



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Ošetrovatelská péče u dětí s rozštěpovými vadami rtu
a patra**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PEDIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Kateřina Prášková

Vedoucí práce: Mgr. Milena Mágrová

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Ošetrovatelská péče u dětí s rozštěpovými vadami rtu a patra*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů 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 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8.8. 2023

.....

Kateřina Prášková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Mileně Mágrové za odborné vedení a konzultace při zpracovávání bakalářské práce. Velké poděkování patří také mé rodině a blízkým přátelům za pomoc, podporu a trpělivost, kterou se mnou měli nejen při vypracovávání mé bakalářské práce, ale samozřejmě i po celou dobu mého studia. Dále bych ráda poděkovala všem zúčastněným rodičům za jejich ochotu a čas věnovaný odpovědím při vypracovávání výzkumné části mé bakalářské práce.

Ošetrovatelská péče u dětí s rozštěpovými vadami rtu a patra

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí u dětí s rozštěpovými vadami rtu a patra. Výskyt rozštěpových vad se zásluhou moderní prenatalní diagnostiky snížil, ale stále je rozštěp patra a rtu na začátku žebříčku mezi nejčastějšími vrozenými vývojovými vadami.

Práce se dělí na dvě části, teoretickou část a empirickou část. V teoretické části je popsána anatomie a fyziologie oronasální oblasti, prenatalní péče, klasifikace rozštěpů rtu a patra, historie léčby a současná chirurgická léčba, ošetrovatelský proces a multidisciplinární péče.

V této bakalářské práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit ošetrovatelskou péči v oblasti výživy u dětí s rozštěpovou vadou rtu a patra. Druhým cílem bylo zjistit ošetrovatelskou péči po operaci dítěte s rozštěpovou vadou. Posledním třetím cílem bylo zjistit informovanost rodičů o rozštěpové vadě rtu a patra u jejich dětí.

Výzkumné šetření bakalářské práce bylo provedeno kvalitativním výzkumem formou případové studie. Případová studie obsahuje popis situace, popis faktorů, které situaci způsobily, popis použitých postupů a jejich dopady na řešení situace, a zejména vyhodnocení řešení situace, popřípadě návrhy na další opatření. Obsahovou strukturou se staly kazuistiky: charakteristika klienta a jeho výchozí situace. Pro získání těchto informací byla provedena analýza zdravotnické dokumentace, ošetrovatelské dokumentace, sledování dítěte a ošetrovatelského procesu k vytvoření podrobné ošetrovatelské kazuistiky dětí s danou problematikou za pomoci Nanda taxonomie II. Ošetrovatelský plán jsme sestavily na podkladě získaných informací a vytvořily jsme ošetrovatelský plán pro dvě děti s chirurgickou korekcí této vady. Byla provedena kategorizace případové studie. Dle podrobné analýzy ošetrovatelských kazuistik jsme vytvořily kategorie a podkategorie, které podrobně rozebíráme a popisujeme pod jednotlivými schématy. Výzkumné šetření probíhalo na specializovaném pracovišti zaměřeném na léčbu vývojových vad rtu a patra u dětských pacientů. Výzkum probíhal od února do poloviny dubna roku 2023. Pro doplnění informací byl proveden rozhovor

s rodiči dětí s rozštěpovými vadami. Všechny tyto informace, které byly zjištěny, jsou zcela anonymní. Rozhovor obsahoval celkem 23 předem připravených otázek.

Jednotlivé rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon a následně doslovně přepsány do programu Microsoft Word. Poté byla provedena analýza a kategorizace rozhovorů rodičů metodou tužka papír.

Na základě výzkumného šetření vyplynulo, že je péče poskytována individuálně, dle vrozeného defektu v oblasti rtu a patra a rozsahu jeho poškození. Od toho se odvíjí včasnost operační léčby a s tím spojená výživa. Byla provedena podrobná analýza ošetrovatelského procesu a vytvoření ošetrovatelských diagnóz vztahujících se ke konkrétnímu pacientovi s vrozenou vadou v oblasti rtu a patra. Z výzkumu vyplynulo, že se dbá na pečlivou odbornou informovanost rodičů. Přes to, že matky sdělily dostatečnou informovanost, některé vyhledávaly další informace na internetu anebo v letácích od lékaře. Z hlediska ošetrovatelské péče u dětí po operaci, jsou tyto děti hospitalizovány co nejdříve po narození. Tyto časně operace se uskutečňují z důvodu rychlejšího hojení a z psychologického hlediska.

Tato bakalářská práce může být využita v teoretické výuce v ošetrovatelském procesu zaměřeném na chirurgickou problematiku. Dle mého názoru by tato práce mohla být využita i pro rozšíření povědomí o rozštěpových vadách zdravotníků v praxi.

Klíčová slova

Dětská sestra; Dítě; Chirurgická léčba; Ošetrovatelská péče; Oronasální rozštěpová vada; Rodič; Výživa

Nursing care of children with cleft lip and palate

Abstract

This bachelor thesis deals with the nursing care of children with cleft lip defects and palate. The prevalence of cleft defects has decreased thanks to modern prenatal diagnosis, but cleft palate and cleft lip are still at the top of the ranking among the most common congenital developmental defects.

The thesis is divided into two parts, a theoretical part and an empirical part. The theoretical part describes the anatomy and physiology of the oronasal region, prenatal care, classification of cleft lip and palate, history of treatment and current surgical treatment, nursing process and multidisciplinary care.

In this bachelor thesis three objectives were set. The first objective was to determine the nutritional nursing care of children with cleft lip and palate defects. The second objective was to determine the nursing care after surgery for a child with cleft lip and palate defect. The third and final objective was to determine parental awareness of cleft lip and palate defect in their children.

The research investigation of the bachelor thesis was conducted through qualitative research in the form of a case study. The case study includes a description of the situation, a description of the factors that caused the situation, a description of the procedures used and their impact on the resolution of the situation, and in particular an evaluation of the resolution of the situation and, where appropriate, suggestions for further action. The content structure became case studies: the characteristics of the client and his/her initial situation. To obtain this information, an analysis of medical records, nursing documentation, child observation and the nursing process was carried out to create a detailed nursing case history of children with the problem using the Nanda Taxonomy II. Based on the information obtained, we developed a nursing plan for two children with surgical correction of this defect. Categorization of the case study was done. According to the detailed analysis of the nursing case studies, we have created categories and subcategories, which are discussed and described in detail under each scheme. The research investigation was conducted in a specialized unit dedicated to the treatment of developmental defects of the lip and palate in pediatric patients. The research was conducted from February to mid-April 2023. Parents of children with cleft

defects were interviewed to supplement the information. All of this information that was found is completely anonymous. The interview included a total of 23 pre-designed questions.

Individual interviews were recorded on a mobile phone and then transcribed verbatim into Microsoft Word. Then, the parents' interviews were analyzed and categorized using the pencil-paper method.

Based on the research investigation, it was found that care is provided individually, according to the congenital defect in the lip and palate and the extent of its damage. This determines the timeliness of surgical treatment and associated nutrition. A detailed analysis of the nursing process and the creation of nursing diagnoses related to the specific patient with a congenital defect in the lip and palate region was performed. The research revealed that careful professional awareness of the parents was taken care of. Despite the fact that mothers reported sufficient awareness, some sought further information on the internet and/or in leaflets from the doctor. In terms of nursing care for children after surgery, these children are hospitalized as soon as possible after birth. These early surgeries are done for faster healing and from a psychological point of view.

This bachelor thesis can be used in theoretical teaching in nursing process focused on surgical issues. In my opinion, this thesis could also be used to expand the awareness of cleft defects among health care professionals in practice.

Key words

Pediatric nurse; Child; Surgical treatment; Nursing care; Oronasal cleft defect; Parent; Nutrition

Obsah

ÚVOD	10
1 SOUČASNÝ STAV	12
1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ORONASÁLNÍ OBLASTI	12
1.2 PRENATÁLNÍ PÉČE	14
1.2.1 <i>Primární a sekundární prevence</i>	15
1.2.2 <i>Ovlivňující faktory</i>	15
1.2.3 <i>Prenatální diagnostika</i>	16
1.3 ROZŠTĚPOVÉ VADY RTŮ A PATRA	17
1.3.1 <i>Klasifikace rozštěpů rtů a patra</i>	18
1.3.2 <i>Historie léčby rozštěpových vad rtu a patra u dětí v České republice a ve světě</i>	18
1.3.3 <i>Chirurgická léčba v současnosti</i>	20
1.3.3.1 <i>Operační techniky</i>	21
1.3.3.2 <i>Předoperační příprava</i>	22
1.3.3.3 <i>Pooperační péče</i>	23
1.3.4 <i>Ošetrovatelský proces</i>	24
1.3.5 <i>Ošetrovatelský proces v oblasti výživy</i>	25
1.4 MULTIDISCIPLINÁRNÍ PÉČE PO OPERACI	27
1.4.1 <i>Stomatologicko-ortodontická péče</i>	28
1.4.2 <i>Logopedicko-foniatrická péče</i>	28
1.4.3 <i>Psychologická péče</i>	29
1.4.4 <i>Otorhinolaryngologická péče</i>	29
2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
2.1 CÍL PRÁCE	31
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
3 METODIKA	32
3.1 METODIKA VÝZKUMU	32
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	33
3.2.1 <i>Identifikační údaje dětí z případové studie</i>	33
3.2.2 <i>Identifikační údaje rodičů z rozhovorů</i>	34
3.2.3 <i>Identifikační údaje dětí z rozhovorů</i>	34
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	36
4.1 KATEGORIZACE PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ	36
4.2 VÝSLEDKY ROZHovorŮ	41

5	DISKUSE	46
6	ZÁVĚR.....	54
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	56
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	61
9	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK:	93

Úvod

Vrozené vývojové vady (VVV) jsou vrozené odchylky morfologického nebo funkčního charakteru, které mají negativní dopad na kvalitu života dítěte. Rozštěpy rtu a patra se vyskytují v nižším procentu v populaci, ale stále patří mezi nejčastější vrozené vývojové vady. Díky moderním metodám prenatalní diagnostiky lze mnoho vrozených vad odhalit již v průběhu těhotenství, ale bohužel, stoprocentní efektivitu zachytu nelze docílit. Vzhledem k tomu, že se jedná o multifaktoriálně podmíněnou vadu, je prevence jejího vzniku problematická. Pro úspěšnost léčby, která trvá od narození až do dospělosti, je nezbytný multioborový přístup a centralizace péče na specializovaných pracovištích. Na druhou stranu se jedná o chirurgicky dobře korigovatelnou vadu, u které mohou být v péči specializovaných odborníků minimalizovány nejen dopady estetické, ale i funkční dopady na řeč a stav středouší. Díky tomuto mohou vést děti s rozštěpovou vadou plnohodnotný a spokojený život.

Pro mou bakalářskou práci jsem si stanovila tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit ošetrovatelskou péči v oblasti výživy u dětí s rozštěpovou vadou rtu a patra. Druhým cílem bylo zjistit ošetrovatelskou péči po operaci dítěte s rozštěpovou vadou. A posledním třetím cílem bylo zjistit informovanost rodičů o rozštěpové vadě rtu a patra u jejich dětí.

Teoretická část se zaměřuje na anatomii a fyziologii oronasální oblasti, prenatalní péči, klasifikaci rozštěpů rtu a patra, historii léčby těchto rozštěpových vad a chirurgickou léčbu v současnosti. Teoretická část zahrnuje ošetrovatelský proces a multidisciplinární péči po operaci rozštěpů rtu a patra. Výsledkem empirické části je analýza dvou případových studií dětí, které byly hospitalizovány ve specializovaném pracovišti kvůli operačnímu řešení rozštěpové vady rtu a patra. Byla provedena podrobná analýza ošetrovatelského procesu a vytvoření ošetrovatelských diagnóz dle Nanda taxonomie II., vztahujících se ke konkrétnímu pacientovi s vrozenou vadou rozštěpu rtu a obličeje. Pro rozšíření informací je druhou částí výzkumu zjištění informovanosti rodičů z hlediska rozštěpu rtu a patra u jejich dětí. Výsledky rozhovorů byly analyzovány a rozděleny do pěti kategorií a dalších podkategorií, které byly podrobně popsány.

Toto téma jsem si vybrala, protože mi přijde tato problematika zajímavá. Bylo pozoruhodné zjišťovat nové poznatky v léčbě u dětí s rozštěpovými vadami. Díky

včasné diagnostice se tato vada vyskytuje méně a její povědomost i u zdravotníků je menší.

1 Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie oronasální oblasti

Dle Čiháka (2016b) dutina ústní (DÚ), latinsky (lat.) Cavitas oris, začíná štěrbinou ústní a končí zúžením na přechodu do hltanu. Přechod do hltanu nazýváme úžina hltanová (lat. isthmus faucium). Rty (labia oris) a tváře (buccae) vytvářejí ohraničení dutiny ústní. Patro (palatum) tvoří strop dutiny ústní. Dutina ústní se rozděluje na dvě části. První část je oddělena předsíní dutiny ústní (vestibulum oris) pomocí vnější strany zubů a dásní vpředu a zevně. Od zubů a dásní směrem dozadu je druhá část nazvaná vlastní dutina ústní neboli latinsky cavitas oris propria (Příloha 1).

Merkunová et al. (2008) uvádějí, že dutina ústní má mnoho funkcí. Mezi nejzásadnější funkce DÚ patří kousání, žvýkání a polykání. Dále je velmi důležitý polykací reflex, který má každý člověk vyvinutý již od narození.

Dle Čiháka (2016b) rty (labia oris) jsou dvě silné řasy, které kryjí kůži zvenčí a sliznici dutiny ústní. Rty se rozdělují na horní ret (labium superius) a dolní ret (labium inferius), které uzavírají svými okraji horizontální štěrbinu, která se jmenuje ústní štěrbina (rima oris). Na zevních okrajích ústní štěrbině se oba rty spojují jako ústní koutky (anguli oris). Jako hranice horního rtu se označuje dolní okraj nosu a šikmá rýha nosortová, která je podmíněna tahem a z části úponem mimických svalů. Tyto svaly nazýváme zdvihače horního rtu. Přepážka, která je od nosu až k okraji rtu, se nazývá philtrum. Philtrum je oblá svislá vkleslina. Hranice dolního rtu jsou kaudálně vodorovná rýha bradortová (sulcus mentolabialis) (Příloha 2). V ústní předsíni, která se nachází za rty a tvářemi, se nachází vývod příušní žlázy a slinné žlázy (Fiala et al., 2015).

Stavba rtů je stejná jako obecná stavba vrstev trávicí trubice s jediným rozdílem, na zevním povrchu svaloviny je vazivo podkožní a zvenčí je ret kryt kůží. Sliznice rtů je růžová a je kryta dlaždicovým epitelem. Hmatné uzlíčky, které dosahují až ke svalovině, jsou vytvářeny četnými skupinkami slinných žlázek (glandulae labiales), které jsou obsahem podslizničního vaziva. Tenkou pokožkou je kryta kůže rtů, která obsahuje potní a mazové žlázy a také chloupky. Přechodná zóna rtů je zabarvená do červena, protože obsahuje prokrvené papily. Kůže rtů je tenká, nemá pigment a je velmi citlivá. Chloupky a potní žlázy nejsou v kůži přechodní zóny. Zde jsou jen minimálně mazové žlázy. Přechodní zóna rtů je velmi důležitá v novorozeneckém období. U novorozence se totiž mění epitel v zadní části zóny na papily, tato část má sametový

vzhled oproti přední části. Tyto epitely pomáhají novorozencům držet prsní bradavku při kojení (sání). Tyto epitely postupně vymizí a ztratí se ve 2. měsíci života dítěte (Čihák, 2016b).

Kolem stomodea (ústní jamka, rýha) koncem 4. týdne vývoje plodu vzniká horní ret srůstem tří částí (Příloha 3). Tyto části můžeme rozdělit na čelní (nosní) lalok pro horní čelist a dva postranní párové laloky. Hrany, které ohraničují střed horního rtu (philtrum), jsou stopy srůstu. Čelní lalok nebyl vždy tak úzký, původně byl velmi široký (Čihák, 2016b).

Z párových laloků vzniká dolní ret, kdy se spojí ve střední čáře. Na každé straně je štěrbina mezi lalokem dolního rtu a postranním lalokem horního rtu, která v průběhu vývoje z boční strany srůstá. Díky tomuto srůstu nám vznikne tvář (Čihák, 2016b).

Patro (palatum) patří do vlastní dutiny ústní (cavitas oris propria). Dále sem můžeme zařadit zuby, jazyk, patrovou mandli a slinné žlázy úst. (Příloha 4). Dutinu ústní a dutinu nosní rozděluje vodorovná přepážka, která se nazývá patro. Patro můžeme rozdělit na dvě části. První část je tvrdé patro, které je v přední části. Podkladem pro tvrdé patro je tzv. kostěné patro (palatum osseum). Na tvrdém patře můžeme najít nízké řasy, které se postupem věku vyhlazují. Tyto řasy jsou tuhé. Nachází se zde slizniční řasa ve střední čáře dutiny ústní, která vznikla po srůstu patrových plotének pravé a levé strany. Na tvrdé patro navazuje měkké patro (palatum molle), které je v zadní části patra. Základem měkkého patra je vazivová ploténka, ze které začínají svaly měkkého patra a úžiny hltanové. Měkké patro je kryto sliznicí, která je tvořena epitelem, ve kterém se místy nacházejí chuťové pohárky (Čihák, 2016b).

Dle Čiháka (2016a) vývoj patra souvisí s vývojem rtů a tváří, ale také i s vývojem horní čelisti. Z nepárového čelního laloku vzniká podklad pro horní ret a zadní trojúhelníková ploténka. Jejich přední část vytváří čelist pro řezáky a zadní část vytváří primární patro. Primární patro a složka pro čelist vytvářejí mezičelist a úseky sliznice. Od 6. týdne vývoje plodu se v zadní části patra vytvářejí patrové ploténky. V 7. týdnu vývoje plodu se jazyk dostává více dolů, již není mezi ploténkami, a proto mohou ploténky vyklápět své volné okraje nahoru. Sekundární patro vzniká díky srůstu těchto plotének, které dosahují střední čáry. K patru DÚ se připojuje rostoucí nosní přepážka. Ke vzniku rozštěpových vad patra vedou poruchy vzniku sekundárního a primárního patra,

poruchy vodorovnosti patrových plotének a další. Tyto vady mohou vznikat v různých částech vývoje plodu a mohou být v různém rozsahu (Příloha 5).

Nos (nasus) je tvořen zevním nosem, nosní dutinou a vedlejšími nosními dutinami (Fiala et al., 2015). Dutina nosní (cavitas nasi) vzniká spojením dutiny zevního nosu a kostěné dutiny nosní. Od dutiny ústní je oddělena tvrdým patrem (Kachlík, 2018). Kostěná dutina nosní začíná předním vchodem do dutiny nosní a končí vnitřními nozdry, díky kterým se nám otevírá nosní dutina. Dutina nosní je rozdělena na pravou a levou část nosní přepážkou. Dutinu nosní můžeme rozdělit na dvě části. První část je předsíň dutiny nosní (vestibulum nasi). Druhá část se nazývá vlastní dutina nosní (cavitas nasi propria). Tyto dvě části se od sebe liší epitelem a úpravou sliznice. Samotná předsíň dutiny nosní se rozkládá od nozder až pod horní okraj cartilago alaris major (tzv. velká křídlová chrupavka). Vrstevnatý dlaždicový epitel, který má typické uspořádání pro kůži s rohověním a s chloupky, je typický pro předsíň dutiny nosní. V dospělosti vznikají tzv. tuhé chloupky (vibrissae), které jsou důležité v obraně proti vniknutí částic prachu a jiných škodlivin do dutiny nosní. Na pravou a levou část je rozdělena přepážkou vlastní dutiny nosní (Čihák, 2016a).

1.2 Prenatální péče

Dle Otové et al. (2020) se prenatální prevence zaměřuje na sledování zdravotního stavu matky a plodu a včasnou diagnostiku závažných VVV. Slezák (2008) odkazuje ve článku na legislativu České republiky, zákon č. 66/1986 Sb., ze které vyplývá, že matka může požádat do 24. týdne těhotenství o ukončení gravidity z genetických důvodů po prokázání vady nebo stanovení rizika poškození plodu. Základní vyšetření, které žena podstoupí během těhotenství zajišťuje ošetřující gynekolog (Andrésová a Slezáková, 2013).

Mezi prenatální péči můžeme zahrnout anamnézu matky a rodiny, fyzikální vyšetření a laboratorní vyšetření. Všechna tato vyšetření jsou stejná jako u ostatních klinických oborů. Ale pro těhotenství je mnoho vyšetření specifických a nenahraditelných. Mezi tato vyšetření zařazujeme například monitorování intrauterinního stavu plodu nebo také metody prenatální diagnostiky vrozených vývojových vad. Tuto prenatální diagnostiku rozdělujeme na dvě části. První část jsou invazivní metody. Druhou částí jsou neinvazivní metody. Velké riziko poškození nebo ztráty plodu je spojené s invazivním vyšetřením. V dnešní době není žádný jednotný screening pro diagnostiku vrozených

vad. Proto se různé diagnostické metody kombinují. Mezi tyto testy zahrnujeme screening Downova syndromu a screening strukturálních vad plodu. Do těchto vad zařazujeme srdeční vady, rozštěpy a omfalokéla. Invazivní metody prenatalní diagnostiky se používají za pomoci ultrazvuku. Mezi tyto metody patří aminocentéza, punkce pupečníku, odběr vzorků fetálních tkání a placentocentéza, která se v současné době nevyužívá. Genetika je nejčastější indikací k provedení invazivní prenatalní diagnostiky (Roztočil, 2020). Ve své publikaci Cobourne (2012) popsal, že dle dostupných zdrojů prevalence rozštěpů rtů a patra je přibližně 1 ze 700 živě narozených dětí.

1.2.1 Primární a sekundární prevence

Na předcházení nemoci a podporu zdraví se zaměřuje primární prevence. Mezi hlavní odborníky, kteří poskytují primární prevenci, řadíme praktického lékaře a v těhotenství gynekologa. Tito lékaři motivují člověka, aby dodržoval správný životní styl. Součástí primární prevence je také očkování (Národní zdravotnický informační portál, 2022).

Ke vzniku rozštěpových vad obličeje vede více faktorů, které se propojují. Spadá sem genetická predispozice, u které je zvýšené riziko, pokud se tato vada již objevuje v rodinné anamnéze matky nebo otce. Dále je důležité očkování, které může zabránit poškození plodu. V prvním trimestru může těhotná žena onemocnět zarděnkami. Je důležité, aby žena chodila na preventivní prohlídky. Měly by být hlavně dispenzarizovány ženy, které trpí epilepsií a užívají antiepileptika. Žena by měla být informována zejména o složení stravy, o tom, co je zdravé a co nikoliv (Frisová, 2013).

Sekundární prevenci můžeme definovat jako včasný záchyt onemocnění a ovlivňování vzniklého onemocnění. Díky sekundární prevenci můžeme zabránit rozvoji onemocnění nebo jeho komplikacím (Národní zdravotnický informační portál, 2022).

1.2.2 Ovlivňující faktory

Na vzniku rozštěpů rtu a patra se podílejí různé faktory. Do nejčastějších příčin rozštěpových vad zařazujeme vnější vlivy během celého těhotenství nebo právě genetickou dispozici (Frisová, 2013). Mezi vnější vlivy během těhotenství můžeme zařadit onemocnění, infekce matky (například zarděnky, příušnice, toxoplazmóza, diabetes mellitus) a také užívání antiepileptik při epilepsii. Ale patří sem i teratogenní látky, konzumace alkoholu a drog, škodlivé fyzikální vlivy, jako velké množství rentgenového a ionizujícího záření, nebo také nedostatek vitamínů nebo naopak

předávkování vitamínu A (Národní zdravotnický informační portál, 2022). Tyto rozštěpové vady se více vyskytují u chlapců. Na podkladě genetiky je příčina vzniku pouze u 7 % rozštěpů, ale hrají významnou roli (Fiala et al., 2017).

V mnoha případech nelze zjistit spouštěč příčiny vzniku vrozené vady. Proto by se měly těhotné ženy vyhýbat právě těmto příčinám. V prvních týdnech těhotenství je to nejvíce důležité. V 5.-8. týdnu těhotenství mohou vznikat rozštěpy (Peterka a Peterková, 2015). Proto se ženám doporučuje užívání vitamínových preparátů, jako je B-komplex a kyselina listová. Tyto vitamínové preparáty doporučují odborníci užívat již v prvním trimestru. Pokud je těhotenství plánované, je nejlépe začít užívat preparáty již tři měsíce před otěhotněním (Frisová, 2013).

1.2.3 Prenatální diagnostika

Prenatální diagnostiku můžeme rozdělit na neinvazivní a invazivní. Do neinvazivní prenatální diagnostiky zařazujeme ultrazvukový screening (UZ) nebo biochemické vyšetření krve matky (Maříková a Seemanová, 2013). Ženám v těhotenství se dělá tzv. těhotenský screening, do kterého se zahrnuje právě UZ vyšetření břicha těhotné ženy. Toto UZ vyšetření se dělá ve 14. týdnu těhotenství, kdy je možné vidět vadu u plodu. Většina rodičů se o vrozené rozštěpové vadě dozvídá až při druhém standardním ultrazvukovém vyšetření během 20.-22. týdne těhotenství. Rozštěpové vady však nemusí být v prenatálním období diagnostikovány vůbec. Rozštěpová vada je u 40 % případů zjištěna až po porodu. Pod invazivní prenatální diagnostiku řadíme získání buněk plodu za účelem stanovení postižení (Fiala et al., 2017).

Prenatální diagnostika je tedy nejvýznamnější pro snížení počtu dědičných chorob. V prenatální diagnostice nám může pomoci i prekoncepční prevence, která zjišťuje genetickou situaci a rizika v rodině. Míru rizika tato prevence zajišťuje pomocí genealogické studie. Cílem této studie je nalezení a určení typu dědičnosti znaků a rizika opakování vady (Klíma, 2016).

Bohužel, ale v současné době neexistuje žádné univerzální screeningové vyšetření na odhalení 100 % všech vrozených vývojových vad. Proto dnešní medicína využívá kombinaci více druhů diagnostických metod (Hájek et al., 2014).

Rozštěpové vady obličeje nemůžeme diagnostikovat pomocí invazivních metod. Obličejové rozštěpové vady diagnostikujeme pomocí ultrazvuku nebo magnetické

rezonance. Pomocí dvojrozměrného ultrazvukového vyšetření můžeme zjistit rozštěpovou vadu. Nejčastěji je zjištěna okolo 20. týdne těhotenství. V tomto období se u ženy provádí screening vrozených vad plodu. Pokud je vada více rozšířená, na ultrazvuku se to pozná dříve. Úspěšnost poznání rozštěpové vady na ultrazvuku je závislá na poloze plodu, průhlednosti tkání ženy, ale také na zkušenostech lékaře a kvalitě přístroje. Pokud je potvrzena přítomnost rozštěpové vady, rodiče je doporučeno zopakovat ultrazvukové vyšetření ve specializovaných centrech. Zde se provede klasické dvojrozměrné ultrazvukové vyšetření a poté i troj a čtyřrozměrné ultrazvukové vyšetření. Další zpřesnění rozštěpové vady můžeme diagnostikovat pomocí magnetické rezonance. Magnetická rezonance se nejčastěji používá při podezření na výskyt rozštěpové vady nebo při nejasném nálezu na ultrazvuku (Frisová, 2013).

1.3 Rozštěpové vady rtů a patra

Do nejčastějších vrozených vývojových vad můžeme zařadit rozštěpy rtu a patra, které jsou druhé nejčastější (Jakubíková, 2012). Nejčastější vrozené vady jsou vrozené vady končetin. Díky kvalitnější prenatalní screeningové diagnostice se výskyt rozštěpů v České republice snížil. Průměrná incidence je nyní 1,1 na 1000 porodů (Národní zdravotnický informační portál, 2022). Častější výskyt tohoto postižení je více u chlapců než u dívek. Tato vada se spíše objevuje na levé straně, jen ojediněle je tato vada oboustranná (Fiala et al., 2017). Riziko vzniku rozštěpové vady se zvyšuje s věkem matky. Pokud jde o výskyt těchto vývojových vad, je významná i rasa (Národní zdravotnický informační portál, 2022).

Defekty při splývání těchto výběžků se manifestují jako vrozená rozštěpová vada (Čihák, 2016b, s. 17). Rozštěpová vada (neboli nedokonalý srůst) není běžná ve střední čáře, ale je na hranici filtra. Rozštěp rtu se vyskytuje u minimálního počtu porodů. Rozštěpová vada je dědičná, a proto roste riziko vzniku u páru, který již jedno dítě s rozštěpovou vadou má. Mezi nejčastější vrozené rozštěpové vady můžeme zařadit rozštěp rtu (cheiloschisis). Jako těžší stupeň vady můžeme zahrnout rozštěp celého patra (palatoschisis) (Čihák, 2016b).

Největším rizikem pro novorozence s rozštěpovou vadou je zhoršená schopnost sání a polykání, zvýšené riziko aspirace, ale také opakované infekty nosní a ústní dutiny (Klíma, 2016).

1.3.1 Klasifikace rozštěpů rtů a patra

Základní klasifikaci obličejových rozštěpových vad rozdělujeme dle embryologického vývoje obličeje. Klasifikaci rozštěpů dělíme na dva základní typy. První typ je typický a druhý typ je atypický (Měšťák et al., 2015). Do typického typu můžeme zařadit retní, retní a čelistní, patrové izolované a celkové rozštěpy (Jakubíková, 2012). Mezi rozštěpy atypické zapadají příčné, horní střední (nos, horní ret, horní ret s defektem mezičelisti), dolní střední (dolní ret, dolní ret a čelist) a šikmé (ret a tváře, tváře a dolní víčka, patro). Dále můžeme rozštěpové vady rtu a patra rozdělit na přední, zadní a smíšené rozštěpové vady (Fiala et al., 2017).

Měšťák et al. (2015) uvádí ve své literatuře, že mezi rozštěpy typické můžeme zařadit rozštěpy stejné, které spadají do předních rozštěpových vad. Do této skupiny zařazujeme vady, které jsou nejčastějšími rozštěpovými vadami obličeje. Mezi nejčastější rozštěpové vady obličeje patří rozštěp rtu, který je zároveň nejlehčí formou. Rozštěp rtu může být jednostranný nebo oboustranný. Je to malý řez, který sahá od rtu v místě řezáku až k prahu nozdry. Dále sem řadíme rozštěp rtu a čelisti. U této vady může být předsunuta i mezičelist. Nejčastěji tento rozštěp vypadá tak, že je postižena oblast řezáku, kde tento zub může chybět. Celkový rozštěp zařazujeme také do této kategorie. Tento rozštěp je nejtěžší formou rozštěpů této velké skupiny. Postižen je ret, patro i čelist. U všech těchto vad je postižen i nos (Příloha 7). Toto tvrzení potvrzuje ve své literatuře i Jakubíková (2012).

Měšťák et al. (2015) uvádí, že do druhé skupiny patří rozštěpy patra. Jako nejlehčí forma této skupiny je částečný rozštěp měkkého patra. Ale mezi časté formy zařazujeme rozštěp patra se zářezem v zadním okraji patra. Pokud je postiženo měkké i tvrdé patro hovoříme o úplném rozštěpu patra.

Měšťák et al. (2015) ve své literatuře uvádí, že u všech těchto skupin můžeme vidět mikroformy rozštěpů. Do těchto mikroforem zařazujeme například asymetrický pokles nosního křídla, jizvu horního rtu, atypický tvar a postavení řezáků a další.

1.3.2 Historie léčby rozštěpových vad rtu a patra u dětí v České republice a ve světě

Chirurgická oprava patra byla popsána chirurgy v průběhu posledních třech století. Obturátor neboli protéza, výplň byla hlavní součástí léčby v 18. století. Na opravu měkkého a tvrdého patra byla použita odlišná technika. Zatímco již v 17. století byla použita technika oprav na měkké patro, která se soustředila hlavně na normální

produkcí řeči a kompetenci zadní části patra, o 70 let později začala náprava tvrdého patra. Ta se zaměřovala na upřesnění anatomicky správného uzávěru bez napětí a normální růst chrupu a celého obličej (Naidu et al., 2022).

První pokus o léčbu rozštěpu patra provedl Pare, kdy použil stříbrné a zlaté abturity. Technika opravy měkkého patra spočívala v prodloužení patra při současném uzavření defektu. Toto vše se dalo uskutečnit díky popisu měkkého patra. První popis poskytl francouzský zubař Le Monnier v roce 1764, který provedl rekonstrukci patra. Ve dvacátých letech 19. století Von Graefe zdůraznil, že měkké patro je nejdůležitější hlasotvornou strukturou. Po úspěchu Von Graefeho s operací rozštěpových vad v roce 1816 se podařily mnoha dalším chirurgům úspěšné operace. Von Grafe totiž poprvé popsal metodu rekonstrukce patra a o rok později toto bylo publikováno. Tento lékař vyvinul speciální nástroje pro suturu patra. Vše spočívalo v naleptání okrajů rozštěpu kyselinou chlorovodíkovou a tinkturou ze španělských mušek. Při prvních operacích se nehledělo na funkci patra, ale hlavně na přiblížení rozštěpu pomocí silných stehů, aby patro bylo anatomicky správně. Výsledkem těchto operací bylo krátké, nepohyblivé patro, které zhoršovalo řeč (Naidu et al., 2022).

Roku 1820 popsal Roux techniku obříznutí rozštěpové štěrbinu a přiblížení okrajů patra. Toto vše uskutečnil pomocí třech silných voskovaných stehů. U tohoto výkonu pacient seděl a vše bylo provedeno bez anestezie. Pacient nesměl nic jíst a mluvit po dobu 3 dnů po operaci. U tohoto lékaře podstoupil operaci Stephenson, který podrobně popsal tuto problematiku z pohledu pacienta. Stephenson navrhl, aby se tato operace prováděla u dětí až ve 4-6 letech před upevněním chybné řeči. Pan Dieffenbach poprvé úspěšně uzavřel měkké i tvrdé patro a použil uvolňovací nářezy (Dvořák, 2009).

V devadesátých letech 20. století se více rozšířilo prodloužení měkkého patra. Wardill a Kilner zdokonalili techniku oprav tvrdého patra, přes řez zpětným umístěním měkkého patra v nosní sliznici a tím uvolnění řezů směrem dopředu laterálně. Díky této technice vznikl tvar V-Y a tím se zvětšilo patro (Naidu et al., 2022).

Techniku rekonstrukce velofaryngeálního svalového závěsu přeorientováním svalstva měkkého patra ze šikmé na příčnou popsal v roce 1969 Kriens. Toto se mu povedlo bez toho, aby narušil svalstvo související s Eustachovou trubicí. Principy oprav měkkého a tvrdého patra se vzájemně ovlivňovaly a byly upravovány. Důvodem bylo předávání techniky od mentora k praktikantovi (Naidu et al., 2022).

Roku 1912 stanovil Thompson obecnou dobu provádění operace rtu a to ve 2. až 3. měsíci života dítěte. Pare zavedl metodu okrvavení a přiblížení okrajů rtu. Pro nejnižší stupeň rozštěpu rtu vytvořil Rose a Thompson metodu přímé sutury (sešití). Příliš nevýhodný postup vymysleli Mirault, Blair a Brown, kde je principem obloukovitá sutura. Bohužel u této metody býval ret napjatý a asymetrický. Metoda pana Mesuriera jako první zachovává Cupidův oblouk. Zde dojde častěji k vytvoření delšího rtu. principem většiny moderních metod je metoda podle pana Millarda jn. Tato metoda je vhodná pro malé a neúplné rozštěpy. Po této operaci jsou jizvy pěkné a zvedá se zde práh nozdry (Dvořák, 2009).

1.3.3 Chirurgická léčba v současnosti

Roku 2005 se poprvé uskutečnila neonatální sutura rtu, kterou realizovala MUDr. Vokurková, Ph.D.. Tato operace se vykonala na oddělení v Brně (Malá a Součková, 2014).

Rozštěp rtu se operuje pomocí sešití kůže, sliznice a svaloviny tohoto rtu. Při této operaci se operuje i nosní spodina a uzavírá se také rozštěp čelisti. Autoři uvádějí ve svých publikacích, že se první operuje rozštěp rtu a až později rozštěp patra. Cílem těchto operací je rekonstrukce všech tkání, kde je rozštěp rtu, a zachování fyziologické podoby rtu. Termín operace je pro každé pracoviště jiný. Každá nemocnice si určí dobu a čas dané operace. Operace rtu však musí být provedena do 6. měsíce věku dítěte. Samozřejmě je nejlepší operovat co nejdříve po narození. U oboustranných rozštěpů rtu je nutné zařídit operaci co nejdříve kvůli možnému posunutí mezičelisti (Měšťák et al., 2015).

Většina plastických chirurgů upřednostňuje operaci v novorozeneckém věku. Nejčastěji se tato operace provádí již v prvním týdnu života novorozence. Tato brzká operace má dva důvody. Prvním důvodem je vytvoření jemných a nenápadných jizev po rozštěpu rtu. Druhým důvodem je psychologické hledisko. Frustrace nebo také již deprese jsou procentově nižší u rodičů dětí, které podstoupily operaci již v prvním týdnu života. Tato operace je důležitá i kvůli snadnější výživě dítěte (Měšťák et al., 2015).

V současné době je chirurgická léčba na vysoké úrovni. Díky této chirurgické léčbě nemusíme na člověku vůbec poznat, že v dřívější době nějaký rozštěp měl. Jedním z pokračujících problémů je rekonstrukce deformity nosu. Zde již nezáleží na velikosti postižení a času operace (Měšťák et al., 2015).

U rozštěpu patra je hlavním cílem uzavření měkkého a tvrdého patra proti nosní dutině. U operace rozštěpu patra není tolik důležitá včasná operace. Musíme zde vzít hlavně v potaz foniatrické požadavky a vývoj čelisti (Měšťák et al., 2015).

Záslouhou moderní medicíny mohou lidé s rozštěpovými vadami žít kvalitní život. Jizvy po operacích jsou méně viditelné (Malá a Součková, 2014).

1.3.3.1 Operační techniky

O první operaci se zasloužil akademik Burian. Od této doby se chirurgické operační techniky zdokonalily. Burian má svá specifika, která se odlišují od ostatních dětských chirurgů (Kuklík, 2013). V minulosti se operace posunovaly až na pozdější dobu, dnes se operují novorozenci hned po narození. Existuje několik technik využívajících se pro rekonstrukci rtu. Každý chirurg má možnost zvolit techniku, která bude v konečném výsledku nejefektivnější. Základem plasticko-chirurgické operace rozštěpu rtu je vždy technika založená na tzv. Z plastice. Tento typ techniky slouží k obnovení délky rtu. Vždy je nejdůležitější, aby se při sutuře (sešití) dbalo na správnou rekonstrukci spojitosti mimických svalů. Millardova rotačně-posuvná metoda je nejpoužívanější metodou u operace rozštěpu rtu a patra. Pokaždé když je vynalezena nová metoda, se tato metoda srovnává s touto Millardovou rotačně-posuvnou metodou (Dvořák, 2009).

Dvořák (2009) uvádí, že v současné době mezi nejvíce používané metody zařazujeme přímou suturu rtu pro korekci mikroforem rozštěpu a také metodu trojúhelníkovitého lalůčku podle Tennison-Randala. Mezi nejmodernější techniky sešití rtu patří Noordhoffova modifikace Millardova rotačně-posuvného laloku, Mohlerova modifikace Millardovy operace s umístněním back-sutu rotace na kořen kožní části nosní přepážky a poslední Delairova metoda rekonstrukce horního rtu (Příloha 8).

Každý přístup k operaci rozštěpu je individuální. Je dán vývojem artikulace u dětí, nikoli věkem. Nejčastěji operované období je mezi 9.-12. měsícem věku dítěte. Maximální hranicí pro operaci rozštěpu patra jsou 2 roky. Pozdější operace vede k řečovým vadám, které se špatně odstraňují. Před výběrem techniky pro operaci rozštěpu patra jsou důležité dva faktory. První faktor je Rossovo devatero kraniálního růstu (Příloha 9). Patologicko-anatomické poměry svalů měkkého patra se svislým průběhem svalových snopců a s náhradními úpony k zadnímu okraji kostěného patra a k okraji rozštěpu jsou druhým faktorem. Mezi nejčastější operační techniky operace

rozštěpu patra patří tři základní postupy. První upravená Langenbeckova technika, druhá dvojlaloková plastika podle Bardacha a třetí, poslední technika se jmenuje Furlowova dvojitá reverzní Z-plastika. Není mezi nimi velký rozdíl, výběr záleží na dětském chirurgovi (Dvořák, 2009).

1.3.3.2 Předoperační příprava

U rozštěpu patra spojeného s rozštěpem rtu se obvykle ret lepí od jednoho týdne života až do operace. Toto pomáhá zmenšit velikost štěrbiny a zlepšit symetrii (Phalke a Goldman, 2022).

Pooperačním komplikacím lze zabránit podrobným předoperačním vyšetřením. Předoperační vyšetření se dělí na tři části. První část je dlouhodobé předoperační vyšetření, druhá část krátkodobé předoperační vyšetření a poslední třetí část je bezprostřední předoperační vyšetření. Do dlouhodobého předoperačního vyšetření spadá interní vyšetření pacienta, které nesmí být starší než dva týdny. Do tohoto vyšetření zahrnujeme fyzikální vyšetření, jako je pohled, poklep a pohmat; změření fyziologických funkcí, screeningové vyšetření moči, kde se vyšetřuje moč + sediment; screeningové vyšetření krve, do kterého spadají odběry krve na krevní obraz, základní biochemie, krevní skupina a Rh faktor, Quickův test. Dále rozhodne lékař o možném rozšíření předoperačního vyšetření dle stavu pacienta (Slezáková et al., 2019).

Pouze dvacetčtyři hodin platí krátkodobé předoperační vyšetření. Do tohoto vyšetření zařazujeme fyzickou přípravu, která se rozděluje na několik kategorií. Do těchto kategorií zařazujeme výživu a tekutiny, kde platí že každý člověk musí být lačný šest až osm hodin před operací; dále hygienickou péči; přípravu operačního pole; spánek a odpočinek a prevenci tromboembolické nemoci (Slezáková et al., 2019). U dětí je velmi důležité dodržet lačnění před výkonem, ale také udržet dostatečnou hydrataci dítěte. U dětí do šesti měsíců, které jsou kojené nebo na umělém mléce, se doporučuje lačnění 4 hodiny před začátkem anestezie. A také u těchto dětí můžeme podávat slazené tekutiny maximálně do dvou hodin před začátkem operace. U dětí od šesti měsíců do 3 let věku se doba lačnění prodlužuje. Tyto děti mohou začít lačnit až šest hodin před začátkem anestezie a tekutiny mohou pozít do třech hodin před operací. U dětí, které jsou již starší tři let, zajišťujeme lačnění šest až osm hodin před operací. Ale i u těchto dětí stále platí podávání tekutin do třech hodin před anestezii (Fedora, 2012). Dále do krátkodobého vyšetření spadá anesteziologická příprava a psychická

příprava pacienta (Slezáková et al., 2019). Rekonstrukce rtu a patra představuje náročnou část pracovní náplně také pro anesteziologa. Proto anesteziolog, který bude přítomen u operace, musí provést u dítěte předoperační anesteziologické vyšetření minimálně den před naplánovanou operací. Tento anesteziolog musí zhodnotit jak fyzický, tak psychický stav dětského pacienta, naordinovat medikaci před operací a během operace (Fedora, 2012).

Poslední část je bezprostřední předoperační příprava, která zahrnuje dvě hodiny před operací. Tato část obsahuje kontrolu dokumentace, kontrolu operačního pole, lačnění, vyprázdnění a další (Slezáková et al., 2019).

1.3.3.3 Pooperační péče

Novorozenec s rozštěpovou vadou má od narození specifickou péči. Důvodem specifické péče je to, že má například narušený příjem potravy a hrozí aspirace, nevytvoří se sací reflex a je narušené celé polykání (Kejklíčková, 2016).

Děti, které podstoupí rekonstrukci rtu, jsou během celé operace zajištěny endotracheální intubací. Pokud je novorozenec zralý a udrží sám správnou tělesnou teplotu, můžeme novorozence extubovat již na sále. Toto pravidlo platí i u starších dětí, které podstoupí stejný operační výkon. Pokud ale tyto děti mají problémy s dýcháním, například apnoické pauzy nebo jiné komplikace, jsou tyto intubované děti převezeny na JIP (Fedora, 2012).

Po operaci jsou děti převezeny na jednotku intenzivní péče (JIP). Zde se dítěti podávají analgetika, antibiotika a léky proti krvácení. Po operaci rozštěpu rtu a patra je možné dítěti promazávat rty bílou vazelínou nebo oční mastí Septonex (Vokurková, 2022). Na standardní oddělení se novorozenec vrací druhý den po operaci, pokud nemá žádné komplikace. Mezi komplikace řadíme zvracení, zvýšené krvácení, nepřijímání stravy a další (Malá et al., 2014). Dále mezi pooperační komplikace můžeme zařadit krvácení z rány, rannou infekci anebo dehiscenci rány, která vzniká proříznutím nebo uvolněním stehů (Libová et al., 2019). Dále mohou být u dítěte změny v dýchacích cestách, lékaři to srovnávají s chrápáním. U dítěte se může objevit zvýšené vytékání růžově zbarvených slin od krve, v některých případech může téct krev i z nosu. První dny po operaci mohou být děti plačtivé a nespokojené, ale brzy si dítě zvykne na nové prostředí, které vzniklo v ústech po operaci rozštěpu (Vokurková, 2022). Z hlediska výživy jsou novorozenci krmeni odstříkávaným mlékem z lahvičky, ve výjimečných

případech se stává, že se novorozenci krmí nazogastrickou sondou (NGS). Pokud nedojde k žádné zdravotní komplikaci a dítě stravu toleruje, hospitalizace trvá přibližně jeden týden (Malá et al., 2014).

První týden po operaci mají děti rýmu. Z důvodu hojení rány na sliznicích vzniká zvýšená produkce hlenu v nose. Proto jsou rodiče edukováni o neodsávání hlenu. Je ale možné podávat dětem nosní sprej jako je Vincentka nebo mořská voda, aby se v nose zvýšila vlhkost (Vokurková, 2022).

1.3.4 Ošetrovatelský proces

V současné době existuje několik definic ošetrovatelského procesu. *Jejich společným jmenovatelem je systémový komplexní výkon ošetrovatelské činnosti s důrazem co nejvíce přihlížet k individuálním potřebám ošetrovaného, řešit jeho problémy a předcházet jim* (Tóthová, 2014, s. 16). Ošetrovatelský proces se skládá z několika naplánovaných činností a tyto činnosti jsou důležité pro dosažení určitého výsledku. Cílem ošetrovatelského procesu je změna zdravotního stavu nemocného. Vše se musí naplánovat individuálně na každého pacienta (Tóthová, 2014). Do tohoto procesu se snažíme zapojovat co nejvíce pacienta i jeho rodinu. Se spoluprací pacienta a rodiny se snažíme zajišťovat ošetrovatelskou péči (Libová et al., 2019). Ošetrovatelský proces rozdělujeme do 5 fází. Mezi tyto fáze zařazujeme zhodnocení/posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení. V první fázi, zhodnocení/posuzování, zjišťujeme dostatek informací o pacientovi, hodnotíme jeho celkový zdravotní stav a hledáme patologické procesy a rizika, která mohou ovlivnit pacientův zdravotní stav. Diagnostika je druhá fáze procesu. V této fázi má sestra za úkol zhodnotit všechny informace, které získala o pacientovi. Sestra musí stanovit již existující a možné problémy. Třetí fáze obsahuje fázi plánování. Sestra společně s pacientem určí čtyři kroky, které mohou naplánovat ošetrovatelský proces. Rozdělují problémy na ty, které se musí řešit ihned, dále na ty, které můžeme vyřešit později. Dále na problémy, na které se musí sestra soustředit. A poslední na problémy, s kterými potřebuje multidisciplinární pomoc. V této fázi tedy sestra stanoví cíle a očekávané výsledky od pacienta za určitou dobu. Předposlední fází je realizace. V této fázi realizujeme plán péče. Před vykonáním této činnosti musí sestra znovu posoudit stav pacienta, zda se nic nezměnilo. Sestra musí v této fázi realizace sledovat pacientovy reakce na poskytovaný výkon. Vše musí sestra zaznamenat do dokumentace pacienta. Poslední fáze se nazývá

vyhodnocení. V této fázi sestra hodnotí, zda došlo ke splnění všech cílů (Tóthová, 2014).

Ošetrovatelský proces má pozitivní význam pro pacienta i pro sestru. Mezi pozitiva, která se vztahují na pacienta, patří kvalitní a plánovaná péče, která je zaměřena na celkové uspokojení všech potřeb nemocného, návaznost a kontinuita péče, která je dostupná pro všechny osoby zajišťující péči o pacienta. Dalším pozitivem je účast pacienta na péči. Mezi pozitiva ošetrovatelského procesu pro sestru patří systematické a důsledné ošetrovatelské vzdělání, odborný růst, vyhnutí se rozporu se zákonem, splnění ošetrovatelských norem a norem akreditovaných pracovišť (Tóthová, 2014).

Dále do ošetrovatelského procesu zařazujeme ošetrovatelské diagnózy týkající se onemocnění pacienta. Děti s rozštěpovou vadou může postihnout několik komplikací, které se dělí do jednotlivých domén, které zahrnují ošetrovatelské diagnózy. Mezi tyto diagnózy můžeme zařadit intoleranci aktivity (00092) a nedostatek spánku (00096). Obě tyto diagnózy můžeme zařadit do čtvrté domény: aktivita a odpočinek. Dále sem řadíme diagnózu dezorientované chování kojence (00116), která je z deváté domény: zvládání zátěže/tolerance stresu. Riziko krvácení (00206), riziko infekce (00004), riziko pádu (00155), riziko poškození (00035), narušená integrita kůže (00046) a riziko opožděného pooperačního zotavení (00246) řadíme do domény jedenáct: bezpečnost/ochrana. Dále se mohou ošetrovatelské diagnózy týkat celé rodiny. Proto sem můžeme zařadit tyto diagnózy beznadějí (00124), která spadá do domény šest: sebepojetí, nadměrná zátěž v roli pečovatele (00061), riziko nadměrné zátěže v roli pečovatele (00062), přerušené procesy v rodině (00060), které řadíme do domény sedm: vztah mezi rolemi, a mnoho dalších (Herdman a Kamitsuru, 2020).

1.3.5 Ošetrovatelský proces v oblasti výživy

Za nejvyšší kvalitu ošetrovatelské péče zodpovídá vždy sestra a celý multidisciplinární tým. Kompetentnost a znalosti sestry jsou velmi důležité při poskytování péče pacientům. Práce dětské sestry zahrnuje několik kategorií. Do těchto kategorií například spadá podpora kojení a řešení zvláštních potřeb novorozence. Dětská sestra má několik funkcí, jako například pečovatelka, učitelka, spolupracovnice a výzkumník (McKinney et al., 2021). Sestra má velmi důležitou roli v oblasti komunikace s rodinou. Onemocnění nezasahuje jen samotného pacienta, ale také jeho rodinu a blízké (Bednařík a Andrášiová, 2020).

Podstatným problémem, který se vyskytuje u dětí s rozštěpovými vadami, je oblast výživy. Sání se vyvíjí již v prenatálním růstu plodu, a to od 28. týdne až do 34. týdne. Princip vlastního mechanismu sání spočívá v obklopení bradavky nebo dudlíku od lahvičky rty dítěte. Tímto zde vznikne neprodyšné místo, kde neuniká vzduch. Díky tomuto neprodyšnému místu může novorozenec sát mléko. Novorozenec, který má rozštěpovou vadu, tento mechanismus nemá. Dítě kvůli otevřenému prostoru mezi nosem a ústy nemůže vytvořit příslušný intraorální tlak. Hrozí zde riziko aspirace. Některé novorozence jde krmit pomocí speciální kojenecké lahve. Krmení lahví se více využívá u dětí s rozštěpem rtu. U dětí s rozštěpem patra je možnost krmení lahví, ale musí zde být kontrola a asistence. U těchto dětí můžeme využít například masáže prsa pro uvolnění mléka. Vždy je nutné kontrolovat váhové přírůstky, zda novorozencům mateřské mléko stačí (Dvořák, 2009).

Krmení pomocí lahve je pro novorozence méně náročné. Dítě je krmeno mateřským mlékem, ohřátým ve vodní lázni na teplotu těla 37°C. Existuje několik typů lahví. Habermanova savička využívá lahev s prodlouženým kompresivním dudlíkem. U této lahve můžeme průtok mléka nastavit zalomením dudlíku. Výhodou je, že stlačením dudlíku se znemožní navrácení mléka zpět do lahve. Jako další lahev je Pigeon Cleft Palate Nurser, která má široký dudlík. Tento dudlík je na jedné straně velmi ohebný a na straně druhé tuhý. Dále existuje stlačená lahev se speciálním dudlíkem se nazývá CLP Nurser (Cleft Lip and Palate). Tato lahvička umožní redukovat průtok mléka dudlíkem během krmení. Vždy musíme sledovat množství mléka, aby nebylo dítě přehlcené. Dále můžeme využívat jiné alternativní pomůcky jako je například lžička, kapátka, stříkačky a další (Dvořák, 2009).

Jednou ze zásad pro správné krmení je poloha dítěte. Novorozenec by měl být, co nejvíce ve vzpřímené poloze. Důvodem je nadměrné polykání v souvislosti s rozštěpovou vadou, projevující se zvracením, blinkáním s vysokým rizikem aspirace. Jako u každého novorozence je nutné nechat dítě odříhnout. Výjimkou u dětí s rozštěpem je, že na závěr celého krmení se jim dá pár lžic vody nebo čaje, aby se celý rozštěp opláchnul (Dvořák, 2009).

Způsob výživy se velmi mění od jednoho roku života. Stále je důležitá kontrola rodičů nad dítětem. Nejdůležitější je vést děti ke správné výživě a vhodným stravovacím návykům (Raymond and Morrow, 2021). Od batolecího období až do předškolního

věku tyto děti ztrácejí zájem o jídlo. Dětem bychom neměli nutit jídlo, ale stále ho nabízet. Tyto děti by měly jíst 5x denně a strava by měla být velmi pestrá. Tyto děti jsou již po operaci rozštěpové vady, proto by neměly mít žádný problém s potravou. U těchto dětí pokračujeme stejně jako u dětí bez rozštěpové vady. Děti by měly mít vhodné prostředí ke stolování. Nejprve začínáme potravu dávat do misky a poté přecházíme na hluboký a mělký talíř. Nejdříve dítě učíme s lžící a poté s příborem. Během jídla vždy nabízíme dítěti tekutiny. Riziko aspirace hrozí u dětí do 4 let (Sedlářová, 2008).

Strava školních dětí se již musí přizpůsobit dennímu režimu dítěte. Stavba stravy a potřeba živin a energie se čím dál více blíží k jídelníčku dospělých. Jako v předchozích obdobích je stále důležité udržovat dostatečnou pestrost stravy a dostatek tekutin (Klíma, 2016). Pitný režim je velmi důležitý, protože šedesát procent lidské hmotnosti představuje voda. Mnoho onemocnění a komplikací může být spjato právě s nedostatkem tekutin. Do této kategorie spadá například zmatenost, únava, močové kameny a další (Kapounová, 2020).

Rozštěpy rtu a patra jsou spojeny s velkým množstvím různých komplikací. V oblasti výživy je jich již několik a můžeme je rozdělit do ošetrovatelských diagnóz dle taxonomie NANDA II. Tyto děti jsou ohroženy rizikem aspirace (00105), neefektivním vzorcem krmení kojence (00107), přerušením kojení (00105), sníženým objemem tekutin (00027), u větších dětí s deficitem sebezpečí při stravování (00102) a také rizikem nevyváženého objemu tekutin (00025) (Herdman a Kamitsuru, 2020).

1.4 Multidisciplinární péče po operaci

Ve většině případů se děti narozené s rozštěpovou vadou posílají do specializovaných pracovišť. V současném období se tato problematika řeší ve specializovaných centrech v Praze a v Brně. Péče o pacienta s rozštěpem rtu a patra je multidisciplinární, systematická a dlouhodobá. V České republice je plastický chirurg tým, kdo je hlavní koordinátor celé léčby (Fiala et al., 2017). Mezi další členy multidisciplinárního týmu patří dětský anesteziolog, neonatolog, pediatr, otorinolaryngolog a foniatr, ortodontista, logoped, genetik a také psycholog (Pražský, 2014). Nejvíce multidisciplinární péči potřebuje dítě do prvního roku života, ale i nadále zůstává sledováno až do dospělosti (Malá et al., 2014).

1.4.1 Stomatologicko-ortodontická péče

Stomatologie je lékařský obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou dutiny ústní (zubů, dásní a sliznic) a orgánů, jež k dutině ústní patří (slinné žlázy, mízní uzliny, skelet obličeje) (Slezáková et al., 2016, s. 29).

Ortodoncie (čelistní ortopedie) – zabývá se diagnostikou, léčením a prevencí odchylek postavení zubů, čelistí; ortodontické anomálie se projevují souborem poruch, jež způsobují např. změny vzhledu, poruchy v příjmu potravy a ztíženou komunikaci; mohou postihovat postavení jednotlivých zubů, zubní skupiny, vztah zubních oblouků a velikost a vztah čelistí; tyto anomálie vyžadují dlouhodobou ortodontickou léčbu (Slezáková et al., 2016, s. 29).

Operace rozštěpu rtu nebo patra mají velký vliv na rozvoj a růst čelisti (Borský et al., 2012). Proto se rozštěpy horního rtu operují co nejdříve to jde. Ve většině případů se operace uskuteční v prvním týdnu života nebo v půl roce života. Rozštěpy patra se operativně řeší až déle (Dvořák, 2009). Další operace jsou závislé na typu vady a spočívají v úpravě vad nosu, v úpravě pooperačních jizev a oronazálních komunikací a mezičelistních deformit (Weber, 2012). Stomatologická péče hraje důležitou roli v celkové léčbě. Důležité je dávat pozor na prevenci kazu, která je u dětí s rozštěpovými vadami častější než u jiných ortodontických anomálií a obličejových deformit (Mazánek, 2018). Děti s rozštěpem mají větší tendenci k těmto problémům. Pokud se tato péče nedodrží může negativně ovlivnit léčebné postupy a celkový výsledek komplexní léčby. Cílem ortodontické léčby je pečovat o postavení všech zubů a celkový vývoj čelisti již od narození do dospělosti. Chirurgicky se upravuje skus a mezičelistní vztahy (Pokorná, 2017).

1.4.2 Logopedicko-foniatrická péče

Pomocí čtyř základních komunikačních parametrů dosáhneme u dítěte správné řeči a normálního jazykového vývoje. Mezi tyto parametry spadají rezonance, artikulace, fonance a jazykový rozvoj (Dvořák, 2009).

V předškolním věku je možná sekundární operace rtu, nosu i patra. Děti po operaci rozštěpů mohou trpět poruchami velofaryngeálního uzávěru. Proto mohou trpět hypernazalitou, která se objevuje v řeči, a špatnou artikulací. Hypernazalitu vysvětlujeme tak, že děti mluví tzv. přes nos, huhňají, mají poruchu výslovnosti a obtížně srozumitelnou řeč. Také se jí říká palatolálie. Toto můžeme vyšetřit pomocí

endoskopické kamery, která je zavedena přes nosní dutinu, kde je možné pozorovat pohyb měkkého patra během mluvení. Stupeň palatolálie závisí na stupni rozštěpové vady, také na postižení čelisti a chrupu a dalších komplikacích (Fiala et al., 2017).

V léčbě poruch řeči je nutná spolupráce mezi logopedem, foniatrem, ušním lékařem a rodiči dítěte (Hahn, 2018). Jako první úkol mají rodiče navádět dítě k rozvoji řeči. Jako například napodobování zvuků, masáže patra, cvičení obličejové mimiky a různá cvičení, například foukání do míčků (Pokorná, 2017).

Hned jak je dítě po operaci schopné spolupracovat, je čas pro individuální logopedickou léčbu. Tato léčba je nutná u 50-80 % dětí. Léčba je zahájena učením výslovnosti samohlásek. Pokud děti tuto úroveň zvládnou, pokračuje se na cvičení hlásek pomocí rtů, zubů, patra a jazyka. Tyto návštěvy pokračují minimálně do 2-3 let věku dítěte, kdy následně foniatr posoudí stav patrového uzávěru a doporučí s chirurgem možnou korekční operaci. Do šesti let věku by se mělo docílit správné řeči (Pokorná, 2017).

1.4.3 Psychologická péče

Psychologická péče musí být zajištěna, jak v budoucnu pro pacienta, tak i pro rodiče. Pro rodiče novorozence je tato pomoc důležitá již od porodu. Pokud je diagnóza stanovena již v těhotenství pomocí UZ, je možné využít psychologickou pomoc již v tomto období. Psychologická pomoc je velmi důležitá v budoucnu pro snadné zapojení pacienta do společnosti (Dvořák, 2009).

Velmi důležitá je také psychologická péče před samotnou operací rozštěpové vady. Psychologická příprava je důležitá u každého člověka nezávisle na věku jedince. U dětí je tato příprava velmi důležitá. Je velmi důležité, aby se zamezilo psychické deprivaci u dětí. Proto se každý zdravotník snaží co nejvíce zajistit přítomnost rodiče u dítěte (Fedora, 2012).

1.4.4 Otorhinolaryngologická péče

V prvním roce života je dítě sledováno u rhinolaryngologa. Důvodem této dispenzarizace je vyšší výskyt opakujících se zánětů středního ucha (Fiala et al., 2017). Zánět středního ucha se dále dělí dle délky zánětu, dle výpotku a přítomnosti dalších možných příznaků, jako je například bolest a horečka (Dvořák, 2009). K horečkám a intenzivní, pulzující bolesti se také mohou přidat bolesti břicha (Mixa et al., 2017). Záněty středního ucha léčíme pomocí antibiotik. Dle příznaků zařazujeme k antibiotické

medikaci také analgetika a antipyretika. Dále pro tyto děti je vhodné naordinovat nosní kapky ke snížení otoku sliznice (Nováková, 2011). Pokud antibiotika ani nosní kapky jsou neúspěšné, přistupuje se k paracentéze (Kuchynková, 2015). Paracentéza znamená propíchnutí bubínku, čímž dojde k uvolnění tlaku z nadbytečného sekretu (Nováková, 2011). Z důvodu častých zánětů středního ucha může hrozit u jedinců nedoslýchavost. Tyto kontroly jsou doporučovány i tehdy, pokud děti žádné problémy nemají. Pokud problémy pokračují, řeší se to zavedením ventilačních trubiček do bubínku. Otorhinolaryngologický lékař také sleduje děti v kojeneckém věku kvůli možnému výskytu obstrukční spánkové apnoe nebo může provést výměnu ventilačních trubiček (Fiala et al., 2017).

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit ošetrovatelskou péči v oblasti výživy dítěte s rozštěpovou vadou rtu a patra bezprostředně po narození.

Cíl 2: Zjistit ošetrovatelskou péči po operaci dítěte s rozštěpovou vadou rtu a patra.

Cíl 3: Zjistit informovanost rodičů o rozštěpové vadě rtu a patra u jejich narozeného dítěte.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaká je péče v oblasti výživy u dětí s vývojovými vadami rtu a patra?

Výzkumná otázka 2: Jaká je péče po operaci u dětí s vývojovými vadami rtu a patra?

Výzkumná otázka 3: Jakým způsobem a do jaké míry jsou informováni rodiče dítěte s rozštěpovou vadou rtu a patra?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část mé bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelská péče u dětí s rozštěpovými vadami rtu a patra“ byla zpracována kvalitativní formou výzkumu. Jako zdroj informací jsme analyzovaly lékařskou a ošetrovatelskou dokumentaci. Další údaje jsme získaly při rozhovoru s rodiči pacienta. Nedílnou součástí zpracování ošetrovatelské anamnézy je i pozorování pacienta a ošetrovatelského procesu. Tyto informace byly prospěšné pro vytvoření podrobných případových studií dítěte. Ve zdravotnické a ošetrovatelské dokumentaci jsme se zaměřily na diagnostiku rozštěpové vady, zda byla tato vada stanovena dítěti již prenatálně nebo až po porodu. Nejvíce jsme se zaměřily na předoperační a pooperační péči. Z kategorie předoperační péče jsme se zaměřily na možnou premedikaci, druh premedikace a zajištění i.v. vstupu. Edukace rodičů o operaci a o lačnění dítěte před operací. Dále jsme se zaměřily na pooperační péči, kde jsme hledaly naordinovanou medikaci po dané operaci. Dále jsme také cílily na premedikaci, zde jsme již zjišťovaly množství premedikace. Dále je v případových studiích popsána aktuální medikace po operaci rozštěpové vady. Obsahovou strukturou se staly kazuistiky: charakteristika klienta a jeho výchozí situace. Pro získání těchto informací byla provedena analýza zdravotnické dokumentace, ošetrovatelské dokumentace, sledování dítěte a ošetrovatelského procesu k vytvoření podrobné ošetrovatelské kazuistiky dětí s danou problematikou za pomoci Nanda taxonomie II. Ošetrovatelský plán jsme sestavily na podkladě získaných informací a vytvořily jsme ošetrovatelský plán pro dvě děti s chirurgickou korekcí této vady. Ošetrovatelských domén je celkem třináct, do kterých zařazujeme podporu zdraví; výživu; vylučování a výměnu; aktivitu a odpočinek; vnímání a poznávání; vnímání sebe sama; vztahy sexualitu; zvládání zátěže; životní princip; bezpečnost a ochranu; komfort; růst a vývoj. Dále byl ke každému dítěti stanoven ošetrovatelský plán péče, kde byly popsány aktuální ošetrovatelské diagnózy a také potencionální ošetrovatelské diagnózy. Výzkumné šetření probíhalo na specializovaném pracovišti zaměřeném na léčbu vývojových vad rtu a patra u dětských pacientů. Toto šetření probíhalo po domluvě s vrchní sestrou a staniční sestrou oddělení, kde byly tyto děti hospitalizovány. Výzkum probíhal od února do poloviny dubna roku 2023. Všechny tyto informace, které byly zjištěny, jsou zcela anonymní.

Dále byl uskutečněn rozhovor s rodiči pro ucelení informací o rozštěpových vadách a zkušenostech s péčí. Při rozhovoru jsme se také zaměřily na edukaci rodičů o následném postupu a zda byli rodiče s dítětem odesláni ihned po porodu do specializovaného centra nebo zde již rodili. Rozhovor obsahoval celkem 23 předem připravených otázek (Příloha 9). Předem byli všichni rodiče informováni, že je vše zcela anonymní a pouze pro potřeby výzkumu bakalářské práce. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon a následně doslova přepsány do programu Microsoft Word. Výsledky rozhovorů byly analyzovány pomocí metody „tužka a papír“. Následně bylo vytvořeno několik kategorií. Tyto kategorie byly dále zpracovány do schémat. Celkově bylo vytvořeno pět kategorií: diagnostika vrozených vývojových vad, informace o vývojové vadě, průběh těhotenství, druh rozštěpu obličeje a edukace o kojení. Ke každé kategorii byly napsány další podkategorie.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Celkem jsme měly dva výzkumné soubory. Prvním výzkumným souborem se staly dvě děti a jejich zdravotnická dokumentace včetně ošetřovatelské dokumentace. Druhým výzkumným souborem jsou čtyři rodiče dětí s VVV. S těmito rodiči byl uskutečněn rozhovor.

3.2.1 Identifikační údaje dětí z případové studie

Tabulka 1: Identifikační údaje dětí – případová studie

Dítě	Pohlaví	Věk	Diagnostika	Druh vady	Typ operace
Dítě 1	<i>Chlapecké</i>	<i>1 měsíc</i>	<i>2.trimestr těhotenství – prenatalní kontrola u gynekologa</i>	<i>Jednostranný rozštěp rtu</i>	<i>Primární</i>
Dítě 2	<i>Chlapecké</i>	<i>8 měsíců</i>	<i>Po porodu</i>	<i>Rozštěp tvrdého a měkkého patra</i>	<i>Sekundární</i>

Zdroj: vlastní tvorba

Tabulka 1 nám zobrazuje identifikační údaje dětí, které byly použity při tvorbě případových studií. Oba pacienti byli chlapeckého pohlaví. Dítě 1 bylo ve věku jednoho měsíce operováno z důvodu rozštěpu rtu, byla to primární operace. U dítěte 2 se operace rozštěpu tvrdého a měkkého patra uskutečnila v osmi měsících věku. Tato operace byla již sekundární. Rozštěpová vada rtu se u dítěte 1 diagnostikovala při prenatalní kontrole u gynekologa v druhém trimestru těhotenství. U dítěte 2 se rozštěpová vada tvrdého a měkkého patra diagnostikovala až po porodu.

3.2.2 Identifikační údaje rodičů z rozhovorů

Tabulka 2: Identifikační údaje rodičů – rozhovory

Rodiče	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Počet dětí
M1	Ženské	28 let	Vysokoškolské	Druhé
M2	Ženské	25 let	Střední s maturitou	První
M3	Ženské	28 let	Vysokoškolské	První
M4	Ženské	26 let	Střední s maturitou	Druhé

Zdroj: vlastní tvorba

Výše uvedená Tabulka 2 znázorňuje identifikační údaje čtyř rodičů, se kterými byl uskutečněn rozhovor. Všechny dotazované respondentky byly ženského pohlaví. Dvě matky mají své druhé dítě, jedné z nich (M1) je 28 let a druhé matce (M4) je 26 let. Matka M2, které je 25 let, má jedno dítě. Matka M3, které je 28 let, má také jedno dítě. Dvě z dotazovaných matek mají vysokoškolské vzdělání. Ostatní dvě matky mají středoškolské vzdělání s maturitou.

3.2.3 Identifikační údaje dětí z rozhovorů

Tabulka 3: Identifikační údaje dětí – rozhovory

Děti	Pohlaví	Věk	Diagnostika	Druh vady
M1	Chlapecké	6 měsíců	2. trimestr těhotenství – prenatální kontrola u gynekologa	Jednostranný rozštěp rtu
M2	Chlapecké	9 měsíců	2. trimestr těhotenství – prenatální kontrola u gynekologa	Jednostranný úplný rozštěp (ret+čelist+patro)
M3	Dívčí	7 měsíců	2. trimestr těhotenství – genetické vyšetření	Jednostranný rozštěp rtu
M4	Chlapecké	5 měsíců	2. trimestr těhotenství – genetické vyšetření	Jednostranný rozštěp rtu

Zdroj: vlastní tvorba

Tabulka 3 znázorňuje identifikační údaje dětí z rozhovorů. Údaje jsme přehledně rozdělily do několika kategorií, jako je pohlaví; věk; diagnostika a druh vady. Ve všech případech je stejná diagnostika, která se uskutečnila ve druhém trimestru těhotenství na prenatální kontrole. Tato odpověď se liší pouze místem, kde byla tato kontrola uskutečněna. U dvou dětí (M1, M2) se tato kontrola uskutečnila u gynekologa a u dalších dvou dětí (M3, M4) se kontrola uskutečnila na genetickém vyšetření. Dále je zde znázorněn věk a pohlaví dítěte. Jako poslední je zde zobrazen druh rozštěpové vady.

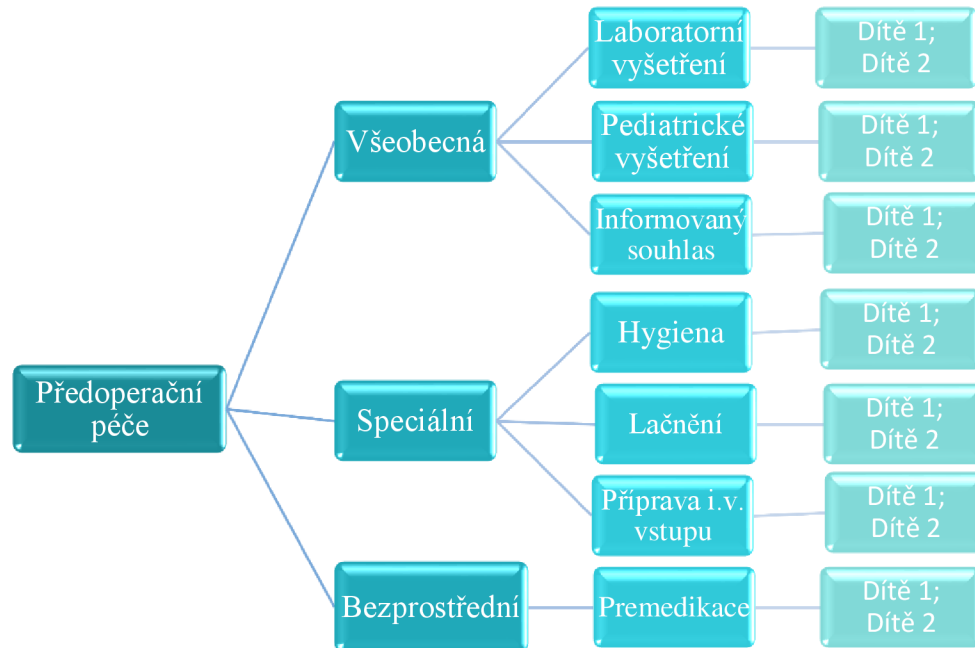
Třem z těchto dětí byl diagnostikován jednostranný rozštěp rtu. Pouze jednomu dítěti (M2) byl diagnostikován jednostranný úplný rozštěp (ret+čelist+patro).

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Kategorizace případových studií

Obě případové studie byly rozděleny do několika kategorií a podkategorií. Mezi tyto kategorie jsme zařadily předoperační péči, intraoperační péči, pooperační péči a ošetřovatelský proces. Pro lepší orientaci byly tyto kategorie podrobně popsány.

Kategorie 1 – Předoperační péče

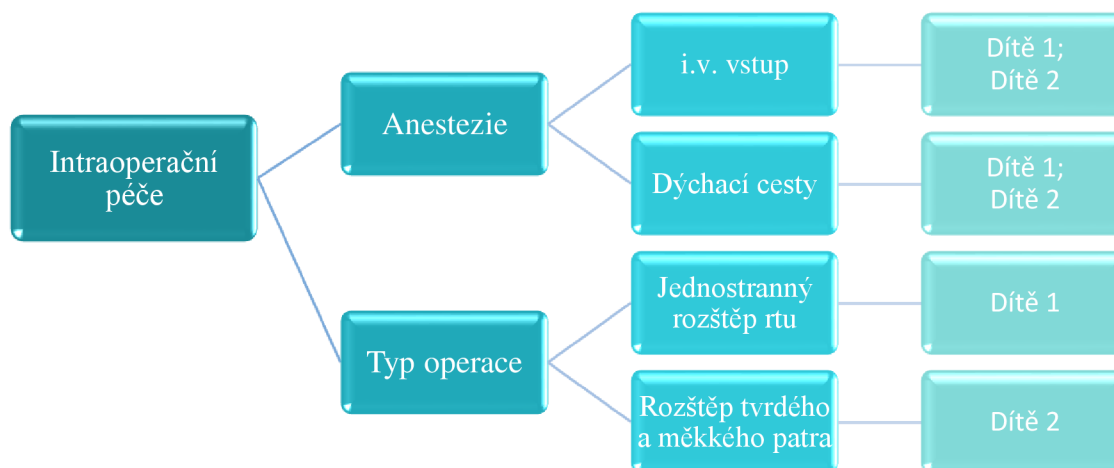


Zdroj: vlastní tvorba

Kategorie 1 - Předoperační péče. Tuto kategorii jsme dále rozdělily do tří podkategorií, na všeobecnou, speciální a bezprostřední část. Dítěti 1 bylo před operací provedeno základní pediatrické vyšetření a také laboratorní vyšetření. V laboratorním vyšetření byla chlapci odebrána krev na biochemické vyšetření, krevní obraz a koagulaci. Také bylo chlapci provedeno celkové fyzikální vyšetření. Veškerá vyšetření byla v normě. Při hospitalizaci na oddělení byl sdělen a poté rodiči podepsán informovaný souhlas s operací a samozřejmě i celkovou anestezií. Matka chlapce před operací dostatečně připravila, jak fyzicky, tak psychicky. V den operace bylo chlapci naordinováno lačnění, které chlapec s matkou udržovali od 3:30 hodin. Bezprostředně před operací byla chlapci aplikována mast EMLA, která působí jako místní anestetikum před zavedením i.v. vstupu. Dále byl na vyzvu anesteziologického týmu podán Midazolam se sirupem a poté byl chlapec převezen na operační sál. Dítěti 2 bylo také provedeno základní vyšetření u pediatrického lékaře, zde bylo provedeno fyzikální vyšetření a také

laboratorní vyšetření. Dále chlapci bylo provedeno foniatrické vyšetření a tympanometrie. Zde byl zjištěn nepříznivý nález, a proto bylo doporučeno provést zavedení ventilačních trubiček během jedné anestezie s rekonstrukcí rozštěpové vady. U chlapce byly provedeny odběry krve na biochemické vyšetření, krevní obraz a koagulaci. Všechna tato vyšetření byla v normě. Při nástupu k hospitalizaci byly rodičům chlapce sděleny a následně podepsány informované souhlasy o operaci a celkové anestezii. Chlapec nesměl od 2:00 hodin nic pít ani jíst, musel být lačný. Před operací mu byla aplikována na hřbet ruky znečítlivující mast EMLA, a následná aplikace i.v. vstupu. Na zavoání anesteziologického týmu byla chlapci podána premedikace ve formě sirupu s Midazolamem a také byl podán Atropin. Poté byl chlapec převezen na operační sál.

Kategorie 2 – Intraoperační péče

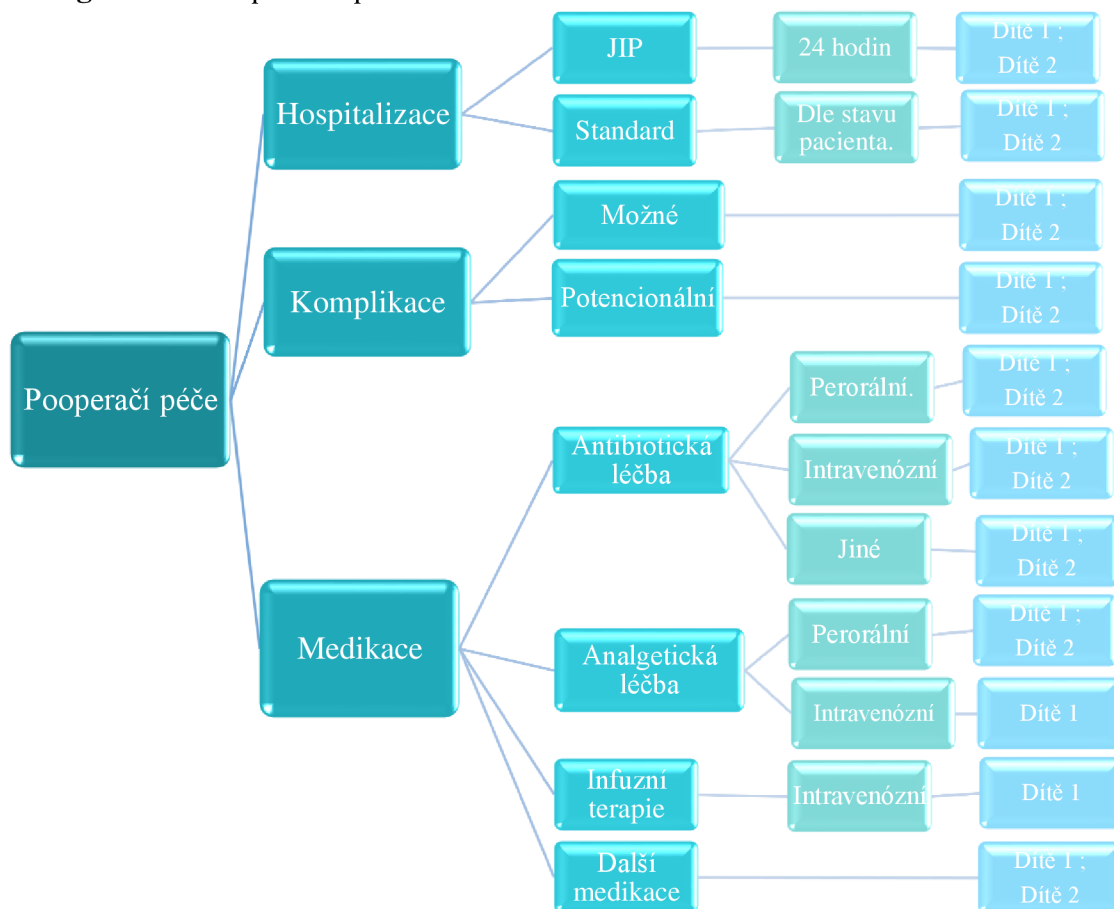


Zdroj: vlastní tvorba

Kategorie 2 - Intraoperační péče. Tuto kategorii jsme rozdělili na dvě podkategorie, a to anestezii a typ operace. Po aplikaci znečítlivující EMLA masti byl dítěti 1 zajištěn i.v. vstup pro podávání i.v. medikace. U chlapce byly během celé operace zajištěny dýchací cesty pomocí laryngeální masky. Celková anestezie u chlapce trvala dvě hodiny. Chlapci byla provedena primární rekonstrukce pravostranného rozštěpu rtu. Dítěti 2 byl zaveden i.v. vstup po aplikaci místní znečítlivující masti EMLA. U dítěte 2 byla operace rozdělena na dvě části. Celková anestezie trvala téměř tři hodiny. Během operace byly chlapci zajištěny dýchací cesty pomocí endotracheální intubace. V první části operace byla provedena myringotomie, kdy se protnul ušní bubínek pro zavedení ventilačních

trubiček vyrovnávajících tlak ve středouší. Druhá část operace byla již rekonstrukce rozštěpu měkkého a tvrdého patra.

Kategorie 3 – Pooperační péče

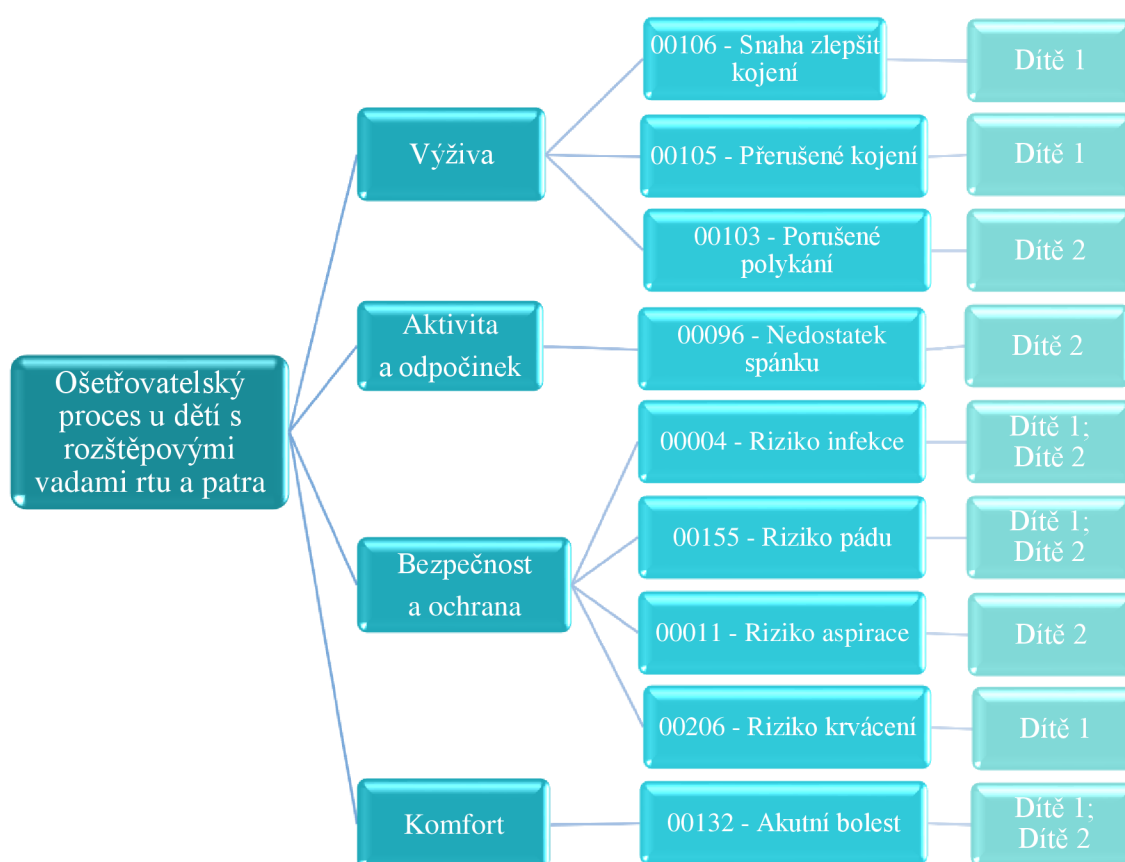


Zdroj: vlastní tvorba

Kategorie 3 - Pooperační péče. Tuto kategorii jsme rozdělily na tři podkategorie, na podkategorii hospitalizace, komplikace a medikace. Dítě 1 bylo po operaci hospitalizováno na dvacet čtyři hodin na JIP. Byla zde možná rizika jako je například riziko infekce a další. Z tohoto důvodu byl chlapec na tomto oddělení kontinuálně sledován. Chlapec měl naordinovanou antibiotickou léčbu, Zinat sirup p.o.; Azepo i.v. a Pamycon kapky. Dále chlapci byla naordinována analgetická léčba dle potřeby, Paracetamol p.o.; Nurofen sirup p.o. a Tralgit i.v. Dítěti 1 byla naordinována také infuzní terapie, do které spadá Plazmalyte i.v. a Ringer i.v. Jako další medikaci měl chlapec naordinovanou mast OphthalmoFramykoin na promazávání jizvy a Actimaris gel na sliznici. Dle stavu chlapce byl po dvaceti čtyřech hodinách převezen zpět na standardní oddělení, kde již byla do péče zapojena i matka dítěte 1. Dítě 2 bylo také po dobu dvaceti čtyř hodin hospitalizováno na JIP. Chlapec zde byl hospitalizován

z důvodu možných rizik spojených s operací, například riziko infekce nebo riziko aspirace. Na JIP měl chlapec naordinovanou antibiotickou léčbu ve formě sirupu Cefzilu, který se podává p.o. Dále měl naordinovanou analgetickou léčbu Nurofen sirup p.o. Dle krvácení a stavu horních cest dýchacích mělo dítě 2 naordinován Dicinone i.v. Poslední naordinovanou medikací jsou Pamycon kapky. Poté co chlapec neměl žádné komplikace, byl převezen zpět na standardní oddělení, kde byl již hospitalizován se svou matkou.

Kategorie 4 – Ošetřovatelský proces u dětí s rozštěpovými vadami rtu a patra



Zdroj: vlastní tvorba

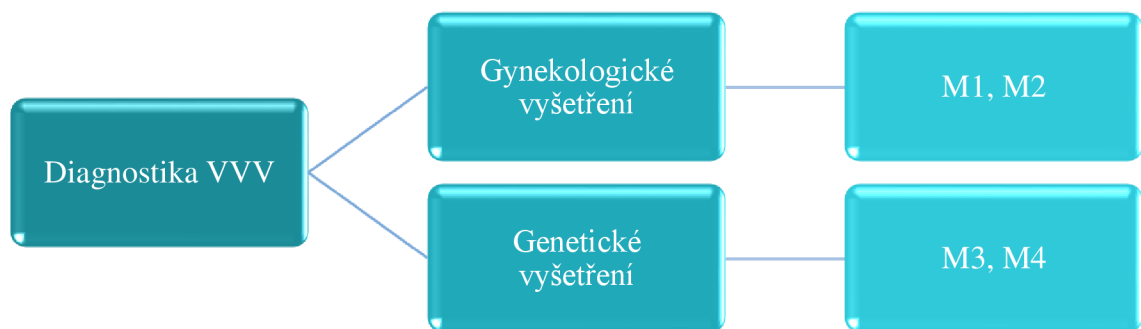
Kategorie 4 - Ošetřovatelský proces u dětí s rozštěpovými vadami rtu a patra. Do této kategorie jsme zařadily čtyři podkategorie, které jsou nejdůležitější v naší případové studii. Spadá sem oblast výživy. V této oblasti jsme u dítěte 1 stanovily tři ošetřovatelské diagnózy. První ošetřovatelská diagnóza je Snaha zlepšit kojení (00106). Zde jsme si stanovily za cíl, že kojeneček bude plně kojen bez používání speciálních pomůcek do tří dnů. Tento cíl byl následně splněn. Dále bylo stanoveno přerušené

kojení (00105), v souvislosti s předoperační přípravou a pooperační péčí. Na tuto diagnózu se nám podařilo najít řešení v podobě uklidnění v náručí matky. V kategorii bezpečnost a ochrana byla u chlapce určena tři potencionální rizika, riziko infekce (00004), riziko pádu (00155) a riziko krvácení (00206). V poslední kategorii komfort jsme si vytyčily jednu diagnózu, a to akutní bolest (00132). Tuto otázku jsme řešily za pomoci matky, která chlapce uklidňovala chováním. U dítěte 2 v oblasti výživy jsme stanovily pouze jednu diagnózu, a to porušené polykání (00103). Zde jsme si stanovily za cíl, že bude pacient lépe polykat potravu a tekutiny do dvaceti-čtyř hodin po operaci. U chlapce byl tento cíl splněn. V souvislosti s bolestí po operaci se u dítěte 2 objevila diagnóza nedostatek spánku (00096). Zde jsme si stanovily cíl, aby chlapec spal nerušeně pět hodin. Tento cíl se nám podařil vyplnit třetí den pozorování. Dále stejně jako u dítěte 1 bylo u dítěte stanoveno riziko infekce (00004) a riziko pádu (00155). Dále jsme do podkategorie bezpečnost a ochrana zařadily riziko aspirace (00039). Riziku aspirace se nám podařilo zamezit pomocí intervencí do dvou dnů. Posledním problémem u chlapce byla akutní bolest (00132), které se nám podařilo zamezit po podání analgetik.

4.2 Výsledky rozhovorů

Rozhovory byly uskutečněny s rodiči dětí, které jsou již po operaci rozštěpové vady. Výsledky rozhovorů s rodiči byly rozděleny do pěti kategorií. Kategorie diagnostika vrozené vývojové vady, informace o vrozené vývojové vadě, průběh těhotenství a druh rozštěpu obličeje a edukace o kojení. Pro lepší orientaci byly rozděleny do kategorií, podkategorií a podrobně popsány.

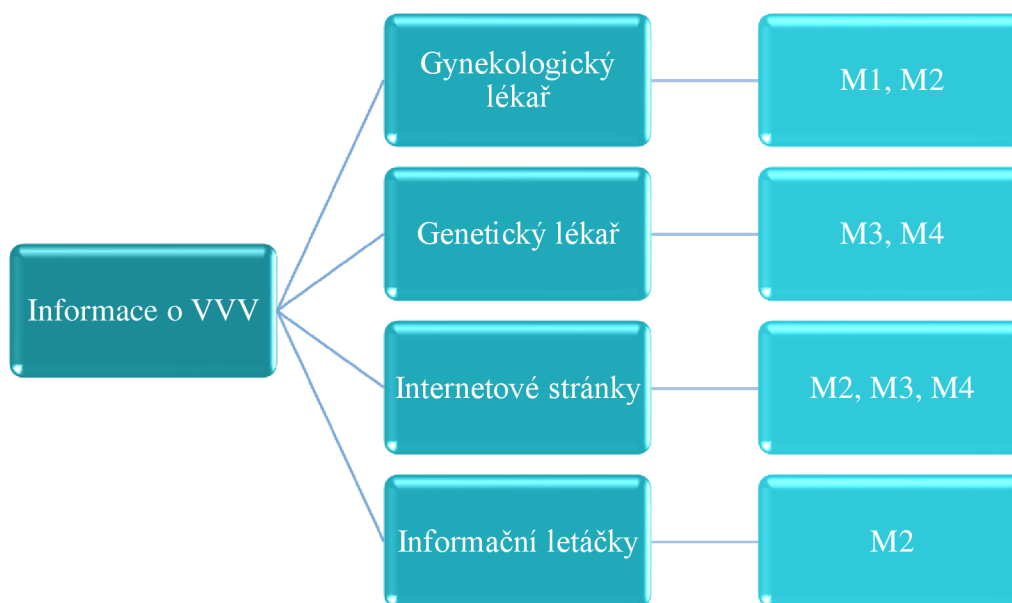
Kategorie 1 – Diagnostika vrozených vývojových vad



(Zdroj: vlastní tvorba)

V této kategorii jsme zjišťovaly u matek, kde je poprvé informovali o výskytu rozštěpové vady u jejich dítěte a v kolikátém týdnu gravidity tuto rozštěpovou vadu diagnostikovali. Matka M1 odpověděla, že jejich dítěti byla diagnostikována rozštěpová vada v 2. trimestru těhotenství během prohlídky u gynekologického lékaře. Tato diagnostika byla velmi neurčitá z důvodu nepřehledného prostředí. Chlapec skrýval obličej rukama. Matka M2 odpověděla na otázku, že jim diagnostikovali rozštěpovou vadu na screeningovém vyšetření v 16. týdnu těhotenství. Matka M3 a matka M4 se shodly na odpovědi. Obě z matek odpověděly, že se diagnostiku dozvěděly na genetickém vyšetření. Matka M3 sdělila „rozštěpovou vadu jsem se dozvěděla v 20. týdnu těhotenství“. Matka M4 se o rozštěpové vadě dozvěděla v 16. týdnu těhotenství

Kategorie 2 – Informace o vrozené vývojové vadě



(Zdroj: vlastní tvorba)

Ve druhé kategorii jsou zaznamenány údaje o tom, kde matky dostaly informace o vrozených vývojových vadách, jaký bude další postup. Tato kategorie se dělí na další čtyři podskupiny. Matka M1 byla informována o definici, diagnostice, dalším řešení rozštěpové vady u svého gynekologického lékaře při pravidelné kontrole. Tyto informace byly pro matku dostačující a již nikde žádné informace nevyhledávala. Matka M2 se také všechny informace dozvěděla u svého gynekologického lékaře, ale vyhledávala si další informace ještě na internetové stránce Šťastný úsměv a v informačním letáčku Od rozštěpu k úsměvu. Matka M3 odpověděla „*všechny informace jsem dostala od genetického lékaře a poté jsem si další informace hledala na internetových stránkách*“. Stejnou odpověď sdělila matka M4.

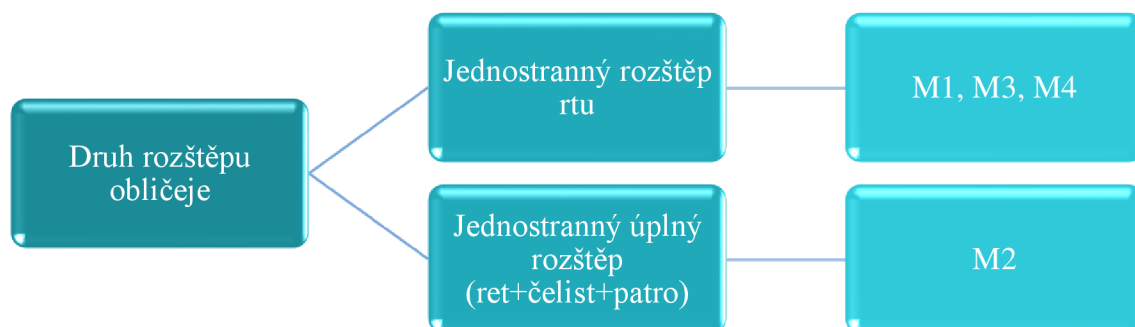
Kategorie 3 – Průběh těhotenství



(Zdroj: vlastní tvorba)

V této kategorii jsou zaznamenány odpovědi na otázku *Průběh těhotenství*. Tuto otázku jsem rozdělila na další dvě podkategorie, fyziologický průběh a komplikovaný průběh. Matka M1 odpověděla „*celé těhotenství probíhalo bez jediné závažné komplikace, skoro celé těhotenství jsem chodila do práce*“, celé těhotenství bylo fyziologické. Matka M4 měla také bezproblémové těhotenství, celé probíhalo fyziologicky. Matku M2 a matku M3 doprovázely různé komplikace během celého těhotenství. Matka M2 měla v těhotenství vysoký tlak a těhotenský diabetes, ale vše ostatní probíhalo fyziologicky. Matka M3 řekla „*měla jsem špatné těhotenství. Pár dnů po potvrzení těhotenství jsem zjistila, že mám pozitivní test na Covid-19. Do 20. týdne těhotenství mi bylo nevolno a nemohla jsem nic jíst, během dvou měsíců jsem zhubla 10 kilogramů. Poté se mi probudila Crohnova choroba, kterou jsem musela léčit kortikoidy*“.

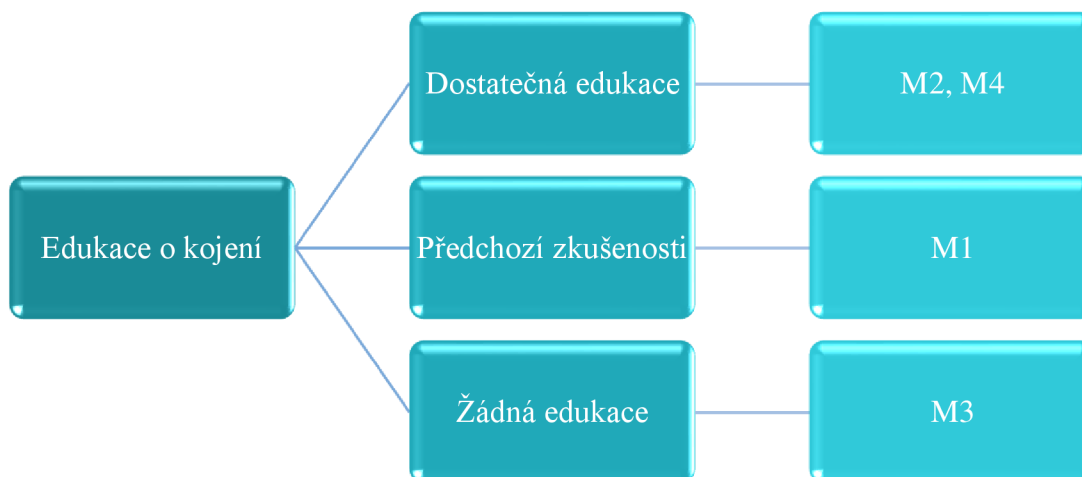
Kategorie 4 – Druh rozštěpu obličeje



(Zdroj: vlastní tvorba)

Do této kategorie jsem zařadila druh rozštěpové vady. Matka M1 odpověděla „*byl nám diagnostikován jednostranný rozštěp rtu*“. Tato diagnóza byla sdělena i matce M3 a matce M4. Jediná matka M2 uvedla „*našemu chlapci byl diagnostikován jednostranný úplný rozštěp rtu, čelisti a patra*“.

Kategorie 5 – Edukace o kojení



(zdroj: vlastní tvorba)

Do poslední kategorie je zařazená edukace o kojení. První otázka, na kterou jsme se matek ptaly, byla zda byly edukovány o kojení. Matka M2 a matka M4 byly dostatečně edukovány od sester již v porodnici. Matka M2 řekla „*sestřičky mne naučily s lahví Haberrman od Medely*“, dále dodala „*malý měl velký rozsah rozštěpu patra, takže se*

kojit nepovedlo“. Matka M4 uvedla *„sestřičky mne upozorňovaly, že se nemusí podařit kojení“*. Dále matka M4 dodala *„trvalo to vše delší dobu, než jsme se to vše s malým naučili, ale naštěstí se vše podařilo“*. Matka M1 měla zkušenosti již z předchozího těhotenství a řekla *„sestřičky mi vysvětlovaly vše stejně jako u předchozího dítěte“*. Matka M3 uvedla, že nebyla edukována žádným způsobem o kojení. Dále jsem se matek ptala, zda preferují mateřské mléko před umělou výživou. Na tuto otázku matka M1, matka M3 a matka M4 odpověděly, že preferují mateřské mléko. Matka M2 řekla *„preferovala jsem mateřské mléko, odsávala jsem ho každé tři hodiny. Bohužel se mléko pomalu vytrácelo a museli jsme plně přejít na umělé mléko“*. Dále jsem se matek ptala, zda stále kojí a jak často dítě jí. Matka M1 uvedla *„ano kojím plně podle potřeby malého, většinou to vychází na každé 3 hodiny“*. Matka M2 řekla *„bohužel nekojím a chlapec jí umělé mléko 8x až 9x za den“*. Matka M3 řekla *„holčičku nekojím a jí 6x až 7x za den“*. Matka M4 dodala *„chlapečka stále kojím přibližně 7 až 8 krát za den“*.

5 Diskuse

Rozštěpové vady obličeje stále patří mezi nejčastější vrozené vývojové vady. Největším a prvním problémem u dětí s rozštěpem rtu nebo patra je oblast výživy.

Výzkumné šetření bakalářské práce proběhlo pomocí kvalitativní metody. Výzkumnou metodou se staly dvě případové studie. Výsledkem výzkumu se staly analýzy dvou podrobně popsanych případových studiích dětí, které byly hospitalizovány ve specializovaném centru z důvodu rekonstrukce rozštěpové vady. Vytvořily jsme kategorizaci těchto případových studií. Tyto kategorie obsahují předoperační péči, intraoperační péči, pooperační péči a ošetrovatelský proces. Dle analýzy případové studie jsme zjišťovaly jednotlivé ošetrovatelské diagnózy a intervence v knize Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace od Herdmana a Kamitsuru (2020). Pro rozšíření celkových informací a nevyjímaje informovanosti rodičů byl proveden rozhovor s rodiči dětí, které se narodily s rozštěpovou vadou rtu nebo patra.

Dle Otové et al. (2020) se již prenatální prevence zaměřuje na včasnou diagnostiku závažných VVV. Tuto zkušenost potvrdil náš výzkum, ve kterém jsme zjišťovaly prenatální diagnostiku. U dítěte 1 z anamnézy jsme zjistily, že již prenatálně lékaři diagnostikovali rozštěpovou vadu. Tato rozštěpová vada byla zjištěna na běžné pravidelné prohlídce u gynekologa v druhém trimestru těhotenství. V těhotenství se opakovaně provádějí ultrazvuková vyšetření, tento fakt uvádějí ve své literatuře Maříková a Seemanová (2013). Toto se potvrdilo v našem výzkumu, kde právě u dítěte 1 byla rozštěpová vada určena UZ vyšetřením. U dítěte 2 v prenatálním vývoji bylo podezření na rozštěp rtu. Ve 32. týdnu těhotenství se tato skutečnost potvrdila. Fiala et al. (2017) uvádí, že u 40% případů je rozštěpová vada zjištěna až po porodu. Tento fakt nám potvrzují informace zjištěné u dítěte 2. U chlapce se k rozštěpu rtu připojil i rozštěp patra, který byl diagnostikován právě až po samotném porodu. Obě matky dětí z případových studií odpověděly, že žádné komplikace během těhotenství neměly a že celé těhotenství probíhalo v normě. Fakt, že ultrazvukové vyšetření dokáže odhalit VVV nám také potvrdily rozhovory s rodiči dětí, které se narodily s rozštěpovou vadou obličeje. Matka M1 a matka M2 se shodly na odpovědi, že jim v těhotenství byla diagnostikována VVV na gynekologickém vyšetření. Matka M3 a matka M4 měly zkušenost s diagnostikou na genetickém vyšetření. „*Jakým způsobem a do jaké míry jsou informováni rodiče dítěte s rozštěpovou vadou rtu a patra?*“ Tato otázka spadá do výzkumných otázek, které jsme si stanovily pro naši bakalářskou práci. Z tohoto

důvodu jsme se matek ptaly, kde obdržely informace o rozštěpové vadě. Všechny matky uvedly, že na ultrazvukových vyšetřeních, kde se právě dozvěděly diagnostiku, se také dozvěděly i první informace o VVV. Pro matku M1 byly tyto informace dostatečné a již si nikde informace nevyhledávala. Matka M2 nám sdělila, že informace, které obdržela od gynekologického lékaře, byly dostatečné, ale ze zvědavosti si vyhledávala další informace na internetové stránce Šťastný úsměv a v informačním letáku Od rozštěpu k úsměvu. Matka M3 a matka M4 dostaly informace na genetickém vyšetření a dále si informace vyhledávaly na internetových stránkách. Dále jsme se matek zeptaly na průběh těhotenství. Na tuto otázku matka M1 a matka M4 zodpověděly, že celé těhotenství probíhalo fyziologicky, bez závažných komplikací. Ve své literatuře Frisová (2013) uvádí, že do nejčastějších příčin pro vznik rozštěpových vad můžeme zařadit vnější vlivy během celého těhotenství. Tuto zkušenost nám potvrdila matka M3, která řekla *„měla jsem špatné těhotenství. Pár dnů po potvrzení těhotenství jsem zjistila, že mám pozitivní test na Covid-19. Do 20. týdne těhotenství mi bylo nevolno a nemohla jsem nic jíst, během dvou měsíců jsem zhubla 10 kilogramů. Poté se mi probudila Crohnova choroba, kterou jsem musela léčit kortikoidy“*. Peterka a Peterková (2015) ve své literatuře uvádějí, že právě na začátku těhotenství je největší riziko pro vznik rozštěpové vady. Z tohoto důvodu se domnívám, že se tato onemocnění mohla podílet právě na vzniku rozštěpové vady u dítěte matky M3. Poslední dotazovaná matka M2 uvedla, že se v těhotenství léčila s vysokým tlakem a měla těhotenský diabetes.

Na výzkumnou otázku *„Jakým způsobem a do jaké míry jsou informováni rodiče dítěte s rozštěpovou vadou rtu a patra?“* bych odpověděla, že dle mého názoru jsou rodiče o rozštěpové vadě obličeje informováni již při prvním záchytu vady. Dle výzkumu vyplynulo, že jsou informace, které rodiče obdrží, dostatečné. Matky, které vyhledávaly další informace, sdělily, že to bylo jen ze zvědavosti a zájmu o informace od jiných odborníků. Domnívám se, že je také prospěšné vyhledat si i jiný názor odborníků na tuto skutečnost nebo také zkušenosti ostatních rodičů.

Fiala et al. (2017) uvádí, že rozštěpové vady se více vyskytují u chlapců. Tuto skutečnost potvrdil náš výzkum. Z dotazovaných šesti dětí je pouze jedno dítě dívčího pohlaví, všichni ostatní jsou chlapeckého pohlaví. Měšťák et al. (2015) ve své literatuře uvádí, že nejčastější rozštěpové vady jsou právě rozštěpové vady obličeje. Měšťák et al. (2015) také dále uvádí, že do nejčastějších rozštěpových vad obličeje zařazujeme

rozštěp rtu, který může být jednostranný nebo oboustranný. Tuto skutečnost potvrzuje náš výzkum. Většina dětí z výzkumného souboru se narodila s jednostranným rozštěpem rtu. Dítě 2 se také narodilo s rozštěpem rtu včetně rozštěpu měkkého a tvrdého patra. Jakubíková (2012) dále uvádí, že nejtěžší formou rozštěpové vady je ten rozštěp, kde je postižen ret, patro i čelist. Tuto formu jsme v našem výzkumném souboru měly jen jednu a tu uvedla matka M2. Měšťák et al. (2015) ve své literatuře uvádí, že u všech skupin rozštěpů obličeje můžeme vidět mikroformy rozštěpů. Mezi tyto mikroformy zařazujeme například asymetrický pokles nosního křídla, jizvu horního rtu nebo atypický tvar a postavení řezáků.

Z vlastní zkušenosti vím, že na první pohled nemusíme upozorovat, že se člověk narodil s rozštěpovou vadou obličeje. Ve svém okolí mám člověka, na kterém bychom to na první pohled dnes již nezpozorovali. Samozřejmě se domnívám, že čím menší a jednodušší rozštěp to je, tím je méně viditelný po následné rekonstrukci.

Dále jsme se zaměřily na chirurgickou léčbu v současnosti. Tato část nám odpovídá také na další výzkumnou otázku „*Jaká je péče po operaci u dětí s vývojovými vadami rtu a patra?*“. Měšťák et al. (2015) ve své literatuře uvádí, že se většina operací upřednostňuje v novorozeneckém věku. Toto pravidlo potvrzuje náš výzkum. Tuto skutečnost nám potvrdilo dítě 1, u kterého se operační řešení začalo řešit v jednom měsíci života. Dále nám toto tvrzení potvrzuje rozhovor s rodiči, kde matky uvedly, že jim byla doporučena brzká rekonstrukce z důvodu rychlého hojení a menších rizik do budoucnosti, jako je například horší komunikace. Dále Měšťák et al. (2015) ve své literatuře uvádí, že se nejdříve operuje rozštěp rtu a až později rozštěp patra. Tuto domněnku nám potvrzuje výzkum, kdy jsme analyzovaly zdravotnickou a ošetřovatelskou dokumentaci u dítěte 2. Zde bylo uvedeno, že byl chlapec pár týdnů po narození operován z důvodu rozštěpu rtu a až nyní ve věku osmi měsíců byl operován rozštěp patra. Dále nám toto potvrdila matka M2, která řekla „*Operace rtu proběhla, když bylo synovi sedm dní. Následná operace – plastika patra se konala v jedenácti měsících syna*“.

Případové studie Příloha 9 a Příloha 10, které nám vznikly analýzou zdravotnické a ošetřovatelské dokumentace, jsme rozdělily do čtyř kategorií. První kategorie se zaměřuje na předoperační péči. Předoperační péči v kategorizaci případových studií jsme rozdělily na tři podkategorie, na všeobecnou, speciální a bezprostřední část.

Kategorii předoperační péče popisujeme také i v teoretické části. Dle Slezákové et al. (2019) lze zabránit pooperačním komplikacím provedením podrobného předoperačního vyšetření. Dále ve své literatuře zdůrazňuje, co vše do tohoto vyšetření můžeme zahrnout. Zahrnujeme sem fyzikální vyšetření a laboratorní vyšetření. Další rozšíření vyšetření si určuje lékař dle stavu pacienta. Tuto skutečnost jsme si potvrdily analýzou případové studie a kategorizací předoperační péče. Dítěti 1 z případové studie č.1 bylo provedeno základní pediatrické vyšetření, které zahrnovalo fyzikální vyšetření a laboratorní vyšetření. Laboratorně dítěti 1 byla vyšetřena krev na biochemické vyšetření, krevní obraz a koagulaci. Veškerá vyšetření, která byla provedena u chlapce, byla v normě. U dítěte 2 bylo také provedeno celkové pediatrické předoperační vyšetření. Toto vyšetření zahrnovalo fyzikální vyšetření a laboratorní vyšetření, kde chlapci byla odebrána krev na biochemické vyšetření, krevní obraz a koagulaci. Dle Fialy et al. (2017) jsou u těchto dětí možné časté záněty středního ucha. Z tohoto důvodu bylo dítěti 2 provedeno foniatrnické vyšetření a tympanometrie. Na základě zjištěného nepříznivého nálezu bylo doporučeno u dítěte 2 provést zavedení ventilačních trubiček. U předoperační přípravy je také důležité sdělit všechny informace spojené s operací a pooperačním stavem. Proto se zákonným zástupcům sdělují veškeré informace a podepisuje se informovaný souhlas s operací a celkovou anestezií u dítěte. Dále jsme předoperační péči rozdělily do podkategorie speciální. Do této podkategorie můžeme zařadit psychickou, ale i fyzickou hygienu. Fedora (2012) ve své literatuře sděluje důležitost lačnění před výkonem, při tom je však na prvním místě udržet dítě dostatečně hydratované. Také uvádí, že u dítěte do šesti měsíců je doporučeno lačnění čtyři hodiny před operací. Toto tvrzení jsme potvrdily v případové studii č.1, kde byl chlapec lačný od 3:30 hodin, kdy na operační sál šel brzy ráno. Dále Fedora (2012) uvádí, že u dětí od šesti měsíců do tří let věku se lačnění prodlužuje. Toto jsme si potvrdily v případové studii č. 2, kde byl chlapec lačný od 2:00 hodin a operace začala v 8:50 hodin. Bezprostředně před výkonem byla dítěti 1 aplikována EMLA mast, která je speciálně používána u dětí na znecitlivění kůže pro místo vpichu i.v. kanyly. Tato mast byla aplikována také dítěti 2. Poslední podkategorií se stala kategorie bezprostřední. Slezáková et al. (2019) uvádí, že toto je poslední část bezprostředně před operací, ve většině případů tato příprava zahrnuje dvě hodiny před samotným výkonem. Do této kategorie jsme zařadily premedikaci. Dítěti 1 byl na výzvu anesteziologického týmu podán Midazolam sirup. Poté bylo odvezeno na operační sál. U dítěte 2 byla také premedikace podána na zavolání anesteziologického týmu. Chlapec měl naordinovanou

premedikaci ve formě sirupu s Midazolamem a byl také podán Atropin. Po podání premedikace byl odvezen na sál.

Do další kategorie spadá intraoperační péče. V této kategorii jsme se zaměřily na anestezii a typ operace. Dítě 1 mělo během celé operace zajištěné dýchací cesty pomocí laryngeální masky. Dvořák (2009) ve své literatuře uvádí, že základem operace je vždy technika založená na Z plastice. U dítěte 1 se operace uskutečnila modifikovanou metodou rotačně-posuvného laloku a remodelace nosu Biosyn stehem. Tento typ operace ve své literatuře popisuje Dvořák (2009). Operace a celková anestezie u dítěte 1 trvala dvě hodiny. Dvořák (2009) ve své literatuře uvádí, že nejčastěji operované období z důvodu rozštěpu patra je mezi 9.-12. měsícem věku dítěte a maximální hranice jsou dva roky. Ve věku osmi měsíců bylo operováno dítě 2 z případové studie č.2. Fedora (2012) ve své literatuře popisuje stav, kdy jsou děti zajištěny během operace dýchací cesty pomocí endotracheální intubace. Takto byly zajištěny během celé operace dýchací cesty dítěti 2 z důvodu rekonstrukce rozštěpu měkkého a tvrdého patra. U tohoto chlapce byla operace náročnější než u dítěte 1. U dítěte 2 byla operace dělena na dvě části. Jak již výše uvádím, chlapec trpěl na časté záněty středního ucha. Dle Fialy et al. (2017) se tato problematika řeší zavedením trubiček do ušního bubínku. Při foniatrickém vyšetření a tympanometrii lékaři chlapci doporučili operaci zavedení těchto trubiček v rámci jedné celkové anestezie. Z tohoto důvodu první částí operace bylo právě výše uvedené zavedení ventilačních trubiček. Tyto ventilační trubičky vyrovnávají tlak ve středouší. Foniatrický lékař nejprve dítěti odsál pod tlakem zkalený hlen z ušních bubínků a poté provedl myringotomie pro zavedení ventilačních trubiček. Myringotomie je protětí ušního bubínku za účelem vpravení ventilačních trubiček. Celková doba první části operace byla dvacet minut. Druhá část operace byla již samotná rekonstrukce rozštěpu měkkého a tvrdého patra. Uskutečnila se plastika patra se sklopením svalů patra z důvodu širokého rozštěpu. Operace je pro chirurga náročná i z důvodu stísněného prostoru. Operace s celkovou anestézií trvala téměř tři hodiny. Díky výzkumu mé bakalářské práce mi bylo umožněno zúčastnit se tohoto operačního výkonu. Všichni lékaři byli moc hodní a vše mi během operace ukazovali a vysvětlovali. Měla jsem tu možnost během operace sledovat postup celé rekonstrukce patra. Viděla jsem, jak rozštěp patra vypadal před rekonstrukcí a poté po rekonstrukci. Za tuto zkušenost jsem moc ráda a jsem vděčná, že se uskutečnila. Dle mého názoru jsem vše lépe pochopila a dokázala si představit, jak rekonstrukce patra může vypadat.

Dále případová studie obsahuje kategorii pooperační péče. V této kategorii jsme se zaměřily na hospitalizaci, komplikace a medikaci. Fedora (2012) uvádí, že pokud dítě po operaci dokáže dýchat samo, může se na sále již extubovat. Tuto skutečnost nám potvrdily obě děti z případové studie č.1 a č.2. Vokurková (2022) uvádí, že po operaci jsou děti převezeny na JIP, kde jsou následně hospitalizovány dvacet čtyři hodin z důvodu možných komplikací. Toto jsme si potvrdily z našeho výzkumu, kde dítě 1 i dítě 2 byly po dobu dvaceti čtyř hodin monitorovány. Vokurková (2022) ve své literatuře uvádí, že se na JIP podávají analgetika, antibiotika a léky proti krvácení. Po operaci dítěti 1 byla naordinována medikace. Chlapci byla naordinována antibiotická léčba, kde užíval Zinat sirup p.o.; Azepo i.v. a Pamycon kapky. Dále chlapci byla naordinována analgetická léčba dle potřeby, Paracetamol p.o.; Nurofen sirup p.o. a Tralgit i.v. V dokumentaci měl chlapec také naordinovanou infuzní terapii, a to ve formě Plazmalyte i.v. a Ringerova roztoku také podávaném i.v. jako poslední medikaci měl chlapec mast OpthhalmoFramykoin na promazávání jizvy a Actimaris gel na sliznice. Dítě 2 mělo také naordinovanou antibiotickou léčbu ve formě sirupu Cefzilu p.o. Analgetická medikace nesměla chybět ani u dítěte 2. Zde měl chlapec naordinovaný Nurofen sirup, podávaný p.o. Dle stavu měl chlapec naordinován Dicinone antihemorhagikum, které je schopno snížit krvácivost. Poslední medikací byly Pamycon kapky. Ani jedno z dětí nemělo žádné pooperační komplikace a byly stabilizované. Proto byly druhý den převezeny zpět na standardní oddělení, kde již byly hospitalizovány s matkou.

Poslední kategorií je ošetrovatelský proces u dětí s rozštěpovými vadami rtu a patra. Dle Tóthové (2014) cílem ošetrovatelského procesu je změna zdravotního stavu nemocného a vše se musí naplánovat individuálně. V ošetrovatelské kazuistice jsme dle získaných informací naplánovaly ošetrovatelský plán a stanovily aktuální a potencionální potřeby jednotlivce. Ošetrovatelské diagnózy dle literatury Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace od Herdmana a Kamitsuru (2020). Z analýzy nám vyplynuly aktuální potřeby v oblasti výživy, aktivity a odpočinku, bezpečnosti a ochrany a komfortu. Nejvíce jsme se zaměřily na oblast výživy. Tato oblast je další naší výzkumnou otázkou: „*Jaká je péče v oblasti výživy u dětí s vývojovými vadami rtu a patra?*“ Důvod, proč je oblast výživy jeden z nejdůležitějších aspektů, byl popsán v literatuře Dvořáka (2009). Samotné sání se začíná vyvíjet již v prenatálním vývoji. Z důvodu rozštěpové vady se postiženému dítěti nevytvoří tento mechanismus. Rozštěpy rtu

a patra mohou být doprovázeny dalšími komplikacemi, nejen neefektivním vzorcem kojení, přerušáním kojení, ale také například rizikem aspirace, sníženým objemem tekutin u větších dětí s deficitem sebezpečí při stravování a mnoha dalšími. Tyto komplikace jsou popsány v literatuře od Herermana a Kamitsuru (2020). U dítěte 1 jsme si stanovily tři diagnózy týkající se oblasti výživy. První diagnóza je přerušené kojení (00105) z důvodu předoperační přípravy. Proto bylo matce doporučeno utěšit chlapce chováním. S touto diagnózou dále souvisí další diagnóza, a to snaha zlepšit kojení (00106), zde jsme si stanovily cíl, že dítě bude plně kojeno bez používání speciálních pomůcek do tří dnů. Na splnění této diagnózy jsme si stanovily intervence, které jsme každý den plnily. Třetí den pozorování byl tento cíl splněn. Dle mého názoru bylo mnohem snazší tento cíl splnit, protože již před operací nebyly závažné problémy s kojením. Bylo zde vidět, že má matka velký záměr výhradně kojit. Dále jsme si stanovily riziko krvácení (00206). S tímto souvisí kontinuální sledování chlapce a naordinovaná infuzní terapie. U dítěte 2 byla stanovena pouze jedna ošetrovatelská diagnóza v oblasti výživy. Touto diagnózou se stalo porušené polykání (00103). Zde jsme si stanovily následující cíl: pacient bude lépe polykat potravu a tekutiny do dvaceti čtyř hodin po operaci. Na splnění cíle jsme si stanovily několik intervencí, například zhodnotit dutinu ústní, změnit chlapci dietu, podat analgetika dle lékaře a další. Cíl byl splněn druhý den pozorování.

Z tohoto důvodu se domnívám, že děti po operaci rozštěpové vady mají problémy s jídlem. Ale není to vždy pravidlem. Velmi důležitá je i edukace o kojení. Na tuto otázku jsme se zeptaly v rozhovorech s rodiči. Jako jediná matka měla matka M1 zkušenosti z předchozího těhotenství a řekla nám, že se nic nezměnilo od předchozího dítěte. Vše bylo stejné jako u zdravého dítěte. Dle mého názoru musí mít matka velkou trpělivost a hlavně snahu začít kojit. Toto nám potvrdila matka M4, která uvedla, že začátek kojení byl velmi náročný, ale nakonec se jí podařilo dítě kojit. Existuje několik speciálních pomůcek, které usnadní krmení dětí s rozštěpovými vadami obličeje. Toto popisuje Dvořák (2009) ve své literatuře. Zde autor popisuje možnost využití Haberrmanovy savičky, která je speciálně upravená pro děti s rozštěpem, a to tak, že tato savička využívá prodloužený kompresivní dudlík. Tuto zkušenost se speciální lahví nám zdůraznila matka M2 „*sestřičky mne naučily s lahví Haberrman od Medely*“. Důvodem proč se matka učila s touto speciální lahví bylo, že dítě mělo velký rozsah patra, takže se kojit nepovedlo. Dle mého názoru je dobře, že takovéto pomůcky existují

a pomohou rodičům při péči o své dítě. Velmi mě zaskočilo, co odpověděla matka M3 v otázce edukace o kojení. Matka M3 řekla „*Mám pocit, že žádným. O kojení mě informovala logopedka*“.

Z našeho výzkumu vyplývá, že ošetrovatelská péče z oblasti výživy je zcela individuální. Ve většině případů je edukace o kojení a další výživě dostačující.

Dle Burdy a Šolcové (2016) je každý operační zákrok zásahem do těla nemocného. Soubor příznaků, který může být přítomen u chirurgického zákroku, nazýváme jako pooperační nemoc. Mezi tyto příznaky můžeme zařadit otok, bolest, poruchy spánku a další. Dostatečný spánek a odpočinek podporuje lepší pooperační průběh. Dítě 2 trpělo nedostatkem spánku (00096) souvisejícím s bolestí po operaci projevující se ospalostí a častým buzením v noci. Za cíl jsme si kladly, aby chlapec nerušeně spal pět hodin během noci. Ke splnění tohoto cíle jsme si stanovily několik intervencí, jako je například zajistit rituály chlapce, zajistit nejvhodnější polohu během spánku, vyvětrat pokoj a další. S tímto cílem nám velmi pomohla matka chlapce. Po třech dnech byl tento cíl splněn. S touto diagnózou souvisí i další diagnóza, a to je akutní bolest (00132), která je společná pro oba chlapce. Burda a Šolcová (2016) ve své literatuře uvádí, že každý člověk trpí určitým stupněm bolesti. Proto sestra pravidelně kontroluje intenzitu bolesti a podává analgetika dle ordinace lékaře. U dítěte 2 jsme si stanovily cíl, že chlapec bude bez bolesti do hodiny od podání analgetik dle ordinace lékaře. S touto diagnózou nám pomohly stanovené intervence, monitoruj bolest, sleduj neverbální projevy pacienta, podej analgetika dle ordinace lékaře a mnoho dalších. I tento cíl se nám podařilo splnit. Dle mého názoru je velmi důležité udržet komfort dítěte. Sestra by měla pacientovi co nejvíce pomoci s psychickým klidem a s tím souvisí i tišení bolesti. U dítěte 1 jsme si u této diagnózy stanovily za cíl: Pacient bude bez bolesti do hodiny od uklidnění matkou chováním. I tento cíl se nám podařilo splnit. Poslední kategorií je bezpečnost a ochrana, kde jsme si stanovily dvě potenciaální diagnózy společné pro obě děti, a to riziko infekce a riziko pádu. Dle Dvořáka (2009) hrozí riziko aspirace. Tuto skutečnost jsme si potvrdily v našem výzkumu u dítěte 2.

6 Závěr

Pro bakalářskou práci s názvem „Ošetrovatelská péče u dětí s rozštěpovými vadami rtu a patra“ jsme stanovily tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit ošetrovatelskou péči v oblasti výživy dítěte s rozštěpovou vadou rtu a patra. Druhým cílem bylo zjistit ošetrovatelskou péči po operaci dítěte s rozštěpovou vadou rtu a patra. Dále jsme stanovily poslední, třetí cíl, a to bylo zjistit informovanost rodičů o rozštěpové vadě rtu a patra u jejich narozeného dítěte. Na základě těchto cílů byly stanoveny také tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zní „Jaká je péče v oblasti výživy u dětí s vývojovými vadami rtu a patra?“. Druhá výzkumná otázka byla stanovena takto „Jaká je péče po operaci u dětí s vývojovými vadami rtu a patra?“. Třetí a poslední výzkumná otázka byla „Jakým způsobem a do jaké míry jsou informováni rodiče dítěte s rozštěpovou vadou rtu a patra?“

Výzkum byl proveden kvalitativní formou výzkumu. Výstupem jsou dvě případové studie – ošetrovatelské péče zpracované do ošetrovatelských kazuistik včetně ošetrovatelského plánu a hloubkový rozhovor s rodiči dětí s VVV rtu a patra. Dle analýzy získaných informací jsme stanovily kategorie a podkategorie, které jsou podrobně popsány. Ošetrovatelský plán jsme sestavily na podkladě získaných informací a vytvořily jsme ošetrovatelský plán pro dvě děti s chirurgickou korekcí této vady. Byla provedena kategorizace případové studie. Dle podrobné analýzy ošetrovatelských kazuistik jsme vytvořily kategorie a podkategorie, které podrobně rozebíráme a popisujeme pod jednotlivými schématy. Výzkumné šetření probíhalo na specializovaném pracovišti zaměřeném na léčbu vývojových vad rtu a patra u dětských pacientů. Jednotlivé rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon a následně doslovně přepsány do programu Microsoft Word. Poté byla provedena analýza a kategorizace rozhovorů rodičů metodou tužka papír. Rozhovor obsahoval celkem dvacet tři otázek. Výsledky rozhovorů byly kategorizovány do pěti kategorií a dalších podkategorií, které byly podrobně popsány.

Stanovené cíle byly splněny. Získaly jsme povědomí, jak vše v praxi probíhá, jak sestry a lékaři edukují rodiče a děti nevyjímaje. Zdravotnický personál veškeré informace dostatečně vysvětloval. Pokud rodiče měli jakékoliv otázky, zdravotnický personál je s ochotou zodpověděl. Domnívám se, že mi velmi pomohla zkušenost s přítomností na operačním sále při rekonstrukci rozštěpu měkkého a tvrdého patra. Díky této zkušenosti

jsem měla možnost vše lépe pochopit a lépe si představit, jak celá tato operace probíhá a kolik je zapotřebí zdravotnického personálu.

Z našeho výzkumu se potvrdilo, že edukace a obecně výživa je velmi individuální. Nejvíce záleží na rozsahu rozštěpové vady obličejce, na nabízené pomoci ze strany zdravotníků ve vztahu ke kojení, popřípadě na pomůckách – kloboučcích, speciálních lahvičkách a dalších. Dle výsledku výzkumu, pokud má dítě menší rozsah rozštěpové vady, nemusí být s kojením ani posléze s další výživou problém.

Předoperační, intraoperační a pooperační péče vychází z celkového stavu, věku a VVV dítěte. Péče je vždy poskytována individuálně, i když naše šetření ukazuje, že péče má shodná, nastavená pravidla. Pacient je po operaci vždy převezen na jednotku intenzivní péče. Na tomto oddělení je hospitalizován nejméně dvacet čtyři hodin. Poté vše záleží na možných komplikacích, které jsou spojeny s operací. Pokud vše probíhá výborně, je pacient převezen zpět na standardní oddělení. Dle lékaře je každému pacientovi individuálně naordinována medikace. Z výzkumu víme, že pacientům byly naordinovány Pamycon kapky, OphthalmoFramykoin mast a další. Velmi důležitá je i edukace o operaci, pooperačním stavu a možných komplikacích.

Výsledky šetření bakalářské práce mohou být využity při výuce ošetrovatelského procesu a předoperační a pooperační péče pro studenty pediatrického ošetrovatelství. Dle mého názoru by tato práce mohla být využita i pro rozšíření povědomí o rozštěpových vadách zdravotníků v praxi.

7 Seznam použité literatury

1. ANDRÉSOVÁ, M., SLEZÁKOVÁ, L., 2013. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-4341-7.
2. BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2288-2.
3. BORSKÝ, J. et al., 2012. *Rozštěpy rtu a patra, plánování počáteční fáze léčby a interdisciplinární péče u pacientů v novorozeneckém a batolecím věku*. [online]. ProLékaře.cz. [cit. 2023-1-7]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-stomatologie/2012-1/rozstepy-rtu-a-patra-planovani-pocatecni-faze-lecby-a-interdisciplinari-pecce-u-pacientu-v-novorozeneckem-a-batolecim-veku-37490>
4. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2.díl: Pro obor ošetrovatel*. Praha: © Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9253-3.
5. COBOURNE, M.T., 2012. *Cleft Lip and Palate*. 16th Edition. London: © Copyright: S. Karger. ISBN 978-3-318-02107-3.
6. ČIHÁK, R., 2016a. *Anatomie 1*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3817-8.
7. ČIHÁK, R., 2016b. *Anatomie 2*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4788-0.
8. DVOŘÁK, Z., 2009. *Přehled chirurgických metod u rozštěpových vad* [online]. Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. [cit. 2022-12-28]. Dostupné z: <http://www.rozstep.cz/prehled-chirurgickych-metod-a-nove-trendy-lecby-rozstepu-patra/>
9. FEDORA, M., 2012. *Dětská anesteziologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN isbn978-80-7013-544-0.
10. FIALA, M., KOŠKOVÁ, O., VOKURKOVÁ, J., BARTOŠKOVÁ, J., 2017. *Cleft lip and palate - principles of primary care and aftercare. Pediatrice pro praxi* [online]. 18(5), 297-299 [cit. 2022-11-8]. DOI: 10.36290/ped.2017.057.

ISSN 12130494. Dostupné z:<http://www.pediatriepropraxi.cz/doi/10.36290/ped.2017.057.html>

11. FIALA, P., VALENTA, J., EBERLOVÁ, L., 2015. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 9788024626932.
12. FRISOVÁ, V., 2013. *Vrozené obličejové rozštěpy*. [online]. Šance dětem. 30.7. 2013 [cit. 2023-1-7]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/vrozene-oblicejove-rozstepy>
13. HAHN, A., 2018. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0572-4.
14. HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
15. HERDMAN, T.H., KAMITSURU, S., ed., 2020. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace*. 11. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0710-0.
16. JAKUBÍKOVÁ, J., 2012. *Vrozené anomálie hlavy a krku*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4064-5.
17. KACHLÍK, D., 2018. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 9788024640587.
18. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0130-6.
19. KEJKLÍČKOVÁ, I., 2016. *Vady řeči u dětí: návody pro praxi*. Praha: Grada. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3941-0.
20. KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-247-5014-9.
21. KUCHYNKOVÁ, Z., 2015. *Dětská otolaryngologie: nejčastější situace v ambulantní praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4177-2.
22. KUKLÍK, M., 2013. Rozštěpové vady. In: *Časopis lékařů českých* [online]. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, s. 185-189 [cit. 2023-1-7]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2013-4/download?hl=cs>

23. LIBOVÁ, L., BALKOVÁ, H., JANKECHOVÁ, M., 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2466-4.
24. MALÁ, M., SOUČKOVÁ, L., 2014. Léčba rozštěpových vad čelisti a patra. *Sestra*. 24(6), 34-36. ISSN 1210-0404.
25. MAŘÍKOVÁ, T., SEEMANOVÁ, E., 2013. *Klinická genetika: praktické aplikace*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2318-4.
26. MAZÁNEK, J., 2018. *Zubní lékařství: pro studující nestomatologických oborů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5807-7.
27. MCKINNEY, E. et al., 2021. *Maternal-child nursing*. 6. St. Louis: Elsevier. ISBN 978-0-323-69788-0.
28. MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024715216.
29. MĚŠŤÁK, J., MOLITOR, M., MĚŠŤÁK, O., KALINOVÁ, L., 2015. *Základy plastické chirurgie*. Vydání druhé. V Praze: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2839-4.
30. MIXA, V., HEINIGE, P., VOBRUBA, V., ed., 2017. *Dětská přednemocniční a urgentní péče*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN isbn978-80-204-4643-5.
31. NAIDU, P., YAO, C.A., CHONG, D.K., MAGEE, W.P., 2022. Cleft Palate Repair: A History of Techniques and Variations. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open* [online]. 10(3), 1-7 [cit. 2022-12-28]. DOI: 10.1097/GOX.0000000000004019. ISSN 2169-7574. Dostupné z: <https://journals.lww.com/10.1097/GOX.0000000000004019>
32. Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022 [cit. 09.12.2022]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/644-rozstepy-rtu-a-patra>. ISSN 2695-0340.
33. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3422-4.
34. OTOVÁ, B., MIHALOVÁ, R., BOBKOVÁ, K., 2020. *Základy biologie a genetiky člověka*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4565-0.

35. PETERKA, M., PETERKOVÁ, R., 2015. Kritické periody pro vznik rozštěpů obličeje a incidence rozštěpů v Čechách. *Neonatologické listy* [online]. 21/2015(1), 20-26 [cit. 2022-12-11]. ISSN 1211-1600. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Neolisty/neolisty20151.pdf>
36. PHALKE, N., GOLDMAN, J.J., 2022. *Cleft palate* [online]. 26.9. 2022 [cit. 2023-1-7]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563128/>
37. POKORNÁ, V., 2017. *Pomáháme dětem s rozštěpem obličeje projít léčbou s úsměvem: ORL*. [online]. Šťastný úsměv. Děčín [cit. 2023-1-7]. Dostupné z: <http://stastny-usmev.cz/orl-2/>
38. PRAŽSKÝ, B., 2014. *Léčba rozštěpových vad*. [online]. Zdraví.euro.cz. [cit. 2023-1-7]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/lecba-rozstepovych-vad-celisti-a-patra-475734>
39. RAYMOND, J.L., MORROW, K., 2021. *Krause and Mahan's food & the nutrition care process*. 15th edition. St. Louis: Elsevier. ISBN 978-0-323-74962-6.
40. ROZTOČIL, A., 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2098-7.
41. SEDLÁŘOVÁ, P., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1613-8.
42. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2016. *Stomatologie I: pro SZŠ a VOŠ*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5826-8.
43. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii I. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: GRADA Publishing, Sestra. ISBN 978-80-247-2900-8.
44. STASKOVÁ, V., TÓTHOVÁ, V., KOŤA, J., 2019. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2206-6.
45. ŠTROMBACHOVÁ, V. et al., 2019. Metodika sledování nežádoucí události PÁD u Agentur domácí zdravotní péče (ADP): Hodnocení a přehodnocení rizika pádu. *Úzis.cz* [online]. Praha, 1/2019, 13-14 [cit. 2023-4-30]. Dostupné z: https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/ADP_metodika_pad_plna_verze.pdf
46. TÓTHOVÁ, V. a kol., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

47. VOKURKOVÁ, J., 2022. *Operace rozštěpu patra: Informace pro rodiče*. Brno.
48. WEBER, T., 2012. *Memorix zubního lékařství*. 2. české vyd. Přeložil Magdalena KOŤOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3519-1.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Řez hlavou a krkem

Příloha 2 – Rty a tváře

Příloha 3 – Dutina ústní

Příloha 4 – Vývoj rtu

Příloha 5 – Vývoj patra

Příloha 6 – Rozštěpy rtu

Příloha 7 – Rozštěpy patra a rtu

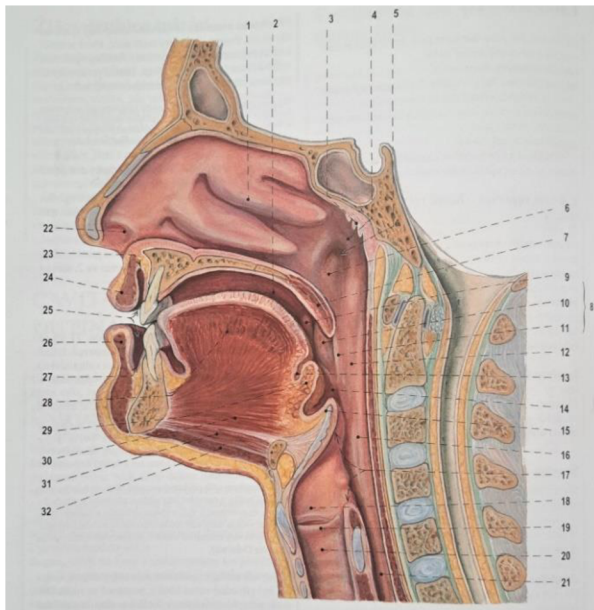
Příloha 8 – Rossovo devatero kraniofaciálního růstu

Příloha 9 – Případová studie č. 1

Příloha 10 – Případová studie č. 2

Příloha 11 – Otázky pro rozhovor s rodiči

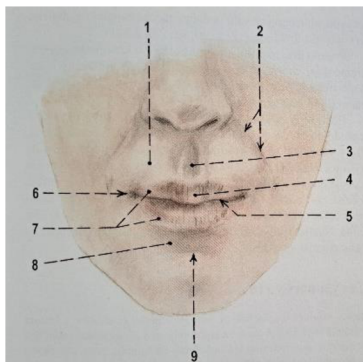
Příloha 1 – Řez hlavou a krkem



1- cavitas nasi; 2 - cavitas oris; 8 - isthmus faucium; 24 – labium oris; 25 – vestibulum oris

Zdroj: ČIHÁK, R., 2016. *Anatomie 1*

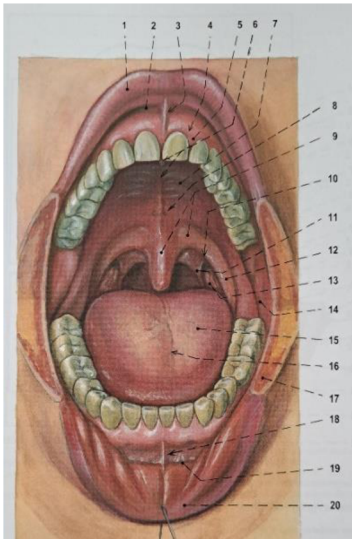
Příloha 2 – Rty a tváře



1 – labium superius; 3- philtrum; 5 – rima oris; 6 – anguli oris; 8 – labium inferius; 9 – sulcus mentolabialis

Zdroj: ČIHÁK, R., 2016. *Anatomie 1*

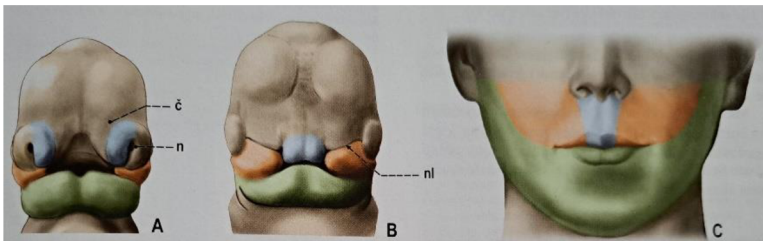
Příloha 3 – Dutina ústní



1 – labium superius; 2 – fornix vestibuli superior; 3 – frenulum labii superioris; 4 – margo gingivalis; 6-8 – palatum durum; 9 – palatum molle a uvula palatina; 11 – arcus palatopharyngeus; 17 – m. buccinator

Zdroj: ČIHÁK, R., 2016. *Anatomie 1*

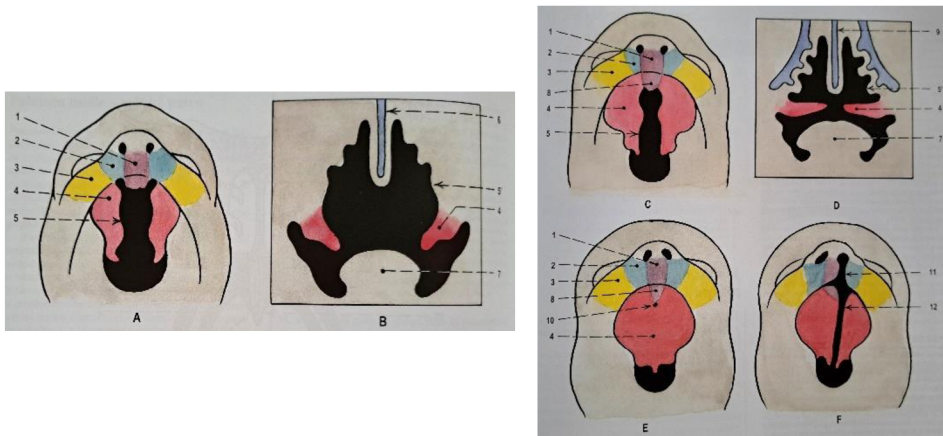
Příloha 4 – Vývoj rtu



A) embrionální stadium (začátek 6. týdne); B) embryonální stadium (konec 7. týdne); C) rty dospělého člověka

Zdroj: ČIHÁK, R., 2016. *Anatomie 1*

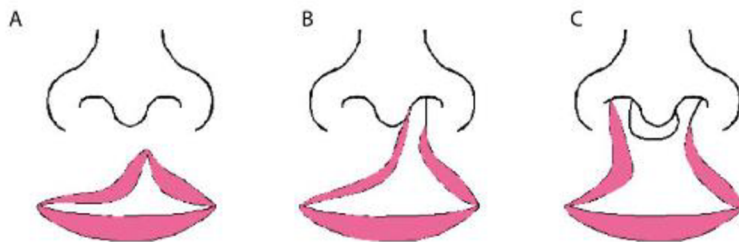
Příloha 5 – Vývoj patra



A-E) postup vývoje; F) vrozená vada – rozštěp rtu a patra

Zdroj: ČIHÁK, R., 2016. *Anatomie 1*

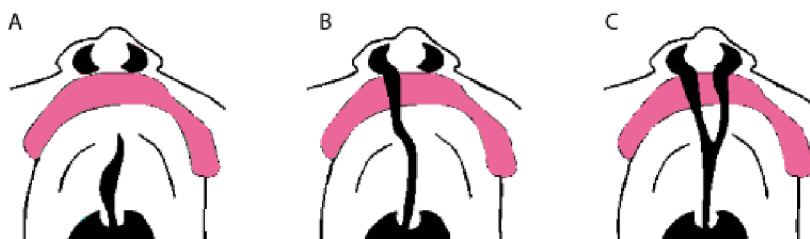
Příloha 6 – Rozštěp rtu



A) Neúplný jednostranný rozštěp rtu; B) úplný rozštěp rtu; C) úplný oboustranný rozštěp rtu

Zdroj: JAKUBÍKOVÁ, J., 2012. *Vrozené anomálie hlavy a krku*

Příloha 7 – Rozštěp patra a rtu



- A) Neúplný rozštěp patra; B) Jednostranný úplný rozštěp patra a rtu; C) Oboustranný úplný rozštěp patra a rtu

Zdroj: JAKUBÍKOVÁ, J., 2012. *Vrozené anomálie hlavy a krku*

Příloha 8 – Rossovo devatero kraniofaciálního růstu

1.	Vlastní porucha kraniofaciálního růstu je minimální mimo oblast přímo postiženou rozštěpem
2.	Růst maxilárního komplexu je dostatečný k vytvoření harmonických skeletálních vztahů
3.	Dentální a alveolární složka je schopna korigovat mírnou deficienci maxilárního komplexu a vytvořit uspokojivou okluzi
4.	Pooperační jizvení omezuje maxilární růst. Každé toto omezení růstu se může zásadně projevit u dětí s rozštěpovou vadou obličeje
5.	Pooperační jizvení patra omezuje volný dentální růst a přetváří zubní oblouk změnou prořezávání zubů
6.	Sekundární změny postavení jazyka vychylují a deformují mandibulu
7.	Časná rekonstrukce alveolu s nebo bez implantace kostního štěpu je zhoubná pro faciální růst
8.	Nejdůležitějším parametrem ovlivňující výsledek rekonstrukce patra je chirurg. Mezi tradičními metodami uzávěru rozštěpu patra není většího rozdílu, co se týče omezení růstu čelisti
9.	Načasování uzávěru patra během první dekády života není rozhodující. Odložení operace do 4. až 7. roku věku dítěte nepřináší žádný benefit

Zdroj: Dvořák, 2009 *Přehled chirurgických metod u rozštěpových vad*

Příloha 9 – Případová studie č. 1

Dítě 1: Pacient chlapeckého pohlaví, jeden měsíc

Hospitalizace:

Dne 23.3. 2023 bylo dítě hospitalizováno na Klinice dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie ve specializovaném zařízení. Na toto oddělení byl chlapec přijat z důvodu primární rekonstrukce rtu.

Základní diagnóza:

Jednostranný rozštěp rtu

Rodinná anamnéza

Matka – zdráva, v rodině matky nejsou žádná významná onemocnění

Otec – zdrav, v rodině otce nejsou žádná významná onemocnění

Sourozenci – 1 – zdrav

Osobní anamnéza

Dítě je z druhého těhotenství, z druhého porodu. Porod VEXem pro nepostupující porod v 39+0 týdnu těhotenství, týden před termínem. Apgar skóre 9-10-10, porodní adaptace v normě. Matka nerodila přímo ve specializovaném centru, kde jsou tyto děti s rozštěpy hospitalizovány. Rodila přibližně 160 km daleko od tohoto specializovaného centra.

Porodní hmotnost dítěte byla 3570 g a měřilo 49 cm. Po narození měl chlapec novorozeneckou žloutenku, která trvala dva dny. Měl proto indikovanou fototerapii. Na neonatologickém oddělení byly provedeny povinné novorozenecké laboratorní screeniny: vrozených a dědičných onemocnění, ultrazvukové vyšetření ledvin, ortopedické vyšetření kyčlí, screening vrozeného šedého zákalu čočky a screeningové vyšetření sluchu, které byly všechny v normě.

Již prenatálně chlapci byl diagnostikován pomocí ultrazvukového vyšetření rozštěp rtu na pravidelné prohlídce u gynekologa. Na tento rozštěp přišli již v 2. trimestru těhotenství. Diagnostika byla, ale velmi neurčitá, protože si obličej stále zakrýval rukama. Celé těhotenství ale probíhalo fyziologicky, bez obtíží.

Celá tato problematika se začala řešit již v těhotenství po diagnostice rozštěpové vady. Rodina si vše zařizovala sama, volala do specializovaných pracovišť. Dále se to řešilo v porodnici po porodu. Vše se řešilo velmi dlouho.

Všechny informace rodiče získali od gynekologa. Tyto informace byly pro rodiče dostačující. Žádnou psychologickou nebo jinak odbornou pomoc zajištěnou neměli.

Chlapec se s ničím trvale neléčí. Je sledován na plastické chirurgii pro izolovaný rozštěp rtu. Vážněji neonemocněl. Úrazy nebyly žádné, bez krvácivých projevů. Dětské nemoci zatím žádné. Jedenkrát měl lehkou rhinitidu.

Do specializovaného centra byl chlapec přijat k hospitalizaci 23.3. 2023. Při nástupu k hospitalizaci bylo chlapci 6 týdnů. Operace byla naplánovaná na 24.3. 2023. Chlapec byl na předoperačním vyšetření – odběry krve na biochemické vyšetření, krevní obraz a koagulaci; fyzikální vyšetření, kde bylo vše v normě.

Farmakologická anamnéza

Chronická medikace:

Vigantol 1 gtt p.o. v 8 hodin ráno

Fyzikální vyšetření sestrou

Vitální funkce	
Krevní tlak	70/34
Puls	138´
Saturace O ₂	98%
FiO ₂	0,40
Tělesná teplota	36,8 °C
Délka	58 cm
Váha	4850 g

Předoperační příprava

Před operací byla aplikována EMLA mast na hřbet pravé horní končetiny, před zajištěním i.v. vstupu. Na operačním sále byla chlapci zavedena periferní žilní kanyla. Informovaný souhlas s operací a celkovou anestézií byl sdělen a poté rodiči podepsán. V den operace byl chlapec lačný od 3:30 hodin.

Anesteziologický záznam:

Jako premedikace v den operace byl podán Midazolam 250mg p.o. (1:1 se sirup simplex). Během operace byly zajištěné dýchací cesty pomocí laryngeální masky.

Operace v celkové anestezii trvala dvě hodiny. Po operaci byl převezen na oddělení JIP. Kojení mohlo být uskutečněno dvě hodiny po operaci. Rekonstrukční operace byla úspěšná.

Operační nález:

Pravostranný rozštěp rtu, kožní most cca 8 mm, při elevaci oploštěného nosního křídla viditelný vazivový pruh. Operace se uskutečnila modifikovanou metodou rotačně-posuvného laloku, remodelace nosu Biosyn stehem, svalovina ve středu spojena vazivem, široce uvolněna oboustranně a sutura svalu, sliznice, nosu a kůže.

Aktuální medikace po operaci

Antibiotická léčba: Azepo 150 mg 6-14-22 i.v.

Zinat sirup 2 ml 12-24-12 p.o.

Analgetická léčba: Paracetamol 50 mg p.o. dle potřeby á 4 hodiny

Nurofen sirup 1 ml p.o. při bolesti á 4 hodiny

Tralgit 20 mg do 20 ml F1/1 na 24 hodin po operaci i.v.

Infuzní terapie: Plazmalyte 160 ml – 25ml/hod i.v.

Ringer 250 ml i.v. po operaci dle ordinace lékaře

Do nosu Pamycon kapky 5x denně

Krytí rány ponechat do samovolného odpadnutí

Poté promazávat jizvu na kůži mastí OphthalmoFramykoinem

Na sliznice aplikace Actimaris gelu

Posouzení současného stavu potřeb pacienta dle NANDA taxonomie II.

Podpora zdraví

Měsíční chlapec je hospitalizován na Klinice dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie ve specializovaném centru. Na toto oddělení byl přijat z důvodu primární rekonstrukce rtu. Očkování u chlapce bylo odloženo z důvodu operace. Očkování proběhne po operaci dle očkovacího kalendáře. Žádnou z dětských nemocí zatím neprodělal, jedenkrát se u chlapce vyskytla lehká rhinitida. Celá rodina kojence je plně spolupracující, všichni se zapojují do péče.

Výživa

Chlapec je plně kojen. Pacientovi trvá déle, než začne sát. Matka preferuje mateřské mléko před umělou výživou. Kojenec jí pravidelně po třech hodinách, v noci po pěti hodinách. Ke kojení matka vyzkoušela používání speciálních pomůcek, jako jsou formovače bradavek a kojící kloboučky. Na váze chlapec fyziologicky přibývá, prospívá.

Vylučování a výměna

Chlapec má dětské pleny. S vyprazdňováním žádné problémy nemá. Stolice je pravidelná několikrát za den. Barva stolice a konzistence je fyziologická. Močí také pravidelně. Žádné problémy při močení nemá.

Chlapec nemá žádnou podporu dýchání. Pravidelnost dýchání je fyziologická. Chlapec byl monitorován pouze při operaci a na oddělení JIP.

Aktivita a odpočinek

Chlapec je většinu dne v postýlce. Veškerou manipulaci s chlapcem v nemocnici zajišťuje matka nebo sestra/lékař. Za kojencem nedochází žádný rehabilitační pracovník. Dítě v noci spí nerušeně pět hodin.

Chlapci se lépe usíná a spí s doprovodem bílého šumu, který mu matka pouští z mobilního telefonu. Bez tohoto šumu se budí dříve. Poloha kojence při každém spánku je na zádech.

Vnímání a poznávání

Dítě vnímá hlas matky a pozná ji. Reaguje na matku prostřednictvím úsměvu. Chlapec je zcela závislý na matce nebo na ošetřovatelském personálu.

Vnímání sebe sama

Začíná pozorovat své okolí. Otáčí hlavu za hlasem.

Vztahy

O chlapce se stará jeho matka, která je s ním hospitalizovaná na Klinice dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie ve specializovaném centru. Do péče o kojence se zapojuje celá rodina i sourozenec. Téměř každý den je navštěvuje vždy jeden člen z rodiny.

Sexualita

Kojenec je chlapeckého pohlaví. Na genitálu nebyly nalezeny žádné vrozené vady, varlata jsou oboustranně sestoupena.

Zvládání zátěže

Nejklidněji se chlapec cítí v náručí své matky. Po operaci byl chlapec neklidný, kvůli pooperační bolesti. Nyní je vše v normě.

Životní princip

Chlapec zatím nemá žádný stanovený životní princip s ohledem na jeho věk.

Bezpečnost a ochrana

Žádné alergie na léky či na jiné látky zatím nejsou známe. Chlapci se pravidelně každé ráno a večer měří tělesná teplota. Před manipulací s kojencem si vždy matka i ošetřovatelský personál odezinfikuje ruce. Matka byla seznámena s pravidly oddělení a byla edukována o bezpečné manipulaci s kojencem a možném riziku pádu. Během celé hospitalizace hrozí chlapci infekce v souvislosti s operační ránou.

Komfort

Stav kůže chlapce je obvyklé barvy, bez známek otoků, ekzémů a hematomů. Nehty jsou čisté, adekvátně dlouhé. Matka kojence koupe nebo otírá každý den.

Růst a vývoj

Nyní chlapec váží 4850 g a měří 58 cm. Psychomotorický vývoj je v mezích normy.

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

Akutní bolest (00132) v souvislosti s operačním výkonem projevující se mimikou, pláčem, zvýšeným kontaktem s matkou

Snaha zlepšit kojení (00106) v souvislosti s touhou matky zlepšit schopnost výhradně kojít.

Přerušené kojení (00105) v souvislosti s předoperační přípravou a pooperační péčí, projevující se pláčem dítěte

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

Riziko infekce (00004) v souvislosti s invazivním vstupem

Riziko infekce (00004) v souvislosti s operační ranou.

Riziko pádu (00155) v souvislosti s věkem kojence.

Riziko krvácení (00206) v souvislosti s invazivním výkonem.

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

00132 Akutní bolest v souvislosti s operačním zákrokem projevující se mimikou, pláčem, zvýšeným kontaktem s matkou

Cíl: Pacient bude bez bolesti do hodiny od uklidnění matkou chováním.

Výsledná kritéria:

Matka chápe, jak má sledovat projevy pooperační bolesti

Matka dokáže zhodnotit abnormální stav pacienta

Matka má dostatek informací o pooperační péči

Matka chápe možnost zmírnit bolest kojenci chováním

1. den pozorování = 2. den hospitalizace

Intervence:

Monitoruj bolest u pacienta každou hodinu.

Sleduj krevní tlak, pulz a saturaci každých 30 minut.

Sleduj neverbální projevy pacienta po celý den.

Podej analgetika dle ordinace lékaře dle potřeby pacienta (Tralgit 5 mg i.v.)

Sleduj účinnost analgetik po každém podání léku

Zhodnocení:

Chlapci se podaly analgetika dle ordinace lékaře. Chlapce matka uklidnila chováním a mluvením s dítětem. Chlapec je klidný a již nepláče. Každé tři hodiny se pravidelně budí na kojení. Vše je již ve stejném rytmu, na který je chlapec s matkou zvyklý. Cíl byl splněn.

00106 Snaha zlepšit kojení v souvislosti s touhou matky dát dítěti potřebné živiny.

Cíl: Kojenec bude plně kojen bez používání speciálních pomůcek (kloboučky) do tří dnů.

Výsledná kritéria:

Matka zvládne přiložit dítě k prsu a dítě saje po celou dobu kojení

Matka zná další možné polohy kojence při kojení

Kojenec umí sát bez speciálního kloboučku do tří dnů

1. den pozorování = 2. den hospitalizace

Intervence:

Posuď dřívější znalosti matky a zkušenosti s kojením

Ukaž matce správnou techniku kojení

Edukuj matku o dalších vhodných polohách při kojení

Edukuj matku o nutnosti dodržování časů přikládání ke kojení

Průběžně sleduj účinnost kojení – po celou dobu hospitalizace

Zhodnocení:

Matka používá správnou techniku kojení. Matka přikládá k prsu každé tři hodiny.

Cíl pokračuje.

2. den pozorování = 3. den hospitalizace

Intervence:

Edukuj matku o možnostech využití pomůcek k úpravě polohy při kojení

Kontroluj techniku matky

Všímej si, zda dítě efektivně saje

Zhodnocení:

Matka si našla vhodnou polohu při kojení. Kojení probíhá každé tři hodiny. U dítěte se zlepšilo sání bez speciálních pomůcek při kojení. Cíl byl částečně splněn.

3. den pozorování = 4. den hospitalizace

Intervence:

Všímej si, zda dítě efektivně saje

Kontroluj techniku matky

Zhodnocení:

Matka dokáže kojit bez speciálních pomůcek při kojení. Chlapec saje po celou dobu přiložení k prsu. Cíl byl splněn.

00105 Přerušené kojení v souvislosti s předoperační přípravou a pooperační péčí, projevující se pláčem dítěte.

Cíl: Matka chlapce uklidní chováním a přítomností do půl hodiny.

Výsledná kritéria:

Matka zná možnost utišení chlapce chováním

Matka zná správný postup při manipulaci s mateřským mlékem

Matka odsává mléko do lahve a uchovává ho v lednici

1. den pozorování = 2. den hospitalizace

Intervence:

Edukuj matku o možnosti zklidnění dítěte chováním

Edukuj matku o správném postupu při manipulaci s mateřským mlékem

Zajisti odsávací zařízení pro matku

Edukuj matku o pravidelném odsávání mléka a jeho uchování

Zhodnocení:

Matka chlapce zklidnila chováním, svou přítomností a mluvením na dítě. Matka pravidelně odsávala mateřské mléko a uchovávala ho v lednici po celou dobu předoperačního a pooperačního lačnění chlapce. Cíl byl splněn.

00004 Riziko infekce v souvislosti s invazivním vstupem.

Cíl: Zamezit vzniku infekce po celou dobu zavedení permanentní žilní kanyly.

Výsledná kritéria:

Matka ví o správné manipulaci s PŽK

Matka vyjmenuje příznaky infekce v místě vpichu

Matka dokáže udržet místo vpichu klidné a v suchu

1. den pozorování = 2. den hospitalizace

Intervence:

Sleduj místo vpichu

Udržuj místo vpichu v suchu

Asepticky proved' převaz rány

Pravidelně proplachuj PŽK (minimálně třikrát za den)

Zhodnocení:

Dítě je bez známek infektu. V místě vpichu je klidné, bez známek infekce a alergie. Cíl pokračuje.

2. den pozorování = 3. den hospitalizace

Intervence:

Udržuj místo vpichu v suchu

Pravidelně kontroluj místo zavedení i.v. kanyly

Zhodnocení:

Po celý den bylo okolí kanyly v suchu, bez známek infekce. Dnes byla kanyla odstraněna. Cíl byl plněn.

00004 Riziko infekce v souvislosti s operační ranou.

Cíl: Zamezit riziko infekce po dobu celé hospitalizace.

Výsledná kritéria:

Matka chápe rizikové faktory infekce

Matka zná způsoby, jak předcházet vzniku infekce

1. den pozorování = 2. den hospitalizace

Intervence:

Monitoruj rizikové faktory pro vznik infekce

Edukuj matku o předcházení vzniku infekce

Zhodnocení:

Dítě je bez známek infektu. Cíl pokračuje.

00155 Riziko pádu v souvislosti s věkem kojence.

Cíl: Zamezit riziko pádu u kojence během celé hospitalizace.

Výsledná kritéria:

Matka zvládá bezpečnou manipulaci s kojencem po celou dobu hospitalizace

Matka zná rizika spojená s nepřítomností u kojence

1. den pozorování = 2. den hospitalizace

Intervence:

Zajisti bezpečné prostředí u kojence

Pouč matku o bezpečné manipulaci s kojencem

Zajisti vhodnou postel pro kojence

Nenechávej kojence bez dozoru na přebalovacím stole

Zhodnocení:

Byla zajištěna vhodná postel s bezpečnostními postranicemi pro kojence. Matka správně manipuluje s kojencem. Cíl pokračuje

2. den pozorování = 3. den hospitalizace

Intervence:

Zajisti bezpečné prostředí u kojence

Zajisti dohled nad kojencem

Zhodnocení:

Matka při každé nepřítomnosti využívá postranice postele. Matka nenechává dítě samotné na přebalovacím stole. Matka je s kojencem po celou dobu hospitalizace. Cíl pokračuje.

3. den pozorování = 4. den hospitalizace

Intervence

Zajisti bezpečné prostředí u kojence

Zajisti dohled nad kojencem po celou dobu hospitalizace

Zhodnocení:

Matka při každé nepřítomnosti využívá postranice postele. Matka nenechává dítě samotné na přebalovacím stole. Matka je s kojencem po celou dobu hospitalizace. Cíl pokračuje.

00206 Riziko krvácení v souvislosti s invazivním výkonem.

Cíl: Zamezit riziku krvácení během prvního dne po operaci.

Výsledná kritéria:

Matka dokáže vyjmenovat možné příznaky krvácení

Matka chápe význam příjmu a výdeje tekutin

1. den pozorování = 2. den hospitalizace

Intervence:

Pouč matku o sledování operačního místa

Pouč matku o příznacích dehydratace

Edukuj matku o možných příčinách krvácení a dehydratace

Pouč matku o dodržování dostatečné hydratace

Pouč matku o sledování příjmu a výdeje tekutin

Pouč matku o sledování operačního místa

Zhodnocení:

Celý den matka i zdravotnický personál sleduje operační místo. V operačním místě není viditelné krvácení. Celý den matka sleduje a zaznamenává množství mateřského mléka po každém kojení dítěte. Chlapec je pravidelně po třech hodinách kojen. Cíl byl splněn.

Zdroj: vlastní tvorba

Příloha 10 – Případová studie č. 2

Dítě 2: Pacient chlapeckého pohlaví, osm měsíců

Hospitalizace:

Dne 26.3. 2023 bylo dítě hospitalizováno na Klinice dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie ve specializovaném zařízení. Na toto oddělení bylo přijato z důvodu rekonstrukce rozštěpu tvrdého a měkkého patra.

Základní diagnóza:

Rozštěp tvrdého a měkkého patra s oboustranným rozštěpem rtu

Rodinná anamnéza

Matka – zdravá, v rodině matky nejsou žádná významná onemocnění

Otec – zdravý, v rodině otce nejsou žádná významná onemocnění

Sourozenci – 0

Osobní anamnéza

Dítě je z prvního těhotenství, z prvního porodu. Porod byl proveden císařským řezem pro nepostupující porod ve 41+2 týdnu těhotenství, týden po termínu. Porodní adaptace v normě. Apgar skóre 10-10-10. Matka nerodila přímo ve specializovaném zařízení, kde jsou tyto děti hospitalizovány a operovány. Matka dítěte rodila 140 km daleko od specializovaného centra, kde byli poté hospitalizováni.

Porodní hmotnost dítěte byla 3190 g a měřilo 50 cm. Po porodu chlapec kříšen nebyl. Ikterus chlapec také neměl. Na neonatologickém oddělení provedeny povinné novorozenecké laboratorní screeniny: vrozených a dědičných onemocnění, ultrazvukové vyšetření ledvin, ortopedické vyšetření kyčlí, screening vrozeného šedého zákalu čočky a screeningové vyšetření sluchu, které byly všechny v normě.

Již prenatálně bylo podezření na rozštěp rtu. Proto bylo doporučeno od gynekologického lékaře další vyšetření v nemocnici blízko bydliště matky. Ve 32. týdnu těhotenství byl potvrzen rozštěp rtu. Po porodu potvrzen oboustranný rozštěp rtu a rozštěp měkkého a tvrdého patra.

Všechny informace rodiče získali od gynekologického lékaře. Tyto informace byly pro rodiče dostačující. Žádnou psychologickou nebo jinak odbornou pomoc zajištěnou neměli.

Na konci února byl chlapec na foniatickém vyšetření. Chlapec si po celou dobu na vyšetření broukal, byl spokojený a reagoval na zvuk zpozorněním. Lékaři chlapce vyšetřili i otoskopicky, oboustranně zvukovody volné, bubínky šedé. Dítěti bylo doporučeno hraničně indikace k zavedení trubičky vyrovnávající tlak oboustranně. Dále chlapci byla doporučena další kontrola s tympanometrií, pokud by zde byl nepříznivý nález, bylo doporučeno zavedení Armstrongovy drenáže oboustranně v celkové anestézii. Tato drenáž by byla plánovaná společně s plastickým výkonem rekonstrukce patra.

Do specializovaného centra byl chlapec přijat k hospitalizaci 26.3. 2023. Při nástupu k hospitalizaci bylo chlapci 8 měsíců. Operace byla naplánovaná na 27.3. 2023. Chlapec byl na předoperačním vyšetření – odběry krve na biochemické vyšetření, krevní obraz a koagulaci; fyzikální vyšetření, kde bylo vše fyziologické.

Fyzikální vyšetření sestrou

Vitální funkce	
Krevní tlak	92/50
Puls	112´
Saturace O ₂	98%
Tělesná teplota	36,8 °C
Délka	74 cm
Váha	8 000 g

Předoperační příprava

Před operací byla aplikována EMLA mast na hřbety horních končetin před zajištěním i.v. vstupu. Na zavolání z operačních sálů Midazolam 250mg + sirup simplex a Atropin 0,1 mg p.o.. Na operačním sále byla chlapci zavedena periferní žilní kanyla. Informovaný souhlas s operací a celkovou anestézií byl sdělen a poté rodiči podepsán. Chlapec byl lačný od 2:00 hodin. Chlapec již dříve byl na operaci sutury oboustranného rozštěpu rtu. Dítě bylo přijato k plánované aseptické operaci primární sutury patra.

Anesteziologický záznam:

Chlapec měl v den operace premedikaci na zavolání. Během operace byly zajištěné dýchací cesty pomocí endotracheální intubace.

Operace začala v 8:50 a skládala se ze dvou částí. První část operace bylo zavedení trubiček, které vyrovnávají tlak. Při této operaci byl dítěti odsátý zkalený hlen pod

tlakem z ušních bubínků a zavedení trubiček vyrovnávající tlak do bubínků oboustranně.

První část operace byla aseptická a plánovaná. Poloha chlapce při operaci byla na zádech. Trvání této operace bylo 20 minut. Druhá část operace byla rekonstrukce měkkého a tvrdého patra. Tato operace byla také plánovaná a aseptická. Poloha dítěte byla na zádech. Operace s celkovou anestézií trvala 2 hodiny a 57 minut. Operace skončila ve 12:15, dále dítě bylo převezeno na oddělení JIP. Obě části operace probíhaly v klidné anestézii.

Operační nález:

Při první části operace, zavedení trubiček vyrovnávající tlak. Oba ušní bubínky jsou celistvé, matné, dekonturované, lehce vyklenuté, sliznice středouší prosáklá a kyprá zduřelá. Byla provedena myringotomie, to je protětí ušního bubínku pro zavedení trubiček vyrovnávající tlak. Lékař odsál zkalený hlen pod tlakem.

Druhá část operace, rekonstrukce rozštěpu patra. Plastika patra se sklopením svalů patra, široký rozštěp patra, nedostatek tkání. Byly zde stísněné prostory pro lékaře, ale celá operace proběhla v pořádku bez komplikací.

Aktuální medikace po operaci

Antibiotická léčba: Cefzil 250mg sirup p.o. 1ml á 12 hod. 7-19

Azepo 1amp na sál

Analgetická léčba: Nurofen sirup 1 ml p.o. dle potřeby

Do nosu Pamycon kapky 5x denně

Dicynone 250mg i.v. dle krvácení a stavu horních cest dýchacích

Posouzení současného stavu potřeb pacienta dle NANDA taxonomie II.

Podpora zdraví

Osmiměsíční chlapec je hospitalizován na Klinice dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie ve specializovaném centru. Na toto oddělení byl přijat z důvodu rekonstrukce měkkého a tvrdého patra. Chlapec je očkován jen povinným očkováním – 2x hexavakcína. Po očkování bylo vše fyziologické, bez reakce. Vážněji neonemocněl. Úrazy nebyly žádné, bez krvácivých projevů. Dětské nemoci zatím žádné neměl. Chlapec byl na toto oddělení přijat k hospitalizaci již dříve. 3. týden po porodu byl chlapec přijat k hospitalizaci pro suturu oboustranného rozštěpu rtu. Tato operace se uskutečnila koncem července roku 2022. Od té doby chlapec dochází na pravidelné kontroly. Dále měl nasazená antibiotika kvůli chronickému seróznímu zánětu středního ucha. Dále chlapec měl infekci močových cest, která byla přeléčena Augmentinem. Po dobrání tohoto léku se objevil u chlapce exantém. Z toho lékaři vyvodili, že je u chlapce suspektní alergie na augmentin. Celá rodina chlapce je plně spolupracující, všichni se zapojují do péče.

Výživa

Chlapci byly evidovány menší váhové úbytky, ale v rámci percentilových grafů prospívá. Chlapec má umělé mléko, které mu matka podává kojeneckou lahvičkou. Nyní chlapci matka zkouší již příkrmy, které toleruje bez problémů. Chlapec jí pravidelně po třech hodinách. Nyní chlapec na váze přibývá fyziologicky, prospívá.

Vylučování a výměna

Chlapec má dětské pleny. S vyprazdňováním stolice žádné problémy nemá. Stolice je pravidelná. Barva a konzistence stolice je fyziologická. Chlapec močí pravidelně. Žádné problémy při močení nemá.

Chlapec nemá žádnou podporu dýchání. Pravidelnost dýchání chlapce je fyziologická.

Na operačním sále byl chlapec zaintubován endotracheální tubusem. Na operačním sále byl pod stálou kontrolou anesteziologické lékařky. Operace probíhala bez komplikací, dítě bylo během operace stabilizováno.

Aktivita a odpočinek

Chlapec je většinu dne uložen v posteli. Veškerou manipulaci s chlapcem v nemocnici zajišťuje matka nebo sestra/lékař. Nyní za chlapcem nedochází žádný rehabilitační pracovník. Noc před operací se chlapec několikrát vzbudil, ale vždy usnul.

Vnímání a poznávání

Dítě vnímá hlas matky a pozná ji. Reaguje na matku prostřednictvím úsměvu a žvatlání. Chlapec si s matkou prohlíží černobílou knihu se zvířaty. Hraje si s nohami. Prostřednictvím ležení chlapec poznává okolí. Chlapec je zcela závislý na matce nebo na ošetrovatelském personálu.

Vnímání sebe sama

Reaguje na matku prostřednictvím úsměvu a žvatlání. Chlapec je schopen si sebe uvědomovat s ohledem na věk dítěte. Chlapec prozkoumává, co vše umí a dovede.

Vztahy

Dítě je z prvního těhotenství, z prvního porodu. Sourozence chlapec zatím žádné nemá. O chlapce se stará jeho matka, která je s ním hospitalizovaná na Klinice dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie ve specializovaném centru. Do péče o chlapce se zapojuje celá rodina. Protože jsou v nemocnici hospitalizovány krátkou dobu, zatím je zde nikdo z rodiny nenavštívil.

Sexualita

Kojenec je chlapeckého pohlaví. Na genitálu nebyly nalezeny žádné vrozené vady, varlata jsou oboustranně sestoupena.

Zvládání zátěže

Nejklidněji se chlapec cítí v náručí své matky. Chlapce uklidní i oblíbená plyšová hračka.

Při cestě na operační sál byl chlapec spavý kvůli premedikaci. Matka doprovázela syna až do doby, než byl převzat na sál.

Životní princip

Chlapec zatím nemá žádný stanovený životní princip s ohledem na jeho věk.

Bezpečnost a ochrana

Matka má u chlapce podezření alergie na Augmentin, který chlapec měl na přeléčení infekce močových cest. Po dobrání tohoto léku se objevil u chlapce exantém.

Chlapec je očkovan pouze povinným očkováním. Byla mu aplikována 2x hexavakcína. Po očkování chlapec žádné komplikace neměl, vše probíhalo fyziologicky. Chlapec žádné závažné dětské nemoci neměl.

Před operací rozštěpu patra měl chlapec naordinovaná ATB, kvůli chronické serózní otitidě. Na kontrolním vyšetření před operací byly vyšetřeny uši pomocí otomikroskopie. Zde bylo vše v pořádku – zvukovod klidný, bubínek matný, bez sekrece. Na ambulantním vyšetření chlapci byla provedena i tympanometrie – zde vyšlo, že B křivka v obou uších je bezvrcholová. To znamená, že to nejspíše způsobilo přítomnost sekretu za celistvým bubínkem. Chlapec na otitidy netrpí.

Protože je chlapec před operací rozštěpu patra, dbá se na zvýšenou ochranu. Používání dezinfekčních prostředků před manipulací s chlapcem. Matka byla seznámena s pravidly oddělení a byla edukována o bezpečné manipulaci s kojencem. U chlapce hrozí riziko pádu. Během operace hrozí chlapci riziko infekce u periferní žilní kanyly a u operační rány. Po celou dobu nebyla viditelná žádná známka infekce.

Komfort

Stav kůže chlapce je zvyklé barvy, bez známek otoků, ekzémů a hematomů. Nehty jsou čisté, adekvátně dlouhé. Matka chlapce koupe každý den.

Růst a vývoj

Zpočátku byl u chlapce sledován psychomotorický vývoj. Dítě mělo malý deficit v psychomotorice, proto docházeli na rehabilitace – Vojtova metoda. Nyní je již bez rehabilitačního cvičení. Nyní chlapec váží 8 kg a měří 74 cm.

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

Akutní bolest (00132) v souvislosti s operačním výkonem projevující se výrazem v obličeji, pláčem a verbálními projevy.

Porušené polykání (00103) v souvislosti s rozštěpem patra projevující se pomalou konzumací jídla.

Nedostatek spánku (00096) v souvislosti s častým buzením v noci projevující se ospalostí.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

Riziko infekce (00004) v souvislosti s invazivním vstupem.

Riziko pádu (00155) v souvislosti s věkem chlapce

Riziko aspirace (00039) v souvislosti s operací měkkého a tvrdého patra

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

00132 Akutní bolest v souvislosti s operačním výkonem projevující se výrazem v obličeji, pláčem a verbálními projevy.

Cíl: Pacient bude bez bolesti do hodiny od podání analgetik dle ordinace lékaře

Výsledná kritéria:

Matka chápe, jak má sledovat projevy pooperační bolesti

Matka dokáže vyjmenovat pooperační komplikace

Matka zná možnosti a dávkování analgetik

Matka má dostatek informací o pooperační péči

Matka zvládne zmírnit bolest kojenci chováním

1. den pozorování = 2. den hospitalizace

Intervence

Monitoruj bolest u pacienta každou hodinu.

Sleduj krevní tlak, pulz a saturaci každých 30 minut.

Sleduj neverbální projevy pacienta po celý den.

Podej analgetika dle ordinace lékaře dle potřeby pacienta

Sleduj účinnost analgetik po každém podání léku

Zhodnocení:

Matka pacienta byla informována o projevech pooperační bolesti, byla edukována o možných pooperačních komplikacích a dokáže je vyjmenovat. Všechny dotazy byly matce zodpovězeny. Cíl pokračuje.

2. den pozorování = 3. den hospitalizace

Intervence

Monitoruj bolest pacienta pětkrát za den

Sleduj krevní tlak a pulz dvakrát za den

Sleduj neverbální projevy pacienta po celý den.

Podej analgetika dle potřeby dítěte a dle ordinace lékaře (Nurofen sirup 1 ml p.o.)

Zhodnocení:

Chlapec celý den pláče a je neklidný. Byla mu podána analgetika dle ordinace lékaře (Nurofen sirup 1 ml p.o.). Do hodiny od podání analgetik byl chlapec klidný. Poté byly chlapci podány analgetika na noc. Cíl pokračuje.

3. den pozorování = 4. den hospitalizace

Intervence

Monitoruj bolest pacienta třikrát denně

Sleduj neverbální projevy po celý den

Podej analgetika dle potřeby dítěte a dle ordinace lékaře (Nurofen sirup 1 ml)

Zhodnocení:

Chlapec byl celý den klidný. Chlapci nebyla podána již žádná analgetika. Každé tři hodiny se pravidelně budí na kojení. Vše je již ve stejném rytmu, na který je chlapec s matkou zvyklý. Cíl byl splněn.

00103 Porušené polykání v souvislosti s rozštěpem patra projevující se pomalou konzumací jídla.

Cíl: Pacient bude lépe polykat potravu a tekutiny do 24 hodin po operaci patra.

Výsledná kritéria:

Pacient je schopen přijímat potravu a tekutiny do 2 hodin po operaci.

Pacient nemá bolest při polykání po podání analgetik dle ordinace lékaře

Matka zná nejvhodnější způsob krmení (speciální kojeneckou lahev)

Matka zajišťuje chlapci dostatečnou hydrataci a výživu

Matka zná riziko aspirace

1. den pozorování = 2. den hospitalizace

Intervence

Zhodnot' stav dutiny ústní

Změň dietní opatření u dítěte

Podej analgetika dle ordinace lékaře a dle potřeby dítěte

Zajisti vhodnou polohu pro pacienta během jídla

Chlapce krm ve zvýšené poloze, pomalu a s přestávkami na odpočinek

Edukuj matku o kontrole dutiny ústní chlapce po každém jídle

Zhodnocení:

Matka kontroluje dutinu ústní po každém jídle. Matka chlapci našla vhodnou polohu během jídla. Chlapec začíná tolerovat umělé mléko. Cíl byl částečně splněn.

2. den pozorování = 3. den hospitalizace

Intervence

Edukuj matku o možnosti přesnídky pro chlapce

Edukuj matku o vhodné poloze během jídla

Zhodnocení:

Matka zkouší chlapci přidávat po menších porcích přesnídku. Chlapec s přesnídkou nemá žádné problémy. Cíl byl splněn.

00096 Nedostatek spánku v souvislosti s bolestí po operaci projevující se ospalostí a častým buzením v noci

Cíl: Chlapec nerušeně spí 5 hodin v noci po celou dobu hospitalizace.

Výsledná kritéria:

Matka dokáže zajistit rituály chlapce

Pacient spí v pravidelných intervalech

Pacient nejeví známky unavenosti

Matka dokáže zajistit vhodné prostředí pro chlapce

Matka dokáže zajistit správnou polohu při spánku

1. den pozorování = 2. den hospitalizace

Intervence

Zjistí rituály chlapce

Zajisti nejvhodnější polohu chlapce při spánku

Vyvětrej pokoj

Zvlhči vzduch na pokoji před spánkem

Zajisti klidné prostředí během spánku

Pozoruj známky únavy pacienta

Zhodnocení:

Matka nám řekla všechny rituály chlapce. Našly jsme s pomocí matky nejvhodnější polohu pro chlapce. Před spaním jsme nárazově vyvětraly a zvlhčily pokoj. Po celý den pozorujeme známky únavy u chlapce. Cíl pokračuje.

2. den pozorování = 3. den hospitalizace

Intervence

Vyvětrej pokoj

Zvlhči vzduch na pokoji před spánkem

Zajisti klidné prostředí během spánku

Zhodnocení:

Matka dodržuje všechny rituály chlapce. Matka pravidelně větrá pokoj před spaním. Matka zajišťuje po celou noc klidné prostředí. Cíl byl částečně splněn.

3. den pozorování = 4. den hospitalizace

Intervence:

Pozoruj známky únavy pacienta

Vyvětrej pokoj

Zajisti klidné prostředí během spánku

Zhodnocení:

Chlapec si zvykl na jiné prostředí. Matka dodržuje rituály chlapce. Chlapec spí v noci nerušeně pět hodin. Cíl byl splněn.

00004 Riziko infekce v souvislosti s invazivním vstupem.

Cíl: Zamezit vzniku infekce po celou dobu zavedení permanentní žilní kanyly.

Výsledná kritéria:

Matka ví o správné manipulaci s PŽK

Matka vyjmenuje příznaky infekce v místě vpichu

Matka dokáže udržet místo vpichu klidné a v suchu

1. den pozorování = 2. den hospitalizace

Intervence:

Sleduj místo vpichu

Udržuj místo vpichu v suchu po celou dobu přítomnosti PŽK

Pouč matku kojence o příznacích infekce

Pouč matku o péči o PŽK

Pravidelně proplachuj PŽK (minimálně třikrát za den)

Zhodnocení:

Matka dokáže vyjmenovat alespoň tři příznaky infekce u zavedení PŽK. Matka udržuje místo vpichu v suchu. Třikrát za den sestra proplachuje PŽK. Cíl pokračuje.

2. den pozorování = 3. den hospitalizace

Intervence:

Sleduj místo vpichu po celou dobu hospitalizace

Udržuj místo vpichu v suchu po celou dobu hospitalizace

Pravidelně proplachuj PŽK (minimálně třikrát za den)

Zhodnocení:

Po celý den bylo okolí kanyly v suchu, bez známek infekce. Sestra pravidelně proplachuje kanylu. Cíl pokračuje.

3. den pozorování = 4. den hospitalizace

Intervence:

Sleduj místo vpichu po celou dobu zavedení PŽK

Udržuj místo vpichu v suchu po celou dobu hospitalizace

Pravidelně proplachuj PŽK (minimálně třikrát za den)

Zhodnocení:

Po celý den bylo okolí kanyly v suchu, bez známek infekce. Sestra pravidelně proplachuje kanylu. Cíl pokračuje.

00155 Riziko pádu v souvislosti s pooperačním stavem.

Cíl: Zamezit riziko pádu u chlapce během 24 hodin po operaci.

Výsledná kritéria:

Matka zvládá správnou manipulaci s chlapcem

Matka zná rizika spojená s nepřítomností u chlapce

1. den pozorování = 2. den hospitalizace

Intervence:

Zajisti bezpečné prostředí u pacienta

Zajisti dohled nad pacientem

Pouč matku o správné manipulaci s pacientem

Zajisti vhodnou postel pro chlapce

Nenechávej pacienta bez dozoru na přebalovacím stole

Zhodnocení:

Matka byla informována o možných rizicích spojených s nepřítomností u kojence. Byla zajištěna vhodná postel pro kojence. Matka byla edukována o správné manipulaci s kojencem. Matka byla edukována o manipulaci s bezpečnostními postranicemi postele. Cíl pokračuje.

2. den pozorování = 3. den hospitalizace

Intervence:

Zajisti dohled nad kojencem po celou dobu hospitalizace

Zodpověz všechny možné matčiny otázky

Zhodnocení:

Matka při každé nepřítomnosti využívá postranice postele. Matka nenechává dítě samotné na přebalovacím stole. Matka je s kojencem po celou dobu hospitalizace. Matce byly zodpovězeny všechny otázky. Cíl pokračuje.

00039 Riziko aspirace v souvislosti s operací měkkého a tvrdého patra

Cíl: Zamezit riziku aspirace v prvních dvou dnech po operaci.

Výsledná kritéria:

Matka rozpozná rizikové faktory vyvolávající aspiraci

Matka zná techniky, jak předcházet aspiraci

Pacient nejeví známky aspirace

1. den pozorování = 2. den hospitalizace

Intervence:

Zhodnoť možná rizika aspirace u pacienta

Edukuj matku o možnostech vzniku aspirace

Edukuj matku o možnostech odsání z horních nebo dolních dýchacích cest

Nepodávej stravu příliš horkou nebo studenou

Zajisti zvýšenou polohu během jídla

Zhodnocení:

Matka dokáže zamezit vzniku aspirace zvýšenou polohou dítěte při konzumaci stravy. Matka dítě odsává z horních/dolních cest dýchacích před každým jídlem. Matka ohřívá stravu chlapci na adekvátní teplotu. Chlapec zaujímá zvýšenou polohu po celou dobu během jídla. Cíl pokračuje.

2. den pozorování = 3. den hospitalizace

Intervence:

Edukuj matku o odsátí z horních/dolních cest dýchacích

Nepodávej stravu příliš horkou nebo studenou

Zajisti zvýšenou polohu během jídla

Zhodnocení:

Matka chlapci odsává horní/dolní cesty dýchací před každým jídlem. Matka ohřívá stravu chlapci na adekvátní teplotu. Chlapec zaujímá zvýšenou polohu po celou dobu během jídla. Chlapec nejeví rizikové známky aspirace. Cíl byl splněn.

Zdroj: vlastní tvorba

Příloha 11 – Otázky pro rozhovor s rodiči

- 1) Kolikáté je toto vaše dítě?
- 2) Pohlaví dítěte?
- 3) Mají nějakou VVV ostatní děti?
- 4) Jakým způsobem vás informovali o rozštěpové vadě?
- 5) Byly tyto informace dostatečné?
- 6) Vyhledávali jste si nějaké informace? Popřípadě kde?
- 7) Jakým způsobem probíhalo těhotenství?
- 8) Rodila jste v blízkosti specializovaného centra?
- 9) Kdy jste se dozvěděli, že vaše dítě bude mít rozštěpovou vadu? (v jakém týdnu gravidity)
- 10) Setkali jste se s předsudky?
- 11) Pokud ano, jakými a kdy? Od koho?
- 12) Měli jste zajištěnou psychologickou/odbornou pomoc?
- 13) Jakým způsobem vás edukovaly sestřičky ohledně péče o dítě? (pokud jste již dříve rodila, lišila se tato péče?
- 14) Zapojuje se do péče o dítě celá rodina/otec dítěte?
- 15) S jakým rozštěpem obličeje se dítě narodilo? (jedno/oboustranné – ret, patro, ret+čelist, ret+čelist+patro)
- 16) Byli jste seznámeni s různými protokoly léčby, co se týká načasování, způsobu chirurgické korekce a následné péče?
- 17) Jakým způsobem vás informovali o dalším postupu? (operace, plastika)
- 18) Jakým způsobem vás edukovaly sestřičky ohledně výživy?
- 19) Preferujete mateřské mléko před umělou výživou?
- 20) Kolikrát denně dítě jí?
- 21) Kojíte?
- 22) Navštěvuje vás rehabilitační pracovník?
- 23) Jak dlouho dítě spí? Je to nerušený spánek?

Zdroj: autor

9 Seznam použitých zkratek:

DÚ – ústní dutina

Lat. – latinsky

Tzv. – takzvaný

VVV – vrozená vývojová vada

UZ – ultrazvukový screening

JIP – jednotka intenzivní péče

NGS – nazogastrická sonda

č. – číslo

PŽK – periferní žilní kanyla

p.o. – per os

i.v. – intra venózně

ADP – Agentura domácí zdravotní péče