

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U NOVOROZENCE
S ANOREKTÁLNÍ MALFORMACÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

TAŽÁNA WÓJCIKOVÁ

Praha 2020

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U NOVOROZENCE
S ANOREKTÁLNÍ MALFORMACÍ**

Bakalářská práce

TAĚANA WÓJCIKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Marie Vlachová

Praha 2020



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

WÓJCIKOVÁ Taťána

3BVS

Schválení tématu bakalářské práce

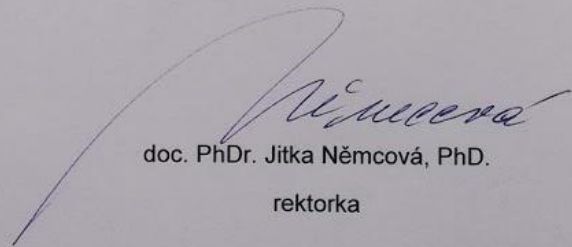
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče u novorozence s anorektální malformací

Nursing Care of a Newborn with Anorectal Malformations

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marie Vlachová

V Praze dne 1. listopadu 2019



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLAŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 10. 03. 2020

.....

Taťána Wójciková

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala všem, kdo se na této bakalářské práci podíleli, zejména Jitce Prcínové Dis. a hlavně mé vedoucí paní Mgr. Marii Vlachové za odborné vedení a cenné rady, které mi v průběhu zpracování poskytovaly.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině a nejbližším za trpělivost a podporu při studiu.

ABSTRAKT

WÓJCIKOVÁ, Taťána. Ošetrovatelská péče u novorozence s anorektální malformací. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Marie Vlachová. Praha. 2020. 52 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče u novorozence s anorektální malformací. Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část práce obsahuje stručnou anatomii tlustého střeva a konečníku. Charakterizuje onemocnění anorektální malformace a její embryologii, dědičnost, výskyt a typy, prováděná vyšetření, terapii a prognózu. Teoretická část je obohacena o malou kapitulu stomie u dětí a její komplikace, péče a typy stomických sáčků. V praktické části je uvedena konkrétní kazuistika pacienta hospitalizovaného na Klinice dětské chirurgie ve Fakultní nemocnici v Motole. Ošetrovatelskou část zahajují stručným popisem ošetrovatelského modelu dle Dr. Marjory Gordon. K ošetrovatelským problémům jsou stanovené ošetrovatelské diagnózy podle NANDA I taxonomie II 2015–2017, které jsou rozpracované, poté vyhodnocené. Je popsána edukace rodičů novorozence a následně doporučení pro praxi.

Klíčová slova:

Anorektální malformace. Dětský pacient. Edukace. Sigmoidostomie u novorozence. Stomie u dítěte.

ABSTRACT

WÓJCIKOVÁ, Taťána. Nursing care in newborn with anorectal malformation. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.) Supervisor: Mgr. Marie Vlachová. Praha. 2020. 52 pages.

The topic of this bachelor thesis is nursing care in a newborn with anorectal malformation. The thesis is divided into two parts – a theoretical and a practical one. The theoretical part contains a brief anatomy of the large intestine and rectum. It characterizes diseases of anorectal malformation and its embryology, heredity, occurrence and types, performed examinations, therapy and prognosis. The theoretical part is enriched by a small chapter of stoma in children and its complications, care and types of ostomy bags. The practical part presents a specific case report of a patient hospitalized at the Department of Pediatric Surgery in the University Hospital in Motol. The nursing part begins with a brief description of the nursing model according to Dr. Marjory Gordon. Nursing diagnoses according to NANDA-I Taxonomy II 2015–2017 are defined for nursing problems, which are elaborated and then evaluated. The education of parents of a newborn is described and subsequently recommendations for practice.

Key words:

Anorectal malformation. Childhood stoma. Education. Pediatric patient. Sigmoidostomy in newborn.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD	10
KLINICKÁ ČÁST	12
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TLUSTÉHO STŘEVA	12
1.1 ANATOMIE KONEČNÍKU	12
1.2 VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE - DEFEKACE	13
2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ ANOREKTÁLNÍ	
MALFORMACE	15
2.1 EMBRYOLOGIE	15
2.2 DĚDIČNOST	16
2.3 VÝSKYT A TYPY ANOREKTÁLNÍ MALFORMACE	16
2.4 DIAGNOSTIKA	17
2.5 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	17
2.5.1 ULTRASONOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ.....	18
2.5.2 RENTGENOVÉ VYŠETŘENÍ.....	18
2.5.3 MAGNETICKÁ REZONANCE	18
2.5.4 TERAPIE	18
2.5.5 PROGNÓZA	20
3 STOMIE U DÍTĚTE.....	22
3.1 NEJČASTĚJŠÍ KOMPLIKACE STOMIÍ U DĚTÍ.....	22
3.2 PÉČE O STOMIL.....	23
3.3 TYPY STOMICKÝCH SYSTÉMŮ	25
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NOVOROZENCE	
S ANOREKTÁLNÍ MALFORMACÍ.....	26
4.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA	27
4.2 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	30
4.3 UTRŘIDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II ...	38
POSUZOVÁNÍ ZE DNE 23. 10. 2019.....	38
4.4 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 23. 10. 2019.....	43
4.5 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	44

4.5.1	AKUTNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	45
4.5.2	POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	52
4.6	EDUKACE RODIČŮ NOVOROZENCE	55
5	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	59
	ZÁVĚR	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
	PŘÍLOHY	64

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků

Obrázek 1 Anorektální malformace	15
Obrázek 2 Kolostomie s píštělí	19

Seznam tabulek

Tabulka 1 Kellyho skóre hodnocení kontinence pro děti od 4 let	21
Tabulka 2 Identifikační údaje pacienta.....	27
Tabulka 3 Hodnoty a údaje zjišťované při příjmu	28

Seznam grafů

Graf 1 Vývoj poměru pohlaví ARM v České republice.....	16
--	----

ÚVOD

Pracuji na Klinice dětské chirurgie ve Fakultní nemocnici v Motole. Moje oddělení se specializuje na pacienty od novorozeneckého do ukončení čtvrtého věku dítěte. Většinu pacientů tvoří děti s vrozenou vývojovou vadou nebo akutní stavy. Nejvíce zkušeností mám v ošetrovatelské péči o dětské pacienty.

Ošetrovatelskou péči u novorozence s anorektální malformací jsem si vybrala jako téma své bakalářské práce, abych seznámila čtenáře s danou vrozenou vývojovou vadou, která není mezi veřejnosti známá.

Pacient, kterým se zabývám ve své bakalářské práci, se narodil jako fyziologický novorozenec, kterému byla při ošetření ve 45. minutě života potvrzená anorektální malformace. Nyní, při neonatologické a chirurgické péči a díky rychlému nárůstu vědeckých znalostí, technických možností a moderní léčbě a ošetrovatelské péči, je většina dětí brzo nezávislá na nemocniční léčbě. Jelikož jsou novorozenci zcela odkázáni na péči druhých, je nezbytné, abychom do ošetrovatelské péče brzo zapojili rodiče, kteří jsou nedílnou součástí léčby a ošetrování dítěte. Kazuistiku jsem zpracovávala se souhlasem rodičů dítěte.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

- Cíl 1: Stručně vysvětlit za pomoci dohledané publikace anatomii tlustého střeva a konečníku;
- Cíl 2: Vysvětlit díky publikaci poznatky o anorektální malformaci;
- Cíl 3: Vysvětlit ošetrovatelskou péči o stomii u dětského pacienta.

V praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

- Cíl 1: Vytvořit kazuistiku u novorozence s anorektální malformací;
- Cíl 2: Naplánovat ošetrovatelskou péči u pacienta podle modelu Marjory Gordon;

- Cíl 3: Rozpracovat přehled ošetrovatelských problémů pomocí ošetrovatelských diagnóz dle NANDA I taxonomie II;
- Cíl 4: Popsat edukaci rodičů pacienta prováděnou v průběhu hospitalizace.

Popis rešeršní strategie

Rešerši odborných publikací ke zvolenému tématu bakalářské práce Ošetrovatelská péče u pacienta s anorektální malformací jsme si nechali zhotovit v Národní lékařské knihovně v Praze. Také byla použita odborná literatura z knihovny Kliniky dětské chirurgie FN Motol a z elektronické databáze Medvik a vyhledávače Google. Časové vymezení pro vyhledávání odborné publikace bylo období 2010 – 2020. Pro zpracování rešerše byla zvolena klíčová slova v jazyce českém: anorektální malformace, dětský pacient, edukace, sigmoideostomie u novorozence, stomie u dítěte. V jazyce anglickém byly těmito slovy: anorectal malformation, childhood stoma, education, pediatric patient, sigmoidostomy in newborn.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito celkem 19 českých informačních zdrojů a 3 zahraniční zdroje. Celkem bylo využito 22 informačních zdrojů. Zbylé zdroje z vyhotovené rešerše nebyly pro naši práci relevantní.

KLINICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TLUSTÉHO STŘEVA

Tlusté střevo (intestinum crassum) je předposlední část trávicího ústrojí, které u novorozence měří cca 66 cm, u dospělého přibližně 150 cm. Tlusté střevo se rozlišuje následovně – slepé střevo (intestinum caecum), tračník (colon), který obsahuje tračník vzestupný (colon ascendens), příčný (colon transversum), sestupný (colon descendens) a esovitou kličku (colon sigmoideum). Posledním úsekem střeva je konečník (rectum). Sliznice tlustého střeva je krytá jednovrstevným válcovým (cylindrickým) epitelem (Janíková a kol., 2013).

Novorozenec má již vyvinuté jednotlivé úseky tlustého střeva, které se od sebe odlišují stupněm vývoje střevní stěny a poměrnou délkou, obvykle chybí tukové přívěsky, svalové pruhy jsou pouze naznačené, od 6. měsíce života se objevují výduť (haustra). Kompletní vývoj je stavebně ukončen do 4. roku života (Škába, 2019).

Z tenkého střeva se posouvá kašovitá až vodová náplň zvaná chymus. V tlustém střevě se zahustí a působením mikroorganismů přemění na stolici (Zachová, 2010).

V tlustém střevě dochází ke vstřebávání vody, zahuštění stolice, kvašení a hnití nestrávených zbytků potravy (Vytejková, 2013, s. 98).

1.1 Anatomie konečníku

Rectum je poslední část tlustého střeva, je dlouhé přibližně 12 cm. Je pevně uloženo v kostěné pánvi a se sousedními urogenitálními orgány a orgány pohlavní soustavy, svaly a vazivem, vytváří funkční jednotku, která zajišťuje střevní kontinenci (Anděl a kol., 2016).

Začíná v rektosigmoidálním přechodu, jde skrz malou pánev a ústí do análního kanálu. Poslední část konečníku je anální kanál, který je dlouhý přibližně 4 cm. Anální kanál kryjí na odlišných místech různé epitely. První epitel je na přechodu kůže a střevní sliznice, kde se kombinuje epitel kožní s epitelem slizničním, hojným na slizniční žlázy. Přechod tvoří zubatý prstenec vytvářený slizničními epitelem

a zářezy. V zářezech jsou umístěné žlázy vyrábějící hlen. Linie se nachází přibližně 1,5 – 2 cm od kůže rekta (Anděl a kol., 2016).

Kůže konečníku (neboli anoderm), nacházející se mezi linea dentata a análním okrajem je známá rohovějícím epitelem a nepřítomností chloupků. Vně kůže se stupňuje a roste pigmentace, chlupy a kožní žlázy. Tuto část nazýváme anální okraj (Anděl, 2014).

Inervace (zásobení nervových vláken) análního kanálu se odlišuje podle umístění k linea dentata – místo přechodů epitelů. Oblast nad linea dentata je důležitá pro vyprazdňování a kontinenci stolice. Štědrá přítomnost volných a uspořádaných nervových zakončení dovoluje rozlišit vlhko, teplo, chlad a dotknutí. Zprávy jsou vedeny z pudendálního nervu. Receptory pro bolest zde chybí, proto pacient zákrok v dané oblasti nevnímá jako bolestivý (Anděl a kol., 2016).

1.2 Vyprazdňování stolice - defekace

Defekace a kontinence jsou procesy, které jsou nerozlučně propojeny anatomickými strukturami, fyziologickými procesy i způsobem neurologické kontroly. Jakákoli porucha má za následek výraznou fyzickou, psychickou, ale i ekonomickou zátěž nemocného (Anděl, 2014, s. 25).

Rektum slouží ke shromáždění stolice a k jejímu udržení, dokud nedojde k defekaci. K vyprázdnění stolice dochází třikrát denně až třikrát týdně, záleží na činnosti svěračů, citlivosti řitního kanálu a střevní mobility (Škába, 2019). *Schopnost udržet stolicí (kontinence) vyžaduje u dětí právě neporušenou činnost svěračů, mechanoreceptorů a proprioreceptorů řitního kanálu a souhru střevní a konečnickové motility (Škába, 2019, s. 27).*

Než se polotekutá natrávená potrava z tenkého střeva kondenzuje a pronikne k přechodu esovitého tračníku a konečníku, uplyne obvykle jeden den. Peristaltické vlny posouvají stolicí ke konečníku, kde svěrač povolí a dovolí kontakt se zónou transitionalis analis a análním kanálem, aby byl rozlišený plyn, tekutina a tuhá stolice (Škába, 2019).

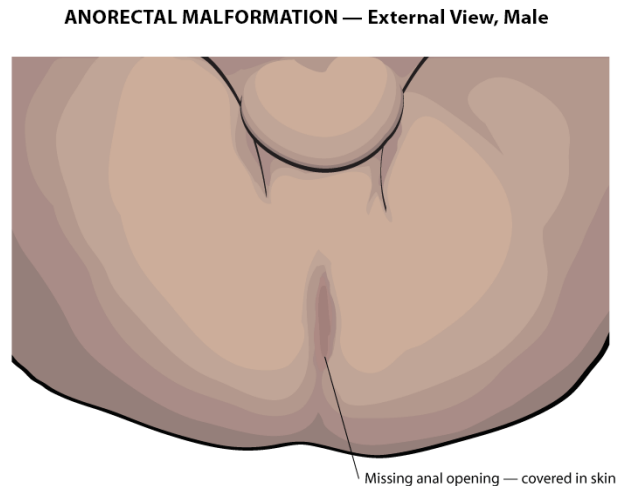
Sympatikus udržuje napětí vnitřního řitního svěrače a vyvolává jeho stah, parasympatikus potlačuje jeho stah ovlivněním peristaltiky pomocí enterického systému i cestou nervi splachnici pelvici (Škába, 2019, s. 28).

Při rozevření kraniální části konečníku (ampulla recti) a uvolnění peristaltiky vnitřní anální svěrač zeslábne do další nové peristaltické vlny. Při roztažení konečníku stolicí dojde k rektoanálnímu inhibičnímu reflexu, který snižuje napětí ve vnitřním análním svěrači a klesne napětí v konečníku. Stejně dochází i k uvolnění plynu (Škába, 2019).

Při vyprazdňování používáme kosterní svaly, které zvyšují nitrobřišní napětí a stabilizují polohu (Škába, 2019).

Stolici tvoří nestravitelné potraviny, anorganické látky, střevní epitely, bakterie, hleny a voda. Formovaná stolice obsahuje v průměru 75 % vody a řídká stolice okolo 90 % vody. Hnědá barva stolice je způsobená žlučovými barvivy (Vytejšková, 2013).

2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ ANOREKTÁLNÍ MALFORMACE



Obrázek 1 Anorektální malformace

Zdroj: University of California San Francisco, 2019, [online]

Anorektální malformace (ARM) jsou vývojové vady konečníku a řitě, které vznikly v důsledku chybného vývoje zadní (anorektální) části kloaky (Škába, 2019, s. 67).

Vrozené chybění nebo nevyvinutí anorekta se ukáže chyběním análního otvoru a anomálního vyústění anorekta na hráz nebo do vývodních močových a pohlavních orgánů. Patří sem i řitní zúžení neboli anální stenóza (Škába, 2019).

2.1 Embryologie

Pro vývoj anorektální malformace jsou dané dvě teorie. První vysvětluje ARM poškozením v rozvíjení urorektálního septa, rozdělující kloaku na močopohlavní a anorektální část. Druhá teorie má pochybnosti o smyslu septa a ujasňuje vznik ARM. Je považován za porušení vývoje zadní části kloakální membrány, která stanovuje příští vyústění jednotlivých ústrojí na perineum (Škába, 2019).

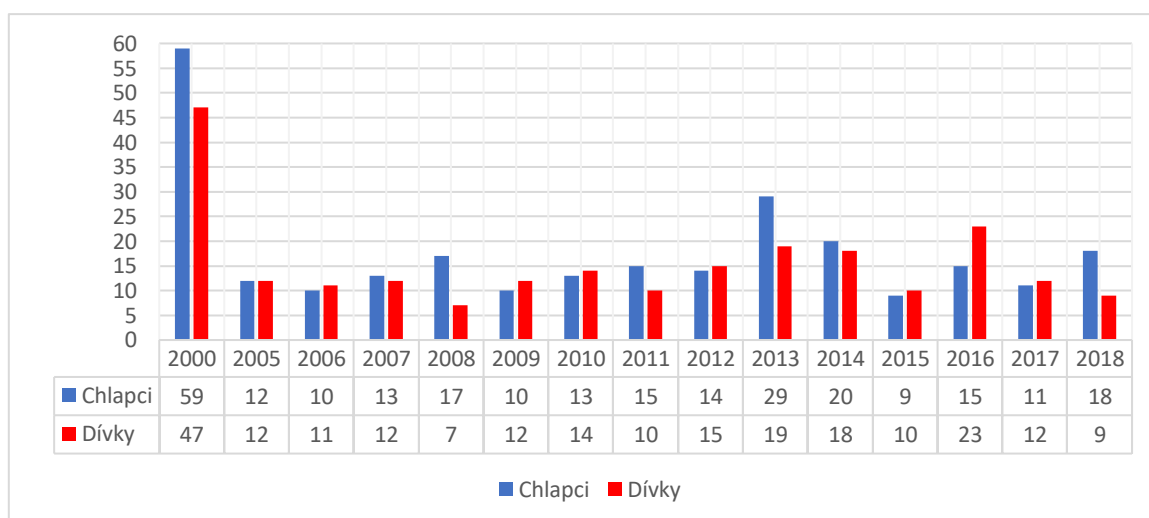
2.2 Dědičnost

Dědičnost u ARM bývá polygenní. Šance na narození druhého dítěte s ARM je 1 %. Monogenní dědičná onemocnění ARM, pro která platí Mendelovský typ, můžeme najít pouze u Currarinova, Johansonova-Blizzardova, Frazerova syndromu (Škába, 2019).

Currarinův syndrom je typický u onemocnění s poruchou kosti křížové, nádorem malé pánve a anorektální malformací (Vik a kol., 2016).

VACTERL syndrom, nemá mendelovský typ dědičnosti, ale může vytvářet další vrozené vady a sdružovat se s nimi. V – verterbal (obratel), A – anorectal (rektum), C – cardiac (srdce), TE – tracheoesophageal (tracheozofageální, průdušnice a jícen), R – renal (ledvina), L – limb (končetina) (Vik a kol., 2016).

Graf 1 Vývoj poměru pohlaví ARM v České republice



Zdroj: Škába, 2019, s. 93

2.3 Výskyt a typy anorektální malformace

Výskyt anorektální malformace je 1:4 000 – 5 000 u narozených dětí. Do nejlehčí ARM zařazujeme anální agenzi s perineální píštělí. Těžší forma zahrnuje anorektální agenzi s rektouretrální nebo vestibulární píštělí (Škába, 2019) *mezi nejtěžší vady patří agenze anu a rekta jdoucí od anální jamky po úroveň dna močového měchýře* (Škába, 2019, s. 70).

U dívek je typická kloakální malformace, která se vyskytuje v poměru 1:40 000 – 50 000 porodů. Je charakterizovaná tím, že má jednotné vyústění močové trubice, pochvy a konečníku do kloakálního kanálu, který vyúsťuje mezi stydké pysky (Škába, 2019).

Nejčastěji se používá Krickenbecká klasifikace, která dělí ARM na základě pohlaví a patologickoanatomického popisu malformace (Škába, 2019).

2.4 Diagnostika

Prenatální diagnostika vrozené vady anorektální malformace je zatím nízká, výjimku tvoří kloakální malformace s dilatovanou pochvou (hydrokolpos). Po narození dítěte s podezřením na ARM vycházíme z fyzikálního vyšetření, ultrasonografického vyšetření, rentgenové vyšetření a magnetické resonance (Škába, 2019).

Některé formy ARM jsou těžce rozlišitelné, závisí na střevním pohybu novorozence. Proto se občas stává, že se ARM diagnostikuje před odchodem novorozence domů z nemocnice. Příznaky jsou nedostatek stolice, stolice prochází vagínou, moč odchází řitním otvorem, problémy s pohybem střeva nebo zácpa (Yang et al., 2016).

2.5 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření provádíme pohmatem (palpaci) a pohledem (aspekce), kde klasifikujeme okolí konečníku, tvar, vzhled, výtok atd. (Horák, 2013).

Jestliže řitní otvor chybí, hledá se patologické vyústění anorekta. Slepý rektální pahýl anorekta je ve spojení s okolními orgány malé pánve nebo vyúsťuje na hrázi tzv. píštělemi. U chlapců ústí do močového měchýře nebo do močové trubice a u dívek do poševní předsíně, vestibula nebo pochvy. U dívek i chlapců může píštěl ústit na perineum (Škába, 2019).

U dívek nesmíme zapomenout na kloakální malformace, pro které je typický jeden otvor mezi malými stydkými pysky, který vylučuje moč i smolku (Škába, 2019).

2.5.1 Ultrasonografické vyšetření

Nejlépe je vyšetření provést ihned po porodu dítěte, dokud není v rektálním pahýlu přítomnost vzduchu. Ultrazvukové vyšetření také zobrazí anomálií močových a pohlavních orgánů (Škába,2019).

2.5.2 Rentgenové vyšetření

Fistulografie je rentgenové vyšetření s kontrastní látkou, které se provádí u pacientů s anorektální malformací s píštělí (Škába,2019).

Přes kolostomii vyšetřujeme kontrastní látkou konečný úsek anorekta. Vyšetření nazýváme kolostomogram. Používá se k zobrazení z rekta vycházejícího píštěle nebo k upřesnění kloakální malformace (Škába, 2019).

2.5.3 Magnetická rezonance

Vyšetření přesně zobrazí vnější řitní svěrač, svalové dno pánevní a pahýl konečníku (Škába, 2019).

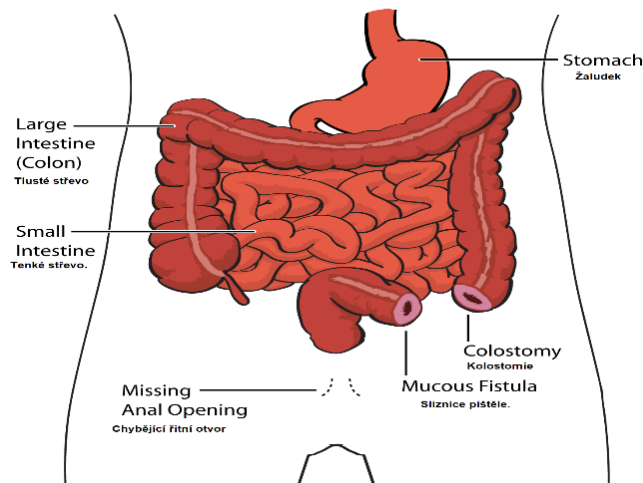
Magnetickou rezonanci provádíme u pacientů s ARM, kde očekáváme rozštěpovou vadu páteře na základě sonografického nebo irigografického vyšetření. Dnes provádíme vyšetření pravidelně u všech pacientů s ARM. Bez celkové anestezie se vyšetření MR obejde u dětí do tří měsíců věku, kde se využívá technika „eat and sleep“ neboli nakrmit těsně před vyšetřením (Škába, 2019).

2.5.4 Terapie

Cílem terapie ARM je vytvoření řitního otvoru a konečníku s normální nebo alespoň sociálně uspokojivou kontinencí pro stolici a moč (Škába, 2019, s. 76).

Chirurgický zákrok uvolní a stáhne uzavřený konečnickový pahýl na perineu, odstraní patologické píštěle s močovým nebo pohlavním ústrojím a vytvoří funkční anorektum (Škába, 2019).

Colostomy with mucous fistula



Obrázek 2 Kolostomie s píštělí

Zdroj: University of California San Francisco, 2019, [online]

Chirurgický zákrok novorozence s ARM má tři fáze

První fáze nastává v co nejkratší době po narození novorozence. Chirurgicky se zakládá sigmoideostomie podle Peny.

Délka operačního výkonů závisí na anatomii vady. U dlouhých proktologických výkonů je vhodné použít kombinovanou anestézii (celková anestezie s kaudálním či lumbální epidurální bloádou). Nedepolarizující relaxace ovlivňuje svaly svěračů, a proto se podává až na žádost operátora (Mixa, 2019).

Kolostomie je vývod tlustého střeva na břišní stěnu. Podle umístění dělíme kolostomii na cékostomii (slepé střevo) – stomie v pravém podbřišku, ascendentostomii (vzestupný tračník), transverszostomii (příčný tračník) – vývod nad pupkem vpravo nebo vlevo, descendentostomii (sestupný tračník) a sigmoideostomii (esovitá klička) – vývod na levé straně spodní poloviny břišní stěny, nejčastější vývod ARM a jiných onemocnění (Lukáš a kol., 2018).

Sliznice stomie by měla mít kruhovitý tvar a být mírně vyvýšená na povrchu kůže. Sliznice střeva je dobře prokrvená, a proto by měla mít červenou barvu, je křehká a snadno začne krváčet. Vývod je nebolestivý, jelikož není ve sliznici střeva nervové zakončení (Zachová, 2010).

Podle umístění stomie na střevě se také liší konzistence stolice. Novorozenec se sigmoideostomií má v prvních dnech po operaci smolku. Ta poté přechází na řídkou zelenou nebo žlutou stolici, která pak přechází na formovanou stolici. Vývod tlustého střeva neovlivňuje trávení dítěte.

Kolem 6. měsíce života následuje druhá fáze zákroku (Příloha A). Sagitální anorektoplastika (posterior sagittal anorectoplasty – PSARP), která spočívá ve vytvoření anorekta a svěrače. Při zákroku se odesílá přilehlá část sliznice ke konečníku na histologické vyšetření, kde se zjišťuje přítomnost gangliových buněk, které aktivují svalový tlak ve střevě. V případě, že je gangliových buněk málo, přistupuje se k odstranění části výše. Gangliových buněk by mělo být v myenterickém plexu pět a více. Čtrnáctý den po operaci PSARP se začíná s dilatováním neoanu Hegarovými dilatátory. Rodiče jsou edukováni o dilatování neoanu novorozence a s dilatací obvykle pokračují doma (Škába, 2019).

Poslední fází chirurgického zákroku je uzavření sigmoideostomie. Provádí se dva až tři měsíce po druhé fázi výkonu PSARP. Ze začátku je dítě na parenterální výživě, aby se střevo zahojilo, poté přechází na vodovou, mléčnou až kašovitou stravu. Zpočátku odchází stolice přes konečník spontánně a je zapotřebí častěji dítě přebalovat, aby nedošlo k zarudnutí perianální oblasti. Po několika týdnech se začne stolice formovat a vyprazdňování je méně časté.

2.5.5 Prognóza

Úspěch a výsledek z chirurgického zákroku u anorektální malformace závisí také na vývoji sakrálních nervů. U 90 % pacientů s ARM lze dosáhnout plného nebo k uspokojivému zadržení stolice (Škába, 2019).

Učit dítě s anorektální malformací na toaletu se může začít v obvyklém věku, nejlépe kolem druhého a třetího věku dítěte. Dítě může být pomalejší než jeho vrstevníci, musí získat kontrolu nad pohybem střev. Děti občas trpí dlouhodobou (chronickou) zácpou.

Kellyho skóre hodnotí kontinenci u dětí od 4 let. U dětí mladších 4 let se hodnotí stolice podle množství, pružnosti a uzavření análního kanálu a rozšíření rekta.

Při hodnocení se body sčítají, součet bodů 0 – 2 je kontinence špatná, 3 – 4 bodů kontinence uspokojivá a 5 – 6 bodů kontinence zcela dobrá (Hoch a kol., 2018).

Tabulka 1 Kellyho skóre hodnocení kontinence pro děti od 4 let

Parametry/ počet bodů	2	1	0
KONTROLA STOLICE	trvalá	většinou	méně než 50 %
UMAZÁVÁNÍ	nepřítomno	občasné	stále
STAH SVĚRAČE	vydatný	slabý	žádný

Zdroj: Hoch a kol, 2018, str. 164

3 STOMIE U DÍTĚTE

Stomie je z řeckého slova stoma, stomatos v překladu ústa, otvor.

V našem oboru znamená chirurgicky vyvedený otvor z močového anebo gastrointestinálního trávicího systému dítěte, jenž je určený k odchodu stolice nebo moči na břišní povrch. Stomie je tvořená částí tenkého střeva, tlustého střeva nebo močového traktu, které je vyvedeno ven na stěnu břišní a je vidět na povrchu těla. Může jít o stomii dočasnou, která se vytvoří do doby, než se poškozená část zahojí, anebo trvalou, kde není možné obnovit přirozený odchod stolice či moči (Zachová, 2010).

3.1 Nejčastější komplikace stomií u dětí

Komplikace po vytvoření stomie se může dostavit kdykoliv. Dělíme je na časné a pozdní (Příloha C).

Časné komplikace

Nejčastější je nevhodné umístění stomie. Stomie je vyšitá blízko jizvy pupeční, v kožní řase a lze zde těžko nalepit stomický sáček, dochází pak k zatékání střevního obsahu.

Krvácení patří také k častým komplikacím. Ve většině případů je mírné krvácení z povrchu stomie normální a dochází k němu při ošetřování stomie. Při mírném krvácení stačí přiložit na stomii gázový čtverec. Sliznice stomie nemá nervové zakončení, proto nebolí. Krvácení může způsobit některé onemocnění, léčiva např. medikace antikoagulancií a antipyretik. Při krvácení zevnitř stomie je třeba informovat lékaře.

Pozdní komplikace

Pozdní komplikací může být průjem. Je důležité přijít na to, co průjem způsobuje (dietní chyba, infekce, léčiva), aby se zahájila léčba. Zácpa může být příčinou dietní chyby (snížený příjem tekutin, vlákniny). Při průjmu i zácpě je důležité dbát na dostatek tekutin.

K poškození kůže v blízkosti stomie může dojít při nešetrné výměně stomického sáčku a při netěsnícím otvoru v podložce, kterým protéká stolice na kůži. Kůže je začervenalá, mohou se objevit puchýřky, vřídky a mokvající místa (macerace). Pacienta postižené místo bolí, svědí a pálí. Prevencí je častější kontrola stomického sáčku (zda nepodtéká), používání kosmetických přípravků pro ošetření kůže okolo stomie (pudr, pasta, krém, film).

Prolaps stomie (vyhřeznutí stomie) si dítě může způsobit při pláči nebo zakašlání. Prolaps stomie není bolestivý, je zapotřebí však stomii jemně vrátit zpět, nejlépe vleže.

Retrakce stomie (vtážení dovnitř) nastane při rychlém přibírání, nebo ubírání na váze dítěte. Vpadlá stomie způsobí podtékání pod stomickým sáčkem a způsobí poškození kůže. V tomto případě je nutná chirurgická úprava stomie.

Stenóza (zúžení stomie) vznikne při vazivovém hojení kolem stomie. Léčbu určí lékař buď chirurgickou úpravou stomie, nebo konzervativním rozšiřováním stomie prstem nebo dilátorem (časopis Radim, Hyklová, 2012).

3.2 Péče o stomii

Nejdůležitější je psychická podpora pečujícímu o dítěte se stomii. Je potřeba, aby se vyrovnal s novou situací a naučil se správně o stomii pečovat. Ve většině případů jsou to rodiče dítěte, ale může to být prarodič, pěstoun atd. Tuto edukační činnost má ve své kompetenci sestra se speciálním vzděláním; tzv. stomická sestra (stomasestra). Právě ona připravuje stomické pacienty na život se stomií, edukuje, seznamuje s možnými komplikacemi, s pomůckami a v neposlední řadě učí pacienty, doprovod stomii ošetřovat. Rodiče nebo pečující osobu stomická sestra neinformuje najednou, snaží se poskytnout informace postupně a zároveň zajistí písemné materiály. Výměnu sáčku nejdříve předvede sama, a poté rodiče nebo pečující osobu postupně aktivně zapojuje. Vždy využívá zpětnou vazbu, např., aby pacient nebo doprovod předvedl konkrétní činnost, zopakoval důležité instrukce apod. Rodiče nebo pečující osoba by měli být seznámeni s postupem ošetřování při možných komplikacích, jako je zarudnutí kůže, prolaps nebo krvácení (Zachová, 2010).

Po operaci odchází ze stomie malé množství smolky nebo hlenu, proto přikládáme na stomii mastný tyl a mulový čtverec, okolí dezinfikujeme. Až ze stomie začne odcházet větší množství stolice, začínáme s lepením stomického sáčku.

K výměně stomického sáčku potřebujeme: stomický sáček (u dítěte volíme jednoduchý sáček průhledný, výpustný, pro možnost vizuální kontroly stomie a kvality stolice), fix a šablonu na zakreslení velikosti otvoru, nůžky s tupým koncem k vystřížení otvoru, odstraňovač náplastí, vodu, mýdlo a měkkou gázu na omytí a osušení, kosmetické přípravky (pasta, film, pudr) a jednorázové rukavice.

Postup při výměně stomického sáčku: Výměna stomického sáčku se doporučuje po nakrmení a koupeli dítěte. Dítě je klidnější a lépe spolupracuje. Nesmíme zapomenout, že pokožka novorozence je lehce zranitelná, jemná a každé poranění je vstupní bránou infekce. Připravíme si nový stomický sáček, na šablonu fixem obkreslíme stomii dítěte, překreslíme na šablonu stomického sáčku a nůžkami s tupým koncem vystříhneme otvor. Nový stomický sáček vložíme pod dítě, pod oblečení nebo na teplé místo, aby byl při nalepování ohebný a maximálně přilnavý. Odstraňovačem náplastí pomalu a opatrně odstraňujeme lepicí plochu. Poté teplou vodou a mýdlem důkladně očistíme stomii a její okolí od stolice a lepicího materiálu, kůži osušíme gázou (Příloha B).

Je-li kůže začervenalá, můžeme použít nemastný krém. Ze sáčku odstraníme ochrannou fólii a nalepíme na kůži dítěte těsně kolem stomie. Ujistíme se, že lepicí plocha přilnula k pokožce. Na chvíli na lepicí plochu sáčku přiložíme dlaň k lepšímu přilnutí sáčku.

Při propuštění dítěte do domácí péče musí rodič nebo pečující osoba zvládat péči o stomii samostatně. Jsou vybavení pomůckami na jeden měsíc, znají firmy zabývající se stomickými pomůckami (Dansac, ConvaTec, B.Braun atd.), které můžou kontaktovat o zaslání vzorku zdarma a další spolupráci. Dostanou seznam pomůcek potřebných k ošetření stomie s objednávacími čísly a kódy pro pojišťovnu. Všechny pomůcky jsou hrazeny pojišťovnou, je však stanoven finanční limit.

3.3 Typy stomických systémů

U dětských pacientů můžeme rozlišit dva typy stomických pomůcek – jednodílné a dvojdílné. Jednodílný i dvojdílný systém může být uzavřený a výpustný. Dvojdílný systém se skládá z podložky, která může být přilepená na kůži až tři dny, mění se pouze sáček. Oba dva typy slouží k zachycování stolice a plynů, k zadržení zápachu a měly by poskytnout komfort a pohodlí. Podložky jsou šetrné a nedráždivé.

U dětských pacientů používáme nejčastěji jednodílný výpustný sáček. Sáček se mění každý den a stolicí několikrát denně vypouštíme.

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NOVOROZENCE S ANOREKTÁLNÍ MALFORMACÍ

Pediatric je základní lékařský obor, který se zabývá péčí o zdraví kojenců, dětí a mladistvých. Nejstarší dochovanou písemnou zprávou o postupech ošetřování dětí jsou babylonské nápisy z 2. tisíciletí před naším letopočtem, které určovaly pokyny kojícím matkám. Pediatrický pacient vyžaduje individuální péči a přístup zdravotnického personálu (Klíma, 2016).

Pro kvalitní ošetřování v chirurgii je zapotřebí komunikační, kvalitní a proškolený zdravotnický tým. Cílem ošetřovatelského procesu je posouzení stavu pacienta, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský proces ručí za kvalitní péči, uspokojení potřeb, systematickou péči a zapojení pacienta nebo rodiny k péči (Libová a kol., 2019).

V praktické části bakalářské práce se zaměřuji na ošetřovatelský proces u dětského pacienta s anorektální malformací. Data o pacientovi jsou sbírána na základě pozorování, rozhovoru s rodiči novorozence, použití ošetřovatelské a lékařské dokumentace. Na základě zjištěných informací o novorozenci byla následně vypracována ošetřovatelská kazuistika dle modelu Marjory Gordon a stanoveny ošetřovatelské problémy. Následně byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy dle NANDA Taxonomie II. Ošetřovatelské diagnózy jsou rozděleny na akutní a potenciální. Byl vypracován ošetřovatelský plán, který byl poté realizován a zhodnocen.

Ošetřovatelský model dle Marjory Gordon nám v mnohém napomáhá k dosažení cíle. Slouží k získání informací do logistických systémů. Pro Marjory Gordon je cílem ošetřovatelství nejvyšší úroveň zdraví a přijetí odpovědnosti pacienta za své zdraví. Pacient je holistická osobnost s biologickými, psychologickými, sociálními a spirituálními potřebami (Mastiliaková, 2014).

Rodiče novorozence souhlasili s nahlížením do dokumentace a sběrem údajů souvisejících s diagnózou, léčbou a zpracováním údajů pro studijní účely. Podle zákona o ochraně osobních údajů pod číslem 101/2000 Sb. jsou veškerá data a jména v kazuistice smyšlená.

4.1 Lékařská anamnéza

Tabulka 2 Identifikační údaje pacienta

Jméno a příjmení: A. K.	Pohlaví: muž
Datum narození: 20. 10. 2019	Čas narození: 21:10 hodin
Adresa trvalého pobytu: Chrudim	
Kontakt na osobu, které lze podat informace: matka dítěte, tel: +420 000 000 000	
Národnost: česká	Komunikační bariéra: ano
Rodné číslo: 191020/0000	Číslo pojišťovny: 211
Datum přijetí: 21. 10. 2019	Čas přijetí: 11 hodin
Oddělení: Klinika dětské chirurgie – JIP	Ošetřující lékař: MUDr. J.S.

Zdroj: Dokumentace pacienta, 2019

Důvod přijetí

Donošený, eutrofický chlapec z druhé gravidity, těhotenství bez obtíží, rozený spontánně v 39+1 týdnu těhotenství. Odtok čiré plodové vody 11 hodin před zahájením porodu. Poporodní adaptace dobrá, AS 9–10–10, pH z pupečnickové tepny 7.38. Porodní hmotnost 3 070 g a délka 49 cm. Na porodním sále podán Kanavit 0,1 ml i. m.

Po porodu proveden bonding na těle matky, pro vytvoření vazby mezi dítětem a matkou. Ve 45. minutě života při ošetření dětskou sestrou podezření na atrézii anu, která byla potvrzená při aspekci lékařem. V somatickém nálezu dominuje raphe hráze ve střední čáře, bez známek viditelné píštěle či jiné vrozené vady urogenitálního traktu.

Pro dobrou poporodní adaptaci a celkový stav dítěte bylo ponecháno na porodním boxu s rodiči. Průběžně kontrolováno, krátce přiloženo k prsu matky. Poté přeloženo na oddělení JIP, kde byl zaveden periferní žilní katétr pro intravenózní podání infuzní terapie – 10% glukóza s přidavkem 10% magnezium sulfát (MgSO₄) a 10% calcium gluconicum (Ca Gluk.) rychlostí 6 ml/hodinu. Krevní odběry provedené při zavedení periferního žilního katétru, krevní obraz a základní biochemie v normě. Proveden UZ břicha, kde bylo tlusté střevo vyplněno obsahem až do colom sigmoideum, nitrobřišní orgány bez patologie. Během hospitalizace v Chrudimské nemocnici trvale afebrilní, eupnoický, monitorované vitální funkce stabilní, bez zvracení, bez vzednutí břicha. Pomočená plena jedenkrát bez viditelné příměsi smolky.

Po telefonické konzultaci s MUDr. J. E. z Kliniky dětské chirurgie FN Motol domluven časný raný překlád druhý den života novorozence k operačnímu řešení. V celkově stabilizovaném stavu byl přeložen rychlou lékařskou pomocí na Kliniku dětské chirurgie FN Motol. Hlášení vrozené vývojové vady odesláno do Národního registru vrozených vad (NRVV).

Při převozu rychlou lékařskou pomocí novorozenec v inkubátoru s vakuovou matrací o teplotě 37,3 °C, klidně spí, klidný, růžový, bez ikteru. Kontrola fyziologických funkcí, infuzní terapie 10% Glukóza s přidavkem 10% MgSO₄ a 10% Ca Gluk. rychlostí 6 ml/hodinu. Transport bez komplikací.

Medicínská diagnóza

Q421 Vrozené chybění, atrezie, stenóza konečníku bez píštěle.

Hodnoty a údaje zjišťované při příjmu dne 21. 10. 2019

Tabulka 3 Hodnoty a údaje zjišťované při příjmu

Hmotnost: 3 050 g	Délka: 49 cm	BMI: 12
TK: 83/54 mmHg	Pulz: 149 min	Obvod hlavy: 34 cm
TT: 37,1 °C	SpO₂: 98 %	Počet dechů: 52 min
Stav vědomí: při vědomí	Pohyblivost: normální	
Krevní skupina + Rh faktor, protilátky: 0 Rh pozitivní		

Zdroj: Dokumentace pacienta, 2019

Nynější onemocnění

Donošený novorozenec s dobrou poporodní adaptací přijatý k operačnímu řešení pro anorektální malformaci bez zjevné píštěle.

Informační zdroj

Ošetřovatelská překládová zpráva a dokumentace pacienta.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

- **Matka:** ročník 1983, zdráva
- Abúze matky: alkohol, drogy – ne, kouřila do druhého měsíce těhotenství, poté přestala
- Medikace v těhotenství: Aktiferin
- Vyšetření v těhotenství: BWR, HBSAg, BWR, HIV, Triple test negativní
- Průběh těhotenství: bez komplikací
- **Otec:** ročník 1981, zdrav, kuřák
- **Sourozenci:** sestra ročník 2015, zdráva

Osobní anamnéza

- Překonaná a chronická onemocnění: 0
- Hospitalizace: Novorozenecké oddělení nemocnice Chrudim
- Operace: 0
- Úrazy: 0
- Transfúze: 0
- Očkování: zatím neočkován
- Léková anamnéza (chronická medikace): 0
- Alergologická anamnéza: nejuje
- Abúzy: 0

Sociální anamnéza

- Chlapec pochází z kompletní rodiny.

Pracovní anamnéza

- Matka chlapce na mateřské dovolené, před mateřskou dovolenou pracovala jako učitelka.
- Otec chlapce automechanik.

Spirituální anamnéza

- Religiózní praktiky: 0

Fyzikální vyšetření sestrou

- Hlava: mírně předozadně protažená, týlní fontanela hmatná, pohyblivá;
- Oči: oční víčka bez výtoků, oční štěrby symetrické, obočí symetrické;
- Uši, nos: bez sekrece, charakteristického tvaru, fyziologicky přiměřené, symetrické, nos průchodný;
- Rty: fyziologicky symetrické, vlhké bez známek dehydratace;
- Dásně, sliznice dutiny ústní: sliznice růžové, bez povlaků;
- Jazyk: růžový, vlhký;
- Tonzily: souměrné;
- Chrup: 0;
- Krk: pohyblivý, fyziologická délka;
- Hrudník: souměrný;
- Plíce: eupnoe, dýchání sklípkové bez vedlejších fenomen;
- Srdce: srdeční ozvy pravidelné;
- Břicho: měkké, volně prohmatné bez resistance, pupečník dvě cévy;
- Genitál: chlapecký genitál, varlata sestouplá, močí pravidelně, čirá moč;
- Konečník: anus nevytvořen, píštěl není patrná, smolka neodešla;
- Páteř: symetrická;
- Reflexy: primární reflexy (základní novorozenecké reflexy) dobré;
- Čítí: primární;
- Periferní pulzace: hmatné;
- Kůže: fyziologicky růžová, přirozené loupání;
- Otoky: bez otoků.

4.2 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření a výsledek

Venózní odběr krve:

- 1) Biochemické vyšetření venózní krve.

- 2) Hematologické vyšetření venózní krve: krevní obraz a krev na vyšetření koagulací.
- 3) Krevní banka: vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru, objednání erytrocytového koncentrátu.

Kapilární odběr krve:

Vyšetření acidobazické rovnováhy: Astrup.

Výsledek: Fyziologické hodnoty krevních elementů. Erytrocytový koncentrát připravený v krevní bance k podání.

Mikrobiologické vyšetření:

Kultivace – výtěr krku, nosu a ucha.

Výsledek: Kultivace krku, nosu a ucha negativní.

Fyzikální vyšetření lékařem:

Výsledek: Anus nevytvořen, píštěl není patrná.

Ultrasonografické vyšetření:

Sonografické vyšetření břicha a malé pánve.

Výsledky: Břicho bez patologického nálezu. Močový měchýř patologický s normálním anechogenním obsahem. Píštěl do močových cest a perinea není patrná. Přehledná stěna trávicího traktu bez rozšíření. Mícha normálně uložena. Tračník do šíře 20 mm, rektum šíře 20 mm, vyplněný obsahem, je vysoko uložené minimálně 28 mm vzdáleno od kožního povrchu. Zřetelná presakrální masa není patrná.

Konzervativní léčba

- Dieta: nic per os
- Výživa: Podána parenterální výživa s 10% Glukóza 250 ml s 10% Ca Gluk. 10 ml
- Pohybový režim: klid na lůžku
- RHB: polohování dle standardu oddělení

- Medikamentózní léčba: 0

Chirurgická léčba (výkon, kdy)

V 18 hodin novorozenec odvezen na operační sál.

V klidné celkové anestezii pararektálním řezem v levém hypogastriu lékař pronikl do břišní dutiny. Do rány zaluxoval colon sigmoideum, přerušil a vypláchnul smolku z obou konců. Opakovaně vypláchnul odvodnou kličku. Do horního pólu vyšil přívodnou kličku a do dolního pólu rány kličku odvodnou. Operační výkon proběhl bez komplikací.

Ve 20 hodin byl novorozenec přivezen lékařem a dětskou sestrou z operačního sálu na pracoviště JIP.

Průběh hospitalizace

Ukázka průběhu hospitalizace pacienta je popsána podle lékařské a ošetrovatelské dokumentace. Třetí den hospitalizace jsem se přímo starala o pacienta a vykonávala ošetrovatelské činnosti v rámci svých kompetencí praktické sestry.

První den hospitalizace 21. 10. 2019

Novorozenec byl v 11 hodin přeložen z Chrudimské nemocnice. Byl uložen na vyhřívané lůžko, napojen na monitor pacienta s novorozeneckým nalepovacím čidlem SpO₂ a tlakovou manžetou pro měření TK. Měření fyziologických funkcí á 3 hodiny.

Dle ordinace lékaře byla u pacienta zavedena nazogastrická sonda (NGS) na spád, čímž je umožněno odvádění stagnačního obsahu a dekomprese žaludku. Podána parenterální výživa s 10% Glukóza 250 ml s 10% Ca Gluk. 10 ml. Proběhlo sonografické vyšetření břicha. V odpoledních hodinách přijel tatínek novorozence podepsat informovaný souhlas zákonného zástupce s hospitalizací, s anestezií, daným operačním výkonem a podání transfúzních přípravků.

Předoperační příprava

- Proveden odběr krve (na biochemické, hematologické a koagulační vyšetření) a na přípravu erytrocytovaného koncentrátu;
- Kontrola podepsaných informovaných souhlasů;
- Měření fyziologických funkcí;
- Anesteziologické vyšetření;
- Předoperační lačnění;
- Psychosociální příprava zákonného zástupce. Předoperační edukace otce.

Pooperační péče

Po příjezdu z operačního sálu na oddělení JIP je nutno zajistit:

- umístit novorozence na vyhřáté lůžko, za sálu je promrzlý;
- napojit na umělou plicní ventilaci v režimu synchronizovaná intermitentní zástupová ventilace (SIMV) + objemová garance (VG);
- monitorace a měření fyziologických funkcí dle usu pracoviště, poté á 3 hodiny;
- zajistit parenterální výživu dle ordinace lékaře, infuzní roztok Benelyte 10 ml/hodinu;
- sledovat bolest dle škály bolesti NIPS (Neonatal/Infant Pain Scale) a podávat analgetika dle ordinace lékaře, kontinuálně Morfin Biotika 1% inj. i.v. 3 mg do 50 ml fyziologického roztoku rychlostí 1 ml/hodinu a podávání analgetik Paracetamol Kabi i.v. 30 mg během 15 minut á 6 hodin (čas 20–02–08–14 hod);
- péči o operační ránu a stomii;
- péče o permanentní močový katétr – moč odváděná do sběrného sáčku, čirá moč;
- podání antibiotiková medikace dle ordinace lékaře – Amoksiklav 90 mg á 8 hodin (čas 20–08–12 hodin);
- sledovat celkový stav pacienta;
- vše zapisovat do ošetrovatelské dokumentace.

Druhý den hospitalizace 22. 10. 2019

První den po operaci. Stabilní, afebrilní, bez projevů bolestí, NIPS 0. Morfin dle lékaře snižován o 0,1 ml/hodinu za 6 hodin. Antibiotiková a analgetická léčba

pokračuje. Kontinuální parenterální výživa s 10% Glukóza 120 ml, 20% Glukoza 60 ml, 10% Primene 80 ml, 7,45% KCl 6 ml, 10% Ca Gluk. 8 ml, 10% MgSO₄ 0,9 ml a 8,7% Na₂HPO₄ 4 ml rychlostí 11,5 ml/hodinu. Na UPV FiO₂ 21%, přidechuje. Ve 20 hodin extubace, dýchá volně. NGS neodvádí stagnační obsah, 2x denně propláchnutá 5 ml fyziologickým roztokem. PMK odvádí nedostatečné množství moči, podán dle ordinace lékaře Furosemid inj. 2mg i.v ve 14 hodin. Stomie pomalu odvádí smolku. Břicho měkké, volně prohmatné. Odběry dle ordinace: krevní obraz, biochemie a Astrup. Monitorace a měření fyziologických funkcí á 3 hodiny.

Třetí den hospitalizace 23. 10. 2019

Popsaný v ošetrovatelském modelu a stanoveny ošetrovatelské problémy.

Čtvrtý den hospitalizace 24. 10. 2019

Stabilní, klidný, dýchá volně. Bez projevů bolestí, NIPS 0, proto analgetika při projevech bolestí nebo při zvýšené TT nad 38 °C. Při neklidu a pláči se zklidnil zabalením do deky nebo dudlíkem. Péče o operační ránu a stomii. Vývod růžový, bez patologických změn. Odvádí mléčnou stolicí (za 24 hodin 18 g stolice), sáček drží. Vytažení PMK. Močí čistou moč, pro měření výdeje za 24 hodin se pleny váží. Mateřské mléko navýšeno na 15–20 ml á 3 hodiny. Pije s chutí, někdy mu to déle trvá, 2x si ublinknul. Kontinuální parenterální výživa. Antibiotiková léčba čtvrtý den. Monitorace, fyziologické funkce, příjem a výdej měřeny á 3 hodiny.

Pátý den hospitalizace 25. 10. 2019

Při navýšení stravy per os na 30 ml á 3 hodiny začíná opakovaně zvracet. Zavedení NGS, 10 ml mateřského mléka per os a 20 ml mateřského mléka do NGS. Prováděná rezidua ze žaludku á 3 hodiny, pohybují se okolo 5 až 10 ml. Kontinuální parenterální výživa měla být dnes pozastavená a měl se navyšovat per os příjem, pro zvracení se pokračuje v kontinuální parenterální výživě. Váhový přírůstek o 20 g. Stomie vitální, vede mléčnou stolicí (16 g za 24 hodin), výměna stomického sáčku. Antibiotika léčba lékařem zrušené. Náběry krve na biochemii a hematologii. Monitorace, fyziologické funkce, příjem a výdej měřeny á 3 hodiny. Příjem matky k zaučení o péči se stomii.

Šestý den hospitalizace 26. 10. 2019

Stabilní, afebrilní, dýchá volně. Během dne v péči maminky. Mateřské mléko toleruje, nezvrací. Postupné navyšování mateřského mléka. V jedné dávce 50 ml á 3 hod. Nechán pít dle chuti a zbytek mateřského mléka podáváno do NGS. Lahvičkou zatím nezvládá, proto krmený stříkačkou se savičkou. Během krmení je nutné ho několikrát nechat odříhnout. Váhový úbytek o 5 g. Stomie vede kašovitou stolicí mléčné barvě (28 g za 24 hodin), močí dobře. Bolest neudává, NIPS 0. Monitorace, fyziologické funkce, příjem a výdej měřeny á 3 hodiny.

Sedmý den hospitalizace 27. 10. 2019

V průběhu dne v péči matky. Nejvyšší dávka mateřského mléka je 30 ml, zbytek do NGS. Během dne dvakrát zvracel. Stomie bez patologických změn, odvádí mléčnou stolicí (41 g za 24 hodin). Výměna stomického sáčku s matkou. Monitorace, příjem a výdej za 24 hodin.

Osmý den hospitalizace 28. 10. 2019

Bez obtíží, bolest neudává. Přiložený k prsu matky, ze začátku musel být dokrmený savičkou, na konci dne matka nakojí 50–60 ml á 3 hod. Nezvrací. Stomie vede typickou novorozeneckou světle žlutou řídkou stolicí. Edukace maminky stoma sestrou o výměně stomického sáčku. Monitorace, příjem a výdej za 24 hodin.

Devátý den hospitalizace 29. 10. 2019

Spokojený, klidný, po celý den v péči matky. Matka dnes pod dohledem vyměnila stomický sáček. Stomie vede mléčnou kašovitou stolicí. S chutí vypije z prsou 50 ml, zbytek 10 ml do NGS. Monitorace, příjem a výdej za 24 hodin. Dnes novorozenecké screeningové vyšetření sluchu pomocí otoakustické emise (OAE). Vyšetření proběhlo v pořádku a lze předpokládat normální sluch.

Desátý den hospitalizace 30. 10. 2019

Stabilní, afebrilní, bez bolestí (NIPS 0). Plně kojený v dávce 60 ml á 3 hodiny. Stomie odvádí mléčnou stolicí tvz. míchaná vajíčka (odpady 60 g za 24 hodin). Občas ho trápí plyny. Dle ordinace lékaře podáván Sab simplex suspenze 10 kapek při každém jídle na vstřebávání plynů v žaludku a ve střevě. Močí pravidelně. Monitorace, příjem

a výdej za 24 hodin. Novorozenecké screeningové vyšetření na tzv. novorozeneckou kataraktu (šedý zákal). U novorozence se nepotvrdil šedý zákal, negativní výsledek testu.

Jedenáctý den hospitalizace 31. 10. 2019

Přeložený na standardní oddělení s matkou na pokoj. Stabilní, bez bolestivých projevů (NIPS 0). V plné péči matky, péči zvládá pěkně, potřebuje pomoc s nalepením stomického sáčku. Plně kojený v dávce 60 ml á 3 hodiny. Matka ho před kojením a po něm váží kvůli přesnému příjmu tekutin. Mateřské mléko toleruje, neblinkává, nezvrací, proto NGS ex. Ke každému jídlu Sab simplex suspenze 10 kapek. Stolice kašovitá žluté barvy (za 24 hodin 42 g). Monitorace, příjem a výdej za 24 hodin.

Dvanáctý den hospitalizace 01. 12. 2019

Poslední návštěva stoma sestry před odchodem do domácí péče. Matka vybavena od stoma sestry stomickými pomůckami na jeden měsíc a kontaktem, kam se může obrátit. Matka ošetření stomie zvládá, jen potřebuje malého přídržet. Plně kojený, hmotnostně prospívá, stomie růžová, močí dobře. Rodiče opakovaně poučení o povaze onemocnění i následné péči, o doporučené stravě, o termínu plánované kontroly, o příznacích, při kterých by měli vyhledat lékaře. Poučení rozuměli a souhlasí. Propuštěný lékařem do domácí péče.

Novorozenecký screening

V České republice se provádí u všech narozených dětí novorozenecký screening. V rámci časného překladu chlapce z porodnice na oddělení Kliniky dětské chirurgie v FN Motole je oddělení povinné zajistit u novorozence screeningové vyšetření.

Je to standardní vyšetření novorozence, při kterém se včasné v preklinickém stadiu stanoví diagnóza a zahájí léčba. Odebírá se několik kapek krve z patičky novorozence - na přední a zadní stranu novorozenecké screeningové kartičky mezi 48–72 hodinou po narození (Muntau, 2014).

Opakování odběru je individuální. Opakuje se na ordinaci ošetřujícího lékaře z klinických důvodů, nebo na žádost screeningové laboratoře.

Z klinických důvodů se provádí rescreening mezi 8. až 14. dnem života u novorozenců:

- 1) s porodní hmotností méně než 1 500 g;
- 2) podání přípravku z kortikoidů matce 48 hodin před porodem nebo novorozenci před odběrem screeningu;
- 3) podání v posledním trimestru těhotenství matky tyreostatika (léky snižující funkci štítné žlázy) nebo jódové kontrastní látky;
- 4) kteří před odběrem screeningu byli léčeni dopaminem, léky s obsahem jódu, nebo byla podána jódová kontrastní látka;
- 5) kterým byl podán před screeningovým odběrem transfuzní přípravek;
- 6) kterým byla podaná parenterální výživa před screeningovým odběrem.

Odběr novorozeneckého screeningu

Vyplníme všechny údaje na novorozenecké screeningové kartičce, kroužků určených pro kapky krve se nedotýkáme. Místo odběru očistíme dezinfekčním prostředkem a sterilním tampónkem otřeme do sucha. Sterilní lancetou nebo odběrovou jehlou napíchneme patičku novorozence. První kapku otřeme sterilním tampónem, další kapky krve lehce přiložíme na určené kroužky na kartičce. Na přední i zadní straně kartičky vyplníme všechny kroužky krví a místo vpichu zalepíme. Kartičku necháme při pokojové teplotě zaschnout. Screeningové kartičky od sebe oddělíme, první se posílá do laboratoře na vyšetření dědičných metabolických poruch, druhá kartička do laboratoře na vyšetření endokrinních onemocnění a cystické fibrózy, obě se musí poslat do 24. hodin od odběru.

Screening ze suché kapky byl nabrán dne 23. 10. 2019. Ošetřující lékař z klinických důvodů naordinoval rescreening ze suché kapky mezi osmým a čtrnáctým dnem po narození; odebráno 31. 10. 2019.

Do novorozeneckého screeningu patří i vyšetření sluchu a vyšetření na kataraktu.

Vyšetření sluchu se provádí pomocí otoakustické emise (OAE). Vyšetření je rychlé, neinvazivní, objektivní a je běžné pro novorozeneckou populaci pro včasné odhalení sluchové vady. U chlapce provedeno 29. 10. 2019.

Běžné novorozenecké screeningové vyšetření na tzv. novorozeneckou kataraktu (šedý zákal, se kterým novorozenec už přichází na svět), proběhlo 30. 10. 2019.

Obě vyšetření byla v pořádku.

4.3 Utřídění informací dle domén NANDA i TAXONOMIE II

Posuzování ze dne 23. 10. 2019

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Informace od rodičů:

Těhotenství bez obtíží, rozený spontánně v 39+1 týdnu těhotenství. Ve 45. minutě života při ošetření dětskou sestrou podezření na atrezii anu, která byla potvrzená při aspekcii lékařem. Lékař vysvětlil rodičům diagnózu, kterou pochopili a souhlasili s překladem na Klinikou dětské chirurgie ve FN Motol. V lůžku chlapce bezpečná hrající plyšová hračka od rodičů.

Rodiče:

Matka 36 let zdráva. Kouřila do druhého měsíce těhotenství, poté přestala. Otec 38 let, zdrav, kuřák. Sestra 4 roky, zdráva.

Pozorování:

Při oblékání a svlékání je s chlapcem zacházeno šetrně. Vybíráme vhodné oblečení, abychom měli lepší přístup k operační ráně a vytvořené stomii. V tomto případě jsou vhodnější dupačky než novorozenecké body. Při manipulaci mimo vyhřívané lůžko dáme dítěti na hlavu čepičku. Při zavnutí do uzlíčku se cítí nejspokojenější, zajišťujeme tak potřebu jistoty a bezpečí. Rodiče působí upraveně a čistě.

Výživa a metabolismus

Informace od rodičů:

Matka chtěla chlapce kojit, kvůli hospitalizaci a léčebné terapii jí to není dovoleno. Bojí se, že o mateřské mléko přijde. Porodní hmotnost 3 070 g.

Pozorování:

Z důvodu operačního výkonu zatím nemůže přijímat plnou dávku mateřského mléka enterální cestou. Chlapec je z toho důvodu na kontinuální parenterální výživě, ze které přijímá veškeré živiny a energii. Ošetřující lékař při plánování parenterální výživy bere ohled na ztrátu vody a energie. Dnes první den krmený mateřským mlékem á 3 hodiny za pomoci stříkačky. Z první dávky 10 ml mateřského mléka podaného per os vypil stříkačkou 3 ml, zbytek 7 ml podáno do NGS. Po třech hodinách per os vypil 5 ml, zbytek 5 ml do NGS. Po dalších třech hodinách vypil celou dávku 10 ml bez obtíží. Poté zbytek dne krmený per os 10 ml mateřského mléka bez obtíží, s chutí, někdy pomaleji. Pro úspěšný příjem per os, bylo lékařem ordinováno zrušení NGS. Příjem za 24 hodin per os 58 ml a parenterální výživa + léky 320 ml. Celkový příjem za 24 hodin je 378 ml. Váha 3 050 g. Kůže čistá, růžová, suchá; odpovídající novorozenci. Bez ikteru a cyanózy. Pupečnickový pahýl suchý, klidný, ošetřován Cutaseptem. Kůže promazávaná dětským olejem.

Novorozenec zavedený periferní žilní katétr, operační ránu a stomii.

Ošetřovatelský problém: Přerušené kojení, riziko infekce, narušená integrita tkáně.

Vylučování

Informace od rodičů:

Rodiče doposud chlapce nepřebalovali. Přebalování by zvládli, mají doma čtyř letou holčičku, ale vypouštět stomický sáček se bojí. Dosud se stomii nepřišli do styku;

Pozorování:

Bříško na pohmat klidné a měkké. Před operací močil do plen, bez obtíží. Na sále byl chlapci zavedený PMK, který odvádí čistou moč bez příměsí. Výdej moči za 24 hodin je 337 ml.

Sigmoideostomie začala odvádět první pooperační den smolku s hlenem. Dnes druhý pooperační den pro odvádění většího množství smolky, nalepený první stomický sáček. Okolí vývodu bez zarudnutí, ošetřeno před nalepením stomického sáčku kosmetikou určenou pro okolí stomie. Výdej smolky za 24 hodin je 15 g. Zadeček promazáván dětskou masti a Sudokremem, aby se zabránilo zarudnutí kůže.

Aktivita, cvičení

Informace od rodičů:

Rodiče se chlapce bojí vzít do náruče, aby mu neublížili. Dětská sestra ukáže způsob, jak si chlapce můžou šetrně vzít z lůžka do náruče. Matka je ráda, že má chlapce v náručí.

Pozorování:

Uložený na výhřevném lůžku pro novorozence. Polohován spontánně na zádech se zvýšenou horní polovinou těla, na pravý a levý bok polohován pomocí omyvatelného molitanu a podložek. Rodiče využívají nejdůležitější polohu, mají dítě v náručí. Poloha na bříšku zatím není vhodná k dané operaci. Jinak v pohybu omezen není.

Dýchání je fyziologické, pravidelné, čisté. Je růžový, stabilní, s dobře prokrvenými perifériemi. Napojený na monitor pacienta s novorozeneckým nalepovacím čidlem SpO₂. Frekvence dechů kolem 50 dechů za minutu, saturace kyslíku 97–100 %.

Spánek, odpočinek

Informace od rodičů:

Neudávají.

Pozorování:

Klidný, když se mu něco nelíbí, začne plakat. Při neklidu chlapce jde utiшит dudlíkem a zavinutím do zavinovačky. Jeho denní potřeba spánku je 20–22 hodin, budí se na jídlo, při ošetření se budí sám.

Ošetřovatelský problém: Narušený vzorec spánku.

Vnímání, poznávání

Informace od rodičů:

Rodiče neumí posoudit.

Pozorování:

Chlapec má základní novorozenecké reflexy a pěstičky sevřené v pěst. Na světlo reaguje hýbáním tělíčkem.

Bolest tlumená analgetiky Morfin Biotika 1% inj. i.v. 3 mg do 50 ml fyziologického roztoku, který je od prvního pooperačního dne snižován na základě ordinace lékaře a dle škály NIPS. Bolest neudává (NIPS 0), posuzují podle výrazu ve tváři, srdeční akce a pláče.

Ošetrovatelský problém: Akutní bolest.

Sebekoncepce, sebeúcta**Informace od rodičů:**

Rodiče neumí posoudit.

Pozorování:

Chlapec komunikuje pláčem a výrazem v obličeji. Když pláče, něco se mu nelíbí. Stačí mu dát dudlík do úst a uklidní se. Pocit bezpečí dodává dítěti kromě kontaktu s rodiči a využívání tzv. klokánkování (přikládání dítěte přímo na tělo matky), také prostředí vyhřívávaného lůžka, vytvoření pelíšku, přítomí, klidný přístup, snížení hluku.

Plnění rolí, mezilidské vztahy**Informace od rodičů:**

Rodina je kompletní. Bydlí ve městě v bytě. Žádný problém v rodině nemají. O narození chlapce informovali všechny své přátele, ale jen nejbližším řekli o onemocnění chlapce.

Pozorování:

Otec chlapce působí vyrovnaně, snaží se zapojit do ošetrovatelské péče. Matka je úzkostná. Tato úzkost je reakcí na brzké odloučení od dítěte.

Ošetrovatelský problém: Riziko narušení vztahů.

Sexualita, reprodukční schopnost

Nezjištěno.

Stres, zátěžová situace, jejich zvládnání, tolerance

Informace od rodičů:

Otec chlapce chodí na návštěvu od prvního dne hospitalizace, je informován lékařem od začátku průběhu hospitalizace dítěte. Sám se aktivně zapojuje a hledá informace na internetu o diagnóze chlapce a ošetření stomie. Maminka se bojí chlapce dotýkat, nese onemocnění chlapce těžce, pláče.

Pozorování:

Otec u chlapce sedí a hladí ho, do náruče se ho bojí vzít, aby mu neublížil. Nosí mu čerstvé mateřské mléko matky, které se dává zamrazit. Třetí hospitalizační den dítěte přichází s tatínkem na návštěvu dítěte maminka. Pro matku a dítě je důležitý kontakt pro vytvoření pevného citového vztahu. Ten je právě narušený v rámci včasného odloučení a hospitalizace chlapce. Ošetřující lékař mamince vysvětlil danou diagnózu, terapii a prognózu anorektální malformace a pobídnul matku k aktivnímu zapojení. Maminka se po rozhovoru s ošetřujícím lékařem uklidnila a chlapce si vzala pod dohledem dětské sestry do náruče a nakrmila mateřským mlékem přes stříkačku. Mamince byla nabídnutá možnost hospitalizace, pro vytvoření citového vztahu mezi ní a dítětem.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Informace od rodičů:

Rodiče by si přáli, aby už tahle životní etapa byla za nimi, aby už mohli být všichni společně doma.

Pozorování:

Celý zdravotnický tým chrání chlapce před nebezpečím, zachází s ním opatrně, při ošetření jsou dodržována všechna standardní bezpečnostní opatření. Důležité

je eliminovat rizika infekce a riziko pádu, které by mohlo chlapce ohrozit a prodloužit dobu hospitalizace.

4.4 Situační analýza ke dni 23. 10. 2019

Situační analýza byla realizována 2. pooperační den. Situační analýzu jsem začala úvodem, kde popisují proces přijetí pacienta na Kliniku dětské chirurgie ve FN Motol a v krátkosti průběh hospitalizace.

Druhý den života je chlapec přeložený z Chrudimské nemocnice na Kliniku dětské chirurgie. Těhotenství a porod proběhl bez obtíží, rozený spontánně v 39+1 týdnu těhotenství. Při ošetření dětskou sestrou po porodu podezření na atrezii anu, která byla potvrzená při aspekci lékařem. Pro poskytnutí intenzivní zdravotní péče a monitorace přeložený na oddělení JIP. Po telefonické konzultaci s MUDr. J.E. z Kliniky dětské chirurgie FN Motol, domluven v druhý den života novorozence překlad k operačnímu řešení.

Po překladu byl chlapec standardně uložený do lůžka. Uděláno sonografické vyšetření, pro upřesnění diagnózy, poté předoperační příprava (odběry krve na vyšetření a pro přípravu erytrocytového koncentrátu, podepsání souhlasu zákonného zástupce).

Na operačním sále byl chlapec zhruba dvě hodiny. Operační výkon proběhl bez komplikací. Po operaci napojený na UPV a tlumený Morfinem. Operační rána nekrvácela a byla ze sálu přelepená sterilním leukoplastem s tampónem. Na sigmoideostomií ze sálu přiloženo sterilní krytí. První pooperační den byl chlapec kardiopulmonálně stabilní, byl extubovat a Morfin byl snižován. Stomie začala vést smolku, diuréza nedostatečná, dle ordinace lékaře byl podaný Furosemid inj. 2 mg intravenózně.

Druhý pooperační den (23. 10. 2019). Chlapec klidný, afebrilní, dobře prokrvený. Dýchání pravidelné v rozmezí 30–40 dechů za minutu, eupnoe. Novorozenecký pohybový režim, zabalený do peřinky. Dnes první den krmený savičkou 5–10 ml per os mateřského mléka nebo umělého mléka Beba 1. Pije s chutí, v první dávce vypil 3 ml, v druhé 5 ml a poté 10 ml mateřského mléka. Matka chlapce mateřské mléko odstříkává z prsu do předsterilizovaného sáčku. Mateřské mléko je uchované od odstříkání 24 hodin v lednici a pro stálý příjem mateřského mléka je přebytek uložený v mrazáku.

Od prvního pooperačního dne chlapec přijímá živiny z kontinuální parenterální výživy, která obsahuje 10% Glukózu 260 ml, 10% Primene 80 ml, 10% NaCl 6 ml, 7,45% KCl 6 ml, 10% Ca Gluk. 3 ml, 10% MgSO₄ 1 ml a 8,7% Na₂HPO₄ 3 ml. Rychlost parenterální výživy se upravuje podle per od příjmu. Vytažení NGS. Medikamentózní léčba zahrnuje antibiotika Amoksiklav inj. i.v. 90 mg po 8 hodinách (čas: 12–20–04), Morfin Biotika 1% injekční roztok i.v. 3 mg do 50 ml fyziologického roztoku, který od prvního pooperačního dne snižovaný dle škály NIPS. Ve 20 hod dle ordinace lékaře a bolesti NIPS 0 Morfin EX. Paracetamol Kabi i.v. 30 mg pravidelně á 6 hodin (čas: 14–20–02–8). Operační rána se hojí primárně, ošetřena Betadine (kožní roztok k dezinfekci) a zalepena sterilní náplátí s polštářkem. Stomie začíná odvádět větší množství smolky, nalepený první stomický sáček. Okolí vývodu bez zarudnutí, ošetřeno před nalepením stomického sáčku kosmetikou určenou pro okolí stomie. PMK odvádí přiměřené množství čiré moči. PŽK třetí den bez patologických změn. Monitorace dle ordinace lékaře á 3 hodiny: TK 80/54 mmHg, P 123 za minutu, dech 32 za minutu, Saturace O₂ 100 %, příjem + výdej. Příjem za 24 hodin per os 58 ml, parenterální výživa + léky 320 ml, dohromady 378 ml. Výdej moč 337 ml a 15 g smolky. Příjem a výdej je v rovnováze. Otec chlapce chodí na návštěvu každý den, o chlapce se zajímá. Matka s otcem dnes přišla poprvé na návštěvu. Je plačtivá a chlapce se bojí dotknout.

4.5 Stanovení ošetřovatelských diagnóz

V České republice se NANDA taxonomie II začala zavádět od roku 2005. Publikace NANDA taxonomie II obsahuje názvy ošetřovatelských diagnóz, které jsou sdruženy v mezinárodní klasifikaci ošetřovatelských diagnóz NANDA – International. Ošetřovatelská diagnóza musí vycházet z anamnézy pacienta. NANDA domény jsou holistické a sledují pacienta ve všech oblastech osobního života a zařazují problém pacienta, který by se mohl objevit při nefunkčním uspořádání jeho potřeb do 13 oblastí. Domény jsou rozděleny na třídy, kdy každá třída definuje problém pacienta, tedy ošetřovatelskou diagnózu. Každá ošetřovatelská diagnóza má číselný kód, definici, určující znaky, související faktory, prioritu, cíl krátkodobý a dlouhodobý, očekávané výsledky, plán intervencí, realizaci a hodnocení (Vörösová, 2015).

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA International, Inc. Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017. Praha: Grada 2015. ISBN 978-80-247-5412-3.

Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA Taxonomie II byly sestaveny k třetímu dnu hospitalizace (druhý den po operaci). Ošetrovatelské diagnózy jsou rozděleny na akutní a potenciální.

Akutní ošetrovatelské diagnózy

- 00132 Akutní bolest
- 00198 Narušený vzorec spánku
- 00105 Přerušené kojení
- 00044 Narušená integrita tkáně

Potenciální ošetrovatelské diagnózy

- 00004 Riziko infekce
- 00058 Riziko narušení vztahů

4.5.1 Akutní ošetrovatelské diagnózy

00132 AKUTNÍ BOLEST

Doména 12. Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Definice

Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

Určující znaky

- důkazy o bolesti zaznamenané pomocí standardizovaného záznamu pro osoby neschopné komunikovat verbálně NIPS;
- expresivní chování (pláč);
- výraz bolesti v obličeji (grimasa).

Související faktory

- Fyzikální původci zranění (operace).

Priorita

Střední.

Cíl krátkodobý

Novorozenci se po podání analgetik zmírní bolest do jedné hodiny od podání analgetik.

Cíl dlouhodobý

Novorozenec nejeví žádné neverbální známky bolesti, intenzita bolesti 0 NIPS do týdne (30. 11. 2019).

Očekávané výsledky

Novorozenec se neprojevuje bolestivými grimasami (nepláče).

Plán intervencí

- Sledovat neverbální bolestivé projevy novorozence;
- Informovat lékaře o projevech bolesti novorozence;
- Zjistit příčinu bolesti a snažit se důvod odstranit;
- Pečovat o komfort novorozence;
- Podávat pod dohledem dětské sestry analgetika dle ordinace lékaře a zaznamenat podání do lékařské dokumentace;
- Sledovat účinek podaných analgetik;
- Zajistit dostatečný spánek a vhodné prostředí novorozenci;

- Zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace projevy bolesti u novorozence;
- Sledovat fyziologické funkce novorozence a zapisovat naměřené funkce do ošetrovatelské dokumentace.

Realizace

Sledovala jsem neverbální projevy novorozence. Informace o chování dítěte jsem podávala ošetrujícímu lékaři dítěte a zapisovala do ošetrovatelské dokumentace. Pečovala jsem o komfort dítěte polohováním, zabalením do zavinovačky a příjemným prostředím, aby mělo klidný spánek. Bolest monitorována, byly sledovány neverbální projevy bolesti. Dle ordinace lékaře Morfin Biotika 1% inj. i.v. 3 mg v 50 ml fyziologického roztoku od prvního pooperačního dne snižován o 0,1 ml/hodinu za 6 hodin. Pravidelné podávání analgetik Paracetamol Kabi i.v. 30 mg během 15 minut á 6 hodin (čas 20–02–08-14 hod). Zaznamenání do ošetrovatelské dokumentace podávání analgetik a intenzitu bolestí novorozence. Měření fyziologických funkcí dle ordinace lékaře a zapisování naměřených funkcí do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení

Novorozenec klidný, bolest neudává, působí spokojeným dojmem. Morfin večer lékařem zrušený. Fyziologické funkce bez velkých výkyvů. Vše zapsáno v ošetrovatelské dokumentaci.

00198 NARUŠENÝ VZOREC SPÁNKU

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 1. Spánek/odpočinek

Definice

Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

Určující znaky

- Změna normálního vzorce spánku;
- nechtěné probuzení související a častými terapeutickými a ošetrovatelskými výkony.

Související faktory

- Okolní bariéry (okolní hluk, vystavení dennímu světlu/tmě);
- Časté terapeutické a ošetrovatelské výkony.

Priorita

Střední.

Cíl krátkodobý

Nepřerušovaný spánek alespoň dvě hodiny.

Cíl dlouhodobý

Nepřerušované spaní, samostatné probuzení novorozence do 14 dnů.

Očekávané výsledky

Klidný, spokojený novorozenec bez projevů únavy.

Plán intervencí

- V době spánku novorozence používat tlumené osvětlení;
- Vytvořit klidnější prostředí;
- Ošetrovatelské výkony provádět šetrně a zbytečně novorozence neprobouzet;
- Naplánovat lékařské a ošetrovatelské výkony při jednom probuzení novorozence.

Realizace

Při spaní novorozence světlo ztlumeno a přes vyhřívané lůžku přehozený povlak pro vytvoření klidnějšího prostředí. Ošetrovatelská péče prováděná před krmením nebo po něm. Při kontrole novorozence se ošetrovatelský tým choval ohleduplně a tiše.

Hodnocení

Novorozenec po nakrmení klidně usnul a po třech hodinách byl šetrně probouzen na krmení. Lékařské a ošetrovatelské výkony byly prováděny v době probuzení na krmení.

00105 PŘERUŠENÉ KOJENÍ

Doména 2. Výživa

Třída 1. Příjem potravy

Definice

Přerušeni kontinuity poskytovat mléko kojenci nebo malému dítěti přímo z prsu, což by mohlo ohrozit úspěšné kojení či nutriční stav kojence/dítěte.

Určující znaky

- Novorozenec nedostává výživu z prsu.

Související faktory

- Hospitalizace dítěte;
- Separace matky a dítěte.

Priorita

Nízká.

Cíl krátkodobý

Zajistit novorozenci mateřské mléko matky. Krmit novorozence odstříkaným mateřským mlékem. Zajistit kontakt matky s novorozencem (do 24 hodin).

Cíl dlouhodobý

Novorozenec je kojený z prsu při každém kojení (do 14 dnů).

Očekávané výsledky

Matka ví, jak udržet laktaci do doby, než bude plně kojit, zná manipulaci a postup uchovávání mateřského mléka.

Novorozenec nejeví známky dehydratace.

Plán intervencí

- Zajistit matce edukaci o odsávání, manipulaci a uchovávání mateřského mléka;
- Zajistit pravidelný kontakt rodičů s novorozencem.

Realizace

Laktační poradkyně matce vysvětlila elektrický i manuální systém v odsávání, manipulaci a uchovávání mateřského mléka, dále také vysvětlila důležitost mateřského mléka pro novorozence. Matka si pod dohledem dětské sestry vyzkoušela novorozence nakrmit mateřským mlékem (10 ml) přes stříkačku. Po dobu návštěvní doby byli rodiče přítomni u dítěte.

Hodnocení

Matka všem informacím porozuměla a chápe důležitost mateřského mléka pro novorozence. Odstříkané mateřské mléko je uloženo do speciálního mrazicího boxu.

00044 NARUŠENÁ INTEGRITA TKÁNĚ

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

Definice

Poškození sliznic, rohovky, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů.

Určující znaky

- Poškozená tkáň.

Související faktory

- Chirurgický zákrok;
- Invazivní vstup (PŽK).

Priorita

Střední.

Cíl krátkodobý

Pooperační rána se bude hojit primárně. Stomie bude růžová a dobře prokrvená. PŽK bez zarudnutí a patologických změn. Novorozenec bude klidný a spokojený (do 24 hodin).

Cíl dlouhodobý

Rána se bude hojit primárně do diferenciační fáze (konečné fáze). Stomie bez komplikací. Vytažení PŽK (do 7 dnů).

Očekávané výsledky

Hojící se rána per primam, bez známek infekce.

Plán intervencí

- Při převazu operační rány postupovat asepticky a šetrně ke kůži;
- Používat dezinfekční roztok nedráždivý na kůži;
- Ošetření a vzhled operační rány zapisovat do ošetřovatelské dokumentace.

Realizace

Operační ránu jsem převazovala dle potřeby, nebo dle ordinace lékaře. Při převazu operační rány jsem vytvořila aseptické prostředí. Ránu jsem ošetřila Betadine (kožní roztok k dezinfekci) a zalepila sterilní leukoplastí s polštářkem. Stomie jsem se při výměně stomického sáčku dotýkala opatrně a ošetřila ji pouze vodou. Okolí stomie bez zarudnutí, ošetřeno před nalepením stomického sáčku kosmetikou určenou pro okolí stomie. Ošetřovatelské výkony jsem zaznamenávala do ošetřovatelské dokumentace.

Hodnocení

Operační rána se hojí primárně, nyní v proliferativní fázi. Stomie růžová, bez patologických změn. Novorozenec klidný a spokojený.

4.5.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy

00004 RIZIKO INFEKCE

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 1. Infekce

Definice

Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Určující znaky

- Invazivní vstupy (do krevního oběhu: PŽK, do močových cest: PMK a do GIT: NGS);
- Změna integrity kůže.

Související faktory

- Zavedení PŽK, PMK a NGS;
- Operační rána.

Priorita

Střední.

Cíl krátkodobý

Operační rána se bude hojit primárně. Nedojde k místní ani celkové infekci a k přenosu nozokomiálních nákaz. Při porušené tkáňové integritě z důvodů zavedené PŽK nedojde k projevům infekce.

Cíl dlouhodobý

U novorozence nedojde do konce hospitalizace ke vzniku infekce.

Očekávané výsledky

- Sledovat pravidelně invazivní vstupy a dbát na pečlivé ošetřování invazivních vstupů;
- Dodržovat aseptický přístup;
- Rodiče novorozence znají zásady s manipulací PŽK, NGS a PMK;
- Novorozenec má funkční PŽK, NGS a PMK po dobu zavedení.

Plán intervencí

- Dodržovat přísně asepticky péči o invazivní vstupy (PŽK, NGS a PMK);
- Před a po manipulaci s novorozencem si umýt a důkladně vydezinfikovat ruce;
- Převazy provádět přísně asepticky;
- Dodržovat zásady bezpečnosti a ochrany zdraví;
- Kontrolovat místo vstupu PŽK;
- Vše zapisovat do ošetrovatelské dokumentace a informovat lékaře při výskytu nežádoucích účinků.

Realizace

Před každou manipulaci s novorozencem jsem si umyla a důkladně vydezinfikovala ruce. PŽK v levé dolní končetině dnes třetí den. Po celou dobu zavedení kape parenterální výživa bez přerušení. Pravidelně kontrolována funkčnost a vzhled invazivního vstupu, který nejeví známky infekce. Operační ránu jsem asepticky ošetřila Betadine (kožní roztok k dezinfekci) a sterilně kryla. Dbala jsem na čistotu v okolí rány. Močový sáček za aseptických podmínek vyměněný. Dodržovala jsem zásady bezpečnosti a ochrany zdraví. Vše zapsáno do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení

Novorozenec nemá žádné patologické projevy na kůži, nedošlo ke vzniku infekce a k přenosu nozokomiálních nákaz do doby hodnocení.

00058 RIZIKO NARUŠENÍ VZTAHŮ

Doména 7. Vztahy mezi rolemi

Třída 2. Rodinné vztahy

Definice

Náchylnost k narušení interaktivního procesu mezi rodičem/důležitou blízkou osobou a dítětem, která umožňuje vývoj ochranného a výchovného vzájemného vztahu.

Určující znaky

- Onemocnění dítěte neumožňuje efektivně navázat vztah s rodičem;
- Nedostatek soukromí;
- Separace rodiče a dítěte.

Související faktory

- Překlad novorozence ve druhý den života do Fakultní nemocnice Motol v Praze.

Priorita

Střední.

Cíl krátkodobý

Zajistit, aby rodiče měli dostatek informací o novorozenci.

Zajistit soukromí rodičům s novorozencem.

Cíl dlouhodobý

Hospitalizace matky a vytvořit vztah mezi matkou a novorozencem.

Očekávané výsledky

Klidná a spokojená matka se rovná klidný a spokojený novorozenec.

Plán intervencí

- Umožnit rodičům možnost návštěv a informovat matku o možném přijetí na oddělení;
- Zapojení rodičů do ošetrovatelské péče o novorozence;
- Zajistit dostatek informací a ověřit si, zda informacím porozuměli;
- Zajistit pro utvoření blízkého vztahů blízký kontakt matky a novorozence;

- Odstranit strach rodičů vzít si novorozence do náruče, nakrmit a ošetřit.

Realizace

Otec chlapce chodí na návštěvu od prvního dne hospitalizace, je informován lékařem od začátku průběhu hospitalizace dítěte. Sám se aktivně zapojuje a hledá informace na internetu o diagnóze chlapce a ošetření stomie. U chlapce sedí a hladí ho, do náruče se ho bojí vzít, aby mu neublížil. Společně s matkou dítěte přišel třetí hospitalizační den dítěte. Matka se bojí chlapce dotýkat, nese onemocnění chlapce těžce, pláče. Ošetřující lékař matce vysvětlil danou diagnózu, terapii a prognózu anorektální malformace a pobízí matku k aktivnímu zapojení. Matka se po rozhovoru s ošetřujícím lékařem uklidnila a chlapce si vzala pod dohledem dětské sestry do náruče a nakrmila mateřským mlékem přes stříkačku. Matce byla nabídnutá možnost hospitalizace pro vytvoření citového vztahu mezi ní a dítětem.

Hodnocení

Matka byla po rozhovoru s lékařem klidnější a chlapce si vzala pod dohledem dětské sestry do náruče k pochování a k nakrmení. Působila spokojeným dojmem, ale stále úzkostná. Rodiče byli pravidelně informováni o ošetrovatelské péči a zdravotním stavu chlapce. Matka s hospitalizací u dítěte souhlasila.

4.6 Edukace rodičů novorozence

Edukace je nedílnou součástí léčby, podílí se na ní celý ošetrovatelský tým (lékaři, praktické sestry, všeobecné sestry, dětské sestry, stomické sestry atd.). Je součástí ošetrovatelské praxe a běžnou denní činností celého zdravotnického týmu.

Edukace o novorozence je velmi specifická. Důležitou roli hraje edukace rodičů. Dobře informovaný rodič je klidnější, spolupracující a dokáže lépe novorozenci uspokojit jeho základní potřeby. Rodiče, kteří zažili psychický šok po narození dítěte, je zapotřebí ujistit, že nenesou žádnou vinu za vznik onemocnění dítěte.

Edukace rodičů 1. den hospitalizace novorozence

Rodiče byli v Chrudimské nemocnici edukováni o překladu novorozence do Fakultní nemocnice Motol na Klinikou dětské chirurgie JIP. S překladem souhlasili.

Matka chlapce to psychicky těžce nesla, proto přijel během dne tatínek chlapce na oddělení JIP sám.

Otec chlapce byl nejprve seznámený s ošetřujícím lékařem chlapce, seznámený s diagnózou, terapií a prognózou ARM. S ošetřujícím lékařem vyplnil informované souhlasy zákonného zástupce s hospitalizací, daným operačním výkonem, s anestezií a podání transfuzního přípravků.

Práce na oddělení JIP je týmová a společná. Všeobecná/dětská sestra má nezastupitelnou roli v edukačním procesu. Otec byl všeobecnou/dětskou sestrou seznámen s chodem a domácím řádem oddělení a právy dětských pacientů, vše dostal i v tištěné formě. Byl poučený o nutnosti dodržování správných hygienických návyků během pobytu na oddělení JIP, o používání signalizačního zařízení, kamerovém systému a monitorací novorozence. Otec všemu porozuměl.

Edukace rodičů během hospitalizace novorozence

Otec chlapce chodil na návštěvu od prvního dne hospitalizace, byl informován lékařem od začátku průběhu hospitalizace dítěte. Sám se aktivně zapojoval a hledal informace na internetu o diagnóze chlapce a ošetření stomie. Společně s matkou dítěte přišel třetí hospitalizační den dítěte a poté pravidelně každý den. Matka onemocnění chlapce snášela psychicky špatně. Ošetřující lékař jí vysvětlil danou diagnózu, terapii a prognózu anorektální malformace a pobídnul ji k aktivnímu zapojení. Matka se po rozhovoru s ošetřujícím lékařem uklidnila. Všeobecná/dětská sestra matku nejprve seznámila s chodem oddělení, domácím řádem a důležitým hygienickým návykům na oddělení JIP.

Matka novorozence by měla být zapojená do péče co nejdříve. Kontakt matky s dítětem je velmi důležitý pro vytvoření pevného citového vztahu mezi ní a dítětem. Matku zapojujeme do péče od začátku, aby došlo k osamotňování v péči o novorozence. Matka by měla vědět, jak předcházet komplikacím. Kdyby k nim došlo, měla by vědět, jak je řešit. Matka by měla mít dostatek informací a péči o dítě prakticky nacvičenou (Kukla, 2016).

Matku jsme edukovali o důležitosti fyzického kontaktu, který byl narušený kvůli včasnému odloučení a hospitalizace dítěte. Pro vytvoření vztahu mezi matkou

a chlapcem jsme matku edukovali o tzv. klokánkování, které je vhodné pro simulaci bezpečného prostředí dítěte a snižuje stresové faktory matky. Při položení chlapce matce na hrudník byla matka spokojená a chlapec klidný. Matce se tzv. klokánkování zalíbilo a praktikovala ho denně.

Rodiče byli edukováni o správném zacházení a manipulaci s dítětem. Všeobecná/dětská setra ukázala rodičům, jak si správně mohou vzít dítě do náruče a následně polohovat v lůžku. Také ukázala rodičům způsob, jak správně chlapce zavinout do tzv. uzlíčku pro pocit bezpečí a klidu. Rodiče byli velmi zodpovědní a spolehliví, chlapce do náruče brali opatrně podle ukázky všeobecné/dětské sestry. Při odchodu z oddělení chlapce zavinuli do zavinovačky.

Při krmení dítěte byli rodiče edukováni o výživě dítěte a způsobů podávání stravy ze začátku přes stříkačku. Matce byla ukázaná poloha pro správné krmení přes stříkačku a byla pobízena k nakrmení dítěte. Matka měla ze začátku obavy z nakrmení chlapce, ale s pomocí všeobecné/dětské sestry to zvládla. Během hospitalizace matka chlapce sama krmila přes stříkačku, později ho kojila z prsou.

Laktační poradkyně navštívila matku, aby jí vysvětlila důležitost mateřského mléka pro novorozence. Edukovala matku o používání eklektického nebo manuálního systému v odsávání, manipulaci a uchovávání mateřského mléka. Matka porozuměla informacím o důležitosti mateřského mléka. Odsávané mateřské mléko matka chlapci podávala vždy čerstvé. Zbytek mateřského mléka byl uchovaný v lednici nebo ve speciálním mrazicím boxu.

Rodiče byli stoma sestrou edukováni o ošetření stomie a nalepení stomického sáčku. Matka se během hospitalizace pod dohledem všeobecné/dětské sestry nebo stoma sestry naučila o stomii ošetřovat a nalepit stomický sáček. Před propuštěním dítěte do domácí péče zvládala matka péči o stomii samostatně. Stoma sestrou byla vybavena pomůckami na jeden měsíc, znala firmy zabývající se stomickými pomůckami, které může kontaktovat kvůli zaslání vzorku zdarma a další spolupráci. Dostala seznam pomůcek potřebných k ošetření stomie s objednávacími čísly a kódy pro pojišťovnu. Rodiče jsou poučení stoma sestrou o komplikacích stomie.

Otec se aktivně zapojoval a během hospitalizace chlapce oslovil firmy zabývající se stomickými pomůckami o vzorky zdarma a další spolupráci, vyhledal v místě bydliště nejbližší stoma sestru.

Edukace rodičů v den propuštění do domácí péče

Rodiče byli edukováni o péči po propuštění do domácí péče. Jsou poučeni o povaze onemocnění i následné péči, doporučené stravě, termínu plánované kontroly a příznacích, při níž by měli vyhledat lékaře.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Kromě odborné péče je velmi důležitá psychická podpora rodičů dítěte. Nechat rodiče, aby se adaptovali na novou životní situaci. Postupně je začleňovat do péče o jejich dítě. Nezapomínat na pozitivní hodnocení jejich snažení a neustále ověřovat, že informacím a provedené edukaci rozumí. Co je jasné nám, zdravotníkům, nemusí být jasné laikovi, který je navíc v psychické nepohodě. Spokojený a vyrovnaný rodič přenáší na dítě kladné emoce a zklidní ho.

Moje zkušenosti i zkušenosti kolegyň získané při ošetřování dětí s touto diagnózou ráda předám dále v rámci zdravotnického personálu, jeho prostřednictvím také rodičům.

Zpracovala jsem edukační materiál se základními informacemi pro výměnu stomického sáčku u dítěte se stomií (Příloha B).

ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zaměřila na ošetrovatelský proces u novorozence s diagnózou anorektální malformace, který byl přeložený pro chirurgickou terapii na Klinikou dětské chirurgie ve Fakultní nemocnici Motol. Podařilo se mi realizovat všechny naplánované počáteční cíle v teoretické i praktické části práce.

Ošetrovatelský proces u novorozence s anorektální malformací, který jsem si vybrala pro napsání bakalářské práce, není mezi širokou veřejností znám. Přitom během 18 let (od roku 2000 až 2018), zaznamenali na Klinice dětské chirurgie v Motole 496 novorozenců s diagnózou ARM. Nejvíce, se onemocnění týkalo chlapců, a to v počtu 265. Dívek bylo o něco méně (231). Roční průměr diagnostikovaných a operativně léčených novorozenců je 15 chlapců a 13 dívek. Nynější medicínské vědomosti a pokroky jsou na takové úrovni, že dokážou z dítěte s ARM udělat zcela kontinentní osobu. Na rozdíl od minulých let, kdy byly tyto děti ve větší části inkontinentní celý život.

Teoretická část práce se zaměřila na anatomii a fyziologii tlustého střeva a konečníku. Charakterizovala jsem onemocnění anorektální malformace a její embryologii, dědičnost, výskyt a typy, prováděná vyšetření, terapii a prognózu. Teoretická část byla obohacena o kapitolu stomie u dětí a její komplikace, péče a typy stomických sáčků.

V praktické části jsem rozebrala kazuistiku chlapce narozeného s vrozenou vývojovou vadou anorektální malformace. Praktická část začíná lékařskou anamnézou a průběhem hospitalizace den po dni. Navazuje ošetrovatelská péče, která byla stanovena podle modelu Marjory Gordon. Podle ošetrovatelských problémů jsem vytvořila několik aktuálních a potencionálních diagnóz. Každé diagnóze jsem navrhla ošetrovatelskou intervenci, stanovit cíl a zhodnotila ji.

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny z objektivní stránky. Je důležité novorozence pozorovat, abychom z projevů rozpoznali, po jaké stránce strádá, protože novorozenec nám to neoznámí. Stanovení ošetrovatelských diagnóz dopomohlo ke zlepšení zdravotního stavu a zmírnění potíží novorozence. Cíl u všech stanovených ošetrovatelských diagnóz byl splněn.

Edukační část jsem vzhledem k věku dítěte zaměřila na edukaci rodičů, kteří byli během pobytu přítomni u chlapce a aktivně se zapojovali do péče o chlapce. Zdravotnický personál psychicky podporoval rodiče v nelehké životní situaci.

Je důležité nebrat rodiče dítěte na oddělení jako návštěvu, ale jako součást týmu. Protože i přítomnost rodičů u dítěte přispívá k rychlejšímu uzdravení. Otec byl od začátku aktivní a zapojoval se do všech ošetrovatelských činností. Kontakt s matkou byl zpočátku omezený. Při první návštěvě matka byla úzkostná a plačtivá. Díky edukaci a psychické podpoře byla klidnější. V průběhu hospitalizace se matka naučila eliminovat obavy z budoucího samostatného ošetřování stomie po propuštění do domácí péče.

U chlapce se v průběhu hospitalizace nevyskytly vážnější komplikace. Do domácí péče byl lékařem propuštěný 12. den hospitalizace. Odcházel plně kojený mateřským mlékem. Operační rána byla zahojena per primam. Stomie odváděla žlutooranžovou stolici, která svou konzistencí připomínala velmi řídká míchaná vajíčka.

Chlapec bude sledován ošetřujícím lékařem na Klinice dětské chirurgie ve FN Motol. Kolem 6. měsíce života chlapce bude následovat operační zákrok PSARP, který spočívá ve vytvoření anorekta a svěrače. Při zákroku je možné dosáhnout plné kontinence a bez obtíží se v budoucnu zapojit do společnosti. Po dvou až třech měsících po operačním výkonu PSARP čeká chlapce poslední fáze chirurgického zákroku, kterým je uzavření sigmoideostomie.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANDĚL, P. a kol., 2016. *Trápí vás zácpa nebo inkontinence stolice?: rádce pro pacienty*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-227-5.
- ANDĚL, Petr, 2014. *Inkontinence stolice a obstipace pohledem chirurga*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-140-7.
- HERDMAN, Heather a KAMITSURU, Shigemi, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- HOCH, J., R. ŠKÁBA a Z. JECH, 2018. *Umělý svěrač anu po deseti letech*. [Online] Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rozhledy-v-chirurgii/2018-4/umely-sverac-anu-po-deseti-letech-63527> [Přístup získán 21 Října 2019].
- HORÁK, Ladislav, 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3595-5.
- HYKLOVÁ, Jana, 2012. Radim, časopis pro stomiky. *Nejčastější komplikace stomiků.*, (1), 30-31. Evidenční číslo: MK ČR E 14040.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.
- KLÍMA, Jiří, 2016.. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5014-9.
- KUKLA, Lubomír, 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3874-1.
- LIBOVÁ, L., H. BALKOVÁ a M. JANKECHOVÁ, 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2466-4.
- LUKÁŠ, K. a kol., 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0353-9.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
- MIXA, Vladimír, 2019. *Dětská anestezie*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5053-1.

MUNTAU, Ania, 2014.. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024745886.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. 3. vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

ŠKÁBA, Richard, 2019. *Dětská proktologie pro praxi*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5514-7.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA SAN FRANCISCO, 2019. *Anorectal Malformation*. [Online]

Dostupné z: <https://surgery.ucsf.edu/conditions--procedures/anorectal-malformation.aspx>

[Přístup získán 25 Březen 2019].

VIK, A., K. KIČOVÁ a L. HADAŠ, 2016. *Chirurgia*. [Online]

Dostupné z:

https://www.researchgate.net/profile/Anton_Vik/publication/318969940_Chirurgia/link/s/5988db4faca27266ada4daf0/Chirurgia.pdf

[Přístup získán 03 Listopadu 2019].

VÖRÖSOVÁ, G., A. SOLGAJOVÁ a A. ARCHALOUSOVÁ, 2015. *Standardizovaná terminologie pro ošetrovatelskou diagnózu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5304-1.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.

YANG, G., Y. WANG a X. JIANG, 2016. *Imperforate anus with rectopenile fistula: a case report and systematic review of the literature*.

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4866328/>

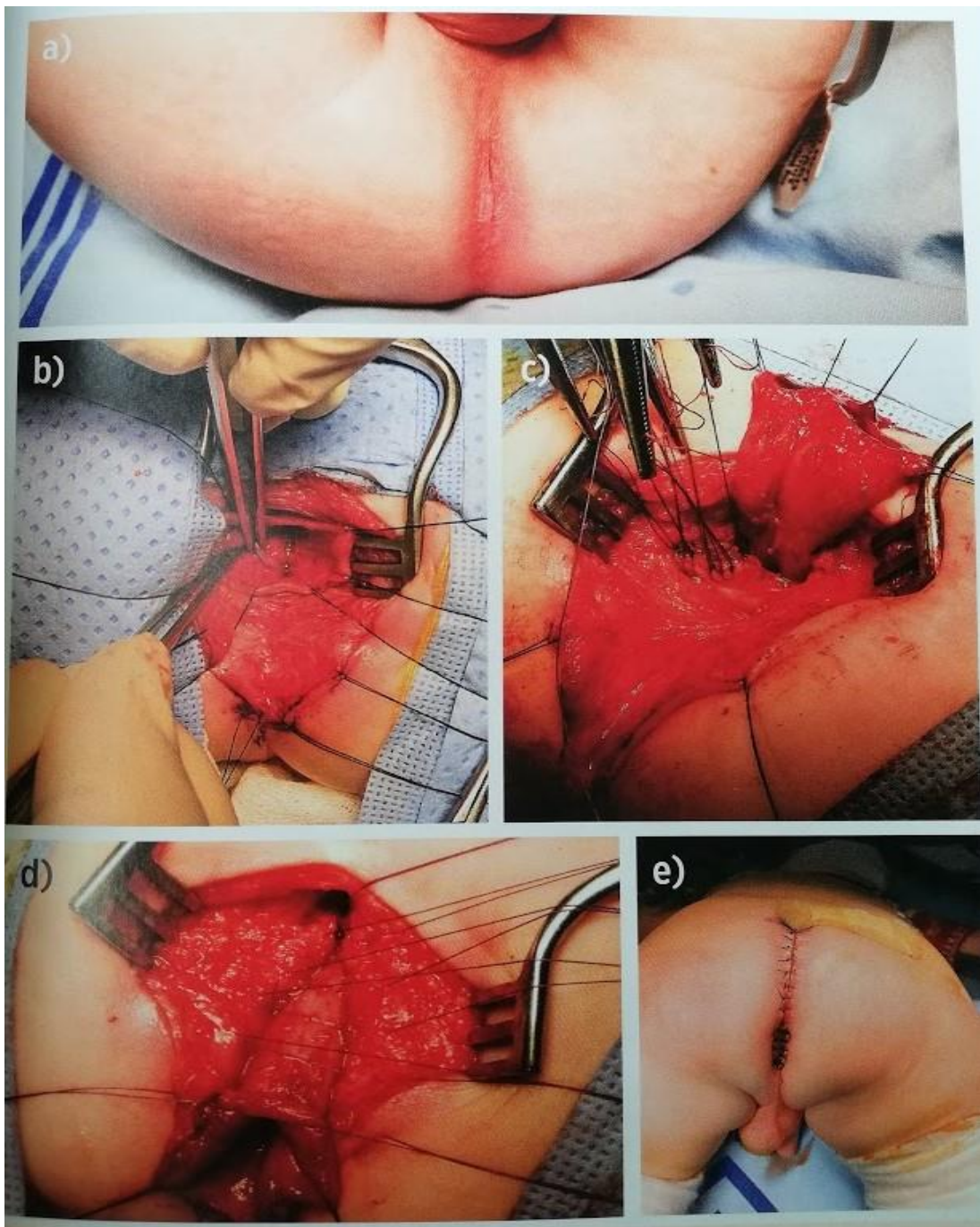
[Přístup získán 30 Října 2019].

ZACHOVÁ, Veronika, 2010. *Stomie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3256-5.

PŘÍLOHY

Příloha A Anorektální malformace s rektoureterální bulbární píštělí + PSARP	I
Příloha B Výměna stomického sáčku u dítěte	II
Příloha C Obrázky komplikací stomií	III
Příloha D Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce	VI
Příloha E Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	VII

Příloha A Anorektální malformace s rektouretrální bulbární píštělí + PSARP



Vzhled perinea

- a) Vyústění rektouretrální píštěle (s PVC cévkou) do rektálního pahýlu;
- b) Resekce píštěle a uvolnění pahýlu rekta;
- c) Rekonstrukce svěračového komplexu;
- d) Vyšití neoanu

(autor: Škába, 2019, s. 81)

Výměna stomického sáčku u dítěte

Připravte si nový sáček a pomocí šablony si nakreslete otvor stomie.

Vystříhnete v podložce sáčku otvor odpovídající velikosti a tvaru dle předkreslené šablony. Před vystřihováním otvoru roztáhněte sáček tak, aby nedošlo k prostržení. Použijte převazové nůžky.



Připravte si pomůcky k výměně stomického sáčku: stomický sáček (u dítěte volíme jednodílný sáček průhledný, výpustný, pro možnost vizuální kontroly stomie a kvality stolice), fix a šablonu na zakreslení velikosti otvoru, převazové nůžky k vystřížení otvoru, odstraňovač náplastí, vodu, mýdlo a měkkou gázu na omytí a osušení, kosmetické přípravky (pasta, film, pudr) a jednorázové rukavice.

Dítě uložte do polohy nejlépe na zádech, starý sáček pomalu odlepte pomocí odstraňovače.

Očistěte pokožku v okolí stomie teplou vodou a mýdlem bez obsahu olejů. Pokud dáváte přednost vlhkým ubrouskům, pak zvolte takové, které jsou vhodné pro ošetření stomie anebo neobsahují oleje nebo pleťové vody. Olej a rozpouštědla brání dobrému přilnutí sáčku ke kůži. Omytou pokožku osušte jemným poklepem měkkou tkaninou.



Při zarudnutí pokožky použijte nemastný krém.

Odstraňte krycí papír z podložky sáčku a stomický sáček opatrně přiložte na stomii.

Opatrně přitiskněte podložku sáčku na pokožku tak, aby byla co nejbližší ke stomii.

Podržte podložku sáčku přitisknutou na pokožce asi 1 minutu, aby došlo k bezpečnému přilnutí pomůcky k pokožce.



Po aplikaci je vhodné, aby dítě zůstalo ve stejné poloze ještě alespoň 5–15 minut, tím podložka lépe přilne k pokožce.

Zdroj: vlastní výroba, 2020



Příloha C Obrázky komplikací stomií



Obrázek 1 Poškození kůže okolo stomie

Zdroj: autorka, 2019



Obrázek 2 Prolaps stomie

Zdroj: autorka, 2019



Obrázek 3 Vpadnutá stomie

Zdroj: autor, 2019



Obrázek 4 Stenóza stomie

Zdroj: autor, 2019

Příloha D Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Wójciková Taťána	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3. BVS
Téma práce	Ošetrovatelská péče u novorozence s anorektální malformací	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Marie Vlachová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zátížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, Útrata 44
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
IČO: 00092331 IČDČ: 0200064203

Mgr. Jana NOVÁKOVÁ, MBA
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice Motol

V Praze dne 11.11.2019

Wójciková
podpis studenta

Příloha E Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče u novorozence s anorektální malformací v rámci odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 10. 03. 2020

.....

Jméno a příjmení studenta