



**UNIVERZITA KARLOVA
V PRAZE**



3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

**Ošetřovatelská péče o dítě s dg. juvenilní
idiopatická artritida**

Nursing care of child with juvenile idiopathic arthritis

případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Hradec, březen 2010

Bohumila Holzäpfelová

Autor práce: Bohumila Holzäpfelová
Bakalářský studijní program: Ošetrovatelství
Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: PhDr. Marie Zvoníčková
Pracoviště vedoucího práce: Univerzita Karlova v Praze
3. Lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství

Odborný konzultant: MUDr. Marie Přibíková
Pracoviště odborného konzultanta: Rokycanská nemocnice a.s.
primář dětského oddělení

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci zpracovala samostatně a jako podklady jsem použila pouze prameny a literaturu, které uvádím v přehledu. Současně souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce pro studijní účely.

V Hradci dne 1. března 2010

Bohumila Holzäpfelová

Poděkování

Zde bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr.Marii Zvoníčkové za odborné a podnětné vedení. Děkuji paní primářce MUDr.Marii Přibíkové za vstřícnost a za čas, který věnovala čtení a připomínkování mé práce.

Obsah:

1. Úvod	7
2. Klinická část	
2.1. Historie revmatologie.....	8
2.2. Charakteristika onemocnění	
2.2.1. Anatomie.....	10
2.2.2. Klinická problematika artritid.....	13
2.3. Juvenilní idiopatická artritida (JIA)	
2.3.1. Klasifikace JIA.....	16
2.3.2. Etiopatogeneze.....	17
2.3.3. Klinický obraz JIA.....	17
2.3.4. Hematologické a imunologické parametry u dětí.....	20
2.3.5. Terapie.....	21
2.3.6. Očkování.....	26
2.3.7. Prognóza.....	26
2.4. Základní údaje o nemocné	
2.4.1. Identifikační údaje.....	28
2.4.2. Nynější onemocnění.....	30
2.4.3. Provedená vyšetření.....	31
2.4.4. Průběh hospitalizace.....	32
2.4.5. Farmakoterapie.....	32
3. Ošetřovatelská část	
3.1. Ošetřovatelský proces.....	35
3.1.2. Ošetřovatelský proces v pediatrii.....	37
3.2. Model funkčního zdraví Marjory Gordonové.....	38
3.3. Ošetřovatelská anamnéza.....	41

3.4. Ošetrovatelské diagnózy.....	47
3.5. Dlouhodobý ošetrovatelský plán.....	57
3.6. Specifické problémy adolescentů s JIA.....	60
3.7. Edukace.....	61
3.7.1. Medikace.....	62
3.7.2. Režimová opatření.....	63
4. Závěr.....	64
5. Seznam zkratk.....	65
6. Seznam příloh.....	67
7. Zdroje a seznam použité literatury.....	68

1. ÚVOD

Juvenilní idiopatická artritida (dále JIA) je chronické onemocnění charakterizované zánětem kloubů. Termín idiopatická vyjadřuje skutečnost, že příčiny onemocnění nejsou dosud plně objasněny. Dětská revmatologie je vedle např. dětské diabetologie či alergologie stále ještě v pozadí obecného povědomí, přestože incidence JIA juvenilního diabetu je téměř srovnatelná. Rovněž ovlivnění života nemocných dětí je zásadní a dlouhodobé.

V teoretické části své práce nejprve přibližuji širší souvislosti onemocnění v kapitolách o anatomii a fyziologii kloubu, mapuji i historii revmatologie jako oboru. Problematika diagnostiky a charakteristických rysů jednotlivých forem JIA je obsahem dalších kapitol teoretické části. Pro ucelený přehled předkládám výčet současných terapeutických možností a prognostické výhledy nemocných dětí.

Ošetrovatelská část je otevřena kapitolou o obecném významu ošetrovatelského procesu jako celku, blíže je charakterizován ošetrovatelský model Marjory Gordonové, podle kterého jsem analyzovala potřeby své nemocné. Napříč ošetrovatelskými diagnózami zohledňuji především velmi citlivá psychologická specifika daného věku. Práci uzavírám edukační kapitolou, ve které je možné nalézt odpovědi na otázky, které přináší denní soužití s JIA. Teoretickou i ošetrovatelskou část doplňuji přílohami a seznamem zdrojů a použité literatury.

Cílem mé práce je poskytnout komplexní a srozumitelné informace o problematice jednoho konkrétního revmatického onemocnění dětského věku a demonstrovat možnosti aplikace ošetrovatelského procesu v této oblasti pediatrického ošetrovatelství.

„ Nejdůležitějším posláním kloubů je třídění lidstva.

Klouby úspěšně a cynicky dělí lidi na pouhé dvě skupiny: na mladé a staré.“

František Nepil

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1. Historie revmatologie

Počátky revmatologie sahají do doby krátce po založení Univerzity Karlovy. Samostatná lékařská fakulta byla zřízena po roce 1378 Václavem IV. Od roku 1382 působí na lékařské fakultě pražské univerzity jako profesor lékařství Sigismundus Albicus, který byl zároveň osobním lékařem Václava IV.. Ten i jeho bratr císař Zikmund trpěli dnou. Albik zanechal o této chorobě několik rukopisných děl. Tiskem vyšlo toto pojednání až v roce 1909 v Časopisu Lékařů českých. Mluví se zde o revmatismu, jde však především o dnu, což se tehdy v celém světě zaměňovalo. Dna byla známa již od starověku, přesně však byla odlišena od ostatních kloubních chorob Sydenhamem v roce 1686. Definici „revmatismu“ podává ve své dizertaci, kterou se ucházel o doktorát lékařství, Augustin Novack z Olomouce v roce 1727. O postižení srdce revmatologického původu pojednává roku 1809 práce, kterou podal J.F.Hubertus Titlbach. Další rozvoj nové lékařské publikační činnosti nastal teprve založením Časopisu Lékařů českých (dále ČLČ) v roce 1862.

První skutečně vědecká práce z oboru revmatologie byla stať „o dně“, kterou v roce 1883 napsal do Časopisu Lékařů českých zakladatel naší patologické anatomie, dr. Jaroslav Hlava. Další revmatické choroby popisuje a předkládá dr. Emerich Maixner. Nejprve se zabývá pakostnicí mnohokloubovou, čímž rozumí polyarthritis progresiva v dnešním výkladu slova. Lázeňskému léčení dny se začátkem 20. století věnoval velmi intenzivně dr. Vladislav Mladějovský v ČLČ roku 1900. Mladějovský byl prvním řádným profesorem balneologie na naší univerzitě, podrobně se zabýval lázeňskou léčbou chronických revmatických chorob. Po roce 1900 se v ČLČ objevilo více statí s revmatologickou problematikou, žádný autor se však nezabýval tímto tématem soustavně. V roce

1927 byla založena Čs.liga proti reumatismu, pouhý rok po ustavení Evropské ligy v Piešťanech. Reprezentanty české revmatologie byl prof.Dr. Cmunt, prof.Dr. Pelnář, prof.Dr. Prusík. Z oblasti ortopedie přinesli do naší revmatologie mnoho nového Jan Zahradníček, Bedřich Frejka a Otakar Hněvkovský se svými žáky. Důležitým počinem se stalo založení Výzkumného ústavu chorob revmatických v Praze pod vedením F. Lenocho a v Piešťanech pod vedením Š. Sifaje. Tím byla dána revmatologii možnost soustavného rozvoje, výzkumu a šíření poznatků v diagnostice a terapii revmatických nemocí. (18)

Historie pediatrické revmatologie

Za dobu vyčlenění dětské revmatologie lze považovat poslední desetiletí 19. století. Rozhodujícími se staly publikace M.S.Diamantbergera a G.F.Stilla. Diamantberger publikoval monografii o JIA, doplněnou fotografiemi nemocných. Mnohé myšlenky a závěry autora z konce 19.století jsou dodnes pravdivé a hodnotné.

George Federick Still předestřel roku 1897 svoji časopiseckou práci o chronické artritidě u dětí. Popsal pozorování 22 dětských pacientů, ze kterých sám léčil 19. V případě 15 dětí líčí onemocnění jako progresivní zvětšování kloubů s obvykle plíživým počátkem, někdy však i horečnatým, se symetrickou artritidou. Nejčastěji se manifestovalo na kloubech kolenních, zápěstních, na krční páteři, loketních kloubech a drobných kloubech ruky. Zmiňuje i občasné postižení temporomandibulárního kloubu. Deformity nebyly tak výrazné jako u dospělých. Svalové atrofie v sousedství postižených kloubů byly časně. Průběh onemocnění je popisován jako pozvolný, s možností dočasného zlepšení. Stillova publikace se stala díky podrobnému systematickému popisu onemocnění klasickým dílem pediatrické revmatologie . V Čechách věnoval stať JIA ve své publikaci roku 1902 prof. dr. Alfréd Příbram, působící na II. lékařské klinice pražské německé univerzity. (5)

2.2. Charakteristika onemocnění

2.2.1. Anatomie

Kloub-*articulatio(junctura synovialis)* je pohyblivé, dotykové spojení dvou nebo více kostí, jejichž kontaktní plochy jsou povlečeny chrupavkou, mezi artikulujícími kostmi je štěrbina (kloubní dutina) a konce kostí spojuje kloubní pouzdro.

Styčné plochy-*facies articulare*-vytvářejí většinou na jedné kosti konkávní kloubní jamku, na druhé, protilehlé straně kloubní hlavici. Kloubní plochy jsou pokryty 1-6mm silnou hyalinní chrupavkou, která tlumí nárazy. Kloub je uzavřen kloubním pouzdem-*capsula articularis*. Pouzdro se většinou upíná na obvod kostí, tvořících kloub a je tvořeno dvěma vrstvami.(2) Na kloubním pouzdru je možno rozlišit dvě vrstvy: zevní vazivová (*membrána fibrosa*), která přechází směrem do vnitřku kloubu ve vnitřní vrstvu (*membránu synovialis*). Tato je tvořena řidším vazivem, které má na povrchu synoviální buňky (buňky mezenchymového původu). Membrana synovialis vystýlá celou kloubní dutinu mimo styčné plochy. Do nitra kloubu produkuje kloubní maz (*synovii*).(13) Tato tekutina je tekuté médium obsahující bílkovinné mukoalbuminy a kyselinu hyaluronovou. Synovie funguje jako lubrikant chrupavky, zajišťuje výživu avaskulárních kloubních chrupavek a odvádí metabolity od nich. Tlak v kloubech je lehce negativní. Toto omezené vakuum do určité míry přitahuje hlavici a jamku k sobě.(4)

Pomocná zařízení kloubů:

disci a menisci articulares Jsou tvořeny velmi pevnou vazivovou chrupavkou, vloženou mezi kloubní plošky. Discus rozděluje vnitřní prostor kloubu na dvě štěrbiny, nejčastěji horní a dolní. Meniscus má tvar srpku, na okrajích je vysoký a směrem ke středu chybí jeho tkáň a je zde tedy prázdný prostor. Neodděluje artikulující kloubní plochy zcela. Působí jako tlumiče nárazů, doplňují a prohlubují jamku kloubní, umožňují složitější pohyby v kloubu.

ligamenta-kloubní vazy Probíhají nitrokloubně(zkřížené vazy v kolenním kloubu) a zevně. Zesilují kloubní pouzdro a zajišťují stabilitu kloubu.

bursae synoviales-tíhové váčky Ploché váčky nejčastěji velikosti 1-3 cm stavbou podobné šlachové pochvě. Jsou vystlané synoviální membránou, uvnitř které je tekutina.

labrum glenoidale-chrupavčitý lem Rozšiřuje periferii kloubní jamky a je přichycena ke kloubnímu pouzdru a k okraji jamky.

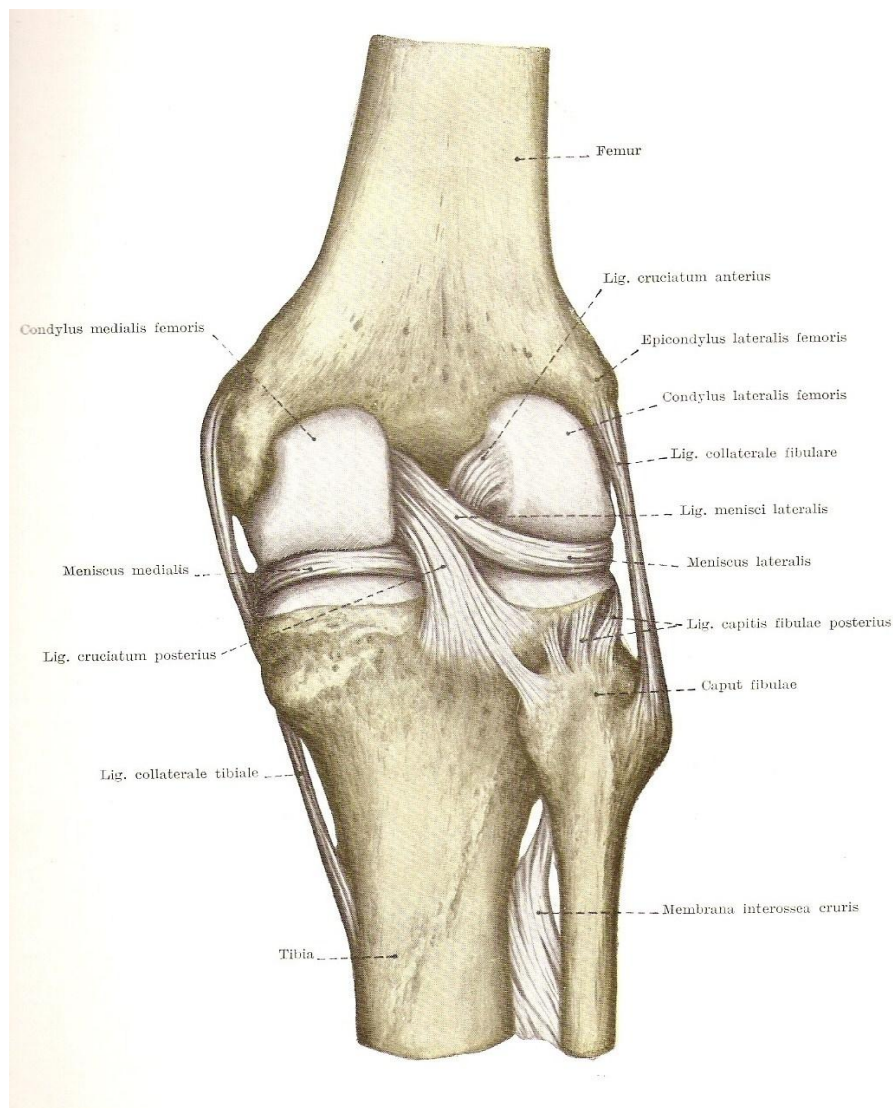
musculi articulares-kloubní svaly Drobné svalové snopce, které se oddělují z okolních svalů a upínají se do kloubního pouzdra. Svým napínáním zabraňují jeho uskřínutí. (4)

Cévní zásobení kloubu

Krevní cévy tvoří v okolí kloubu různě rozsáhlé sítě, ze kterých se konstituují větve zásobující vlastní kloub-především kloubní pouzdro. Obdobnou síť tvoří i lymfatické cévy odvádějící lymfu a tkáňovou tekutinu z kloubního pouzdra.(1)

Inervace kloubu

Autonomní nervová vlákna inervují hladké svalstvo cév kloubního pouzdra. Tato vlákna regulují průsvit cév a tím ovlivňují cirkulaci krve v kloubních pouzdrech a produkci synoviální tekutiny. Senzitivní nervová vlákna vedou informace o poloze a pohybu těla a jeho částí v prostoru (propriorecepce). Druhým typem informací přicházejících z kloubů jsou vjemy bolesti a tlaku. (1)



Kiss, F., Szentágothai, J.: Anatomický atlas člověka, Nakl. ČSAV Budapešť-Praha 1963, díl 1., str. 156-157, ISBN 28095-1d /8/

Základní pohyby v kloubech

ohnutí (flexe) – natažení (extenze)

odtažení (abdukce) – přitažení (addukce)

přivracení (pronace) – odvrácení (supinace)-zvláštní typ rotace radia vůči ulně

úhlový pohyb (opozice)-palec na ruce postaví proti ostatním prstům

rotace-pohyb části těla kolem jeho vlastní osy, aniž by došlo ke změně polohy této osy

cirkumdukce-opisuje plášť kužele, jednotlivé strany míří stále stejným směrem

elevace- zvednutí části těla

deprese – typické pro polohu dolní čelisti-otevření úst (2)

2.2.2. Klinická problematika artritid v dětském věku

Pohybový aparát je častým zdrojem potíží u dětí napříč věkovým spektrem. Revmatická onemocnění představují jen zčásti jejich příčinu. Bolestí nebo poruchou funkce se mohou manifestovat v určitém stadiu onemocnění různých orgánových systémů. Před stanovením diagnózy juvenilní idiopatická artritida (dále JIA) je proto nezbytný široký diferenciálně diagnostický přístup. Bolest lokalizovanou do končetin, kloubů či svalů, udávají děti velmi často. Jen malé procento těchto potíží je způsobeno skutečnou artritidou. Epidemiologická data chronické artritidy (artritidy trvající déle než tři měsíce) se regionálně liší. Z její roční incidence, udávaní v rozmezí 5,3-19,6/100 000 dětí, vyplývá prevalence 1 nemocné dítě z tisíce. (3)

Z uvedeného vyplývá, že zhodnocení stavu dítěte s kloubními příznaky vyžaduje vždy velmi pečlivé a systematické vyšetření pohybového aparátu. V případě dítěte bez přesvědčivých kloubních obtíží je nutno vyšetřit pohybový aparát alespoň orientačně. Anamnestické údaje o potížích dítěte získáme od rodičů, u starších dětí i od dítěte samotného. Starší dětské pacienti jsou schopni popsat bolest, ztuhlost, otoky. Nezanedbatelným údajem je i to, nakolik dítě fyzicky stačí svým vrstevníkům. Menší děti si nemusí stěžovat na bolest, mají velkou schopnost kompenzovat nepohodlí, bolest či narušenou funkci kloubu neobvyklými pohybovými vzorci nebo odmítají chodit zcela. Vyjadřují bolest více fyzicky než verbálně.

Anamnéza onemocnění pohybového aparátu:

Je bolest? Jaký má: charakter (tupá, bodavá, palčivá....), intenzitu, trvání, lokalizaci, vyzařování, vyvolávající a ulevující faktory, kdy je největší (ráno, večer, v noci)

Je ztuhlost? Kdy v průběhu dne?(např. časná ranní ztuhlost)

Je dysfunkce horní končetiny nebo kulhání?

Jak dítě zvládá věku přiměřené fyzické činnosti?

Jsou přítomny viditelné změny?(otoky, změny barvy kůže (3)

Vzhled kloubů a flexibilita úzce souvisí s věkem dítěte. Rozsah pohybu kloubu je fyziologicky největší v předškolní a mladším školním věku, tzv. období fyziologické hypermobility. V průběhu puberty, adolescence a v dospělosti se kloubní flexibilita postupně snižuje.

Základní kloubní vyšetření

Inspekce: Barva, reliéf kostních struktur, svalová hmota, diskrepance délky končetin, poloha končetiny, vzhled místa maxima bolesti.

Palpace: Kožní teplota, otok kloubu (zduření měkkých tkání, zbytnění kostních struktur, intraartikulární výpotek), místo maximální citlivosti (kloubní štěrbina, měkké tkáně, kost).

Hybnost: Rozsah pasivního i aktivního pohybu, kompenzace omezení hybnosti zapojením jiných kloubů či svalových skupin, přítomnost bolesti v kloubu při pohybu.(3)

Orientační vyšetření (screeningové) pohybového aparátu u dětí:

1. Turecký sed.
2. Vyskočit z polohy vsedě do přímého stoje.
3. Předklonit se a téměř se dotknout palců u nohou.
4. Normální chůze, chůze po špičkách a po patách.
5. Předpažit s rukama v pronaci
6. Udělat pěsti.
7. Přitisknout k sobě dlaně a prsty jako při modlení a potom maximálně extendovat zápěstí.
8. Vzpažit.
9. Otočit krkem a ohlédnout se přes každé rameno. (3)

Diferenciálně diagnosticky je nutno u dítěte s příznaky postižení pohybového aparátu od JIA odlišit:

Infekce

a/ přímé – nejčastěji se manifestují jako osteomyelitis a septická arthritida

b/ nepřímé – jedná se o postižení klouby v návaznosti na prodělané infekce jiných orgánových soustav, tzv. reaktivní artritidy, lymeská borelióza

Nádorová onemocnění – kromě solidních tumorů se mohou bolesti kostí a kloubů manifestovat jako časný příznak všech typů hemoblastóz a lymfomů.

Postižení při vrozených onemocněních pohybového aparátu – do této skupiny lze zařadit postižení svalů (myopatie), vrozené anomálie páteře, končetin, vrozenou luxaci kyčelních kloubů, vrozené hypermobilní syndromy.

Postižení při endokrinopatiích, metabolických vadách a koagulopatiích

Jiná získaná onemocnění-úrazy a jejich následky, aseptická nekróza, růstové bolesti, syndromy z přetížení.(3)

2.3. Juvenilní idiopatická artritida

Juvenilní idiopatická artritida (dříve zvaná revmatoidní nebo chronická) je nejčastějším kloubním zánětlivým onemocněním dětského věku. Zároveň i nejčastějším onemocněním ze skupiny juvenilních zánětlivých chorob pojiva. Je charakterizována jako onemocnění dětského věku charakterizované artritidou neznámé etiologie, trvající minimálně 6 týdnů. S různou intenzitou mohou být postiženy rozličné orgánové systémy, nejčastěji se v praxi setkáváme se změnami na pohybovém aparátu.(10)

2.3.1. Klasifikace onemocnění

Pestrost klinických projevů a laboratorních ukazatelů vedly k vypracování celé řady kritérií, počínaje Stillem před více než 100 lety. Poslední klasifikace International League of Association of Rheumatologists (dále ILAR) definuje celkem 7 skupin.(5)

- a) systémová forma
- b) polyartritida seronegativní
- c) polyartritida seropozitivní
- d) oligoartritida perzistující
- e) oligoartritida rozšířená
- f) proiatická artritida
- g) další artritidy (5)

2.3.2. Etiopatogeneze

JIA je autoimunitní onemocnění, jehož vedoucím příznakem je chronický zánět kloubů, doprovázený systémovými projevy. V postiženém kloubu dochází k nahromadění zánětlivých buněk a novotvorbě cév v synoviální membráně. Vzniká pannus-bohatě vaskularizovaná tkáň. Její buňky produkují proteázy, které destruuje kloub. Mezi autoimunitní choroby je JIA řazena pro množství imunologických abnormalit např. revmatoidní faktor (dále RF), autoprotilátky proti buněčnému jádru-antinuclear autoantibodies (dále ANA) cirkulující imunokomplexy (dále CIK), poruchy cytokinů, vazba na určité HLA. Nevyšší podíl na rozvoji zánětlivé aktivity je připisován prozánětlivým cytokinům, především IL-1, IL-6 a TNFalfa. S aktivitou onemocnění koreluje i hladina imunoglobulinů. Vysokou hladina imunoglobulinů nacházíme u systémové a u polyartikulárních forem. Hodnota IgM bývá vyšší než hodnota IgG a IgA. Vyšší hladina IgM se objevuje v souvislosti s nálezem pozitivního RF a revmatických uzlíků. Vyšetření ANA je relevantnější pro stanovení diagnózy než RF. V etiopatogenezi JIA hovoříme o multifaktoriálních procesech, včetně vlivů genetických, imunologických a ovlivnění životními podmínkami.(5)

2.3.3. Klinický obraz jednotlivých typů JIA

A) Systémová forma (Stillova nemoc)

Je charakterizována septickými teplotami s jedním nebo dvěma vzestupy během dne, vrchol výskytu v dětské populaci je u dětí do 2. roku života. K dalším celkovým příznakům lze zařadit prchavý raš, hepatosplenomegalii, lymfadenopatii, serozitidu (zvl.perikarditida). Nástup samotné artritidy se mnohdy opozdí za celkovými příznaky. Postiženy mohou být kterékoli klouby. RF není přítomen, ANA jsou zjištěny zřídka. Celkové těžké projevy mají tendenci ustupovat, artritida však může progredovat a u více než 25% dětí končí

destruktivními lézemi a výrazným pohybovým deficitem. Systémová forma JIA v akutní fázi těžce poznamenává stav dítěte, v dalším vývoji vede nezřídka k funkční nedostatečnosti postižených kloubů a poruchám růstu vlivem kortikoidní terapie. Jednou z nejzávažnějších komplikací systémové formy je amyloidóza a v návaznosti progresivní renální selhání. V laboratorních nálezech se obvykle objeví anémie, elevace FW, CRP a imunoglobulinů. Prognóza je závažná, úmrtnost kolem 1%. (5, 10)

B) Polyartikulární forma-séronegativní (RF-)

Postihuje symetricky 5 a více velkých a malých kloubů horních i dolních končetin v prvních 6 měsících choroby u dětí ve věkové kategorii 2-3 roky. Celkový stav může být lehce alterován. Nacházíme bolestivou synovitidu se zánětlivými laboratorními projevy, pozitivními ANA a negativním RF. U polyartritidy přistupuje riziko chronické přední uveitidy. Časté remise mohou přejít v remisi trvalou, v 10-15% zanechává závažné kloubní poškození. (5,10)

C) Polyartikulární forma-seropozitivní (RF+)

Dominantním příznakem je kloubní postižení (ranní ztuhlost, otoky) s rychlou progresí. Postiženo je 5 a více kloubů v prvním půlroce trvání. Má těžký, od počátku destruuující průběh s trvalou aktivitou, převážně postihuje 8 až 9leté děti. V klinickém nálezu dominuje bolestivá synovitida se zvýšenou zánětlivou aktivitou a pozitivitou RF. Kromě postižení kloubů na horních a dolních končetinách jsou popisovány i změny na páteři, obecně vyjádřeny postižením krčního úseku páteře (torticollis a omezení pohybu). Výjimkou není postižení temporomandibulárního kloubu, omezení fyziologického růstu dolní čelisti vede k mikrognacii. Revmatické uzlíky lze detekovat u 5-10% této formy JIA. Jsou lokalizovány v oblasti mírně nad olekranonem, nad flexory prstů, nad Achilovou šlachou. Jejich nález napovídá závažné prognóze onemocnění. Laboratorní nálezy jsou nespecifické. (5, 13)

D) Polyartikulární seropozitivní forma

Má tendenci k trvalé aktivitě, podle některých zdrojů je považována za časný počátek seropozitivní artritidy dospělých.(5)

D) Oligoartikulární forma

Ve 2/3 postihuje děvčátka s vrcholem výskytu postižení ve věku od 1 do 3 let. Mezi příznaky dominuje asymetrická artritida s pozitivitou ANA a postižením očí. Nález pozitivního RF je vylučujícím faktorem.(3)

a) oligoartridida perzistující

Postiženy jsou 1-4 klouby během prvních 6 měsíců trvání. Tato forma je vázána hlavně na děvčátka předškolního věku a obvykle bývá spojena s pozitivitou ANA. Velmi často je komplikována přední uveitidou, zde vyvstává riziko vážného poškození zraku. Až v 10% může končit slepotou. Po stránce kloubní prognóza příznivá.(3, 5)

b) oligoartritida rozšířená

Počátek může být v podobě perzistující formy, po 6 měsících se však stává polyartritidou. I u této formy je vážné riziko uveitidy.(5)

c) entezopatická forma

Nejčastěji postiženou skupinou jsou chlapci od 9 do 12 let s asymetrickou artritidou velkých kloubů dolních končetin, se záněty šlach a vazů. Je spojována s HLA B27, může být komplikována iridocyklitidou. Během zánětlivé aktivity se může přidružit ulcerózní kolitida nebo Crohnova choroba (entezopatická artritida). K mimokloubním komplikacím oligoartridid řadíme chronickou asymptomatickou iridicyklitidu (uveitidu). Vzhledem k často bezpříznakovému průběhu je nezbytné důsledně dodržovat intervaly pravidelných kontrol předního segmentu

oka štěrbinovou lampou. U dětí s HLA pozitivitou se vyskytuje častěji akutní přední uveitida, při které je oko zarudlé a bolestivé. Velmi rychle reaguje na lokální léčbu.(5, 13)

E) Psoriatická artritida

Vyskytuje se ve většině u dětí s psoriázou nebo jejím výskytem u příbuzných 1.linie. Rovněž tato forma může být spojena s uveitidou a pozitivní ANA. Uplatňuje se zde asociace s HLA B27.(5, 3)

F) Další artritidy

Do této kategorie jsou zařazovány děti, které nesplňují kritéria pro zařazení do výše uvedených skupin a artritida neurčené etiologie u nich trvá déle než 6 měsíců. (5, 13)

2.3.4. Hematologické, imunologické faktory a rentgenové nálezy u dětí s JIA, hodnocení aktivity onemocnění

JIA je doprovázena hematologickými abnormalitami dokládajícími chronicitu onemocnění. Lze sem přiřadit anemii (až 70-100g/l), nízkou hladinu sérového železa a nízkou celkovou vazebnou kapacitu železa. Leukocytóza s hodnotami 30-50x10 je četná u dětí s aktivní formou juvenilní artritidy. U polyartikulárních a těžkých systémových forem stoupá počet trombocytů. Naopak výskyt trombocytopenie není častý, je vázán spíše na systémový lupus erythematodes. Mírou aktivity onemocnění je zvláště v jeho začátku nebo u relapsu sedimentace erytrocytů. Spolehlivým ukazatelem k monitoringu zánětlivé reakce může být C-reaktivní protein (dále CRP). S aktivitou onemocnění koreluje i zvýšení sérových imunoglobulinů. Pozitivita ANA je ve velkém počtu u dětí s oligoartikulární formou JIA a chronickou přední uveitidou. Častým nálezem u

akutních forem oligo- i polyartritid je zvýšení C3 složky komplementu a imunokomplexů.(5)

Pro diagnózu má velký význam zhodnocení kloubního výpotku. Ze zobrazovacích technik je ve většině případů na prvním místě rentgenové vyšetření postižených kloubů. V časných RTG nálezech jsou popisovány zánětlivé změny v postiženém kloubu, růstové odchylky, periartikulární prosáknutí, zmnožení intraartikulární tekutiny. K pozdějším změnám lze zařadit marginální eroze nebo subluxe. Sonografickým vyšetřením kloubu lze detekovat nitokloubní tekutinu a provést aspiraci či drenáž kloubu pod sonografickou kontrolou. CT vyšetření může být přínosné při detekci abnormalit měkké či kostní tkáně. Velkou senzitivitu vykazuje při stanovení závažnosti onemocnění scan kostí a MR.

(3, 5, 13)

V případě, že se počet postižených kloubů s aktivní synovitiidou zvyšuje, hodnotíme onemocnění jako *aktivní*. *Stabilní* je choroba s neměnným počtem postižených kloubů, které reagují na léčbu. *Neaktivní* forma choroby je bez příznaků akutní synovitidy nejméně 2 roky bez léčby, *remise* je období bez známek akutních kloubních nebo extraartikulárních projevů 2 a více let bez léčby.(5) Pro zdravotní hodnocení dětí s artritidou existuje řada nástrojů pro určení či odhad fyzických, mentálních a sociálních funkcí a několik škál sloužících ke zhodnocení změn funkce, schopností, soběstačnosti a bolesti u malých pacientů. Jedním z nich je pro JIA specifický dotazník (CHAQ-Childhood Health Assessment Questionnaire). Dotazník hodnotí funkční schopnost dětí při každodenních činnostech (viz příloha č.3-originální verze, č.4-český překlad). V roce 2000 byla provedena jeho česká validizace.(5)

2.3.5. Terapie

JIA je potenciálně celoživotním zdravotním problémem, nelze vyloučit změny na pohybovém aparátu s možností orgánových lézí, především poruch zraku.

Problematika léčení JIA je otázkou komplexního léčebného přístupu k postiženým dětem a dospívajícím v oblasti medikamentózní, ortopedicko-

chirurgické, rehabilitační, zdravotně-sociální. Nelze opomenout spolupráci rodiny, školských a dalších veřejných institucí.

Etiologie a patogeneze JIA není zcela jasná, neexistuje tudíž prevence ani kauzální terapie v pravém smyslu slova. Cílem léčby je zachovat stávající funkční stav pohybového aparátu, odstranit či alespoň zmírnit subjektivní potíže a zabránit invalidizaci za co nejméně vedlejších účinků léků.(5, 10, 13)

Optimální vedení léčby obsahuje:

a) včasnou diagnózu včetně typu JIA a stupně aktivity

b) nasazení protizánětlivé a analgetické léčby nesteroidními antirevmatiky

Účinek analgetický a protizánětlivý je přičítám blokádě aktivity enzymu cyklooxygenázy (COX). Bez tohoto enzymu není možná tvorba prostaglandinů, které zvyšují senzitivitu periferních zakončení nociceptorů na chemické mediátory bolesti. Prostaglandiny se rovněž podílejí na zánětlivé reakci. Cyklooxygenáza existuje ve dvou izoformách-COX 1 a COX 2. NSA enzym blokuje buď neselektivně (izoformy COX 1 i COX 2) nebo selektivně (COX 2) – koxiby. Protizánětlivý účinek je rovněž kladen do spojitosti s inhibicí syntézy leukotreinů, modulaci funkce cytokinů atd. (11) Nesteroidní antirevmatika (dále NSA) jsou symptomatické léky s rychle nastupujícím efektem. Zmenšují zduření a exsudaci, snižují počet postižených kloubů, potlačují palpační i klidovou bolest, zmírňují ranní ztuhlost. Nejpoužívanější NSA u dětí jsou ibuprofen a naproxen, v revmatologii dospělých pak diclofenac, kyselina tiaprofenová (Surgam), nimesulid(Aulin).(5, 11)

c) bazální(chorobu modifikující) látky- DMARDs při nedostatečné odpovědi na NSA nebo vysoké aktivitě onemocnění

DMARDs ovlivňují imunologickou aktivitu onemocnění. Působí až po určité době (2-3 měs) redukcí produkce cytokinů, s čímž koreluje snížení zánětlivých parametrů. Chorobu ovlivňující látky zlepšují symptomy a snižují aktivitu JIA. Nastává úleva od bolesti, zmenšení otoku, zlepšení hybnosti. DMARDs zpomalují destruktivní změny na kloubech. Účinek, který nastupuje pozvolna, dlouhodobě

přetrvává. Nezastavuje však dlouhodobou progresi základního onemocnění. (5, 10) U dětských pacientů s JIA se v první řadě uplatňuje nízkodávkovaný Metotrexat podávaný 1x týdně s minimem vedlejších účinků. Dalším lékem volby je Sulfasalazin a antimalarika (hydroxychlorochin). Tyto léky lze s výhodou kombinovat.(5, 10, 11)

V nedávných letech nastal znatelný pokrok v léčení revmatických chorob, zvláště RA u dospělých pacientů. Nové poznatky o patogenezi choroby a prozánětlivých procesech vedly k novým léčebným schémátům, které mají charakter biologické léčby. Jednou z cest této léčby je efekt zablokování prozánětlivého cytokinu TNF-alfa. Tyto léky zásadně změnily kvalitu života nemocných, neboť u většiny dokáží zmírnit symptomy choroby a zpomalit či dokonce zastavit progresi onemocnění. (20) TNF-alfa je jedním z nejdůležitějších mediátorů uplatňujících se ve vývoji synovitidy a degradaci kloubní matrix u dětí s JIA. Zkušenosti s použitím léků blokujících TNF-alfa jsou u dětí zatím omezené ve smyslu efektu u různých forem JIA i v otázce bezpečnosti. Prvním preparátem schváleným FDA (Food and Drug Administration) k léčbě JIA byl etanercept (Enbrel). (6) Nově vyvíjené léky zasahují i do dalších imunologických dějů (deplece B-lymfocytů, blokace kostimulačních signálů pro aktivaci T-lymfocytů).(20)

d) S ohledem na množství nežádoucích projevů kortikoterapie jsou indikace u JIA jasně vymezeny. Nezbytné užití je vázáno na formu systémovou a polyartikulární séropozitivní. Z mimokloubních indikací je na prvním místě uveitida nereagující na lokální léčbu mydriatiky a lokálními kortikoidy. Léčba musí vždy probíhat za podmínek co nejnižší ještě účinné dávky po co nejkratší dobu. Efektu se dostaví obvykle rychle, hrozí však relaps po ukončení kortikoterapie. Pokud léčba trvá více než dva týdny, může se vyvinout iatrogenní Cushingův syndrom, sklon k infekcím, strie, hypersekrece HCl (riziko vzniku žaludečního vředu)či insuficience nadledvin. Preventivním opatřením je v tomto případě postupné ukončování léčby. Nežádoucí projevy kortikosteroidů jsou u rostoucího organismu rozšířeny o zpomalení či zástavu aktivity epifyzárních růstových štěrbin. (5, 11, 13)

Protizánětlivé a imunosupresivní účinky kortikoterapie jsou umožněny mnoha mechanismy, následkem kterých se mění odpověď buněk na zánětlivý a imunogenní podnět. Kortikoidy lze aplikovat intravenózně v malých infuzích, perorálně, v podobě mastí na kůži a s výhodou i intraartikulárně.

Nitrokloubní podání depotního kortikosteroidu je metodou volby u artritid, účinná složka se na výstelce kloubu uvolňuje delší dobu a je tak dosaženo delšího protizánětlivého účinku. Nitrokloubním zákrokem může být ošetřen jeden nebo více kloubů. V případech, kde je nezbytný invazivní zákrok, je nutné dítě zbavit v maximální možné míře strachu a bolesti (lokální anestetika). (5)

e) Fyzikální a zejména pohybová terapie je klíčová napříč formami JIA a medikamentózní terapii. Je nenahraditelná svým účinkem na kloubní struktury, skelet a nervosvalový aparát, ale v zásadě pro celý dětský a adolescentní organismus. Dynamická a statická zátěž je nejdůležitějším anabolickým podnětem pro kosterní sval a kost. Pohybová rehabilitace se proto stává i prevencí vývojových odchylek, které vycházejí z omezení hybnosti. Pohybová aktivita podporuje pozitivní metabolickou bilanci svalu, upravuje hypotrofii a pomáhá obnovit funkci zároveň s obnovou svalové hmoty. (13)

Pro zahájení pohybové léčby je nezbytné potlačení bolesti. Terapeutický proces, který pomáhá poznávat jednotlivé bolestivé signály, jejich důsledky a způsoby ovlivnění se nazývá cognitive-behavioral therapy. Zdůrazňuje fakt, že bolest je komplexem mnoha faktorů. Mimo závažnost a rozvoj onemocnění přistupují i fenomény kognitivní (víra, znalosti) a behaviorální (podpora rodiny, školy). CBT je rozdělen do 3 fází, přičemž se děti v 1. a 2. fázi učí, co je bolest a co vyjadřuje, 3. fázi se zabývá vlastním ovlivněním bolesti. (5)

Z možností, které napomáhají omezit bolestivost při pohybu volíme vhodný úchop končetiny, maximální cit při provádění pasívních pohybů, aplikace tepla nebo analgetika před cvičením. Pro vyvíjející se dětský organismus je nezbytné rehabilitací rušit nesprávné stereotypy a vadná držení, která vznikají součtem kloubních, svalových a šlachových patologických lézí. (5, 13)

Na poli pohybové léčby u dětí s JIA je nezastupitelná role rodičů. Rovněž oni musí být jasně edukováni v nutnosti denního pečlivého provádění určených cviků. Jejich předvedení jedenkrát za měsíc při kontrole pozbývá smyslu.

Ke korekci již vzniklého vadného postavení v kloubech jsou s výhodou používané dlahy, trakce, polohování, ortopedická úprava obuvi. V aplikaci fyzikálních léčebných postupů lze na přední místo zařadit aplikaci tepla. Teplo přináší zvýšené prokrvení svalů, uvolňuje spazmy a působí analgeticky. Lokální nebo celková teplá lázeň působí příznivě na bolestivou ztuhlost. Účelné jsou parafinové zábaly, nezanedbatelný je vazodilatační účinek masáže. Při akutní artritidě může projektivně působit lokální kryoterapie.(13)

Komplexní lázeňskou léčbu pro děti s JIA zajišťují léčebny v Teplicích nad Bečvou a v Poděbradech. Základ rehabilitace zde tvoří individuální a skupinová léčebná tělesná výchova. U dětských pacientů je nezbytné získání důvěry a individuální motivace. Fyzioterapeutky používají ke cvičení barevné pomůcky, děti v rámci ergoterapie využívají různé modelovací hmoty, stavebnice, korálky. Komplexní léčbu doplňuje plavání a cvičení v bazénu s teplou vodou, vířivé koupele horních a dolních končetin. Důraz je kladen na instruktáž rodičů pro domácí cvičení dětí.(9)

f) Do oblasti ortopedicko-chirurgické léčby řadíme postupy konzervativní i radikální. Do této kategorie léčby spadá dlahování, ortopedická obuv, různé ortopedické pomůcky. Za další diagnosticko-terapeutické výkony lze považovat artroskopie, odběry synoviální tkáně a operativní výkony preventivního, korekčního nebo náhradového typu. Postup kloubní destrukce a dlouhodobé zmírnění subjektivních potíží dítěte může přinést synovektomie (nejčastěji artroskopicky provedená) při nezvládnutí patologického procesu konzervativními postupy. Korekční zásahy upravují osu končetiny, uvolňují kontraktury a zlepšují hybnost. I v dětském, resp. adolescentním věku přibývá totálních náhrad velkých nosných kloubů po ukončení růstu. Určující význam má důsledná rehabilitační léčba před i po kloubní operaci. Zásadní význam má pro dětského pacienta s JIA po dovršení 19 let předání dokumentace mezi dětskou revmatologií a revmatologií dospělých a zajištění kontinuity další péče.(13)

2.3.6. Očkování u dětí s JIA

Kloubní projevy jsou popisovány jak po vakcinaci, tak i po prodělaném infekčním onemocnění. Artritida nebo její relaps je zmiňován po očkování rozličnými vakcínami, zejména rubeolou, po vakcinaci hepatitidou B byly popsány kloubní potíže, v několika případech i systémové projevy. Příčinou zhoršení klinických projevů nebo nového vzplanutí nemoci mohou být infekce salmonell, neštovic, spalniček, příušnic. Při pozitivitě HLA 27 mohou nastat s větší pravděpodobností komplikace po BCG vakcinaci nebo po očkování hepatitidou B. (5)

V průběhu terapie léky ovlivňujícími imunitní reakce (kortikosteroidy, methotrexat, anti-TNF léky) je kontraindikováno podání živé očkovací látky. Jedná se např. o vakciny proti TBC, příušnicím, zarděnkám, spalničkám, Sabinova vakcína proti obrně. Hrozí zde riziko rozvoje infekce oslabenými kmeny, které jsou součástí očkovacích látek. Možné je použití očkovacích látek, které tvoří neživé části mikroorganismů (vakciny proti tetanu, pertussi, difterii, hepatitidám, chřipce, proti hemofilové, pneumokokové a meningokokové infekci, Salkova vakcína proti obrně). Zde je na místě obava, že v důsledku imunopresivní léčby nenastane plně rozvoj obranyschopnosti proti příslušné chorobě.(7)

2.3.7. Prognóza onemocnění

Prognóza JIA se odvíjí od klinické formy a od individuální závažnosti artritidy. Velký význam má včasná diagnostika a odpovídající léčebné kroky. Vzhledem k malé specifitě prvních příznaků mají zde nezastupitelnou roli praktičtí lékaři pro děti a dorost, ke kterým děti přichází s prvními symptomy. Dlouhodobou prognózu JIA velmi nadějně ovlivnily pokroky v léčbě artritidy v poslední dekádě 20. století. (7)

Systémová forma má proměnlivou prognózu. Asi u poloviny nemocných dětí převládají opakované systémové projevy a podíl artritid je nižší. U této skupiny lze předpokládat navození dlouhodobé remise. Druhá polovina trpí

trvalou, často destruuující a progredující artritidou. Systémové projevy obvykle během let ustupují v intenzitě i četnosti. Nejzávažnější je prognóza u dětí, u kterých spolu a aktivitou kloubního procesu přetrvávají i systémové projevy. Dlouhodobě aktivní onemocnění může být komplikováno amyloidózou. V tomto případě je nutná intenzivní imunopresivní léčba. Život ohrožující komplikací se může výjimečně stát syndrom aktivace makrofágů se závažným celkovým stavem dítěte, nekorigovatelnou horečkou a typickými laboratorními a klinickými změnami (lymfadenopatie, trombocytopenie až pancytopenie, nízká FW, poruchy koagulace, ARDS, DIC).(5, 7)

V případě *RF pozitivní polyartikulární JIA* je polyartritida často rychle destruuující, je nutná intenzivní léčba. U *RF negativní* formy jsou prognostické výhledy příznivější, k rozvoji poškození kloubů dochází asi u čtvrtiny dětí.

Při postižení malého počtu kloubů (*perzistentní forma*) má *oligoartikulární forma JIA* po stránce kloubní příznivou prognózu. Bývá spojena s pozitivitou ANA a velmi často se komplikuje chronickou přední uveitidou, stejně jako *psoriatická forma*. *JIA sdružená s enteritidou* má rovněž proměnlivou prognózu. U části dětí přechází do dlouhodobé remise, u jiných progreduje postižením páteře a sakroiliakálních kloubů.(7) Prozatím není k dispozici metoda, která by na počátku onemocnění uměla přesně předpovědět, jak velké je riziko závažného průběhu s rozvojem kloubního poškození. Časnost a intenzita léčby zůstává proto variabilní a přísně individuální.(5)

2.4. Základní údaje o nemocném

2.4.1. Identifikační údaje

Jméno: Lenka

Rok narození: 1995

Hospitalizace na našem oddělení od 28.9 do 2. 10. 2009

Rodinná anamnéza

matka 1971, zdravá, rodiče-matka ekzém, otec-zdráv

otec 1968, zdrav, rodiče-matka i otec zdraví

sourozenci: sestra 1991, zdravá

Osobní anamnéza

Dítě ze 2. fyziologické gravidity, porod v termínu, per vias naturales, porodní hmotnost 2900g, délka 49 cm. Poporodní adaptace fyziologická. Icterus 0. Kojena 10 měsíců, přechod na UV bez potíží. PMV v normě. Strava nyní bez omezení. Infadin užívala. Kyčle v normě-aplasie jader do 10. měsíce věku. Očkována dle kalendáře, chybí přeočkování proti TBC, polio-ze zdravotní indikace. Prodělala: varicella, salmonelosis v 6 letech

Počátkem roku 2003 si rodiče všimli, že dívka hůře chodí. Chůze byla o širší bazi, namáhavá, dívka si pomáhala tělem, stav neprogredoval. Na bolest si nestěžovala. Zároveň se objevilo nechutenství, občasné zvracení, zvýšená únavnost a následný úbytek na váze. Vyšetřena v ordinaci PLDD - FW 75/hod, CRP 41, výtěr krk-Stapreptococcus beta haemolyticus. Již v průběhu předchozího roku se děvče nespravilo ani o 1 kg a vyrostla jen 1 cm. Matka udávala svůj pocit „jakoby se Lenka ztrácela před očima“. Byla vyšetřena na ortopedii, kde na základě výsledku výtěru z krku ordinován 10x P-PNC. Stav nezlepšen, vyšetřena v revmatologické ordinaci, zde nespĺňovala kritéria pro diagnózu revmatického onemocnění, doporučen Penclen 2x1 tbl. a vyšetření dětským neurologem, zde doporučeno dovyšetření za hospitalizace na oddělení dětské neurologie

(provedení EMG, MR). V průběhu hospitalizace nebyla zjištěna organická příčina potíží, proto domluven překlad na DK FN Plzeň. Na dětské klinice při dalším vyšetření zjištěna pozitivita HLA B27, hyperIMG, známky chronického zánětu ELFO, RF a ostatní autoimunitní markery negat. Týden před propuštěním se objevil bolestivý otok levého RC kloubu, který byl bledý, teplejší, vázla hlavně dorzální flexe. Tato skutečnost zařadila nemocnou do obrazu JIA-artritis s entezitidou. Zahájena léčba Sulfasalazinem, doporučeno sledování v revmatologické ordinaci. V letech 2004-2009 prodělala Lenka dvakrát uveitidu, zvládnutou lokální aplikací kortikoidů, v roce 2006 a počátkem roku 2009 kortikoterapii při progresi kloubního nálezu. Vzhledem k postižení dalších kloubů překlasifikována JIA na formu oligoartikulární seronegativní.

Hospitalizace: neurologická klinika FN Plzeň – 9/2004-poruchy chůze, dětská klinika FN Plzeň-10/2004-diagnostikována JIA

Lázně: 2005-Léčebna Dr. Filipa, Poděbrady

Úrazy: 5/2004 pád z výšky asi 1m na záda, následně hematom s otokem v oblasti Th páteře, rtg s normálním nálezem

Alergie: na hmyzí štípnutí

Dispenzarizace: revmatologie FN Plzeň, oční klinika Plzeň, rehabilitační klinika Plzeň

Gynekologická anamnéza Menses od 13 let, nepravidelně, PM 16.9., výtoky 0, HAK nežívá

Sociální anamnéza

Žije v rodinném domku na vesnici, doma pes, chodí do 8. třídy ZŠ, učí se výborně, hraje na housle, aktivně nesportuje

2.4.2. Nynější onemocnění

28.9. se vrátila v podvečer z návštěvy spolužačky, která měla narozeniny. Po příchodu nauzea, prekolapsový stav, stěžovala si na bolest hlavy. Odešla si lehnout, při kontrole rodiči zjištěna teplota 39,2°C, úporná bolest hlavy, přicházejí na naši ambulanci. Zde děvče udává požití piva a becherovky, množství neví. Během vyšetření nauzea, GCS 15, ameningeální, TT 38,7°C. Vzhledem k základnímu onemocnění a stavu doporučena observace na našem oddělení.

Stav při přijetí

Děvče je plně při vědomí, světloplachá, unavená, úporná bolest hlavy. Spolupracuje přiměřeně věku, odpovědi s mírnou latencí, lehce negativistická. Kostra souměrná, zduření dorzální strany levého radiokarpálního (dále RC) kloubu. Svalstvo přiměřeně vyvinuté, pouze hypotrofie svalů levého předloktí i levé ruky včetně prstů. Kůže čistá, bez exantému, akné na tvářích. Kožní turgor v normě.

Hlava mezocefalická, bolestivá spontánně i na poklep. Bulby ve středním postavení, volně pohyblivé. Zornice izokorické, reagují na osvit i konvergenci. Oči bez sekrece, hyperemie levé spojivky. Inervace n.VII symetrická, výstupy n.V. nebolestivé. Nos bez sekrece. Rty mírně oschlé, jazyk vlhký nepovleklý, dentice sanována. Hrdlo lehce prosáklé patrové oblouky, tonzily nezvětšené, bez náplně klidné. Krk souměrný, hybnost neporušena. Lymfatické uzliny před kývači bilat. zduřelé (3-5mm), nebolestivé. Štítná žláza nezvětšena.

Hrudník symetrický. Akce srdeční pravidelná, 102/min, ozvy znělé ohraničené, šelest nezastižen. Dýchání sklípkové, zrychlené, neoslabené. Zatahování 0, stridor 0.

Břicho dýchá v plném rozsahu, poklep dif. bubínkový, nebolestivý. Pohmat měkký nebolestivý. Játra nezvětšená, slezina nenaráží, rezistence 0, kýly 0. Tpt bilaterálně negativní.

Meningeální známky negativní, orientační neologický nález normální.

Dolní končetiny volně pohyblivé, bez otoků, puls na AF hmatný bilat. Chůze koordinovaná, bez poruch.

PHK volně pohyblivá, zápěstí LHK není na pohmat teplejší ani barevně změněno, vážne dorzální flexe, volární flexe dobrá, lehce vážnou i obě dukce.

Genitál Ž, A3, P3, M3

TK-115/60, váha 58 kg, výška 150 cm, BMI 25,7 (zdroj: dokumentace pacientky)

2.4.3. Provedená vyšetření

FW- 50/hod

KO – leuko 17,98, S-AST-0,35, S-ALT-0,31, kreatinin 68mmol/l

Biochemie-CRP-19, cholesterol 6,1, ostatní hodnoty ve fyziologických mezích

Moč+sed-hodnoty ve fyziologických mezích

Astrup-hodnoty ve fyziologických mezích

Alkohol v krvi-0,6 promile (zdroj: dokumentace pacientky)

Údaje z revmatologické kontroly 20.8.2009

RTG ruky a zápěstí: Těžká poroza, těžká periartikulární dekalcinace. Výrazné snížení kloubních štěrbin v oblasti karpu a zápěstí, usura na radiálním okraji os scaphoideum, výrazná pseudocysta či ortográdně zachycená usura na os trapezoideum. Drobné usurace spolehlivě nevyloučím ani na distálním konci radia.

Závěr: Změny odpovídají artritickému postižení s maximem v oblasti karpu a RC kloubu.

IgG- 14,54, IgA-1,99.,IgM- 2,11, C3-2,05, C4-0,49, ASLO-méně než 75, RF-méně než 10, CIK 66, ANF negativní (zdroj: zpráva z revmatologické kontroly)

2.4.4. Průběh hospitalizace

Děvče ve věku 14 roků a 1 měsíc přijato 28.9. 2009 ve 22.30 z pohotovostní ambulance dětského oddělení pro prekolapsový stav v anamnéze, horečku a úpornou bolest hlavy. Dodatečně vyvstala skutečnost, že v podvečer vypila na narozeninové oslavě přesně neurčené množství alkoholu. Vzhledem ke stavu a základnímu onemocnění přijata.

Při přijetí byla orientována místem i časem, mírně negativistická, s úpornou cefaleou. Během noci a prvního dne hospitalizace opakovaně zvracela, tekutiny hrazeny parenterálně, perorální příjem nedostatečný. Od 2. dne ústup gastrointestinálních potíží, děvče bez teplot. 3. den hospitalizace opět teplotní špičky (až 38,7°C), nauzea, 3x zvracela, zarudlé hrdlo, stěžuje si na bolest při polykání. Po telefonické konzultaci s revmatologem aplikujeme P-PNC 1 500 000j. intramuskulárně. Po odeznění akutních potíží dimitujeme dívku 2.10.2009 v celkově dobrém stavu do domácího ošetřování. Aplikace P-PNC bude dokončena při ambulantních návštěvách. Základní onemocnění bez progresu. Doporučení: Pokračovat v rehabilitaci dle zacvičení, revmatologické a oční kontroly dle plánu. Kontrola na naší ambulanci 3.10.2009 spolu s aplikací P-PNC. Děvče edukováno na téma obecného rizika konzumace alkoholu, zvláště s ohledem na kombinaci s dlouhodobě užívanými léky (zdroj: dokumentace pacientky)

2.4.5. Farmakoterapie

Dexamethasone WZF POLFA (Dexamethsonum) oční kapky, suspenze

Indikační skupina: Oftalmologikum, glukokortikoid

Indikace: Přípravek se používá při léčbě neinfekčních zánětů rohovky bez poruch jejího epitelu, zánětů bělimy a zánětů spojivek. Přípravek mohou používat dospělí, mladiství a děti od 6 let věku.

Nežádoucí účinky: Po vkápnutí do oka se může vyskytnout mírné pálení oka, slzení a překrvení spojivek. Tyto nežádoucí účinky ustoupí za 5-15 sekund, přesto

se při jejich výskytu či jiných neobvyklých reakcích je doporučena konzultace s lékařem.(zdroj:11, 15, str. 573)

Voltaren Ophta CD Diclofenacum natricum oční kapky, roztok

Indikační skupina: Oftalmologikum, nesteroidní antiflogistikum

Indikace: Voltaren Ophta CD se používá k léčbě zánětu po operaci šedého zákalu a jiných chirurgických výkonech, k léčbě zánětu a bolestivosti u poúrazových stavů, k léčbě bolesti oka a světloplachosti.

Nežádoucí účinky: Jsou obvykle mírné a přechodného charakteru. Nejčastěji se objevuje mírné, přechodné podráždění očí. K méně častým NÚ patří svědění, zarudnutí očí a bezprostředně po aplikaci kapek rozmazané vidění. Ve vzácných případech při dlouhodobé aplikaci a při současné léčbě kortikoidy či revmatoidní artritidě nelze zcela vyloučit ztenčení rohovky, zánět či otok rohovky. Ve vzácných případech byl popsán výskyt dušnosti a zhoršení astmatu. Dále byly zaznamenány tyto NÚ: překrvení spojivek, zarudnutí, svědění, otok očních víček, kopřivka, svědění, kašel a rýma.(zdroj:11, 15, str. 1189)

Methotrexat Lachema 2,5 (Methotrexatum) tablety-analog kyseliny listové

Indikační skupina: Cytostatikum, antirevmatikum

Indikace: Přípravek se používá především k léčbě zhoubného nádoru z placentární tkáně, akutního zhoubného krevního onemocnění, mízních uzlin, nádorů prsu, kostí i měkkých tkání, dále u nádorů plic, kůže a nádorů ORL oblasti. Vedle léčby nádorového onemocnění se užívají i k léčbě aktivního revmatického onemocnění kloubů nebo psoriatické artritidy. Vhodnost léčby určuje vždy odborník, u dětí pediatrický onkolog, revmatolog, který děti pravidelně kontroluje.

Nežádoucí účinky: Výskyt a intenzita NÚ závisí na dávce, délce užívání a celkovém stavu pacienta. Vyskytuje se nevolnost, únava, zvracení, průjemy, únava, bolesti hlavy, snížená odolnost proti infekcím, leukopenie. Během léčby lékař kontroluje hodnoty krevního tlaku, jaterních enzymů a kreatininu v séru. (zdroj: 11, 15, str. 836)

Acidum folicum

Indikační skupina: vitamin, antianemikum

Indikace: Přípravek se používá k prevenci a léčení stavů z nedostatku kyseliny listové (též u pacientů užívajících některá léčiva způsobující nedostatek kyseliny listové v organismu, např. Methotrexat).

Nežádoucí účinky: Zřídka se může vyskytnout nauzea, tlak v břiše, pachůť v ústech, poruchy spánku a předrážděnost. Vzácně dochází k alergickým reakcím (vyrážka, svědění, horečka). (zdroj: 11, 15, str. 379)

3. Ošetrovatelská část.

3.1. Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů ošetrovatelství. Tvoří jej série vzájemně propojených činností, které jsou prováděny ve prospěch nemocného, dle možnosti za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči.(18)

S pomocí ošetrovatelského procesu může sestra sama iniciovat, rozhodovat, řídit, vykonávat a sledovat efekt zvolené a poskytnuté ošetrovatelské péče, která se zaměřuje na individuální potřeby konkrétního pacienta. Díky ošetrovatelskému procesu přestává být sestra pouhým pasivním vykonavatelem lékařských ordinací, zvyšuje se samostatnost práce, kompetence a odpovědnost. Ze zvyšující se pravomoci vyplývá lepší sebereflexe a seberealizace v profesi. Tento pozitivní pohled nelze zobecnit, stále máme kolem sebe kolegyně, pro které je pohodlnější a přijatelnější „být vedeny“ a „mít dříve hotovo“ s minimální osobní angažovaností.

Pacientům je díky ošetrovatelskému procesu dána možnost participace na poskytované péči, tím je vyvolána aktivita nemocného a v návaznosti za ideálního stavu i jeho rodiny. Individualizovanou péči ordinuje a řídí sestra, která s nemocným tráví nejvíce času a nejlépe ho zná. S pomocí péče“šité na míru“ je zlepšována a přinejmenším udržována soběstačnost nemocného. Plánovaná a cílevědomá individualizovaná péče je prospěšná i chronicky nemocným a nemocným v terminálních stádiích, u nichž už neočekáváme vyléčení. Ošetrovatelský proces zajišťuje pacientům systematickou, důslednou a kontinuální péči. Uskutečňuje se v pěti po sobě jdoucích krocích.(18)

Prvním krokem je co nejpodrobnější sběr informací a následné zhodnocení pacienta. Pro okamžité zahájení potřebné ošetrovatelské péče jsou zásadní identifikační údaje, současný zdravotní stav a anamnestické údaje. Nelze opomíjet způsob života nemocného, jeho sociální status a vazby, vnímání nemoci a další okolnosti, které modifikují uspokojování jeho potřeb. S pomocí získaných informací sestra zpracuje ošetrovatelskou anamnézu, která je doplněním, popř. rozšířením anamnézy lékařské.

Druhou fází ošetrovatelského procesu je stanovení ošetrovatelské diagnózy. Na podkladě získaných informací sestra zjišťuje potřeby pacienta, hodnotí úroveň jejich saturace a při zjištěných deficitech potřeb hledá cesty a možnosti k dosažení optimálního stavu. Priority ošetrovatelských diagnóz stanoví sestra z hlediska svého zjištění i z pohledu pacienta.

Plán péče zpracovává sestra za pomoci ošetrovatelské i lékařské anamnézy. Je nezbytné, aby navržená péče odpovídala potřebám nemocného podle jejich naléhavosti. Řadíme sem stanovení krátkodobých i dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče, návrh vhodných opatření, způsobů a metod pro jejich dosažení.

Při realizaci plánu plní každý člen ošetrovatelského týmu své úkoly vytyčené ošetrovatelským plánem v zájmu dosažení optimálních výsledků a stanovených cílů.

Zhodnocení poskytnuté péče je náplní pátého kroku ošetrovatelského procesu. Zde sestra hodnotí a porovnává jednotlivé fáze OP s danými normami, dle potřeby provádí korekci jednotlivých kroků a nové informace a skutečnosti zohledňuje v plánování další péče.(18)

3.1.1. Ošetrovatelský proces v pediatrickém ošetrovatelství

U dětských pacientů je ošetrovatelský proces cestou k systematickému a organizovanému přístupu nejen k dítěti samotnému, ale v současné době i k jeho doprovodu.

Na nezastupitelnou roli rodiče během dětské hospitalizace poukázal již v roce 1951 James Robertson v Anglii. Ve své útlé publikaci *A two year old ges to hospital* demonstroval, jaký vliv má krátká a nekomplikovaná hospitalizace na chování a prožívání dítěte. Poprvé pojmenoval vnitřní zmatek a nadbytečné trápení, zásadní proměnu v chování hospitalizovaného děvčátka, vliv odloučení na vztah k matce i typické obranné reakce dítěte.

Ani dnes nelze říci, že by se spolupráce mezi zdravotníky a rodiči obešla bez třecích ploch a potíží. K tomu, abychom využili v maximální možné míře rodičovský potenciál, je v první řadě nezbytné zachování respektu k individualitě každého z nás. U hospitalizovaných rodičů jedinečnost modifikovanou nemocí dítěte a následnou nejistotou. Je jisté ku prospěchu, že doprovody dětí jsou stále méně vnímány jako nevítaní hosté, ale jako spojenci, kteří nám pomohou odkrýt zákoutí dětské duše. S jejich přičiněním je pak dětská hospitalizace méně traumatizující, dítě zažívá méně nejistoty a smutku, pobyt v nemocnici se významně zkracuje.

Nejdůležitějším předpokladem uplatnění ošetrovatelského procesu je dokonalá znalost vývojových zákonitostí dítěte, protože teprve rozumět znamená pomáhat. Dětství a dospívání jsou natolik dynamická a citlivá období v lidském životě, že v každé jeho etapě může přístup a chování zdravotnického personálu léčebné výsledky umocňovat, ale bohužel také zcela znehodnotit.(12) V dětském ošetrovatelství zůstávají v platnosti všechny fáze ošetrovatelského procesu, které byly uvedeny. U dětského pacienta je velmi závažnou psychologickou okolností fakt, že jsou somatické obtíže komplikovány zásadním převedením dítěte do nezvyklého a neznámého, mnohdy mystifikovaného prostředí. Proto je nutné poskytnout dětem i jejich doprovodům čas pro nezbytnou adaptaci na novou situaci, nové lidi, nové prostředí. Teprve následně je můžeme zatížit dotazy a pokyny a očekávat validní informace pro další etapy ošetrovatelského

procesu.(12) Zjišťování informací, identifikace problémů dítěte, naplánování ošetrovatelské péče, její realizace i hodnocení jsou součástí kontaktní péče o dětského pacienta.

Sestra si ke své roli zdravotníka přibírá roli nejbližší kontaktní osoby. Ve vztahu k dětským pacientům můžeme být partnery pro hru, důvěrníky, náhradou kamarádů, vrstevníků. Měli bychom být přijímajícími, těmi, kteří znají řešení každé situace, zůstávají klidní a jsou proto v neznámém prostředí ostrůvkem porozumění a jistoty. Odměnou nám budou otevřené dveře do dětského světa, za kterými najdeme cesty, kudy pomoci.

3.2. Model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon

Koncepční modely a teorie ošetrovatelství jsou podle D. Jonson (1974) děleny podle přístupů k pacientově osobě. Pro dosažení různých cílů jsou proto v praxi nezbytné různé metody pro jejich naplňování. Definována je širší a užší kategorizace ošetrovatelských koncepčních modelů.

Z hlediska širší kategorizace je model funkčních vzorců zdraví M. Gordon řazený mezi modely intervence, mezi ty, které vyzdvihují ošetrovatelský zásah. Podstatou intervenčních modelů jsou odborná rozhodnutí a intervence sestry ruku v ruce s aktivní účastí nemocného na ošetrovatelské péči. Podle kritérií užší kategorizace je model zasazen do skupiny modelů interpersonálních vztahů. Ošetrovatelský model Marjory Gordon je výsledkem grantu, který financovala vláda USA v 80. letech 20. století a je odvozený z interakcí osoba-prostředí. V rámci péče o pacienta sestra rozpoznává funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. Základní struktura modelu je tvořena dvanácti oblastmi, dvanácti funkčními vzorci zdraví, z nichž každý může být funkční nebo dysfunkční. Identifikace dysfunkčního vzorce je pro sestru pobídkou k tvorbě ošetrovatelské diagnózy a intervenci v rámci ošetrovatelského procesu.(14)

12 vzorců zdraví Marjory Gordon zahrnuje:

1. Vnímání zdraví-snaha o udržení zdraví, mapuje postoj jedince k vlastnímu zdravotnímu stavu a celkové pohodě, jakou důležitost přikládá zdraví v běžném životě, jak dodržuje léčebný režim atd.

2. Výživa-metabolismus, vyjadřuje způsob přijímání potravy a tekutin vzhledem k metabolické potřebě organismu.

3. Vylučování, sleduje vyměšovací funkce GIT, močového ústrojí a kůže.

4. Aktivita-cvičení, dává nahlédnout do způsobu udržování fyzické kondice cvičením, zahrnuje aktivity denního života, volnočasové aktivity.

5. Spánek-odpočinek, zahrnuje způsob spánku a odpočinku, individuální vnímání kvality a kvantity, rituály, léky.

6. Smyslové vnímání-poznávací funkce, obsahuje zhodnocení kognitivních schopností (paměť, myšlení, řeč, rozhodování), smyslového vnímání včetně bolesti.

7. Sebepečení-sebeúcta, ukazuje, jakým způsobem člověk vnímá sebe sám, vztah k sobě samotnému v oblasti somatické, emocionální, poznávací, intelektové.

8. Role-vztahy, bilancuje přijetí a naplňování životních rolí a vztahů v rodině, zaměstnání, ve společnosti.

9. Sexualita-reprodukční schopnosti, zahrnuje reprodukční období a související otázky, spokojenost, změny.

10. Stres-reakce na zátěžové situace, dává nahlédnout na typ osobnosti, celkový způsob tolerance a zvládání zátěžových situací

11. Víra-životní hodnoty, vyjadřuje individuální hodnotovou orientaci včetně náboženského vyznání, pokud jakoukoli měrou jedince ovlivňují.

12. Jiné. (14)

Teoretici oboru označují model M. Gordon za nejcelistvější pojetí člověka v ošetrovatelství podle kritérií holistické filosofie.

3.3 Ošetřovatelská anamnéza zpracovaná podle modelu Marjory Gordon

Pro zpracování ošetřovatelské anamnézy jsem zvolila model M. Gordon, protože s jeho pomocí se mi podaří nejpodrobněji identifikovat problémy nemocné. Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebrala 2. den hospitalizace na našem oddělení. Referuje děvče samotné. S Lenkou jsme se domluvily, že jí mohu tykat.

1. Vnímání zdraví, udržování zdraví

Lenka si dle vlastních slov, hýčká jen základní chorobu“ a často nestůně. Početné absence ve škole se jí daří úspěšně kompenzovat. Závažné choroby se v rodině nevyskytují. Zdraví považuje za základní předpoklad naplnění svých plánů a přání. Snaží se denně cvičit dle pokynů fyzioterapeutky, důraz klade na postupné rozvíčování levého zápěstí. Má sestavu cviků na gymnastickém míči a cviky s prvky strečingu. Do cvičení vkládá některé prvky z jógy. Základy získala v kurzu, který navštěvovala v loňském roce s matkou. Před dvěma lety absolvovala lázeňský pobyt v Poděbradech, bez výrazného efektu, spíše došlo ke zhoršení kloubních potíží. Dlouhodobě ordinované léky užívá svědomitě, je rodiči vedena k samostatnosti a odpovědnosti za své zdraví. Děvče nekouří, nesnáší zakouřené prostředí, rodiče jsou nekuřáci. Alkohol nepije, před dvěma dny šlo o narozeninový úlet, za který je jí trapně před rodiči i před zdravotníky.

2. Výživa, metabolismus

V průběhu školního roku Lenka na obědy do školní jídelny nechodí. Strava jí tam nevyhovuje, nosí si svačinu z domova, matka denně vaří. Svačiny si připravuje hodnotné, není líná si nachystat těstovinový či rýžový salát. Ve stravě preferuje zeleninu a ovoce v syrovém stavu v jakémkoli množství, těstoviny, veškeré maso kromě králičího a bramborová jídla. Má ráda jogurty, kysané mléčné výrobky, mléko jako nápoj však ne. Nepozřela by zelí bez ohledu na úpravu, červenou řepu a dušenou mrkev. Sama sebe hodnotí jako mlsnou. Jí podle chuti, po 18. hodině jen ovoce, zeleninu nebo jogurt. Dietu nedrží, jen se snaží cvičením a omezením večerního jídla postupně eliminovat nárůst hmotnosti, který provázel kortikoterapii od března do srpna tohoto roku a velmi ji trápí. V současné

době užívá Methotrexat tablety 15 mg v sobotu, Acidum folicum 1 dražé v neděli. Léky snáší dobře, žádné vedlejší účinky nepozoruje. Z potravinových doplňků si přilepšuje Pangaminem (pivovarské kvasnice), vzhledem k ročnímu období a hrozící chřipce užívá Cetebe.

Vlastní pozorování

Lehce cushingoidní facies, bledý kolorit kůže, mírná spojivková hyperemie vlevo. Drobný výsev akné na tvářích, mírně oschlé rty, jazyk vlhký. Vlasy mastné, zpocené, dle možnosti učesané, nehty bez poškození, čisté upravené. Chrup trvalý, zdravý, rovnátka nepotřebuje. Kůže čistá, bez exkoriací a eflorescencí, bez známek dehydratace. Na LHK mírný otok levého radiokarpálního (dále RC) kloubu, hypotrofie svalstva levého předloktí. Bolestivá pronace a supinace, flexe a extenze jen v náznaku. Pohyb prstů volný se sníženou svalovou silou. V den přijetí vzhledem k nauze a zvracení zaveden na hřbetu PHK periferní žilní katétr, tekutiny hrazeny v parenterální formě (Plazma Lyte). Včera (29.9.) během dne vypila po troškách 300 ml Dobré vody, 3x zvracela, lékař ordinoval doplnění objemu tekutin do 1800 ml fyziologickým roztokem. Dnes dopoledne prozatím 300 čaje, má chuť na polévku, bez nauzey, nezvracela. PŽK ponechán.

Výška 150 cm, váha 58 kg.

3. Vylučování

Doma má Lenka stolicí nepravidelně, někdy denně, většinou po dvou dnech, normální konzistence, bez viditelných příměsí. Naposledy 28.9. Při vyprazdňování potřebuje klid a časopis (na čtení). Močení bez dysurických potíží, frekvenci hodnotí jako normální. Děvče se zvýšeně potí.

Vlastní pozorování

Dle údajů v ošetřovatelské dokumentaci v průběhu hospitalizace Lenka ještě na stoličce nebyla. Bilance tekutin za 24 hodin byla vyrovnaná, SVM 1008.

4. Aktivita, cvičení

Vzhledem k základnímu onemocnění Lenka denně cvičí dle doporučení rehabilitačního oddělení naší nemocnice. Zvláště se zaměřuje na posilování svalstva levého předloktí. Cvičí s molitanovými míčky a posilovacími kroužky. Ve škole by v rámci tělesné výchovy mohla být osvobozená, nechce však jen sedět na lavičce. Díky vstřícnosti vyučujícího proto cvičí podle svých sil a aktuálně náplně vyučovací hodiny, nejméně alespoň rozvíčky. Osvobozena je pouze od skoků a dlouhých běhů. Spolužačky jí vycházejí vstříc a jsou ohleduplné. Příležitostně jezdí na kole nebo si jede zaplavat. Ve volném hruje na housle ve folklórním souboru. Posledních několik měsíců však nemůže levou rukou mačkat struny, chodí tedy alespoň zpívat. Baví ji vyšívání, četba „i návodu k použití“, nyní vzhledem k odeznívající uveitidě spíše poslouchá hudbu. Hudbu nedělí podle žánrů, ale na dobrou a méně dobrou. S rodiči a sestrou rádi a často hrají společenské hry. Lenka klade velký důraz na svůj zevnějšek a oblékání. Hledá si vlastní styl, není „značková“, spíše pečlivě dbá na sladění svršků a doplňků. Nesnáší pocit opocení, dle potřeby se sprchuje i několikrát během dne. Preferuje kosmetiku Nivea.

Lenka těžce nese momentální změnu tělesného schématu po kortikoidní léčbě a omezení pohyblivosti LHK. Lenka je pravák, jídlo příborem zvládá, hygienu s dopomocí (mytí vlasů), sprchuje se sama.

Vlastní pozorování

Výška 150 cm, váha 58 kg, dechová frekvence 18/min, TK 115/65, puls 82/ min, tělesná teplota 36,8°C. Bolest levého zápěstí na stupni VAS 3. Pulsy dobře plněné, dobře hmatné, pravidelné. LHK v šetřící poloze.

5. Spánek, odpočinek

Děvče žije s rodiči a starší sestrou na vesnici v rodinném domku. Spolu se sestrou obývají podkroví, každá má vlastní pokoj. Lenka v tom vidí velkou výhodu, když se chtějí, tak se najdou, když ne, může každá bouchnout dveřmi. Obě mají různý způsob trávení volného času a odpočinku, soukromí jim tedy přijde vhod. Kvalitu spánku hodnotí Lenka všeobecně jako klidný a osvěžující, v posledních týdnech rušen v noci bolestí zápěstí, po Ibalginu úleva. Ibalgin užije maximálně dvakrát v týdnu. Do školy běžně vstává v 6.30, cítí se odpočatá, dojíždí 5 km vlakem, nyní od 10.9. bez školní docházky (uveitida). Ranní ztuhlost nepozoruje

Vlastní pozorování

Podle údajů v ošetrovatelské dokumentaci měla Lenka během první noci opakovaně nauzeu, druhou noc pro bolest levého zápěstí na VAS 4 podán Ibalgin 200 mg, dnes mírnější (VAS 3). Spánek byl objektivně rušen opakovanými kontrolami hodnot fyziologických funkcí první noc po 2 hodinách, druhou po 3 hodinách. V noci ve vedlejším pokoji často plakal kojeneček. Subjektivní spánková nepohoda a následná únava vyplývala i z pacientčiny úzkosti.

6. Smyslové vnímání, poznávací funkce

S ohledem na doznívající ataku uveitidy, vyhledává Lenka spíše šero a sluchové podněty. Oko je mírně bolestivé (VAS1) a citlivé na světlo, po aplikaci očních kapek cca 20 minut neostré vidění na levé oko. Ostatní smyslové orgány beze změny funkce. Lenka chodí do 8.třídy základní školy, v otázce budoucího povolání ještě nemá zcela jasno, líbila by se jí práce zubního technika. Záleží však na tom, kudy se bude ubírat choroba a zda v příštím školním roce studium pro tento obor otevřou. Mezi spolužáky se cítí dobře, do školy se těší, prospěch má výborný, pouze s matematikou bojuje. Ráda by se začala učit francouzštinu, jejím snem je navštívit Paříž.

Vlastní pozorování

Lenčiny úsudky a závěry jsou zralejší a kompaktnější než je standard ve 14 letech. Má bohatou slovní zásobu a všeobecný přehled. Uvědomuje si své prozatímní meze, přijímá svoji jedinečnost i s určitými omezeními a nedostatky. Velkou podporu čerpá od rodiny, odkud se jí dostává téměř bezvýhradné podpory jejího sebevědomí a sebehodnocení. Lenka hovoří s rozmyslem, hezkou češtinou bez slovních parazitismů. Je velmi vtipná a pohotová.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Lenka je bojovnice, která zůstává navzdory dočasným překážkám optimistou. Uvědomuje si jedinečnost svého vztahu k rodině, zde spatřuje zdroj své odolnosti. Nevyhne se přiměřeným kolizím vyplývajícím z věku, ale přesto je rodina středem všeho dění. Za svoji dramatickou zkušenost s alkoholem se stydí, má pocit, že rodiče zklamala, uvědomuje si kontraindikace s užívanými léky. Rodiče ji nepochválili, přesto opět utvrdili v jistotě, že jsou tu pro ni ať bude co bude.

Děvče je zdravě sebevědomé, o svých schopnostech nepochybuje, budoucnost a další kroky podmiňuje pouze zlepšením zdravotního stavu. Pevně věří, že do vánoc bude moci hrát na housle alespoň „a, „g“ a absolvuje se souborem adventní čas. Skutečnost, příliš nevyrostla, nevnímá jako nepřízeň, její heslo je: „Velký a hodný holky se dostanou do nebe, malý a zlobivý všude.“

Vlastní pozorování

Při rozhovoru děvče klidné, usměvavé, i když ještě trochu unavené. Nabídku na pokračování rozhovoru další den odmítá, chce si povídat. Ochotně navazuje hovor i oční kontakt. Chvillemi si hraje s řetízkem na krku, odpovídá věcně a přiléhavě, sama téma hovoru rozvíjí.

8. Životní role, mezilidské vztahy

Do výborných vztahů v rodině vstupují jen fyziologické pochody v rámci zrání a emancipace. Rodina zůstává základní citovou jistotou, bezpečím ve všech

událostech. Svůj vztah k vrstevníkům hodnotí Lenka jako velmi kladný. Ve škole vytvořily se spolužačkami jakousi přátelskou koalici proti nemožným a upoceným chlapcům. Lenka se obává, aby nebyla ze společnosti vrstevníků vytržena na dlouhou dobu a nezůstala tak mimo dění. Po kamarádkách se jí stýská. Se spolupacientkou na pokoji si rozumí.

9. Sexualita, reprodukční schopnosti

Z rodiny je pro Lenku obvyklá otevřenost ve všech otázkách, sexuální nevyjímaje. Lenka vnímá druhé pohlaví na úrovni vzájemného slovního škádlení a vtípkování. Některé její spolužačky už s někým „chodí“. Menses má Lenka od 13 let, zatím nepravidelné, bez potíží. Poslední měsíčky byly 16.9.

10. Stres, reakce na zátěžové situace

Za zásadní zátěž považuje Lenka své onemocnění. Nevnímá jej doslova jako stres, spíše jako nejistotu. Sama aktivně pátrá po dostupných informacích, nejčastěji v knížkách a internetu a zůstává optimistou.

11. Víra, životní hodnoty

Lenčini rodiče nejsou věřící, babička však ano a vedla vždy Lenku i její sestru k pokoře a víře. Lenka si prozatím třídí názory a poznatky, čerpá z literatury, filmů, z internetu. V průběhu uplynulých let se Lenka utvrdila, že zdraví její a jejích milých je to nejpotřebnější, na čem se následně dá vystavět cokoli. Věří, že se vše vyvine tak, aby za dva roky mohla absolvovat taneční a vybrat si své povolání podle zájmu, bez výrazného zdravotního omezení.

3.4. Ošetrovatelské diagnózy ke 2. dnu hospitalizace

Ošetrovatelské diagnózy byly koncipovány ve spolupráci s Lenkou. Zároveň bylo konzultováno i pořadí naléhavosti a krátkodobé plány.

1. Bolest v důsledku poškození tkáně zánětem.

Cíl:

- nemocná verbalizuje zmírnění bolesti nebo její úplné odstranění
- bolest bude maximálně na stupni 2 VAS
- Lenka bude klidná a spokojená
- reakce pacientky bude odpovídat věku a situaci
- Lenka chápe příčinu bolesti a je schopna ji sledovat po náležitém poučení

Plán:

- vysvětlit pacientce příčinu bolesti
- všimnout si projevů bolesti a hodnotit podle některého zavedeného systému
- provést nefarmakologické tišení bolesti-chladivé obklady
- upozornit lékaře na projevy bolesti
- podat léky na tišení bolesti dle ordinace, sledovat žádoucí i vedlejší účinky, zaznamenat do dokumentace
- o možných vedlejších účincích informovat pacienta
- hodnotit účinek analgetik 30 minut po podání
- zajistit Lence pohodlí a komfort, eliminovat zdroje nepohody(hluk), zajistit klidný odpočinek
- sledovat fyziologické funkce, které mohou být bolestí ovlivněné-TK,P,TT

- aktivizovat rodiče k návštěvě nemocné
- vytvořit vztah vzájemné důvěry, akceptace vnímání bolesti pacientkou

Realizace:

V průběhu služby byla bolest zvládaná zajištěním úlevové polohy a dopoledne od 9 do 12 hod nefarmakologicky. Lenčinu bolest jsem dnes hodnotila pětkrát v intervalu 3 hodin (6-9-12-15-18). Bolest byla na VAS 2. Na otok levého zápěstí jsem v 9 hod přiložila chladivý obklad. Led v plastovém sáčku jsem zajistila ochranným obalem, aby nedošlo k poškození kůže. Lenka si sama střídala intervaly přikládání ledu-10 minut s ledem, 10 minut pauza. V 15 hodin zvýraznění bolesti (VAS 3-4), po konzultaci s lékařem aplikován lokálně Dolgit krém. Upozornila jsem Lenku na možné vedlejší účinky krému- pruritus, začervenání. Po 30 minutách udává dítě úlevu (VAS 2). Fyziologické funkce jsem sledovala každé 3 hodiny. Všechny intervence včetně vývoje bolesti jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Cíle se podařilo splnit. V průběhu dne se bolest pohybovala do stupně VAS 2, zvýraznění bolesti v podvečer se podařilo zvládnout lokální aplikací Dolgitu spolu s úlevovou polohou. Lenka byla klidná a trpělivá. V místě aplikace Dolgitu nedošlo k žádné nežádoucí lokální reakci. Sledované fyziologické funkce byly beze změn, celkově byla Lenka bez vegetativních projevů (bledost, pocení). Hodnoty fyziologických funkcí v 18.00-TK-115/65, P-80/min, TT-36,8°C.

2. Riziko infekce v důsledku porušené integrity kůže (periferní žilní katétr- (dále jen PŽK).

Cíl:

- vznikající známky infekce v místě zavedení PŽK budou včas odhaleny
- pacientka neudává žádné související obtíže (bolest, pálení)

Plán:

- zhodnotit kůži dítěte, zda se nevyskytuje zčervenání, otok v místě vstupu nebo v okolí PŽK
- postupovat asepticky při péči o PŽK- převazovat asepticky dle standardu PŽK 1x za 24 hodin, v případě potřeby častěji
- sledovat subjektivní pocity pacienta (bolest, pálení, jakýkoli jiný nepříjemný pocit v místě zavedení PŽK nebo v okolí vstupu)

Realizace:

Na hřbetu pravé horní končetiny byl v den přijetí 28.9.2009 ve 22.30 zaveden PŽK NEO DELTA VEN 1 G22, průměr 0,9x25 mm. K upevnění na kůži byla použita fixace Easi-V s průhlednou membránou. Dnes po ranní hygieně jsem PŽK asepticky převázala a zároveň zkontrolovala stav kůže v místě vpichu. Pobídla jsem Lenku, aby bez obav sdělila jakýkoli pocit dyskomfortu v místě zavedení PŽK nebo v jeho okolí. Do dnešní 10.hodiny dopolední byl perorální příjem 500ml tekutin, dle ordinace lékaře ponechána pouze kanylka k zajištění žíly, infuze prozatím ex. PŽK dle standardu převázán elastickým obinadlem. Před podvečerním mytím vlasů jsem obinadlo sejmula a prohlédla místo vstupu PŽK. Bylo bez známek počínající infekce (bez zarudnutí, bolesti, místní zvýšené teploty).

Hodnocení

Cíle byly splněny. Kůže v okolí vstupu ani v okolí nejeví známky místní počínající infekce. Lenka byla klidná a spokojená, bez negativních a varovných pocitů v místě vpichu

3. Riziko ztráty sociálních vazeb v důsledku hospitalizace.

Cíl:

- Lenka nebude trpět nejistotou ve vztahu ke svým blízkým
- pacientka bude bez obav vyjadřovat své pocity (smutek, pocit viny, stud)

Plán:

- podporovat a iniciovat přítomnost rodiny a spolužáků u pacientky
- zajistit soukromí při návštěvě
- umožnit blízkým účast na ošetřovatelské péči, zvláště při naplňování volného času
- poskytovat Lence i rodičům příležitost hovořit o vlastních pocitech a obavách
- být trpělivý, nenásilně vybízet k hovoru
- zajistit dle možnosti Lenčina oblíbená jídla, která budou podporovat chuť k jídlu
- zachovávat ustálený režim, zajistit co možná nejvyšší míru klidu na oddělení, aby byl podpořen návrat k dřívějším spánkovým vzorcům
- snažit se o toleranci možných výrazů hněvu
- empaticky odhadnout, co může Lenka změnit vlastními silami a kde už je potřeba pomoc (rodina, kamarádi, psycholog)

Realizace:

Lenka měla dopoledne na návštěvě matku, rády přijaly možnost jít se posadit na hernu, kde v té době měly naprosté soukromí. Matka byla zpočátku znepokojena, ale po informaci lékaře se uklidnila a setkání proběhlo ve vstřícné atmosféře. Ke konci návštěvy se Lenka došla za pomoci matky osprchovat. Vzápětí přišly dvě spolužačky, rovněž účastnice narozeninové jízdy, děvčata si se smíchem probrala dívčí témata, pro štěstí dostala Lenka plyšového oslíka. Děvčata slíbila návštěvu i na další den.

Lenka podotkla ráno, že má chuť na polévku. Podle jídelního lístku jsem zjistila, že je k obědu zelňačka. Jelikož by Lenka zelí dobrovolně nesnědla, domluvila jsem s nutriční terapeutkou jednu porci dietní polévky- drůbeží vývar, s čímž pacientka projevila souhlas a snědla celý talíř. Odpoledne jsme spolu vyplnily humorný dotazník závislosti (viz. příloha č.7)

Hodnocení:

Cíle se podařilo naplnit. Všichni blízcí pacientku utvrdili ve své podpoře a trvalosti vztahů. Lenka si je vědoma, že se její hospitalizací nic nemění, těší se domů i mezi spolužáky. Nad výsledky dotazníku jsme se obě dobře bavily.

4. Ztížená sebeobsluha z důvodu změněné pohyblivosti zápěstí LHK a zavedení kanyly.

Cíl:

- pacientka zná a ovládá základní techniku při hygienické péči
- bude zajištěna bezpečnost nemocné
- Lenka nebude pociťovat stud, úzkost, nejistotu
- nemocná bude schopna využít správně mechaniku pohybu při použití příboru, při hygienické péči

Plán:

- zjistit míru schopností u pacientky při její sebeobsluze a sebepéči
- jídlo pro nemocnou v případě potřeby přichystat tak, aby se mohla sama najíst příborem
- zjistit, do jaké míry je pomoc při hygienické péči potřebná a vítaná
- nabídnout Lence pomoc při umytí vlasů

- seznámit nemocnou se signalizačním zařízením v pokoji i ve sprše, poučit ji o dosažitelnosti personálu
- ujistit Lenku, že svými potřebami neobtěžuje
- vybízet Lenku k aktivnímu cvičení na lůžku dle rehabilitačního plánu podle stupně únavy a aktuálního stavu

Realizace:

Lenka je dle údajů v ošetřovatelské anamnéze při jídle přiborem samostatná, poradila by si i s pokrácením běžné stravy. Dnes má k obědu chuť jen na polévku, bude jíst lžící. V podvečer jsem Lence nabídla možnost umýt si vlasy a zároveň nabídla i svoji pomoc. Vzhledem k zásadnímu významu, který Lenka přikládá svému zevnějšku, přijala vstřícně a bez studu nabízenou pomoc při mytí a úpravě vlasů. Pro větší bezpečnost a pohodlí jsem Lenku ve sprchovém koutě posadila na plastovou židli, přes ramena jsem položila podložku na jedno použití pro ochranu proti umáčení a vlasy umyla běžným způsobem Lenčiným oblíbeným šampónem. Po umytí jsem použila vysoušeč vlasů. Na pokoj jsem jí zavěsila zrcadlo. Lenka byla s výsledkem spokojena, pochvalovala si, že je jako nový člověk. Oddělení je vybaveno pákovými vodovodními bateriemi, v ostatních úkonech hygienické péče (čištění zubů, mytí po použití WC atd.) je nemocná samostatná. Suché rty jsme ošetřily pro dnešek Infadolanem, matka Lence zítra donese pomádu na rty. V podvečer si podle plánu Lenka zacvičila známé cviky na zvýšení rozsahu pohybu v levém zápěstí a zvýšení svalové síly.

Pacientka měla večer formovanou stolicí bez patologických příměsí.

Hodnocení:

Základní úkony hygienické péče zvládla Lenka samostatně. Osprchování a následné umytí vlasů bylo realizováno s maximálním ohledem na bezpečnost nemocné, pacientka bez studu a bez obav přijala nabízenou pomoc při péči o tělo, kterou vzhledem k momentálnímu omezení pohybu horních končetin nemůže vykonávat sama.

5. Zvýšená citlivost na světlo v souvislosti s očním postižením.

Cíl:

- Lenka nebude mít zvýrazněné subjektivní potíže vlivem denního světla a slunečního svitu

Plán:

- omezit na tolerovatelnou míru intenzitu světelných podnětů v pacientčině okolí
- dle přání použít stínící zařízení v oknech

Realizace:

Lenčin pokoj je orientován na jižní stranu, dnešní den je slunečný. Lenka nosí v průběhu dne lehce zbarvené sluneční brýle, žaluzie nepovažovala za potřebné zatáhnout. V ošetrovatelské dokumentaci jsem poznamenala vhodné použití jen malého nástěnného světla při vcházení na pokoj ve večerních a nočních hodinách.

Hodnocení:

Levé oko je jen v náznaku začervenalé u vnitřního koutku. Lenka neverbalizuje prohloubení subjektivních potíží ani zrakový dyskomfort. Vtipně poznamenala, že některé sestry mají asi dojem, že kromě očí má nemocné i uši. Jsou totiž nejen nehlučné, ale i pro jistotu i nemluvné.

6. Snížené sebehodnocení v důsledku změny tělesného schématu.

Cíl:

- Lenka bude schopná samostatně se rozhodovat a určovat si pořadí potřeb
- cíle, které si nemocná stanoví, budou reálné

Plán:

- na základě ošetřovatelské anamnézy a doplňujících informací probrat stanovené cíle a citlivě odhadnout jejich realnost
- zprostředkovat kladné ocenění nemocné posílením silných stránek, pomoc při jejich identifikaci
- posilovat snahu nemocné směřující k osobní odpovědnosti
- hovořit o plánech do budoucna
- poskytnout informace o podpůrných systémech a sdruženích pacientů

Realizace:

Pro Lenku je velkým pozitivem její otevřená povaha, komunikativní dovednosti a vysoká míra empatie. Neutápí se osamocená ve svých trablích. V odpoledních hodinách mne sama požádala, zda by mohla jít na návštěvu k dvanáctileté smutné Evičce do vedlejšího pokoje. Navzdory faktu, že si Lenka dopoledne stěžovala na únavu, hrály spolu s chutí karty a scrabble. Pobídla jsem Lenku, aby ukázala Evě fotografie několika párů náušnic, které velmi zdařile vlastnoručně vyrábí z korálků a drátku. Už má novou objednávku. Evička přestala být smutná a Lenka měla dobrý pocit, že druhému rozsvítila den.

V pohledech do budoucna je Lenka optimistou. Věří, že se jí do podzimu podaří zbavit se „prednisonového břicha“, aby si mohla na závěrečný ples v tanečních obléci na podzim korzetové šaty. Ubezpečila jsem jí, že při její cílevědomosti se jí vše určitě podaří. Zkonzultovaly jsme společně některé cviky vhodné pro krásné ploché břicho, doporučila jsem Lence pro inspiraci www stránky několika fitness studií.

Lenka se těší, až bude moci déle číst, aby se mohla začít věnovat francouzštině a v příštím roce se vydat se sestrou do Paříže. Nejkrásnější je prý na přelomu jara a léta.

7. Riziko úrazu v důsledku únavy.

Cíl:

- u pacientky nedojde k úrazu

- únava bude minimalizována
- fyziologické funkce budou v normě, kompenzované
- chování nemocné se vlivem únavy nezmění, neobjeví se podrážděnost, negativismus
- nedojde ke změnám v příjmu toleranci stravy
- Lenka bude mít zájem o okolí i vlastní osobu

Plán:

- edukovat o možných nebezpečích
- upozornit na vedlejší účinky léků (oční kapky)
- zabezpečit dostatečný kalorický přísun
- zajistit efektivní léčbu bolesti
- eliminovat nadměrný hluk a přerušování odpočinku
- minimalizovat nadměrnou duševní nebo emoční zátěž

Realizace

Lenčin spánek byl v průběhu noci rušen ordinovanými kontrolami fyziologických funkcí v intervalu tří hodin. Přestože sestry hodnotí pacientka jako ohleduplné, byla ráno unavená. Ve vedlejším pokoji navíc plakal nově přijatý kojeneček, ruch panoval po celou noc i na chodbě. Během noci docházejí děti s doprovodem k ambulantnímu ošetření přes lůžkovou část oddělení.

V průběhu dopoledne jsem opakovaně pobízela Lenku k odpočinku, vysvětlila jsem jí, že školní povinnosti není potřeba řešit během dnešního dne. Požádala jsem spolupacientku, aby šla sledovat svůj oblíbený seriál na hernu, aby Lenku nerušila televize. Upozornila jsem pacientku, aby nechodila po čerstvě vytřené podlaze na chodbě ani na pokoji. Prostory oddělení jsou vytírána třikrát denně, toto nebezpečí úrazu lze snadno eliminovat. Předpokládá však spolupráci dalších členů lékařského a ošetrovatelského týmu (časový harmonogram odběrů, RTG

vyšetření atd.). Doporučila jsem Lence, aby si v případě potřeby došla na WC před aplikací očních kapek a poté se pokusila setrvat alespoň 10 minut na lůžku. Zdůvodnila jsem své doporučení možným vedlejším nežádoucím účinkům Voltarenu, ke kterým se řadí rozmazané vidění bezprostředně po aplikaci kapek. Odpolední zvýraznění bolesti v oblasti levého RC kloubu se podařilo zvládnout lokální aplikací krému Dolgit a úlevovou polohou. Vývoj bolesti byl zaznamenán do ošetrovatelské dokumentace.

Nutriční hodnota dopolední stravy nebyla v průběhu dopoledne zcela dostatečná. Lenka vypila 800ml tekutin-Dobrá voda a čaj, po lehké úpravě poledního menu snědla 150ml drůbeží polévky. Hlavní jídlo si nevybrala ze žádné z nabízených diet. Odpoledne již ke svačině požádala o mléko a rohlík, k večeři jí sestra přinese rýžový salát se zeleninou, na který má chuť.

V podvečer měla Lenka jedenkrát formovanou stolicí bez patologických příměsí.

Hodnocení:

Cíle se podařilo naplnit s výjimkou dopoledního nedostatečného kalorického příjmu, který se v odpoledních hodinách postupně normalizoval. Lenka byla v dobrém rozmaru, v podvečer ochotně přijala nabídku pomoci s mytím vlasů a měla dobrý pocit, když byla upravená. Odpoledne měla návštěvu, zapojila se aktivně a v dobré náladě do interakce se spolupacientkou. Nemocná i personál dodržovali pravidla bezpečnosti.

Hodnoty FF v 18.00-TK 115/65, P-80/min, TT-36,7°C

3.5. Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče

Do dlouhodobého plánu jsem zahrnula všechny diagnózy, zformulované na základě ošetrovatelské anamnézy 2. den hospitalizace. Ošetrovatelské diagnózy byly modifikovány dle aktuálního stavu nemocné, odstraněné nebo nově založené. Pacientčin stav se 3. den hospitalizace zkomplikoval akutní tonzilitidou. Objevily se dvě teplotní špičky (v 9 a ve 12) hod, Lenka udávala bolest v krku při polykání. Lékař na základě svého vyšetření ordinoval P-PNC 1 500 000 jednotek intramuskulárně. 4. den hospitalizace děvče ještě dopoledne subfebrilní, 5. den již zcela bez teplot, bolest v krku minimální, odpoledne dimitována. Další aplikace P-PNC při ambulantní kontrole další den. Základní onemocnění neprogredovalo, bolest levého zápěstí při propuštění na stupni VAS 2, bolest levého oka Lenka neudává.

Ošetrovatelské diagnózy odstraněné.

1. Riziko infekce v důsledku porušené integrity kůže (zavedení PŽK)

Dne 30.9. po ranní vizitě byl periferní žilní katétr odstraněn, perorální příjem byl dostatečný-29.9. byl příjem tekutin 1850 ml, množství moče 1320 ml, SVM 1009. Místo vpichu překryto sterilním tampónem a přelepeno. V místě zavedení PŽK žádné známky zánětu, Lenka bez subjektivních potíží. Přestože se stejný den stav nemocné zkomplikoval akutní tonzilitidou, děvče nezvracelo, neobjevila se nauzea, perorální příjem zůstal dostatečný.

Ošetrovatelské diagnózy modifikované stavem nemocné

1. Bolest v důsledku postižení tkáně zánětem

Bolest levého zápěstí se po celou dobu hospitalizace, s výjimkou 2. dne (zpracováno v krátkodobém plánu) pohybovala na stupni VAS 1-2. Nenastal důvod ani pro podání analgetik, ani pro aplikaci chladivých obkladů. Úlevovou

polohu zaujímá děvče aktivně. Hodnoty fyziologických funkcí v normě pro dané věkové období.

2. Riziko ztráty sociálních vazeb v důsledku hospitalizace

V průběhu hospitalizace měla Lenka denně návštěvu, ať už členy rodiny nebo spolužačky. Byla v dobré náladě a nevyjadřovala pochybnosti ve vztahu ke svým blízkým. Naléhavost této ošetrovatelské diagnózy se zmírnila, nelze ji však zcela eliminovat.

3. Ztížená sebeobsluha z důvodu změněné pohyblivosti zápěstí a zavedení kanyly

Vzhledem k odstranění kanyly 30.9. se významně zlepšila sebeobsluha, zvláště při osobní hygieně (sprchování). Přetrvává omezení z důvodu otoku a omezené pohyblivosti zápěstí LHK. Úroveň sebeobsluhy zůstala až do propuštění na stabilní úrovni.

4. Zvýšená citlivost na světlo v souvislosti s očním postižením

V průběhu hospitalizace došlo ke změně objektivního nálezu na levém oku, zarudnutí u vnitřního koutku téměř vymizelo. Lenka neměla zvýrazněně subjektivní potíže, přesto bylo potřeba pečovat o světelnou pohodu. Pozitivní byla i skutečnost, že dva poslední dny byly zatažené a deštivé.

5. Snížené sebehodnocení v důsledku změny tělesného schématu

Změny, které Lence přinesla choroba a následná terapie, nejsou zásadně ovlivnitelné v průběhu jedné krátké hospitalizace. Důležité je, aby pobyt v nemocnici neprohloubil obavy, které se jistě u Lenky hlásí oslovo, přestože je navenek klidná a vyrovnaná. Ošetrovatelská diagnóza č.5 má proto své opodstatnění v průběhu celého pobytu na oddělení.

6. Riziko úrazu v důsledku únavy

Díky důslednému plnění jednotlivých bodů ošetrovatelského plánu byla po dobu hospitalizace únava minimalizována a nedošlo k úrazu. Od 3.dne pobytu na našem oddělení si Lenka denně vybrala jídlo dle chuti z nemocničního jídelního lístku, stravu přijímala ochotně i v počátcích akutní tonzilitidy. Cíle uvedené v krátkodobém plánu zůstaly aktuální po celou dobu hospitalizace.

1.10. (3.den hospitalizace) si po snídani Lenka stěžovala na bolest hlavy, zvýšené pocení a bolest v krku při polykání. Následně byla naměřena teplota 38,7°C. Podala jsem dle ordinace lékaře a standardu Ibalgin 400mg dražé, následně měřila teplotu po dvou hodinách. Lenka hodnotila jako příjemný i chladivý obklad na čelo. Při vizitě lékař diagnostikoval akutní tonzilitidu a ordinoval aplikaci P-PNC 1 500 000 j. intramuskulárně. Aplikace byla provedena podle standardu. Bolest v krku byla kladně ovlivněna opakovaným vykloktáním Florsalminu a obkladem na krk. Dohlížela jsem na dostatečný příjem tekutin, odpovídající prostředí a teplotní pohodu v pokoji. V odpoledních hodinách a další den dopoledne již byla pacientka jen afebrilní, odpoledne 2.10. dimise. Další aplikace P-PNC byla provedena při následné ambulantní kontrole 3.10. 2009.

3.6. Specifické problémy dětí staršího školního věku a adolescentů s JIA.

V oblasti somatického vývoje je puberta fyziologicky obdobím dočasné disharmonizace pohybové soustavy a u některých dětí i snížené výkonnosti. Tyto změny jdou ruku v ruce s mimořádnou zátěží organismu při pohlavním dozrání. V psychologických aspektech přistupují některé nové vývojové rysy, které mají zásadní význam pro vnímání vlastního tělesného schématu, pro vztah k vlastním tělesným nedostatkům. Pozornost dospívajícího se začíná zaměřovat do budoucnosti, obrací se k vlastnímu citovému životu, nastupuje potřeba intimnějšího přátelství. Do popředí zájmu se řadí vztahy k druhému pohlaví. Kritický postoj k autoritě bývá vyjádřen v nejrůznějších oblastech, problematiku choroby a léčby nevyjímaje.

Do systému hodnot se naléhavě dostavuje nový prvek-vlastní zjev. Zvláště u dívek se ozývá problematika vnímání vlastní osoby jako objektu sexuálního zájmu („Budu se líbit?“) nebo probouzející se biologická role („Budu moci mít děti a mohou zdědit moji chorobu?“).(12)

U dětí s tělesnými nedostatky jsou pocity méněcennosti velmi naléhavé. Pokud je však vytvořen vztah důvěry mezi dítětem a vychovatelem, který byl budován již v průběhu uplynulého vývoje, snáze se hledají a nalézají kompenzační zájmy. Do tohoto tématu spadá i volba vhodného povolání. Protože jsou prognózy jednotlivých forem JIA různé, je potřeba volit budoucí povolání podle současného zdravotního stavu, nepodceňovat však možnost nových atak. Všeobecně nejsou doporučována namáhavá a těžká zaměstnání, která by mohla vést k rozvoji poškození např. nadměrným vystavení vibracím (práce se sbíječkami). Nevhodné je též vynucené dlouhé sezení při práci (řidiči). Důležitou roli sehrává pracovní prostředí, nevhodné je zaměstnání v chladu a vlhku (stavby, chladírny), práce v nepřírodných polohách s jednostrannou zátěží postiženého kloubu (řemeslníci na štaflích). Při výběru profese je rovněž nutno vyloučit přetěžování zraku.(7)

Onemocnění revmatickou chorobou je traumatizující v kterémkoli věku. Akceptace této skutečnosti v průběhu dospívání je zvláště obtížná. Důležité je vést

dítě k nezávislosti a ponechat mu část zodpovědnosti a kontroly nad vlastní léčbou. Podpora kladných aktivit a začlenění do činností typických pro daný věk má stejnou váhu jako minimalizace různých omezení. Příprava na život v dospělosti, práci a naplnění volného času je stejně důležitá pro děti s revmatologickými potížemi jako pro děti zdravé. (5, 16)

3.7. Edukace

Revmatologická onemocnění zůstávají i přes znatelné pokroky ve výzkumu, diagnostice a terapii stále závažná a nezhřídkavá provázejí dětské pacienty velkou částí dětství a dospívání, často mají chronický charakter. Na léčbě se podílí multidisciplinární tým, ve kterém má kromě revmatologa místo též rehabilitační pracovník, oční specialista, ortoped, psycholog, sociální pracovník, učitel.(7) Volba léčebného postupu je základním krokem v péči o revmatologicky nemocné dítě a je plně v rukou lékaře. Dětem a rodičům v souvislosti s charakterem terapie a reakcí dítěte na ni, s vývojem choroby a jejím ovlivnění běžných denních aktivit však vyvstává mnoho nezodpovězených otázek.(1) Rozhovor v rámci ambulantních kontrol by neměl být zaměřen jen na obtíže dítěte, ale také na to, co dítě zajímá, čeho se obává, co se mu podařilo. Zde se otevírá prostor pro člena týmu, který je jen výjimečně zmiňován vedle dalších odborníků v péči o revmatologicky nemocné dítě-pro revmatologickou sestru. Vstřícný přístup a empatie, oddělení důležitého od méně podstatného, zřehlednění mnohdy nakupených pokynů je zvláště v období po stanovení diagnózy základem pro vytvoření důvěry mezi pacientem, jeho rodinou a zdravotníky.

3.7.1. Medikace

Farmakologická terapie je osou léčby JIA. Narůstající možnosti lékového ovlivnění onemocnění jsou pro nemocné děti bezesporu přínosem a nadějí, zároveň však nezůstávají bez rizika vedlejších efektů.

Nesteroidní antirevmatika (dále NSA) jsou symptomaticky působící léky (působí na projevy nemoci, nikoli na její dlouhodobý vývoj), většinou s dobrou

snášenlivostí. Pro eliminaci možných zažívacích obtíží je vhodné podávání zároveň s jídlem nebo těsně po jídle. Kvůli možnému zvýšení rizika nežádoucích účinků (dále NÚ) není vhodná kombinace jednotlivých NSA.(7)

Lékem první volby ze skupiny bazálních léků je nízkodávkovaný Methotrexat. U této medikace je vhodné vyloučit konzumaci mléka a mléčných výrobků 12 hodin po podání, výskyt NÚ snižuje podání kyseliny listové. Absolutně je kontraindikován alkohol! V průběhu podávání léků druhé linie je potřeba edukovat rodiče o nutnosti dodržování stanovených termínů kontrol (sledování hodnot jaterních enzymů, kreatininu a krevního tlaku).(1, 7)

Kortikosteroidy patří mezi nejúčinnější protizánětlivé léky vůbec. Pokud jsou užívány déle než 4-6 týdnů, je nutné zdůraznit rodičům i dětem vážné až život ohrožující následky, ke kterým by mohlo vést svévolné vysazení léku či náhlé snížení dávek. Zvýšenou tvorbu akné, která v některých případech provází kortikoterapii se obvykle daří zvládnout běžnými kosmetickými prostředky. Děti, které užívají kortikosteroidy, jsou častějšími adepty na stavy psychické nestability, nervozitu a problémy se spánkem. Rodina a okolí dítěte musí poskytovat trpělivé a chápající klima, aby nedocházelo k fixování a prohlubování potíží. Dalším negativním projevem kortikoterapie je snížená obrana proti infekcím. Zde je potřeba zdůrazňovat nevhodnost pobytu v uzavřených prostorách s velkým množstvím lidí, zejména v období zvýšeného výskytu akutních respiračních onemocnění nebo jiných přenosných infekčních chorob (zvláště plané neštovice). Pokud je dítě s neštovicemi v kontaktu nebo má první příznaky, je nutno kontaktovat ošetřujícího lékaře, který rozhodne o dalším postupu. Rovněž očkování u imunokomprimovaných dětí podléhá přísnému omezení.(1, 7)

Zmíněné informace obsahuje téměř bezvýtku každý příbalový leták. Edukační role sestry v medikaci dětských revmatologických pacientů spočívá v pomoci orientovat a sjednotit informace. Potíží se stává přesycení informacemi z různých zdrojů, které jsou často pro rodiče i děti nepřehledné, mnohdy i rozporuplné.

3.7.2. Režimová opatření

Pohybová léčba a rehabilitace patří vedle medikace ke klíčovým komponentám léčebného plánu u dětí s JIA. Cvičení by se mělo stát nedílnou součástí denního programu. Pravidelné cvičení vedené školeným fyzioterapeutem pomáhá udržet a obnovit správnou funkci kloubů i celého pohybového aparátu. Pravidelné, pomalu se stupňující posilování svalů, hlavně v okolí postižených kloubů, má nenahraditelný význam v prevenci funkčních poruch i v případné léčbě mechanických kloubních komplikací. Obecně je žádoucí podporovat dítě v běžných pohybových aktivitách v souladu s jeho věkem. Absence tělesné aktivity není vhodná stejně jako jednostranně zaměřený výkonnostní sport. Při postižení kloubů dolních končetin nejsou doporučovány dlouhé pochody a dlouhé běhy, doskoky a kontaktní sporty. Vyčleňování dítěte z tělesné výchovy ve škole není vhodné. Ideální je dohoda s učitelem, aby bylo dítěti umožněno volit si cvičení individuálně, podle toho, jak se aktuálně cítí a co zvládne. Díky tomu se dítě necítí vyřazeno z kolektivu vrstevníků a neztrácí s nimi kontakt. Jako vhodná pohybová forma je obecně uváděno plavání a jízda na kole.(7)

Děti školního věku a studenti by měly být podporováni v co nejnižší absenci ve školní docházce. V některých případech (v začátcích choroby) nelze jinak, doba přerušování vzdělávacího procesu by měla být jen nejnutnější a co nejkratší. Faktory, které nepříznivě ovlivňují školní výkonnost bývají potíže s chůzí, bolest a snížená odolnost vůči zátěži. Pochopení situace ze strany školy a respekt k novým individuálním potřebám dítěte umožní a usnadní školní docházku.(7)

Průběh JIA není přímo a prokazatelně ovlivněn žádným dietním opatřením. Požadavkem je, stejně jako u dětí zdravých, vyvážený jídelníček skladbou přiměřený věku dítěte a dostatečný přísun tekutin. Strava nemocného dítěte má obsahovat dostatek rostlinných i živočišných bílkovin, vitamínů a s ohledem na tělesnou aktivitu dítěte i přiměřenou dávku cukrů a tuků. Pokud je dítě léčeno kortikoidy, je žádoucí omezení cukrů a tuků a tím pomoci regulovat váhové přírůstky. V případě katarakty (jako očního nežádoucího účinku kortikosteroidů) a výskytu zvýšeného nitroočního tlaku, je na vhodné zařadit dietu

s nízkým obsahem soli. Glykémie může být ovlivněna při vzniku tzv. steroidy indukovaného diabetu, který vyžaduje dietu s omezením volných cukrů a tuků v potravě. Osteoporóza patří ke skrytě se rozvíjejícím nežádoucím účinkům kortikoidů. Stav lze diagnostikovat a monitorovat pomocí vyšetření kostní denzity. Je předpoklad, že zvýšený přísun vápníku a vitamínu D může zpomalit progresi osteoporózy.(7)

Měrnou jednotkou posledního odstavce na téma edukace nejsou ani miligramy, ani hodiny, ani procenta. Je jí láska rodičů k dítěti, které nevykročilo do života úplně bez zakopnutí. Chronické postižení dítěte je velkou zátěží pro celou rodinu a od základu mění její nastavení. Čím je průběh onemocnění závažnější, tím těžší je zvládnout celou situaci a nenadálé změny, které tak do fungování rodiny přicházejí.

Pro zdravý vývoj osobnosti dítěte je nezbytný optimismus v chování rodičů, láskyplná podpora a budování zdravého dětského sebevědomí. Na druhé straně to vše předpokládá vyvážení důsledným požadováním plnění úkolů a odpovědností, které přísluší konkrétnímu věku dítěte. Výsledkem je budování nezávislosti starších dětí, což je hlavním výchovným cílem.

4. Závěr

Nemoc nebo zdravotní omezení znamená pro dítě zátěž organismu, ale velkou měrou také novou životní situaci, se kterou se musí umět vyrovnat. Akutní onemocnění vzplanou a dojdou ve většině případů k rychlému a zdárnému konci. Pro dítě zůstanou jen epizodou, jejíž obrysy jsou časem méně ostré, dítě mnohdy vyjde z této zkušenosti posíleno.

Dětem s chronickou chorobou ale doba nemoci nepředstavuje jen letmé ukročení z radostné cesty dětství. Období nemoci je určující součástí této cesty.

Téma dětských revmatických chorob je ve srovnání s dalšími chronickými procesy dětského věku otevíráno jen zřídka. Cílem předkládané studie proto bylo přinést ucelený pohled na problematiku péče o dětského revmatologického pacienta. Doufám, že se mi podařilo prezentovat širší problémů, které přináší JIA do běžného denního života dětí a adolescentů a nastínit možnosti, jak jim pomoci nelehký úsek života překlenout.

5. Seznam zkratek

AF	arteria femoralis
ANA	antinuclear autoantibodies
ARDS	acute respiratory distress syndrom-syndrom akutní respirační tísně
BMI	Body Mass Index
CBT	Cognitive behavioral therapy
CIK	cirkulující imunokomplexy
ČLČ	Časopis lékařů českých
COX	cyklooxygenáza
CRP	C-reaktivní protein
DIC	diseminovaná intravaskulární koagulopatie
DMARDs	disease-modifying antirheumatic drugs-chorobu modifikující léky
ELFO	elektroforéza
EMG	elektromyografie
FDA	Food and drug administrativ
FF	fyzilogické funkce
FW	sedimentace erytrocytů
GIT	gastrointestinální trakt
GCS	Glasgow coma scale
HAK	hormonální antikoncepce
HLA	human leukocyte antigen
CHAQ	Childhood health assesment Questionnaire

Ig AMG	imunoglobuliny
ILAR	International League of Association of Rheumatologist
IL-1,6	interleukiny
JIA	juvenilní idiopatická artritida
LHK	levá horní končetina
MR	magnetická rezonance
NSA	nesteroidní antirevmatika
NÚ	nežádoucí účinky
OP	ošetřovatelský proces
PHK	pravá horní končetina
PŽK	periferní žilní katétr
P-PNC	prokain penicilin
RF	revmatoidní faktor
TK	tlak krevní
TNF	tumor necrosis faktor
VAS	vizuální analogová škála

5. Seznam příloh:

1. Ošetrovatelská anamnéza
2. Plán ošetrovatelské péče
3. CHAQ (originální verze v angličtině)
4. CHAQ(český překlad)
5. Percentilový graf výška, váha - pacientka
6. Percentilový graf BMI - pacientka
7. Dotazník závislostí

6. Zdroje a seznam použité literatury

1. Bočková, E.: *Podíl revmatologické sestry na medikaci dětského pacienta*, Sestra, 2006, roč.16, č.12, str.56
2. Čihák, R.: *Anatomie 1*, Grada Publishing 2001, ISBN 80-7169-970-5
3. Doležalová, P. et al : *Klinická problematika artritid v dětském věku*, Pediatrie pro praxi, 2000, č.1, str.16-22
4. Elišková, M., Naňka, O.: *Přehled anatomie*, Nakladatelství Karolinum 2006, ISBN 80-246-1216-X
5. Havelka, S., Hoza, J.: *Revmatologie období růstu*, Maxdorf 2004, ISBN 80-85912-89-9
6. Jarošová, K.: *Novinky v terapii revmatických onemocnění u dětí*, Vox pediatrie, 2002, roč. 2, č.7, str.17
7. *Juvenile idiopathic arthritis* (online) cit. 17.1.2010, dostupné na <http://www.printo.it/pediatric-rheumatology/information/Cechia/1.htm>
8. Kiss, F., Szentágothai, J.: *Anatomický atlas člověka*, Nakl.ČSAV Budapest-Praha 1963, díl I., str.156, ISBN 28095-Id
9. Kerbrová, J.: *Lázeňská péče u dětí s JIA*, Sestra, 2006, roč.16, č.2, str.54
10. Lád, V.: *Revmatologická problematika v praxi PLDD*, Vox pediatrie, 2002, roč.2, č.7, str.20-22
11. Martínková, J. et al: *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*, Grada Publishing 2007, ISBN 978-80-247-1356-4
12. Matějček, Z.: *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*, Nakladatelství HH Jinočany 2001, ISBN 80-86022-92-7
13. Pavelka, K.: *Revmatologie-Vnitřní lékařství-svazek VII*, Galén 2002, ISBN 80-7262-145-9
14. Pavlíková, S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*, Grada Publishing 2006, ISBN 80-247-1211-3
15. Pharmindex brevif, Medical Tribune, Praha 2007, ISBN 978-80-903708-7-6
16. Rooney, M.: *Revmatologické problémy u adolescentů*, *Zpráva o 11.sympoziu EULAR, Ženeva 1998*, Česká revmatologie, 1999, roč.7, č.2, str.51
17. Rovenský, J.: *Revmatologický výkladový slovník*, Grada Publishing 2006, ISBN 80-247-1614-3
18. Staňková, M.: *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*, NCO NZO 2005, ISBN 80-7013-282-5

19. Vyskočilová, D.: *Historie revmatologie* (on line) , cit. 29.12.2009, dostupné na <http://www.revmatologieblansko.cz/historie/dr-lenoch.htm>

20. Vencovský, J.: *Tři nové léky v revmatologii*, Lékařské listy, 2009, roč.6, č.20, str.6-7

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA / PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA

Datum přijetí / Čas sběru anamnézy 20.9.05 9.05 (Číslo charakteristiky)		ALERGIE!!! - žádná (bez smetky / bonnár)		PROFUŠTEN Z:
PŘEDCHOZÍ ZKUSENOSTI S HOSPITALIZACÍ <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE		OBLÍBĚNÁ HRACÍ KA ČIM LZE ZAVIDOVALI ZVLÁŠTĚ:		ZMĚNA
CHARAKTERISTIKA DÍTĚTE <input checked="" type="checkbox"/> DŘÍZSĚ <input type="checkbox"/> SAMOTÁRSKÉ		OSLOVENÍ ZA LÍBY: podle svého (přítel)		
1. SMYSLY - OMEZENÍ ZRAK <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE SLUCH <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE REČ <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE		NEVĚDOMÝ <input type="checkbox"/> BÝRYLE <input type="checkbox"/> ROSE ČOČKY NEUSLYŠÍ <input type="checkbox"/> SLUCHABLO <input type="checkbox"/>		
2. KOMUNIKACE MLUVÍ ČESKY <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE SPOHODĚKACE <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		<input checked="" type="checkbox"/> BEZ PROBLÉMU <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY <input checked="" type="checkbox"/> ROZUMÍ MI UVNĚMUSLOMU <input type="checkbox"/> VADÍ REČ <input type="checkbox"/> ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE (např. zrcadlová řeč)		
3. VĚDOMÍ Skóre GCS: 15/3		DEZORIENTACE <input type="checkbox"/> MÍSTNĚ <input type="checkbox"/> OSOBNĚ <input type="checkbox"/> NEKŘIDNĚ <input type="checkbox"/> PŘIVĚDOMÍ <input type="checkbox"/> BEZVĚDOMÍ <input type="checkbox"/> ČASNĚ <input type="checkbox"/> NEKŘIDNĚ		
4. DÝCHÁNÍ		<input checked="" type="checkbox"/> BEZ POTÍŽÍ <input type="checkbox"/> DUŠNOST <input type="checkbox"/> KASLÍ <input type="checkbox"/> KROUŘENÍ <input type="checkbox"/> INHALACE <input type="checkbox"/> KYSELICOVÁ TERAPIE <input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMICKÁ KANÝLA <input type="checkbox"/> ENDOTRACHEJALNÍ KANÝLA <input type="checkbox"/> UMĚLA PLICNÍ VENTILACE		
5. BOLEST <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE		Skóre POBSI (obrazec A11A-skóre): (od 3 - 6 bodů)		Skóre VAS: 14/20 (14/20) (14/20) (od 16 bodů) 14/20 (14/20)
6. KATÉTRY, DŘENY, SONDY <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		<input checked="" type="checkbox"/> PERIFERNÍ ŽILNÍ KATÉTR <input type="checkbox"/> CENTRÁLNÍ ŽILNÍ KATÉTR <input type="checkbox"/> PERIARIMNÍ (MOCOVÝ) KATÉTR <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		3. 10. 05 klouček v / nozice
7. VÝŽIVA Skóre nutričního rizika: <input type="checkbox"/> NIZKÉ <input type="checkbox"/> STŘEDNÍ <input type="checkbox"/> VYSOKÉ		ZVYKY, OMEZENÍ: Vegetariánská strava		Jekatitry za 24h <input checked="" type="checkbox"/> SNÍŽENÝ PŘÍJEM <input type="checkbox"/> ZVÝŠENÝ PŘÍJEM RBE <input type="checkbox"/> SAMO <input type="checkbox"/> SAVICKOU <input type="checkbox"/> SPORT ČUP <input type="checkbox"/> MĚLNÝ <input type="checkbox"/> KARBIZNĚ <input type="checkbox"/> ZHRNĚČKU <input type="checkbox"/> SMATELNÁ ZUBNÍ NAHRADA <input type="checkbox"/> FIKNÍ <input type="checkbox"/> VOJNÁ
JHODNOTNOST: 5/6 PERCENTILY BVA: 45/3		ZPŮSOB PODÁNÍ ZENTRALNÍ <input type="checkbox"/> PARENTERÁLNÍ <input type="checkbox"/> NIC PER OS		
PERCENTILY BVA: 45/3 VÝŠKA: 150 cm VĚK: 27.9. ve 23.50		OTOKY <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE BĚHOVÝ VŘED <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE VÝRAZKA <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE VADNÝ <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE Očkováno v 20.9.		
8. KŮŽE, SLIZNICE Skóre NORTON: <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE		SUCHÁ KŮŽE <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE SUCHÉ SLIZNICE <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE SUCHÉ RTY <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE		
9. AKTIVITA, SOBĚSTACNOST MODIFIKOVANÝ TEST SOBĚSTACNOSTI: (od 6 let)		LEŽÍ <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE CHODÍ <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE SAMO <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE S OPOROU <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE S POMOČÍ <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE SNÁŠÍ MYTÍ VLASŮ <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE		perborol a právoš medicína, máte

10	VYLUČOVÁNÍ / VYMĚŠOVÁNÍ <input type="checkbox"/> PLENY <input type="checkbox"/> NOČNÍK <input checked="" type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> VYŽADUJE ASISTENCI <input type="checkbox"/> REKNE SI JAKO:	INKONTINENCE <input type="checkbox"/> MOCÍ <input type="checkbox"/> STOLICE <input type="checkbox"/> ZÁČIA <input type="checkbox"/> PRŮHEM POMOCUJE SE <input type="checkbox"/> PŘES DEN <input type="checkbox"/> V NOCI <input type="checkbox"/> JINĚ
11	SPÁNEK - OBŤIŽE <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> SPÍ PŘES DEN, JAK ČASTO: SOLROZENCI <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO, POCET: 1 VĚK: 19	ZVYKY <input type="checkbox"/> HRÁČKA <input type="checkbox"/> SVĚTLO <input type="checkbox"/> RITUÁLY
12	SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ PŘIJATO <input checked="" type="checkbox"/> BEZ DOPROVODU <input type="checkbox"/> S DOPROVODEM <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO, POCET: 1	RODINA <input checked="" type="checkbox"/> ÚPLNÁ <input type="checkbox"/> NEÚPLNÁ, DÍTĚ ŽÍJE S: ZÁHEM RODINY <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO
13	KONTAKTOVAT SOCIÁLNÍ SLUŽBY <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	POŽADUJE SPIRITUÁLNÍ SLUŽBY <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
JINĚ:		
<p>3.9.05 3.10.05 15' Laxolol (2) Lobol (1)</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>žádná bolest střední bolest nesnesitelná bolest</p> <p>☺ ☺ ☺ ☺ ☺ ☺ ☺ ☺ ☺ ☺ ☺</p>		
LÉKY	HTX 200 2x15 min 6tbl - 16 min	<input type="checkbox"/> RIKCEPT
<input type="checkbox"/> INZULIN: <input type="checkbox"/> ATB:	POSLÉDNÍ PŘÍJEM 3.10. 12 15	<input type="checkbox"/> RIKCEPT
OŠETŘENÍ	OTIHO	KUJ
POSLEDNÍ STRAVA	<input type="checkbox"/> SNIDANE <input checked="" type="checkbox"/> OBĚD <input type="checkbox"/> VÍČERE	CÍSLO DIETY:
EDUKACE	<input checked="" type="checkbox"/> VÝŽIVA <input checked="" type="checkbox"/> LÉČBA, LÉKY <input checked="" type="checkbox"/> POHYB, REŽIM <input type="checkbox"/> RHB <input checked="" type="checkbox"/> RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ <input type="checkbox"/> JINĚ:	
<input type="checkbox"/> PODÁNY KONTAKTY NA		
PROPUSTĚNÍ / PŘELOŽEN	<input checked="" type="checkbox"/> DOMC <input type="checkbox"/> USP <input type="checkbox"/> KOL. USTAV <input type="checkbox"/> OĚSKÝ DOMOV <input type="checkbox"/> JINĚ ZDR. ZARÍZENÍ <input type="checkbox"/> JINĚ:	
		Datum / čas poskytnutí 3.10.05 15.30

VSTUPNÍ ZÁZNAM PROVEDLA: *Kubel*
VÝSTUPNÍ ZÁZNAM PROVEDLA: *Kubel*
INFORMACE PŘEVZAL/A: *Kubel*
DATUM / ČAS: *3.10.05 15.30*

Datum	Ošetřovatelské diagnózy	Cíle	Navrhovaná opatření	Realizace	Hodnocení
<p>30-09-2009</p> <p>(5.)</p>	<p>riziko příchodu vředů a vředů v míst. poranění</p>	<p>- H. nelze počítat s výskyt v míst. poranění</p>	<p>- podpořit a snížit riziko vředů - poskytnout prostor pro výměnu vzduchu - aplikovat léčbu - pomoci s úkladem - podpořit k léčbě</p>	<p>- přiměřeně pohybovat - měnit polohu - aplikovat léčbu - pomoci s úkladem</p>	<p>- vzhled v míst. poranění - vzhled v míst. poranění - H. je v míst. poranění</p>
<p>(4.)</p>	<p>Hygienická úprava v míst. poranění a vředů</p>	<p>- H. nelze počítat s výskyt v míst. poranění - H. nelze počítat s výskyt v míst. poranění</p>	<p>- aplikovat léčbu - pomoci s úkladem - podpořit k léčbě</p>	<p>- aplikovat léčbu - pomoci s úkladem</p>	<p>- vzhled v míst. poranění - vzhled v míst. poranění - H. je v míst. poranění</p>

Datum	Ošetřovatelské diagnózy	Cíle	Navrhovaná opatření	Realizace	Hodnocení
30-09-2009 5.	Zvýšená úzkost v souvislosti s onemocněním	- poskytnout podporu a uklidnění v průběhu léčby	- vyhledat příčiny úzkosti - poskytnout podporu a uklidnění v průběhu léčby	- poskytnout podporu a uklidnění v průběhu léčby	- problém dyskomfort se neprojevuje
6.	Změna stavby těla v důsledku ztráty těl. pevnosti	- poskytnout podporu a uklidnění v průběhu léčby	- poskytnout podporu a uklidnění v průběhu léčby	- poskytnout podporu a uklidnění v průběhu léčby	- je změna st. těl. a stavby těla v důsledku ztráty těl. pevnosti v průběhu léčby

Příloha č.3

CHILDHOOD HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE						
1						
2	<p>In this section we are interested in learning how your child's illness affects his/her ability to function in daily life. Please feel free to add any comments on the back of this page. In the following questions, please check the one response which best describes your child's usual activities (averaged over an entire day) OVER THE PAST WEEK. ONLY NOTE THOSE DIFFICULTIES OR LIMITATIONS WHICH ARE DUE TO ILLNESS. If most children at your child's age are not expected to do a certain activity, please mark it as "Not Applicable". For example, if your child has difficulty in doing a certain activity or is unable to do it because he/she is too young but not because he/she is RESTRICTED BY ILLNESS, please mark it as "NOT Applicable".</p>					
3		Without ANY Difficulty	With SOME Difficulty	With MUCH Difficulty	UNABLE To do	Not Applicable
4	DRESSING & GROOMING					
5	Is your child able to:					
6	- Dress, including tying shoelaces and doing buttons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	- Shampoo his/her hair?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	- Remove socks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	- Cut fingernails?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	ARISING					
11	Is your child able to:					
12	- Stand up from a low chair or floor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	- Get in and out of bed or stand up in a crib?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	EATING					
15	Is your child able to:					
16	- Cut his/her own meat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	- Lift up a cup or glass to mouth?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	- Open a new cereal box?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	WALKING					
20	Is your child able to:					
21	- Walk outdoors on flat ground?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	- Climb up five steps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	* Please check any AIDS or DEVICES that your child usually uses for any of the above activities:					
24	- Cane	<input type="checkbox"/>	- Devices used for dressing (button hook, zipper pull, long-handled shoe horn, etc.)			<input type="checkbox"/>
25	- Walker	<input type="checkbox"/>	- Built up pencil or special utensils			<input type="checkbox"/>
26	- Crutches	<input type="checkbox"/>	- Special or built up chair			<input type="checkbox"/>
27	- Wheelchair	<input type="checkbox"/>	- Other (Specify: _____)			<input type="checkbox"/>
28	* Please check any categories for which your child usually needs help from another person BECAUSE OF ILLNESS:					
29	- Dressing and Grooming	<input type="checkbox"/>	- Eating			<input type="checkbox"/>
30	- Arising	<input type="checkbox"/>	- Walking			<input type="checkbox"/>

31		<u>Without ANY Difficulty</u>	<u>With SOME Difficulty</u>	<u>With MUCH Difficulty</u>	<u>UNABLE To do</u>	<u>Not Applicable</u>
32	HYGIENE					
33	Is your child able to:					
34	- Wash and dry entire body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	- Take a tub bath (get in and out of tub)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	- Get on and off the toilet or potty chair?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	- Brush teeth?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	- Comb/brush hair?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	REACH					
40	Is your child able to:					
41	- Reach and get down a heavy object such as a large game or books from just above his/her head?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	- Bend down to pick up clothing or a piece of paper from the floor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	- Pull on a sweater over his/her head?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	- Turn neck to look back over shoulder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	GRIP					
46	Is your child able to:					
47	- Write or scribble with pen or pencil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	- Open car doors?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	- Open jars which have been previously opened?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	- Turn faucets on and off?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	- Push open a door when he/she has to turn a door knob?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	ACTIVITIES					
53	Is your child able to:					
54	- Run errands and shop?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	- Get in and out of a car or toy car or school bus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	- Ride bike or tricycle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	- Do household chores (e.g. wash dishes, take out trash, vacuuming, yardwork, make bed, clean room)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	- Run and play?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	* Please check any AIDS or DEVICES that your child usually uses for any of the above activities:					
60	- Raised toilet seat	<input type="checkbox"/>	- Bathtub bar	<input type="checkbox"/>		
61	- Bathtub seat	<input type="checkbox"/>	- Long-handled appliances for reach	<input type="checkbox"/>		
62	- Jar opener (for jars previously opened)	<input type="checkbox"/>	- Long-handled appliances in bathroom	<input type="checkbox"/>		
63	* Please check any categories for which your child usually needs help from another person BECAUSE OF ILLNESS:					
64	- Hygiene	<input type="checkbox"/>	- Gripping and opening things	<input type="checkbox"/>		
65	- Reach	<input type="checkbox"/>	- Errands and chores	<input type="checkbox"/>		
66	PAIN: We are also interested in learning whether or not your child has been affected by pain because of his or her illness. How much pain do you think your child has had because of his/her illness IN THE PAST WEEK? Place a mark on the line below, to indicate the severity of the pain					
67	No pain 0	-----				100 Very severe pain
68	GLOBAL EVALUATION: Considering all the ways that arthritis affects your child, rate how he/she is doing by placing a single mark on the line below.					
69	Very well 0	-----				100 Very poor

© Singh G: Arthritis Rheum 1994; 37:1764-9. For information and permission to use, please contact gsingh@stanford.edu

Dostupný na www.arthritis.org/arthritis_rheum (online) cit.dne 28.2.2010

Příloha č.4

DOTAZNÍK VYHODNOCUJÍCÍ ZDRAVÍ U DĚTÍ

V této části se budeme zabývat tím, jak nemoc ovlivňuje schopnost dětí fungovat v každodenním životě. Neomezujte se, prosím, v přidávání nejrůznějších připomínek na zadní stranu. V následujících otázkách, prosím, označte jednu odpověď, která nejlépe popisuje dětské obvyklé aktivity (zprůměrované přes celý den) Z MINULÉHO TÝDNE. MUSÍTE SI OVŠEM POZNAMENAT TY OBTÍŽNÉ SITUACE NEBO OMEZENÍ, KTERÁ NÁLEŽÍ K NEMOCEM. Když se u dětí v jejich věku neočekává provádění určité aktivity, prosím, označte ji jako „Neplatné“. Například, jestliže dítě má problémy v konání určité aktivity nebo je neschopné danou činnost udělat, protože je příliš mladé, ale není OMEZENÉ NEMOCÍ, tak právě tohle, prosím, označte jako „Neplatné“.

	Bez jakýchkoliv obtíží	S několika obtížemi	S mnoha obtížemi	Neschopné to udělat
Neplatné				

OBLÉKÁNÍ A UPRAVENÍ SE

Je dítě schopné:

- se obléci, včetně zavázání tkaniček a zapnutí knoflíků?
- umýt si vlasy?
- sundat si ponožky?
- ostříhat si nehty?

VSTÁVÁNÍ

Je dítě schopné:

- vstát z nízké židle nebo podlahy?
- vlézt a vylézt z postele nebo dětské postýlky?

STRAVOVÁNÍ

Je dítě schopné:

- rozkrájet si maso na talíři?
- napít se z hrnečku nebo skleničky?
- otevřít si novou krabici s cereáliemi?

CHŮZE

Je dítě schopné:

- chodit venku nebo po bytě?
- vyjít pět schodů?

Prosím, označte pomůcky nebo zařízení, které dítě obvykle používá při některých situacích:

- | | |
|------------------|---|
| -hůl | -zařízení používaná pro oblékání(háček, zip, lžice na obouvání, etc.) |
| -dětské chodítko | -zkonstruované tužky |
| -berle | -speciální nebo zkonstruované židle |
| -invalidní vozík | -jiné(specifika: _____) |

Prosím, vyberte kategorie, ve kterých dítě obvykle potřebuje pomoc jiné osoby Z DŮVODU NEMOCI:

- | | |
|-------------------------|-------------|
| -oblékání a upravení se | -stravování |
| -vstávání | -chůze |

	Bez jakýchkoliv	S několika	S mnoha	Neschopné
Neplatné				
HYGIENA	obtíží	obtížemi	obtížemi	to udělat
Je dítě schopné:				
-umýt se a utřít se?				
-umýt se ve vaně (vlézt do ní a vylézt z ní)?				
-sednout si a zvednout se ze záchoda nebo nočníku?				
-vyčistit si zuby?				
-učesat si vlasy?				

DOSAŤ

Je dítě schopné:

- dosáhnout a sundat si dolů těžké objekty jako například velké hry nebo knihy z police nad úroveň jeho hlavy?
- ohnout se a sebrat oblečení nebo kousek papíru z podlahy?
- obléknout si svetr přes hlavu?
- otočit hlavu přes rameno?

STISKY, ÚCHOPY

Je dítě schopné:

- psát nebo čmárat tužkou nebo perem?
- otevřít dveře od auta?
- otevřít sklenici, která byla již jednou otevřena?
- otočením otevřít a zavřít vodovodní kohoutek?
- tlačěním otevřít dveře, když se otevírají otočením koule?

AKTIVITY

Je dítě schopné:

- vyřídít nějakou pochůzku a nakoupit?
- nastoupit a vystoupit z auta nebo školního autobusu?
- jezdít na kole nebo na tříkolce?
- dělat domácí práce (např. umýt nádobí, vynést odpadky, vysát, ustlat si postel, uklidit pokoj)?
- běhat a hrát si?

Prosím, označte všechny pomůcky a zařízení, které dítě běžně používá při některé z následujících činností:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| -zvýšené toaletní prkýnko | - mřížku do vany |
| -sedátko do vany | - prodloužený přístroj* na dosáhnutí |
| -otvírák (na již otevřené sklenice) | -prodloužený přístroj* v koupelně |

Prosím, vyberte všechny kategorie, ve kterých dítě obvykle potřebuje pomoc od jiné osoby Z DŮVODU

NEMOCI:

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| -hygiena | -uchopení a otevření věcí |
| -dosažení na něco | -pochůzky a domácí práce |

BOLEST: Také se budeme zajímat o to, zda děti jsou nebo nikoli ovlivňovány bolestí způsobenou nemocí. Co myslíte, jak moc byli děti ovlivněni bolestí V MINULÉM TÝDNU?

Umístěte značku na následující čáru, která indikuje krutost bolesti

Žádná bolest 0

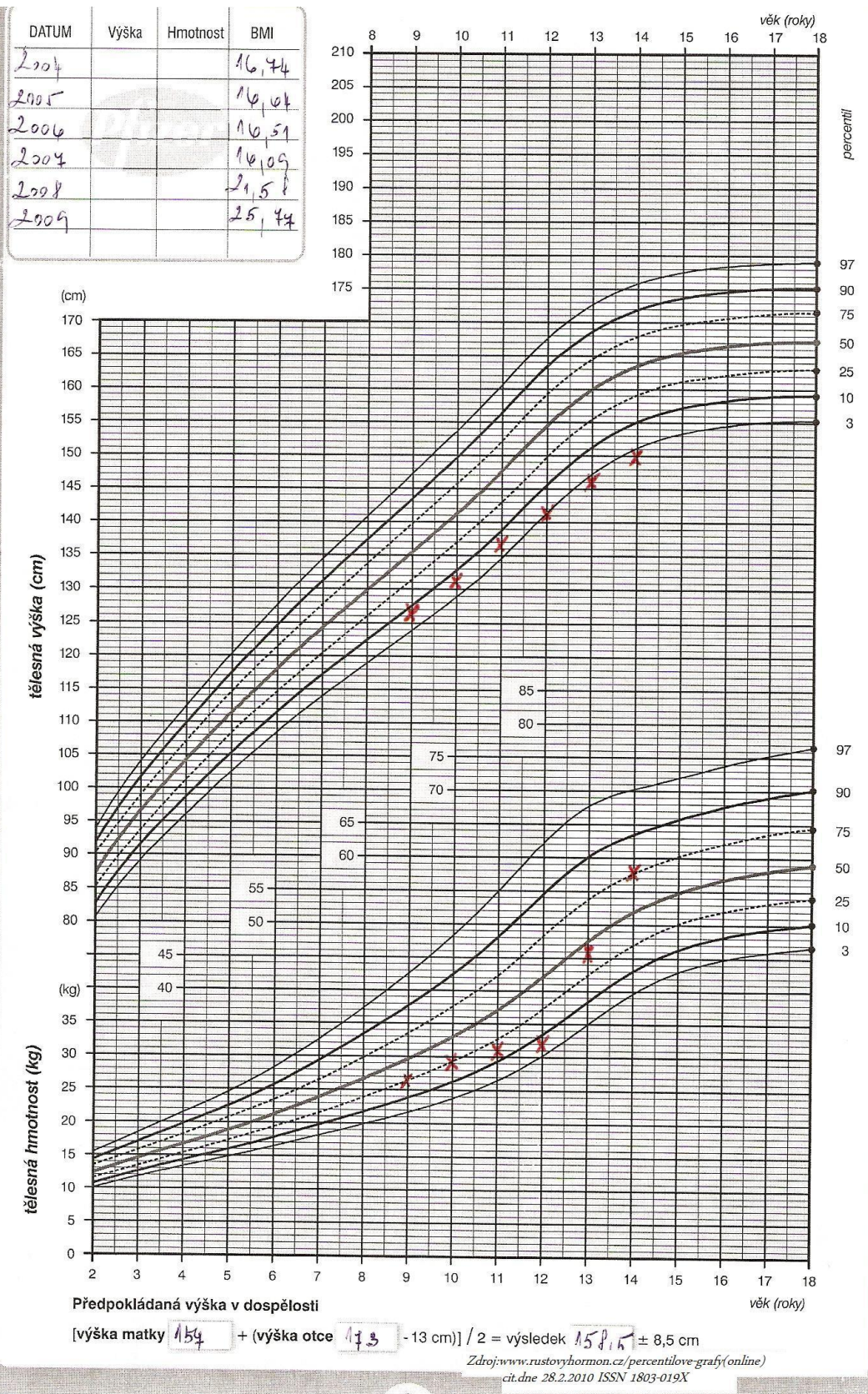
100 velmi krutá bolest

CELKOVÉ VYHODNOCENÍ: Zvažte všechny oblasti u dítěte, na které artritida působí, klasifikujte, jak je dítě schopné vykonat dané činnosti- umístěním značky na následující čáru

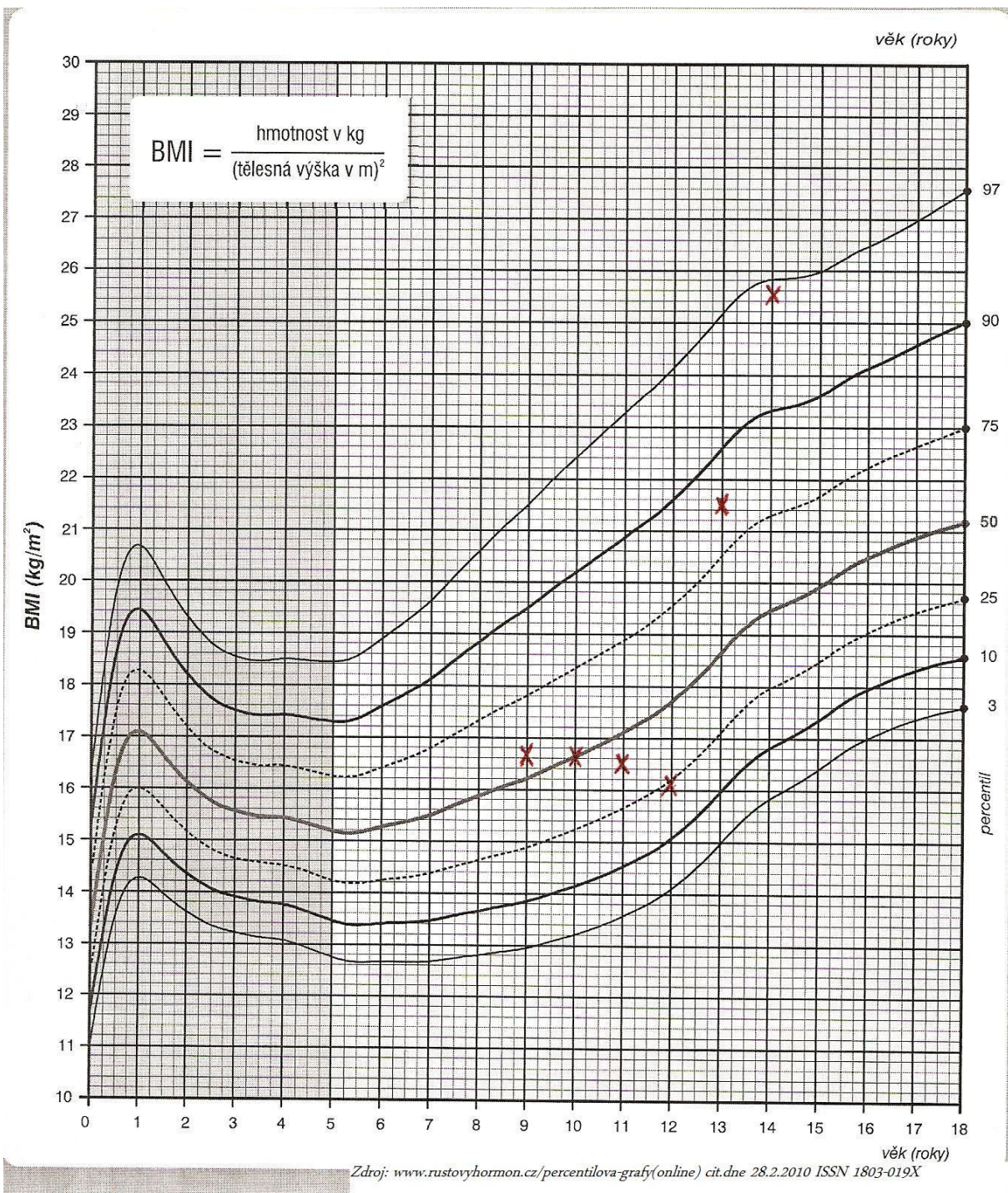
Velmi dobře 0

100 velmi slabé

Příloha č.5



Příloha č.6



Příloha č.7

Nevážný test o závažných koncích

Která slavná postava měla vážné problémy s alkoholem?

- a) babička Boženy Němcové
- b) dědeček Boženy Němcové
- c) sama Božena Němcová
- d) maxipes Fík

Odpověď: Jediná správná je děčko. Maxipes Fík se jednou napil piva a přestal růst! Jste sami ve vinyu tak pozor, Fíkova tragédie varuje.

Seřad'te tyto rozkoše podle stupně osobní oblíbenosti(na 1. místo patří ta vašemu srdci nejbližší):

- a) oříšková zmrzlina, čokoláda, tiramisu, hranolky od McDonalds
- b) pop, rock, hudba obecně, taktěž Mozartova Malá noční hudba, vytí meluzíny za zimních večerů a veškerá rozkoš, která k vám přichází ušima
- c) psaní balad, též malování obrazů, pletení ponožek a veškerá tvůrčí činnost
- d) marihuana, pivo, vodka, čichání ředidla a vše ostatní, po čem je vám dříve nebo později zle na duchu i na těle
- e) dálkové pochody, též skoky do vody, střelba(ne do lidí), běh a všechny radosti typu sportovního včetně cvrnkání kuliček do důlku

Odpověď: Všem, kteří zařadili děčko na poslední místo, gratuluji, mají další bod. Správná odpověď zní: Každý zdroj rozkoše je lepší než alkohol a drogy. Pokud máte na prvním místě áčko, doporučuji k zachování linie občas kombinovat s éčkem.

Jistým dvěma pánům se říkalo,„bratři z mokré čtvrti“. Znamenalo to že:

- a) obývali čtvrť Vršovice, která je pověstně vlhká
- b) pracovali v městské vodárně
- c) nedovedli pít alkohol s mírou

d) jde o lidové označení náruživých rybářů

Odpověď: Platí varianta c). Varuji! Toto označení je jedno z nejslušnějších, čeština má pro opilce i tvrdší slova. Pokud žádné na vaši adresu nezaznělo, blahopřeji a připište si bod. Pozn.: I Míra může být notorik.

Český slovník uvádí 4 citoslovce pití. Vezměte plnou sklenici, pijte a zaposlouchajte se do zvuků. Uveďte, který vám připadá nejméně nevhodný:

- a) glo glo.....
- b) glg glg.....
- c) chlamst chlamst.....
- d) brm brm.....

Odpověď: Pokud jste svůj pokus prováděli s jakýmkoli nealkoholickým nápojem, máte blahopřání a bod. Pokud jste zvolili sklenici plnou alkoholu, ztrácíte všechny body získané v tomto testu.

K vašim nejčastějším alkoholickým vidinám patří:

- a) bílé myšky
- b) růžoví sloni
- c) harémové krasavice, jste-li muž a volně pobíhající krasavci typu Brada Pita, jste-li žena
- d) nevím, ještě tuto zkušenost nemám

Odpověď: Děčkařům upřímně blahopřeji. Všem ostatním děkuji za trpělivost a přeji, aby přehodnotili priority.

Zdroj: [www.alkoholik.cz/zavislosti/ruzne/mudr_karel_nespor\(online\)](http://www.alkoholik.cz/zavislosti/ruzne/mudr_karel_nespor(online)) cit.15.10.2009

