

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Ošetrovatelská péče u zlomenin stehenní kosti u dětí do
pěti let**

bakalářská práce

Autor práce: Veronika Becková
Studijní program: Ošetrovatelství a porodní asistence
Studijní obor: Všeobecná sestra
Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

Datum odevzdání práce: 13. 8. 2013

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem: „Ošetrovatelská péče u zlomenin stehenní kosti u dětí do pěti let“ se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o děti na náplast'ové extenzi a jejich hospitalizací na lůžkovém dětském oddělení.

Problematika zlomenin u dětí je stále aktuálním tématem, jelikož je málo literatury o ošetrovatelské péči o tyto děti. Děti se zlomeninou stehenní kosti do pěti let se nejčastěji léčí konzervativním způsobem za pomoci náplast'ové extenze. Ošetrovatelská péče u těchto dětí není vůbec snadná, protože má svá určitá specifika oproti dospělým lidem na extenzi. Právě specifikům ošetrovatelské péče a hospitalizaci dětských pacientů je věnována tato bakalářská práce.

Před začátkem zpracování bakalářské práce jsme si stanovili dva hlavní cíle práce. Prvním cílem práce bylo zjistit, jak dítě zvládá hospitalizaci na lůžkovém dětském oddělení. Druhý cíl byl zaměřen na specifika ošetrovatelské péče u dětí do pěti let se zlomeninami stehenní kosti na lůžkovém dětském oddělení. Tento cíl zní: „Zjistit specifika ošetrovatelské péče u dětí do pěti let se zlomeninami stehenní kosti na lůžkovém dětském oddělení“.

K těmto cílům jsme si stanovili čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka se zabývá tím, jaký má přínos hospitalizace dítěte se zlomeninou stehenní kosti s matkou na lůžkovém dětském oddělení. Druhá výzkumná otázka se věnuje uspokojováním potřeb dítěte se zlomeninou stehenní kosti. Třetí otázka zjišťuje specifika ošetrovatelské péče u dětí do pěti let se zlomeninou stehenní kosti. Poslední se zabývá možnými komplikacemi, které z ošetrovatelského hlediska mohou vzniknout u dětí do pěti let se zlomeninou stehenní kosti.

K vypracování bakalářské práce bylo využito kvalitativního výzkumného šetření za pomoci polostrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami a rodiči dětí na náplast'ové extenzi. Rozhovory probíhaly v období od 16. 2. 2013 do 31. 3. ve dvou nemocnicích v Praze a v jedné nemocnici v Brně. Výzkumný soubor tvořilo šest sester pracujících na dětském oddělení a pět rodičů hospitalizovaných na dětském oddělení se

svými dětmi umístěnými na náplast'ové extenzi. Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na nahrávací zařízení. Pokud s nahráváním nesouhlasili, tak byl rozhovor zaznamenáván do záznamových archů. Následně byly získané údaje zpracovány do kategorií v modulu Microsoft Word a poté byly tyto kategorie okomentovány. Naleznete zde i doslovně přepsané citace jednotlivých respondentů bez lingvistické úpravy.

Výsledky poukazují na to, jak dítě zvládá hospitalizaci na lůžkovém dětském oddělení a jaká jsou specifika ošetrovatelské péče. První výzkumná otázka se zabývala hospitalizací dítěte se zlomeninou stehenní kosti na lůžkovém dětském oddělení. Zjistili jsme, že děti na náplast'ové extenzi jsou obvykle hospitalizovány se svými rodiči. Hospitalizaci zvládají dobře, protože se o ně převážně starají rodiče. Sestry uvedly, že pro dítě je lepší hospitalizace s rodičem, protože je zvyklé na péči od matky či otce a je klidnější. Druhou výzkumnou otázkou jsme zjišťovali potřeby dítěte na náplast'ové extenzi. Došli jsme k závěru, že o veškeré potřeby dítěte se stará matka či otec. Z potřeb jsme zjišťovali hlavně výživu, hygienu, vyprazdňování a pohyb. Potřeba výživy se u těchto dětí zajišťuje vleže na lůžku a krmí se nejčastěji lžičkou. Pokud je dítě krmeno kojeneckým mlékem, podává se mu přímo z prsu matky nebo z kojenecké lahve s odstříkaným mlékem. Hygiena se provádí též v lůžku a to za pomoci umělohmotného umyvadla a žíněk. U potřeby vyprazdňování jsme došli k závěru, že se děti na náplast'ové extenzi převážně vyprazdňují v lůžku do plen. Pohyb je u těchto dětí složitější. Z výpovědí sester jsme zjistili, že pohyb mají děti, které jsou umístěné na náplast'ové extenzi, omezený a zajišťují si ho převážně samy. Třetí výzkumná otázka zkoumala specifika ošetrovatelské péče u dítěte s náplast'ovou extenzí. Zjistili jsme, že se extenze upravuje dle potřeby pomocí „speciálních obvazů“ a elastických obinadel. Veškerá ošetrovatelská péče se provádí vleže v lůžku. Pro účinnost extenze musí být dolní končetiny stále v tahu. Čtvrtá výzkumná otázka se zabývala ošetrovatelskými komplikacemi, které u těchto dětí mohou vzniknout. Všechny sestry se zmínily o možnosti vzniku defektu pod náplastí. Došli jsme k názoru, že je důležitá zvýšená péče o pokožku na dolních končetinách. Pouze jedna sestra se při rozhovoru zmínila o možnosti vzniku dekubitů.

Tato práce by měla sloužit k seznámení s náplast'ovou extenzí a k následnému odstranění chyb, které se mohou v péči o dítě se zlomeninou stehenní kosti na náplast'ové extenzi vyskytovat. Na základě výsledků byl vytvořen informační materiál pro všeobecné sestry. Ten by mohly sestry využít k ošetrovatelské péči o zlomeniny stehenní kosti u dětí do pěti let, které jsou umístěné na náplast'ové fixaci.

Klíčová slova: dětské zlomeniny, stehenní kost, hospitalizace dětí, náplast'ová extenze, ošetrovatelská péče

Abstract

Bachelor thesis named: “Nursing Care for Tight Bone Fractures in Children up to Five Years of Age” deals with the issues of nursing care of children on plaster extension and their hospitalization in paediatric wards.

The issue of childhood fractures is still an up-to-date topic as there is not enough literature on nursing care of these children. Children with broken tight bone up to five years of age are mostly treated by conservative methods by means of plaster extension. Nursing care of these children is not easy at all as it has certain specifics compared to adult people on extension. This Bachelor thesis deals with these nursing care specifics and with hospitalization of child patients.

We set two main goals before elaboration of the thesis. The first goal was to find out how a child copes with hospitalization in paediatric ward. The second goal focused on the specifics of nursing care of children up to five years of age with thigh bone fractures hospitalized in paediatric ward. This goal was: “To find out the specifics of nursing care of children up to five years of age with thigh bone fractures in paediatric ward”.

We set four research questions to these goals. The first research question deals with the benefit of hospitalization of a child with thigh bone fracture with his/her mother in paediatric ward. The second research question deals with satisfaction of the needs of a child with thigh bone fracture. The third question asks about the specifics of nursing care of children up to five years of age with thigh bone fracture. The fourth question examines possible complications that might occur in children up to five years of age with thigh bone fracture.

Qualitative research by means of semi-structured interview with general nurses and with parents of children on plaster extension was used for elaboration of the bachelor thesis. The interviews were conducted from 16/2/ to 31/3/2013 in two hospitals in Prague and one hospital in Brno. The research sample consisted of six nurses working in paediatric wards and five parents hospitalized in paediatric wards with their

children on plaster extension. The interviews were recorded with the consent of the respondents. Interviews with those who did not agree with sound recording were entered into record sheets. The obtained data were then categorized in a Microsoft Word module and the categories were then commented. Literally transcribed quotations of respondents without linguistic revision can also be found here.

The results show how a child copes with hospitalization in paediatric ward and what the nursing care specifics are. The first research question dealt with hospitalization of a child with thigh bone fracture in paediatric ward. We found that children on plaster extension are usually hospitalized with their parents. They cope with the hospitalization well as their parents mostly take care about them. The nurses said that hospitalization with a parent is better for a child as a child is usually used to receiving care from his/her mother or father and is calmer. The second research question asked about the needs of a child on plaster extension. We came to a conclusion that the mother or father usually cares about all the needs of their child. We were particularly interested in the needs for nourishment, hygiene, evacuation and movement. The need for nourishment is satisfied lying down on bed, mostly with a spoon. If a child is fed with breast milk, it is served directly from the breast or from a baby bottle with human milk. Hygiene is also provided in bed by means of a plastic basin and washcloths. As for evacuation we came to the conclusion that children on plaster extension are usually evacuated in bed into napkins. Movement is more complicated for these children. We learnt from the nurses' answers that children on plaster extension have limited movement and that they mainly do what they can. The third research question examined the specifics of nursing care of a child with plaster extension. We found that extension is adjusted by means of "special bandages" and elastic roller bandages. The complete nursing care is provided in lying position in bed. Legs have to be in permanent tension to ensure the extension effectiveness. The fourth research question dealt with specific complications that might occur in these children. All the nurses mentioned the possibility of defect occurrence under the plaster. We came to a conclusion that extensive care about leg skin is necessary. Only one nurse mentioned the possibility of occurrence of decubitus ulcers.

This thesis should provide information on plaster extension and subsequent elimination of mistakes that might occur in the care of a child with thigh bone fracture on plaster extension. Informational material for general nurses based on the results was elaborated. It can be used by nurses providing care of children up to five years of age with thigh bone fracture placed on plaster fixation.

Key words: child fractures, thigh bone, hospitalization of children, plaster extension, nursing care

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedené v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 13. 8. 2013

.....

Veronika Becková

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Aleně Polanové za její cenné rady, podněty, připomínky během zpracovávání mé bakalářské práce, za vstřícný přístup a za její trpělivost. Také bych chtěla poděkovat mé rodině za podporu, která mi pomáhala při psaní této bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	12
1 Současný stav.....	13
1.1 Anatomie kostí.....	13
1.1.1 Dělení a stavba dětských kostí.....	13
1.1.2 Růst kostí.....	14
1.1.3 Stehenní kost.....	14
1.2 Zlomeniny v dětském věku.....	15
1.2.1 Dělení zlomenin u dětí.....	16
1.2.2 Diagnostika dětských zlomenin.....	16
1.3 Léčba zlomenin stehenní kosti u dětí.....	17
1.4 Hospitalizace dítěte v nemocnici.....	18
1.4.1 Hospitalizovaný kojeneček.....	19
1.4.2 Hospitalizované batole.....	20
1.4.3 Hospitalizovaný předškolák.....	21
1.4.4 Hospitalizace dítěte s rodičem.....	21
1.4.5 Reakce dítěte na hospitalizaci.....	22
1.5 Ošetřovatelská péče u dítěte s náplast'ovou extenzí.....	24
1.6 Uspokojování základních potřeb dítěte s náplast'ovou extenzí.....	26
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	30
2.1 Cíle práce.....	30
2.2 Výzkumné otázky.....	30
3 Metodika práce.....	31
3.1 Metodika práce – technika sběru dat.....	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	31
4 Výsledky.....	33
4.1 Kategorizované výsledky z rozhovorů s rodiči dětí.....	33
4.1.1 Vhodnost hospitalizace dítěte s rodičem.....	33

4.1.2	<i>Edukace rodičů o uspokojování potřeb dítěte</i>	34
4.1.3	<i>Uspokojování potřeb dítěte</i>	35
4.1.3.1	Podkategorie výživa	35
4.1.3.2	Podkategorie vyprazdňování	36
4.1.3.3	Podkategorie hygienická péče	37
4.1.3.4	Podkategorie převlékání lůžka	38
4.1.3.5	Podkategorie pohyb	39
4.2	<i>Kategorizované výsledky z rozhovorů s všeobecnými sestrami</i>	39
4.2.1	<i>Vhodnost hospitalizace dítěte s rodiče</i>	40
4.2.2	<i>Edukace rodičů o uspokojování potřeb dítěte</i>	41
4.2.3	<i>Nejdůležitější potřeba dítěte z pohledu sestry</i>	42
4.2.4	<i>Uspokojování potřeb dítěte</i>	43
4.2.4.1	Podkategorie výživa	43
4.2.4.2	Podkategorie vyprazdňování	45
4.2.4.3	Podkategorie hygienická péče	46
4.2.4.4	Podkategorie převlékání lůžka	47
4.2.4.5	Podkategorie pohyb a aktivizace	48
4.2.5	<i>Specifika ošetrovatelské péče</i>	50
4.2.5.1	Podkategorie lůžko na náplast'ovou extenzi	50
4.2.5.2	Podkategorie poloha dítěte	51
4.2.5.3	Podkategorie upravování a kontrola náplast'ové extenze	52
4.2.6	<i>Ošetrovatelské komplikace</i>	54
5	Diskuze	56
6	Závěr	65
7	Seznam použitých zdrojů	67
8	Přílohy	71

Úvod

Od přijetí na střední zdravotnickou školu se v předmětu chirurgie učím o zlomeninách v dětském a dospělém věku. Učivo o zlomeninách mě vždycky velice zajímalo, a proto jsem si zvolila téma své bakalářské práce Ošetrovatelská péče u zlomenin stehenní kosti u dětí do pěti let. Domnívám se, že problematika zlomenin u dětí je stále aktuálním tématem, jelikož je velice málo literatury o ošetrovatelské péči o tyto děti.

Děti do pěti let se zlomeninou stehenní kosti se léčí většinou konzervativním způsobem. Léčba konzervativním způsobem se odvíjí od místa zlomeniny stehenní kosti. Tato bakalářská práce se věnuje ošetrovatelské péči nejčastějšího druhu zlomeniny stehenní kosti (zlomenině distální části kosti stehenní) a to za pomoci náplast'ové extenze. Ošetrovatelská péče o děti umístěné na náplast'ové fixaci není vůbec snadná, protože má svá určitá specifika oproti dospělým lidem umístěných na extenzi. Mezi tato specifika patří kromě jiného omezený pohyb dětského pacienta a zvýšená péče o kůži, protože pod náplastí vznikají často defekty. Myslím si, že by každá všeobecná sestra pracující na dětském oddělení měla znát ošetrovatelskou péči o děti s náplast'ovou extenzí.

Právě specifickým ošetrovatelské péče a hospitalizaci dětských pacientů je věnována tato bakalářská práce. Empirická část bakalářské práce je zaměřena na všeobecné sestry, kde je zjišťováno, jakým způsobem poskytují ošetrovatelskou péči a zajišťují základní potřeby dětí umístěných na náplast'ové fixaci. Následně také na rodiče dětí na náplast'ové extenzi a na to, jak zvládají jejich děti hospitalizaci v nemocnici a péči poskytovanou jejich rodiči.

1 Současný stav

1.1 Anatomie kostí

Kost (os) je složitým, plastickým orgánem tvořícím základní stavební článek kostry. Na stavbě kosti se podílí kostní tkáň. Mezi základní stavební buňky kosti patří osteofyty, elastická vlákna, kolagenní vlákna a beztvářá mezibuněčná hmota, která je tvrdá, pevná a mineralizovaná (Slezáková, 2010).

1.1.1 Dělení a stavba dětských kostí

Kosti se dělí na dlouhé, krátké, nepravidelné a ploché. Mezi dlouhé kosti patří například kosti paže, předloktí, stehna a bérce. Krátké kosti jsou kosti zánártní a zápěstní. Mezi ploché patří kost hrudní a mezi nepravidelné řadíme obratle (Merkunová, Orel, 2008).

Kost se skládá ze tří částí: okostice, která se nachází na povrchu kosti, vlastní kostní tkáň a kostní dřeň, která je uvnitř kosti. Střední úsek dlouhých kostí se nazývá diafýza a koncová část epifýza (Velemínský, 2011).

Okostice (periost) je tuhá, vazivová blána pokrývající celou kost, kromě kloubních konců. Je velice dobře cévně a nervově zásobená. Cévní zásobení má veliký význam pro výživu kosti. Nervové zásobení zabezpečuje vedení kostní bolesti. Ve vlastní kostní tkáni nejsou nervy, a proto je necitlivá (Slezáková, 2010).

Vlastní kostní tkáň má dvě složky. První složka je kostní tkáň hutná (compacta) nacházející se pod periostem. Je tvořena trubicovitými a deskovitými kostními lamelami. V dlouhých kostech jsou tzv. Harevsovy lamely, které jsou uspořádány koncentricky kolem centrálního kanálu, který obsahuje mízní a krevní cévy. Druhá složka je kostní tkáň houbovitá (spongióza) nacházející se v epifýzách dlouhých kostí, v plochých a krátkých kostech. Je tvořena nepravidelnými trámci uspořádanými podle směru zatížení kosti. Zajišťuje kosti při malé hmotnosti velkou pevnost (Merkunová, Orel, 2008).

Kostní dřev (medulla ossium) se nachází uvnitř kosti. Je bohatě prokrvená, je místem tvorby všech krvinek a v dětském věku je červená. V dospělosti se zde ukládá tuk a krvetvorba ustává, kostní dřev proto žlutne. Ve stáří ubývá v kostní dřevu i tuk a přibývá vazivo, a tak kostní dřev šedne (Merkunová, Orel, 2008; Velemínský, 2011).

1.1.2 Růst kostí

Kost se skládá z mineralizované pojivové tkáně obsahující základní funkční a stavební jednotky. Růst kostí neprobíhá dělením buněk, ale apozicí, což je přikládání nové tkáně na starší tkáň. Tento růst prochází stálou proměnou tvaru, tzv. remodelací.

Růst kostí do délky je ovlivněn růstovou chrupavkou. Ta se nachází mezi středním úsekem dlouhé kosti a jejím kloubním koncem. Dlouhé kosti mají dvě klasické růstové chrupavky. Krátké kosti a ploché kosti mají oproti dlouhým kostem jen jednu růstovou chrupavku. Buňky růstové chrupavky se dělí a přibývají ve vrstvě blíže ke kloubním koncům, na opačné ploše dochází k osifikaci. Tento děj ovlivňují pohlavní hormony. Kolem 18. – 20. roku věku se osifikace postupně zastavuje a růst kosti do délky končí.

Růst kostí do šířky je především apozicí. Kost přibývá hlavně pod okosticí. Rostoucí kost si zachovává základní tvar, který je ovlivňován procesy odbourávání kosti, tzv. remodelací. Dětské kosti se svým tvarem a proporcemi od dospělé kosti liší (Dylevský, 2006; Merkunová, Orel, 2008).

1.1.3 Stehenní kost

Stehenní kost (femur) je nejdelší a nejsilnější kostí v našem těle. V sagitální rovině je prohnutá mírně dopředu.

Na proximální části je hlavička stehenní kosti (caput femoris), která má kulovitý tvar a zapadá do hluboké jamky v pánevní kosti. Spolu s ní vytváří kyčelní kloub. Hlavička kosti stehenní se zužuje v krček (collum femoris). Nad krčkem se nachází velký chocholík (trochanter major), který je hlavním orientačním bodem dolní končetiny. Jeho

nahmatání svědčí o poloze hlavice kosti stehenní. Pod krčkem femuru je malý chocholík (trochanter minor), který je kuželovitý a uložený mediálně a dozadu. Oba chocholíky slouží k přichycení hýžd'ových svalů.

Tělo kosti stehenní začíná od malého chocholíku a končí distální částí femuru. V proximální části je tělo silné a v distální části se zužuje.

Distální část se nachází na konci kosti stehenní a je rozšířena v předozadním i příčném směru. Vybíhá ve dva nestejně velké kloubní hrboly tvořící hlavici kolenního kloubu. Tyto hrboly se uplatňují při pohybu v kloubu kolenním.

Na proximální a distální části kosti stehenní, mezi diafýzou a epifýzou se u dětí nachází růstová chrupavka, která umožňuje růst kostí do délky. Tato chrupavka zaniká kolem 18. – 20. roku života a tím končí růst kosti do délky (Dylevský, 2006; Merkunová, Orel, 2008).

1.2 Zlomeniny v dětském věku

Zlomenina je označována jako porucha celistvosti kosti. Vzniká přímým nebo nepřímým mechanickým přetížením. Toto přetížení může být buď náhlé, nebo opakované, které se nazývá zlomenina únavová. Pokud se kost zlomí v místě již postiženém nějakým onemocněním, nazývá se tato zlomenina jako patologická (Valenta, 2005).

Zlomeniny u dětí laikové často těžko rozpoznávají. Většinou se dětské zlomeniny dobře a rychle hojí. Dětské kosti jsou mnohem pružnější a ohebnější než kosti dospělého člověka, protože obsahují více chrupavky a vaziva, díky tomu někdy i těžké pády dětí končí jen pohmožděním. Věkem kost kostnatí a chrupavka se ztrácí. Kost se proto stává pevnější a méně pružnou (Pavelka, 2009).

U dětí vznikají zlomeniny hlavně při nehodách. Objevuje se bolest, citlivost při pohybu, edém a pohyb je značně omezený (Leifer, 2004).

1.2.1 Dělení zlomenin u dětí

Zlomeniny mohou být otevřené, kdy jsou poraněny měkké tkáně a kožní kryt, a zavřené. Dále se zlomeniny dělí na úplné a neúplné. Úplná zlomenina má kompletní porušení celistvosti kosti. U neúplné zlomeniny dochází pouze k infrakci (nalomení) a není porušen celý obvod kosti.

U menších dětí se většinou objevují zlomeniny subperiostální. Jsou to nedislokované a neúplné zlomeniny vyskytující se v metafýzách dlouhých kostí. Nejčastěji vznikají při úrazech, kdy násilí působí na osu kosti. Linie lomu kosti není u této zlomeniny patrná. Jedinou známkou porušení kosti je vzniklý val, kdy se díky měkkosti a pružnosti kosti nahnula kortikální část kosti do metafýzy (Havránek, Pešl, Vlček, 2008).

Další zlomeninou u dětí může být fraktura z ohnutí. U dětského rostoucího skeletu je vzácná. Vzniká v diafýze kosti. Při překročení snesitelné míry prohnutí kosti dochází k mikroskopické zlomenině. Po odeznění násilí zůstává kost stále porušená. Pokud se nevytvoří subperiostální hematoma, nevytvoří se ani kostní svalek (Pešl, Havránek, 2008).

Dále se u dětí může objevit epifyzární poranění, které probíhají růstovou chrupavkou, kterou ničí. U tohoto poranění může dojít k zástavě růstu dítěte, je proto nutná správná léčba poranění (Valenta, 2007).

1.2.1 Diagnostika dětských zlomenin

Při diagnostice dětských zlomenin je nejdůležitější anamnéza. Ošetrovatelský tým ji odebírá od pacienta, účastníka nehody nebo rodinného příslušníka pacienta. Musí se brát v úvahu, že anamnéza od dětského pacienta nemusí být vždy pravdivá. Výpověď dětského pacienta ovlivňuje bolest, strach a odloučení od rodiny, proto při odběru anamnézy by měl být ošetřující pracovník trpělivý, pečlivý a odebrané informace by měl konzultovat s rodinou dítěte.

Klinické vyšetření dětského pacienta dokáže často zjistit diagnózu. Ošetřující pracovník by měl být k vyšetřovanému dítěti jemný, laskavý a měl by se snažit v něm navodit k němu důvěru. Je důležité zbytečně nevyvolávat při vyšetřování bolest. U neklidného dítěte je vhodné medikamentózní zklidnění.

Mezi nejdůležitější vyšetření zlomenin patří zobrazovací vyšetření. Sem patří prostý snímek, což je základní zobrazovací metoda. Snímek se vždy provádí ve dvou na sebe kolmých rovinách. Pokud je kost dítěte chrupavčitá, je vhodné provést ultrasonografické vyšetření. Tímto vyšetřením se odhalí hematoma, náplň kloubu nebo poranění svalů a šlach. Ultrasonografické vyšetření je pro dítě bezpečné. Dále se může provést CT vyšetření a tomografické vyšetření. Tato vyšetření jsou vhodná u velkých kloubů, u poranění hlavy, páteře nebo pánve a slouží k odhalení prostorového uspořádání kosti nebo dislokaci. Další zobrazovací vyšetření je magnetická rezonance. U zlomenin se toto vyšetření používá málo. Využívá se hlavně pro vyšetření měkkých tkání ramene, kolene nebo oblasti pánve (Šnajdauf, 2002).

1.3 Léčba zlomenin stehenní kosti u dětí

Dětské zlomeniny u dětí do pěti let se nejčastěji léčí konzervativním způsobem. Používá se například jednorázová repozice, kdy se přikládají podložené sádrové dlahy. K dlouhodobější repozici dětských kostí se používá nejčastěji náplast'ová kožní trakce nebo skeletální trakce. (Koudela, 2012).

Stehenní kost může být porušena v oblasti proximálního konce femuru, v subtrochanteriku, v diafýze a v distální části femuru.

Zlomeniny proximálního konce femuru jsou velice vzácné. U nedislokovaných zlomenin se používá konzervativní léčba v sádrové spici. Sádrová spika je přiložená asi 4 – 6 týdnů. Pacient by měl mít klid na lůžku. U dislokovaných zlomenin se po repozici fixují kostní úlomky 2 - 3 spongiozními šrouby.

Subtrochanterické zlomeniny vznikají také velice vzácně. Většinou jsou to patologické zlomeniny. Nedislokované zlomeniny se léčí také sádrovou spikou, která by měla být přiložená asi 3 – 5 týdnů. Pokud je zlomenina s dislokací, tak se používá

nitrodřeňová elastická osteosyntéza. Tato léčba je výhodná i pro léčení kostních cyst. Končetinu je vhodné zatěžovat nejdříve za měsíc po úrazu (Havránek, 2012; Bartl, Gál, 2012).

Zlomeniny diafýzy femuru se u dětí léčí konzervativním způsobem. Pokud jsou úlomky fixovány v jednom místě a pokud je šetrná repozice, lze aplikovat sádrovou spíku. Většinou je ale použita trakce. U dětí do pěti let se používá vertikální kožní náplastová trakce. U této trakce je končetina dítěte natahována kladkami se závažím. Končetiny pacienta jsou vedeny vertikálně a dítě protipůsobí svou vlastní váhou (viz Příloha 1, 2 a 3) (Leifer, 2004). U větších dětí se provádí skeletální trakce, kdy je tah přemisťován přes transoseálně zavedený fixační element, kterým je nejčastěji Kirschnerův drát (viz Příloha 4). Tato léčba je na hranici léčby konzervativní a operační (Šnajdauf, 2002).

U nekomplikovaných zlomenin distální části femuru lékaři ordinují konzervativní léčbu, převážně léčí sádrovou spíku. Komplikované zlomeniny jsou léčeny operativním způsobem. Používají se k tomu zkřížené Kirschnerovy dráty, které jsou fixované sádrou. Pokud je nutná komprese, tak jsou fixovány tahovými šrouby. U této zlomeniny je veliké riziko částečného nebo úplného uzavření růstových štěrbin. Pokud se růstové štěrby uzavřou, dojde k poruše růstu dítěte (Havránek, 2012; Bartl, Gál, 2012).

1.4 Hospitalizace dítěte v nemocnici

Při hospitalizaci má dítě narušený normální život, své obvyklé činnosti a životní způsob. Je odpoutáno ze spojení se sourozenci a příbuznými. Pokud je dítě poprvé v nemocnici, měla by se navodit upokojující atmosféra, aby si dítě tento kontakt nepamatovalo negativně. Prostředí v nemocnici by mělo být pohodlné, uspokojující citové a vývojové potřeby každého dětského pacienta (Ondriová, Sinaiová, 2012).

I přes velkou snahu rodičů a zdravotnického týmu je příchod na oddělení pro dítě negativním zážitkem, zvláště u akutních stavů. Každá sestra při příchodu dítěte na oddělení by ho měla pozdravit a představit se mu. Vždy komunikuje více s dítětem než

s jeho rodičem. Pak se zeptá dítěte na jeho jméno, seznámí ho s oddělením, s pokojem a s vyšetřovnou. Na pokoji sestra seznámí dětského pacienta s jeho spolubydlícími. Při zlepšení zdravotního stavu dítěte sestra ukáže dětskému pacientovi herní místnost, hračky a knížky. Seznámí ho s lidmi v nemocnici, se kterými by se mohl při svém pobytu v nemocnici setkat. Nakonec mu dá prostor pro jeho dotazy, na které mu odpoví (Plevová, Slowik, 2010).

Hospitalizované děti mnohdy nerozumí tomu, co se s nimi děje. Aby tomu mohly porozumět, potřebují přítomnost svých rodičů. Proto byla sepsána charta práv hospitalizovaných dětí (viz Příloha 5), podle níž mají děti, kromě jiného, i právo na péči poskytovanou kvalifikovaným zdravotníkem, na hospitalizaci s rodičem a jiná práva (Mlčoch, 2012).

1.4.1 Hospitalizovaný kojeneček

Kojenecké období začíná 28. dnem života a končí 1. rokem. Pro kojence je hospitalizace v nemocnici velice frustrující situací. V tomto období jsou děti zvyklé dostat vše, co vyžadují, a vyjadřují svou nespokojenost, když nejsou uspokojeny jejich potřeby. V nemocnici někdy nemůžou pít mateřské mléko, na které jsou zvyklé, chybí jim péče rodičů a mají často rozházený denní režim. Někdy odmítají dělat činnosti, které doma běžně dělají. Proto by se měl ošetrovatelský tým snažit plnit potřeby těchto dětí a chránit je před nadbytečným stresem. Je důležité upevňovat vazbu mezi dítětem a rodičem a procvičovat senzomotorické aktivity, které už umí. Ošetřující personál může rodičům ukázat, jak se k dítěti chovat, jak na něj mluvit a jak si s ním hrát. Například u dítěte s trakcí mohou mít často strach manipulovat s dítětem, proto je důležité, aby jim sestra vše vysvětlila. Nepříjemné ošetrovatelské a vyšetřovací postupy provádí ošetřující personál co možná nejrychleji a vrátí dítě rodičům, aby ho upokojili. V nepřítomnosti rodičů utěšuje kojence sestra, aby si dítě nespojovalo ošetrovatelskou péči s bolestí. Pokud nemůže být rodič s malým pacientem v nemocnici, je důležité zajistit jim návštěvy v libovolnou dobu, aby se neporušila vazba dítěte s rodičem. Pečovat o kojence by měli stále stejní lidé (Leifer, 2004). Pokud má kojeneček uspokojeny

všechny biologické potřeby a je v kontaktu se známou osobou, tak se na cizí prostředí adaptuje velice dobře (Kusá, 2012).

1.4.2 Hospitalizované batole

Batole je dítě od konce 1. roku do 3 let. Hospitalizace pro tyto malé pacienty znamená bolestnou zkušenost. Nechápu odloučení od jejich matky a cítí velikou úzkost. Ošetřovatelský tým se při ošetřování dítěte snaží zachovat důvěru batolete a umožní mu vypořádat se s nepříjemným zážitkem pomocí her a konejšením. Pokud u dítěte vzniká separační úzkost, je důležitá častější návštěva rodičů. Je významné, aby batole mělo své oblíbené hračky, fotografie své rodiny a nahrávky oblíbených pohádek, protože se tím vytváří pocit bezpečí a spojuje to dítě s rodinou. Při odchodu rodiče od dítěte, je důležité dítěti vysvětlit, kdy se rodič vrátí a ten má skutečně přijít, protože to podporuje důvěru dítěte. Rodič by neměl odcházet z nemocnice po usnutí malého pacienta, zrazuje to jeho důvěru. Pravidelné docházky rodičů vzbuzují v dítěti dojem důvěry a zmenšují úzkost. Domácí zvyky batolete se ošetřující personál snaží udržovat, ale očekává se jistá regrese v chování. Vždy by se dítě mělo připravit na nepříjemné nebo nové zážitky, a to bezprostředně před výkonem. U delšího upoutání batolete na lůžku je nutná zvýšená citová podpora, častější soustředěnost sester a vhodné pobavení. (Leifer, 2004). Batole se na cizí prostředí přizpůsobuje nejhůře. Adaptace závisí na postoji ošetřovatelského personálu k dětskému pacientovi a na prostředí. Děti čilé a bystré se adaptují na cizí okolí lépe než děti uzavřené a zádumčivé. Při hospitalizaci dítěte bez rodiče by si měl doprovod dítě položit do postýlky sám a v příhodný moment odejít. Personál by měl batoleti nahradit rodiče. Měl by ho uklidňovat, zabavovat tak, aby se nenudilo a neměl by ho nechat příliš dlouho samotné (Kusá, 2012).

1.4.3 Hospitalizovaný předškolák

Předškolní období začíná od ukončeného 3. roku života a končí v 5 letech dítěte. Předškoláci zvyklí i na jiný kontakt zvládají hospitalizaci lépe než děti, které nikdy nebyly odloučené od své rodiny. Je nutné děti předem připravit na nutnost hospitalizace. Vysvětlit jim, že hospitalizace není trest na něco, co provedly. Pro předškoláky je velice stresující odchod matky, proto by se jim mělo pravdivě říct, kdy je zase navštíví. Před chirurgickým výkonem je podstatné jim ukázat, kde se bude na jejich těle operovat, aby se u nich snížil strach. Je vhodné, aby sestra naslouchala, odpovídala na všechny jejich otázky a chválila je, aby si dokázaly danou situaci představit. Pochvala posílí sebevědomí předškoláka. Pro odstranění napětí u dítěte je nutné přehrávání určitých rolí a to pomocí špachtlí, obvazů a jiných materiálů používaných v nemocnici (Leifer, 2004).

1.4.4 Hospitalizace dítěte s rodičem

Matka a otec dítěti přináší psychickou a emocionální oporu. Dávají dítěti pocit jistoty, lásky, bezpečí a ochrany. Rodič slouží k tomu, aby zdravotnický tým porozuměl dětskému pacientovi. Pro zdravotnický kolektiv je jednodušší vyšetřování a léčba za přítomnosti matky či otce dítěte. (Ondriová, Sinaiová, 2012).

Při pobytu dítěte s rodičem v nemocnici je dětský pacient klidnější, méně úzkostný a zmírňuje se nepříznivé působení cizího okolí na jeho psychiku. Při ošetřování pacienta se klade velký důraz na spolupráci s jeho rodinou. Rodič je přítomen při vyšetření svého dítěte a zná hned výsledek. Vždy je přítomen na vizitě, aby byl stále obeznámen se zdravotním stavem a následujícím průběhem léčby.

Pokoj je uzpůsoben tak, aby se rodič mohl o své dítě starat. Sestry ho učí, jak správně pozorovat a ošetřovat jeho dítě.

Pobyt dítěte s matkou či otcem na dětském oddělení má ale i své negativní stránky. Někteří rodiče jsou nepoučitelní v dodržování hygienických návyků, často nedodržují provozní řád oddělení. Někdy nemístně zakročí při ošetřování cizích dětí a

zapomínají přitom věnovat pozornost svým dětem. Rodiče si mnohdy se svými ratolestmi nehrají, neuklidňují je ani nezabavují. Proto se stává, že se rodič stává pro sestru stresujícím faktorem či zátěží. Je důležité dbát na zlepšování komunikace mezi rodičem a sestrou, a sestrou a lékařem (Veselá, 2012).

Pokud nemůže být matka nebo otec s dítětem v nemocnici, je důležité umožnit jim návštěvy v jakoukoliv dobu (Ondriová, Sinaiová, 2012).

Přijetí dítěte do nemocnice působí na celou jeho rodinu. Rodiče si často myslí, že za nemoc dítěte můžou sami. Hospitalizace dítěte vyvolává v rodičích úzkost a beznaděj, v nejisté situaci panikaří. Rodič svůj stres a obavy ventiluje pomocí zlosti a nářku. Toto chování může být odezva na současné okolnosti, ale i na vlastní zážitek z dětství. Nikdy se nesmí podceňovat chování rodičů. Ošetřující personál by měl naslouchat rodičovi a být k němu empatický a objektivní. Měl by ho povzbuzovat, podporovat a zdůrazňovat jeho důležitost při uzdravování dítěte a napomáhat mu zapojit se do péče o jeho nemocné dítě. Ošetřující personál by měl na rodiče působit uvolněně, uklidnit je a pobídnout je k pozitivnímu postoji. Měl by také rodičům vše vysvětlit, aby se zbytečně neobávali, a pozorně jim naslouchat (Leifer, 2004).

1.4.5 Reakce dítěte na hospitalizaci

Reakce dítěte na hospitalizaci v nemocnici záleží na věku, předchozí přípravě, jistotě domácího života, na zkušenostech s předchozí hospitalizací v nemocnici, na podpoře rodiny a zdravotnického týmu a na emocionální stránce dítěte. Hodně dětí nechápe, co se s nimi děje. Jsou v situaci, kdy jsou odloučeny od rodičů, v neznámém prostředí a musí jíst neznámá jídla.

Každé dítě reaguje na hospitalizaci jinak. Některé děti se vztekají, jiní jsou zaraženi a nechtějí komunikovat. Hodné dítě může mít větší obtíže než dítě plačtivé a projevující své pocity. Žádný ošetřující zdravotník nenahradí dítěti rodiče. Nejpodstatnějším důvodem stresu dítěte je separace, bolest, strach a regrese.

Separční úzkost se nejčastěji objevuje u batolat, ale může vzniknout i u kojenců kolem 6 měsíců a více. Má tři stupně – protest, zoufalství a odmítnutí nebo lhostejnost.

Dítě stále vyhlíží své rodiče, hlasitě pláče až únavou usne. Neustále přivolávají svou matku. Pokud pláč ustává, tak se objevuje druhý stupeň - zoufalství. Dítě je nešťastné a objevuje se u něj deprese. Nemá zájem o hračky ani své okolí. Ve třetí fázi separační úzkosti se dítě vzdává svých rodičů. Jejich návštěvy jsou mu lhostejné a více ho zajímá okolí, hračky a kamarádi. Může se zdát, že si dítě na úzkost už zvyklo. Pokud trvá odloučení od rodiny déle, může se vazba mezi dítětem a rodičem nezvratně porušit (Leifer, 2004).

Jak již bylo řečeno, stres může vyvolat i bolest. „Bolest je nepříjemný smyslový a citový prožitek spojený se skutečným nebo hrozícím poškozením tkání a je popisována termíny takového poškození“ (Sedlářová, 2008, 119s.). Kojenci nedokážou označit místo bolesti. Děti se ve většině případů ani nesvěří, že nějakou bolest mají, protože se bojí, že dostanou injekci. Jestliže to dítě dokáže, může nakreslit, kde ho to bolí. Pro zklidnění bolesti je důležité odpoutat pozornost dítěte od bolesti například kreslením, vyprávěním příběhů, loutkovým divadlem atd. (Leifer, 2004).

Další reakcí dítěte může být strach, který opět ovlivňuje stres. Je to obrana organismu na nepříjemný prožitek z určitého předmětu či situace. Jedinec má obavu z ohrožení svého zdraví (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). U dítěte strach narušuje důvěru ke zdravotnickému personálu. Pečuje se o něj vždy se zřetelem na stud, integritu a soukromí. Nemocniční personál by měl dítěti zajistit okolí podporující jeho touhu umět a ovládat.

V průběhu hospitalizace může dítě ztratit již nabytou funkci a může se vrátit na dřívější vývojové období. Tomuto stavu se říká regrese. Projevuje se například pití z lahve u dětí, které už dokázaly popíjet ze skleničky, odmítáním chůze na nočník anebo odmítáním chůze. Nikdy tyto děti nesmíme trestat, děti by se měly chválit za odpovídající chování. Chválení dítě motivuje k dosažení očekávaného chování (Leifer, 2004).

U dlouhodobě nemocných dětí se objevuje silná negativní reakce na hospitalizaci, která se nazývá hospitalizmus (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011). „Hospitalizmus vzniká tehdy, jestliže člověk (malý i dospělý) žije dlouhodobě izolován ve zdravotnickém (či sociálním) zařízení, v němž chybí programy, které by přinášely

psychosociální stimulaci“ (Vymětal, 2003, 37 s.). Hlavním vlivem je psychická deprivace. Je to stav, kdy osoba nemůže delší dobu uspokojovat nějakou svou životní potřebu. Tato deprivace může být senzorická, emoční, intelektová nebo sociální. Nemocný si mnohdy zvykne, že o sebe nemusí pečovat. Ztrácí zájem o své okolí a bojí se života mimo nemocnici. Upadá jak duševně, tak tělesně. Prevence hospitalizmu patří k významným cílům současné medicíny. Hlavním cílem je přiblížení léčebného režimu obvyklým životním okolnostem a zajištění dostatečného přísunu podnětů a činností pro děti i dospělé. Mezi zásadní postupy k předcházení hospitalizmu řadíme omezení nebo zkrácení pobytu v nemocnici na co nejkratší dobu, umožnění stálých návštěv rodiny a známých lidí, zlepšování okolí v nemocnici, uspořádání nemocničního systému, přijímání dětských pacientů na oddělení s rodičem. Do nemocnice také docházejí za nemocnými dětmi herní terapeut a učitelé mateřských škol (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011).

1.5 Ošetřovatelská péče u dítěte s náplast'ovou extenzí

Ošetřovatelská péče je odborná činnost orientovaná na zachování, upevnění a obnovení zdraví. V rámci ošetřovatelské praxe ji metodou ošetřovatelského procesu poskytují všeobecné sestry s odbornou způsobilostí. Je poskytována ve státních nebo nestátních zdravotnických a sociálních zařízeních, také v domácnostech či komunitách (Farkašová, 2006).

Pacient je v nemocnici uložen na lůžku přístupném ze tří stran. V lůžku by měly být antidekubitární pomůcky, jako například antidekubitární matrace, aby nevznikly proleženiny.

Pokud je dítě umístěno na trakci se závažím, tak sestra sleduje u pacienta trakční lanka a dává pozor na neporušenost, průchod přes drážky kladek a na polohu malého pacienta. Dolní končetiny u každé trakce jsou uloženy v pravém úhlu k tělu a hýždě dítěte je dostatečně zvednuté. K zabránění dítěti převalovat se ze strany na stranu se používá kazajková fixace. Pro trvalost trakce se zavěšené závaží nesmí sundávat a dotýkat jakéhokoli nábytku, musí viset volně (Leifer, 2004).

Sestra provádí neurovaskulární vyšetření prstů na nohách a sleduje teplotu a barvu na obou končetinách. Správné zásobení krve v končetinách je potřebné pro optimální léčbu. Vyšetření se provádí stlačením prstů na noze až do zblednutí kůže a následně se sleduje návrat barvy prstů. Pro srovnání se toto vyšetření provádí na obou dolních končetinách. V případě cyanózy, necitlivosti nebo podrážděnosti končetiny způsobené závěsem, obinadly, bolestí či nepřítomností tepu, je nutné tuto událost hlásit lékaři. Vážnou komplikací u této trakce je Volkmanova ischemie. Dochází k ní kvůli cirkulačním překážkám, poněvadž jsou dolní končetiny zvýšené nad úroveň hlavy a protékání krve v cévách je ovlivněno gravitací. Tepny se zužují, až dojde k úplnému uzávěru tepny a to může způsobit nedostatek kyslíku ve svalech a reflexní vazospasmus. Při včasném nezareagování na vazospasmus vznikne kontrakce a ochrnutí. Dále je důležité zaznamenávání pulzace v dolních končetinách. Tep na postižené končetině se porovnává s tepem na zdravé končetině. Silný tep prozrazuje dobrý průtok krve, který je důležitý pro hojení. Je nutné sledovat pohyby prstů, protože se tím zjišťuje nervové zásobení končetin. Pokud pacient nepohybuje prsty, svědčí to o poranění nervu, což může být komplikací zlomeniny. Sestra musí také sledovat predilekční místa vzniku dekubitů. Dekubitus je poškození tkáně vznikající důsledkem místního působení tlaku, tření či jejich kombinací. Postihuje kůži, ale i sliznice. Jedná se o místní poruchu prokrvení, výživy až odumření tkáně nazývaní se nekróza. Dekubity se mohou objevit na kterémkoliv místě lidského těla. U dětí s náplast'ovou extenzí vznikají nejčastěji na kotnících, Achillově šlaše a na nártu (Klinika zdraví, 2013). Sestra dále sleduje místo a kvalitu bolesti a bolest zaznamenává do dokumentace pacienta. Je důležité bolest co nejdříve léčit. Pokud bolest na traumatizovaném místě přetrvává i po podání medikace, dokazuje to vážnou komplikací nazývaní se compartment syndrom. Některé děti neumějí bolest popsat, proto sestra musí dávat pozor na zjevné důkazy bolesti, na změnu chování a gest dítěte nebo na změnu fyziologických funkcí (Leifer, 2004).

1.6 Uspokojování základních potřeb dítěte s náplast'ovou extenzí

Mezi základní potřeby dítěte patří potřeba výživy, tekutin a elektrolytů, hygienické péče, vyprazdňování, odpočinku a spánku, pohybu a potřeba jistoty a bezpečí.

Výživa dítěti zabezpečuje fyziologické potřeby organismu, zachovává vyrovnanost látkové výměny, udržuje imunitní systém a optimální tělesnou a duševní činnost. Je důležitá pro fyzický a psychický vývoj. Hlad může být fyziologickým stavem, ale i subjektivním pocitem. Malé děti při pocitu hladu pláčou. Výživa by měla mít správné složení. Kojenec je krmen buď mateřským mlékem, nebo umělou výživou ve formě mléka. Po 4. měsíci života by mělo být dítě postupně přikrmováno nemléčnými příkrmy, protože mléko už nepokryje energetickou potřebu organismu. V prvních dnech hospitalizace může dítě ztrácet chuť k jídlu. Během této doby sestra podpoří dítě zvýšeným příjmem tekutin. Pokud to dietní stav dovolí, může sestra vybidnout rodiče, aby dítěti přinesli jeho oblíbené jídlo. Strava by měla být esteticky upravená. Dítě na trakci je krmeno vleže. Kojené děti se krmí mateřským mlékem. Při hospitalizaci dítěte s matkou je dítě normálně kojeno z prsu matky nebo se dítěti mateřské mléko podává z kojenecké lahve. Pokud není matka přítomna, tak se dítě krmí odstříkaným mateřským mlékem, které se kojenci podává v kádince, lžičkou, lahví se lžičkou nebo soft cupem. Při krmení kádinkou se kádinka přiloží na spodní rtík a dolní čelist dítěte. Když dítě zformuje jazyček do pohárku, může se mléko z kádinky po troškách nalévat. Dítě si mléko posune na kořen jazyka a následně spolkně. Tento způsob je vhodný při nepřítomnosti matky (viz Příloha 6). Lžičkou se kojenec krmí málokdy. Při dotyku lžičky rtů dítě vystrčí jazyček, zformuluje ho do pohárku a začne vykonávat sací pohyby. Při sacích pohybech se dítěti na jazyk nalévá mléko. Tento způsob krmení je vhodnější u starších dětí. Krmení kojence lahví se lžičkou je velmi vhodný způsob, když matka nemůže dítě několik dnů krmit z prsu. Lahev se lžičkou nesmí fungovat jako lahev, ale jako lžička. Mohlo by totiž dojít k velmi rychlému odstavení dítěte, byl by to pro něj velmi pohodlný způsob získání mléka. Dítě dostává mléko vždy po jedné lžičce, lahev se narovná, dítě polkně a dá se další lžička (viz

Příloha 7). Soft cup je speciální lahev, která funguje v podstatě jako lžička. Mléko z lahve nevytéká samovolně, je potřeba tisknout v určitém místě silikonový dudlík (viz Příloha 8) (Kojení, 2013). Hlava dítěte při krmení nesmí být v extenzi (záklonu), protože hrozí nebezpečí vzniku aspirace, ani ve flexi (předklonu), protože se zvýrazňuje zakousávání do lžičky (Šrámková, 2013). Dítě by se mělo krmit v klidném, ničím nerušeném prostředí. Jídlo se podává lžičkou z nezávadné umělé hmoty nebo nerez. Vždy se krmí v zorném poli dítěte, doba krmení by neměla přesahovat 20-30 min. Jídlo by mělo mít vhodnou teplotu a konzistenci pro konzumování (Vincent, 2013). Nikdy by se strava neměla vnucovat, protože to zvyšuje odpor k jídlu. Zakazování určitých jídel naopak zvyšuje touhu zakázanou stravu jíst. (Sikorová, 2011; Berry, 2012).

Potřeba tekutin a elektrolytů úzce souvisí s potřebou výživy. Potřeba vody závisí na její ztrátě z těla. Příjem i výdej tekutin by měl být v rovnováze. Při narušení rovnováhy příjmu a výdeje tekutin vzniká dehydratace, která se projevuje pocitem žízně. Spotřeba tekutin z těla je ovlivněna tělesnou činností, teplotou okolí, oblečením, druhem potravin a solí v nich obsažených. Sestra pobízí v pravidelných intervalech dítě k pití a pomáhá mu. Je vhodné tekutinu nalít do hrnečku s brčkem či uzavřené lahve s otvorem pro pití, aby se dítě vleže nepolilo. Sestra provádí bilanci tekutin, monitoruje vzhled dítěte, kožní turgor a váhu (Sikorová, 2011).

Další oblastí v uspokojování potřeb je hygienická péče. Sestra provádí hygienu malého pacienta na lůžku a dbá na zvýšenou hygienu v oblasti zad a hýždí. Také pravidelně kontroluje pokožku dítěte a masíruje ji ochrannými krémy. Prostěradla v lůžku musí být čistá, vypnutá a bez drobečků z jídla. Jestliže je kazajková fixace špinavá, sestra ji vymění za novou. Sestra každý den kartáčuje vlasy na zadní části hlavy, aby se nespojovaly ve velké uzly (Leifer, 2004; Berry, 2012).

Potřeba vyprazdňování přináší člověku pocit libosti a spokojenosti. Stáří dítěte, přijatá potrava, tekutiny, pohyb, chorobný stav, duševní a sociálně-kulturní faktory a faktory životního prostředí velice ovlivňují charakter a frekvenci vyprazdňování. Ve starším batolecím věku dítě dokáže svojí vůlí kontrolovat močení, má suchou plenu, ale občas se může stát, že se pomočí. Množství vymočené moči je závislé na věku, přijatých tekutinách, fyzické zátěži a tělesné teplotě. Pacient se vyprazdňuje do pleny

nebo podložní mísy, záleží na výši trakce. Množství vyloučené stolice je důležité zaznamenávat. V případě, že je možnost dát dítěti podložní mísu, sestra analyzuje zmapované doby mikce a defekace a v předvídatelné době může v následujících dnech naplánovat čas nabídky podložní mísy pro vyprázdnění. Podložní mísa může být nabízena i pravidelně po dvou hodinách, ale dítě by na ní mělo být maximálně 10 minut. Samostatné močení je vhodné začínat nacvičovat, až když dítě má suchou plenu déle než dvě hodiny. Při vyprazdňování je důležité zabezpečit nemocnému intimitu a umožnit mu omytí rukou. Po každém vyprázdnění sestra umyje dítěti genitál jako prevenci opruzenin. Děti upoutané na lůžku mají často zácpu. Pro prevenci zácpy je příhodná strava bohatá na vlákninu. Pokud zácpa trvá déle jak tři dny, tak sestra podává po domluvě s lékařem projímadla. (Sikorová, 2011; Leifer, 2004).

Potřeba odpočinku a spánku je přirozenou reakcí organismu člověka na únavu. Únava může být fyziologická, ale i pocitem, jehož intenzita nemusí znamenat reálnou potřebu odpočinku. Odpočinek slouží k obnově zásob energie v těle člověka. Při hospitalizaci v nemocnici by se měli zachovávat rituály před spaním z domácího prostředí, protože nastane automatické navození uklidnění a dítě ví, že bude následovat spánek. Rituál může být přečtení pohádky, povídání si o zážitcích ze dne, zaspívání ukolébavky, položení oblíbené hračky k dítěti a úprava prostředí pro spánek. Je vhodné dítě ukládat ke spánku stále ve stejnou dobu a ve stejnou dobu ho i probouzet. Vyžaduje-li dítě po položení do postýlky matku, je vhodné ji zavolat, aby ho utišila, pohladila, políbila, přikryla peřinkou a po tmě tiše odešla. V nemocnici je vhodné plánovat výkony a jiné aktivity mimo dobu, kdy je dítě zvyklé spát. Nikdy nesmí sestra podceňovat noční obavy dítěte (Sikorová, 2011).

Pohyb působí na vývoj kosterního svalstva a kostry. Měl by být přiměřený stáří, zkušenostem a zdravotnímu stavu dítěte. Do pohybu patří hrubá a jemná motorika. Hrubá motorika je pohyb jednotlivých částí těla. Jemná motorika je pohyb ruky. Při uchopení nějakého předmětu dítě odpovídá na vnímavý předmět, to vyžaduje koordinaci očí a ruky. Sestra motivuje dítě k pohybu, vzbuzuje radost z pohybu. Sestra kojence pohybově rozvíjí pouze v případě, kdy to dovoluje jeho zdravotní stav. S kojencem by se nemělo cvičit po jídle, a když je ospalé. Sestra s dítětem na trakci cvičí na lůžku.

Nejdůležitější u těchto dětí jsou dechová cvičení, která se provádějí nafukováním bublin a zpíváním písní. Ruce pacienta sestra cvičí hraním s balónek nebo hračkou, házením míčku do vzduchu nebo držením knihy v přední části hlavy. Dále sestra procvičuje prsty na dolních končetinách, lechtá jim plosky nohou a kreslí jim tvary na plosky nohou. Cvičí se 2krát denně po 10 minutách. Menší děti se musí k cvičení motivovat, k tomu slouží například maňásci. Děti se po každém cviku musí chválit (Sikorová, 2011; Berry, 2012).

Při hospitalizaci dítěte je důležitá herní terapie. U dětí, které jsou umístěné na náplastové extenzi, se větší hračky nad jejich hlavu tak, aby se jich mohly dotknout a hrát si. Pokud to zdravotní stav dítěte dovolí, tak se může odvést do herny v postýlce, aby bylo chvíli v kolektivu jiných dětí (Leifer, 2004).

Potřeby jistoty a bezpečí jsou potřeby zahrnující tendenci vyhnout se ohrožení a nebezpečí. Je to touha po důvěře, rovnováze, spolehlivosti, osvojení od obavy a úzkosti. Sestra musí předcházet vzniku separační úzkosti tím, že dítě hospitalizuje s rodičem. Měla by vždy malému pacientovi vysvětlit, co se mu bude dělat a ukázat mu, na kterém místě na jeho těle se bude výkon dělat. Při příjmu na oddělení musí sestra dítě seznámit s pravidly chodu oddělení. Musí však toto seznámení přizpůsobit věku dítěte, aby to dítě dostatečně pochopilo. Spory s rodičem by sestra měla řešit bez přítomnosti dětského pacienta (Sikorová, 2011).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak dítě zvládá hospitalizaci na lůžkovém dětském oddělení

Cíl 2: Zjistit specifika ošetrovatelské péče u dětí do pěti let se zlomeninami stehenní kosti na lůžkovém dětském oddělení

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaký přínos má hospitalizace dítěte se zlomeninou stehenní kosti s matkou na lůžkovém dětském oddělení?

Výzkumná otázka 2: Jak jsou uspokojovány potřeby dítěte se zlomeninami stehenní kosti?

Výzkumná otázka 3: Jaká jsou specifika v ošetrovatelské péči u dětí do pěti let se zlomeninou stehenní kosti?

Výzkumná otázka 4: Jaké komplikace z ošetrovatelského hlediska mohou vzniknout u dětí do pěti let se zlomeninou stehenní kosti?

3 Metodika práce

3.1 Metodika práce – technika sběru dat

Téma bakalářské práce je zpracováno na základě odborné literatury. Pro výzkumnou část této bakalářské práce byla zvolena kvalitativní analýza dat metodou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum probíhal se souhlasem vrchních sester v období únor až březen 2013 na odděleních dětské traumatologie ve dvou nemocnicích v Praze a v jedné nemocnici v Brně. Dotazované sestry pracující na dětském oddělení a dotazovaní rodiče dětí, které byly umístěné na náplast'ové extenzi, byli předem seznámeni s tématem bakalářské práce a s důvodem výzkumného šetření. Sestry i rodiče byli ochotni podstoupit rozhovor. Rozhovor byl veden se sestrami a rodiči podle předem sestavených výzkumných otevřených otázek (viz Příloha 9 a 10). Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na nahrávací zařízení. Pokud s nahráváním nesouhlasili, byly zaznamenávány do záznamových archů. Nahrané rozhovory a sepsané údaje v záznamových archích byly následně přepsány (viz Příloha 11 a 12). Na základě výsledků byly vytvořeny kategorie a podkategorie, které byly pro lepší přehlednost zpracovány do schémat v modulu Microsoft Word. Vzniklá schémata byla následně popsána. V popisu schémat jsou i doslovně přepsané citace jednotlivých respondentů bez lingvistické úpravy.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo šest všeobecných sester pracujících na dětském oddělení a pět rodičů hospitalizovaných na dětském oddělení se svými dětmi umístěnými na náplast'ové extenzi.

Tabulka 1 - identifikační údaje dotazovaných sester

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Pracovní zařazení	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra
Počet let praxe	20 let	3 roky	11 let	17 let	13 let	2 roky

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2 - identifikační údaje dotazovaných rodičů

Rodič	R1	R2	R3	R4	R5
Vztah k dítěti	matka	matka	matka	matka	matka
Stáří dítěte	13. měsíců	15. měsíců	2,5 roku	2 roky	3,5 roku
Pohlaví dítěte	chlapec	děvče	chlapec	chlapec	děvče

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkum byl prováděn v nemocnicích v Praze a v Brně. Celkem jsme oslovili 11 respondentů, z toho 7 všeobecných sester a 5 rodičů dětí umístěných na náplast'ové fixaci. Z důvodu odmítnutí jedné všeobecné sestry uskutečnit rozhovor jsme v konečné fázi získali šest všeobecných sester. Z rodičů nikdo neodmítl poskytnout rozhovor. Délka rozhovorů se pohybovala od 10 do 30 minut.

Škála respondentů nebyla rozsáhlá. Rodiče dětí bylo těžké získat, protože v období provádění šetření bylo na dětských traumatologiích hospitalizováno velice málo dětí umístěných na náplast'ové extenzi, které byly hospitalizovány se svými rodiči. Všeobecné sestry nebylo těžké při rozhovoru získat.

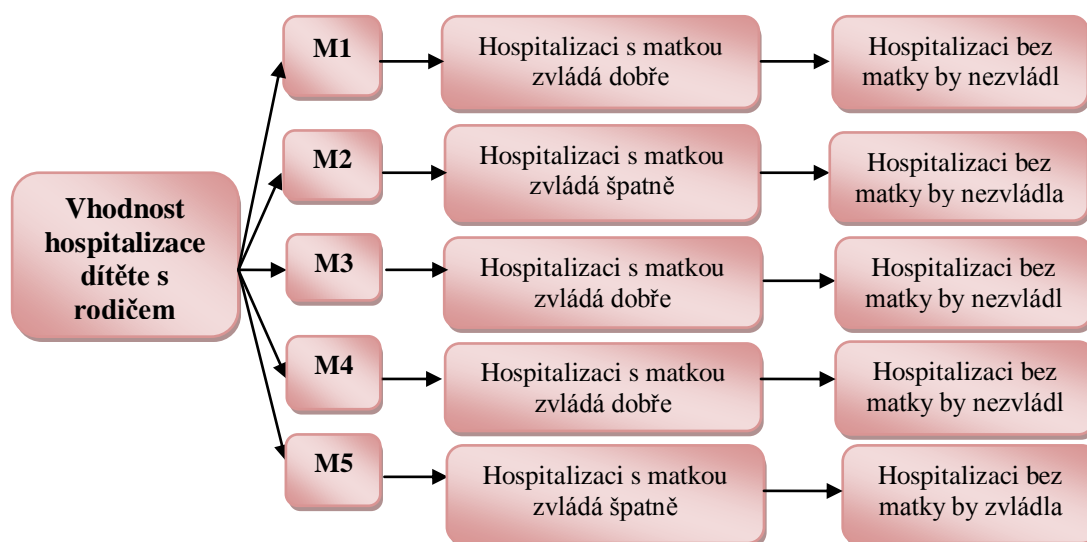
4 Výsledky

4.1 Kategorizované výsledky z rozhovorů s rodiči dětí

Kategorizační skupiny

1. Vhodnost hospitalizace dítěte s rodičem
2. Edukace rodičů o uspokojování potřeb dítěte
3. Uspokojování potřeb dítěte

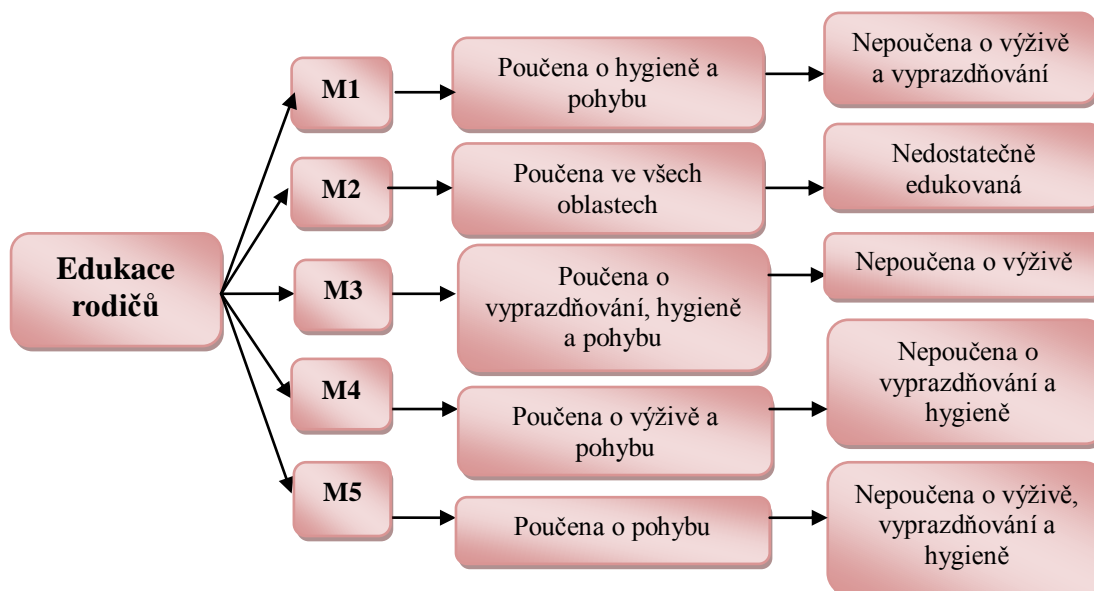
4.1.1 Vhodnost hospitalizace dítěte s rodičem



Většina dotazovaných matek, které měly své děti umístěné na náplast'ové extenzi, odpověděly, že jejich dítě zvládá hospitalizaci dobře. M1 uvedla: „Zvládá ji dobře. Skvěle. Řekla bych čím dál líp.“ M2 odpověděla, že její dítě zvládá hospitalizaci dobře. Ze začátku stále plakalo, protože se mu stýskalo po starším sourozencovi. M4 také uvedla, že její dítě zvládá hospitalizaci v nemocnici dobře. Matka si myslí, že je to proto, že je v nemocnici s ním. Pouze dvě matky odpověděly, že jejich dítě zvládá pobyt v nemocnici špatně. Bylo to i v případě, že byly hospitalizovány se svými rodiči. M3 na otázky týkající se hospitalizace odpověděla: „Kdybych všechno dělala za sestřičky, tak

dobře. Sestřičky mi s péčí pomáhají. Myslím si, že hospitalizaci zvládá hůř, protože o něj nepečuju sama a on se bojí péče někoho jiného.“ M5 řekla: „Ze začátku hospitalizaci zvládala velice dobře. Ale teď už je to horší, protože ona je ekzématicka. Takže jak má ty nohy zafačované, tak jí to hrozně svědí. Zvládla by hospitalizaci v pohodě, ale jak má ten ekzém, tak se furt drápe a nemůže se dodrázat.“ Kromě M5 se všechny dotazované matky shodly na tom, že by jejich dítě hospitalizaci bez nich nezvládlo. M5 nejdříve odpověděla, že by to její dcera nezvládla, protože potřebuje někoho k ruce, aby jí pomohl. Po chvílce přemýšlení, ale změnila názor a uvedla, že by to zvládla, pokud by se o ni postaral někdo jiný.

4.1.2 Edukace rodičů o uspokojování potřeb dítěte

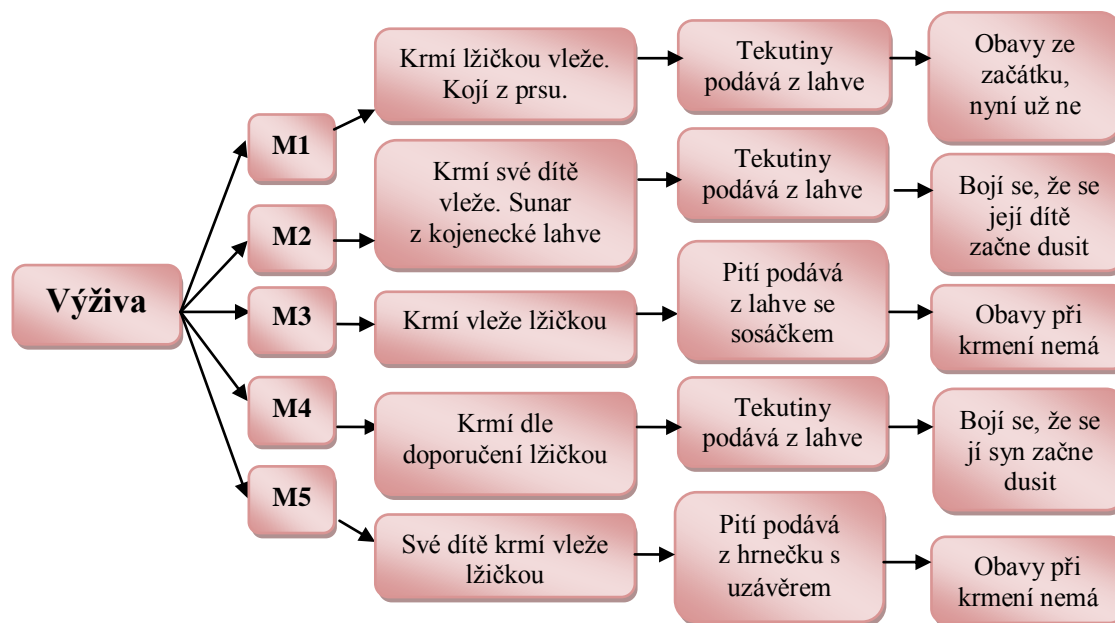


Pouze matka č. 2 byla poučená o uspokojování potřeb jejího dítěte. Sestry jí poučily, že má své dítě krmit pouze vleže. Svě děťátko má krmit pomalu, protože by se mohlo stát, že vdechne jídlo, anebo začne zvracet. O oblasti vyprazdňování jí sestry řekly, že musí vše dělat v postýlce. Hygienu u svého dítěte prý musí také provádět jen v postýlce. O potřebě pohybu jí sestry jen informovaly o tom, že by se její dítě nemělo moc hýbat. M1 nebyly podány žádné informace o tom, jak má své dítě krmit a jak pečovat o potřebu vyprazdňování. M3 sestry nepoučily o výživě. O vyprazdňování jí

sestry řekly, že její syn bude mít zpomalená střeva a stolice mu bude odcházet méně, než jak byla doposud zvyklá. Také mu půjde vyprazdňování hůř, protože je ve výšce. Dále uvedla: „*Sestry mě ani nepoučily o přebalování. O plenu si malý vždy řekne a vyčůrá se. Sestry mi nabízely pro něj bažanta, ale nevím, jak by to zvládl.*“ S hygienou jí sestry každý den pomáhají. Na dotazy týkající se pohybu maminka uvedla: „*Sestry mi řekly, že nic nesmí. Ted' musí jen minimálně čtyři týdny viset. Pak bude rehabilitovat.*“ M4 nebyla poučená o vyprazdňování a hygieně. Na dotazy týkající se pohybu maminka uvedla: „*Sestřičky mi řekly, že musí stále ležet na zádech, že se nesmí otáčet a že s ním nemám moc hýbat, aby se nějak nezničila ta extenze.*“ M5 byla poučená pouze o pohybu. Matka na dotaz týkající se výživy reagovala: „*To si musím pohlídat sama, protože to asi vím nejlíp já, co může holka jest a co nemůže, protože ona je ta atopička. Jakmile bychom daly něco špatného, tak by to bylo ještě horší.*“

4.1.3 Uspokojování potřeb dítěte

4.1.3.1 Podkategorie výživa

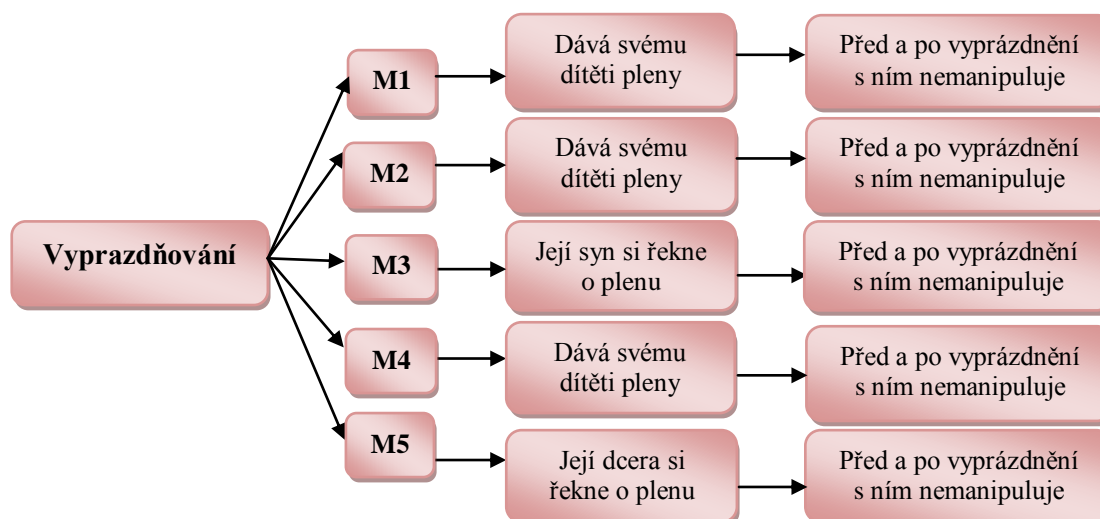


Všechny dotazované matky se shodly na tom, že své dítě krmí vleže v lůžku za pomoci lžičky. Pití podávají z lahve, či hrnečku s uzávěrem. M1 uvedla, že své dítě

krmí vleže, částečně stravou z nemocnice a částečně kojí z prsu. Myslela si, že jí kojení nepůjde, ale vždycky se nad něj nějak nahne. Čaj podává synovi z lahvičky. Nemocniční stravu podává dítěti lžičkou. M2 krmí dle pokynů sester vleže. Nemocniční stravu podává lžičkou. K snídani a na spaní dává sunar z kojenecké lahve. Čaj podává také z lahve. M3 své dítě také krmí nemocniční stravou vleže lžičkou. Tekutiny svému dítěti podává z lahve se sosačkem. M4 své dítě krmí dle doporučení nemocniční stravou lžičkou. Tekutiny podává svému dítěti z lahve. M5 uvedla: „*Krmím ju vleže lžičkou. Dáme bryndák a jíme.*“ Pití svému dítěti podává z uzavíratelného hrnečku.

Žádné obavy při krmení nemá matka č. 1, 3 a 5. M1 uvedla, že ze začátku se bála, že se jí syn při krmení udusí, že jí nepůjde kojení a on nebude mít co jíst. Nyní už se nebojí. Řekla: „*Nedovedu si představit, že bych vleže jedla.*“ M2 se ze začátku hospitalizace bála, že krmení dítěte nezvládne. Stále se bojí, že její dítě vdechne jídlo a začne se dusit. M4 se bojí, že se její dítě při krmení začne dusit.

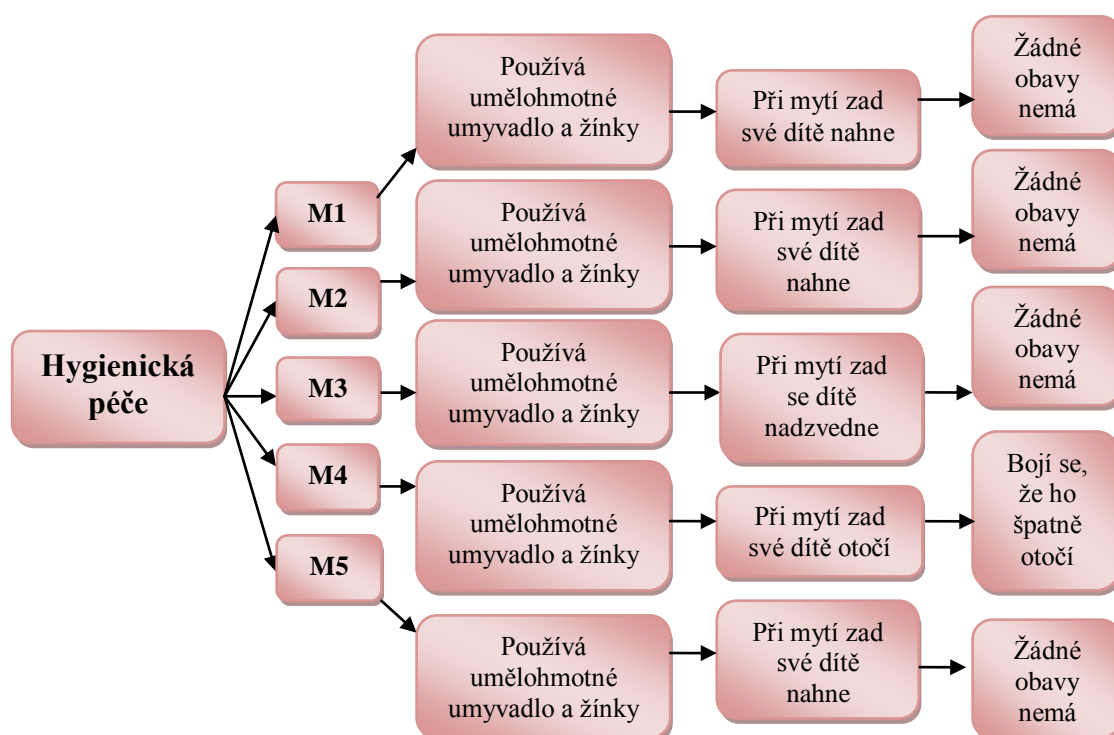
4.1.3.2 Podkategorie vyprazdňování



Všechny dotazované matky se shodly na tom, že svému dítěti dávají plenu a že před a po vyprázdnění jejich dítěte s ním nijak nemanipulují. M1 uvedla, že má její syn zatím pleny, takže ho přebaluje vleže v posteli. Nijak s ním nemanipuluje. Otírá ho pomocí vlhčených ubrousků mezi nožičkami. M2 také řekla, že má její dcera pleny. Po

vyprázdnění malou rozbalí, otre ji zvlhčenými ubrousky, namaže Rybilkou a zabalí ji do nové pleny. Plena se jí dává dobře, protože je zadeček ve výšce a ona pod něj může zasunout dobře ruce. Také s ní nehýbe. M3 odpověděla: „*O plenu si malý vždy řekne a vyčůrá se. Nabízeli mi bažanta, ale nevím, jak by to zvládl. Pleny přes den nemá, má ji jen na spaní.*“ Před a po vyprázdnění s ním nehýbe. Po vyprázdnění ho otírá vlhčenými ubrousky. M4 své dítě přebaluje sama v lůžku. Před a po vyprázdnění s ním nijak nemanipuluje, jen otre genitál a zadeček vlhčenými ubrousky. M5 uvedla: „*Protože tak visí, tak ju musím dávat plínky. Vždycky si řekne, že chce čůrat, tak ju dám plínku a je to. Malá visí v luftě, takže s ní nijak nehýbu. Vždycky pod ňu dám normálně plínku a pak ju pěkně očistím vlhčenéma ubrouskama. Není to problém, jde to dobře.*“

4.1.3.3 Podkategorie hygienická péče



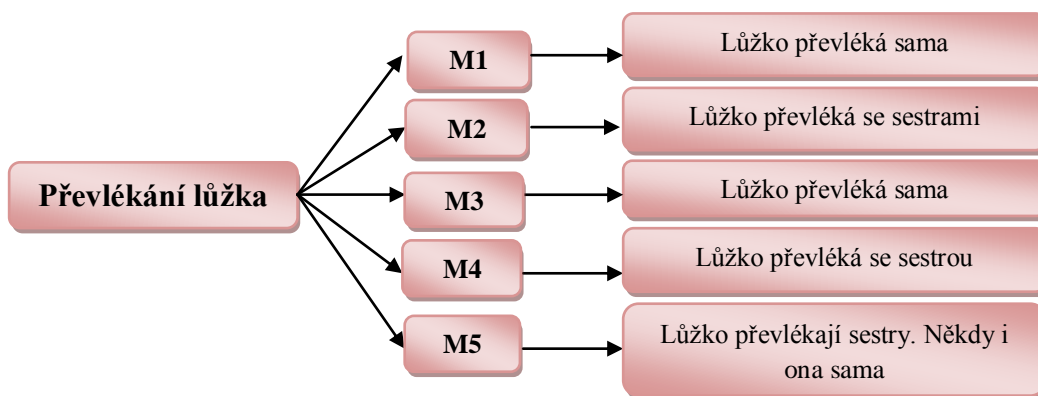
Všechny dotazované matky při rozhovoru uvedly, že své dítě myjí pomocí žínky a umělohmotného umyvadla. M1 uvedla: „*Používám k mytí lavor a žínky, které mi sestřičky přinesly a prostě ho omývám. Jinak to nejde.*“ M2 řekla: „*Sestřičky mi přinesly lavor a žínky. Každé ráno si natočím teplou vodu do lavoru, dám si do něj*

mýdlo a omývám malou vodou.“ M3 odpověděla, že jí s hygienou pomáhají sestřičky. Hygienu provádí žínkou, kterou ho otírá. M4: *„Ráno si napustím lavor teplou vodou a normálně ho žínkou omývám. Dávám pozor na nožičky a prostě mu je umyji.*“ M5 uvedla: *„Myju ju jednorázovými žínkami, večer napustím do škopku teplou vodu, trochu ju opláchnu, natřu, kvůli tomu ekzému. Je to v pohodě. Zuby si vyčistí. Ona stejně tu pastu polyká, takže to je jedno. Vlasy jsme myli zatím jednou. Malá se mě chytne za krk. Já ju nadzvednu a dvě sestry myjou hlavu.*“

Dotazované matky se také shodly na tom, že při mytí zad musí své dítě mírně otočit. M1, M2 a M5 při rozhovoru uvedly, že zádička svému dítěti myjí tak, že své dítě nahnou na bok. M3 odpověděla, že záda svého dítěte myje tak, že se malý trošku nadzvedne a ona mu je omyje a osuší ručníkem. M4: *„Záda mu umyji tak, že ho mírně otočím.*“

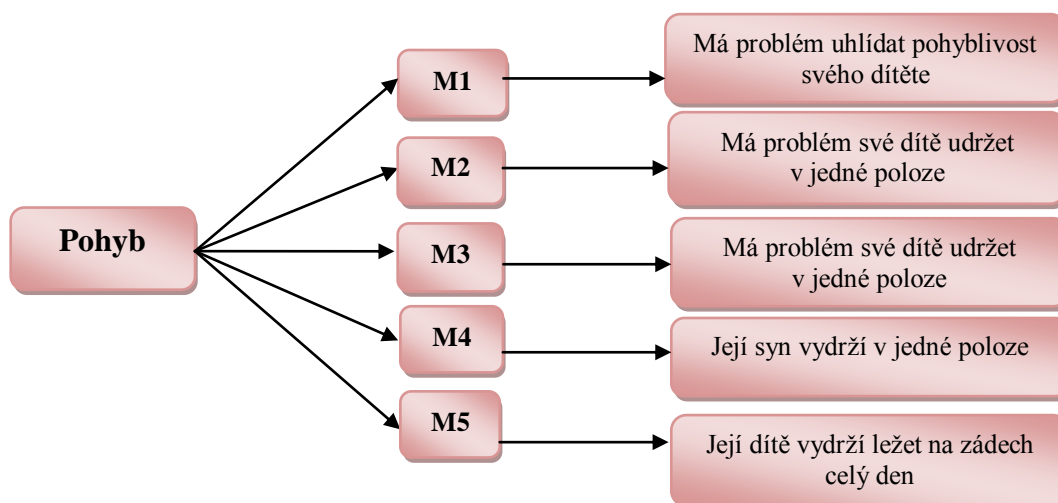
Obavy při hygieně svého dítěte měla pouze M4. Při mytí svého dítěte se bojí, že ho nějak špatně otočí a on bude mít bolesti.

4.1.3.4 Podkategorie převlékání lůžka



Dvě dotazované matky (M2, M3) při rozhovoru uvedly, že mění lůžkoviny samy. M2 řekla, že lůžkoviny mění vždy se sestřičkami. M4 uvedla: *„Lůžkoviny měním se sestrou, protože se bojím, abych ho nějak špatně nechytla nebo blbě neotočila.*“ M5 odpověděla, že lůžkoviny mění sestřičky a někdy sama tak, že prostěradlo stáhne a malou trošku nadzvedne.

4.1.3.5 Podkategorie pohyb



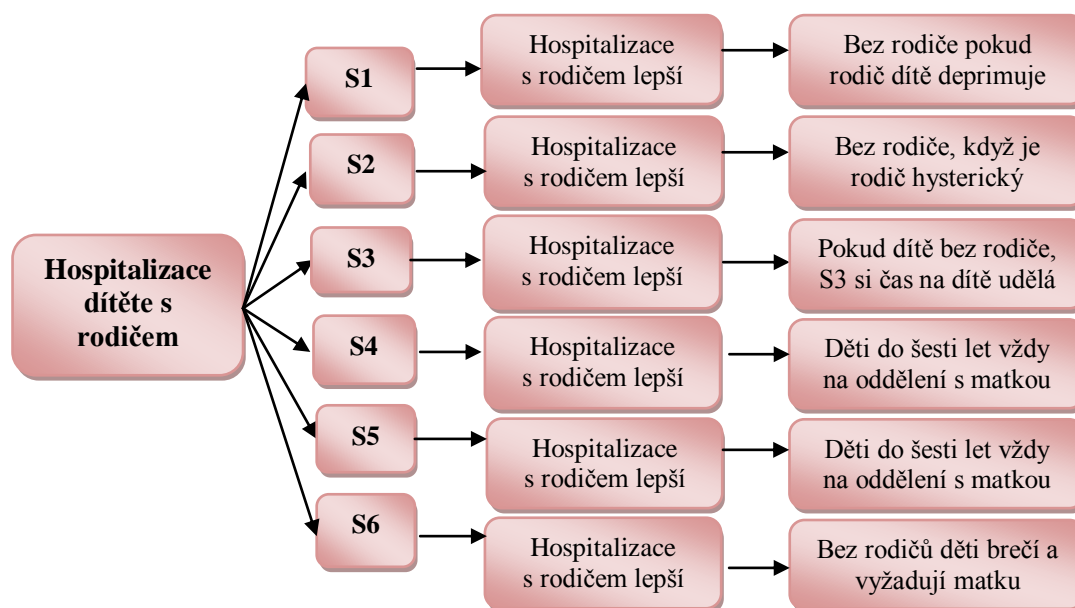
Pouze dvě dotazované matky neměly problém své dítě udržet v jedné poloze. M1 uvedla, že je její syn už teď pohyblivější, občas má problém ho uhlídat, aby se nepřetočil až na břicho. M2 řekla, že se její dcera snaží otáčet na břicho. Prý je těžké ji udržet v jedné poloze. Také se prý snaží sundat si obvazy na nožičkách. Matka si myslí, že jí to svědčí a chce se jen podrbat. M3: „*Můj syn nevydrží jen ležet na zádech. Nedokážu ho udržet v jedné poloze.*“ M4 odpověděla: „*Myslím si, že to zvládá dobře. Moc se na extenzi nehýbe.*“ M5 odpověděla, že je její dcera ukázněný pacient a vydrží ležet na zádech celý den. Když jí záda bolí, tak jí je matka namaže. Její dcera otáčí pouze hlavou ze strany na stranu.

4.2 Kategorizované výsledky z rozhovorů s všeobecnými sestrami

Kategorizační skupiny

1. Vhodnost hospitalizace dítěte s rodičem
2. Edukace rodičů o uspokojování potřeb dítěte
3. Uspokojování potřeb dítěte
4. Specifika ošetrovatelské péče
5. Ošetrovatelské komplikace

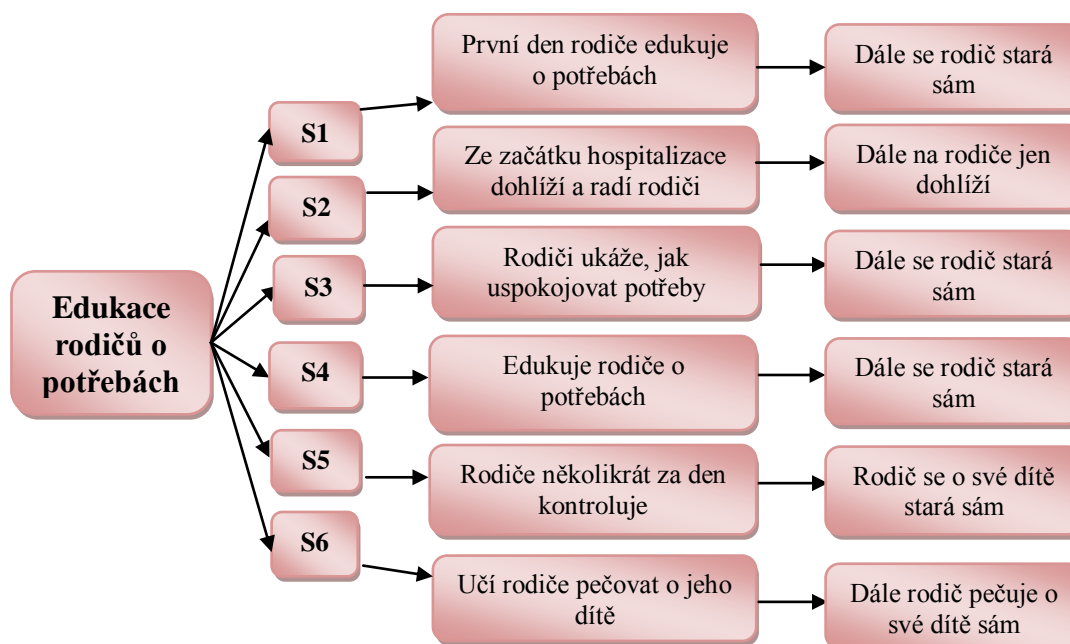
4.2.1 Vhodnost hospitalizace dítěte s rodičem



Většina dotazovaných sester si myslí, že je hospitalizace dítěte s rodičem lepší. S1 při rozhovoru uvedla, že je hospitalizace s rodičem lepší, protože léčba náplast'ovou extenzí je zdlouhavá. Dítě by si mohlo při pobytu v nemocnici bez matky či otce na rodiče odvyknout. S2 preferuje hospitalizaci s rodičem, protože rodič své dítě zná nejlépe. Dítě také zvládá péči od svého rodiče lépe než péči od zdravotníka. S3 na otázku týkající se hospitalizace odpověděla, že je pro dítě hospitalizace s rodičem lepší, protože se mu rodič věnuje a zná jeho potřeby lépe než zdravotník. Ovšem pokud má dítě bez rodiče, udělá si na něj čas. Jejich oddělení navštěvují dobrovolníci a studenti středních zdravotnických škol a zdravotně sociálních fakult, takže dítě není dlouho bez kontaktu s druhou osobou. U nespolupracující matky je radši, když je dítě hospitalizováno samo. S4 uvedla, že je hospitalizace s rodičem pro dítě lepší, protože je dítě na svého rodiče fixované. Rodič ho také zná nejlépe a ví, co jeho dítě nejvíce potřebuje. Děti do šesti let jsou na jejich oddělení hospitalizovány vždy s matkou. S5 odpověděla, že by dítě do šesti let mělo být vždy hospitalizované s rodičem. Dítě chce mít svého rodiče stále u sebe. Rodič také ví, jak své dítě potěšit a uchlácolit. S6 řekla: „Na našem oddělení jsou převážně hospitalizovány s rodiči. Pokud je tu máme bez

rodičů, tak často brečí a vyžadují matku.“ Sestra si také myslí, že je hospitalizace s matkou pro dítě lepší, protože je dítě klidnější. S1 při rozhovoru ještě uvedla: „Někdy je lepší hospitalizace bez rodiče, protože často rodič dítě deprimuje a to je pak nervózní a nechce být na náplastové extenzi. Už se nám i stalo, že si rodič vůbec nevšímal svého dítěte a stále chodil ven kouřit a dítě akorát brečelo.“ S2 si myslí totéž jako S1. Při této otázce dodala, pokud je rodič hysterický, je hospitalizace bez rodiče lepší. Dítě je z rodiče nervózní a stále pláče. Obě ovšem preferují hospitalizaci s rodičem.

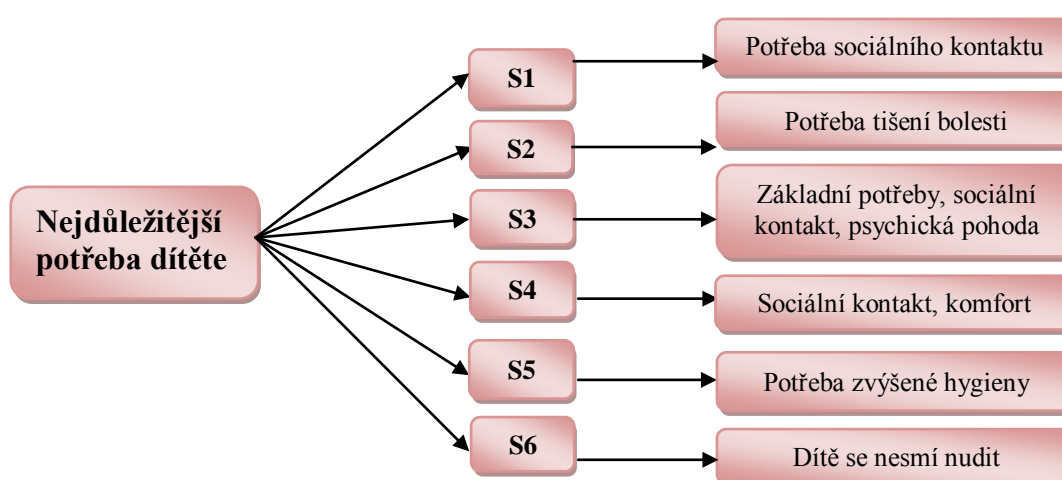
4.2.2 Edukace rodičů o uspokojování potřeb dítěte



Všechny dotazované sestry uvedly, že o potřeby dítěte se stará převážně jeho rodič. S1 uvedla, že v případě hospitalizace dítěte s rodičem je rodič zapojován do uspokojování potřeb svého dítěte, vše si u něj dělá sám a sestra na něj ze začátku jen dohlíží a radí mu. S2 také rodičům radí s uspokojováním potřeb dětí. Při rozhovoru řekla, že první den hospitalizace rodiče edukuje o výživě, vyprazdňování, hygieně a pohybu a vše mu ukáže. Další dny hospitalizace si rodič provádí péči u dítěte sám a ona na něj jen dohlíží. S3 rodičům ukazuje, jak o dítě pečovat. Její odpověď byla, že nejdříve vše rodiči vysvětlí a ukáže a pak už se o své dítě stará rodič sám. S4 také

edukuje rodiče o potřebách. S5 uvedla, že je rodič s dítětem 24 hodin denně, takže spoléhá na to, že cokoliv by se mu nezdálo, tak jí nebo jiné sestře to neprodleně nahlásí. Dítě na náplast'ové extenzi si tato sestra několikrát za den kontroluje. Dále uvedla, že u dítěte nemohou ohlídat vše. Poslední dotazovaná sestra rodiče učí přebalovat, krmit a omývat jeho dítě, které je umístěné na náplast'ové extenzi. Edukace rodiče je důležitá, protože je rodič s dítětem celý den.

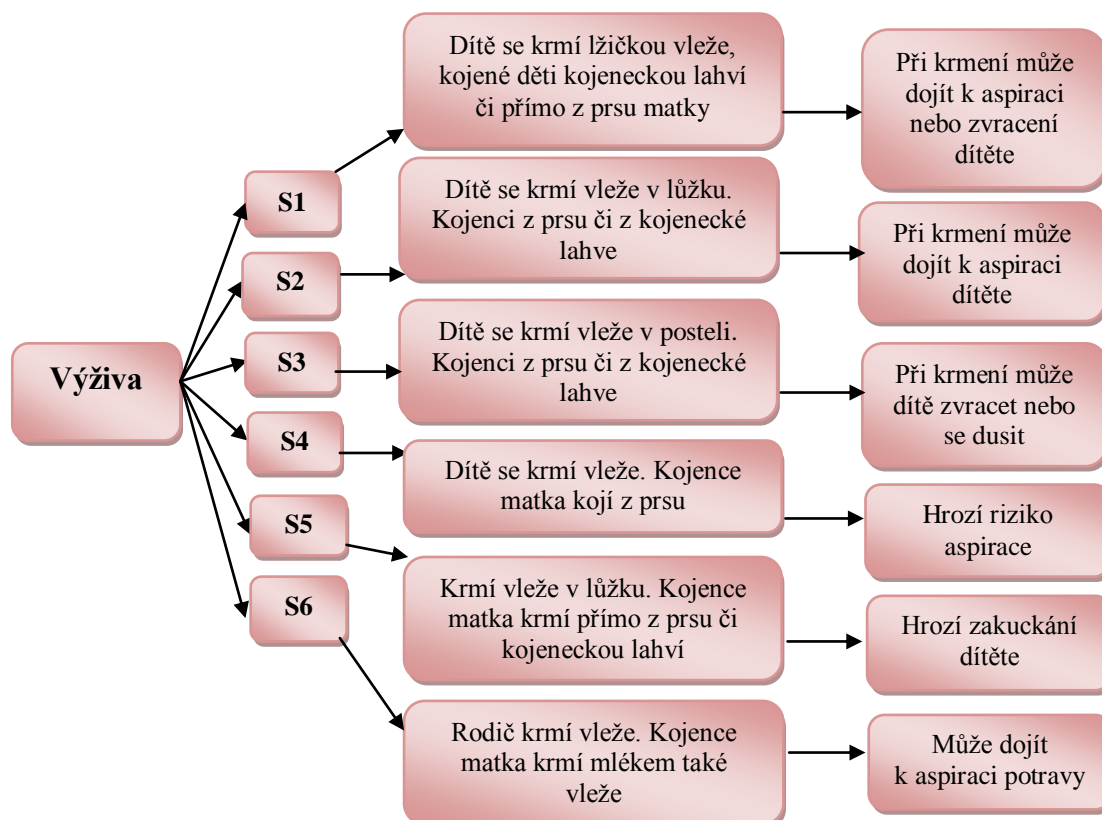
4.2.3 Nejdůležitější potřeba dítěte z pohledu sestry



Každá dotazovaná sestra odpovídala na tuto otázku jinak. S1 uvedla, že je u dítěte nejdůležitější uspokojit potřebu sociálního kontaktu, je důležité, aby dítě bylo v kolektivu jiných dětí. S2 odpověděla, že je nejdůležitější uspokojit potřebu tišení bolesti. Žádný člověk by prý neměl trpět bolestí. S3 si myslí, že je důležité uspokojit základní potřeby jako je hygiena, výživa, vyprazdňování, sociální kontakt a psychická pohoda. S4 také uvedla potřebu sociálního kontaktu, hlavně s rodinou. Také je důležité zajistit dítěti komfort. Při rozhovoru řekla: „Dítě by mělo být vždy čisté a v suchu.“ S5 si také myslí, že je nejdůležitější, aby dítě bylo v suchu, aby se nikde nic nepařilo, protože leží jen na zádech. Poslední dotazovaná sestra řekla, že je důležité, aby se dítě v nemocnici nenudilo. Rodičům vždy doporučuje, aby svému dítěti přinesli do nemocnice oblíbené hračky.

4.2.4 Uspokojování potřeb dítěte

4.2.4.1 Podkategorie výživa



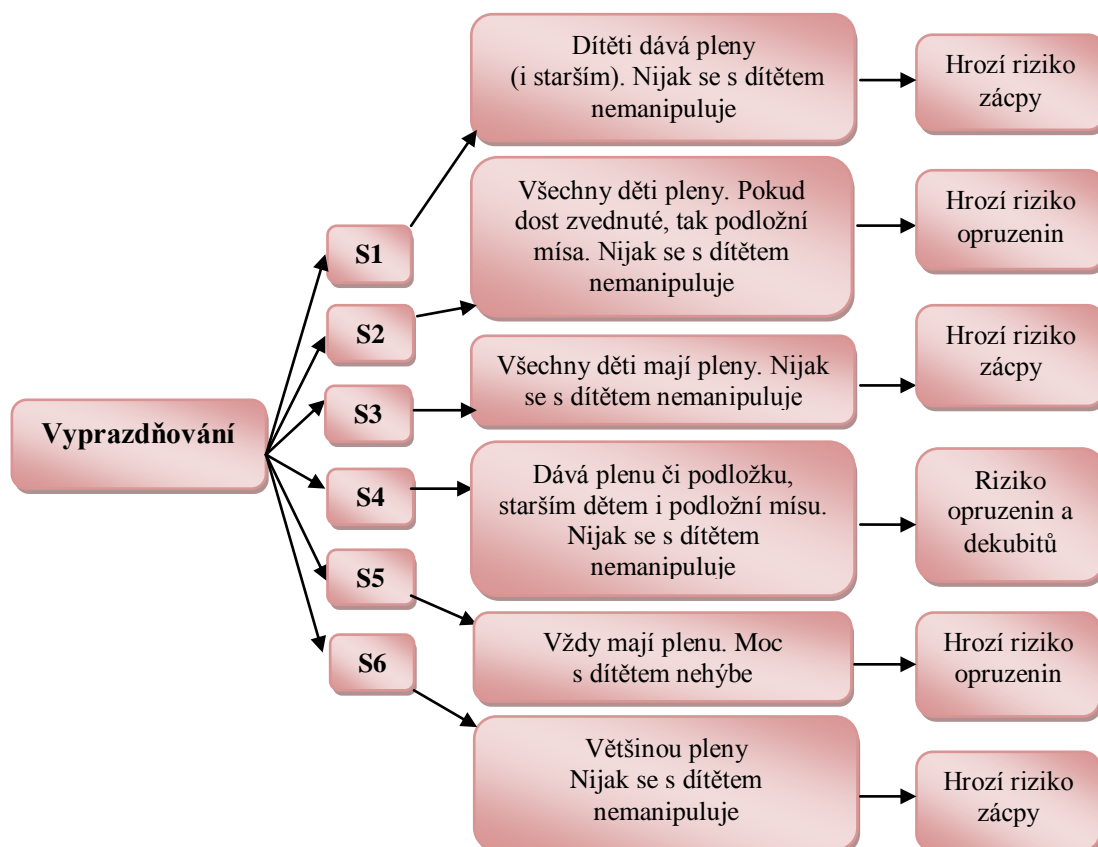
Všechny dotazované sestry uvedly, že se dítě na náplast'ové extenzi krmí vleže v lůžku pomocí lžičky. S1 uvedla, že by měla být výživa u těchto dětí odlehčená, nezatěžující a v menších dávkách. U kojených dětí se krmí kojeneckou lahví nebo si je maminka sama kojí ve stoje. Pití se dítěti podává pomocí kojenecké lahve nebo lahvi s cucákem, například od pití Jupí. S2 odpověděla: „Výživa se dítěti podává na pokoj a maminka si ho sama krmí lžičkou vleže v lůžku. Pokud je dítě krmeno mateřským mlékem, tak ho matka může kojit anebo mu odstříkávat mléko do lahve. Záleží na ní. Je důležité, aby nám vždy matka nahlásila, kolik toho dítě snědlo. Pití se dítěti podává pomocí kojenecké lahve. Je důležité dítě k pití vybízet a zapisovat, kolik toho dítě vypilo. V dokumentaci dítěte se vede karta bilance tekutin.“ S3: „Výživa se objednává

z nemocniční kuchyně podle věku dítěte. Objednává se buď kojenecká strava, nebo strava pro větší děti. Dítě se musí vždy krmit vleže v posteli. V nepřítomnosti rodiče krmíme dítě my. Pokud je dítě hospitalizované s matkou, tak si ho krmí sama. Na našem oddělení můžou rodiče krmit dítě i svým jídlem z domova. Kojení dítěte na náplastové extenzi je těžké. Vždy záleží na matce. Bud' může mléko odstříkat a krmit dítě z lahve, lžičkou či stříkačkou anebo ho kojit přímo z prsu. Pití je dítěti podáváno z kojenecké lahve.“ S4 uvedla, že se děti musí krmit vleže šetřící dietou. Pokud matka ještě kojí, tak je to pro ni nepříjemné, protože musí být nad dítětem ohnutá. Pití je dítěti podáváno ze savičky, nebo lahve s cucákem. S5 řekla, že děti do tří let dostávají dietu číslo 12, od tří do šesti let dostávají dietu číslo 13. Dítě se krmí vleže v lůžku. Pokud je dítě ještě na mateřském mléce, tak si ho maminka kojí sama. Bud' je matka krmí přímo z prsu tak, že nad ním visí anebo se mléko odstříkává. Vždy prý záleží na matce, co upřednostňuje. Na otázky o podávání tekutin sestra odpověděla: *„Pokud je dítě s matkou, tak je poučená o tom, že by svému dítěti měla dávat hodně pít, aby nebylo dehydratované, a je poučená o možnosti aspirace tekutiny do dýchacích cest. Samotnému dítěti dáváme napít my. Několikrát za den za ním chodíme a dáváme mu napít. Pijí většinou z kojenecké lahve.*“ S6 odpověděla, že je výživa dítěti nošena na pokoj a rodič si ho sám vleže nakrmí. U dítěte kojeného mateřským mlékem se matka poučí o tom, že ho musí krmit vleže tak, že se nad něj nahne anebo mu může ostříkat mléko do kojenecké lahve. Na otázky z oblasti tekutin sestra odpověděla: *„Dítě je nutné k pití pobízet každou hodinu, protože často nemá pocit žízně. Pít jim dáváme z hrnečku se sosáčkem, anebo z kojenecké lahve. Záleží vždy na tom, jak je dítě zvyklé.*“

Všechny dotazované sestry při rozhovoru uvedly, že dítěti, které je krmené vleže hrozí nějaké riziko. S1 uvedla, že při krmení dítěte vleže může dojít k aspiraci nebo zvracení dítěte, ale prý se s tím ještě nesetkala. S2 řekla: *„Při krmení dítěte může dojít k aspiraci, ale ještě jsem se s tímto problémem nesetkala.*“ S3: *„Při krmení se může dítě zakuckat, přecpat a následně zvracet. Nikdy se nesmí dítě nechat samotné s rohlíkem či sušenkou, protože by mohlo dojít k dušení dítěte.*“ S4 uvedla, že se dítěti nesmí dávat oříšky a čokoláda, protože hrozí riziko aspirace jídla do dýchacích cest. S5 při rozhovoru řekla, že při krmení se dítě může zakuckat. Krmení vleže děti zvládají dobře.

Ještě se jí nestalo, že by se nějaké dítě začalo dusit. S6 odpověděla, že u těchto dětí může dojít při krmení vleže k aspiraci potravy.

4.2.4.2 Podkategorie vyprazdňování

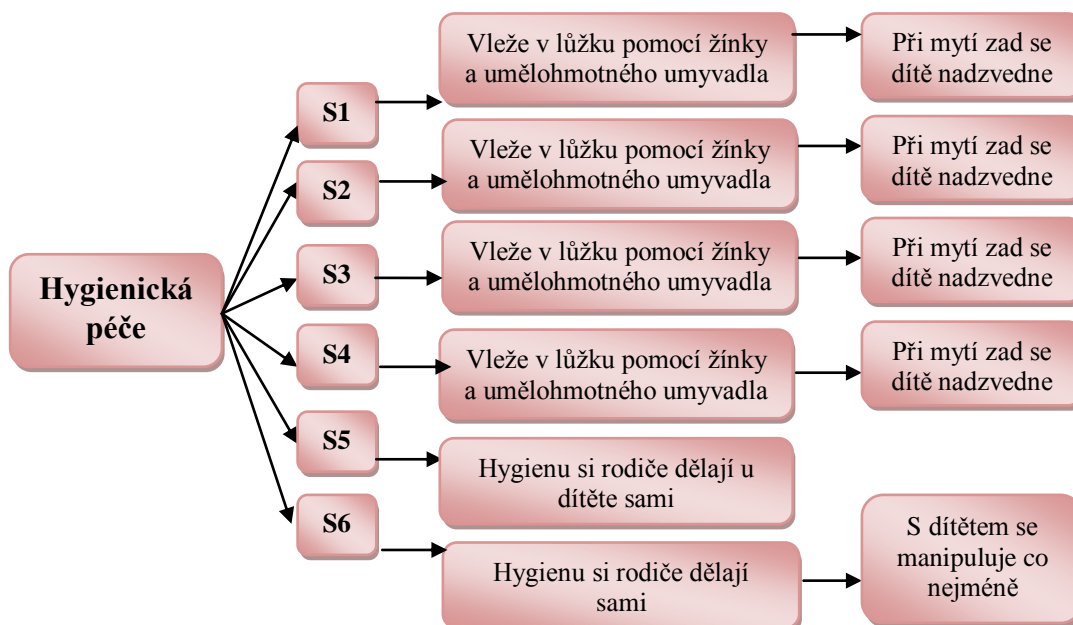


Všechny dotazované sestry uvedly, že se dítě vyprazdňuje do plen a nijak se s ním před a po vyprázdnění nemanipuluje. S1 uvedla: „*Na náplastové extenzi jsou převážně kojenci, kteří mají pleny. Pokud je dítě starší, tak jim též dáváme pleny. Před a po vyprázdnění s dítětem nijak nemanipulujeme, vše děláme v postýlce.*“ S2 odpověděla: „*Na náplastové extenzi mají všechny děti pleny. Pokud je dítě starší a je dostatečně zvednuté, tak se mu může dát i podložní mísa, která se normálně podsune pod zadek. Dítě nesmí na podložní míse sedět. Před a po vyprázdnění s dítětem nijak nemanipuluje, vše děláme v postýlce vleže na zádech.*“ S3 uvedla, že přebalovat dítě na náplastové extenzi jde prý dobře, protože mají zadeček ve výšce. S4 uvedla: „*Většinou*

se dítě vyprazdňuje do pleny či podložky. Starším dětem je možné dát i mísu. Před a po vyprázdnění s dítětem nijak nemanipuluje.“ S5 řekla: „Většinou je dítě na plenečkách. O plenečky pečuje maminka, vyměňuje je a přebaluje. Když potřebuje, tak jí pomůžeme, ale většinou to rodiče sami zvládají. Dítě na náplastovce visí, takže hygiena po vyprázdnění je taková, že se vše otře vlhčenými ubrousky a dá se nová plínečka. Snažíme se s nimi moc nehýbat, protože je to první dva týdny bolí.“ S6 na potřebu vyprazdňování odpověděla: „Většinou je dítě na plenách, o které pečuje matka. S dítětem před a po vyprázdnění nijak nemanipulujeme.“

Všechny dotazované sestry si myslí, že u dítěte, které je na náplastové extenzi, mohou vzniknout v oblasti vyprazdňování nějaké komplikace. S1, S3 a S6 se shodly na tom, že u dítěte, které je umístěné na náplastové extenzi, může vzniknout zácpa. S1 ještě dodala: „U chlapečků se nám stává, že nechtějí čůrat do bažanta. Děvčátka čůrají normálně do pleny.“ S6 odpověděla: „Pokud dítě nejde na stolicí po pět dní, tak zavádíme glycerinový čípek do konečníku.“ S2, S4 a S5 odpověděly, že u dítěte hrozí riziko vzniku opruzenin.

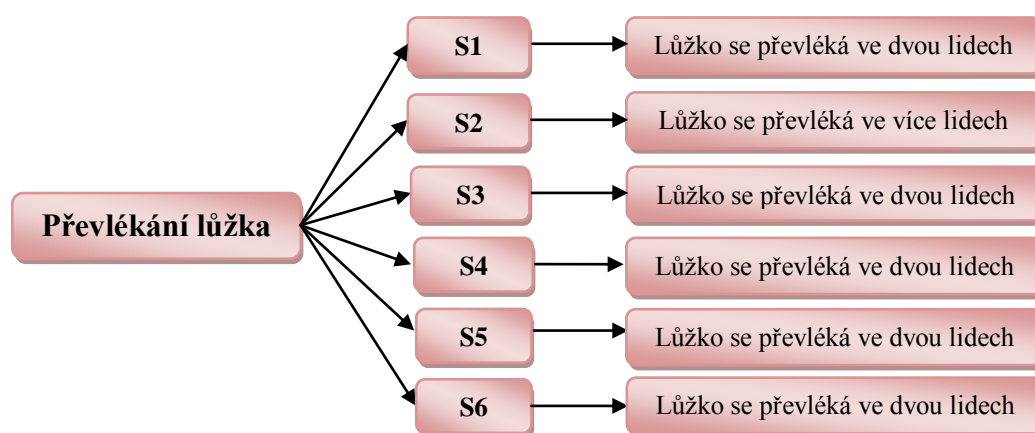
4.2.4.3 Podkategorie hygienická péče



Čtyři dotazované sestry (S1, S2, S3 a S4) uvedly, že se dítě omývá žínkou za pomoci umělohmotného umyvadla. S3 ještě dodala, že dítě po umytí namaže krémy a na zadeček mu dává masti jako prevenci opruzenin. Není prý vhodné koupat dítě po jídle, protože by mohlo zvracet. S4 uvedla, že se dítě omývá každý den. Nejprve se myje obličej, krk, břicho, nohy a genitál a pak záda a zadeček. Vlasy u dítěte sestra myje dvakrát týdně. V týdnu maminkám pomáhá s hygienou sanitářka a o víkendu sestřičky. Sestra uvádí, že se ze začátku matky bojí mýt své děti. Dvě sestry (S5 a S6) odpověděly, že si rodiče dítě omývají sami.

Čtyři dotazované sestry (S1, S2, S3 a S4) řekly, že se při mytí zad musí dítě nadzvednout. Jedna sestra dítě nadzvedne a druhá mu umyje záda. S6 uvedla, že se s dítětem a náplast'ové extenzi manipuluje co nejméně. Více tuto otázku nspecifikovala.

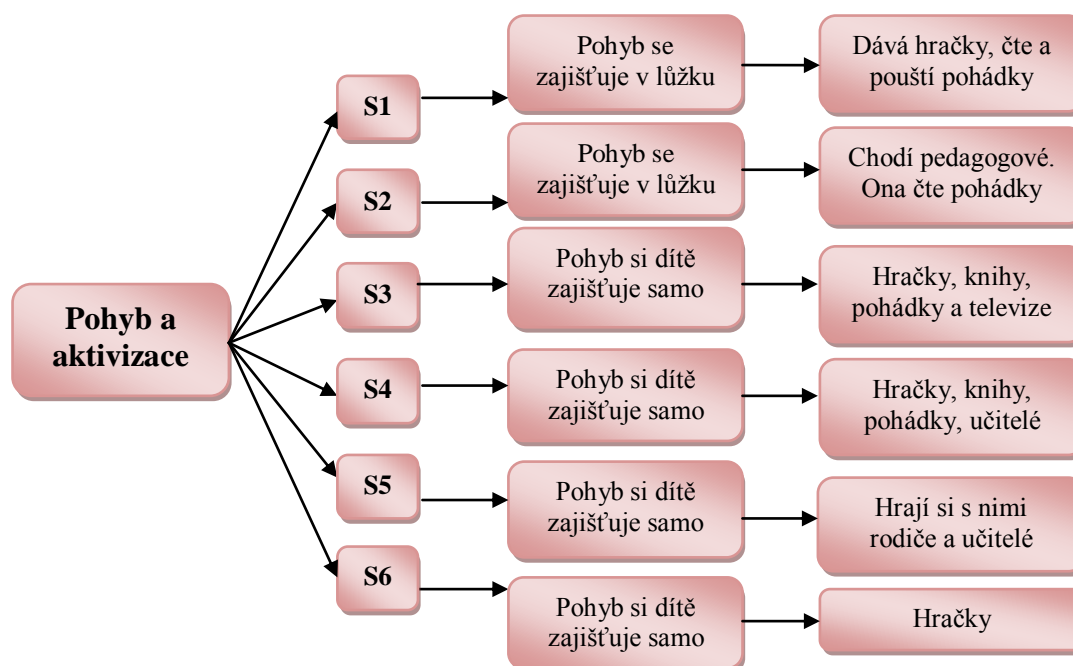
4.2.4.4 Podkategorie převlékání lůžka



Dotazované sestry se shodly na tom, že se lůžko musí převlékat ve dvou lidech. S1 odpověděla, že ho vyměňují ve dvou lidech. Rozvážou uzle na všech stranách a prostěradlo pod dítětem srolují. Stejným způsobem navléknou čisté prostěradlo zpět. S2 na otázku, jak vyměňují lůžkoviny, uvedla: „*Ve více lidech dítě nadzvedneme. Stále se kontroluje tah v končetinách. Jedna sestra vytáhne prostěradlo a vloží nové. Pak dítě položíme a natáhneme prostěradlo.*“ S3 odpověděla: „*Lůžkoviny se mění ve dvou. Jedna*

dítě nadzvedne a druhá mění. Převlékat postel lze i v jednom, ale trvá to déle.“ S4 řekla, že se lůžkoviny mění podle potřeby. Na oddělení, kde pracuje, mají froté prostěradla, která je nutné natahovat ve dvou osobách. S5 uvedla, sestry pomáhají rodiči s výměnou prostěradla, protože je potřeba dítě opatrně nadzvednout ve dvou z obou stran. Sestry dítě rychle nadzvednou a vytáhnou prostěradlo. Děti jsou na extenzi se závažími a kladkami, takže když se dítě nadzvedne, tak se závaží posune také směrem nahoru a dítě má nožičky stále v tahu. S ničím jiným sestry rodičům při hygieně nepomáhají, protože to zvládají většinou sami, tak jak jsou doma zvyklí. S6 řekla, že lůžkoviny je nutné měnit ve dvou, aby byly obě končetiny stále v tahu.

4.2.4.5 Podkategorie pohyb a aktivizace



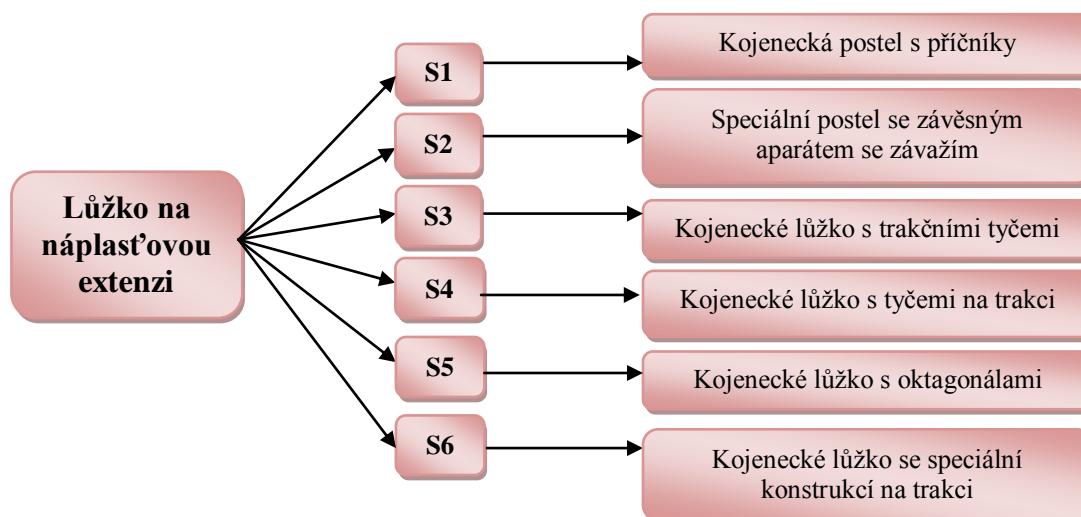
S1 a S2 uvedla, že pohyb se u tohoto dítěte zajišťuje jen vleže v postýlce. S3 odpověděla: *„Ze začátku se děti na náplastovce nehýbou, protože mají velké bolesti. Když už je nic nebolí, tak se přetácejí samy. Vždy se musí rozmotat. Nikdy tyto děti do pohybu nenutíme, protože si ho zajišťují samy. Dáváme pouze pozor na funkčnost extenze.“* S4 odpověděla: *„Ze začátku děti žádný pohyb nemají, hýbou pouze rukama.*

Pokud se jim tvoří ve zlomené nožičce už svalek a nebolí je to, tak se můžou převalit na břicho. Je ale důležitý neustálý tah v nožičkách.“ S5 uvedla: „Pohyb se u těchto dětí nezajišťuje. Pohybují se samy podle toho, co jim bolest dovolí. Když už nemají bolest, tak se otáčí i o 360° na břicho a zase zpátky. Musí je člověk hlídat, aby si neublížily, aby se nepověsily s hlavou dolů z postele.“ S6 při rozhovoru řekla: „Pohyb si dítě zajišťuje samo. Dokud mají bolesti, tak se vůbec nehýbou. Ale jakmile bolest odezní, tak na tom doslova dělají psí kusy. Zažila jsem, že si dítě na náplastové extenzi zvedlo i samo ze země pastelku, která mu spadla.

Dotazované sestry obvykle děti aktivizují hračkami a pohádkami. Často za nimi do nemocnice dochází také učitelé a dobrovolníci. S1 řekla, že mu dávají do postýlky hračky, čtou mu, pouští mu pohádky a vozí ho do herny, kde může být v kolektivu jiných dětí. S2 uvedla, že je aktivizují pedagogičtí proškolení pracovníci. Pokud zde tito pracovníci nejsou, čtou jim pohádky a hrají si s nimi. Odpoledne za nimi chodí návštěvy. Myslí si, že se tyto děti nenudí. S3 odpověděla, že je aktivizují hračkami s pohybem, knihami, pohádkami z rádia a televize. Často do nemocnice chodí dobrovolníci, kteří si s nimi taky hrají. S4 uvedla, že dítě aktivizují pohádkami, knihami, hračkami a že za nimi často docházejí nemocniční učitelé. S5 odpověděla, že mají na pokoji rodiče, kteří si s nimi hrají a dochází k nim učitelé, kteří vymýšlejí různé hry a dávají jim různé hračky, aby se zabavily. S6 odpověděla, že je důležité se mu věnovat, aby se neotáčelo na břicho, a že mu dávají hračky do postele.

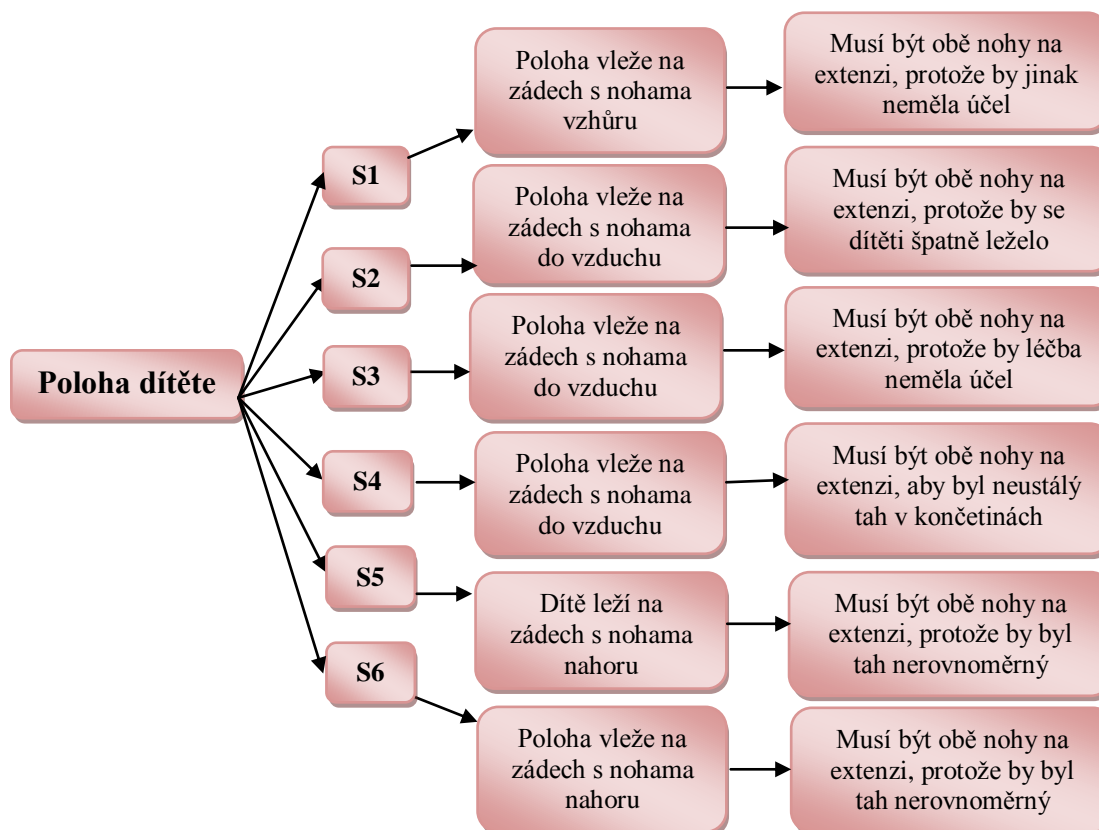
4.2.5 Specifika ošetrovateľskej péče

4.2.5.1. Podkategorie lůžko na náplast'ovou extenzi



Dotazované sestry se shodly na tom, že dítě leží v kojenecké posteli. S1: „Lůžko pro tyto děti je normální kojenecká postel se speciálně upravenými příčnický, které jsou připevněné na postel. Nožičky dítěte jsou pak k těmto příčnickům přivázány. Výšku zadečku od pelesti postele si určujeme sami, měla by se nám tam vejít ruka tak, aby se hřbet naší ruky nedotýkal zadečku dítěte.“ S2 uvedla: „Lůžko pro tyto děti je speciální postel se závěsným aparátom, na který se dle váhy zavěšuje závaží. Lůžko je vybavené antidekubitární matrací a postranicemi, aby dítě z postýlky nevypadlo.“ S3 odpověděla: „Děti leží v kojeneckém lůžku, na které jsou připevněné trakční tyče. Na tyto tyče je pověšené dítě za dolní končetiny. Často se sem věší i hračky, aby na ně dítě vidělo.“ S4 odpověděla: „Děti leží v obyčejném kojeneckém lůžku s postranicemi, na které jsou připevněné tyče na trakci.“ S5: „Dítě leží v postýlce s postranicemi, které se musí zavírat, aby dítě nevypadlo. Na postel se dává taková konstrukce, které se říká Oktagonála. Postaví se pod vedením lékaře, který si sám nastaví, jak to chce a jaké chce závaží.“ S6 uvedla: „Dítě leží v kojenecké posteli, na kterou je přidělaná speciální konstrukce pro trakci.“

4.2.5.2. Podkategorie poloha dítěte

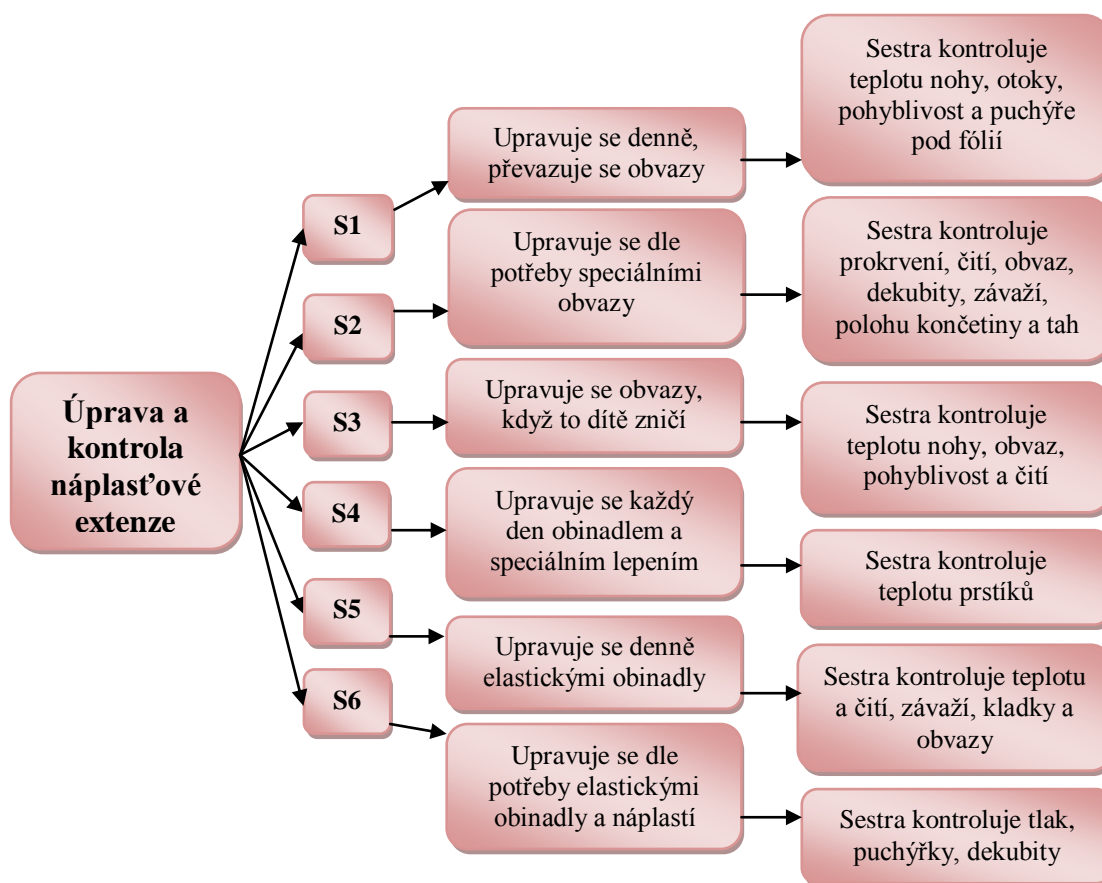


Všechny dotazované sestry se shodly na tom, že dítě na náplast'ové extenzi leží v postýlce na zádech s nohama do vzduchu. S1 uvedla: „*Nožičky dítěte musí být stále v tahu, při uvolnění je přitahujeme k příčnicům.*“ S2 řekla: „*Na náplast'ové extenzi se dítě nesmí točit, protože má nožičky na závažích.*“ S3 odpověděla: „*Na náplast'ové extenzi dítě samo neudělá pohyb, který ho bolí. Žádný pohyb na náplast'ovce zakázaný není.*“ S4: „*Nožičky dítěte musí být v neustálém tahu, zadek nesmí být na podložce, nesmí být skrčené nohy. Na bříšku být můžou, ale není vhodné být v této poloze celý den.*“ S5 odpověděla: „*Dítě visí, takže moc těch pohybů ze začátku neudělá. Později na extenzi rotují, což by samozřejmě neměly. Pořád se musejí vracet na zádička, aby byl tah rovně nahoru.*“

Dále jsme se dotazovaných sester ptali, proč musí být obě nohy dítěte na extenzi. S1 uvedla: „*Protože by to jinak nemělo účel.*“ S2 odpověděla: „*Na extenzi musí být obě*

nožičky, protože by se dítěti špatně leželo. Také by zlomená nožička více rotovala a dítě by si mohlo odlehčovat druhou nohou, pak by léčba náplast'ovou extenzí neměla smysl.“ S3: „Bylo by docela komické, kdyby byla připevněná jen zlomená nožička. Myslím si, že by léčba neměla účel. Zlomená nožička musí být o kousek výš než zdravá nožička.“ S4 odpověděla: „Aby byl neustálý tah. Nemocná končetina je asi o 1 cm výše než zdravá.“ S5 řekla: „Protože by byl tah nerovnoměrný. Kdyby dítě viselo je za jednu nožičku, tak by ta extenze nefungovala.“ S6 uvedla: „Protože by byl tah nerovnoměrný. Kdyby bylo dítě jen na jedné noze, tak by to nebyla taková váha, jakou k léčbě potřebujeme.“

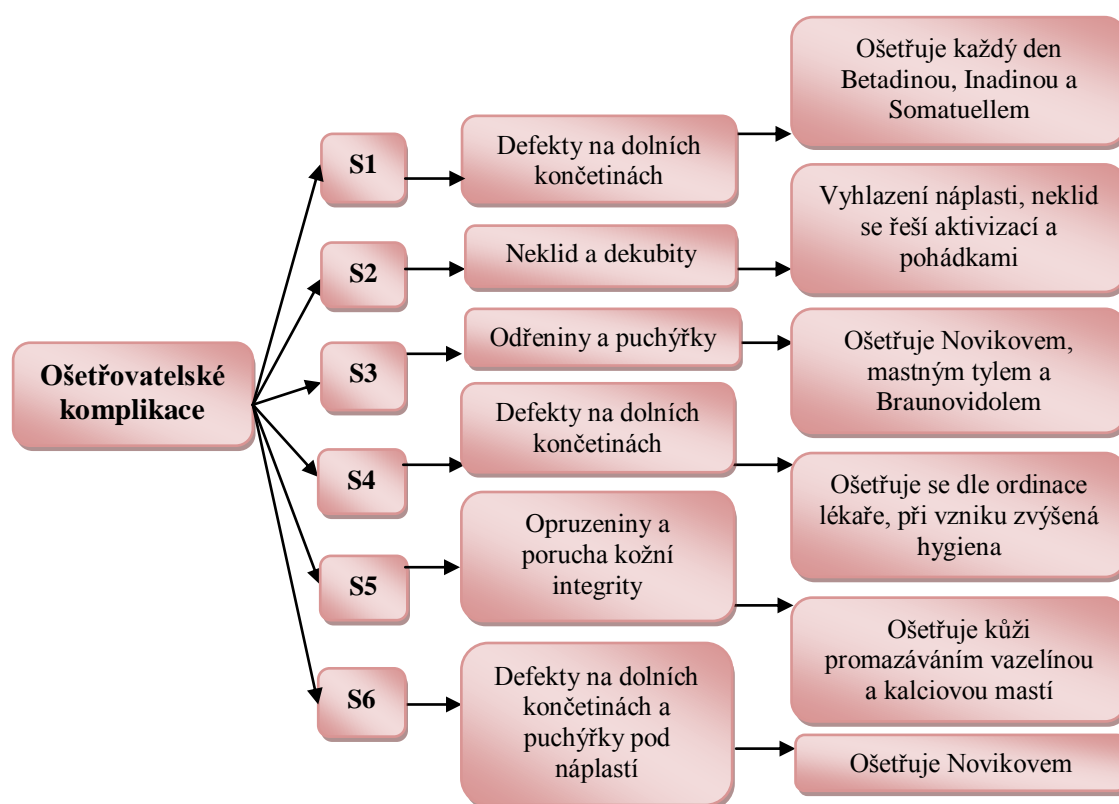
4.2.5.3. Podkategorie upravování a kontrola náplast'ové extenze



S1 končetiny na extenzi pravidelně kontroluje. Monitoruje teplotu nožičky, pohyblivost prstíků, otoky a puchýřky pod fólií. Sestra si myslí, že tato kontrola je důležitá, aby nevznikla nekróza končetiny. Při vzniku puchýřku se fólie nad puchýřkem

odstříhne, dá se tam sterilní čtverec a opět se přelepí. S2 končetiny na extenzi pravidelně kontroluje. Monitoruje prokrvení, čítí, obvaz u nártu a dekubity. Myslí si, že tato kontrola je důležitá, aby nevznikl dekubit. Na oddělení, kde tato sestra pracuje je náplast'ová extenze se závažím. Sestra u této extenze kontroluje závaží, polohu končetiny, tah, prokrvení a čítí. S3 také končetiny pravidelně kontroluje. Monitoruje teplotu, obvaz, citlivost a pohyb končetiny. Sestra si myslí, že tato kontrola je důležitá, protože by mohlo dojít k přiškrcení nožičky, porušení nervu v končetině a k nastydnutí dítěte. S4 uvedla, že pravidelně dítě na extenzi kontroluje. Kontroluje, zda nejsou prstíky studené a zda nebrní. Tato kontrola je prý nejdůležitější ze začátku hospitalizace. Je důležitá, aby se zjistilo, zda nedochází k útlaku nějakého nervu. S5 dítě kontroluje několikrát denně. Pracuje na oddělení, kde je extenze se závažím. U dítěte kontroluje hlavně prokrvení a čítí prstíků. Tato kontrola je prý důležitá, aby se zjistilo, že je vše v pořádku. Mohlo by totiž dojít k nějaké trombóze nebo tukové embolii a dítě by mohlo přijít o nohu. U extenze sestra kontroluje váhu závaží (jestli dítě moc nevytahuje ke stropu), kladky a obvazy. Poslední sestra při rozhovoru uvedla, že dítě také pravidelně kontroluje několikrát denně. Hlavně tlak v končetině, puchýřky pod náplastí a dekubity v oblasti kotníků a nártu. Tato kontrola je prý důležitá, aby se zamezilo vzniku komplikací, jako například odumření nervu či nekróza

4.2.6 Ošetrovatelské komplikace



S1: „Nejčastější ošetrovatelské problémy u těchto dětí jsou defekty na dolních končetinách. Vzniku těchto problémů se nedá zabránit. O defekt pečujeme každý den. Ošetřujeme ho betadine, inadine a Somatuellem. Vše zaznamenáváme do dokumentace.“ S2 uvedla: „Nejčastější ošetrovatelské problémy u těchto dětí je neklid a asi dekubity. Nikdy se mi ale nestalo, že by mělo dítě na náplastovce dekubit. Pro zabránění komplikace musí být náplast pořádně vyhlazená, aby nevznikl sklad a po něm možný dekubit. Neklid u dítěte řešíme aktivizací, například pohádkami.“ S3 odpověděla: „Nejčastější ošetrovatelské problémy u těchto dětí jsou odřeniny od náplastí, puchýřky a trpění kůže. Jednou jsme tu měli holčičku s atopickým ekzémem, a když jsme jí nalepily náplast na kůži, tak se jí ekzém zhoršil a ona trpěla neuvěřitelnými bolestmi. Jakákoli komplikace se musí hlásit lékaři a ten nám naordinuje daný postup léčby. Malé odřeniny a puchýřky ošetřujeme chirurgickou zelení. Pokud má dítě velké odřeniny a puchýřky, tak na to dáváme mastný tyl, braunovidol vše dle ordinace lékaře. O ošetření

se vede každodenní záznam. Vzniku těchto komplikací zabraňujeme pravidelnou kontrolou obou končetin, promazáváním kůže a edukací matky.“ S4 odpověděla: „Nejčastější ošetrovatelské problémy u těchto dětí jsou defekty. Musí se každý den kontrolovat kůže. Ošetřujeme je dle ordinace lékaře. V případě vzniku defektu je u dítěte zvýšená hygiena.“ S5: „Nejčastější ošetrovatelské problémy u těchto dětí jsou opruzeniny, porucha kožní integrity po sundání. U opruzenin se maminka poučí o tom, že má dítě ležet v suchu a čistotě. U kožní integrity se kůže promazává vazelínou a kalciovou masťou, podle vzhledu rány. Porušení kožní integrity po sundání extenze se nedá ničím zabránit. Je to přidružené k náplastové extenzi.“ S6 řekla: „Nejčastější ošetrovatelské problémy u těchto dětí jsou defekty na nožičkách a puchýře pod náplastí. Dáváme na to chirurgickou zeleň a vše hlásíme lékaři. Je důležité každý den kontrolovat možná místa vzniku komplikací, vzniku se nedá zabránit.“

5 Diskuze

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče u zlomenin stehenní kosti u dětí do pěti let. Tato bakalářská práce se věnuje ošetrovatelské péči nejčastějšího druhu zlomeniny stehenní kosti (zlomenině distální části kosti stehenní), která je léčena konzervativním způsobem za pomoci náplast'ové extenze. Práce se zaměřuje na specifika ošetrovatelské péče a na to, jak dítě zvládá hospitalizaci na lůžkovém dětském oddělení. Pro výzkum byly vytvořeny čtyři výzkumné otázky. Pro získání informací byla použita forma kvalitativního výzkumného šetření za pomoci polostukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami a rodiči dětí, které byly umístěné na náplast'ové extenzi. Otázky položené sestram zjišťovaly, jakým způsobem poskytují ošetrovatelskou péči a jak uspokojují potřeby dětí na náplast'ových extenzích na dětském lůžkovém oddělení. Pro doplnění informací jsme prováděli rozhovory i s rodiči dětí, kde jsme zjišťovali, jak uspokojují potřeby u svých dětí a jak zvládají péči o své děti.

První výzkumná otázka se týká hospitalizace dítěte na lůžkovém dětském oddělení. Podle výsledků šetření jsme zjistili, že děti jsou obvykle hospitalizovány se svými rodiči. Jelikož všechny dotazované matky byly hospitalizované se svými dětmi. I dotazované sestry při rozhovoru uvedly, že děti, které mají zavedenou náplast'ovou extenzi, jsou převážně hospitalizované se svými rodiči. Dále řekly, že hospitalizace dítěte s rodičem je pro dítě lepší, protože ho rodič zná a dítě je pak při ošetrování klidnější. To si myslí i Ondriová se Sinaiovou, které ve své literatuře (Ondriová, Sinaiová, 2012) uvádějí, že rodič dítěti přináší psychickou a emocionální oporu. Dává dítěti pocit jistoty, lásky, bezpečí a ochrany. Rodič slouží k tomu, aby zdravotnický tým porozuměl dětskému pacientovi. Ale jak uvádí literatura (Veselá, 2012), hospitalizace dítěte s matkou či otcem na dětském oddělení má i své negativní stránky. Někdy rodiče nemístně zasahují při ošetrování cizích dětí a zapomínají přitom věnovat pozornost svým dětem. Rodiče si mnohdy se svými ratolestmi nehrají, neuklidňují je ani nezabavují. Proto se stává, že se rodič stává pro sestru stresujícím faktorem či zátěží. Tomuto tvrzení odpovídá i názor sestry č. 1 a 2. Sestra č. 1 při rozhovoru uvedla:

„Někdy je lepší hospitalizace bez rodiče, protože často rodič dítě deprimuje a to je pak nervózní a nechce být na náplast'ové extenzi. Už se nám i stalo, že si rodič vůbec nevšímal svého dítěte a stále chodil ven kouřit a dítě akorát brečelo.“ Sestra č. 2 při rozhovoru řekla, že pokud je rodič hysterický, tak je hospitalizace bez rodiče lepší. Dítě je z rodiče nervózní a stále pláče. Obě sestry však preferují hospitalizaci dítěte s rodičem.

Jedna dotazovaná sestra (sestra č. 3) se při rozhovoru zmínila, že pokud mají na oddělení dítě bez rodiče, tak si na něj udělá čas. Jejich oddělení navštěvují dobrovolníci a studenti středních zdravotnických škol a zdravotně sociálních fakult, takže dítě není dlouho bez kontaktu s druhou osobou. Dle mého názoru je dobré, že na oddělení docházejí dobrovolníci, protože jsou to většinou klauni, a ti jsou u dětí velice oblíbeni. Myslím si, že studenti ze středních zdravotnických škol a ze zdravotnických fakult jsou pro hospitalizované dítě bez rodiče také přínosem, protože není na pokoji samo a má si s kým hrát. Před vstupem dobrovolníků a studentů na pokoj dítěte je velice důležité poučení o tom, jak mají s dítětem na náplast'ové extenzi zacházet, co u něj smí a co naopak nesmí. Z rozhovoru se sestrou č. 3 ovšem nevyplývá, jestli k tomuto poučení u dobrovolníků a studentů dochází a ani kolik času se dítěti věnuje ona a kolik studenti a dobrovolníci.

Dále jsme zjišťovali, jak dítě reaguje na péči poskytovanou rodičem a jak na péči poskytovanou zdravotnickým pracovníkem. Veselá ve své literatuře dále píše (Veselá, 2012), že při ošetřování pacienta se klade velký důraz na spolupráci s jeho rodinou. Rodič je přítomen při vyšetření svého dítěte a zná hned výsledek. Vždy je přítomen na vizitě, aby byl stále obeznámen se zdravotním stavem a následujícím průběhem léčby. Dalo by se říci, že s názorem Veselé koresponduje odpověď matky č. 2, která uvedla: *„Když mé dceři dělají nějaký výkon, tak musím odejít z pokoje, protože když jsem s ní, tak pláče. Asi vycítí, že se o ni bojím a bojí se taky. Jakmile zabouchnu dveře, tak malá přestane brečet a nechá si všechno líbit. Jsem ráda, že nevidím, jak jí odebírají krev, protože bych nesnesla pohled, jak mi píchají dlouhou jehlou do dítěte.“* Překvapilo mě, jak matka č. 2 dokázala přiznat, že při ošetřování svého dítěte nemůže být, protože své dítě zbytečně znervózňuje. Při provádění šetření jsem si totiž všimla, že

většina dotazovaných matek byla přítomna u ošetřování jejich dítěte. Všechny dotazované sestry uvedly, že při ošetřování dítěte jsou radši, když je přítomen rodič, protože je dítě pak klidnější. Sestra č. 2 ještě dodala, že pokud je matka hysterická, tak dítě více vyvádí a je lepší, když při ošetřování matka není. Sestra č. 3 je radši, když při odběru není přítomen rodič, protože dítě brečí a chce pochovat od rodiče. Pokud je dítě klidné, tak jí nevádí přítomnost rodiče, ale u hysterického je radši, když rodič při ošetřování není. Často prý rodič dítě ještě víc zneklidní.

Druhá výzkumná otázka se zabývá uspokojováním potřeb dítěte, které je umístěné na náplast'ové extenzi. Z výpovědí dotazovaných sester a rodičů jsme zjistili, že se o děti na náplast'ové extenzi starají převážně rodiče sami. Sestry se obvykle starají o funkčnost náplast'ové extenze, hlídají přiložený obvaz, lepidlo náplastí, vznikající defekty a polohu dítěte. Veselá ve své literatuře píše (Veselá, 2012), že pokoj by měl být uzpůsoben tak, aby se rodič mohl o své dítě starat. Sestry by rodiče měly učit, jak správně pozorovat a ošetřovat jeho dítě. Tomuto tvrzení odpovídá i názor sestry č. 5, která při rozhovoru uvedla: *„Rodiče vždy zapojujeme do uspokojování potřeb jeho dítěte. Rodič je s dítětem 24 hodin denně, takže spoléháme na to, že cokoliv by se mu nezdálo, tak nám to neprodleně nahlásí. Děti si kontrolujeme několikrát za den, ale nemůžeme ohlídat vše.“* Dále jsme se dotazovaných sester ptali, které potřeby u dítěte jsou z jejich pohledu při uspokojování nejdůležitější. Výpovědi dotazovaných sester se výrazně lišily. Dvě sestry uvedly potřebu sociálního kontaktu, jedna dotazovaná sestra vyzdvihla základní potřeby, sociální kontakt a psychickou pohodu, sestra č. 6 také zmínila psychickou pohodu a sestra č. 5 zmínila potřebu zvýšené hygieny. Pouze jedna sestra (sestra č. 2) se při rozhovoru zmínila o tom, že je nejdůležitější, aby dítě netrpělo bolestmi. S odpovědí sestry souhlasí i Sedlářová, ve své knize uvádí: *„Bolest je nepříjemný smyslový a citový prožitek spojený se skutečným nebo hrozícím poškozením tkání a je popisována termíny takového poškození“* (Sedlářová, 2008, 119s.). Velice nás překvapilo, že se o potřebě tišení bolesti zmínila pouze jedna dotazovaná sestra. Myslím si, že by se při uspokojování potřeb dítěte mělo více dbát na to, aby dítě netrpělo bolestmi, protože to v dítěti může zanechat nepříjemný smyslový a citový prožitek a mohlo by se stát, že by dítě přestalo s okolím spolupracovat a uzavřelo by se do sebe. Dle mého názoru by

nikdo neměl trpět bolestmi, protože to velice negativně působí na psychiku člověka a na další průběh léčby.

Všechny dotazované sestry při rozhovoru uvedly, že vždy rodiče edukují o uspokojování potřeb dítěte. Z šetření ale vyplývá, že ani jedna matka nebyla řádně od sester edukovaná.

Z uspokojování potřeb jsme zjišťovali čtyři oblasti. První oblast se týkala výživy. O této oblasti byly poučeny od sester pouze dvě matky (matka č. 2 a 4). Zbylé dotazované matky si s výživou u svého dítěte musely poradit samy. Při rozhovorech jsme zjišťovali, jakým způsobem se dítě na náplast'ové extenzi krmí. Z rozhovorů se sestrami a rodiči vyplynulo, že je dítě na této extenzi krmeno vleže na zádech pomocí lžičky. Pokud je dítě kojeno, tak se krmí přímo z prsu, anebo se mateřské mléko odšťikává do kojenecké lahve. Při psaní bakalářské práce jsem se dozvěděla, že existují i jiné způsoby podávání stravy dítěti. Jako například podávání stravy pomocí kádinky, lahve se lžičkou nebo soft cupem, jak se uvádí na internetové stránce Kojení (Kojení, 2013). Dotazované sestry se ale o jiném způsobu podávání stravy dítěti nezmínily. Tři dotazované matky (matka č. 1, 2 a 4) měly obavy při krmení svého dítěte. Bály se, že se jim jejich dítě při krmení udusí. Myslím si, že matky nebyly řádně od sester poučené o tom, jaké komplikace mohou při krmení vzniknout a jak těmto komplikacím předcházet. Sestry by měly více dbát na edukaci rodičů, protože by se tím mohlo zabránit zbytečným obavám při pečování o jejich děti. Všechny dotazované sestry se shodly na tom, že krmení dítěte v postýlce má i svá rizika, o těchto rizicích ovšem rodiče často neinformují. Dotazované sestry se zmínily o riziku aspirace. Dotazovaná sestra č. 1 a 3 ještě uvedla nebezpečí zvracení. Dále tento problém sestry nspecifikovaly.

Druhou oblastí, kterou jsme se při šetření zabývali, byla potřeba vyprazdňování. O této potřebě byly od sester poučené pouze dvě matky (matka č. 2 a 3). Všechny dotazované matky dávaly svým dětem pleny. Také uvedly, že se svým dítětem před a po vyprázdnění nijak nemanipulují. Není to prý třeba, protože dítě viselo dostatečně vysoko, aby mu mohly přiložit plenu. Při rozhovoru s matkou č. 5 jsem měla tu možnost vidět, jak se dítěti na náplast'ové extenzi přikládá plena. Sikorová ve své knize (Sikorová, 2011) poukazuje na to, že je možné dát dítěti na náplast'ové extenzi podložní

mísu. S tímto názorem se shoduje i odpověď sestry č. 2 a 4. Sestra č. 2 uvedla: „*Pokud je dítě starší a je dostatečně zvednuté, tak se mu může dát i podložní mísa, která se normálně podsune pod zadek. Dítě nesmí na podložní míse sedět.*“ Myslím si, že pokud je dítě starší a je zvyklé používat záchod, tak by bylo vhodné mu dávat podložní mísu. Je ovšem důležité dbát na to, aby na podložní míse dítě nesedělo, protože by se mohla náplast'ová extenze odlehčovat. Pro dítě by to bylo velice bolestivé a léčba by v tu chvíli neměla účel. Ostatní dotazované sestry při rozhovoru uvedly, že dětem na závěsu dávají pleny. Nad touto problematikou se více nepozastavovaly. Z odpovědí dotazovaných sester soudím, že příkládání plen dítěti na náplast'ové extenzi je zvyklostí oddělení. Sestra č. 1 se při rozhovoru zmínila, že se u chlapců stává, že nechtějí močit do močové lahve. Vůbec se ale nezmínila o tom, že je u chlapců možnost močit do sáčků, které se přilepí kolem genitálu dítěte. Dle mého názoru by pro chlapce bylo lepší, kdyby močili do močové lahve či sáčku, protože by se snížilo riziko vzniku opruzenin.

Třetí oblast se zabývala hygienou. O této oblasti nebyly od sester poučeny dvě matky (matka č. 4 a 5). Obě matky své děti myjí samy v lůžku. Matka č. 3 při rozhovoru uvedla, že jí s hygienou vždy pomáhají sestry, bez jejich pomoci si není jistá, jestli by hygienu zvládla. Všechny dotazované matky při rozhovoru uvedly, že své dítě myjí v lůžku pomocí umělohmotného umyvadla a žínky. Žáda svému dítěti myjí tak, že dítě mírně nahnou na bok a omyjí mu je žínkou. Dotazované sestry žáda také omývají tak, že dítě mírně nadzvednou. Sestra č. 1 dokonce uvedla, že když se dítě nadzvedne a končetiny nejsou v tahu, tak to vůbec nevadí. S tímto tvrzením ale nesouhlasí Leifer, který ve své knize (Leifer, 2004) píše, že by se dítě na trakci nemělo zvedat, protože je důležité, aby byly končetiny v neustálém tahu. Myslím si, že při nadzvednutí dítěte se tah v končetinách zmenší a extenze se stane pro dítě neúčinnou a v počátcích léčby velice bolestivou. Obavy při hygieně měla pouze matka č. 4. Při rozhovoru uvedla, že při mytí svého dítěte se bojí, že ho nějak špatně otočí a že ho to bude bolet. Předpokládám, že se matka bojí, protože nebyla sestrami poučena o tom, jak má své dítě mýt a jak má s ním při mytí manipulovat. Myslím si, že by se sestry měly více zaměřit na edukaci rodičů, aby se předešlo zbytečným obavám rodičů. S hygienou souvisí i výměna lůžkovin. Dotazované sestry nám řekly, že se lůžko vždy převléká ve dvou

osobách tak, že jedna sestra dítě mírně nadzvedne a druhá vymění prostěradlo. Je ovšem důležitá dbát na to, aby byly dolní končetiny v neustálém tahu. Z rozhovorů s dotazovanými matkami vyplynulo, že dvě matky lůžkoviny mění u svých dětí samy a třem pomáhají sestry. Domnívám se, že by tento výkon měly dělat matky vždy za přítomnosti sestry, protože by se mohlo stát, že by se extenze uvolnila. Po uvolnění extenze by se léčba stala neúčinnou a také by tento pohyb mohl být pro dítě velice bolestivý.

Poslední oblast se zabývala pohybem. Z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že sestry vždy poučují matky o tom, co jejich dítě nesmí na náplast'ové extenzi dělat a jaké pohyby nesmějí provádět. Děti s náplast'ovou extenzí musí ležet na zádech a neměly by se otáčet na břicho. Tři dotazované matky mají problém své dítě udržet na zádech. Všechny dotazované sestry při rozhovoru uvedly, že se nedá zajistit, aby se dítě nepřevalovalo ze strany na stranu. Jedna všeobecná sestra, která pracuje na úrazové chirurgii v Českých Budějovicích, mi řekla, že pokud se začne dítě převalovat, znamená to, že se tvoří svalek, zlomenina se hojí a tím je menší i bolest. Leifer ve své knize (Leifer, 2004) uvádí, že k zabránění dítěti převalovat se ze strany na stranu se používá kazajková fixace. Když nad tímto názorem přemýšlím, tak mi to přijde jako omezování pohybu, který je stejný jako u lidí, kteří se musí kurtovat. Je důležité dítě pohybově rozvíjet podle jeho zdravotního stavu a vždy mu zajistit bezpečnost.

Sikorová a Berry uvádí (Sikorová, 2011, Berry, 2012), že by sestra měla s dítětem na trakci cvičit na lůžku. Nejdůležitější u těchto dětí jsou dechová cvičení, která se provádějí nafukováním bublin a zpíváním písní. Ruce pacienta sestra cvičí hraním s balónkem nebo hračkou, házením míčku do vzduchu nebo držení knihy v přední části hlavy. Dále sestra procvičuje prsty na dolních končetinách, lechtá jim plosky nohou a kreslí jim tvary na plosky nohou. Děti se po každém cviku musí chválit. Ale z šetření s dotazovanými sestrami vyplynulo, že si dítě zajišťuje pohyb samo. Můj názor je ten, že cvičení v dítěti vzbuzuje radost a má to dobrý vliv i na fyzický stav dítěte, protože po sundání extenze má dítě dolní končetiny oslabené.

Na otázku týkající se aktivity jsme zjistili, že jim dotazované sestry obvykle dávají nějaké hračky a čtou jim pohádky. Sestra č. 1 při rozhovoru uvedla: „Dítě

vozíme do herny, kde může být v kolektivu jiných dětí.“ O tomto způsobu aktivizace se zmiňuje ve své knize i Leifer (Leifer, 2004), který píše, že pokud to zdravotní stav dítěte dovolí, tak se může odvést do herny v postýlce, aby bylo chvíli v kolektivu jiných dětí. Souhlasím s názorem Leifera a sestry č. 1. Tento způsob aktivizace je pro dítě na náplast'ové extenzi určitě velikým přínosem, protože je mezi jinými dětmi a může si s někým popovídat. Také se necítí v nemocnici tak samo.

Dále jsme zjišťovali, jak se dítě na náplast'ové extenzi obléká. Tři dotazované sestry se shodly na tom, že dítěti dávají tričko a návleky, které jim ušily maminky. Dotazovaná sestra č. 1 uvedla: *„Horní část těla oblékáme úplně normálně. Dolní část těla je trošku problematictější. Někdy jim dáváme na nožičky volné ponožky, aby jim nebyla zima. Jednou jsme tu měli maminku, která byla švadlena a ušila nám pro tyto děti takové speciální návleky z deky Larysy, které jsou na suchý zip. Tyto návleky dítěti navlečeme kolem nožiček a zapneme. Dítě má pak nožičky v teple a vypadá to i esteticky dobře.“* A tři dotazované sestry dávají dítěti tričko a mikinu. V žádné literatuře se nepíše, jak se dítě na náplast'ové extenzi obléká. Potěšilo mě, že některé sestry dbají na to, aby dítěti nebyla zima. Návleky, které sestry dítěti nandávají, jsem měla možnost při šetření i vidět a dokonce jsem si i zkusila je dítěti na nohy nandat. Šlo to dobře a vypadalo to velice esteticky.

Třetí výzkumná otázka se zabývá specifiky v ošetrovatelské péči u dětí do pěti let se zlomeninou stehenní kosti. Z rozhovorů s dotazovanými sestrami vyplývá, že na náplast'ové extenzi se nejčastěji vyskytují děti do tří let. Starší děti na náplast'ové extenzi už nejsou. Ale v literatuře se píše (Leifer, 2004), že se vertikální kožní náplast'ová trakce používá u dětí do pěti let. Po konzultaci s primářem úrazové chirurgie v Českých Budějovicích víme, že vždy záleží na váze dítěte. Čtyři dotazované sestry odpověděly, že jsou na jejich oddělení děti s náplast'ovou extenzí uložené v kojenecké posteli s trakčními tyčemi, na které jsou připevněny dolní končetiny dítěte. V nemocnici v Českých Budějovicích se děti do pěti let se zlomeninou stehenní kosti také léčí náplast'ovou extenzí bez závaží. Ovšem žádná literatura tento způsob náplast'ové extenze nezmiňuje. Dotazovaná sestra č. 2 a 5 uvedla, že na jejich oddělení mají náplast'ovou extenzi se závažím. Děti leží v kojenecké posteli, na kterou je připevněná

speciální konstrukce pro trakci. O této extenzi se ve své knize zmiňuje i Leifer (Leifer, 2004). Zjišťovali jsme, jak se náplastová extenze upravuje. Z rozhovorů s dotazovanými sestrami vyplynulo, že se extenze u aktivního dítěte upravuje každý den za pomoci „speciálních obvazů“ a elastických obinadel. V žádné literatuře se ovšem neuvádí, jak se extenze upravuje. Leifert ve své knize (Leifer, 2004) píše, že je důležité dítě na náplastové extenzi pravidelně kontrolovat. Sestra musí provádět neurovaskulární vyšetření prstů na nohou a sledovat teplotu a barvu na obou končetinách. Správné zásobení krve v končetinách je potřebné pro optimální léčbu. Z rozhovorů s dotazovanými sestrami vyplývá, že se dítě, které je umístěné na náplastové extenzi, pravidelně kontroluje a provádí se u něj neurovaskulární vyšetření. Dotazovaná sestra č. 2 a 3 ještě kontroluje obvazy a při předělávání extenze i kůži pod fólií. V článku z internetové stránky Klinika zdraví se píše (Klinika zdraví, 2013), že se dekubity mohou objevit na kterémkoliv místě lidského těla. U dětí s náplastovou extenzí vznikají nejčastěji na kotnících a na nártu. Tento názor potvrzuje i odpověď sestry č. 6, která jako jediná při rozhovoru uvedla, že u dítěte na náplastové extenzi kontroluje dekubity v oblasti kotníků a nártu. Myslím si, že dotazované sestry na možnost vzniku dekubitů při rozhovoru zapomněly. Dotazovaná sestra č. 2 a 5 ještě u dítěte na náplastové extenzi kontroluje závaží, kladky a obvazy. Více kontrolu nespécifikovaly. Odpovědi sester potvrzují i názor Leifera, který ve své knize (Leifer, 2004) píše, že pokud je dítě umístěno na trakci se závažím, tak sestra sleduje u pacienta trakční lanka a dává pozor na neporušenost, průchodnost přes drážky kladek a na polohu malého pacienta. Dotazované sestry se shodly na tom, že největší výhoda této extenze je v tom, že se dítě nemusí operovat. Většina dotazovaných sester vidí nevýhodu v délce pobytu. Sestra č. 5 při rozhovoru uvedla: „Nevýhoda je, že když se náplastová extenze sundává, tak se sundává i s kůží. Jsou to takové strupy. Vypadá to jako odřené“. Tento problém jsem měla možnost i vidět a zdokumentovat (viz Příloha 13). Také si myslím, že je to velká nevýhoda, protože je to pro dítě bolestivý zážitek. Ovšem tento problém jsme v žádné literatuře nenašli.

Čtvrtá výzkumná otázka se zabývá tím, jaké komplikace, z ošetřovatelského hlediska, mohou vzniknout u dětí do pěti let se zlomeninou stehenní kosti. Většina

dotazovaných sester uvedla, že u dětí vznikají nejčastěji defekty na končetinách, jak již bylo řečeno. Pokud není náplast dobře uhlazená a vytvoří se pod ní sklad, tak může vzniknout defekt. Z rozhovorů se všeobecnými sestrami vyplynulo, že je důležité končetiny dítěte pravidelně kontrolovat, aby nevznikla nějaká komplikace. Většina dotazovaných sester ošetřuje vzniklý defekt na dolní končetině Betadinou, mastným tylem, vazelínou a Novikovem. Ošetřování dekubitů a defektů, které vzniknou pod náplastí, se odvíjí podle zásad ošetrovatelské péče a podle ordinace lékaře. Pouze jedna dotazovaná sestra č. 1 při rozhovoru uvedla: „*Vzniku těchto problémů se nedá zabránit.*“. Myslím si, že by se každá sestra měla snažit zabránit vzniku komplikace, dítě zbytečně nezatěžovat a vytvořit pro dítě to nejlepší.

Došli jsme k závěru, že jsou matky i sestry při hospitalizaci dítěte s náplast'ovou extenzí v nemocnici spokojené. Matky jsou rády, že mohou být v nemocnici se svými dětmi a že se o ně mohou starat. Sestry jsou také spokojené, protože se rodiče o své děti, které jsou umístěné na náplast'ové extenzi, starají převážně sami. Sestry rodiče poučí o tom, jak se mají o děti starat. Myslím, že jejich poučení rodiče pochopili a dále se nad výsledkem edukace nepozastavují. Z rozhovorů s dotazovanými matkami jsem došla k názoru, že se o své děti starají podle pokynů sester. Při ošetřování ale mají často obavy z toho, aby něco neudělaly špatně. Myslím si, že chybí mezi sestrami a rodiči zpětná vazba o výsledku edukace. Sestry by měly více komunikovat s rodiči a ověřit si, jestli správně pochopili jejich edukaci.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku ošetřování zlomenin stehenní kosti u dětí do pěti let. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak dítě zvládá hospitalizaci na lůžkovém dětském oddělení a jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u dětí do pěti let se zlomeninami stehenní kosti, které jsou léčeny náplast'ovou extenzí, na lůžkovém dětském oddělení.

Ze zjištěných výsledků vyplývá, že děti na náplast'ové extenzi jsou obvykle hospitalizovány se svými rodiči. Hospitalizaci zvládají ve většině případů dobře, protože se o ně převážně starají rodiče. Z rozhovorů s dotazovanými sestrami jsme zjistili, že pro dítě je lepší hospitalizace s rodičem, protože je zvyklé na péči matky, či otce a bývá ošetřování klidnější. O veškeré potřeby dítěte se stará matka, či otec. Z potřeb jsme zjišťovali hlavně výživu, hygienu, vyprazdňování a pohyb. Potřeba výživy se u těchto dětí zajišťuje vleže na lůžku lžičkou. Pokud je dítě krmeno kojeneckým mlékem, tak se mu podává přímo z prsu matky, nebo z kojenecké lahve odstříkaným mlékem. Hygiena se provádí též v lůžku a to za pomoci umělohmotného umyvadla a žíněk. U potřeby vyprazdňování jsme došli k závěru, že se děti na náplast'ové extenzi převážně vyprazdňují v lůžku do plen. O možnosti podávání dítěti podložní mísy se v rozhovoru zmínily pouze dvě sestry. S pohybem je to u těchto dětí složitější. Z výpovědí sester jsme zjistili, že pohyb si děti na náplast'ové fixaci zajišťují převážně samy. Sestry v rozhovorech uvedly, že se přetáčení dítěte nedá zabránit. Veškerá ošetrovatelská péče se u těchto dětí provádí vleže v lůžku. Pro účinnost extenze musí být dolní končetiny stále v tahu. Náplast'ová extenze se upravuje dle potřeby za pomoci „speciálních obvazů“ a elastických obinadel. Z výzkumného šetření je patrné, že nejčastějšími ošetrovatelskými komplikacemi u dětí umístěných na náplast'ové fixaci jsou defekty, které vznikají pod náplastí. Proto je důležitá při upravování extenze kontrola pokožky na dolních končetinách.

Z rozhovorů s respondenty jsme došli k závěru, že rodiče nejsou řádně od sester edukováni o tom, jak se mají o své děti starat. Mají často obavy při pečování o své dítě. Myslíme si, že by měla být větší zpětná vazba mezi rodiči a sestrami. Sestry by měly

více komunikovat s rodiči a zjišťovat, jestli všemu rozumějí a zdali nepotřebují při péčování o jejich dítě pomoc. V případě neporozumění edukace o ošetřování jejich dítěte by je měly sestry opět edukovat.

Tato práce by měla sloužit k seznámení s náplast'ovou extenzí a k následnému odstranění chyb, které se mohou v péči o dítě se zlomeninou stehenní kosti na náplast'ové extenzi vyskytovat. Na základě výsledků byl vytvořen informační materiál pro všeobecné sestry (viz Příloha 14). Tuto brožuru mohou sestry využít k ošetrovatelské péči o zlomeniny stehenní kosti u dětí do pěti let, které jsou umístěné na náplast'ové extenzi. Dále by sestrám mohl sloužit při edukaci rodičů o péči o jejich děti, které jsou umístěny na náplast'ové extenzi.

7 Seznam použitých zdrojů

BARTL, V. a P. GÁL, 2012. *Ambulantní příručka pro dětskou traumatologii*. [online]. [cit. 2012-10-31]. Dostupné z: http://med.muni.cz/Traumatologie/Detska_Chirurgie/Detska_traumatologie.htm

BÁRTLOVÁ, S., P. SADÍLEK a V. TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-467-2.

BERRY, K, 2012. *Parent's Guide: Caring for Your Child in Traction*. [online]. [cit. 2012-12-14]. Dostupné z: <http://www.kaleidoscope.org.au/docs/Info/Traction.pdf>

DYLEVSKÝ, I, 2006. *Základy anatomie*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-886-7.

FARKAŠOVÁ, D. et al, 2006. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.

HAVRÁNEK, P, 2013. *Standardy léčby dětských zlomenin*. [online]. [cit. 2012-10-31]. Dostupné z: <http://detskachirurgie.cz/UserFiles/File/STANDARDY%202007.doc>

HAVRÁNEK, P., T. PEŠL a P. VLČEK, 2008. Obtížně diagnostikovatelné zlomeniny rostoucího dětského skeletu. *Praktický lékař*. Roč. 88, č. 7, s. 403-407. ISSN 0032-6739.

KLINIKA ZDRAVÍ, 2013. *Dekubitus – poranění vznikající tlakem*. [online]. [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <http://www.klinikazdravi.cz/clanky/dekubitus---poraneni-vznikajici-tlakem/>

KOJENÍ, 2013. *Kádinka, lžička, lahev se lžičkou, soft cup*. [online]. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.kojeni.net/kadinka.php>

KOUDELA, K, 2012. *Zlomeniny u dětí*. [online]. [cit. 2012-10-30]. Dostupné z: http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=39&cname=Chirurgie&letter=Z&termId=870&tname=Zlomeniny+u+d%C4%9Bt%C3%AD&h=empty#jump

KUSÁ, M, 2012. *Psychologická problematika hospitalizovaných dětí*. [online]. [cit. 2012-11-20]. Dostupné z: http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/psychologie/psychologicka_problematika_hospitalizovanych_deti

LEIFER, G, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.

MERKUNOVÁ, A. a M. OREL, 2008. *Anatomie a fyziologie člověka*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1521-6.

MLČOCH, Z, 2012. *Práva dětí, dětských pacientů a rodičů v nemocnici*. [online]. [cit. 2012-12-11]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/administrativa/prava-deti-detskych-pacientu-a-rodicu-v-nemocnici>

ONDŘIOVÁ, I. a A. SINAIOVÁ, 2012. *Zmírňování negativních následků hospitalizace u dětí*. [online]. [cit. 2012-12-4]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zmirnovani-negativnich-nasledku-hospitalizace-u-deti-453233>

PAVELKA, J, 2009. *Nejčastější dětské zlomeniny a jejich zvláštnosti*. [online]. [cit. 2012-10-08]. Dostupné z: http://www.pralek.cz/detske_zlomeniny/

PEŠL, T. a P. HAVRÁNEK, 2008. Základní obecná klasifikační schémata dětských zlomenin. *Praktický lékař*. Roč. 88, č. 10, s. 572-576. ISSN 0032-6739.

PLEVOVÁ, I. a R. SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.

SEDLÁŘOVÁ, P. et al, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1613-8.

SIKOROVÁ, L, 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3593-1.

SLEZÁKOVÁ, L. et al, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3129-2.

ŠNAJDAUF, J. et al, 2002. *Dětská traumatologie*. 1. vyd. Praha. Galén. ISBN 80-7262-152-1.

ŠRÁMKOVÁ, D, 2013. *Bukofacialní reedukce*. [online]. [cit. 2013-02-16]. Dostupné z: http://www.mnof.cz/dokumenty/detsky_rehabilitacni_stacionar/bukofacialni_reedukace.pdf

TRACHTOVÁ, E. et al, 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-324-4.

VALENTA, J. et al, 2005. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0644-5.

VALENTA, J. et al, 2007. *Základy chirurgie*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-403-4.

VELEMÍNSKÝ, M. et al, 2011. *Zdraví a nemoc*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU. ISBN 978-80-7394-326-4.

VESELÁ, R, 2012. *Hospitalizace matky s dítětem*. [online]. [cit. 2012-12-4]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/hospitalizace-matky-s-ditetem-285327>

VINCENT, L, 2013. *Výživa novorozence, kojence a batolete*. [online]. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.mudrvincent.cz/vyziva-novorozence-kojence-a-batolete>

VYMĚTAL, J, 2003. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.

ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZACHAROVÁ, E. a J. ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.

8 Přílohy

Příloha 1 - Bryantova-Schedeho náplast'ová trakce při zlomenině stehenní kosti

Příloha 2 - Zlomenina dialýzy femuru u batolete léčena náplast'ovou kožní trakcí podle Bryanta

Příloha 3 - Bryantova trakce u malého dítěte s frakturou femuru

Příloha 4 - Skeletální trakce

Příloha 5 - Práva hospitalizovaných dětí

Příloha 6 - Krmení dítěte kádinkou

Příloha 7 - Krmení dítěte lahví se lžičkou

Příloha 8 - Krmení dítěte soft cupem

Příloha 9 - Otázky použité v rozhovorech s rodiči dětí, které byly umístěné na náplast'ové extenzi

Příloha 10 - Otázky použité v rozhovorech s všeobecnými sestrami, které pracovaly na lůžkovém dětském oddělení

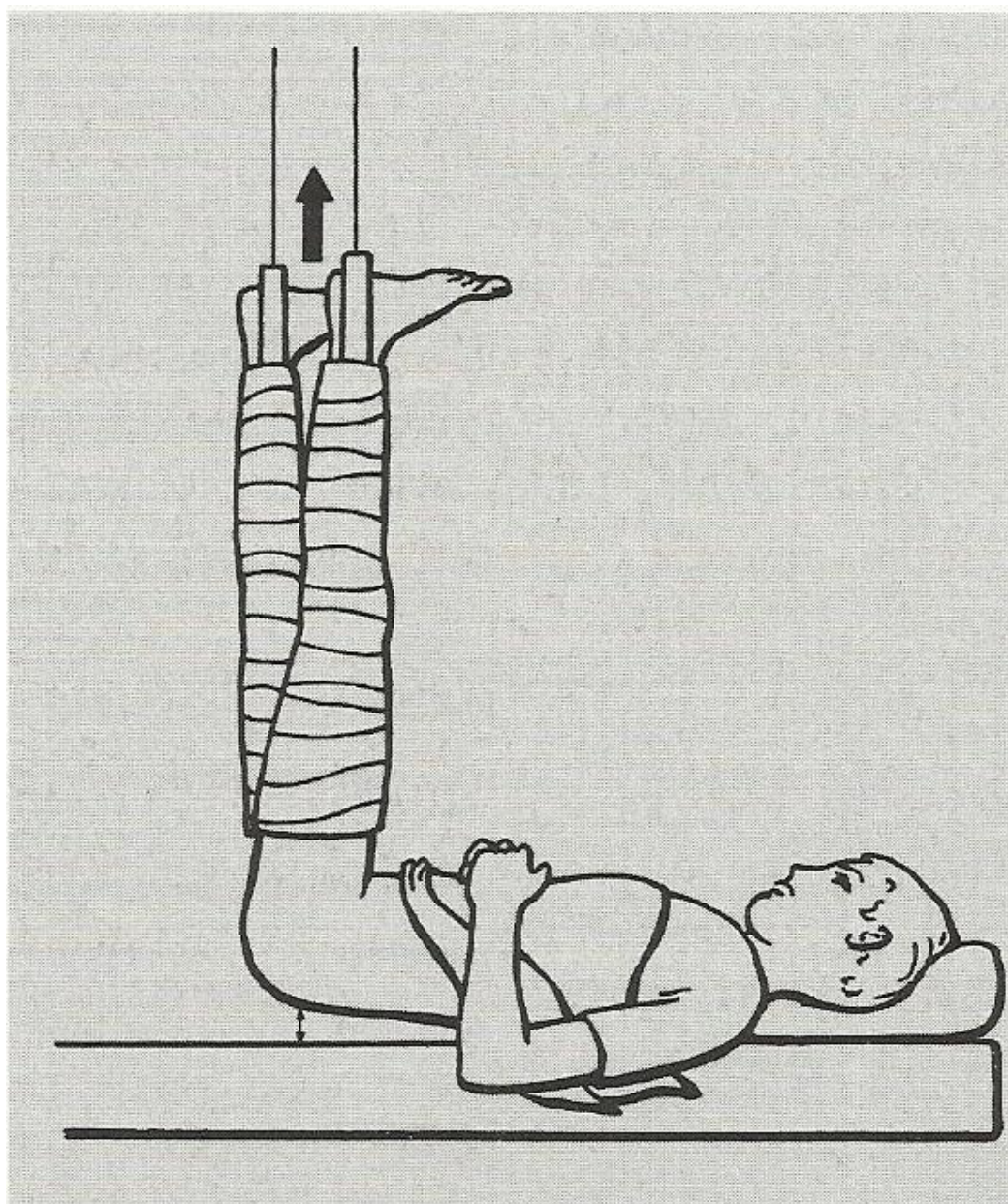
Příloha 11 - Rozhovory s rodiči

Příloha 12 - Rozhovory s všeobecnými sestrami

Příloha 13 - Kůže dítěte po sundání náplast'ové extenze

Příloha 14 – Informační materiál (nejen) pro sestry

Příloha 1 - Bryantova-Schedeho náplast'ová trakce při zlomenině stehenní kosti



Zdroj

ŠNAJDAUF, J. et al, 2002. *Dětská traumatologie*. 1. vyd. Praha. Galén. ISBN 80-7262-152-1.

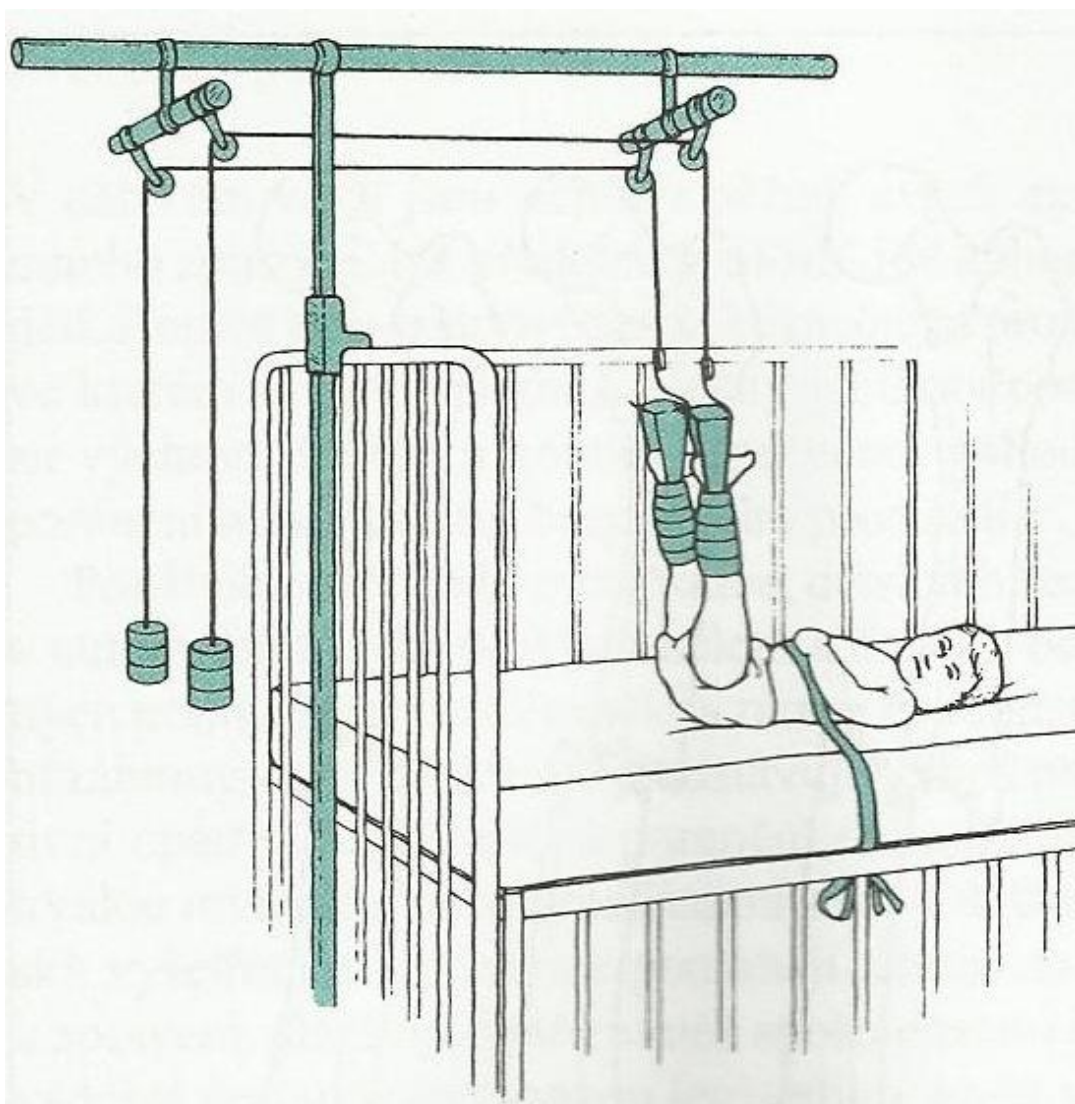
Příloha 2 - Zlomenina dialýzy femuru u batolete léčena náplast'ovou kožní trakcí podle Bryanta



Zdroj

VOX PEDIATRIAE, 2013. *Zlomenina dialýzy Femuru u batolete léčena náplast'ovou kožní trakcí podle Bryanta.* [online]. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: http://www.detskylekar.cz/cps/rde/xbcr/dlekar/2003_vox6.pdf

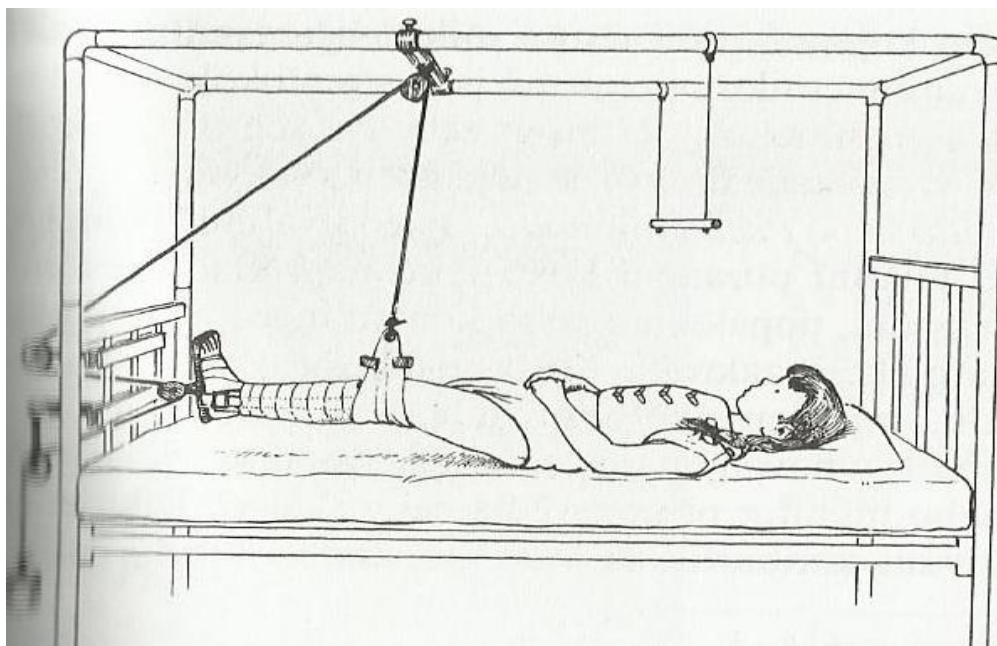
Příloha 3 - Bryantova trakce u malého dítěte s frakturou femuru



Zdroj

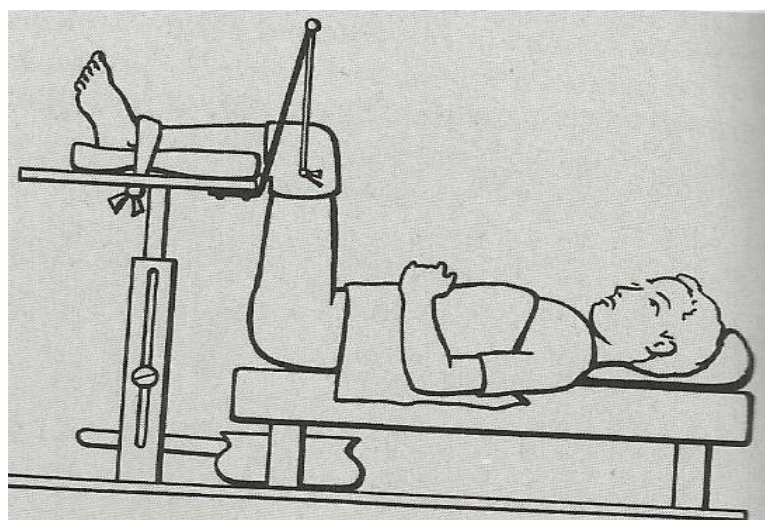
LEIFER, G, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.

Příloha 4 – Skeletální trakce



Zdroj

LEIFER, G, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.



Zdroj

ŠNAJDAUF, J. et al, 2002. *Dětská traumatologie*. 1. vyd. Praha. Galén. ISBN 80-7262-152-1.

Příloha 5 - Práva hospitalizovaných dětí

Práva hospitalizovaných dětí

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče mají mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony, podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se má zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se má dostávat péče náležitě školeným personálem, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobené jejich věku a zdravotnímu stavu.

Zdroj

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2012. *Práva hospitalizovaných dětí*. [online]. [cit. 2012-11-23]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/839>

Příloha 6 – Krmení dítěte kádinkou



Zdroj

WOMEN ZONE, 2013. *Kojení*. [online]. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.womenzone.cz/encyklopedie/kojeni>



Zdroj

MÁMA A JÁ, 2013. *Alternativní způsoby krmení mateřským mlékem*. [online]. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: http://www.mamaaja.cz/ActiveWeb/Article/2795/alternativni_zpusoby.html

Příloha 7 – Krmení dítěte lahví se lžičkou



Zdroj

HEUREKA, 2013. *Nuby Krmicí lahev se lžičkou*. [online]. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://detske-lahve.heureka.cz/nuby-krmici-lahev-se-lzickou/>

Příloha 8 – Krmení dítěte soft cupem



Zdroj

MEDICARE, 2013. *Medela SoftCup Advanced Feeder*. [online]. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.medicare.ie/medela-breast-pumps-ireland/medela-breast-pumps-feeding-accessories/medela-softcup-advanced-cup-feeder.html>



Zdroj

LÉTAJÍCÍ SEN, 2013. *Medela Soft Cup*. [online]. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.letajicisen.cz/cz/produkt/medela-soft-cup.html>

Příloha 9 – Otázky použité v rozhovorech s rodiči dětí, které byly umístěné na náplast'ové extenzi

- Víte, z jakého důvodu má vaše dítě náplast'ovou extenzi?
- Jak vaše dítě zvládá hospitalizaci na lůžkovém dětském oddělení s vámi a bez vás?
- Zapojují vás sestry do ošetrovatelské péče o vaše dítě? Jestliže ano, jak?
- Jste dostatečně informován o zdravotním stavu a o péči vašeho dítěte?
- „Jste dostatečně seznámena s léčbou vašeho dítěte? Máte možnost rozhodovat o léčbě vašeho dítěte?“
- Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti výživy u vašeho dítěte?
- Jak krmíte své dítě?
- Máte nějaké obavy při krmení vašeho dítěte? Jaké?
- Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti vyprazdňování?
- Jak manipulujete s vaším dítětem na náplast'ové extenzi před a po jeho vyprázdnění?
- Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti hygienické péče u vašeho dítěte?
- Jak provádíte hygienickou péči u vašeho dítěte s náplast'ovou extenzí?
- Máte nějaké obavy při koupání vašeho dítěte?
- Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti pohybu u vašeho dítěte?
- Jak reaguje vaše dítě na péči poskytovanou vámi a jak na péči poskytovanou zdravotnickým pracovníkem?

Zdroj: Vlastní

Příloha 10 - Otázky použité v rozhovorech s všeobecnými sestrami, které pracovaly na lůžkovém dětském oddělení

- Jak reaguje dítě umístěné na náplast'ové extenzi na hospitalizaci bez rodiče a jak na hospitalizaci s rodičem?
- Myslíte si, že je hospitalizace dítěte s rodičem lepší než hospitalizace dítěte bez rodiče? Proč si to myslíte?
- Jakým způsobem na vašem oddělení zapojujete rodiče při hospitalizaci dítěte na náplast'ové extenzi?
- Jaký vidíte rozdíl při ošetřování dítěte, když je přítomen rodič a když není přítomen?
- Které potřeby u dítěte jsou pro vás při jejich uspokojování nejdůležitější?
- Zapojujete rodiče do uspokojování potřeb dítěte, a jakým způsobem?
- Jakým způsobem zajišťujete výživu u dítěte?
- Jak zajišťujete výživu u kojeného dítěte?
- Myslíte si, že mohou vzniknout nějaké komplikace při krmení dítěte? A jaké?
- Jakým způsobem zajišťujete potřebu tekutin u dítěte?
- Jak zajišťujete na vašem oddělení potřebu vyprazdňování u dítěte s náplast'ovou extenzí?
- Jakým způsobem manipulujete s dítěte na náplast'ové extenzi před a po vyprázdnění?
- Myslíte si, že mohou vzniknout nějaké komplikace v oblasti vyprazdňování?
- Jak provádíte hygienickou péči u dítěte s náplast'ovou extenzí?
- Jak s dítětem na náplast'ové extenzi při hygieně manipulujete?
- Jak měníte lůžkoviny u dítěte s náplast'ovou extenzí?
- Jak zajišťujete pohyb u těchto dětí?
- Jak aktivizujete dítě se zlomeninou stehenní kosti?
- Jak oblékáte dítě na náplast'ové extenzi?
- Jaká věková skupina dětí se nejčastěji na náplast'ové extenzi vyskytuje?

- Jaká je průměrná délka hospitalizace dítěte s náplast'ovou extenzí?
- V jaké poloze se dítě s náplast'ovou extenzí nachází?
- Jak je vybavené lůžko u tohoto dítěte?
- Jaké pohyby se u dítěte s náplast'ovou extenzí nesmí provádět?
- Jak často se náplast'ová extenze upravuje?
- Jakým způsobem se náplast'ová extenze upravuje?
- Proč má dítě se zlomeninou stehenní kosti na náplast'ové extenzi obě nožičky na extenzi? (zdravou i nemocnou)
- Jak zajistíte, aby se dítě na náplast'ové extenzi nepřevalovalo ze strany na stranu?
- Kontrolujete končetiny na umístěné na náplast'ové extenzi?
- Jakým způsobem tyto končetiny kontrolujete?
- Myslíte si, že je tato kontrola důležitá? Proč?
- Setkáváte se na vašem oddělení s náplast'ovou extenzí se závažím?
- Co u této extenze kontrolujete?
- Jaké výhody vnímáte u terapie pomocí náplast'ové extenze?
- Jaké naopak nevýhody vidíte u terapie pomocí náplast'ové extenze?
- Jaké ošetrovatelské problémy vznikají nejčastěji u dětí s náplast'ovou extenzí?
- Jak zabraňujete vzniku těchto ošetrovatelských problémů?
- Jak pečujete o dítě se vzniklým ošetrovatelským problémem?

Zdroj: Vlastní

Příloha 11 – Rozhovory s rodiči

Rozhovor s rodičem č. 1

První rodič je matka 13. měsíčního chlapečka, která s ním byla hospitalizovaná na dětské traumatologii v jedné pražské nemocnici. Její syn má zlomený krček pravé kosti stehenní. Stalo se mu to v zimě, když ho otec nesl a upadl s ním na zamrzlé louži. Na náplast'ové extenzi je již 11. den.

„Víte, z jakého důvodu má vaše dítě náplast'ovou extenzi?“

Matka uvedla, že ji má proto, že má zlomený krček kosti stehenní na pravé nožičce. Lékaři jí sdělili, že v jeho věku není vhodná operace a že se to většinou u tak malých dětí léčí touto metodou. Ze začátku byla v šoku, že je její jediné dítě pověšené za nožičky na závaží. Nevěděla, jak se má o něj starat. Nyní už žádné obavy nemá. Musela se s tím nějak poprat. Před rozhovorem mi sdělila, že má radost, že někoho vidí. Prý za ní za celý den nikdo nezajde a ona se na pokoji nudí, protože si nemá s kým popovídat.

„Jak vaše dítě zvládá hospitalizaci na lůžkovém dětském oddělení s vámi a bez vás?“

„Zvládá ji dobře. Skvěle. Řekla bych čím dál líp. Neuměla bych si představit, že bych tu s ním nebyla. Nemůžu se vytrátit ani na minutu z pokoje, aby nezačal plakat. Na hospitalizaci beze mě je ještě maličký.“

„Zapojují vás sestry do ošetrovatelské péče o vaše dítě? Jestliže ano, jak?“

Matka odpověděla, že ano. Sama přebaluje, myje, převléká, krmí.

„Jste dostatečně informován o zdravotním stavu a o péči vašeho dítěte?“

Matka je dostatečně informovaná o ošetrovatelské péči a zdravotním stavu dítěte.

„Jste dostatečně seznámena s léčbou vašeho dítěte? Máte možnost rozhodovat o léčbě vašeho dítěte?“

Matka odpověděla, že je seznámena s léčbou, ale nemá možnost rozhodovat o léčbě svého syna. Tvrdí, že se to ani nehodí, aby rozhodovala o léčbě svého dítěte, že není odborník a nerozumí tomu. Nechává to radši na doktorech.

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti výživy u vašeho dítěte?“

Matce nebyly poskytnuty žádné informace o tom, jak má své dítě krmit.

„Jak krmíte své dítě?“

Matka krmí své dítě vleže, částečně stravou z nemocnice a částečně kojí z prsu. Ze začátku si myslela, že jí kojení nepůjde, ale vždycky se nějak nad něj nahne a nějak to jde. Čaj podává synovi z lahvičky, kterou si přinesla z domova. Nemocniční stravu podává dítěti lžičkou.

„Máte nějaké obavy při krmení vašeho dítěte? Jaké?“

Obavy z krmení měla ze začátku, nyní už ne. Bála se, že se jí syn udusí, že jí nepůjde kojení a on nebude mít co jíst. Řekla: „Nedovedu si představit, že bych vleže jedla. Mně to fakt nejde. Obdivuju ho, že to takhle zvládá.“

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti vyprazdňování?“

V oblasti vyprazdňování jí nebyly poskytnuty žádné informace. Sestry se jí pouze ptaly, jestli to zvládá a zda nemá malý zácpu. Její syn má zatím pleny, takže ho přebaluje vleže v posteli.

„Jak manipulujete s vaším dítětem na náplastové extenzi před a po jeho vyprázdnění?“

Odvětila, že před a po vyprázdnění s ním nijak nemanipuluje. Otírá ho pomocí vlhčených ubrousků mezi nožičkami.

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti hygienické péče u vašeho dítěte?“

Matka odpověděla: „Základní. Víím, že vše musím dělat v postýlce.“

„Jak provádíte hygienickou péči u vašeho dítěte s náplastovou extenzí?“

„Používám k tomu lavor a žínky, které mi sestřičky přinesly a prostě ho omývám. Jinak to nejde.“ Zadíčka myje tak, že malého trošku nahne na bok a on v této pozici vydrží.

„Máte nějaké obavy při koupání vašeho dítěte?“

Žádné obavy z koupání svého dítěte nemá. Je ráda, že je malý čistý a cítí se dobře. Lůžko svému dítěti také převléká sama.

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti pohybu u vašeho dítěte?“

Při této otázce se maminka zarazila. Odpověděla, že jí bylo sděleno, že by se moc hýbat neměl a že čím déle bude na náplastové extenzi a čím méně ho to bude bolet, tím bude

pohyblivější. Ale přijde jí, že je pohyblivější už teď, občas má problém ho uhlídat, aby se nepřetočil až na břicho. Říká, že neví, jak to bude zvládat, až bude na extenzi déle a nebude mít už bolesti.

„Jak reaguje vaše dítě na péči poskytovanou vámi a jak na péči poskytovanou zdravotnickým pracovníkem?“

„Na péči poskytovanou mnou reaguje dobře. Je na moji péči zvyklý. Na zdravotnickou péči reagoval ze začátku hůř. Báł se bílých plášťů a měl strach, že mu budou způsobovat bolest. Teď už na zdravotníky reaguje taky dobře, už se na ně i směje. Jen při rentgenu pláče, protože je to šílený stroj. Vždycky ho vyvezou na chodbu, přivezou k jeho postýlce futuristický přístroj a tam ho zrentgenují. Rentgen se u mého dítěte dělá každý týden, takže se ho na to snažím nějak psychicky připravit, ale moc mi to nejde. Stejně to vždycky skončí pláčem.“

Rozhovor s rodičem č. 2

Druhý rodič je matka 15. měsíční holčičky. Obě byly hospitalizované v Praze na dětské traumatologii. Holčička má zlomeninu diafýzy kosti stehenní v levé noze. Nohu si zlomila po pádu ze židle. Na náplast'ové extenzi je 9. den.

„Víte, z jakého důvodu má vaše dítě náplast'ovou extenzi?“

„Na této konstrukci je má dcera, protože má zlomenou stehenní kost někde uprostřed. Lékaři říkali, že je tato léčba pro moji dceru nejlepší. Operace by jí prý mohla porušit růst kostí. Když mi malou přivezli na pokoj, tak jsem začala brečet. Byla jsem zděšená z toho, co jí udělali. Bylo hrozné vidět ji pověšenou za nožičky. Lékaři mi ale vše vysvětlili a já nyní vím, že je to pro mé dítě nejlepší.“

„Jak vaše dítě zvládá hospitalizaci na lůžkovém dětském oddělení s vámi a bez vás?“

Matka uvedla: „Myslím si, že ji zvládá dobře. První den celý proplakala. Mám doma ještě starší dceru a obě jsou na sobě závislé. Myslím si, že se jí stýskalo. Hospitalizaci beze mě by nezvládla. Jednou jsem si z oddělení odběhla do lékárny a ona celou dobu,

co jsem u ní nebyla, probřečela. Neuměla bych si představit, že bych ji tu nechala samotnou.“

„Zapojují vás sestry do ošetrovatelské péče o vaše dítě? Jestliže ano, jak?“

Matka odpověděla, že ano. „O malou se starám sama. Sestřičky mi první den všechno vysvětlily a ukázaly. Nejdříve jsem u toho měla strach, ale nyní už ne. Sama krmím, přebaluji, převlékám postel a myji ji.“

„Jste dostatečně informován o zdravotním stavu a o péči vašeho dítěte?“

Matka odpověděla, že je dostatečně informovaná o ošetrovatelské péči a zdravotním stavu dítěte.

„Jste dostatečně seznámena s léčbou vašeho dítěte? Máte možnost rozhodovat o léčbě vašeho dítěte?“

Matka uvedla, že je seznámena s léčbou a možností rozhodovat o léčbě své dcery. Tvrdí, že to s ní lékař při každé vizitě prokonzultuje a odpovídá na všechny její otázky. Je s péčí maximálně spokojená.

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti výživy u vašeho dítěte?“

Sestry řekly matce, že má své dítě krmit pouze vleže. Nemá jí zvedat, protože musí být nožičky stále v tahu. Také jí řekly, že má malou krmit pomalu, protože by mohla jídlo vdechnout, anebo začít zvracet. Pokud by se to stalo, tak má okamžitě volat sestry o pomoc.

„Jak krmíte své dítě?“

Matka krmí dle pokynů sester vleže. K snídani má holčička sunar z lahve, k obědu, k večeři a ke svačinám nemocniční stravu, kterou podává lžičkou, a před spaním jí dává ještě lahev se sunarem.

„Máte nějaké obavy při krmení vašeho dítěte? Jaké?“

Ze začátku se matka bála, že krmení svého dítěte nezvládne. Stále se bojí, že její dítě vdechne jídlo a začne se dusit. Čaj podává dceři z kojenecké lahve.

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti vyprazdňování?“

V oblasti vyprazdňování jí sestry poučily o tom, že musí vše dělat v postýlce. Mohlo by se jí i stát, že se malá nebude vyprazdňovat tak, jak je zvyklá. Jsou zpomalená střeva, a tak může mít stolici třeba až třetí den. Její dcera má pleny. Po vyprázdnění malou

rozbalí, otre ji zvlčenými ubrousky, namaže Rybilkou a zabalí ji do nové pleny. Plena se jí dává dobře, protože je zadeček ve výšce a ona pod něj může zasunout dobře ruce.

„Jak manipulujete s vaším dítětem na náplast'ové extenzi před a po jeho vyprázdnění?“

Matka uvedla, že před a po vyprázdnění s ní nijak nemanipuluje, není to třeba.

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti hygienické péče u vašeho dítěte?“

„Vše musím dělat v postýlce.

„Jak provádíte hygienickou péči u vašeho dítěte s náplast'ovou extenzí?“

„Sestřičky mi přinesly lavor a žínky. Každé ráno si natočím teplou vodu do lavoru, dám si do něj mýdlo a omývám malou vodou. Po umytí ji osuším ručníkem a obleču jí body. Na nožičky jí nic nedávám, protože je má obvázané a já se bojím, abych něco neprovedla.“ Na dotaz, jak myje zádíčka, odpověděla, že malou mírně nahne na bok a rychle je omyje a osuší. Stále se prý kouká, jestli se nehýbá nějak ta konstrukce. Lůžkoviny mění vždy se sestřičkami.

„Máte nějaké obavy při koupání vašeho dítěte?“

Matka žádné obavy z koupání svého dítěte nemá, jen se bojí, aby se nějak extenze nevyvlékla.

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti pohybu u vašeho dítěte?“

Matka uvedla, že jí sestry poučily o tom, že se malá na extenzi nesmí moc hýbat. První tři dny malá ležela v postýlce tak, jak ji přivezli na pokoj, byla na zádíčkách a nožičky měla nahoře. Teď už se snaží otáčet na břicho. Prý je těžké ji udržet v jedné poloze. Také se prý snaží sundat si obvazy na nožičkách. Matka si myslí, že jí to svědí a chce se jen podrbat.

„Jak reaguje vaše dítě na péči poskytovanou vámi a jak na péči poskytovanou zdravotnickým pracovníkem?“

„Má dcera reaguje na péči ode mě dobře. Je zvyklá, že se o ni starám. Na zdravotníky reaguje taky dobře. Když jí dělají nějaký výkon, tak musím odejít z pokoje, protože když jsem s ní, tak pláče. Asi vycítí, že se o ni bojím a bojí se taky. Jakmile zabouchnu

dveře, tak malá přestane brečet a nechá si všechno líbit. Jsem ráda, že nevidím, jak jí odebírají krev, protože bych nesnesla pohled, jak mi píchají dlouhou jehlou do dítěte.“

Rozhovor s rodičem č. 3

Třetí rozhovor poskytla matka 2,5 ročního chlapečka. Oba byli hospitalizováni v jedné pražské nemocnici již 8. den. Její syn lezl po žebřinách v tělocvičně, spadl a zlomil si stehenní kost v diafýze.

„Víte, z jakého důvodu má vaše dítě náplast'ovou extenzi?“

Matka odpověděla: „Má ji proto, že má zlomenou stehenní kost a že je to asi nejlepší forma léčby při této zlomenině.“

„Jak vaše dítě zvládá hospitalizaci na lůžkovém dětském oddělení s vámi a bez vás?“

Matka uvedla: „Kdybych všechno dělala za sestřičky, tak dobře. Sestřičky mi s péčí pomáhají. Myslím si, že hospitalizaci zvládá hůř, protože o něj nepečuju sama a on se bojí péče někoho jiného.“

„Zapojují vás sestry do ošetrovatelské péče o vaše dítě? Jestliže ano, jak?“

Maminka odpověděla, že ano. Sama krmí, myje a stará se o vyprazdňování svého dítěte.

„Jste dostatečně informován o zdravotním stavu a o péči vašeho dítěte?“

Matka je dostatečně informovaná o zdravotním stavu dítěte.

„Jste dostatečně seznámena s léčbou vašeho dítěte? Máte možnost rozhodovat o léčbě vašeho dítěte?“

Je seznámena s léčbou a má možnost rozhodovat o léčbě svého syna. „Lékaři mi říkali, že můžeme jít domů, ale bude od pasu dolů v sádře. Řekli mi, že v nemocnici může být sám nebo se mnou, ale bude čtyři týdny viset.“

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti výživy u vašeho dítěte?“

Matce nebyly poskytnuty žádné informace o tom, jak má své dítě krmit. Jen jí sestry řekly, že bude mít oslabená střeva a že by mu měla dávat jako prevenci zácpy přesnídávky a jogurty. Prý vše funguje zatím dobře.

„Jak krmíte své dítě?“

Dítě krmí nemocniční stravou vleže lžičkou. Tekutiny svému dítěti podává z lahve se sosáčkem.

„Máte nějaké obavy při krmení vašeho dítěte? Jaké?“

Žádné obavy při krmení svého dítěte nemá, jí prý dobře.

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti vyprazdňování?“

O vyprazdňování jí sestry řekly, že se mu nebude chtít tolik na stoličce, bude to pro něj těžší, protože je ve výšce. „Sestry mě ani nepoučily o přebalování. O plenu si malý vždy řekne a vyčůrá se. Nabízely mi pro něj bažanta, ale nevím, jak by to zvládl. Pleny přes den nemá, má ji jen na spaní.“

„Jak manipulujete s vaším dítětem na náplast'ové extenzi před a po jeho vyprázdňování?“

Před a po vyprázdňování s ním matka nijak nemanipuluje. Po vyprázdňování ho otírá vlhčenými ubrousky.

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti hygienické péče u vašeho dítěte?“

„Vždy mi někdo s hygienou pomáhá. Mám strach, abych mu něco s tou nohou neprovedla a abych ho moc nezvedla. Lůžkoviny měním už sama. Jsem pečovatelka, takže to už zvládám. Vždy to stáhnou a novou pod něj nějak našoupnu a z druhé strany vytáhnou. Pak už prostěradlo jen vypnu a uvážu uzle. V tomto už praxi mám.“

„Jak provádíte hygienickou péči u vašeho dítěte s náplast'ovou extenzí?“

Hygienu maminka provádí žínkou, kterou ho otírá. Zádíčka myje tak, že se malý trošku nadzvedne a ona mu je omyje a osuší ručníkem.

„Máte nějaké obavy při koupání vašeho dítěte?“

Žádné obavy z koupání svého dítěte nemá.

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti pohybu u vašeho dítěte?“

„Sestry mi řekly, že nic nesmí. Teď musí jen minimálně čtyři týdny viset. Pak bude rehabilitovat. Jsem zvědavá, jak rehabilitaci zvládne, když na sebe nenechá někoho sáhnout. Asi mi to budou muset na něm ukázat a já s ním budu cvičit sama. Můj syn nevydrží jen ležet na zádech. Nedokážu ho udržet v jedné poloze.“

„Jak reaguje vaše dítě na péči poskytovanou vámi a jak na péči poskytovanou zdravotnickým pracovníkem?“

Maminka odpověděla: „Na péči poskytovanou mnou reaguje dobře. Péče od zdravotníka je horší, musím ho vždy zklidnit. Bojí se cizích lidí. Při příchodu doktora či sestry je v klidu, ale jakmile na něj sáhnou, tak brečí. Při ošetřování malého musím vždy být u něj, protože by jinak křičel a nenechal by na sebe sestřičky sáhnout.“ Matka žádala sestry o konzultaci s psychologem, protože si myslí, že tato reakce na zdravotníky není normální a bojí se, aby zážitek z hospitalizace v něm nezanechala nějaké psychické následky.

Rozhovor s rodičem č. 4

Čtvrtý rozhovor poskytla matka 2 ročního chlapečka. Oba byli hospitalizováni v jedné pražské nemocnici již 14. den. Její syn bruslil s otcem na zimním stadionu, upadl a zlomil si stehenní kost v diafýze.

„Víte, z jakého důvodu má vaše dítě náplast'ovou extenzi?“

Matka odpověděla: „Kvůli té zlomenině. Tato metoda je šetrnější a lepší než operační zákrok.“

„Jak vaše dítě zvládá hospitalizaci na lůžkovém dětském oddělení s vámi a bez vás?“

Matka uvedla: „Myslím si, že hospitalizaci zvládá dobře, protože je tady se mnou. Beze mě by hospitalizaci nezvládl, proto jsem v nemocnici s ním. Když potřebuji od něj odběhnout, tak tu chvíli sám vydrží. Přes den se ho snažím nějak zabavit, protože je to tu pro něj dlouhé. Každý den nás navštěvuje tatínek a on má radost, že ho vidí.“

„Zapojují vás sestry do ošetrovatelské péče o vaše dítě? Jestliže ano, jak?“

Matka odpověděla, že ano. Učí ji ho krmit, přebalovat, mýt, hrát si s ním a přetáčet ho zpět na záda, když se převalí na břicho. Vše jí sestry nejdříve vysvětlily a pak jí to ukázaly. Dnes už zvládne vše sama.

„Jste dostatečně informován o zdravotním stavu a o péči vašeho dítěte?“

Matka je dostatečně informovaná o zdravotním stavu dítěte.

„Jste dostatečně seznámena s léčbou vašeho dítěte? Máte možnost rozhodovat o léčbě vašeho dítěte?“

Je dostatečně seznámena s léčbou a má možnost rozhodovat o léčbě svého syna, ale vždy dbá na rady a doporučení ošetřujícího lékaře.

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti výživy u vašeho dítěte?“

V oblasti výživy byla matka poučena o tom, že své dítě nesmí zvedat a krmit ho pomalu lžičkou. Sestry jí poučily o tom, že může při krmení vleže její dítě vdechnout stravu do dýchacích cest a začít se dusit.

„Jak krmíte své dítě?“

Své dítě krmí dle doporučení nemocniční stravou lžičkou. Tekutiny podává svému dítěti z lahve.

„Máte nějaké obavy při krmení vašeho dítěte? Jaké?“

Bojí se, že se její dítě při krmení začne dusit.

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti vyprazdňování?“

V oblasti vyprazdňování jí nebyly poskytnuty žádné informace. Své dítě matka přebaluje sama v lůžku.

„Jak manipulujete s vaším dítětem na náplastové extenzi před a po jeho vyprázdnění?“

Před a po vyprázdnění s ním maminka nijak nemanipuluje, jen otře genitál a zadeček vlhčenými ubrousky. Žádné obavy při přebalování svého dítěte nemá.

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti hygienické péče u vašeho dítěte?“

„Žádné, vše dělám sama v lůžku.“

„Jak provádíte hygienickou péči u vašeho dítěte s náplastovou extenzí?“

Ráno si napustím lavor teplou vodou a normálně ho žínkou omývám. Žáda mu umyji tak, že ho mírně otočím, dávám pozor na nožičky a prostě mu je umyji. Lůžkoviny měním se sestrou, protože se bojím, abych ho nějak špatně nechytla nebo blbě neotočila.“

„Máte nějaké obavy při koupání vašeho dítěte?“

Při mytí svého dítěte se bojí, že ho nějak špatně otočí a že ho to bude bolet.

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti pohybu u vašeho dítěte?“

„Sestřičky mi řekly, že musí stále ležet na zádech, že se nesmí otáčet a že s ním nemám moc hýbat, aby se nějak nezničila ta extenze. Myslím si, že to zvládá dobře. Moc se na extenzi nehýbe.“

„Jak reaguje vaše dítě na péči poskytovanou vámi a jak na péči poskytovanou zdravotnickým pracovníkem?“

Maminka odpověděla: „Ode mě snáší péči lépe, jelikož mě zná a je na mě zvyklý. Od sester se péče první dva dny bál, ale pak si trošku zvyknul. Nyní se už na ně směje a nebrečí, když je vidí.“

Rozhovor s rodičem č. 5

Pátý rodič je matka tři a půl roční holčičky. Obě byly hospitalizované v Brně na dětské traumatologii. Holčička má zlomeninu diafýzy kosti stehenní v pravé noze. Zlomenina se jí stala na lyžích. Na náplast'ové extenzi je 10. den.

„Víte, z jakého důvodu má vaše dítě náplast'ovou extenzi?“

Matka uvedla: „Myslím si, že je to nejšetrnější způsob léčby. A protože má sedmnáct kilo a do dvaceti kilo se tady ta extenze dělá. Kdyby měla víc kilo, tak by musela jít na operaci a asi by jí to sešroubovali.“

„Jak vaše dítě zvládá hospitalizaci na lůžkovém dětském oddělení s vámi a bez vás?“

Matka odpověděla: „Ze začátku hospitalizaci zvládala velice dobře. Ale teď už je to horší, protože ona je ekzématicka. Takže jak má ty nohy zafačované, tak jí to hrozně svědí. Zvládla by hospitalizaci v pohodě, ale jak má ten ekzém, tak se furt drápe a nemůže se dodrápat. Beze mě by hospitalizaci asi nedala, musí jí někdo nakrmit, protože tak se nenakrmí vůbec. A také furt potřebuje někoho k ruce.“ Nakonec se matka přiznala, že kdyby její dcera musela být hospitalizovaná sama, tak by to asi zvládla, pokud by se o ni postaral někdo jiný.

„Zapojují vás sestry do ošetrovatelské péče o vaše dítě? Jestliže ano, jak?“

Matka odpověděla, že ano.

„Krmím si ju sama. Vše dělám sama. Co se týče bandážování, tak to si dělají holky samy.“

„Jste dostatečně informován o zdravotním stavu a o péči vašeho dítěte?“

Matka je dostatečně informovaná o ošetrovatelské péči a zdravotním stavu dítěte.

„Jste dostatečně seznámena s léčbou vašeho dítěte? Máte možnost rozhodovat o léčbě vašeho dítěte?“

Je seznámena s léčbou a má možnost rozhodovat o léčbě své dcery.

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti výživy u vašeho dítěte?“

Sestry matce nedaly žádné informace o krmení. Řekla mi: „To si musím pohlídat sama, protože to asi vím nejlíp já, co může holka jest a co nemůže, protože ona je ta atopička. Jakmile bychom daly něco špatného, tak by to bylo ještě horší.“

„Jak krmíte své dítě?“

„Krmím ju vleže lžičkou. Dáme bryndák a jíme.“

„Máte nějaké obavy při krmení vašeho dítěte? Jaké?“

Žádné obavy při krmení nemá. Se smíchem uvádí, že se malá vždycky zabryndá a to bere už jako automatiku. Tomu se prý zabránit nedá. Pití svému dítěti podává z uzavíratelného hrnečku.

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti vyprazdňování?“

V oblasti vyprazdňování jí sestry nijak nepoučily. Uvedla: „Protože tak visí, tak ju musím dávat plínky. Vždycky si řekne, že chce čůrat, tak ju dám plínku a je to.“

„Jak manipulujete s vaším dítětem na náplast'ové extenzi před a po jeho vyprázdnění?“

„Malá visí v luftě, takže s ní nijak nehýbu. Vždycky pod ňu dám normálně plínku a pak ju pěkně očistím vlhčená ubrouskama. Není to problém, jde to dobře.“ Matka se bojí, že se odnaučí chodit na záchod, když nyní musí mýt pleny a ona jí bude muset vše učit znovu.

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti hygienické péče u vašeho dítěte?“

„Nic mi sestry neřekly.“

„Jak provádíte hygienickou péči u vašeho dítěte s náplast'ovou extenzí?“

„Myju ju jednorázovými žínkami, večer napustím do škopku teplou vodu, trochu ju opláchnu, natru, kvôli tomu ekzému. Je to v pohode. Zuby si vyčistí. Ona stejnak tu pastu polyká, takže to je jedno. Vlasy jsme myli zatím jednou. Malá se mě chytne za krk. Já ju nadzvednu a dvě sestry myjou hlavu. Při mytí ju trochu nahnú do boků, jinak s ňu moc nemanipuluju.“ Lůžkoviny mění sestřičky a někdy sama tak, že to stáhne a malou trošku nadzvedne.

„Máte nějaké obavy při koupání vašeho dítěte?“

Žádné obavy při mytí nemá.

„Jaké informace vám byly poskytnuty v oblasti pohybu u vašeho dítěte?“

Matka uvádí, že jí sestry i doktoři říkali, že se děti na náplast'ové extenzi i samy točí. Její dcera je prý ukázněný pacient a vydrží ležet na zádech celý den. Když jí záda bolí, tak jí je namaže a je vše v pohodě. Točí pouze hlavou ze strany na stranu. Má strach, protože jí to bolí, tak se radši nehýbe. Sestry jí extenzi jen upravují, protože se holčička nehýbe a není třeba převazovat extenzi každý den.

„Jak reaguje vaše dítě na péči poskytovanou vámi a jak na péči poskytovanou zdravotnickým pracovníkem?“

„Když nejdou sestřičky s jehlou, tak bere všechny úplně dobře. Když ju brali krev v Jeseníku, tak měla všude modráky od toho, jak jim to nešlo. A proto se bojí. Jak ju nešahají na nohy a neberou ju krev, tak je vše bez problémů. Při každém výkonu jsem s ňu. Vždy jsem u všeho.“

Příloha 11 – Rozhovory s všeobecnými sestrami

Rozhovor se sestrou č. 1

Všeobecná sestra s dvacetiletou praxí na dětském oddělení v Praze uvádí, že děti s náplast'ovou extenzí jsou na jejich oddělení hospitalizováni průměrně jednou za měsíc. Je to prý individuální, protože se jim někdy stane, že tam za měsíc mají i tři děti a pak zase tři měsíce žádné dítě.

„Jak reaguje dítě umístěné na náplast'ové extenzi na hospitalizaci bez rodiče a jak na hospitalizaci s rodičem?“

„Je to hodně individuální. Někdy je lepší hospitalizace bez rodiče, protože často rodič dítě deprimuje a to je pak nervózní a nechce být na náplast'ové extenzi. Už se nám i stalo, že si rodič vůbec nevšiml svého dítěte a stále chodil ven kouřit a dítě akorát brečelo. S rodičem by mělo být dítě, které je plačtivé. Někdy můžou děti hospitalizované s rodičem rodiče citově vydírat.“

„Myslíte si, že je hospitalizace dítěte s rodičem lepší než hospitalizace dítěte bez rodiče? Proč si to myslíte?“

Sestra si myslí si, že je hospitalizace s rodičem pro dítě lepší. Je to prý dlouhá doba léčení a mohlo by si na rodiče odvyknout.

„Jakým způsobem na vašem oddělení zapojujete rodiče při hospitalizaci dítěte na náplast'ové extenzi?“

Sestra reagovala, že je seznamují s odlehčenou stravou dítěte, učí je hygienu a běžnou péči u jejich dítěte vleže.

„Jaký vidíte rozdíl při ošetřování dítěte, když je přítomen rodič a když není přítomen?“

Myslí si, že péče poskytovaná v přítomnosti rodiče a bez rodiče je velmi individuální, protože jsou děti někdy hysteričtější v přítomnosti rodiče a bez rodiče jsou více v klidu.

„Které potřeby u dítěte jsou pro vás při jejich uspokojování nejdůležitější?“

Sestra uvedla, že je u dítěte nejdůležitější uspokojit potřebu sociálního kontaktu, je důležité, aby dítě bylo v kolektivu jiných dětí.

„Zapojujete rodiče do uspokojování potřeb dítěte, a jakým způsobem?“

Sestra odpověděla, že v případě hospitalizace dítěte s rodičem je rodič zapojován do uspokojování potřeb svého dítěte, vše si u něj dělá sám a sestra na něj ze začátku jen dohlíží a radí mu.

„Jakým způsobem zajišťujete výživu u dítěte?“

„Výživa by měla být odlehčená, nezatěžující a v menších dávkách. Dítě se krmí lžičkou vleže.“

„Jak zajišťujete výživu u kojeného dítěte?“

„U kojených dětí se krmí kojeneckou lahví nebo si je maminka sama kojí ve stoje.“

„Myslíte si, že můžou vzniknout nějaké komplikace při krmení dítěte? A jaké?“

Sestra se domnívá, že při krmení dítěte může dojít k aspiraci anebo zvracení dítěte, ale prý se s tím ještě nesetkala.

„Jakým způsobem zajišťujete potřebu tekutin u dítěte?“

„Pití se dítěti podává pomocí kojenecké lahve nebo lahví s cucákem, například od pití Jupí.“

„Jak zajišťujete na vašem oddělení potřebu vyprazdňování u dítěte s náplast'ovou extenzí?“

„Na náplast'ové extenzi jsou převážně kojenci, kteří mají pleny. Pokud je dítě starší, tak jim též dáváme pleny.“

„Jakým způsobem manipulujete s dítětem na náplast'ové extenzi před a po vyprázdnění?“

„Před a po vyprázdnění s dítětem nijak nemanipulujeme, vše děláme v postýlce.“

„Myslíte si, že mohou vzniknout nějaké komplikace v oblasti vyprazdňování?“

„U těchto dětí může v prvních dnech vzniknout zácpa, protože jsou najednou vleže a často nechtějí tlačit. U chlapečků se nám stává, že nechtějí čůrat do bažanta. Děvčátka čůrají normálně do pleny.“

„Jak provádíte hygienickou péči u dítěte s náplast'ovou extenzí?“

„Hygienická péče se provádí vleže v postýlce pomocí žinek s mýdlem a zvlhčenými ubrousky.“

„Jak s dítětem na náplast'ové extenzi při hygieně manipulujete?“

Sestra odpověděla, že při hygieně s dítětem manipulují dvě sestry. Jedna sestra dítě na chvíli zvedne, extenze se odlehčí a druhá mezitím umyje dítěti záda a zadeček.

„Jak měníte lůžkoviny u dítěte s náplastovou extenzí?“

Sestra uvedla, že ho vyměňují ve dvou lidech. Rozvážou uzle na všech stranách a prostěradlo pod dítětem srolují. Stejným způsobem navléknou čisté prostěradlo zpět. Manipulace při stlání je pro dítě prý bolestivá jen první tři dny na náplastové extenzi.

„Jak zajišťujete pohyb u těchto dětí?“

„Pohyb se u tohoto dítěte zajišťuje jen vleže v postýlce.“

„Jak aktivizujete dítě se zlomeninou stehenní kosti?“

Sestra odpověděla, že mu dávají do postýlky hračky, čtou mu, pouští mu pohádky a vozí ho do herny, kde může být v kolektivu jiných dětí.

„Jak oblékáte dítě na náplastové extenzi?“

Při této otázce se dotazovaná sestra rozzářila a odpověděla, že je to dobrá otázka. „Horní část těla oblékáme úplně normálně. Dolní část těla je trochu problematičtější. Někdy jim dáváme na nožičky volné ponožky, aby jim nebyla zima. Jednou jsme tu měli maminku, která byla švadlena a ušila nám pro tyto děti takové speciální návleky z deky Larysy, které jsou na suchý zip. Tyto návleky dítěti navlečeme kolem nožiček a zapneme. Dítě má pak nožičky v teple a vypadá to i esteticky dobře.“

„Jaká věková skupina dětí se nejčastěji na náplastové extenzi vyskytuje?“

„Na náplastové extenzi se nejčastěji vyskytují děti do tří let.“

„V jaké poloze se dítě s náplastovou extenzí nachází?“

„Dítě se nachází v poloze vleže na zádech s nožičkami do vzduchu, ty jsou přivázané k příčnickům speciálně upravené postele.“

„Jaká je průměrná délka hospitalizace dítěte s náplastovou extenzí?“

„Jsou průměrně hospitalizováni asi šest týdnů.“

„Jak je vybavené lůžko u tohoto dítěte?“

„Lůžko pro tyto děti je normální kojenecká postel se speciálně upravenými příčnickými, které jsou připevněné na postel. Nožičky dítěte jsou pak k těmto příčnickům přivázané. Výšku zadečku od pelesti postele si určujeme sami, měla by se nám tam vejít ruka tak,

aby se hřbet naší ruky nedotýkal zadečku dítěte. Nožičky dítěte musí být stále v tahu, při uvolnění je přitahujeme k příčnicům.“

„Jak často se náplast'ová extenze upravuje a jakým způsobem se upravuje?“

Sestra řekla, že se u aktivního dítěte extenze upravuje denně. Extenze se převazuje obvazy, přitahují se nožičky více do výšky, kontrolují se možné puchýřky, které vznikají pod fólií, která je převázaná obvazy. Při úplném zničení náplast'ové extenze se dělá znovu. Na kůži dítěte se nalepí fólie, která se nazývá Tegaderm, ta se přelepí trakční bandáží Tensoplastem a vše se omotá elastickým obinadlem.

„Proč má dítě se zlomeninou stehenní kosti na náplast'ové extenzi obě nožičky na extenzi?“ (zdravou i nemocnou)

Sestra uvedla: „Protože by to jinak nemělo účel. Každý týden se u těchto dětí provádí kontrolní rentgenový snímek, aby se zjistilo, jak se vytváří svalek ve zlomené nožičce. První dny pobytu dítěte na extenzi se pravidelně podávají analgetika po šesti hodinách, aby dítě netrpělo bolestmi.“

„Jak zajistíte, aby se dítě na náplast'ové extenzi nepřevalovalo ze strany na stranu?“

Sestra s úsměvem odvětila, že se to zajistit nedá, že takové dítě neudržíme v jedné poloze. Nožičce na extenzi to prý nevadí, je při pohybu dítěte stále v tahu. Musí se prý jen extenze více upravovat.

„Kontrolujete končetiny na umístění na náplast'ové extenzi?“

Končetiny na extenzi sestra pravidelně kontroluje.

„Jakým způsobem tyto končetiny kontrolujete?“

Monitoruje teplotu nožičky, pohyblivost prstíků, otoky a puchýřky pod fólií.

„Myslíte si, že je tato kontrola důležitá? Proč?“

Sestra si myslí, že tato kontrola je důležitá, aby nevznikla nekróza končetiny. Při vzniku puchýřku se fólie nad puchýřkem odstříhne, dá se tam sterilní čtverec a opět se přelepí.

„Setkáváte se na vašem oddělení s náplast'ovou extenzí se závažím?“

S náplast'ovou extenzí se závažím se setkává u starších dětí, nazývá se skeletální trakce. U malých dětí používají extenzi bez závaží.

„Jaké výhody vnímáte u terapie pomocí náplast'ové extenze?“

Sestra vidí výhodu této extenze v tom, že je to nejjednodušší zhojení dětské kosti a že si děti rychle zvyknou na tuto extenzi.

„Jaké naopak nevýhody vidíte u terapie pomocí náplastové extenze?“

Nevýhodu vidí v dlouhé době hojení, a že jsou děti ve stále stejné poloze.

„Jaké ošetrovatelské problémy vznikají nejčastěji u dětí s náplastovou extenzí?“

„Nejčastější ošetrovatelské problémy u těchto dětí jsou defekty na dolních končetinách.“

„Jak zabraňujete vzniku těchto ošetrovatelských problémů?“

„Vzniku těchto problémů se nedá zabránit.“

„Jak pečujete o dítě se vzniklým ošetrovatelským problémem?“

O defekt pečujeme každý den. Ošetřujeme ho betadine, inadine a Somatuellem. Vše zaznamenáváme do dokumentace.“

Rozhovor se sestrou č. 2

Druhý rozhovor poskytla sestra, která pracuje na dětském oddělení třetí rok. S dětmi na náplastové extenzi se setkává průměrně asi jednou za čtvrt roku.

„Myslíte si, že je hospitalizace dítěte s rodičem lepší než hospitalizace dítěte bez rodiče? Proč si to myslíte?“

Sestra uvedla, že je hospitalizace bez rodiče lepší v případě, když je matka hysterická a dítě je z ní nervózní a stále pláče. Preferuje ale hospitalizaci s rodičem, protože zná své dítě nejlépe.

„Jak reaguje dítě umístěné na náplastové extenzi na hospitalizaci bez rodiče a jak na hospitalizaci s rodičem?“

Sestra odpověděla, že dítě zvládá péči více od matky než od zdravotníka. Léčba na náplastové extenzi je prý dlouhá a dítě by si mohlo na matku, při hospitalizaci bez ní, odvyknout.

„Jakým způsobem na vašem oddělení zapojujete rodiče při hospitalizaci dítěte na náplastové extenzi?“

„Rodiče dítěte vždy zapojujeme do péče. Starají se o něj celodenně. My jim ze začátku vše ukážeme a pak jim pomáháme, pokud mají pocit, že to nezvládají. Ze začátku kontrolujeme jen správnou pozici nožičky. Po čase se matka naučí dávat nožičku dítěte do pozice sama a jen nám nahlašuje, když se něco stane s extenzí, anebo když se jí něco ohledně extenze nezdá.“

„Jaký vidíte rozdíl při ošetřování dítěte, když je přítomen rodič a když není přítomen?“

Sestra uvedla, že je to velice individuální. Někdy si prý matka dítě zpacifikuje sama a je vhodné, aby při ošetřování svého dítěte byla. Pokud je matka hysterická, tak dítě více vyvádí a je lepší, když při ošetřování matka není.

„Které potřeby u dítěte jsou pro vás při jejich uspokojování nejdůležitější?“

Sestra odpověděla, že je u dítěte nejdůležitější uspokojit potřebu bolesti. Žádný člověk by prý neměl trpět bolestí.

„Zapojujete rodiče do uspokojování potřeb dítěte, a jakým způsobem?“

Sestry vždy zapojují rodiče do uspokojování potřeb dítěte. První den hospitalizace ho edukuje o výživě, vyprazdňování, hygieně a pohybu a vše mu ukáže. Další dny hospitalizace si rodič provádí péči u dítěte sám a ona na něj jen dohlíží.

„Jakým způsobem zajišťujete výživu u dítěte?“

„Výživa se dítěti podává na pokoj a maminka si ho sama krmí lžičkou vleže v lůžku.“

„Jak zajišťujete výživu u kojeného dítěte?“

„Pokud je dítě krmeno mateřským mlékem, tak ho matka může kojit, anebo mu odstříkávat mléko do lahve. Záleží na ní. Je důležité, aby nám vždy matka nahlásila, kolik toho dítě snědlo.“

„Myslíte si, že můžou vzniknout nějaké komplikace při krmení dítěte? A jaké?“

„Při krmení dítěte může dojít k aspiraci, ale ještě jsem se s tímto problémem nesetkala.“

„Jakým způsobem zajišťujete potřebu tekutin u dítěte?“

„Pití se dítěti podává pomocí kojenecké lahve. Je důležité dítě k pití vybízet a zapisovat, kolik toho dítě vypilo. V dokumentaci dítěte se vede karta bilance tekutin.“

„Jak zajišťujete na vašem oddělení potřebu vyprazdňování u dítěte s náplastovou extenzí?“

„Na náplast'ové extenzi mají všechny děti pleny. Pokud je dítě starší a je dostatečně zvednuté, tak se mu může dát i podložní mísa, která se normálně podsune pod zadek. Dítě nesmí na podložní míse sedět.“

„Jakým způsobem manipulujete s dítěte na náplast'ové extenzi před a po vyprázdnění?“

„Před a po vyprázdnění s dítětem nijak nemanipuluje, vše děláme v postýlce vleže na zádech.“

„Myslíte si, že mohou vzniknout nějaké komplikace v oblasti vyprazdňování?“

„U těchto dětí mohou vzniknout opruzeniny, a proto je důležité, aby byly v suchu, a musí se omývat a ošetřovat okolí genitálu a zadečku každý den.“

„Jak provádíte hygienickou péči u dítěte s náplast'ovou extenzí?“

Sestra uvedla, že se hygienická péče provádí v lůžku pomocí lavoru a žinek.

„Jak s dítětem na náplast'ové extenzi při hygieně manipulujete?“

„Při hygieně se s dítětem manipuluje šetrně. Dítě se zvedává ve více lidech a je důležité kontrolovat stálý tah v obou nožičkách.“

„Jak měníte lůžkoviny u dítěte s náplast'ovou extenzí?“

„Ve více lidech dítě nadzvedneme. Stále se kontroluje tah v končetinách. Jedna sestra vytáhne prostěradlo a vloží nové. Pak dítě položíme a natáhneme prostěradlo.“

„Jak zajišťujete pohyb u těchto dětí?“

Sestra odpověděla, že se pohyb u tohoto dítěte zajišťuje jen vleže v postýlce. Dochází za nimi rehabilitační sestra, která s nimi cvičí kondiční cvičení. Zbytek pohybu si dítě zajistí samo, je jen důležité ho hlídat, aby se nepřetočilo.

„Jak aktivizujete dítě se zlomeninou stehenní kosti?“

Sestra odpověděla, že je aktivizují pedagogičtí proškolení pracovníci. Pokud zde tito pracovníci nejsou, čtou jim pohádky a hrají si s nimi. Odpoledne za nimi chodí návštěvy. Myslí si, že se tyto děti nenudí.

„Jak oblékáte dítě na náplast'ové extenzi?“

„Na horní část těla jim dáme nějaké tričko a na dolní nic. Kalhoty nepotřebují, protože mají obvaz od kotníčků až skoro po třísla.“

„Jaká věková skupina dětí se nejčastěji na náplast'ové extenzi vyskytuje?“

„Na náplast'ové extenzi se nejčastěji vyskytují děti kolem tří až čtyř let.“

„*Jaká je průměrná délka hospitalizace dítěte s náplast'ovou extenzí?*“

„Extenzi mají asi tři neděle až měsíc. Záleží to na vzniku svalu.“

„*V jaké poloze se dítě s náplast'ovou extenzí nachází?*“

„Nachází se v poloze vleže na zádech s nožičkami do vzduchu, ke kterým je připevněné závaží.“

„*Jak je vybavené lůžko u tohoto dítěte?*“

„Lůžko pro tyto děti je speciální postel se závěsným aparátem, na který se dle váhy zavěšuje závaží. Lůžko je vybavené antidekubitární matrací a postranicemi, aby dítě z postýlky nevypadlo. Na náplast'ové extenzi se dítě nesmí točit, protože má nožičky na závažích.“

„*Jak často se náplast'ová extenze upravuje?*“

„Extenze se upravuje podle potřeby. Musí se často hlídat.“

„*Jakým způsobem se náplast'ová extenze upravuje?*“

„Extenze se převazuje speciálními lepicími obvazy a převáže se to elastickými obvazy.“

„*Proč má dítě se zlomeninou stehenní kosti na náplast'ové extenzi obě nožičky na extenzi?*“ (zdravou i nemocnou)

„Na extenzi musí být obě nožičky, protože by se dítěti špatně leželo. Také by zlomená nožička více rotovala a dítě by si mohlo odlehčovat druhou nohou, pak by léčba náplast'ovou extenzí neměla smysl. Každý týden se u těchto dětí provádí kontrolní rentgenový snímek, aby se zjistilo, jak se vytváří svalek ve zlomené nožičce.“

„*Jak zajistíte, aby se dítě na náplast'ové extenzi nepřevalovalo ze strany na stranu?*“

Sestra odpověděla, že to musí zajistit matka. Je o tom poučená.

„*Kontrolujete končetiny na umístěné na náplast'ové extenzi?*“

Končetiny na extenzi sestra pravidelně kontroluje.

„*Jakým způsobem tyto končetiny kontrolujete?*“

Monitoruje prokrvení, cití, obvaz u nártu a dekubity.

„*Myslíte si, že je tato kontrola důležitá? Proč?*“

Myslí si, že tato kontrola je důležitá, aby nevznikl dekubit.

„Setkáváte se na vašem oddělení s náplast'ovou extenzí se závažím?“

Na tomto oddělení je jen náplast'ová extenze se závažím. Nikdy neslyšela o náplast'ové extenzi bez závaží. U extenze se závažím kontrolují závaží, polohu končetiny, tah a prokrvení a čítí.

„Jaké výhody vnímáte u terapie pomocí náplast'ové extenze?“

Sestra vidí výhodu této extenze v tom, že se neřeší operačně, není dlouhá anestezie a neporuší se svaly na stehně.

„Jaké naopak nevýhody vidíte u terapie pomocí náplast'ové extenze?“

Nevýhodu vidí v délce pobytu.

„Jaké ošetrovatelské problémy vznikají nejčastěji u dětí s náplast'ovou extenzí?“

„Nejčastější ošetrovatelské problémy u těchto dětí je neklid a asi dekubity. Nikdy se mi ale nestalo, že by mělo dítě na náplast'ovce dekubit.“

„Jak zabraňujete vzniku těchto ošetrovatelských problémů?“

„Náplast musí být pořádně vyhlazená, aby nevznikl sklad a pod ním možný dekubit.“

„Jak pečujete o dítě se vzniklým ošetrovatelským problémem?“

„Neklid u dítěte řešíme aktivizací, například pohádkami.“

Rozhovor se sestrou č. 3

Všeobecná sestra, která pracuje na dětském oddělení jedenáct let, uvedla, že jsou děti na náplast'ové extenzi na jejich oddělení hospitalizováni nárazově, ale průměrně asi jednou do měsíce. Občas se prý stane, že mají na oddělení tyto děti i tři.

„Jak reaguje dítě umístěné na náplast'ové extenzi na hospitalizaci bez rodiče a jak na hospitalizaci s rodičem?“

Sestra uvedla, že je hospitalizace s rodiče lepší, protože se mu matka věnuje a zná jeho potřeby. Také uvedla, že se s dětmi na náplast'ové extenzi bez rodiče moc nesetkává, většinou jsou hospitalizováni s rodičem. Pokud mají dítě bez rodiče, tak mají sestřičky vždy na něj dost času. Jejich oddělení navštěvují dobrovolníci a studenti středních zdravotnických škol a zdravotně sociálních fakult, takže dítě není dlouho bez kontaktu s druhou osobou. Vždy hospitalizaci dítěte bez rodiče zvládají dobře.

„Myslíte si, že je hospitalizace dítěte s rodičem lepší než hospitalizace dítěte bez rodiče? Proč si to myslíte?“

Pokud matka spolupracuje, tak si myslí, že je hospitalizace s rodičem lepší než hospitalizace bez rodiče. U nespolupracující matky je radši, když je dítě hospitalizováno samo.

„Jakým způsobem na vašem oddělení zapojujete rodiče při hospitalizaci dítěte na náplastové extenzi?“

„Pokud je dítě hospitalizováno s matkou, tak ji vždy zapojujeme do péče o její dítě. Vždy se starají o hygienu, přebalují, krmí. My dohlížíme na to, aby si dítě netahalo obvazy na nožičkách. Obvazy jim často překázejí, svědí je pod nimi kůže a někdy si s obvazy jen hrají, protože se nudí.“

„Jaký vidíte rozdíl při ošetřování dítěte, když je přítomen rodič a když není přítomen?“

Na přítomnost matky při ošetřování dítěte uvedla, že je to velice individuální. Při odběru krve je radši, když není přítomen rodič, protože dítě brečí a chce pochovat od rodiče. Pokud je dítě klidné, tak jí nevadí přítomnost rodiče, ale u hysterického je radši, když rodič při ošetřování není. Často prý rodič dítě ještě víc zneklidní.

„Které potřeby u dítěte jsou pro vás při jejich uspokojování nejdůležitější?“

Sestra uvedla, že je u dítěte nejdůležitější uspokojit základní potřeby jako je hygiena, výživa, vyprazdňování, sociální kontakt a psychická pohoda.

„Zapojujete rodiče do uspokojování potřeb dítěte, a jakým způsobem?“

Sestra vždy zapojují rodiče do uspokojování potřeb dítěte. Nejdříve vše rodiči vysvětlí a ukážou a pak už se o své dítě stará sám.

„Jakým způsobem zajišťujete výživu u dítěte?“

„Výživa se objednává z nemocniční kuchyně podle věku dítěte. Objednává se buď kojenecká strava, nebo strava pro větší děti. Dítě se musí vždy krmít vleže v posteli. V nepřítomnosti rodiče krmíme dítě my. Pokud je dítě hospitalizované s matkou, tak si ho krmí sama. Na našem oddělení můžou rodiče krmít dítě i svým jídlem z domova.“

„Jak zajišťujete výživu u kojeného dítěte?“

„Kojení dítěte na náplast'ové extenzi je těžké. Vždy záleží na matce. Buď může mléko odstříkat a krmit dítě z lahve, lžičkou či stříkačkou anebo ho kojit přímo z prsu.“

„Myslíte si, že můžou vzniknout nějaké komplikace při krmení dítěte? A jaké?“

„Při krmení se může dítě zakuckat, přecpat a následně zvracet. Nikdy se nesmí dítě nechat samotné s rohlíkem či sušenkou, protože by mohlo dojít k dušení dítěte.“

„Jakým způsobem zajišťujete potřebu tekutin u dítěte?“

„Pití je dítěti podáváno z kojenecké lahve.“ Sestra uvádí, že je důležité psát množství přijaté stravy a množství vypitých tekutin.

„Jak zajišťujete na vašem oddělení potřebu vyprazdňování u dítěte s náplast'ovou extenzí?“

Na potřebu vyprazdňování odpověděla, že záleží na věku dítěte. Většinou prý mají tyto děti pleny.

„Jakým způsobem manipulujete s dítětem na náplast'ové extenzi před a po vyprázdnění?“

Před a po vyprázdnění s dítětem nijak nemanipuluje. Přebalovat dítě na náplast'ové extenzi jde prý dobře, protože mají zadeček ve výšce.

„Myslíte si, že mohou vzniknout nějaké komplikace v oblasti vyprazdňování?“

Sestra si myslí, že nejčastější komplikací v oblasti vyprazdňování je zácpa, protože dítě leží v nepřírozené poloze a má málo pohybu.

„Jak provádíte hygienickou péči u dítěte s náplast'ovou extenzí?“

Sestra odpověděla, že se hygiena provádí na lůžku pomocí lavoru a žínky. Dítě se normálně omývá, pak se maže krémy a na zadeček se dávají masti jako prevence opruzenin. Není prý vhodné koupat dítě po jídle, protože by mohlo zvracet.

„Jak s dítětem na náplast'ové extenzi při hygieně manipulujete?“

Sestra řekla, že se s dítětem při hygieně nijak nemanipuluje. Žáda se myjí tak, že jedna sestra dítě mírně nadzvedne a druhá omývá. Je důležitý neustálý tah v končetinách.

„Jak měníte lůžkoviny u dítěte s náplast'ovou extenzí?“

„Lůžkoviny se mění ve dvou. Jedna dítě nadzvedne a druhá mění. Převlékat postel lze i v jednom, ale trvá to déle.“

„Jak zajišťujete pohyb u těchto dětí?“

„Ze začátku se děti na náplast'ovce nehýbou, protože mají velké bolesti. Když už je nic nebolí, tak se přetáčejí samy. Vždy se musí rozmotat. Nikdy tyto děti do pohybu nenutíme, protože si ho zajišťují samy. Dáváme pouze pozor na funkčnost extenze.“

„Jak aktivizujete dítě se zlomeninou stehenní kosti?“

Sestra odpověděla, že je aktivizují hračkami s pohybem, knihami, pohádkami z rádia a televize. Často do nemocnice chodí dobrovolníci, kteří si s nimi taky hrají.

„Jak oblékáte dítě na náplast'ové extenzi?“

„Většinou jim dám nějaké body, aby jim netáhlo na záda, délku rukávu volím podle teploty pokoje. Na nožičky jim dávám návleky z frýzové deky, je to takový rukáv s patenty. Ponožky dávám minimálně, protože se musí často kontrolovat končetiny.“

„Jaká věková skupina dětí se nejčastěji na náplast'ové extenzi vyskytuje?“

„Na náplast'ové extenzi se nejčastěji vyskytují děti od 0 – 15 kilo, jsou to většinou děti do 2,5 až 3 let.“

„Jaká je průměrná délka hospitalizace dítěte s náplast'ovou extenzí?“

„Extenzi mají asi čtyři až šest týdnů.“

„V jaké poloze se dítě s náplast'ovou extenzí nachází?“

„Nachází se v poloze vleže na zádech s nožkami do vzduchu.“

„Jak je vybavené lůžko u tohoto dítěte?“

„Děti leží v kojeneckém lůžku, na které jsou připevněné trakční tyče. Na tyto tyče je pověšené dítě za dolní končetiny. Často se sem věší i hračky, aby na ně dítě vidělo. Na náplast'ové extenzi dítě samo neudělá pohyb, který ho bolí. Žádný pohyb na náplast'ovce zakázaný není.“

„Jak často a jak se náplast'ová extenze upravuje?“

„Extenze se upravuje, když si dítě stáhne obvaz.“

„Jakým způsobem se náplast'ová extenze upravuje?“

„Upravuje se tak, že se buď celá předělá anebo se jen znovu obváže obvaz. Je důležité kontrolovat, jestli nevzniká puchýř pod náplastí, která je připevněná na kůži.“

„Proč má dítě se zlomeninou stehenní kosti na náplast'ové extenzi obě nožičky na extenzi?“ (zdravou i nemocnou)

„Bylo by docela komické, kdyby byla připevněná jen zlomená nožička. Myslím si, že by léčba neměla účel. Zlomená nožička musí být o kousek výš než zdravá nožička.“

„*Jak zajistíte, aby se dítě na náplastové extenzi nepřevalovalo ze strany na stranu?*“

Sestra odpověděla, že převalování vůbec nevádí, nijak se to nezajišťuje. Dítě se při bolestech nepřevaluje.

„*Kontrolujete končetiny na umístění na náplastové extenzi?*“

Končetiny na extenzi sestra pravidelně kontroluje.

„*Jakým způsobem tyto končetiny kontrolujete?*“

Monitoruje teplotu, obvaz, citlivost a pohyb končetiny.

„*Myslíte si, že je tato kontrola důležitá? Proč?*“

Sestra si myslí, že tato kontrola je důležitá, protože by mohlo dojít k přiškrcení nožičky, porušení nervu v končetině a k nastydnutí dítěte.

„*Setkáváte se na vašem oddělení s náplastovou extenzí se závažím?*“

Na tomto oddělení není náplastová extenze se závažím. Nikdy o této extenzi neslyšela.

„*Jaké výhody vnímáte u terapie pomocí náplastové extenze?*“

Sestra vidí výhodu této extenze v tom, že se dítě neoperuje, samo se zahojí, není riziko z narkózy a nevzniknou pooperační komplikace.

„*Jaké naopak nevýhody vidíte u terapie pomocí náplastové extenze?*“

Nevýhodu vidí v dlouhé hospitalizaci, v nekomfortu dítěte kvůli stále stejné poloze a v nepřímém kontaktu s matkou (nemazlí se spolu).

„*Jaké ošetrovatelské problémy vznikají nejčastěji u dětí s náplastovou extenzí?*“

„Nejčastější ošetrovatelské problémy u těchto dětí jsou odřeniny od náplastí, puchýřky a trpění kůže. Jednou jsme tu měli holčičku s atopickým ekzémem, a když jsme jí nalepily náplast na kůži, tak se jí ekzém zhoršil a ona trpěla neuvěřitelnými bolestmi.“

„*Jaký způsobem řešíte tyto ošetrovatelské problémy?*“

„Jakákoli komplikace se musí hlásit lékaři a ten nám naordinuje daný postup léčby. Malé odřeniny a puchýřky ošetřujeme chirurgickou zelení. Pokud má dítě velké odřeniny a puchýřky, tak na to dáváme mastný tyl, braunovidol vše dle ordinace lékaře. O ošetření se vede každodenní záznam.“

„Jak zabraňujete vzniku těchto ošetrovatelských problémů?“

„Vzniku těchto komplikací zabraňujeme pravidelnou kontrolou obou končetin, promazáváním kůže a edukací matky.“

Rozhovor se sestrou č. 4

Čtvrtý rozhovor poskytla sestra, která pracuje na dětském oddělení sedmnáct let. Řekla mi, že na jejich oddělení jsou děti na náplast'ové extenzi hospitalizovány průměrně tak dvakrát do měsíce.

„Jak reaguje dítě umístěné na náplast'ové extenzi na hospitalizaci bez rodiče a jak na hospitalizaci s rodičem?“

Sestra si myslí, že je hospitalizace s rodičem lepší, protože je dítě fixované na matku. Matka ho zná nejlépe a ví, co její dítě potřebuje.

„Myslíte si, že je hospitalizace dítěte s rodičem lepší než hospitalizace dítěte bez rodiče? Proč si to myslíte?“

Sestra uvedla, že děti do šesti let jsou na jejich oddělení hospitalizovány vždy s matkou.

„Jakým způsobem na vašem oddělení zapojujete rodiče při hospitalizaci dítěte na náplast'ové extenzi?“

„Matku vždy zapojujeme do péče o její dítě. Edukujeme ji o tom, co u něj smí dělat a co naopak nesmí. Také ji učíme, jak má provádět hygienu, jak přebalovat a krmit.“

„Jaký vidíte rozdíl při ošetřování dítěte, když je přítomen rodič a když není přítomen?“

Na přítomnost matky při ošetřování dítěte uvedla, že je to individuální. Horší je ale ošetřování dítěte bez matky, protože se dítě bojí a matka ví, jak ho uklidnit.

„Které potřeby u dítěte jsou pro vás při jejich uspokojování nejdůležitější?“

Sestra uvedla, že je u dítěte nejdůležitější uspokojit sociální kontakt s rodinou a zajistit dítěti komfort. „Dítě by mělo být vždy čisté a v suchu.“

„Zapojujete rodiče do uspokojování potřeb dítěte, a jakým způsobem?“

Na tomto oddělení prý vždy zapojují rodiče do uspokojování potřeb dítěte. Je důležité je o uspokojování potřeb edukovat.

„Jakým způsobem zajišťujete výživu u dítěte?“

Sestra řekla, že se děti musí krmit vleže šetrící dietou. Nesmí se jim dávat oříšky a čokoláda, protože hrozí riziko aspirace jídla do dýchacích cest.

„Jak zajišťujete výživu u kojeného dítěte?“

Pokud matka ještě kojí, tak je to pro ni nepříjemné, protože musí být nad dítětem ohnutá.

„Myslíte si, že můžou vzniknout nějaké komplikace při krmení dítěte? A jaké?“

Sestra odpověděla, že hrozí riziko aspirace.

„Jakým způsobem zajišťujete potřebu tekutin u dítěte?“

Sestra odpověděla, že je pití dítěti podáváno ze savičky nebo lahve s cucákem.

„Jak zajišťujete na vašem oddělení potřebu vyprazdňování u dítěte s náplast'ovou extenzí?“

„Většinou se dítě vyprazdňuje do pleny či podložky. Starším dětem je možné dát i mísu.“

„Jakým způsobem manipulujete s dítětem na náplast'ové extenzi před a po vyprázdnění?“

Sestra řekla, že se s dítětem před a po vyprázdnění nijak nemanipuluje

„Myslíte si, že mohou vzniknout nějaké komplikace v oblasti vyprazdňování?“

„Myslím, že ano, Je důležité dbát na prevenci vzniku opruzenin a dekubitů.“

„Jak provádíte hygienickou péči u dítěte s náplast'ovou extenzí?“

„Hygiena se provádí na lůžku lavorem s vodou a žínkou. Dítě se omývá každý den. Nejprve se myje obličej, krk, břicho, nohy a genitál a pak se dítě mírně nadzvedne pro umytí zádiček a zadečku. Vlasy u dítěte sestra myje dvakrát týdně. V týdnu maminkám pomáhá s hygienou sanitářka a o víkendu my.“

„Jak s dítětem na náplast'ové extenzi při hygieně manipulujete?“

„Dítě se mírně nadzvedne, aby se mohl umýt zadeček a zádička.“

„Jak měníte lůžkoviny u dítěte s náplast'ovou extenzí?“

Sestra uvedla, že se lůžkoviny mění podle potřeby. Na tomto oddělení mají froté prostěradla, která je nutné natahovat ve dvou osobách.

„Jak zajišťujete pohyb u těchto dětí?“

„Ze začátku děti žádný pohyb nemají, hýbou pouze rukama. Pokud se jim tvoří ve zlomené nožičce už svalek a nebolí je to, tak se můžou převalit na břicho. Je ale důležitý neustálý tah v nožičkách.“

„Jak aktivizujete dítě se zlomeninou stehenní kosti?“

Na tuto otázku mi sestra odpověděla, že pohádkami, knihami, hračkami a že za nimi často docházejí nemocniční učitelé.

„Jak oblékáte dítě na náplast'ové extenzi?“

„Většinou jim dáváme jen tričko, plenu a ponožky.“

„Jaká věková skupina dětí se nejčastěji na náplast'ové extenzi vyskytuje?“

„Na náplast'ové extenzi se nejčastěji vyskytují děti od 1,5 až do 2 let.“

„Jaká je průměrná délka hospitalizace dítěte s náplast'ovou extenzí?“

„Extenzi mají asi čtyři až pět týdnů. Čím je dítě menší, tím je kratší doba hospitalizace.“

„V jaké poloze se dítě s náplast'ovou extenzí nachází?“

„Děti se nachází se v poloze vleže na zádech, kdy mají nožky přivázané ke speciálním tyčím.“

„Jak je vybavené lůžko u tohoto dítěte?“

„Děti leží v obyčejném kojeneckém lůžku s postranicemi, na které jsou připevněné tyče na trakci.“

„Jaké pohyby se u dítěte s náplast'ovou extenzí nesmí provádět?“

„Nožičky dítěte musí být v neustálém tahu, zadek nesmí být na podložce, nesmí být skrčené nohy. Na břichu být můžou, ale není vhodné být v této poloze celý den.“

„Jak často se náplast'ová extenze upravuje?“

„Extenze se upravuje každý den.“

„Jakým způsobem se náplast'ová extenze upravuje?“

„Používá se k tomu obinadlo a speciální lepení. Trakce by se měla přelepovat co nejméně, protože to dráždí pokožku dítěte.“

„Proč má dítě se zlomeninou stehenní kosti na náplastové extenzi obě nožičky na extenzi?“ (zdravou i nemocnou)

„Aby byl neustálý tah. Nemocná končetina je asi o 1 cm výše než zdravá.“

„Jak zajistíte, aby se dítě na náplastové extenzi nepřevalovalo ze strany na stranu?“

Sestra odpověděla, že se to zajistit nedá. Dítě se musí zabavit, aby se nenudilo a nepřevalovalo se.

„Kontrolujete končetiny na umístění na náplastové extenzi?“

Končetiny na extenzi sestra pravidelně kontroluje.

„Jakým způsobem tyto končetiny kontrolujete?“

Sestra kontroluje, zda nejsou prstíky studené a zda nebrní. Tato kontrola je prý nejdůležitější ze začátku hospitalizace.

„Myslíte si, že je tato kontrola důležitá? Proč?“

Sestra uvedla, že je tato monitorace důležitá, aby se zjistilo, zda nedochází k útlaku nějakého nervu.

„Setkáváte se na vašem oddělení s náplastovou extenzí se závažím?“

Sestra řekla, že na jejich oddělení není náplastová extenze se závažím. Setkala se s ní pouze na exkurzi v jiné nemocnici.

„Co u této extenze kontrolujete?“

Myslí si, že se u této extenze musí kontrolovat tah, závaží a poloha pacienta.

„Jaké výhody vnímáte u terapie pomocí náplastové extenze?“

Sestra vidí výhodu této extenze v tom, že se není drastický zásah do kosti, která je v růstu.

„Jaké naopak nevýhody vidíte u terapie pomocí náplastové extenze?“

Nevýhodu vidí v době hospitalizace a v odloučení od rodiny.

„Jaké ošetrovatelské problémy vznikají nejčastěji u dětí s náplastovou extenzí?“

„Nejčastější ošetrovatelské problémy u těchto dětí jsou defekty.“

„Jak zabraňujete vzniku těchto ošetrovatelských problémů?“

„Tím, že kůži každý den kontrolujeme.“

„Jak pečujete o dítě se vzniklým ošetrovatelským problémem?“

Ošetřujeme je dle ordinace lékaře. V případě vzniku defektu je u dítěte zvýšená hygiena.“

Rozhovor se sestrou č. 5

Všeobecná sestra s třináctiletou praxí na dětském oddělení v Praze uvádí, že děti s náplast'ovou extenzí nejsou na jejich oddělení hospitalizováni často. Myslí si, že je u nich tak jedno dítě na rok.

„Jak reaguje dítě na náplast'ové extenzi na hospitalizaci bez rodiče a jak na hospitalizaci s rodičem?“

„Bez rodiče jsme tady na oddělení měli dítě naposledy asi před třemi lety. Byl to malý kojence, asi půlroční, a tomu bylo úplně jedno, že je u nás bez matky. Bylo to miminko, které potřebovalo jen napapat, přebalit. Byl totiž z dvojčátek a tak se matka musela starat o druhé dítě. Jinak tu máme tyto děti vždycky s rodičem.“

„Myslíte si, že je hospitalizace dítěte s rodičem lepší než hospitalizace dítěte bez rodiče? Proč si to myslíte?“

Sestra si myslí, že je dítě do šesti let by mělo být vždy hospitalizované s rodičem. Děti prý chtějí mít rodiče u sebe, rodič totiž ví přesně, jak ho uchlácholit a potěšit.

„Jakým způsobem na vašem oddělení zapojujete rodiče při hospitalizaci dítěte na náplast'ové extenzi?“

Sestra uvedla, že rodič dělá u dítěte veškerou péči kromě péče o extenzi. Sám krmí, myje a přebaluje. Když potřebuje rodič pomoc, tak mu sestry pomůžou, ale jinak si u dítěte dělá všechno sám.

„Jaký vidíte rozdíl při ošetřování dítěte, když je přítomen rodič a když není přítomen?“

Na přítomnost matky při ošetřování dítěte uvedla, že je to individuální. Někdy dítě více spolupracuje, když jim člověk pohrozí a maminku pošle pryč. Dítě prý trochu ztuhne a lépe poslouchá. Někdy pohrožení nepomůže a musí si dítě zklidnit matka.

„Které potřeby u dítěte jsou pro vás při jejich uspokojování nejdůležitější?“

Sestra si myslí, že je nejdůležitější, aby dítě bylo v suchu, aby se nikde nic nepařilo, protože leží jen na zádech.

„Zapojujete rodiče do uspokojování potřeb dítěte, a jakým způsobem?“

„Rodiče vždy zapojujeme do uspokojování potřeb jeho dítěte. Rodič je s dítětem 24 hodin denně, takže spoléháme na to, že cokoliv by se mu nezdálo, tak nám to neprodleně nahlásí. Děti si kontrolujeme několikrát za den, ale nemůžeme ohlídat vše.“

„Jakým způsobem zajišťujete výživu u dítěte?“

Sestra odpověděla, že se výživa zajišťuje dle věku podle diet. Děti do tří let dostávají dietu číslo 12, od tří do šesti let dostávají dietu číslo 13. Dítě se krmí vleže v lůžku.

„Jak zajišťujete výživu u kojeného dítěte?“

Sestra uvedla, že pokud je dítě ještě na mateřském mléce, tak si ho maminka kojí sama. Buď je matka krmí přímo z prsu tak, že nad ním visí anebo se mléko odstříkává. Vždy prý záleží na matce, co upřednostňuje.

„Myslíte si, že můžou vzniknout nějaké komplikace při krmení dítěte? A jaké?“

Odpověděla, že se při krmení může dítě zakuckat. Prý krmení vleže děti zvládají dobře a ještě se jí nestalo, že by se nějaké dítě začalo dusit.

„Jakým způsobem zajišťujete potřebu tekutin u dítěte?“

„Pokud je dítě s matkou, tak je poučená o tom, že by svému dítěti měla dávat hodně pít, aby nebylo dehydratované, a je poučená o možnosti aspirace tekutiny do dýchacích cest. Samotnému dítěti dáváme napít my. Několikrát za den za ním chodíme a dáváme mu napít. Pijí většinou z kojenecké lahve.“

„Jak zajišťujete na vašem oddělení potřebu vyprazdňování u dítěte s náplast'ovou extenzí?“

„Většinou je dítě na plenečkách. O plenečky pečuje maminka, vyměňuje je a přebaluje. Když potřebuje, tak jí pomůžeme, ale většinou to rodiče sami zvládají. Dítě na náplast'ovce visí, takže hygiena po vyprázdnění je taková, že se vše otře vlhčenými ubrousky a dá se nová plínečka.“

„Jakým způsobem manipulujete s dítěte na náplast'ové extenzi před a po vyprázdnění?“

„Snažíme se s nimi moc nehýbat, protože je to první dva týdny bolí.“

„Myslíte si, že mohou vzniknout nějaké komplikace v oblasti vyprazdňování?“

„Můžou u nich vzniknout opruzeniny.“

„Jak provádíte hygienickou péči u dítěte s náplast'ovou extenzí?“

Sestra uvedla, že si hygienu u dítěte dělají rodiče také sami. Otírají ho žínkou

„Jak s dítětem na náplast'ové extenzi při hygieně manipulujete?“

Sestra odpověděla, že jsou děti jsou na extenzi se závažím a kladkami, takže když se dítě nadzvedne, tak se závaží posune také směrem nahoru a dítě má nožičky stále v tahu. S ničím jiným jim sestry při hygieně nepomáhají, protože to zvládají většinou sami, tak jak jsou doma zvyklí.

„Jak měníte lůžkoviny u dítěte s náplast'ovou extenzí?“

Sestry pomáhají matce vyměnit prostěradlo, protože je potřeba dítě opatrně nadzvednout ve dvou z obou stran. Sestry dítě rychle nadzvednou a vytáhnou prostěradlo.

„Jak zajišťujete pohyb u těchto dětí?“

„Pohyb se u těchto dětí nezajišťuje. Pohybují se samy podle toho, co jim bolest dovolí. Když už nemají bolest, tak se otáčí i o 360° na břicho a zase zpátky. Musí je člověk hlídat, aby si neublížily, aby se nepověsily s hlavou dolů z postele.“

„Jak aktivizujete dítě se zlomeninou stehenní kosti?“

Na tuto otázku mi sestra řekla, že mají na pokoji rodiče, kteří si s nimi hrají a dochází k nim učitelé, kteří vymýšlejí různé hry a dávají jim různé hračky, aby se zabavily.

„Jak oblékáte dítě na náplast'ové extenzi?“

„Většinou mají jenom kabátek nebo tričko, pak mají plíněčku a na nožičky nám tady vyrobila jedna maminka, která tady ležela s extenzí, takové úžasné návleky. Tyto návleky jsou na suché zipy a nahoře se zaváží na mašličku. Je to vyrobené z takové frýzové deky.“

„Jaká věková skupina dětí se nejčastěji na náplast'ové extenzi vyskytuje?“

„Na náplast'ové extenzi se nejčastěji vyskytují děti od 3 let. Pak už jsou moc velcí a ta náplast by je neudržela, takže pak už se vrtají.“

„Jaká je průměrná délka hospitalizace dítěte s náplast'ovou extenzí?“

„Extenzi mají asi tři až pět, někdy i šest, týdnů. Vždy doba hospitalizace závisí na rentgenu. Každý týden se dělá kontrolní rentgen a podle toho se to hodnotí.“

„V jaké poloze se dítě s náplast'ovou extenzí nachází?“

„Dítě se nachází na zádičkách a nožkami nahoru.“

„Jak je vybavené lůžko u tohoto dítěte?“

„Leží v postýlce s postranicemi, které se musí zavírat, aby dítě nevypadlo. Na postel se dává taková konstrukce, které se říká Oktagonála. Postaví se pod vedením lékaře, který si sám nastaví, jak to chce a jaké chce závaží.“

„Jaké pohyby se u dítěte s náplast'ovou extenzí nesmí provádět?“

„Dítě visí, takže moc těch pohybů ze začátku neudělá. Později na extenzi rotují, což by samozřejmě neměly. Pořád se musejí vracet na zádička, aby byl tah rovně nahoru.“

„Jak často se náplast'ová extenze upravuje?“

„Extenze se upravuje denně, protože si často elastická obinadla sundávají.“

„Jakým způsobem se náplast'ová extenze upravuje?“

„Upravuje se tak, že se sundá vrchní vrstva elastických obinadel, která tam je, a namotá se nová.“

„Proč má dítě se zlomeninou stehenní kosti na náplast'ové extenzi obě nožičky na extenzi?“ (zdravou i nemocnou)

„Protože by byl tah nerovnoměrný. Kdyby dítě viselo je za jednu nožičku, tak by ta extenze nefungovala.“

„Jak zajistíte, aby se dítě na náplast'ové extenzi nepřevalovalo ze strany na stranu?“

Sestra odpověděla, že nijak, jen dohledem. Nedá se to zajistit. Muselo by se dítě zkurtovat, což se nesmí a ani by to pro něj nebylo dobré. Maminka neustále dohlíží a upravuje polohu dítěte.

„Kontrolujete končetiny na umístění na náplast'ové extenzi?“

Končetiny na extenzi sestra pravidelně kontroluje několikrát denně.

„Jakým způsobem tyto končetiny kontrolujete?“

Kontroluje hlavně prokrvení a cítí prstíků.

„Myslíte si, že je tato kontrola důležitá? Proč?“

Tato kontrola je prý důležitá, aby se zjistilo, že je vše v pořádku. Mohlo by totiž dojít k nějaké trombóze nebo tukové embolii a dítě by mohlo přijít o nohu.

„Setkáváte se na vašem oddělení s náplast'ovou extenzí se závažím?“

Na tomto oddělení je pouze náplast'ová extenze se závažím. Sestra si myslí, že je tato extenze lepší, protože lépe pruží a je to osvědčené.

„Co u této extenze kontrolujete?“

U této extenze sestra kontroluje váhu závaží (jestli je moc nevytahuje ke stropu), kladky a obvazy.

„Jaké výhody vnímáte u terapie pomocí náplast'ové extenze?“

„Výhoda této extenze je v tom, že se rychle zadaptují na to, že visí.“

„Jaké naopak nevýhody vidíte u terapie pomocí náplast'ové extenze?“

„Nevýhoda je, že když se náplast'ová extenze sundává, tak se sundává i s kůží. Jsou to takové strupy. Vypadá to jako odřené.“

„Jaké ošetrovatelské problémy vznikají nejčastěji u dětí s náplast'ovou extenzí?“

„Nejčastější ošetrovatelské problémy u těchto dětí jsou opruzeniny, porucha kožní integrity po sundání.“

„Jak zabraňujete vzniku těchto ošetrovatelských problémů?“

„Porušení kožní integrity po sundání extenze se nedá ničím zabránit. Je to přidružené k náplast'ové extenzi.“

„Jak pečujete o dítě se vzniklým ošetrovatelským problémem?“

„U opruzenin se maminka poučí o tom, že má dítě ležet v suchu a čistotě. U kožní integrity se kůže promazává vazelínou a kalciovou mastí, podle vzhledu rány.“

Rozhovor se sestrou č. 6

Poslední rozhovor poskytla sestra, která pracuje na dětském oddělení přes dva roky. Uvedla, že jsou děti na náplast'ové extenzi ne jejich oddělení hospitalizovány čtyřikrát do roka.

„Jak reaguje dítě na náplast'ové extenzi na hospitalizaci bez rodiče a jak na hospitalizaci s rodičem?“

„Na našem oddělení jsou převážně hospitalizovány s rodiči. Pokud je tu máme bez rodičů, tak často brečí a vyžadují matku. Větším dětem je to jedno, že jsou tu bez matky a smějí se.“

„Myslíte si, že je hospitalizace dítěte s rodičem lepší než hospitalizace dítěte bez rodiče? Proč si to myslíte?“

Sestra si myslí, že je hospitalizace s matkou pro dítě lepší, protože je dítě klidnější.

„Jakým způsobem na vašem oddělení zapojujete rodiče při hospitalizaci dítěte na náplastové extenzi?“

Sestra uvedla, že rodiče učí pečovat o jejich dítě. Učí je ho krmit, přebalovat, mýt a hrát si s ním. Když potřebuje rodič pomoc, vždy mu pomůžou, ale většinou to zvládají sami.

„Jaký vidíte rozdíl při ošetřování dítěte, když je přítomen rodič a když není přítomen?“

Na přítomnost matky při ošetřování dítěte uvedla, že je to individuální, ale že bez matky je dítě někdy klidnější. Matka prý často dítě zbytečně stresuje.

„Které potřeby u dítěte jsou pro vás při jejich uspokojování nejdůležitější?“

Sestra si myslí, že je nejdůležitější, aby se dítě v nemocnici nenudilo, a tak vždy rodičům doporučuje, aby svému dítěti přinesli oblíbené hračky.

„Zapojujete rodiče do uspokojování potřeb dítěte, a jakým způsobem?“

Na jejich oddělení vždy zapojují rodiče do uspokojování potřeb dítěte. Rodič je s dítětem celý den, a proto ho učí přebalovat, krmit a mýt.

„Jakým způsobem zajišťujete výživu u dítěte?“

Sestra odpověděla, že výživa je dítěti nošena na pokoj a rodič si ho sám vleže nakrmí.

„Jak zajišťujete výživu u kojeného dítěte?“

Sestra odpověděla, že se u dítěte kojeného mateřským mlékem matka poučí o tom, že ho musí krmit vleže tak, že se nad něj nahne, anebo mu může ostříkat mléko do kojenecké lahve.

„Myslíte si, že mohou vzniknout nějaké komplikace při krmení dítěte? A jaké?“

Sestra řekla, že u těchto dětí může dojít při krmení vleže k aspiraci potravy.

„Jakým způsobem zajišťujete potřebu tekutin u dítěte?“

„Dítě je nutné k pití pobízet každou hodinu, protože často nemá pocit žízně. Pít jim dáváme z hrnečku se sosačkem anebo z kojenecké lahve. Záleží vždy na tom, jak je dítě zvyklé.“

„Jak zajišťujete na vašem oddělení potřebu vyprazdňování u dítěte s náplastovou extenzí?“

„Většinou je dítě na plenách, o které pečuje matka.“

„Jakým způsobem manipulujete s dítětem na náplastové extenzi před a po vyprázdnění?“

„S dítětem před a po vyprázdnění nijak nemanipulujeme.“

„Myslíte si, že mohou vzniknout nějaké komplikace v oblasti vyprazdňování?“

„Může u nich vzniknout zácpa, protože se nehýbe. Pokud nejde na stolicí po pět dní, tak zavádíme glycerinový čípek do konečníku.“

„Jak provádíte hygienickou péči u dítěte s náplastovou extenzí?“

Sestra odpověděla, že se hygiena u těchto dětí provádí celková na lůžku každý den. Sestra Rodiče si prý hygienu dělají u svého dítěte sami. Po umytí se dítěti vymění jen tričko.

„Jak s dítětem na náplastové extenzi při hygieně manipulujete?“

„S dítětem se manipuluje co nejméně.“

„Jak měníte lůžkoviny u dítěte s náplastovou extenzí?“

„Lůžkoviny je nutné měnit ve dvou, aby byly obě končetiny stále v tahu.“

„Jak zajišťujete pohyb u těchto dětí?“

„Pohyb si dítě zajišťuje samo. Dokud mají bolesti, tak se vůbec nehýbou. Ale jakmile bolest odezní, tak na tom doslova dělají psí kusy. Zažila jsem, že si dítě na náplastové extenzi zvedlo i samo ze země pastelku, která mu spadla.“

„Jak aktivizujete dítě se zlomeninou stehenní kosti?“

Na tuto otázku, mi bylo odpovězeno, že je důležité se mu věnovat, aby se neotáčelo na břicho, a že mu dávají hračky do postele.

„Jak oblékáte dítě na náplastové extenzi?“

„Většinou mají jen tričko, občas mikinu a plenu.“

„Jaká věková skupina dětí se nejčastěji na náplastové extenzi vyskytuje?“

„Na náplast'ové extenzi se nejčastěji vyskytují děti od 2 let, které mají váhu do patnácti kilo. Těžší děti z náplast'ové extenze padají.“

„Jaká je průměrná délka hospitalizace dítěte s náplast'ovou extenzí?“

„Na extenzi jsou asi tři neděle.“

„V jaké poloze se dítě s náplast'ovou extenzí nachází?“

„Dítě leží v posteli vleže na zádech a nohy má nahoru.“

„Jak je vybavené lůžko u tohoto dítěte?“

„Leží v kojenecké posteli, na kterou je přidělaná speciální konstrukce pro trakci.“

„Jaké pohyby se u dítěte s náplast'ovou extenzí nesmí provádět?“

„Dítě se nesmí zvedat a nohy musí mít stále v tahu.“

„Jak často se náplast'ová extenze upravuje?“

„Extenze se upravuje každý den.“

„Jakým způsobem se náplast'ová extenze upravuje?“

„Přemotává se elastickými obinadly. Náplast' se přelepjuje dle potřeby.“

„Proč má dítě se zlomeninou stehenní kosti na náplast'ové extenzi obě nožičky na extenzi?“ (zdravou i nemocnou)

„Protože by byl tah nerovnoměrný. Kdyby bylo dítě jen na jedné noze, tak by to nebyla taková váha, jakou k léčbě potřebujeme.“

„Jak zajistíte, aby se dítě na náplast'ové extenzi nepřevalovalo ze strany na stranu?“

Sestra odpověděla, že se to zajistit nedá. Když už je to nebolí, tak se přetočí, kdy chtějí.

„Kontrolujete končetiny na umístění na náplast'ové extenzi?“

Končetiny na extenzi sestra pravidelně kontroluje několikrát denně.

„Jakým způsobem tyto končetiny kontrolujete?“

Sestra kontroluje hlavně tlak v končetině, puchýřky pod náplastí a dekubity v oblasti kotníků a nártů.

„Myslíte si, že je tato kontrola důležitá? Proč?“

Sestra si myslí, že je tato kontrola důležitá, aby se zamezilo vzniku komplikací, jako například odumření nervu či nekróza.

„Setkáváte se na vašem oddělení s náplast'ovou extenzí se závažím?“

Na tomto oddělení je pouze náplast'ová extenze bez závaží. Se závažím zde mají jen skeletální trakci, která se používá u starších dětí.

„Jaké výhody vnímáte u terapie pomocí náplast'ové extenze?“

Sestra vidí výhodu této extenze v tom, že není žádný operační výkon a že je to neinvazivní zákrok.

„Jaké naopak nevýhody vidíte u terapie pomocí náplast'ové extenze?“

Nevýhodu vidí v tom, že má dítě omezený pohyb, protože musí stále ležet v posteli na zádech s nohama přivázanýma k trakční tyči.

„Jaké ošetrovatelské problémy vznikají nejčastěji u dětí s náplast'ovou extenzí?“

„Nejčastější ošetrovatelské problémy u těchto dětí jsou defekty na nožičkách a puchýře pod náplastí.“

„Jak zabraňujete vzniku těchto ošetrovatelských problémů?“

„Je důležité každý den kontrolovat možná místa vzniku komplikací, vzniku se nedá zabránit.“

„Jak pečujete o dítě se vzniklým ošetrovatelským problémem?“

„Dáváme na to chirurgickou zeleň a vše hlásíme lékaři.“

Příloha 13 – Kůže dítěte po sundání náplast'ové extenze



Zdroj:

Vlastní zdroj - pořízeno se souhlasem matky

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U DÍTĚTE S NÁPLASTOVOU EXTENZÍ

Obsah:

Předmluva

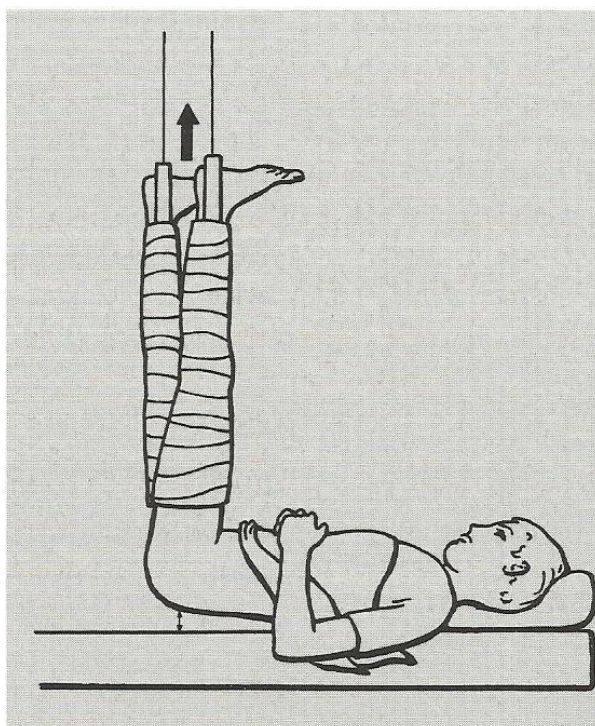
Definice

Typy náplastových extenzí

Náplastová extenze bez závaží

Náplastová extenze se závažím

Ošetrovatelská péče



Příloha 1 - Bryantova-Schedeho náplastová trakce při zlomenině stehenní kosti (Šnajdauf, 2002)

Předmluva

Tato brožura by měla sloužit sestřám jako manuál při péči o děti na náplast'ové extenzi, dále pomáhat sestřám při edukaci rodičů o péči o jejich děti, které jsou umístěny na náplast'ové extenzi.

Definice

Náplast'ová extenze patří do léčby konzervativním způsobem. Používá se při zlomeninách distální části kosti stehenní u dětí do 5 let. Léčba spočívá v tom, že se široký pruh náplasti upevní na kůži na dolních končetinách dítěte a končetina je následně vertikálně natahována buď kladkami a závažím, nebo se končetina natahuje váhou dítěte. Končetiny dítěte musí být v neustálém tahu, a proto dítě doslova v posteli „visí“ (Leifer, 2004).

Typy náplast'ových extenzí

Náplast'ové extenze se dělí na dva druhy. Náplast'ová extenze může být se závažím nebo bez závaží. U obou druhů je převážně stejná ošetrovatelská péče.

Náplast'ová extenze bez závaží

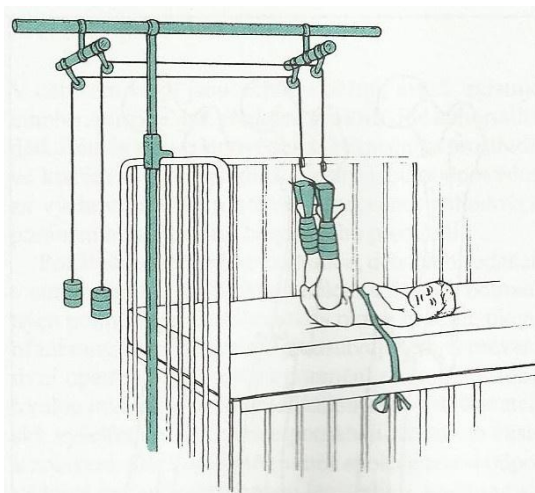
Tato extenze spočívá v tom, že jsou obě dolní končetiny dítěte připevněné k trakčním tyčím, které jsou připevněné na postel dítěte. Dolní končetiny dítěte musí být v neustálém tahu (viz Příloha 2).



Příloha 2 – náplast'ová extenze bez závaží (Vše o těhotenství a dětech, 2013)

Náplast'ová extenze se závažím

U této extenze je končetina dítěte natahována kladkami se závažím (viz Příloha 3). Sestra musí sledovat u pacienta trakční lanka a musí dávat pozor na neporušenost, průchod přes drážky kladek a na polohu malého pacienta. Pro trvalost trakce se zavěšené závaží nesmí sundávat a dotýkat se jakéhokoli nábytku, musí viset volně (Leifer, 2004).



Příloha 3 – náplast'ová extenze se závažím (Leifer, 2004)

Ošetrovatelská péče

U náplast'ové extenze bez závaží i se závažím je stejná ošetrovatelská péče

Potřeby dítěte

Výživa

- krmit v klidném prostředí, pomalu a v zorném poli dítěte
- krmení vleže v lůžku, hlava nesmí být v záklonu (nebezpečí aspirace)
- krmení lžičkou (viz Příloha 4), kádinkou, lahví se lžičkou a krmení soft cupem (předmět pro krmení dětí, viz Příloha 5)
- kojené děti – přímo z prsu či odstříkaným mlékem z kojenecké lahve
- tekutiny podávat z kojenecké lahve, hrnečku s brčkem, či uzavřené lahve s otvorem pro pití



Příloha 4 – krmení dítěte lžičkou
(Moje těhotenství, 2013)



Příloha 5 – krmení dítěte soft cupem
(Létající sen, 2013)

Vyprazdňování

- zabezpečení intimity
- přikládání plen
- pokud je dítě starší a v poloze dostatečně zvýšené, tak se může dát podložní mísa – nesmí však na ní sedět
- po vyprázdnění umýt genitál (prevence opruzenin)
- pro prevenci zácpy – strava bohatá na vlákninu

- pokud má dítě zácpu déle jak tři dny – podávat po domluvě s lékařem léky pro usnadnění vyprázdnění

Hygienická péče

- provádí se v lůžku
- pomocí umělohmotného umyvadla a žinek
- dbát na zvýšenou hygienu v oblasti zad a hýždí
- pokožku pravidelně kontrolovat a masírovat ochrannými krémy
- prostěradlo měnit ve dvou lidech (jedna sestra dítě nadzvedne a druhá vymění prostěradlo, dolní končetiny musí být v neustálém tahu)
- prostěradlo musí být čisté, vypnuté a bez drobečků z jídla
- po umytí oblékat dítě do čistého oblečení

Pohyb

- důležitá motivace k pohybu
- pohybově rozvíjet jen v případě, že to dovoluje zdravotní stav dítěte
- necvičit po jídle, a když je dítě unavené
- cvičit v lůžku 2 x denně po 10 minutách
- dechová cvičení – nafukováním bublin, zpíváním písní
- ruce cvičit hraním s balónkem nebo hračkou, házením míčkem do vzduchu či držet knihu v přední části těla
- procvičovat prsty na dolních končetinách
- lechtat plosky nohou
- kreslit tvary na plosky nohou
- menší děti k cvičení motivovat například maňásky (viz Příloha 6)
- po každém cviku dítě chválit

Příloha 6 – motivace dítěte maňáskem (Česká televize, 2013)



Aktivizace

- všeset hračky nad hlavu dítěte tak, aby se jich mohly dotknout a hrát si
- pokud to zdravotní stav dítěte dovolí, odvést do herny v postýlce do kolektivu jiných dětí
- pokud není možné dítě odvézt do kolektivu jiných dětí, je vhodné dítěti pustit nějakou pohádku v televizi, či mu přečíst nějakou pohádku z dětské knížky

Postel

- přístupná ze tří stran
- v lůžku antidekubitární pomůcky (antidekubitární matrace)
- kojenecká postel s trakčními tyčemi – náplast'ová extenze bez závaží
- kojenecká postel se závěsným aparátem se závažím – náplast'ová extenze se závažím

Poloha dítěte

- vleže na zádech s nohama vzhůru

Kontrola náplast'ové extenze

- sledovat návrat barvy prstů na dolních končetinách
- kontrolovat teplotu a otoky na dolních končetinách
- zaznamenávat pulzaci v obou dolních končetinách
- sledovat pohyby prstů
- sledovat predilekční místa vzniku dekubitů a defektů (kotníky, Achillova šlacha a nárt)
- sledovat místo a kvalitu bolesti, bolest zaznamenávat do dokumentace pacienta
- u náplast'ové extenze se závažím kontrolovat trakční lanka, průchod přes drážky kladek a zavěšené závaží
- v případě cyanózy, necitlivosti nebo podrážděnosti končetiny způsobené závěsem, obinadly, bolestí či nepřítomností tepu, je nutné tuto událost hlásit lékaři

Úprava náplast'ové extenze

- upravovat denně a dle potřeby
- upravovat elastickými obinadly a speciálními obinadly pro náplast'ovou extenzi
- kontrolovat lepivost náplasti a fólie
- náplast musí být řádně uhlazená

Ošetrovatelské komplikace

- defekty na dolních končetinách dítěte
- dekubity na dolních končetinách dítěte

Ošetrování vzniklých komplikací

- ošetrovat dle zásad ošetrovatelské péče a dle ordinace lékaře
- kontrolovat predilekční místa vzniku defektů a dekubitů
- při vzniku komplikace zvýšená hygiena
- kůži dítěte promazávat krémy

Použité zdroje:

ČESKÁ TELEVIZE, 2013. *Děti za zdi*. [online]. [cit. 2013-07-11]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10267495482-deti-za-zdi/>

LEIFER, G, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.

MOJE TĚHOTENSTVÍ, 2013. *První pokusy o krmení lžičkou*. [online]. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.mojetehotenstvi.cz/node/211060>

VŠE O TĚHOTENSTVÍ A DĚTECH, 2013. *Luxace kyčle, sádrová spika, náplast'ová trakce*. [online]. [cit. 2013-07-11]. Dostupné z: <http://www.emimino.cz/diskuse/luxace-kycele-sadrova-spika-naplastova-trakce-71893/strankovani/83/>

ŠNAJDAUF, J. et al, 2002. *Dětská traumatologie*. 1. vyd. Praha. Galén. ISBN 80-7262-152-1.

LÉTAJÍČÍ SEN, 2013. *Medela Soft Cup*. [online]. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.letajicisen.cz/cz/produkt/medela-soft-cup.html>