

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE



3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Alena Tomešová Lukášová

**Ošetrovatelská péče o muslimského pacienta
s diagnózou Fallotova tetralogie**

Nursing Care of the Muslim Patient with Tetralogy
of Fallot

Bakalářská práce

Praha, únor 2009

autor práce: Alena Tomešová Lukášová

studijní program: Ošetřovatelství

bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: Bc. Dana Křivská

Pracoviště vedoucího práce: Dětské kardiocentrum, FN Motol

Odborný konzultant: MUDr. Marek Selko

Pracoviště odborného konzultanta: Dětské kardiocentrum, FN Motol

Datum a rok obhajoby: 6. dubna 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 6. dubna 2009

Alena Tomešová Lukášová

Poděkování

Ráda bych poděkovala Bc. Daně Křivské a MUDr. Marku Selkovi za pomoc při zpracování této diplomové práce. Také bych chtěla poděkovat svým kolegům za toleranci v průběhu celého studia. Především však děkuji svému muži za bezmeznou trpělivost.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1. Klinická část.....	9
1.1 Anatomie srdce a cév.....	9
1.1.1 Anatomie srdečních oddílů.....	9
1.1.2 Převodní systém srdeční	12
1.2 Fallotova tetralogie	14
1.2.1 Anatomie Fallotovy tetralogie.....	14
1.2.2 Hemodynamika	15
1.2.3 Diagnostika	16
1.2.4 Přirozený průběh onemocnění	18
1.2.5 Terapie	19
1.2.5.1 Úplná korekce	19
1.2.5.2 Paliativní operace	20
1.2.5.3 Terapie hypoxického záchvatu	21
1.2.6 Prognóza	22
1.3 Základní údaje o nemocném	23
1.3.1 Stav při přijetí	24
1.3.2 Předoperační příprava	26
2. Ošetrovatelská část	27
2.1 Ošetrovatelský proces	27
2.2 Ošetrovatelský model podle Virginie Henderson	30
2.2.1 Zásady komunikace s dětmi	33
2.3 Kulturně orientovaná péče	34
2.3.1 Komunikace s cizincem	35
2.3.2 Islámské náboženství	37
2.3.2.1 Komunikace s arabskou klientelou	42
2.4 Ošetrovatelská anamnéza	44
2.5 Standardní postup při příjmu pacienta z operačního sálu	46
2.6 Operace a pooperační stabilizace	48
2.7 Ošetrovatelské diagnózy pro operační den	53
2.7.1 Akutní ošetrovatelské diagnózy	53
2.7.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy	54
2.7.3 Krátkodobý plán ošetrovatelské péče	54
2.8 Průběh hospitalizace	65
2.8.1 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče	68
2.8.2 Hodnocení psychických potřeb nemocného	76
2.8.3 Edukace	77
2.8.3.1 Edukace otce	78

Závěr.....	81
Souhrn	82
Seznam literatury.....	83
Seznam zkratek	86
Seznam léků	87
Seznam obrázků a příloh	90

Úvod

Ve své případové studii jsem se věnovala ošetrovatelské péči o čtyřletého afgánského chlapce s vrozenou srdeční vadou Fallotova tetralogie. V Dětském kardiocentru byl hospitalizován v rámci mezinárodního programu Medevac. Pacienta jsem volila nejen pro zajímavost typu jeho srdeční vady, ale i proto, že péče o něj pro mne byla velkou inspirací a motivací k samostudiu kulturně orientované péče a velkým poznáním sebe sama.

Fallotova tetralogie tvoří necelá 4% všech vrozených srdečních vad. U novorozenců a kojenců se závažnější modifikací této vady se provádí přípravná paliativní operace, jejíž následná korekce probíhá v předškolním věku. Do této skupiny patří i pacient, jehož kazuistiku jsem zpracovala.

V klinické části je popsána anatomie srdce, převodní systém srdeční, anatomie Fallotovy tetralogie, diagnostika této vady, její léčba, prognóza a základní údaje o nemocném.

V ošetrovatelské části je zpracován ošetrovatelský proces, princip ošetrovatelského modelu Virginie Henderson, podle kterého jsem nemocného hodnotila. Zásady komunikace s dítětem, zásady komunikace s cizincem. Dále ošetrovatelské diagnózy, plán ošetrovatelské péče, edukace otce dítěte. Akutní ošetrovatelské diagnózy jsou zpracované na den operace po stabilizaci stavu nemocného, kdy byl odpojen od ventilátoru. Z hlediska ošetrovatelské péče to bylo období nejnáročnější, neboť v tomto čase

nemohl být u pacienta otec ani tlumočnick, který by zajistil zejména psychické potřeby takto malého dítěte. Rovněž je zde popsán průběh hospitalizace do propuštění nemocného. Dále se zmiňuji o ošetrovatelském modelu transkulturní péče podle Madelein Leininger, který nebyl vhodný pro zhodnocení časného pooperačního stavu, ale následnou ošetrovatelskou péči prolínal. Na model navazuje přiblížení kultury muslimského etnika.

Práce je doplněna obrázkovými přílohami.

1. Klinická část

1.1 Anatomie srdce a cév

1.1.1 Anatomie srdečních oddílů

Srdce je dutý svalový orgán, tvořený čtyřmi oddíly, uložený v mediastinu. Srdeční hrot směřuje k hrudní stěně dopředu doleva a dolů k 5. mezižebří v oblasti levé medioklavikulární čáry, srdeční báze je orientována v opačném směru, tedy dozadu a doprava a poněkud nahoru. V průmětu srdečních kontur do frontální roviny, kterým je také srdeční stín zadopředním snímkem hrudníku, je pravý srdeční obrys tvořen pravou síní a spodní kontura je tvořena pravou komorou, kromě hrotové oblasti patřící levé komoře. Levý obrys je shora tvořen ouškem levé síně, celý zbytek pak boční stěnou a hrotovou oblastí levé komory. Pravá síň a pravá komora jsou orientovány dopředu a doprava, kdežto levostranné oddíly jsou vzadu, orientovány doleva a poněkud dolů. Značná část spodní stěny leží na bránici, tedy dole, pravá a levá kontura naléhá na pravou, respektive levou plíci. Přední stěna pravé a části levé komory naléhá na přední hrudní stěnu, dolní část hrudní kosti a přiléhající část hrudního koše vlevo, zvanou prekordium. Zadní – bazální – části hraničí se zadním mezihrudím, kde probíhají též jícen a sestupná aorta.

Srdce dělíme na pravostranné a levostranné srdeční oddíly. Pravostranné oddíly pumpují krev do plicního oběhu, levostranné vypuzují krev do systémového oběhu.

Horní a dolní dutá žíla přivádějí krev do pravé síně, odkud krevní proud směřuje do pravé komory přes trikuspidální chlopeň. Mezisíňové septum, rozdělující obě síně, tvoří zadní stěnu pravé síně. Ve spodní části mezisíňového septa je zeslabení přepážky tvořící oválnou prohlubeň tvořící oválnou prohlubeň (fossa ovalis). Jedná se o uzavřený zkrat fetálního oběhu (foramen ovale). Mezi fossa ovalis a septálním cípem trojcípé chlopně ústí koronární sinus, hlavní žilní kmen odvádějící žilní krev ze srdce do pravé předsíně. Pravá komora se promítá do frontální roviny vlevo od pravé síně. Jde o tenkostěnný oddíl, tvořící převážnou část srdce, směřující vpřed. Svalovina zejména spodní části dutiny pravé komory je členitá – tvořena svalovými trámci (trabeculae carneae). Jeden z těchto trámců přechází z mezikomorové přepážky na přední stěnu pravé komory (trabecula septomarginalis) a obsahuje část převodního systému – pravého Tawarova raménka. *Trikuspidální chlopeň* usměřňuje tok krve v pravém atrioventrikulárním ústí. Na vazivovém prstenci tohoto ústí jsou uchyceny cípy chlopně. Volné okraje cípů jsou spojeny šlašinkami s papilárními svaly, které regulují pohyb cípů chlopně během srdeční činnosti. Dutina pravé srdeční komory je oploštěna dopředným vyklenutím mezikomorové přepážky, která odděluje dutinu pravé komory od dutiny komory levé. Horní část mezikomorového septa je vazivová, zvaná membranózní septum. Dolní část je silná, svalovinou tvořená stěna, která se vyklenuje do dutiny pravé komory. Dutina pravé komory pokračuje z vtokového traktu přes oblast hrotu nahoru do nálevkovitě formovaného výtokového traktu, nazývaného též infundibulum. Stěny infundibula jsou tenké, neobsahují trámčinu. Na vrcholu výtokového traktu je svalovina nahrazena vazivovou tkání, tvořící

kruh v počátku plicnice (truncus pulmonalis). Zde je umístěna pulmonální chlopeň se třemi semilunárními kapsičkovitými cípy – pravým, levým a předním. Chlopeň plicnice je vpředu a nachází se výše než chlopeň aortální. Levá síň je vzadu a vlevo od mezisíňové přepážky. Malé jazýčkovité ouško (auricula) se promítá od horního okraje a běží dopředu a doleva nad síňokomorový žlábek. Čtyři plicní žíly ústí do levé síně souměrně jedna nad druhou na každé straně. Většina dutiny levé síně je jemnostěnná a krev, která vtéká do levé síně z plicních žil, směřuje přes mitrální ústí do levé komory. Stěny levé komory jsou nejméně třikrát silnější než volné stěny komory pravé. Na rozdíl od dutiny pravé komory, která je oploštělá, je dutina levé komory v průřezu téměř kruhovitá. Trámčina je jemnější, septomarginální trámec zde však vyvinut není. Dva papilární svaly mitrální chlopně, přední a zadní, vystupují do dutiny levé komory a z jejich vrcholů se rozbíhají šlašinky ke dvěma cípům mitrální chlopně. Cípy této chlopně jsou nestejně vyvinuty – přední, dominantní cíp a zadní, menší cíp. Přední cíp leží mezi mitrálním a aortálním ústím. Oba cípy jsou uchyceny k okraji mitrálního prstence a jsou menší a silnější než cípy trojcípé chlopně. Výtokový trakt levé komory vede vzhůru, dozadu a mírně vpravo, je situován mezi komorové septum a přední cíp mitrální chlopně. Aortální ústí leží vpravo a pod ústím plicnice. Obsahuje aortální semilunární chlopeň složenou ze tří kapsičkovitých cípů – zadního (nekoronárního) a pravého a levého koronárního cípu. Cípy aortální a pulmonální chlopně jsou si velmi podobné. Okraje všech tří cípů u uzavřené chlopně těsně uzavírají kruhové ústí. Cípy jsou kapsičkovitě tvarovány a vyklenují se konvexitou dolů do

příslušné komory. V průběhu diastoly tlak krve nad chlopněmi rozvine cípy tak, že volné okraje přilehnou pasivně k sobě navzájem. (9)

Koronární arterie odstupují z aortálních sinů přilehlých k plicnici. Pravá koronární arterie odstupuje z pravého a levá koronární arterie z levého sinu. Pravá koronární arterie probíhá v atrioventrikulárním sulku směrem doprava. Z proximální části odstupují silnější infundibulární větve a pravá margiální větev. V sulcus interventricularis posterior pokračuje pravá koronární arterie jako ramus interventricularis posterior, který zásobuje různě velkou oblast diafragmatické části levé komory a atrioventrikulární uzlu. Společný kmen levé koronární arterie se rozvětňuje na ramus interventricularis anterior a ramus circumflexus. Z ramus interventricularis anterior, který probíhá vpředu v sulcus interventricularis anterior, odstupují po povrchu srdečních komor diagonální arterie a kolmo k septu septální arterie. (7)

1.1.2 Převodní systém

Převodní systém je specializovaná tkáň, ve které se vytváří a vede srdeční vzruch. Převodní systém srdce tvoří sinusový uzlu, síňokomorový uzlu, Hisův svazek, pravé a levé Tawarovo raménko a Purkyňova vlákna v komorách.

Sinusový uzlu (též sinoatriální uzlu, zkratka SA uzlu) je primárním centrem srdeční automacie (vytváří vzruchy o frekvenci 60-100/min. i rychleji). Je široký asi 2mm a umístěn mezi ústím horní duté žíly a stěnou pravé síně. Vzruchy vzniklé v SA uzlu se rozptýlí na svalové buňky obou síní a postupně z několika směrů aktivují **síňokomorový uzlu**

(atrioventrikulární, zkratka AV uzel). AV uzel má rozměry 3 x 2 x 2 mm, tvoří jej několik druhů specializovaných buněk. Je umístěn na pravé straně mezišíňové přepážky před koronárním sinem, nad septálním cípem trikuspidální chlopně. AV uzel má tři důležité funkce:

- 1) Fyziologicky zpožďuje vedení vzruchů ze síní na komory, tím umožňuje dřívější stah síní než komor, čímž zajišťuje účinné plnění komor a síní.
- 2) Filtruje nadměrný počet vzruchů při síňových tachyarytmiích, čímž chrání komory před možným vznikem tachyarytmiích při nadměrně rychlé aktivaci síní.
- 3) Funguje jako sekundární (náhradní) centrum automacie, kdy v tzv. junkční oblasti se tvoří vzruchy o frekvenci 40-60/min. Tyto vzruchy se uplatňují jen tehdy, když se z nějakého důvodu neuplatní vzruch s vyšší frekvencí, tj. obvykle vzruch sinusový.

Hisův svazek odstupuje z dolní části AV uzlu. Prochází vazivovým prstencem chlopní a dále vstupuje do membranózní části mezikomorové přepážky. Hisův svazek je u člověka za normálních okolností jediným místem, jímž se převádí vzruch ze síní na komory. Na přechodu Hisova svazku do muskulární části mezikomorové přepážky odstupují ze společného svazku vlákna pro **pravé a levé Tawarovo raménko**. Pravé raménko je uloženo nejprve pod endokardem, dále prochází mezikomorovou přepážkou a z ní přechází na přední stěnu pravé komory v mohutném svalovém trámci (trabecula septomarginalis), a větví se do **pleteně Purkyňových buněk**. Tyto buňky zprostředkovávají styk s komorovou svalovinou. Podobným způsobem se větví i levé raménko, které septem přechází na levou komoru. Převodní systém v komorách má

kromě funkce převodu vzruchu vlastnost vytvářet náhradní vzruchy (tzv. třetí náhradní centrum), když selže tvorba vzruchů v nadřazených centrech – v SA a AV uzlu. Frekvence vzruchů z tohoto komorového převodního systému je 20-40/min. Úplný a neporušený vodivý systém srdce umožňuje, že se vzruch, vznikající v SA uzlu, rychle rozptýlí po síních a dostane se do AV uzlu; v něm se poněkud zpozdí a dále se šíří přes Hisův svazek, Tawarova raménka a Purkyňova vlákna na svalové buňky pravé a levé komory, kde vyvolá srdeční stah. To je postup šíření vzruchu při normálním sinusovém rytmu. (7)

1.2 Fallotova tetralogie

- Poprvé byla vada popsána v roce 1672, klinicky ji definoval Arthur Fallot roku 1888, podle nějž byla pojmenována.

1.2.1 Anatomie Fallotovy tetralogie

Fallotovu tetralogii (TOF) definují anatomické znaky:

obstrukce výtokového traktu pravé komory

rozsáhlý defekt komorového septa

dextrapozice aorty s nasedáním nad defekt komorového septa

hypertrofie pravé komory

Pulmonální stenóza je lokalizovaná v infundibulární části pravé komory. Vytváří ji posun infundibulárního septa, které odděluje aortální a pulmonální chlopeč, směrem dopředu a kraniálně. Pravá komora je celkově

hypertrofická. Stenóza chlopně plicnice je častá, chlopeň bývá bikuspidální s dysplastickými cípy. Současně může být zúžený i chlopenní prstenec. Kmen a větve plicnice jsou často hypoplastické. Obstrukce výtokového traktu pravé komory v přirozeném průběhu nabývá vždy na významnosti. U velmi těsné stenózy někdy dochází až k sekundární pulmonální atrezii. Komorový defekt je zpravidla rozsáhlý a obě komory čerpají společně objem, který se distribuuje podle odporu infundibula pravé komory do plicnice a do aorty. Nad defekt komorového septa nasedá aorta.

Ascendentní aorta bývá většinou rozšířená. Oblouk je ve 20-30% pravostranný. Fallotova tetralogie je často sdružena se stenózou větví plicnice. Vzácněji může chybět centrální část některé větve plicnice. Tato větev, obvykle levá, je spojená s aortálním obloukem tepennou dučejí nebo ligamentem. U cyanotických pacientů s významně sníženým plicním průtokem jsou obvykle přítomny četné bronchiální kolaterály. Vzácněji se u TOF s hypoplastickými plicnicemi vyskytují aortopulmonální kolaterály. Poměrně častým nálezem je perzistující levostranná horní dutá žíla, ústící většinou do koronárního sinu. Tepenná dučej a foramen ovale zůstávají u Fallotovy tetralogie otevřené déle než u zdravých novorozenců. Vada může být rovněž sdružena s kompletním defektem atrioventrikulárního septa. (7)

1.2.2 Hemodynamika

Hemodynamika Fallotovy tetralogie je dána přítomností rozsáhlého defektu komorového septa a závažností obstrukce výtokového traktu pravé komory. Systolický tlak v obou komorách je vyrovnaný, levá i pravá komora vytváří společný funkční celek. Distribuce krve vypuzované ze

srdce je závislá pouze na poměru mezi odporem kladeným pulmonální stenózou a odporem systémového cévního řečiště. Čím je těsnější pulmonální stenóza, tím více neokysličené žilní krve se dostává pravolevým zkratem do aorty. U pacientů s těsnou pulmonální stenózou a obvykle s hypoplastickým plicním řečištěm se na okysličení krve často podílí bronchiální kolaterální oběh. Tlak v plicnici je normální nebo snížený. Nízký systolický tlak způsobuje, že je plicní řečiště tenkostěnné a poddajnější než u zdravých jedinců. K vývoji pravolevého zkratu dochází až postupně s progresí pulmonální stenózy. Hypertrofie pravé komory zhoršuje její diastolické vlastnosti, které se mohou časně po korekci vady nepříznivě projevit přechodně zvýšeným end-diastolickým tlakem v pravé komoře a centrálním žilním tlakem. (7)

1.2.3 Diagnostika

Klinické projevy

Klinické projevy jsou dány závažností pulmonální stenózy. U těžké formy TOF, která po uzavěru tepenné dučeje v novorozeneckém věku způsobuje závažnou hypoxémii, je indikováno podávání prostaglandinu E a následně operace. Většinou se vada projevuje narůstající cyanózou nebo hypoxickými záchvaty v kojeneckém a batolecím věku. U méně těsných pulmonálních stenóz je cyanóza méně nápadná a vada je zjištěna podle šelestu. Děti s významnější Fallotovou tetralogií špatně prospívají, nejsou schopny vykonávat větší tělesnou námahu a mají značně omezenou základní tělesnou aktivitu. Velmi nápadná je centrální cyanóza. Její intenzita je úměrná velikosti pravolevého zkratu. U starších neléčených pacientů

nabývají poslední články prstů na ruce i nohy vzhledu paliček s nehty ve tvaru přirovnávanému k hodinovému sklíčku.

Důležitým příznakem TOF jsou hypoxické záchvaty způsobené přechodnou kontrakcí svaloviny infundibula pravé komory. Při záchvatu se zmenší průtok krve plicním řečištěm a zvětší se pravolevý zkrat komorovým defektem. Zvětšení pravolevého zkratu způsobuje také pokles systémové arteriální rezistence. Při záchvatu hypoxie má pacient výraznou tachypnoei, prohloubeně dýchá a často je tento stav doprovázen pláčem a úzkostí. Cyanóza se výrazně prohlubuje, šelest se zkracuje a někdy dítě upadne až do bezvědomí. Starší děti si při hypoxickém záchvatu dřepají. Soudí se, že tak zvyšují žilní návrat do srdce i systémový arteriální tlak, čímž se zlepší průtok plicním řečištěm.

Při zvýšeném systémovém tlaku a často při zvýšeném bronchiálním kolaterálním oběhu je u pacientů pulz dobře plněný. Náplň a pulzace krčních žil jsou normální. Též hrudník má normální tvar. Podél levého okraje sternu mezi 2. a 3. mezižebří je slyšitelný systolický šelest, který vzniká průtokem krve zúženou výtokovou částí pravé komory a stenotickou chlopní. Kontinuální šelest nalézáme při otevřené tepenné dučeji, zejména u novorozenců a kojenců. Další příčinou kontinuálního šelestu mohou být bronchopulmonální kolaterály, prokázané častěji u starších dětí.

EKG

Na EKG jsou přítomné známky hypertrofie pravé komory. Vektor QRS komplexu směřuje ve frontální rovině doprava. Hypertrofická pravá komora způsobuje posunutí srdečního hrotu dozadu, které se projeví na

EKG hlubokými kmity S ve všech standardních svodech. Přechodná zóna nebývá patrná a typ Rs komplexu přechází náhle v typ rS komplexu.

RTG

Srdeční stín nebývá zvětšený. U Fallotovy tetralogie hovoříme o tzv. dřevákovitém srdci. Tato charakteristická konfigurace je dána zvednutým zaobleným srdečním hrotem, jehož příčinou je hypertrofická pravá komora. Na levé srdeční kontuře obvykle chybí pulmonální oblouček. Velmi důležitým nálezem je chudá plicní cévní kresba.

Srdeční katetrizace a angiografie

Pro předoperační diagnostiku stačí u většiny pacientů detailní klinické a echokardiografické vyšetření. V případě, kdy nelze spolehlivě zobrazit obě větve plicnice nebo při periferních stenózách plicnic zejména po paliativních spojkových operacích, indikujeme angiografii. Dále volíme angiografii při podezření na mnohočetný defekt komorového septa a u pacientů se širokými aortopulmonálními kolaterálami ke znázornění segmentárního plicního cévního zásobování. Z rozměrů pravé a levé plicnice a z abdominální aorty vypočítáme indexy k posouzení kapacity plicnic podle McGoona a Nakaty. (7)

1.2.4 Přirozený průběh onemocnění

Přirozený průběh onemocnění je nepříznivý. Zhoršování klinického stavu závisí na vývoji obstrukce výtokového traktu pravé komory. Děti s neléčenou Fallotovou tetralogií dříve umíraly v první desetina života.

Nejčastější komplikace, které velmi nepříznivě ovlivňovaly přirozený průběh onemocnění, byly tromboembolické příhody, infekční endokarditida a mozkový absces. Hypoxické záchvaty ohrožují pacienta s Fallotovou tetralogií náhlým úmrtím. (7)

1.2.5 Terapie

Léčba Fallotovy tetralogie je chirurgická. Upřednostňuje se časná primární korekce vady, která obnoví normální hemodynamiku, zabrání vývoji hypertrofie pravé komory, odstraní riziko tromboembolických příhod a náhlého úmrtí při hypoxickém záchvatu a umožní normální vývoj dítěte.

Paliativní spojkové operace se provádějí u novorozenců s těžkou formou Fallotovy tetralogie a u pacientů s významnou hypoplazií plicnic. (7)

1.2.5.1 Úplná korekce

Úplnou korekci vady provádíme obvykle v prvních dvou letech života dítěte. Indikací k operaci jsou hypoxické záchvaty, nárůst hypoxémie s hodnotami arteriální saturace krve kyslíkem pod 80% a polycytemie s hematokritem nad 0,5. Podmínkou korekce TOF je dostatečná kapacita plicnic.

Při operaci vady je v mimotělním oběhu uzavřen komorový defekt a zrekonstruován výtokový trakt pravé komory. Současně je provedena plastika přítomných stenóz kmene a větví plicnice a jsou zrušeny případné předchozí paliativní spojkové operace.

Způsob rekonstrukce výtokového traktu pravé komory je závislý na míře postižení pulmonální chlopně a na morfologii infundibulární steózy. Při významně zúženém infundibulu je obvykle nutný *transventrikulární* přístup. Pravá komora je otevřena vertikální ventrikulotomií. Po excizi hypertrofických svalových snopců je dakronovou nebo goretexovou záplatou uzavřen komorový defekt a výtokový trakt je rozšířen další záplatou z dakronu nebo z goretexu. Hypoplastický prstenec pulmonální chlopně se rozšiřuje *transanulární záplatou* ze ztuženého perikardu. Po transanulární plastice dojde vždy k významné pulmonální regurgitaci. U pacientů, u kterých předpokládáme sníženou toleranci pooperační pulmonální regurgitace, nejčastěji pro hraniční velikost nebo stenózy plicnic, je provedena rekonstrukce výtokového traktu pravé komory s chlopní. Přednostně se dává monokuspidální chlopeň z perikardu nebo goretexu. Dlouhodobá funkčnost monokuspidální chlopně je však nejistá. Pulmonální nebo aortální homograft je používán při reoperacích pro významnou pulmonální regurgitaci. Hlavní nevýhodou homograftu je jeho postupná degenerace a nutnost následné výměny.

Z hlediska zachování funkce pravé komory je nejšetrnější *transatriální korekce*, při které je infundibulární stenóza uvolněna resekcí svalových trámců přístupem přes pravou síň. Tento zákrok lze však provést pouze u případů s dostatečně širokým prstencem plicnice. (7)

1.2.5.2 Paliativní operace

Paliativní spojkové operace se provádějí u novorozenců a malých kojenců s TOF s hypoplastickými plicnicemi. Dnes se nejčastěji používá

modifikovaná subklaviopulmonální spojka podle Blalocka a Taussigové, při které je vytvořena anastomóza mezi podklíčkovou arterií a větví plicnice pomocí tenkostěnné GoreTexové cévní protézy. Při extrémní hypoplazii plicnic se upřednostňuje *centrální spojka* mezi ascendentní aortou a kmenem plicnice. Arteriální spojka zvýší plicní průtok a okysličování krve, navíc pulsální tok krve stimuluje růst hypoplastických plicnic.

Po spojkových operacích se pacientům dlouhodobě podává anopyrin v nízkých antiagregačních dávkách k prevenci trombózy. Při ambulantních kontrolách sledujeme účinnost a dostatečnost spojky podle intenzity kontinuálního šelestu, saturace krve kyslíkem a hematokritu. Při echokardiografickém vyšetření sledujeme průchodnost spojky a zejména růst plicnic. Stenózy plicnic po spojkových operacích v novorozeneckém věku jsou poměrně časté. K centrální stenóze nebo až k sekundární atrezii větve plicnice může dojít při kontrakci pulmonálního konce tepenné ručeje. Dostatečná kapacita obou plicnic a rovnoměrné plicní cévní zásobení jsou podmínkou úspěchu následné korekce vady. Proto pokud nelze při echokardiografickém vyšetření spolehlivě zobrazit obě větve plicnice, provádíme detailní angiografické vyšetření plicního řečiště. (7)

1.2.5.3 Terapie hypoxického záchvatu

Při léčbě hypoxického záchvatu ihned podáváme kyslík, přimáčkeme kolena dítěte k břichu a otočíme hlavu na stranu. Tím se zvýší venózní návrat do srdce a objem krve vypuzované do plicního řečiště a zmenší pravolevý intrakardiální zkrat. Větší děti tuto polohu zaujmou samy (sednou si do dřepu). Velmi důležité je zklidnění dítěte. Z léků se nejvíce

osvědčilo podání morfia (v dávce 0,1-0,2 mg/kg s.c. nebo i.m.) nebo benzodiazepinové preparáty s velmi rychlým a krátkodobým účinkem (Dormicum) rektálně či nazálně. Současně je možné podat odpovídající dávku β -blokátoru p.o. nebo do žaludeční sondy (blokuje nepřiměřenou kontrakci hypertrofického infundibula pravé komory).

Při záchvatu nereagujícím na zklidnění a kyslík je zvýšen arteriální tlak doplněním krevního objemu (albumin, plazma, náhradní roztoky) a případná acidóza je korigována bikarbonáty. Při neúspěchu běžné léčby je zahájena kontinuální infúze noradrenalinu. Pro riziko vzniku kožních nekrot po jeho paravazálním úniku je přednostně podáván do centrálního žilního katétru. (7)

1.2.6 Prognóza

Dlouhodobé výsledky korekce TOF jsou závislé na přítomnosti pooperačních reziduálních nálezů a na výskytu závažných poruch srdečního rytmu. Pacienti s dobrou funkcí pravé srdeční komory a s méně významnou izolovanou regurgitací pulmonální chlopně mají kvalitu života srovnatelnou s běžnou populací.

Významná pulmonální regurgitace vede postupně k dilataci pravé srdeční komory. Ta je významným rizikovým faktorem závažných komorových tachydysrytmií a náhlého úmrtí. Pacientům s významnou pulmonální regurgitací se obvykle dlouhodobě podávají kardiotonika, případně diuretika. Při nárůstu klinických obtíží, při progresivní dilataci pravé komory nebo při výskytu závažných poruch srdečního rytmu je třeba zvážit reintervenci. Stenózy větví plicnice lze řešit balónkovou

angioplastikou nebo zavedením intravaskulárního stentu. Pacienti s kombinací více pooperačních reziduí obvykle vyžadují reoperaci. U pacientů po náhradě pulmonální chlopně zůstává problémem různě rychlá degenerace homograftu nebo xenograftu a nutnost dalších reoperací.

Riziko náhlého úmrtí po korekci TOF se pohybuje od 0,5% do 6%. Příčinou jsou především komorové tachydysrytmie nebo AV blokáda. Rizikovými faktory náhlého úmrtí po korekci Fallotovy tetralogie jsou: vyšší věk při operaci, významná hemodynamická rezidua, prodloužený QRS interval nad 180 ms v kombinaci s dysfunkcí levé nebo pravé srdeční komory, přechodná kompletní AV blokáda trvající déle než tři dny po operaci.

Při ambulantních kontrolách pacientů po operaci je doporučeno sledovat vývoj funkce obou srdečních komor, vývoj šíře QRS komplexu, Holterovu monitoraci EKG a zátěžové vyšetření. (1)

1.3 Základní údaje o nemocném

Čtyřletý chlapec A.G. afgánské národnosti byl na kliniku Dětského kardiocentra přijat v rámci mezinárodního programu MEDEVAC (angl. *MEDICAL EVACUATION*), který je garantován Ministerstvem vnitra České republiky a slouží zejména vážně nemocným dětem z válečných či jinak postižených oblastí, jejichž stav vyžaduje lékařskou péči v jejich domovině nedostupnou.

Údaje o vlastním otci a matce nejsou, byl současnou rodinou nalezen v časném kojeneckém věku a převzat do rodiny. Má šestiletého sourozence.

Do ČR je doprovázen otcem. Od počátku dušný, promodrávající, ve 3. měsíci diagnostikována Fallotova tetralogie (TOF). Pro časté hypoxické stavy v roce a půl spojková operace Blalock Taussig shunt v Kabulu. Od té doby užívá Aspirin. Potíže ustoupily, toleruje běžnou dětskou herní zátěž. Alergie není známa. Hovoří persky (paštó), komunikace prostřednictvím tlumočnicka, který je k dispozici po 24hod.

Nejprve pacient musel absolvovat povinnou měsíční karanténu na infekčním oddělení fakultní nemocnice, kde byl podroben důkladnému vyšetření pro průkaz bezinfekčnosti. Bylo mu extrahováno 6 kariézních zubů v CA a při doplňujícím očním vyšetření doporučena korekce zraku brýlemi. Ve stabilizovaném stavu a bez známek infektu dále hospitalizován na Dětském kardiocentru.

1.3.1 Stav při přijetí

7. 9. 2008 v 15.30 hod. byl pacient, v doprovodu otce a tlumočnicka, přijat z infekčního oddělení na JIP Dětského kardiocentra k plánované operaci Fallotovy tetralogie.

Fyzikální vyšetření:

TH: 14kg, výška: 100cm, puls: 106/min., D: 28/min., TK: 90/55 mmHg,

SaO₂: 85%

Drobnější, centrální cyanóza 1. stupně, eupnoický, teplá periferie. Hydratace, svalový tonus normální. Náplň krčních žil v normě. Hrudník souměrný. Jizva vpravo po laterální torakotomii zhojena. Prekordium klidné, vír nehmatný, hrot nezvedá. AS pravidelná, ozvy normální intenzity.

Nad plicnicí holosystolický šelest 3/6. Vpravo pod klíčkem kontinuální šelest ze spojky 2-3/6. Dýchání sklípkové, čisté. Játra 1cm pod oblouk, slezina nenaráží. Končetiny bez otoků, periferní pulsy včetně arterie femoralis dobře plněné. Kůže čistá, bez exantému. Oči, nos, uši bpn. Dutina ústní čistá, tonzily klidné, chrup dětský, stp. extrakci 6 zubů. Orientační neurologický nález normální. Dítě klidné, spolupracující.

Laboratorně: hematologická a koagulační vyšetření v normě, CRP méně než 0,5 mg/l

EKG: sinusový rytmus PR 0,12 osa QRS +120, adaptační hypertrofie pravé komory

RTG: Zvětšené srdce fallotovské konfigurace se zvednutým hrotem. Rozšířené mediastinum. Kresba plicní bilaterálně zmnožená, bez ložiskových změn.

Echokardiografie: TOF. Plicní stenóza valvární i supravavární, defekt komorového septa, zkrat bidirekční. Není přemostující žíla. Normální levostranný aortální oblouk. Obě plicnice normální velikosti potřebné ke korekci.

Léčebný plán: Zítra plánovaná operace korekce Fallotovy tetralogie

1.3.2 Předoperační příprava

Měření FF: 4x denně

Vyšetření krve: hematologické, biochemické a koagulační vyšetření v normě

Vyšetření moče: moč+sediment bpn

Mikrobiologie: výtěry krku, nosu, stolice

RTG pořízený při hospitalizaci na infekčním oddělení.

EKG 12 svodové

Pacient vykoupán, podán glycerinový čípek. Do půlnoci per orální příjem, do 4 hod. pouze tekutiny, dále nic per os. Večer byl chlapec plačtivý, velmi neklidný, otec ponechán u lůžka přes noc. Premedikace podána (Midazolam 5mg p.o.)

8. 9. 2008 v 8.00 hodin v doprovodu otce a tlumočnicka byl chlapec předán na operační sál.

2. Ošetrovatelská část

2.1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je způsob práce, cesta k poskytování ošetrovatelské péče a je společným atributem práce všech sester pracujících na různých odděleních a pečujících o pacienty s různými potřebami. Ošetrovatelský proces nám umožňuje problémy řešit a uspokojovat potřeby pacienta, systematicky plánovat, uskutečňovat a hodnotit ošetrovatelskou péči.

Svá specifika má ošetrovatelský proces v pediatrii, který vždy vyžaduje individuální přístup zdravotnického personálu. Metoda ošetrovatelského procesu umožňuje personálu organizovaný a systematický přístup k nemocnému dítěti i jeho doprovodu. Základem pro využití této metody je dobrá znalost zákonitostí dětského vývoje. Významnou roli v ošetrovatelském procesu hraje rovněž doprovod dítěte, nejčastěji rodiče. Proces nám vytváří prostor pro propojení přístupu k dítěti i jeho rodičům. Tím získáváme možnost nejlépe poznat, analyzovat a uspokojovat potřeby dítěte. Přestože je vedení dokumentace pro zdravotníky důležité, nesmí časově překrýt komunikaci s pacientem a vlastní aktivní ošetřování dětského pacienta. (3)

Uplatnění ošetrovatelského procesu v praxi vyžaduje, aby sestra ovládala interpersonální dovednosti jako je verbální a nonverbální komunikace, empatie, projevování zájmu a získávání informací. Rovněž i dovednosti technické, tj. znalost využití přístrojového vybavení a zručné

vykonávání jednotlivých procedur. Dále pak dovednosti intelektové, zahrnující řešení problémů, kritické myšlení a schopnost ošetřovatelských úsudků. Pozorování a rozhodování je součástí všech fází ošetřovatelského procesu. (4)

Ošetřovatelský proces je souborem pěti fází, které na sebe navazují nebo, a to většinou, se vzájemně prolínají.

I. Posouzení pacienta

Již od prvního kontaktu s pacientem sbíráme informace, které se týkají tělesných, duševních, kognitivních, sociálních a spirituálních potřeb nemocného dle jeho psychomotorického vývoje. Potřebné údaje získáváme prostřednictvím rozhovoru, fyzikálního vyšetření, pozorováním, konzultací s ostatními odborníky, ze zdravotnické dokumentace pacienta, od ostatního zdravotnického personálu, od příbuzných pacienta. Získané informace pak třídíme, seřazujeme a stanovujeme z nich ošetřovatelské diagnózy. Při prvním kontaktu s dětským pacientem a jeho rodiči se zaměřujeme na hodnocení rodiny a prostředí ve kterém dítě žije. Podrobná ošetřovatelská anamnéza je zásadním předpokladem pro systematickou péči o hospitalizované dítě. Z tohoto důvodu je potřeba ponechat pro písemné zpracování a vyplnění příslušných formulářů ošetřovatelské anamnézy dostatek času. Během 24 hodin se mohou uplatnit všechny výše zmiňované metody sbírání informací. Je nevhodné hned při příjmu začít sepisovat ošetřovatelskou anamnézu. Je nanejvýš důležité věnovat dítěti i rodičům krátký čas pro alespoň částečnou adaptaci na nové prostředí. Klidný a

vstřícný přístup ze strany personálu je dobrou půdou pro úspěšnou budoucí spolupráci.

II. Ošetrovatelská diagnostika

Ošetrovatelské diagnózy stanovíme z analýzy informací. Ošetrovatelská diagnóza definuje aktuální nebo potenciální problém pacienta. Problémem rozumíme reakci na změnu zdravotního stavu nemocného. Dle stanovených ošetrovatelských diagnóz zdravotnický personál cíleně plánuje následnou péči.

Ošetrovatelské diagnózy mohou být jednosložkové (pouze problém), dvousložkové (problém a příčina) nebo tříložkové (problém, příčina a příznak).

III. Plánování ošetrovatelské péče

V této fázi procesu stanovíme priority v péči o pacienta, cíle a měřitelná kritéria. Priority se mění v závislosti na průběhu léčby. Plán ošetrovatelské péče musí být v souladu s dalšími léčebnými postupy. Využíváme rovněž různé hodnotící škály (př. škály bolesti). (3)

IV. Realizace ošetrovatelské péče

Začínáme provádět naplánované ošetrovatelské intervence. Realizace obsahuje přípravu pacienta, prostředí a pomůcek. Naplánované činnosti je potřeba zapsat do záznamu realizace ošetrovatelské péče.

V. Hodnocení ošetrovatelské péče

V poslední fázi procesu srovnáváme plán ošetrovatelské péče a jeho realizaci, zda jsme dosáhli stanovených cílů. Hodnocení je důležité pro další činnost v péči o nemocného, umožňuje ošetrovatelské zásahy ukončit, změnit nebo v nich pokračovat. (3)

Cílem písemného plánu ošetrovatelské péče je:

- Usměrnovat individualizovanou péči o pacienta. Plán se stanovuje podle potřeb nemocného z ošetrovatelského hlediska. Je možné použít i standardizované plány, poskytující přijatelnou úroveň ošetrovatelské péče.
- Zajistit kontinuitu péče – psaná forma plánu je prostředkem organizujícím činnosti měnícího se ošetrovatelského personálu.
- Specifikovat ošetrovatelské zásahy a definovat pozorování, které je třeba učinit a jaké instrukce má dostat pacient.
- Zajistit spolupráci pracovníků jiných specializací, např. rehabilitace, nutriční terapeut, atd.
- Zaznamenávat ošetrovatelské intervence jako podklad pro hodnocení ošetrovatelské péče a právní ochranu sester. (4)

2.2 Ošetrovatelský model podle V. Henderson

Virginia Avenell Henderson (USA 1897 – 1996)

Téměř celý život působila jako docentka na kolumbijské univerzitě. Svoji činností výrazně ovlivnila dějiny ošetrovatelství, z její práce čerpal i

profesor Pacovský, zakladatel 1. vysokoškolského studia ošetřovatelství u nás. Virginia Henderson je považována za zakladatelku moderního ošetřovatelství, označována také jako 1. mezinárodní sestra.

V roce 1960 vydala svoji nejvýznamnější knihu „Základní principy ošetřovatelské péče“, která byla přeložena do několika jazyků. Svým modelem základní ošetřovatelské péče zcela změnila pohled na ošetřovatelství. Z pasivního pacienta přijímajícího péči sestry se stává aktivní účastník ošetřovatelské péče, který rozvíjí svoji soběstačnost. Rovněž definovala jedinečnost role sestry, která pacientovi pomáhá uspokojovat své potřeby, pouze asistuje, rozhodovat a jednat za pacienta může jen v případě jeho úplné závislosti.

Hlavním cílem ošetřovatelství dle V. Henderson je udržet jedince soběstačného, nezávislého na svém okolí tak, aby byl schopen hodnotně žít. Teorie jejího modelu vychází ze základních potřeb člověka podle Abrahama Maslowa. Lidé jsou tvořeni 4 základními složkami (biologická, psychická, sociální a spirituální), které jsou souhrnem 14 elementárních potřeb:

1. *Normální dýchání*
2. *Dostatečný příjem potravy a tekutin*
3. *Vylučování*
4. *Pohyb a udržování vhodné polohy*
5. *Spánek a odpočinek*
6. *Vhodné oblečení, oblékání a svlékání*
7. *Udržování fyziologické tělesné teploty*
8. *Udržování upravenosti a čistoty těla*

9. *Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých*
10. *Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů*
11. *Vyznání vlastní víry*
12. *Smysluplná práce*
13. *Hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace*
14. *Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení.*

Uvedené potřeby jsou vlastní všem lidem, jsou ovlivňované kulturou a individualitou každého jedince a uspokojované nejrůznějšími způsoby života. Z uvedených základních potřeb jedince, jsou odvozeny komponenty základní ošetrovatelské péče – pomoc pacientovi normálně dýchat, pomoc při příjmu potravy a tekutin,... Ošetrovatelský proces realizovaný podle V. Henderson vychází z těchto komponent. Sestra nejprve hodnotí, jakou pomoc v nich nemocný vyžaduje, stanoví příslušné ošetrovatelské diagnózy a plánuje péči zaměřenou na pomoc sestry při uspokojování 14 uvedených základních potřeb člověka. Následně hodnotí efekt poskytnuté péče.

Při poskytování základní ošetrovatelské péče se vyvíjí mezi sestrou a pacientem vztah, který V. Henderson rozdělila do třech rovin. Sestra jako „náhrada“ za pacienta, kdy je pacient nesoběstačný a závislý na druhých. Sestra jako „pomocník“ pacienta v době jeho uzdravování, kdy se snaží obnovit jeho soběstačnost a nezávislost. Sestra jako partnerka pacienta, kdy na základě společného hodnocení potřeb formulují plán péče, jehož realizaci sestra usměrňuje. (8)

2.2.1 Zásady komunikace s dětmi

- *Dítě potřebuje z dospělého vycítit klid a jistotu;* děti jsou velmi vnímavé k pocitům, důležité je tedy nespěchat, být trpělivý a mít na dítě dostatek času.
- *Základem je komunikace;* pro dítě je důležitější JAK s ním mluvíme, než CO mu sdělujeme. S dětmi je proto nutné mluvit upřímně, zřetelně, používat hodně mimiku. Rozhovor by měl proběhnout v příjemné nenucené atmosféře. Nutné je používat správná slova, každá rodina může mít jiná označení pro různé věci.
- *Příprava nesmí být jen poučováním;* důležité je po celou dobu dítě sledovat a reagovat na jeho neverbální projevy strachu. Nejprve se dítěti vždy představíme a vysvětlíme, proč jsme za ním přišli. Důležité je znát správné oslovení dítěte (jak mu říkají rodiče nebo jak chce být oslovováno).
- *Správné načasování přípravy;* časový předstih přípravy se odvíjí od věku dítěte a okolností hospitalizace. Velké děti je vhodné připravovat dříve, aby měly dostatek času na otázky a adaptaci na hospitalizaci. Malé děti připravujeme společně s rodiči v malém odstupu mezi přípravou a výkonem.
- *Špatná příprava je horší než žádná;* během špatné přípravy si dítě může upevnit své fantazie a pocit ohrožení a jeho důvěra může být vážně narušena. Chybou je také přetěžování dítěte informacemi nebo neúměrné protahování přípravy. (18)

2.3 Kulturně orientovaná péče

Přestože jsem si pro práci nezvolila transkulturní model ošetrovatelské péče, domnívám se, že je na místě zmínit se alespoň okrajově i o tomto aspektu ošetrovatelství.

Transkulturní ošetrovatelství se vyvíjí přes padesát let. Jeho zakladatelkou a stále aktivní představitelkou je profesorka ošetrovatelství a antropologie Madeleine Leininger. Od poloviny 50. let se začala zajímat o vliv kultury na chování jedince ve zdraví a nemoci. V roce 1960 definovala transkulturní ošetrovatelství jako oblast studia a praxe, která se zaměřuje na holistickou kulturní péči, zdraví a projevy nemocí jedinců či skupin a která respektuje společné znaky kulturních hodnot, víry a praktik. Roku 1970 publikovala svoji první knihu „Ošetrovatelství a antropologie: mísení dvou světů“, 1978 pak následovala publikace „Transkulturní ošetrovatelství: koncepce, teorie a praxe“ (podrobněji Pavlíková, S., 2006).

Předpoklady:

- péče je univerzální fenomén, ale její pojetí, proces, formy a modely jsou kulturně podmíněné
- péče je nezbytná pro vývoj člověka, jeho růst, přežití i klidnou smrt
- péče je nezbytná pro léčení, bez péče není vyléčení
- péče má biofyzikální, kulturní, psychologickou, sociální a ekologickou dimenzi a kulturní koncepce umožňují pochopení ošetrovatelství v širších souvislostech

- typy, modely a procesy péče se liší mezi jednotlivými kulturami a subkulturami
- každá kultura má tradiční (lidovou) péči a formální (profesionální) ošetrovatelskou praxi
- hodnoty a přesvědčení v oblasti péče vycházejí u každé kultury z náboženských, rodinných, společenských, kulturních, ekonomických a politických souvislostí
- každá kultura popisuje sebekéči, ošetrovatelské praktiky a ošetrovatelský systém specificky
- terapeutická ošetrovatelská péče může nastat jedině tehdy, když jsou známé a při poskytování péče respektované kulturní hodnoty, výrazy a praktiky
- kulturně shodné a všestranné způsoby péče jsou nezbytné pro zdraví a blaho jedinců, a to se promítá do úsilí sester na celém světě (15)

2.3.1 Komunikace s cizincem

Velký význam pro nemocného i jeho doprovod mají informace, které získává v prvních okamžicích setkání se zdravotnickým personálem, z projevu jeho neverbální komunikace, ze způsobů chování personálu k nemocnému. Při setkání s cizincem je třeba mít pod kontrolou svoji:

Mimiku – musí vyjadřovat vstřícnost, pochopení, ochotu, zájem, nezapomínat na úsměv,

Gestikulaci – nemůže vyjadřovat panovačnost a nadřazenost, razantnost nebo naopak bezradnost; musí být přiměřená situaci, vyjadřující vstřícnost a zájem,

Zabarvení a tón hlasu – musí být klidný, rozhodný, přiměřeně hlasitý, nesmí vyjadřovat devalvující postoj, přehlížení, nezájem,

Haptiku a postoje – postoj nesmí být vnímán nadřazeně, projevy haptiky jako netaktní, nepříjemné; např. v arabském světě jsou ruce založené na prsou či v bok vnímané jako projev arogance,

Osobní úpravu – nedbalá úprava služebního oděvu, vlasů, rukou, obuvi nebudí důvěru v nikom, stejně tak výrazný make up nebo příliš odhalující uniforma.

Ideální by bylo zahájit setkání s cizincem pozdravem v jeho rodném jazyce. Ne vždy je to však možné. Proto neumí-li personál mluvit řečí nemocného, nemá smysl mluvit na cizince hlasitě, pomalu a zřetelně artikulovat. Nejlepším řešením situace je obstarat tlumočníka. (21)

Při komunikaci s cizincem přes tlumočníka by se mělo dodržovat následující:

- mluvit pomalu, v krátkých větách, ponechat čas tlumočnickovi na překlad
- adresovat otázky přímo na pacienta, ne na tlumočníka
- ověřit si, zda tlumočník zná nejen čistý jazyk, ale také kulturní podmíněnost

- trvat na tom, aby tlumočník překládal přesně, co klientovi říkáme a nemodifikoval překlad
- na závěr vždy poděkovat za překlad (14)

Transkulturní komunikace je nesmírně důležitá pro poskytování zdravotní péče cizincům, kteří přicestují do země na krátkou dobu. Pochopení klientových verbálních i neverbálních projevů je ovlivněno nejen jazykem, ale i znalostí transkulturních neverbálních projevů.

Jako alternativní způsob komunikace lze využít obrázkových karet (piktogramy), informační a edukační materiály, letáky určené cizincům, rovněž i fotoseriály nebo videoprojekce. Důležitá je zde zpětná vazba.

Na prvním místě v péči o cizince však zůstává bedlivé pozorování jeho neverbálních projevů strachu, obav, neklidu a bolesti, neboť tyto projevy mohou být kulturně zkreslené. (14)

2.3.2 Islámské náboženství

Islám vznikl počátkem 7. století na Arabském poloostrově, dnes žije na světě kolem 1 miliardy muslimů. Základem islámu je přísná víra v jednoho Boha. Uctívání mnoha bohů je pro muslimy pohanské, pohané jsou považováni za nevěřící. Zakladatelem islámu je historická osobnost Muhammad (Mohamed) = prorok. Boží zjevení jej vyzývalo, aby hlásal Boží náboženství (islám) a varoval před Božím hněvem. Po jeho smrti se islám rozdělil na 3 základní proudy: sunna – šía – cháridža. Sunnité tvoří

přibližně 90% muslimů. Svatou knihou islámu je Korán, považován za autentické slovo Boží.

Společenský život muslimů je založen na zásadách, které mají zajistit prosperitu jednotlivce, ale také celé společnosti. Islám má na zřeteli uznání jednotlivce, jeho práv na život a majetek a naopak jednatel je povinen plnit závazky vůči státu.

Islámská kultura má v každodenním životě muslimů řadu specifik projevující se v oblékání, stravování a hygienických návycích, jimž je třeba se přizpůsobit, neboť při jejich nerespektování může zejména v některých konzervativních zemích docházet ke konfliktům a nepříjemným situacím.

Oblékání a nahota

Oblékání vychází z předpisů islámu, ale řídí se i místními zvyky, které islám neobsahuje. Základem je definice *nahoty*, která musí být na veřejnosti zakryta (výjimkou je pobyt v intimitě domácnosti). Mužská „nahota“ je oblast těla mezi pupkem a koleny. Proto mužští návštěvníci muslimské země by neměli nosit plavky či krátké kalhoty. Pokrývka hlavy není všude vyžadována. U muslimské ženy je „nahotou“ celé tělo kromě obličeje, rukou po zápěstí a nohou po kotníky. V moderních muslimských zemích se lze setkat s běžným západním oblečením, Evropanky by však měly dbát, aby sukně zakrývala kolena. Rovněž plavky mimo turistická střediska jsou zcela nevhodné. Vyžadování nošení šátků se různí dle země.

Hygiena

Tělesná hygiena je důležitou složkou života muslimů a je islámem vyžadována. Rituální čistota muslimů vychází z definice „znečištění“, které se odstraňuje vodou. Pokud není k dispozici voda, například v poušti, je možné symbolické očištění pískem či hlínou. Za „těžké znečištění“ se považuje smrt, pohlavní styk, menstruace, výron spermatu, porod a šestinedělí. Očista je dosahována kompletním omytím celého těla a vypláchnutím úst a nosních průduchů. „Lehké znečištění“ nastává spánkem, omdlením, konáním potřeby, dotekem osoby jiného pohlaví (vyjma těch, s nimiž není možno uzavřít manželství – dcera, sestra), dotekem nečisté věci (vepř, pes, zdechlina, alkohol), dotekem vlastních pohlavních orgánů. Očista je dosažena částečným omýváním rukou po loket, vypláchnutím úst a nosních průduchů, omytím obličeje, omytím krku, uší a omytím nohou po kotníky. Některé školy islámského práva jsou přísnější při definování „těžkého znečištění“, patří zde např. mdloba, velká potřeba, dotek osoby opačného pohlaví.

Velkým pochybením při péči o muslima je obsluhovat jej levou rukou. Opět je to otázka čistoty a znečištění. Levá ruka se v arabském světě užívá k nečistým úkonům, např. při velké potřebě.

Muslimové pečlivě dbají na čistotu své domácnosti. Ta je rozdělena na dvě části. Společenská místnost pro hosty a soukromá část pro ženy a děti, kde bývají přijímány i příbuzenské návštěvy (babičky, tety, sestřenice). Muslimové se vyznačují svojí pohostinností. Často navštěvují své příbuzné i

známé. K základnímu pohoštění patří káva s kardamomem, čaj s mátou, pistácie, ovoce (melouny, broskve, hroznové víno,...).

Opakem pečlivé čistoty domácnosti jsou zanedbané veřejné prostory, které jsou základním místem společenské komunikace. Výjimku tvoří místa společenského kontaktu, jako jsou mešity, kavárny, bazary, restaurace.

Strava

Složení stravy opět vychází z islámských předpisů a místních zvyků. Platí striktní zákaz konzumace vepřového masa. Korán výslovně zakazuje požívat „zdechlinu, krev, vepřové maso a obětní zvířata“. Muslimové, včetně liberálů, mají k vepřovému masu značný odpor, proto není vhodné si v jejich přítomnosti objednávat v restauracích pokrmy z vepřového. Drůbež nebo ryby jsou vždy vhodným pokrmem pro každého muslima.

Kult jídla je významnou součástí společenského kontaktu, za jehož realizací se lidé scházejí v soukromí i v restauracích. Stolování je velký, časově náročný obřad. Začíná se bohatými předkrmy, zeleninovými i masovými. Ke všem jídlům se podává chléb z hladké mouky, nejčastěji v podobě placky, která slouží jako „příbor“ k nabírání pokrmů. Hlavními chody bývá sekané maso pečené na grilu či kousky masa na rožni podávané s rýží. Při významných příležitostech se podává pečený beran. Tradiční zákusky jsou připravovány z lístkového těsta, medu, nasekaných ořechů, fíků a sušeného ovoce.

Příbuzní zpravidla chtějí zabránit tomu, aby nemocný musel jíst sám, a mnohdy vyslovují přání, aby mu mohli sami vařit. Tento přístup vychází

z nedůvěry k podávaným pokrmům, zejména mletému masu, jelikož nemohou vyloučit nepřítomnost vepřového masa.

Alkohol

Islám rovněž zakazuje konzumaci alkoholu a omamných látek a provozování hazardních her. V moderních muslimských zemích není zákaz alkoholu přísný, lze se s ním setkat v hotelích a licencovaných restauracích. Liberální muslimové alkohol běžně konzumují. V konzervativních zemích (Saúdská Arábie, Libye, Irán) je alkohol zcela zakázán. Konzumace alkoholu na veřejnosti i v soukromí, jeho výroba či dovoz jsou tvrdě postihovány.

Náboženské povinnosti

Stěžejními pilíři náboženské povinnosti muslima jsou: vyznání víry, modlitba, půst, náboženská daň, pouť do Mekky. Nejzákladnější povinností je vyznání víry, kterým muslim potvrzuje příslušnost k muslimskému náboženství. Je recitováno při každém svolávání k modlitbě. Modlitba je každodenní povinností muslima. Vykonává se zpravidla pětkrát denně: ráno za rozbřesku, v poledne, odpoledne, večer po západu slunce a v noci přibližně dvě hodiny po setmění. Předpokladem k modlitbě je zakrytí nahoty, rituální očista a čistota místa, již se často dosahuje rozprostřením lehkého modlitebního koberečku. Muslimové se modlí směrem k Mekce a bosí. Při modlitbě nelze muslima rušit, ani přecházet těsně před ním.

Ramadán je měsíc muslimského lunárního kalendáře, na který připadá měsíční půst. Povinnost půstu začíná za úsvitu a končí západem slunce. Půst musí dodržovat všichni dospělí a zdraví muslimové a

muslimky, nevztahuje se na kojící, těhotné, staré a nemocné osoby. Po celý den se muslimové musejí zdržet jídla, pití, kouření a jakéhokoli ukájení pohlavního pudu. V průběhu noci se muslim nepostí, měl by se však věnovat zbožné činnosti, zejména četbě Koránu. Ukončení denního půstu je zahájeno slavnostní večeří, lidé se navštěvují, noc bývá dobou radovánek a veselí. Pro cizince platí, že by rozhodně neměli půst porušovat na veřejnosti a měli by raději pít, jíst a kouřit v ústraní. (I, 21)

2.3.2.1 Komunikace s arabskou klientelou

Setkání s arabskou klientelou má svá specifika, která je nutno znát a dle možností respektovat. To se projevuje v komunikaci s pacienty, jejich vztahu k času a vzájemných vztazích mezi muži a ženami a rodiči s dětmi.

Základním kontaktem je pozdrav. Arabský mluvený projev je velmi vřelý a srdečný, evropský přístup je vedle něj strohý a neuhlazený. Lidé v arabském světě se při setkání a loučení kromě vlastního pozdravu ptají na zdraví, děti a rodinu. Muži se při setkáních mezi sebou často objímají a líbají na tvář. Totéž mezi sebou dělávají ženy. Je běžné, že se osoby stejného pohlaví drží za ruce a při tom hovoří nebo krácejí vedle sebe.

Arabští klienti se necítí příjemně, pokud komunikace postrádá srdečnost a laskavý tón a hovoří se stroze přímo k věci. Důležitým aspektem je rozvíjení přímých osobních vztahů. Při kontaktu s arabským klientem je třeba vždy zaujímat individuální přístup a snažit se vytvořit přátelskou atmosféru. Pocit důvěry a bezpečí si lidé v arabském světě dodávají přímým pohledem do očí. Uhýbáním pohledů klienta může být považováno za

neslušné. Držení těla se také značně liší. Například v českém prostředí běžné ruce v bok nebo zkřížené ruce vnímá Arab jako projev arogance.

Také není obvyklé, aby na veřejnosti muž dával najevo city k ženě. Na veřejnosti jsou doteky, polibky a jiné projevy vzájemné náklonnosti pokládány za neslušné, jsou brány jako součást soukromí manželů.

Vztahy mezi dětmi a rodiči jsou v arabském prostředí pevné a trvalé. Jejich podstatou je hluboká láska a vzájemná úcta. Obecně platí, že arabskému dítěti se dostává více citu a pozornosti než dítěti evropskému a arabský rodič zasahuje i při banálních nehodách. Rodiče i prarodiče mají velké slovo i v životě vdaných či ženatých dětí a vnoučat.

Tvrzení, že muž má v arabské rodině dominantní postavení je pouze obecné. Ve skutečnosti na dění v rodině i ve veřejném životě má velký vliv žena.

Čas je v arabské kultuře flexibilním pojmem, není pevně vymezen a striktně vymezován. Nekompromisní vyžadování dochvilnosti vnímá arabský klient jako nezdvořilost.

Tabu

Hovořit o intimních a rodinných problémech, zvláště s osobou opačného pohlaví. Může se stát, že muslimský pacient na otázku rodinných problémů bude reagovat velmi vyhybavě, neboť je nezvyklé hovořit o těchto věcech s osobou nevyznávající islám. Muslimští pacienti se často stydí hovořit o tělesných projevech (močení, stolice, výtok, zvracení). Těhotné

ženy s mužem o těhotenství nemluví a je možné, že těhotná žena, pokud krvácí, neuvede tuto skutečnost lékaři. (III.)

2.4 Ošetřovatelská anamnéza

I přes vědomí existence teorie transkulturního ošetřovatelství a modelu vycházejícího slunce podle Madelain Leiningerové, jsem pro hodnocení potřeb dítěte zvolila model základní ošetřovatelské péče podle V. Henderson. Vycházím z přesvědčení a praktické zkušenosti, že po operaci malé dítě nejvíce trápí silná potřeba tekutin a nepřítomnost blízké osoby. Kulturní aspekt ošetřovatelské péče zahrnuje i model V. Henderson.

Pacient přijat 7. 9. 2008 v 15:30 z infekčního oddělení na lůžkové oddělení Dětského kardiocentra v doprovodu svého otce a tlumočnicka. Otec ubytován v areálu nemocnice na ubytovně. Tlumočnick přítomen denně do odpoledních hodin, poté kdykoliv na telefonu.

Fyzikální vyšetření:

TK: PHK 100/60

P: 80/min.

D: 25/min.

TT: 35.5°C

TH: 13.8kg

BMI: 13 (podváha)

výška: 100cm

SaO₂: 89%

Obvod paže: 15cm

Vědomí: Glasgow coma scale 15

Kůže a sliznice: Norton skóre 20

Hodnocení potřeb podle V. Henderson

- 1) **Dýchání:** pacient eupnoický, bez kyslíkové terapie, nízká saturace O₂ v důsledku vrozené srdeční vady.
- 2) **Dostatečný příjem tekutin a potravy:** příjem tekutin bez omezení. Pacient preferuje vodu a ovocné šťávy, dle tlumočnicka i výrazu pacienta má nabízený čaj (černý i ovocný, slazený i hořký) zcela jinou chuť než na jakou je zvyklý ve své zemi. BMI 13 = podváha, dieta IRAQ přizpůsobena muslimskému etniku, neobsahuje vepřové maso, pro pacienta po sanaci chrupu mletá. Dítěti české potraviny vesměs chutnají (jogurty, pečivo, sýry...), preferuje ovoce (banán, jablko, pomeranč). Zvládá se najíst sám lžičkou.
- 3) **Péče o vyprazdňování:** chodí na WC, řekne si. Otec neuvádí potíže při vyprazdňování, na stolici pacient chodí 1x za dva dny.
- 4) **Udržování čistoty těla, vhodný oděv:** hygienickou péči dítěte obstarává sestra, dítě je oblečeno do svých šatů, na spaní má nemocniční pyžamo.
- 5) **Aktivita, odpočinek:** dle otce zvládá běžnou herní zátěž s ostatními dětmi. Rádo si hraje s auty, staví jim překážkovou dráhu. Chodí spát po

obědě na 1-2 hod., večer usíná cca ve 21 hod. bez obtíží. V nemocnici zaujatě pozoruje dění kolem sebe, do hry s ostatními dětmi se nezapojuje, vyžaduje přítomnost otce.

- 6) **Komunikace, sociální kontakt:** při přijetí dítě klidné, spolupracující. Jazyková bariéra částečně kompenzovaná přítomností tlumočnicka. Je zřejmé, že pacient i otec zažívají silný transkulturní zážitek. Oba jsou spolupracující, snaživí. Při ošetřování je vždy přítomný otec, prostřednictvím tlumočnicka informujeme otce před synem společně s demonstrací následujícího.
- 7) **Ochrana před nebezpečím:** před operací je dítě plně mobilní, bez invazivních vstupů. Lůžko pacienta je vybaveno postranicemi.
- 8) **Vyznání vlastní víry:** otec ani pacient se během hospitalizace v prostorách oddělení nedomlil dle muslimských zvyků. Ze strany otce nebyl vznesen požadavek či stížnost na nemožnost uskutečňování svých kulturních rituálů.

2.5 Standardní postup při příjmu pacienta z operačního sálu a časná pooperační péče

Převoz pacienta z operačního sálu na pooperační JIP je obdobím zvýšeného rizika pro jeho celkový stav. Během převozu dítě není napojeno na monitor, sání hrudních drénu je pozastaveno, pacient je ventilován ambuvakem 100% kyslíkem. Pozornost lékařů a sester je rozptýlena vlastním transportem. Je tedy nutné dobu transportu minimalizovat. Na pooperační jednotce je vše připraveno na příjem operovaného:

dokumentace, zkontrolované funkce všech přístrojů, nastavené hodnoty alarmů na monitoru dle věku pacienta, nastaven ventilační režim ventilátoru, předem jsou připraveny i infuze (analgosedace).

Pacienta z operačního sálu převáží anesteziolog, chirurg a sálová sestra. Na pooperační jednotce jej přijímá ošetřující lékař a 2 sestry. Všichni pracují současně, dodržují stanovený postup oddělení. Lékař zapojí invazivní měření arteriálního a centrálního žilního tlaku, provede jejich kalibraci. 1. sestra na pacienta napojí EKG elektrody, oxysenzor a kožní čidlo. Jakmile monitor vykazuje křivky jednotlivých hodnot, 2. sestra napojí pacienta na ventilátor. Anesteziolog informuje 1. sestru o intravazálních vstupech pacienta a jaké infuze či transfuze byly a jsou do nich podávány. Infuze katecholaminů a vazodilatace se nepřerušují. Následně sestra změní vitální funkce, plní ordinace lékaře, napojí předem připravené infuze a vše zaznamenává do dokumentace. Během těchto úkonů druhá sestra spojí sběrný systém drénů s centrálním sáním, zkontroluje těsnost systému a velikost nastaveného podtlaku (15 cm vodního sloupce). Povolí peány, které zajišťovaly drény během transportu, drény označí a zkontroluje jejich průchodnost. Poté vyvede a do sběrného sáčku upevní nasogastrickou sondu, sběrný systém močového katétru fixuje na stranu lůžka. Zajistí odběr krve na KO, biochemismus, ABR, v indikovaných případech i hemokoagulační vyšetření. Objedná RTG srdce a plic, natočí 6 svodové EKG. Zapojí elektrické lůžko a lineární dávkovače do elektrické sítě.

Obě sestry společně upraví lůžko pacienta. Po celou dobu sledují stav vědomí nemocného, barvu kůže a sliznic, obvaz kryjící operační ránu, průchodnost hrudních drénů a prokrvení periferie. Při manipulaci

s centrálním žilním katétrem a měřicími linkami zachovávají zásady asepse, pečlivě sledují možné vzduchové bubliny v systému.

Prvních 24 hodin po operaci se péče zaměřuje na stabilizaci stavu nemocného, vyrovnání deficitu základních potřeb a tlumení bolesti. Zároveň sestra sleduje a hodnotí potenciální rizika ohrožující stav pacienta.

Po přijetí dítěte z operačního sálu až do stabilizace stavu sestra měří vitální funkce po 30 minutách. Zapisuje hodnoty srdeční akce, AP, CVP, saturaci kyslíku v krvi, centrální a periferní teplotu. Každou hodinu hodnotí perfuzi periferie dle kvality pulsu na arteria dorsalis pedis, využívá stupnice 1 - 3 (1 – nehmatný, 2- slabý, 3 – dobře plněný). A dle teploty prstů končetin, stupnice 0 – 2 (0 – studené, 1 – vlažné, 2 – teplé). Pulzace a teplota dolních končetin jsou nepřímým ukazatelem srdečního výdeje. Diurézu měří a zapisuje v hodinových intervalech. Každou hodinu také vykapává oči Lacrisynem (prevence vysychání rohovky).

Po celou dobu sestra monitoruje vedle výše zmíněných parametrů také kvalitu dýchání, odpad z nasogastrické sondy, krevní ztráty a průchodnost hrudních drénů, okolí intravazálních kanyl, stav vědomí a bilanci tekutin. Průběžně kontroluje ABR a o změnách informuje lékaře.

2.6 Operace a pooperační stabilizace

Po uvedení do celkové anestezie pacient zaintubován endotracheální kanylou číslo 5. Punkčně zaveden trojcestný CŽK do pravé vnitřní jugulární žíly, dále kanylace levé arterie radialis a zajištěny 2 periferní linky (PHK,

LDK). Zavedena nasogastrická sonda a cévka do močového měchýře. Začátek operace zahájen ATB profylaxí Amoksiklavem. Během výkonu i transportu na pooperační JIP je podávána inotropní podpora a vazodilatace v kontinuální infuzi.

Přístup k srdci zvolen střední sternotomií, provedena transventrikulární korekce Fallotovy tetralogie (uzávěr komorového defektu perikardiální záplatou, infundibulektomie, plastika výtokového traktu pravé komory goretexovou záplatou, plastika kmene plicnice perikardiální záplatou, uzávěr foramen ovale suturou, dvojitý podvaz arteriální spojky).

Pacient byl heparinizován, mimotělní oběh trval 139 minut s minimální teplotou 30 °C. Po odpojení mimotělního oběhu byl účinek Heparinu neutralizován Protamin sulfátem. Na srdce byly našity 4 epikardiální elektrody a zavedeny 3 hrudní drény (do pravé pleury, mediastina a perikardu). Po kontrole krvácení byla hrudní stěna po vrstvách zavřena a rána sterilně kryta. Operace proběhla bez komplikací.

Pacient přivážen na pooperační JIP ve 14.15 se zajištěnými dýchacími cestami a s výše uvedenými invazivními vstupy. Příjem dítěte proběhl dle standardu oddělení bez komplikací.

Terapie:

Amoksiklav 3 x 400 mg i.v.

Paralen při TT nad 38 °C 4 x 100 mg p.r.

Midazolam při neklidu 4 x 2,5 mg i.v.

Infuzní terapie do CŽK:

Tensamin 170 mg do 50 ml 5% G, 1 ml/hod.

Dobutamin 170 mg do 50 ml 5% G, 1 ml/hod.

5% G 225 ml + 7,5% KCl 10 ml + 10% CaGluc 10 ml + 10% MgSO₄ 5 ml

Infuzní terapie do periferních linek:

Morphin 7 mg do 25 ml 5% G, 1 ml/hod.

1% Propofol 2 ml/hod.

Nipruss 42 mg do 50 ml 5% G, 1 ml/hod.

Fyziologické funkce měříme kontinuálně a zapisujeme á 30 minut. Při příjmu je arteriální tlak (AP) 85/65/55, centrální žilní tlak (CVP) 5, srdeční akce 150/min., TT v axile 37,2 °C, kožní teplota na periferii 36,8 °C, SaO₂ 100 %.

Pacient je zahřátý, končetiny jsou teplé s plnou pulzací. Monitorujeme fyziologické funkce, diurézu a množství krve odváděné hrudními drény. Hrudní drény udržujeme průchodné, kontrolujeme těsnost systému a velikost sání. Hodnotíme stav vědomí a účinnost analgosedace. Vnitřní prostředí kontrolujeme pravidelným vyšetřením ABR. Pro zvýšené krvácení z hrudních drénů podáváme Protamin sulfát a kontrolujeme ACT. Krevní objem doplňujeme mraženou plasmou a transfúzí deleukotizovaných erytrocytů. Množství krve v hrudních drénech postupně klesá, snižuje se i diuréza. 3 hodiny po operaci udržujeme AP kolem 80/60/50, CVP 7, srdeční akce je 150/min., TT 37,4 °C, kožní teplota 36,2 °C, SaO₂ 100 %. Pacient se

začíná probouzet, režim řízené ventilace je změněn na zástupovou ventilaci (SIMV). Sledujeme spontánní dechovou aktivitu pacienta, pravidelně kontrolujeme ABR. Po 30 minutách klidného dýchání na ventilačním režimu CPAP pacienta ve 21.30 extubujeme. Pacient je uložen do zvýšené polohy na polštáři, dýchá spontánně s kyslíkovými brýlemi o průtoku 2 l/min. Kontrolní vyšetření ABR provádíme 20 minut po extubaci. Dle ordinací může pacient tekutiny per os 4 hodiny po extubaci, množství 250 ml do rána. Pro dostatečné zahřátí a prokrvení periferie a celkově příznivý stav pacienta vysazujeme kontinuální vazodilatační infuzi Niprussu.

Hodnocení dítěte podle Hendersonové

Dýchání: Chlapec je ve zvýšené poloze, spontánně dýchá s kyslíkovými brýlemi 2 litry O₂/min., dýchání je oboustranně slyšitelné, čisté, není nutné pacienta odsávat.

Tělesná teplota: Po operaci pacient neměl potíže s udržení optimální tělesné teploty. Již po příjezdu z operačního sálu měl TT 37,2 °C a kožní 36,8 °C. Končetiny jsou teplé, s plnou pulzací.

Výživa a tekutiny: Dle standardu oddělení nesmí pacient 4 hodiny po extubaci nic p.o., poté zahajuje per orální příjem tekutinami po lžičkách a dle tolerance se jednorázové množství zvyšuje. Pacient je žíznivý. Příjem výživy a tekutin je prozatím zajištěn parenterální cestou. V infuzi je podáván roztok 5% G s ionty, dále ionotropní podpora a vazodilatace.

Vyprazdňování: PMK, sledujeme hodinovou diurézu, od půlnoci pak hodnotíme diurézu i FF á 2 hodiny. Zvýšené množství moče po příjezdu

z operačního sálu se během večera snižuje na množství odpovídající věku dítěte.

Pohyb udržování vhodné polohy: Dítě leží na antidekubitní podložce (Dekuba), pro zajištění fixace arteriální kanyly má LHK fixovanou na dlaze v dorzální flexi, ostatní končetiny jsou volné, pacient s nimi volně pohybuje. Pro zajištění zvýšené polohy v lůžku je pod zadeček chlapce vložen polohovací váleček. Pacient sám zaujímá mírné polohy na boku.

Odpočinek a spánek: Pacient má od příjezdu z operačního sálu napojenu kontinuální infuzi Morphinu a 1% Propofolu. Po extubaci krátce pospává, ale je žíznlivý, plačtivý, velmi neklidný. Naordinován Chloralhydrát, po podání pacient klidně spí až do rána.

Potřeba vhodného oděvu: dítě je pod příkrývkou nahé, v případě velkého tepla je zahalen pouze látkovou rouškou.

Ochrana pokožky: O invazivní vstupy pečujeme asepticky, používáme transparentní, semipermeabilní krytí. Na fixaci krytí rány používáme hypoalergení náplasti. Kůži promazáváme tělovým mlékem dle potřeby. Vysušené rty otíráme vlhkým čtvercem a ošetříme regenerační mastí.

Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, sociální kontakt: Přítomnost jazykové bariéry je tíživá pro všechny zúčastněné. V nočních hodinách je komunikace přes tlumočnicka možná pouze přes telefon. Otec nemůže být s chlapcem na pooperační JIP přes noc. Komunikace probíhá zejména nonverbálně (gesta, demonstrace, pomocí hraček), verbálně jen velmi omezeně dle rozsahu improvizovaného slovníku.

Ochrana před nebezpečím: Definujeme rizika vyplývající ze zdravotního stavu dítěte, kulturní a jazykové odlišnosti.

Riziko:

- aspirace v důsledku ztíženého polykaní po extubaci
- riziko vzniku infekce v důsledku porušené integrity kůže (op. rána, invazivní vstupy)
- úrazů při nedodržení standardních postupů

2.7. Ošetrovatelské diagnózy pro operační den

po stabilizaci stavu pacienta

2.7.1. Akutní ošetrovatelské diagnózy

- Akutní bolest z důvodu poruchy integrity kůže (operační rána, invazivní vstupy, bolest v krku po extubaci)
- Strach z neznámého prostředí, daného fyzického stavu, jazyková bariéra, ztráta životních jistot (interkulturní rozdíly), absence blízké osoby
- Porucha komunikace pro jazykovou bariéru
- Žízeň v důsledku post extubačního režimu a celkové restrikce tekutin po operaci
- Snížená tělesná hybnost v důsledku pooperačního stavu, léčebného režimu, bolesti

2.7.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

- Riziko aspirace v důsledku poruchy polykání po extubaci
- Riziko vzniku infekce v důsledku porušené celistvosti kůže (operační rána, invazivní vstupy)
- Pocit bezmoci z důvodu neznalosti prostředí, změny zdravotního stavu, ztráty soukromí na pooperační JIP a přerušeno kontaktu s blízkou osobou
- Riziko úrazu při nedodržení standardních postupů

2.7.3 Krátkodobý plán ošetrovatelské péče

Krátkodobý plán péče jsem rozpracovala na 12 hodin po stabilizaci stavu pacienta, tedy 8 hodin po příjezdu z operačního sálu. V tuto dobu je pacient odpojen od umělé plicní ventilace, spontánně dýchá bez známek stridoru, kyslík brýlemi 2 l/min. toleruje.

Akutní bolest z důvodu poruchy integrity kůže (operační rána, invazivní vstupy)

Cíl ošetrovatelské péče:

- Dítě nebude mít projevy bolesti nebo bolest bude minimalizována
- Dítě bude klidné, jeho chování bude přiměřené jeho věku a danému stavu
- Pacient bude schopen nalézt úlevovou polohu

Plán ošetrovateľskej péče:

- Průběžně sledovat projevy bolesti (i neverbální a vegetativní)
- Hodnotit a dokumentovat projevy a intenzitu bolesti a účinek kontinuální analgezie dle *face pain scale* každou hodinu
- Nefarmakologicky tišit bolest, zajistit klid a pohodlí na lůžku
- Při přetrvávající bolesti (*face pain scale* 3 a více) informovat lékaře
- Psychicky i fyzicky připravit dítě na manipulaci

Realizace plánu:

Hodnotila jsem stupeň bolesti a účinnost kontinuální analgezie dle *face pain scale* každou hodinu. Průběžně jsem sledovala pocení dítěte, hodnoty fyziologických funkcí a výraz tváře dítěte jako vegetativní a neverbální známky bolesti. Dítěti jsem zajistila zvýšenou polohu s podložením podkolení, samo se krátce otáčelo mírně na boky. V poloze mírně na boku jsem pacienta podkládala měkkými polohovacími pomůckami. Pohodlí dítěte v dané poloze jsem zjišťovala otázkou O.K.? s gestem zdviženého palce ruky. Dítě buď přikývlo hlavou, nebo začalo poplakávat. Před každou manipulací jsem dítě na zákrok připravila – gesty či názornou demonstrací na plyšové hračce a zajistila co nejšetrnější manipulaci s dítětem.

Hodnocení ošetrovateľskej péče:

Pacient spal v krátkých intervalech. Budil se neklidem, pláčem. Dle chování a výrazu tváře jsem stav hodnotila jako strach (viz oš. dg. strach), ne jako velká bolest. Hodnoty *face pain scale* se pohybovaly v rozmezí 0-2,

při zahájení per orálního příjmu skóre vzrostlo na hodnoty 3-4, kdy pacient vztahoval ruce na podávané tekutiny a s pláčem se dožadoval větší dávky (viz. oš. dg. žízeň). Do hrníčku jsem vždy nalila jen malé množství vody, aby pacient viděl, že pro další musím odejít. Po chvíli se pacient uklidnil, usnul a při probuzení dostal opět pár doušků.

Strach, úzkost z neznámého prostředí, daného fyzického stavu, jazyková bariéra, ztráta životních jistot (zcela odlišná kultura), absence blízké osoby

Cíl ošetrovatelské péče:

- Dítě bude mít minimální projevy strachu
- Dítě bude mít v nejvyšší možné míře, jakou jazyková bariéra a celková situace umožňuje, pocit bezpečí a jistoty
- Dítě bude přiměřeně svému věku informováno o situaci a o všem nadcházejícím

Plán ošetrovatelské péče:

- Zajistit tlumočníka, mít k dispozici slovníček s nejdůležitějšími pojmy
- Při veškeré činnosti používat neverbální komunikaci, na dítě mluvit klidně, vždy před každou činností dítě připravit na následující
- Poskytnout dítěti do lůžka hračky pro rozptýlení, získávat důvěru dítěte

Realizace ošetrovatelského plánu:

Dítěti bylo již před operací vysvětleno, že jakmile se probudí, otec u lůžka nejspíš nebude, ale že jej určitě navštíví následující ráno. Také mu bylo vysvětleno, že pro snadnější komunikaci během noci bude k dispozici tlumočnický telefon.

Jakmile byl pacient po extubaci a doznívající anestezii schopen vnímat své okolí v širším slova smyslu, zavolala jsem tlumočnickovi. Ten byl obeznámen se stavem pacienta a dle instrukcí pacientovi vysvětlil jeho stav, nutnost omezení pitného a pohybového režimu a nepřítomnost otce na pooperační JIP. Pro rozptýlení jsem dítěti nabídla několik hraček adekvátních jeho věku, ukázala na monitoru efekt sundání saturačního čidla a elektrod EKG. Při veškeré činnosti jsem kladla důraz na neverbální komunikaci a užívala arabská slova ze slovníku, který byl sepsán ve spolupráci s tlumočnickem.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Po telefonátu s tlumočnickem se dítě na čas uklidnilo (cca 3 hodiny), pozorovalo okolí, bylo zaujato monitorem a zvukovými a světelnými efekty alarmů, krátce pospávalo. Avšak po zahájení omezeného pitného režimu začalo být více neklidné, volalo otce, plakalo. Po vyčerpání všech nefarmakologických tišících prostředků a po konzultaci s lékařem jsem dítěti ve 3 hodiny ráno podala Chloralhydrát. Za 30 minut dítě klidně spalo až do rána.

Porucha komunikace pro jazykovou bariéru

Cíl ošetrovatelské péče:

- Dítě bude komunikovat se svým okolím
- Komunikace bude pro pacienta i okolí na přijatelné úrovni, při neverbální komunikaci pacient bude reagovat, prokazovat pochopení

Plán ošetrovatelské péče:

- Zajistit slovník základních pojmů
- Zajistit efektivní metodu komunikace (tlumočnick, základní pojmy, gesta, využití hraček)
- Bedlivě sledovat neverbální projevy strachu, bolesti, neklidu
- Zmírnit úzkost, která je následkem poruchy komunikace, konejšivým přístupem s ohledem na kulturu pacienta

Realizace ošetrovatelské péče:

Dítě jsem oslovovala zdobnělinou jména tak, jak jej oslovoval tlumočnick a otec. Přistupovala jsem k lůžku vždy beze spěchu, s klidným hlasem. Dle vypsáných hesel a frází z improvizovaného slovníku jsem zjišťovala potřeby dítěte (bolest, žízeň – vodu nebo čaj, zima). Dítě reagovalo pouze na vodu. S použitím neverbální komunikace jsem pak zjišťovala a zajišťovala pohodlí dítěte v lůžku, zdali je mu zima, jakou hračku z nabízených by rád či jestli si chce se mnou listovat obrázkovou knížkou. Rovněž jsem mu nabízela mobilní telefon, kdyby chtěl mluvit s tlumočnickem. Univerzálním dorozumivacím prostředkem byla otázka

O.K.? se zvednutým palcem ruky, kdy dítě reagovalo souhlasným či nesouhlasným kýváním hlavy. Tomuto způsobu komunikace byl pacient naučen již v předoperačním čase.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Dítě reagovalo na oslovení pohybem a očním kontaktem. Když jsem přistoupila k lůžku, dítě mne sledovalo neklidným úzkostlivým pohledem a začínalo plakat. Když zjistilo, že se nebude dít žádná nepříjemnost, že mu chci pouze změřit teplotu, sáhnout na plosky nohou (kontrola prokrvení končetin) či upravit lůžko, uklidnilo se a odvrátilo pohled stranou. Při podávání tekutin vždy natahovalo ruce po hrníčku a řeklo pár slov, která však slovník neobsahoval. Při neverbálním projevu, kdy jsem zjišťovala například, zda je mu zima a chce více přikrýt, pacient vždy jen souhlasně či nesouhlasně zakýval hlavou.

Při telefonátu s tlumočnickem dítě poplakávalo, ale nemluvílo, jen poslouchalo hlas v telefonu. Po ukončení hovoru tiše odpočívalo. Hračky pacienta příliš nezaujaly, krátce na ně pohlédl, ale do ruky si žádnou nevzal. Když jsem před ním listovala obrázkovou knihou, prohlédl si se zájmem první dva listy a poté opět odvrátil pohled stranou. Tento projev byl jasným znakem nezájmu, nesouhlasu.

Při pozorování komunikace tlumočnicka, otce a dítěte bylo zjevné, že i mezi sebou si zcela nerozumí a často hledají společné výrazy. Po rozhovoru se sociální pracovnící z programu Medevac se mi teze potvrdila. Pracovnice mne informovala o náročnosti nalézt tlumočnicka se shodným dialektem jednotlivých pacientů a jejich rodičů. Tedy ani improvizovaný

slovník nebyl zcela univerzální. Bylo rovněž zřejmé, že přes veškerou láskyplnou péči ani otec nerozumí všemu, co mu chlapec sděluje. Vycházím z informací, že v muslimských zemích se o děti stará matka, otec zajišťuje obživu. Podobně jako u nás je po celý den s dítětem matka, která tak více rozumí projevům a potřebám dítěte.

Při stupňujícím se neklidu během noci jsem se pokoušela dítě uklidnit konejšením, hlazením po vláskách, držením za ruku, svoji přítomností, aby vědělo, že není samo. Dítě se neuklidnilo, upřeně se dívalo „do prázdna“ před sebe. Pro zajištění klidového léčebného režimu a minimalizaci psychické traumatizace dítěte bylo podáno hypnotikum (viz. oš. dg. strach a úzkost).

Žízeň z důvodu postextubačního režimu a celkové restrikce příjmu tekutin po operaci

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pocit žízně bude minimalizován nebo zcela odstraněn
- Dítěti bude vysvětlen omezený příjem tekutin prostřednictvím tlumočnicka
- Pacient bude mít příjem a výdej tekutin přiměřený svému stavu

Plán ošetrovatelské péče:

- Kontaktovat tlumočnicka, jeho prostřednictvím dítěti situaci vysvětlit
- Zvolit vhodnou tekutinu (slazená - neslazená, čaj - voda, teplá - studená) a způsob podání (po lžičkách, brčkem)
- Tekutiny podávat v malých dávkách (po lžičkách, poté doušky)

- Vlhčit a pečovat o suché rty
- Snažit se dítě rozptýlit
- Při neutišitelném stavu neklidu informovat lékaře

Realizace ošetrovatelské péče:

Tlumočník byl kontaktován, informován a požádán o vysvětlení situace dítěti (viz. oš. dg. strach a úzkost). Z předchozích zkušeností hospitalizovaných afgánských dětí jsem věděla, že děti jako nápoj preferují čistou neperlivou vodu. Přesto jsem chlapci nabídla lehce oslazený i neslazený čaj. Zvolil si vodu. Nejprve jsem dle zvyku oddělení podávala tekutiny po lžičkách (2x po 10 minutách 3 lžičky). Sledovala jsem možné polykací a zažívací potíže. Vždy jsem gesty dítě upozornila, že se smí napít jen trošku. Při zvyšujícím se neklidu jsem dala chlapci jednorázově napít brčkem většího množství vody na zahánění akutní žízně. Pacient mohl do rána vypít 250 ml tekutin. Vlhčila jsem mu suché rty a mazala je regenerační mastí. Žínkou namočenou v chladnější vodě jsem mu otírala i obličej a krk, to ho na okamžik utišilo. Nabízené glycerinové lízátko s citrónovou příchutí na osvěžení dutiny ústní s výrazem odporu odmítl. Očividně byl pacient žíznivý a tesknil po otci. Informovala jsem lékaře, který po zhodnocení nepříznivého účinku neklidu dítěte na jeho celkový stav naordinoval hypnotikum (viz. oš. dg. strach a úzkost).

Hodnocení ošetrovatelského plánu

Chlapcův stav žízně a neklidu po anestezii byl shodný se stavem většiny pacientů jeho věku po operaci. Problémem nebyla ani tak jazyková bariéra jako nemožnost uspokojit v plné míře základní potřebu tekutin a

přítomnost blízké osoby. Pozornost pacienta se dala rozptýlit vždy jen krátce. Nejvíce na pacienta působilo, vyjma podávaných tekutin, když jsem jej otírala vlhkou žínkou. Jistě tento krok pacienta osvěžil, ale také mu byl známým rituálem očisty – muslimové kladou důraz na hygienu, rituální omývání provádějí několikrát denně (viz. Islámské náboženství).

Snížená tělesná hybnost v důsledku pooperačního stavu, bolesti při pohybu.

Cíl ošetrovatelské péče:

- Dítě chápe danou situaci, vyvolávající příčinu
- Dítě chápe a zvládá techniku pro šetrnější pohyb v lůžku (samostatný či asistovaný)
- Dítě bude bez proleženin nebo jiných známek otlaků
- Dítě se nebude bát manipulace
- Dítě bude samo schopno pohybovat končetinami

Plán ošetrovatelské péče:

- Skrze tlumočnicka vysvětlit dítěti rozsah omezení pohybu, nutnost setrvat v lůžku
- Pomáhat dítěti změnit polohu
- Pečovat o pokožku, prevence proleženin
- Dodržovat bezpečnostní opatření vyplývající z dané situace
- Všimnout si tělesné hybnosti pacienta v době, kdy si neuvědomuje, že je pozorován

Realizace ošetrovatelského plánu:

Dle instrukcí tlumočnick dítěti po telefonu vysvětlil, že pro četnost „hadiček“ a „čerstvě opraveného srdíčka“ nemůže z lůžka, ale v lůžku se smí pohybovat normálně. Pacient byl od extubace ve zvýšené poloze s podložením v podkolení. Když se sám začal stáčet na bok, podložila jsem mu záda měkkým polohovacím válcem. Lůžko bylo chráněno postranicemi. Pohodlnost polohy jsem opět zjišťovala gestem zvednutého palce a otázkou O.K. Před manipulací jsem dítěti názorně předvedla, jak si má držet operační ránu a vždy jsem jej na manipulaci připravila.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Chlapec se v lůžku pohyboval bez známek bolesti. Dával si ruce za hlavu, nohu přes nohu. Jediným omezením byla dlaha na levé ruce (kanyla v a. radialis). Znamky bolesti ve tváři se objevily jen při manipulaci s pacientem v rámci úpravy lůžka. Pokožka pacienta byla bez začervenání či jiných známek otlaku. V poloze mírně na boku chlapec vydržel vždy jen krátce (cca 5 minut), poté se sám vrátil do polohy na záda.

Riziko aspirace z důvodu obtížného polykání (dysfagie) po extubaci a nevolnosti po anestezii

Cíl ošetrovatelské péče:

- Dítě bude mít zachovanou průchodnost dýchacích cest

Plán ošetrovatelské péče:

- Uložit a zajistit dítě ve zvýšené poloze

- Sledovat kvalitu dýchání
- Sledovat množství bronchiálního sekretu
- Sledovat intenzitu kašlacího a dávivého reflexu
- Sledovat úroveň vědomí
- Před podáváním tekutin dle auskultačního nálezu dítě odsát z HCD
- Podávat tekutiny v malých dávkách
- Podávat tekutiny ne příliš teplé nebo příliš studené
- Sledovat a hodnotit míru dysfagie
- Sledovat prohmatnost břicha, slyšitelnost peristaltiky

Realizace ošetrovatelské péče:

Před podáváním tekutin jsem vizuálně i auskultačně zhodnotila kvalitu dýchání, množství bronchiálního sekretu a stav vědomí pacienta. Zajistila jsem zvýšenou polohu pacienta. Před zahájením per orálního příjmu jsem auskultačně zhodnotila přítomnost peristaltiky, palpačně pak měkkost břicha. Podávala jsem tekutiny pokojové teploty v malých dávkách. Vizually hodnotila schopnost polykání dítěte, výraz tváře při pití.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Dítě bylo při plném vědomí, dýchalo volně, bez známek zahlenění. Odsávání z HCD před podáváním tekutin nebylo potřeba. Břicho bylo nezvětšené, měkké, s oslabenou peristaltikou. Pacient setrval ve zvýšené poloze bez obtíží či pocitu nelibosti. Dle hodnocení výrazu tváře a schopnosti polykání dítěte jsem dysfagii nezaznamenala.

2.8 Průběh hospitalizace

1. pooperační den

Pacient je extubován, oběhově i ventilačně stabilní, AS pravidelná, 135/min., TK 100/80/65, SaO₂ se pohybuje okolo 96-100 % s kyslíkovými brýlemi 2 l O₂/min., TT 36,6 °C, kožní teplota 35,7 °C, pulzace na končetinách plná. FF měřeny po 3 hodinách. Dítě je ve zvýšené poloze na lůžku, samo se částečně polohuje na oba boky. Není třeba odsávat, dýchání je sklípkové, oboustranně slyšitelné. Hrudní drény odvádí hemoragicko-serózní tekutinu malého množství. Diuréza dostatečná, bilance tekutin pozitivní. Per orální příjem tolerován (piškoty, přesnídávka), restrikce tekutin na 75%. Zvýšené hodnoty srdečních enzymů. Vytažena kanyla z a. radialis. Kontrolní RTG srdce a plic, ECHO vyšetření, natočeno šestisvodové EKG. Pacient neklidný, vyžaduje otce. Ve 12.30 pacient přeložen na JIP Dětského kardiocentra, kde může být po celý den přítomen otec.

Terapie:

Inotropní podpora (Tensamin, Dobutamin) v kontinuální infuzi postupně vysazena, Morphin a 1% Propofol v infuzi vysazeny. Naordinován Novalgin 4 x 150 mg i.v. při bolestech. Dále Amoksiklav 3 x 400 mg i.v., Paralen při TT nad 38 °C, Furosemid 3 x 7 mg i.v., KCl 3 x ¼ tbl. (á 500 mg) při hladině K⁺ pod 4 mmol/l.

2. pooperační den

Pacient klinicky i laboratorně bez známek infektu. Pokles hodnot srdečních enzymů. FF měřeny á 6 hodin. AS pravidelná 105/min., afebrilní, SaO₂ 97 % bez kyslíkových brýlí. Vysazena antibiotika. Odstranění centrálního žilního měření, extrahovány hrudní drény a močový katétr. Ponechána kanyla na pravé ruce. Plný per orální příjem tolerován. Kontrolní RTG srdce a plic, 12 svodové EKG. Rána klidná, známky bolesti jen při manipulaci na lůžku, afebrilní. Pacient přeložen na standardní oddělení Dětského kardiocentra. Postupně mobilizován, v péči otce. Dieta č. 14 - výběrová, bez vepřového masa. Jí méně.

Terapie: Furosemid 2 x 10 mg p.o., KCl ½ tbl. p.o., Nurofen sirup 3 x 5 ml p.o.

3. pooperační den

Dítě plně mobilizováno. Odstraněna periferní kanyla. 1x zvracel po džusu, jinak stravu i tekutiny toleruje. Chlapec spavý, unavený, ale spolupracující. Na ECHO vyšetření prokázána dobrá funkce obou komor, nepřítomnost výpotků. Vytaženy epikardiální elektrody. S dítětem je po celý den otec. Je zřejmá částečná sociální izolace – snahu o sociální kontakt nevyvíjí ani otec s chlapcem ani ostatní rodiče s dětmi. Přesto oba vypadají spokojeně.

Terapie: Furosemid 2 x 10 mg p.o., KCl 2 x ½ tbl., Nurofen sirup 3x 5 ml

4. pooperační den

Pacient spokojený, bolest není patrná. Operační rána klidná, akra dobře prokrvená. Kontrolní ECHO.

Terapie: Furosemid 2 x 10 mg p.o., KCl 2 x ½ tbl., Nurofen sirup 3x 5 ml

5. pooperační den

Pacient eupnoický, dobře zahřátý, afebrilní, dle překladače bez bolesti. Rána klidná, pacient plně mobilní. Hraje si s otcem, večer klidně spí.

6. pooperační den

Operační rána klidná, vytaženy stehy, rána kryta jodcollodiem. Kontrolní RTG srdce a plic, 12 svodové EKG, odběry – KO, biochemie, CRP, moč + sediment.

Terapie: Furosemid 2 x 10 mg p.o., KCl 2 x ½ tbl., Nurofen sirup 3x 5 ml

7. pooperační den

Pacient klidný, hravý. Jizva po střední stereotomii klidná. Kontrolní ECHO. Ukončena hospitalizace. Chlapec s otcem převezen do Olivovy léčebny v Říčanech. Otec byl informován o šetřícím klidovém režimu chlapce.

2.8.1 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče

Dlouhodobý plán péče jsem zpracovala na období od přeložení z pooperační JIP do propuštění do Olivovy léčebny, tedy období rekonvalescence. O chlapce pečoval otec, který byl plně informován prostřednictvím tlumočnicka. Dotazy otce byly rovněž zodpovězeny informovaným tlumočnickem.

Dlouhodobé ošetrovatelské diagnózy:

- Snížený příjem potravy pro úzké spektrum výběru potravin, neatraktivnost úpravy stravy v místních podmínkách
- Smutek v důsledku dlouhodobého pobytu v cizí zemi s odlišnou kulturou, odloučení od matky a celé rodiny
- Sociokulturní izolace z důvodu interkulturní odlišnosti
- Riziko infekce v důsledku snížené obranyschopnosti organismu po operaci
- Riziko úrazu

Snížený příjem potravy pro úzké spektrum výběru potravin, neatraktivnost úpravy stravy v místních podmínkách

Cíl ošetrovatelské péče:

- Tělesná váha dítěte se nebude snižovat
- Zdravotnický personál bude znát vyvolávající příčinu, požadavky dítěte a bude se snažit jim vyhovět
- Laboratorní hodnoty budou v normě (albumin, celková bílkovina, elektrolyty)

Plán ošetrovatelské péče:

- Pacienta vážit 1 x za 3 dny
- Tlumočníka požádat, aby zjistil od otce i chlapce požadavky na stravu, jaká jsou oblíbená jídla
- Kontaktovat dietní sestru a konzultovat s ní možnosti změny v jídelníčku a v úpravě stravy

Realizace ošetrovatelského plánu:

Chlapec byl vážen dle plánu. Otec ochotně spolupracoval. Dietní sestru nebylo třeba kontaktovat, postačil výběr ze seznamu přídatků.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Chlapec na váze neubýval. Otec se ochotně podílel na výběru oblíbených potravin chlapce, spolu s tlumočником jsme našli kompromis u určitých potravin. Sušené ovoce a jiné dítěti blízké potraviny přinášel tlumočnik nebo otec. Chlapci scházelo zejména syrové ovoce a zelenina. Z tekutin pil vodu, džus a černý hořký čaj. Chutnal mu bílý jogurt, bránil se kuřecímu stehnu, ač kuřecí maso měl v oblibě. Běžné tuzemské pečivo jedl v malém množství.

Smutek v důsledku dlouhodobého pobytu v cizí zemi

s odlišnou kulturou, odloučení od matky a celé rodiny

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient prostřednictvím tlumočnicka a alternativního způsobu komunikace umí vyjádřit své problémy, pocity, zájmy a požadavky od 1. pooperačního dne
- U pacienta je po celý den blízká osoba
- Zjistit dopad psychického stavu na tělesné projevy (chuť k jídlu, spánek) a hledat způsoby, jak tyto projevy překonat
- Otec bude schopen spolupracovat na zlepšení adaptace nemocného na změněné prostředí a zvládat péči o chlapce od 2. pooperačního dne

Plán ošetrovatelské péče:

- Pomoci pacientovi při přizpůsobování se novému prostředí v nemocnici
- Podporovat a rozvíjet vztahy s personálem a ostatními pacienty
- Zajistit kontakt s blízkou osobou
- Postarat se o pohodlí dítěte a uspokojovat jeho potřeby, povzbuzovat je k návratu k obvyklému režimu
- Nabízet vhodné aktivity k rozptýlení (TV, hry, hračky, pastelky)
- Vzbudit v chlapci důvěru k ošetrovatelskému personálu

Realizace ošetrovatelské péče:

Při hraní v lůžku jsem chlapci vytvořila pohodlí a dostatek prostoru. Pomáhala jsem mu stavět překážkovou dráhu pro auta, garáž apod. Záměrně jsem vybírala hračky se zvukovým a světelným efektem. Přípravu na výkon jsem vždy prováděla ve spolupráci s tlumočnickem, ten byl přítomen i během výkonu. Otec byl obeznámen s hernou na oddělení a jejím vybavením, které může pro chlapce využít. Aktivně se snažil chlapce zaujmout. Od 3. pooperačního dne, kdy byl chlapec plně mobilizován, mohl do herny spolu s otcem.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Chlapec se ani prostřednictvím tlumočnicka příliš nevyjadřoval. Hračky jej zajímaly, rád stavěl autodráhy. Z televizních pohádek si oblíbil pohádku Krteček. Otec chlapce byl velmi snaživý, přesto pro něj bylo náročné dítě zabavit po celý den. Chlapec byl introvertní, vytrvalý pozorovatel okolí. Do kolektivu ostatních dětí se nezapojoval. S personálem spolupracoval.

Sociokulturní izolace z důvodu interkulturní odlišnosti

Cíl ošetrovatelské péče:

- Zjistit možné prostředky k překonání izolace
- Dítě bude ochotné se zapojit do kolektivu ostatních dětí a rodičů
- Dítě nebude mít pocit méněcennosti

Plán ošetrovatelské péče:

- Zhodnotit schopnost dítěte začlenit se mezi vrstevníky
- Zhodnotit ochotu otce a ostatních rodičů navázat vzájemný kontakt
- Dát najevo chlapci i otci, že jsem jim vždy nápomocná
- Umožnit návštěvy (pracovníci z programu Medevac a doprovod dalších afgánských dětí)
- Poskytnout dítěti dostatečně podnětné prostředí
- Respektovat jejich uzavřený postoj ke kolektivu dětí a rodičů

Realizace ošetrovatelské péče:

Prostřednictvím tlumočnicka a sociální pracovnice z programu Medevac jsem otci i chlapci nabídla možnosti zábavy v herně i mimo ni. Snažila jsem se seznámit chlapce s vrstevníky a zapojit je do společné hry s auty. Často jsem chlapce navštěvovala a vždy se snažila nalézt nějakou novou činnost nebo hru.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Komunikace s otcem probíhala vždy s milým úsměvem na obou stranách, byl to velmi příjemný, klidný člověk, dbající o osobní čistotu sebe i chlapce. Chlapec byl tichým pozorovatelem svého okolí, nejraději si hrál s auty. Přestože byli nekonfliktní a vyzařoval z nich vnitřní klid, neprojevila se ochota ostatních rodičů, ani jejich ratolestí k navázání kontaktu. Z pohledů českých rodičů vyzařovala nedůvěra přenášená na jejich děti. I přesto otec s chlapcem působili, že jsou ve své společnosti spokojeni. Na rozdíl od ostatních hospitalizovaných se tvářili neutrálně.

Riziko infekce v důsledku snížené obranyschopnosti organismu po operaci

Cíl ošetrovatelské péče:

- Dítě bude bez známek infekce
- Otec bude poučen o ochraně dítěte před infekcí, o prevenci infekční endokarditidy

Plán ošetrovatelské péče:

- Před a po každém kontaktu s dítětem si umýt a vydesinfikovat ruce
- Sledovat a pečlivě ošetřovat místa invazivních vstupů
- Dodržovat aseptický postup při všech zákrocích, používat pomůcky dle standardu
- Dodržovat bariérový systém práce
- Dbát na včasnou mobilizaci dítěte
- Sledovat vykašlávání, v případě potřeby kontaktovat fyzioterapeuta za účelem fyzioterapie plic
- Dodržovat zásady manipulace s prádlem, kontaminovanými pomůckami a biologickým materiálem
- Udržovat čistotu prostředí zajištěním mytí a desinfekce podlah 2 x denně a ostatních ploch 1 x denně
- Upozornit návštěvy na nutnost nošení ochranných pomůcek, mytí a desinfekce rukou
- Poučit otce (tlumočník) o ochraně před infekcí, prevenci infekční endokarditidy

Realizace ošetrovatelského plánu:

Před a po každé manipulaci jsem si myla a desinfikovala ruce. Taktéž činil i otec chlapce. Dítě mělo svůj teploměr, manžetu na měření TK. Při péči o invazivní vstupy jsem dodržovala zásady asepsy a používala ochranné pomůcky. Při manipulaci s prádlem, biologickým materiálem a kontaminovanými předměty jsem postupovala dle metodických pokynů nemocnice. Návštěvy byly poučeny o hygieně rukou a nutnosti použití ochranných návleků na boty a pláště. Otcí bylo přetlumočeno poučení o nutné ochraně dítěte před infekcí, bylo mu doporučeno v prvních týdnech omezit návštěvy lidí u dítěte, vyhýbat se místům s vysokou koncentrací lidí, oblékat dítě přiměřeně k venkovní teplotě. Taktéž byl otec poučen o prevenci infekční endokarditidy.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Při dodržování všech preventivních opatřeních se u chlapce neprojevíly žádné známky infekce. Otec prokazuje dovednost při dodržování preventivních opatření v péči o syna. Ví, že všechna infekční onemocnění a výkony, při nichž se poruší celistvost kůže, musí být kryta ATB dle rozpisu v průkazu, který obdrží při propuštění do Olivovy léčebny.

Riziko úrazu

Cíl ošetrovatelské péče:

- U dítěte nedojde k úrazu
- Otec bude edukován o možných nebezpečích a prevenci jejich vzniku

- Zdravotnický personál i otec budou dodržovat pravidla bezpečného ošetřování dítěte

Plán ošetrovatelské péče:

- Lůžko dítěte vybavit postranicemi
- Edukovat otce o manipulaci s postranicemi postýlky a nutnosti jejich využití
- Kontrola hraček v lůžku a blízkosti dítěte z hlediska jejich bezpečnosti
- Zajistit optimální světlo v pokoji dítěte, minimalizovat hluk prostředí oddělení
- Zhodnotit prostředí, zda v něm není potenciální nebezpečí (mokrý podlaha, otevřené okno)
- Podávat tekutiny a stravu optimální teploty

Realizace ošetrovatelské péče:

Otci byly tlumočeny možná rizika úrazu na oddělení, nutnost zvedání postranic lůžka dítěte, kontrola jeho pohybu po pokoji či oddělení. Také byl obeznámen, že je nutné uvědomit personál, když bude odcházet z oddělení a nechávat syna na pokoji samotného.

Hodnocení:

Při ošetřování dítěte byla dodržena pravidla bezpečného ošetřování, k úrazu nedošlo. I přes jazykovou bariéru byla s otcem velmi dobrá spolupráce, o chlapce všímavě pečoval celý den.

2.8.2 Hodnocení psychických potřeb nemocného

Při péči o čtyřletého chlapce jsem se stále soustředila na jeho základní potřeby, které jsou shodné pro každé hospitalizované dítě:

- přítomnost blízké osoby
- opakované a srozumitelné informace
- možnost volby, potřeba soukromí a jistoty
- bezpečné a podnětné prostředí přizpůsobené věku
- kvalitní kontakt s širší rodinou a vrstevníky
- možnost hrát si a učit se (18)

Pro jazykovou bariéru bylo těžké hodnotit, jak pacient ve svém věku a při svém náboženském vyznání vnímá nemoc. Po celou dobu rekonvalescence spolupracoval. Až v pokročilém období své plné mobility působil, že se občas nudí a má dlouhou chvíli. Tento stav je však pozorovatelný u všech déle hospitalizovaných dětí v omezeném prostředí jednoho oddělení. Od okamžiku, kdy mohlo být dítě se svým otcem, bylo klidné, bez úzkostných pohledů. Pro oba byl pobyt v nemocnici silným interkulturním zážitkem, avšak v přítomnosti druhého působili spokojeně. Bedlivě sledovali okolí s neutrálním výrazem ve tváři. Komunikace fungovala za použití ujednaných gest a několika afgánských slov. Chlapec před personálem mluvil minimálně. Vždy vyslechl tlumočnicka a pokyny otce a bez slovní reakce spolupracoval. S ostatními dětmi si nehrál, jen je pozoroval (opět s neutrálním výrazem). Přestože chlapec mluvil jen velmi

málo a nevyhledával kontakt s okolím, nepůsobil úzkostně či ve stresu, ale jako introvert. Podle tlumočnicka je „takto hodný“ i ve svém domácím prostředí.

Otec se všímavě a láskyplně o syna staral a během hospitalizace dodržoval veškerá pravidla vnitřního řádu a instrukce zdravotnického personálu.

2.8.3 Edukace

Edukace v ošetrovatelství je nejen výchova a vzdělávání pacienta pro zvýšení péče o vlastní zdravotní stav a průběh choroby. Je zejména přístupem zdravotnického personálu k nemocnému a jeho rodině, kdy se aktivně snaží je podpořit a pomoci se zorientovat v nové situaci, aktivovat vnitřní síly a účinně čelit nepříjemnostem spojených s léčbou a hospitalizací.

Edukaci nelze provádět jednorázovým poučením, edukace musí být dlouhodobým procesem, který se musí plánovat a prolínat celou hospitalizací.

V péči o dětského pacienta mají rodiče dítěte právo na informace v průběhu celé péče a rovněž mají být informováni o péči v domácím prostředí po propuštění. Zdravotničtí pracovníci edukují v rozsahu své odborné způsobilosti, svých znalostí a dovedností. Lékař seznamuje rodiče, dítě s diagnózou, dostupnými způsoby terapie, medikací, prognózou a možnými komplikacemi. Sestra edukuje o ošetrovatelských postupech, o pohybovém režimu, výživě, připravuje edukační materiál.

Edukovaná osoba má právo dostat informace pro ni srozumitelným způsobem a v jazyce, kterému rozumí. Důležitá je vhodná metoda edukace (verbální, písemná, video, praktický nácvik). Před začátkem edukace sestra posoudí edukační bariéry edukanta (jazyková, psychická,...), dle úsudku vybere nejvhodnější edukační metodu. Po skončení edukace je vždy důležitá zpětná vazba, do jaké míry edukant vysvětlovanému porozuměl.

Je nutno edukaci zaznamenat do zdravotnické dokumentace, kde je uvedeno datum a čas edukace, téma, kdo byl edukován (pacient, rodina či přítomnost tlumočnicka), použitá metoda a reakce edukanta. V případě odmítání edukace je potřeba zjistit a odstranit důvod negativního přístupu. Pokud edukant i nadále nespolupracuje, je třeba i toto zaznamenat

2.8.3.1 Edukace otce

Plán edukace otce G.A. prostřednictvím tlumočnicka od 1. pooperačního dne.

- Kontakt na tlumočnicka, stanovit způsob komunikace
- Plánovaný průběh hospitalizace dítěte
- Práva hospitalizovaného dítěte

- přítomnost rodičů na oddělení

- informace o zdravotním stavu dítěte

- jména ošetřujících lékařů a sester

- informované rozhodování

- Domácí řád a hygienicko-epidemiologický režim kardiologického oddělení a JIP
 - režim návštěv
 - ubytování a stravování rodičů dětí
 - kuchyňka, herna, noční klid
 - mytí a desinfekce rukou
 - manipulace se špinavým prádlem
 - třídění odpadu
- Bezpečná péče o dítě
 - zvedat postranice lůžka při odchodu
 - nenechávat dítě bez dozoru, v případě odchodu z oddělení informovat personál
 - pozor na teplotu nápojů podávaných dítěti
- Hygienická péče o dítě
- Rehabilitace
 - nácvik odkašlávání
 - pohybový režim
 - péče o operační jizvu (viz. příloha č. 5)

- Informace při propouštění
 - podávání léků
 - ochrana dítěte před infekcí
 - kontroly v místě bydliště

Závěr

Chlapec byl propuštěn ve výborné kondici a dobrém psychickém stavu. Na EKG se prokázal inkompletní blok pravého Tawarova raménka, který je častým nálezem po korekcích komplexních srdečních vad. Tato raménková blokáda nevyžaduje léčení, ani režimová opatření či sportovní omezení. Po propuštění byl chlapec spolu se svým otcem převezen do Olivovy léčebny v Říčanech, kde čekali na vybavení vojenského letadla zpět do Afganistánu (čekání může být i několikátýdenní). Na ambulantní kontrolu v Dětském kardiocentru byli pozváni za týden po propuštění. Otec byl informován o klidovém šetřícím režimu dítěte. Budoucí zdravotní stav chlapce závisí na pravidelných kontrolách v Afganistánu. Bude-li to zdravotní stav chlapce vyžadovat, je možné ho opět hospitalizovat v ČR.

Souhrn

Svoji práci jsem zaměřila na péči o afgánského chlapce s vrozenou srdeční vadou, která by mu bez chirurgického zákroku bránila v normálním vývoji a zároveň ohrožovala na životě. K hospitalizaci v ČR byl chlapec vybrán mezinárodním programem MEDEVAC. Doprovázela jej otec. Operace i následná rekonvalescence proběhla bez jakýchkoliv komplikací. Nejsložitější na celé rekonvalescenci byla jazyková bariéra a sociokulturní izolace dítěte i jeho otce, která se podílela na derealizaci některých cílů ošetrovatelské péče. Chlapec byl propuštěn ve výborném zdravotním stavu, avšak bude důležité dodržovat pravidelné ambulantní kontroly ve své zemi.

Práce měla hned několik specifík: péče o dětského pacienta odlišné kultury, spolupráce s otcem a tlumočnickem. Zjistila jsem, jak náročné je pracovat pod tlakem jazykové bariéry. Tato zkušenost mi byla výzvou k soustavnému doplňování profesních mezer v oblasti kulturně specifické péče, neboť migrace lidí se zvyšuje a každý nemocný má právo na kvalitní léčbu a ošetřování.

Seznam literatury

1. Doenges, M.; Moorhouse, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*.
Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7013-282-5
2. Fendrychová, J.; Klimovič, M.; a kol. *Péče o kriticky nemocné dítě*.
Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-427-5
3. Fendrychová, J.; Zouharová, A.; Vacušková, M. *Ošetrovatelské
diagnózy v pediatrii*. Brno: NCO NZO 2005. ISBN 80-7013-432-1
4. Henderson, V.: *Základní principy ošetrovatelské péče*. London: ICN
HOUSE, 1995
5. Holešinská, P.: *Mezinárodní konference ošetrovatelství pořádána ve
spolupráci s MZ ČR v návaznosti na harmonizaci oboru ošetrovatelství
s požadavky EU*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0536-2
6. Hučín, B.: *Dětská kardiologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001.
ISBN 80-247-0109
7. Chalupecký, V.; et al. *Dětská kardiologie*. Praha: Galén, 2006.
ISBN 80-7262-406-5
8. Ivanová, K.: *Základy etiky a organizační kultury v managementu a
zdravotnictví*. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-442-9

9. Kolář, J.; a kol. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny*. Praha: Akcenta, 2003. ISBN 80-86232-0609
10. Kozierová, B.; Erbová, G.; Olivierová, R.: *Ošetrovatelstvo 1*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
11. Kozierová, B.; Erbová, G.; Olivierová, R.: *Ošetrovatelstvo 2*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
12. Křivská, D.: *Ošetrovatelská péče o nemocného s dg. Transpozice velkých tepen*. Praha, 2008.
13. Mikšová, Z; Froňková, M.; Zajíčková, M.: *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1443-6
14. Mikšová, Z; Froňková, M.; Zajíčková, M.: *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1443-4
15. Ostravská univerzita Ostrava, Zdravotně sociální fakulta; kolektiv: *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče*. Ostrava, 2003.
ISBN 80-7042-344-7
16. Pavlíková, S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1211-3
17. Průcha, J.: *Multikulturní výchova. Teorie – praxe – výzkum*. ISV nakladatelství, Praha 200. ISBN 80-85866-72-2

18. Průcha, J.: *Interkulturní psychologie*. Portál, s.r.o., Praha 2004
- ISBN 80-7178-885-6
19. Sedlářová, P.; a kol.: *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1613-8
20. Sovová, E.; Řehořová, J.: *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1009-9
21. Staňková, M.: *Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. České ošetrovatelství 6*. Brno: IDV PZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6
22. Špirudová, L.; Tomanová, D.; Kudlová, P.; Halmó, R.: *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, Avicenum, 2006. ISBN 80-247-1213-X

Časopisy:

- I. Černá, E.; Hlaváčová, M.: *Zvyky muslimů*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2005, č. 4, s. 192-194
- II. Engelová, T.: *V klatbě islámu*. Víkend magazín Hospodářských novin, 2009, č. 6 / 6. února
- III. Gombárová, J.: *Islám*. Florence, 2009, roč. V., č. 2, s. 34-37
- ISSN 1801-464X
- IV. Mastiliaková, D.: *Model kulturní péče Madeleine Leiningerové*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2005, č.3, s. 129-132

<http://images.google.cz/images?q=tetralogy%20of%20fallot&oe=utf-8&rls=org.mozilla:cs:official&client=firefox-a&um=1&ie=UTF-8&sa=N&hl=cs&tab=wi>

SEZNAM ZKRATEK

AP	arteriální tlak
AV uzel	atrioventrikulární uzel
CRP	C – reaktivní protein
CVP	centrální žilní tlak
CŽK	centrální žilní katétr
CPAP	kontinuální pozitivní tlak v dýchacích cestách
DCD	dolní cesty dýchací
ECHO	ultrazvukové vyšetření srdce
EKG	elektrokardiografické vyšetření
FF	fyziologické funkce
JIP	jednotka intenzivní péče
LDK	levá dolní končetina
LHK	levá horní končetina
NIBP	neinvazivní krevní tlak
PHK	pravá horní končetina
PMK	permanentní močový katétr
RTG	rentgenové vyšetření
SA	uzel sinoatriální uzel
SaO ₂	saturace kyslíku v krvi
SIMV	synchronizovaná intermitentní podpůrná ventilace
TOF	Fallotova tetralogie
UPV	umělá plicní ventilace

Seznam použitých léků

Amoksiklav

- kombinovaný přípravek širokospektrého penicilinového ATB amoxicilinu kyseliny klavulanové (ireverzibilní inhibitor B- laktamáz), která chrání amoxicilin před jeho degradací
- profylaxe při chirurgických operacích

Ca Gluc (Calcium Gluconicum)

- vápník
- podává se ke zvýšení hladiny ionizovaného kalcia
- zlepšuje srdeční kontraktilitu a zvyšuje krevní tlak

Dobutamin

- sympatomimetikum
- pozitivní inotropní účinek

Furosemid

- sulfonamidové diuretikum Henleovy kličky
- rychlý nástup účinku
- po aplikaci sledovat diurézu, možnost vzniku hypokalemie, hyponatremie a následně arytmie

Heparin

- antagonist trombinu s rychlým účinkem
- při podávání kontrolovat PTT (parciální tromboplastinový čas)
- ředěn pouze do fyziologického roztoku

Chloralhydrát

- nebarbiturátové hypnotikum
- netlumí dechové centrum

Novalgin

- analgetikum, antipyretikum
- při silných bolestech po operaci

Nurofen (Ibalgin)

- nesteroidní antiflogistikum
- analgetický a antipyretický účinek; zde prevence výpotků

KCl (Kalciium chlorátum)

- slouží k hrazení ztrát draslíku (např. při podávání Furosemidu)
- vždy podávat naředěný, jinak vede k arytmiím až asystolii
- k i. v. aplikaci 7,5% KCl s roztokem 5% G

Lacrysin

- oční kapky
- při snížené tvorbě slz vytváří ochranný film rohovky

MgSO₄ (Magnesium sulfuricum)

- hořčík
- prevence a léčba některých křečových stavů

NaHCO₃

- korekce metabolické acidózy

Nipruss (Nitroprusid)

- vazodilatans s výrazným účinkem
- při bolusovém podání (př. snížená průchodnost kanyly) vede k hypotenzi
- rozkládá se na světle (aplikace přes neprůhledné sety)

Propofol 1%

- celkové anestetikum
- sedace u ventilovaných na JIP

Protamin sulfát

- antifibrinolytikum
- antidotum Heparinu (neutralizace do 5 minut po i.v. aplikaci)

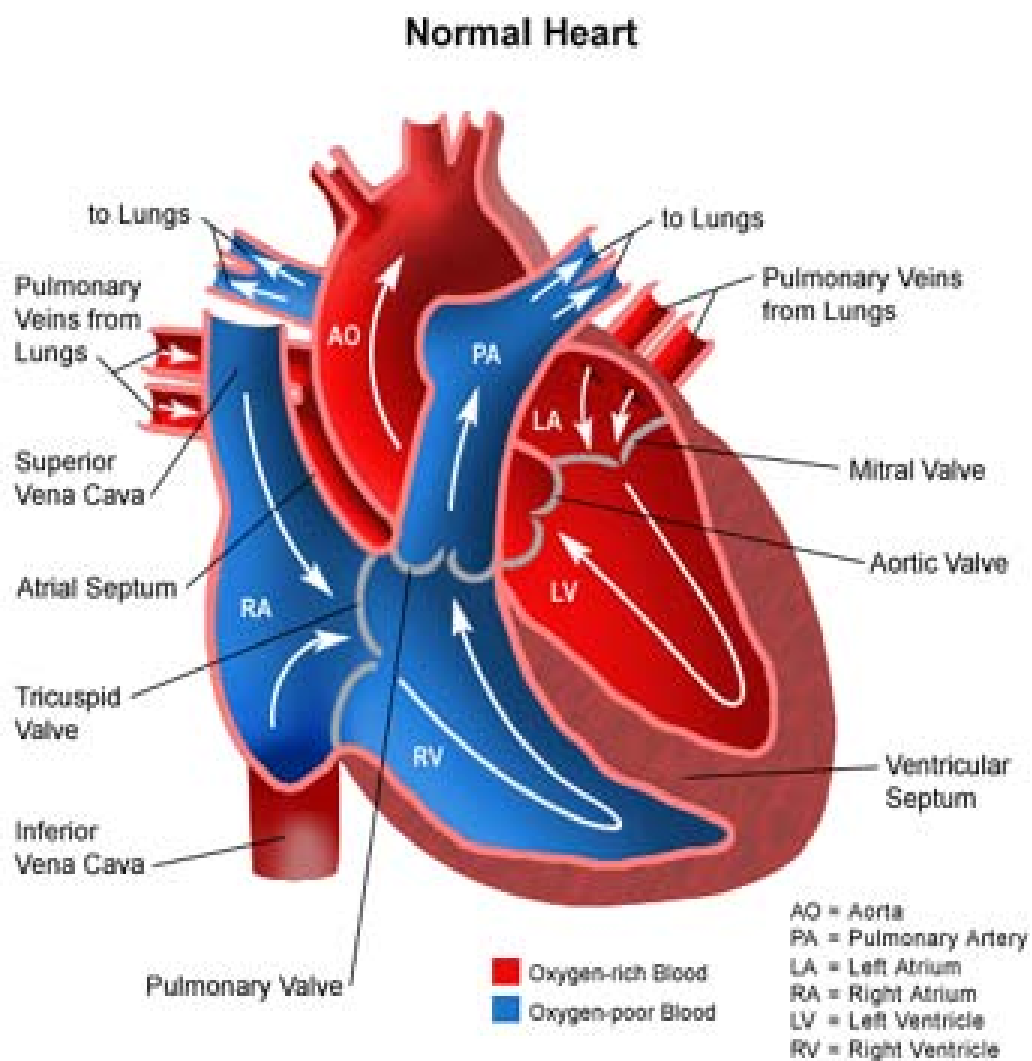
Tensamin (Dopamin)

- sympatomimetikum
- zvyšuje kontraktilitu myokardu

SEZNAM OBRÁZKŮ A PŘÍLOH

- Obrázek č. 1 Normální srdeční anatomie
- Obrázek č. 2 Anatomie Fallotovy tetralogie
-
- Příloha č. 1 Plán ošetrovatelské péče
- Příloha č. 2 Faces pain scale
- Příloha č. 3 Edukace rodičů – Fallotova tetralogie
- Příloha č. 4 Edukace rodičů – péče o operační jizvu
- Příloha č. 5 Práva dětí v nemocnici

OBRÁZEK č.1 Normální anatomie srdce



Příloha č. 1

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE
 FN Motol, V Úvalu 84, Praha 5
 Dětské kardiocentrum
 Vedoucí primář: MUDr. Jan Škovránek, CSc
 Vrchní sestra: Bc. Dana Křivská

Datum		Datum		Datum		Datum		Datum		Datum	
8/9 08	Podpis	10/ 9 08	Podpis	15/ 9 08	Podpis		Podpis		Podpis		Podpis
1.Bolest											
Cíl : dítě bez bolesti, bolest snížena											
Proved'te rozbor bolesti (škály)	/			EX.							
Dokumentujte vývoj bolesti	/										
Všímejte si, kdy se bolest dostavuje	/										
Vysvětlete dítěti / doprovodu příčinu bolesti a možnost jejího tlumení (úlevová poloha, relaxační techniky...)	/										
Informujte lékaře, podávejte léky dle ordinace lékaře	/										
2.Riziko omezení průchodnosti dýchacích cest											
Cíl : Průchodnost dýchacích cest bude zachována											
Uložte dítě do zvýšené polohy	/			/							
Sledujte příznaky respirační tísně (neklid, úzkost, stridor, zapojování pomocných dých. svalů)	/			/							
Dítě odsávejte dle potřeby	/			EX.							
Monitorujte fyziologické funkce i mimo intervaly určené lékařem	/			EX.							
Ve spolupráci s fyzioterapeuty provádějte s dítětem dechová cvičení	/										
3. Riziko vzniku infekce v souvislosti s invazivními vstupy											
Cíl : nedojde k infekci											
Edukujte dítě / doprovod o rizikových faktorech a prevenci infekcí	/		/	/							
Dodržujte aseptické postupy	/										
Hodnoťte kůži v místech zavedení	/										
Kanyly převazujte dle použitého krytí	/										
4. Zvýšené riziko aspirace											
Cíl :Nedojde k aspiraci											
Uložte dítě do zvýšené polohy	/			EX.							
Při podávání stravy NGS zkontrolujte její správné zavedení před každým krmením	/										
Regulujte rychlost podávání výživy, nebo ji podávejte samospádem	/										
Sledujte potencionální rizikové faktory (snížená úroveň vědomí, říhání, ublinkávání, pálení žáhy)	/										
Před každým krmením kontrolujte množství a barvu reziduí	/										
5.Nauzea v souvislosti s celkovou anestézií											
Cíl : dítě nemá nauzeu, nebo budou její projevy minimalizovány											
Edukujte dítě / doprovod o možnosti nauzey po výkonu	/										
Zamezte rychlým a neobvyklým změnám polohy	/										
Po výkonu podávejte dítěti tekutiny po malých dávkách	/										
Podporujte dítě při zvládnání nauzey (dýchání, rozptýlení...)	/										

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE
 FN Motol, V Úvalu 84, Praha 5
 Dětské kardiocentrum
 Vedoucí primář: MUDr. Jan Škovránek, CSc
 Vrchní sestra: Bc. Dana Křivská

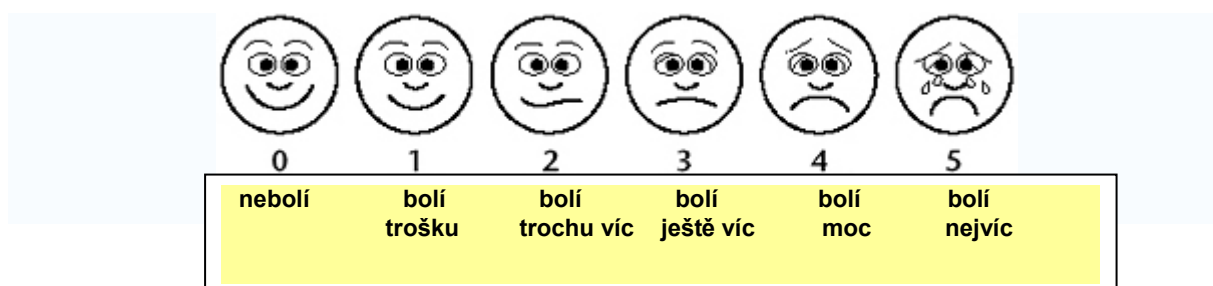
Štítek

	Datum		Datum		Datum		Datum		Datum		Datum
	8/9 08	Podpis	10/9 08	Podpis	11/ 9 08	Podpis	15/ 9 08	Podpis		Podpis	
6. Riziko zvracení											
Cíl : Zvracení eliminováno											
							12/9 ex				
Zaznamenávejte počet zvracení				/							
Sledujte množství, charakter, obsah, zabarvení a zápach zvratků				/							
Zjistěte příčinu zvracení				/							
Zajistěte vhodnou polohu – prevence aspirace				/							
Sledujte množství a skladbu přijímané stravy				/							
Pečujte o HCD				/							
7. Změna tělesné teploty – hypertermie											
Cíl : Dítě je bez teploty											
Kontrolujte a zaznamenávejte tělesnou teplotu i mimo intervaly stanovené lékařem											
Aktivně nabízejte tekutiny											
Infúzní terapii aplikujte přes led											
Zajistěte klidné prostředí											
8. Strach z hospitalizace											
Cíl : Dítě nemá projevy strachu, verbalizuje své pocity											
Zjistěte nejdůležitější příčinu strachu (vývojové hledisko)	/			/							
Nabízejte vhodné aktivity	/			/							
Informujte dítě přiměřeně věku, informujte doprovod dítěte o všem, co dítě čeká při hospitalizaci	/			/							
9. Porucha komunikace											
Cíl : Dítě komunikuje bez problémů											
Navažte kontakt s dítětem (využijte maňáska, oblíbenou hračku dítěte...)	/			/							
Využívejte alternativní možnosti komunikace (obrázky, piktogramy, hru...)	/			/							
Dítě aktivizujte k činnosti			/	/							
10. Bez ošetřovatelské diagnózy											

Příloha č. 2

FACES PAIN SCALE

obličejová škála pro děti od 3 do cca 6 let



Při hodnocení lze použít následující komentář (podle Hicksově):

„Tyto obličejové ukazují, jak moc může něco bolet. Tenhle obličej (*ukážte na obličej nejvíce vlevo*), znamená, že nic nebolí. Další obličejové ukazují větší a větší bolest (*ukazujte na jeden po druhém zleva doprava*) až tenhle (*ukážte na obličej nejvíce vpravo*), ukazuje moc velkou bolest. Ukaž mi obličej, který ukazuje, jak velkou bolest máš (zrovna teď) ty.“

Podstatou je, že dítě má pochopit, že obličejové nepředstavují je samotné, ale jejich bolest!

Hodnocení

- 0 žádná bolest
- 2 a více **bolest, intervence nutná**
- 5 **maximální** bolest

Hlášení sestry lékaři v případě nedostatečné intervence: **skóre neklesne pod 2**

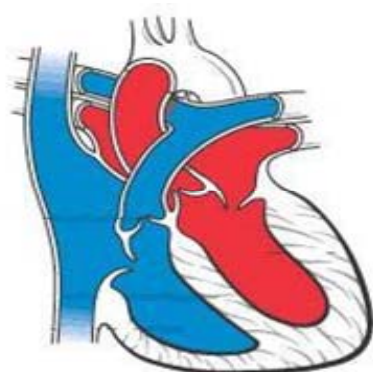
Příloha č. 3



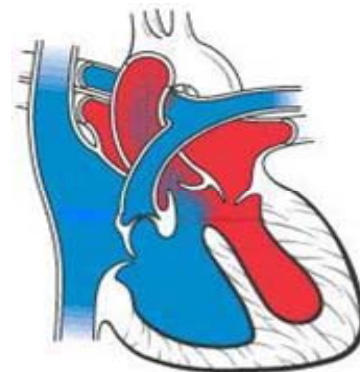
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE DĚTSKÉ KARDIOCENTRUM

Co je Fallotova tetralogie?

Jde o kombinaci několika vad, nejdůležitější z nich je otvor mezi srdečními komorami a dále zúžení výtokové části pravé komory. Toto zúžení výtokové části pravé komory dovoluje jen malému množství krve dostat se do plic. Otvorem v přepážce mezi komorami se určitá část neokysličené krve („modré“) dostává přímo do srdečnice a do těla. Svalovina pravé komory musí překonávat velký odpor zúžené výtokové části této komory a to vede k jejímu zbytnění. Zbytnělá svalovina se může sevřít natolik, že nepropustí téměř žádnou krev do plic. Dítě dostane tzv. hypoxický záchvat (tkáň trpí nedostatkem kyslíku). Větší děti si dřepají na bobek, kojenci mají záchvaty hlubokého rychlého dýchání. Pacient trpí nedostatkem kyslíku a je cyanotický (má modrou barvu).



normal



defect

Jak můžete dítěti pomoci?

Nenechte dítě déle plakat, uklidněte ho. Podávejte mu léky podle rady kardiologické poradny, dodržujte termíny pravidelných kontrol v této poradně. Informujte dětského lékaře i každého lékaře, který Vaše dítě ještě nezná, o nutnosti prevence bakteriální endokarditidy – předložte jim zprávu z kardiologické poradny.

Lze vadu léčit?

Ano. Děti s hypoxickými záchvaty vyžadují podávání léků. Vada je většinou přístupná chirurgickému léčení. Operace je složitá.

Příloha č. 4



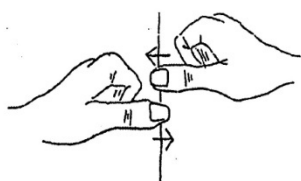
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE DĚTSKÉ KARDIOCENTRUM

MASÁŽ OPERAČNÍ JIZVY

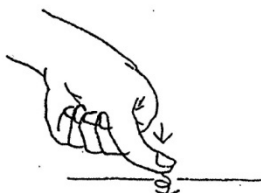
Cílem je změknutí a uvolnění jizvy a prevence její přerůstání do podkoží. K masáži je nevhodnější domácí nesolené sádlo, neparfémovaný krém nebo Erevit mast, kterou můžete koupit v lékárně.

Masáž jizvy je dobré provádět 1x – 2x denně po dobu 10 minut do doby, než začne jizva blednout (asi půl roku). Masírovat začneme až po úplném zhojení jizvy. Nejlepší je masírovat po večerním koupání dítěte, kdy je jizva vodou změkklá. Již při koupání můžeme jemnými tahy mycí houbou nebo malým proudem vody jizvu masírovat.

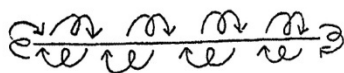
Jizva se nesmí nikdy roztahovat!



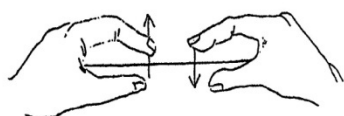
Ještě před nasazením masážního prostředku: Palcem pravé a levé ruky posouváme jizvu zároveň na jednu i druhou stranu.



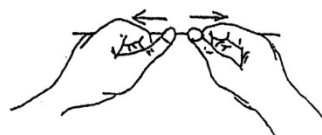
Naneseme sádlo a vtíráme je do oblasti jizvy. Palcem nebo ukazovákem jedné ruky krouživě zatlačíme na jizvu (nesmí bolet). Toto provádíme v průběhu celé jizvy.



Krouživý tlak nyní neprovádíme na jizvě, ale podélně, přičemž tlak směřujeme vždy k jizvě. Tlak nesmí směřovat od jizvy, abychom ji nevytahovali.



Vlnovité hnětení – oba ukazováky přiložíme k jedné straně jizvy a palce proti nim z druhé strany. Jizva je uprostřed. Vytvoříme tak kožní řasu, kterou posouváme vlnovitě nahoru a dolů.



Palce přiložíme do středu jizvy, kterou vytahujeme do délky tím, že palce od sebe oddalujeme

Příloha č. 5 Práva dětí v nemocnici

1. Děti musejí 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 musejí mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se 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 musejí mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem. V případě jazykové bariéry musejí mít k dispozici překladatele.
4. Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které jsou pro jeho léčbu nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí, kultura a víra.
6. Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny a rovněž je schopen poskytovat kulturně orientovanou péči.

7. Děti musejí mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti musí být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti musejí být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti musejí mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.