

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Problematika edukace rodičů dětí s onemocněním  
pohybového aparátu**

**Diplomová práce**

Vedoucí práce:

PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

2011

Autor:

Bc. Simona Kvasničková

## **Abstract**

The thesis deals with the issues of education of parents, how they perceived the method and content of provided information, how they adapted to their child's disease, what they missed and what prevented them from satisfaction of their needs. This topic is very familiar to me also thanks to my work in a paediatric orthopaedics surgery.

In the theoretical part I focused on complex care for small patients and their accompaniment – parents. The research of the empiric part consisted of interviews with parents and written answers of nurses.

The first research sample consisted of six parents of ill children. Three pairs had a child with diagnosis of displasia of the hip and the other three with diagnosis of pes equinovarus congenitus. The second sample consisted of five nurses from various hospitals in the Czech Republic who work with parents of children suffering from motor system disorders. Eleven respondents were included into the research in total.

Five goals were set in relation with the thesis topic. The first goal was to map the sphere of education for parents of children with a particular motor system disorder. The second goal was to assess influence and contribution of the care provided to parents during hospitalization with their child. The third goal was to identify the method and content of the educational process for parents, the fourth one was to identify the factors affecting satisfaction of the parents' needs. The last, fifth goal was to point out the possibilities of nursing management improvement in the monitored facilities providing care for parents of children with motor system disorders. The goals were met.

Eight research questions were set. The first one was what was most stressing for parents hospitalized with their children after orthopaedic interventions and operations. The answer is: the treatment method, hospitalization, nursing care, unmet need of close contact with the child for various limitations. The second question was how the problems defined by the parents hospitalized with their children after orthopaedic interventions and operations were responded. The answer is: assistance with satisfying the requests and needs of the parents, listening to them, providing information. However sometimes they missed more support and encouragement, more frequent communication with the staff, some information. The third question focused on how

a family perceived the way of providing information and its content. The answer is that in all the cases the parents missed informational-educational materials, a half of the parents were not able to absorb the primary information because of a shock at the treatment start. The fourth question tried to find what particular factors participate in, affect or prevent the parents from satisfying their needs in terms of the care about their child. The answer is: the extent of information, the limitation nature and duration, disturbed privacy, parents' fear for the child, sometimes lack of mental support from the environment. The fifth question looked for the answer whether a nurse has the possibility to satisfy the psychosocial needs of parents during hospitalization with a child after orthopaedic interventions and operations and how. The answer is that a nurse has not always the possibility to solve and satisfy such needs herself. However she can contribute to their satisfaction to large extent with the time dedicated to the parents, the method of communication with them, how she will approach to the parents, including cooperation with the other multidisciplinary team members. The sixth question was how a family expresses certainty and confidence into the nursing staff during hospitalization with a child after orthopaedic interventions and operations. The answer is that the parents communicate their needs, requests and problems, they participate in the care, cooperate, follow the recommendations and advice of the staff, verbally communicate their confidence in the nursing staff. The seventh question tried to find the existing possibilities of intervention provided by the nurses for efficient setting of confidence, certainty, for support for the parents during hospitalization with a child after orthopaedic interventions and operations. The answer is: proficiency of the nurses, their communication, empathy, patience, solving and satisfaction of the family problems. The last, eighth question focused on aiming nurse's activity before patient release at the problems of aftercare from the nursing point of view in parents of children after orthopaedic interventions and operations. The answer is that nurses participate on education by means of communication, teaching aids, suitable method, feedback, praise, repetition of the information, help with the care.

Three informational brochures for parents were elaborated within the thesis goal and upon the research results, and a model focused on the whole family, the main idea and principle of which is summarized in a thought map.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma „Problematika edukace rodičů dětí s onemocněním pohybového aparátu“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 8. 8. 2011

.....

Bc. Simona Kvasničková

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za cenné rady, ochotu, trpělivost a čas, který mi věnovala při psaní mé diplomové práce. Současně děkuji všem, kteří se jako respondenti podíleli na realizaci výzkumné části této práce. Poděkování patří i mé rodině za podporu a povzbuzení po celou dobu studia.

## OBSAH

1.	SOUČASNÝ STAV .....	11
1.1	Historie oboru ortopedie .....	11
1.1.1	Významné osobnosti ortopedie.....	11
1.2	Ortopedie dnes .....	12
1.3	Ortopedie České Budějovice.....	13
1.4	Sestra a základní znalosti .....	14
1.5	Péče o dětského pacienta .....	16
1.5.1	Anamnéza a klinické vyšetření u dítěte .....	16
1.5.2	Sestra a zobrazovací metody v ortopedii .....	17
1.6	Pes equinovarus congenitus – PEC (noha kosovislá vtočená) .....	19
1.6.1	Léčba a ošetrovatelská péče u dětí s PEC.....	19
1.6.2	Rehabilitace a další péče o dětského pacienta s PEC .....	22
1.6.3	Kinesiotaping u dětí s PEC .....	23
1.6.4	Protetická péče o děti s PEC .....	24
1.6.5	Centrum technické ortopedie České Budějovice .....	26
1.7	Vývojové vykloubení kyčelních kloubů (VVKK, také DDH, VDK, VVK) ..	27
1.7.1	Prevence, léčba a ošetrovatelská péče u dětí s VVKK .....	29
1.8	Předoperační příprava a pooperační péče v dětském věku .....	34
1.8.1	Úvod do předoperační péče .....	34
1.8.2	Předoperační příprava dlouhodobá .....	35
1.8.3	Bezprostřední předoperační příprava v den před a v den operace .....	36
1.8.4	Perioperační a pooperační péče.....	38
1.9	Potřeby v ošetrovatelském procesu.....	39
1.10	Ošetrovatelské diagnózy .....	43
1.11	Komunikace v ošetrovatelství.....	45
1.12	Edukace v ošetrovatelství .....	48
1.13	Problematika rodičů dětí s onemocněním pohybového aparátu .....	51
1.13.1	Nemoc, stres, krize.....	51

1.13.2	Strach, úzkost, obavy .....	55
1.13.3	Zvládání těžkých životních situací.....	56
2.	EMPIRICKÁ ČÁST .....	59
2.1	Cíle práce .....	59
2.2	Výzkumné otázky .....	59
3.	METODIKA.....	60
3.1	Metodika práce.....	60
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru.....	61
4.	VÝSLEDKY.....	62
4.1	Tabulky informací získaných z rozhovorů s rodiči.....	62
4.2	Základní grafy respondentů – rodičů .....	80
4.3	Kategorizace dat v tabulkách rodičů respondentů .....	83
4.4	Tabulky informací získaných z písemných výpovědí sester.....	92
4.5	Kategorizace dat v tabulkách sester respondentů .....	102
5.	DISKUZE .....	109
6.	ZÁVĚR.....	122
7.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	126
8.	KLÍČOVÁ SLOVA .....	133
9.	SEZNAM PŘÍLOH .....	134



## MOTTO

„Sdělená radost je dvojnásobná radost,  
sdělená bolest je poloviční bolest.“

„Přijmout to, co se stalo, je prvním krokem  
k překonání každého neštěstí.“

(William James)

## ÚVOD

Přáním každého rodiče je mít zdravé dítě. Někdy však dochází v průběhu nitroděložního vývoje k odchýlkám a následnému vzniku různě těžkých vrozených vývojových vad. Nezřídka se objevují vady i na pohybovém aparátu. Mezi ně řadíme vrozené vady nohy i dysplazie kyčelních kloubů. Těmito vadami se zabývá dětská ortopedie.

V Jihočeském kraji se dětské ortopedii věnují dvě pracoviště: ortopedické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. a Nemocnice Prachatice a.s. Obě tato zařízení poskytují svým pacientům ambulantní péči i operační léčbu, dále následnou péči a dispenzarizaci. V ambulanci dětské ortopedie se sestry setkávají s rodiči dětí, kterým bylo diagnostikováno onemocnění dysplazie kyčelních kloubů neboli vývojové vykloubení kyčelních kloubů (DDH, VDK, VVK, VVKK, všechny tyto zkratky jsou synonyma a charakterizují jedno a totéž onemocnění), onemocnění vrozeného equinovározního postavení nohy (PEC – pes equinovarus congenitus). V roce 2009 bylo v Českých Budějovicích léčeno 11 pacientů s vývojovým vykloubením kyčelního kloubu a 12 dětí s vrozeným equinovározním postavením nohy. V Prachaticích to byly 4 děti s VVKK a 3 děti s PEC.

Součástí komplexní péče o malé pacienty je i péče o jejich doprovod – rodiče. Je nutné vycházet též z jejich potřeb, znalostí, postojů, dbát na jejich psychiku, poskytovat jim po celou dobu odbornou pomoc a psychickou podporu při zvládání pro ně náročné a zatěžující životní situace, kterou nemoc, postižení pohybového aparátu jejich dítěte, bezesporu je. Personál zajišťuje rodině kontinuální péči tak, jak je zakotveno v právech

pacientů. Velkou roli v péči o celou rodinu hraje empatie, umění naslouchat druhému a především správná komunikace. Je velmi důležité podávat dostatečné množství pravdivých a adekvátních informací v pravý čas. Svůj význam má i motivace rodičů ke spolupráci s ošetřujícím personálem.

Ve své diplomové práci chci poukázat na možné problémy rodičů souvisejících s adaptací na onemocnění jejich dítěte či s hospitalizací. Vycházím i z vlastních zkušeností práce sestry v ambulanci dětské ortopedie. Zde jsem se s některými problémy setkávala. Zamýšlím se nad tím, co nejvíce zatěžuje rodiče dětí s onemocněním pohybového aparátu, jakým způsobem je intervenováno na jejich problémy v průběhu hospitalizace s dítětem, jak rodina vnímá způsob a obsah podávaných informací, které konkrétní faktory se podílí, ovlivňují nebo brání rodičům uspokojit své potřeby v souvislosti s péčí o dítě, zda má sestra možnost uspokojit psycho-sociální potřeby rodičů v průběhu hospitalizace a jak, jakým způsobem vyjadřuje rodina jistotu a důvěru v ošetřující personál, možnosti intervencí pro efektivní navázání jistoty a důvěry, míra podpory rodičům. Odpovědi na výše uvedené otázky by měla přinést následující diplomová práce. Ráda bych tuto diplomovou práci využila i při výchově a vzdělávání sester.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Historie oboru ortopedie

Ortopedie jako obor se postupně rozvíjela od konce 18. století v rámci všeobecné chirurgie. Ve střední Evropě se začala formovat ve druhé polovině 19. století. Jako samostatný obor u nás vznikla až po založení samostatného Československa. Je možno jmenovat mnoho významných osobností, které velkou měrou přispěly k rozvoji oboru ortopedie (3).

#### 1.1.1 Významné osobnosti ortopedie

Prof. MUDr. Adolf Lorenz (1854-1946) se věnoval skoliózám páteře, vrozeným luxacím kyčelního kloubu, deformitám končetin a nohy. Léčení vrozeného vykloubení kyčelního kloubu dovedl k velké proslulosti (3, 10, 12).

Stejnou problematikou se zabýval prof. MUDr. Vítězslav Chlumský (1867-1925) (příloha č. 1). Měl bohatou činnost, napsal též 3 učebnice: *O masáži* (1908), *Učebnice o přikládání obvazů* (1909), *Učebnice orthopaedie* (1922). Navrhl několik operačních a léčebných metod, řadu ortopedických pomůcek, byl propagátorem fyzikální léčby, věnoval se zdravotním otázkám oblékání a obouvání. Napsal několik pojednání o vztahu lékařů a ošetřovatelského personálu k nemocným, o nutnosti dobré organizace práce k zajištění léčebných výsledků, mnoho zdravotně-výchovných článků o příčinách vzniku tělesných vad a boje proti nim (3, 6).

Další významnou osobností ortopedie je prof. MUDr. Jan Zahradníček (1882-1958) (příloha č. 1). Jeho hlavním tématem byla operační léčba vrozeného vykloubení kyčelního kloubu i operace equinovarózní nohy u dospělých pacientů. Proslavil se operativou paklobu, měl i vlastní zevní fixátor pro léčbu infikovaných zlomenin. Vydal též monografii *Vrozené vymknutí kyčlí*. Byl jednou z největších osobností československé medicíny a světové ortopedie, proslavil se vlastní metodou léčby vrozeného vykloubení kyčelního kloubu, stal se zakladatelem moderní operační ortopedie u nás i ve světě (3, 6).

Dále pokračoval prof. MUDr. Hanausek, který patřil k významným osobnostem ortopedie a Zahradníčkovy školy zabývající se konstrukcí aparátu pro léčbu vrozeného

vykloubení. V roce 1940-1941 sestavil Hanausek svůj aparát, který nahradil sádrovou spiku. Celý svůj život věnoval vývoji principů stavby protéz a ortéz (3, 6).

Je potřeba jmenovat i prof. MUDr. Bedřicha Frejku, DrSc. (1890-1972) (příloha č. 1), který se proslavil léčbou dysplazie kyčelního kloubu peřinkou. Tu vynalezl roku 1941 a dodnes nese jeho jméno. Prof. MUDr. Bedřich Frejka asistoval prof. Zahradníčkovi, sám se věnoval užití Frejkovy peřinky v prevenci a léčbě kojenců s VVK (3, 6).

Žákem prof. Frejky byl prof. MUDr. Arnold Pavlík (1902-1962) (příloha č. 1), který se věnoval zejména problematice konzervativního léčení vrozeného vymknutí kyčelního kloubu. V roce 1950 vynalezl a sám sestrojil třmeny pro léčení VVK. Léčba měla značný ohlas a postupně se rozšířila po celém světě. Pavlíkovy třmeny jsou dosud nepřekonanou a ve světě nejrozšířenější pomůckou pro léčení všech stupňů vývojové dysplazie kyčelních kloubů (3, 6).

Nedílnou součástí oboru ortopedie je i protetika. Zástupci zmiňovaných oborů si pomáhali a spolupracovali tak jako dnes. Klinika prof. MUDr. Stanislava Tobiáška (1874-1931) (příloha č. 1) se zabývala zejména konzervativní léčbou vad pohybového ústrojí, její součástí byla i bandažistická a protetická dílna na výrobu umělých končetin, kinezioterapii, významně se podílel i na vývoji nástrojů, dlah a operačních stolů (3).

S ortopedií se úzce pojí i kineziologie - věda o biologických komponentách, aspektech pohybu v procesu vývoje, o vlivu pohybu na biologické struktury. Poměrně podrobně charakterizoval kineziologii prof. MUDr. Otakar Hněvkovský, DrSc. (1901-1980) (příloha č. 1), který krátce působil také u prof. Zahradníčka. Je počítán mezi zakladatele rehabilitace u nás. Zdůrazňoval význam rehabilitace a protetické techniky. Jeho dílem je Hněvkovského aparát pro léčení VVK. Za povinnost považoval dovést léčení pacienta od diagnózy do zdárného konce spojeného s resocializací (3, 8).

## **1.2 Ortopedie dnes**

Jedním z mnoha současných odborníků působící v dětské ortopedii je prof. MUDr. Pavel Dungl, DrSc., který se dětské ortopedii cíleně věnuje od roku 1979.

Významně se zasloužil o rozvoj dětské ortopedie v naší republice. Zavedl do praxe řadu nových postupů léčby a vyšetřovacích metod (např. sonografie dětského kyčelního kloubu, trakční režim v léčbě VVK). Z operačních postupů propracoval chirurgické léčení vývojové kyčelní dysplazie včetně jejích následků. Je autorem monografie *Ortopedie* (2005). Díky profesoru Dunglovi se úroveň dětské ortopedie u nás dostala do povědomí zahraničních pracovišť.

Problematikou dětské ortopedie se intenzivně zabývají též Doc. MUDr. Jiří Chomiak, CSc. z Prahy na Bulovce, Doc. MUDr. Jan Poul, CSc. z dětské nemocnice v Brně (3).

### **1.3 Ortopedie České Budějovice**

Ortopedické kliniky tvoří jakousi kostru ve společnosti, primariáty jsou ortopedicky řečeno svaly, které kostrou hýbají, píše prof. Čech ve své knize. V roce 1946 založil ortopedické oddělení v Českých Budějovicích MUDr. Jan Procházka, další přímý Zahradníčkův žák. Primařem oddělení byl až do roku 1975, kdy jej ve vedení vystřídal primař MUDr. Jiří Krbec. V roce 1991 jej vystřídal primař MUDr. Josef Haloun a od roku 2002 oddělení vede doc. MUDr. Jiří Stehlík, CSc. Byly zřízeny specializované ambulance pro endoprotetiku, artroskopii, chirurgii ruky a nohy, dětskou ortopedii a septickou ortopedii. Dětskou ortopedií se v krajském zařízení zabývá MUDr. Lukáš Nevšímal a MUDr. Zdeněk Krátký, který působí též v nemocnici v Prachaticích (3).

První vrchní sestrou českobudějovického ortopedického oddělení byla od roku 1946 až do roku 1977 Milada Rožánková. V té době bylo „pouze“ jedno oddělení. Od roku 1977 vedla ošetrovatelskou péči na oddělení vrchní sestra Alena Malíková. Rokem 1985 získalo ortopedické oddělení dvě standardní ošetrovací jednotky, o něco později mělo dva dny v týdnu své ambulance. V roce 1990 Alenu Malíkovou vystřídala vrchní sestra Marie Maroušková. Postupem času byly na stanici B vybaveny dva pokoje jako pooperační – JIP pro pacienty po TEP (totální endoprotéza). V únoru roku 1997 se oddělení přestěhovalo do jiné budovy. Byla jedna standardní ošetrovací jednotka, jedna JIP (jednotka intenzivní péče), dva operační sály. Oddělení mělo své ambulance již

každý den. V září 2001 se celé oddělení přestěhovalo do dolního areálu nemocnice. Od té doby má oddělení tři operační sály, jednu JIP, dvě standardní ošetrovací jednotky, ambulance. Od roku 2004 řídí ošetrovatelskou péči na ortopedickém oddělení nyní již Mgr. Marcela Stýblová. Na operačních sálech pracuje 8 sester, na JIP 12, na stanici A 8 sester, na stanici B taktéž 8, na ambulanci 5 sester.

#### **1.4 Sestra a základní znalosti**

Každá sestra pracující na ortopedickém oddělení by měla mít kromě všeobecných znalostí z ošetrovatelské péče, psychologie, komunikace, edukace, etiky a práva i znalosti z oboru ortopedie. Měla by znát anatomii a fyziologii pohybového aparátu, vyšetřovací metody používané v ortopedii, přípravu pacienta k jednotlivým vyšetřením, péči o pacienta po vyšetření, příznaky, přibližný průběh a léčbu základních onemocnění, specifika ošetrovatelské péče v ortopedii, přípravu pacienta k ortopedickým výkonům a operacím, pooperační péči v ortopedii, pomůcky používané v ortopedii a manipulaci s nimi, aby mohla erudovaně poskytovat informace pacientům a jejich rodinám, příslušné pro její kompetenci. V základní terminologii se často chybuje, proto několik málo slov k anatomii a fyziologii.

*Kyčelní kloub* (articulatio coxae) je silný, kulovitý kloub, spojující dolní končetinu s pánví. Je to velký nosný kloub, přenáší se přes něj hmotnost těla na končetinu. Je vystaven velkým tlakům při stoji, chůzi, běhu i nošení těžkých břemen. Umožňuje velký rozsah pohybů, pohyb celého těla v prostoru. Prostřednictvím receptorů se podílí i na stabilitě trupu. Tyto funkce jsou zajišťovány jeho anatomickým tvarem, vazivovým aparátem, kloubním pouzdem a svaly. Hlavici kyčelního kloubu tvoří stehenní kost (femur), kloubní jamku (acetabulum) tvoří kost pánevní (os coxae) složená z kosti kyčelní (os ilium), sedací (os ischií) a stydké (os pubis) (1, 7, 57).

Kyčelní kloub obklopuje silné, vazivové kloubní pouzdro. To je dostatečně volné, aby umožnilo velký rozsah pohybů. Zároveň je pouzdro zesíleno pevnými vazy (ligamenty) (1, 7, 57).

Základní pohyby v kyčli jsou: flexe (ohnutí dopředu, koleno se zvedá), extenze (ohnutí dolní končetiny dozadu za tělo), abdukce (odtažení končetiny do strany, zevně),

addukce (přitažení abdukované končetiny zpět), vnitřní a zevní rotace (největší je při současné flexi) (1, 7).

Dětský kyčelní kloub je kompozitní útvar, na jeho stavbě se podílejí kloubní konce kostí, kloubní chrupavky, kloubní pouzdra, nitrokloubní struktury. Všechny základní anatomické komponenty kloubu jsou již u novorozence dobře diferencované, přestože kloubní konce kostí mají tvar typický pro daný věk, případně pohlaví. Rozsah pohybu v jednotlivých dětských kloubech se od dospělých podstatně liší. V pubertě se stabilizuje a přibližuje dospělým (8).

Jednu část dolní končetiny člověka tvoří *noha*. Skládá se celkem z 26 kostí: 7 větších zánártních – tarzálních kostí různých tvarů, 5 podélně uložených nártních kostí – metatarzů a 14 článků prstů – falangů tvořících kostru prstů.

Tarzální kosti nohy jsou krátké, nesou hmotnost celého těla a pomáhají při pohybu (chůze, běh). Kost patní (calcaneus) je největší z kostí nohy a je snadno hmatná jako „pata“. V polovině zadní strany calcaneu je hrana pro úpon silné Achillovy šlasy. Typickým znakem lidské nohy je uspořádání kostí a vytvoření klenutých oblouků - nožní klenby. Ta je patrná při pozorování otisku nohy. U zdravé nohy větších dětí a dospělých se otiskuje pouze pata, zevní okraj nohy, tukové polštářky pod hlavičkami metatarzů a konečky prstů. Zbytek nohy je nad podložkou. Na noze jsou dva oblouky běžící podélně, jeden jdoucí příčně. Vazy nohy pomáhají udržet nožní klenbu, správné napětí svalů ji udržuje. Klenby nožní tlumí nárazy při chůzi a běhu, příčná klenba chrání před přetížením, poškozením měkké struktury přední části nohy, cévy a nervy. Noha je stavěna na chůzi po nerovném terénu, to stimuluje svalovou činnost (1, 7, 47, 57).

Klouby mezi kostmi nohy umožňují pohyby mezi přední a zadní částí nohy. Tyto pohyby jsou nutné při chůzi po nerovném terénu. Hlezenní kloub umožňuje noze pouze ohýbání nahoru a dolů. Vytáčení nohy zevně (everze) nebo dovnitř (inverze) probíhá ve dvou níže položených kloubech – Chopartův a subtalární kloub. Svaly nohy jsou určeny zejména k zajištění podélné nožní klenby (1, 7, 57).

Základ dolní končetiny se tvoří již ve 4. týdnu po fertilizaci. Mezi 4. až 7. týdnem začíná vývoj kloubních spojů. Vývoj vlastních kloubů je do značné míry

ovlivněn vývojem přilehlých kostních elementů. V 6. týdnu vzniká základ chodidla, v 7. týdnu se dolní končetiny rotují dovnitř až 90°. V 8. týdnu je dokončeno rozdělení končetiny na jednotlivé segmenty a klouby včetně prstů. K pohybu končetin dochází před dokončením 12. týdne vývoje. Ve 12. měsíci věku dítěte jsou přítomna osifikační jádra ve všech dlouhých kostech. Noha prodělala během svého vývoje řadu změn. Úlohu zde hrají i vlivy civilizační. Častou vadou pohybového aparátu, se kterou se můžeme setkat v dětské ambulanci, je PEC a VVKK (8, 40, 46, 47).

## **1.5 Péče o dětského pacienta**

### ***1.5.1 Anamnéza a klinické vyšetření u dítěte***

Anamnéza je sběr informací o pacientovi. Jelikož se zabýváme dětskou ortopedií a to převážně kojeneckým věkem, veškeré informace získáváme od rodičů dítěte či od osoby pečující o malého pacienta. Jako v každém oboru i zde platí, že dobře odebraná anamnéza je poloviční diagnóza. Sestra spolu s lékařem tvoří základní článek ošetrovatelského týmu. Nedílnou součástí ošetrovatelského a léčebného procesu je sám pacient a jeho rodina, která by neměla pasivně přijímat naši péči, ale měla by se aktivně zapojit do všech činností a podílet se na tvorbě celého procesu v péči o svoje dítě.

Role sestry spočívá v dokonalé přípravě ordinace, pomůcek a materiálu, které budou k vyšetření a léčení nezbytné. Měla by též zajistit potřebnou intimitu celé rodině po dobu vyšetření a léčení. Je žádoucí, aby během trvání kontaktu s rodinou udržovala klidnou a vlídnou atmosféru, aby svým chováním a jednáním posilovala důvěru v ošetřující personál, aby při každé příležitosti motivovala rodiče ke spolupráci, aby bylo dosaženo vytýčeného cíle – úspěšná léčba, spokojené dítě a spolupracující rodina.

V rodinné anamnéze se zjišťuje věk rodičů, sourozenců, závažné choroby vyskytující se v rodině. Vzhledem k dané chorobě se ptáme na výskyt vývojového vykloubení kyčelních kloubů, vrozených deformit nohou (40).

V osobní anamnéze pátráme v prenatální historii, zejména v prvním trimestru gravidity, kdy se odehrává embryogeneze a organogeneze. V této době mohou vznikat malformace. Ptáme se i na užívání toxických látek, úrazy během těhotenství, termín a způsob porodu (spontánní či císařským řezem), polohu plodu, neboť poloha koncem



pánevním bývá často spojena s vývojovým vykloubením kyčelních kloubů. Zjišťujeme gestační zralost dítěte, kdo první zaregistroval a vyslovil podezření na danou chorobu. Často dítě posílá pediatr, obvodní ortoped, nebo rodina s dítětem přichází přímo z porodnice (40).

Před každým vyšetřením dítěte sestra poučí rodiče, jak dítě k vyšetření správně připravit. Rodiče jsou vyšetření přítomni, přidržují si své dítě, hladí ho, mluví na něj, aby mělo pocit jistoty a bezpečí. Během vyšetření sestra asistuje lékaři, udržuje oční kontakt s dítětem i rodiči, hovoří k dítěti, oslovuje dítě jeho jménem, aktivně mu nabízí hračku, při pláči popřípadě též dudlíka. Provádí se vyšetření pohledem – inspekci, pohmatem – palpaci, měřením, hodnotí se rozsah pohybů. „Gró“ činnosti sestry spočívá zejména v komunikaci. Po vyšetření si rodiče dítě obléknou, sestra stále udržuje slovní i oční kontakt s rodinou, uklidí pomůcky, podá nezbytné informace o ošetrovatelské péči, případně objedná rodiče s dítětem na další plánovanou kontrolu.

### ***1.5.2 Sestra a zobrazovací metody v ortopedii***

Při vyšetřování pohybového aparátu dětí se preferují zobrazovací metody bez radiační zátěže – ultrazvuk/sonografie, nebo s minimální radiační zátěží – nativní snímky/skiografie. Mezi další již invazivní diagnostické zobrazovací metody patří kontrastní artrografie (40).

*Sonografie* (UZ, též SONO) je zobrazovací metoda bez radiační zátěže, v naší zemi snadno dostupná. Velmi vhodná je k vyšetřování muskuloskeletálního aparátu novorozenců, kojenců i větších dětí. Využívá se v diagnostice dysplazie kyčelního kloubu novorozenců a kojenců, dále pak pro vyšetřování měkkotkáňových nádorů, všech velkých kloubů od novorozeneckého věku až do dospělosti. U větších dětí je jejím přínosem umožnění průkazu výpotku zejména v kyčelním kloubu. Žádná speciální příprava není nutná před tímto vyšetřením (40). Sestra těsně před vyšetřením vyzve rodiče, aby své dítě před vyšetřením kyčlí svlékli od pasu dolů. U novorozenců a kojenců je třeba děti rozbalit z plen, odstranit případné znečištění a dítě očistit. Každá maminka by měla mít s sebou v ordinaci alespoň jednu čistou látkovou plenu při vyšetření kyčlí u novorozenců a kojenců. Sestra poučí rodiče popřípadě starší děti,

jakou polohu je nutné zaujmout během UZ vyšetření. Pokud se tato poloha bude během vyšetření měnit, sestra rodiče informuje a na změnu upozorní. Je-li potřeba, nabídne pomoc při změně polohy.

*Skiografie* (též RTG) stále patří mezi základní vyšetřovací metodu. Rentgenové záření se při průchodu hmotou absorbuje. K omezení ozáření se užívají ochranné prostředky a pomůcky pro gonádové krytí, krytí štítné žlázy, zástěry pro rodiče, pokud je nezbytné, aby své dítě během snímkování udrželi v určité poloze. Musí být zajištěno vyhotovení kvalitního snímku. To je v kompetenci radiologických asistentů. V kompetenci lékaře je ordinace počtu RTG snímků. Sestra připravuje žádanku k RTG vyšetření přesně dle ordinace lékaře (např. srovnávací snímek obou nohou, držené projekce, projekce při PEC, RTG kyčlí bez či ve třmenech). Předpokladem samozřejmě je, aby nedocházelo k nadměrnému snímkování pacienta, aby byly dodrženy hygienické normy radiační ochrany pro všechny (6, 40).

*Kontrastní artrografie* je metoda, která na rozdíl od prostých RTG snímků dovolí zobrazit i měkké struktury kyčle (40). U dětí s VDK se provádí v krátkodobé celkové narkóze na ortopedickém operačním sále. Je to invazivní výkon, který je nutno provádět asepticky, dítě nesmí klást odpor, musí být relaxované, tudíž v celkové anestezii. Předchází jí řádná příprava a následná ošetrovatelská péče.

Dalšími vyšetřovacími metodami používanými v dětské ortopedii jsou počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR, též MRI nebo NMR). Výhodou je podrobnější diagnostika, nevýhodou těchto metod je nutnost krátkodobé anestezie či analgosedace na zklidnění dítěte a s tím související příprava před vyšetřením a ošetrovatelská péče po vyšetření. Důležité informace přináší také scintigrafie skeletu (SCINTI) prováděná na oddělení nukleární medicíny (40). Sestra přesně dle pokynů lékaře vyhotoví žádanky na ordinovaná vyšetření. Zjistí váhu, výšku dítěte dotazem na rodiče, popřípadě dítě změří a zváží. Nikdy nesmí opomenout dotázat se rodičů na možné alergie dítěte, přítomnost kovových materiálů na povrchu těla dítěte i uvnitř (je důležité u MR). Poté sestra seznámí rodiče s přípravou na jednotlivá vyšetření, nastíní průměrnou dobu vyšetření (např. u SCINTI je to cca 4 hodiny), vysvětlí rodičům, kde najdou daná pracoviště, popřípadě dítě k vyšetření objedná.

## **1.6 Pes equinovarus congenitus – PEC (noha kosovisvá vtočená)**

Vrozené vady nohy se vyskytují přibližně u jednoho z tisíce narozených dětí. Kořeny diagnostiky a léčby PEC sahají do doby Hippokrata, který popsal toto onemocnění i jeho léčbu. Je to vrozená vada (příloha č. 2), někdy geneticky determinovaná. Častěji se vyskytuje u chlapců (40, 46, 47).

Diagnóza PEC je stanovena na základě klinického vyšetření vzhledu nožky dítěte. Ta je stočena dovnitř, otočena ploškou k druhé nožce, je vyklenutá a nad patou má typický hluboký zářez (40).

### ***1.6.1 Léčba a ošetrovatelská péče u dětí s PEC***

Léčba je zpočátku konzervativní, zahájena musí být bezprostředně po narození. V zásadě jsou možné tři způsoby terapie. První je Kiteho metoda manipulace nožek a sádrování, dále Ponsetiho metoda, nebo také Francouzská škola. Metod bylo více (např. Vídeňská technika neboli Boschovo sádrování), ale evropští a američtí ortopedi se shodli na tom, že Ponsetiho metoda je tou nejlepší možnou volbou (40, 46, 47).

Ve světě respektovanou metodou je i tzv. Francouzská škola. Principem jsou denní manipulace deformované nožky s následným vyvazováním speciálním obvazem. Manipulaci provádí speciálně vycvičení fyzioterapeuti. Metoda je doplňována cvičením na motorové dlaze. Vlastní vyvazování nožek není nikterak nové, navrhl ho již Robert Jones (1923). V Brně tuto metodu navrhl a do praxe zavedl prof. MUDr. Frejka, původně s tzv. lepopými obvazy, později vyvazování flanelovými obinadly (40).

*Ponsetiho metoda* se dostala téměř na všechna pracoviště dětské ortopedie v Evropě a je používána i na českobudějovickém ortopedickém oddělení. Metoda spočívá v tom, že se všeobecně méně cvičí, protože násilné cvičení vede k přibývání vaziva v měkkých tkáních. Cvičí se jen před přiložením sádry. Cílem manipulace je současná korekce všech složek (upraví se postavení kostí přednoží i kosti hlezenné proti kosti patní). V této poloze je přikládán také sádrový korekční obvaz (příloha č. 3). Výsledné korekce se docílí včasnou perkutánní achilotomií. Přesný počet naložených sádrových obvazů závisí na postupu korekce. Postupně se přikládá 4-6 sádrových

obvazů ve stále větší korekci, na českobudějovickém pracovišti v intervalu 7 dní. Po léčbě sádrami se provádí perkutánní tenotomie Achillovy šlachy. Potom je přiložena sádra na 3 týdny. Stav se doléčuje Dennis-Brownovým aparátem, zprvu 23 hodin denně, poté 16 hodin, pak jen na noc (35, 39, 40, 42, 45). Na pracovišti v Českých Budějovicích je s úspěchem používána i metoda kinesiotapingu (viz kapitola 1. 6. 3), dále pak cvičení a vyvazování.

Konzervativní léčba je úspěšná pouze u lehčího stupně vady. Těžší vady je třeba operovat, nicméně i zde se začíná s konzervativní korekční terapií. V roce věku se přistupuje k operaci (kompletní subtalární uvolnění). Po dvanáctém roce lze provést resekci subtalo (triple – artrodéza) a další (40, 48).

Úkolem sestry během sádrování je řádně připravit všechny potřebné pomůcky (nůžky, nožičky, oscilační pilu na sádru, kleště „krokodýla“, vatu, sádru a obinadla vhodné šíře, náplast, podložky a žínky na jedno použití, rukavice, umyvadlo s vlažnou vodou, olejíček na očištění a ošetření dětské pokožky), připravit sádrové dlažky pro obě končetiny na zpevnění, asistovat lékaři při sádrování, udržovat verbální i neverbální kontakt s dítětem i rodiči, psychicky je podporovat a vést ke spolupráci. Rodiče si po celou dobu manipulace a sádrování dítě přidržují, hladí ho a konejší, uklidňují krmením (lahví popřípadě kojením). Snahou je, aby bylo dítě maximálně klidné během sádrování. Před každým dalším naložením nového korekčního sádrového obvazu sestra snímá původní sádry. Někdy si rodiče sádry vezmou s sebou domů a u pediatra je zvězí. Ten pak jejich hmotnost odečte od hmotnosti dítěte zváženého s těmito sádrami. Výsledný rozdíl vypovídá o skutečné hmotnosti dítěte. V zahraničí se vyhýbají používání pily na sádru, protože to děsí dítě i rodinu a může dojít k poranění kůže. Používají efektivní metodu, kdy je sádra namočena důkladně do vody, a když je kompletně mokrá, sádru rozbálí (39). Končetiny se dítěti omyjí, oťrou dosucha a promažou. Lékař procvičí nožky a přistupuje se k dalšímu naložení nových sáder. Začíná se vatou (popřípadě punčoškou a poté vatou), pak se podkládá sádrová dlažka, potom cirkulační sádrový obvaz na celé dolní končetiny. Po zasádrování ve správné poloze a částečném zatuhnutí lékař podélně prořízne sádry na obou končetinách, upraví je, aby bylo možno vidět a kontrolovat všechny prstíky dítěte. Po řádném zatuhnutí

sestra ovine sádry obinadlem a přichytí náplastí (příloha č. 4). Očistí se prstíky a pokožka dítěte od sádry. Specialitou oddělení je očištění dítěte dětským olejčkem. Odstranění sádry je mnohem šetrnější než vodou a kůže dítěte je zároveň ošetřená. S úspěchem se tato zkušenost předává dalším rodičům, kteří s láskou pečují o své dítě. Rodiče jsou řádně poučeni o nutnosti kontrolovat prokrvení, barvu, teplotu a možné nežádoucí otoky prstíků. Je nutné, aby nožky byly ve zvýšené poloze, sádra udržovaná v suchu a čistotě. Rodiče jsou poučeni, jak předcházet znečištění sádry. Při odchodu z ambulance mají dostatek informací a vědí, kdy mají bez odkladu vyhledat lékařskou pomoc.

3 týdny po tenotomii je odstraněna poslední sádra. Přichází čas na doléčení velmi účinnou a osvědčenou pomůckou - Dennis-Brownovým aparátem (ortézou, dlahou) (příloha č. 5). Sestra i lékař seznámí rodiče s potřebnými informacemi, společně naměří rozměry obou nožek (délka chodidla, míra přes přednoží, přes patu, přes kotník ve výši 8 cm). Rodiče si dítě drží a konejší. Sestra přidržuje nožku dítěte, zapisuje naměřené hodnoty, pak vyhotoví poukaz, předvede rodičům aplikaci provizorní dlahy a vyzve je, aby si nasazení dlahy pod jejím dohledem vyzkoušeli. Jakmile bylo dosaženo korekce (sádrami, tenotomií), předává se zodpovědnost za udržení korekce nošením dlahy na rodinu. Po zhotovení vlastního individuálního aparátu si jej rodiče vyzvednou v Centru technické ortopedie a přichází na plánovanou kontrolu. Lékař zkontroluje a upraví žádoucí nastavení, společně se sestrou seznámí rodiče s nutností spolupráce, s dodržováním následného režimu. Na této pomůcce se nesmí provádět žádné úpravy vlastní ani jinou neoprávněnou osobou. Je třeba zabránit provlhnutí obuvi. Případně provlhlá obuv se vysuší ve větší vzdálenosti od tepelného zdroje. Vada PEC často recidivuje, zejména při nedůsledném dodržování režimu či předčasným ukončením nošení dlahy. První kontrola je za 14-21 dní s individuálně zhotoveným aparátem, další většinou po třech měsících, dle potřeby i dříve. První tři měsíce je přísný režim, dlahy má být nošena 23 hod denně, snímá se pouze na hygienu a výměnu prádla. Poté mají rodiče dítěti dávat dlahu na 16 hod denně včetně spánku, je-li dlahy dítětem tolerována. V poslední fázi se dlahy ponechává dítěti na noc do věku 2-3 let. Léčba by měla pokračovat celkem alespoň dva roky. Nedůsledné přikládání Denis-Brownových ortéz

k udržení korekce bývá nejčastější příčinou recidiv, což je uváděno též v zahraniční literatuře (35, 39, 42, 45). Rodičům je nabídnuta pomoc v případě problémů s nošením dlahy. Rodina je motivována k tomu, aby se nošení dlahy stalo součástí normálního života dítěte. Rodiče jsou lékařem průběžně informováni o pokrocích v léčbě, o vysoké efektivitě léčby, která však vyžaduje čas. Sestra rodiče neustále psychicky podporuje, aby úspěšně překlenuli toto náročné období. Fixace nohou v Dennis-Brownových ortézách je někdy problematická. Malé děti se dokážou z botiček vyzout i během nočního spánku. Větší děti (od 18 měsíců) mohou pomůcku zásadně odmítat, i když rodiče ortézy nasazují ve spánku. Dítě je schopno se z dlah uvolnit. Zásadní je úloha rodiny a přesvědčení dítěte přijatelnou formou o nutnosti fixace nohou v ortézách (46, 47).

### ***1.6.2 Rehabilitace a další péče o dětského pacienta s PEC***

Rehabilitace u novorozenců a kojenců je zcela specifická. Ošetřuje se dítě, které není schopno spolupracovat s ohledem na věk. Je třeba zvolit metody použitelné a fungující i bez volní účasti dítěte, tedy na reflexním podkladě. V tomto věku existuje pestrá škála klinických situací, které vyžadují kratší či delší rehabilitační intervenci. Mezi tyto lze zařadit i vrozené vývojové vady jako je pes equinovarus, polohové vady nohou. Ošetřit tyto děti umožňuje univerzální metoda reflexní lokomoce- Vojtova technika. (24, 40).

Vzory reflexní lokomoce jsou natolik komplexní, že je lze využít i při terapii vad nohou v novorozeneckém a kojeneckém věku. V rámci reflexního plazení se procvičí dorzální flexe a everze nohy, což je využíváno při léčbě PEC. Současně se provádí pasivní redresní cvičení, vázání nožky přes koleno, případně používání nočního redresního sandálku k fixaci správného postavení nohy po cvičení (24, 40).

I při rehabilitaci je nesmírně důležitá spolupráce rodičů dítěte. Bez spolupráce s rodiči se při cvičení novorozenců a kojenců nelze obejít. Rehabilitace je v kompetenci fyzioterapeuta, který musí rodiče zaškolit a naučit je provádět cviky správně, aby je mohli vykonávat sami doma. Při rehabilitaci v tomto věku se musí respektovat

unavitelnost dítěte. Veškerá cvičení, zejména reflexní, se provádí častěji během dne v kratších cvičebních lekcích (např. 4-5krát denně po dobu 5-10 min) (24, 40).

Rehabilitace v batolecím věku plynule navazuje na kojeneckého období. Cvičení vyžadují i děti s vadami nohou, případně již po jejich operaci. V tomto věku je dítě schopné komunikovat, splnit jednoduché příkazy při vhodné motivaci (cvičení formou hry), minimálně spolupracovat. Naopak zde může být problém s překonáním negativistické reakce dítěte (24, 40).

Úkolem sestry ortopedické ambulance je připravit žádanku k rehabilitaci dle ordinace lékaře, vysvětlit rodičům, kam se mají obrátit, kde najdou fyzioterapeuta, který provádí taping (vyvazování náplastmi, viz kapitola 1.6.3), cvičení dětí s PEC včetně správného zaškolení jejich rodičů, kteří pak mohou pokračovat v pravidelném cvičení doma. Sestra poskytne telefonický kontakt, popřípadě dítě k rehabilitaci objedná. V batolecím a předškolním věku platí dvojnásob, že sestra, fyzioterapeut i lékař musí být víceméně také psychologem, schopným komunikovat jak s rodiči, tak s dětským pacientem.

V předškolním věku se v případě vrozených vad chodidel (PEC) v rehabilitaci pokračuje. Zde už se zpravidla reflexně necvičí. Provádí se korekční cvičení, protahování, kondiční cvičení, dbá se na co nejlepší stereotyp chůze. Nezbytná je zdravotní či ortopedická obuv. V případě operačních zákroků je rehabilitace doplněna péčí o jizvu pomocí tlakových masáží, soft laserem, magnetoterapií k urychlení hojení, vodoléčbou (končetinové vířivky nebo cvičení v bazénku) (24, 40).

Úkolem sestry ortopedické ambulance je připomínat rodičům při kontrolách důležitost správné obuvi a podat jim informace, kde mohou vhodnou obuv zakoupit nebo si ji nechat pro svoje dítě zhotovit, je-li to nezbytné a indikované lékařem.

### ***1.6.3 Kinesiotaping u dětí s PEC***

Metoda MTC (Medical Taping Concept) vznikla v Asii na počátku 70. let. Jejím zakladatelem byl japonský chiropraktik Kenzo Kase. Ten jako první využívá elastické pásky („tejpu“) k ovlivnění cirkulačního systému (zvýšená cirkulace pod „tejpem“, zvýšení látkové výměny). Základem kinesiotapingu je udržení plného rozsahu pohybu.

Cílem není imobilizace, nýbrž zachování pohyblivosti s následným ovlivněním léčebného procesu. Mezi další účinky patří korekce některých vad a deformit korekčními páskami, regulace svalového napětí, vstřebávání otoků a hematomů, hojení jizev, popálenin i bradavic. Aplikací pásky lze pozitivně ovlivnit též intenzitu vnímané bolesti. Kinesiotapy jsou bavlněné elastické pásky různých barev (příloha č. 6), jejichž váha a tloušťka je srovnatelná s lidskou kůží. Páska propouští vzduch i vlhkost, je prodyšná a voděodolná. Je na ní speciálně nanášeno vysoce hypoalergenní akrylátové lepidlo. Po nanesení vydrží na kůži 3-10 dní (nejčastěji 5-7 dní). Rodiče mohou své „zatejповané“ dítě i vykoupát (na rozdíl od sáder). Páska nesmí přijít do styku s olejem, protože by se odlepila. Snímání „tejpu“ musí být šetrné a pomalé. Místo je možno potřít výše zmiňovaným olejíčkem. Páska neomezuje pacienta v běžném životě, je velmi dobře snášena. Přibližně za 10 minut po nalepení ho lidské tělo přestává vnímat, neškrtí, nezařezává se do kůže, neomezuje hybnost. Je možné se s ní koupat, cvičit, absolvovat některé další procedury a vyšetření. „Tejповání“ nehradí zdravotní pojišťovna, rodiče si ho musí hradit sami. Pokud lékař doporučí a nabídne podpůrnou terapii kinesiotapingem a rodiče souhlasí s navrhovanou léčbou, jsou obeznámeni s jejím principem. Sestra je seznámí s ošetrovatelskou péčí. Pásku aplikuje vyškolený lékař nebo fyzioterapeut. Sestra asistuje. Metoda kinesiotapingu je rodiči vnímána, přijímána a hodnocena velmi pozitivně (44).

#### ***1.6.4 Protetická péče o děti s PEC***

Nezbytným předpokladem kvalitní protetické péče je spolupráce s odborným lékařem, fyzioterapeuty i sestrami. Každá protetická pomůcka je zhotovena na základě předpisu na léčebnou a ortopedickou pomůcku. Předpis indikuje lékař, vyhotoví ho sestra. Pro dosažení maximální funkčnosti pomůcky je třeba znát celkový zdravotní stav pacienta, důvod indikace a požadavky na funkci pomůcky.

Ortopedická pomůcka je všeobecný pojem pro označení protézy, ortézy, ortopedických vložek, vozíků apod. Ortopedická protetika je obor zabývající se výrobou proteticko-ortopedických pomůcek. Pomůcky mohou být sériové (ty je možno zakoupit v prodejnách zdravotnických potřeb) nebo individuálně zhotovené. Tyto jsou zhotoveny



na základě odebraných měrných podkladů, sádrových odlitků na těle pacienta, poukazu vystaveného odborným lékařem. Pomůcky jsou obvykle plně hrazeny zdravotními pojišťovnami. Výjimku tvoří ortopedická obuv nebo ortopedické vložky, kde bývá finanční spoluúčast dospělého pacienta. U dětí je tento sortiment většinou plně hrazen. Na dětskou ortopedickou obuv musí být vyplněn speciální formulář ke schválení revizního lékaře (6, 40).

Ortopedická protetika je rozdělena do několika oborů. Z našeho pohledu je pro nás důležitá ortotika a kalceotika. Ortotika se zabývá výrobou ortéz. Ortéza je pomůcka ovlivňující funkci pohybového ústrojí staticky (fixace končetiny) a dynamicky (korekce vadného postavení, usměrnění či omezení pohybu, nahrazení ztracené svalové činnosti). Typickým příkladem ortézy ovlivňující a korigující vadné postavení jsou redresní ortézy nohy pro pedes equinovari (příloha č. 6), Dennis-Brownovy dlahy. Kalceotika se zabývá výrobou ortopedické obuvi a ortopedických vložek (6, 40).

Na nohou trávíme přibližně 80% času. Každá noha potřebuje kvalitní obutí, tím spíše noha nemocná. Dětská noha se od nohy dospělého člověka liší v mnoha anatomických i funkčních vlastnostech. Kosti malého dítěte jsou dlouho chrupavčité, měkké, schopné se rychle deformovat špatnou obuví či nadměrným zatížením. Noha dítěte velmi rychle roste a nošení příliš krátké obuvi ohrožuje zdraví nohou dětí. I obouvání má svá specifika. Dětská obuv musí mít dostatečně prostornou kulatou špičku, která poskytuje dostatek místa pro všechny prsty. Má být vyrobena z přírodních materiálů, podešev má tlumit dopady a nárazy, má správně padnout do šířky i do délky. „To, co sedí při zkoušení, bude sedět i při nošení.“ Nevhodné a nezdravé je nošení opotřebované obuvi, boty po starších sourozencích, kupované na tržištích, dětských burzách. Zdravotní obuv je možné zakoupit v lékárnách, prodejnách zdravotnických potřeb či některých prodejnách obuvi. Zvláště u dětské obuvi je důležitý atest – certifikace. Tu má například firma Essi (boty se značkou a logem žirafy) nebo Sante (46, 59, 61, 62).

Ortopedická obuv se vyrábí výhradně z kůže (usně). Aplikací ortopedické obuvi lze dosáhnout odlehčení, korekci vadného postavení a znehybnění. Podle toho, jakou vadu řeší, dělíme ortopedickou obuv na jednoduchou, složitější a velmi složitou. Dětská

zdravotní ortopedická obuv vychází z požadavků odborníků na její konstrukci (pevné vedení paty, správné osové postavení a držení stability v hlezenním a zánártních kloubech), řeší různé vady nohy. Je kotníčková s dobře tvarovanou podélnou klenbou, zadní část boty (opatek) je pevný a slouží ke stabilizaci paty. Aplikací této obuvi se zaručuje zdravý vývoj kostry a svalů nohy dítěte, stabilita celého těla, správný vývoj celého pohybového aparátu. Často je předepisována právě pro kompenzaci PEC. Tyto základní informace včetně konkrétních míst, kde lze obuv opatřit a zakoupit, by sestra měla rodičům poskytnout (40, 59, 60, 61).

### ***1.6.5 Centrum technické ortopedie České Budějovice***

Každý pacient má být v životě dle svých potřeb vybaven sériově vyhotovenou pomůckou. Pokud tato pomůcka nesplňuje patřičné požadavky, je nevyhovující, nastupuje centrum zabývající se především výrobou individuálních pomůcek. Českobudějovické centrum technické ortopedie nabízí svým pacientům a jejich rodinám různé pomůcky, velmi úzce spolupracuje s ortopedickým oddělením zdejší nemocnice. Pro ortopedické pacienty zajišťuje nebo vyrábí přímo na míru mnoho důležitých pomůcek. Mezi výrobky individuálně zhotovené patří například vložky do bot, zdravotní obuv (při PEC), ortézy (Dennis-Brownův aparát nezbytný při léčbě PEC). Centrum technické ortopedie provádí i úpravu obuvi dle ordinace lékaře při nestejně délce končetin. Dále zajišťuje pacientům i zdravotní obuv sériově vyráběnou ve Zlíně. Firmy jsou schopny zhotovit i obuv individuální, která je vyrobena na základě zaslání měrného podkladu.

Korekční dětské vložky individuálně zhotovené indikuje lékař na základě diagnózy, jsou nezbytným doplňkem při léčbě některých vad dětských nohou. Vyrábí se na základě měrného podkladu a vyhotoveny jsou do 7-14 dnů. Nárok na ně vzniká 2x do roka. Část je hrazena zdravotní pojišťovnou, rodiče se taktéž finančně spolupodílí.

Centrum technické ortopedie zajišťuje rodičům dětí s PEC individuálně zhotovenou ortopedickou obuv na základě předpisu a schválení revizním lékařem příslušné zdravotní pojišťovny. Rodiče si nejprve musí obstarat schválení revizního lékaře, teprve potom se mohou vydat s potvrzeným poukazem do centra. Na tuto

skutečnost je sestra v ortopedické ambulanci povinna rodiče upozornit. Měrný list (obkreslená končetina s rozměry) se odesílá do Prahy, kde je obuv zhotovena.

Další možností léčby equinovárovní nohy je ortopedická obuv Schein. Výhradním dovozcem a distributorem pro Českou republiku je firma v Teplicích. Zdravotní pojišťovna ji nehradí. Centrum technické ortopedie naměří měrný podklad a odešle ho do Teplic.

Co je nezbytné pro léčbu PEC je ortotická pomůcka - Dennis-Brownovy dlahy (aparát). Dlahy se skládá z kotníkových rovných neutrálních bot s otevřenou špičkou připojených k tyči. Tyč má mít dostatečnou délku, paty bot mají být nastaveny na šířku ramen. Na končetině postižené PEC se dlahy nastavuje na 60-70° zevní rotace, u zdravé nohy na 30-40° (40). S vydaným poukazem a měrným listem (naměřené rozměry) rodiče přichází do centra technické ortopedie. Měrný list se odesílá do Plzně k výrobě aparátu, což trvá cca 14 dní až 3 týdny. Dennis-Brownovy dlahy jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou v plné výši.

### **1.7 Vývojové vykloubení kyčelních kloubů (VVKK, také DDH, VDK, VVK)**

Přesná příčina této vady není známá. Z genetických faktorů u vývojového vykloubení kyčelního kloubu hraje roli pravděpodobně laxicita kloubů - hypermobilita, tvar acetabula – jeho dysplazie, zjistitelná i u příbuzných. Nemusí se dědit jen dysplazie kyčelního kloubu. Geneticky mohou být určeny i konstituční a hormonální faktory vedoucí k omezení vnitřního prostoru v děloze, respektive ke snížení pevnosti vazivových a chrupavčitých tkání. Tyto dědičné podmínky spolu s dalšími faktory mohou vést k luxaci kyčelního kloubu – k jeho instabilitě. Onemocnění je asi 3krát častější u dívek než chlapců. Významné rozdíly jsou rovněž v zeměpisném rozložení onemocnění. Původní název *vrozené* vykloubení byl nahrazen novým termínem *vývojové* (40).

I zde kořeny diagnostiky a léčby VVKK sahají do doby Hippokrata, který toto onemocnění popsal. Změny na novorozeneckém kloubu popsal Paletta (1820), instabilitu kyčelního kloubu jako vývojový předstupeň vykloubení popsali Roser (1879) a Fröhlich (1906). Italský pediatr z Ferrary Marino Ortolani zasvětil celý život

propagaci včasné diagnostiky v Evropě i zámoří. S jeho jménem jsou spojovány fenomény instability: Ortolaniho test (jako klasický abdukční test pro děti ve věku 3 až 9 měsíců se značně pokročilými změnami na kyčelním kloubu) a Ortolaniho znamení (symptomatologie, kdy výstup hlavice z jamky a její opětovný vstup jsou doprovázeny fenomény přeskočení). Barlow byl jedním z autorů dislokačního (stress) testu (1962) ke zjištění předozadní stability kyčelního kloubu (40).

Klasickými klinickými příznaky vývojové dysplazie kyčlí u novorozenců jsou známky nestability potvrzené luxačním a reпозиčním testem, u kojenců je asymetrie zářezů a kožních řas, inquinálních rýh, gluteofemorálních rýh, zevní rotace a addukce jedné končetiny, relativní zkrácení končetiny (Bettmannův test – rozdílná výška flectovaných kolínek), omezení abdukce, příznak „Cross-over“, Dupuytrenův příznak klouzání, reпозиční šelest a další. Příznakem u chodících dětí je zkrácení končetiny při jednostranném postižení, pozitivní Trendelenburgův příznak, hyperlordóza bederní páteře, kolébavá kachní chůze (6, 40, 48).

Ultrazvukové vyšetření novorozenců a kojenců zcela nahradilo dřívější rutinní radiačně zatěžující RTG vyšetřování kojenců ve věku 3 až 4 měsíců. Posouvá se možnost poměrně přesné diagnostiky od nejtěplejšího věku v prvních dnech po porodu. Průkopníkem UZ diagnostiky VVKK v 70. letech 20. století se stal Reinhard Graf z Rakouska. Graf sestavil klasifikační třídy UZ zobrazení kyčelních kloubů. Třída I (Ia, Ib) znamená normu – fyziologický nále. Třída IIa znamená nezralost u dětí mladších tří měsíců a třída IIb u dětí starších tří měsíců věku, třída IIc značí acetabulární nedostatečnost, třída IId poukazuje na dynamickou instabilitu, třída III, třída IV svědčí o dislokaci. U typů IIa – IIc se používá abdukční pomůcka, u ostatních je většinou nutná distrakční léčba za hospitalizace. Hraniční sonografické nálezy lékař změní. Pokud vyšetřující došel k závěru, že naměřené hodnoty jsou skutečně patologické, zvaží všechny ostatní okolnosti, rizikové faktory (rodinná anamnéza s výskytem VVKK, porod koncem pánevním, jiné deformity), výsledek pečlivého klinického vyšetření, a poté stanoví následující postup v léčbě. V období těsně po porodu je dost času z hlediska hraničních nálezů, navíc těsně po narození se vyskytuje velké procento nálezů falešně pozitivních. Ve věku šesti týdnů u dítěte je však nejvyšší čas

na definitivní rozhodnutí a terapie by se neměla odkládat. Z těchto důvodů se na českobudějovickém pracovišti vyšetřují novorozenci mezi 3.- 4. týdnem života. V případě potřeby, pokud lékař stanoví, je dítě UZ vyšetřeno již během 1. týdne po narození, většinou při propuštění z porodnice, popřípadě ještě na neonatologii, a následně je dispenzarizováno (6, 10, 12, 40).

Ve věku od 3 měsíců do 1 roku je u patologických nálezů či hraničních forem VVKK třeba zhotovit i RTG snímky. Indikuje je lékař, sestra připraví žádanku a odešle rodiče s dítětem na RTG pracoviště. RTG snímky musí být zhotoveny při natažených dolních končetinách, které jsou v neutrální rotaci. Na správnou polohu při snímkování dohlíží radiologický asistent. Rodiče si drží své dítě během snímkování (40).

Kontrastní artrografie je většinou indikována ve věku 3 měsíců, ale i dříve, a to u luxovaných kyčlí, které prošly distrakční léčbou či u stále nestabilního kyčelního kloubu (40).

### ***1.7.1 Prevence, léčba a ošetrovatelská péče u dětí s VVKK***

Sestry by se měly orientovat v základní problematice VVKK. Musí připravit UZ přístroj k vyšetření, umět zacházet a pracovat s pomůckami nutnými k prevenci a léčbě, seznámit rodiče s preventivní péčí, s pomůckami a jejich používání rodičům názorně předvést.

„Die Hüftgelenke des Neugeborenen sind für das Reiten auf der Hüfte konstruiert“, napsal profesor Fettweis (10), doslovně přeloženo jako „kyčle novorozenců jsou určeny pro jízdu na boku“. Nošení dítěte na těle matky bylo a je prapůvodním způsobem péče o kojence ve starověku i novověku, napříč světem, všemi kulturními úrovněmi. Pro nošení dětí na těle matky existuje mnoho dobrých důvodů. Aby mohl být zajištěn správný tělesný a psychický vývoj dítěte, počítá příroda s úzkým kontaktem mezi matkou a dítětem. Zejména kyčelní klouby dítěte jsou v okamžiku porodu ještě nezralé. Nejsou-li respektována pravidla péče o dítě v souladu s přírodou, může dojít k nechtěným odchylkám při dozrávání kyčlí. Kyčle dítěte jsou ideálně přizpůsobené k nošení v šátku či vaku. Nošení přispívá ke zdravému vývoji kyčelních kloubů. V neposlední řadě je to důležitý moment v oblasti psychologické, při utváření

sociální vazby a pouta mezi matkou a dítětem. Vhodnou a ideální polohou pro nošení dětí je abdukčně flekční poloha dle výzkumů profesora Büschelbergera z Drážďan. Dítě má k tělu přitažené a roztažené dolní končetiny, mírně prohnutá záda, čelem k dospělému, který miminko nese. Tato poloha odpovídá anatomické predispozici těla, novorozenec ji zaujme sám, pokud ho zvedneme. Nevhodná je poloha nošení dítěte zády k dospělému, čelem po směru chůze (příloha č. 7). Tuto nelze doporučit z několika důvodů. Riziko dysplazie se zde naopak zvyšuje. Dolní končetiny dítěte vlají ve vzduchu bez opory, kyčle nejsou ve fyziologickém abdukčně flekčním postavení. Záda dítěte zaujímají nepřirozenou vzpřímenou polohu, protože pruhy látky šátku tlačí ramena dítěte dozadu, čímž se podporuje nevhodné rovné držení těla. Kromě toho dítě nese na zadečku obaleném plínkami, ale jeho váha se přenáší na chrupavčité struktury symfýzy a pánve (u chlapců se to týká též varlat). V určitých pro dítě nebezpečných situacích se nemůže miminko pohledem ubezpečit o přítomnosti matky, dítě taktéž nemá možnost úniku před přemírou podnětů ani při únavě. Nemůže se „stulit a schovat se před světem“. Dítě se nemůže bránit, přerušit vstřebávání přívalu nových informací, nemůže se samo odvrátit, neboť tato poloha, tento druh uvázání, mu to nedovolí (10, 11, 12, 22).

K základním preventivním opatřením patří klinické vyšetřování kyčelních kloubů u všech novorozenců ortopedem před dimisí (cca 4.-5. den po porodu). Sestry vysvětlí maminkám správný způsob balení. Prevencí v péči o dětské kyčle je široké abdukční balení. Spočívá ve složení 2-3 plen na třetiny (možno balit přes papírové pleny). Nutností jsou široké dupačky. Balit „na široko“ je třeba stále, tedy i v noci. Sestry též maminky poučí o nutnosti následných pravidelných kontrol kyčelních kloubů u dětí – tzv. „trojí síto“. První kontrola v ortopedické ambulanci je mezi 3.-4. týdnem po narození, následující za další 4 týdny (cca v 8 týdnech), poslední kontrola u zdravých dětí je mezi 3.-4. měsícem. Na českobudějovickém pracovišti ve 4 měsících věku dítěte.

Mezi konzervativní terapii VVKK patří Frejkova peřinka a Pavlíkovy třmeny (6, 40) (příloha č. 8, 9). Peřinku i třmeny nasazuje sestra, kontroluje a úpravu třmenů provádí lékař. Po prvním nasazení Pavlíkových třmenů je klinická kontrola za týden, jinak jsou UZ kontroly cca po 3-4 týdnech, u peřinky po 4-6 týdnech. Peřinka je

přikládána na dupačky, snímána je jen na dobu nezbytně nutnou, jakou je přebalování, převlékání a koupání. Během dne je kontrolováno správné přiložení peřinky. Podobná opatření platí i při užívání Pavlíkových třmenů. Třmeny se nepřikládají na nahé tělíčko, dítě musí mít košilku nebo body, bavlněné ponožky nad kolínka. Naprosto nevhodná je aplikace třmenů na dupačky, protože není možno dosáhnout správného postavení v kyčelních kloubech. Třmeny se snímají jen na koupání, popřípadě při převlékání. Seznámení rodičů s péčí o dítě za použití pomůcky je v kompetenci sestry. Někdy může lékař nařídit přísný režim, tzn. i péče o hygienu dítěte je prováděna zpočátku ve třmenech (např. po sundání sádrové spiky). Zde je potřeba kontrolovat správné upevnění třmenů a řemíků, aby byla znemožněna extenze dolních končetin, ale přitom volná abdukce v kyčelních kloubech, dítě musí končetinami hýbat. Dlouhodobý pláč a nemožnost pohybu končetinami musí být neprodleně konzultován s lékařem a následně řešen. Nutné je předcházet případným lézím pokožky dítěte z důvodu těsného přiložení třmenů. Stav kůže dítěte se musí denně kontrolovat.

Trakční metody patří do skupiny konzervativní terapie. Jsou indikovány bez ohledu na věk, když je kyčel luxována a nelze ji reponovat (40). Pokud lékař vysloví doporučení k léčbě trakčním režimem a rodiče s navrhovanou léčbou souhlasí, objedná sestra dítě i s matkou k hospitalizaci na dětské klinice na následující den. Lékař rodičům vysvětlí princip léčby, její pozitiva a upozorní je na případná negativa při odmítnutí navrhovaného postupu. Sestra rodiče seznámí s ošetrovatelskou péčí. Over-head trakce (příloha č. 10) je vlastně příprava k repozici vykloubení kyčelních kloubů. Trakce je zajišťována náplastovými pruhy podélně nalepenými na natažené dolní končetiny včetně ovinutí elastickými obinadly. Nalepení náplastové extenze na obě dolní končetiny provede sestra v ortopedické ambulanci v den příjmu. Po naložení extenzí i elastických obinadel odchází rodiče s dítětem na dětskou kliniku, kde jsou matka a dítě přijati k hospitalizaci. V odpoledních hodinách lékař ortoped provede zavěšení dolních končetin dítěte na trakci. Tah je veden přes kladky, na konci je závaží o určité hmotnosti, kterou stanoví ortoped. Trakce je zahajována s končetinami u sebe, postupně se dolní končetiny od sebe oddalují – abdukují. Doba trakce je 4-6 týdnů. Dítě se během distrakční léčby zbytečně neodvazuje, pouze dle potřeby

(například na kontrolní UZ, který je prováděn obvykle po 2 týdnech). Krmení i hygienická péče je prováděna na lůžku. Úkolem sestry dětské kliniky je matce vše řádně vysvětlit, ukázat, nabídnout pomoc, povzbuzovat ji, dostatečně chválit. Pokud je dítě kojeno, sestra matku poučí o poloze nad postýlkou při kojení, o zvýšené poloze po krmení k odříhnutí. Denně se kontroluje stav kůže dítěte, otoky, barva a prokrvení prstů a kotníků, funkce distrakce. Matka je poučena o nutnosti kontroly a udržování správné polohy dítěte v postýlce během dne. Pokud by se objevil červený „flíček“ nebo puchýř na kůži, náplast se musí podlepit a přiloží se Granuflex. Dochází-li k otokům či změnám na kůži, denně se snímají elastická obinadla.

Zejména u dlouhodobé distrakční léčby je nutné dopřát dítěti dostatek podnětů, aby mohlo neustále docházet k jeho rozvoji (např. motoriky, posílení oční fixace). Sestra společně s matkou by měly pokoj vyzdobit podle možností barevnými hračkami a obrázky v dostatečném množství.

Pokud jsou trakcí léčeny lehčí nálezy na kyčelním kloubu, je dostačující naložení Pavlíkových třmenů po trakčním režimu. Ve velké většině případů je však v celkové anestézii prováděna kontrastní artrografie kyčelního kloubu s následným naložením sádrové spiky. Sádrová spika musí být dobře podložena vatou, nechává se místo na tzv. „oběd“, aby mělo dítě dostatečný prostor pro přijímání stravy. Nesádruje se v extrémních polohách, je dodržována Ramseyho „bezpečná zóna“ (40). Profesor Fettweis, který se nejvíce zasloužil o rozšíření této metody v německy mluvících zemích, toto nazývá „Hocksitzgips“ nebo „Human position“ (poloha, jako by dítě sedělo na bobku) (12). Šetrná repozice, nenásilný způsob manipulace při trakci, fixaci sádrovou spikou a třmenů je prevencí avaskulární nekrózy hlavice femoru se všemi dalšími následky. Sádrová spika se ponechává na dobu 4-6 týdnů. Matka je poučena a zacvičena o polohování dítěte (zvýšená poloha), kontrole zádiček a sakrální krajiny s ohledem na otlaky. Sestra naučí maminku správně přikládat jednorázové plenky, zdůrazní nutnost časté výměny plen a péče o hygienu. Důležité je udržovat sádru v čistotě, aby nedošlo k jejímu znehodnocení. Předejde se tím další nutné ale zbytečné hospitalizaci a celkové anestezii (40). Specifikem českobudějovického ortopedického a dětského oddělení je, že maminka zakládá po celém obvodu sádry kolem genitálií



slipové vložky, které vyměňuje dle potřeby při potřísnění. Na kontroly jsou rodiče s dítětem v sádrové spici zváni po týdnu. Jsou poučeni, že při potížích (zvýšená plačtivost dítěte, neklid, nechutenství) se mají dostavit ihned.

Sádrová spika se snímá na ortopedické ambulanci. Dítě je šetrně očištěno, sestrou jsou nasazeny Pavlíkovy třmeny, lékař zkontroluje jejich nastavení, popřípadě ho upraví. Poté sestra připraví žádanku na RTG kyčelních kloubů ve třmenech a odesílá rodiče s dítětem na rentgenologické pracoviště. Po osnínkování se rodina vrací zpět do ambulance, kde je opět řádně informována o stavu dítěte, o ošetrovatelské péči do další plánované kontroly.

Shrneme-li výše uvedené, je podíl sestry v prevenci a při konzervativní léčbě luxací kyčelních kloubů nenahraditelný. Jedním z předpokladů správné péče a léčby je spolupráce sestry s lékařem a matkou dítěte (rodinou). Důležité je navázání kontaktu s matkou jak v ambulantní složce, tak během hospitalizace s dítětem, její zasvěcení do zvláštností ošetrovatelské péče prováděné léčebnou ortopedickou pomůckou. Na počátku je nezbytné navázání kontaktu a důvěry. Je nutné, aby matka spolupracovala, dodržovala rady a upozornění sestry i lékaře. Sestra matku poučí o novém způsobu kojení (poloha při kojení), provádění hygieny (omývání na lůžku), oblékání dítěte, o účelné léčebné poloze dítěte, o možnosti častějšího ublinkávání dítěte, upozorní na riziko aspirace při distrační léčbě, na bolesti břicha v důsledku nedostatečného odříhnutí a nemožnosti změnit polohu či hýbat dolními končetinami, na riziko porušení kožní integrity, tkáňové integrity (otok dolních končetin, cyanóza, porucha hybnosti, citlivosti, bolesti), na nutnost kontroly pomůcek, dbát na jejich správné přiložení, při závěsu extenze kontrolovat a dohlížet na jeho účelnost, na správnou polohu dítěte v závěsu.

Pokud je nevyhnutelná a nezbytná chirurgická léčba (krvavá repozice) vývojového vykloubení kyčelních kloubů, posílají se rodiče s dítětem na vyšší specializované pracoviště, většinou do Prahy na Ortopedickou kliniku Praha-Bulovka. Na českobudějovickém pracovišti se tyto výkony neprovádí. V kojeneckém věku se k výkonu přistupuje ve věku 6-12 měsíců. Po krvavé repozici se opět přikládá sádrová spika. Po 6 týdnech je dítě přesádrováno v celkové anestezii, tentokrát již na kratší

dobu. U dětí mladších 1 roku lze přejít na doléčení Pavlíkovými třmeny. Starší děti jsou doléčovány např. Frejkovým abdukčním aparátem (viz příloha č.). Děti v batolecím a starším věku jsou operovány a léčeny opět na specializovaném pracovišti. Provádí se u nich osteotomie femuru nebo derotačně-varizační osteotomie (DVO), či pánevní osteotomie. V souvislosti s těmito výkony se odvíjí i pooperační ošetrovatelská péče (40).

## **1.8 Předoperační příprava a pooperační péče v dětském věku**

### ***1.8.1 Úvod do předoperační péče***

Podle stupně naléhavosti se operace dělí na akutní a plánované. Plánované operační výkony jsou v dětské ortopedii zaměřeny na korekce vývojových vad pohybového aparátu. Jsou odkladné a předchází jim určitá předoperační příprava. Ta má pacientovi zajistit nejlepší výsledek při nejnižším operačním i anesteziologickém riziku (34, 40).

*Fyzická* příprava zahrnuje přípravu organismu dítěte na operační výkon. Řadíme do ní koupel (omývání), lačnění, léky, snímání sáder či náplast'ové extenze apod.

*Psychická* příprava zahrnuje např. informace o výkonu pro rodiče či zákonné zástupce, termín a druh operace, kdo bude přítomen, seznámení s ošetrovací jednotkou, podpora rodičů, empatie personálu, komunikace s rodiči, samotná hospitalizace dítěte s matkou. Vhodnou komunikací by měl rozhovor rodiče dítěte uklidnit, zmírnit strach, zbavit je obav z operace jejich dítěte. Úzkost a strach vedou k narušení duševní rovnováhy, k obtížnější spolupráci.

*Všeobecná* příprava obsahuje požadavky týkající se všech klientů bez rozdílu onemocnění. Můžeme sem zařadit např. psychickou přípravu, souhlasy zákonných zástupců s výkonem a anestézií, předoperační vyšetření dítěte, celkovou očistu dítěte, přípravu operačního pole.

*Zvláštní* příprava se odvíjí od zdravotního stavu dítěte, dle druhu operace a zvyklostí pracoviště (34).

### ***1.8.2 Předoperační příprava dlouhodobá***

V této době sestra v ambulanci ortopedie na pokyn lékaře vypíše indikační list k operaci, zapíše dítě do knihy plánovaných operací na datum, který lékař stanovil. Další její povinností je objednání dítěte spolu s matkou k hospitalizaci na dětské klinice na tento termín, pokud již není dítě hospitalizováno. Rodičům předá formulář „Poučení pacienta objednaného k operaci“, vysvětlí, kde se nachází dětská klinika, nabídne jim plánek nemocnice.

Během dlouhodobé předoperační přípravy se provádí vyšetření nezbytná před každou operací a anestézií. Jeho cílem je odhalit patologické stavy, které mohou zvýšit anesteziologické riziko. Při neadekvátním zdravotním stavu pacienta je lepší plánovaný operační výkon odložit. Druh a rozsah vyšetření před operačním výkonem závisí na celkovém zdravotním stavu dítěte, na charakteru a závažnosti operace. Ve velké většině případů předoperační vyšetření u zdravých dětí zajišťuje obvodní pediatr 7-10 dní (maximálně 14 dní) před výkonem. Výjimku tvoří distrakční léčba VVKK, kdy se vyšetření provádí za hospitalizace na dětské klinice. V ortopedii k výkonům s nízkou chirurgickou zátěží patří např. tenotomie při PEC, artrografie, anestézie k naložení sádrové spiky při VVKK (40).

Ošetřující personál by měl vždy rodiče seznámit s tím, co je čeká, co právě provádí u jejich dítěte, co bude následovat. Nutné je neustále motivovat rodiče k další spolupráci, opakovaně je povzbuzovat, psychicky podporovat celou rodinu, eliminovat nežádoucí negativní pocity jako je strach, úzkost, beznaděj, samota. Je potřeba dosáhnout maximální spolupráce rodičů s ošetřujícím personálem, proto je velmi důležité vybudovat, rozvíjet a upevňovat křehký vztah vzájemné důvěry mezi personálem a rodinou. Je to právě sestra, která naslouchá, tráví nejvíce času s pacienty a je v úzkém kontaktu s rodinou. Pokud získáme důvěru rodičů, sdělí nám více informací a vzniká tím větší možnost je lépe poznat, pochopit a porozumět jejich potřebám, problémům a najít společnou cestu k jejich řešení. Pocit bezpečí a jistoty, rada a pomoc rodičům, to vše přispívá k jejich psychické pohodě a zvládnání pro ně náročné životní situace.

### ***1.8.3 Bezprostřední předoperační příprava v den před operací a v den operace***

Do tohoto období se zahrnuje 24 hodin před samotným výkonem. V den přijetí se rodiče dostaví se svým dítětem k operaci (PEC) na ortopedickou ambulanci. Sestra připraví lékaři dokumentaci včetně indikačního listu k operaci, předoperačních vyšetření, event. RTG snímků, informované souhlasy. Lékař dítě vyšetří, zkontroluje výsledky vyšetření, rodičům vše ohledně výkonu/operace vysvětlí a dá podepsat informovaný souhlas s výkonem (operační revers). Informovaný souhlas je podmínkou každého diagnostického či terapeutického výkonu, k provedení nestandardního postupu, při zařazení pacienta do klinické studie. Každý pacient, v tomto případě i rodič jako zákonný zástupce dítěte, má právo získat od svého ošetřujícího lékaře potřebné údaje před zahájením každého dalšího diagnostického a terapeutického postupu, má být náležitě informován o případných rizicích spojených s uvedeným postupem, má právo na seznámení s alternativními postupy, aby se mohl zsvěceně rozhodnout a s výkonem souhlasit. To vychází i z etického kodexu „Práv pacientů“ (14). Tento souhlas se vyhotovuje ve dvou provedeních. Jeden se zakládá do dokumentace na ortopedii, druhý se posílá spolu s předoperačními vyšetřeními a lékařskou zprávou k přijetí na dětskou kliniku - do chorobopisu. Sestra asistuje lékaři při vyšetření, znovu vysvětlí, kde se nachází dětská klinika, nabídne rodičům plánek nemocnice, popřípadě telefonický kontakt, kam si mohou volat ohledně informací po operaci jejich dítěte, pokud s ním nejsou přijati k hospitalizaci. Poté rodiče odchází se svým dítětem k přijetí na dětskou kliniku. Tento postup při přijetí se opět netýká dětí s VVKK. Tyto jsou již hospitalizované na dětské klinice v distračním režimu, neboť tato léčba trvá 4-6 týdnů.

Nově postavená dětská klinika otevřená od 17.5.2010 splňuje vysoké požadavky komfortu, příjemného prostředí, dostatečného soukromí i kvalitní péče, což se odráží ve spokojenosti a spolupráci rodičů, v jejich důvěře k ošetřujícímu personálu.

Podmínkou přijetí dítěte k plánovanému výkonu je zdravé dítě bez známek akutní infekce, absence defektů na kůži. Interní vyšetření musí být v normě, kompenzace zdravotního stavu dítěte s přidruženým onemocněním. Po infekci horních cest dýchacích se plánovaný výkon odkládá o 2 týdny, po infektu dolních cest dýchacích se operace odkládá o 4-6 týdnů. Nesmírně důležitá je spolupráce nejen

s pediatrem, ale i s rodiči dítěte. Každou odchylku zdravotního stavu dítěte je nutno hlásit sestře nebo lékaři, aby se předešlo případným komplikacím. Po přijetí je v této době zahájena také prevence vzniku infekce v místě operační rány. Pokud je to možné, patří sem co nejkratší doba hospitalizace, péče o kůži, předoperační koupel (omývání). V odpoledních hodinách rodiče navštíví anesteziolog, popřípadě lékař operatér (pokud nebyl přítomen na příjmové ortopedické ambulanci). Zhodnotí se laboratorní výsledky a závěr předoperačního vyšetření, provede se cílená anesteziologická anamnéza, orientační fyzikální vyšetření u dítěte. V případě potřeby se ordinují další vyšetření. Anesteziolog poučí zákonného zástupce dítěte o plánovaném anesteziologickém postupu, vysvětlí jeho možná rizika. Rodič dítěte potvrdí písemně svůj informovaný souhlas s vybraným typem anestézie, v našem případě s celkovou anestézií. Sestra asistuje lékařům, vždy připraví kompletní dokumentaci dítěte, ve které pečlivě uchovává i veškeré rodiči podepsané souhlasy se zákrokem a péčí. Od výsledků klinického, laboratorního vyšetření a typu výkonu se odvíjí a plánuje i následující předoperační příprava, která má minimalizovat perioperační a postoperační riziko (40).

V odpoledních hodinách se mohou rodiče informovat o přibližném začátku operace v následujícím dni, kdo bude výkonu přítomen, neboť operační program je touto dobou již sestaven. Rodičům se vysvětlí průběh předoperační přípravy. Sestra rodiče poučí o hygieně, předoperačním lačnění u dítěte. Lačnění je prevencí život ohrožující aspirační pneumonie. Poslední kojení je povoleno šest hodin před úvodem do anestézie. Maminky naposledy nakojí ve dvě hodiny ráno. Popíjení čiré tekutiny (neperlivá voda, čaj, i slazený) v omezeném množství lze tolerovat dvě hodiny před operací. Na českobudějovickém dětském oddělení se tato možnost nevyužívá a od tohoto postupu se upouští. K plánovaným operačním výkonům jsou dětské pacienty řazeni podle věku. Nejmladší děti jsou operovány na začátku operačního programu, neboť jsou nejvíce ohroženy hypoglykemií a dehydratací (40).

Bezprostřední předoperační příprava v den operace zahrnuje uklidňování a komunikaci s rodiči a dítětem, kontrolu lačnění dítěte, ranní hygieny (34). Staniční sestra zajistí periferní žílu u dítěte, na hlavičce se souhlasem matky. Patří sem i převoz dítěte sanitou z dětské kliniky na ortopedické operační sály v doprovodu sestry. Rodiče

také mají možnost své dítě doprovodit až k místu předání na operační sál. Dítě s dokumentací přebírá anesteziologická sestra.

#### ***1.8.4 Perioperační a postoperační péče***

Ve většině případů se sádry (u dětí s PEC) a náplast'ové extenze (u dětí s VVKK) velice opatrně a šetrně odstraňují na předsáli. Je zajištěna péče o kůži. Takto připravené dítě se předává na sál k výkonu. Vždy se provádí kontrola identifikace dítěte (dokumentace, identifikační náramek), je o tom proveden záznam v dokumentaci. Na operačním sále je nutné dbát na pečlivé dodržování hygienických zásad všemi osobami. Samozřejmostí a nezbytností je dodržování aseptických postupů při všech operacích. U tenotomie Achillovy šlachy je délka výkonu cca 5 minut, se sádrováním 20 minut. U artrografie včetně spiky je to přibližně 30 minut. Jedná se o krátké výkony, celková anestézie je většinou vedena přes masku, ve výjimečných případech se intubuje. Žíla je zajištěna vždy a již z dětské kliniky, často na hlavičce.

Celková anestézie je farmakologicky navozená ztráta vědomí a veškerého vnímání, včetně silných bolestivých podnětů. V dětském věku (od narození do 18. roku života) je metodou volby nejen k operačním výkonům (operace PEC, krvavá repozice kyčelního kloubu), ale i k vyšetřením (artrografie kyčelního kloubu u VDK), nebo tam, kde je zapotřebí, aby se pacient nehýbal (naložení sádrové spiky po distrakční léčbě u VDK) (40).

Po celou dobu, kdy je dítě na operačním sále, by rodiče měli mít možnost se usadit v klidné místnosti, pustit si hudbu nebo televizi pro rozptýlení, prohlédnout si časopisy, dát si kávu, mít na blízku empatického naslouchajícího zdravotníka. Je žádoucí minimalizovat u rodičů úzkost, strach a obavy o jejich dítě. Převážná většina rodičů tento čas tráví v prostorách čekárny ortopedické ambulance, kde je televize, automat na kávu a chladné nápoje, na občerstvení. Rodiče mohou čekat na své dítě také na oddělení.

Po výkonu je dítě i s dokumentací předáno anesteziologickou sestrou a lékařem posádky RZP, která ho převezve zpět na dětskou kliniku. Předání dítěte jsou často

přítomni opět jeho rodiče. Veškerá předávání dítěte jsou v dokumentaci stvrzena podpisy všech zúčastněných zdravotníků.

Po příjezdu zpět na oddělení je dítě uloženo dvě hodiny na dospávacím pokoji, sledují se u něj fyziologické funkce. Zde s ním opět může být přítomen i jeho rodič. Pak se oba vrací na svůj pokoj. Děti po operaci PEC mají nožky ve zvýšené poloze, děti ve spice (při VVK) jsou ve zvýšené poloze. Sleduje a hodnotí se celkový stav dítěte, bolest. Matky jsou personálem dětské kliniky řádně poučeny o ošetrovatelské péči. Po výkonu je dítě s matkou hospitalizováno ještě přes noc. Pokud je pooperační průběh bez komplikací, odchází rodina druhý den domů.

### **1.9 Potřeby v ošetrovatelském procesu**

Život člověka je charakterizován neustálým uspokojováním různých potřeb. Potřeba je vlastnost organismu vyhledávat určité podmínky nezbytné k životu, je chápána jako projev nedostatku, chybění, co je třeba napravit. Potřeby člověka jsou individuální. Jsou výsledkem interakce mezi organismem a prostředím, základním zdrojem motivace veškeré lidské činnosti. Uspokojování potřeb člověka je jednou ze základních podmínek jeho existence a rozvoje, je to dynamický proces ovlivňovaný mnoha motivačními faktory (výchova, vzdělání, životní standard, horečka, bolest, strach, úzkost a další) (20, 54, 63).

Potřeby se dělí na fyziologické/biologické a psychologické/sociogenní, na primární/základní/nížší a sekundární/vyšší. Primární potřeby jsou nezbytné pro existenci člověka, sekundární jsou velmi individuální a činí život bohatším. Základním rysem a jedním z pilířů moderního ošetrovatelství je aktivní systematické vyhledávání, hodnocení a plánování uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka, realizuje se prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Nejprve musí být nasyceny potřeby fyziologické, spojené s nedostatkem, doprovázené nespokojeností, nelibostí, napětím a tísní (např. hlad, žízeň), potřeba bezpečí a sociálních vztahů. Pak je možné saturovat vyšší potřeby. Cílem je uvědomit si rozdílnost životních potřeb ve zdraví i nemoci, pochopit změnu hierarchie hodnot u nemocných, u rodičů pečujících

o dítě s postižením pohybového aparátu, vnímat a respektovat kulturní zvláštnosti, hodnoty, názory a praktiky jednotlivců, rodin a komunit (5, 20, 23, 53, 54).

Některé potřeby se nemocí nemění (potřeba vzduchu, spánku, odpočinku, výživy, vyprazdňování, pocit bezpečí a pohodlí), může pouze dojít k jejich posunu v důležitosti. Další skupinu tvoří potřeby modifikované nemocí. Jsou ovlivněny druhem, závažností a fází onemocnění. Fyzická aktivizace umožňuje navazovat a zkvalitňovat sociální kontakty s okolím, odvádí pozornost od potíží, podporuje snahu o soběstačnost. Dostatek informací o léčebném a ošetrovatelském režimu přispívá ke klidu a získání rodičů ke spolupráci, stále více vystupuje potřeba vzájemné komunikace, uspokojování kulturních potřeb. Poslední skupinu zaujímají potřeby vzniklé spolu s nemocí. Ty závisí na osobnosti rodičů, charakteru, stupni závažnosti a průběhu nemoci jejich dítěte, informovanosti o nemoci, předchozí zkušenosti, vztahu a chování okolí (sestry, lékaři, rodina, jiný klient). Naléhavá je potřeba navrácení zdraví u dítěte, zbavení bolesti, strachu, úzkosti, příprava na nové sociální funkce. Při ošetřování je důležité mít na paměti práci s rodiči, jejichž nálada, prožívání i chování jsou ovlivněny uspokojováním biologických, psychických i sociálních potřeb. Rodiče jsou často omezeni v řadě činností, např. omezení soukromí, styku se zbytkem rodiny, s přáteli. Sestra i lékař mají mít na paměti, že rodina potřebuje sociální kontakt, porozumění, pochopení i pomoc, pocit bezpečí a jistoty, přiměřenou dávku soukromí. Veškerá omezení v této oblasti vedou k pocitům nejistoty, vyvolávají smutek, neklid, pocit zklamání, úzkost, podrážděnost a další (63).

Potřeba bezpečí a jistoty patří k základním potřebám člověka. Člověk se snaží vyvarovat ohrožení a nebezpečí, touží po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, snaží se osvobodit od strachu a úzkosti, touží mít stabilní rodinné zázemí, kvalitní zdravotní péči a ošetření. K vyšším potřebám patří potřeba sociálního kontaktu, přátelského vztahu, lásky, sounáležitosti, náklonnosti, milovat a být milován, citově uspokojivý partnerský vztah, dobrá atmosféra a vztahy v rodině, komunikace, potřeba sociálního připoutání (úzký vztah alespoň k jednomu člověku, např. vztah matky a dítěte, rodičů jako partnerů) a sociální péče (vztah sestry a pacienta/rodiče) (29, 54).



Zdrojem etického přístupu sestry k pacientovi je filozofie holismu (z řeckého holos – celek). Je to filozofie celistvosti. Holistická teorie vidí živé organismy jako jednotné celky, kdy porucha v jedné části vyvolá poruchu celého systému. Sestry pečující a přistupující k člověku holisticky se snaží o zachování rovnováhy mezi technickým pokrokem a potřebami člověka. Prioritou zůstává člověk jako lidská bytost se všemi svými biologickými, sociálními, kognitivními, emocionálními a duchovními potřebami. Holisticky chápané zdraví v sobě zahrnuje celou osobnost člověka, všechny stránky životního stylu, tělesnou zdatnost, primární prevenci všech tělesných i emocionálních stavů, zvládnutí stresu, reakce na prostředí, včetně sebekoncepcce a duchovna. Holistická ošetrovatelská péče v době zdraví i nemoci pomáhá lidem převzít odpovědnost za své zdraví, hledat různé alternativy, zdravý způsob života, sebeuspokojení, mobilizaci vnitřních zdrojů, akceptuje práva pacientů. Základem holistické péče je porozumění tomu, že psychika neexistuje odděleně od těla a naopak. Holistický pohled na člověka znamená především změnu ve způsobu myšlení, neboť uzdravování týkající se psychických aspektů člověka úzce souvisí spolu s léčením. Od medicínského modelu léčení se přechází k celostnímu modelu procesu uzdravování. Pracováno je s oblastmi lidského těla i duše. Důležitost spočívá v optimální ošetrovatelské a léčebné péči, ale i v samotném léčebném prostředí (30, 33, 37, 49, 54).

Pro rozvoj dítěte je důležité již prenatální období. Vytvářejí se nejen všechny orgánové systémy, ale objevují se zde i první psychické reakce. Již v prenatální fázi začíná interakce mezi matkou a plodem. Dochází k fyziologickému způsobu komunikace (průchod neurohumorálních látek placentou z mateřského organismu do organismu plodu), smyslové komunikaci (např. masírování břicha, hlas matky), racionálně-emočnímu postoji matky k plodu (soustředění pozornosti na dítě, zda je chtěné či nechtěné). Plod je schopen určitým způsobem komunikovat s matkou, vytváří se zde bazální pocit bezpečí, který pokračuje postnatálně ve vazbě na matku. V posledním trimestru prenatálního života se plod naučí diferencovaně reagovat na různé zvuky, např. tlukot matčina srdce, na hlasy známých bytostí, zejména mateřský hlas. Ty do určité míry rozeznává i po narození. Vazba rozvíjející se mezi matkou a

dítětem po narození je pokračováním vztahu vytvořeného během prenatálního období (55).

Novorozenecké období je dobou adaptace, dítě se přizpůsobuje novým podmínkám. Učení novorozence je aktivizováno zejména v rámci sociální interakce. Matka je pro dítě významným objektem, uspokojuje všechny jeho potřeby. Novorozenec má vrozené dispozice naučit se rozeznat vlastní matku čichem, sluchem i zrakem, pokud bylo od prvopočátku v její těsné blízkosti (bezprostřední poporodní kontakt matka a dítě). Čichem dítě pozná svou matku již 45 hodin po narození, rozezná její hlas, který si pamatuje a reaguje na něj. Při krmení a chování je dítě schopné sledovat obličej matky (ve vzdálenosti cca 20-30 cm), postupně si vštípí její obraz (55).

I v kojeneckém věku je velice důležitou osobou pro dítě jeho matka. Uspokojuje nejen jeho biologické potřeby (jídlo, teplo, tělesná pohoda), ale i potřebu učení - přiměřené stimulace (dostatek kvalitních podnětů pro zrak, sluch – důležitý pro rozvoj řeči, hmat, chuť a čich). Rodič slouží dítěti jako zprostředkovatel základní zkušenosti, pomáhá dítěti získat přijatelnou důvěru ve svět. Efektivitu takového jednání posiluje citová vazba mezi rodičem a dítětem. Mezi 3. a 6. měsícem dochází k úzkému spojení (symbióze, splynutí) dítěte s matkou. Tato vazba usnadňuje adaptaci dítěte na svět, je základem budoucí jistoty. Matka se postupně stává nejdůležitějším sociálním objektem pro dítě, v kontaktu s ním funguje jako zrcadlo. Poskytuje mu zpětnou vazbu. Nejen v oblasti kognitivní stimulace novorozeneckého a kojeneckého věku může dojít k rodičovskému selhání, např. vlivem nedostatku času, zatížení jinými problémy, chybějícího citového vztahu k nemocnému dítěti (55).

Naštěstí dávno je pryč doba, kdy nekojené děti (novorozenci, kojenci, batolata) musely být hospitalizovány v nemocnicích samy – bez matky. Rodiče je mohli navštěvovat pouze v době návštěv. Přitom symbiotická vazba s matkou v počátečním období usnadňuje adaptaci dítěte na svět, představuje základ budoucího pocitu jistoty, který je předpokladem osamostatňování. Matka je pro dítě z hlediska vývojové psychologie prostředníkem mezi dítětem a okolním světem, přibližuje svět dítěti, je významným zdrojem uspokojování potřeb dítěte, posiluje v něm pocit jistoty a bezpečí. Přítomnost matky nebo otce u dítěte v době jeho nemoci má zásadní význam. Pro dítě

nejdůležitější je stálý kontakt s rodiči v cizím prostředí. Dítě se stává klidnějším a spokojenějším, posléze jsou klidní a spokojení i jeho rodiče (4, 55).

Nedochází-li k uspokojení důležitých primárních či sekundárních potřeb, vyvolá to stav zvaný frustrace. Výsledkem je např. hlad, žízeň, manželský nesoulad, selhání atd. Schopnost zvládat neuspokojení různých životně důležitých potřeb je nazýváno frustrační tolerancí. Chronickým stavem neuspokojení, kdy naše potřeby nejsou dlouhodobě a v dostatečné míře uspokojovány, je strádání, tzv. deprivace. Ta je objektivním nedostatkem toho, co je k uspokojení potřeby nezbytné (např. nedostatek spánku, citových kontaktů a vazeb, smyslových podnětů, možností pohybové aktivity apod.) (20, 63).

### **1.10 Ošetřovatelské diagnózy**

V této souvislosti se můžeme v naší ošetřovatelské péči setkat s velkým množstvím a různým spektrem ošetřovatelských diagnóz. Sestra by měla pozorně sledovat, naslouchat přáním a steskům rodičů i dítěte, všimnout si všech signálů, aktivně pátrat, vyhledávat, reagovat a pomáhat uspokojovat všechny jejich potřeby, aby podpořila a upevnila zdraví, jistotu, bezpečí a důvěru celé rodiny. Pokud není v silách sestry adekvátně uspokojit všechny potřeby rodiny, je důležité podat rodičům pomocnou ruku nasměrováním na další členy multidisciplinárního týmu, kteří mohou a zpravidla přispějí ke spokojenosti nejen rodičů, ale i samotného dítěte. Je-li klidný a spokojený rodič, odrazí se to ve spokojenosti dítěte a naopak.

Rodiče může trápit *bezmocnost*, což je stav člověka s pocitem neschopnosti ovlivnit výsledek událostí. Projevuje se pasivitou, nepodílením se na plánu péče, rozmrzelostí, zlostí, hněvem, pocitem viny, závislosti na druhých, obavami z odcizení, pochybností o své roli (32).

Dále se může vyskytnout *beznaděj*, projevující se taktéž pasivitou, nedostatečným se zapojením do péče, nespavostí, verbálními povzdechy. Člověk tak přijímá neměnnost situace (32).

Hrozí zde i *riziko osamělosti, sociální izolace*, popřípadě *poškození sociální interakce* z důvodu citového strádání, terapeutické, sociální a fyzické izolace, zvláště

pokud je matka na vše sama, z důvodu nepřítomnosti blízké podporující osoby, absence dalších blízkých osob (rodina, přátelé). To se může projevovat neschopností komunikovat, přijímat či předávat péči, zájem, sdílení zážitků, neklidem, neúspěšnou sociální interakcí, dysfunkcí s rodinou a jinými osobami, pocity osamocení. Také je možné potencionální riziko snížené sebeúcty z důvodu změny v sociální roli, s pocitem selhání jako matky, úbytkem energie (32).

Matky mohou vykazovat *přetížení pečovatele*, projevující se obtížemi v péči o svoje dítě, obavami o zdraví dítěte, pochybami ve vlastní schopnosti pečovat o nemocné dítě, vyčerpaností, emočním napětím a labilitou, nervozitou, netrpělivostí, konflikty a dysfunkcí rodiny (32).

Mohla by se vyskytnout též diagnóza *zhoršená rodičovská role, neefektivní plnění role, popřípadě konflikt rodičovské role*. To vše z důvodu změn v rodině, z přetížení pečovatele, vyčerpanosti, neadekvátním zvládnutím zátěže, nízkou sebedůvěrou ve zvládnutí situace, rodič jako samoživitel, jeho úzkost, obavy, nejistota, deprese, nepřiměřená podpora okolí, onemocnění dítěte, z nedostatku znalostí péče o nemocné dítě, z důvodu narušení života rodiny režimem domácí péče a léčby. Tyto se projeví jednak u dítěte např. neprospíváním, nedostatečnou vazbou na rodiče, chabým vývojem kognitivních funkcí, ale i u rodičů např. nevhodnou organizací a uspořádáním péče o dítě, odmítáním nemocného dítěte, chabými či nevhodnými pečovatelskými dovednostmi o dítě, neschopností naplnit potřeby dítěte, málo častým pochováním dítěte, deficitem interakce mezi matkou/rodiči a dítětem, neochotou podílet se na obvyklých denních aktivitách péče i přes podporu a povzbuzení, přerušení obvyklého průběhu péče, vyjádření o ztrátě kontroly nad rozhodnutím o dítěti, verbalizace nebo demonstrace pocitů viny, zlosti, strachu, úzkosti či frustrace z ovlivnění fungování rodiny nemocí dítěte (32).

Dalším rizikem, které by se mohlo vyskytnout, je *potencionální oslabení vazby rodičů a dítěte* z důvodu úzkosti rodičů, nemoci dítěte, z nedostatku soukromí, neschopnosti rodičů naplňovat své osobní potřeby, případně z odloučení rodičů od dítěte (32).

*Neefektivní kojení* by se mohlo vyskytnout všude tam, kde je nevhodná poloha ke kojení, např. dítě je zavěšeno na distrační terapii při kyčelní dysplázii. Toto se může projevit neuspokojivým průběhem kojení, dítě vzdoruje uchopení prsu, má nedostatečný váhový přírůstek, pláče, vzpouzí se při pokusech o kojení, nepokoj a pláč dítěte po kojení, u matky se nedostatečně vyprazdňují prsy. Neefektivní kojení by mohlo vyústit až v diagnózu *přerušené kojení*, pokud by matka s dítětem byli od sebe odloučeni a dítě bylo náhle odstaveno. Může se též vyskytnout onemocnění matky či dítěte, které kojení nedovolují (32).

Jistě bychom našli mnoho dalších aktuálních i potencionálních ošetrovatelských diagnóz, jako je např. *strach, úzkost* či *neefektivní sexuální život* rodičů dítěte. Cílem bylo nastínit některé z nich, se kterými se v práci sestry můžeme setkat (32).

### **1.11 Komunikace v ošetrovatelství**

Komunikovat znamená poskytovat zprávy, sdílet a předávat informace, vyměňovat si myšlenky i názory, naslouchat si, vyjadřovat se tak, abychom si vzájemně porozuměli. Komunikace je zdrojem všech prožívaných emocí (příjemných i nepříjemných). Komunikační dovednosti se uplatňují ve všech oborech. Denně se setkáváme s lidmi a musíme se s nimi dohovorit. To, zda budeme úspěšní ve své práci i v životě, závisí na našich znalostech, dovednostech, ale i na schopnosti navázat dobrý kontakt s lidmi včetně další spolupráce s nimi. Komunikovat neznamená pouze mluvit, měli bychom vědět, co chceme říci, rozhodnout, kdy informace sdělit, vybrat vhodné místo, zvolit, jak informaci nejlépe podat. Naše zpráva má být jasná a srozumitelná, sdělená odpovídajícím tónem a přiměřeným tempem. Vhodné je brát v úvahu pocity našeho komunikačního partnera, umožnit mu vyjádřit se v dostatečné míře. Nikdy nesmíme zapomínat kontrolovat, zda sdělenou informaci dotyčný přijal a správně pochopil. Cílem úspěšné komunikace je minimalizace procesu ztráty informací a vyhnutí se možnému nedorozumění. Aby komunikace probíhala produktivně a došlo ke správnému přenosu důležitých informací, je zapotřebí dodržet základní kritéria účinné komunikace (jednoduchost, stručnost, zřetelnost, načasovanost, závažnost, přizpůsobivost, důvěryhodnost). Efektivní (produktivní) komunikace je taková sociální

interakce, kdy mluvčí i příjemce získávají nebo přebírají důležité informace. Řeč má pro člověka velký význam. Sděluje myšlenky, přináší nové informace, znalosti, ovlivňuje postoj k věcem a lidem, spojuje lidi, udržuje vzájemné vztahy. Základem procesu komunikace je myslet, říkat, slyšet a rozumět (16, 19, 20, 23, 50).

Komunikace ve zdravotnictví je v mnoha případech specifická. V běžném životě se řídí určitými pravidly, normami, etiketou apod. V okamžiku interakce sestra – pacient/rodič se tyto hranice boří. Sestra v rámci ošetrovatelského procesu vyzývá cizí lidi k určitým úkonům, ptá se na citlivé údaje, dotýká se nejrůznějších částí jejich těla, provádí i bolestivé úkony. Sestra by měla umět vytvořit atmosféru důvěry a bezpečí, s pacientem navázat vztah založený na úctě a respektu. Dobrý vztah mezi sestrou a pacientem nelze vybudovat bez efektivní komunikace. Sestra musí umět komunikovat s pacientem, s jeho rodinou, s ostatními členy multidisciplinárního týmu. Je to součástí její odborné kompetence. Správná komunikace s pacientem umožňuje získat pacienta ke spolupráci na péči a léčbě. Správná komunikace s ostatními zdravotnickými pracovníky vede k adekvátní týmové spolupráci a k poskytování kvalitní péče našim pacientům a jejich rodinám. Komunikace ve zdravotnictví je základem a nedílnou součástí ošetrovatelské péče, stává se klíčovým nástrojem v péči o nemocné. Probíhá při každém setkání sestry s pacientem, jeho rodinou či jiným zdravotníkem. Vzájemný komunikační vztah mezi zdravotníkem a pacientem/rodinou by měl být rovnocenný, komunikují spolu lidské bytosti. Sestra by nikdy neměla zapomínat na zpětnou vazbu (odezva, tzv. feedback). Prevencí různých nedorozumění je efektivní komunikace. Komunikaci je třeba správně načasovat, neboť určitá sdělení vyžadují svůj čas. Některé informace nemají přijít ani příliš brzy, ani příliš pozdě. Nutné je zajistit včasnou informovanost pacientů, lékaře, důvěřovat sdělením pacientů a včas na ně reagovat, najít si vždy čas na komunikaci s pacientem (50, 56, 63).

Obsah komunikace se zaměřuje především na pacientovy potřeby a jejich uspokojování. Intervence sestry směrem k pacientovi jsou: respekt (neodsuzující přístup k pacientovi, bezpodmínečně kladné přijetí pacienta, úcta, schopnost akceptovat a přijímat názory i reakce jiného člověka), autentičnost (schopnost být sama sebou v rámci profesní role), empatie (schopnost vcítit se do pocitů pacienta, co v souvislosti

s nemocí prožívá, vidět věci jeho očima, jakási forma spoluúčasti na jeho světě), umění naslouchat, důvěra, důvěrnost (morální a legislativní povinnost mlčenlivosti). Cílem je, aby se pacient cítil bezpečně. Je dobré se pacientovi/rodičům představit, zeptat se, jak si přejí být osloveni, zajistit jim dostatek soukromí, informovat je o průběhu každého výkonu. Při provádění výkonů být taktní a citliví. Mluvit na dítě a s rodinou tak, aby rodiče dobře rozuměli, chápali obsah sdělení. Při aktivním naslouchání pozorně poslouchat, co rodič říká, snažit se tomu porozumět, všimnout si neverbálních projevů, poskytovat rodičům zpětnou vazbu. Je žádoucí dávat verbálně i neverbálně najevo, že posloucháme a obsahu sdělovaných informací rozumíme. Důvěru pacientů v nás a naši péči můžeme posilovat zdvořilým chováním, upřímností, svědomitostí. Slova volíme obezřetně, mluvíme málo, spíše nasloucháme. Je třeba mít na paměti sororigenii (poškození pacienta sestrou) při chybné a nezvládnuté komunikaci, nepřiměřeném jednání sestry. V tomto směru slovo nepůsobí jako lék, ale jako jed. Empatický zdravotník dává rodičům příležitost vyslovit své mínění, svůj názor, umožní jim, aby se svěřili se svými pochybnostmi a obavami, dává najevo, že si všiml citů a myšlenek, neverbálních projevů rodičů (13, 30, 50, 56, 58).

Vedle verbální komunikace nám bohaté informace poskytuje také komunikace neverbální. Specifickou formou neverbální komunikace je vzhled a úprava zevnějšku. Rodiče velmi citlivě vnímají neverbální komunikaci sestry. Mnohem více si všímají, co sestra dělá, jak se chová, než co říká. Pokud chce sestra s rodinou efektivně komunikovat, měla by ovládat i neverbální komunikaci - mimiku, oční kontakt hrající důležitou roli v multikulturním ošetřovatelství, gesta a postoj těla, vzdálenost v prostoru od druhého člověka. Každý jsme jedinečný s různými požadavky na svůj prostor kolem svého těla. Své místo v komunikaci zaujímají doteky. Dotek nebo držení za ruku pozitivně vnímají lidé s bolestí, během stresových situací. Je to mocný nástroj, který může pacienty uklidnit a podpořit, zredukovat jejich úzkost (20, 38, 41, 50, 58).

Pro komunikaci s kojenci (dětmi do 12 měsíců věku) během ošetřovatelské péče na ambulanci nebo standardní ošetřovací jednotce se doporučuje naklonit se k dítěti, navázat kontakt s dítětem úsměvem (od 3. měsíce dítě reaguje na sociální kontakt úsměvem, broukáním, od 4. měsíce reaguje smíchem, kopáním nožičkami, máváním

ručičkami, vzrušeným dýcháním), mluvit něžně a klidně, používat neverbální komunikaci (hlazení, doteky, držení, houpání), komunikovat s dítětem prostřednictvím hry, respektovat normální režim dítěte (režim jídla a spánku), potřeby kojence (jíst, pít, přebalit, pochovat, pomazlit), zapojit rodiče do uklidnění dítěte a péče o něj, úzce s nimi spolupracovat. Kolem 8. měsíce je dítě mimořádně citlivé na odloučení od mateřské osoby (50).

Sdělení diagnózy, léčby či prognózy přísluší lékaři. Přestože rozhovor týkající se sdělení nálezu rodičům je zásadně věcí lékaře, i sestra má zde neocenitelnou roli. Přes taktně vedený a ohleduplný rozhovor lékaře s rodiči pro ně vzniká náročná životní situace s určitou psychickou odezvou. S touto situací se budou různě dlouhou dobu vyrovnávat. Velmi záleží též na vztahu mezi ostatními členy rodiny. Sestra je lékaři svědkem, rodičům psychickou oporou. Poskytuje informace o ošetrovatelské péči. Sdělením pravdy dlouhodobá spolupráce zdravotníků s rodinou nekončí, nýbrž vlastně začíná (63).

Ke zkvalitnění celého ošetrovatelského procesu vede zdárné propojení metody rozhovoru a pozorování. Úkolem pozorování je dobré poznání pacienta a rodičů jako osobnosti, jejich sociálního prostředí, poznání jejich motivačního a hodnotového systému. Na základě tohoto poznání může sestra správně reagovat na potřeby rodiny, optimálně usměrňovat jejich vztah k nemocnému dítěti, k sobě i prostředí.

Odborné znalosti (informace získané studiem) a praktické dovednosti sestry (správně provedené konkrétní výkony), jsou pouze jedním z předpokladů úspěchu v naší práci, dalším nezbytným předpokladem je umění jednat s lidmi (dovednost vyjednávání, asertivita, efektivní naslouchání a komunikace a další) (52).

### **1.12 Edukace v ošetrovatelství**

Pojem edukace (z latinského slova *educare*, *educare*) znamená vést vpřed, vychovávat, vzdělávat. Je to proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince od prenatálního života až do smrti. Cílem je navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích i dovednostech, v samotném myšlení a jednání lidí. Edukace a výchova ke zdraví tvoří neoddělitelnou součást práce sester. Edukace



pacientů může probíhat v každé fázi ošetrovatelského procesu. Sestra má být připravená zvládnout roli edukátorky, měla by ovládat základní poznatky z pedagogiky. V praxi je pro sestru nesmírně důležité znát a umět aplikovat získané vědomosti z problematiky edukace pacienta, neboť ta se stává důležitou součástí moderní ošetrovatelské péče (21, 31).

Do procesu edukace vstupují 4 činitelé: edukant (zdravý nebo nemocný člověk, rodič dítěte), edukátor (zdravotník), edukační materiály (plány, standardy), edukační prostředí. Edukace ve zdravotnictví přispívá k předcházení nemocem (primární prevence, zdraví prospěšná opatření), udržení nebo navrácení zdraví (sekundární prevence, snaha předejít komplikacím), zkvalitnění života jedince a zabránění dalším komplikacím (terciální prevence) (21, 31).

Učení je proces, kdy jedinec získává individuální zkušenosti, učí se přizpůsobovat novým životním podmínkám, novým formám chování. Učení ovlivňuje vnitřní a vnější motivace, osobnost edukanta (rodiče), zpětná vazba, rozsah informací, způsob opakování. Nedílnou součástí procesu edukace je verbální a nonverbální komunikace. Edukační proces ve zdravotnickém zařízení má svá specifika. 1. fází edukace je zhodnocení/posouzení edukanta (odhalení úrovně vědomostí, znalostí rodičů, dovedností, návyků, postojů, zjištění edukační potřeby). Potřebné informace zjistíme pozorováním a rozhovorem. Za edukační potřebu považujeme deficit v oblasti vědomostí, návyků, pozitivních postojů edukanta ke svému zdraví (rodičů ke svému dítěti), s následným negativním ovlivněním zdraví nejen v současnosti, ale i v budoucnosti. 2. fáze je naplánování edukačního krátkodobého i dlouhodobého cíle, zvolení edukační metody, formy, obsahu edukace, pomůcek, časového rámce, didaktické zásady (názornosti, spojení teorie s praxí, vědeckosti, přiměřenosti, aktuálnosti, zpětné vazby, uvědomělosti a aktivity, individuálního přístupu, soustavnosti, trvalosti). 3. fází je realizace (motivace klienta/rodičů, expozice, fixace, průběžná diagnostika, aplikace, např. předvedení pomůcky). Na tuto fázi navazuje 4. fáze upevnění a prohlubování informací, např. vyzkoušení manipulace s pomůckou u rodičů. 5. je fáze zpětné vazby (hodnocení výsledků edukanta i edukátora) (21, 31).

V kojeneckém a batolecím období plní primární úlohu při edukaci rodič, který je nejlepším učitelem pro svoje dítě. Během edukace volí sestra spolu s rodiči vhodné prostředky, pomůcky, formy a metody edukace, správnou cestu pro navázání kontaktu, k získání vzájemné důvěry. Pacient/rodina má být naším rovnocenným partnerem v péči o zdraví svoje/svého dítěte. Důležitá je akceptace – přijetí diagnózy, způsobu léčby a ošetrovatelské péče. Úroveň spolupráce lze vylepšit několika kroky: poradit jednoduchý ošetrovatelsko-léčebný režim (má-li mnoho kroků, v jedné konzultaci probrat 2 nebo 3), informace podat písemně (podtrhnout důležité pasáže např. v informačním letáčku), popsat časový rozvrh léčby a péče, k jakým výsledkům léčba a péče povede, popsat možné vedlejší účinky, vyžádat si zpětnou vazbu k ujištění, zda pacient/rodiče rozumí, co mají dělat. Posledním bodem je zopakování plánu léčby a ošetrovatelské péče, potvrzení důležitosti a postupu jednotlivých kroků, vyjádření naděje v úspěch (19, 23, 31).

Mezi zásady sdělování doporučení v péči řadíme: mluvit krátce, stručně (ne mnoho informací najednou), jasně, pomalu, nahlas, srozumitelně. Nutné je připravit se na reakci rodičů. Důležitá je zpětná vazba, kdy necháme rodiče zopakovat naše doporučení (18, 50).

Etické povinnosti se vztahují i na roli sestry edukátorky. Etika začíná přesně tam, kde člověk potřebuje pomoc. Neobejde se bez komunikace a hodnotových postojů. Cílem je cílevědomá výchova k maximální zodpovědnosti, lidskosti a moudrosti. Vztah a postoj sestry edukátorky k pacientovi/rodině se projevuje v etickém jednání, při verbální i nonverbální komunikaci. Etika v edukaci vychází též z cílů ošetrovatelské etiky, z humanizace mezilidských vztahů, z usměrňování jednání pacienta/rodiny. Sestra vhodným způsobem uspokojuje všechny potřeby rodiny, mezi které patří i uspokojení potřeby informovanosti (31, 36).

Základem edukačního procesu o vykonaných edukačních aktivitách sestry edukátorky a rodiny by měla být dokumentace. Záznam o edukaci by měl být přesný, srozumitelný a přehledný. Dobře vedená dokumentace zaručuje soustavnost, návaznost edukace, souhlas s edukačním plánem, umožňuje zaznamenávat pokroky, dosáhnutí

stanovených cílů, hodnocení vědomostí rodičů. Neméně významnou roli má dokumentace též v oblasti právní (31).

### **1.13 Problematika rodičů dětí s onemocněním pohybového aparátu**

Abychom se mohli všestranně realizovat, potřebujeme být zdraví. Zdraví je podstatným předpokladem pro naši spokojenost, k naplnění životních potřeb, je důležitým prostředkem k dosažení cílů. Zdraví a péče o něj je chápáno jako celek, tzv. holismus (28, 43, 63).

Rodičovská role je důležitou součástí identity dospělých lidí, není vratná, nelze přestat být rodičem, nelze ani dítě vyměnit. Rodičovství samo o sobě vyžaduje změnu životního stylu. Vztah rodičů k dítěti a láska k němu (pokud je dítě chtěné) se utváří již během těhotenství. Role matky se stává zdrojem nových zážitků, osobního uspokojení. V tomto vztahu by měly být saturovány i potřeby matky. Pro dobrý rozvoj mateřského chování je důležité a citlivé období těsně po porodu. Hormonální změny v období gravidity i během porodu predisponují a ovlivňují specifické projevy chování matky. Typicky mateřské chování se v kontaktu s novorozencem dále rozvíjí. Ranný kontakt matky s dítětem usnadňuje vytvoření citového vztahu, porozumění dětským projevům. Podporuje jednak rozvoj dítěte, tak i uspokojení mateřskou rolí. V dnešní době je po fyziologickém porodu dítě přikládáno k prsu matky již na porodním sále právě z důvodu výše zmíněné citové vazby matka – dítě. Po úspěšném přijetí nové životní role – role matky však může vyvstat nový problém – nemoc právě narozeného dítěte (55).

#### ***1.13.1 Nemoc, stres, krize***

Slovo nemoc je definováno jako porucha zdraví, nefunkční stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují rovnováhu a jeho správné fungování. Je to porucha schopnosti člověka plnit očekávané úkoly a role. Nemoc narušuje obvyklý způsob života, přináší s sebou potíže, dochází k neuspokojování celé řady potřeb. Pro člověka i jeho rodinu je složitou životní situací, se kterou se snaží nějakým způsobem vypořádat a vyrovnat. Vždy představuje výraznou a dlouhodobou emocionální, sociální a ekonomickou zátěž. Choroba je chápána jako

abnormalita. Je jevem organickým (poškození, oslabení, snížení aktivity určité fyziologické činnosti). Zdravotní nepohoda je charakteristická negativní emocionální kvalitou, je jevem psychologickým a sociologickým (člověk postižený, znevýhodněný, invalida, handicapovaný) (4, 27, 63).

Nemoc vede k široké škále negativních emocionálních reakcí, nepříznivě ovlivňuje prožívání, chování a reakce, případně i některé rysy osobnosti člověka, vytváří tíseň a působí stres. Jinak prožívá situaci dítě, jiným způsobem jeho rodič. Dost často bývají maminky plačtivé, úzkostlivé. Důležitá je osobnost rodičů, jejich psychický stav, nálada, obavy o svoje dítě, naděje, znalosti a nevědomost o průběhu choroby, působení zdravotnických pracovníků, ostatních rodičů. Abychom rodičům a jejich dětem porozuměli a mohli je dobře ošetřovat, potřebujeme je vidět v bio-psycho-sociálně-duchovní jednotě, vidět celého člověka jako organizmus, osobnost s určitými psychickými vlastnostmi, člena dané společenské skupiny a společnosti, včetně jejich duchovního zázemí. Významnou roli zde hraje profesionální přístup, který je základem ošetrovatelské péče všech zdravotníků. Je nutné, aby sestry měly nejen odborné znalosti, ale aby byly připravené zvládnout širokou škálu v oblasti psychologie nemocných a jejich rodiny, komunikačních dovedností, empatie a psychohygieny. Například v čekárnách, kde pacienti s rodinou tráví určitou dobu před vstupem do ambulance na ošetření, sehrává nejdůležitější roli právě sestra, která zajišťuje kontakt mezi čekárnou a ambulancí. Je výhodou, pokud zde pracují profesně zkušené sestry, vlídné a zdvořilé, které dovedou jednat s lidmi, umí se usmát a pozitivně ovlivnit psychický stav rodičů i malých pacientů (63).

Stres (zátěž) je negativní emocionální zážitek doprovázený souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn zaměřených na změnu situace ohrožující člověka. Během života prožíváme různé stresové situace. Mezi ně patří i nemoc dítěte jako svízelná životní situace, náročná péče o dítě s vadou pohybového aparátu, hospitalizace, neuspokojené potřeby rodičů, dlouhá doba čekání v ambulantní složce, konflikt se zdravotníkem, se spolupacientem, mezi spolupracovníky, s pacientem či jeho rodinou a další. Hospitalizace, bez ohledu na nemoc, je vážnou změnou ve způsobu života, kterou rodiče prožívají nepříjemně.

Mezi tyto změny patří nedostatek a narušení soukromí, omezení kontaktu s ostatními členy rodiny, řád nemocnice, společné sociální zařízení, cizí prostředí (33).

Zátěž vzniká z nerovnováhy mezi jednotlivcem a prostředím. Ke stresu dochází při nadměrném působení stresorů jako nadměrných požadavků a negativně působících vlivů na člověka, sníženými salutory, což jsou faktory odolnosti vůči zátěži a vše, co pomáhá člověku zvládat stresovou situaci, jeho možnosti, co je schopen udělat, vytrpět, snést. Tak situaci popisuje nejen Křivohlavý. Ideálem je rovnováha mezi stresory a salutory. Při prožívání jakékoliv zátěže dochází v organismu k celkové aktivizaci projevující se navenek např. vzrušením, tachykardií, tachypnoí, pohybovým neklidem, napětím, strachem, úzkostí, nejistotou, útlumem, mlčením. Odolnost vůči náročným životním situacím je závislá na vrozených vlastnostech organismu, na věku rodičů, intelektu, životních zkušenostech, společenských okolnostech (26, 27, 29).

Velmi výstižně popisuje krizi ve své knize Špatenková. Krize je těžká a svízelná situace, extrémní psychická zátěž a životní událost, která představuje přechodný stav vnitřní nerovnováhy způsobený kritickými a životními událostmi vyžadujícími zásadní změny a řešení. Dopad takových událostí naruší emoční rovnováhu jedince. Většinou se jedná o krátkodobé zvýšení napětí, které spustí adaptační vzorce. Pokud se problém nepodaří vyřešit, napětí stoupá, je pocíťováno jako nepohoda, úzkost. Přestanou-li fungovat adaptační mechanismy, jedinec se ocitá ve fázi akutní krize. S rozvojem krize může jedinec vnímat následné stresové události jako ohrožení svých základních potřeb a duševní pohody, ztrátu identity či role. Krize není nemoc ani patologický stav, je to normální reakce na nenormální situaci, odráží snahu jedince vyrovnat se s náročnou životní situací. O krizi se jedná tehdy, jsou-li přítomny symptomy jako je intenzivní kritická událost vybočující z každodenní reality, prožívání situace jako ztráty, ohrožení, přítomnost negativních emocí a zážitků, pocit nejistoty z budoucnosti, pocit ztráty kontroly, náhlé narušení obvyklých vzorců chování člověka, jeho způsobu života, denního rytmu, návyků apod. Je to stav emočního napětí trvající nejčastěji 2-6 týdnů. Situací, které mohou vyvolat krizi, je celá řada. Je-li dítě nemocné, je důležitá přítomnost mateřské, pečující nebo jiné blízké osoby. Nemoc v rodině výrazně narušuje strukturu a běžné fungování celé rodiny. Mění se systém sociálních pozic a rolí

v rodině, včetně dělby práce. Nemoc dítěte vede k vysokému emocionálnímu, fyzickému i psychickému vypětí rodičů. Reakci na krizi ovlivňuje věk rodičů, pohlaví (ženy jsou emotivnější, mají vyšší potřebu ventilovat své problémy), životní situace (rodinná situace, materiální), zdravotní stav fyzický i psychický, osobnostní faktory (charakter, temperament, emoční stabilita či labilita, extroverze či introverze, adaptabilita, odolnost vůči zátěži), schopnost zvládat náročné životní situace (obrané mechanismy, zvládání – coping), dřívější nevyřešené krize, spolupůsobící krize, naděje („naděje umírá poslední“), náboženské přesvědčení (víra), sociální opora. Existuje jistá shoda adaptace na krizovou situaci probíhající ve fázích známého modelu Kübler-Rossové: šok, popírání, hněv a agrese, deprese, akceptace. Fáze nemusí probíhat v daném sledu, mohou se překrývat, opakovat, některé z nich mohou být přeskočeny. Pozitivní vliv na vyrovnání se s krizí má sociální opora, ventilace emocí, schopnost nalézt v krizi nějaký smysl, zkušenost s předcházejícími stresory (27, 51).

Základní tendencí každého jedince je udržování vnitřní rovnováhy, která může být narušena vznikem negativních zážitků jako reakci na selhání, neúspěch, v situacích frustrace. Adaptace znamená schopnost organismu přizpůsobit se nově vzniklým zevním podmínkám. „Ideální adaptace rodiny znamená takové uspořádání rodinného života, ve kterém jsou dostatečně uspokojovány nejen potřeby nemocného dítěte, ale i všech ostatních členů rodiny“, píše Dařílková (4). Dostane-li se člověk do nového prostředí či situace, nastává změna. V problémových okamžicích života, v tzv. svízelných situacích, nemusí dojít k optimální adaptaci, ale k maladaptaci - špatnému, nepříznivému přizpůsobení. Příkladem je útok/agrese (verbální, gesta, mimika), projekce (přisuzování vlastní chyby druhým), introjekce (promítání problémů druhých lidí do vlastního života), únik (z neúnosné reality, do nemoci, k alkoholu, drogám, ze života), vědomé popírání, rezignace, represe (vytěsnění zážitku z vědomí do nevědomí), sebeobviňování, izolace a další. Uvedené obranné mechanismy jsou uplatňovány při řešení svízelných životních situací, ale mohou být používány i v běžném životě. Pomáhají udržovat duševní rovnováhu, redukovat psychické napětí. Stanou-li se dominantním způsobem řešení náročných situací, ukazují na špatné přizpůsobení osobnosti. Rozhodně by nám nemělo unikat to, co ke stresu patří. V prvé

řadě je to pozornost ke všem věcem, které člověka zatěžují. Schopnost vidět je, poznávat v nich zatěžující faktory, dle toho jednat. Snažit se je omezovat, odstraňovat, zmenšovat a minimalizovat jejich zátěž (18, 20, 29, 43, 52, 63).

### ***1.13.2 Strach, úzkost, obavy***

Emoce představují subjektivní prožitky nejrůznějšího druhu. Prožíváme stavy napětí a vzrušení nebo uklidnění a uvolnění. Strach i úzkost jsou silně emočně zabarvené prožitky vyrůstající z pocitu ohrožení. Jsou obrannou reakcí organismu, v jehož pozadí stojí pud sebezáchovy. V případě nebezpečí mobilizují organismus k obraně nebo útěku. Smyslem strachu i úzkosti je tedy chránit organismus před nebezpečím. Nelze je od sebe oddělit, vzájemně se podmiňují, prolínají a splývají.

Strach je nepříjemný prožitek. Je zcela normální, přirozenou, vrozenou a zdravou lidskou reakcí na těžké situace. Má svůj podklad, dotýčný ví, čeho se bojí. Strach může být z bolesti, ze ztráty, z odloučení od nejbližších, z umírání, ze smrti, z nemoci, z léčení. V průběhu reakce strachu dochází k celé sérii automatických změn v těle (fyziologické změny), v mysli, k různým projevům v chování jako reakce na možné nebezpečí, k úniku ze situace, či zabránění tomu, co v nás strach vyvolává. Této reakci se říká „boj nebo útěk“ (2, 28, 29).

Úzkost je také nepříjemný prožitek. Je též přirozenou emocí, pozornost se zaměřuje na zdroj ohrožení, je reakcí na tušení a neznámé nebezpečí. Může mít velice destruktivní vliv na zažívání, činnost srdce, krevní tlak apod. Člověk tonoucí v úzkostech prožívá bezmocnost, ztrácí naději, radost ze života, vše vidí černě, je nerozhodný, straní se lidem, uzavírá se do samoty a prožívá pocity osamění. Úzkost není jen symptomem, bývá i příčinou stresu (2, 28, 29, 41).

Somatické, psychické a behaviorální projevy strachu a úzkosti jsou jako u stresu. Obava je stav přípravy na ohrožující události, je spojena s tělesnou aktivací a emočním napětím. Rodiče (zejména maminky) se mohou obávat o zdraví svých dětí, zda jsou dobrými rodiči, zda-li něco nezanedbali, či mohli něčemu předejít, zda a jak zvládnou péči o své dítě. Obavy a starosti mohou spustit řadu emocí, nejčastěji úzkost (20, 63).

Sestra by měla mapovat strach, úzkost a obavy rodičů jednak pozorováním tělesných reakcí a chování, dále pak vhodně vedeným rozhovorem s rodiči, při kterém zjistí subjektivní pocity, intenzitu napětí a úzkosti, možný spouštěč reakce (kritika rodičů, podceňování nebo přehlížení ze strany okolí, selhání v situaci – v rodičovské roli, náhlá nepříznivá změna situace – nemoc dítěte, závislost na blízkém člověku), lze též společně s rodiči naplánovat možnosti zvládnání strachu, úzkosti a obav i s případnou pomocí ostatních členů multidisciplinárního týmu (psycholog, psychoterapeut). Způsob jednání s člověkem prožívajícím strach, úzkost, obavy není jednoduchý. Vždy záleží na profesionálním přístupu, chování a jednání zdravotníků, ale i rodinných příslušníků. Základem je psychologická péče týkající se rozptýlení strachu a úzkosti přítomností sestry, vlídností, zvýšenou trpělivostí, klidem, dobře vedeným rozhovorem, kdy dáváme najevo zájem o člověka, že máme pro něj pochopení, nepohrdáme jím, nepovyšujeme se. Dáváme rodičům možnost o svém strachu mluvit, neboť tím dochází k úlevě a uvolnění. Mnohé problémy pramení z nízké informovanosti o diagnostických a terapeutických metodách, o jejich významu a účinku, o ošetrovatelské péči. Správné informace snižují strach i úzkost z budoucnosti. Některé informace poskytne sestra, jiné již patří do kompetence lékaře (20, 41, 43, 63).

### ***1.13.3 Zvládnání těžkých životních situací***

Každý člověk je během života vystaven řadě problémů, od každodenních situací až po velké životní krize, které musí řešit. Při zvládnání zátěžových situací a životních těžkostí záleží na našich emocích, na naší připravenosti, dovednosti, znalosti. Jde o to, co děláme, jak se chováme, jak jednáme, pro kterou činnost se rozhodneme, jak postupujeme, když se ocitneme ve stresu, strachu, úzkosti. Je potřeba najít a eliminovat to, co nás zatěžuje, tolerovat/unést nepříjemné, zachovat si emocionální klid a duševní rovnováhu, naučit se odpočívat/relaxovat. Existuje několik strategií ke zvládnání stresových situací: plánované hledání řešení problému, zhodnocení sebe sama, sebeovládání, uklidňování rozrušených emocí, útok, či konfrontační způsob zvládnání stresu, distancování se (odvracení se) od stresové situace, hledání pozitivních stránek nastalé situace, hledání sociální opory (pomoc druhých lidí, rodiny, přátel), přijetí



osobní odpovědnosti za nastalou situaci, snaha vyhnout se stresové situaci (útěk z ní) apod. Vedle těchto strategií existují i konkrétní techniky zvládání stresových situací. Příkladem jsou různé formy relaxace (procházka, dechová cvičení, uvolňování svalů, ventilace emocí), klasická relaxační cvičení (autogenní relaxační trénink profesora Schultze, uvolňování různých částí těla podle profesora Reicha, Jacobsonova progresivní relaxace), psychologické očkování proti stresu (osvojení si vhodných postupů boje se stresem, naučit se efektivně jednat v těžkých situacích), imaginace (forma psychického soustředění s klidovou atmosférou, určitý druh fantazie, představování si „obrazů“ před našim vnitřním zrakem), meditace (hlubší zamyšlení nad určitou myšlenkou), metody biologické zpětné vazby (biofeedback), hudba, beletrie, poskytování sociální opory. U některých výše jmenovaných je na místě spolupráce s psychologem, psychoterapeutem (26, 27, 28, 29, 41).

Přínosem hospitalizovaným dětem a jejich maminkám by mohly být relaxační masáže uvolňující napětí za pomoci aromaterapie a relaxační hudby. Metoda masáží dětí a kojenců („baby masáž“) je natolik univerzální, že ji lze používat u zdravých i handicapovaných dětí, u miminek, dospělých, i v těhotenství (s určitými specifiky). Každý z nás potřebuje pohlázení, dotek, lásku, povzbuzení. Dotek má zásadní význam v našem životě. Dává nám pocit tepla, jistoty, bezpečí. Dotekové relaxační techniky nás zbavují napětí. Masáž podněcuje a prohlubuje empatii – schopnost vcítit se do druhé osoby, s níž jsme během masáže v neverbálním kontaktu. Naučí nás relaxovat, člověk se stává klidnější a vyrovnanější. Jde o jemné hlazení, nevyvíjí se tlak jako u klasické masáže, proto touto masáží nelze ublížit. Tato metoda obsahuje tři druhy dětských masáží. První jsou tradiční indické masáže, druhou jsou metody pocházející ze Švédska, třetí je masáž chodidla, která se vyvinula z reflexních technik. Tahy indické a švédské masáže spolu výborně ladí a doplňují se. Nejvíce to vynikne při masáži horních a dolních končetin. Indická masáž směřuje odstředivě k periférii (od ramen a kyčlí směrem k prstům), uvolňuje a odstraňuje z těla napětí, stres. Švédské tahy naopak stimulují oběh krve dostředivě od periferie (od prstů) směrem zpět k srdci. Tyto tahy povzbuzují napětí zbavený, uvolněný a odpočatý organismus. Masáž je sestavou velmi

jemného a citlivého masírování těla, je to laskavá péče o tělo i duši dětí i dospělých (15).

Naučit maminky těmto jemným dotekům by mohlo „přinést jisté ovoce“. Masáž uklidní miminko, které se stává spokojeným. To se následně pozitivně odrazí i na zklidnění a spokojenosti maminek.

## **2. EMPIRICKÁ ČÁST**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zmapovat oblast edukace pro rodiče dětí s určitým onemocněním pohybového aparátu.

Cíl 2: Zhodnotit vliv a přínos poskytnuté péče rodičům během hospitalizace s dítětem.

Cíl 3: Zjistit způsob a obsah edukačního procesu rodičů v průběhu hospitalizace s dítětem.

Cíl 4: Identifikovat faktory ovlivňující uspokojení potřeb rodičů v souvislosti s hospitalizací jejich dítěte a možnost jejich minimalizace.

Cíl 5: Poukázat na možnosti zkvalitnění ošetrovatelského managementu ve sledovaných zdravotnických zařízeních poskytujících péči rodičům dětí s onemocněním pohybového aparátu.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Co je nejvíce zatěžující pro rodiče hospitalizovaných se svými dětmi po ortopedických výkonech a operacích?
2. Jakým způsobem je intervenováno na problémy určenými rodiči v průběhu hospitalizace s dítětem po ortopedických výkonech a operacích?
3. Jak rodina vnímá způsob a obsah podávaných informací?
4. Které konkrétní faktory se podílí, ovlivňují nebo brání rodičům uspokojit své potřeby v souvislosti s péčí o jejich dítě?
5. Má sestra možnost uspokojit psycho-sociální potřeby rodičů v průběhu hospitalizace s dítětem po ortopedických výkonech, operacích a jak?
6. Jakým způsobem vyjadřuje rodina jistotu a důvěru v ošetřující personál v průběhu hospitalizace s dítětem po ortopedických výkonech a operacích?
7. Jaké existují možnosti intervencí poskytované sestrami pro efektivní navázání důvěry, jistoty, pro podporu rodičů v průběhu hospitalizace s dítětem po ortopedických výkonech a operacích?
8. Jak je začleněna činnost sestry před propuštěním na problematiku následné péče z ošetrovatelského pohledu u rodičů dětí po ortopedických výkonech a operacích?

### **3. METODIKA**

#### **3.1 Metodika práce**

V empirické části diplomové práce bylo použito kvalitativního šetření k získání a zpracování potřebných informací. K dosažení cílů práce a získání odpovědí na výzkumné otázky byla použita metoda dotazování, technikou sběru dat byl strukturovaný rozhovor s předem vytvořenými otevřenými otázkami (příloha a příloha ).

První soubor tvořilo šest vybraných rodičů dětí s onemocněním pohybového aparátu (PEC či VVK). Rozhovor určený rodičům tvořily čtyři základní otázky a několik podotázek. Všichni respondenti souhlasili s nahráváním svých odpovědí na diktafon za podmínky dodržení anonymity.

Druhým souborem se stalo pět sester pracujících s rodiči nemocných dětí. Rozhovor pro sestry obsahoval tři otázky taktéž s několika doplňujícími podotázkami. Všechny rozhovory se sestrami byly vzhledem k časové náročnosti a velké vzdálenosti vedeny pouze písemnou formou odpovědí elektronickou cestou, proto nebylo možné je provést tváří v tvář, přestože původní myšlenka a snaha směřovala k tomu se osobně setkat a získat tak cenné informace. Písemná forma odpovědí na otázky byla zcela anonymní a dobrovolná.

Otázky pro rodiče byly svým obsahem zaměřeny na prožívání, potřeby a emoce rodičů, na změnu dosavadního způsobu života po sdělení diagnózy, na problémy související s péčí o nemocné dítě, na množství a obsah podávaných informací rodičům, na reakce ošetřujícího personálu vůči potřebám, emocím a přáním rodičů.

Další otázky směřovaly ke kolegyním – sestrám. Tyto se týkaly reakcí sester na potřeby a přání rodiny, na získávání důvěry rodičů a jejich spolupráce s ošetřovatelským týmem, na roli sestry v edukačním procesu.

Rozhovory byly písemně zpracovány do záznamu Výpovědi respondentů (viz příložené CD). Údaje získané z rozhovorů s respondenty byly přepracovány do dvou typů přehledných tabulek metodou Rámcové analýzy podle autorů a anglických výzkumníků Ritchie a Spencera. Dle této analýzy se provedla základní identifikace témat, označila se data, byly vytvořeny tématické tabulky. Poté byla provedena sumarizace a syntéza dat, pak již konečné tabulky výzkumného šetření (17).

### **3.2 Charakteristika zkoumaného souboru**

Rozhovory v kvalitativní části práce byly provedeny se sledovaným souborem, který tvořilo 11 respondentů, 6 rodičů dětí léčených na ortopedickém a dětském oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. s onemocněním pohybového aparátu (3 děti s PEC a 3 děti s VVK), 5 sester pracujících s rodiči dětských pacientů s ortopedickým onemocněním (PEC či VVK) pocházejících z různých nemocnic v České republice.

Zařazovacím kritériem pro výběr rodičů byla příslušná diagnóza u dítěte stanovená lékařem, čas a ochota rodičů spolupracovat. Podmínkou výběru sester byla jejich práce a komunikace s rodiči malých pacientů s onemocněním pohybového aparátu, s diagnózou PEC a VVK, taktéž čas a ochota ke spolupráci.

Rozhovory s rodiči probíhaly časem i místem dle jejich přání, v nemocnici či většinou v domácím prostředí. Rozhovory se sestrami, respektive jejich odpovědi, byly vedeny pouze písemnou formou vzhledem k časové náročnosti a velké vzdálenosti, jak již bylo řečeno výše.

Všechny rozhovory s rodiči i sestrami probíhaly v období od května do června 2011. Pro umožnění realizace výzkumného šetření rodičů byli osloveni rodiče nejprve telefonicky, pak též písemnou formou. U sester byly telefonicky i písemně osloveny vrchní sestry, někde též náměstkyně pro ošetrovatelskou péči vybraných zdravotnických zařízení.

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 Tabulky informací získaných z rozhovorů s rodiči

Tabulka 1 – Reakce rodičů na sdělení diagnózy dítěte

Respondent	Sdělení diagnózy	Kdo pomohl
Respondentka 1	šok otázka „proč“ lítost pláč rozrušení změna způsobu života psychický problém sociální problém partnerský problém	syn, kamarádky
Respondentka 2	nevěřila tomu doufala ve vyhnutí onemocnění šok z léčby nechtěla to nikdy zažít nepředstavitelné vyčerpaná pláč nešťastná změna způsobu života psychický problém sociální problém	manžel, rodiče
Respondentka 3	šok nejistota bezmoc strach pláč bolest	manžel, rodiče, kamarádky

Respondentka 3	změna způsobu života psychický problém	
Respondentka 4	šok myšlenky, otázky pláč změna způsobu života psychický problém sociální problém (reakce okolí)	manžel, maminka
Respondentka 5	šok nejistota otázka „proč“ pláč změna, nová situace	manžel
Respondentka 6	šok nejistota pláč změna způsobu života psychický problém sociální problém	přítel, maminka

Respondentka 1 – pro první respondentku bylo sdělení diagnózy dítěte šokem, kladla si otázku „proč“ zrovna její dítě. Přišla lítost, pláč, rozrušení, byla na „to“ sama. Osobní vinu necítila, na kontroly chodila s dítětem pravidelně. Uvádí také, že to mělo velký dopad na jejich dosavadní způsob života (diagnóza, způsob léčby - měsíc hospitalizace). Byla závislá na častém fyzickém přesunu, v tu dobu musela vyřizovat sociální dávky, ocitla se ve finanční tísní. Poté si uvědomila, že musí léčbu podstoupit kvůli dítěti (odpovědnost za zdraví svého dítěte). Oporou jí byl syn, pomohly i kamarádky.

Respondentka 2 – druhá respondentka uvádí, že nechtěla uvěřit sdělení diagnózy dítěte, myslela si, že je to sen, nedokázala udržet pláč, cítila se nešťastná, doufala ve vyhnutí nemoci u dítěte. Šokující pro ni bylo sdělení toho, co je čeká (způsob léčby, délka hospitalizace, cizí prostředí), nechtěla to nikdy zažít, bylo to pro ni nepředstavitelné. Cítila se psychicky vyčerpaná, „na dně“. Osobní vinu necítila, svoji roli sebrála genetika. Snažila se sebrat sílu, nějak to zvládnout, nepřipustila si chybný výsledek léčby. Respondentka uvádí, že to mělo dopad na celou rodinu, urychleně se musela zabezpečit péče o starší dítě (čtyřleté). Manžel se ji snažil uklidnit, že i tuto situaci zvládnou.

Respondentka 3 – třetí respondentka uvádí, že po sdělení diagnózy cítila strach (aby dítě mohlo chodit), bolest, nejistotu (nevěděla, co je čeká), byl „to“ pro ní šok. Dostavil se pláč, bezmoc, když rozbalila svoje dítě a viděla stav jeho nožiček. Také uvádí, že oporou jí byl manžel (psychickou oporou, uklidňoval ji). Výrazný dopad na dosavadní způsob života sdělení diagnózy dítěte, dle jejích slov, však nemělo („pouze“ častější kontroly, trochu jiná péče o dítě, naučit dítě s touto diagnózou žít). Necítila osobní vinu. Největší oporou pro ní byl manžel, dále pak rodina (babičky), ale i kamarádky.

Respondentka 4 – pro čtvrtou respondentku bylo sdělení diagnózy dítěte šok. Uvádí, že spíše čekala srdeční vadu. Neměla slov, přišel pláč. Těžký stupeň PEC byl diagnostikován již v době gravidity během podrobného ultrazvuku. Oporou jí byl manžel a maminka (drželi jí za ruku, pomáhali nést tíhu a bolest ve chvíli sdělování pravdy). Pocit vlastní viny necítila. Hlavou probíhaly myšlenky (bude dítě chodit, změna života, reakce okolí). Během týdne se s tím musela vyrovnat a rozhodnout se (dítě ano či ne). Při adaptaci na sdělení diagnózy dítěte jí nejvíce pomáhal manžel. Po narození dítěte určitým šokem byly sádry (jak s nimi dítě vypadá). Horší byla reakce okolí (na sádry, dlahy). Respondentka tento „zájem“ hůře snášela.

Respondentka 5 – pro pátou respondentku bylo sdělení diagnózy dítěte šok. Uvádí, že podstoupila odběr plodové vody, kde bylo vše v pořádku. Nebyli na „to“ připraveni,



nevěděli, co „to“ obnáší, co je čeká. Dostavil se pláč. Velký dopad na rodinu to nemělo, dítě chtěli, přáli si. Byla to však pro ně „nová situace“, se kterou se museli vyrovnat a smířit. Byly na „to“ dva. Osobní vinu necítila, ale přemýšlela „proč“ zrovna oni. Největší oporou byl manžel (psychicky, pomoc s péčí o dítě).

Respondentka 6 – pro šestou respondentku bylo sdělení diagnózy dítěte šok. Uvádí, že se dostavil pláč, netušila, co je čeká. Pak už nic moc nevnímala. Během týdne museli doma vše vyřešit, zabezpečit péči o 7-letou dceru. Zapojit se musela celá rodina. Ona sama vinu necítila. Oporu našla ve své rodině, nejvíce v příteli a ve své mamince.

**Tabulka 2 – Problémy v nemocnici a v domácí péči**

Respondent	Problémy
Respondentka 1	být sama bez partnera finance zajistit chod domácnosti nemocniční prostředí délka hospitalizace způsob léčby ztráta soukromí neuspokojená potřeba odpočinku, spánku vyčerpání, nepohoda (psychická, fyzická) kojení neuspokojená potřeba tělesné aktivity chyběl kontakt s rodinou (lítost, samota) chyběl psycholog sádrová spika, péče neuspokojená potřeba blízkého kontaktu s dítětem
Respondentka 2	citová vazba na starší dítě zajistit chod domácnosti nemocniční prostředí ztráta soukromí délka hospitalizace způsob léčby pomalé uzdravování neuspokojená potřeba odpočinku, spánku vyčerpání, nepohoda (psychická, fyzická) nízká informovanost sádrová spika, péče neuspokojená potřeba blízkého kontaktu s dítětem

Respondentka 3	<p>nepohoda (psychická)</p> <p>způsob léčby</p> <p>strach o dítě během operace</p> <p>péče</p> <p>reakce okolí</p> <p>neuspokojená potřeba blízkého kontaktu s dítětem</p>
Respondentka 4	<p>kojení</p> <p>způsob léčby</p> <p>pocit viny, selhání jako matka</p> <p>péče</p> <p>neuspokojená potřeba blízkého kontaktu s dítětem</p> <p>nemocniční prostředí</p> <p>ztráta soukromí</p> <p>neuspokojená potřeba odpočinku</p> <p>reakce okolí</p>
Respondentka 5	<p>neuspokojená potřeba spánku</p> <p>péče</p>
Respondentka 6	<p>zajistit chod domácnosti</p> <p>délka hospitalizace</p> <p>způsob léčby</p> <p>péče</p> <p>nemocniční prostředí</p> <p>kojení</p> <p>neuspokojená potřeba blízkého kontaktu s dítětem</p> <p>chyběl kontakt s rodinou (na infekci)</p> <p>nepohoda (psychická)</p>

Respondentka 1 – jako největší problém první respondentka uvádí, že „na vše“ byla sama. Problémem byly finance, zajištění chodu domácnosti, hospitalizace (hlavně její délka, nelze dělat běžné věci, dítě upoutáno na lůžko). V nemocnici nebyl prostor k odpočinku (pláč dětí, hluk od řemeslníků), nemohla spát, cítila se vyčerpaná, zejména psychicky. Samotné nemocniční prostředí na ni působilo depresivně, bylo cizí, měla omezené soukromí. Problém zpočátku působilo i kojení dítěte (v předklonu nad postýlkou). Respondentka též uvádí, že měla omezenou tělesnou aktivitu, během hospitalizace nemohla cvičit jógu. Velmi jí chyběl kontakt s rodinou (rodiče daleko, syn studuje v jiném městě a domů jezdí pouze na víkendy), cítila lítost, samotu. Chyběl jí psycholog, samotná zmínka o této pomoci. Po propuštění domů uvádí, že problém působila neforemnost, mohutnost a tíha sádrové spiky (dítě se nevešlo do kočárku, do autosedačky), péče o spiku (zabránit jejímu potřísnění), oblékání dítěte, nemožnost pohybové aktivity s dítětem a dotýkat se ho po celém těle.

Respondentka 2 – druhá respondentka uvádí, že problémem byla silná citová vazba čtyřletého syna a matky. V nemocnici jí chybělo zázemí, kde by mohla trávit čas se svou rodinou, se synem v době návštěv (venku hřiště, klouzačka, větší herna na oddělení). Hospitalizace byla pro respondentku absolutní ztrátou soukromí, intimity (samotné zázemí během hospitalizace, prosklené malé pokoje, neexistovala možnost mít pokoj pro sebe a svoje dítě, prostor ke sdílení času se svými nejbližšími), nešlo sladit potřeby a požadavky obou maminek a dětí na jednom pokoji. Po 14 dnech se cítila nevyspalá, fyzicky vyčerpaná. Obrovskou oporou jí byl manžel, oboje rodiče. Uvádí také, že problémy působila malá informovanost. Trápil jí pomalý posun léčby na trakci. Šokem pro ni i pro dítě byla léčba – trakce (nejezdit s kočárkem venku, nemožnost chovat dítě v náruči a nosit jej v šátku na matčině těle, ležet v cizí chladné posteli), vidět své dítě při předávání ze sálu (mohutné zasádrování dítěte, které mělo rozpíchanou ruku, hlavu, kanylu v noze). Plakala nad dítětem, nebyla psychicky připravená na to, jak bude dítě v sádře vypadat. Po propuštění vyvstal problém, jak převážet dítě ve spice na kontroly. Dítě se nevešlo do autosedačky, ani do kočárku (sehnali kočárek na dvojčata).

Respondentka 3 – třetí respondentka uvádí, že problémy jí provázely šestinedělím, hodně plakala (hormony, diagnóza dítěte). Náročný byl první půlrok (časté kontroly s dítětem, sádrování, které dítě hůře snášelo, dětský pláč během sádrování). V době sáder nemohla chlapce vykoupat, ale tolerovali to jako součást léčby („nutnost to vydržet“, byli ochuzeni o koupání, nemohla se dotýkat nožiček). 1x kvůli otoku nožky vyhledali lékaře. Respondentce vadilo nahlížení do kočárku a údiv kolemjdoucích lidí (při sádrách). Stresující bylo čekání na dítě v době operace (delší výkon, strach o dítě z komplikací při narkóze). Problémy působilo oblékání a uložení dítěte do kočárku s Dennis-Brownovými dlahami. První dlahy byly těžké, dítě si hůře přivykalo (první 2-3 noci chlapec proplakal, byl neklidný, nevrlý).

Respondentka 4 – čtvrtá respondentka vidí největší problémy v kojení (v počátcích bolestivé kojení, poloha dítěte se sádrami, existence kloboučků, pak nepohodlné kojení s Dennis-Brownovými dlahami), na začátku tapingu (otlaky až dekubity u dítěte), jako matka cítila určité selhání v nepochopení některých informací (kam chodit na taping, zde cítila svou vinu), péče o kožní defekt (dlouhé hojení), manipulace s prvním Dennis-Brownovým aparátkem (těžký, manipulace složitější), uspokojení blízkého kontaktu s dítětem v době sáder a aparátku (vynucená poloha dítěte, nemožnost přivinout dítě k sobě dle svých potřeb, dotýkat se na kůži dolních končetin dítěte). Jako tíživou vnímala první hospitalizaci s dítětem na staré dětské klinice (malý pokoj, ztráta soukromí, horší uspokojení potřeby odpočinku, vrzající lůžka), dále pak reakce lidí širšího okolí na Dennis-Brownův aparát.

Respondentka 5 – pátá respondentka nevidí žádné obrovské problémy v péči o dítě, museli se s tím „naučit žít“, zvykli si (na otírání při hygieně, naučila se uchopit dítě se sádrami). Problém byl trochu v oblékání (chlapec nemohl mít dupačky). Sama cítila větší potřebu spánku, když dostali Dennis-Brownův aparát (často odkryté dítě v noci přikrývala).

Respondentka 6 – šestá respondentka vidí největší problémy v samotné hospitalizaci (délka, „drsná“ léčba, prostředí, společná toaleta a sprcha), nemožnost volného pohybu venku, upoutání dítěte na lůžko, kojení nad postýlkou, nedostatečné odříhnutí a bolesti břicha dítěte, nelze dítě „pořádně“ pochovat. Respondentka měla pocit, že se celou tu dobu „nic neděje“. Vnímala to jako psychicky náročné (zejména začátek léčby). Cítila lítost (nelze dítě vykoupat při trakci, spice). Na začátku léčby dítě trakci špatně snášelo (cyanóza dolních končetin). Problémem byly též průjmy dítěte (rotaviry), následná hospitalizace na infekčním oddělení (týden bez návštěv). Respondentka měla hodně mléka, ale kojit nemohla (problémy s prsy). Pro respondentku bylo hodně těžké vidět svoje dítě bezprostředně při předávání ze sálu (šok z mohutné sádrové spiky, kanyla na hlavičce dítěte), cítila lítost, plakala. Nevýhodou a určitým problémem byla váha dítěte ve spice (problémem chovat dítě), zpočátku také problém udržet spiku v čistotě.

**Tabulka 3 – Zdroj, obsah a kvalita podaných informací o daném onemocnění dítěte a o péči**

<b>Respondent</b>	<b>Informace o onemocnění a péči</b>
Respondentka 1	<p>ošetřující personál (sestry, lékaři)</p> <p>internet</p> <p>neschopnost vnímat a vstřebat prvotní informace</p> <p>chyběla představa</p> <p>chybělo aktivní podávání informací</p> <p>chyběla brožura</p> <p>mnoho informací najednou</p> <p>celkový nedostatek informací</p>
Respondentka 2	<p>ošetřující personál (sestry, lékaři)</p> <p>známý lékař</p> <p>internet</p> <p>jiná maminka</p> <p>chyběla empatie</p> <p>nevhodně načasované informace</p> <p>cizí, odborné výrazy</p> <p>chyběla představa</p> <p>chyběla příručka</p> <p>chyběl odkaz na webové stránky</p> <p>chyběly některé informace</p> <p>celkový nedostatek informací</p>
Respondentka 3	<p>internet</p> <p>ošetřující personál (sestry, lékaři)</p> <p>jiné maminky</p> <p>Občanské sdružení Achilleus</p> <p>na počátku nedostatek informací</p> <p>chyběly některé informace</p> <p>chyběla brožura, letáček</p>

Respondentka 3	<p>chyběla internetová poradna</p> <p>chyběl kontakt na jiné maminky</p> <p>celkový dostatek informací</p>
Respondentka 4	<p>ošetřující personál (sestry, lékaři)</p> <p>internet</p> <p>chyběl edukační materiál</p> <p>chyběla internetová poradna</p> <p>chyběl klub rodičů při nemocnici</p> <p>chyběly některé informace</p> <p>celkový dostatek informací (jasné, srozumitelné)</p>
Respondentka 5	<p>ošetřující personál (sestry, lékaři)</p> <p>internet</p> <p>jiné maminky</p> <p>neschopnost vnímat a vstřebat prvotní informace</p> <p>na počátku nedostatek informací</p> <p>chyběl informační materiál</p> <p>celkový dostatek informací</p>
Respondentka 6	<p>bratr lékař</p> <p>ošetřující personál (sestry, lékaři)</p> <p>internet</p> <p>na počátku nedostatek informací</p> <p>neschopnost vnímat a vstřebat prvotní informace</p> <p>chyběla představa</p> <p>některé informace ve spěchu</p> <p>mnoho informací najednou</p> <p>chyběl informační materiál (brožura)</p> <p>nehodnotí celkový stav informací</p>



Respondentka 1 – pro první respondentku bylo podaných informací z jejího pohledu málo. Informace dohledávala na internetu. Také uvádí, že prvotní informace nebyla schopna vnímat a vstřebat z důvodu šoku ze sdělené diagnózy, měla mnoho informací najednou, chyběla jí představa, neměla kam se podívat, chyběla brožura. Později jí chybělo aktivní podávání některých informací (např. ohledně hygieny, krmení dítěte). Měla pocit, že se sama musí ptát, zjišťovat.

Respondentka 2 – druhá respondentka uvádí, že z jejího pohledu neměla dostatek informací (praktické informace, přesný časový horizont, ke kterému by se upnula), čímž byla frustrována. Informace postupně získávala od lékařů, sester, známého lékaře, z internetu, vyhledala a kontaktovala jinou maminku se stejně nemocným dítětem. Při podávání některých informací jí chyběla „lidská složka“, některé byly nevhodně načasované (např. při předávání dítěte ze sálu, kdy nebyla schopná vnímat, soustředit se, vstřebat jakékoliv nové informace), jiné laikům zcela cizí a příliš odborné (např. trakce, závěs). Dále uvádí, že informace o péči (hygiena, kojení) během hospitalizace získávala nejvíce od jiné maminky, něco od ošetřujícího personálu. V té době by velmi ocenila příručku s informacemi (vidět v ní, jak bude vypadat poloha dítěte během trakce, dítě v sádrové spici, kojení, hygiena apod.). Myslí si, že pak už by nebyl problém dozískat a ujasnit si určité informace. Celkově postrádala komplexní informace o daném onemocnění a péči s tím spojené v tištěné podobě „od A do Z“, odkaz na webové stránky.

Respondentka 3 – třetí respondentka uvádí, že v prvopočátku neměla dostatek informací. První informace dostala na porodním sále, další získával manžel na internetu (možnosti léčby vady, diskuse maminek, zkušenosti). Kontaktovali maminky (podpora, „vylít si srdce“, zkušenosti s péčí, tipy na oblékání, dlahy) a Občanské sdružení Achilleus. Před prvním naložením sádry neměli informace o daném výkonu, nebyli na to připraveni. Chyběly informace ohledně prognózy (psychomotorický vývoj dítěte, chůze, možnosti obuvi apod.), sádrování, informační brožura nebo leták (informace „v kostce“, odkaz na internetové stránky - poradna, kontakt na maminky s možností

společně sdílet prožité). Naopak byla respondentka vděčná za informace a možnost „tejpování“. Nakonec měla dostatek informací.

Respondentka 4 – čtvrtá respondentka uvádí, že informace získávala průběžně již v době těhotenství. Byla nabídnuta možnost genetického vyšetření v Praze, odběru plodové vody, potratu. V době těhotenství se jí plně věnoval i lékař ortoped (byl velmi vstřícný, zodpověděl spoustu dotazů, díky jeho péči se nakonec rozhodli si dítě nechat). 1x zavítala též na internet (kladně vnímá shlédnuté fotografie, jinak internet nepočítá jako důvěryhodný zdroj informací). Nejvíce věřila zkušenostem zdravotníků (lékařů). V péči o dítě se nechala vést radami a doporučeními lékařů a sester, které byly jasné, srozumitelné, vedly k pochopení, ke správné péči. Co vnímá jako chybějící je všeobecný nedostatek edukačního materiálu pro určitá onemocnění ve zdravotnických zařízeních. Např. nikde se nesešla s edukačním materiálem (brožura, kniha) pro rodiče o onemocnění PEC (cvičení nožiček, základní informace o onemocnění a péči, fotografie, praktické rady, chybí „zlatý střed“) pro lepší představu a ujasnění si získaných informací. Přivítala by i existenci internetové poradny, klubu při nemocnici pro rodiče dětí nemocných s pohybovým aparátem (jako jsou pro děti se srdeční vadou, s diabetem), aby si rodiče mohli vyměňovat zkušenosti, dojmy, pocity. Chyběly též některé informace o kojení.

Respondentka 5 – pátá respondentka uvádí, že zpočátku nebyly informace žádné. Nevěděli, co je čeká, co „to“ obnáší, nikdy před tím se s tímto problémem nesečkali. Informace získávali od personálu (lékař, sestry), z internetu (co léčba obnáší, Ponsetiho metoda, jak „to“ bude vypadat v budoucnu). Mnoho získaných informací z internetu se postupně dozvěděli i v ambulanci. Po prvotní absolutní neznalosti situace byly nakonec informace dostatečné. Pouze dodává a je toho názoru, že by bylo dobré mít pro rodiče informační materiál v tištěné podobě (brožura), který po sdělení diagnózy a prvotních informacích rodiče seznámí a provede základní péči, se kterou se budou v nejbližší době setkávat. Výhodu vidí v tom, že rodiče mohou do brožury kdykoliv nahlédnout, v klidu si ji přečíst, pak s ošetřujícím personálem konzultovat, co je zajímavé (prvotních informací

mnoho, nelze je vstřebat). K psychické pohodě přispěl i kontakt s jinými maminkami, jejichž děti měly stejný problém, ale v léčbě byly o krok dál.

Respondentka 6 – šestá respondentka uvádí, že míra informací zpočátku byla „nulová“, nevěděli, co je čeká. Kontaktovala svého bratra lékaře, další informace postupně získávala od lékaře i sester (dětské oddělení, ortopedie). Chyběla však představa (vidět sádro, zavěšení dítěte na trakci), některé informace byly podávány ve spěchu, jiné ve velkém množství najednou. Velkou část informací nebyla schopná vnímat a vstřebat, chyběl časový horizont léčby. Doma vyhledávala informace na internetu (diskuse maminek majících zkušenosti s tímto onemocněním a léčbou). Pozitivně vnímala informace podávané ohledně ošetrovatelské péče (dítě v sádrové spici, s pomocí personálu si zvykla a naučila se pečovat o spiku). Uvítala by informační materiál (brožuru) a to hned na začátku léčby.

**Tabulka 4 – Reakce ošetrujícího personálu na potřeby, emoce a dotazy rodičů**

Respondent	+ reakce oš. personálu	- reakce oš. personálu
Respondentka 1	pomoc uspokojit potřebu odpočinku, spánku „hezký, lidský“ přístup sestry přístup sester přístup lékařky celková spokojenost	podávání informací přístup některých sester chybí aktivní nabídka psychologa
Respondentka 2	„empatický, vstřícný, ohleduplný, taktní“ personál příjemné vystupování některé sestřičky „andělé“ pomoc uspokojit potřebu odpočinku, spánku zapojení otce do dění oporou „klidná, pozitivní“ sestra	někdy chybí empatie někdy chybí psychická opora chybí některé informace chybí naděje, povzbuzení
Respondentka 3	ochota sester sestry oporou důvěra k sestře podávání informací nejblíže sestry též 1 fyzioterapeutka vyhovění požadavkům, přáním celková spokojenost	některé informace podávané nepřiměřeně
Respondentka 4	přístup zdravotníků empatie podpora od personálu trpělivost komunikace	neuvádí

Respondentka 4	odpovědi na dotazy podávání informací nehodnoceno, kdo nejbližší neměla potřebu sdělovat své emoce oš. personálu, celková spokojenost	
Respondentka 5	podpora od personálu podávání informací nehodnoceno, kdo nejbližší neměla potřebu řešit své potřeby celková spokojenost	neuvádí
Respondentka 6	vyhověno přáním podávání informací trpělivost personálu sestra „lidská, hodná, komunikující“ nebo „milá, uklidňující“	chybí aktivní podávání informací, někdy chybí komunikace s oš. personálem („lidské pohlazení po duši“), chybí aktivní nabídka psychologa

Respondentka 1 – první respondentka popisuje jako pomoc ochotu ošetřujícího personálu a možnost přestěhovat jí s dítětem na jiný pokoj a patro, aby mohla uspokojit svoji potřebu odpočinku a spánku (odpočinek a spánek jí velmi chyběl), aby si mohla více odpočinout a lépe se vyspat. Některé informace o péči dítěte (při trakci, ve spice) podal ošetřující personál, jiné druhá maminka. Kladně hodnotí přístup sestry na ortopedii (jako „hezký, lidský“), přístup ošetřující lékařky na dětském oddělení, později i sestřiček. Záporně hodnotí podávání některých informací (informace nedostatečné, chybí aktivní podávání určitých informací včetně nabídky psychologa). Nelíbil se jí přístup několika sester. Přiznává však, že prvotně sdělené informace nebyla schopna vnímat a vstřebat (šok z diagnózy, z cizího nemocničního prostředí). Měla možnost srovnat péči ve dvou zdravotnických zařízeních, celkově zde byla spokojená.

Respondentka 2 – druhá respondentka jako pomoc uvádí „příjemné vystupování“ personálu (zejména dětské kliniky). Zde trávili největší část času nezbytného pro léčbu. Personál byl velmi „empatický, vstřícný, taktní, ohleduplný“ k jejím potřebám (např. potřeba odpočinku a spánku), některé sestřičky byly respondentkou hodnoceny jako „andělé“. Dle možností byla ihned přestěhována na jiný pokoj. Kladně hodnotí též zapojení otce do dění v nemocnici. Oporou na ortopedii byla pro respondentku sestra pro svůj „klid a pozitivní přístup“. Psychická podpora jí chyběla při sdělování výsledku terapie trakcí. V tu chvíli cítila největší krizi, beznaděj. Chyběla jí empatie, slova povzbuzení, naděje. Žádala více informací, konzultaci s ošetřujícím lékařem. Tato potřeba respondentky získat nové informace byla nakonec uspokojena.

Respondentka 3 – třetí respondentka jako pomoc personálu uvádí „ochotu všech sester“, které byly „příjemné“, pro respondentku „oporou, s důvěrou se na ně obracela“. V nemocnici měli pohodlí, byla spokojená, všem jejím požadavkům a přáním bylo ze strany personálu vyhověno. Na ortopedii dostala potřebné informace od sestry i lékaře, byla řádně poučena. Respondentce nejbližší byly převážně sestry, které jsou s lidmi nejvíce v kontaktu, dále pak také jedna fyzioterapeutka v místě porodu. Trochu negativně vnímá způsob podávání některých informací.

Respondentka 4 – čtvrtá respondentka popisuje pomoc od personálu již v době gravidity (empatická vyšetřující lékařka, která měla pochopení pro její emoce). Respondentka se setkala pouze s kladným přístupem všech zdravotníků, cítila podporu od personálu, nechala se vést radami a doporučeními sester a lékařů. Nikdy neměla pocit, že by byla personálem odmítnuta, odbyta. Vždy bylo respondentce na dotazy řádně odpovězeno. Ošetřující personál byl empatický, trpělivý, vše vysvětloval, ptal se (např. zda chce být přítomna různých výkonů či situací). Hospitalizace byla krátká a respondentka neměla potřebu sdělovat své emoce zdravotnickému personálu, neocitla se v emočním vypětí. Jako laktovegetarián všeobecně hůře uspokojuje svoji potřebu stravování v nemocnicích. V nových prostorách dětského oddělení byla spokojená, neměla zde problém s uspokojováním potřeby odpočinku, spánku. Uvítala i počáteční zájem

personálu o mateřské mléko, které mohla darovat. Od počátku sdělení diagnózy a po narození dítěte „cítila podporu“ od všech zdravotníků. Hodně s ní všichni komunikovali, byli trpěliví. Respondentka nemá vyhraněno, kdo jí byl nejbliže z ošetřujícího personálu, zda sestra nebo lékař. Všichni se doplňovali, každý plnil svoji roli. Celkově byla spokojená.

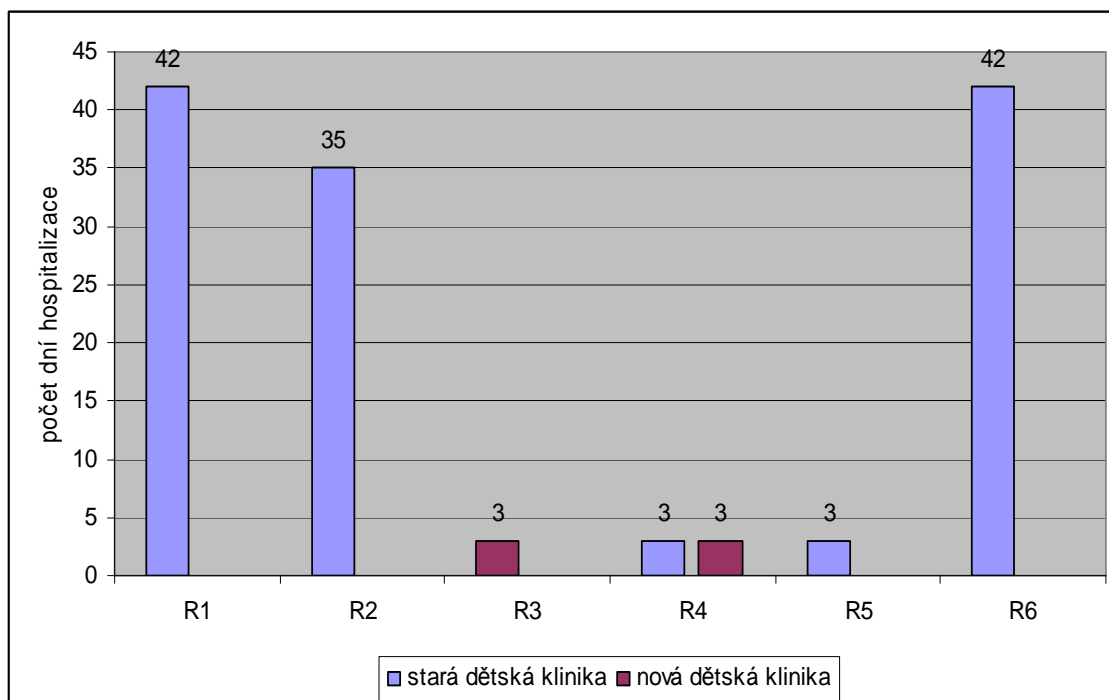
Respondentka 5 – pátá respondentka vypovídá, že pomoc ošetřujícího personálu (sestry i lékaři) cítila a vnímala prostřednictvím jeho podpory a to na obou zmiňovaných odděleních. Personál ji průběžně se vším seznamoval, vše vysvětloval. Nemá vyhraněno a nehodnotí, kdo jí byl nejbliže z ošetřujícího personálu. Říká, že „každý zde má svoji nezastupitelnou roli“, jak sestry tak i lékaři. Neměla potřebu řešit své potřeby s ošetřujícím personálem, celkově byla spokojená.

Respondentka 6 – šestá respondentka sděluje, že pomoc ošetřujícího personálu spatřuje v tom, že bylo vyhověno jejímu požadavku být na pokoji s danou maminkou po návratu z infekčního oddělení. Večer před výkonem (artrografie a spika) měla respondentka strach (z neznámého, z výkonu), kladla hodně dotazů (kdy dítě dostane kanylu, kam bude zavedena) a ošetřující personál trpělivě odpovídal na všechny její dotazy. Personál umožnil respondentce doprovodit své dítě k operačnímu sálu, návrat s ním zpět. Nejbliže byla respondentce na dětském oddělení sestra („lidská, hodná“, často si s ní „povídala“, dokázala poradit, „přirostla jí k srdci“), na ortopedii to byla taktéž sestra („milá, uklidňující“ svým vystupováním). Někdy však chybělo aktivní podávání informací (aktivní nabídka psychologa, někdy měla pocit, že když se nezeptá, informace nedostane). Chybělo jí též více komunikace s ošetřujícím personálem („lidské pohlazení po duši, občas si popovídat“).

## 4.2 Základní grafy respondentů – rodičů

Vzhledem k větší přehlednosti je tento soubor respondentek označen jako rodič respondent, R1 – R6.

**Graf 1 – Délka hospitalizace rodičů respondentů se svými dětmi v závislosti na stanovené lékařské diagnóze, včetně typu dětské kliniky**



Graf 1 prezentuje délku hospitalizace rodičů respondentů (matek) se svými dětmi vzhledem ke stanovené lékařské diagnóze a typu dětské kliniky.

Všemi respondentkami byly ženy - matky dětí nemocných s pohybovým aparátem.

3 respondentky měly děti s diagnózou VVKK (R1, R2, R6).

3 respondentky měly děti s diagnózou PEC (R3, R4, R5).

5 respondentek bylo hospitalizováno se svými dětmi na staré dětské klinice (R1, R2, R4, R5, R6).

2 respondentky měly možnost být hospitalizovány se svými dětmi na nové dětské klinice (R3, R4).



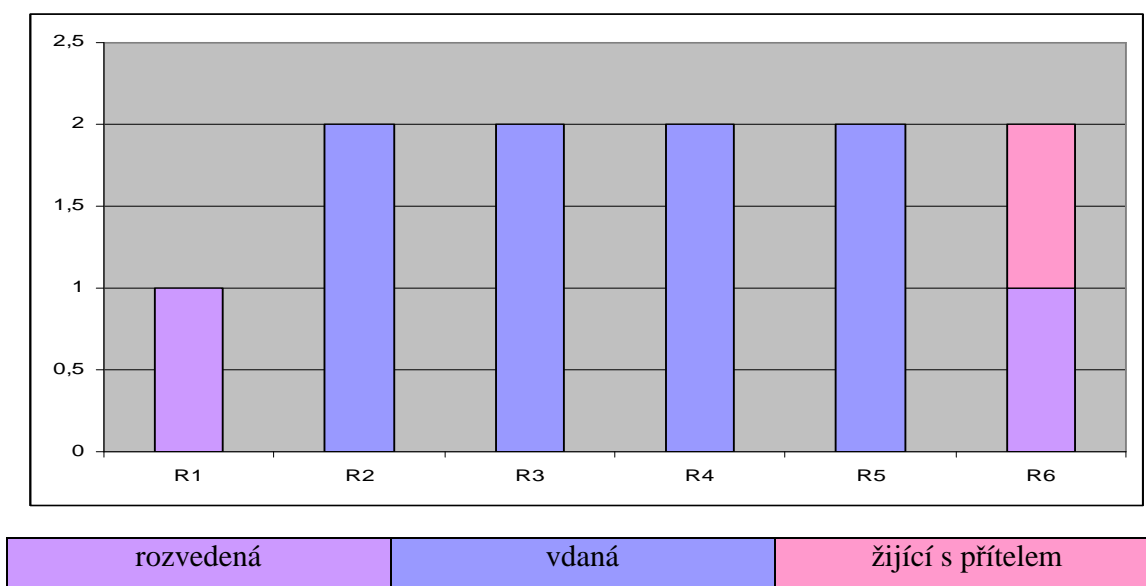
1 respondentka byla se svým dítětem hospitalizována 2x, poznala prostředí obou dětských klinik (R4).

2 respondentky byly se svými dětmi v nemocnici hospitalizovány 42 dní (R1, R6).

1 respondentka byla se svým dítětem v nemocnici hospitalizována 35 dní (R2).

3 respondentky byly se svými dětmi v nemocnici hospitalizovány 3 dny (R3, R4, R5).

**Graf 2 – Rodinný stav rodičů respondentů, opora v partnerovi**



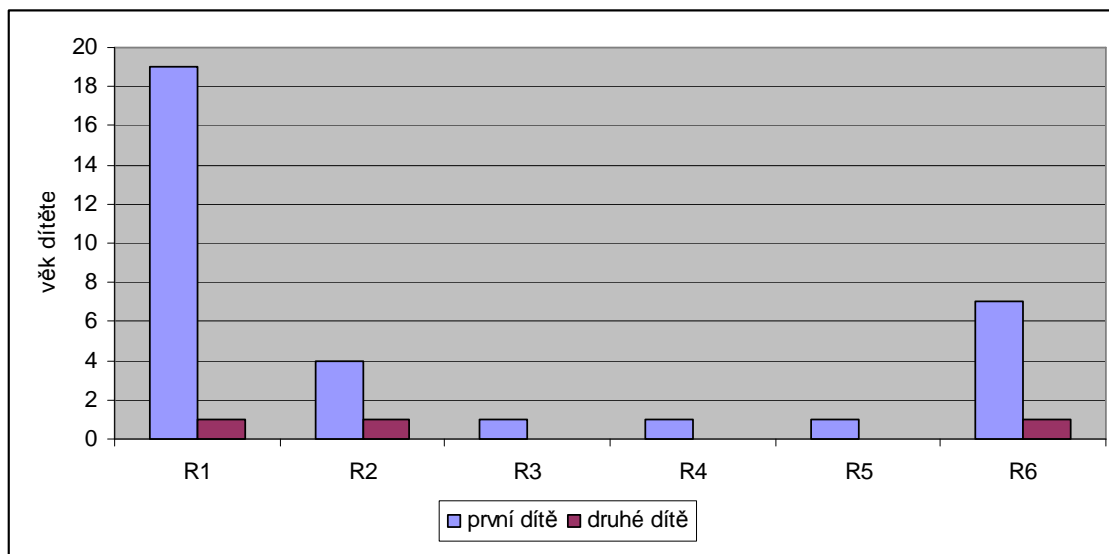
Graf 2 ukazuje na rodinný stav rodičů respondentů (matek) a možnost opory v jejich partnerovi.

Vdané jsou 4 respondentky (R2, R3, R4, R5).

Rozvedené jsou 2 dotazované respondentky (R1, R6).

1 respondentka (R6) má však přítele, který je jí oporou.

**Graf 3 – Počet a věk dětí rodičů respondentů (matek)**



Graf 3 označuje počet a věk dětí matek respondentek.

3 respondentky mají, starají se, pečují, dávají lásku a pozornost pouze 1 svému dítěti nemocnému s pohybovým aparátem (R3, R4, R5). Všem těmto dětem bylo v době hospitalizace méně než 1 rok. Děti byly kojenci, většinou ve věku kolem 6 týdnů.

Další 3 dotazované respondentky mají, starají se a pečují o dvě děti (zdravé a nemocné s pohybovým aparátem), mezi které musí rozdělit svoji lásku a pozornost (R1, R2, R6). Z toho 1 respondentka (R1) má první dítě dospělé, studující na VŠ. Druhému dítěti bylo v době hospitalizace již 6 měsíců.

Další dotazovaná respondentka (R2) má první dítě 4-leté, citově vázané na matku. Druhé dítě bylo v době hospitalizace ještě novorozencem.

Poslední respondentka se dvěma dětmi (R6) má první dítě 7-leté. Druhé dítě bylo v době hospitalizace taktéž ještě novorozencem.

### 4.3 Kategorizace dat v tabulkách rodičů respondentů

Tabulka 5 – Prožitky a problémy matek po sdělení diagnózy dítěte (R = rodič)

Prožitek, emoce	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5	R6
šok	6	1	1	1	1	1	1
otázka „proč“	2	1				1	
lítost	1	1					
pláč	6	1	1	1	1	1	1
rozrušení	1	1					
změna způsobu života	6	1	1	1	1	1	1
psychický problém	5	1	1	1	1		1
sociální problém	4	1	1		1		1
partnerský problém	1	1					
nevěřila tomu	1		1				
nechtěla to nikdy zažít	1		1				
nepředstavitelné	1		1				
nešťastná	1		1				
nejistota	3			1		1	1
bezmoc	1			1			
strach	1			1			
bolest	1			1			
myšlenky, otázky	1				1		
<b>Celkový výskyt</b>	<b>43</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

Tabulka 5 demonstruje v kategorizované formě odpovědi respondentů – rodičů na své prožitky, emoce a problémy po sdělení diagnózy dítěte. 6 respondentů reagovalo na sdělení diagnózy svého dítěte nejčastěji *šokem*, *pláčem* a pro 6 respondentů to znamenalo *změnu způsobu života*. Pro 5 respondentů znamenalo sdělení diagnózy určitý *psychický problém*, kategorie *sociální problém* se vyskytla u 4 respondentů. Kategorie odpovědi *nejistota* byla zastoupena u 3 dotazovaných respondentů. *Otázku „proč“* si kladly 2 respondentky. Kategorie *lítost*, *rozrušení*, *partnerský problém*, *nevěřila tomu*,

*nechtěla to nikdy zažít, nepředstavitelné, nešťastná, bezmoc, strach, bolest, myšlenky a otázky* byly vždy pouze u 1 respondentky.

Respondentka 1 reagovala na sdělení diagnózy svého dítěte celkem 9 prožitky, respondentka 2 reagovala taktéž 9 prožitky, respondentka 3 zareagovala celkem 8 prožitky, respondentka 4 měla 6 prožitků, respondentka 5 reagovala celkem 5 prožitky a poslední 6. respondentka reagovala celkem 6 svými prožitky.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí „prožitků“ u všech 6 respondentů byl 43.

**Tabulka 6 – Opora pro rodiče (R = rodič)**

Kdo pomohl	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5	R6
syn	1	1					
kamarádky	2	1		1			
manžel/přítel	5		1	1	1	1	1
rodiče	4		1	1	1		1
<b>Celkový výskyt</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

Tabulka 6 znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentů – rodičů, kteří sdělují a určují nejbližšího člověka, který jim byl oporou po sdělení diagnózy svého dítěte. Nejčastější kategorie odpovědi *manžel/přítel* uvádělo 5 respondentek. 4 respondentky uváděly kategorii odpovědi *rodiče*. Kategorii odpovědi *kamarádky* vyslovily 2 respondentky. Kategorii odpovědi *syn* uvedla 1 respondentka.

1. respondentka uvedla celkem 2 kategorie lidí, kteří jí byli oporou. Respondentka 2 jmenovala také celkem 2 oblasti důležitých lidí, kteří pro ni byli oporou. 3. respondentka uvedla dokonce 3 kategorie lidí působících jako opora pro respondentku. Respondentka 4 sděluje celkem 2 pro ni důležité kategorie lidí, kteří jí byli oporou. Respondentka 5 měla 1 člověka, který byl pro ni oporou. Poslední 6. respondentka hovořila o 2 pro ni důležitých oporách.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí „opora“ u všech 6 respondentů je 12.

**Tabulka 7 – Problémy během hospitalizace a doma (R = rodič)**

<b>Problémy</b>	<b>Celkem</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>
nemít partnera	1	1					
finance	1	1					
chod domácnosti	3	1	1				1
nemocniční prostředí	4	1	1		1		1
délka hospitalizace	3	1	1				1
způsob léčby	5	1	1	1	1		1
ztráta soukromí	3	1	1		1		
neuspokojená potřeba odpočinku a spánku	4	1	1		1	1	
nepohoda, vyčerpanost	4	1	1	1			1
kojení	3	1			1		1
neuspokojená potřeba tělesné aktivity	1	1					
chyběl kontakt s rodinou	1	1					
chyběl psycholog	1	1					
péče (spika, trakce, sádky, aparát)	5	1	1	1	1	1	
neuspokojená potřeba blízkého kontaktu s dítětem	5	1	1	1	1		1
citová vazba na starší dítě	1		1				
nízká informovanost	1		1				
strach o dítě	1			1			
reakce okolí	2			1	1		
pocity viny, selhání	1				1		
<b>Celkový výskyt</b>	<b>50</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>7</b>

Tabulka 7 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů – rodičů, co cítili a uváděli jako problém během hospitalizace či v domácí péči. 5 respondentů jako nejčastější problém cítilo a uvádělo *způsob léčby, péči a neuspokojenou potřebu blízkého kontaktu s dítětem*. Kategorii odpovědi *nemocniční prostředí, neuspokojená potřeba odpočinku a spánku, nepohoda a vyčerpání* uváděly 4 respondentky. 3 respondentky vnímaly jako problém *chod domácnosti, délku hospitalizace, ztrátu soukromí, kojení*. Kategorii odpovědi *reakce okolí* jako problém uvedly 2 respondentky. Kategorie odpovědí, které byly jako problém uvedeny vždy 1 respondentkou, jsou *nemít partnera, finance, neuspokojená potřeba tělesné aktivity, chyběl kontakt s rodinou, chyběl psycholog, citová vazba na starší dítě, nízká informovanost, strach o dítě, pocity viny a selhání*.

Respondentka 1 cítila a uváděla celkem 15 problémů během hospitalizace nebo v domácí péči. Respondentka 2 vnímala jako problém celkem 11 situací. Respondentka 3 popsala jako problém během hospitalizace či v domácí péči celkem 6 situací, respondentka 4 uváděla jako problém celkem 9 situací. Respondentka 5 sdělila nejméně situací jako svůj problém a to celkem 2. Poslední 6. respondentka hovořila o 7 situacích, které pro ni znamenaly určitý problém během hospitalizace či domácí péče.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí „problémy“ u všech 6 respondentů je 50.

**Tabulka 8 – Zdroj informací o daném onemocnění a o péči (R = rodič)**

Zdroje informací	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5	R6
ošetřující personál (sestra, lékař)	6	1	1	1	1	1	1
internet	6	1	1	1	1	1	1
známý lékař	1		1				
jiné maminky	2			1		1	
Občanské sdružení	1			1			
bratr lékař	1						1
<b>Celkový výskyt</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

Tabulka 8 uvádí v kategorizované formě odpovědi respondentů – rodičů na identifikaci zdrojů informací o daném onemocnění a o péči s tím spojené. Nejčastější odpovědí 6 respondentek byla jako zdroj informací uváděna kategorie *ošetřující personál (sestra, lékař)* a *internet*. Kategorie *jiné maminky* byla uvedena 2 respondentkami. Kategorie odpovědí *známý lékař*, *Občanské sdružení*, *bratr lékař* byly zastoupeny vždy odpovědí 1 respondentky.

Respondentka 1 uváděla jako zdroj informací celkem 2 položky. Respondentka 2 sděluje celkem 3 zdroje informací. Respondentka 3 popsala nejvíce a to celkem 4 zdroje získávaných informací. Respondentka 4 uvádí celkem 2 zdroje informací. Respondentka 5 sdělila celkem 3 informační zdroje. Poslední 6. respondentka hovořila o celkem 3 informačních zdrojích.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí „zdroje informací“ u všech 6 respondentů byl 17.

**Tabulka 9 – Kvalita a kvantita informací o daném onemocnění a péči (R = rodič)**

Informace	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5	R6
neschopnost vnímat, vstřebat 1. informace	3	1				1	1
chybí představa	3	1	1				1
chybí aktivní podávání informací	1	1					
chybí edukační materiál	6	1	1	1	1	1	1
mnoho informací najednou	2	1					1
chybí empatie	1		1				
nevhodně načasované informace	1		1				
cizí, odborné výrazy	1		1				
chybí odkaz na web stránky	1		1				
chybí některé informace	3		1	1	1		
chybí internetová poradna	2			1	1		
chybí kontakt na jiné rodiče	2			1	1		
informace ve spěchu	1						1
celkový nedostatek informací	2	1	1				
nedostatek informací na začátku	3			1		1	1
celkový dostatek informací	3			1	1	1	
stav informací nehodnocen	1						1
<b>Celkový výskyt</b>	<b>36</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>7</b>

Tabulka 9 demonstruje v kategorizované formě odpovědi respondentů – rodičů na kvalitu a kvantitu získaných informací o daném onemocnění dítěte a o péči. Nejčastější odpovědi rodičů týkající se kvality a kvantity získaných informací 6 respondentek uvádělo, že *chybí edukační materiál*. Kategorie odpovědi *neschopnost vnímat a vstřebat prvotní informace*, *chybí představa*, *chybí některé informace*, *nedostatek informací na začátku*, *celkový dostatek informací* uvádí celkem 3 respondentky. Kategorie odpovědi *mnoho informací najednou*, *chybí internetová poradna*, *chybí kontakt na jiné rodiče*, *celkový nedostatek informací* sdělují 2



respondentky. Kategorie odpovědí *chybí aktivní podávání informací, chybí empatie, nevhodně načasované informace, cizí a odborné výrazy, chybí odkaz na web stránky, informace ve spěchu, stav informací nehodnocen* bylo zastoupeno vždy pouze 1 respondentkou.

Respondentka 1 uváděla celkem 6 položek týkajících se kvality a kvantity podávaných informací ošetřujícím personálem. Respondentka 2 sděluje a hovoří o 8 položkách, které se týkají kvality a kvantity poskytovaných informací. Respondentka 3 popsala celkem 6 položek kvality a kvantity podávaných informací. Respondentka 4 uvedla 5 položek týkajících se kvality a kvantity podávaných informací. Respondentka 5 sdělila celkem 4 kategorie, které se dotýkají kvality a kvantity poskytovaných informací. Poslední 6. respondentka hovořila celkem o 7 kategoriích kvality a kvantity podávaných informací ošetřujícím personálem.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí „kvalita a kvantita informací“ u všech 6 respondentů byl 36.

**Tabulka 10 – Reakce ošetřujícího personálu na prožívání rodičů**

(R = rodič, DEO = dětské oddělení, ORO = ortopedie)

Reakce ošetřujícího personálu	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5	R6
pomoc uspokojit přání, potřebu	6	1	1	1	1	1	1
přístup sestry +	6	1	1	1	1	1	1
přístup sestry -	1	1					
přístup lékaře +	5	1	1		1	1	1
přístup lékaře -	1		1				
zapojení otce	1		1				
podávání informací +	4			1	1	1	1
podávání informací -	4	1	1	1			1
nebyla potřeba sdělovat přání, emoce	2				1	1	
oporou sestra na DEO	6	1	1	1	1	1	1
oporou sestra na ORO	6	1	1	1	1	1	1
oporou lékař na DEO	4	1	1		1	1	
oporou lékař na ORO	2				1	1	
oporou jiný člen týmu	1			1			
celková spokojenost s péčí	4	1		1	1	1	
<b>Celkový výskyt</b>	<b>53</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>7</b>

Tabulka 10 ukazuje v kategorizované formě odpovědi respondentů – rodičů na to, jak reagoval ošetřující personál na prožívání rodičů. Nejčastější odpovědí rodičů, jak vlastně reagoval ošetřující personál na jejich prožívání, byla 6 respondentkami uváděna kategorie *pomoc uspokojit přání a potřebu, kladný přístup sestry, oporou sestra na dětském oddělení, oporou sestra na ortopedii*. 5 respondentkami je uvedena kategorie odpovědi *kladný přístup lékaře*. Další kategorie odpovědí *dostatečné podávání informací, oporou lékař na dětském oddělení, celková spokojenost s péčí*, byla uváděna a sdělována 4 respondentkami. 4 respondentky zde ale zároveň uvádí i kategorii odpovědi *nedostatečné podávání informací*. Kategorie odpovědí vyjádřených 2 respondentkami ohledně reakce personálu na prožívání rodičů jsou: *nebyla potřeba*

*sdělovat přání a emoce, oporou lékař na ortopedickém oddělení. Kategorie odpovědí uvedených pouze 1 respondentkou jsou: negativní přístup sestry, negativní přístup lékaře (chybí empatie), zapojení otce, oporou jiný člen týmu.*

Respondentka 1 uváděla celkem 9 kategorizovaných odpovědí týkajících se reakce ošetřujícího personálu na prožívání rodičů. Respondentka 2 sděluje a hovoří také o 9 reakcích ošetřujícího personálu na prožívání rodičů. Respondentka 3 popsala celkem 8 položek reakcí personálu na prožívání rodičů. Respondentky 4 a 5 uvedly celkem 10 reakcí ošetřujícího personálu na prožívání rodičů. Poslední 6. respondentka hovořila celkem o 7 reakcích ošetřujícího personálu na prožívání rodičů.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí „reakce personálu na prožívání rodičů“ u všech 6 respondentů byl 53.

#### 4.4 Tabulky informací získaných z písemných výpovědí sester

Tabulka 11 – Reakce sester na potřeby a přání rodiny

Respondent sestra	Co rodiče trápí z pohledu sester	Reakce sester
Respondentka 1	nedostatek informací od lékaře závažnost zdrav. stavu dítěte nepochopení informací chybí prostor/čas ptát se	naslouchání rodičům rozhovor s rodiči pomoc s péčí o dítě
Respondentka 2	dlouhodobá léčba úspěch léčby, strach z následků strach z anestézie odloučení od dítěte dítě trpí bolestí sociální dopad na rodinu	vytvořit „domácí“ prostředí jednolůžkový pokoj umožnit kontakt s rodinou zapojit rodiče do péče naučit matky pečovat o dítě podávat informace shrnout nejdůležitější dát prostor na dotazy prověřit zpětnou vazbu opakovat informace neustálý kontakt s matkou a dítětem
Respondentka 3	odloučení od rodiny nejistota z délky léčby bezmoc	psychická podpora rodičů podávání informací opakování informací kontrola péče rodičů pomoc s péčí o dítě
Respondentka 4	dostatek informací komplikace během hospitalizace	vybudovat vztah důvěry vybízet rodiče ke spolupráci pomoc s péčí o dítě podávání informací způsob podávání informací

Respondentka 5	diagnóza dítěte rizika léčby a péče/komplikace adaptace dítěte na hospitalizaci negativní zkušenosti rodičů	naslouchání
----------------	--	-------------

Respondentka 1 – uvádí, že z pohledu sester rodiče trápí nedostatek adekvátně poskytnutých informací (především ze stran lékařů, kteří podceňují význam podávaných informací). Domnívá se, že psychický stav rodičů úzce souvisí se závažností zdravotního stavu jejich dítěte (od toho se odvíjí i zvládnání této zátěžové situace). Z pohledu respondentky rodiče mnoho informací nepochopí, někdy se nechtějí ptát, jindy nemají prostor se znovu zeptat (časové důvody).

Reakci sester první respondentka hodnotí tak, že během hospitalizace sestry dopomáhají v základních ošetrovatelských činnostech (hygiena, stravování, vyprazdňování), naslouchají rodičům, komunikují s nimi. Pomoc rodiče vyhledávají především v oblasti základní hygienické péče.

Respondentka 2 - uvádí, že z pohledu sester rodiče/maminky trápí strach. Důvodem strachu jsou možné následky při dané diagnóze, dlouhodobá léčba (zejména při zjištění VVK), z komplikací při podání anestézie, z odloučení dítěte od rodiny, že dítě trpí bolestí, zda bude léčba úspěšná. Maminky často řeší i sociální otázky (péče o druhého sourozence, zajištění chodu domácnosti, finanční záležitosti u matek samoživitelek). V praxi se respondentka setkává s různými typy rodičů (někteří jsou oporou dítěti, jiní nevládnou své emoce a dítě ještě více znejistí).

Reakci sester druhá respondentka hodnotí následovně. Matku s dítětem se snaží umístit na jednolůžkový pokoj, vytvořit jim takřka „domácí“ prostředí. Umožňují návštěvy otců a prarodičů, aby nebyli vytrženi z péče o dítě a ochuzeni o první měsíce života (oceňují zejména matky prvorodičky). Sestry učí maminky pečovat o své dítě. Rodiče potřebují pomoc od sester se zajištěním pomůcek, naučit je manipulovat s dítětem (matky se často bojí na dítě sáhnout, aby mu neublížily, zejména po úrazech), osvojit si péči o ránu, sledování bolesti (pláč dítěte), sádrové fixace (těsnost), kontrolu periferie končetin

dítěte (otok, barva kůže), naučit se pečovat o dítě se sádrovou spikou, s náplast'ovými extenzemi. Na hygienu a krmení (kojení) se na jejich pracovišti dítě s VVK z trakce odvazuje, po odříhnutí ho sestra opět zavěsí na trakci. Děti s PEC se sádrují ambulantně za přítomnosti matky nebo obou rodičů, kteří pomáhají dítě držet (zapojení rodičů do péče). Ze své praxe si ověřila, že rodiče většinou nestačí vstřebat všechny informace napoprvé vzhledem ke stresu, který prožívají (strach o dítě, plačící dítě, náhle vzniklá náročná životní situace). Po zklidnění rodičů vše opakují, shrnou nejdůležitější body, provedou zpětnou vazbu, přesvědčí se, zda rodiče vše pochopili, nabídnou jim možnost dalších dotazů. Po důkladné edukaci sestrami rodiče zvládají péči o své dítě většinou dobře. Ošetřující personál se neustále pohybuje mezi pacienty a je vždy nápomocen. Rodiče mají možnost se souhlasem ošetřujícího lékaře navštívit své dítě kdykoliv i mimo stanovené návštěvní hodiny. Do 6-ti let věku dítěte existuje možnost hospitalizace jednoho z rodičů se svým dítětem.

Respondentka 3 - uvádí, že z pohledu sester rodiče trápí nejistota z délky léčby, odloučení od rodiny při dlouhodobé hospitalizaci dítěte z důvodu léčby. Reakce rodičů na tuto náročnou životní situaci je individuální. Dle jejího mínění - z pohledu ambulantní sestry mají obě diagnózy (VVK i PEC) na rodiče poměrně stejný dopad. Nejvíce prý pociťují bezmoc, nejčastějším projevem je pláč.

Reakci - pomoc sester třetí respondentka hodnotí tak, že rodiče potřebují především psychickou podporu ze strany ošetřujícího personálu (lékaře i sestry). Rodiče jsou rozrušení ze sdělené diagnózy a léčby, žádají o opakované vysvětlení nemoci, terapie, ošetrovatelské péče, což je rodičům umožněno (opakované podávání informací). Míra zvládnutí péče o dítě je patrna při kontrolách, podílí se na výsledcích terapie. Sestry provádí kontrolu poskytované péče rodiči, nabízejí pomoc s péčí o dítě.

Respondentka 4 - uvádí, že z pohledu sester rodiče trápí to, aby měli dostatek informací o probíhající léčbě, aby hospitalizace proběhla bez komplikací. Samotné zvládnutí náročné životní situace rodiči (pobyt a péče o dítě) bývá bez větší psychické zátěže, jsou-li rodiče dostatečně informováni a průběh hospitalizace je bez komplikací.

Reakci sester čtvrtá respondentka hodnotí takto: rodiče potřebují vybízet ke spolupráci, musí se ujistit a vědět, že v případě jakýchkoliv problémů se mohou s důvěrou obrátit na sestru (nezbytné je vybudování vzájemného vztahu důvěry). Pokud je rodič dostatečně a včas informován, vnímá veškeré nové informace vstřícněji. Důležitý je způsob sdělování a podávání informací. Rodiče zvládají péči o své dítě ve spolupráci s ošetřujícím personálem, vždy se aktivně zapojují do péče. Děti s onemocněním PEC či VVK jsou hospitalizovány společně s matkou na ortopedickém, nebo po domluvě na dětském oddělení (každý den dochází lékař ortoped). PEC zde léčí sádrováním, operačně. VVK léčí Over-head trakcí, u starších dětí též operačně. S tím souvisí i ošetrovatelská péče poskytovaná dětem a pomoc rodičům s péčí o jejich dítě.

Respondentka 5 - uvádí, že z pohledu sester rodiče trápí to, jak jejich děti zvládnou pobyt v nemocnici. Zvládání takové náročné životní situace vidí v osobnosti rodičů, předchozí zkušenosti s danou nemocnicí, oddělením, celým zdravotnictvím. Reakce rodičů se taktéž odvíjí od prognózy onemocnění, od míry rizik s tím spojených (např. s operačním výkonem). Rodiče většinou zvládají péči o svoje dítě, zapojují se aktivně. Pomoc – reakci sester vidí pátá respondentka v umění naslouchání. Psychologa zde bohužel k dispozici nemají.

**Tabulka 12 – Požadavky kladené na sestry pro navázání důvěry a spolupráce s rodiči**

<b>Respondent sestra</b>	<b>Co dělají sestry pro získání důvěry a spolupráce rodičů</b>
Respondentka 1	úsměv
Respondentka 2	příjemné, profesionální vystupování upravenost psychologický přístup podávání informací o péči motivace ke spolupráci (adaptace dítěte, včasnější propuštění) pochvala (rodičů, dětí)
Respondentka 3	vstřícnost a empatie sestry
Respondentka 4	komunikace s rodiči řešení všech potřeb, přání, problémů motivace rodičů
Respondentka 5	komunikace s rodiči naslouchání vysvětlování, objasňování opakování informací individuální přístup trpělivost komunikace v týmu („zdravé ovzduší“ na pracovišti) zájem o děti a rodiče pozitivní, citlivý přístup k dětem a rodičům laskavý humor

Respondentka 1 - uvádí, že důležitým požadavkem kladeným na sestry pro lepší navázání důvěry a spolupráce s rodiči je prostý úsměv, který sestry „vůbec nic nestojí“ a přitom je to „všemocný lék nejen na bolest“.



Respondentka 2 - uvádí, že důležitým požadavkem kladeným na sestry pro navázání důvěry a spolupráce s rodiči je především příjemné a profesionální vystupování sester, upravenost sester (čistota uniformy, střízlivé líčení, upravené nehty apod.), důležitý je psychologický přístup, podávání přesných a nerozporuplných informací, možnost poukázat na včasější propuštění dítěte do domácího ošetřování při spolupráci rodičů, upozornit rodiče na pomoc pro snadnější adaptaci dítěte na hospitalizaci a ošetrovatelskou péči (hygiena, krmení, podávání některých léků – např. čípků od blízkého člověka). Důležitou motivací je pochvala rodičů (i dětí), čímž získávají jejich následující spolupráci.

Respondentka 3 – uvádí, že velmi důležitým požadavkem kladeným na sestry pro bezproblémové navázání důvěry a spolupráce s rodiči je především vstřícnost a empatie sester.

Respondentka 4 – uvádí, že nezbytným požadavkem kladeným na sestry pro navázání důvěry a spolupráce s rodiči je neustálá komunikace s rodiči, řešení všech jejich aktuálních problémů, včetně motivace rodičů.

Respondentka 5 – se přiklání k tomu, že podstatným požadavkem kladeným na sestry pro navázání vzájemné důvěry a spolupráce s rodiči je komunikace. S rodiči dětí co nejvíce komunikují, opakovaně jim poskytují srozumitelné informace po celou dobu hospitalizace (jednorázová přemíra informací může rodiče spíše zmást), vše vysvětlují a objasňují (co se bude s dítětem provádět během ošetrovatelské péče, proč to bude dítě potřebovat), naslouchají rodičům (jejich přáním a potřebám), přistupují ke každému individuálně, jsou trpělivé. Také dobrá komunikace v týmu mezi personálem přispívá a vytváří „zdravé ovzduší“ na pracovišti, co nejpříjemnější prostředí též pro rodiče a malé pacienty. Dle respondentky je nesmírně důležité děti i rodiče neustále povzbuzovat. Důležitým momentem je pozitivní a citlivý přístup sester k dětem i rodičům, nefalšovaný zájem o ně. U větších dětí může pomoci též laskavý humor (např. zavtipkovat třeba „na svůj účet“).

**Tabulka 13 – Role sester v edukaci**

<b>Respondent sestra</b>	<b>Role sester v edukaci, podíl sestry</b>
Respondentka 1	<p>edukace během hospitalizace, komunikace</p> <p>didaktické pomůcky</p> <p>informačně-edukační materiál vypracovaný sestrami (letáčky „šité na míru“)</p> <p>zpětná vazba</p> <p>plán – zavedení ošetrovatelského standardu pro edukaci</p>
Respondentka 2	<p>stanovení edukačních cílů (nižší, vyšší)</p> <p>komunikace (adekvátní množství jasných informací)</p> <p>demonstrace</p> <p>instruktáž</p> <p>zpětná vazba, kontrola péče poskytované rodiči</p> <p>rada</p> <p>pomoc</p> <p>pochvala</p>
Respondentka 3	<p>edukace sestra, lékař (doplňování se, komunikace v týmu)</p> <p>vysvětlení</p> <p>demonstrace</p> <p>instruktáž</p> <p>nácvik</p> <p>opakování informací</p> <p>zpětná vazba</p> <p>odpovědi na dotazy</p>
Respondentka 4	<p>průběžná edukace</p> <p>informační materiál (letáčky)</p> <p>zpětná vazba</p>
Respondentka 5	<p>edukace sestra i lékař (doplňují se, komunikace v týmu, kontinuální)</p> <p>zpětná vazba</p>

Respondentka 1 - popisuje svoji roli v edukaci tak, že při výchově a vzdělávání rodičů využívá mluvené a psané slovo, didaktické pomůcky. V rámci seminářů sestry vypracovávají informačně-edukační materiály (letáčky „šité na míru“ klientům a jejich rodičům dle lékařských diagnóz). Edukační proces na jejich pracovišti probíhá od počátku hospitalizace, aby měl rodič dostatek času na vstřebávání podávaných informací, aby měl dostatek prostoru si získané informace upřesnit a doplnit, zejména před plánovaným propuštěním dítěte do domácího ošetřování. Obsah poskytnutých informací vychází z individuálního zdravotního stavu hospitalizovaného dítěte, z lékařské diagnózy (proto „šité na míru“). Ošetrovatelský standard pro edukaci na svém pracovišti zatím nemají, ale plánuje se do budoucna jejich zavedení. Poskytnuté informace rodičům ověřují během hospitalizace a při každém propuštění dítěte do domácího ošetřování.

Respondentka 2 – uvádí svůj podíl a roli v edukaci rodičů následovně: ve své práci se snaží „nepřehltit“ rodiče množstvím informací, které musí být jasné, jednoznačné, srozumitelné, nesmí se používat odborných termínů. Zprvu si stanovují nižší cíle a postupují k cílům vyšším. Způsob podávání informací je nutné přizpůsobit intelektuálním schopnostem rodičů. Na oddělení nemohou použít standard pro edukaci rodičů o ošetrovatelské péči, neboť není vypracován. V edukaci na svém pracovišti využívají praktických ukázek péče o dítě se sádrou fixací či náplast'ovou trakcí. Informace podávané rodičům si ověřují neustále v průběhu hospitalizace, sledují péči rodičů, upozorňují na nedostatky, které se snaží odstranit radou, nabídnutou pomocí. Nikdy nezapomínají chválit i za drobné úspěchy. Další ověřování probíhá v dětské ortopedické ambulanci, kam rodiče se svými dětmi přicházejí na kontrolu po propuštění do domácího ošetřování. Při propuštění do domácího ošetřování dostávají rodiče propouštěcí zprávu s datem kontroly na dětské ortopedické ambulanci. Matka je převážně lékařem poučena, jak pečovat o sádrou spiku, o sádry u dítěte s PEC (hygiena, porušení kůže apod.). Edukační proces vnímá respondentka jako náročný.

Cílem edukace je včasné zvládnutí péče o dítě rodiči a následné propuštění domů. Sděluje, že velmi záleží na věku rodičů, vzdělání, etice i pohlaví přítomného rodiče.

Respondentka 3 – sděluje svoji roli v edukaci následovně: dle zvyklostí jmenovaného pracoviště v ambulanci edukuje rodiče lékař i sestra. Sestra odpovídá na některé dotazy rodičů, informace zopakuje, zdůrazňuje důležitost dodržování péče a způsobu terapie. Na pracovišti probíhá pouze konzervativní terapie PEC a VVK v ambulanci (hospitalizace a operační terapie je prováděna na vyšším pracovišti). U dětí s PEC sestra učí maminky techniku přikládání elastické bandáže na postižené dolní končetiny, způsob cvičení proti vadě. Pokud je přiložena sádra, sestra edukuje rodiče o důležitosti kontroly stavu dolních končetin, hygieny dítěte, dodržení termínu kontroly. U dětí s VVK sestra učí maminky přikládat peřinku, třmeny přikládá lékař. Edukace probíhá formou ústní (vysvětlení, objasnění), předvedením a nácvikem. Pracoviště nemá informační materiál pro onemocnění dětí s PEC a VVK. Informace se snaží podávat srozumitelně a uceleně. Pro edukaci rodičů o ošetrovatelské péči nemohou použít standard na svém pracovišti, ambulance nemá vytvořeny standardní postupy. Každé nově podané informace rodičům se ověřují přímo v ambulanci dotazem na rodiče. Při ambulantních kontrolách dítěte je ukazatelem pochopení informací o péči i samotný průběh a úspěšnost léčby (dodržování léčebných a ošetrovatelských postupů).

Respondentka 4 – poznamenává ke své roli v edukaci následující: první edukace probíhá v ambulanci, podílí se na ní též sestra. Další edukace probíhá při přijetí na oddělení (informace podávané průběžně, o provozním řádu oddělení, o léčebné a ošetrovatelské péči, předoperační a pooperační péči, nácviku pooperačních prvků, o následné péči po propuštění do domácího ošetřování). K obsahu podávaných informací rodičům podotýká, že ne vždy jsou informace úplné a je nutné je doplnit informacemi od lékaře. Na pracovišti nemohou použít standard pro edukaci, nemají jej. Při edukaci rodičů využívají informačních letáků. Podávané informace si ověřují osobním kontaktem a neustálou spoluprací s rodiči.

Respondentka 5 – ke své roli v procesu edukace uvádí, že na tomto poli (v edukaci) se s lékařem vzájemně doplňují. Informace podávané rodičům si mezi sebou vzájemně ověřují (komunikace v celém týmu), kontrolou dokumentace. Standard pro edukaci rodičů o ošetrovatelské péči na pracovišti k dispozici nemají. Mají však možnost potřebné informace (PEC, VDK) vyhledat a získávat též na internetu. Dbají na kontinuální podávání informací, řádné zaškolení rodičů o ošetrovatelské péči před propuštěním do domácího ošetrování.

#### 4.5 Kategorizace dat v tabulkách sester respondentů

Tabulka 14 – Problémy rodičů z pohledu sester (S = sestra)

Co rodiče trápí z pohledu sester	Celkem	S1	S2	S3	S4	S5
nedostatek informací	2	1			1	
neporozumění informacím	1	1				
zdravotní stav dítěte/diagnóza	2	1				1
prostor/čas na dotazy	1	1				
dlouhodobá léčba	2		1	1		
komplikace	3		1		1	1
odloučení	2		1	1		
sociální dopad na rodinu	1		1			
bolest dítěte	1		1			
bezmoc	1			1		
adaptace dítěte	1					
negativní zkušenosti rodičů s péčí	1					
<b>Celkový výskyt</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

Tabulka 14 znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentů – sester zaměřených na problémy rodičů, co je trápí a to z pohledu sester. 3 respondentky uváděly jako nejčastější kategorii odpovědi *komplikace*. Vždy 2 respondentky označily následující kategorie odpovědi: *nedostatek informací*, *zdravotní stav dítěte/diagnóza*, *dlouhodobá léčba*, *odloučení*. Ostatní kategorie odpovědí vyjádřených pokaždé 1 respondentkou byly: *neporozumění informacím*, *prostor/čas na dotazy*, *sociální dopad na rodinu*, *bolest dítěte*, *bezmoc*, *adaptace dítěte*, *negativní zkušenosti rodičů s péčí*.

Respondentka 1 reagovala sdělením 4 problémů rodičů z pohledu sester. Respondentka 2 se zmiňuje o 5 problémech trápících rodiče dětských pacientů. Respondentka 3 vidí 3 zásadní problémy, které mohou sužovat rodiče dětí. Respondentka 4 si myslí, že rodiče trápí celkem 2 hlavní problémy. Poslední 5. respondentka vnímá 4 hlavní problémy, se kterými se rodiče potýkají. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí „problémy rodičů“ u všech 5 respondentů byl 18.

**Tabulka 15 – Reakce a intervence sester na potřeby a přání rodičů (S = sestra)**

Reakce a intervence sester	Celkem	S1	S2	S3	S4	S5
naslouchání	2	1				1
komunikace/rozhovor s rodiči	1	1				
pomoc s péčí o dítě	3	1		1	1	
vytvořit vhodné prostředí	1		1			
umožnit kontakt s rodinou	1		1			
vybízet ke spolupráci, zapojit rodiče do péče	2		1		1	
naučit matky pečovat o dítě	1		1			
podávání informací o péči	3		1	1	1	
shrnutí informací	1		1			
dát prostor a čas na dotazy	1		1			
kontrola, prověřit zpětnou vazbu	2		1	1		
opakování informací	2		1	1		
neustálý kontakt s matkou a dítětem	1		1			
opora, psychická podpora rodičů	1			1		
vybudovat vztah důvěry	1				1	
způsob komunikace	1				1	
<b>Celkový výskyt</b>	<b>24</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>1</b>

Tabulka 15 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů – sester, jak sestry reagují na potřeby a přání rodičů. Nejčastější kategorie odpovědi *pomoc s péčí o dítě* a *podávání informací o péči* je uváděna 3 respondentkami. Vždy 2 respondentky označily kategorii odpovědi *naslouchání*, *vybízet ke spolupráci a zapojit rodiče do péče*, *kontrola a prověření zpětné vazby*, *opakování informací*. Kategorie odpovědí vyjádřených pokaždé 1 respondentkou jsou: *komunikace/rozhovor s rodiči*, *vytvořit vhodné prostředí*, *umožnit kontakt s rodinou*, *naučit matky pečovat o dítě*, *shrnutí informací*, *dát prostor a čas na dotazy*, *neustálý kontakt s matkou a dítětem*, *opora a psychická podpora rodičů*, *vybudovat vztah důvěry*, *způsob komunikace*.

Respondentka 1 sděluje 3 možné způsoby reakcí a intervencí sester na potřeby a přání rodičů. Respondentka 2 se zmiňuje o celkem 10 možných existujících způsobech, jak mohou sestry reagovat a intervenovat na potřeby a přání rodičů malých pacientů. Respondentka 3 vidí 5 zásadních reakcí, jak sestry intervenují na zmiňované potřeby a přání rodičů. Respondentka 4 si myslí, že sestry mohou reagovat taktéž celkem 5 pomáhajícími intervencemi. Poslední 5. respondentka vnímá jako důležitou a zásadní 1 intervenci sester, kterou reagují na potřeby a přání rodičů.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí „reakce a intervence sester“ u všech 5 respondentů byl 24.



**Tabulka 16 – Intervence sester k získání důvěry a spolupráce rodičů (S = sestra)**

Ošetrovatelské intervence	Celkem	S1	S2	S3	S4	S5
příjemné vystupování, úsměv	2	1	1			
profesionalita	1		1			
upravenost sestry	1		1			
psychologický přístup	1		1			
podávání informací, vysvětlování, objasnění	2		1			1
motivace ke spolupráci	2		1		1	
pochvala	1		1			
vstřícnost	1			1		
empatie, citlivý přístup	2			1		1
komunikace s rodiči, dětmi	2				1	1
komunikace v týmu („zdravé ovzduší“)	1					1
řešení všech přání, potřeb, problémů rodiny	1				1	
naslouchání	1					1
opakování informací	1					1
individuální přístup	1					1
trpělivost	1					1
zájem o děti a rodiče	1					1
laskavý humor	1					1
<b>Celkový výskyt</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>10</b>

Tabulka 16 uvádí v kategorizované formě odpovědi respondentů – sester, jaké ošetrovatelské intervence provádějí za účelem získání důvěry a spolupráce rodičů. Nejčastější kategorie odpovědí *příjemné vystupování a úsměv, podávání informací včetně vysvětlování a objasnění, motivace ke spolupráci, empatie a citlivý přístup, komunikace s rodiči a dětmi*, uváděly 2 respondentky. Kategorie odpovědí vyjádřených vždy 1 respondentkou jsou: *profesionalita, upravenost sestry, psychologický přístup, pochvala, vstřícnost, komunikace v týmu („zdravé ovzduší“), řešení všech přání a*

*potřeb včetně problémů rodiny, naslouchání, opakování informací, individuální přístup, trpělivost, zájem o děti a rodiče, laskavý humor.*

Respondentka 1 sděluje 1 hlavní pro ni důležitou intervenci pro lepší navázání důvěry a získání spolupráce rodičů dětí nemocných s pohybovým aparátem. Respondentka 2 se zmiňuje celkem o 7 ošetřovatelských intervencích, které pomáhají k navázání důvěry a spolupráce rodičů s ošetřovatelským personálem. Respondentka 3 vidí 2 důležité sesterské intervence, které vedou k důvěře a spolupráci rodičů se sestrami. Respondentka 4 si myslí, že pro získání důvěry rodičů a jejich spolupráce jsou nezbytné 3 ošetřovatelské intervence. Poslední 5. respondentka uvádí nejvíce ošetřovatelských intervencí nezbytných k důvěře a spolupráci rodičů, celkem tedy 10 intervencí.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí „ošetřovatelské intervence“ u všech 5 respondentů byl 23.

**Tabulka 17 – Podíl sester na edukaci (S = sestra)**

Ošetrovatelské intervence v edukaci	Celkem	S1	S2	S3	S4	S5
edukace, komunikace	5	1	1	1	1	1
didaktické pomůcky	1	1				
edukační materiál	2	1			1	
zpětná vazba	5	1	1	1	1	1
plán: zavedení ošetrovatelského standardu pro edukaci do praxe	1	1				
stanovení cílů	1		1			
demonstrace	2		1	1		
instruktáž	2		1	1		
rada	1		1			
pomoc	1		1			
pochvala	1		1			
vysvětlení	1			1		
nácvik	1			1		
opakování	1			1		
odpověď na dotazy	1			1		
kontrola dokumentace	1					1
<b>Celkový výskyt</b>	<b>27</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

Tabulka 17 demonstuje v kategorizované formě odpovědi respondentů – sester na jejich podíl v edukaci (intervence v edukaci). Nejčastější kategorie odpovědi *edukace a komunikace, zpětná vazba*, uvádělo celkem 5 respondentek. Kategorie odpovědi *edukační materiál, demonstrace, instruktáž*, bylo uvedeno 2 respondentkami. Kategorie odpovědi vyjádřených vždy 1 respondentkou jsou: *didaktické pomůcky, zavedení ošetrovatelského standardu pro edukaci do praxe, stanovení cílů, rada, pomoc, pochvala, vysvětlení, nácvik, opakování, odpověď na dotazy, kontrola dokumentace*.

Respondentka 1 sděluje celkem 5 ošetrovatelských intervencí důležitých pro edukaci. Respondentka 2 se zmiňuje o 8 intervencích, které mají významnou roli v edukaci.

Respondentka 3 vidí také celkem 8 podstatných ošetrovatelských intervencí nezbytných na poli edukace. Respondentka 4 si myslí, že důležitost spočívá ve 3 základních ošetrovatelských intervencí. Poslední 5. respondentka uvádí také celkem 3 pro ni důležité sesterské intervence, které používají v rámci edukace na svém pracovišti.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí „ošetrovatelské intervence v edukaci“ u všech 5 respondentů byl 27.

## 5. DISKUZE

Tato diplomová práce zaměřená na problematiku edukace rodičů nemocných dětí měla celkem pět cílů. Prvním z nich bylo zmapovat oblast edukace pro rodiče dětí s určitým onemocněním pohybového aparátu, konkrétně s onemocněním vrozeného equinovározního postavení nohy (PEC – pes equinovarus congenitus) a s dysplazií kyčelních kloubů neboli vývojovým vykloubením kyčelních kloubů. Druhý cíl hodnotil vliv a přínos poskytnuté péče rodičům během hospitalizace s dítětem. Třetím cílem bylo zjistit způsob a obsah edukačního procesu rodičů v průběhu hospitalizace s dítětem. Čtvrtý cíl měl identifikovat faktory ovlivňující uspokojení potřeb rodičů v souvislosti s hospitalizací jejich dítěte a možnost jejich minimalizace. Poslední cíl na základě zjištěných výsledků poukazuje na možnosti zkvalitnění ošetrovatelského managementu ve sledovaných zdravotnických zařízeních, poskytujících péči rodičům dětí s onemocněním pohybového aparátu.

Před výzkumným šetřením byly stanoveny ještě následující výzkumné otázky. První výzkumná otázka měla odpovědět na to, co je nejvíce zatěžující pro rodiče hospitalizovaných dětí po ortopedických výkonech a operacích. Druhá výzkumná otázka měla přinést odpověď na to, jakým způsobem je intervenováno na problémy určenými rodiči v průběhu hospitalizace s dítětem po ortopedických výkonech a operacích. Třetí výzkumná otázka zkoumala, jak rodina vnímá způsob a obsah podávaných informací. Další, v pořadí již čtvrtá výzkumná otázka, měla zjistit, které konkrétní faktory se podílí, ovlivňují nebo brání rodičům uspokojit své potřeby v souvislosti s péčí o jejich dítě. Pátá výzkumná otázka měla přinést odpověď na to, zda má sestra možnost uspokojit psycho-sociální potřeby rodičů v průběhu hospitalizace s dítětem po ortopedických výkonech, operacích a jak. Šestá výzkumná otázka měla přinést odpověď na to, jakým způsobem vyjadřuje rodina jistotu a důvěru v ošetřující personál v průběhu hospitalizace s dítětem po ortopedických výkonech a operacích. Předposlední sedmá výzkumná otázka měla přinést odpověď na to, jaké existují možnosti intervencí poskytované sestrami pro efektivní navázání důvěry, jistoty, pro podporu rodičů v průběhu hospitalizace s dítětem po ortopedických výkonech a operacích. Poslední osmou výzkumnou otázkou jsem se snažila získat odpověď na to,

jak je před propuštěním začleněna činnost sestry na následnou péči z ošetrovatelského pohledu u rodičů dětí po ortopedických výkonech a operacích.

K získání odpovědí na výzkumné otázky byla použita metoda dotazování, technikou sběru dat byl strukturovaný rozhovor, který měl předem vytvořené otevřené otázky. Všechny rozhovory probíhaly od května do června letošního roku. Výzkumný soubor kvalitativního šetření této diplomové práce tvořilo celkem 11 respondentů z původních 12 zamýšlených. 6 mělo být rodičů respondentů a 6 respondentů měly tvořit sestry.

První soubor tvořilo 6 vybraných rodičů respondentů, kteří byli ochotni spolupracovat. 3x odpovídali rodiče dětí s onemocněním PEC a 3x rodiče dětí s VVK. Čtyři rozhovory s rodiči proběhly v domácím prostředí, jeden rozhovor byl uskutečněn v nemocnici, jeden probíhal v zaměstnání dotazované respondentky. Všichni tito respondenti souhlasili s nahráváním svých odpovědí na diktafon za jediné podmínky, aby byla dodržena anonymita. Musím konstatovat, že se všemi rodiči se mi pracovalo velmi dobře, všichni byli velice vstřícní a komunikativní.

Druhým souborem bylo jen pět sester pracujících s rodiči nemocných dětí. Původním záměrem práce bylo oslovit a kvalitativní šetření provést mezi sestrami z různých nemocnic Jihočeského kraje. Bohužel distrakční léčbou u kyčelní dysplázie nebo operativou PEC (perkutánní tenotomie Achillovy šlachy) se v Jihočeském kraji skutečně zabývají pouze dvě pracoviště – České Budějovice a Prachatice. Na ostatních pracovištích probíhá konzervativní terapie léčby kyčelní dysplázie jen za použití Frejkovy peřinky a Pavlíkových třmenů, PEC bývá léčeno cvičením, vyvazováním, popřípadě sádrami. V ostatních případech jsou děti odesílány k léčbě na vyšší pracoviště. Začala jsem tedy telefonicky nebo e-mailem kontaktovat vrchní sestry ortopedických klinik a oddělení z různých nemocnic v České republice. Snažila jsem se najít v daném vybraném zdravotnickém zařízení vždy jednu vhodnou sestru respondentku. Většina e-mailem oslovených vrchních sester mi obratem odpovídala (kladně i záporně). Záporné odpovědi se týkaly zejména toho, že se danou problematikou na vybraných odděleních nezabývají, popřípadě VVK řeší pouze Frejkovo peřinkou nebo Pavlíkovými třmeny, PEC pouze sádrováním, nikoliv operačně.

Po několika úspěšně navázaných kontaktech se zdravotnickými institucemi jsem byla v některých případech odkázána též na manažerku ošetrovatelské péče nemocnice - hlavní sestru. Tyto jsem také oslovila e-mailem. Bohužel ne vždy mi bylo odpovězeno. Okruh sester respondentek oslovených nemocnic se neustále zužoval. Dalším velkým problémem bylo plánování rozhovorů. Ve všech případech byl čas rozhovoru s konkrétní sestrou navržen v dopoledních hodinách pracovních dnů. V tuto dobu jsem rozhovory provádět nemohla. Mé možnosti spočívaly pouze v odpoledních hodinách pracovních dnů nebo ve dnech pracovního volna. Z tohoto závažného důvodu jsem přistoupila ke konzultaci s vedoucím mé diplomové práce. Rozhovory se sestrami tvář v tvář byly přehodnoceny a vedeny pouze písemnou formou odpovědí na otázky elektronickou cestou, přestože původní myšlenka a snaha směřovala k tomu se osobně setkat. Velkým zklamáním pro mne bylo i to, jak moc je těžké najít mezi mnoha nemocnicemi v České republice 6 vhodných sester respondentek, které by mohly přispět svými odpověďmi týkajícími se dané problematiky a které by byly ochotné komunikovat. Některé kolegyně, které původně přislíbily svoji účast na písemných odpovědích, nakonec neodpověděly, jiné popřípadě již nereagovaly na mé doplňující dotazy. Na druhé straně chápu, že účast sester v empirické části mé diplomové práce byla dobrovolná, nebyla vázána povinností odpovídat. Naopak velmi si vážím všech sester, které byly vstřícné a odpověděly. Za to jim patří mé poděkování.

Rozhovory s rodiči respondenty byly vedeny čtyřmi otevřenými otázkami s několika podotázkami. Tyto jsou zpracovány do tabulek 1 – 10, včetně grafů 1 – 3. Otázky pro rodiče byly svým obsahem zaměřeny na prožívání, potřeby a emoce rodičů, na změnu dosavadního způsobu života po sdělení diagnózy, na problémy související s péčí o nemocné dítě, na množství a obsah podávaných informací rodičům, na reakce ošetřujícího personálu vůči potřebám, emocím a přáním rodičů. Tabulka 1 znázorňuje reakce jednotlivých rodičů (matek) na sdělení diagnózy svého dítěte včetně osoby, která pomohla a byla oporou. Tabulka 2 se zabývá konkrétními problémy, které se vyskytly v nemocnici nebo v domácí péči u jednotlivých rodičů respondentů. Tabulka 3 poukazuje na obsah a kvalitu podávaných informací z pohledu rodičů včetně zdroje, kterým byly informace získávány. V tabulce 4 rodiče hodnotí kladné a záporné reakce

ošetřujícího personálu na jejich potřeby, dotazy a emoce. Graf 1 znázorňuje délku hospitalizace vzhledem k základní diagnóze dítěte včetně typu dětské kliniky. Graf 2 hodnotí rodinný stav matek, respektive ukazuje na možnost opory v jejich partnerovi. Graf 3 prezentuje počet a věk dětí jednotlivých matek respondentek a poukazuje tak na náročnost situace, která nastává pro rodinu v době hospitalizace matky s léčícím se dítětem. Písemné výpovědi sester respondentek, ke kterým byly vytvořeny tři základní otevřené otázky s podotázkami, jsou zpracovány do tabulek 11 – 17. Otázky směřující k sestřím se týkaly jejich reakcí na potřeby a přání rodiny, na získávání důvěry rodičů, jejich spolupráce s ošetrovatelským týmem, na roli, kterou samy sestry zaujímají v edukačním procesu. Tabulka 11 znázorňuje reakce sester na potřeby a přání rodiny, co rodiče trápí z pohledu sester. Tabulka 12 se zabývá požadavky kladenými na sestry pro navázání důvěry a spolupráce. Tabulka 13 poukazuje na roli sester v edukaci.

Dle výsledků šetření znázorněných v tabulce 5, která podává podrobný přehled o prožitcích a problémech matek respondentek, je nejčastější *šok, pláč, změna způsobu života*. Špatenková (51) uvádí ve své knize „Krizy - psychologický a sociologický fenomén“ existenci jisté shody adaptace na krizovou situaci probíhající ve fázích známého modelu Kübler-Rossové, kdy první fází je právě šok, který jedinci prožívají. Nejen ztráta blízkého člověka nebo střetnutí se s nevléčitelnou nemocí je takto prožíváno. Všechny dotazované matky respondentky prožívaly šok ze sdělené diagnózy svého dítěte (popřípadě z délky či způsobu léčby), následně reagovaly pláčem. Tento fakt dokazuje, že nikdo z nás není připraven přijímat nepříjemné a bolestivé, a že nemoc dítěte je pro rodiče krizovou životní situací. Autorka Vágnerová (55) se ve své knize „Vývojová psychologie“ vyjadřuje k rodičovství, které samo o sobě vyžaduje určitou změnu způsobu života. Tato změna je pro rodiče o to těžší, pokud se u jejich dítěte vyskytne nějaký zdravotní problém, který s sebou nese jistá omezení. Také autoři Dařílková (4), Křivohlavý (27), Špatenková (51) nebo Zacharová, Hermanová a Šrámková (63) se shodují v tom, že nemoc v rodině (v našem případě nemoc dítěte) výrazně narušuje obvyklý způsob života a běžné fungování celé rodiny. Mění se též systém sociálních rolí a pozic včetně dělby práce. V duchu této myšlenky se vyjadřovaly ve svých výpovědích během probíhajících rozhovorů také všechny matky



respondentky. Nemoc vytváří tíseň, působí stres a je pro člověka i jeho rodinu složitou životní situací, se kterou je potřeba se nějakým způsobem vyrovnat. Vždy představuje výraznou emocionální, sociální a ekonomickou zátěž. I tato myšlenka výše zmiňovaných autorů několikrát zazněla a modifikovaně byla uváděna ve výpovědích dotazovaných matek respondentek. V tabulce 5 je tato zátěž zahrnuta v kategoriích psychický a sociální problém. S tímto plně souvisí též grafy 1 a 3. Tabulka 6 podrobně informuje o možnosti opory matkám respondentkám, z nichž nejčastější je *manžel/přítel*, potom *rodiče*. Na oporu v partnerovi poukazuje též graf 2. Autoři Křivohlavý (26, 29) a Praško (41) popisují několik strategií, které je možno použít ke zvládnutí zátěžových situací a životních těžkostí. Mezi jednu z nich patří právě hledání sociální opory, kterou je pomoc od druhých lidí, od rodiny či přátel. Jsem toho názoru, že rodina je stále pro většinu lidí místem zázemí, „přístavem v bouři“ a domovem, kam se člověk rád vrací. Tabulka 7 podrobně informuje o problémech, které se vyskytovaly u matek respondentek během hospitalizace nebo v domácí péči. Nejčastěji uváděným problémem maminek byl *způsob léčby, péče a neuspokojená potřeba velmi blízkého kontaktu s dítětem*. Dále maminky trápila *samotná hospitalizace/nemocniční prostředí, neuspokojená potřeba odpočinku a spánku, nepohoda a vyčerpání*. V polovině případů byla pro matky respondentky problémem *délka hospitalizace* (u všech matek majících děti s onemocněním VVK), *ztráta soukromí, kojení, i zabezpečení samotného chodu domácnosti*. O tom, že hospitalizace, bez ohledu na nemoc, je vážnou změnou ve způsobu života, kterou rodiče prožívají nepříjemně (cizí prostředí, nedostatek a narušené soukromí, omezení kontaktu s ostatními členy rodiny, nemocniční řád, společné sociální zařízení a další), pojednává i autorka Mastiliaková (33). Zátěž v podobě délky hospitalizace je prezentována v grafu 1. V tabulce 8 je uváděn podrobný přehled zdrojů, kterými byly informace o daném onemocnění dítěte a péči s tím spojené získávány. Ve všech případech to byl *ošetřující personál* (sestra, lékař) a *internet*. Tato skutečnost nasvědčuje tomu, že ošetřující personál patří a měl by být nadále prioritním zdrojem v podávání informací. Otázkou zůstává, jakým způsobem a v jakém množství byly tyto informace rodičům předávány, zda vyhledávání jiných zdrojů informací bylo podmíněno touhou rodičů se o problému

co nejvíce a co nejdříve dozvědět, nebo zda došlo k určitému selhání v procesu komunikace a edukace. Na tuto otázku nám přináší odpověď tabulka 9, která podrobně demonstruje kvalitu a kvantitu podávaných informací z pohledu matek respondentek, případně prvky, které mohly příjem získávaných informací nějakým způsobem ovlivnit. Za závažné považují vyjádření matek respondentek o tom, že ve všech případech jim chyběl *informačně-edukační materiál* (informace „od A do Z“, sled jednotlivých kroků v léčení a ošetřování apod.). Polovině matek respondentek *chyběla* také *představa* (vidět, jak vypadá trakce, spika), *některé informace a dostatek informací na počátku léčení*. Polovina matek respondentek cítila, že *nebyly schopny vnímat a vstřebat prvotní informace*. Jako důvod uváděly šok ze sdělené diagnózy, z délky a způsobu léčby, z velkého množství nových informací sdělených najednou během prvního kontaktu s diagnózou dítěte. Dostatek adekvátních informací patří k základním potřebám každého člověka. Autorky Zacharová, Hermanová a Šrámková (63) uvádějí, že dostatek informací o léčebném a ošetrovatelském postupu přispívá též ke klidu a získání rodičů ke spolupráci. Nesmírně důležité je také samotné sdělování informací, má svá pravidla a neobejde se bez efektivní komunikace. Základem komunikace je myslet, říkat, slyšet a rozumět. Na tom se shodují také například autoři Havlík a Vurm (16), Janáčková a Pavlát (19), Jobánková (20) nebo Špatenková a Králová (50). Z toho vyplývá, že nestačí pouze mluvit, předat rodičům nějaké informace. Je potřeba rozhodnout, kdy tyto informace sdělit, vybrat vhodné místo k jejich sdělování, zvolit množství a druh informací, umět informace co nejlépe podat, aby dotyčný rodič informaci správně přijal a pochopil. Na některé problémy v poskytování informací upozornily samy matky respondentky během rozhovorů. Špatenková a Králová (50), Venglářová a Mahrová (56), Zacharová, Hermanová a Šrámková (63) podotýkají, že sestra by nikdy neměla zapomínat na zpětnou vazbu, kterou se přesvědčí, zda pacient/rodiče získanou informaci správně pochopili. Tabulka 10 podrobně hodnotí reakce ošetřujícího personálu na prožívání rodičů (na jejich emoce, potřeby a dotazy). Jako nejčastěji uváděná byla snaha ošetřujícího personálu *pomoci uspokojit přání a potřebu*. Matky respondentky například uváděly, že i přes nepřízeň stavebního uspořádání staré dětské kliniky jim bylo vyhověno v případě možnosti volného lůžka na jiném pokoji, aby si mohly

odpočinout a vyspat se. *Kladně byl hodnocen přístup většiny sester. Velkou oporou pro všechny matky respondentky* byla na dětském i ortopedickém oddělení *vždy sestra*, pro čtyři z nich to byli též lékaři. Domnívám se, že tato skutečnost může souviset i s tím, že právě *sestra* nejvíce naslouchá přáním a steskům pacientů, tráví s nimi nejvíce času a je v úzkém kontaktu i s jejich rodinou. Myslím si, že sdělená opora a důvěra v sestru dokazuje také měnící se myšlení ošetřujícího personálu v duchu filozofie holismu. Součástí etického přístupu k pacientovi je právě filozofie celistvosti, kdy prioritou zůstává člověk jako lidská bytost se všemi svými potřebami. Holistická ošetrovatelská péče akceptuje práva pacientů a neoddělitelnost psychiky od tělesné stránky, tak jak je to uváděno v literatuře autorů Kutnohorská (30), Mastiliaková (33), Pavlíková (37), Škrļa a Škrlová (49) nebo Trachtová (54). V procesu uzdravování dítěte nepochybně nesmíme zapomínat ani na jeho doprovod - rodiče. Je nutné neustále motivovat rodiče ke spolupráci, opakovaně je povzbuzovat, psychicky podporovat, eliminovat nežádoucí negativní pocity strachu, úzkosti, obav, beznaděje. Strach i úzkost jsou autory Cimický (2), Křivohlavý (28, 29) nebo Praško (41) popisovány jako silně emočně zabarvené a nepříjemné prožitky vyrůstající z pocitu ohrožení. Přestože jsou přirozenou lidskou reakcí na těžké situace a chrání organismus před nebezpečím, mohou mít při dlouhodobém působení destruktivní vliv na zdraví. Naléhavou potřebou rodičů je navrácení zdraví u jejich dítěte, zbavení pocitu strachu a úzkosti rodičů. Ti jsou často omezeni také v řadě činností (omezen kontakt s rodinou, přáteli, omezené soukromí). To dokazují i výpovědi matek respondentek. Z tohoto důvodu je velmi vhodné mapovat strach, úzkost, obavy rodičů pozorováním a vhodně vedeným rozhovorem, mít na paměti, že rodina potřebuje sociální kontakt, porozumění, pochopení, pomoc, pocit bezpečí a jistoty, přiměřenou dávku soukromí. Veškerá omezení v této oblasti vedou k pocitům nejistoty, vyvolávají smutek, neklid, zklamání, strach, úzkost, podrážděnost a další. Sestra by měla provádět všechny dostupné intervence k eliminaci negativně působících jevů, např. svojí přítomností, trpělivostí, vlídností, klidem, dobře vedeným rozhovorem, zajištěním dostatku informací ve spolupráci s lékařem, které snižují strach i úzkost z budoucnosti, zajištěním podpory a pomoci ostatních členů multidisciplinárního týmu (psycholog, psychoterapeut), jak uvádějí autoři Jobánková

(20), Praško (41), Richards a Edwards (43) nebo Zacharová, Hermanová a Šrámková (63). Na základě výsledků šetření zjištěných v této diplomové práci s tímto tvrzením naprosto souhlasím. Výše uvedené shrnuje i tvrzení autorů Křivohlavý (29) a Trachtová (54), že potřeba bezpečí a jistoty patří k základním potřebám člověka (vyvarovat se ohrožení a nebezpečí, touha po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti, stabilita rodinného zázemí, poskytování kvalitní zdravotní péče a ošetření). Pětí matkami respondentkami byl kladně hodnocen také *přístup lékařů. Podávání informací* od ošetřujícího personálu (sestry i lékaři) maminkám bylo ve čtyřech případech hodnoceno kladně, ale zároveň bohužel také negativně. Otázkou, která mě v této souvislosti napadá, je, jaký podíl má sestra na podávání informací matkám respondentkám, které byly matkami hodnoceny negativně, a jakou měrou sestra přispěla v porovnání s lékaři. Tento pohled byl globální a zahrnoval dohromady všechny sestry i lékaře. K pozitivním reakcím uvádím heslovitě několik slov matek respondentek: například „hezký a lidský“ přístup sestry, „empatický, vstřícný, ohleduplný, taktní“ personál, „příjemné“ vystupování, některé sestřičky „andělé“, oporou „klidná, pozitivní“ sestra, sestry oporou, „důvěra k sestře“, nejbližší sestry, empatie, podpora od personálu, trpělivost, „lidská, hodná, komunikující“ nebo „milá, uklidňující“ sestra. K negativním reakcím ošetřujícího personálu jsem zahrnula následující z výpovědí matek respondentek, které to v danou chvíli takto vnímaly, cítily a prožívaly: podávání a chybění některých informací, chybí aktivní nabídka psychologa, někdy chybí „empatie, psychická opora, naděje, povzbuzení“, „lidské pohlazení po duši“, někdy chyběla komunikace s ošetřujícím personálem.

Dle výsledků šetření znázorněných v tabulce 14, která podává podrobný přehled o problémech rodičů z pohledu sester, jsou třemi sestrami respondentkami nejčastěji uváděny *komplikace*, dvě sestry respondentky uvedly *nedostatek informací, diagnóza a zdravotní stav dítěte, dlouhodobá léčba a odloučení*. Opět lze apelovat na shodu s výše uváděnými autory, kteří se zabývali komunikací, strachem a úzkostí, uspokojováním potřeb, zejména potřeby bezpečí a jistoty. Ošetřovatelská péče probíhá v procesu, úkolem sestry je pozorně sledovat, naslouchat, všimnout si všech signálů, aktivně pátrat, vyhledávat, reagovat a pomáhat uspokojovat všechny potřeby nejen nemocných dětí, ale

také jejich rodičů. V ošetrovatelské péči se setkáváme s velkým množstvím a různým spektrem ošetrovatelských diagnóz, o kterých se zmiňuje ve své knize „Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách“ i autorka Marečková (32). Dovolím si citovat ty nejčastější, se kterými se sestry setkávají ve své praxi při péči o rodiče malých pacientů: „strach“ z komplikací, „úzkost“, „nedostatek informací“ nebo „riziko osamělosti/sociální izolace“ z důvodu dlouhodobé léčby a odloučení, o kterých se sestry respondentky zmiňovaly. Tabulka 15 podrobně informuje o reakcích a intervencích sester na potřeby a přání rodičů. K těm nejčastějším patří *pomoc s péčí o dítě, podávání informací o péči*. Dále pak *naslouchání, vybízení ke spolupráci, kontrola zpětné vazby* nebo *opakování informací* a další. Tabulka 16 podrobně hodnotí ošetrovatelské intervence, které sestry provádějí k získání důvěry a spolupráce rodičů. Mezi nejčastějšími bylo uváděno: *příjemné vystupování a úsměv, podávání informací, motivace ke spolupráci, empatie a citlivý přístup k dětem i rodičům, komunikace s dětmi a rodiči*, i mnoho dalších v menším počtu zastoupených. I tady bych se opět ráda vrátila ke všem zmiňovaným autorům, kteří pojednávali o potřebách lidí a o komunikaci mezi lidmi ve zdravotnictví. Společně s výpověďmi sester respondentek a s autorkami Špatenková a Králová (50), Venglářová a Mahrová (56), Zacharová, Hermanová a Šrámková (63) bych se zastavila u efektivní komunikace, pomocí které lze vybudovat dobrý vztah mezi sestrou a rodiči. Sestra musí umět komunikovat, je to součástí její odborné kompetence. Důležité je nejen slyšet, ale i umět naslouchat. Správná komunikace umožňuje získat rodiče ke spolupráci v péči, vede k adekvátní týmové spolupráci. Komunikace se stává klíčovou pro sestru, je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Obsah komunikace je zaměřen na potřeby dětí a rodičů, na jejich uspokojování. Na tom se také shodují i autoři Grohar-Murray (13), Kutnohorská (30) nebo Workman (58). Velmi mě potěšilo, že se v písemných výpovědích sester nezapomnělo ani na úsměv a upravenost sester, protože vzhled a úprava zevnějšku je specifickou formou neverbální komunikace, úsměv patří do oblasti komunikace mimikou. Rodiče velmi citlivě vnímají neverbální komunikaci sestry, všímají si více toho, co sestra dělá, jak se chová, než co říká. Toto tvrzení dokládají i autorky Jobánková(20), Pokorná (38), Špatenková a Králová (50) nebo Workman (58). Ráda

bych se v těchto místech diskuze zmínila o citátu neznámého autora. Zarámován zdobí místnost jednoho pracoviště. Tento citát pojednává o mocné léčivé síle úsměvu. „Co je to úsměv? Nestojí nic a vynáší mnoho. Obohacuje toho, kdo ho přijímá, aniž by ochuzoval toho, kdo jej daruje. Trvá chvíli, ale vzpomínka na něj bývá stálá. Nikdo není tak bohatý, aby se bez něj obešel. A nikdo není tak chudý, aby ho nemohl darovat. Úsměv vytváří v domově štěstí, ve starostech je oporou, citlivým znamením přátelství. V únavě přináší odpočinek, ve znechucení vrací odvahu. V zármutku je útechou a pro každou bolest přirozeným lékem. Je dobře, že si ho nelze koupit, ani půjčit, ani ukrást, protože má hodnotu okamžiku, kdy je darován. A kdybys potkal někoho, kdo by neměl pro tebe úsměv, ačkoliv na něj čekáš, buď velkodušný a oblaž ho svým úsměvem, protože nikdo tak nepotřebuje úsměv, jako ten, kdo ho nemá pro druhé...“

Tabulka 17 uvádí podrobný přehled ošetrovatelských intervencí důležitých pro oblast edukace. Sestry respondentky uváděly velký podíl sester na edukaci rodičů. Všechny dotazované sestry se určitým způsobem podílí na výchově a vzdělávání rodičů nemocných dětí. Nedílnou součástí procesu edukace pro všechny sestry je *komunikace*. Tuto skutečnost shodně potvrzují také autorky Juřeníková (21), Magurová a Majerníková (31). Sestry respondentky volí *různé druhy edukačních metod*, používají dostupný *informačně-edukační materiál* a *pomůcky* k edukaci. Žádná z nich nezapomíná na *zpětnou vazbu*.

Ze zjištěných výsledků by bylo možné na první výzkumnou otázku „Co je nejvíce zatěžující pro rodiče hospitalizovaných se svými dětmi po ortopedických výkonech a operacích?“ odpovědět takto: *Nejvíce zatěžující pro rodiče hospitalizované se svými dětmi je způsob léčby, ošetrovatelská péče a neuspokojená potřeba velmi blízkého kontaktu s dítětem, která vzniká z důvodu různých omezení během léčení. Pro rodiče je náročná již samotná hospitalizace (jak v poměrně krátké době zabezpečit chod domácnosti, péči o druhé dítě, zatěžující byla délka hospitalizace, nemocniční prostředí, ztráta nebo omezení soukromí). Velmi často se rodiče cítí vyčerpaní, hůře uspokojují potřebu odpočinku a spánku, trápí je nedostatky v získávání informací. Všechny tyto problémy se různě prolínají od počátku léčení, přes hospitalizaci až po domácí péči, obecně do doby, po kterou trvá nějaké omezení.*

Na základě dalších výsledků by se dalo na druhou výzkumnou otázku „Jakým způsobem je intervenováno na problémy určenými rodiči v průběhu hospitalizace s dítětem po ortopedických výkonech a operacích?“ odpovědět následovně: *Rodičům je pomáháno uspokojit jejich přání a potřeby. Všechny matky respondentky uváděly podávání informací ošetřujícím personálem. V některých případech nebyly tyto informace zcela kompletní. Někdy rodičům chybělo více podpory a povzbuzení, častější komunikace s personálem. Přesto byl přístup ošetřujícího personálu celkově hodnocen kladně, zejména přístup sestry. Dotazované sestry intervenují na potřeby a přání rodičů nejčastěji nasloucháním, komunikací s rodiči včetně podávání informací o péči v rámci své kompetence (s kontrolou a zpětnou vazbou), nabídkou pomoci s péčí o dítě, vybízením rodičů ke spolupráci.*

Na třetí výzkumnou otázku „Jak rodina vnímá způsob a obsah podávaných informací?“ je možno odpovědět následovně na základě zjištěných výsledků: *Ve všech případech rodičům chyběl informačně-edukační materiál. Matkám respondentkám chyběla představa (nejen informace slyšet, ale mít možnost i vidět). Polovina z nich nebyla schopna vnímat a vstřebat prvotní informace. To by mohlo být i důvodem nedostatku informací na počátku léčení. V některých případech nebyly informace kompletní, matky uváděly chybění některých informací.*

Z dalších zjištěných výsledků by bylo možné na čtvrtou výzkumnou otázku „Které konkrétní faktory se podílí, ovlivňují nebo brání rodičům uspokojit své potřeby v souvislosti s péčí o jejich dítě?“ odpovědět takto: *Na uspokojování potřeb rodičů se podílí míra jejich informovanosti (o péči a léčení), způsob a délka omezení (hospitalizace a její délka, způsob léčení, např. trakce, sádrová spika, sádry, Dennis-Brownův aparát), úzkost a strach rodičů o své dítě (neuspokojená potřeba bezpečí a jistoty), nedostatek psychické opory a podpory od okolí (rodiny, ošetřujícího personálu), narušené soukromí a integrita rodiny z důvodu vzniku náročné životní situace, samotný průběh procesu adaptace rodičů probíhající ve fázích podle modelu Kübler-Rossové.*

Na základě dalších výsledků by se dalo na pátou výzkumnou otázku „Má sestra možnost uspokojit psycho-sociální potřeby rodičů v průběhu hospitalizace s dítětem

po ortopedických výkonech, operacích a jak?“ odpovědět následovně: *Stavební uspořádání budovy nebo finanční otázky rodičů sestru nevyřeší. Co však pro rodiče udělat může, je čas, který jim bude věnovat, způsob, jak s nimi bude komunikovat, jak bude k rodičům, ale i jejich dětem, přistupovat. Důležité je příjemné vystupování, úsměv, naslouchání, empatický, vstřícný, ohleduplný, lidský, citlivý přístup k rodičům i dětem. Důležitá je trpělivost sester, nefalšovaný zájem o děti a jejich rodiče, individuální přístup ke každému z nich. Nezbytná je psychická podpora rodičů, komunikace s nimi po celou dobu léčení a uzdravování jejich dítěte. Nikdy by neměl chybět čas na rozhovor s rodiči, pochvala, povzbuzení, naděje. Samozřejmostí by mělo být průběžné podávání informací o péči v rámci své kompetence, jejich opakování, prověření zpětné vazby. Je potřebné dát rodičům prostor na dotazy, aktivně nabídnout svoji pomoc v případě potřeby, zajistit rodině maximální možné soukromí. Další možnou cestou za uspokojením psycho-sociálních potřeb rodičů je spolupráce s ostatními členy multidisciplinárního týmu (psycholog, dobrovolník, sociální pracovník).*

Na šestou výzkumnou otázku „Jakým způsobem vyjadřuje rodina jistotu a důvěru v ošetřující personál v průběhu hospitalizace s dítětem po ortopedických výkonech a operacích?“ je možno odpovědět následovně na základě zjištěných výsledků: *Rodiče ve většině případů sdělovali ošetřujícímu personálu své potřeby a přání, aktivně se podíleli na péči a uzdravování dítěte svojí spoluprací s ošetřujícím personálem, nechali se vést doporučením a radami personálu. Ve všech případech uvedly matky respondentky jako oporu sestru, některé též přímo verbálně sdělovaly důvěru k ošetřujícímu personálu.*

Z dalších zjištěných výsledků by bylo možné na sedmou výzkumnou otázku „Jaké existují možnosti intervencí poskytované sestrami pro efektivní navázání důvěry, jistoty, pro podporu rodičů v průběhu hospitalizace s dítětem po ortopedických výkonech a operacích?“ odpovědět takto: *Sestra má možnost získat důvěru, spoluprací rodičů, má možnost rodiče podporovat prostřednictvím následujících intervencí: příjemným vystupováním, úsměvem, svojí profesionalitou, upraveností, způsobem podávání informací, motivací ke spolupráci, pochvalou, vstřícností, empatií, citlivým*



*přístupem k dětem i rodičům, nasloucháním, komunikací s rodiči i v týmu, řešením přání, potřeb a problémů rodiny, individuálním přístupem, trpělivostí, zájmem o děti a rodiče, laskavým humorem, pomocí s péčí o dítě, vytvořením vhodného prostředí, neustálým kontaktem s matkou a dítětem a další.*

Na poslední osmou výzkumnou otázku „Jak je začleněna činnost sestry před propuštěním na problematiku následné péče z ošetrovatelského pohledu u rodičů dětí po ortopedických výkonech a operacích?“ je možno odpovědět následovně na základě zjištěných výsledků: *Sestry se podílejí na edukaci rodičů komunikací, používají didaktické pomůcky, instruktáž, demonstraci, zpětnou vazbu, vysvětlují, objasňují, chválí, opakují, pomáhají. Někde je využíván také informačně-edukační materiál, v jednom zařízení plánují zavedení ošetrovatelského standardu pro edukaci do praxe.*

Na základě těchto získaných výsledků jsem vytvořila vlastní model zaměřený na matku, otce a dítě (příloha č. 13). Věk, temperament, mentální schopnosti, sociální inteligence, empatie, kultura, víra, zkušenosti, sebedůvěra, sebehodnocení, představy a očekávání jsou konstanty dané, relativně stálé, se kterými rodič i dítě přichází a vstupuje do procesu ošetřování a péče. Na všechny tyto jedince procesu působí určité stresory. Každý jedinec individuálně prožívá danou situaci. Potřebuje též nějakou kompenzaci, množství a druh podpory a pomoci okolí, aby se s novou situací vyrovnal. Čím větší a silnější bude pomoc a podpora, tím snazší bude proces adaptace rodiny na zátěž, stabilita, důvěra a spokojenost rodičů i dítěte. Toto tvrzení je shrnuto v myšlenkové mapě (příloha č. 14). Žádoucím výsledkem ošetrovatelské péče (pomoci a podpory) je snaha o rovnováhu jedince.

Na základě výsledků zjištěných o kvantitě a kvalitě podávaných informací jsem vypracovala tři informační brožury pro rodiče týkající se onemocnění a péče s tím spojené u diagnóz pes equinovarus congenitus, kyčelní dysplazie a její prevence (příloha č. 15).

## 6. ZÁVĚR

V diplomové práci s názvem Problematika edukace rodičů dětí s onemocněním pohybového aparátu jsem se orientovala na problémy rodičů souvisejících s adaptací na onemocnění jejich dítěte či s hospitalizací, na překážky bránící rodičům uspokojit své potřeby, jak vnímají způsob a obsah podávaných informací. Součástí této problematiky byl pohled sester na edukaci, jejich podíl při výchově a vzdělávání rodičů, se kterými se ve své praxi setkávají.

V práci bylo stanoveno pět cílů. První z nich si kladl za úkol zmapovat oblast edukace pro rodiče dětí s určitým onemocněním pohybového aparátu, konkrétně s onemocněním pes equinovarus congenitus a s dysplazií kyčelních kloubů. Druhým cílem bylo zhodnotit vliv a přínos poskytnuté péče rodičům během hospitalizace s dítětem. Třetím cílem bylo zjistit způsob a obsah edukačního procesu rodičů v průběhu hospitalizace s dítětem. Čtvrtým cílem bylo identifikovat faktory ovlivňující uspokojení potřeb rodičů v souvislosti s hospitalizací jejich dítěte a možnost jejich minimalizace. Posledním cílem bylo na základě zjištěných výsledků poukázat na možnosti zkvalitnění ošetrovatelského managementu ve sledovaných zdravotnických zařízeních poskytujících péči rodičům dětí s onemocněním pohybového aparátu. Všechny cíle této práce byly naplněny.

Pomocí tohoto kvalitativního šetření jsem hledala odpovědi na osm stanovených výzkumných otázek: 1. Co je nejvíce zatěžující pro rodiče hospitalizovaných se svými dětmi po ortopedických výkonech a operacích? 2. Jakým způsobem je intervenováno na problémy určenými rodiči v průběhu hospitalizace s dítětem po ortopedických výkonech a operacích? 3. Jak rodina vnímá způsob a obsah podávaných informací? 4. Které konkrétní faktory se podílí, ovlivňují nebo brání rodičům uspokojit své potřeby v souvislosti s péčí o jejich dítě? 5. Má sestra možnost uspokojit psycho-sociální potřeby rodičů v průběhu hospitalizace s dítětem po ortopedických výkonech, operacích a jak? 6. Jakým způsobem vyjadřuje rodina jistotu a důvěru v ošetřující personál v průběhu hospitalizace s dítětem po ortopedických výkonech a operacích? 7. Jaké existují možnosti intervencí poskytované sestrami pro efektivní navázání důvěry, jistoty, pro podporu rodičů v průběhu hospitalizace s dítětem po ortopedických

výkonech a operacích? 8. Jak je začleněna činnost sestry před propuštěním na problematiku následné péče z ošetřovatelského pohledu u rodičů dětí po ortopedických výkonech a operacích?

K realizaci kvalitativního šetření jsem použila metodu dotazování, technikou sběru dat byl strukturovaný rozhovor s předem vytvořenými otevřenými otázkami. Otázky pro rodiče byly svým obsahem zaměřeny na prožívání, potřeby a emoce rodičů, na změnu dosavadního způsobu života po sdělení diagnózy, na problémy související s péčí o nemocné dítě, na množství a obsah podávaných informací rodičům, na reakce ošetřujícího personálu vůči potřebám, emocím a přáním rodičů. Otázky směřující k sestram se týkaly jejich reakcí na potřeby a přání rodiny, na získávání důvěry rodičů, jejich spolupráce s ošetřovatelským týmem, jakou roli zaujímají samy sestry v edukačním procesu. Ze závažných důvodů bylo nakonec ustoupeno od osobního setkání a rozhovorů tváří v tvář se sestrami respondentkami. Jejich odpovědi byly uváděny formou písemných výpovědí. Výsledky rozhovorů a písemných výpovědí byly zpracovány do tabulek a vyhodnoceny metodou rámcové analýzy.

Na základě analýz jednotlivých rozhovorů s rodiči respondenty a písemných výpovědí sester bylo k *první výzkumné otázce* zjištěno, že nejvíce zatěžující pro rodiče je způsob léčby, hospitalizace a její délka, ošetřovatelská péče, neuspokojená potřeba velmi blízkého kontaktu s dítětem z důvodu různých omezení během léčení, trápí je též nedostatky v získávání informací. Na *druhou výzkumnou otázku* lze stručně odpovědět, že na problémy určenými rodiči je ošetřujícím personálem intervenováno. Rodičům je pomáháno uspokojit jejich přání a potřeby, dostávají informace v průběhu léčení. V některých případech však tyto informace nejsou zcela kompletní. Někdy rodičům chybí více podpory a povzbuzení, častější komunikace s ošetřujícím personálem. Dotazované sestry intervenují na potřeby a přání rodičů nejčastěji nasloucháním, komunikací s rodiči včetně podávání informací o péči v rámci své kompetence, nabídkou pomoci s péčí o dítě, vybízením rodičů ke spolupráci. Z výsledků vyplývá i odpověď na *třetí výzkumnou otázku*, jak rodina vnímá podávané informace. Ve všech případech rodičům chyběl informačně-edukační materiál, chyběla představa (nejen informace slyšet, ale mít možnost i vidět). Polovina z nich nebyla schopna vnímat a

vstřebat prvotní informace z důvodu šoku na počátku léčení. V některých případech nebyly informace kompletní. Z dalších výsledků šetření je možno odpovědět i na *čtvrtou výzkumnou otázku*, které konkrétní faktory ovlivňují a brání rodičům uspokojit své potřeby. Na uspokojování potřeb rodičů se podílí míra jejich informovanosti o péči a léčení, způsob a délka omezení, strach rodičů o své dítě, narušené soukromí a integrita rodiny, popřípadě nedostatek psychické opory a podpory od okolí. Dále je z výsledků šetření patrná odpověď na *pátou výzkumnou otázku*, zda má sestra možnost uspokojit psycho-sociální potřeby rodičů. Sestra vždy nemá možnost sama vyřešit a uspokojit tyto potřeby. Může však velkým podílem přispět k jejich uspokojení. Co pro rodiče udělat může, je čas, který jim bude věnovat, způsob, jak s nimi bude komunikovat a jak bude k rodičům přistupovat. Důležité je příjemné vystupování sestry, úsměv, naslouchání, vstřícný, ohleduplný, lidský, empatický, citlivý přístup k rodičům a dětem, trpělivost sester, zájem o rodiče a jejich děti, individuální přístup ke každému z nich. Nezbytná je psychická podpora rodičů, komunikace s nimi po celou dobu léčení a uzdravování jejich dítěte. Nikdy by neměl chybět čas na rozhovor s rodiči, pochvala, povzbuzení, naděje. Samozřejmostí by mělo být průběžné podávání informací o péči v rámci své kompetence, jejich opakování, prověření zpětné vazby, dát rodičům prostor na dotazy, aktivně nabídnout svoji pomoc v případě potřeby, zajistit rodině maximální možné soukromí. Další možnou cestou za uspokojením psycho-sociálních potřeb rodičů je kontaktování a spolupráce s ostatními členy multidisciplinárního týmu (psycholog, dobrovolník, sociální pracovník). Na *šestou výzkumnou otázku*, jakým způsobem vyjadřuje rodina jistotu a důvěru v ošetřující personál, lze odpovědět následujícím způsobem díky výsledkům šetření: rodiče sdělují své potřeby, přání a problémy, podílí se na péči, spolupracují, nechávají se vést doporučením a radami personálu, verbálně sdělují svoji oporu a důvěru v ošetřující personál. Na základě analýzy získaných informací bylo k *sedmé výzkumné otázce* zjištěno, že existují možnosti intervencí pro efektivní navázání důvěry a jistoty, pro podporu rodičů, kterými jsou: příjemné vystupování, úsměv, profesionalita, upravenost sester, způsob podávání informací, motivace ke spolupráci, pochvala rodičů, vstřícnost a trpělivost sester, empatie, citlivý přístup k dětem i

rodičům, naslouchání, efektivní komunikace, řešení přání, potřeb a problémů rodiny, individuální přístup, zájem o děti a rodiče, laskavý humor, nabídka pomoci s péčí o dítě, vytvoření vhodného prostředí, neustálý kontakt s matkou a dítětem. Na *poslední osmou výzkumnou otázku* lze odpovědět, že sestry se pravidelně začleňují do edukace rodičů, týkající se problematiky následné péče o dítě, před propuštěním do domácího ošetřování. Na edukaci rodičů se podílejí komunikací, používají didaktické pomůcky, instruktáž, demonstraci, zpětnou vazbu, vysvětlují, objasňují, chválí, opakují, pomáhají. Někde je využíván také informačně-edukační materiál (např. pro skoliotiky), v jednom zařízení plánují zavedení ošetřovatelského standardu pro edukaci do praxe.

Výsledky své práce bych ráda poskytla střednímu managementu - manažerkám ošetřovatelské péče ortopedických oddělení v Jihočeském kraji (vrchním sestřám). Domnívám se, že velmi vhodné a přínosné by bylo poskytnout informační brožury rodičům, kterých se týká daná problematika. Informační materiál tohoto druhu ve zdravotnických zařízeních rodičům chybí. Jsem toho názoru, že výsledky této diplomové práce by byly zajímavé a přínosné také pro výuku studentů připravujících se na své budoucí povolání.

Na základě výsledků práce a odborné literatury byly vytvořeny tři informační brožury pro rodiče (příloha č. 15), které poskytují důležité informace o péči a léčení jejich dětí. Na podkladě zjištěných informací byl vytvořen také model zaměřený na celou rodinu (příloha č. 13). Hlavní myšlenka a podstata modelu je shrnuta do myšlenkové mapy (příloha č. 14).

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ABRAHAMS, P., DRUGA, R. *Lidské tělo. Atlas anatomie člověka*. 1. české vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, 2003. 256 s. ISBN 80-7181-955-7.
2. CIMICKÝ, J. *Sám proti stresu*. 2. dopl. vyd. Havlíčkův Brod: Layout Candis, 2007. 217 s. ISBN 978-80-87134-08-5.
3. ČECH, O. *Historie československé, české a slovenské ortopedie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 180 s. ISBN 978-80-7262-629-8.
4. DAŘÍLKOVÁ, N. Psychologické aspekty chronicky nemocného dítěte a jeho rodiny, možnosti diagnostiky a psychoterapie. *Československá pediatrie*, 2000, roč. 55, č. 8. ISSN 0069-2328.
5. DĚDINA, J. *Management a organizační chování*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 340 s. ISBN 80-247-1300-4.
6. DUNGL, P. a kol. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8.
7. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2.vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
8. DYLEVSKÝ, I. *Obecná kineziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 192 s. ISBN 978-80-247-1649-7.
9. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetřovatelství teorie*. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

10. FETTWEIS, E. Auf Mamas Hüfte reiten. *Orthinform.De, Patienteninformationsportal*. [on-line], 2011, [citováno 2011-01-25]. Dostupné z: <http://www.orthinform.de/new/fachartikel/artikel.php?id=236>.
11. FETTWEIS, E. Dobré důvody proč nosit dítě v šátku. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 2005, č. 12 [on-line], 2011, [citováno 2011-01-25]. Dostupné z: <http://www.didymos.cz/noseni-deti-v-satku/dobre-duvody-proc-nosit-dite-v-satku.html>.
12. FETTWEIS, E. *Hüftdysplasie: Sinnvolle Hilfen für Babyhüften*. [on-line], 2011, [citováno 2011-01-25]. Dostupné z: <http://www.hueftgelenkdysplasie.de/>.
13. GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCE, H.R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
14. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
15. HAŠPLOVÁ, J. *Masáže dětí a kojenců*. 3. rozš. vyd. Praha: Portál, 2006. 120 s. ISBN 80-7367-125-5.
16. HAVLÍK, J., VURM, V. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Č. Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2004. 89 s. ISBN 80-7040-725-5.
17. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
18. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

19. JANÁČKOVÁ, L., PAVLÁT, J. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 111 s. ISBN 978-80-210-4330-6.
20. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1.
21. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
22. KIRKILIONIS, E. *Pohled dopředu – komentář od Dr. Evelin Kirkilionis*. [on-line], 2011, [citováno 2011-01-25]. Didymos. Dostupné z: <http://www.didymos.cz/noseni/pohled-dopredu.html>.
23. KLEIN, H. M. *Psychologie – základ úspěchu v práci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 192 s. ISBN 978-80-247-2444-7.
24. KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
25. KOZLOVÁ, L., KUBELOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 56 s. ISBN 978-80-7394-112-3.
26. KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-642-X.
27. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.



28. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
29. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
30. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
31. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
32. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
33. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
34. MIKŠOVÁ, Z., FRONĚKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
35. MORCUENDE, J. A., ABBASI, D., DOLAN, L. A., PONSETI I. V. Results of an accelerated Ponseti Protocol for clubfoot. *J Pediatr Orthop*. 2005, roč. 25, č. 5, s. 623-626.
36. NYTROVÁ, O. *Etika a logika v komunikaci*. 1. vyd. Praha: Univerzita J. A. Komenského, 2008. 340 s. ISBN 978-80-86723-45-7.
37. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

38. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
39. PONSETI, I. PEC: *Ponsetiho metoda*. [on-line], 2010, [citováno 2010-12-30]. Dostupné z: <http://achilleus.cz/images/stories/PECfiles/ponseticlubfootczech.pdf>.
40. POUL, J. et al. *Dětská ortopedie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 401 s. ISBN 978-80-7262-622-9.
41. PRAŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 204 s. ISBN 80-247-0185-5.
42. RADLER, C., SUDA, V., MANNER, H. M., GRILL, F. Early results of the Ponseti methods for the treatment of idiopathic clubfoot. *Z. Orthop.*, 2006, č. 144, s. 80-86.
43. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
44. SADOVSKÁ, Ž. *Kinesiotaping*. [on-line], 2010, [citováno 2010-09-18]. Dostupné z: <http://www.rehatape.eu/>.
45. SEGEV, E. et al. Early experience with the Ponseti Method for the treatment of congenital idiopathic clubfoot. *Isr. Med. Assoc. J.*, 2005, č.7, s. 307-310.
46. SCHEJBALOVÁ, A. *Ortopedické vady nohy a možnosti terapie*. [on-line], 2010, [citováno 2010-06-23]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/ortopedicke-vady-nohy-a-moznosti-terapie>.

47. SCHEJBALOVÁ, A. Nejčastější vrozené vady nohy a taktika terapie. *Česká a slovenská pediatrie*. Praha, 2002, roč. 57, č. 8, s. 440-447.
48. SOSNA, A. *Základy ortopedie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2001. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.
49. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent – Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
50. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
51. ŠPATENKOVÁ, N. *Krize - psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 132 s. ISBN 80-247-0888-4.
52. ŠTĚPANÍK, J. *Umění jednat s lidmi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 152 s. ISBN 80-247-0530-3.
53. TÓTHOVÁ, V. a kol. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče i vietnamskou a čínskou minoritu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. 195 s. ISBN 978-80-7387-414-8.
54. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
55. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.
56. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

57. VIGUÉ, J., ORTE, E. M. Atlas lidského těla. 1. vyd. Česlice/Dobřejšovice: Rebo, 2005. 164 s. ISBN 80-7234-408-0.
58. WORKMAN, B. A., BENNETT, C.L., ZVONÍČKOVÁ, M. – ČAS. *Klíčové dovednosti sester*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 259 s. ISBN 80-247-1714-X.
59. [www.dzo.cz](http://www.dzo.cz) [on-line], 2011, [citováno 2011-02-18]. *Jak změřit nohu pro individuální obuv*. Dostupné z: <http://www.dzo.cz/doc/13/>.
60. [www.ergon.cz](http://www.ergon.cz) [on-line], 2011, [citováno 2011-02-20]. *Ortopedická obuv*. Dostupné z: <http://www.ergon.cz/cz/products.asp?cat=1>.
61. [www.orcozlin.cz](http://www.orcozlin.cz) [on-line], 2010, [citováno 2010-09-16]. *Obuv zdravotní dětská*. Dostupné z: [http://www.orcozlin.cz/obuv\\_detska.htm](http://www.orcozlin.cz/obuv_detska.htm).
62. [www.ortopedickepomucky.cz](http://www.ortopedickepomucky.cz) *Jak vybírat dětskou obuv*. [on-line], 2010, [citováno 2010-11-25]. Dostupné z: <http://www.ortopedicke-pomucky.eu/jak-vybrat-detske-boty>.
63. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie, teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

edukace

komunikace

ošetřovatelská péče

podpora a pomoc

potřeby

rodina

sestra

## 9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Významné osobnosti československé ortopedie

Příloha 2 Pes equinovarus congenitus – PEC (noha kososvislá vtočená)

Příloha 3 Proces sádrování

Příloha 4 Sádry

Příloha 5 Dennis-Brownův aparát

Příloha 6 Redresní plastový sandál a kinesiotaaping

Příloha 7 Nošení dětí v šátku

Příloha 8 Frejkova peřinka, Pavlíkovy třmeny

Příloha 9 Dětská ambulance (vyšetřování a léčení kyčlí), RTG snímek luxace kyčelního kloubu

Příloha 10 Over-head trakce

Příloha 11 Sádrová spika

Příloha 12 Otázky do rozhovoru sestra x rodič, sestra x sestra

*Materiály vytvořené na základě výsledků diplomové práce*

Příloha 13 Model zaměřený na matku, otce a dítě

Příloha 14 Myšlenková mapa

Příloha 15 Informační brožury pro rodiče (vytištěny zvlášť)

Fotodokumentaci použitou v informačních brožurách a přílohách této diplomové práce se souhlasem zapůjčili: MUDr. Lukáš Nevšímal (Ortopedické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.),

MUDr. Zdeněk Krátký (Ortopedické oddělení Nemocnice Prachatice, a.s.) a rodiče dětí léčených s PEC a VVK.

## Příloha 1 Významné osobnosti československé ortopedie



Prof. MUDr. Vítězslav Chlumský



Prof. MUDr. Jan Zahradníček



Prof. MUDr. Bedřich Frejka



Prof. MUDr. Arnold Pavlík



Prof. MUDr. Stanislav Tobiášek



Prof. MUDr. Otakar Hněvkovský, DrSc.

Zdroj: ČECH, O. *Historie československé, české a slovenské ortopedie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 180 s. ISBN 978-80-7262-629-8.

**Příloha 2 Pes equinovarus congenitus – PEC (noha kosovislá vtočená)**



Zdroj: s laskavým souhlasem autorů snímků



### Příloha 3 Proces sádrování



Zdroj: s laskavým souhlasem autora snímků

## Příloha 4 Sádry



Zdroj: s laskavým souhlasem autora snímků

## Příloha 5 Dennis-Brownův aparát



Zdroj: s laskavým souhlasem autorů snímků

## Příloha 6 Redresní plastový sandál a kinesiotaping



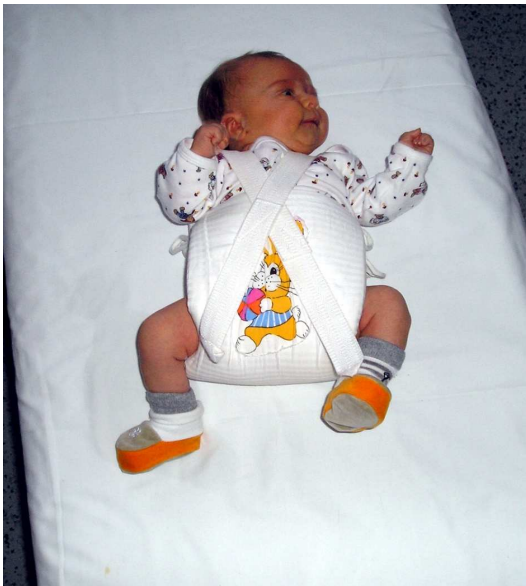
Zdroj: s laskavým souhlasem autorů snímků

## Příloha 7 Nošení dětí v šátku



Zdroj: FETTWEIS, E. Dobré důvody proč nosit dítě v šátku. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 2005, č. 12 [on-line], 2011, [citováno 2011-01-25]. Dostupné z: <http://www.didymos.cz/noseni-deti-v-satku/dobre-duvody-proc-nosit-dite-v-satku.html>.

**Příloha 8 Frejkova peřinka (dva druhy), Pavlíkovy třmeny**

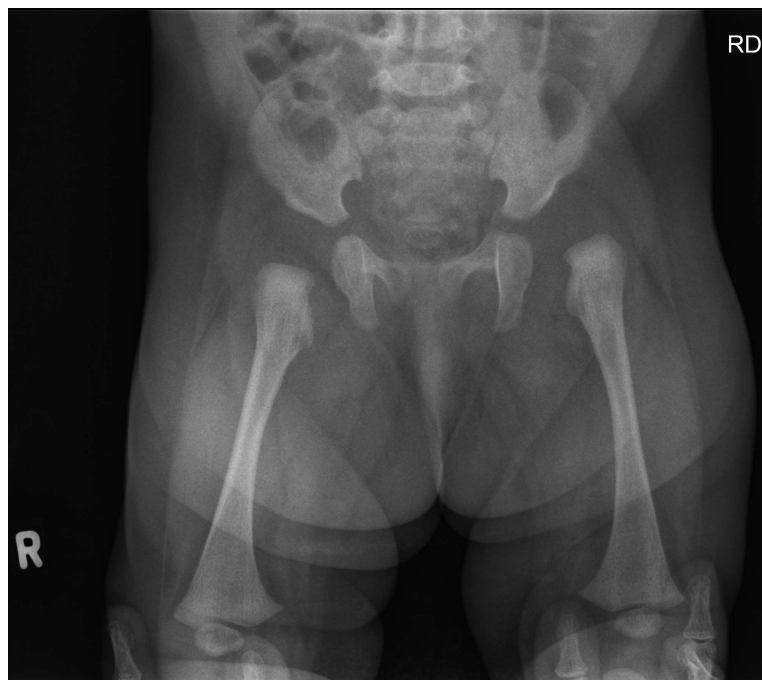


Zdroj: s laskavým souhlasem autorů snímků

## Příloha 9 Dětská ambulance - vyšetřování a léčení kyčlí



## RTG snímek luxace kyčelního kloubu



Zdroj: s laskavým souhlasem autorů snímků

## Příloha 10 Over-head trakce



Zdroj: s laskavým souhlasem autorů snímků



## Příloha 11 Sádrová spika



Zdroj: s laskavým souhlasem autorů snímků



## **Příloha 12**

### **Otázky do rozhovoru sestry x rodič:**

#### **Co všechno pro Vás znamenalo sdělení diagnózy Vašeho dítěte?**

*Jaký dopad mělo sdělení této zprávy na Váš dosavadní způsob života?*

*Jaké pocity Vás provázely po sdělení diagnózy?*

*Je možné s tím, co jste řekla, hovořit o pocitu viny?*

*Kladla jste za nemoc někomu vinu a komu?*

*A co rodina? Našla jste v ní oporu?*

*Kdo pro Vás byl největší oporou a proč?*

#### **Co Vám působilo největší problémy?**

*Co pro Vás bylo nejvíce zatěžující a vyčerpávající v domácí péči, co v nemocnici při hospitalizaci?*

#### **Jaké byly Vaše informace o daném onemocnění Vašeho dítěte a o péči s tím spojené?**

*Jaké informace Vám nejvíce chyběly?*

*Jaké informace jste sami vyhledávali a odkud byly tyto informace získány (příručka, internet)?*

#### **Jak na Vaše potřeby, emoce a dotazy reagoval personál ortopedického a jak dětského oddělení?**

*Můžete mi prosím popsat prvek, který ovlivnil uspokojování Vašich potřeb během hospitalizace s dítětem, co mohlo jeho ovlivnění minimalizovat?*

*Jaké informace Vám podával ošetřující personál ortopedického a dětského oddělení o péči, jak jste tyto informace vnímali, jak jim rozuměli?*

*Jakým přínosem byly pro Vás tyto podané informace, čemu Vás naučily?*

*Myslíte si, že se změnil Váš přístup k dítěti po těchto podávaných informacích a jak?*

*Podporoval Vás ošetřující personál na zmiňovaných odděleních a jak?*

*Jak Vám pomohl tento přístup ke zvládnutí péče?*

*Kdo Vám byl nejbližší z ošetřujícího personálu na ortopedickém a kdo na dětském oddělení (sestra, lékař) a proč?*

**Otázky do rozhovoru sestra x sestra:**

**Jak sestry reagují na potřeby a přání rodiny (v ambulanci, při hospitalizaci)?**

*Co rodiče nejvíce trápí?*

*Jak rodiče zvládají tuto náročnou životní situaci po psychické stránce?*

*S čím potřebují rodiče pomoci?*

*Jak rodiče vnímají podávané informace?*

*Jak rodiče zvládají péči o svoje dítě?*

**Co všechno dělají sestry pro to, aby si získaly důvěru rodičů, aby získaly rodiče ke spolupráci?**

**Jaká je Vaše role v edukaci, jakým způsobem se zapojujete v tomto procesu Vy?**

*Co všechno můžete říci k edukaci rodičů?*

*Můžete prosím nějak konkrétněji popsat edukační postup?*

*Můžete něco říci k obsahu podávaných informací rodičům?*

*Můžete použít standard pro edukaci rodičů o ošetrovatelské péči na vašem pracovišti?*

*Jakých pomůcek a informačních materiálů využíváte v edukaci rodičů na vašem pracovišti?*

*Jak často a jakým způsobem si ověřujete informace, které rodičům podáváte?*

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

**Příloha 13**

**STRESORY**

(ne)přijetí role matky

**nemoc dítěte**

(strach, úzkost, bolest, napětí, stres)

vztah rodičů (matka x otec)

**změna života**

**hospitalizace**

(odloučení od rodiny, cizí prostředí, cizí lidé)

**délka léčení a uzdravování**

**způsob léčení, omezení**

**nedostatek či chybění**

empatie, porozumění, podpory, jistoty, důvěry, naděje, úsměvu  
(citově „chladné“ okolí)

**neuspokojené potřeby**

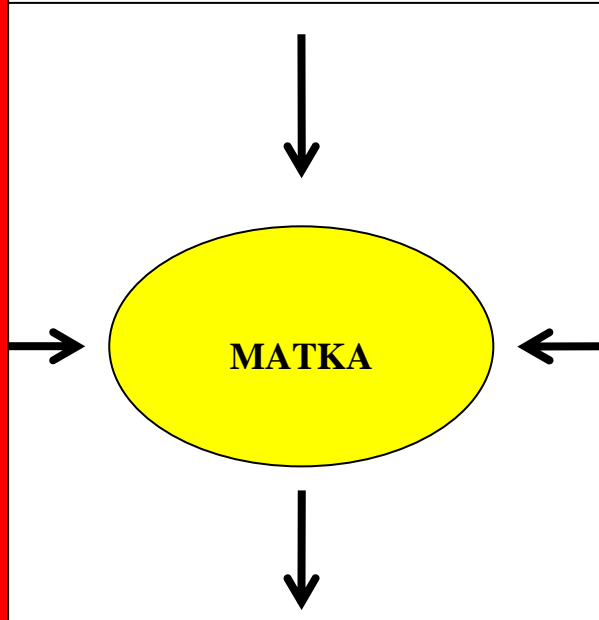
**nedostatek informací**

**nedostatek komunikace**

**s personálem**

sociální/ekonomická situace matky samoživitelky

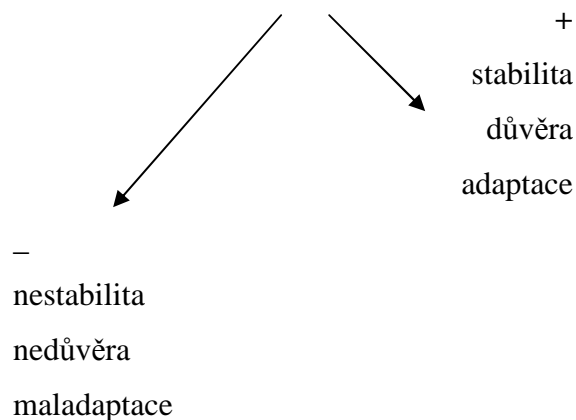
věk  
temperament  
mentální schopnosti  
sociální inteligence, empatie  
kultura  
víra  
výchova  
zkušenosti  
sebedůvěra, sebehodnocení  
představy, očekávání



**prožívání**

**chování**

jednání matky



**POMOC,**  
**PODPORA**

***rodina***

(vztahy uvnitř rodiny)

***ošetřující personál***

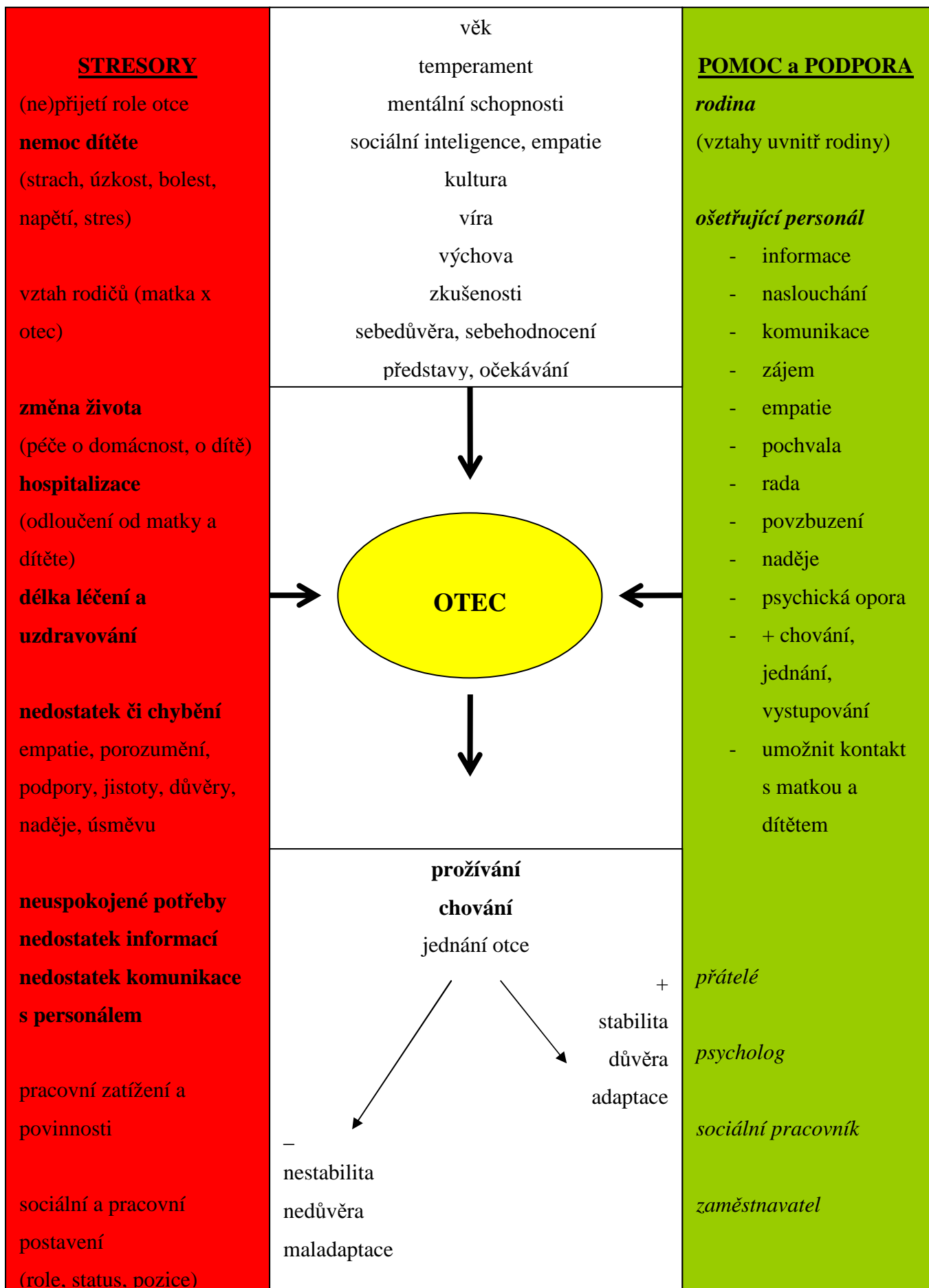
- informace
- naslouchání
- komunikace
- zájem
- empatie
- pochvala
- rada
- povzbuzení
- naděje
- psychická opora
- + chování, jednání, vystupování
- umožnit kontakt s rodinou

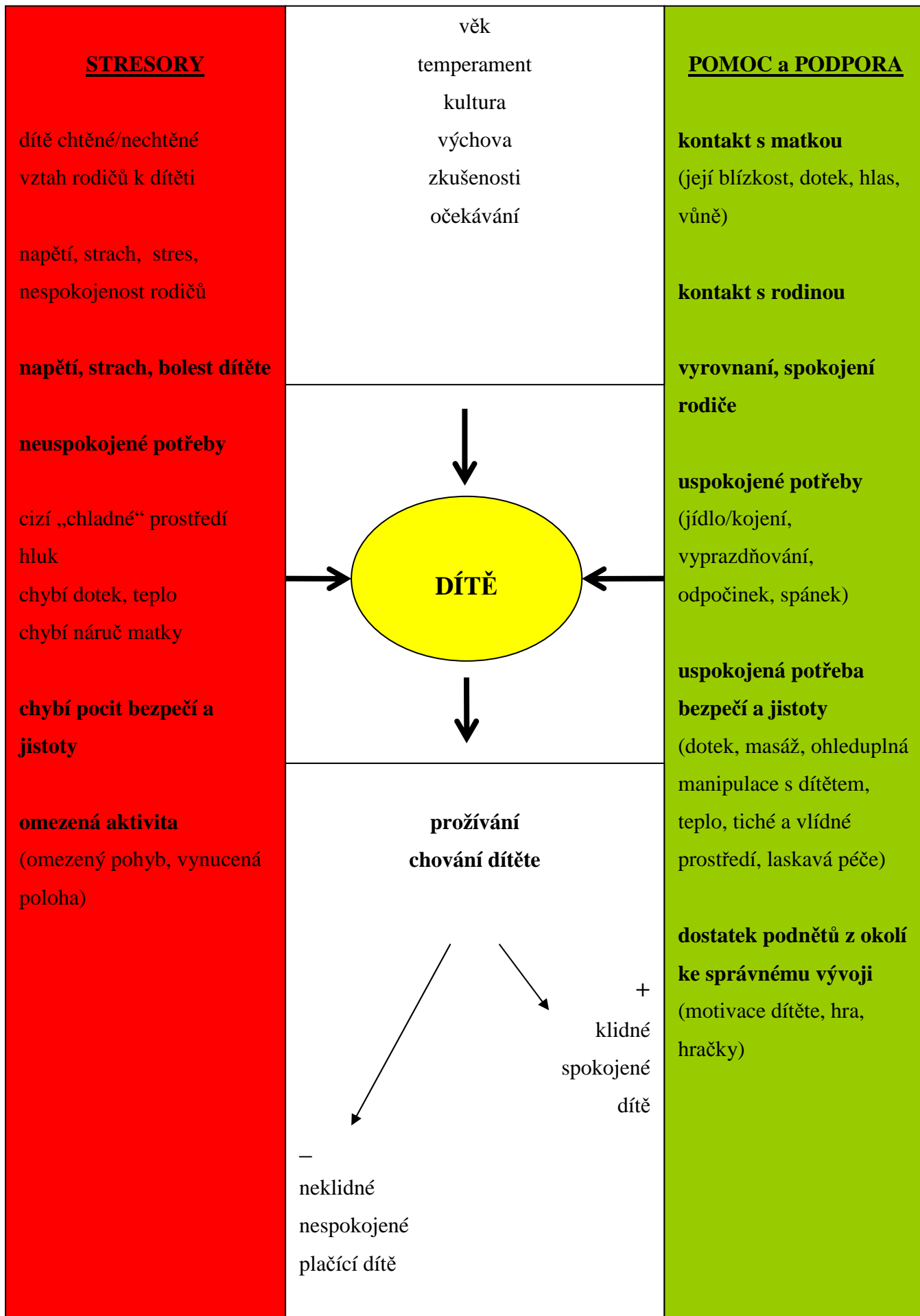
***přátelé***

***psycholog***

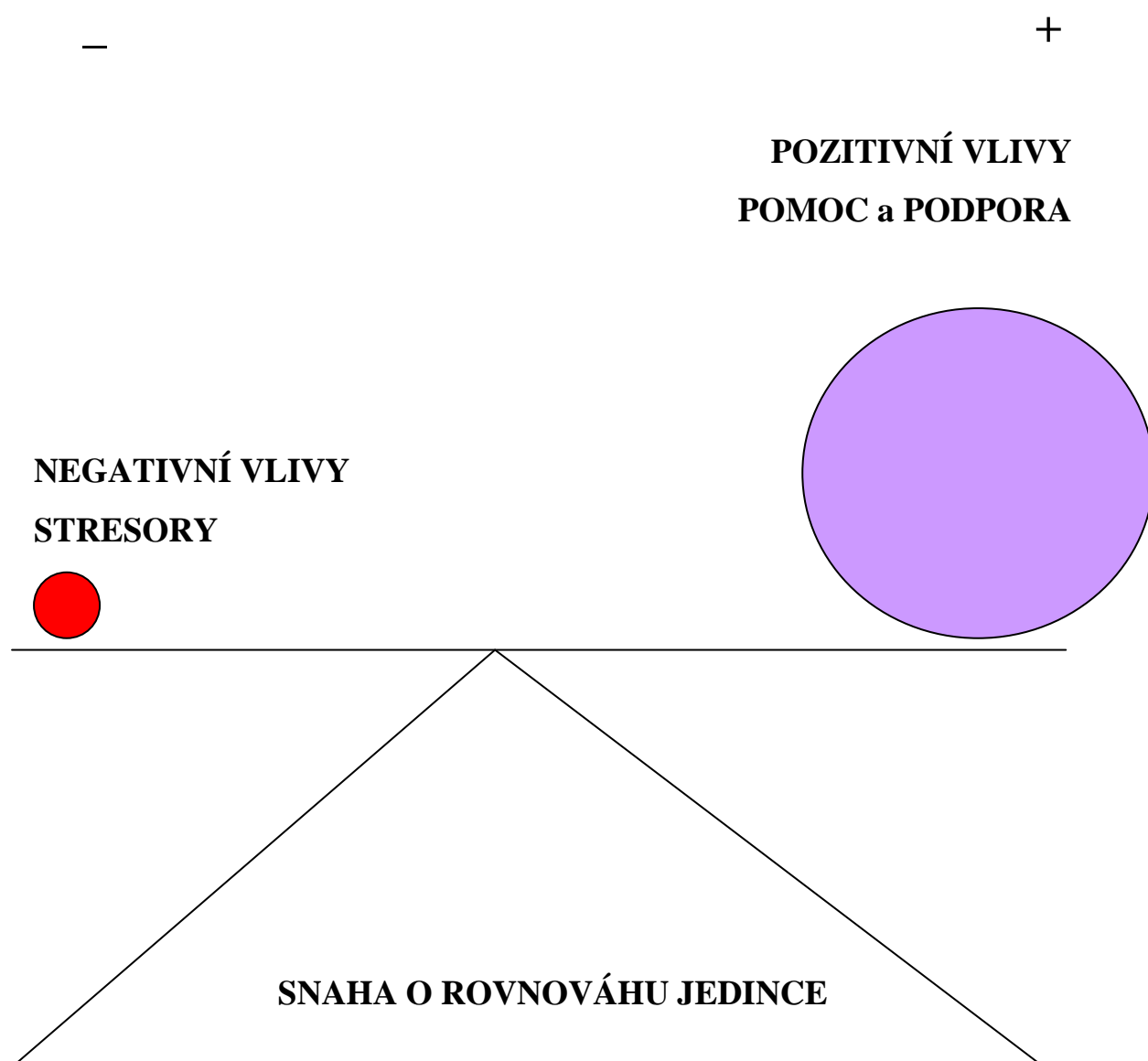
***sociální pracovník***

***dobrovolníci***





## Příloha 14



Prostřednictvím ošetrovatelské péče o člověka (rodič, dítě), kterého vnímáme jako celostní holistickou bytost s různým spektrem svých potřeb (biologické, psychické, sociální, kognitivní, duchovní), přání a tužeb, je snahou ošetrovatelského personálu pomoc a podpora v těžké svízelné životní situaci (krizi). Žádoucím výsledkem je *snaha o rovnováhu jedince*, aby celá rodina byla klidná a spokojená.