

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Ošetrovatelská péče u dětí s artroskopií kolenního
kloubu**

bakalářská práce

Autor práce: Růžena Šestáková

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

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

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2012

ABSTRAKT

Ošetrovatelská péče u dětí s artroskopií kolenního kloubu

S narůstající sportovní fyzickou aktivitou mládeže roste spektrum úrazů kolenního kloubu. Artroskopie představuje v současné době jednu ze základních diagnostických a terapeutických metod poranění kloubů. Díky této metodě může lékař kloub přímo prohlédnout pomocí endoskopického nástroje a popřípadě v něm provést chirurgický zákrok. S jejím rozvojem se stále častěji používá i u dětských pacientů. Bezkonkurenčně nejčastěji artroskopovaným kloubem je kloub kolenní. Zákrok je proveden na operačním sále, nejčastěji v celkové narkóze, je šetrný, rychlý a přesný. Přesto musí být dětský pacient přijat do nemocnice, což představuje vedle plánovaného zákroku velkou psychickou zátěž nejen pro dítě, ale pro celou rodinu. Jak tuto situaci dítě a rodiče zvládnou, závisí ve velké míře také na ošetrovatelském personálu. Proto je třeba věnovat zvýšenou pozornost ošetrovatelské péči.

Teoretická část bakalářské práce popisuje anatomii kolenního kloubu, jeho možné poškození a na tuto teorii volně navazuje ošetrovatelská péče před a po artroskopii kolenního kloubu, rehabilitační ošetrovatelství, uspokojování potřeb, informovanost dětí před propuštěním. Praktická část je zaměřena na dětské pacienty, kteří byli hospitalizováni na Dětské klinice Nemocnice Č. Budějovice a.s. a podstoupili artroskopii kolenního kloubu. Další část je zaměřena na sestry pracující s těmito dětmi. Práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření a získané informace byly shrnuty do kazuistik a rozhovorů. Pro výzkumnou část byly stanoveny tři výzkumné otázky.

Cílem bakalářské práce je zjistit specifika v ošetrovatelské péči u dětí s artroskopií kolenního kloubu. Zjištěná specifika jako péče o Redonův drén, používání francouzských holí ev. motorové dlahy, edukace dětí a rodičů mohou pomoci sestře si tato specifika více uvědomit, neprovádět je automaticky a zkvalitnit tak poskytování ošetrovatelské péče. Jejich identifikace napomůže ke správnému stanovení ošetrovatelských diagnóz, cílů a intervencí v ošetrovatelském procesu u pacienta před a po artroskopii kolenního kloubu. Dalším cílem bylo zjistit, které negativní faktory nejčastěji tyto děti vnímají. Tím, že jsme zjistily specifika péče a klademe na ně větší

důraz, zmírníme zároveň negativní faktory, které tyto děti vnímají. Radíme mezi ně strach, převaz spojený s odstraněním Redonova drénu, bolest.

Získané výsledky bakalářské práce byly zpracovány do standardního ošetřovatelského plánu, který by měl přispět ke zkvalitnění ošetřovatelské péče o děti podstupující artroskopii kolenního kloubu.

ABSTRAKT

Nursing care of the children with arthroscopy of knee joint

With the increasing sports and physical activity pursued by young people, the spectrum of the knee joint injuries is extending. At the present time, arthroscopy represents one of the basic diagnostic and therapeutic methods in the case of the knee joint injuries. Owing to this method, the attending physician can examine the joint directly using the endoscopic instrument and they can possibly execute surgical treatment thereof as well. Thanks to development, this method can be applied in children's patients with ever increasing frequency. The joint subject to most frequent arthroscopy treatment is definitely the knee joint. The treatment is executed in the operating theatre, most often under anaesthesia and it is careful, quick and accurate. Nevertheless, the children's patient must be hospitalized, which means, in addition to the planned treatment, considerable mental stress not only for the child but for the whole family as well. The way how the child and the parents will cope with the situation depends to a great extent on the nursing personnel. Therefore it is necessary to pay increased attention to the nursing care.

The theoretical part of the bachelor's thesis describes the anatomy of the knee joint, possible damage thereto and this theory is followed by the nursing care prior to and after arthroscopy, rehabilitation nursing care, satisfaction of needs, information provided to the children prior to leaving hospital. The application part of the thesis focuses on the children's patients who were hospitalized in the Dětská klinika Nemocnice České Budějovice a.s. (Children's Clinic of the Hospital of České Budějovice) and underwent arthroscopy of knee joint. The following part deals with the nurses working with these children. The thesis is based on a qualitative research and the acquired information was summarized in case reports and interviews. Three research questions were determined for the research part.

The purpose of the bachelor's thesis is to discover the specifics concerning nursing care for children undergoing the knee joint arthroscopy. The discovered specifics, such as care for Redon drain, use of French crutches or motor splint, education of the children and their parents can help the nurse become aware of these specifics, not

perform them automatically and achieve a higher quality of the nursing care provision. Identification thereof may help perform the right determination of nursing diagnoses, goals and interventions in the nursing process in the patient prior to and after arthroscopy of knee joint. Another goal of the thesis was to determine what negative factors are perceived by the children most frequently. The fact that we have discovered the specifics of the care and that we accentuate them may mitigate the negative factors perceived by the children as well. Among them there are fear, re-dressing relating to the Redon drain removal, pain.

The acquired results of the bachelor's thesis were processed to have the form of a standard nursing plan, which should contribute to achieving a higher quality of the nursing care for children undergoing arthroscopy of knee joint.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2012

.....

Růžena Šestáková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Ditě Novákové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a trpělivost při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině za jejich trpělivost při psaní této práce.

OBSAH

Úvod.....	3
1 Současný stav.....	4
1.1 Historie ortopedie	4
1.1.1 Ortopedie ve světě	4
1.1.2 Ortopedie v České republice.....	5
1.2 Anatomie kolenního kloubu.....	6
1.2.1 Stavba kolenního kloubu	6
1.3 Úraz.....	8
1.3.1 Zlomeniny artikulujících kostí kolenního kloubu.....	8
1.3.2 Poranění měkkého kolena.....	9
1.4 Diagnostika poškození kolenního kloubu.....	10
1.4.1 Klinické vyšetření	10
1.4.2 Punkce kloubu.....	11
1.4.3 Zobrazovací metody	11
1.5 Léčba úrazů kolena	12
1.6 Problematika artroskopie	13
1.6.1 Péče o pacienta před artroskopií	14
1.6.2 Péče o pacienta v době artroskopie.....	17
1.6.3 Péče o pacienta po artroskopii	17
1.7 Uspokojování potřeb v pooperačním období.....	19
1.8 Rehabilitační ošetřování	20
1.9 Informovanost pacienta před propuštěním	21
1.10 Specifika péče o nemocné dítě.....	21
2 Cíl práce	24
2.1 Cíl práce	24
2.2 Výzkumné otázky	24
3 Metodika	25
3.1 Použité metody	25
3.2 Výzkumný soubor	25

4 Výsledky	26
4.1 Kazuistiky pacientů.....	26
4.2 Rozhovory se sestrami	47
5 Diskuse.....	56
6 Závěr	62
7 Klíčová slova	64
8 Seznam použitých zdrojů.....	65
9 Seznam příloh	68

ÚVOD

Péče o dítě je jednou z nejdůležitějších oblastí ovlivňující zdraví celé populace. Na komplexní péči o dítě se vedle rodiny, školy, vrstevníků podílí také zdravotnictví. Vedle nemocí jsou významnou příčinou hospitalizace v nemocnici následky úrazů dětí. Dětské úrazy jsou různého charakteru. S rostoucím věkem převažují dopravní úrazy a stoupá také počet úrazů při sportu.

Bakalářská práce je zaměřena na artroskopii kolenního kloubu. Tento kloub je nejsložitějším kloubem v lidském těle a dochází velmi často k jeho poranění. Artroskopie je v současné době jednou ze základních diagnostických a terapeutických metod při onemocnění kolenního kloubu. Jedná se o poměrně mladou metodu, která zaznamenala za poslední léta obrovský posun.

Bakalářská práce nese název „Ošetrovatelská péče u dětí s artroskopií kolenního kloubu“. Toto téma jsem si vybrala proto, že pracuji na Dětské klinice nemocnice České Budějovice a.s., a s těmito dětmi se často setkávám. Každá operace je zásah, na který organismus reaguje, a to jak před operací tak i po ní. Zdravotnická péče napomáhá navrátit dětem zdraví. Proto je i v mém zájmu zjistit, zda mají děti informace o výkonu, odhalit specifika péče o děti s artroskopií a své poznatky pak využít ve své práci.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část je věnována teorii, která popisuje anatomii kolenního kloubu, jeho možné poškození a ošetrovatelskou péči před a po artroskopii kolenního kloubu. Výzkumná část proběhla na Dětské klinice nemocnice České Budějovice a.s. na oddělení pooperační a poúrazové péče. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na děti podstupující artroskopii a sestry, které s těmito dětmi pracují. Bylo využito kvalitativního výzkumného šetření a získaná data byla zpracována formou kazuistik.

1 SOUČASNÝ STAV

Ortopedie je samostatný lékařský obor zabývající se prevencí a léčbou onemocnění pohybového ústrojí. Původně byla oborem převážně konzervativním. V současné době se vyznačuje rozvojem operací v oblasti kloubních náhrad, páteře, artroskopických operacích (Sosna, 2001).

1.1 Historie ortopedie

Poprvé termín ortopedie použil ve své knize Nicolas André v roce 1741. Skládá se z řeckých slov orthos - přímý a pais - dítě. Symbolem ortopedie byl křivě rostoucí strom, jehož růst je usměrňovaný kulem, ke kterému je přivázaný. Léčilo se převážně konzervativně, lékaři i nelékaři se pokoušeli zlepšovat vady pohybového aparátu, kostí, kloubů i svalů mechanicky, různými tahy, obvazy či aparáty (Dunzl, 2005; Sosna, 2001).

Počátky péče o pohybové ústrojí nalzááme již ve starém Egyptě, kde existovaly návody k léčení zlomenin, dále například z dob indického léčitele Susruta se zachovala písemná doporučení, ale i různé typy reпозиčních kleští, v Řecku Hippokrates popsal některé fraktury a deformity. Nebyla to však systematická ortopedie, tak jak ji známe dnes (Dunzl, 2005).

1.1.1 Ortopedie ve světě

Ve světě se ortopedie stává samostatným oborem v roce 1780, kdy ve švýcarském Orbe založil Venel první ortopedický ústav ve světě. Léčil zde nemoci chodidel a skoliózy. Podle Venelova příkladu začaly vznikat ortopedické nemocnice po celé Evropě. Rozvoj ortopedie byl závislý na vědecko-technickém pokroku. V 19. století proto vynálezy celkové anestezie, asepsy, kaučukových rukavic a hlavně rentgenových paprsků přispěly k velkému rozvoji ortopedie (Dunzl, 2005).

Léta 1966 - 1970 jsou považována za zlomová v operační ortopedii. Díky švýcarské škole vznikl systém stabilní osteosyntézy (léčebná metoda léčení zlomenin), která umožňuje dokonale řešit zlomeniny skeletu a jejich následky. Následně dochází k vývoji a rozvoji kloubních náhrad. Současně se objevuje a zdokonaluje řada

operačních technik, mimo jiné také technika artroskopie. Mezi významné objevy patří prodlužování dlouhých kostí ruského ortopeda Ilizarova (Sosna, 2001).

1.1.2 Ortopedie v České republice

V Praze vznikl první český ortopedický ústav vedený doc. MUDr. J. Špottem v roce 1841. Velké zásluhy v rozvoji české ortopedie má prof. MUDr. Rudolf Jedlička, jenž v roce 1900 založil v Praze ústav pro tělesně postižené, který dodnes nese jeho jméno. Jako samostatný obor u nás ortopedie vznikla v roce 1922, kdy byla zřízena první ortopedická klinika zásluhou prof. MUDr. V. Chlumského, který v roce 1925 inicioval založení Československé společnosti ortopedické. Cílem společnosti bylo sjednotit všechny ortopedy, pořádat kongresy a vydávat odborný časopis, který nesl název Slovanský sborník ortopedický. Vydávání odborného časopisu bylo často obtížné. Ve válečných letech se vydávání pozastavilo. Obnovené vydávání časopisu začíná roku 1950 pod latinským názvem „Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae czechoslovaca“. Pravidelně vychází dodnes a má vysokou odbornou úroveň (Dungl, 2005; Sosna, 2001).

Ač je česká obec ortopedická poměrně malá, měla několik ortopedů, kteří dosáhli celosvětového uznání. Patří mezi ně zakladatel společnosti prof. Chlumský, jehož fenol-kafrový roztok k dezinfekci chirurgických nástrojů z roku 1902 se v jistých indikacích používá dodnes. Ke konzervativnímu léčení kyčelní dysplazie (porucha vývoje nebo růstu kyčlí) přispěli doc. Frejka a prof. Pavlík. Frejkovu peřinku a Pavlíkovy třmeny používají ortopedi na celém světě (Dungl, 2005; Sosna, 2001).

Po roce 1989 nastal velký rozvoj operační ortopedie, zejména v oblasti operací kloubních náhrad, operací páteře a artroskopických operací, protože naši ortopedi mají možnost konfrontovat své zkušenosti se světem. Výrazně k tomu přispívá i Evropská federace národních ortopedických a traumatologických společností založena v Paříži v roce 1992. Česká ortopedická společnost je jejím členem a navazuje na vysokou odbornou i vědeckou úroveň české ortopedie (Dungl, 2005; Sosna, 2001).

1.2 Anatomie kolenního kloubu

Kolenní kloub je největším a nejsložitějším kloubem lidského těla. Spojují se v něm tři artikulující kosti: kost stehenní, kost holenní a česka.

Kost stehenní - femur je nejdelší a nejmohutnější kost v lidském těle. Distální (okrajový) konec této kosti se podílí na kolenním kloubu. Tento konec se rozšiřuje ve dva kloubní kondyly (hrboly). Oba kondyly mají jiný obvod, postavení i profil. Rozdílná stavba se uplatňuje při pohybu kolenního kloubu. Kondyly jsou kloubní plochy pro spojení s tibií (Dylevský, 2006; Grim, 2001; Rokyta, 2009).

Kost holenní - tibia je mohutná hlavní nosná kost bérce. Na kolenním kloubu se podílí horní rozšířený konec této kosti, který je určený pro spojení s kloubními kondyly stehenní kosti. Rozšířený konec tvoří dva široké kloubní kondyly, nesoucí nepatrně prohloubené kloubní plochy. Pod laterálním (zevním) kondylem je kloubní ploška pro hlavici kosti lýtkové (fibuly). Tělo kosti holenní je trojboké, s přední hranou hmatnou pod kůží (Dylevský, 2006; Grim, 2001; Rokyta, 2009).

Česka - patella je sezamská kost, která je uložena v úponové šlaše čtyřhlavého svalu stehenního. V kontaktu je pouze se stehenní kostí, od holenní kosti je oddělena tukovými polštářky. Má tvar trojúhelníku, její přední plocha je drsná a hmatná. Zadní plocha česky je přivrácena do dutiny kolenního kloubu. Tento vnitřní povrch česky je pokryt kloubní chrupavkou, která je nejsilnější v těle, je 5-7 mm tlustá. Dolní část česky je zúžena (Dylevský, 2006; Grim, 2001; Rokyta, 2009).

1.2.1 Stavba kolenního kloubu

Kloubní spojení – articulatio je pohyblivé spojení dvou či více kostí uzavřených ve vazivovém kloubním pouzdru. Toto pouzdro je zesíleno vazy – ligamenta. Dotykové kloubní plochy jsou pokryty hyalinní chrupavkou. Kloubní plochy jsou tvarovány do podoby hlavice a jamky. Nepravidelnosti ve stavbě některých kloubů, kdy tvar hlavice neodpovídá tvaru jamky, vyrovnávají nitrokloubní chrupavčité destičky. V případě kolenního kloubu jsou polokruhovitě tvaru – menisky (Dylevský, 2006; Grim, 2001).

Menisky jsou tvořeny velmi pevnou vazivovou chrupavkou, která sestává ze tří vrstev různě orientovaných kolagenních vláken. Toto uspořádání zajišťuje odolnost

chrupavky vůči tlaku a tahu. Každé koleno má dva menisky lišící se tvarem i velikostí. Vnitřní – mediální meniskus je větší a poloměsíčitý. Je méně pohyblivý, jelikož je ve střední části pevně srostlý s vnitřním postranním vazem. Vzhledem k menší pohyblivosti je častěji poškozen. Zevní – laterální meniskus je téměř kruhový. Přední cíp se upíná blízko předního zkříženého vazy. Toto je prakticky jediné místo, kde je upevněn, proto je zevní meniskus značně pohyblivý (Dylevský, 2006; Grim, 2001).

Na kloubním pouzdru rozlišujeme vnitřní synoviální a zevní vazivovou vrstvu. Synoviální vrstva je tenká blanka, která vystýlá kloubní dutinu. Je zvlhčována synovií, což je tekutina, kterou produkují buňky výstelky. Synovie zvlhčuje třecí plochy kloubních konců, vyživuje kloubní chrupavku a chrání kloubní zařízení. V kolenním kloubu pokrývá synoviální membrána nejen vnitřní plochu pouzdra, ale i zkřížené vazy a tukové těleso pod patelou. Vazivová vrstva tvoří pevný vnější obal, zesílený místy kolagenními vlákny, jimž říkáme vazy – ligamenta, které jsou maximálně napjaté při natažení kloubu. Vazy jsou zejména tam, kde je pouzdro více namáháno (Bartoníček, 2004; Dylevský, 2007).

Vazy kolenního kloubu zajišťují stabilitu kloubu a limitují pohybové rozsahy. Postranní vazy: vnitřní postranní vaz a zevní postranní vaz stabilizují kolenní kloub při extenzi (natažení) kolena. Zkřížené vazy: přední zkřížený vaz zabezpečuje vnitřní rotaci bérce a zadní zkřížený vaz omezuje zevní rotaci bérce. Oba tedy omezují rotační pohyby v kolenním kloubu. Zadní šikmý vaz na zadní straně kloubu zesiluje kloubní pouzdro, čímž je zabráněno uskřínutí tohoto pouzdra (Dylevský, 2006; Tichý, 2008).

Na pohybu kolenního kloubu se podílejí svaly, které jsou uloženy na přední a zadní straně kolenního kloubu. Mezi přední patří: krejčovský sval a čtyřhlavý stehenní sval. Zadní skupinu tvoří dvojhlavý sval stehenní, pološlašitý sval, poloblanitý sval a zákolenní sval (Grim, 2001; Tichý, 2008).

Pohyby v kolenním kloubu jsou extenze (natažení), flexe (ohnutí), vnitřní a zevní rotace. Extenze je považována za základní postavení kloubu, při němž je kloub pevný a umožňuje stoj a chůzi. Flexe se skládá ze tří fází. Na začátku flexe dochází k počáteční mírné zevní rotaci holenní kosti - odemčení kloubu. Uvolní se zkřížené vazy a následuje valivý pohyb kondylů stehenní kosti po lýtkové kosti a po meniscích.

V konečné fázi se menisky posunují dozadu po lýtkové kosti. Rotace závisí na poloze kolenního kloubu. Pokud je v maximální extenzi, rotace není možná. Největší rotace dosáhne kolenní kloub v ohnutí 80 - 90 stupňů (Bartoníček, 2004; Grim, 2001; Tichý, 2008).

1.3 Úraz

„Úraz je tělesné poškození, které vzniká nezávisle na vůli postiženého náhlým a násilným působením zevních sil (Pokorný, 2002, str. 19)“. Podle okolnosti jejich vzniku můžeme úrazy rozdělit na dopravní, pracovní, zemědělské a lesnické, domácí, sportovní a kriminální. K úrazu a následnému poranění dochází různými mechanismy a projeví se různými klinickými obrazy (Koudela, 2002; Pokorný, 2002).

1.3.1 Zlomeniny artikulujících kostí kolenního kloubu

Zlomeniny distálního konce kosti stehenní se vyskytují jako součást polytraumat (vysokoenergetické úrazy), nebo u starších osob ve formě osteoporotických (řídnutí kostí) zlomenin. Klinicky převládá bolestivost, změna tvaru kolena, omezená hybnost, otok. Zasaží-li lomné linie do kloubu, vzniká masivní hemartros (krvavá náplň kloubu) (Koudela, 2002; Višňa, 2004).

Ke zlomeninám pately dochází snadno, jelikož je uložena na povrchu ohybové strany kolenního kloubu. Většina zlomenin vzniká přímým násilím, pádem na koleno. Při nepřímém mechanismu dojde při nekoordinované svalové kontrakci k prudkému stahu čtyřhlavého svalu stehenního a typické zlomenině pately. Klinicky se projeví otokem, hematomem, palpačně distorzí úlomků, krvavou náplní kloubu. Nelze aktivně natáhnout koleno (Koudela, 2002; Pokorný, 2002).

Zlomeniny proximálního konce tibie, jejichž riziko vzniku roste s věkem, při osteoporose (řídnutí kostí), vznikají nejčastěji přímým mechanismem - pád, boční náraz do kolena. Často dochází k poranění menisků či vazů. Klinicky dominuje bolest, hematom, omezení pohybu, nemožnost zátěže (Koudela, 2002; Pokorný, 2002; Višňa, 2004).

1.3.2 Poranění měkkého kolena

Měkké koleno je jedním z nejčastěji zraňovaných kloubů a s přibývajícím sportovními aktivitami se jeho výskyt zvyšuje. Mohou být poškozeny menisky, chrupavky, vazy či dojde k luxaci (vykloubení) pately a luxaci kolene. Klinicky se při poranění kolenního kloubu objeví otok, náplň kloubu, bolestivost, omezení funkce, viklavost. Bolestivost a pohyblivost pomáhá při diagnostice. Jsou-li příznaky přítomny při flexi, jedná se o poškození vazů, jsou-li při extenzi, soudíme na zranění menisků (Koudela, 2002; Pokorný, 2002).

Poranění menisků – častěji bývá zraňován meniskus mediální než laterální. Mechanismus poranění je často nepřímý, při patologické rotaci bérce. Meniskus je odtržen od kloubního pouzdra, roztržen centrálně nebo dojde k ruptuře zadního rohu menisku. Pacient cítí lupnutí v kloubu při rotaci a má bolestivý pocit tlaku. Mohou se přidružit poranění vazů či osteochondrální zlomeniny (zlomeniny povrchu chrupavek). Jde o závažnější úrazy, jejichž úplné vyléčení bývá obtížné (Koudela, 2002; Pokorný, 2002).

Poranění vazů - může být ve třech rovinách, vždy je však spojeno s nestabilitou kolenního kloubu. Jednorovinná, přímá nestabilita svědčí pro poranění jednoho postranního či zkříženého vazů. Dvourovinnou, rotační nestabilitu způsobí kombinace porušení předního zkříženého vazů a mediálního či laterálního stabilizačního komplexu. Pro vícero rovinnou, kombinovanou nestabilitu je typické poranění obou zkřížených vazů a postranních struktur (Koudela, 2002; Pokorný, 2002).

Poranění chrupavek - je kontuze (zhmoždění) způsobena přímým nárazem. Obtíže se začnou projevovat po 8. týdnu od úrazu. Komplikací je krvácení, zánět či ohraničená nekróza. K dalším poraněním patří zlomeniny povrchu chrupavek vznikající přímým a nepřímým násilím, nejčastěji luxací pately (Koudela, 2002; Pokorný, 2002).

Luxace pately a kolene - vykloubení, dislokace, jde o kompletní separaci kloubních ploch se ztrátou funkce kloubu. Klinicky dojde k defiguraci kloubu, znemožnění pohybu, menší krevní náplň kloubu (Koudela, 2002; Pokorný, 2002).

1.4 Diagnostika poškození kolenního kloubu

Stále platí, že 50 % ortopedických onemocnění můžeme objasnit při správně odebrané anamnéze. Odběr anamnézy je třeba provádět pečlivě a trpělivě. U dětí se ptáme na věk rodičů, sourozenců, na závažné choroby vyskytující se v rodině, předčasná úmrtí. Dále nás zajímá prenatální historie, porod daného dítěte, jak u dítěte probíhal postnatální vývoj. Zjišťujeme první příznaky potíží, kdo chorobu zaregistroval. S dětmi přichází rodiče, jelikož si povšimnou např., že dítě kulhá nebo špatně chodí. Vždy si všímáme lokalizace obtíží. Kvalitu dětské informace ovlivňuje i bolest, která je nejčastějším příznakem. Dotazujeme se na její intenzitu, charakter, kdy je bolest nejčastější, zda nesouvisí s fyzickou zátěží, zda bolí jedna či obě končetiny. Ptáme se i na úrazy a jejich mechanismus vzniku. U kolenního kloubu se dále zaměříme na schopnost zátěže postižené končetiny, otok a rychlost jeho vzniku (Poul, 2009; Sosna, 2001; Šnajdauf, 2002).

1.4.1 Klinické vyšetření

Předpokladem kvalitního vyšetření je pacient, který je vysvlečen do spodního prádla.

Vyšetření pohledem - inspekce, probíhá při samotném vstupu nemocného do ordinace. Lékař se zaměří na postavení celého těla, zejména na dolní končetiny. U kolenního kloubu vyšetřujeme vždy obě celé dolní končetiny a porovnáváme s kolenem druhým. Ve stoji si všímáme deformit, osového postavení, otoku v oblasti kolene, barvy kůže (Dungl, 2005; Poul, 2009).

Vyšetření pohmatem – palpace, posuzuje tvary svalstva, šlach a kostí. Pohmatem určíme místo lokální bolestivosti i kožní teplotu. Pohmatem vyšetřujeme především oblast kloubní štěrbiny, kde můžeme nalézt i volná nitrokloubní tělíska, pokud se dislokují do oblasti přístupné palpaci (Dungl, 2005; Poul, 2009).

Vyšetření pohyblivosti kolena se vyšetřuje v rovinně sagitální, frontální, transversální a v rovině kolmé na osu rotace tzv. metoda SFTR (zkratky znamenají počáteční písmena názvů rovin). Základní postavení kolenního kloubu je 0° v sagitální rovině. Flexe bývá do 150°, extenze 0-5°, vnitřní rotace ve flexi 10°, zevní rotace ve

flexi 40°. Dále lékař postupuje pomocí specifických testů. Testy na stabilitu jsou valgózní a varózní stresový test, přední a zadní zásuvkový test. Při poranění menisků je to Mc Murrayův test, Steimannův test I. a II., Payrův test. Manévrů je celá řada, uvedeny jen ty nejtypičtější a nejznámější (Dungl, 2005; Poul, 2009; Sosna, 2001).

1.4.2 Punkce kloubu

U velké části postižení kolena je přítomen kloubní výpotek. Pacientovi se punkcí jednak uleví, ale hlavně můžeme výpotek vizuálně zhodnotit. Punkce kloubu se provádí za přísně aseptických podmínek, hrozí nebezpečí vzniku zánětu. U velmi malých dětí se punkce provádí v krátké analgosedaci. Sestra poučí pacienta, že se punkce provádí vleže, punktovaný kloub podloží do mírné flexe. Sestra musí dále umět asistovat při punkci kolenního kloubu. Kromě pomůcek potřebných k výkonu, by si měla připravit i sterilní zkumavku event. hemokultury pro případ, že by se lékař rozhodl odebrat vzorek poslat do laboratoře. V takovém případě sestra vzorek řádně označí a společně s žádankou odešle do laboratoře. Důležité je i ošetření po výkonu. Na místa vpichu sestra přiloží sterilní krytí a následný tlakový obvaz kolena (Dungl, 2005; Mikšová, 2006; Sosna, 2001).

1.4.3 Zobrazovací metody

Rentgenové vyšetření (RTG) představuje základní vyšetřovací metodu a mělo by být provedeno u všech poranění kolena. Provádí se ve dvou základních projekcích (boční a předozadní). Vyloučí změny na skeletu kolena, posuzuje osu kloubu, výšku kloubních štěrbin. U dětí je ke správné interpretaci výsledků zapotřebí znát věk dítěte. V kostech, které ještě rostou, nedochází při proutkové zlomenině k dislokaci, protože elastický periost (okostice) udrží úlomky pohromadě. Dále může dojít ke zlomenině v růstové chrupavce dítěte, tzv. epifyzeolýze (Dungl, 2005; Poul, 2009; Sosna, 2001).

Výpočetní tomografie (CT) je vyšetření spojené s vysokou radiační zátěží. U nejmladších dětí je nutné provádět vyšetření v celkové anestezii, proto je musíme vždy řádně uvážit. V dětském věku jsou nejčastější indikací CT komplikované traumatické stavy, některé poruchy vývoje skeletu a diagnostika tumorů. CT umožňuje

dvojrozměrné a trojrozměrné prostorové zobrazení kostních fragmentů (Dungl, 2005; Višňa, 2004).

Magnetická rezonance (MR) je cenná metoda pro zobrazení měkkých tkání. Využívá se zejména u nejasných chronických obtíží. Jelikož jde o neinvazivní metodu, dává se jí někdy přednost před artroskopickým vyšetřením. Čtyři hodiny před vyšetřením by měl pacient omezit perorální příjem pouze na čiré tekutiny v malém množství, nepřijímá žádnou pevnou stravu. Ze sesterského hlediska je důležité vědět, že kontraindikací vyšetření MR je přítomnost kovového materiálu. Sestra poučí a dohlédne na pacienta, aby před vyšetřením odložil všechny kovové předměty. Pokud má pacient kovovou endoprotézu nebo kardiostimulátor, nemůže být vyšetřen. Pokud nemocný trpí např. klaustrofobií (chorobný strach z pobytu v uzavřených prostorách) je nutno tuto skutečnost oznámit lékaři. Během vyšetření musí pacient dodržovat absolutní klid. Pokud není schopen tuto podmínku splnit, je nezbytná předchozí domluva s anesteziologem o vhodné anestézii. Před odesláním na vyšetření sestra zkontroluje, zda je pacient řádně připraven, zda má podepsaný souhlas s vyšetřením, vyplněnou žádanku a společně s chorobopisem odešle pacienta na vyšetření (Hejna, 2009; Pokorný, 2002; Poul, 2009).

Sonografie je zobrazovací metoda bez radiační zátěže, která se využívá pro vyšetřování všech velkých kloubů od novorozeneckého věku až do dospělosti. Dále se sonografie využívá k diagnostice změn měkkých tkání nebo kloubů. Je vhodná, když chceme odhalit náplň kloubu či hematoma. Vyšetření se provádí bez přípravy. Velkou výhodou tohoto vyšetření je jeho naprostá bezpečnost (Poul, 2009; Šnajdauf, 2002).

1.5 Léčba úrazů kolena

Konzervativní – jedná se o speciální manévry, jimiž můžeme upravit dislokaci úlomků kostí či dislokaci kloubu do původního postavení a zabezpečit dočasnou stabilizaci. Ta je zajištěna podpůrnými fixačními materiály, jako jsou např. sádrová dlaha či ortéza. Repoziční manévr vyvolává bolest, proto je zejména u dětí nutné bolest tlumit. Vždy je nutný individuální přístup k dítěti a zmírnění bolesti je prvním krokem v léčbě pohybového aparátu (Pokorný, 2002; Šnajdauf, 2002).

Operační – nastupuje, pokud není účinná konzervativní léčba. Jejím cílem je krvavou cestou reparovat poraněné tkáně. V dětském věku je výhodná miniinvazivní operativa. Do této techniky patří i artroskopie (Šnajdauf, 2002).

Artroskopie - je moderní vyšetřovací a léčebná metoda onemocnění kloubu. Díky této metodě může lékař kloub (nejčastěji kolenní, ramenní a hlezenní) přímo prohlédnout pomocí endoskopického nástroje a popřípadě v něm provést chirurgický zákrok (Pokorný, 2002; Šnajdauf, 2002).

1.6 Problematika artroskopie

Artroskopie je endoskopická metoda, která patří mezi základní diagnostické i terapeutické přístupy v diagnostice a následném operačním ošetření kloubních změn a poranění. Za první diagnostickou artroskopií je považován výkon, který provedl K. Takagi v Tokiu v roce 1918. V 50. letech 20. století byly provedeny první artroskopické operace. Dříve byla tato metoda určena pouze pro dospělé, dnes je stále více používána i v pediatrické ortopedii. Výhodou je malá invazivita, menší pooperační bolestivost, rychlejší rekonvalescence. Nejčastěji artroskopovaným kloubem je kolenní kloub. První artroskopie kolenního kloubu u dítěte je v literatuře datována rokem 1976 (Dungl, 2005; Havlas, 2004; Poul, 2009).

Pro artroskopií je volena buď anestezie spinální, nebo anestezie celková, které se u dětí dává přednost. Poloha pacienta při artroskopií kolenního kloubu je buď se svěšeným bérce, nebo poloha s nataženou dolní končetinou. Pro úspěšné provedení artroskopie je důležité správné umístění přístupů (Příloha 1). Při každé artroskopií se dokonale prohlédne a ošetří vždy celý kolenní kloub. Aby se nic nepřehlédlo, je třeba zvolit jednotný postup vyšetření. Není důležitý sled vyšetření (dle zvyklosti oddělení), ale dodržování navyklého postupu (Dungl, 2005; Poul, 2009).

Artroskopicky lze ošetřit skoro všechny nitrokloubní změny v kolenním kloubu. Při artroskopií je nejdříve ověřena diagnóza a nález následně ošetřen. Čistě diagnostická artroskopie je v současné době prováděna vzácně. Absolutní a neodkladnou indikací k artroskopií kolenního kloubu je nitrokloubní zánět. Další indikace je na základě symptomů: blokáda či omezená hybnost kloubu, nejasná bolest, chronická či krvavá

náplň kloubu. Indikací k artroskopii může být také diagnóza stanovena na základě klinického, RTG a MR vyšetření. U dětí bývá nejčastější indikací poranění menisků, k jejichž poranění dochází při sportovních aktivitách, společně s poraněním vazů, zejména mediálního postranního vazů. K jeho poškození dochází při vysokoenergetických poraněních, mezi které řadíme sportovní úrazy a dopravní nehody (Dungl, 2005; Poul, 2009).

Kontraindikací k artroskopii jsou celková infekční onemocnění, lokální infekce měkkých tkání, akutní zánět žil, nedostatečné prokrvení dolní končetiny nebo pacient ve špatném celkovém stavu (hypertenze, dekompenzovaný diabetes mellitus). Pak je nutné artroskopii odložit. Také drobná poranění kůže v okolí operačního pole jsou kontraindikací k operaci z důvodu infekce (Dungl, 2005).

Poškození chrupavky a krvavou náplň kloubu řadíme mezi nejčastější komplikace artroskopie. Mezi nejobávanější komplikace patří infekce, flebotrombóza (zánět hlubokých žil dolních končetin se vznikem krevní sraženiny) s embolizací a kompartment syndrom. Možné je také poranění nervů, cév, vazů a šlach (Dungl, 2005; Poul, 2009).

1.6.1 Péče o pacienta před artroskopií

Předoperační fáze začíná rozhodnutím pro artroskopický zásah a končí převozem pacienta na operační sál.

Předoperační vyšetření je nezbytné před každou anestezií. Odhalí patologické stavy, které zvyšují anesteziologické riziko. Přidružená onemocnění mohou v kombinaci s anestetiky vyvolat závažné komplikace. Pokud je možno adekvátní terapií zdravotní stav pacienta ještě zlepšit, je lepší operační výkon odložit. V případě onemocnění, které nelze vyléčit, je třeba o daném onemocnění informovat anesteziologa, který zvolí vhodný anesteziologický postup. Dle výsledků vyšetření se stanoví anesteziologické riziko vyjádřené v anesteziologickém schématu podle ASA (American Society of Anesthesiologists). Toto schéma hodnotí celkový zdravotní stav pacienta před anestezií (Poul, 2009).

Artroskopie kolenního kloubu se řadí mezi elektivní krátko-střednědobé výkony s nízkou chirurgickou zátěží. Aby mohlo být dítě přijato k provedení artroskopie, nesmí mít infekci dolních a horních dýchacích cest. Pokud má přidružené onemocnění, musí být kompenzováno. Měsíc před výkonem nesmí přijít do styku s infekčním onemocněním, poslední očkování musí být minimálně před 2 – 6 týdny, záleží na očkovací látce. Dítě nesmí být méně než 6 měsíců po kardiologické operaci s použitím mimotělního oběhu. Pokud je vše v pořádku, pak je zákonný zástupce dítěte seznámen s tím, kdo bude dítě operovat, kde bude výkon prováděn, je mu vysvětlen průběh a přibližná délka operace. Poté potvrdí písemně informovaný souhlas s anestezií a artroskopickým výkonem. Dítě je také informováno přiměřenou formou s přihlédnutím na jeho věk a mentální úroveň. Dítě do sedmi let může vědět o plánované hospitalizaci zhruba dva týdny před příjmem. Čím je dítě mladší, tím kratší by měla být doba informování o pobytu v nemocnici. Vhodnou součástí předoperační přípravy je také nácvik správného stereotypu chůze o francouzských či podpažních holích (Poul, 2009; Šnajdauf, 2002).

Dětský pacient přichází na příjem den před plánovanou artroskopií na doporučení ortopeda. Termín je mu přidělen na ortopedické ambulanci. Přináší si výsledky předoperačního vyšetření dle doporučení operátora, které nesmí být starší 7 dnů. Ambulantní sestra vše zkontroluje, připevní pacientovi na zápěstí identifikační náramek, který obsahuje jméno, příjmení, datum narození a oddělení, na kterém je hospitalizován. Po přijetí dítěte na oddělení by jej měla sestra nejdříve seznámit s prostředím a ostatními pacienty, vysvětlit jak a kde se na ni může obrátit, bude-li něco potřebovat. Následně jsou dítěti změřeny základní fyziologické funkce, zajištěna celková očista dítěte, připraveno operační pole. Je nutné, aby sestra zkontrolovala stav pokožky, zjistila případné narušení celistvosti kůže. Zejména u starších chlapců, kteří si koleno před artroskopií holí, může dojít k drobným poraněním. Drobná poranění v okolí operačního pole jsou kontraindikací k operaci z důvodu infekce. Případné zjištění nahlásí sestra lékaři. Sestra dále vysvětlí nutnost odstranění šperků, naličení, odlakování nehtů, vyjmutí kontaktních čoček či odložení brýlí bezprostředně před výkonem. K plánovaným operačním výkonům jsou děti řazeny podle věku. Na začátek operačního

programu se zařazují nejmladší děti, jelikož jsou nejvíce ohroženy hypoglykemií a dehydratací. Podle věku dítěte je přizpůsobený i stravovací režim. Poslední příjem tuhé stravy je povolen večer před dnem plánované operace. U kojených dětí je povoleno poslední kojení 6 hodin před úvodem do anestezie. Jelikož jsou kojenci zařazeni na začátek operačního programu, poslední kojení či podávání umělé výživy je ve 2 hodiny ráno. Sestra dětského oddělení pacienta nejen informuje, ale i zajistí a dohlédne na dodržení těchto pravidel. V případě přítomnosti doprovodu se ujistí, že podaným informacím doprovod rozumí, ochotně odpoví na případné dotazy, vysvětlí možné komplikace při nedodržení sdělených pravidel. Sestra nesmí srozumitelnost informací podcenit, jelikož je plně zodpovědná za ošetrovatelskou péči bez ohledu na to, zda je dítě v nemocnici s doprovodem nebo je hospitalizováno samo. Důležitý je individuální přístup, jelikož každá rodina je jiná (Starošítková, 2006; Poul, 2009; Sedlářová, 2008).

Při ošetrovatelské péči ráno v den artroskopie je důležité, aby sestra komunikovala s dítětem popř. i s jeho doprovodem empaticky. Je-li prostředí klidné a vyrovnané, mladší děti v předškolním věku čekáním netrpí. Školáci však mohou dlouhým čekáním velice trpět. Základní úlohou sestry je dítě rozptýlit, zabavit a odvést jeho pozornost. Sestra kontroluje, zda dítě nepřijalo nic perorálně, zda jsou odstraněny šperky, brýle apod., opětovně zkontroluje operační pole. Službu konající pediatr vyšetří dětského pacienta a provede zápis o tom, že je schopen výkonu v celkové anestezii. Taktéž vyplní verifikační protokol a označí operovanou končetinu. Dítěte se zbytečně neptáme, zda pociťuje strach. Pokud je ordinovaná premedikace, sestra ji aplikuje těsně před výkonem. Premedikace má dítě zbavit napětí, úzkosti, strachu z plánovaného výkonu a zároveň sníží riziko výskytu komplikací. Dále sestra zajistí převoz dítěte na operační sál s veškerou dokumentací, kterou těsně před odjezdem zkontroluje včetně podepsaných informovaných souhlasů. Rodič může své dítě doprovodit až do předsálí operačního sálu. Individuální přípravu před operací je nutné věnovat dětem diabetikům. Sestra ráno odebere glykémii, zajistí periferní žílu s příjmem intravenózní výživy podle ordinace lékaře. Tyto děti jsou přednostně zařazeny do operačního programu (Boledovičová, 2006; Poul, 2009; Starošítková, 2006; Vyhnálek, 2003).

1.6.2 Péče o pacienta v době artroskopie

Během artroskopie je ošetřování dítěte zajišťováno odborným personálem operačního sálu, kde je kladen důraz na ochranu dítěte před zraněním a infekcí, monitorování dítěte, vedení příslušné dokumentace. Artroskopie se zakončuje důkladným vypláchnutím všech částic z kloubu, zavede se Redonův odsávací drén, zajišťují se operační ranky. Po zakrytí ranek sterilním materiálem je končetina zabandážována elastickým obinadlem. Péče končí převozem dítěte na dospávací pokoj (Chaloupka, 2001; Poul, 2009).

1.6.3 Péče o pacienta po artroskopii

Dítě je po artroskopii ze sálu převezeno na dospávací pokoj. Zde sestra sleduje, zaznamenává a zajišťuje jeho základní životní funkce – krevní tlak, puls, dýchání, stav vědomí po 15 minutách. Dále se kontrolují zavedené Redonovy drény, je zajištěno chlazení. Zajistí se předepsaná poloha, končetina se ukládá do molitanové dlahy (elevace končetiny), při složitějších artroskopických výkonech se na končetinu přikládá kolenní ortéza. Dále sestra kontroluje správné prokrvení a inervaci končetiny. Tlumí se bolest dítěte. Pokud je dítě bez komplikací, je po dvou hodinách převezeno na standardní pokoj. Zde zaujímá pacient klidový režim v poloze na zádech. Pokračujeme v chlazení a v polohování operované končetiny. Sestra tím sníží otok a bolest operované končetiny. Monitorujeme fyziologické funkce po dvou hodinách. Úkolem sestry je sledovat operační ránu, funkci a odpady z Redonových drénů. Sestra musí sledovat průchodnost drénů, množství odcházející krve, zajistit jejich výměnu dle potřeby. Při větších ztrátách krve informuje lékaře a postupuje dle jeho pokynů. I nadále pokračuje v chlazení, podává léky na tlumení bolesti a léky v rámci prevence TEN (tromboembolické nemoci - vznik nezánnětlivých trombů v hlubokých žilách dolních končetin), vše dle ordinace lékaře. Dále sestra sleduje rovnováhu v příjmu a výdeji tekutin. Dítě by se mělo vymočit do 8 hodin po výkonu. Sestra toto vše nejen kontroluje, ale také pravidelně zaznamenává do dokumentace. Veškeré změny ve stavu dítěte hlásí ošetřujícímu lékaři. Sestra musí mít na paměti, že prvních 24 hodin po výkonu se může objevit nauzea či zvracení. Zvracení je závažné, protože může dojít

k aspiraci, sestra musí dětského pacienta pozorně hlídat. Proto platí také pooperační dietní režim. Dětský pacient dvě hodiny po výkonu pije čaj dle tolerance, později dle chuti. V odpoledních hodinách se stravují děti dle věku. Pokud u dítěte nemůžeme zajistit perorální příjem, opět nahlásíme lékaři, který předepíše parenterální výživu. Sestra průběžně kontroluje stav Redonova drénu i operační ránu. Kontroluje, zda je zachován podtlak a zda Redonův drén odvádí tekutinu, v jakém množství a vzhledu, zda obvaz na pooperační ráně neprosakuje. Pokud zjistí něco neobvyklého, informuje lékaře a postupuje dále dle jeho pokynů. Nesmíme opomenout bolest, která se může dostavit i několik hodin po výkonu. Pooperační bolest je bolest akutní. Je vyvolána traumatizací tkání v oblasti operačního pole. Pokud není tato bolest dostatečně léčena, může vést ke krátkodobým či dlouhodobým poruchám: nechutenství, poruchy spánku, fixace úzkosti. Aby bylo možné bolest přiměřeně léčit, je jí nutné kvantifikovat. Jelikož je ale bolest subjektivní pocit, nemůžeme ji objektivně změřit. K hodnocení její intenzity používáme různé stupnice. U nejmenších dětí, které nejsou samy schopny určit míru bolesti, používá sestra observační škálu FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale) (Příloha 2), která boduje změny chování podmíněné bolestí. U menších dětí používáme škálu hodnocení bolesti, na které jsou vyobrazeny obličej (Příloha 3). Sestra dítěti ukáže na obličej nejvíce vlevo a vysvětlí mu, že znamená, že jej nic nebolí. Pak ukazuje další obličej, které ukazují větší a větší bolest, až ukáže na obličej nejvíce vpravo, který vyjadřuje moc velkou bolest. Poté dítě požádá, aby ukázalo obličej, který ukazuje právě jeho bolest nyní. Větší děti již ukážou míru bolesti na vizuální analogové škále (Příloha 3). Léčba bolesti se dělí na tři části. Farmakologickou léčbu ordinuje lékař, bývá neúčinná, jsou-li nepřiměřeně dlouhé intervaly mezi jednotlivými dávkami a nízké dávky léků. Při fyzikální léčbě využívá sestra polohování, chlazení, nenutritivní sání. Psychologická léčba vyžaduje kontakt sestry s dítětem. Ortopedické operace vyvolávají středně silnou až silnou bolest. Pooperační péče dále zahrnuje pravidelné převazy operační rány, u kterých sestra asistuje. Další léčba se řídí výkonem, který byl na kloubu proveden (Poul, 2009; Staroščíková, 2006; Valenta, 2005; Vyhnálek, 2003).

1.7 Uspokojování potřeb v pooperačním období

Charakteristickým znakem moderního ošetrovatelství je hodnocení a uspokojování potřeb člověka. Jejich uspokojování se provádí prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Sestra si plánuje ošetrovatelské aktivity, které následně provádí při ošetrování nemocného. Na nemocného sestru nahlíží jako na celek v jeho bio-psycho-sociální rovině. Taktéž je tomu u dětí. I dětský pacient je individualita, která má své vlastnosti, postoje, názory a potřeby. Potřeba je výrazem nějakého nedostatku, jehož prožívání ovlivní veškerou psychickou činnost člověka tedy i dítěte. Prvořadým úkolem sestry je tyto potřeby uspokojovat (Trachtová, 2006; Sikorová, 2011).

K zajištění bezprostřední pooperační péče je dítě ze sálu převezeno na dospávací pokoj, kde se monitorují jeho fyziologické funkce v pravidelných intervalech. Dále zde sestra zajistí předepsanou polohu dítěte, chlazení, tlumení bolesti podle stavu dítěte. Pokud je dítě bez komplikací, je převezeno na standardní pokoj. Zde se dále pokračuje v uspokojování biologických potřeb. Sestra se snaží zajistit maximální pohodlí dítěte. Dbá na dodržování klidu na pokoji, stará se o přiměřenou teplotu, vhodně upraví lůžko a polohu dítěte. Cílem ošetrovatelské péče sestry bude nejdříve obnovit optimální stav výživy a hydratace, který byl před i po artroskopií omezen. V den artroskopie je dítě upoutáno na lůžko, s čímž je spojena potřeba vyprazdňování moče a stolice a následná hygiena. Informuje pacienta o způsobu používání pomůcek, zajistí signalizační pomůcku na dostupné místo a zajistí soukromí při vyprazdňování. Zvláště u starších dětí a adolescentů způsobuje tento způsob vyprazdňování psychické problémy. Úkolem sestry je ujistit a vysvětlit, že tento způsob vyprazdňování je pouze jednodenní. Je nezbytné zachovávat soukromí i při provádění hygienických úkonů. Dítě vnímá sestru jako zdroj jistoty, bezpečí a útěchy, jelikož se o něj stará jako rodič. Současný systém umožňuje přítomnost rodičů i v pooperační době, čímž se ještě více uspokojují tyto potřeby. Minimalizujeme tím negativní vlivy prostředí, které působí na psychický i fyzický stav dítěte (Dorková, 2010; Poul, 2009).

1.8 Rehabilitační ošetřování

Jedním z ukazatelů zdraví je pohyb, který řadíme mezi základní potřeby člověka. Pohyb potřebujeme ke zvládnutí denních činností všichni. Rehabilitační ošetřovatelství je nezbytnou součástí léčebné péče, která pomáhá zmírnit následky nemoci, úrazu, obnovuje funkci pohybového systému. Rehabilitaci poskytují fyzioterapeuté, ergoterapeuté a s nimi spolupracují sestry, které se účastní realizace rehabilitačního ošetřování u nemocného (Smékal, 2006; Vytejšková, 2011).

Postup rehabilitace je ovlivněn zákroky, které byly prováděny v operovaném kolenním kloubu. Proto je důležitá každodenní spolupráce lékař – fyzioterapeut – sestra. Lékař stanoví míru pohyblivosti a zátěže, kterou může pacient vykonávat. Fyzioterapeut tento pohyb s pacientem nacvičuje a sestra pokračuje v nácvičování a udržování pohyblivosti pacienta během dne. Vhodnou součástí předoperační péče je nácvičování správného stereotypu chůze o francouzských holích, jelikož již od druhého dne po operaci o nich pacienti chodí. Hlavním obsahem rehabilitační péče je LTV (léčebná tělesná výchova) a ovlivnění psychických aspektů. V LTV se zaměřujeme na obnovu pohybových funkcí a dělíme ji na pasivní a aktivní. Pohyblivost kloubů pomáhají udržet pasivní pohyby. Cviky s pacientem provádí nejdříve fyzioterapeut a až pak sestra. Mezi pasivní cvičení řadíme polohování, užití motorové dlahy. Pro pacienta je hlavní aktivní pohyb, který vykonává sám. Na správnost prováděných pohybů dohlíží fyzioterapeut nebo sestra. Během rehabilitačního procesu je nutné dosáhnout i pozitivní psychiky dítěte (Smékal, 2006; Šnajdauf, 2002; Vytejšková, 2011).

Po artroskopii kolenního kloubu se končetina ukládá do molitanové dlahy, při složitějších artroskopických výkonech kolenních kloubů se na končetinu přikládá kolenní ortéza. Sestra vždy kontroluje správné prokrvení končetiny a její inervaci. Hlavním cílem v této časně fázi rehabilitace je redukce otoku a eliminace bolesti. Správným polohováním a chlazením dolní končetiny pacienta sestra zmírní otok i bolest. Další rehabilitace se řídí výkonem, který byl na kolenním kloubu proveden. Na základě ordinace lékaře dochází k vertikalizaci na berlích pouze s přikládáním operované končetiny a k postupnému zatěžování operované končetiny, vždy s respektováním bolesti. S nácvičování chůze začíná fyzioterapeut a sestra v nácvičování

pokračuje. Při chůzi je nutné zajistit doprovod a dbát o bezpečnost pacienta. Sestra stojí vždy na oslabené straně pacienta. V některých případech naordinuje lékař již od druhého dne také rehabilitaci na motorové dlaze. Jedná se o pasivní pohyb, který je generován strojově. Vždy se řídíme pokyny lékaře, který určí, zda může pacient dolní končetinu zatěžovat či nikoliv a do jaké míry zátěže. Před odchodem pacienta domů nezapomeneme na instruktáž o dalším postupu a o zásadách péče o jizvu (Pokorný, 2002; Smékal, 2006; Starošítková, 2006; Vytejšková, 2011).

1.9 Informovanost pacienta před propuštěním

Je-li pooperační průběh bez komplikací a stav dítěte nevyžaduje pobyt ve zdravotnickém zařízení, odchází děti druhý či třetí pooperační den domů. O propuštění rozhoduje lékař a informuje zákonného zástupce. Podobně jako je specificky předepisována rehabilitace dle konkrétního zákroku, i edukace dětí a rodičů před propuštěním je velice specifická. Je zaměřena nejen na dítě, ale i na jeho rodiče. Sestra i lékař, kteří o pacienta pečovali, nemohou provést pouze jednorázové poučení. Měli by shrnout informace jak pokračovat v ošetřování dítěte v domácím prostředí. Musí si být jisti, že dítě zvládá používání pomůcek - berlí či ortézy, které bude v domácím prostředí potřebovat a ujistí se, že jsou pomůcky zajištěné. Během edukace dá sestra dítěti i rodičům možnost položit doplňující otázky, ujistí se, že všemu dobře rozumí. Důležité informace sestra raději několikrát zopakuje. Je třeba dítě i rodiče informovat o další kontrole. Sestra se během propuštění opět ujistí, že dítě i rodiče všemu rozumějí a dá jim možnost klást doplňující otázky. Vždy je nutné informace přizpůsobit věku, psychické zralosti a zdravotnímu stavu dítěte (Sedlářová, 2008; Šimková, 2012).

1.10 Specifika péče o nemocné dítě

Hospitalizace dítěte je vždy zásah do běžného rytmu dítěte. Dítě hospitalizací ztrácí oporu a pocit bezpečí, který je velmi důležitý pro jeho citový stav a průběh onemocnění. Jeho reakce na hospitalizaci závisí na jeho věku, diagnóze, předchozí zkušenosti se zdravotníky, ale také na jeho rodinném zázemí, podpoře. Vzhledem ke specifickým péče o nemocné dítě, byla schválena na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech

v roce 1988 „Charta práv hospitalizovaných dětí“ (Příloha 4) (Dorková, 2010; Plevová, 2010).

Hlavním specifikem je, že dítě má právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Hospitalizace bez matky vyvolá u malého dítěte, které hospitalizaci nechápe, tři fáze projevů. Protest – dítě křičí, je neklidné, volá matku, zoufalství – dítě křičí stále méně, ztrácí naději na přivolání matky, popření touhy po matce – dítě se připoutá k ošetřující osobě (sestře). U malých dětí je dobře, pokud je dítě hospitalizováno s matkou. U větších dětí a adolescentů by rodiče měli dítěti vysvětlit důvod hospitalizace, ale také je ujistit o návštěvě či telefonickém kontaktu. Další právo dítěte je právo na informace v takové podobě, aby odpovídaly věku a chápání dítěte. Každá věková skupina má jiné fyzické a emocionální potřeby. Proto musí být ošetrovatelský personál dostatečně vzdělaný v oblasti vývojových stádií dítěte. A právě komunikace s dětským pacientem je vždy velmi specifická. Aktivní komunikace s dítětem je předpokladem k poskytování úspěšné péče. Sestra by měla být vždy příjemná, klidná, naslouchající, nesmí spěchat. Neměla by zapomínat ani na neverbální projev, kterého si děti velmi všímají. Dítě potřebuje ze sestry cítit jistotu a klid. Mezi schopnosti sestry dále patří schopnost získané informace z komunikace s dítětem sdělit na patřičné úrovni. Dítěti nesmí sestra nikdy lhát, musí být trpělivá, úsilí a snahu dítěte by měla vždy pochválit. Také příliš autoritativní a pouze poučující přístup není vhodný. Může mít krátkodobý efekt, ale celkově vyvolá napětí a stres. Pokud jsou u komunikace s dítětem přítomni rodiče, sestra je začlení do komunikace, ale nesmí z ní nikdy vynechat dítě. Především dospívající negativně vnímají, jsou-li o postupu léčby informováni pouze rodiče. O dětského pacienta má být pečováno ve společnosti dětí téže věkové skupiny. Také prostředí, ve kterém je dítě hospitalizováno, by mělo být vybaveno tak, aby odpovídalo požadavkům a jeho vývojovým potřebám. Zároveň však nesmí být opomenuta bezpečnostní pravidla a zásady péče o dítě. Nesmíme zapomínat ani na příležitost ke hře, odpočinku a vzdělávání, která opět musí být přizpůsobena zdravotnímu stavu a věku dítěte (Dorková, 2010; Plevová, 2010; Venglářová, 2006).

Charta práv hospitalizovaných dětí upozorňuje na důležitost uspokojování potřeb dítěte. Sestra pracující s dětmi musí mít k uspokojování těchto potřeb osvojené strategie

emocionální podpory, které jsou založeny na pohodlném, příjemném a bezpečném prostředí, nezbytný je i pravidelný denní řád, tělesný kontakt s dítětem je nutný, taktéž slovní a mimická interakce podporuje emocionální rozvoj. Sestra se má snažit o mateřský přístup, musí si ale uvědomit, že nenahradí rodiče, i kdyby byla sebelépe připravena. Dítě vnímá sestru jako člověka, který se o něj fyzicky stará, ale také ji vnímá jako zdroj jistoty, bezpečí a útěchy. Proto je důležité, aby sestra měla o dítěti co nejvíce informací. Úkolem dětské sestry je vyčlenit čas v denním programu dětí pro výchovné aktivity dětí. Nesmí však zapomínat, že i v této oblasti potřebuje dítě individuální přístup. Další možností jak dítě povzbudit, odreagovat ho, vytvořit příjemnou atmosféru je herní terapie, prostřednictvím občanského sdružení zdravotních klaunů, které pravidelně přináší smích a radost hospitalizovaným dětem (Dorková, 2010; Plevová, 2010; Venglářová, 2006).

2 CÍL PRÁCE

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit specifika v ošetrovatelské péči u dětí s artroskopií kolenního kloubu.

Cíl 2: Zjistit jaké problémy se u těchto dětí vyskytují.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jakým způsobem jsou děti informovány o artroskopii kolenního kloubu?
2. Jaké negativní faktora nejčastěji děti vnímají před a po vyšetření?
3. Existují specifika ošetrovatelské péče u dětí s artroskopií kolenního kloubu?

3 METODIKA

3.1 Použité metody

V bakalářské práci bylo použito kvalitativní šetření. Informace byly zjišťovány pomocí polostandardizovaných rozhovorů, obsahové analýzy dokumentace a skrytým pozorováním, které bylo součástí rozhovoru. U dětí, které podstoupily artroskopii kolenního kloubu, byly využity všechny tři metody šetření. Získané informace byly shrnuty do kazuistik, které byly zpracovány podle ošetřovatelského modelu Virginie Henderson (Příloha 5). U druhého výzkumného souboru, který tvořilo pět sester, bylo použito polostandardizovaného rozhovoru. Rozhovor probíhal formou osobního kontaktu za pomoci připravených otázek (Příloha 6). Rozhovory byly přepsány a zformulovány do souvislého textu.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo devět dětských pacientů, kteří byli hospitalizováni na Dětské klinice Nemocnice České Budějovice a.s., na oddělení pooperační a poúrazové péče (dále PPP) a podstoupili artroskopii kolenního kloubu. Věkové rozmezí dětí bylo mezi 12 až 18 lety. Druhý výzkumný soubor tvořilo pět sester, které s těmito dětmi pracovali. Věkové rozmezí sester bylo od 25 do 56 let. Výzkumné šetření proběhlo v době od července 2011 do ledna 2012.

4 VÝSLEDKY

4.1 Kazuistiky pacientů

Kazuistika 1

Na oddělení PPP byla přijata pacientka narozená roku 1996. Byla přijata k provedení artroskopie pravého kolene na doporučení ošetřujícího ortopeda. Bolestivost pravého kolene je klidová i při námaze, hybnost kolene je omezená. Pacientka udává při pohybu „drásoty“, má pocit zaseknutého kolene.

Při příjmu na oddělení byla pacientka bez známek akutního respiračního onemocnění s dechovou frekvencí 17/min. Saturace při výkonu a následně i po něm se pohybovala v rozmezí 96 – 98 %. V průběhu hospitalizace neměla dechové problémy.

Pacientka jí vše, proto jí byla podávána racionální dieta č. 3. Mezi oblíbená jídla řadí ovocné kaše, ale jinak není vybíravá. Nejí pouze houby ani pokrmy, ve kterých jsou houby obsaženy. Pacientka udává, že je zvyklá jíst běžně pouze 2x denně, při hospitalizaci jí byla podávána strava 5x denně. Pacientka jedla malé porce, není zvyklá na takový příjem potravy. Pacientka měří 180,5 cm, váží 72,6 kg, BMI 22,3.

Pije okolo 1 litru tekutin denně, nejraději má šťávu. Nižšímu příjmu odpovídá frekvence vylučování moči, která je tmavě žluté barvy. Potíže při močení pacientka neudává. Vylučování stolice je u pacientky pravidelné - 1x denně, stolice je bez příměsí, hnědé barvy a normální konzistence. V průběhu hospitalizace na oddělení neměla problémy s vylučováním. V den operace používala podložní mísu, následující dny již zvládla chůzi na záchod.

Operace proběhla bez komplikací, výkon i anestezii snesla pacientka dobře, nezvracela. Z pravého kolene měla vyvedený Redonův drén, udávala tlakovou bolest kolene, kterou hodnotí na vizuální analogové škále bolesti, která má hodnoty 0–10 stupněm 4. Po podání analgetik bolest ustupuje. O vyvedení Redonova drénu byla informována před artroskopií ortopedem. Na lůžku byla soběstačná. Vzhledem k omezené hybnosti je pravidelně pacientce aplikován podkožně Clexan, jako prevence TEN. Druhý den za asistence fyzioterapeuta zvládla stoj o francouzských berlích s pomocí, měla přechodné vertigo (závrat'). Fyzioterapeut poučil pacientku o chůzi o francouzských berlích s odlehčením a sdělil ošetřujícímu personálu, že je pacientka

schopna této chůze s dopomocí okolo lůžka. Po vertikalizaci byl pacientce odstraněn Redonův drén, který již neodváděl žádnou tekutinu. Při převazu poprvé pacientka spatřila velikost ran a byla spokojena. Pouze projevila obavu, aby se jí dobře zahojily a nezůstaly po nich moc velké jizvy. Za nepříjemné při převazu označila štípání dezinfekce a tupou bolest při odstraňování Redonova drénu. Následující den došlo k výraznému zlepšení. Pacientka je schopna se samostatně pohybovat o francouzských berlích, nutný pouze dohled nad správným stereotypem chůze.

Doma má pacientka normální denní režim dítěte školou povinného. Chodí do školy, ve volném čase se učí a velmi ráda čte. Je zvyklá chodit spát okolo 22 hodiny. Odpoledne si chodívá po příchodu ze školy na chvíli lehnout. Odpolední spánek dodržovala i v průběhu hospitalizace. Dlouhá odpoledne v nemocnici trávila četbou a povídáním si se spolubydlícími na pokoji.

Pacientka má ráda pohodlné, bavlněné oblečení, které zvolila i do nemocnice, tudíž se cítila dobře. První den po výkonu potřebovala pomoci při oblékání, jelikož měla z pravého kolene vyvedený Redonův drén a obávala se, že by si jej mohla nechtěně vytáhnout či o něj zavazit a způsobit si tak bolest. Po odstranění Redonova drénu již pacientka zvládala oblékání a svlékání samostatně. Když potřebovala pomoci, nebála se požádat o pomoc, byla poučena jak přivolat sestru v případě potřeby.

Po celou dobu hospitalizace měla normální hodnoty tělesné teploty, které nepřesáhly teplotu 36,8°C. Pravidelně se myla, dvakrát denně si čistila zuby. Pokožku měla pacientka čistou, vlhkou, normálního turgoru. Pouze v okolí pupku byla začervenalá - kontaktní ekzantém, nejspíše alergie na kovový pásek.

Fyzioterapeut i ošetřující lékař poučil pacientku o dodržování bezpečného pohybu o berlích, taktéž rodina zná nebezpečí pádu při chůzi o berlích. Po celou dobu hospitalizace pacientka dobře komunikuje s ošetřujícím personálem, mluví srozumitelně, přiměřeně hlasitě a ve větách. Nemá problém navázat kontakt s dětmi, které jsou hospitalizované na témže oddělení, je společenská.

Rodina i pacientka je bez vyznání, věří pouze babička. V žebříčku hodnot má na prvním místě zdraví. Navštěvuje gymnázium v Českém Krumlově. Učí se dobře a je si vědoma, že dobré výsledky na škole ji ulehčí eventuálně další studium na vysoké škole.

Dobré studijní výsledky jí přinášejí uspokojení a jsou pro ni smysluplné. Ve volném čase si ráda čte.

Aby mohla být pacientka propuštěna do domácího ošetřování, bylo nutné, aby se naučila ona či někdo z rodiny podkožně aplikovat Clexan, v jehož aplikaci bylo nutné pokračovat do kontroly v ortopedické ambulanci, která bude za týden. Pacientka projevila zájem, že si jej bude aplikovat sama, a tak v den propuštění jí sestra podrobně vše vysvětlila a pod jejím dohledem si musela pacientka podkožně aplikovat Clexan sama. Poté co podkožní aplikaci léku zvládla, mohl ji lékař propustit domů. Informoval pacientku s rodiči o kontrole na dětské ortopedické ambulanci za týden, o odstranění stehů 10. – 12. den po operaci. Doporučil chůzi o francouzských berlích s odlehčením dolní končetiny ještě 2 týdny, pak již běžná zátěž. V případě jakýchkoliv potíží byla pacientka i její rodiče poučeni o možnosti kontaktovat ortopedickou ambulanci, byl jim předán telefonický kontakt i ordinační hodiny ambulance.

Kazuistika 2

Na oddělení PPP byla přijata pacientka narozena roku 1996. V říjnu měla úraz a od té doby je patrná nestabilita pately vlevo. Poslední 3 týdny nosí kolenní ortézu, nestabilita přetrvává, proto přichází plánovaně k provedení artroskopie levého kolene na doporučení ošetřujícího ortopeda.

Při příjmu na oddělení byla pacientka bez známek akutního respiračního onemocnění, bez dušnosti, cyanózy, dechová frekvence 16/min. Od deseti let má astma bronchiale, na které ji byly naordinovány léky Ventolin a Xyzal. Léčbu bere pouze při potížích, větší část roku je však bez potíží. Při výkonu a následně i po něm se pacientce monitorovala saturace, která se pohybovala kolem 98 %. V průběhu hospitalizace neměla žádné dechové problémy.

Pacientka jí vše, proto jí byla podávána racionální dieta č. 3. Pije okolo 2 litrů tekutin denně, nejraději má šťávu a limonády, nemá ráda ovocné čaje. Mezi oblíbené potraviny řadí pacientka špagety, naopak nemá ráda vařenou zeleninu. V syrové podobě ji zelenina nevadí. Pacientka měří 164 cm, váží 54,6 kg, BMI 20,3.

Problémy s močením ani s vyprazdňováním stolice pacientka neudává, projímadla nepoužívá. Moč je světle žluté barvy, bez příměsí a zápachu. Stolice je hnědé barvy, normální konzistence a pravidelného vyprazdňování 1x denně. V průběhu hospitalizace nedošlo k žádným problémům s vylučováním. V den operace používala podložní mísu, následující dny již zvládla chůzi na záchod.

Operace proběhla bez komplikací, výkon i anestezii snesla pacientka dobře, nezvracela. Z toho, že ji bude špatně po narkóze, měla veliký strach. Bylo jí sice dobře, ale celá se klepala a brečela, ale nevěděla proč. Po příjezdu na oddělení byla levá dolní končetina podložena molitanovou dlahou, na operované levé koleno byl přiložen studený obklad, kontrolováno čítí a prokrvení prstů levé dolní končetiny, na které byla elastická bandáž, po hodině. Z kolene měla pacientka vyvedený Redonův drén, kterého se nejdříve lekla, protože ji nikdo v tomto směru neinformoval. Věděla pouze od kamarádky, že po artroskopii kolene Redonův drén měla, ale myslela si, že ona ho mít nebude. Redonův drén odvedl dostatečné množství krvavé tekutiny (100ml), byl vyndán následující den po operaci. Vyndání Redonova drénu popsala pacientka jako jeden z nejnepříjemnějších výkonů na oddělení. Popsala jej jako nepříjemné dloubání, tlačení a štípání. Také poprvé viděla operační rány, očekávala je menší, ale je s nimi spokojena. Pacientka udávala bolestivost kolene, hodnocenou na vizuální analogové škále od 0 do 10 stupněm 5, která po podání analgetik ustupuje.

Na lůžku je pacientka soběstačná. Vzhledem k omezené hybnosti je jí pravidelně aplikován podkožně Clexan, jako prevence TEN. Jelikož operace proběhla v pátek a o víkendu nedochází na dětské oddělení fyzioterapeut, byla vertikalizace provedena za asistence sester z oddělení. Chůzi o berlích pouze s pokládáním zvládla pacientka bez potíží.

Denní režim pacientky je zcela normální. Ráno jde do školy, volný čas tráví převážně venku s kamarádkami. Chodí spát kolem 23 hodiny, v nemocnici o hodinu dříve. Oblečení odpovídá věku pacientky, do nemocnice zvolila vhodné bavlněné oblečení, v kterém se cítí dobře. Oblékání a svlékání zvládá pacientka sama bez pomoci, pouze v den operace požádala o pomoc při oblékání. Pacientka byla poučena o používání signalizačního zařízení a možnosti přivolat sestru.

Po celou dobu hospitalizace měla normální hodnoty tělesné teploty, které nepřesáhly 36,6 °C. Zásady správné hygieny dodržovala pravidelně, v den operace za asistence sestry. I v nemocnici dbala a svůj zevnějšek. Kůže byla bez ekzantému, dobře hydratovaná. Pacientka udává alergie na břízu, kočku a plísň. S těmito alergeny v nemocnici do styku nepřišla.

Během hospitalizace byla pacientka i její rodina poučena o dodržování bezpečného pohybu o francouzských berlích. Po celou dobu hospitalizace je pacientka pozitivně naladěna. Komunikuje s ošetřujícím personálem srozumitelně, nebojí se zeptat. Její pozitivní přístup působil dobře i na její spolubydlící na pokoji.

Stejně jako její rodina je i pacientka bez vyznání. V žebříčku hodnot má na prvním místě klid a spokojenost její i rodiny. Navštěvuje první ročník Střední zdravotnické školy stejně jako její maminka a babička. Povolání sestry si vybrala proto, že ji bude dávat uspokojení, jelikož bude pomáhat lidem.

Při propuštění byl pacientce doporučen klidový režim, cévní gymnastika, chůze o francouzských berlích s pokládáním a postupným zatěžováním dle bolesti. Za týden kontrola s vynětím stehů u obvodního lékaře a následná kontrola v dětské ortopedické ambulanci. Rodina s pacientkou byla informována o možnosti navštívit dětskou ortopedickou ambulanci, kdykoliv by se objevily jakékoliv obtíže, byl jim předán telefonický kontakt a ordinační hodiny na tuto ambulanci.

Kazuistika 3

Pacientka narozená roku 1996 byla přijata na oddělení PPP v lednu 2012. Levé koleno ji trápí již delší dobu, proto je pravidelně sledována na ortopedické ambulanci. Asi před týdnem špatně došlápla, objevila se bolest a píchnutí v levém koleni. Poslední úraz levého kolene měla v srpnu 2011. Na základě potíží a zhoršeného výsledku na MR doporučeno artroskopické vyšetření a ošetření levého kolene. Pacientka trpí na časté infekce horních cest dýchacích. Je po třech operacích zúžené Eustachovy trubice, kouří 5 cigaret denně.

Při příjmu na oddělení je bez známek akutního respiračního onemocnění, v celkově dobrém stavu. Při a následně i po výkonu se pacientky saturace pohybovala kolem 99 %, v průběhu hospitalizace neměla žádné dechové problémy.

Pacientka jí vše, proto jí byla podávána racionální dieta č. 3. Pije okolo 2,5 litru tekutin denně, nejraději má limonády, nemá ráda čaj s cibulí, který ji matka často vařivala. Pacientka říká: “Ovocné knedlíky či svíčkovou mám ráda, játra, žampiony a brokolici můžu ve svém jídelníčku klidně vynechat“. Pacientka měří 167 cm, váží 72,9 kg, BMI 26,1.

Problémy s močením ani s vyprazdňováním stolice neudává, projímadla nepoužívá. Problémy neměla ani v průběhu celé hospitalizace. Moč je světle žluté barvy, bez příměsí a zápachu. Stolice hnědé barvy, normální konzistence a pravidelného vyprazdňování 1x denně. V den operace používala podložní mísu, následující dny již zvládla chůzi na záchod. Zpočátku se chodit na podložní mísu hodně styděla.

Operace proběhla bez komplikací, výkon i anestezii snesla pacientka dobře, nezvracela, pouze měla mírnou nauzeu. Po příjezdu na oddělení byla levá dolní končetina elevována (podložena), na operované levé koleno byl přiložen studený obklad, na levé končetině byla elastická bandáž, kontrolováno pravidelně prokrvení končetiny. Z kolene měla pacientka vyvedený Redonův drén, který odvedl minimální množství tekutiny, sestry pravidelně sledovaly jeho funkčnost a náplň. Redonův drén byl vyndán následující den po operaci. O Redonovu drénu byla informována ortopedem při podepisování informovaného souhlasu, jeho vyndání pacientka popsala jako nepříjemný výkon, který se dá vydržet. Přirovnala ho k velkému štípnutí. Jako nejvíce nepříjemné uvedla vyrovnaní tlaku při odstraňování Redonova drénu, které bylo velmi bolestivé. Poprvé viděla operační rány, byla s nimi spokojena, přišly jí malé. Přes ledování a elevaci kolene udávala pacientka bolestivost kolene, hodnocená na vizuální analogové škále 0-10 stupněm 4, která po podání analgetik ustupuje. Vertikalizaci a následnou chůzi o francouzských berlích s odlehčením zvládla pacientka bez potíží.

Denní režim pacientky je zcela normální. Volný čas tráví převážně tancem, navštěvuje taneční kroužek. Chodí spát mezi 21-22 hodinou. Před spaním poslouchá

televizi či rádio. Běžně vstává v 7 hodin, aby stihla školu, o víkendu si ráda přispí a vstává kolem 9 hodiny.

Oblečení odpovídá jejímu věku, do nemocnice zvolila volné krátké kalhoty na doporučení ambulantních sester. Po celou dobu hospitalizace měla normální hodnoty tělesné teploty, potí se přiměřeně tělesné zátěží.

Zásady správné hygieny dodržovala pravidelně. Kůže byla čistá, bez ekzantému, dobře hydratovaná. Nehty měla pacientka špinavé a nalakované, proto byla poučena a požádána o umytí a odlakování nehtů před operací. Alergii pacientka neudává.

Během hospitalizace byla pacientka i její rodina poučena o dodržování bezpečného pohybu o francouzských berlích. Pacientka komunikuje s ošetřujícím personálem srozumitelně, hlasitě a v celých větách. Snaží se spolupracovat.

V žebříčku hodnot má pacientka na prvním místě zdraví, je bez vyznání stejně jako její rodina. Navštěvuje první ročník Střední školy elektrotechnické. Studium a učení ji zatím baví a doufá, že ho zvládne.

Při propuštění byla pacientce doporučena chůze o francouzských berlích s odlehčením. Dále doporučena kontrola v dětské ortopedické ambulanci za týden a vyndání stehů za 10-12 dní po operaci. Chůze o berlích s odlehčením doporučena na dva týdny, pak běžná zátěž.

Kazuistika 4

Při lyžování v Itálii si poranila dívka narozena roku 1999 levé koleno. Byla primárně ošetřena v zahraničí, kde ji byla provedena punkce levého kolene a na koleno byla přiložena ortéza. Čtyři dny po úrazu bylo v nemocnici České Budějovice provedeno kontrolní RTG vyšetření levého kolene. Vzhledem k nálezům na RTG byla pacientka odeslána na oddělení PPP k hospitalizaci. Na žádost ošetřujícího ortopeda provedeno doplňující CT levého kolene a na druhý den naplánována artroskopie levého kolene.

Pacientka přichází na oddělení PPP o francouzských berlích se zabandážovaným levým kolenem, na kterém byla přiložena ortéza. Pacientka je klidná bez známek akutního respiračního onemocnění. Dýchání je pravidelné s dechovou frekvencí

16/min., bez slyšitelných dýchacích šelestů. Saturace byla pacientce měřena při výkonu a následně 2 hodiny poté a pohybovala se v rozmezí 94 – 99 %. Během celé hospitalizace se u pacientky neobjevily žádné dechové problémy.

Doma je pacientka zvyklá jíst 6 krát denně. V jídlu není vybíravá, jí vše, proto jí byla podávána racionální dieta č. 3. Pacientka velmi ocenila, že si mohla vybírat ze tří druhů jídla. Jediné, co v jídelníčku postrádala, byla syrová zelenina. Mezi oblíbené jídlo patří pečené kuře, naopak nemá ráda krupicovou kaši. Pacientka dbá o svůj pitný režim, denně vypije minimálně 2 litry tekutin. Pije převážně čaj, šťávy, minerálky. Nejraději má kofolu, kterou pije příležitostně, nepije mléko. Jelikož pacientka nepije mléko, byl jí podáván k snídani čaj. Pacientka měří 150 cm, váží 34,5 kg, BMI 15,3.

Dostatečnému příjmu tekutin odpovídá frekvence vylučování moči. Moč je slámové barvy, bez zápachu a příměsí. Vzhledem k pravidelnému stravování s dostatkem vlákniny má pacientka pravidelnou frekvenci vyprazdňování stolice. Stolicí má 1x denně, hnědé barvy, tuhé konzistence a bez příměsí. V den operace používala podložní mísu. Zpočátku měla psychický blok, který byl při zajištění soukromí při vyprazdňování na pokoji překonán. Druhý den již zvládla chůzi o francouzských berlích s dopomocí, a tak mohla chodit na záchod.

Operace byla složitější, trvala dvě hodiny, přesto ji pacientka zvládla bez komplikací. Na levé dolní končetině měla pacientka elastickou bandáž, ortézu a měla z něj vyveden Redonův drén, o jehož nutnosti byla informována před výkonem. Byla doporučena elevace levé dolní končetiny na molitanové dlaze. Pacientce byl ponechán zavedený periferní žilní katétr, jednak z důvodu podávání analgetik a dále si operatér přál podávat antibiotickou léčbu po dobu 48 hodin (Vulmizolin á 6 hodin). Tento operační den měla pacientka klidový režim. Vzhledem k omezené hybnosti je pacientce aplikován podkožně Clexan jako prevence TEN. Je schopna soběstačnosti na lůžku, pokud potřebuje pomoci, využívá signalizačního zařízení. O jeho používání byla poučena sestrou. Obvaz v ortéze byl prosáklý, proto ještě téhož dne odpoledne proveden převaz ortopedem. Po převazu udává pacientka pálivou bolest, na vizuální analogové škále 0–10 udává stupeň 6. Po podání analgetik bolest ustupuje a pacientka udává na vizuální analogové škále stupeň 1. Sestra pravidelně sleduje nejen bolest, ale i prokrvení

končetiny, obvaz na operační ráně i funkčnost Redonova drénu. Ten v noci výrazně odvádí krvavou tekutinu. Proto Redonův drén vyměněn a po konzultaci s ortopedem aplikován intravenózně Kanavit a Dicynon. Po této medikaci již Redonův drén odvádí minimálně. Přesto byl pacientce ještě den po operaci naordinován klidový režim, podkožní podávání Clexanu nebylo naordinováno. Při ortopedické kontrole byl odstraněn Redonův drén, který již neodváděl žádnou tekutinu. Při odstranění Redonova drénu pocítila pacientka nepříjemnou štipavou bolest, kterou udává jako nejnepříjemnější zážitek z celé hospitalizace. K vertikalizaci pacientky došlo až další den. Za pomoci fyzioterapeuta zvládla stoj o francouzských berlích. Pacientce bylo vysvětleno, že nesmí na levou dolní končetinu došlápnout ani odlehčeně, že ji smí pouze pokládat. Pacientka zvládla tuto chůzi s dopomocí, zatím pouze do jídelny a na záchod. Další den si byla v chůzi jistější, nutná ještě úprava správného stereotypu chůze. Levá končetina byla po celou dobu hospitalizace polohována, chlazená, pravidelně se kontrolovalo prokrvení prstů.

Pacientka má normální denní režim. Je zvyklá chodit spát ve 22 hodin. Před spaním si ráda pustí potichu písničky, lépe se jí potom usíná. Doma by si přes den nelehla, ale při hospitalizaci ráda dodržela polední klid, kdy si alespoň hodinu odpočinula a načerpala sílu. Jak sama udává, nemyslela si, že chůze o francouzských holích může být takto vyčerpávající.

Oblečení má pacientka ráda pohodlné a moderní. Do nemocnice si zvolila pohodlné bavlněné pyžamo, přinesla si svůj župan, takže se po celou dobu hospitalizace cítila dobře. V oblékání a svlékání byla samostatná, pouze první dva dny potřebovala pomoci se spodními díly oblečení, jelikož měla z kolene vyvedený Redonův drén a nemohla tuto končetinu pokrčovat.

Po celou dobu hospitalizace měla pacientka normální hodnoty tělesné teploty. Každý den za ní docházel někdo z rodiny, který jí pomáhá s večerním mytím. Pravidelně dvakrát denně si také čistila zuby. Lhostejná jí nebyla ani úprava zevnějšku. Vždy byla pěkně učesaná, upravená a navoněná.

Fyzioterapeut i ošetřující lékař poučil pacientku i její rodiče o nutnosti dodržování bezpečného pohybu o francouzských holích, vysvětlil nutnost pohybu o francouzských

holích pouze s pokládáním operované končetiny. Po celou dobu hospitalizace je velmi dobrá spolupráce a komunikace jak s pacientkou, tak s její rodinou. S ošetřujícím personálem komunikují srozumitelně, ve větách, nebojí se klást otázky.

Pacientka navštěvuje 7. třídu základní školy, učí se dobře. Učení jí jde poměrně samo, moc dlouho se připravovat nemusí. Je si vědoma, že dobré známky jí dávají větší možnost ve výběru školy, kam by poté mohla být přijata. Jako její rodina je i ona bez vyznání. V žebříčku hodnot má na prvním místě zdraví, jelikož její teta pracuje ve zdravotnictví a ví, že to není až tak samozřejmá věc. Celá rodina pacientky je sportovně založena. I pacientka ve volném čase ráda sportuje. V létě jezdí na kolečkových bruslích, ráda plave. V zimě má ráda lyžování a bruslení.

Při propuštění byl pacientce doporučen klidový režim, polohování končetiny v extenzi kolene. Ponechána elastická bandáž kolene i ortéza. Dále doporučena cévní gymnastika a chůze o francouzských berlích s pokládáním. Kontrola s vynětím stehů v dětské ortopedické ambulanci za týden. Rodina i pacientka byla informována lékařem, že v případě obtíží mají zajít na kontrolu ihned. Vzhledem k větší ztrátě krve byla doporučena s odstupem kontrola krevního obrazu.

Kazuistika 5

Na oddělení PPP byl přijat pacient narozený roku 1993. Na základní škole si při pádu pacient poranil koleno. Od té doby má několik let potíže, které se loňského roku na bramborové brigádě zhoršily. Při špatném pohybu se mu podlomí noha, kolenem mu projede veliká bolest, kterou neumí popsat. Popisuje jí tak, že kdyby v té chvíli něco nesl, tak to upustí a spadne. Z těchto důvodů přichází pacient k artroskopickému vyšetření levého kolene.

Při příjmu na oddělení byl pacient bez známek akutního respiračního onemocnění, s dechovou frekvencí 16/min, dýchání čisté, pacient bez dušnosti a cyanózy. Saturace při výkonu a následně i po něm se pohybovala v rozmezí 97 - 99 %. V průběhu hospitalizace neměl žádné dechové problémy.

Strava pacienta obsahuje vše, proto byla podávána racionální dieta č. 3. Mezi oblíbená jídla řadí smažený vepřový řízek s bramborovým salátem. Pacient udává, že

není vybíravý. Sní vše, pouze sladká jídla bere spíše jako zákusek po jídle než jako hlavní chod. Běžně se stravuje 3x denně, nesnídá. Při hospitalizaci strava podávána 5x denně. Pacientovi nevyhovovaly příliš brzké večere v 17 hodin, jelikož do 7 hodin ráno mu přišla velká pauza. Pacient měří 174 cm, váží 61,8 kg, BMI 20,4.

Pitný režim se snaží pacient dodržovat, vypije přibližně 1,5 litru tekutin, nejraději má sladké minerálky. Nemocniční čaj mu nechutná, rodiče nosí pacientovi minerálky z domova. Frekvence vylučování moči odpovídá příjmu tekutin, moč je světlá žluté barvy, bez příměsí a zápachu. Potíže při močení pacient neudává. K vyprazdňování stolice dochází pravidelně obden, stolice je bez příměsí, hnědé barvy a normální konzistence. Projímadla nepoužívá. V průběhu hospitalizace neměl na oddělení žádné problémy s vylučováním. V den operace močil do močové lahve, následující dny již zvládl chůzi na záchod.

Artroskopie i pooperační průběh proběhl bez komplikací, pacient snášel vše velice dobře, nezvracel. Z levého kolene měl vyvedený Redonův drén, který je nutno pravidelně sledovat a kontrolovat. Pacient byl Redonovým drénem mírně zaskočen, jelikož ho o něm nikdo neinformoval, dále udával tlakovou bolest kolene, kterou hodnotí na vizuální analogové škále, která má hodnoty 0 – 10 stupněm 4. Po podání analgetik bolest ustupuje. Doporučeno chlazení končetiny, kontrola jejího prokrvení po dvou hodinách. Na koleno dále přiložena ortéza, která se nesmí snímat, pouze vleže možno ortézu otevřít. Na lůžku byl pacient soběstačný. Vzhledem k omezené hybnosti je pravidelně pacientovi aplikován podkožně Fraxiparin jako prevence TEN. Pacient sestrou poučen o používání signalizačního zařízení a možnosti kdykoliv přivolat sestru. Druhý den za asistence fyzioterapeuta zvládl stoj o francouzských berlích s dopomocí. Ve stoji nestabilní, měl přechodné vertigo (závrať) a nauzeu. Fyzioterapeut poučil pacienta o chůzi o francouzských berlích s odlehčením a sdělil ošetřujícímu personálu, že je pacient schopen chůze s dopomocí, krátce okolo lůžka. Následující den byl pacientovi odstraněn Redonův drén, který celkově odvedl 140 ml tekutiny. Po jeho odstranění se objevuje slabé krvácení z rány. Doporučen přísný klidový režim, končetinu polohovat do lehce zvýšené polohy, koleno chladit, dovolena chůze pouze na toaletu. Další den při převazu zjištěna náplň kolene, proto se ošetřující lékař rozhodl pro

punkci levého kolena, při které bylo odtaženo 35 ml hustého hemartrosu. Rána sterilně kryta a převázána elastickým obinadlem. Nadále doporučena zavedená opatření. Prsty levé dolní končetiny byly dobře prokrvené, teplé, citlivé a hybné. Následující den pouze mírná náplň kloubu, končetina bez známek TEN, rána klidná. Při převazech poprvé pacient spatřil velikost ran a byl spokojen. Zpočátku mu velmi vadilo štípání dezinfekce při převazech, postupně si na toto „štípání“ zvykl, operační rány jsou malé, líbí se mu. Postupně docházelo k zlepšení. Pacient je schopen se samostatně pohybovat o francouzských berlích, pouze nutný dohled nad správným stereotypem chůze.

Pacient chodí do druhého ročníku Střední odborné učiliště, učí se na opraváře zemědělských strojů, ve škole je spokojený. Ve volném čase jezdí rád na terénní motorce, moc se neučí. Spát chodí doma ve 23 hodin, v nemocnici spí velmi špatně. Špatný spánek příkládá tomu, že si nemůže lehnout na břicho, na kterém je doma zvyklý usínat.

Oblečení odpovídá věku pacienta. Do nemocnice si přivezl na převlečení krátké kalhoty a tričko na doporučení ambulantní sestry, u které nahlašovali příjem na dětské oddělení. Po dobu zavedení Redonova drénu potřeboval pomoci při výměně kalhot. Po jeho odstranění již pacient zvládl oblékání a svlékání samostatně.

Po celou dobu hospitalizace měl pacient normální hodnoty tělesné teploty, které nepřesáhly teplotu 37°C. Vzhledem k zavedení periferního žilního katétru a riziku infekce byla tělesná teplota pravidelně měřena 3x denně. Pacient dodržoval čistotu, pravidelně se myl, dvakrát denně si čistil zuby. Pokožka pacienta byla čistá, vlhká, dobře prokrvená, normálního turgoru. Pacient se potí přiměřeně tělesné zátěží.

Fyzioterapeut i ošetřující lékař poučil pacienta i jeho rodinu o dodržování bezpečného pohybu o francouzských berlích. Po celou dobu hospitalizace pacient dobře komunikuje s ošetřujícím personálem, mluví srozumitelně, přiměřeně hlasitě, ve větách. Nemá problém navázat kontakt s dětmi, které jsou hospitalizované na témže oddělení.

Rodina i pacientka je bez vyznání. V žebříčku hodnot má na prvním místě peníze. Nad zdravím se nepozastavuje, kouří denně 10 cigaret.

Při propuštění domů pacientovi doporučen 4 - 6 týdnů režim v pevné 20° ortéze bez došlapu na levou dolní končetinu. Vydána jedna dávka Fraxiparinu, která bude

aplikována při kontrole u praktického lékaře následující den. Za týden doporučena následná kontrola v dětské ortopedické ambulanci. Tu může pacient navštívit, kdykoliv by se objevily jakékoliv obtíže. Za 4 - 6 měsíců doporučena magnetická rezonance levého kolene k posouzení jeho hojení.

Kazuistika 6

Na oddělení PPP byl přijat pacient narozený roku 1995. Před 5 lety si poranil pravé koleno při tréninku házené. Vloni si při pádu opět poranil pravé koleno. Od té doby udává křupání při pohybu a zátěži, přestože používá ortézu. Na MR prokázán volný chrupavčitý fragment v kloubní dutině, proto přichází pacient k plánované artroskopii pravého kolene.

Při příjmu na oddělení byl pacient bez známek akutního respiračního onemocnění s dechovou frekvencí 16/min, dýchání čisté, pacient bez dušnosti a cyanózy. Pacient měl opakovaně bronchitidy, laryngitidy, nyní vše v pořádku. Saturace při výkonu a následně i po něm se pohybovala v rozmezí 95 – 98 %. V průběhu hospitalizace neměl žádné dechové problémy.

Pacient jí skoro vše, proto byla podávána racionální dieta č. 3. Mezi oblíbená jídla řadí pizzu a těstoviny. Nemá rád rýži, říká: „Mám po ní vždycky za chvíli hlad“. Dále nemůže grepy, jelikož na ně má alergii. Za běžný stravovací režim považuje jídlo 4x denně, k snídani pije pouze kakao. Při hospitalizaci je strava podávána 5x denně. Nebyl to moc velký rozdíl od jeho běžných návyků, běžně má větší časový rozestup mezi jednotlivými jídly. Pacient měří 174 cm, váží 77,6 kg, BMI 25,63.

Pitný režim se snaží pacient dodržovat, vypije přibližně 2 litry tekutin za den, nejraději má minerálky nebo čistou vodu s citronem. Nemocniční čaj mu nevádí, raději byl, když mu sestry daly šťávu. Frekvence vylučování moči odpovídá příjmu tekutin, moč je světlá žluté barvy, bez příměsí a zápachu. Potíže při močení pacient neudává. K vyprazdňování stolice dochází pravidelně každý den, stolice je bez příměsí, hnědé barvy a normální konzistence. V průběhu hospitalizace na oddělení neměl žádné problémy s vylučováním. V den operace močil do močové lahve, následující dny již zvládl chůzi na záchod.

Artroskopie i pooperační průběh proběhl bez komplikací, pacient snášel vše velice dobře, nezvracel. Z pravého kolene měl vyvedený Redonův drén, který je nutno pravidelně sledovat a kontrolovat. O možném zavedení Redonova drénu byl informován před výkonem. Pacient udával pouze mírnou bolest kolene, kterou hodnotí na vizuální analogové škále, která má hodnoty 0 – 10 stupněm 2. Po celou dobu hospitalizace nebylo zapotřebí podání analgetik. Doporučeno chlazení končetiny, kontrola jejího prokrvení po dvou hodinách. Na lůžku byl pacient soběstačný, přesto byl sestrou poučen o používání signalizačního zařízení a možnosti kdykoliv přivolat sestru. Vzhledem k omezené hybnosti je pravidelně pacientovi aplikován podkožně Fraxiparin jako prevence TEN. Druhý den se samostatně dostane do sedu, za asistence fyzioterapeuta zvládl stoj o francouzských berlích s dopomocí s plným odlehčením pravé dolní končetiny, ve stoji přechodně vertigo (závrať). Fyzioterapeut poučil pacienta o chůzi o francouzských berlích s odlehčením a sdělil ošetřujícímu personálu, že je pacient schopen chůze s dopomocí. Následující den byl pacientovi odstraněn Redonův drén, který celkově odvedl 160 ml tekutiny. Vyndání Redonova drénu bylo nepříjemné, pacient ji přirovnal k tupé bolesti, ale více nepříjemné bylo štípání použité dezinfekce. S operačními ranami byl spokojen. Pacientovi doporučeno pokračovat v chůzi o francouzských berlích bez došlapu, povoleno končetinu pouze pokládat. Pacient je schopen se samostatně pohybovat o francouzských berlích, pouze nutný dohled nad správným stereotypem chůze. Sestra pověřena, aby poučila matku pacienta o správné aplikaci Fraxiparinu. Pokud matka pacienta zvládne následující den aplikaci Fraxiparinu sama a koleno pravé končetiny bude bez náplně, pak může být pacient propuštěn domů. Následující den kolenní kloub bez náplně, končetina bez známek TEN, rány klidné. Při převazech poprvé pacient spatřil velikost ran a byl spokojen. Tři operační rány byly dle jeho názoru malé, čekal je větší.

Pacient navštěvuje první ročník Střední průmyslové školy. Studium zvládá celkem dobře, do nového kolektivu se zapojil bez problémů. Večer chodí spát okolo 22 hodiny. Chodil by i dále, ale rodiče ho nenechají. Nemocniční režim mu vyhovoval, jelikož ani doma nesmí ponocovat.

Oblečení odpovídá věku pacienta. Do nemocnice si přivezl na převlečení krátké kalhoty a tričko na doporučení ambulantní sestry, u které nahlašovali příjem na dětské oddělení. Po dobu zavedení Redonova drénu potřeboval pomoci při výměně kalhot. Po jeho odstranění již pacient zvládl oblékání a svlékání samostatně.

Po celou dobu hospitalizace měl pacient normální hodnoty tělesné teploty, které nepřesáhly teplotu 36,6°C, tělesná teplota pravidelně měřena 2x denně. Pacient dodržoval čistotu, pravidelně se myl, dvakrát denně si čistil zuby. S hygienou mu částečně pomáhaly sestry. Pokožka pacienta byla čistá, vlhká, dobře prokrvená, normálního turgoru.

Fyzioterapeut i ošetřující lékař poučil pacienta i jeho rodinu o dodržování bezpečného pohybu o francouzských berlích. Po celou dobu hospitalizace pacient dobře komunikuje s ošetřujícím personálem, mluví srozumitelně, přiměřeně hlasitě, ve větách. Nemá problém navázat kontakt s dětmi, které jsou hospitalizované na témže oddělení.

Rodina i pacientka je bez vyznání, v žebříčku hodnot má na prvním místě kamarádství. Nedovede si vůbec představit, že by žil bez kamarádů pouze s rodinou. Bez kamarádů by nemohl hrát házenou, která je pro něho velmi důležitá. Pacient nekouří ani nekonzumuje alkohol.

Při propuštění doporučeny francouzské berle na 6 týdnů, pravou dolní končetinu bez zátěže pouze pokládat, hlídat prokrvení a citlivost, otok či náplň kolenního kloubu. Kontrola při potížích ihned, jinak plánovaně v dětské ortopedické ambulanci za 10 dnů. Do této kontroly nutno aplikovat denně jako prevence TEN Fraxiparin podkožně, matka byla zaučena.

Kazuistika 7

Na oddělení PPP byl přijat pacient narozený roku 1996. V září loňského roku si podvrtil levé koleno a nyní opět, přechodná bolest levého kolene. Dále pacient neudává žádné somatické potíže. Vzhledem k nálezům na MR odeslán ošetřujícím ortopedem k plánované artroskopii kolenního kloubu.

Při příjmu na oddělení byl pacient bez známek akutního respiračního onemocnění s dechovou frekvencí 17/min, dýchání čisté, pacient bez dušnosti a cyanózy. Saturace

při výkonu a následně i po něm se pohybovala v rozmezí 98 - 99 %. V průběhu hospitalizace neměl žádné dechové problémy.

Pacient je přiměřené výživy. Jí vše, proto byla podávána racionální dieta č. 3. Neoblíbené jídlo nemá, sní vše, nejvíce mu chutnají těstoviny. Doma je zvyklý jíst 5x denně menší porce, což se neliší od nemocničního stravování. Pacient měří 170 cm, váží 82,4 kg, BMI 28,51.

Pitný režim se snaží pacient dodržovat, vypije přibližně 2 litry tekutin za den, nejraději má nealkoholické močito a vodu se šťávou. Jedenkrát denně pije s rodiči slabou kávu. Mají spolu takovou odpolední kávu, při které si sdělí, co kdo ten den dělal a jak se měl. Nemocniční čaj mu nevádí, raději byl, když mu sestry daly šťávu. Frekvence vylučování moči odpovídá příjmu tekutin, moč je světlá žluté barvy, bez příměsí a zápachu. Potíže při močení pacient neudává. Vyprazdňování stolice je pravidelné, každý den 2x, stolice je bez příměsí, hnědé barvy a normální konzistence. V průběhu hospitalizace na oddělení neměl žádné problémy s vylučováním. Vzhledem k jednoduchosti výkonu již v den operace zvládl chůzi na záchod.

Artroskopie i pooperační průběh proběhl bez komplikací, pacient snášel vše velice dobře, nezvracel. Z levého kolene měl vyvedený Redonův drén, který je nutno pravidelně sledovat a kontrolovat. O jeho případném zavedení věděl od matky, nějak nedával pozor při informacích ortopeda před výkonem. Pacient udával pouze mírnou bolest kolene, kterou hodnotí na vizuální analogové škále, která má hodnoty 0 – 10 stupněm 1. Po celou dobu hospitalizace nebylo zapotřebí podání analgetik. Doporučeno chlazení končetiny, kontrola jejího prokrvení po dvou hodinách. Na lůžku byl pacient soběstačný. V den artroskopie se samostatně dostane do sedu, za asistence fyzioterapeuta zvládl druhý den stoj o francouzských berlích s dopomocí bez došlapu na levou dolní končetinu, ve stoji přechodně vertigo (závrať). Fyzioterapeut poučil pacienta o chůzi o francouzských berlích bez došlapu a sdělil ošetřujícímu personálu, že je pacient schopen chůze s dopomocí. Tentýž den byl pacientovi odstraněn Redonův drén, který celkově odvedl minimální množství tekutiny - 30ml. Při odstraňování se pacient soustředil na kašláním, o které byl požádán lékařem, pak pocítil pouze štípnutí, které bylo nepříjemné. Pacientovi doporučeno pokračovat v chůzi o francouzských

berlích bez došlapu, povoleno končetinu pouze pokládat. Pacient je schopen se samostatně pohybovat o francouzských berlích, pouze nutný dohled nad správným stereotypem chůze. Při převazech poprvé pacient spatřil velikost ran a byl spokojen. Tři operační rány byly dle jeho názoru malé, čekal je větší.

Pacient navštěvuje první ročník gymnázia. Studium zvládá celkem dobře, do nového kolektivu se zapojil bez problémů. Večer chodí spát okolo 21.30 hodiny. Chodil by i déle, ale rodiče ho nenechají. Nemocniční režim mu nevyhovoval, jelikož doma nesmí ponocovat a předpokládal, že zde ho sestry nechají vzhůru déle.

Oblečení odpovídá věku pacienta. Do nemocnice si přivezl na převlečení krátké kalhoty a tričko.

Po celou dobu hospitalizace měl pacient normální hodnoty tělesné teploty, které nepřesáhly teplotu 36,6°C, tělesná teplota pravidelně měřena 2x denně. Pacient dodržoval čistotu, pravidelně se myl, dvakrát denně si čistil zuby. Pokožka pacienta byla čistá, vlhká, dobře prokrvená, normálního turgoru. Pacient se potí přiměřeně tělesné zátěží.

Fyzioterapeut i ošetřující lékař poučil pacienta i jeho rodinu o dodržování bezpečného pohybu o francouzských berlích. Po celou dobu hospitalizace pacient mrzutý, nudí se, s ošetřujícím personálem mluví jen po dotázání se, mluví srozumitelně, ale odpovídá jedním slovem. Nemá potřebu navázat kontakt ani s dětmi, které jsou hospitalizované na témže oddělení.

Rodina i pacient je bez vyznání, v žebříčku hodnot má na prvním místě sport. Nedovede si představit, že by žil bez sportu, jelikož vyplňuje většinu volného času, který pacient má. Hraje volejbal, jezdí na kole a kolečkových bruslích, v zimě lyžuje. Bez sportu se pouze nudí jako nyní v nemocnici. Pacient nekouří ani nekonzumuje alkohol.

Při propuštění doporučena chůze o francouzských berlích bez došlapu na levou dolní končetinu na 2 týdny. Kontrola při potížích ihned, jinak plánovaně v dětské ortopedické ambulanci za 12 dnů. Při této kontrole naplánováno i odstranění stehů.

Kazuistika 8

Na oddělení PPP byla přijata pacientka narozená roku 1996. Poprvé si poranila pravé koleno ve škole při tělesné výchově před 3 lety. O rok později hráli při tělesné výchově vybíjenou, pacientka upadla, poranila si levé koleno, které bylo artroskopicky upravováno. Doporučena stabilizační ortéza pravé pately při sportu a naplánována výhledově stabilizace pately vpravo, ke které pacientka nyní plánovaně přichází na doporučení ošetřujícího ortopeda. Před artroskopií bylo provedeno RTG a CT vyšetření pravého kolena. Pacientka neudává žádné somatické potíže.

Při příjmu na oddělení byla pacientka bez známek akutního respiračního onemocnění s dechovou frekvencí 18/min. Saturace při výkonu a následně i po něm se pohybovala v rozmezí 97 – 99 %. V průběhu hospitalizace neměla žádné dechové problémy.

Pacientka jí vše, proto jí byla podávána racionální dieta č. 3. Mezi oblíbená jídla řadí kukuřičné lupínky, odmítá pokrmy z jater. Pacientka udává, že je zvyklá jíst běžně pouze 2x denně, při hospitalizaci jí byla podávána strava 5x denně. Pacientka jedla při hospitalizaci opravdu malé porce. Pacientka měří 161 cm, váží 51,8 kg, BMI 20,0.

Pije okolo 1 litru tekutin denně, nejraději má kolu, kterou si ale dopřává pouze příležitostně. Běžně pije čistou vodu nebo čaj, vůbec nepije mléko. Nižšímu příjmu odpovídá frekvence vylučování moči, která je tmavě žluté barvy. Potíže při močení pacientka neudává. Vylučování stolice je u pacientky pravidelné - 1x za 2 dny, stolice je bez příměsí, hnědé barvy a normální konzistence. V průběhu hospitalizace na oddělení neměla problémy s vylučováním. V den operace používala podložní mísu, následující dny již zvládla chůzi na záchod.

Operace proběhla bez komplikací, výkon i anestezii snesla pacientka dobře, nezvracela. Z pravého kolene měla vyvedený Redonův drén, udávala tlakovou bolest kolene, kterou hodnotí na vizuální analogové škále, která má hodnoty 0 – 10 stupněm 6. Po podání analgetik bolest neustupuje. Vzhledem k podezření na psychickou nadstavbu, jelikož analgetika nezabírala, naordinována třetí den hospitalizace psychofarmaka. Po jejich nasazení pacientka udává bolest na vizuální analogové škále, která má hodnoty 0 – 10 stupněm 1. Na lůžku byla soběstačná. Vzhledem k omezené hybnosti je

pravidelně pacientce aplikován podkožně Fraxiparin jako prevence TEN. Druhý den po artroskopii za asistence fyzioterapeuta zvládla stoj o berlích s pomocí. Operujícím ortopedem doporučeno pouze pasivní cvičení pravého kolena postupně během 3 týdnů do 90° flexe, pokládání a částečná zátěž do 20kg. Teprve po 3 týdnech začít s aktivním cvičením. Dále doporučeny antibiotika na 24 hodin po výkonu. Fyzioterapeut poučil pacientku o chůzi o francouzských berlích s odlehčením a sdělil ošetřujícímu personálu, že pacientka je v chůzi nestabilní, nutná dopomoc. Sestry pacientku poučily o používání signalizačního zařízení a taktéž, že musí nejdříve zavolat sestru, než vstane z lůžka. Na motorové dlaze, na níž cvičí 2x denně za dohledu fyzioterapeuta, pacientka zvládla pohyb do 65°.

Po vertikalizaci byl pacientce odstraněn Redonův drén, který již neodváděl žádnou tekutinu. Při převazu poprvé pacientka spatřila velikost ran. Jelikož již jednu artroskopii měla, nebylo pro ni nic překvapujícího, spíše měla psychickou nadstavbu a všeho se dopředu dosti bála. Následující den došlo k výraznému zlepšení. Pacientka je schopna se samostatně pohybovat o berlích, pouze s dohledem nad správným stereotypem chůze, snáší dobře mírnou bolest.

Doma má pacientka normální denní režim dítěte školou povinného. Chodí do školy, ve volném čase se učí nebo ho tráví s kamarádkami. Je zvyklá chodit spát mezi 22 – 23 hodinou.

Pacientka má ráda pohodlné, bavlněné oblečení, které zvolila i do nemocnice. První den po výkonu potřebovala pomoci při oblékání, jelikož měla z pravého kolene vyvedený Redonův drén a obávala se, že by si jej mohla nechtěně vytáhnout či o něj zavazit a způsobit si takto bolest. Po jeho odstranění již pacientka oblékání a svlékání zvládala samostatně. Když potřebovala pomoci, nebála se požádat o pomoc.

Po celou dobu hospitalizace měla normální hodnoty tělesné teploty, které nepřesáhly teplotu 36,8°C. Pravidelně se myla, dvakrát denně si čistila zuby. Pokožku měla pacientka čistou, vlhkou, normálního turgoru, potí se přiměřeně fyzické zátěži.

Fyzioterapeut i ošetřující lékař poučil pacientku o dodržování bezpečného pohybu o francouzských berlích, taktéž rodina zná nebezpečí pádu při chůzi o berlích. Po celou dobu hospitalizace pacientka komunikuje s ošetřujícím personálem, mluví srozumitelně,

přiměřeně hlasitě a ve větách. Nemá problém navázat kontakt s dětmi, které jsou hospitalizované na témže oddělení.

Rodina i pacientka je bez vyznání. V žebříčku hodnot má na prvním místě kamarádství. Navštěvuje 9. třídu základní školy – chce jít na kadeřnici.

Aby mohla být pacientka propuštěna do domácího ošetřování, bylo nutné, aby se naučila ona či někdo z rodiny podkožně aplikovat Fraxiparin, v jehož aplikaci bylo nutné pokračovat do kontroly v dětské ortopedické ambulanci, která bude za 10 dnů. Pacientka projevila zájem, že jej bude aplikovat matka, jelikož již po předchozí artroskopii jej matka doma aplikovala. Dva dny před propuštěním sestra matce opakovaně vše vysvětlila a pod sestry dohledem musela matka dceři podkožně aplikovat Fraxiparin. Poté mohl lékař pacientku propustit domů. Informoval pacientku s rodiči o kontrole a vynětí stehů na dětské ortopedické ambulanci za 10 dnů. Doporučil 3 týdny chůzi o francouzských berlích s pokládáním a částečnou zátěží do 20kg. V případě potíží byla pacientka s rodiči poučena o možnosti kontaktovat dětskou ortopedickou ambulanci, předání telefonického kontaktu a ordinačních hodin ambulance.

Kazuistika 9

Na oddělení dětské pooperační a pourazové péče byl přijat pacient narozený roku 1995. Před dvěma měsíci došlo při pádu před domem na rovině k distorzi kolene. Od té doby přetrvávají bolesti kolene, hybnost 0 – 70°, proto objednána MR, která ukázala drobnou trhlínu zadního rohu vnitřního okrsku. Z těchto důvodů přichází pacient k artroskopickému vyšetření pravého kolene.

Při příjmu na oddělení PPP byl pacient bez známek akutního respiračního onemocnění s dechovou frekvencí 14/min, dýchání čisté, bez dušnosti, cyanózy. Saturace se pohybovala při výkonu a následně i po něm v rozmezí 98 - 100 %. V průběhu hospitalizace neměl žádné dechové problémy.

Pacient jí vše, proto byla podávána racionální dieta č. 3. Mezi oblíbená jídla řadí pečeného králíka s bramborovým knedlíkem a se zelím. Běžně se stravuje 3x denně, ráno pije pouze něco teplého. Při hospitalizaci strava podávána 5x denně. Pacientovi

nevyhovovaly příliš brzké večere v 17 hodin, jelikož do 7 hodin ráno mu přišla velká pauza. Pacient měří 185 cm, váží 75,9 kg, BMI 22,2.

Pitný režim se snaží pacient dodržovat, vypije přibližně 1,5 - 2 litry tekutin, nejraději má minerálky. Nemocniční čaj mu celkem chutná. Frekvence vylučování moči odpovídá příjmu tekutin, moč je světle žluté barvy, bez příměsí a zápachu. Potíže při močení pacient neudává. K vyprazdňování stolice dochází pravidelně každý den, stolice je bez příměsí, hnědé barvy a normální konzistence. V průběhu hospitalizace neměl žádné problémy s vylučováním. První hodiny po operaci používal při močení močovou lahev, večer téhož dne již zvládl chůzi na záchod.

Artroskopie i pooperační průběh proběhl bez komplikací, pacient snášel vše velice dobře, nezvracel. Pacient neměl vyvedený Redonův drén z pravého kolena, koleno bylo pouze zabandážované. Doporučeno chlazení končetiny, kontrola jejího prokrvení po dvou hodinách. Na lůžku byl pacient soběstačný. Pacientovi byl aplikován podkožně Fraxiparin jako prevence TEN. Druhý den za asistence fyzioterapeuta zvládl stoj o francouzských berlích, chůze samostatná pouze s nutnou úpravou správného stereotypu chůze, bolesti při chůzi minimální Fyzioterapeut poučil pacienta i matku o nutnosti dohledu nad správným stereotypem chůze. Matka chodila o francouzských holích déle než rok, vše dobře pochopila. Při převazu poprvé pacient spatřil velikost ran a byl spokojen. Pacient je schopen se samostatně pohybovat o francouzských berlích.

Pacient chodí do druhého ročníku Střední odborné učiliště, učí se na kováře, ve škole je spokojený. Ve volném čase jezdí rád s dědou v traktoru, ve volném čase trénuje hru na elektronické klávesy, na které hraje již 5. rokem. Spát chodí doma ve 23 hodin, v nemocnici spí celkem dobře.

Oblečení odpovídá věku pacienta. Do nemocnice si přivezl na převlečení krátké kalhoty a tričko na doporučení ambulantní sestry, u které nahlašovali příjem na dětské oddělení. Pacient zvládl oblékání a svlékání samostatně.

Po celou dobu hospitalizace měl pacient normální hodnoty tělesné teploty, které nepřesáhly teplotu 36,6°C. Pacient dodržoval čistotu, pravidelně se myl, dvakrát denně si čistil zuby. Pokožka pacienta byla čistá, vlhká, dobře prokrvená, normálního turgoru, potil se přiměřeně fyzické zátěži.

Fyzioterapeut i ošetřující lékař poučil pacienta i jeho rodinu o dodržování bezpečného pohybu o francouzských berlích. Po celou dobu hospitalizace pacient dobře komunikuje s ošetřujícím personálem, mluví srozumitelně, přiměřeně hlasitě, ve větách. Nemá problém navázat kontakt s dětmi, které jsou hospitalizované na témže oddělení. Pamatuje si i jména sester, které o něj pečují.

Rodina i pacient je bez vyznání. V žebříčku hodnot má na prvním místě zdraví. Jeho matka měla v posledních letech velké problémy s nohou, hrozila ji dokonce amputace dolní končetiny a tak ví, co nemoc obnáší a je si vědom, že v tomto případě jsou peníze zbytečné.

Při propuštění domů pacient pozván na kontrolu do dětské ortopedické ambulance s vyndáním stehů za 10 – 12 dní, do té doby bez zátěže. Z režimových opatření doporučeno vydržet 2 – 3 měsíce bez maximální sportovní i jiné zátěže. Dovolena pouze LTV dle bolesti bez omezení. V případě potřeby má matka ordinační hodiny a telefonický kontakt na dětskou ortopedickou ambulanci.

4.2 Rozhovory se sestrami

Rozhovor 1

Sestra 1, 56 let, nejvyšší dosažené vzdělání - střední odborné s maturitou a specializace ARIP, délka praxe je 38 let, po celou dobu pracuje na dětském oddělení, nyní na stanici pooperační a pourazové péči (dále PPP)

S pacienty, kteří přicházejí na artroskopii kolenního kloubu, se setkává často. Při příjmu na oddělení uloží pacienta na lůžko, zkontroluje správnost údajů na identifikačním pásku dítěte, provede sběr anamnestických údajů včetně hodnocení bolesti. Na otázku, zda děti přicházejí dostatečně informované o nastávajícím výkonu, odpovídá, že by informované být měly, když mají podepsané informované souhlasy, ale často nejsou. Skoro všichni pacienti se dotazují, jak dlouho budou na operačním sále, také v kolik hodin půjdou na operační sál. Občas je na nich patrný strach z narkózy.

V další části rozhovoru jsme přešly od informovanosti dítěte k vlastní předoperační přípravě dětí před artroskopií. Největší důraz klade sestra na přípravu operačního pole, zejména u chlapců. Nejlépe je holit koleno těsně před výkonem, ale jak sama sestra

uvádí, koleno holí již večer z časových důvodů. Největší pozor při holení kolena si dává na to, aby koleno nepořezala. Pořezání by nejspíše vedlo ke zrušení operace ze strany operatéra. Každá rána je považována za zdroj infekce.

Další specifika přípravy dětí před artroskopií si sestra plní. Za hlavní specifikum sestra uvádí komunikaci s dětským pacientem. Je důležité podávat informace srozumitelně dle věku dítěte. Překážku vidí některé dny pouze v časovém prostoru. Týká se to zejména středy, kdy je naplánováno mnoho operací z různých oddělení a na práci s pacientem zbývá málo času. Zároveň uvedla, že toto specifikum patří mezi nejvíce opomíjené činnosti u předoperační přípravy.

S tím souvisí i negativní faktor, který děti před výkonem vnímají, a tím je strach. Mají strach z výkonu, z narkózy. Problémy v komunikaci s dětskými pacienty ani jejich doprovodem nemá. Snaží se jim vždy věnovat dostatek času, ráno je to velmi náročné.

Dále jsem se sestry dotázala na péči o dítě po výkonu. Uvedla, že dítě stráví dvě hodiny po výkonu na dospávacím pokoji. Teprve je-li dítě v pořádku, je předáno k nim na standardní péči. Někteří pacienti se ptají, co to mají na noze. Nikdo jim totiž neřekl, že by mohli mít z operační rány vyvedený Redonův drén. Sestra dítěti vysvětlí důvod a funkci Redonova drénu, dále sleduje prokrvení končetiny, bolest, operační ránu, Redonův drén, vyprazdňování, tělesnou teplotu. Většině dětí je aplikován podkožně Clexan jako prevence TEN.

Na dotaz, jak se děti chovají při převazu operační rány, uvedla, že různě. Nejčastěji reagují bolestivě na odlepování náplasti, většina bolestivě snáší odstraňování Redonova drénu, a najdou se i pacienti, kteří se bojí dezinfekce, jelikož je bude štípat. Zajímá je velikost operační rány, strach z jizev většinou nemají.

Co se týká vertikalizace a pohybu, potřebují pacienti francouzské hole. Pokud dítě již někdy o francouzských holích chodilo, nemá s tímto pohybem problém, ale pokud na nich stojí poprvé, pak to problém někdy bývá. Sestra aktivně spolupracuje s fyzioterapeutem, vždy si předají informace ohledně dovednosti pacienta, co zvládne. To se týká i motorové dlahy, která ale musí být naordinována v ordinacích lékaře, podle kterých se řídí i povolený rozsah pohybu, záleží na doporučení operujícího ortopeda.

Sestra umožňuje kontakt pacienta s rodinou a zapojuje je i do některých činností v péči o dítě, nejčastěji v sebeobsluze a hygieně pacienta. Nezapomene zmínit, že spolupráci považuje za velmi důležitou a poučnou pro pacienta i rodiče, jelikož si ošetrovatelskou péči vyzkouší na oddělení, kde se mohou zeptat. Nejčastějším dotazem je, jak se dítě osprchuje s ortézou. Doma po propuštění si již umí poradit.

Při propuštění se sestra vždy ujistí, že je pacientovi i rodičům vše jasné. Informace ohledně kontrol, komplikací a pohybu podává ošetřující lékař. Dle názoru sestry odcházejí pacienti dostatečně informováni.

Rozhovor 2

Sestra 2, věk 25 let, nejvyšší dosažené vzdělání – střední odborné s maturitou, délka praxe je 3,5 roku, 3 roky pracuje na stanici PPP, před tím pracovala půl roku na chirurgii v Českém Krumlově.

S pacienty s artroskopií kolenního kloubu se setkává poměrně často. Při příjmu uloží pacienta na lůžko, provede sběr anamnestických údajů včetně hodnocení bolesti. Na dotaz, zda děti přicházejí dostatečně informované o nastávajícím výkonu, odpovídá, že záleží, odkud přicházejí. Většina jich přichází z ortopedie a tito pacienti jsou dle jejího názoru informováni dostatečně. Občas přijdou děti také z traumatologie a ty již tak dobře informované nejsou.

Co se týká vlastní předoperační přípravy, klade sestra největší důraz na informovanost dítěte ohledně stravování, že nesmí od půlnoci jíst a pít a dohlíží, aby toto bylo opravdu dodrženo. Jak sama sestra řekla: „Když zapomenu oholit koleno, tak si ho na sále mohou oholit a operovat. Když se mi však pacient nají či napije, musí se výkon odložit“.

Nad specifiky přípravy dětí před artroskopií sestra nejdříve uvedla, že je vše stejné jako u jakékoliv operace. Nakonec přece jenom zmínila hlavně komunikaci s dětským pacientem a jeho rodiči, přípravu operačního pole, psychickou přípravu.

Jelikož na artroskopie kolenního kloubu přicházejí zejména adolescenti, sestra neregistruje negativní faktory jako neznámé prostředí, režim oddělení, odloučení od rodičů. Pokud přijdou děti méně informovány či jsou slabší povahy, pozoruje u nich

strach. Při komunikaci zjistí, že se strach týká především narkózy. Problémy s komunikací s dětskými pacienty nemá. Pokud o komunikaci pacient projeví zájem, ráda se mu věnuje a odpoví na případné dotazy.

V rozhovoru jsme plynule přešly na péči o dítě po artroskopii. Zpět na stanici se dítě vrací poté, co stráví 2 hodiny na dospávacím pokoji. Je stabilizované a péče se zaměřuje zejména na polohování a chlazení končetiny, kontrolu Redonova drénu, operační rány, tlumení bolesti. Někdy musí zejména dívky překonat psychický blok při vyprazdňování na lůžku. Další pro některé nepříjemná věc je podkožní aplikace Clexanu jako prevence TEN.

Redonův drén se odstraňuje až po vertikalizaci pacienta, když si je lékař jistý, že ani po pohybu nebude Redonův drén potřebný. Doporučují jim zakašlat a přitom se Redonův drén odstraní. Skoro všichni pacienti udávají tupou bolest a udávají, že to bylo horší než samotný výkon. Dívky jsou dále zvědavé na velikost operačních ran.

Při vertikalizaci nejsou problémy, pokud už dítě o francouzských holích někdy chodilo. Pokud je dítě nikdy nepoužívalo, chvíli trvá, než si je při chůzi jisté. Pokud fyzioterapeut potřebuje sestře něco sdělit, spolupracuje s ním, sama aktivně spolupráci nevyhledává. Domluví se spíše s pacientem a postupuje spíše dle ordinací lékaře. To se týká i používání motorové dlahy, při které je pro ni směrodatná ordinace lékaře a bolestivost, kterou udává pacient.

Sestra umožňuje pacientovi kontakt s rodinou. Pokud rodiče chtějí poradit či pomoci ráda pomůže, ale sama je nezapojuje do činností v péči o dítě. Nerada by totiž, aby si rodiče řekli, že ji péče o jejich dítě obtěžuje.

Při propuštění se setra vždy ujistí, že odchází pacient s francouzskými holemi a na oddělení zůstává vypsáný poukaz na jejich vydání. Dále se ujistí, zda pacient i rodina ví, kdy mají jít na kontrolu a kam. Zeptá se, zda se nechtějí na něco zeptat, jestli je jim vše jasné a nechá prostor na případné otázky. Odpoví na dotazy, pokud žádné nejsou, rozloučí se. Dle názoru sestry odcházejí pacient i rodina dostatečně informováni.

Rozhovor 3

Sestra 3, věk 38 let, nejvyšší dosažené vzdělání – střední odborné s maturitou. Po škole pracovala 5 let ve zdravotnictví. Poté se pohybovala několik let mimo obor a před 4 lety se opět do zdravotnictví vrátila. Tuto dobu pracuje na stanici PPP.

Pacienti, kteří přicházejí na artroskopii kolenního kloubu, jsou jedni z řad pacientů, kteří jsou na PPP hospitalizováni. Při příjmu uloží pacienta na lůžko, seznámí ho s provozem a vybavením oddělení, provede sběr ošetrovatelské anamnézy, zkontroluje podepsané informované souhlasy, a zda je žádanka na výkon a anestézii. Co se týká informovanosti pacientů, při příchodu sestra uvádí, že jsou dostatečně informováni o výkonu jako takovém. Děti ale často zajímá, jak dlouho bude výkon trvat, kdy půjdou na operační sál, jestli jim bude špatně po narkóze, zda se vrátí po výkonu opět na své lůžko. To jsou nejčastější dotazy dětí a na tyto dotazy jim odpovídají až sestry na oddělení.

Samotná předoperační příprava spočívá v informování dětí, že nemohou od půlnoci jíst a pít a proč, v kontrole operačního pole. U chlapců se musí koleno oholit a hlavně se nesmí pořežat. Někteří chlapci přicházejí oholeni již z domova, je třeba to zkontrolovat. Ostatní příprava je stejná jako u jiných operačních výkonů. Za největší specifikum u přípravy dětí sestra považuje přítomnost rodičů a komunikaci nejen s dětmi, ale i s rodiči. Při nedostatku času je toto specifikum velmi náročné.

Vše souvisí se vším a pokud se dostatečně nevěnujeme dětem, dostaví se i negativní faktory. Na artroskopii přichází zpravidla větší děti. Nemají strach z prostředí, rychle se skamarádí s dětmi na pokoji. Mají však strach z narkózy, z bolesti.

Od přípravy před výkonem jsme přešly k péči o dítě po výkonu. Zpět na oddělení PPP přichází dítě až 2 hodiny po výkonu, Je stabilizované. Často se ptá, co mu to kouká z nohy a proč. I když třeba bylo dítě poučeno, že bude mít Redonův drén, dítě si nedovede představit, jak tento Redonův drén vypadá. Dále sestra zajistí podložení končetiny, sleduje její prokrvení, citlivost prstů, otok, bolest, operační ránu a funkčnost Redonova drénu. Pokud lékař neordinuje Clexan, je dětem aplikován podkožně jako prevence TEN. Do 8 hodin po výkonu se musí dítě vymočit. Občas se setká, zvláště

u dívek, s tím, že mají problém vymočit se na podložní mísu. Zajistí jim soukromí a pomůže jim posadit se na lůžku a nakonec jsou úspěšné.

Na dotaz, jak se děti chovají při převazu operační rány, uvedla, že záleží na dítěti. Někdo se bojí všeho, někdo zase ničeho. Bolestivé, a v tom se shodnou všechny děti, je odstraňování Redonova drénu. Dále je zajímavá velikost ran. Kluci i děvčata jsou zpravidla spokojeni, dívky se občas dotazují, zda zůstane po ráně veliká jizva.

První vertikalizaci dětí provádí většinou fyzioterapeut. Děti mají občas závrať, ale jinak jsou většinou statečné. Dle názoru sestry by si děti mohly chůzi o francouzských holích vyzkoušet již před výkonem a ne až po něm. Jelikož kdo již francouzské hole někdy měl a chodil o nich, nemá při vertikalizaci takový strach jako děti, které na nich stojí poprvé. Děti by se pak mohly více soustředit na odlehčení končetiny, než na samotnou chůzi.

Kontakt s rodinou považuje sestra za důležitý. Nejen pro dítě, ale i pro rodiče. V případě zájmu ze strany rodičů je sestra zapojuje i do péče o dítě. Považuje zapojení rodičů za velmi důležité. Ne že by se o dítě nechtěla postarat sama, ale rodiče napadnou případné dotazy právě při zapojení do ošetrovatelské péče a sestra jim může poradit. Rodiče i dítě pak odcházejí domů s většími zkušenostmi.

Při propuštění se setra vždy ujistí, zda se dítě nebo rodič nechtějí na cokoli zeptat, zda je jim vše jasné a zda mají francouzské berle na doma. Dle názoru sestry odchází děti i rodina domů s dostatečnými a srozumitelnými informacemi.

Rozhovor 4

Sestra 4, věk 54 let, nejvyšší dosažené vzdělání – střední odborné s maturitou, délka praxe 34 let. Na stanici PPP pracuje již 20 let, předtím pracovala na jiných pracovištích nemocnice České Budějovice a.s.

Na stanici PPP se setkává s pacienty, kteří přicházejí na plánovanou artroskopii kolenního kloubu. Jsou to převážně adolescenti. Při příjmu zkontroluje pacientův identifikační pásek, ukáže mu jeho pokoj a oddělení, provede sběr údajů do ošetrovatelské anamnézy, zkontroluje podepsané souhlasy, a zda jsou zadány požadavky v počítači potřebné k zítřejšímu výkonu. V informovanosti pacientů jsou

velké rozdíly. Některé děti nejsou dostatečně informovány, jiné ano. Podle sestry nezáleží pouze na tom, kdo dítě informuje, ale také na povaze dítěte a rodiny. Nejčastějším dotazem dětí, je v kolik hodin půjdou na operační sál.

Při vlastní předoperační přípravě klade sestra největší důraz na přípravu operačního pole a kontrolu dokumentace. Dále se zaměřuje o informování pacienta o stravovacím režimu před operací. Zdůrazní mu, že nesmí od půlnoci nic jíst a pít. Při noční směně na pacienty dohlíží a připomíná. Odůvodňuje to vlastní zkušeností, protože se najdou i tací, kterým to 10x řeknete a oni by se stejně napili.

Mezi specifika přípravy dětí před artroskopií sestra zmiňuje neustálou kontrolu všeho. Je si vědoma, že za všechno nese odpovědnost sama sestra a na dětském oddělení obzvlášť. Proto neustále komunikuje s pacienty, rodinou a vše si raději několikrát zkontroluje. Komunikace ji však nevádí, myslí si, že jsou pak děti ve větší psychické pohodě a snáze se vás zeptají na to, co je trápí.

V další části rozhovoru jsme se zaměřily na péči o dítě po výkonu. Na oddělení přicházejí děti z dospávacího pokoje. Některé děti chtějí spát, jiné jsou čilé. Sestra podloží operovanou končetinu, zkontroluje funkčnost a obsah Redonova drénu, pokud je zaveden, operační pole. Sleduje prokrvení, otok, bolest končetiny, podává léky proti bolesti dle ordinace lékaře. Zajistí pacientovi tekutiny, a pokud je dobře toleruje, podá pacientovi stravu. Kontroluje, aby se do 8 hodin po výkonu pacient vymočil. Většinou to nebývá velký problém. Většinou dětí je po dobu hospitalizace aplikován podkožně Fraxiparin jako prevence TEN. Při složitějších zákrocích při artroskopii s ním odcházejí některé děti i do domácí péče. Pak musí být poučeni děti samotné nebo jejich rodiče o správném způsobu aplikace. Sestra udává, že minimálně jednu aplikaci musí provést pod dohledem sestry.

Při převazu operační rány se všechny děti shodnou, že nejnepříjemnější je odstraňování Redonova drénu. Některé popisují tupou bolest, jiné štípnutí. Některým vadí i odlepování náplastí, jiným dezinfekce. Všechny děti se podívají na velikost operačních ran, pouze některé se zeptají na počet stehů a zcela ojediněle zda nebudou mít jizvy.

Co se týká vertikalizace a následného pohybu, potřebují děti francouzské hole. I zde je šikovnost dětí individuální. Záleží na šikovnosti, strachu z pádu, síle dítěte a také na tom, zda jde o francouzských holích poprvé či nikoliv. Dále záleží, do jaké míry smí nohu zatěžovat, zda má kolenní ortézu či Redonův drén. Vše je individuální, ale převážná většina dětí je šikovná. Některé děti by si zasloužily nácvik chůze před artroskopií.

Kontakt s rodinou sestry dětem umožňuje, ale jak udává ze své praxe, někdy by kontakt omezila. Zvláště jsou-li návštěvy netolerantní k ostatním pacientům. Dřívější omezené návštěvy dle jejího názoru byly také v něčem dobré. Rodiče zapojuje zvláště do ošetrovatelské péče o hygienu. Jednak se děti před rodiči méně stydí a zároveň tuto péči budou rodiče zajišťovat i doma. Nejčastěji potřebují poradit jak dítě osprchovat.

Při propuštění jsou rodiče i dítě dostatečně informováni o ošetrovatelské péči, odcházejí z oddělení o francouzských holích a poučení o další péči a kontrolách. Sestra se vždy zeptá, zda nemají ještě nějaký dotaz a pokud žádný nemají, rozloučí se s nimi.

Rozhovor 5

Sestra 5, věk 28 let, nejvyšší dosažené vzdělání – vyšší odborné, délka praxe 7 let. Celou dobu pracuje na dětském oddělení, na stanici PPP třetím rokem.

Na stanici PPP přicházejí děti k plánovaným artroskopiím kolenního kloubu celkem běžně. Více je jich v letním a zimním období, kdy děti více sportují a tudíž se i více zraňují. Při příjmu na stanici dítě seznámí s oddělením, ukáže mu jeho pokoj, provede sběr ošetrovatelské anamnézy. K informovanosti dětí přicházejících na výkon se sestra vyjadřuje ne zcela jednoznačně. Opravdu záleží na dítěti i na tom, kdo dítě posílá k výkonu. Některé děti jsou informovány dostatečně, jiné méně. Většina dětí se stejně ptá na vše sestru na oddělení.

Vlastní předoperační péče před artroskopií spočívá hlavně v přípravě operačního pole a to zvláště u chlapců. Dále je nutné dětem vysvětlit poslední příjem stravy a pití. Neméně důležité je dát dětem prostor k otázkám, které mají všechny, sestra toto bere jako součást psychické přípravy na výkon.

S tím souvisí další otázka – specifika přípravy dětí před artroskopií. Hlavní specifikum, které všichni plní, je kontrola a příprava operačního pole. Dalším specifikem je psychická příprava, zbavit dítě strachu. To se nám podaří jednak komunikací s dítětem nebo jeho zaměstnáním, a tím odvedeme pozornost od nastávajícího výkonu. Ne vždy na toto specifikum, které považuje sestra za velmi důležité, zbývá dostatek času.

Když byla položena otázka na negativní faktory, které děti před výkonem vnímají, uvedla sestra – obavu, strach, nudu. Vše souvisí s komunikací. Pokud s dítětem hovoříme, zaměstnáme ho, pak na tato negativa má mnohem méně času.

Péče po výkonu spočívá zejména dle sestry ve sledování operační rány, většinou mají děti vyveden Redonův drén – sleduje funkčnost a odváděný obsah, ptá se aktivně na bolest, polohuje a leduje končetinu, stará se o příjem tekutin a stravy, zajistí pomůcky k vyprazdňování pacienta. Kontroluje tělesnou teplotu.

Na dotaz, jak se děti chovají při převazu, sestra uvedla, že reakce jsou různé, i když se dětem vše vysvětlí, některé mají i přesto strach, že je bude převaz bolet. Za bolestivé vnímají odstraňování Redonova drénu, odlepování náplastí. Jsou zvědavé, jak vypadá operační rána, kolik tam mají stehů.

K pohybu potřebují děti francouzské hole. Až po vertikalizaci se jim odstraňuje Redonův drén, pokud je vše v pořádku. Chůzi před s Redonovým drénem zvládají děti hůře, jelikož se obávají, aby se s ním něco nestalo. Jinak zvládají dle sestry chůzi dobře. Dopoledne s dětmi chodí fyzioterapeut, odpoledne sestry. Tato spolupráce je nutná, jelikož fyzioterapeut není na oddělení neustále. Pokud je naordinována motorová dlaha, přikládá ji sestra odpoledne, rozsah pohybu je nastaven od fyzioterapeuta, sestra si údaje ověří v chorobopisu a řídí se také bolestivostí pacienta.

Kontakt s rodinou sestra umožňuje a aktivně je zapojuje do ošetrovatelské péče, ale pouze v případě, že o to projeví rodiče zájem. Nikoho nenutí.

Při propuštění odcházejí dle názoru sestry děti i rodiče dostatečně informováni. Informace podává převážně lékař při propuštění.

5 DISKUSE

Šetření k tématu Ošetrovatelská péče o děti s artroskopií kolenního kloubu probíhalo na Dětské klinice nemocnice České Budějovice a.s. v době od července 2011 do ledna 2012. Byla zvolena kvalitativní metoda šetření, v níž bylo využito pozorování, rozhovoru a obsahové analýzy dat. Získaná data byla zpracována do jednotlivých kazuistik. Výzkumný soubor tvořilo 9 dětských pacientů podstupujících artroskopií kolenního kloubu a 5 sester, které s těmito pacienty pracovaly. Rozhovory s dětmi i se sestrami probíhaly jednotlivě formou osobního kontaktu. Dětské pacienty byli ve věku od 12 let do 18 let a průměrná délka jejich hospitalizace byla 3,6 dnů. Věk sester se pohyboval od 25 let do 56let a délka jejich praxe ve zdravotnictví byla průměrně 18 let.

Artroskopie byla dříve určena pouze pro dospělé, dnes je stále více používána i v pediatričké ortopedii. Výhodou je malá invazivita, menší pooperační bolestivost, rychlejší rekonvalescence. Nejčastěji artroskopovaným kloubem je kolenní kloub. (Poul, 2009). Cílem práce bylo zjistit specifika v ošetrovatelské péči u dětí s artroskopií kolenního kloubu, a jaké problémy se u těchto dětí vyskytují.

První výzkumná otázka zněla: *Jakým způsobem jsou děti informovány o artroskopií kolenního kloubu?* Děti uvedly, že je o artroskopií informoval ortoped, který jim artroskopické vyšetření kolenního kloubu doporučil. Artroskopie je zakončována důkladným vypláchnutím všech částic z kloubu a zavedením Redonova drénu do kloubní dutiny (Chaloupka, 2001). Na základě této informace jsem usoudila, že by děti o této skutečnosti měly být před výkonem informovány. Z rozhovorů s dětskými pacienty však vyplývá, že tomu tak není. Pět dětí uvedlo, že byly informované o možnosti zavedení Redonova drénu. Další čtyři pacienti o zavedení Redonova drénu nevěděli. Jeden pacient Redonův drén zavedený neměl, ostatní tři byly jeho zavedením po výkonu zaskočeni. Z rozhovoru se sestrami vyplynulo, že děti by měl o artroskopií informovat ortoped. Rozhovor s dětmi tento fakt potvrdil, ale zároveň z rozhovoru s dětmi vyplynulo, že děti před výkonem nejsou dobře informované. Tento názor zastávají také dvě sestry. Jedna sestra uvedla, že považuje informace za dostačující, dvě sestry se shodly na tom, že záleží na lékaři, který dětského pacienta odesílá k výkonu. Některý lékař podá informace dostačující, jiný nikoliv. Informovanost se netýká pouze

Redonova drénu, ale i informací o narkóze či operačním programu. Všechny sestry uvedly a shodly se na tvrzení, že se jich děti často ptají, zda jim nebude špatně po narkóze, v kolik hodin půjdou na sál, jak dlouho bude artroskopie trvat. Na základě získaných informací jsem dospěla k názoru, že na informovanosti dětských pacientů před výkonem by se dalo mnohé zlepšit. Nevědomost totiž podporuje fantazii a ta strach (Venglářová, 2006). Tato autorka dále uvádí, že právě proto by se sestra při příjmu měla správným kladením otázek přesvědčit, zda je dítě informováno o plánovaném výkonu či nikoliv a do jaké míry. Tři sestry se zaměřují při příjmu dítěte na sběr ošetřovatelské anamnézy, přípravě operačního pole a informaci o stravování. Pouze dvě sestry se samy aktivně ptají dětí, jaké informace mají o výkonu, a zda se nechtějí na něco zeptat. V tomto názoru se shodují s Boledovičovou (2006), která ve svém článku uvádí, že pokud chce dítě něco vědět v souvislosti se svým onemocněním, je třeba uspokojit jeho zájem a mluvit o budoucím lékařském zákroku.

Z předcházejících výsledků vyplývá, že dětský pacient je před artroskopickým výkonem informován doporučujícím ortopedem. Z daných výsledků také ale vyplynulo, že podané informace dětem nejsou dostačující. Děti se často dotazují sester, kdy půjdou na operační sál, jak dlouho tam budou, zda jim nebude špatně z narkózy, jestli je bude po výkonu něco bolet. Ze získaných dat usuzuji, že podané informace ortopedem dětem nestačí. Chybějící informace podaly dětem spíše sestry, což dle mého názoru souvisí s častějším kontaktem sester s dětmi. Ne všechny sestry se však ptají na rozsah informací, které děti mají, a ne každé dítě se na chybějící informace sester zeptá.

Druhá výzkumná otázka zní: *Jaké negativní faktory nejčastěji děti vnímají před a po vyšetření?* Nejdříve jsme se zaměřily na negativní faktory před vyšetřením. Jak vyplynulo z rozhovoru se sestrami, děti mají nejčastěji strach. Zejména z výkonu, narkózy, bolesti. Tento fakt uvedly čtyři z pěti dotázaných sester. Z dětských pacientů uvedly strach z narkózy dva, strach z výkonu jeden a strach z bolesti takéž jeden. Nejvíce je strach patrný u pacientky z kazuistiky 8, která již jedenkrát artroskopii kolenního kloubu podstoupila. Při nynější hospitalizaci měla strach ze všeho. Nejlepší zbraní proti dětskému strachu je podle Plevové (2010) klid, laskavost a povzbudivé

chování ošetřujícího personálu. Získáme tím důvěru dětí, které se nám snáze přiznají ke svému strachu.

V další části jsme se zaměřili na negativní faktory, které děti vnímají po artroskopii. Bezprostředně po výkonu tráví děti 2 hodiny na dospávacím pokoji. Tyto pokoje zajišťují bezprostřední pooperační období a zaměřují se na monitorování základních životních funkcí. Poté jsou převezeny na standardní oddělení. Po operaci je kloub komprimován bandáží, která se ponechává první dny. Důležitou součástí pooperačního režimu je chlazení kloubu jako prevence tvorby výpotku či sekundárního krvácení. Pokud je doporučena ortéza, je nezbytné dítě kontrolovat, zda ji má správně nasazenou (Chaloupka, 2001) Snažila jsem se zjistit, zda sestry tyto úkony provádějí. Jak z kazuistik dětí, tak z rozhovorů se sestrami vyplývá, že jsou všechny úkony plněny. Součástí péče o dítě po artroskopii je sledování bolesti. Pooperační bolest je akutní bolest, která je vyvolávána traumatizací tkání v oblasti operačního pole. Sledování bolesti uvedlo shodně všech pět sester jako součást ošetrovatelské péče, kterou provádí po výkonu. Toto tvrzení se potvrdilo i v rozhovorech s dětmi. U všech devíti dětí se sestry na bolest dotázaly. Jedno dítě bolest nemělo, zbylých osm dětí bolest uvedlo a byla u nich zhodnocena podle vizuální analogové škály. U dvou pacientů byla bolest mírná a nebylo zapotřebí podávat analgetika. U šesti dětí byla po zhodnocení bolesti podána analgetika a po jejich podání bolest ustupuje. Pouze u jedné pacientky (kazuistika 8) byla bolest zhodnocena, analgetika podána, ale bolest přetrvávala. K zmírnění bolesti došlo teprve po podání psychofarmak. Aby bylo bolest možné adekvátně léčit, je nutné ji kvalifikovat. Bolest je subjektivní pocit a nelze ji objektivně změřit. Poul (2009) i Slezáková (2010) ve svých knihách doporučují, k hodnocení její intenzity různé stupnice. U starších dětí doporučují hodnotit intenzitu bolesti pomocí vizuální analogové škály. Výzkumné šetření nám používání této stupnice stoprocentně potvrdilo. Pokud jde o nekomplikovaný průběh hojení rány, měla by bolest podle Slezákové (2010) po 1-2 dnech vymizet. Dále dodává, že bolest nesmíme nikdy podcenit.

Dále jsme zjišťovaly, jaké pocity či problémy pociťují v další pooperační péči při převazu operační rány. V rámci získaných informací můžeme mezi negativní faktory,

kteře děti vnímají po výkonu zařadit, i odstraňování Redonova drénu. Jeho odstranění vnímají jako jeden z nejhörších výkonů z celé hospitalizace. Tuto skutečnost uvedlo všech osm dětí, jež měly Redonův drén zavedený. Mezi další pocity při převazu děti uvedly štípání dezinfekce 3x, tupá bolest 2x, nepříjemná štípavá bolest 3x, „nepříjemné, ale dá se to vydržet“ 1x. Pacientka z kazuistiky 8 se nevyjadřovala, pouze se všeho bála. Také z rozhovoru sester vyplynul stejný závěr. Že děti vnímají odstranění Redonova drénu za bolestivé, uvedlo všech pět sester. Dvě sestry ještě zmínily odlepování náplastí a dvě sestry uvedly „štípání“ dezinfekce. Dále jsem zjišťovala spokojenost dětí s operačními ranami. Všichni dotazovaní, děti i sestry, uvedly spokojenost.

Další zjištěná informace z kazuistik dětí je aplikace Fraxiparinu nebo Clexanu jako prevence TEN. Sedmi dětem byl tento lék aplikován. Z toho tři děti byly propuštěny do domácího léčení s tím, že si musí tento lék aplikovat i doma. Aplikaci léku zmínily také čtyři sestry jako součást ošetrovatelské péče, kterou provádí po výkonu. Aplikace léků není vnímána jako negativní faktor, spíše jako specifikum v ošetrovatelské péči u dětí s artroskopií kolenního kloubu. Z kazuistik je zřejmé, že sestry musely u těchto tří dětí provést edukaci dítěte nebo jiného člena rodiny a zároveň praktický dohled nad podkožní aplikací.

Shrneme-li negativní faktory vnímané dětmi celkově, můžeme zmínit strach, bolest, převaz operační rány a odstraňování Redonova drénu. Před artroskopií děti negativně vnímají strach. Bolest můžeme zařadit mezi negativní faktor artroskopie, který je dětmi pocíťován před a zároveň po artroskopii. K negativním faktorům vyskytujících se až po artroskopii zařadíme převaz operační rány a odstraňování Redonova drénu.

Dále nás zajímalo, zda existují specifika ošetrovatelské péče u dětí s artroskopií kolenního kloubu? Tato otázka se týkala výzkumného souboru sester. Časný pooperační režim je spojený s vertikalizací dětí, která si vyžádá chůzi o francouzských holích. Všem sestrám byla položena otázka: Jak se děti po artroskopii mobilizují, jak mobilizaci zvládají?, protože sestry neuvádějí vertikalizaci v odpovědi na otázku týkající se prováděné ošetrovatelské péči po výkonu. Podle mého názoru sestry nezahrnují vertikalizaci jako přímou péči po výkonu. Zjišťovali jsme, jak děti chůzi o francouzských holích zvládají. Dvě sestry uvedly, že jsou děti šikovné a většinou

nemají problém s pohybem o francouzských holích. Tři sestry zastávají názor, že pokud již děti o francouzských berlích chodily, nemají s chůzí problém, ale pokud na berlích stojí poprvé, tak chůze někdy problém bývá. Dvě sestry zmínily vhodnost nácviku chůze o francouzských holích před výkonem v rámci předoperační přípravy. Tento názor sester je shodný se Smékalovým (2006) názorem, který ve svém článku uvádí, že vhodnou součástí předoperační péče je nácvik správného stereotypu chůze o francouzských holích, jelikož již od druhého dne po operaci o nich pacienti chodí. Během šetření jsme nácvik správného stereotypu chůze o francouzských holích v rámci předoperační přípravy nezaznamenali. Dále jsme se setkali s používáním motorové dlahy, jejíž používání není tak časté. Byla naordinována u jednoho pacienta. Sestry ji zmínily ve třech případech. Sestra 2 v rozhovoru udává, že při jejím používání je pro ni směrodatná ordinace lékaře a bolestivost, kterou udává pacient. Smékal uvádí, že by rozsah pohybu měl být postupně zvětšován v nebolestivém rozsahu pohybu.

Jelikož se jedná o ošetrovatelskou péči u dětí, nemůžeme opomenout přítomnost rodičů. Všechny sestry umožňují dětem přítomnost rodičů. Rozdílný názor sester je na zapojení rodičů do ošetrovatelské péče o dítě. Dvě sestry uvedly, že rodiče se sami aktivně zapojují a považují to za velmi důležité. Jedna sestra zastává názor, že kontakt s dítětem je důležitý, rodiče do péče zapojuje, ale někdy by kontakt omezila, zvláště u netolerantních rodičů. Zajímavým zjištěním šetření byl názor dvou nejmladších sester, ve věku 25 a 28 let. Tyto dvě sestry uvedly, že zapojují rodiče do ošetrovatelské péče až poté, co rodiče projeví zájem. Přemýšlela jsem, proč by to tak mohlo být. Důvod bych viděla možná v nedostatku zkušeností, krátké době praxe. Jsou sestry přesvědčeny, že poskytnou dítěti lepší a kvalitnější péči než samotní rodiče? Nebo mají špatné zkušenosti se zapojením rodičů do péče o dítě? Tyto otázky by bylo zajímavé zodpovědět. Dle mého názoru rodiče musí být zapojeni do péče o dítě. Specifikum bych proto spíše viděla v edukaci rodičů v aplikaci léků jako prevence TEN a správném stereotypu chůze. Edukace má v péči o dítě zásadní význam (Sedlářová, 2008). Dále tato autorka uvádí, že edukace nesmí být jednorázové poučení, ale kontinuální proces, na kterém se podílejí všichni zdravotničtí pracovníci, kteří o dítě pečují, tedy i sestra.

Sestra se musí během edukace průběžně ujišťovat, že dítě i rodiče všemu správně rozumí. O důležitosti možnosti klást doplňující otázky se zmínila i sestra v rozhovoru 4.

Dalším specifikem, na kterém se sestry shodly, je komunikace s dětským pacientem. Všech pět sester ji považuje za velice důležitou. Dvě sestry společně zmínily i komunikaci s rodiči. Komunikace s dětským pacientem je vždy velmi specifická. Zejména aktivní komunikace s hospitalizovaným dítětem je, podle Boledovičové (2006) předpokladem k úspěšně poskytované péči. Dále uvádí, že sestra se stává pro dítě nejbližší kontaktní osobou. Komunikace s dítětem a jeho rodiči vyžaduje podle Plevové (2010) velkou dávku trpělivosti, důslednosti, lidskosti a schopnosti naslouchat. Komunikace je, dle mého názoru, běžnou součástí ošetrovatelské péče o dítě. Sestra používá dovednost komunikovat, jako součást profesionálního vybavení (Venglářová, 2006). Komunikace s rodiči je nutná, jelikož rodiče musí být zapojeni do péče o dítě.

Společně s výsledky odpovědí na první a druhou otázku můžeme zhodnotit specifika ošetrovatelské péče u dětí s artroskopií kolenního kloubu. Řadíme mezi ně nácvik používání francouzských holí před výkonem, péče o Redonův drén, chůze o francouzských holích ev. používání motorové dlahy po výkonu. Zásadní význam má edukace dětí a rodičů před výkonem, ale i před propuštěním dítěte domů. Vždy je nutné přizpůsobit edukaci věku, psychické zralosti, jazykové úrovni a zdravotnímu stavu dítěte (Sedlářová, 2008).

6 ZÁVĚR

S narůstající sportovní fyzickou aktivitou mládeže roste spektrum úrazů kolenního kloubu. Artroskopie představuje v současné době jednu ze základních diagnostických a terapeutických metod poranění kloubů. Díky této metodě může lékař kloub přímo prohlédnout pomocí endoskopického nástroje a popřípadě v něm provést chirurgický zákrok. S jejím rozvojem se stále častěji používá i u dětských pacientů.

V bakalářské práci bylo použito kvalitativní šetření. Informace byly zjišťovány pomocí polostandardizovaných rozhovorů, obsahové analýzy dokumentace a skrytým pozorováním, které bylo součástí rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo devět dětských pacientů, kteří byli hospitalizováni na Dětské klinice Nemocnice České Budějovice a.s., a podstoupili artroskopii kolenního kloubu, a pět sester, které s těmito dětmi pracovaly. Výzkumné šetření proběhlo v době od července 2011 do ledna 2012. Cílem práce bylo zjistit specifika v ošetrovatelské péči u dětí s artroskopií kolenního kloubu a dále zjistit, jaké problémy se u těchto dětí vyskytují. Pro výzkumnou část byly stanoveny tři výzkumné otázky.

Otázka první: *Jakým způsobem jsou děti informovány o artroskopii kolenního kloubu?* Na základě provedeného výzkumného šetření bylo zjištěno, že děti informuje ortoped, který dětské pacienty indikuje k artroskopii. Dále bylo zjištěno, že tyto informace nejsou pro děti dostačující. K zlepšení informovanosti dětí velkou mírou přispívá komunikace dětského pacienta se sestrou.

Otázka druhá: *Jaké negativní faktory nejčastěji děti vnímají před a po vyšetření?* Na základě proběhlého výzkumného šetření lze konstatovat, že většina dětí vnímá před artroskopií strach, který je způsoben především chybějícími informacemi, které jsme zjistili v první otázce. Po artroskopii děti negativně vnímají především činnosti prováděné v souvislosti s provedenou artroskopií. Týká se především pooperační bolesti a převazu operační rány spojeného s odstraněním Redonova drénu.

Třetí otázka: *Existují specifika ošetrovatelské péče u dětí s artroskopií kolenního kloubu?* Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že specifika se týkají zejména ošetrovatelské péči po artroskopii a patří mezi ně péče o Redonův drén, chůze

o francouzských holích, edukace dítěte a rodičů o aplikaci léků k prevenci TEN. Sestry zařadily mezi specifika i komunikaci s dětským pacientem.

Výsledky bakalářské práce byly zpracovány do standardního ošetrovatelského plánu, který je přílohou této práce (Příloha 7). Vytvořený standard může přispět ke zlepšení péče o děti podstupující artroskopii kolenního kloubu.

7 KLÍČOVÁ SLOVA

artroskopie

dítě

komunikace

ošetřovatelská péče

rodiče

sestra

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BARTONÍČEK, J., HEŘT, J. *Základy klinické anatomie pohybového aparátu*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 256 s. ISBN 80-7345-017-8.
- BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. *Pediatrické ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 209 s. ISBN 80-8063-211-1.
- DORKOVÁ, Z., ŠRAHŮLKOVÁ, K. *Péče o psychické potřeby hospitalizovaných dětí*. Cesta k modernímu ošetrovatelství: (recenzovaný sborník příspěvků z konference). 2010. s. 50-55.
- DUNGL, P. a kol. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8.
- DYLEVSKÝ, I. *Základy anatomie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 271 s. ISBN 80-7254-886-7.
- DYLEVSKÝ, I. *Základy funkční anatomie člověka*. 1. vyd. Praha: Manus, 2007. 194 s. ISBN 978-80-86571-00-3.
- GRIM, M., DRUGA, R. et al. *Základy anatomie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 160 s. ISBN 80-7262-112-2.
- HAVLAS, V., TRČ, T., SCHOVANEC, J., SMETANA, P., RYBKA, D. Artroskopie kolenního kloubu u pacientů dětského věku v našem souboru. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae czechoslovaca*. 2004, roč. 71, č. 3, s. 152-156. ISSN 0001-5415.
- HEJNA, D., HYKOVÁ, L. *Přehledy vyšetření a příprava nemocných k radiologickým, kardiologickým a radioizotopovým vyšetřením a výkonům*. standard ošetrovatelské péče č. 30, 2009. Nemocnice České Budějovice a. s.
- CHALOUPKA, R. a kol. *Vybrané kapitoly z LTV v ortopedii a traumatologii*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-341-4.
- JAKUBEKOVÁ, J., DOBIÁŠOVÁ, E. OSE a RHB péče po artroskopických operacích kolena – náhradách vazů. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 11, s. 56-57. ISSN 1210-0404.
- KOUDELA, K. a kol. *Ortopedická traumatologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 147 s. ISBN 80-246-0392-6.

- MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
- PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovateľství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 160 s. (s. 46) ISBN 978-80-247-1211-6.
- PLEVOVÁ, I., Slowik, R. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
- POKORNÝ, V. a kol. *Traumatologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 307 s. ISBN 80-7254-277-X.
- POUL, J. et al. *Dětská ortopedie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 401 s. ISBN 978-80-7262-622-9.
- ROKYTA, R. A kol. *Somatologie*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2009. 260 s. ISBN 978-80-7357-454-3.
- SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovateľská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
- SIKOROVÁ, L. *Potřeby dítěte v ošetrovateľském procese*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
- SMÉKAL, D., KALINA, R., URBAN, J. Rehabilitace po artroskopických náhradách předního zkříženého vazů. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae čechoslovaca*. 2006. roč. 73, č. 6, s. 421 - 428. ISSN: 0001-5415.
- SOSNA, A., VAVŘÍK, P., KRBEK, M., POKORNÝ, D. a kol. *Základy ortopedie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.
- STAROŠTÍKOVÁ, A., MAJERSKÁ, V. OSE a RHB péče po artroskopických operacích kolena – náhradách vazů. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 11, s. 56-57. ISSN 1210-0404.
- ŠIMKOVÁ, Z. *Standardy ošetrovateľskej péče pro pediatrii*. 1. vyd. Nemocnice České Budějovice a. s. 2012. 102 s. (s. 96) ISBN 978-80-905041-0-3.
- ŠNAJDAUF, J., CVACHOVEC, K., TRČ, T. et al. *Dětská traumatologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 180 s. ISBN 80-7262-152-1.
- TICHÝ, M. *Dysfunkce kloubu v dolní končetině*. 1. vyd. Praha: Miroslav Tichý, 2008. 123 s. ISBN 978-80-254-2251-9.

TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Druhé nezměněné – DOTISK. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

VALENTA, J. a kol. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. 2 dotisk. Praha: Karolinum, 2005. 237 s. ISBN 80-246-0644-5.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 2507 publikaci. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VIŠŇA, P., HOCH, J. a kol. *Traumatologie dospělých*. Praha: Maxdorf, 2004. 157 s. ISBN 80-7345-034-8.

VYHNÁLEK, F. a kol. *Chirurgie I*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 224 s. ISBN 80-7333-005-9.

VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., HOLUBOVÁ, J. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I / Obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 232 s. + 24 s. barevné přílohy ISBN 978-80-247-3419-04.

9 SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1 – Přední artroskopické přístupy do kolenního kloubu

PŘÍLOHA 2 – Škála bolesti (FLACC Scale)

PŘÍLOHA 3 – Škály bolesti (vizuální analogová škála, škála výrazů obličeje)

PŘÍLOHA 4 – Charta práv hospitalizovaných dětí

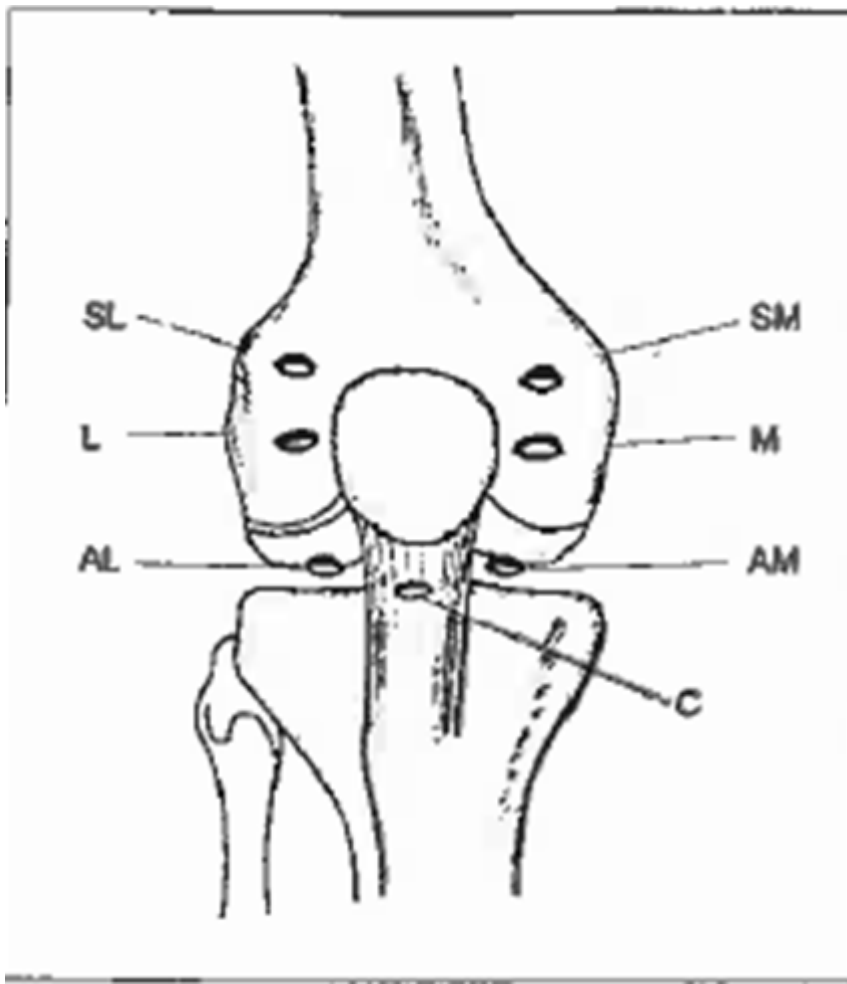
PŘÍLOHA 5 – Čtrnáct elementárních potřeb podle V. Henderson

PŘÍLOHA 6 – Otázky pro rozhovor se sestrami

PŘÍLOHA 7 – Standardní ošetřovatelský postup

PŘÍLOHA 1

Přední artroskopické přístupy do kolenního kloubu



Obr. 22.76 Přední artroskopické přístupy do kolenního kloubu:

AL – anterolaterální přístup, AM – anteromediální přístup,
SL – suprapatelární přístup, SM – suprapatelární mediální přístup,
C – centrální přístup, M – mediální střední patelární přístup,
L – laterální střední patelární přístup

Zdroj: DUNGL, P. a kol. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 1280 s. (s. 1014) ISBN 80-247-0550-8

PŘÍLOHA 2

Škála bolesti (FLACC Scale)

FLACC Scale

	0	1	2
Tvář	Žádný zvláštní výraz nebo smích	Občas grimasy nebo zachmuřenost, nezájem	Časté zachmuření, zatínání čelistí, chvějící se brada
Končetiny	Relaxované v normální poloze	Neklid, tenze	Kopání a protahování končetin
Aktivity	Tiše leží, v normální pozici, pohyby snadné	Kroucení se, otáčení na břicho a záda, tenze	Stáčení se do epistotonu, rigidita, křeče
Křik/pláč	Pláč není přítomný	Sténání, občasné naříkání	Stálý pláč, výkřiky, vzlykání, časté stížnosti
Utišitelnost	Spokojenost, relaxace	Uklidnění po pohlazení, objetí, domluvě	Občasné utišení

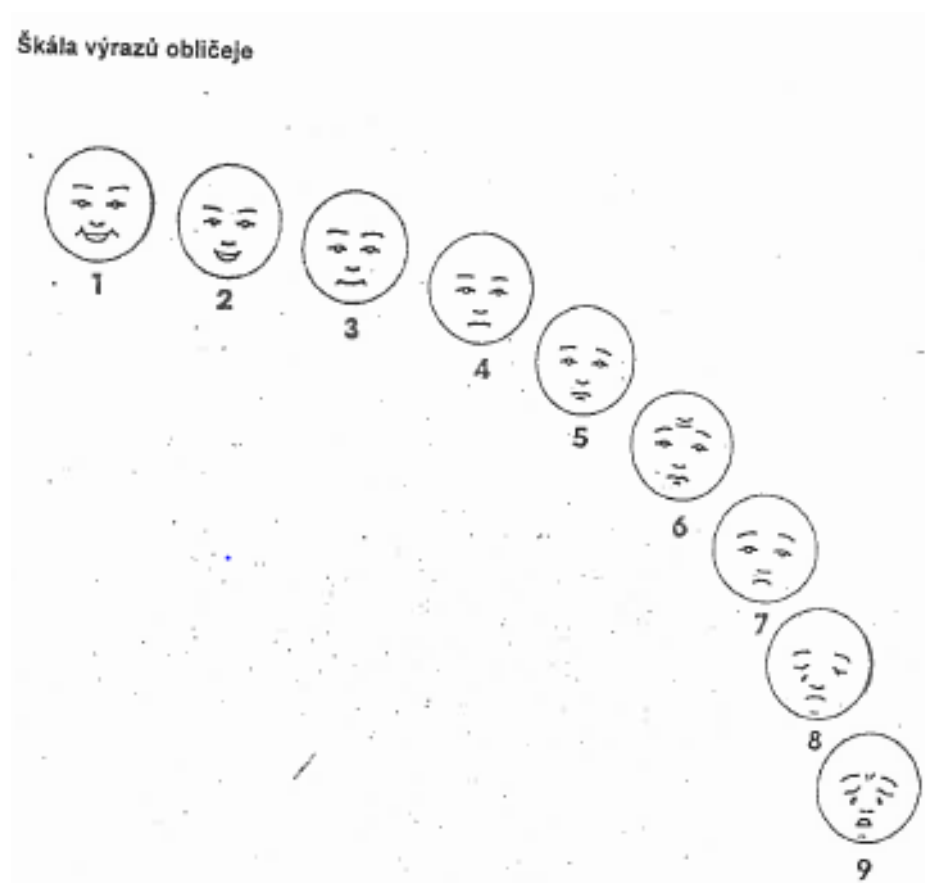
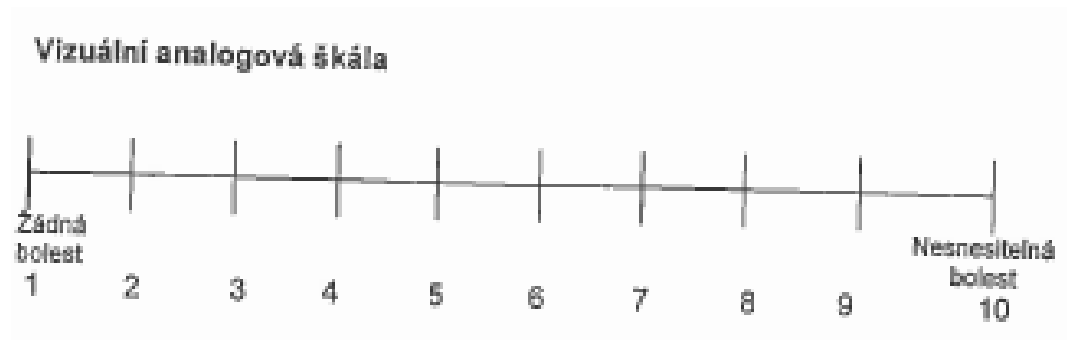
Hodnocení:

- 0 = relaxace a komfort
- 1 – 3 = mírný diskomfort
- 4 – 6 = střední bolest
- 7 – 10 = silná bolest nebo diskomfort nebo obojí

Zdroj: ŠIMKOVÁ, Z. *Standardy ošetrovatelské péče pro pediatrii*. 1. vyd. Nemocnice České Budějovice a. s. 2012. 102s. (s. 96) ISBN 978-80-905041-0-3.

PŘÍLOHA 3

Škály bolesti (vizuální analogová škála, škála výrazů obličeje)



Zdroj: Zdroj: ŠIMKOVÁ, Z. *Standardy ošetrovatelské péče pro pediatrii*. 1. vyd. Nemocnice České Budějovice a. s. 2012. 102 s. (s. 95) ISBN 978-80-905041-0-3.

Charta práv hospitalizovaných dětí

Charta práv hospitalizovaných dětí

- Děti mají být do nemocnice přijímány pouze tehdy, jestliže péče, kterou vyžadují, jim nemůže být stejně dobře poskytnuta doma nebo při denní hospitalizaci.
- Děti v nemocnici mají vždy právo mít u sebe své rodiče nebo jejich zástupce.
- Ubytování by mělo být nabídnuto všem rodičům a ti by měli být podporováni v tom, aby zůstali. Pro rodiče by to nemělo být finanční zátěží a neměli by trpět ztrátou výdělku. Aby se mohl podílet na péči o své dítě, měli by být rodiče trvale informováni o chodu Oddělení a měla by být podporována jejich aktivní účast.
- Děti a jejich rodiče mají právo být informováni způsobem odpovídajícím jejich věku a úrovni chápání. Měla by být učiněna opatření ke zmírnění fyzického a emočního stresu.
- Děti a rodiče mají mít právo na informovanou účast ve všech rozhodnutích týkajících se péče o ně. Každé dítě má být chráněno před zbytečnou léčbou a výzkumem.
- Děti mají být ošetřovány spolu s dětmi, se kterými mají stejné vývojové Potřeby, a nemají být přijímány na oddělení dospělých. Pro návštěvníky Dětských oddělení by neměla platit žádná omezení, pokud se týká věku.
- Děti mají veškeré podmínky ke hrám, odpočinku a vyučování odpovídajícím jejich věku a stavu a mají být v účelném, nábytkem zařízeném a stimulujícím prostředí, které má být vybaveno souladu s jejich potřebami.
- O děti má pečovat personál, jehož vzdělání a zkušenosti mu umožňují reagovat na jejich fyzické, emoční a vývojové potřeby a také na potřeby jejich rodin.
- Kontinuita péče by měla být zajišťována týmem pečujícím o děti.
- S dětmi má být zacházeno s taktem a pochopením a jejich soukromí má být vždy respektováno.

Celé znění i s obrázky najdete na <http://www.detivnemocnici.cz/charter/index.html>.
Modifikovaná Práva hospitalizovaných dětí, která schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 1993, naleznete na: <http://www.mpsv.cz/cs/839>.

Zdroj: PLEVOVÁ, I., Slowik, R. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 256 s. (s. 231) ISBN 978-80-247-2968-8.

PŘÍLOHA 5

Čtrnáct elementárních potřeb podle V. Henderson

1. normální dýchání
2. dostatečný příjem potravy a tekutin
3. vylučování
4. pohyb a udržování vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. udržování fyziologické tělesné teploty
8. udržování upravenosti a čistota těla
9. odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých.
10. komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb obav, názorů
11. vyznávání vlastní víry
12. smysluplná práce
13. hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace
14. učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Zdroj: Pavlíková, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006.160s.
(s. 46) ISBN 978-80-247-1211-6

PŘÍLOHA 6

Otázky pro rozhovor se sestrami

1. Jaký je Váš věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe?
2. Setkáváte se s pacienty přicházející na artroskopii kolenního kloubu?
3. Jaké činnosti provádíte při jejich příjmu?
4. Jaký máte názor na informovanost dětí?
5. Které výkony provádíte při předoperační přípravě?
6. Jaká byste uvedla specifika přípravy dětí před artroskopií?
7. Vnímají děti před výkonem nějaké negativní faktory?
8. Jakou ošetrovatelskou péči provádíte po výkonu?
9. Jak se děti chovají při převazu operační rány?
10. Jak se děti po artroskopii mobilizují, jak mobilizaci zvládají?

(otázka bude položena, pokud ji sestry nezmíní v otázce č. 8)

11. Umožňujete kontakt dítěte s rodinou?
12. Zapojujete rodiče do ošetrovatelské péče? V čem?
13. Odcházejí domů děti informované o následné péči?

Zdroj: vlastní

Název SOP: **Ošetřovatelská péče o dítě před a po artroskopii kolenního kloubu na dětském oddělení**

<i>Charakteristika standardu</i>	Standardní ošetřovatelský postup
<i>Oblast péče</i>	Individualizovaná péče
<i>Cílová skupina pacientů</i>	Děti, u kterých byla indikována artroskopie kolenního kloubu.
<i>Místo použití</i>	Lůžková oddělení nemocnice
<i>Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný</i>	Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., ve znění novely zákona č.105/2011 Sb. Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace, dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění novely zákona č. 105/2011 sb. Fyzioterapeuti, kteří získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., ve znění novely zákona č.105/2011 Sb.
<i>Odpovědnost za realizaci</i>	Vedoucí pracovníci na úseku ošetřovatelské péče
<i>Platnost standardu od:</i>	X. Y. 2012
<i>Frekvence kontroly</i>	1x za dva roky
<i>Revize standardu provedena dne:</i>	
<i>Kontrolu vykoná</i>	Manažer/ka ošetřovatelství (manažer/ka kvality ošetřovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)
<i>Kontaktní osoba</i>	XY, vrchní sestra
<i>Oponenturu provedl</i>	MUDr. XY
<i>Schválil</i> <i>Náměstek pro ošetřovatelskou péči – hlavní sestra</i>	XY

Standardní ošetřovatelský postup:

Ošetřovatelská péče o dítě před a po artroskopii kolenního kloubu na dětském oddělení

Úvod

Artroskopie je endoskopická metoda, která patří mezi základní diagnostické i terapeutické přístupy v diagnostice a následném operačním ošetření kloubních změn a poranění. Dříve byla tato metoda určena pouze pro dospělé, dnes je stále více používána i v pediatričké ortopedii. Výhodou je malá invazivita, menší pooperační bolestivost, rychlejší rekonvalescence. Nejčastěji artroskopovaným kloubem je kolenní kloub. Artroskopicky lze ošetřit skoro všechny nitrokloubní změny v kolenním kloubu. Při artroskopii je nejdříve ověřena diagnóza a nález následně ošetřen.

Indikace a kontraindikace

Indikace k artroskopii kolenního kloubu

- nitrokloubní zánět
- odběr bioptického materiálu
- extrakce volných kloubních tělísek
- ošetření poškozených menisků
- ošetření defektů chrupavek
- rekonstrukce vazů
- nitrokloubní zlomeniny

Kontraindikace k artroskopie kolenního kloubu

- celková infekční onemocnění
- lokální infekce měkkých tkání
- akutní zánět žil
- nedostatečné prokrvení dolní končetiny
- pacient ve špatném celkovém stavu
- drobná poranění kůže

Definice standardu

Ošetrovatelská péče o dítě s artroskopií kolenního kloubu na dětském oddělení je ošetrovatelský proces, který v sobě zahrnuje péči o pacienta před, po artroskopii kolenního kloubu na dětském oddělení.

Cíl standardu

Edukovat pacienta o přípravě na artroskopii, vysvětlit zásady předoperačního a pooperačního režimu a zásady rehabilitace.

Pacient se je dobře informován a cítí se bezpečně po celou dobu hospitalizace.

KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

Na přípravě pacienta se podílejí:

- Všeobecné sestry
- Všeobecné sestry (Bc., Mgr.)
- Diplomované všeobecné sestry (DiS.)
- Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace
- Fyzioterapeut

S2 Pomůcky

- Redonův drén na výměnu
- gelové sáčky na kryoterapii
- francouzské berle ev. motorová dlaha

S3 Dokumentace

- chorobopis pacienta
- podepsané souhlasy s artroskopií
- podepsané souhlasy s anestézií
- ošetrovatelská dokumentace

S4 Prostředí

Artroskopie se provádí na operačním sále ortopedického oddělení. Před a po výkonu je dětský pacient hospitalizován na standardním dětském oddělení. Bezprostřední pooperační péče probíhá na dospávacím pokoji.

KRITÉRIA PROCESU

Ošetrovatelský postup při ošetrovatelské péči u dětí s artroskopií kolenního kloubu.

- **před výkonem**

P1 Sestra zajistí dítěti francouzské hole.

P2 Sestra zajistí fyzioterapeuta, aby s dítětem procvičil chůzi o francouzských holích.

P3 Sestra vysvětlí nutnost odstranění šperků, naličení, odlakování nehtů, vyjmutí kontaktních čoček či brýlí bezprostředně před výkonem.

P4 Sestra v rozsahu svých kompetencí edukuje dítě o plánované artroskopii způsobem přiměřeným jeho věku a chápání.

P5 Sestra zmírňuje obavy dítěte vysvětlováním a komunikací.

P6 Sestra zkontroluje a připraví operační pole (oholení kolena).

P7 Sestra informuje dítě o stravovacím režimu před artroskopií a zajistí jeho dodržování.

P8 Sestra zajistí převoz dítěte na operační sál společně s dokumentací.

P9 Sestra zkontroluje dokumentaci před převozem dítěte.

P10 Sestra zkontroluje identitu dítěte a jeho řádné označení před převozem dítěte.

- **při / během výkonu**

- péči o dítě zajišťuje odborný personál operačního sálu (včetně podání premedikace)

- vše zaznamenáno do dokumentace

- péče končí převozem dítěte na dospávací pokoj

- **po výkonu**

Ošetrovatelské péče na dospávacím pokoji

P11 Sestra sleduje, zaznamenává a zajišťuje jeho základní životní funkce – krevní tlak, puls, dýchání, stav vědomí po 15 minutách, monitoraci FF ukončuje vždy lékař!

P12 Sestra kontroluje Redonův drén.

P13 Sestra zajistí chlazení, předepsanou polohu operované dolní končetiny.

P14 Sestra kontroluje správné prokrvení a inervace operované dolní končetiny.

P15 Sestra tlumí bolest dle ordinace lékaře.

Pokud je dítě bez komplikací, je po dvou hodinách převezeno na standardní oddělení.

Ošetrovatelské péče na standartním oddělení

P16 Sestra si převezme osobně dítě i dokumentaci.

P17 Sestra kontroluje základní životní funkce: krevní tlak, puls, dýchání, stav vědomí dle ordinace lékaře.

P18 Sestra zajistí předepsanou polohu, chlazení operované dolní končetiny.

P19 Sestra kontroluje správné prokrvení, inervaci, otok operované dolní končetiny v intervale určeném lékařem.

P20 Sestra hodnotí bolest dle stupnice bolesti, informuje lékaře a podává léky dle jeho ordinace.

P21 Sestra kontroluje Redonův drén: jeho funkčnost, množství odcházející krve, při větších ztrátách zajistí jeho výměnu, zároveň informuje lékaře a postupuje dle jeho ordinací.

P22 Sestra aplikuje léky v rámci prevence TEN (v případě ordinace lékaře).

P23 Sestra informuje dítě o stravovacím režimu po artroskopii a zajistí jeho dodržování.

P24 Sestra sleduje rovnováhu příjmu a výdeje tekutin.

P25 Sestra monitoruje projevy možných komplikací.

P26 Sestra poučí dítě o možném používání signalizačního zařízení, zajistí jeho dosažitelnost.

P27 Sestra dá dítěti prostor k otázkám, aktivně se dotazuje a komunikuje s dítětem i rodinou.

P28 Sestra zajistí následující den po výkonu vertikalizaci (ev. cvičení na motorové dlaze) za pomoci fyzioterapeuta, spolupracuje s ním.

P29 Sestra asistuje při převazech operační rány.

P30 Sestra umožní dítěti kontakt s rodinou, s kterou komunikuje a zapojuje do ošetrovatelské péče.

P31 Sestra edukuje dítě i rodinu o ošetrovatelské péči, využívá zpětné vazby.

- **záznam do dokumentace**

P32 Sestra zaznamená čas příjezdu na oddělení a stav dítěte při příjezdu.

P33 Sestra zaznamenává sledované životní funkce.

P34 Sestra zaznamenává sledovanou bolest: intenzitu před a po podání analgetik.

P35 Sestra zaznamená kontrolu Redonova drénu: funkčnost, množství odcházející tekutiny.

P36 Sestra zaznamená vzniklé komplikace.

P37 Sestra zaznamená edukaci dítěte nebo rodičů.

P38 Sestra označí každý záznam svým podpisem.

Komplikace

- nefunkční Redonův drén
- příliš velké krevní ztráty Redonovým drénem
- krvácení z operační rány (prosáklé obvazy)
- nauzea či zvracení jako následek anestezie: riziko aspirace

KRITÉRIA VÝSLEDKU

- V1 Dítě zná přípravu a průběh artroskopie.
- V2 Dítě umí používat francouzské berle před artroskopií.
- V3 Dítě má zmírněné obavy pomocí komunikace.
- V4 Dítě má připravené operační pole před výkonem.
- V5 Dítě zná stravovací režim před artroskopií.
- V6 Dítě zná stravovací režim po artroskopii.

Literatura

1. CHALOUPKA, R. a kol. *Vybrané kapitoly z LTV v ortopedii a traumatologii*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-341-4.
2. POUL, J. et al. *Dětská ortopedie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 401 s. ISBN 978-80-7262-622-9.
3. ŠNAJDAUF, J., CVACHOVEC, K., TRČ, T. et al. *Dětská traumatologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 180 s. ISBN 80-7262-152-1.
4. VYHNÁLEK, F., a kol. *Chirurgie I*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 224 s. ISBN 80-7333-005-9.
5. VYTEJČKOVÁ, R., Sedlářová, P., Wirthová, V., Holubová, J. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I / Obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 232 s. + 24 s. barevné přílohy ISBN 978-80-247-3419-04.

Zpracoval

Šestáková Růžena, studentka Zdravotně sociální fakulty, obor Všeobecná sestra

KONTROLNÍ KRITÉRIA K AUDITU

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DÍTĚ PŘED A PO ARTROSKOPII KOLENNÍHO KLOUBU NA DĚTSKÉM ODDĚLENÍ

Pracoviště:

Datum

Auditoři:

Metody auditu:

- Dotaz/otázky pro sestru
- Dotaz/otázky pro klienta, rodinu
- Dotaz/otázky na zaměstnavatele
- Pozorování klienta, sestry
- Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise
- Kontrola pomůcek – pohledem, inventář
- Kontrola prostředí
- Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace - pohledem

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
KRITÉRIA STRUKTURY				
S1	Poskytuje péči kompetentní osoba?	Dotazem na sestru		
S2	Má sestry k dispozici potřebné pomůcky?	Pohledem		
S3	Připravila si sestra potřebnou dokumentaci?	Pohledem		
S4	Poskytuje sestra potřebnou péči ve vhodném prostředí?	Pohledem		

KRITÉRIA PROCESU

P1	Zajistila sestra dítěti francouzské hole?	Pohledem		
P2	Zajistila sestra fyzioterapeuta, aby s dítětem procvičil chůzi o francouzských holích?	Pohledem		
P3	Vysvětlila sestra nutnost odstranění šperků, nalíčení, odlakování nehtů, vyjmutí kontaktních čoček či brýlí bezprostředně před výkonem?	Pohledem		
P4	Edukovala sestra v rozsahu svých kompetencí dítě o plánované artroskopii způsobem přiměřeným jeho věku a chápání?	Pohledem		
P5	Zmírňovala sestra obavy dítěte vysvětlováním a komunikací?	Pohledem		
P6	Zkontrolovala a připravila sestra operační pole (oholila koleno)?	Pohledem		
P7	Informovala sestra dítě o stravovacím režimu před artroskopií a zajistila jeho dodržování?	Pohledem		
P8	Zajistila sestra převoz dítěte na operační sál společně s dokumentací?	Pohledem		
P9	Zkontrolovala sestra dokumentaci před převozem dítěte?	Pohledem		
P10	Zkontrolovala sestra identitu dítěte a jeho řádné označení před převozem dítěte?	Pohledem		
P11	Sledovala, zaznamenávala a zajišťovala sestra základní životní funkce dítěte – krevní tlak, puls, dýchání, stav vědomí po 15 minutách?	Pohledem		

P12	Kontrolovala sestra Redonův drén?	Pohledem		
P13	Zajistila sestra chlazení, předepsanou polohu operované dolní končetiny?	Pohledem		
P14	Kontrolovala sestra správné prokrvení a inervaci operované dolní končetiny?	Pohledem		
P15	Tlumila sestra bolest dle ordinace lékaře?	Pohledem		
P16	Převzala si sestra osobně dítě i dokumentaci?	Pohledem		
P17	Kontrolovala sestra základní životní funkce: krevní tlak, puls, dýchání, stav vědomí dle ordinace lékaře?	Pohledem		
P18	Zajistila sestra předepsanou polohu, chlazení operované dolní končetiny?	Pohledem		
P19	Kontrolovala sestra správné prokrvení, inervaci, otok operované dolní končetiny v intervale určeném lékařem?	Pohledem		
P20	Hodnotila sestra bolest dle stupnice bolesti, informovala lékaře a podávala léky dle jeho ordinace?	Pohledem		
P21	Kontrolovala sestra Redonův drén: jeho funkčnost, množství odcházející krve, zajistila při větších krevních ztrátách jeho výměnu, informovala zároveň lékaře a postupovala dle jeho ordinací?	Pohledem		
P22	Aplikovala sestra léky v rámci prevence TEN (v případě ordinace lékaře)?	Pohledem		

P23	Informovala sestra dítě o stravovacím režimu po artroskopii a zajistila jeho dodržování?	Pohledem		
P24	Sledovala sestra rovnováhu příjmu a výdeje tekutin?	Pohledem		
P25	Monitorovala sestra projevy možných komplikací?	Pohledem		
P26	Poučila sestra dítě o možném používání signalizačního zařízení, zajistila jeho dosažitelnost?	Pohledem		
P27	Dala sestra dítěti prostor k otázkám, dotazovala se a komunikovala aktivně s dítětem i rodinou?	Pohledem		
P28	Zajistila sestra následující den po výkonu vertikalizaci (ev. cvičení na motorové dlaze) za pomoci fyzioterapeuta, spolupracovala s ním?	Pohledem		
P29	Asistovala sestra při převazech operační rány?	Pohledem		
P30	Umožnila sestra dítěti kontakt s rodinou, komunikovala s ní a zapojila ji do ošetrovatelské péče?	Pohledem		
P31	Edukovala sestra dítě i rodinu o ošetrovatelské péči, využívala zpětné vazby?	Pohledem		
P32	Zaznamenala sestra čas příjezdu na oddělení a stav dítěte při příjezdu?	Pohledem do dokumentace		
P33	Zaznamenala sestra sledované životní funkce?	Pohledem do dokumentace		
P34	Zaznamenala sestra sledovanou bolest: intenzitu před a po podání analgetik?	Pohledem do dokumentace		

P35	Zaznamenala sestra kontrolu Redonova drénu: funkčnost, množství odcházející tekutiny?	Pohledem do dokumentace		
P36	Zaznamenala sestra vzniklé komplikace?	Pohledem do dokumentace		
P37	Zaznamenala sestra edukaci dítěte nebo rodičů?	Pohledem do dokumentace		
P38	Označila sestra každý záznam svým podpisem?	Pohledem do dokumentace		
KRITÉRIA VÝSLEDKU				
V1	Zná dítě přípravu a průběh artroskopie?	Dotazem na dítě		
V2	Umí dítě používat francouzské berle před artroskopií?	Dotazem na dítě Pohledem na dítě		
V3	Má dítě zmírněné obavy pomocí komunikace?	Dotazem na dítě		
V4	Má dítě připravené operační pole před výkonem?	Dotazem na dítě Pohledem na dítě		
V5	Zná dítě stravovací režim před artroskopií?	Dotazem na dítě		
V6	Zná dítě stravovací režim po artroskopii?	Dotazem na dítě		