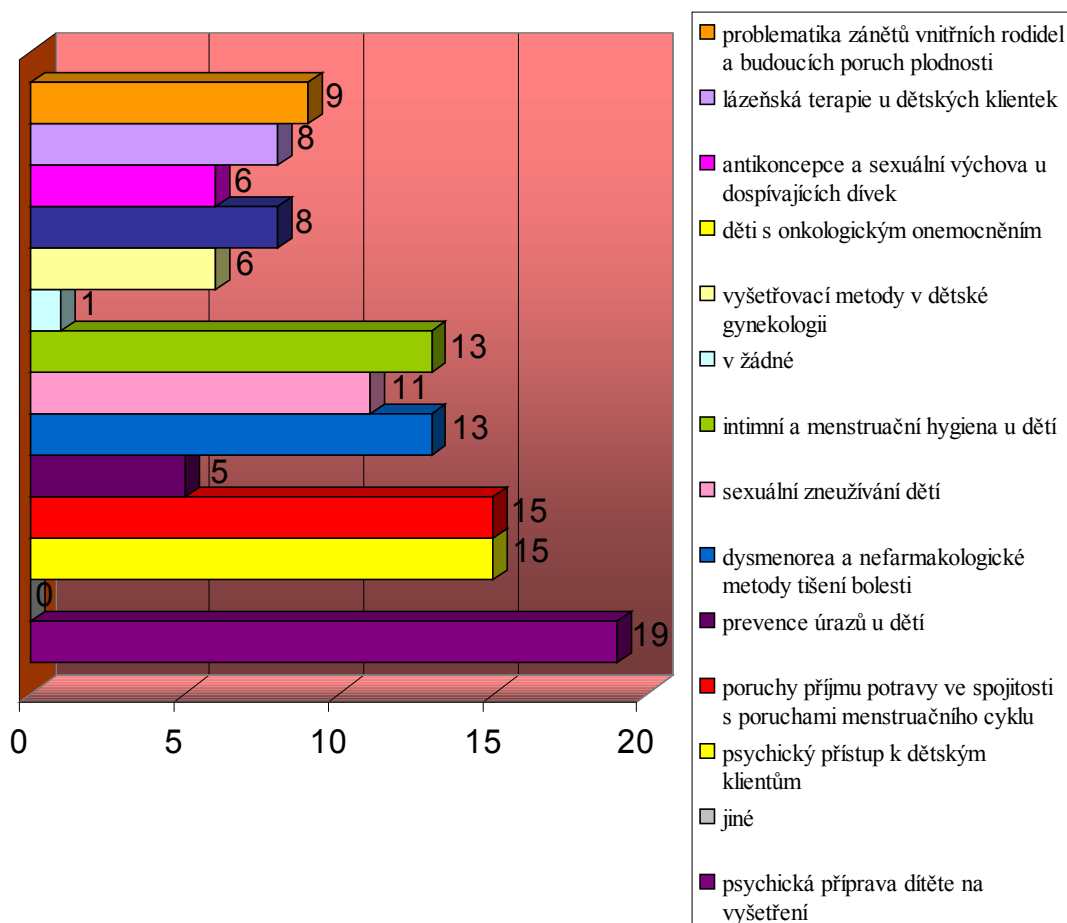
Respondentky mohly označit více odpovědí. Z celkového počtu 85 odpovědí, respondentky průměrně označily 2,3 odpovědí. Respondentkami byly nejvíce označovány semináře, které získaly 25 odpovědí, dále články v časopisech 21, odborné publikace 18, internet 14 a jiné 7. Jako jiný informační zdroj respondentky nejčastěji uváděly lékaři na dětské gynekologii, 5 odpovědí, 1 respondentka uvedla, že informace nezískává a 1 respondentka uvedla ČGPS (Česká gynekologická a porodnická společnost).

Graf 25 Názor respondentek na aktuálnost problematiky dětské gynekologie



Z celkového počtu 37 (100 %) respondentek, si 33 (89,2 %) respondentek myslí, že tato problematika je aktuální, 2 (5,4 %) respondentky uvedly, že není a 2 (5,4 %) respondentky neví.

Graf 26 Oblasti v jakých respondentky pociťují nedostatek informací



Respondentky mohly označit více možností. Z celkového počtu 116 odpovědí, respondentek průměrně označily 3,1 odpovědi. Nejvyššího počtu odpovědí dosáhla psychická příprava dítěte na vyšetření 33 odpovědí, dále 15 odpovědí psychický přístup k dětským klientům, 15 odpovědí získaly poruchy příjmu potravy ve spojitosti s poruchami menstruačního cyklu, 13 dysmenorea a nefarmakologické metody tlášení bolesti, 13 intimní a menstruační hygiena u dětí, dále 11 odpovědí sexuální zneužívání dětí, 9 problematika zánětů vnitřních rodidel a budoucích poruch plodnosti, následně 8 lázeňská terapie u dětských klientek. 8 odpovědí získala možnost děti s onkologickým onemocněním, 6 antikoncepce a sexuální výchova u dospívajících dívek, 6 vyšetřovací metody v dětské gynekologii, 5 prevence úrazů u dětí, 1 respondentka označila žádná a žádná (0) respondentka neoznačila jiné.

4.2 Analýza rozhovorů s doprovodem

Doprovod 1 (D 1)

1. Věděla jste před návštěvou ambulance dětské gynekologie o existenci tohoto oboru? Jestliže ano z jakého zdroje jste informace získávala ?

Ano, dcera mé sestry měla stejné gynekologické potíže jako má dcera. Když začala mít dcera potíže, hledala jsem nějaké informace na internetu.

2. Byla jste sama v dětském věku gynekologicky vyšetřena?

Ne.

3. Věděla jste co obnáší dětské gynekologické vyšetření?

Ano.

4. Přicházíte s dcerou – na doporučení pediatra – z domova

Z domova.

5. O kolikátou návštěvu ambulance dětské gynekologie se u Vašeho dítěte jedná?

Šestou.

6. Je-li návštěva opakovaná jak dítě snáší vyšetření (hůře/lépe než při prvním vyšetření)?

Myslím, že vyšetření snáší stále stejně, už je rozumná.

7. Vysvětlila jste dítěti doma nebo před vstupem do ordinace jak bude vyšetření probíhat a co mu bude lékařka dělat?

Ne.

8. Jste spokojena s přístupem lékařky k Vám a Vaší dceři?

Ano.

9. Jste spokojena s přístupem porodní asistentky k Vám a Vaší dceři?

Ano.

10. Co si myslíte, že nejvíce ovlivnilo spolupráci/nespoleupráci Vašeho dítěte?

Asi prostředí ordinace, přístup lékařky a sestry a taky to, že je dcera zkušená.

11. Myslíte si, že prostředí této ordinace vyhovuje dětským pacientkám?
Jestliže ne, co by se dalo zlepšit?

Asi ano.

Doprovod 2 (D 2)

- 1. Věděla jste před návštěvou ambulance dětské gynekologie o existenci tohoto oboru? Jestliže ano z jakého zdroje jste informace?**

Ne, před tím jsem se o to nezajímala.

- 2. Byla jste sama v dětském věku gynekologicky vyšetřena?**

Ne.

- 3. Věděla jste co obnáší dětské gynekologické vyšetření?**

Ne.

- 4. Přicházíte s dcerou – na doporučení pediatra – z domova**

Z domova.

- 5. O kolikátou návštěvu ambulance dětské gynekologie se u Vašeho dítěte jedná?**

Pátou.

- 6. Je-li návštěva opakovaná jak dítě snáší vyšetření (hůře/lépe než při prvním vyšetření)?**

Asi lépe než při první vyšetření.

- 7. Vysvětlila jste dítěti doma nebo před vstupem do ordinace jak bude vyšetření probíhat a co mu bude lékařka dělat?**

Ne.

- 8. Jste spokojena s přístupem lékařky k Vám a Vaší dceři?**

V zásadě ano.

- 9. Jste spokojena s přístupem porodní asistentky k Vám a Vaší dceři?**

Ano.

- 10. Co si myslíte, že nejvíce ovlivnilo spolupráci/nespoleupráci Vašeho dítěte?**

Má dcera je dobře vychovaná, ví co se sluší a patří.

- 11. Myslíte si, že prostředí této ordinace vyhovuje dětským pacientkám? Jestliže ne, co by se dalo zlepšit?**

Asi vyhovuje, nepřemýšlela jsem o tom.

Doprovod 3 (D 3)

- 1. Věděla jste před návštěvou ambulance dětské gynekologie o existenci tohoto oboru? Jestliže ano z jakého zdroje jste informace získávala?**

Ano, dcera mé kamarádky měla gynekologické problémy. Vyprávěla mi jak u ní návštěva dětské gynekologie probíhala.

- 2. Byla jste sama v dětském věku gynekologicky vyšetřena?**

Ne

- 3. Věděla jste co obnáší dětské gynekologické vyšetření?**

Ano, od kamarádky.

- 4. Přicházíte s dcerou – na doporučení pediatra – z domova**

Na doporučení pediatra.

- 5. O kolikátou návštěvu ambulance dětské gynekologie se u Vašeho dítěte jedná?**

První.

- 6. Je-li návštěva opakovaná jak dítě snáší vyšetření (hůře/lépe než při prvním vyšetření)?**

Jde o první návštěvu.

- 7. Vysvětlila jste dítěti doma nebo před vstupem do ordinace jak bude vyšetření probíhat a co mu bude lékařka dělat?**

Dceři jsem doma vysvětlila, že půjdeme k paní doktorce, a ta jí vyšetří. Neřekla jsem jí jak.

- 8. Jste spokojena s přístupem lékařky k Vám a Vaší dceři?**

Ano, velice.

- 9. Jste spokojena s přístupem porodní asistentky k Vám a Vaší dceři?**

Ano, obě byly milé.

- 10. Co si myslíte, že nejvíce ovlivnilo spolupráci/nespolupráci Vašeho dítěte?**

Dcera je sice stydlivá, ale přístup lékařky i sestry byl skvělý

- 11. Myslíte si, že prostředí této ordinace vyhovuje dětským pacientkám?**

Jestliže ne, co by se dalo zlepšit?

Asi ano, možná by tu pro menší děti mohlo být více hraček.

Doprovod 4 (D 4)

- 1. Věděla jste před návštěvou ambulance dětské gynekologie o existenci tohoto oboru? Jestliže ano z jakého zdroje jste informace získávala?**

Ano, něco jsem četla na internetu, ale do hloubky jsem se nezajímala.

- 2. Byla jste sama v dětském věku gynekologicky vyšetřena?**

Ne.

- 3. Věděla jste co obnáší dětské gynekologické vyšetření?**

Jen jsem věděla že se děti nevyšetřují přes pochvu, ale nějak jinak.

- 4. Přicházíte s dcerou – na doporučení pediatra – z domova**

Na doporučení pediatra.

- 5. O kolikátou návštěvu ambulance dětské gynekologie se u Vašeho dítěte jedná?**

První.

- 6. Je-li návštěva opakovaná jak dítě snáší vyšetření (hůře/lépe než při prvním vyšetření)?**

Jde o první návštěvu.

- 7. Vysvětlila jste dítěti doma nebo před vstupem do ordinace jak bude vyšetření probíhat a co mu bude lékařka dělat?**

Ne.

- 8. Jste spokojena s přístupem lékařky k Vám a Vaší dceři?**

Ještě teď se klepu, sama k lékaři chodím jen v krajní nouzi, asi mi to zůstalo z dětství, kdy jsem byla jako malá po úrazu v nemocnici. Ano jsem.

- 9. Jste spokojena s přístupem porodní asistentky k Vám a Vaší dceři?**

Samozřejmě, nebýt jí, vůbec nevím jak bychom to s dcerou zvládly.

- 10. Co si myslíte, že nejvíce ovlivnilo spolupráci/nespoleupráci Vašeho dítěte?**

Spolupráci ovlivnil nejspíš skvělý přístup lékařky a sestry.

- 11. Myslíte si, že prostředí této ordinace vyhovuje dětským pacientkám? Jestliže ne, co by se dalo zlepšit?**

Myslím, že vyhovuje, sestra dala dceři i hračku, což bylo skvělé.

Doprovod 5 (D 5)

- 1. Věděla jste před návštěvou ambulance dětské gynekologie o existenci tohoto oboru? Jestliže ano z jakého zdroje jste informace získávala?**

Ano, věděla, informace získávám především z internetu, mám doma i knihu.

- 2. Byla jste sama v dětském věku gynekologicky vyšetřena?**

Ano, bylo mi asi 8., pamatuji si to dodnes, byl to hrozný zážitek.

- 3. Věděla jste co obnáší dětské gynekologické vyšetření?**

Ano.

- 4. Přicházíte s dcerou – na doporučení pediatra – z domova**

Na doporučení pediatra.

- 5. O kolikátou návštěvu ambulance dětské gynekologie se u Vašeho dítěte jedná?**

Druhou.

- 6. Je-li návštěva opakovaná jak dítě snáší vyšetření (hůře/lépe než při prvním vyšetření)?**

Trochu hůře než první vyšetření.

- 7. Vysvětlila jste dítěti doma nebo před vstupem do ordinace jak bude vyšetření probíhat a co mu bude lékařka dělat?**

Ano. Když si vzpomenu na sebe, nikdo mi nic neřekl a já byla hrozně vyděšená.

- 8. Jste spokojena s přístupem lékařky k Vám a Vaší dceři?**

Ano, paní doktorka všechno mě i dceři vysvětlila a byla velmi hodná.

- 9. Jste spokojena s přístupem porodní asistentky k Vám a Vaší dceři?**

Ano, jsem ráda, že si s dcerou hodně povídala, odváděla tím její pozornost.

- 10. Co si myslíte, že nejvíce ovlivnilo spolupráci/nespolupráci Vašeho dítěte?**

Myslím, že měla hlavně strach z vyšetření, ale lékařka je šetrná a když jsem dceři domluvila tak pak byla hodná.

- 11. Myslíte si, že prostředí této ordinace vyhovuje dětským pacientkám?**

Jestliže ne, co by se dalo zlepšit?

Myslím, že v celku vyhovuje, možná by mohlo být v čekárně více hraček, ale chápu že ambulance funguje hlavně jako gynekologická pro dospělé ženy.

Doprovod 6 (D 6)

- 1. Věděla jste před návštěvou ambulance dětské gynekologie o existenci tohoto oboru? Jestliže ano z jakého zdroje jste informace získávala?**

Ano, něco jsem četla v novinách a na internetu.

- 2. Byla jste sama v dětském věku gynekologicky vyšetřena?**

Ne.

- 3. Věděla jste co obnáší dětské gynekologické vyšetření?**

Ano.

- 4. Přicházíte s dcerou – na doporučení pediatra – z domova**

Z domova.

- 5. O kolikátou návštěvu ambulance dětské gynekologie se u Vašeho dítěte jedná?**

Třetí.

- 6. Je-li návštěva opakovaná jak dítě snáší vyšetření (hůře/lépe než při prvním vyšetření)?**

Určitě hůře než při prvním vyšetření.

- 7. Vysvětlila jste dítěti doma nebo před vstupem do ordinace jak bude vyšetření probíhat a co mu bude lékařka dělat?**

Ano, řekla jsem že půjdeme za paní doktorkou, ihned začala plakat a nechtěla jít, tak jsem radši už nic neříkala.

- 8. Jste spokojena s přístupem lékařky k Vám a Vaší dceři?**

Ano paní doktorka se velmi snažila, aby vyšetření proběhlo v klidu.

- 9. Jste spokojena s přístupem porodní asistentky k Vám a Vaší dceři?**

Ano, hodně mi pomáhala při utěšování dcery.

- 10. Co si myslíte, že nejvíce ovlivnilo spolupráci/nespoleupráci Vašeho dítěte?**

Už věděla co jí bude čekat i to, že vyšetření není příjemné asi měla strach.

- 11. Myslíte si, že prostředí této ordinace vyhovuje dětským pacientkám?**

Jestliže ne, co by se dalo zlepšit?

Myslím, že vyhovuje.

4.3. Analýza pozorování klientek

Pozorování klientka 1

Anamnéza

Věk: 14 let

Osobní anamnéza

Běžné dětské nemoci, astma bronchiale – SOS Buventol, alergie na pyly a prachy.

Gynekologická anamnéza

Menstruace od 12ti let pravidelná, nebolestivá.

Od ledna 2007 nepravidelné bolesti v podbřišku-více vlevo.

Říjen 2007 menses á14 dní, krvácení trvající až 10 dnů, diagnostikována juvenilní metrorrhagie, farmakologická léčba – Agolutin 1 amp. i.m., Agofolin 1 amp. i.m., Acidum folicum tbl.

Listopad 2007 - v říjnu (25.10.) odlučovací krvácení, farmakologická léčba – Duphaston tbl., s léčbou cyklus pravidelný

Březen 2008 menstruační cyklus pravidelný, KO v normě, hormony štítné žlázy v normě, odběr funkční cytologie

Současný problém:

23.6.08 dnes začala klientka silně krvácet, poslední menses měla 8.4. 2008

Doprovod:

Matka

Chování klientky a doprovodu při vstupu do ordinace:

Matka klientky je klidná, podrobně porodní asistence popisuje problémy dcery, klientku téměř nenechá mluvit.

Klientka vypadá unaveně, je skleslá, bledá, nervózní a mlčenlivá, nechává ze sebe mluvit matku. Klientka není v ordinaci poprvé, je tedy zkušená a automaticky provádí některé výkony (podává porodní asistentce menstruační kalendář,...).

Chování personálu ke klientce a doprovodu:

Porodní asistentka je milá, má k matce i dívce vstřícné chování, matce naslouchá a pobízí klientku, aby se více rozpovídala. Odvádí matku i klientku k lékařce na vyšetření. Lékařka má příjemné vystupování, komunikuje jak s klientkou, tak i s matkou, klientku se snaží v komunikaci povzbuzovat, hovoří s klientkou i o věcech které nesouvisí se zdravotním stavem a odvádí tak pozornost od pobytu v ordinaci.

Porodní asistentka provádí psychickou přípravu:

U klientky:

ano:

Vysvětluje klientce i matce co se bude dít, že si s ní promluví lékařka a uklidňuje ji.

U doprovodu:

ano:

Informuje matku společně s klientkou o průběhu vyšetření, informuje matku o tom, že by měla být vyšetření přítomna.

Lékař provádí psychickou přípravu:

U klientky:

ano:

Nejprve s klientkou hovoří o jiném tématu než je její zdravotní stav (škola, prázdniny,..), informuje klientku o průběhu návštěvy.

U doprovodu

ano:

Informuje matku o průběhu návštěvy.

Používá personál k psychické přípravě dítěte pomůcky:

Ne.

Reakce dítěte na psychickou přípravu:

Klientka rozumí, je klidnější, ale nervozita je na ní stále ještě patrná, více komunikuje s lékařkou.

Průběh vyšetření:

Porodní asistentka matku i klientku předává lékařce se stručnou anamnézou současného zdravotního stavu. Lékařka s oběma živě komunikuje a odvádí tím pozornost od pobytu v ordinaci. Dále zjišťuje anamnézu a od dívky si přebírá menstruační kalendář, který je pečlivě vyplněný. Klientce ordinuje Pamba tbl. a vysvětluje ji léčbu. O léčbě též edukuje matku klientky.

Reakce dítěte a doprovodu na vyšetření:

Klientka je před vstupem do ordinace nervózní a lehce se třese. Při odchodu je uvolněná a usmívá se. Matka s lékařkou stále komunikuje, usmívá se na dceru a uklidňuje ji.

Edukace klientky a doprovodu:

Lékařka dívku i matku edukuje o léčbě (Pamba tbl.), o nutnosti zapisovat si menstruační krvácení do menstruačního kalendáře.

Chování klientky a doprovodu při odchodu z ordinace:

Matka i klientka odcházejí z ordinace v uvolněné náladě, klientka více komunikuje, povídá si s porodní asistentkou.

Pozorování klientka 2

Anamnéza

Věk: 13 let

Osobní anamnéza

Běžné dětské nemoci

Gynekologická anamnéza

Menstruace od 11-ti let pravidelná, nebolestivá

Klientka je rok léčená pro juvenilní metrorrhagii

Únor 2007 kdy byl ordinován Agolutin 1amp. i.m., Agofolin 1 amp. i.m. a acidum folicum tbl., dále léčba Duphaston tbl., občas špiní v cyklu, KO v normě

Současný problém:

23.6.08 přichází pro opakované menstruační krvácení delší než 15 dnů, matka klientce vysadila léčbu

Doprovod:

Matka

Chování klientky a doprovodu při vstupu do ordinace:

Matka klientky je odměřená, podceňuje zdravotní obtíže své dcery. Klientka je bledá, smutná, téměř nekomunikuje, drží se stranou.

Chování personálu ke klientce a doprovodu:

Porodní asistentka má k matce vstřícné vystupování, snaží se zjistit proč matka dceři vysadila léčbu. Matka odpovídá, že dcera už neměla téměř žádné obtíže a tak nebylo nutné jí „cpát do těla hormony“. Porodní asistentka se snaží matce vysvětlit jak je důležité předepsanou léčbu dodržovat, ale matka si za svým názorem stojí a nenechá si ho vyvrátit. Porodní asistentka situaci už dál nekomentuje a odvádí matku s dcerou k lékařce do ordinace. Chování matky k lékařce je stejné jako k porodní asistentce. Lékařka zůstává v klidu a zaujímá k matce profesionální přístup. Trpělivě se jí snaží vysvětlit nezbytnost dodržování léčby a vliv dlouhodobého krvácení na krevní obraz klientky.

Porodní asistentka provádí psychickou přípravu:

U klientky:

ano:

Informuje klientku o průběhu návštěvy, snaží se klientku povzbudit, před odběrem krve klientce vše vysvětluje, při odběru odvádí její pozornost jiným směrem.

U doprovodu:

ano:

Informuje matku společně s klientkou o průběhu vyšetření, informuje matku o tom, že by měla být vyšetření přítomna.

Lékař provádí psychickou přípravu:

U klientky:

ano:

Vysvětluje klientce, že je nutné udělat krevní testy, zda nemá nedostatek červených krvinek, že jí odebere krev porodní asistentka, klientku gynekologicky nevyšetřuje.

U doprovodu

ano:

Informuje matku o odběru krve u její dcery.

Používá personál k psychické přípravě dítěte pomůcky:

Ne.

Reakce dítěte na psychickou přípravu:

Klientka rozumí, spolupracuje, před odběrem je lehce nervózní a mírně se třese.

Průběh vyšetření:

Porodní asistentka matku i dívku předává lékařce se stručnou anamnézou současného zdravotního stavu. Lékařka se s oběma přivítá, hovoří zejména ke klientce, která je bledá a komunikuje jen sporadicky. Matka se k lékařce chová odměřeně a přisuzuje

lékařce vinu za špatnou léčbu metrorrhagie. Lékařka zaujímá profesionální postoj a trpělivě vysvětluje matce důležitost dodržování léčby. Matka je odměřená a pevně si stojí za svým názorem, že nebude „cpát do dcery hormony“. Lékařka se snaží matce problém osvětlit, vysvětluje matce principy léčby a důležitost dodržování léčebného režimu. Dozvídá se, že matka dceři vysadila léky před třemi měsíci, od té doby má klientka potíže s dlouhotrvajícím krvácením. Dále, že dívka byla 14 dní na cyklistickém táboře, kdy po celou dobu trvání tábora silněji krvácela. Rodina ještě plánuje na příští týden turistickou dovolenou. Lékařka vysvětluje matce i klientce důležitost dodržování klidového režimu při silnějším krvácení a informuje klientku i matku o tom, že takhle náročná pohybová aktivita může krvácení zesilovat a prodlužovat. Po dlouhém přesvědčování matky lékařkou, matka souhlasí s léčbou a slibuje, že léčbu dcery budou dodržovat. Klientka po celou dobu téměř nekomunikuje.

Reakce dítěte a doprovodu na vyšetření:

Klientka je před vyšetřením mlčenlivá, lehce nervózní, chování dívky hodně ovlivňuje matka, která se k porodní asistentce i lékařce chová odměřeně. Ke konci návštěvy je již matka klidnější, na klientce je také patrná úleva a hovoří již uvolněněji a klidněji.

Edukace klientky a doprovodu:

Lékařka i porodní asistentka klientku i matku edukuje o nezbytnosti dodržování léčebného režimu a o nutnosti zapisovat si menstruační krvácení do menstruačního kalendáře.

Chování klientky a doprovodu při odchodu z ordinace

Matka odchází z ordinace klidnější. Klientka je též klidnější a uvolněnější, se změnou chování matky se změnilo chování klientky. Více komunikuje a je méně nervózní.

Pozorování klientka 3

Anamnéza

Věk: 12 let

Osobní anamnéza

Běžné dětské nemoci

Gynekologická anamnéza

U klientky ještě nedošlo k nástupu menstruace, pubické ochlupení se vyskytuje v oblasti hrmy.

Doposud byla klientka bez gynekologických obtíží.

Současný problém:

Před týdnem klientka začala pociťovat svědění a pálení rodidel, svěřila se s obtížemi matce.

Doprovod:

Matka

Chování klientky a doprovodu při vstupu do ordinace:

Matka klientky je lehce nervózní, ustaraná, bojí se o zdraví dcery. Klientka je stydlivá, při rozhovoru s porodní asistentkou se drží v pozadí za matkou. S porodní asistentkou komunikuje velice spoře, je nejistá a na kladené otázky odpovídá tichou řečí. O svých gynekologických obtížích mluví ztěžka a při rozhovoru klopí zrak k zemi. Své pohlavní orgány nazývá slovem „to“ s výrazem jakoby se jednalo o něco neslušného, o čem se nemluví.

Chování personálu ke klientce a doprovodu:

Porodní asistentka je ke klientce i matce vstřícná, zjišťuje u klientky anamnézu, má příjemné vystupování, komunikuje jak s klientkou, tak i s matkou, klientku se snaží v komunikaci povzbuzovat, hovoří s ní i o věcech které nesouvisí se zdravotním stavem a odvádí tak pozornost od pobytu v ordinaci. Také klientku povzbuzuje, aby se nebála mluvit o svých pohlavních orgánech, vysvětluje klientce, že jde o zcela přirozenou součást jejího těla a nemusí se stydět na toto téma mluvit.

Porodní asistentka provádí psychickou přípravu:

U klientky:

ano:

Vysvětluje dívce i matce jak probíhá návštěva v ordinaci dětské gynekologie, informuje dívku i matku o dětském gynekologickém vyšetření, obě zároveň uklidňuje.

U doprovodu:

ano:

Informuje matku společně s dívkou o průběhu vyšetření, informuje matku o tom, že by měla být vyšetření přítomna.

Lékař provádí psychickou přípravu:

U klientky:

ano:

Nejprve se s dívkou seznamuje, poté se ptá na zdravotní obtíže, vše klientce předem vysvětluje.

U doprovodu

ano:

Informuje matku o způsobu a technice vyšetření.

Používá personál k psychické přípravě dítěte pomůcky:

ano:

Lékařka klientce ukazuje vyšetřovací stůl, vaginoskop a rukavici na ukazovák, kterou bude klientku rektálně vyšetřovat.

Reakce dítěte na psychickou přípravu:

Klientka rozumí, má bázlivý výraz tváře, lehce se třese, ale spolupracuje.

Průběh vyšetření:

Porodní asistentka odvádí matku i s klientkou do ordinace, zůstává v ordinaci po celou dobu vyšetření. Před gynekologickým vyšetřením lékařka společně s porodní

asistentkou psychicky připravují klientku i matku. Klientka hovoří velmi tiše o svých zdravotních problémech o pohlavních orgánech se vyjadřuje až zahanbeně. Má sklopený pohled do země a mírně zadržává v řeči. Porodní asistentka společně s lékařkou klientku uklidňují, vysvětlují jí průběh vyšetření a ukazují vyšetřovací stůl a přístroje. Při vyšetření klientka spolupracuje. Porodní asistentka provádí výtěr pochvy na kultivaci a citlivost. Lékařka diagnostikuje u klientky vulvovaginitidu a předepisuje jí Pimafucin vag. Lékařka dále ukazuje matce jak bude dceři aplikovat lék do pochvy. Klientce též léčbu vysvětluje.

Reakce dítěte a doprovodu na vyšetření:

Klientka je před i při vyšetření nervózní a napjatá. Porodní asistentka klientku povzbuzuje, aby se uvolnila a umožnila lékařce provést vyšetření. Klientka se poté uvolňuje a je relativně klidná. Matka je po dobu vyšetření nejistá, s dcerou nekomunikuje a vyšetření z povzdálí sleduje. Po výzvě lékařky, aby šla matka k dceři blíže, se postaví vedle vyšetřovacího stolu a drží dceru za ruku.

Edukace klientky a doprovodu:

Porodní asistentka, poté i lékařka, edukují klientku o funkci pohlavních orgánů, aby je klientka nevnímala jako něco neslušného. Porodní asistentka též edukuje dívku i její matku o správné hygienické péči o rodidla. Lékařka edukuje matku o důležitosti další návštěvy, kdy již budou výsledky kultivace a předběžná citlivost a popřípadě klientce upraví léčbu.

Chování klientky a doprovodu při odchodu z ordinace

Matka i klientka jsou při odchodu klidnější, dívka je stále stydlivá a do hovoru se moc nevměšuje. Matka se stále ujišťuje zda se nejedná u dcery o závažné onemocnění.

Pozorování klientka 4

Anamnéza

Věk: 4 roky

Osobní anamnéza

Běžné dětské nemoci

Gynekologická anamnéza

Nikdy neměla gynekologické obtíže

Současný problém:

23.6. 2008 klientka přichází pro svědění, pálení rodidel a hojný žlutavý výtok, matka si všimla, že si dítě genitál často škrábe a má ho zarudlý. Potíže trvají asi 4 dny.

Doprovod:

Matka

Chování klientky a doprovodu při vstupu do ordinace:

Matka klientky je rozrušená, má vyplašený výraz, při hovoru se jí lehce třese hlas.

Chování personálu ke klientce a doprovodu:

Porodní asistentka má k matce vstřícné vystupování, snaží se jí uklidnit. Navazuje kontakt s dítětem, povídá si s klientkou a nabízí jí hračku. Zjišťuje od matky anamnézu. Dozvídá se, že matka asi před týdnem dala dceři do koupele pěnu a aromatický olejček. Porodní asistentka poté odvádí klientku i matku do ordinace, kde zůstává po celou dobu vyšetření. Lékařka se představuje a seznamuje s matkou i s klientkou. Rozhovorem s matkou zjišťuje anamnézu a gynekologické problémy klientky. Rozhovor s dítětem vede tak, aby dítě rozumělo kladeným otázkám a mohlo snadno odpovědět.

Porodní asistentka provádí psychickou přípravu:

U klientky:

ano:

Klientce přiměřenou formou vysvětluje, že jí prohlédne paní doktorka, že se bude svlékat a před vstupem do ordinace jí dává hračku.

U doprovodu:

ano:

Informuje matku o průběhu vyšetření, informuje matku o tom, že by měla být vyšetření přítomna, uklidňuje matku.

Lékař provádí psychickou přípravu:

U klientky:

ano:

Vysvětluje klientce přiměřenou formou, že jí musí prohlédnout pohlavní orgány, ukazuje jí vyšetřovací stůl, klientku uklidňuje a vede s ní neustálý hovor.

U doprovodu:

ano:

Informuje matku o průběhu vyšetření a o nutnosti provedení výtěru pochvy.

Používá personál k psychické přípravě dítěte pomůcky:

ano:

Porodní asistentka klientce při vstupu do ordinace podává hračku, lékařka klientce ukazuje vyšetřovací stůl.

Reakce dítěte na psychickou přípravu:

Klientka se drží matky, vyplašeně pozoruje nové prostředí. Na položené otázky odpovídá a pevně si drží hračku.

Průběh vyšetření:

Porodní asistentka matku s klientkou odvádí do ordinace. Lékařka se seznamuje s klientkou a její matkou. Rozhovorem s matkou získává anamnézu klientky. Hovoří jak s matkou, tak s klientkou, a to i o věcech, které se zdravotním stavem klientky nesouvisí. Klientka se drží matky, vyplašeně pozoruje prostředí ordinace, třeští pohledem od matky k lékařce a pevně k sobě tiskne hračku. Matka klientky je rozrušená a bojí se o zdraví dítěte. Lékařka edukuje matku o gynekologickém

vyšetření dítěte. Klientce ukazuje vyšetřovací stůl a vysvětluje jí přiměřeným způsobem, že se bude muset svléknout a poté jí na vyšetřovacím stole prohlédne. Matka pomáhá klientce se svlékáním, ta se nebrání a spolupracuje. Matka pak dítě odvádí k vyšetřovacímu stolu a s porodní asistentkou upravují polohu klientky na vyšetřovacím stole. Klientka se drží matky za ruku a začíná slabě plakat. Porodní asistentka utěšuje klientku společně s matkou s pomocí hračky. Lékařka u klientky provádí bimanuální palpační vyšetření a následně provádí výtěr pochvy na kultivaci a citlivost. Při vyšetřování dítě pláče a vzteká se, po utěšování porodní asistentkou a lékařkou se dítě uklidňuje. Po vyšetření porodní asistentka i lékařka klientku chválí. Matka je stále rozrušená, lékařka musí otázky a informace o léčbě směřující k matce několikrát opakovat.

Reakce dítěte a doprovodu na vyšetření:

Klientka je zpočátku rozrušená, úzkostná, vyplašeně pozoruje nové prostředí. Při samotném vyšetření pláče a vzteká se po utěšování porodní asistentkou a lékařkou se uklidňuje. Matka je též rozrušená, při vyšetření drží klientku za ruku, vyplašeně sleduje dění a nekomunikuje. Po vyšetření je stále rozrušená lékařka musí některé informace a otázky několikrát opakovat.

Edukace klientky a doprovodu:

Porodní asistentka matku edukuje o průběhu dětského gynekologického vyšetření, o hygienické péči o rodidla, hygieně odívání a prevenci vzniku vulvovaginitidy. Lékařka matku informuje o příští návštěvě, při které jí bude moci sdělit výsledky kultivace z pochvy. Informuje matku o možnostech případné léčby, edukuje ji o zásadách správné hygieny a používání kosmetických přípravků.

Chování klientky a doprovodu při odchodu z ordinace

Klientka je při odchodu z ordinace klidnější, drží se matky, nepláče, komunikuje s porodní asistentkou a místy se usmívá. Matka klientky je stále rozrušená, lehce se jí třese hlas.

Pozorování klientka 5

Anamnéza

Věk: 5 let

Osobní anamnéza

Běžné dětské nemoci, potravinová alergie na výrobky z kravského mléka

Gynekologická anamnéza

Před 14 dny zde v ambulanci dětské gynekologie diagnostikována vulvovaginitida s původcem e.coli, enterococcus, nasazen Macmiror vag. tablety

Současný problém:

23.6.2008 klientka přichází na kontrolu po léčbě

Doprovod:

Matka

Chování klientky a doprovodu při vstupu do ordinace:

Matka dítěte je klidná, usměvavá, klientka se jí drží za ruku, obě hovoří s porodní asistentkou.

Chování personálu ke klientce a doprovodu:

Porodní asistentka matku dobře zná, obě si přátelsky povídají. Porodní asistentka komunikuje jak s matkou, tak s klientkou. Od klientky přiměřeným způsobem zjišťuje jak se cítí a jestli má ještě gynekologické problémy, klientka asistentce odpovídá, poté hovoří matka. Porodní asistentka zjišťuje, že klientce problémy ustoupily. Psychicky připravuje klientku i matku na vyšetření. Informuje je o průběhu vyšetření a dále je odvádí do ordinace, kde zůstává po celou dobu vyšetření.

Porodní asistentka provádí psychickou přípravu:

U klientky:

ano:

Klientce přiměřenou formou vysvětluje, jak bude vyšetření probíhat, klientku chválí za spolupráci při předchozím vyšetření a povzbuzuje ji. Klientka má svou hračku s sebou.

U doprovodu:

ano:

Informuje matku o průběhu vyšetření a tom, že by měla být vyšetření přítomna

Lékař provádí psychickou přípravu:

U klientky:

ano:

Vede s klientkou neformální rozhovor, vysvětluje klientce přiměřenou formou, že jí bude vyšetřovat, poukazuje na fakt, že předchozí vyšetření bez problémů zvládla, klientku uklidňuje přítomností matky.

U doprovodu

ano:

Informuje matku o průběhu vyšetření a o nutnosti provedení kontrolního výtěru pochvy.

Používá personál k psychické přípravě dítěte pomůcky:

Ne.

Reakce dítěte na psychickou přípravu:

Klientka se drží matky, je relativně klidná, po sdělení že bude vyšetřena prosí matku o odchod domů a začíná slabě plakat. Na položené otázky odpovídá, pevně si drží hračku.

Průběh vyšetření:

Porodní asistentka matku s klientkou odvádí do ordinace. Lékařka se dotazuje matky na zdravotní stav klientky. Hovoří jak s matkou, tak s klientkou které se ptá na potíže které před dvěma týdny měla. Klientka se drží matky, na položené otázky odpovídá. Je relativně klidná, stejně tak jako její matka. Rozhovorem lékařka zjišťuje, že klientka již nemá žádné příznaky zánětu. Léčbu zvládala dobře, při aplikaci Macmiroru v domácím prostředí spolupracovala. Lékařka psychicky připravuje klientku i matku na gynekologické vyšetření. Vysvětluje klientce, že jí bude

vyšetřovat stejně jako při minulé návštěvě. Klientku chválí za předchozí spolupráci a uklidňuje ji. Klientka po přípravě začíná slabě plakat a prosí matku o odchod domů. Matka dceři vysvětluje nutnost vyšetření a pomalu jí i s hračkou odvádí k vyšetřovacímu stolu. Po krátkém uklidňování a povzbuzování s pomocí hračky se klientka svléká a utiňuje se. Porodní asistentka ani lékařka do přesvědčování nezasahují, matka situaci dobře zvládá. Při gynekologickém vyšetření klientka slabě nařiká, ale spolupracuje. Lékařka provádí bimanuální palpační vyšetření a porodní asistentka provádí výtěr pochvy na kultivaci.

Reakce dítěte a doprovodu na vyšetření:

Klientka je zpočátku klidná, po psychické přípravě je rozrušená, má strach z vyšetření a začíná slabě plakat. Po uklidňování a vysvětlování ze strany matky se uklidňuje a při samotném vyšetření spolupracuje. Matka je před i při vyšetřením klidná, dceru povzbuzuje a uklidňuje, při vyšetření jí drží za ruku. Po vyšetření je klientka klidná a usmívá se. Matka dceru společně s porodní asistentkou chválí za spolupráci.

Edukace klientky a doprovodu:

Porodní asistentka matku edukuje o průběhu dětského gynekologického vyšetření, dále matku i klientku opakovaně edukuje o hygienické péči o rodidla a hygieně po stolici (edukace proběhla dle porodní asistentky i při první návštěvě). Lékařka matku edukuje o nutnosti další návštěvy nebo telefonické konzultace, kde by matce sdělila výsledky kultivace.

Chování klientky a doprovodu při odchodu z ordinace

Klientka je při odchodu z ordinace klidná, vede s porodní asistentkou neformální rozhovor a usmívá se. Matka je též klidná, děkuje lékařce i asistentce za poskytnutou péči.

Pozorování klientka 6

Anamnéza

Věk: 3 roky

Osobní anamnéza

Běžné dětské nemoci, ve 2 letech zlomenina klíční kosti – bez komplikací.

Gynekologická anamnéza

3.11. 2007 klientka měla hojný žlutavý výtok z pochvy, matka si výtok všimla, také klientka často plakala – lékařka diagnostikovala cizí těleso v pochvě - malá figurka, lékařka těleso odstranila, léčba Framykoin supp.

2.2. 2008 matka dceru přistihla, že si do pochvy zavádí nějaké předměty, lékařka z pochvy odstranila malou tužkovou baterii, léčba Framykoin supp.

Současný problém:

19.6. 2008 klientka má opět žlutavý zápachající výtok, často si rodidla škrábe a je plačtivá. Matka si nevšimla, že by si klientka zaváděla do pochvy nějaký předmět.

Doprovod

Matka

Chování klientky a doprovodu při vstupu do ordinace:

Matka dítěte je neklidná a nervózní. Klientka při vstupu do ordinace pláče a nechce komunikovat. Matka klientku drží v náručí a utiňuje ji.

Chování personálu ke klientce a doprovodu:

Porodní asistentka se snaží společně s matkou klientku utiřit. S pomocí hračky se klientka utiňuje. Psychicky připravuje klientku i matku na vyšetření. Matku informuje o průběhu vyšetření a dále je odvádí do ordinace, kde zůstává po celou dobu vyšetření.

Porodní asistentka provádí psychickou přípravu:

U klientky:

ano:

Klientce přiměřenou formou vysvětluje, že jí paní doktorka prohlédne.

U doprovodu:

ano:

Informuje matku o průběhu vyšetření a tom, že by měla být vyšetření přítomna.
ne

Lékař provádí psychickou přípravu:

U klientky:

ano:

Snaží se s klientkou vést hovor, utěšuje ji a sděluje jí přiměřenou formou, že jí bude vyšetřovat.

U doprovodu

ano:

Informuje matku o průběhu vyšetření.

Používá personál k psychické přípravě dítěte pomůcky:

ano:

Porodní asistentka i lékařka používá k přípravě hračku.

Reakce dítěte na psychickou přípravu:

Klientka se drží matky, je plačtivá a úzkostná, pevně si drží hračku, po přípravě se mírně zklidňuje.

Průběh vyšetření:

Porodní asistentka matku s klientkou odvádí do ordinace. Lékařka se dotazuje matky na zdravotní stav klientky. Hovoří jak s matkou, tak s klientkou. Klientka po vstupu do ordinace opět pláče. Křečovitě se drží matky a svírá hračku. Matka i porodní asistentka klientku společně utěšují s pomocí hračky. Lékařka u matky i u klientky provádí psychickou přípravu. Matku informuje o průběhu vyšetření, klientce průběh vyšetření vysvětluje přiměřenou formou i vzhledem k jejímu psychickému stavu. Lékařka se snaží pracovat rychle, aby klientku pobytem v ordinaci zbytečně

nestresovala. Matka pomáhá klientku svléknout a odnáší jí k vyšetřovacímu stolu. Lékařka se snaží klientku uklidnit, ta stále slabě pláče. Lékařka provádí vaginoskopické vyšetření, diagnostikuje cizí těleso v pochvě – vlásenku a provádí výtěr pochvy na kultivaci a citlivost. Klientka při vyšetření nespolupracuje, pláče a brání se, matka s porodní asistentkou jí utěšují. Porodní asistentka po vaginoskopii provádí výplach pochvy, klientka je stále plačtivá a matka jí stále utěšuje. Lékařka klientce naordinovala Framykoin supp.

Reakce dítěte a doprovodu na vyšetření:

Klientka je před vyšetřením plačtivá a křečovitě se drží matky. Při samotném vyšetření nespolupracuje, brání se a pláče. Porodní asistentka i lékařka se snaží klientku utišit. Matka je rozrušená a z chování své dcery zoufalá. Lehce se třese a utěšuje svou dceru.

Edukace klientky a doprovodu:

Porodní asistentka matku edukuje o průběhu dětského gynekologického vyšetření, dále matku edukuje, aby z dosahu dítěte odstranila malá tělesa, dceru poučila a hlídala ji. Lékařka též matku edukuje, aby situacím kdy si může klientka předměty zavádět předcházela, nenechávala klientku dlouho samotnou, aby se nenudila. Také matku edukuje o nutnosti další návštěvy nebo telefonické konzultace, lékařka matce sdělí výsledky kultivace.

Chování klientky a doprovodu při odchodu z ordinace

Klientka je při odchodu z ordinace relativně klidná, stále sice odmítá komunikovat, ale nepláče. Matka se také zklidnila, personálu se omlouvá za problémy při vyšetřování její dcery.

4.3.1 Souhrnné tabulky

Tabulka 1 chování klientek a doprovodu při vstupu do ordinace

Klientka	Chování klientky při vstupu do ordinace	Chování doprovodu - matky při vstupu do ordinace
Kl. 1	unavená, skleslá, bledá, mlčenlivá, nervózní, nechává za sebe mluvit matku	klidná, podrobně líčí problémy dcery, klientku téměř nenechá samostatně mluvit
Kl. 2	bledá, smutná, téměř nekomunikuje, drží se stranou	odměřená, podceňuje zdravotní obtíže své dcery
Kl. 3	stydlivá, drží se v pozadí za matkou, málo komunikuje, je nejistá, tichá řeč, potíže při vyjadřování gyn. obtíží, klopí zrak k zemi	nervózní, ustaraná
Kl. 4	drží se matky, vyplašená těká pohledem od matky k por. asistentce, křečovitě k sobě tiskne hračku	je rozrušená, má vyplašený výraz, při hovoru se jí lehce třese hlas
Kl. 5	klidná, hovorná	klidná, usměvavá, hovorná
Kl. 6	pláče, nekomunikuje	neklidná, nervózní, drží klientku v náručí

Tabulka 2 reakce klientek na psychickou přípravu

Klientka	Chování klientky při vstupu do ordinace	Reakce klientky na psychickou přípravu
Kl. 1	unavená, skleslá, bledá, mlčenlivá, nervózní, nechává za sebe mluvit matku	je méně nervózní, více komunikuje
Kl. 2	bledá, smutná, téměř nekomunikuje, drží se stranou	mírně se třese, před odběrem lehce nervózní
Kl. 3	stydlivá, drží se v pozadí za matkou, málo komunikuje, je nejistá, tichá řeč, potíže při vyjadřování gyn. obtíží, klopí zrak k zemi	bázlivý výraz tváře, lehce se třese
Kl. 4	drží se matky, vyplašená, těká pohledem od matky k por. asistentce, křečovitě k sobě tiskne hračku	drží se matky, vyplašená, pevně si drží hračku, komunikuje
Kl. 5	klidná, hovorná	drží se matky, slabě pláče a prosí matku o odchod domů
Kl. 6	pláče, nekomunikuje	drží se matky, je klidnější, ale slabě pláče, pevně si drží hračku

Tabulka 3 Reakce klientek a doprovodu na vyšetření

Klientka	Reakce klientky na vyšetření	Reakce doprovodu na vyšetření
Kl.1	před vyšetřením je nervózní, lehce se třese, po vyšetření je uvolněná a usmívá se	komunikativní, usmívá se na dceru, uklidňuje ji
Kl. 2	před vstupem do ordinace je mlčenlivá, lehce nervózní	odměřená
Kl. 3	nervózní a napjatá, neklidná	nejistá, nekomunikuje s dcerou, stojí stranou
Kl. 4	rozrušená, úzkostná, pláče, vzteká se, ale časem se uklidňuje	rozrušená, drží klientku za ruku, vyplašeně sleduje dění a nekomunikuje
Kl. 5	rozrušená, slabě pláče, spolupracuje	klidná, dceru povzbuzuje a uklidňuje, drží ji za ruku
Kl. 6	plačtivá, nespolupracuje, brání se	rozrušená, zoufalá, lehce se třese, utěšuje svou dceru

Tabulka 4 Chování klientky a doprovodu při odchodu z ordinace

Klientka	Chování klientky při odchodu z ordinace	Chování doprovodu - matky při odchodu z ordinace
Kl. 1	v uvolněné náladě, více komunikuje	uvolněné nálada, komunikuje
Kl. 2	klidnější, uvolněnější, více komunikuje	klidnější
Kl. 3	je stále stydlivá, málo komunikuje	klidnější, stále se ujišťuje zda se nejedná o závažné onemocnění
Kl. 4	klientka je klidnější, nepláče, komunikuje, místy se usmívá	stále se jí lehce třese hlas, je rozrušená
Kl. 5	klidná, komunikuje, usmívá se	klidná, děkuje personálu za poskytnutou péči
Kl. 6	relativně klidná, nekomunikuje, nepláče	klidná, personálu se omlouvá za problémy při vyšetřování její dcery

4.4 Kazuistiky

Klientka 1 (Kl. 1)

Klientka KA 14 let přišla do ambulance dětské gynekologie s náhlým silným krvácením. Narodila se v termínu, po fyziologickém těhotenství své matky. Porod byl spontánní záhlavím, po narození vážila 3400g a měřila 50cm. Matka klientku kojila do roku a půl. V dětství prodělala běžné dětské nemoci, má astma bronchiale a je dispenzarizovaná u dětského alergologa a užívá pouze Buventol při potížích, dále má alergii na pyly a prachy. Menstruaci má od dvanácti let. Menstruace bývala pravidelná a nebolestivá. Od ledna roku 2007 měla klientka nepravidelné bolesti v podbřišku, které byly lokalizované spíše vlevo. V říjnu začaly dívce problémy s pravidelností cyklu, dívka měla menstruaci zhruba každých čtrnáct dní, s krvácením trvajícím až deset dnů. V této době byla dívka poprvé vyšetřena dětským gynekologem a byla u ní diagnostikována juvenilní metrorrhagie. Lékařka dívce nasadila léčbu s kombinací léků Agolutin 1 amp. i.m. a Agofolin 1 amp. i.m. a dívce bylo doporučeno užívání acidum folicum tbl. V listopadu 2007 lékařka dívce nasadila lék Duphaston. S touto léčbou měla dívka cyklus pravidelný až do 23.6.2008, kdy začala silně krvácet, poslední menstruaci měla 8.4.2008.

Klientka do ordinace přišla s matkou jako doprovodem. Matka dívky byla klidná, podrobně porodní asistence popisovala zdravotní problémy dcery, byla velice hovorná a klientku téměř nenechala samostatně mluvit.

Klientka byla mlčenlivá, nervózní a mluvila tiše. Jednalo se o opakovanou návštěvu v ordinaci a na dívce bylo znát, že je zkušená a automaticky prováděla některé výkony bez vyzvání (podala porodní asistentce menstruační kalendář ihned po vstupu do ordinace atd.). Klientka vypadala unaveně, byla bledá, samostatně nekomunikovala, nechávala ze sebe mluvit matku. Porodní asistentka se snažila klientku pobízet aby se více rozpovídala, ale téměř bezúspěšně. Porodní asistentka informovala matku i dívku o průběhu vyšetření a požádala matku, aby byla s dcerou při vyšetření. Lékařka se snažila komunikovat hlavně s klientkou, snažila se jí rozpovídat, odváděla pozornost klientky jiným směrem hovorem o škole a o blížících se prázdninách. Klientka mluvila o plánované dovolené s rodiči a rozhovořila se, po rozhovoru bylo patrné uvolnění

atmosféry mezi dívkou a lékařkou. Poté se lékařka ptala klientky na její současné zdravotní problémy. Jako první reagovala matka klientky, po prosbě lékařky k matce, aby dívku nechala samostatně mluvit, klientka samostatně odpovídala. Dále lékařka vysvětlila klientce i matce průběh návštěvy. Dále lékařka matku i dceru edukovala o průběhu léčby (Pamba tbl.) a klientku edukovala o nutnosti zapisovat si menstruační krvácení do menstruačního kalendáře a to včetně intenzity krvácení. Porodní asistentka klientku edukovala o dodržování klidového režimu z důvodu silného menstruačního krvácení.

Matka i dcera odcházely z ordinace v uvolněné náladě, klientka byla více komunikativní a povídala si s porodní asistentkou.

Ošetrovateľské diagnózy Kl. 1

00148 Strach z vyšetření v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se nervozitou, lehkým třesem, sníženou komunikativností až mlčenlivostí a tichým hlasem.

Cíl: Klientka nemá projevy strachu – do 5 minut

Kritéria: Klientka není nervózní – do 5 minut

Klientka se netřese – do 5 minut

Klientka komunikuje – do 5 minut

Klientka nehovoří tichým hlasem – do 5 minut

Intervence: Navaž s klientkou vztah – do 5 minut

Najdi vhodné téma hovoru k odvedení pozornosti – do 5 minut

Hovoř ke klientce a pomoz jí s komunikací – do 5 minut

Monitoruj projevy strachu – po dobu návštěvy ordinace

Proveď u klientky psychickou přípravu – do 5 minut

Uklidni klientku – do 5 minut

Vytvoř klientce prostor pro rozhovor – po dobu návštěvy ordinace
Pouč matku klientky, aby klientce dala prostor, aby se mohla rozpovídat
– do 5 minut
Povzbuzuj klientku v komunikaci – po dobu návštěvy ordinace

Hodnocení: Klientka je při odchodu z ordinace více komunikativní a nemá projevy strachu, cíl se podařilo splnit.

00093 Únava v souvislosti se silným krvácením projevující se ospalostí, bledostí a poklesem nálady.

Cíl: Klientka nemá projevy únavy – 15 minut

Kritéria: Klientka není ospalá – do 15 minut
Klientka není bledá – do 15 minut
Klientka nemá pokles nálady – do 15 minut

Intervence: Monitoruj projevy únavy – po dobu návštěvy ordinace
Navaž s klientkou vztah – do 5 minut
Promluv s klientkou o její únavě – do 5 minut
Povzbuzuj klientku – po dobu návštěvy ordinace
Edukuj klientku o dodržování klidového režimu – do 15 minut
Komunikuj s klientkou – neformální rozhovor – po dobu návštěvy ordinace

Hodnocení: Při odchodu z ordinace je klientka stále ospalá a bledá, ale má lepší náladu, je uvolněná a komunikuje s porodní asistentkou. Cíl se podařilo splnit jen částečně.

Klientka 2 (Kl. 2)

Klientka KL 13 let přišla do ambulance dětské gynekologie pro opakované menstruační krvácení delší než 15 dnů po vysazení léčby juvenilní metrorrhagie matkou. Klientka se narodila ve 38. týdnu, po rizikovém těhotenství své matky. Matka měla ve třetím trimestru těhotenství hypertenzi, která se s blížícím se termínem porodu zvyšovala, matka užívala Dopegyt. Porod byl indukovaný záhlavím, klientka vážila 3250g a měřila 49cm. Matka dceru kojila jeden rok. V dětství prodělala běžné dětské choroby, s ničím se neléčí.

Klientka má menstruaci od jedenácti let, bývala pravidelná a nebolestivá. V únoru minulého roku byla u klientky diagnostikována juvenilní metrorrhagie. Lékařka klientce naordinovala nejprve Agolutin 1 amp. i.m., Agofolin 1 amp. i.m. a acidum folicum tbl., dále nasadila Duphaston tbl. Při léčbě klientka občas špinila v cyklu, ale jinak byla bez obtíží, cyklus byl pravidelný. Krevní obraz měla v normě.

Do ambulance dětské gynekologie přišla s matkou jako doprovodem. Matka klientky byla odměřená a podceňovala zdravotní obtíže své dcery. Klientka byla bledá, smutná, téměř nekomunikovala a držela se stranou. Porodní asistentka měla k matce vstřícné vystupování, snažila se zjistit proč matka dceři vysadila léčbu. Porodní asistentka se snažila matce vysvětlit jak je důležité předepsanou léčbu dodržovat, ale matka si za svým názorem stála a nenechala si ho vyvrátit. Porodní asistentka mlčky odvedla matku s dcerou k lékařce do ordinace, kde klientku i matku předala lékařce se stručnou anamnézou současného zdravotního stavu. Lékařka hovořila zejména ke klientce, která byla bledá a komunikovala jen sporadicky. Matka lékařce přisuzovala lékařce vinu za špatnou léčbu metrorrhagie. Lékařka zaujala profesionální postoj a trpělivě matce vysvětlovala důležitost dodržování léčby. Matka byla odměřená a pevně si stála za svým názorem, že nebude „cpát do dcery hormony“. Lékařka se snažila matce problém osvětlit, vysvětlovala matce principy léčby a důležitost dodržování léčebného režimu. Dozvěděla se, že matka dceři před třemi měsíci vysadila léky, od té doby měla klientka potíže s dlouhotrvajícím krvácením. Dále že, dívka byla 14 dní na cyklistickém táboře, kdy po celou dobu trvání tábora silněji krvácela. Rodina ještě plánovala turistickou dovolenou týden po návštěvě ambulance. Lékařka i porodní

asistentka edukovaly matku i klientku o důležitosti dodržování klidového režimu při silnějším krvácení, o nezbytnosti záznamu menstruace do menstruačního kalendáře a informovaly klientku i matku o tom, že náročná pohybová aktivita může krvácení zesilovat a prodlužovat. Lékařka též informovala klientku i matku o nezbytnosti vyšetření krevního obrazu u klientky a klientku i matku psychicky připravila. Po dlouhém přesvědčování matky lékařkou, matka souhlasila s léčbou a slíbila, že s dcerou budou léčbu dodržovat. Klientka po celou dobu návštěvy téměř nekomunikovala. Po rozhovoru s lékařkou provedla porodní asistentka u klientky odběr krve na krevní obraz. Před odběrem provedla u klientky i matky psychickou přípravu. Dívka byla před odběrem krve lehce nervózní, slabě se třásla, ale spolupracovala. Ke konci návštěvy byla již matka klidnější, na dívce byla patrná úleva a hovořila již uvolněněji a klidněji.

Ošetrovateľské diagnózy K1.2

00078 Neefektívny liečebný režim v súvislosti s nedodržovaním liečby prejavujúci sa neužívaním liekov, odmietaním liečebného režimu matkou klientky, nepravidelným menstruačným cyklom, silným dlhodobým krvácaním a bledosťou.

Cíl: Klientka má efektívny liečebný režim – do týždne

Kritéria: Klientka užíva lieky – dle ordinace lékaře
Klientka má pravidelný menstruační cyklus – do 2 měsíců
Klientka silně a dlouhodobě nekrvácí – do týždne
Klientka není bledá – do týždne
Klientka i matka souhlasí s léčebným režimem – do 15 minut

Intervence: Navaž s klientkou a s její matkou vztah – do 5 minut
Zjistí důvody nedodržování léčebného režimu – do 5 minut
Informuj o situaci lékaře – do 10 minut
Edukuj matku i klientku o důležitosti dodržování léčebného režimu – do 10 minut

Uklidni klientku i matku – do 5 minut

Edukuj klientku o důležitosti pečlivého záznamu menstruačního krvácení do menstruačního kalendáře – do 15 minut

Poskytni klientce menstruační kalendář – do 15 minut

Zajisti rozhovor s lékařem – do 15 minut

Hodnocení: Při odchodu z ordinace matka i klientka souhlasí s dodržováním léčebného režimu. Cíl se podařilo částečně splnit.

00136 Anticipační smutek v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se změnou mimiky, skleslostí, sníženou komunikativností a držením se stranou.

Cíl: Klientka není smutná – do 15 minut

Kritéria: Klientka nemá změněnou mimiku – do 15 minut

Klientka není skleslá – do 15 minut

Klientka komunikuje – do 15 minut

Klientka se nedrží stranou – do 15 minut

Intervence: Navaž s klientkou vztah – do 5 minut

Navaž s klientkou neformální rozhovor – do 5 minut

Monitoruj projevy smutku u klientky – po dobu návštěvy ordinace

Uklidni a povzbuzuj klientku – po dobu návštěvy ordinace

Odváděj pozornost klientky jiným směrem – po dobu návštěvy ordinace

Komunikuj především s klientkou, dotazuj se jí na zdravotní stav – po dobu návštěvy ordinace

Dej klientce prostor aby se rozpovídala – po dobu návštěvy ordinace

Hodnocení: Při odchodu z ordinace nemá klientka projevy smutku. Cíl se podařilo splnit.

00146 Strach z odběru krve v souvislosti s dlouhodobým krvácením projevující se nervozitou, lehkým třesem a změnou mimiky.

Cíl: Klientka nemá projevy strachu – do 15 minut

Kritéria: Klientka není nervózní – do 15 minut

Klientka se netřese – do 15 minut

Klientka nemá změněnou mimiku – do 15 minut

Intervence: Navaž vztah s klientkou – do 5 minut

Monitoruj projevy strachu u klientky – po dobu odběru krve

Před odběrem proved' u klientky psychickou přípravu

Uklidni klientku – do 5 minut

Při odběru krve s klientkou ved' neformální rozhovor

Hodnocení: Po provedení intervencí se klientka uklidnila, při odběru spolupracovala a neměla projevy strachu. Cíl se podařilo splnit.

Klientka 3(Kl. 3)

Klientka KK 12 let, přichází do ambulance dětské gynekologie pro pocity pálení a svědění rodidel, obtíže jí začaly asi před týdnem. S těmito nepříjemnými pocity se svěřila matce, která s klientkou přišla jako doprovod.

Klientka se narodila ve 40.týdnu císařským řezem, z důvodu akutní hypoxie, po porodu byla dle matky v pořádku. Po porodu vážila 3890g a měřila 51cm. Matka klientku nekojila, neměla prý mléko. V dětství prodělala pouze běžné dětské choroby, nikdy se s ničím vážnějším neléčila, žádný úraz neměla. U klientky doposud nedošlo k nástupu menstruace, pubické ochlupení má vyvinuté v oblasti hrmy. Klientka nikdy neměla žádné gynekologické obtíže.

Při vstupu do ordinace byla matka dívky lehce nervózní, ustaraná, bála se o zdraví dcery. Porodní asistentka byla ke klientce i matce vstřícná, zjišťovala u klientky anamnézu, měla příjemné vystupování, komunikovala jak s dívkou, tak i s matkou. Klientka byla stydlivá, při rozhovoru s porodní asistentkou se držela v pozadí za matkou. Komunikace klientky s porodní asistentkou byla sporá, klientka byla nejistá a na kladené otázky odpovídala tichou řečí. Měla problémy s vyjadřováním, o svých gynekologických obtížích mluvila ztěžka a klopila zrak k zemi. Své pohlavní orgány nazývala slovem „to“ a hovořila o nich jako by se jednalo o něco neslušného, o čem se nemluví. Porodní asistentka se snažila klientku v komunikaci povzbuzovat, hovořila s ní i o věcech které nesouvisely se zdravotním stavem a odváděla tak pozornost klientky od pobytu v ordinaci. Také klientku povzbuzovala, aby se nebála mluvit o svých pohlavích orgánech. Porodní asistentka prováděla u klientky i matky psychickou přípravu, obě informovala o průběhu návštěvy v ordinaci dětské gynekologie, o dětském gynekologickém vyšetření a obě zároveň uklidňovala. Matku informovala o tom, že by měla být vyšetření přítomna. Porodní asistentka odvedla matku i s klientkou do ordinace, v ordinaci zůstala po celou dobu vyšetření. Lékařka po svém představení a vzájemném seznámení také prováděla u klientky i matky psychickou přípravu. Lékařka klientku i matku informovala o průběhu vyšetření a klientce vše předem vysvětlovala. Dále lékařka klientce ukázala vyšetřovací stůl, přístroje a nástroje, které bude při vyšetření používat. Dívka měla při psychické přípravě bázlivý výraz a lehce se třásla.

Před gynekologickým vyšetřením lékařka společně s porodní asistentkou klientku i matku psychicky připravily. Klientka byla před i při vyšetření nervózní a napjatá. Porodní asistentka klientku povzbuzovala, aby se uvolnila a umožnila lékařce provést vyšetření. Klientka se poté uvolnila a byla relativně klidná. Při vyšetření klientka spolupracovala. Matka byla po dobu vyšetření nejistá, s dcerou nekomunikovala a vyšetření sledovala z povzdálí. Po výzvě lékařky, aby šla k dceři blíže, se matka postavila vedle vyšetřovacího stolu a držela dceru za ruku. Porodní asistentka provedla výtěr pochvy na kultivaci a citlivost. Lékařka u klientky diagnostikovala vulvovaginitidu.

Po vyšetření porodní asistentka, poté i lékařka, klientku edukovaly o funkci pohlavních orgánů, aby je klientka nevnímala jako něco neslušného. Lékařka také požádala matku o telefonický rozhovor, kde by se domluvily na další návštěvě, kdy už budou předběžné výsledky vyšetření. Porodní asistentka též edukovala klientku i její matku o správné hygienické péči o rodidla.

Při odchodu z ordinace byly matka i klientka klidnější, klientka byla stále stydlivá a do hovoru se moc nevměšovala. Matka se stále ujišťovala, zda se nejedná u dcery o závažné onemocnění.

Ošetrovateľské diagnózy klientka Kl. 3

00148 Strach z vyšetření v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se lehkým třesem, změnou mimiky, nervozitou a napjatostí.

Cíl: Klientka nemá projevy strachu – do 5 minut

Kritéria: Klientka se netřese – do 5 minut

Klientka nemá změněnou mimiku – do 5 minut

Klientka není nervózní – do 5 minut

Klientka není napjatá – do 5 minut

Intervence: Navaž s klientkou vztah – do 5 minut

Najdi vhodné téma hovoru k odvedení pozornosti – do 5 minut
Hovoř ke klientce a pomoz jí s komunikací – do 5 minut
Monitoruj projevy strachu – po dobu návštěvy ordinace
Proveď u klientky psychickou přípravu – do 5 minut
Uklidni klientku – do 5 minut
Vytvoř klientce prostor pro rozhovor – po dobu návštěvy ordinace
Stůj u klientky při vyšetření
Psychicky klientku podporuj – po dobu vyšetření

Hodnocení: Po provedení intervencí je klientka klidnější, je uvolněná, spolupracuje a nemá projevy strachu. Cíl se podařilo splnit.

00146 Úzkost v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se změnou mimiky, nekomunikativností, potížemi při vyjadřování a nejistotou.

Cíl: Klientka nemá projevy úzkosti – do 5 minut

Kritéria: Klientka nemá změnu mimiky – do 5 minut
Klientka komunikuje – do 5 minut
Klientka nemá potíže při vyjadřování – do 5 minut
Klientka není nejistá – do 5 minut

Intervence: Navaž s klientkou vztah – do 1 minuty
Představ se klientce i její matce – do 1 minuty
Monitoruj projevy úzkosti – po dobu návštěvy ordinace
Uklidni klientku – do 5 minut
Komunikuj s klientkou a nech jí prostor pro rozhovor – po dobu návštěvy ordinace
Před vyšetřením klientku psychicky připrav
Povzbuzuj a chval klientku – po dobu návštěvy ordinace
Spolupracuj s doprovodem – po dobu návštěvy ordinace

Hodnocení: Po provedení intervencí je klientka klidnější a nejeví známky úzkosti. Cíl se podařilo splnit.

Nepřiměřený stud v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se sklopeným pohledem k zemi, držením se stranou, zhoršeným vyjadřováním gynekologických problémů a zahanbeností při popisu pohlavních orgánů.

Cíl: Klientka nemá známky stydlivosti – do 15 minut

Kritéria: Klientka neklopí zrak k zemi – do 15 minut

Klientka se nedrží stranou – do 15 minut

Klientka nemá zhoršené vyjadřování gynekologických problémů – do 15 minut

Klientka se netváří zahanbeně při popisu pohlavních orgánů – do 15 minut

Intervence: Navaž s klientkou vztah – do 5 minut

Monitoruj projevy stydlivosti – po dobu návštěvy ordinace

Komunikuj s klientkou a doprovodem – po dobu návštěvy ordinace

Vytvoř v ordinaci příjemnou atmosféru, aby se klientka cítila dobře – do 5 minut

K pocitům klientky přistupuj empaticky - po dobu návštěvy ordinace

Edukuj klientku o funkci pohlavních orgánů – do 15 minut

Ujistiti klientku o tom, že se nemusí bát mluvit o svých potížích – do 15 minut

Edukuj matku, aby dceru doma poučila o pohlavním životě

Hodnocení: Při odchodu z ordinace má klientka stále projevy studu, cíl se nepodařilo splnit.

00047 Porušená kožní integrita v souvislosti s vulvovaginitidou projevující se zarudnutím vulvy, svěděním, pálením a častým škrábáním rodidel.

Cíl: Klientka nemá porušenou integritu kůže – do 14 dnů

Kritéria: Klientka nemá zarudlou vulvu - do 14 dnů

Klientka nepocítuje svědění – do 14 dnů

Klientka nepocítuje pálení rodidel – do 14 dnů

Klientka se neškrábe – do 14 dnů

Intervence: Navaž s klientkou vztah – do 5 minut

Edukuj klientku i matku o péči o rodidla – do 10 minut

Edukuj klientku, aby si rodidla neškrábala – do 10 minut

Zajisti rozhovor s lékařem – do 5 minut

Informuj klientku i její matku o preferenci sprchování před koupelí – do 10 minut

Edukuj matku klientky, aby se s dcerou dostavila na další návštěvu, kdy již budou výsledky kultivace – do 10 minut

Hodnocení: Při další kontrolní návštěvě po léčbě klientka nemá porušenou integritu kůže, cíl se podařilo splnit.

Tabulka 5 Přehled ošetrovatelských diagnóz u klientek 1 až 3

Klientka	Ošetrovatelská diagnóza
Kl. 1	Strach z vyšetření v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se nervozitou, lehkým třesem, sníženou komunikativností až mlčenlivostí a tichým hlasem.
	Únava v souvislosti se silným krvácením projevující se ospalostí, bledostí, poklesem nálady.
Kl. 2	Neefektivní léčebný režim v souvislosti s nedodržováním léčby projevující se neužíváním léků, odmítáním léčebného režimu matkou klientky, nepravidelným menstruačním cyklem, silným dlouhodobým krvácením a bledostí.
	Anticipační smutek v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se změnou mimiky, skleslostí, sníženou komunikativností a držením se stranou.
	Strach z odběru krve v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se nervozitou, lehkým třesem a změnou mimiky
Kl. 3	Strach z vyšetření v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se lehkým třesem, změnou mimiky, nervozitou a napjatostí.
	Nepřiměřený stud v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se sklopeným pohledem k zemi, držením se stranou, zhoršeným vyjadřováním gynekologických potíží a zahanbeností při popisu pohlavních orgánů.
	Porušená kožní integrita v souvislosti s vulvovaginitis projevující se zarudnutím vulvy, svěděním, pálením a častým škrábáním rodidel.

Klientka 4 (Kl. 4)

Klientka JR 4 roky přichází do ambulance dětské gynekologie pro svědění a pálení rodidel a přítomnost hojného žlutavého výtoku. Těchto potíží si všimla asi před 2 dny matka, která dceru doprovázela k vyšetření. Při odebírání anamnézy od matky porodní asistentka zjistila, že matka dceři asi před týdnem dala do koupele pěnu a aromatický olejíček. Zjištěné údaje předala k posouzení lékařce.

Klientka se narodila ve 40.týdnu, po fyziologickém těhotenství své matky, porod byl spontánní záhlavím, po porodu klientka vážila 3870g a měřila 51cm. Matka klientku kojila do šesti měsíců. Klientka v dětství prodělala běžné dětské nemoci, s ničím se neléčí a nikdy neměla žádný gynekologický problém.

Matka klientky je rozrušená, má vyplašený výraz, v ambulanci dětské gynekologie byla poprvé v životě. Při hovoru se matce klientky lehce trásl hlas. Porodní asistentce se svěřila, že sama chodí na gynekologii velmi nerada a většinou se strachem. Klientka vyplašeně pozoruje nové prostředí, drží se matky a nechce komunikovat. Porodní asistentka s klientkou ihned po vstupu do ordinace navazuje vztah, snaží se s klientkou vést hovor a nabízí jí hračku. Prováděla u klientky i její matky psychickou přípravu, vysvětlovala klientce, že se u lékařky bude muset svléknout. Hovořila ke klientce přiměřenou formou, aby jí klientka rozuměla, ale aby jí zbytečně nestresovala. Matku klientky uklidňovala, informovala o průběhu vyšetření a o tom, že by měla být při vyšetření přítomna. Po sběru anamnézy odvedla klientku i matku k lékařce do ordinace, kde porodní asistentka zůstala po celou dobu vyšetření.

Lékařka po seznámení s matkou i s klientkou zjišťovala anamnézu a gynekologické problémy klientky rozhovorem s matkou. Rozhovor s dítětem vedla tak, aby dítě rozumělo kladeným otázkám a mohlo snadno odpovědět. Lékařka prováděla u klientky i u její matky psychickou přípravu, klientce přiměřenou formou vysvětlovala, že jí musí prohlédnout pohlavní orgány, ukázala klientce vyšetřovací stůl, stále jí uklidňovala a vedla s ní neustálý hovor. Matku informovala o průběhu vyšetření a o nutnosti provedení výtěru pochvy na kultivační vyšetření, kde se zjistí původce zánětu. Před vyšetřením se klientka stále držela matky, vyplašeně pozorovala nové prostředí a pevně k sobě tiskla hračku. Pohledem těkala od matky k lékařce. Matka klientky byla

rozrušená, jevila strach o zdraví dítěte a o to jestli její dcera vyšetření zvládne. Pomáhala dceři se svlékáním, ta se nebránila a spolupracovala. Matka pak klientku odvedla k vyšetřovacímu stolu. Porodní asistentka pomohla matce upravit polohu klientky na vyšetřovacím stole. Klientka se držela matky za ruku a před samotným vyšetřením slabě plakala. Porodní asistentka klientku společně s matkou utěšovaly s pomocí hračky. Lékařka u klientky provedla bimanuální palpační vyšetření a následně provedla výtěr pochvy na kultivaci a citlivost. Při vyšetřování klientka plakala a vztekala se, po utěšování porodní asistentkou a lékařkou se dítě uklidnilo. Po vyšetření porodní asistentka i lékařka klientku pochválily. Matka byla po vyšetření stále rozrušená, lékařka musela matce otázky a informace o léčbě několikrát opakovat. Klientka byla při odchodu z ordinace klidnější, držela se matky, neplakala, komunikovala s porodní asistentkou a místy se usmívala. Porodní asistentka ještě matku edukovala o hygienické péči o rodidla, hygieně odívání, používání kosmetických přípravků a prevenci vzniku vulvovaginitidy. S matkou klientky se domluvily na termínu další návštěvy.

Ošetrovateľské diagnózy Kl. 4

00146 Úzkost v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se změnou mimiky, nekomunikativností, těkajícím pohledem a křečovitým držením hračky.

Cíl: Klientka nemá projevy úzkosti – do 5 minut

Kritéria: Klientka nemá změnu mimiky – do 5 minut

Klientka komunikuje – do 5 minut

Klientka netěká pohledem – do 5 minut

Klientka si hračku nedrží křečovitě – do 5 minut

Intervence: Navaž s klientkou vztah – do 1 minuty

Představ se klientce i její matce – do 1 minuty
Monitoruj projevy úzkosti – po dobu návštěvy ordinace
Uklidni klientku – do 5 minut
Komunikuj s klientkou i s jejím doprovodem – po dobu návštěvy ordinace
Vytvoř v ordinaci klidné a přátelské prostředí – do 5 minut
Před vyšetřením klientku psychicky připrav
Povzbuzuj a chval klientku pomocí hračky – po dobu návštěvy ordinace
Spolupracuj s doprovodem – po dobu návštěvy ordinace
Ke klientce přistupuj individuálně – po dobu návštěvy ordinace
Zapoj klientku do vyšetření jako do hry – po dobu návštěvy ordinace

Hodnocení: Při odchodu z ordinace klientka nejeví známky úzkosti, cíl se podařilo splnit.

00148 Strach z neznámého prostředí v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se lehkým třesem, změnou mimiky, nervozitou a napjatostí, křečovitým držením se matky.

Cíl: Klientka nemá projevy strachu – do 5 minut

Kritéria: Klientka se netřese – do 5 minut
Klientka nemá změněnou mimiku – do 5 minut
Klientka není nervózní – do 5 minut
Klientka není napjatá – do 5 minut
Klientka se křečovitě nedrží matky – do 5 minut

Intervence: Navaž s klientkou vztah – do 5 minut
Najdi vhodné téma hovoru k odvedení pozornosti – do 5 minut
Hovoř ke klientce a pomoz jí s komunikací – do 5 minut
Monitoruj projevy strachu – po dobu návštěvy ordinace

Proved' u klientky psychickou přípravu – do 5 minut
Uklidňuj klientku hračkou– do 5 minut
Stůj u klientky při vyšetření
Psychicky klientku podporuj – po dobu vyšetření
Proved' klientku po ordinaci a ukaž jí nové prostředí – do 2 minut

Hodnocení: Po provedení intervencí klientka nemá projevy strachu z nového prostředí, cíl se podařilo splnit.

00132 Akutní bolest v souvislosti s gynekologickým vyšetřením projevující se pláčem, změnou mimiky a vztekem.

Cíl: Klientka nemá projevy bolesti – do 15 minut

Kritéria: Klientka nepláče – do 15 minut
Klientka nemá změnu mimiky – do 15 minut
Klientka se nevzteká – do 15 minut

Intervence: Navaž s klientkou vztah – do 15 minut
Proved' u klientky psychickou přípravu – do 5 minut
Komunikuj s klientkou – po dobu vyšetření
Monitoruj projevy bolesti – po dobu vyšetření
Utěšuj klientku s pomocí hračky – po dobu vyšetření
Spolupracuj s doprovodem – po dobu vyšetření
Zapoj doprovod do utěšování klientky – po dobu vyšetření
Buď k pocitům klientky empatická – po dobu vyšetření
Buď trpělivá a pracuj v klidu – po dobu vyšetření

Hodnocení: Po provedení intervencí se klientka uklidnila a nemá projevy bolesti, cíl se podařilo splnit.

00047 Porušená kožní integrita v souvislosti s vulvovaginitidou projevující se zarudnutím vulvy, svěděním, pálením a častým škrábáním rodidel.

Cíl: Klientka nemá porušenou integritu kůže – do týdne

Kritéria: Klientka nemá zarudlou vulvu - do týdne
Klientka nepocítuje svědění – do týdne
Klientka nepocítuje pálení rodidel – do týdne
Klientka se neškrábe – do týdne

Intervence: Navaž s klientkou vztah – do 5 minut
Edukuj klientku i matku o péči o rodidla – do 10 minut
Edukuj matku o zásadách správné hygieny po stolici, hygieny spodního prádla – do 10 minut
Edukuj matku klientky o aplikaci léčiva – do 10 minut
Aplikaci léčiva matce názorně předved' – do 10 minut
Edukuj klientku a matku, aby si klientka rodidla neškrábala – do 10 minut
Zajisti rozhovor s lékařem – do 5 minut
Informuj matku klientky o preferenci sprchování před koupelí – do 10 minut

Hodnocení: Při další kontrolní návštěvě po léčbě klientka nemá porušenou integritu kůže, cíl se podařilo splnit.

Klientka 5 (Kl. 5)

Klientka SO 5 let přišla do ambulance dětské gynekologie se svou matkou jako doprovodem na kontrolní vyšetření po léčbě vulvovaginitidy. Klientka se narodila ve 41. týdnu po fyziologickém těhotenství své matky. Porod byl spontánní záhlavím, klientka po porodu vážila 3450g a měřila 50cm. Kojená byla do půl roku. V jednom roce jí byla zjištěna alergie na kravské mléko, která se projevuje vyrážkou. Klientka je trvale dispenzarizována u dětského alergologa. V dětství klientka prodělala běžné dětské choroby.

Klientka do ambulance dětské gynekologie přišla poprvé před 14 dny s potíženími jako bylo svědění a pálení rodidel. Matka si všimla na kalhotkách bělavého výtoku a s dcerou navštívila pediatra, který klientku odeslal do ambulance dětské gynekologie. Při prvním vyšetření spolupracovala, klientce byl proveden výtěr pochvy na kultivaci a citlivost. Z výsledků vyšetření se prokázala přítomnost e. coli a enterococcus. Klientka byla léčena Macmirorem, který po edukaci zaváděla matka klientce do pochvy. Při zavádění v domácím prostředí klientka spolupracovala.

Při vstupu do ordinace byla matka i klientka klidná, porodní asistentka vedla rozhovor s matkou o průběhu léčby v domácím prostředí. Rozhovorem zjistila, že klientka byla již bez potíží, klientka se jí držela za ruku, obě hovořily s porodní asistentkou. S klientkou porodní asistentka vedla neformální rozhovor, porodní asistentka dále prováděla u matky i klientky psychickou přípravu, matce i klientce vysvětlovala průběh vyšetření, klientku chválila za spolupráci při předchozím vyšetření a povzbuzovala ji. Klientka měla svou hračku s sebou. Poté matku i klientku odvedla do ordinace a v ordinaci zůstala po celou dobu vyšetření. Lékařka od matky i klientky zjišťovala současný zdravotní stav a průběh léčby v domácím prostředí. Dále u klientky i matky prováděla psychickou přípravu, klientce přiměřenou formou vysvětlovala průběh vyšetření, klientku uklidňovala a povzbuzovala faktem, že předchozí vyšetření zvládla bez problémů a ujišťovala ji, že s ní při vyšetření bude matka.

Klientka se po psychické přípravě držela matky, po sdělení že bude vyšetřena prosila matku o odchod domů, pevně si držela hračku a slabě plakala. Matka dceři

vysvětlila nutnost vyšetření a pomalu jí i s hračkou odvedla k vyšetřovacímu stolu. Po krátkém uklidňování a povzbuzování s pomocí hračky se klientka utišila a svlékla se. Porodní asistentka ani lékařka do přesvědčování nezasahovaly, matka situaci zvládla dobře. Při gynekologickém vyšetření klientka slabě naříkala, ale spolupracovala. Lékařka u klientky provedla bimanuální palpační vyšetření a porodní asistentka provedla výtěr pochvy na kontrolní kultivaci. Po vyšetření byla klientka klidná a usmívala se. Matka dceru společně s porodní asistentkou pochválily za spolupráci. Porodní asistentka matku i klientku opakovaně edukovala o hygienické péči o rodidla a hygieně po stolici (první edukace proběhla při první návštěvě ambulance dětské gynekologie). Lékařka matku edukovala o nutnosti další návštěvy nebo telefonické konzultace, kde by matce sdělila výsledky kultivace. Klientka byla při odchodu z ordinace klidná, vedla s porodní asistentkou neformální rozhovor a usmívala se. Matka byla též klidná, lékařce i porodní asistentce poděkovala za poskytnutou péči.

Ošetrovatelské diagnózy Kl. 5

00148 Strach z vyšetření v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se lehkým třesem, změnou mimiky, rozrušením a pláčem.

Cíl: Klientka nemá projevy strachu – do 5 minut

Kritéria: Klientka se netřese – do 5 minut

Klientka nemá změněnou mimiku – do 5 minut

Klientka není rozrušená – do 5 minut

Klientka nepláče – do 5 minut

Intervence: Navaž s klientkou vztah – do 5 minut

Hovorem odved' pozornost klientky jiným směrem – do 5 minut

Monitoruj projevy strachu – po dobu návštěvy ordinace

Proved' u klientky psychickou přípravu – do 5 minut

Uklidni klientku s pomocí hračky – do 5 minut

Zapoj doprovod klientky do uklidňování – po dobu návštěvy ordinace

Povzbuzuj klientku – po dobu návštěvy ordinace

Zapoj klientku do vyšetření jako do hry – po dobu vyšetření

Hodnocení: Po provedení intervencí klientka nemá projevy strachu. Cíl se podařilo splnit.

00132 Akutní bolest v souvislosti s gynekologickým vyšetřením projevující se naříkáním, změnou mimiky a změnou fyziologických funkcí.

Cíl: Klientka nemá projevy bolesti – do 15 minut

Kritéria: Klientka nenaříká– do 15 minut

Klientka nemá změnu mimiky – do 15 minut

Klientka nemá změnu fyziologických funkcí– do 15 minut

Intervence: Navaž s klientkou vztah – do 15 minut

Proveď u klientky psychickou přípravu – do 5 minut

Komunikuj s klientkou – po dobu vyšetření

Monitoruj projevy bolesti – po dobu vyšetření

Utěšuj klientku s pomocí hračky – po dobu vyšetření

Spolupracuj s doprovodem – po dobu vyšetření

Zapoj doprovod do utěšování klientky – po dobu vyšetření

Buď k pocitům klientky empatická – po dobu vyšetření

Buď trpělivá a pracuj v klidu – po dobu vyšetření

Snaž se aby vyšetření trvalo co nejkratší možnou dobu

Hodnocení: Po provedení intervencí má klientka stále projevy bolesti, cíl se nepodařilo splnit.

Klientka 6 (Kl. 6)

Klientka PR 3 roky, přišla do ambulance dětské gynekologie s matkou jako doprovodem. Narodila se ve 40. týdnu po fyziologickém těhotenství své matky. Porod byl spontánní záhlavím, po porodu měla 3800g a měřila 51cm. Matka klientku kojila do 1 roku. V dětství prodělala běžné dětské nemoci, ve 2 letech si zlomila klíční kost, dále bez komplikací. 3.11. 2007 přišla do ambulance dětské gynekologie poprvé. Matka klientky si všimla hojného žlutavého výtoku, také si všimla, že dcera často pláče. Při vyšetření lékařka diagnostikovala cizí těleso v pochvě – malou figurku. Lékařka těleso odstranila a nasadila léčbu Framykoinem supp. 2.2. 2008 matka dceru přistihla, že si do pochvy zavádí nějaké předměty, lékařka při vyšetření odstranila z pochvy malou tužkovou baterii, opět nasadila léčbu Framykoinem supp.

Aktuálním problémem klientky byla přítomnost hojného žlutavého a zápachajícího výtoku, podle matky si rodidla často škrábala byla plačtivá. Matka si nevšimla, že by si klientka zaváděla do pochvy nějaký předmět.

Při vstupu do ordinace je matka dítěte neklidná a nervózní. Klientka při příchodu plakala a nechtěla komunikovat. Matka s sebou po předchozích zkušenostech vzala hračku. Při minulých návštěvách byla klientka plačtivá, ale spolupracovala. Matka klientku držela v náručí a utěšovala ji. Porodní asistentka se snažila společně s matkou klientku utiшит. Klientka se s pomocí hračky zanedlouho utiшила a přestala plakat. Porodní asistentka psychicky připravila klientku i matku na vyšetření. Matku informovala o průběhu vyšetření a obě odvedla do ordinace, kde zůstala po celou dobu vyšetření. Porodní asistentka měla ke klientce citlivý přístup, jemně jí sdělila, že půjde s matkou k lékaře a ta jí prohlédne. Porodní asistentka také informovala matku o průběhu vyšetření a nutnosti být vyšetření přítomna. Klientku i matku dále odvedla do ordinace. Lékařka se dotazovala matky na zdravotní stav klientky a prováděla u matky i klientky psychickou přípravu. Matku informovala o průběhu vyšetření. Klientku přiměřenou formou informovala, že ji prohlédne. Klientka se držela matky, nekomunikovala, byla plačtivá a úzkostná, pevně si držela hračku, po psychické přípravě se mírně zklidnila. Porodní asistentka i lékařka k přípravě používaly hračku. Matka odvedla klientku

k vyšetřovacímu stolu, pomohla jí svléknout a dceru průběžně uklidňovala. Lékařka se snažila pracovat rychle, aby klientku pobytem v ordinaci zbytečně nestresovala a stále klientku uklidňovala, ta však stále slabě plakala. Lékařka provedla vaginoskopické vyšetření, diagnostikovala cizí těleso v pochvě – vlásenku a provedla výtěr pochvy na kultivaci a citlivost. Klientka při vyšetření nespolupracovala, plakala a bránila se, matka společně s porodní asistentkou klientku utěšovaly a přidržovaly ji, aby lékařka mohla vyšetření provést. Porodní asistentka po vaginoskopii provedla výplach pochvy, klientka byla stále plačtivá a matka jí utěšovala. Lékařka klientce naordinovala Framykoin supp.

Matka byla rozrušená, lehce se třásla a z chování své dcery byla zoufalá. Porodní asistentka matku edukovala, aby z dosahu dítěte odstranila malá tělesa, dceru poučila a hlídala ji. Také se ujistila, zda matka ví jak léky aplikovat. Lékařka matku edukovala, aby situacím kdy si může klientka předměty zavádět předcházela, nenechávala klientku dlouho samotnou, aby se nenudila. Také matku poučila o nutnosti další návštěvy nebo telefonické konzultace, kdy lékařka matce sdělí výsledky kultivace. Při odchodu z ordinace byla klientka relativně klidná, stále odmítala komunikovat, ale neplakala. Matka se také zklidnila, personálu se omlouvala za problémy při vyšetřování její dcery.

Ošetrovatelské diagnózy Kl. 6

00146 Úzkost v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se změnou mimiky, nekomunikativností, pláčem a křečovitým držením hračky.

Cíl: Klientka nemá projevy úzkosti – do 5 minut

Kritéria: Klientka nemá změnu mimiky – do 5 minut

Klientka komunikuje – do 5 minut

Klientka nepláče – do 5 minut

Klientka si hračku nedrží křečovitě – do 5 minut

Intervence: Navaž s klientkou vztah – do 1 minuty
Monitoruj projevy úzkosti – po dobu návštěvy ordinace
Uklidni klientku – do 5 minut
Komunikuj s klientkou i s jejím doprovodem – po dobu návštěvy ordinace
Vytvoř v ordinaci klidné a přátelské prostředí – do 5 minut
Před vyšetřením klientku psychicky připrav
Povzbuzuj a chval klientku pomocí hračky – po dobu návštěvy ordinace
Spolupracuj s doprovodem – po dobu návštěvy ordinace
Ke klientce přistupuj individuálně – po dobu návštěvy ordinace
Zapoj klientku do vyšetření jako do hry – po dobu návštěvy ordinace

Hodnocení: Po provedení intervencí klientka nemá projevy úzkosti, cíl se podařilo splnit.

00132 Akutní bolest v souvislosti s gynekologickým vyšetřením projevující se pláčem při vyšetření, změnou mimiky, bráněním se a nespoluprací klientky.

Cíl: Klientka nemá projevy bolesti – do 15 minut

Kritéria: Klientka při vyšetření nepláče
Klientka nemá změnu mimiky – do 15 minut
Klientka se nebrání – do 15 minut
Klientka spolupracuje – do 15 minut

Intervence: Navaž s klientkou vztah – do 15 minut
Proveď u klientky psychickou přípravu – do 5 minut
Komunikuj s klientkou – po dobu vyšetření
Monitoruj projevy bolesti – po dobu vyšetření
Utěšuj klientku s pomocí hračky – po dobu vyšetření

Spolupracuj s doprovodem – po dobu vyšetření
Zapoj doprovod do utěšování klientky – po dobu vyšetření
Buď k pocitům klientky empatická – po dobu vyšetření
Buď trpělivá – po dobu vyšetření
Snaž se aby vyšetření trvalo co nejkratší možnou dobu

Hodnocení: Po provedení intervencí má klientka stále projevy bolesti, cíl se nepodařilo splnit.

00047 Porušená kožní integrita v souvislosti s vulvovaginitidou projevující se zarudnutím vulvy, svěděním, pálením a častým škrábáním rodidel.

Cíl: Klientka nemá porušenou integritu kůže – do týdne

Kritéria: Klientka nemá zarudlou vulvu - do týdne
Klientka nepocítuje svědění – do týdne
Klientka nepocítuje pálení rodidel – do týdne
Klientka se neškrábe – do týdne

Intervence: Navaž s klientkou vztah – do 5 minut
Edukuj matku klientky o péči o rodidla – do 10 minut
Edukuj matku klientky o aplikaci léčiva – do 10 minut
Aplikaci léčiva matce názorně předved' – do 10 minut
Edukuj klientku a její matku, aby si rodidla neškrábala – do 10 minut
Zajisti rozhovor s lékařem – do 5 minut
Informuj matku klientky o preferenci sprchování před koupelí – do 10 minut
Edukuj matku o prevenci zavádění cizích těles - do 10 minut

Hodnocení: Při další kontrolní návštěvě po léčbě klientka nemá porušenou integritu kůže, cíl se podařilo splnit.

Tabulka 6 Přehled ošetřovatelských diagnóz klientek 4 až 6

Klientka	Ošetřovatelská diagnóza
Kl. 4	Úzkost v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se změnou mimiky, nekomunikativností, těkajícím pohledem a křečovitým držením hračky.
	Strach z neznámého prostředí v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se lehkým třesem, změnou mimiky, nervozitou a napjatostí a křečovitým držením se matky.
	Akutní bolest v souvislosti s gynekologickým vyšetřením projevující se pláčem, změnou mimiky, nekomunikativností, těkajícím pohledem a křečovitým držením hračky.
Kl. 5	Strach z vyšetření v souvislosti s návštěvou v ambulanci dětské gynekologie projevující se lehkým třesem, změnou mimiky, rozrušením a pláčem.
	Akutní bolest v souvislosti s gynekologickým vyšetřením projevující se nařikáním, změnou mimiky a změnou fyziologických funkcí.
Kl. 6	Úzkost v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se změnou mimiky, nekomunikativností, pláčem a křečovitým držením hračky.
	Porušená kožní integrita v souvislosti s vulvovaginitidou projevující se zarudnutím vulvy, svěděním, pálením a častým škrábáním rodidel.
	Akutní bolest v souvislosti s gynekologickým vyšetřením projevující se pláčem při vyšetření, změnou mimiky, bráněním se a nespoluprací klientky.

5. DISKUSE

Dětská gynekologie je oborem především preventivním, neboť včasným léčením gynekologických onemocnění, odhalováním vrozených vývojových vad a sledováním správného pohlavního dospívání dívky přispívá ke zdárnému vývoji populace žen.

Prvním cílem bakalářské práce bylo identifikovat problémy klientek dětské gynekologie při gynekologickém vyšetření. K naplnění prvního cíle práce byla zformulována hypotéza H1: Matky (jiný doprovod děvčete) nemají informace k tomu, aby adekvátně připravily dívky na návštěvu v ordinaci dětské gynekologie. Podle výsledků, které vyplývají z dotazníku od porodních asistentek vyplývá, že 67,6 % si myslí, že matky nejsou dostatečně informovány o problematice gynekologických obtíží u svých dcer (viz Graf 8). Mírně povzbuzující je fakt, že 24,3 % respondentek si myslí, že jsou matky dostatečně informovány a 8,1 % respondentek neví. Touto problematikou se též zabývá Hořejší, který v publikaci Gynekologické problémy děvčátek a dospívajících dívek uvádí, že matka by měla svou dceru poučit a vychovat tak, aby dívka správně pečovala o své pohlavní orgány a chovala se tak, aby gynekologickým potížím předcházela. Realitou však je, že matky samy tyto informace nemají a spoléhají se v tomto směru na zdravotníky. Hořejší se snaží prostřednictvím této publikace a internetových stránek informovat matky a vyzívá je k tomu, aby své dcery dostatečně poučily. Příčinou nedostatečné informovanosti matek dle je dle názoru porodních asistentek nedostatečná prezentace v médiích, dále chybění vlastní zkušenosti matek, nedostatečná edukace matek u pediatra a nezkušenost matek (viz Graf 9). Překvapivé bylo zjištění, že dle porodních asistentek je další příčinou nedostatečné informovanosti matek odsuzování dětské gynekologie matkami z vlastního přesvědčení a názor porodních asistentek, že matky tuto problematiku bagatelizují nebo se o problematiku nezajímají. Tyto znepokojující výsledky nám dokazují, že informovanost matek o dětské gynekologii je nedostačující, tato problematika by měla být více zdůrazňována prostřednictvím médií a jelikož je o tomto oboru jen velmi málo dostupných zdrojů, je pro matky velmi těžké získat dostatečné množství pravdivých informací. *Z analýzy dat*

je tedy patrné, že matky nemají informace k tomu, aby adekvátně připravily dívky na návštěvu v ordinaci dětské gynekologie, tudíž Hypotéza H1 se potvrdila.

Druhým cílem bylo sestavit a ověřit ošetřovatelské diagnózy v dětské gynekologii dle NANDA TAXONOMIE II. K naplnění Cíle 2 byla využita metoda kvalitativního výzkumu. Ke zjištění Cíle 2 byla použita výzkumná otázka: „Jaké ošetřovatelské diagnózy se vyskytují u klientek dětské gynekologie?“ V ambulanci dětské gynekologie MUDr. Marcely Černé bylo prováděno pozorování klientek dětské gynekologie při návštěvě ambulance (pomocí pozorovacího archu) a s jejich doprovodem byl proveden řízený rozhovor. Do kvalitativního výzkumu bylo zahrnuto šest klientek a šest doprovodů klientek, v našem případě matek. U těchto klientek byly dále sestaveny kazuistiky a ošetřovatelské diagnózy. Z výsledků výzkumu vyplývá, že chování doprovodu, v tomto případě matek, přímo ovlivňuje chování klientek jako například u klientky 2, která k vyšetření přišla matkou s odměřeným chováním k personálu a která odmítala farmakologickou léčbu své dcery (viz Rozhovor s doprovodem D 2). Na klientce byl pozorován smutek, nekomunikativnost a držení se stranou (viz Pozorování Kl. 2, kazuistika Kl. 2). Zde bylo zřejmé, že klientka byla plně pod vlivem matky a chování matky v ordinaci bylo klientce nepříjemné a nepříznivě ji psychicky ovlivňovalo. Dále u klientky 3 byl pozorován nepřiměřený stud, klientka se držela v pozadí za matkou, málo komunikovala, klopila zrak k zemi a hovořila tichou řečí. Klientka měla problém s vyjadřováním svých gynekologických obtíží a s popisem pohlavních orgánů (viz Pozorování Kl. 3, Kazuistika Kl. 3). Matka klientky byla nervózní, ustaraná, po dobu vyšetření byla nejistá. Při vyšetření s dcerou nekomunikovala a vyšetření z povzdálí sledovala (viz Pozorování Kl. 3). Matka byla v ordinaci dětské gynekologie poprvé, v rozhovoru sice uvedla, že věděla co dětské gynekologické vyšetření obnáší, ale bylo patrné, že na něj nebyla dostatečně připravená (viz Rozhovor D3). Svým chováním ovlivňovala dceru, která se chovala též nejistě a nepřiměřeně stydlivě. Je pravděpodobné, že matka doma klientku nedostatečně poučila o sexuální výchově a funkci pohlavních orgánů. Podle Hořejšího v publikaci Gynekologické problémy děvčátek a dospívajících dívek, by matky měly své dcery o funkci pohlavních orgánů poučit včas, protože si již malá děvčátka musejí uvědomit, že

se nejedná o nic špatného, co je tabu a měly by se naučit pohlavní orgány nazývat pravými jmény.

Ovlivňování chování klientky její matkou bylo dobře patrné také u klientky 4, jejíž matka byla rozrušená, vyplašená a málo komunikovala (viz. Pozorování Kl. 4, Kazuistika Kl. 4, Rozhovor Kl. 4). Podle Zdeňka Matějčka v článku Dětský lékař v komunikaci s dětským pacientem, má být dítě na návštěvu ordinace připraveno už z domova a matka by měla být při vyšetření dítěti oporou, aby se zbytečně nebálo. Klientka se chovala téměř identicky jako její matka, byla rozrušená, úzkostná a vyplašeně pozorovala nové prostředí (viz Pozorování Kl. 4, Kazuistika Kl. 4). U klientky se navíc jednalo o první vyšetření na dětské gynekologii a chování matky jistě u klientky zhoršovalo strach z nového prostředí, úzkost i prožívání bolesti (viz Rozhovor s doprovodem D4). Klientce 6 už byla opakovaně odstraňována cizí tělesa z pochvy a vlivem předchozích zážitků při vyšetření klientka nespolupracovala, byla plačtivá a bránila se. Matka klientky byla rozrušená, z chování dcery zoufalá a lehce se třásla (viz Pozorování Kl. 6, Kazuistika Kl. 6, Rozhovor s doprovodem D6). Z pozorování při vyšetření bylo zřejmé, že emoce přecházely z matky na dceru a obráceně, výsledkem byla nespolupráce této klientky při vyšetření. Také se zde potvrdila skutečnost vlivu chování matky na chování dítěte.

Z výsledků výzkumu dále vyplývá, že se u klientek dětské gynekologie nejčastěji vyskytuje ošetřovatelská diagnóza *strach z vyšetření v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie, která se u klientek projevovala nervozitou, lehkým třesem, sníženou komunikativností až mlčenlivostí a tichým hlasem*. (viz Kazuistika Kl. 1, Kl. 3, Kl. 5). Tuto skutečnost potvrzuje Hořejší v úvodu o dětské gynekologii v časopise Moderní gynekologie a porodnictví. Hořejší uvádí, že největším problémem při gynekologickém vyšetření dítěte je nespolupráce dětí a jejich strach. Tato skutečnost se též potvrdila z výsledků dotazníku. Porodní asistentky jako nejčastější problém ve spolupráci s dětmi označily strach dítěte z vyšetření. Další ošetřovatelskou diagnózou vyskytující se u klientek dětské gynekologie je *akutní bolest v souvislosti s gynekologickým vyšetřením, která se u klientek projevovala pláčem při vyšetření, změnou mimiky, bráněním se a nespoluprací* (viz Kazuistika Kl. 4, Kl. 5, Kl. 6). Jak

uvádí Hořejší, gynekologické vyšetření v dětské gynekologii by nemělo být pro dítě bolestivé, ale dětské pacientky na něj mohou bolestivě reagovat. Některé výkony, jako je například odstraňování větších zavedených cizích těles z pochvy, mohou být pro dítě velmi bolestivé, proto je někdy nezbytné přikročit při těchto výkonech k analgosedaci dítěte. Velmi často se také u pozorovaných klientek vyskytovala ošetřovatelská diagnóza *úzkost v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie, která se u klientek projevovala změnou mimiky, nekomunikativností, pláčem a křečovitým držením hračky* (viz Kazuistika Kl. 3, Kl. 4, Kl.6). Tato skutečnost se potvrdila i z výsledků dotazníku, kdy respondentky relativně často označovaly úzkost dítěte jako jeden z nejčastějších problémů ve spolupráci s dětmi. V souvislosti s četností výskytu vulvovaginitid u dětských klientek, což se potvrdilo i z výsledků dotazníku, kdy respondentky uváděly vulvovaginitidy jako nejčastější důvod návštěvy ambulance dětské gynekologie klientkami, se často u klientek vyskytovala ošetřovatelská diagnóza *porušená kožní integrita v souvislosti s vulvovaginitidou, která se u klientek projevovala zarudnutím vulvy, svěděním, pálením a častým škrábáním rodidel* (viz Kazuistika Kl. 3, Kl. 6). Z pozorování klientek dětské gynekologie vyplynula také ošetřovatelská diagnóza *strach z neznámého prostředí v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie, která se u klientky projevovala lehkým třesem, změnou mimiky, nervozitou a napjatostí a křečovitým držením se matky* (viz Kazuistika Kl. 4). Další ošetřovatelskou diagnózou je *únava v souvislosti se silným krvácením, která se u klientky projevovala ospalostí, bledostí, poklesem nálady* (viz Kazuistika Kl. 1). Z výzkumu také vyplynula ošetřovatelská diagnóza *neefektivní léčebný režim v souvislosti s nedodržováním léčby, která se u klientek projevovala neužíváním léků, odmítáním léčebného režimu matkou klientky, nepravidelným menstruačním cyklem, silným dlouhodobým krvácením a bledostí* (viz Kazuistika Kl. 2) Ojedinele se dle pozorování klientek může vyskytnout *anticipační smutek v souvislosti s opakovanou návštěvou ambulance dětské gynekologie, který se u klientky projevil změnou mimiky, skleslostí, sníženou komunikativností a držením se stranou* (viz Kazuistika Kl. 2). U klientek dětské gynekologie se také na základě výsledků pozorování může objevit *strach z odběru krve v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie, který se u klientky projevil*

nervozitou, lehkým třesem a změnou mimiky (viz Kazuistika Kl. 2). Další ojedinělou ošetrovatelskou diagnózou, která se v průběhu pozorování klientek dětské gynekologie vyskytla, byl nepřiměřený stud v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie, který se u klientky projevil sklopeným pohledem k zemi, držením se stranou, zhoršeným vyjadřováním gynekolog. potíží a zahanbeností při popisu pohlavních orgánů (viz Kazuistika Kl. 3). Z výsledků výzkumu byl sestaven seznam nejčastěji se vyskytujících ošetrovatelských diagnóz (Příloha 2 - Tabulka 7), výzkumná otázka byla tímto zodpovězena, Cíl 2 byl splněn.

Třetím cílem bylo zjistit povědomí porodních asistentek v ordinacích dětské gynekologie o specifikách péče o své klientky. Na základě analýzy dat dotazníku od porodních asistentek bylo zjištěno, že nejčastější problém ve spolupráci s dětmi respondentky uvádí strach dítěte z vyšetření, dále nespolupráce dítěte a nedostatečná informovanost matek (viz Graf 7). Potvrzuje to analýza pozorování klientek dětské gynekologie, kdy byl strach dítěte z vyšetření jednou nejčastějších ošetrovatelských diagnóz, které se u pozorovaných klientek vyskytovaly (viz Příloha 3 - Tabulka 7). Dle Matějčka je první podmínkou úspěšného průběhu vyšetření a léčebných zákroků dobrá psychická příprava dítěte. Výsledky dotazníku od porodních asistentek ukazují, že převážná většina porodních asistentek pracujících v ordinacích dětské gynekologie pojem psychická příprava znala a správně význam pojmu popsala. Zarážející však bylo zjištění, že 5 respondentek pojem psychická příprava vůbec neznalo, 4 respondentky uvedly, že se jedná o neformální rozhovor a 1 respondentka, že ji provádí pouze lékař (viz Graf 11). Z výsledků analýzy dotazníků od porodních asistentek bylo dále zjištěno, že 78,4 % porodních asistentek psychickou přípravu v praxi realizuje a zbývajících 21,6 % respondentek dle odpovědí v dotazníku ji praxi neprovádí (viz Graf 12).

Dle Matějčka má psychická příprava vliv na spolupráci dítěte. Neprovádění psychické přípravy může mít vliv na výskyt psychických komplikací u dětí, ty pak při vyšetření nespolupracují a postupně se u nich vytváří podmíněný reflex. Dle výsledků výzkumu 51,4 % porodních asistentek si myslí, že během své praxe nenalezly žádný způsob jak nenásilně přimět dítě ke spolupráci. Naopak 48,6 % porodních asistentek uvádí, že takový způsob nenalezly (viz Graf 16 A). Podle porodních asistentek nejvíce

pomáhá úsměv, trpělivost a přiměřené vysvětlování (viz Graf 16 B). Dle Zdeňka Matějčka v článku Dětský pacient v komunikaci s lékařem, hraje důležitou úlohu ve spolupráci s dětskými klienty vliv prostředí a personálu na dětskou psychiku. Správná volba vybavení čekárny a ordinace, stejně tak jako chování personálu k dětským klientům předurčuje průběh spolupráce s dětmi. Z analýzy výsledků dotazníku od porodních asistentek vyplývá, že 78,4 % porodních asistentek si myslí, že jejich ambulance dětské gynekologie je přizpůsobená potřebám dětských klientek, což je jistě potěšující skutečnost a pouze 16,2 % porodních asistentek si myslí, že jejich ordinace těmto potřebám vyhovuje jen částečně. *Z těchto výsledků vyplývá, že porodní asistentky znají specifika péče o klientky v dětské gynekologii, , tudíž Hypotézu H2 byla potvrzena.*

Čtvrtým cílem bylo zjistit potřebu celoživotního vzdělávání porodních asistentek pracujících v ordinacích pro dětskou gynekologii. K cíli 4 byla položena hypotéza H3: Porodní asistentky v ordinacích dětské gynekologie mají potřebu celoživotního vzdělávání. Podle výsledků, které vyplývají z dotazníku od porodních asistentek, 67,6 % porodních asistentek uvádí, že nikdy neabsolvovalo vzdělání týkající se psychologického přístupu k dětským klientům. Pouze 32,4 % porodních asistentek uvádí, že takovou formu vzdělání absolvovalo (viz Graf 18). Nejčastěji porodní asistentky uváděly semináře a kurzy, stáže na pracovištích vyššího typu a studium SZŠ oboru dětská sestra. Některé porodní asistentky uvedly nástavbové studium ARO JIP v pediatrii a jedna respondentka praxi v jeslích (viz Graf 18). Lze jen polemizovat o tom, zda jsou tyto formy vzdělání, které respondentky uváděly dostačující pro tak specifickou práci jakou je práce porodní asistentky v ambulanci dětské gynekologie. Potěšující bylo zjištění, že 67,6 % porodních asistentek cítí potřebu celoživotního vzdělávání. Pouze 2 respondentky uvedly, že tuto potřebu nemají a 2 respondentky, že tuto potřebu cítí, ale zaměstnavatel jim vzdělání neumožňuje, což je velice překvapivé, neboť i zaměstnavatel by měl mít snahu o to, aby jeho personál byl na odborné výši a tím i kvalitněji pracoval (viz Graf 19). Dále bylo zjištěno, že 45,9 % porodních asistentek udává, že odborné semináře navštěvuje jen občas, 32,4 % porodních asistentek udává, že je navštěvuje pravidelně, což je velmi pozitivní zjištění. Jen 21,6 % porodních asistentek uvádí, že semináře nenavštěvuje vůbec (viz Graf 20). Dle

výzkumu je tedy zřejmé, že se porodní asistentky celoživotně vzdělávají a semináře navštěvují v relativně hojné míře. *Z analýzy dat vyplývá, že porodní asistentky v ordinacích dětské gynekologie mají potřebu celoživotního vzdělávání, tudíž byla hypotéza H3 potvrzena.*

Z výsledků vyplývá, že porodní asistentky znají specifika péče o dětské klientky, většina porodních asisterek zná pojem psychická příprava, ví z čeho se psychická příprava skládá, ale některé porodní asistentky měly s touto otázkou problémy. Problém možná tkví v omezeném množství dostupných zdrojů o dětské gynekologii, v pracovní vytíženosti porodních asisterek nebo v nechuti se dále vzdělávat. Teoretická část této bakalářské práce by tedy mohla sloužit porodním asistentkám jako zdroj informací o specifikách přístupu k dětským klientům a specifické ošetrovatelské péči o klientky na dětské gynekologii. V budoucnu by porodní asistentky měly klást větší důraz na psychologický přístup k dětským klientkám a zavádět do praxe ošetrovatelský proces. Také dostatečná informovanost porodních asisterek je pro kvalitu ošetrovatelské péče nezbytná. Respondentky uváděly, že mají potřebu celoživotního vzdělávání, ale ve spoustě oblastí jako je například psychická příprava dítěte na vyšetření, pociťují nedostatek informací. Měly by se tedy snažit i ony samy, aby kontinuálně získávaly informace o péči o klientky v dětské gynekologii a pomáhaly je např. na ošetrovatelských konferencích šířit. Dostatečná informovanost o problematice dětské gynekologie je důležitou součástí prevence gynekologických obtíží u dětí. Porodní asistentka na dětské gynekologii nemůže nahrazovat roli matky v řádném poučení dítěte, to musí zajistit především matka, jako osoba, k níž má dítě největší důvěru. Matky by též měly své dcery před návštěvou ordinace dětské gynekologie psychicky připravit, aby porodní asistentka klientku mohla pouze uklidnit informacemi, které již klientka zná od matky.

6. ZÁVĚR

Ošetrovatelská péče o klientky v dětské gynekologii má velmi specifické součásti, jako je důraz na prevenci, psychická příprava klientek a doprovodu na vyšetření a neméně důležitá je i část edukační. Přístup porodních asistentek k dětským klientkám je rozdílný než ke klientkám dospělým a porodní asistentky pracující v ambulancích dětské gynekologie by měly tato specifika znát a využívat je v praxi. Nezbytné pro praxi porodních asistentek v dětské gynekologii je též znalost základních ošetrovatelských diagnóz, které se u dětských klientek při návštěvě ambulance dětské gynekologie vyskytují.

Cílem bakalářské práce bylo identifikovat problémy klientek dětské gynekologie při gynekologickém vyšetření, sestavit a ověřit ošetrovatelské diagnózy v dětské gynekologii dle NANDA TAXONOMIE II. Dále zjistit povědomí porodních asistentek v ordinacích dětské gynekologie o specifikách péče o své klientky a zjistit potřebu celoživotního vzdělávání porodních asistentek pracujících v ordinacích pro dětskou gynekologii. Cíle práce byly splněny.

První hypotéza ve které jsme předpokládali, že matky (jiný doprovod děvčete) nemají informace k tomu, aby adekvátně připravily dívky na návštěvu v ordinaci dětské gynekologie, byla potvrzena. Matky klientek nemají dostatek informací k tomu, aby své dcery adekvátně poučily a některé matky nemají o tyto informace vůbec zájem.

Druhá hypotéza předpokládající, že porodní asistentky znají specifika péče o klientky v dětské gynekologii, se potvrdila. Porodní asistentky sice specifika péče o své klientky znají, ale velké množství z nich u klientek vůbec neprovádí psychickou přípravu na vyšetření, nejčastěji z nedostatku času. Neprovádění psychické přípravy u klientek může nejen zhoršovat jejich spolupráci při vyšetření, ale může i klientky dlouhodobě psychicky traumatizovat.

Ve třetí hypotéze jsme předpokládali, že porodní asistentky v ordinacích dětské gynekologie mají potřebu celoživotního vzdělávání. Tato hypotéza se potvrdila. Porodní

asistentky nejčastěji navštěvují semináře a vzdělávají se pomocí odborných článků a informace také získávají od lékařů dětské gynekologie.

Výzkumná otázka, zněla: „Jaké ošetrovatelské diagnózy se vyskytují u klientek dětské gynekologie?“. Na jejím základě bylo zjištěno, že nejčastější ošetrovatelskou diagnózou v dětské gynekologii je strach dítěte z vyšetření v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie, který se u klientek projevoval nervozitou, lehkým třesem, sníženou komunikativností až mlčenlivostí a tichým hlasem; dále akutní bolest v souvislosti s gynekologickým vyšetřením, která se u klientek projevila pláčem při vyšetření, změnou mimiky, bráněním se a nespoluprací klientky a úzkost v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie, která se u klientek projevila změnou mimiky, nekomunikativností, pláčem a křečovitým držením hračky. Dále bylo zjištěno, že chování matek při vyšetření přímo ovlivňuje chování klientek, není-li matka na vyšetření dostatečně psychicky připravená a nemá-li dostatek informací, její chování může u klientky zhoršovat strach z nového prostředí, úzkost i prožívání bolesti.

Tyto výsledky poukazují na specifika péče o klientky v dětské gynekologii. Vzhledem k nedostatku aktuálních zdrojů, týkajících se péče porodní asistentky v dětské gynekologii, může sloužit tato práce jako teoretický podklad ve výuce nebo rozšíření znalostí porodních asistentek. Praktická část poukazuje na problémy které se vyskytují v péči o gynekologicky nemocné dítě, důležitost ošetrovatelských diagnóz jako součásti ošetrovatelského procesu a na důležitost provádění psychické přípravy porodními asistentkami u klientek i doprovodu. Výsledky práce lze použít ke zveřejnění v odborných časopisech, na seminářích a mohou sloužit i jako podklad pro nasměrování porodních asistentek, které v oboru dětská gynekologie pracují nebo budou pracovat v budoucnu. Tato práce může též zvýšit informovanost matek o problematice dětské gynekologie.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BŘEZINOVÁ, J. Dnes půjdeme k lékaři. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 2, s. 18. ISSN 1210-0404.
2. DOHERTY-SNEDDON, G. *Neverbální komunikace dětí : Jak porozumět dítěti z jeho gest a mimiky*. Loupová H. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 197 s. ISBN 80-7367-043-7.
3. DUNOVSKÝ, J. Ochrana dětí v ČR. In *Násilí na dětech : „Násilí nezná hranice, ale zanechává stopy“*. 1. vyd. Praha : Humanitas-Profes, o.p.s., 2003. s. 4-9. ISBN 80-903392-0-4.
4. ELLIOT, Julian, PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích : Prevence, příčiny, terapie*. Jaroslava Kubátová, Jiří Štěpo. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. 208 s. ISBN 80-247-0182-0.
5. GERMANNOVÁ, Z. Možnosti *rehabilitačnej liečby dievčat s dysmenoreou*. XXXVIII. Konferencie gynekologie dětí a dospívajících ČGPS J.E. Purkyně. Banská Bystrica. 27.10. 2007
6. HOŘEJŠÍ, J, MAKALOVÁ, D. Antikoncepce pro mladistvé. *Moderní gynekologie a porodnictví : Dětská gynekologie*. 2001, roč. 10, č. 4, s. 456-462. ISSN 1211- 1058.
7. HOŘEJŠÍ, J, ROB, L. Nádory rodidel u dětí a dospívajících. *Moderní gynekologie a porodnictví : Dětská gynekologie*. 2001, roč. 10, č. 4, s. 446-450. ISSN 1211- 1058.
8. HOŘEJŠÍ, J, ROB, L. Zhoubné nádory rodidel v dětském věku včera, dnes a zítra. *Časopis lékařů českých*. 2003, roč. 142, č. 2, s. 84-87. ISSN 0008-7335.
9. HOŘEJŠÍ, J. *Dětská gynekologie*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1990. 284 s. ISBN 80-201-0075.
10. HOŘEJŠÍ, J. Forenzní aspekty v gynekologii dětí a dospívajících. *Moderní gynekologie a porodnictví : Dětská gynekologie*. 2001, roč. 10, č. 4, s. 472-475. ISSN 1211- 1058.

11. HOŘEJŠÍ, J. *Gynekologické problémy u děvčátek a dospívajících dívek : Informace pro rodiče*. 1. vyd. Praha : Grada, 2003. 132 s. ISBN 80-247-0553-2.
12. HOŘEJŠÍ, J. Gynekologie dětí a dospívajících v české republice. *Časopis lékařů českých*. 2006, roč. 145, č. 7, s. 554-556. ISSN 0008-7335.
13. HOŘEJŠÍ, J. Gynekologie dětí a dospívajících v nemocniční a ambulantní péči : Diagnostika a operační léčba vývojových vad rodidel. *Časopis lékařů českých*. 2003, roč. 142, č. 4, s. 253-254. ISSN 0008-7335.
14. HOŘEJŠÍ, J. Gynekologie dětí a dospívajících. *Postgraduální medicína*. 2004, roč. 6, č. 6, s. 630-635. ISSN 1212-4184.
15. HOŘEJŠÍ, J. *Jak připravit dítě na gynekologické vyšetření* [online]. 2004 , 23.4. 2004 [cit. 2008-02-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.rodina.cz/clanek3766.htm>>.
16. HOŘEJŠÍ, J. Kdy očkovat virginální pacientky. XXXVIII. Konference gynekologie dětí a dospívajících ČGPS J.E. Purkyně. Banská Bystrica. 27.10. 2007
17. HOŘEJŠÍ, J. Práce sestry v gynekologii dětí a dospívajících. *Instrumentárka*. 1998, roč. 5, č. 1, s. 9-11. ISSN v katalogu MEDVIK neuvedeno
18. HOŘEJŠÍ, J. Puberta a její poruchy. *Moderní gynekologie a porodnictví : Dětská gynekologie*. 2001, roč. 10, č. 4, s. 437-435. ISSN 1211- 1058.
19. HOŘEJŠÍ, J. Reprodukční soustava u dětí. *Moderní gynekologie a porodnictví : Dětská gynekologie*. 2001, roč. 10, č. 4, s. 399-404. ISSN 1211- 1058.
20. HOŘEJŠÍ, J. Rozdělení dětského věku. *Moderní gynekologie a porodnictví : Dětská gynekologie*. 2001, roč. 10, č. 4, s. 399. ISSN 1211- 1058.
21. HOŘEJŠÍ, J. Spolupráce dětské gynekologie a pediatrie v praxi. *Zdravotnické noviny ČR : Lékařské listy*. 2005, roč. 54, č. 39, s. 8-11. ISSN 0044-1996.
22. HOŘEJŠÍ, J. Úrazy dětských rodidel. *Děti a my*. 2004, roč. 34, č. 4, s. 22. ISSN 0323-1879.
23. HOŘEJŠÍ, J. Úvod. *Moderní gynekologie a porodnictví : Dětská gynekologie*. 2001, roč. 10, č. 4, s. 396-397. ISSN 1211- 1058.

24. HOŘEJŠÍ, J. Vrozené vývojové vady rodidel. *Moderní gynekologie a porodnictví : Dětská gynekologie*. 2001, roč. 10, č. 4, s. 431-436. ISSN 1211-1058.
25. HOŘEJŠÍ, J. Vyšetřování v dětské gynekologii. *Moderní gynekologie a porodnictví : Dětská gynekologie*. 2001, roč. 10, č. 4, s. 404-405. ISSN 1211-1058.
26. HOŘEJŠÍ, J. Zvláštnosti farmakoterapie v gynekologii dětí a dospívajících. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003, roč. 12, č. 3, s. 550-553. ISSN 1211-1058.
27. HOŘEJŠÍ, J. Zvláštnosti onemocnění vulvy a pochvy v dětském věku. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2005, roč. 14, č. 2, s. 180-184. ISSN 1211-1058.
28. HRDLIČKA, J. Analgosedace při diagnostických a terapeutických výkonech v pediatrii. *Pediatric pro praxi*. 2002, roč. 2002, č. 5, s. 225-228. ISSN 1213-0494
29. HYNKOVÁ, M, HYNEK, K. Menstruační cyklus a jeho poruchy u dívek. *Moderní gynekologie a porodnictví : Dětská gynekologie*. 2001, roč. 10, č. 4, s. 419-423. ISSN 1211-1058.
30. HYNKOVÁ, M. Indikační meze hormonální kontracepce u mladistvých. *Československá Pediatrie*. 2000, roč. 55, č. 6, s. 392-393. ISSN 0069-2328.
31. JANDOVÁ, Y. Problematika dětské gynekologie v ordinaci dětského lékaře. *Vox Pediatric*. 2002, roč. 2, č. 10, s. 19-21. ISSN 1213-2241.
32. KEPÁK, J. Úrazy zevního genitálu a pochvy. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2005, roč. 14, č. 2, s. 180-184. ISSN 1211-1058.
33. KLOUBEK, M. Peripetie vyšetřování tělesného násilí na dětech. In *Násilí na dětech : Sborník z 2. národní a 1. středoevropské konference konané pod záštitou veřejného ochránce práv*. 1. vyd. Praha : Humanitas-Profes, o.p.s., 2003. s. 23-26. ISBN 80-903392-0-4.
34. KOLÁŘOVÁ, Milena. *Bolestivá menstruace I*. 1. vyd. Praha : Triton, 2003. 90 s. ISBN 80-7254-315-6.

35. KOLIBA, P, GERŽOVÁ, H, DANČÍKOVÁ, Z. Problematika chlamydií v gynekologii dětí a mladistvých. *Vox Paediatricae*. 2005, roč. 5, č. 2, s. 29-30. ISSN 1213-2241.
36. KOZMA, J. Balneoterapie u dětských gynekologických onemocnění. *Zdravotnické noviny ČR : Zdravotnické listy*. 1998, roč. 47, č. 11, s. 11-12. ISSN 0044-1996.
37. KOZMA, J. Gynekologická lázeňská léčba dětí a dorostu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2001, roč. 10, č. 4, s. 469-471. ISSN 1211-1058.
38. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. vyd. Praha : Grada, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.
39. LAJKEP, T. Požadavky dětských pacientů. *Pediatric pro praxi*. 2005, roč. 6, č. 1, s. 48-49. ISSN 1213-0494.
40. MACHOVÁ, J. HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1. vyd. Praha : H&H, 2002. 196 s. ISBN 80-86022-94-3.
41. MAKALOVÁ, D. Gynekologie dětí a dospívajících v nemocniční a ambulantní péči : Antikoncepce pro mladistvé. *Časopis lékařů českých*. 2003, roč. 142, č. 4, s. 254. ISSN 0008-7335.
42. MALÁ, A. Rodina a hospitalizace. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 2, s. 20. ISSN 1210-0404.
43. MAREK, Jiří, et al. *Bolestivá menstruace II*. 1. vyd. Praha : Triton, 2003. 123 s. ISBN 80-7254-316-4.
44. MAREŠ, J, MAREŠOVÁ, J. Komunikace s nemocným dítětem. *Praktický lékař*. 1998, roč. 78, č. 6, s. 292-294. ISSN 0032-6739.
45. MAŠÁT, V, PÖTHE, P, LENORÁKOVÁ, S. *Sexuální zneužívání mentálně postižených dětí*. Miloš Velemínský. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita, 2000. 86 s. ISBN 80-7040-460-4.
46. MATĚJČEK, Z. Dětský pacient v komunikaci s lékařem. *Pediatric pro praxi*. 2001, roč. 2, č. 5, s. 210-211. ISSN 1213-0494.

47. NIŽŇANSKÁ, Z. *Dysmenorea a endometrióza u adolescentiek*. XXXVIII. Konferencie gynekologie dětí a dospívajících ČGPS J.E. Purkyně. Banská Bystrica. 26.10. 2007
48. ONDROVÁ, D. Násilné trestné činy proti dětem a dospívajícím podle §241 a §242. XXXVIII. Konferencie gynekologie dětí a dospívajících ČGPS J.E. Purkyně. Banská Bystrica. 27.10. 2007
49. SMETANOVÁ, D, MLČOCHOVÁ, H, HOŘEJŠÍ, J. Léčba dysfunkčního krvácení a prevence jeho recidiv u dospívajících dívek . *Gynekolog*. 2004, roč. 13, č. 6, s. 262-263. ISSN 1210-1133.
50. SMETANOVÁ, D. Ultrazvukové vyšetření v gynekologii dětí a dospívajících. *Moderní gynekologie a porodnictví : Dětská gynekologie*. 2001, roč. 10, č. 4, s. 463-468. ISSN 1211-1058.
51. STOPPARDOVÁ, M. *Zdravá dívka*. Bártová V. 1. vyd. Praha : Ikar, 2000. 127 s. ISBN 80-7202-611-9.
52. ŠTÚR, I. Dodržiavanie liečby v pediatrii. *Detský lekár*. 1999, roč. 6, č. 4, s. 7-8. ISSN 1335-0838.
53. TESLÍK, L. Adnexitis u dětí a dospívajících. *Moderní gynekologie a porodnictví : Dětská gynekologie*. 2001, roč. 10, č. 4, s. 415-418. ISSN 1211- 1058.
54. TESLÍK, L. Krvácení z rodidel v klidovém období. *Moderní gynekologie a porodnictví : Dětská gynekologie*. 2001, roč. 10, č. 4, s. 426-428. ISSN 1211-1058.
55. VANÍČKOVÁ, E. PROVAZNÍK, K. HADJ-MOUSSOVÁ, Z. *Sexuální zneužívání dětí II. díl*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1999. 81 s. ISBN 80-7184-878-6.
56. VETEŠNÍKOVÁ-KOUBOVÁ, R, HOŘEJŠÍ , J. Menstruační cyklus a jejich poruch z pohledu dětského gynekologa. *Trendy v medicíně*. 2000, roč. 2, č. 4, s. 29-32. ISSN 1212-9046.
57. VETEŠNÍKOVÁ-KOUBOVÁ, R, HOŘEJŠÍ , J. Vulvovaginitis v gynekologii dětí a dospívajících. *Moderní gynekologie a porodnictví : Dětská gynekologie*. 2001, roč. 10, č. 4, s. 406-414. ISSN 1211- 1058.

58. VETEŠNÍKOVÁ-KOUBOVÁ, R. Synechia vulvae infantum. *Moderní gynekologie a porodnictví : Dětská gynekologie*. 2001, roč. 10, č. 4, s. 429-430. ISSN 1211- 1058.
59. WEISS, Petr, et al. *Sexuální zneužívání dětí*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 264 s. ISBN 80-247-0929-5.
60. ZIKMUNDOVÁ, J. KOKTAVÁ, A. Práce sestry v gynekologické ambulanci pro děti a dorost. *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 1, s. 22. ISSN 1210-0404.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Klientka

Porodní asistentka

Dětská gynekologie

Psychická příprava

Doprovod klientky

Prevence

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Dotazník pro porodní asistentky

Příloha 2 - Průvodní dopis k dotazníku

Příloha 3 - Tabulka 7 - Přehled četnosti výskytu ošetřovatelských diagnóz u sledovaných klientek

Příloha 4 - Certifikát z konference

Příloha 5 - Gynekologická ambulance a ambulance dětské gynekologie MUDr. Marcely Černé v Děčíně

Příloha 1 Dotazník

Dobrý den,

jsem studentka 3. ročníku oboru porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tento dotazník je anonymní a poslouží ke zpracování mé bakalářské práce na téma: „Specifika ošetrovatelské péče porodní asistentky v dětské gynekologii“.

Prosím Vás tímto o jeho vyplnění. Odpovědi zaškrtněte dle nabídnutých možností nebo vlastními slovy, není-li uvedeno jinak označte pouze jednu odpověď.

Děkuji za Vámi strávený čas a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Pavλίna Hamerníková

1. Jaký je Váš věk?

18-30 let

41-50 let

31-40 let

51 a více let

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

středoškolské s maturitou

vyšší odborné vzdělání

specializační vzdělání

vysokoškolské vzdělání

3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

0 – 3 roky

11-20 let

4 – 10 let

21 a více let

4. Jaké je současné místo Vašeho pracoviště?

gynekologická ambulance (kde ošetřujete i dětské klientky)

ambulance dětské gynekologie

5. S jakými gynekologickým problémy se nejčastěji setkáváte u dětských klientek?
(můžete zaškrtnout více možností)

vulvovaginitidy	cizí tělesa v pochvě
poranění a úrazy rodidel	synechie
poruchy menstruačního krvácení	vrozené vývojové vady
poruchy puberty	rodidel
sexuální zneužívání dívek	jiné:
nádorová onemocnění	

6. Kdo nejčastěji doprovází dítě na vyšetření?

matka	prarodiče
otec	jiné:

7. S jakými problémy se nejčastěji setkáváte při spolupráci s dětmi? (můžete zaškrtnout více možností)

nespolupráce dítěte při vyšetření

nespolupráce doprovodu dítěte se zdravotníky

strach dítěte z personálu

strach dítěte z vyšetření

strach dítěte z přístrojů a nástrojů používaných při vyšetřování

úzkost dítěte

nedůvěra k personálu ze strany doprovodu

nedůvěra dítěte k personálu

nedostatečná informovanost matek o problematice dětské gynekologie

podmíněný reflex dětí z opakované traumatizace dětí častými léčebnými a vyšetřovacími zákroky (např. dítě pláče již při vstupu do ordinace)

jiné:.....

8. Myslíte, že jsou matky dostatečně informovány o problematice gynekologických obtíží u svých dcer?

ano (pokračujte otázkou č. 10)	nevím (pokračujte otázkou č. 10)
ne	

9. Co považujete za příčinou nedostatečné informovanosti matek o problematice dětské gynekologie? (můžete označit více možností)

nedostatečná prezentace problematiky dětské gynekologie v médiích

chybění vlastní zkušenosti z dětského věku, u matek

bagatelizace této problematiky matkami

nedostatečná edukace matek u pediatra

nedostatečná edukace matek porodními asistentkami na dětské gynekologii

nezájem o problematiku dětské gynekologie, ze strany matek

odsuzování dětské gynekologie z vlastního přesvědčení

nezkušenost matek

jiné:

10. Je Vaše ambulance přizpůsobená potřebám dětských klientek?

ano, vyhovuje

nevyhovuje

částečně vyhovuje

nevím

11. Co je psychická příprava dítěte na gynekologické vyšetření?

.....

12. Provádíte psychickou přípravu u dětských klientek?

ano (pokračujete ot. č. 14)

ne

13. Z jakého důvodu neprovádíte psychickou přípravu u všech dětí?

není dostatek času

psychická příprava nemá vliv na průběh vyšetření

nikdy jsme jí neprováděli a nebudeme to měnit

u některých dětí nemá psychická příprava smysl (mentálně postižené, retardované děti, děti se smyslovým postižením,..)

jiné:

14. Setkáváte se ve své praxi s neošetřitelnými dětmi?

ano

ne (pokračujte otázkou č. 16)

15. Jak často se setkáváte s neošetřitelnými dětmi?

denně

1x za 14 dní

3x – 4x do týdne

několikrát do měsíce

1x – 2x do týdne

několikrát za rok

16. Nalezla jste během své praxe nějaký způsob jak nenásilně přimět dítě ke spolupráci?

ano, specifikujte jaký:

ne

17. Myslíte si, že by porodní asistentka pracující s dětskými klientkami měla znát specifika psychologického přístupu k dětem?

ano

nevím

ne

18. Absolvovala jste někdy vzdělání týkající se specifík psychologického přístupu k dětským klientům?

ano, specifikujte:

ne

19. Cítíte potřebu celoživotního vzdělávání v oboru dětské gynekologie?

ano

ano, ale zaměstnavatel nám vzdělání neumožňuje

ne

20. Navštěvujete semináře s tematikou dětské gynekologie?

ano, pravidelně (pokračujte ot. č. 22)

občas (pokračujte ot. č. 22)

ne (ot. č. 22 nevyplňujte)

21. Z jakého důvodu nenavštěvujete semináře s tematikou dětské gynekologie?

(můžete zaškrtnout více možností)

nemám o vzdělání v tomto směru zájem

zaměstnavatel mi neumožňuje návštěvu seminářů

semináře jsou finančně náročné

seminářů toho zaměření je málo

jiné:.....

22. Jak často navštěvujete semináře s tematikou dětské gynekologie?(nevyplňujte

jestliže

jste v ot. č. 20 odpověděla ne)

3krát až 5krát do roka

2krát až jednou do roka

tyto akce navštěvuji zřídka

tyto akce nenavštěvuji

jiné:.....

23. Myslíte si, že je dostatek nových informací o dětské gynekologii?(novinky

v léčbě, přístupu k dětem,..)

ano

nevím

ne

24. Z jakých zdrojů získáváte informace o dětské gynekologii? (můžete zaškrtnout

více možností)

odborné publikace

semináře

články v odborných časopisech

jiné:.....

internet

25. Považujete problematiku dětské gynekologie jako aktuální?

ano

nevím

ne

26. V jaké oblasti pociťuje nedostatek informací?

vyšetřovací metody v dětské gynekologii

psychologický přístup k dětským klientům

lázeňská terapie u dětských klientů

psychická příprava dítěte na vyšetření

děti s onkologickým onemocněním

sexuální zneužívání dětí

prevence úrazů u dětí

antikoncepce a sexuální výchova u dospívajících dívek

problematika zánětů vnitřních rodidel a budoucích poruch plodnosti

poruchy příjmu potravy ve spojitosti s poruchami menstruačního cyklu u dívek

dysmenorea a nefarmakologické metody tišení bolesti u děvčat

intimní a menstruační hygiena u dětí

v žádné

jiné:.....

Příloha 2 Průvodní dopis k dotazníku

Dobrý den,

jsem studentka 3. ročníku porodní asistence na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Mám bakalářskou práci na téma: Specifika ošetrovatelské péče porodní asistentky v dětské gynekologii. Má práce má výzkumný charakter a budu v ní zkoumat, jak porodní asistentky, tak děti, které na dětskou gynekologii přicházejí. V obálce je přiložený dotazník (anonymní) pro porodní asistentku/zdravotní sestru, která pracuje na dětské gynekologii. Tímto prosím lékaře, aby porodní asistentce/zdravotní sestře umožnil vyplnit tento dotazník a příslušnou porodní asistentku/ zdravotní sestru o jeho vyplnění a zpětné zaslání. Vím, že práce na dětské gynekologii je časově i psychicky náročná, ale velice Vás prosím, abyste si našla chvíli času a dotazník vyplnila. Ambulancí dětské gynekologie je velice málo, a tak mám omezené možnosti i v rámci dostupnosti jednotlivých ambulančí. Není v mých možnostech se dostavit do každé ambulance osobně, a tak jsem zvolila tuto možnost prostřednictvím pošty. V obálce, kterou jste obdrželi je přiložena oznamovaná obálka s mou zpáteční adresou. Prosím Vás tedy o zpětné zaslání v co nejbližší možné době, nejlépe do konce měsíce března, abych mohla výsledky vyhodnotit. Předem děkuji

Pavλίna Hamerníková

Příloha 3 Tabulka 7 - Přehled četnosti výskytu ošetřovatelských diagnóz u sledovaných klientek

Ošetřovatelské diagnózy	četnost
Strach z vyšetření v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie, projevující se nervozitou, lehkým třesem, sníženou komunikativností až mlčenlivostí a tichým hlasem.	3
Akutní bolest v souvislosti s gynekologickým vyšetřením, projevující se pláčem při vyšetření, změnou mimiky, bráněním se a nespoluprací klientky.	3
Úzkost v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se změnou mimiky, nekomunikativností, pláčem a křečovitým držením hračky.	3
Porušená kožní integrita v souvislosti s vulvovaginitidou, projevující se zarudnutím vulvy, svěděním, pálením rodidel a častým škrábáním.	2
Strach z neznámého prostředí v souvislosti s 1. návštěvou ambulance dětské gynekologie projevující se lehkým třesem, změnou mimiky, nervozitou a napjatostí a křečovitým držením se matky.	1
Únava v souvislosti se silným krvácením, projevující se ospalostí, bledostí, poklesem nálady.	1
Neefektivní léčebný režim v souvislosti s nedodržováním léčby, projevující se neužíváním léků, odmítáním léčebného režimu matkou klientky, nepravidelným menstruačním cyklem, silným dlouhodobým krvácením a bledostí	1
Anticipační smutek v souvislosti s opakovanou návštěvou ambulance dětské gynekologie, projevující se změnou mimiky, skleslostí, sníženou komunikativností a držením se stranou.	1
Strach z odběru krve v souvislosti s návštěvou ambulance dětské gynekologie, projevující se nervozitou, lehkým třesem a změnou mimiky.	1
Nepřiměřený stud v souvislosti s první návštěvou ambulance dětské gynekologie, projevující se sklopeným pohledem k zemi, držením se stranou, zhoršeným vyjadřováním gynekolog. potíží a zahanbeností při popisu pohlavních orgánů	1

Příloha 4 Certifikát z konference

SEKCIA GYNEKOLÓGIE DETÍ A DOSPIEVAJÚCICH SGPS



CERTIFIKÁT

HAMERNIKOVA PAVLINA
.....
sa zúčastnil /a/

**X. Konferencie Sekcie gynekológie detí a dospievajúcich SGPS
a XXXVIII. Konferencie Sekcie gynekológie detí a dospievajúcich ČGPS J. E. Purkyně**

**Hotel Dixon, Banská Bystrica
25. - 27. 10. 2007**

Hodnotenie SACCME: 8 kreditov - pasívna účasť

**Doc. MUDr. Martin Redecha, CSc.
vedecký sekretár SGPS SLS**

Sekcia gynekológie detí
a dospievajúcich
Slovenskej gynekologicko-
porodníckej spoločnosti

**Prof. MUDr. Ján Danko, CSc.
prezident SGPS SLS**

**MUDr. Nataša Feráková
prezidentka sekcie gynekológie
detí a dospievajúcich SGPS SLS**

Příloha 5 Gynekologická ambulance a ambulance dětské gynekologie MUDr. Marcely Černé v Děčíně

Foto 1 - Čekárna



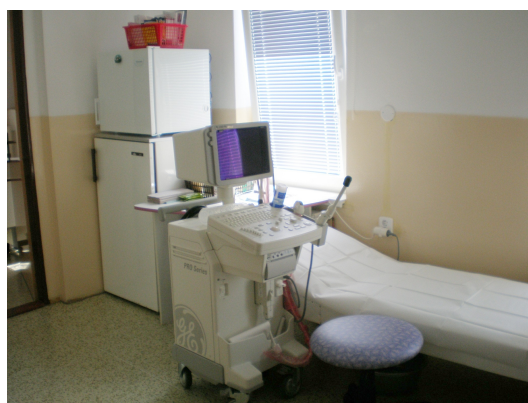
Foto 2 - Vstup do ordinace



Foto 3 - Ordinace – vyšetřovací stůl



Foto 4 - Ordinace – ultrazvuk a vyšetřovací lůžko



(Zdroj: vlastní)