

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

**Ošetrovatelský proces u dětského pacienta s relapsem
nefrotického syndromu**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MICHAELA NOVOTNÁ, DiS.

Praha 2018

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DĚTSKÉHO PACIENTA
S RELAPSEM NEFROTICKÉHO SYNDROMU**

Bakalářská práce

MICHAELA NOVOTNÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD

Praha 2018



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

NOVOTNÁ Michaela
3CVS

Schválení tématu bakalářské práce


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

Ošetrovatelský proces u dětského pacienta s relapsem nefrotického syndromu

Nursing Process of a Child Patient with Relaps of Nefrotic Syndrome

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Hana Belejová, Ph.D.

V Praze dne 1. listopadu 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Haně Belejové, PhD, za vedení práce, užitečné rady, připomínky a za trpělivosti při zpracování bakalářské práce.

ABSTRAKT

NOVOTNÁ, Michaela. *Ošetrovatelský proces u dětského pacienta s relapsem nefrotického syndromu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, Ph.D. Praha. 2018. 63 s.

Téma bakalářské práce je Ošetrovatelský proces u dětského pacienta s relapsem nefrotického syndromu. Nefrotický syndrom je onemocnění s několika klíčovými příznaky. Velmi často postihuje děti od útlého věku. Relapsy nefrotického syndromu vždy zhoršují prognózu onemocnění. Etiologie, klasifikace, klinické příznaky, patofyziologie, diagnostika a terapie nefrotického syndromu jsou součástí teoretické části práce. Tato část zahrnuje dále komplikace, prognózu, prevenci nefrotického syndromu a zásady péče a komunikace s nemocným dítětem. Praktická část je zaměřena na ošetrovatelský proces u dítěte. Ošetrovatelské diagnózy jsou vypracovány podle domén NANDA I TAXONOMIE II 2015-2017. Poslední součástí praktické části je doporučení pro praxi, které se zaměřuje na zásady péče o dítě s nefrotickým syndromem pro všeobecnou sestru.

Klíčová slova

Fokálně – segmentální glomeruloskleróza. Nefrotický syndrom u dětí. Ošetrovatelská péče. Pediatrie. Proteinurie.

ABSTRACT

NOVOTNÁ, Michaela. *Nursing Process of a Child with Relaps of Nefrotic Syndrome*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Hana Belejová, Ph.D. Prague. 2018. 63 pages.

The topic of Bachelor's thesis is Nursing Process of a Child with Relaps of Nefrotic Syndrome. Nefrotic syndrome is a disease with several key symptoms. It affects child from a thin age very often. Prognosis of the disease is always getting worse by relapses of Nefrotic Syndrome. Etiology, classification, clinical symptoms, patophysiology, diagnostics and therapy are included in theoretical part. This part includes complication, prognosis, prevention of Nefrotic Syndrome and care principles of an ill child and communication. The practical part of this work is focused on nursing process of a child. Nursing diagnosis are developed according to NANDA I TAXONOMY II 2015-2017. The last component of practical part is recommendation for practice, which is focuses on nursing principles of a child with nefrotic syndrome for general nurse.

Keywords

Focal segmental glomerulosclerosis. Nefrotic Syndrome in children. Nursing care. Pediatrics. Proteinuria.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD	12
1 NEFROTICKÝ SYNDROM	15
1.1 ETIOLOGIE	16
1.2 KLASIFIKACE.....	16
1.3 KLINICKÉ PŘÍZNAKY	17
1.4 PATOFYZIOLOGIE.....	18
1.5 DIAGNOSTIKA.....	19
1.6 TERAPIE	21
1.6.1 KAUZÁLNÍ A SYMPTOMATICKÁ TERAPIE	22
1.6.2 TERAPIE PRVNÍ ATAKY NS	22
1.6.3 TERAPIE KORTIKOSTEROID-SENZITIVNÍHO A REZISTENTNÍHO NS	22
1.6.4 LÉČBA RELAPSŮ NS A KORTIKOSTEROID-DEPENDENTNÍHO NS	23
1.6.5 PODPŮRNÁ LÉČBA A DIETNÍ OPATŘENÍ	24
1.7 KOMPLIKACE NS	25
1.8 PROGNÓZA NS	25
1.9 PREVENCE NS	26
2 ZÁSADY PÉČE A KOMUNIKACE S NEMOCNÝM DÍTĚTEM PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU.....	27
2.1 HISTORIE A SOUČASTNOST	27
2.2 POTŘEBY DÍTĚTE	28
2.3 SPECIFIKA VÝŽIVY	29
2.4 SPECIFIKA HYGIENICKÉ PÉČE.....	29
2.5 SPECIFIKA ZVLÁDÁNÍ STRACHU A BOLESTI U DĚTÍ..	30
2.6 HERNÍ TERAPIE V NEMOCNICI.....	30

2.7	SPECIFIKA HOSPITALIZACE S RODIČI	30
2.8	VÝCHOVA DÍTĚTE	31
2.9	KOMUNIKACE.....	31
3	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DĚTSKÉHO PACIENTA S RELAPSEM NEFROTICKÉHO SYNDROMU	33
3.1	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	33
3.2	CÍLE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	34
3.3	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	34
3.4	ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTOVI	35
3.5	ANAMNÉZA	36
3.6	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	38
3.7	UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ O PACIENTOVI DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II	40
3.8	SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 8. 12. 2017	49
3.9	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II KE DNI 8. 12. 2017	50
3.10	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE z 8.12. 2017	59
3.11	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	60
	ZÁVĚR.....	63
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

MCD	Minimal change disease
FSGS	Fokálně – segmentální glomeruloskleróza
NS	Nefrotický syndrom
KDIGO	Kidney diseases improving global outcomes
TK	Krevní tlak
P	Pulz
TT	Tělesná teplota
D	Dech
i. v.	intravenózně

(VOKURKA, a další, 2009)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Prevalence – počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu

Varicela – plané neštovice

Polydipsie – žízeň

Oligurie – snížená denní či hodinová diuréza

(VOKURKA, a kol., 2009).

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Základní identifikační údaje o pacientovi.....	35
Tabulka 2 Hodnoty zjišťované při příjmu.....	36
Tabulka 3 Fyzikální vyšetření sestrou ze dne 8.12. 2017.....	38
Tabulka 4 Aktivity denního života.....	46
Tabulka 5 Přehled manžet k měření TK u dětí a dospívajících.....	62
Tabulka 6 Klasifikace hypertenze hypertenze.....	62

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je „Ošetrovatelský proces u dětského pacienta s relapsem nefrotického syndromu“. Hlavním důvodem pro zvolení tohoto tématu je ošetřování dítěte s touto diagnózou. Nefrotický syndrom má spoustu forem a neustále probíhají výzkumy ohledně nové léčby.

Nefrotický syndrom je onemocnění, které je charakterizováno několika specifickými příznaky. Nejčastěji to jsou proteinurie, hypoalbuminémie a otoky. Onemocnění má i několik příčin, od kterých se odvíjí i různé další příznaky, různá prognóza atd. Stěžejním pro potvrzení diagnózy je laboratorní vyšetření moči a krve.

Bohužel často po zaléčení se pacienti vrací s relapsem onemocnění, který vyžaduje hospitalizaci pacienta. Během hospitalizace je důležité pacienta sledovat a hodnotit výsledky. Několikrát denně se pacientovi měří tlak a odebírá moč pro orientační měření na přítomnost bílkoviny a denně se zapisuje váha pacienta. Při relapsu onemocnění se zvažuje další postup diagnostiky a terapie (MUNTAU, 2009).

Péče o dětského pacienta je již sama o sobě náročná. Hlavními důvody jsou strach z nového prostředí, z bolestivých výkonů a v neposlední řadě také z odloučení od rodiny. Péče o pacienta s nefrotickým syndromem je náročná i v tom, že musí dodržovat určitý režim a užívat medikaci, a to nejen během hospitalizace, ale i v domácím prostředí.

Důležitým bodem pro správnou kompenzaci onemocnění je pravidelné navštěvování nefrologické ambulance. S tím úzce souvisí dobrá spolupráce rodičů, kteří dohlíží na režim dítěte, podávají medikaci a sledují zhoršení stavu u dítěte. Základem je tedy správná edukace rodičů a opakované kontroly pacienta na ambulanci. Pro tvorbu bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Teoretické cíle práce

Cíl 1: Seznámit s tématem nefrotický syndrom za využití rešerše

Cíl 2: Popsat patofyziologii onemocnění, etiologii, klasifikaci, symptomatologii, diagnostiku a terapii z dostupné literatury

Cíl 3: Upozornit na zásady péče a komunikace s nemocným dítětem předškolního věku

Praktické cíle práce

Cíl 4: Popsat ošetrovatelský proces u dětského pacienta a rozpracovat ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I, taxonomie II 2015-2017

Cíl 5: Zformulovat z teoretických východisek a zpracovaného ošetrovatelského procesu doporučení pro praxi

Vstupní literatura:

1. GEIER, P. a FEBER, J., 2010. *Léčba steroid-senzitivního nefrotického syndromu u dětí*. 11, *Pediatric pro praxi*. ISSN 1803-5264.
2. HERDMAN, T. Heather a KAMITSURU, Shigemi, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.
3. MUNTAU, A., 2009. *Pediatric*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-25-25-3.
4. PLEVOVÁ, I. a SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2968-8.
5. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1613-8.
6. SKÁLOVÁ, S. a kol., 2017. *Nefrotický syndrom v dětském věku*. 2, *Československá pediatrie*. ISSN 0069-2328.

Popis rešeršní strategie:

Vyhledání odborných publikací, které byly použity pro vytvoření bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u dětského pacienta s relapsem nefrotického syndromu, proběhlo v období od října 2017 do února 2018. Pro vyhledávání byl použit Katalog knihoven systému Medvik (www.medvik.cz), PUB Med (www.ncbi.nlm.nih.gov), Jednotná informační brána (www.jib.cz), Bibliographia Českoslovaca (www.nlk.cz) a volný internet. Klíčová slova v českém jazyce: Fokálně – segmentální glomerulonefritida, Nefrotický syndrom u dětí, Ošetrovatelská péče, Pediatrie a Proteinurie. Klíčová slova v anglickém jazyce: Focal segmental glomerulosclerosis, Nursing care, Nefrotic syndrome in children, Pediatrics, Proteinuria.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito celkem 28 zdrojů. Z toho 2 zdroje v anglickém jazyce, 1 zdroj v jazyce slovenském a 25 zdrojů v jazyce českém, včetně skript pro tvorbu bakalářské práce, knižních zdrojů, článků v časopise a internetových zdrojů. Jeden knižní zdroj přesahuje doporučenou hranici stáří více než 10 let. Kritéria pro výběr zdrojů byla odpovídající rok vydání (2008 nejpozději), odpovídající téma a odbornost publikace.

1 NEFROTICKÝ SYNDROM

Nefrotický syndrom je soubor onemocnění způsobený zvýšenou propustností glomerulární filtrační bariéry (SKÁLOVÁ, a kol., 2017 str. 88). Toto onemocnění se vyznačuje dvěma hlavními příznaky, dle kterých lze stanovit diagnózu, a těmi jsou: proteinurie a hypoalbuminémie. Dále periferní otoky a hyperlipidémie. Nefrotický syndrom má různé příčiny, průběh onemocnění a prognózu. Nejčastěji se nefrotický syndrom vyskytuje jako idiopatický nefrotický syndrom a dále se dělí dle odpovědi organismu na léčbu kortikosteroidy (SKÁLOVÁ, a kol., 2017).

Jak popisuje článek v časopisu *Československé pediatrie prevalence nefrotického syndromu představuje 16 případů na 100 000 dětí, přičemž postihuje více chlapce než dívky (SKÁLOVÁ, a kol., 2017 str. 88)*. Batolecí období a předškolní věk je nejvíce rizikový pro výskyt nefrotického syndromu. Méně často se onemocnění objevuje i u adolescentů a dospělých jedinců. V dospělosti je výskyt u obou pohlaví stejný. Samotnému nefrotickému syndromu a jeho relapsům mnohdy předchází virový infek. Co se týče etnického rozdělení nefrotického syndromu, v knize *Clinical pediatric nephrology* uvádí, že *až 5x více postihuje nefrotický syndrom děti v Anglii a Jižní Asii než bílé děti (KANWAL, et al., 2016 p. 287)*.

Stanovit diagnózu lze již z výše uvedených příznaků, ale zjištění příčiny nefrotického syndromu je o něco složitější. K tomu se využívá biopsie ledviny, kdy se odebere vzorek ledvinné tkáně, který se následně histologicky vyšetří. Onemocnění nefrotický syndrom může představovat jednorázový výskyt obtíží, které ustupují po příslušné léčbě, ale často dochází i k relapsu onemocnění. K remisi onemocnění dochází ve větším procentu u dětí mladších 6 let (až 86 %), kdežto u pacientů starších 6 let je to pouze 60 % pacientů, kteří dosáhnou remise. Toto onemocnění s sebou přináší i nebezpečná rizika, týkající se hyperhydratace a otoků. Dále také rizika vzniku komplikací, kterými mohou být: tromboembolické a infekční komplikace, malnutrice a riziko selhání ledvin (KANWAL, et al., 2016).

1.1 ETIOLOGIE

Příčiny nefrotického syndromu u dětí mohou být různé. Příčina nefrotického syndromu může být také neznámá, takzvaně „idiopatická“, která tvoří výraznou převahu nad symptomatickými příčinami. Nemoci, které mohou způsobit nefrotický syndrom popíše v následujícím odstavci. Genetická predispozice může být rovněž příčinou nefrotického syndromu. Etiologie je vždy důležitým faktorem pro správnou léčbu onemocnění. V ideálním případě se léčí právě příčina nemoci, a nejen její příznaky (MUNTAU, 2009).

Nemoci, které mohou způsobit nefrotický syndrom jsou: systémová onemocnění (například lupus erythematosus a revmatická horečka). Dále to mohou být metabolická onemocnění (diabetes mellitus, hemolyticko-uremický syndrom), infekční nemoci (vrozená toxoplazmóza, varicela, spalničky, hepatitida B a C, malárie, syfilis, HIV), maligní onemocnění (lymfom, leukémie) a imunologická nebo alergická onemocnění (Castlemanova choroba, včelí/vosí bodnutí, potravinové alergie). Následně se uvádí i vliv očkování a léků. Mezi léky se řadí například nesteroidní antiflogistika a penicilamin, který se využívá k léčbě revmatických chorob (SKÁLOVÁ, a kol., 2017).

1.2 KLASIFIKACE

Nefrotický syndrom se dá dělit do několika skupin. Například podle věku, kdy se manifestuje a podle příčiny onemocnění. Pokud se nefrotický syndrom objeví v prvním roce života, můžeme ho zařadit do dvou skupin. První skupinou jsou děti do 3. měsíců života, u nichž se nefrotický syndrom nazývá kongenitální. Druhou skupinu tvoří děti od 4.-12. měsíců života. V tomto období je nefrotický syndrom pojmenován infantilní. Příčina kongenitálního nefrotického syndromu je většinou genetická predispozice. Velmi ojediněle mohou být příčinou vrozené infekce (například toxoplazmóza a HIV virus). Infantilní nefrotický syndrom je způsoben také převážně genetickou predispozicí (SKÁLOVÁ, a kol., 2017).

V současné době jsou popsány mutace více než 40 genů, které způsobují nefrotický syndrom. Tyto mutace jsou zkoumány pomocí genetických testů. V případě kongenitálního nefrotického syndromu finského typu stojí za vznikem mutace v Nephrin-Gen (NPHS1). Dále je popsána mutace Podocin-Gen (NPHS2) u familiárního steroid-rezistentního nefrotického syndromu. V neposlední řadě také mutace genu WT1 (Wilm's Tumor gen), která může způsobovat Wilmsův tumor, ale také nefropatie a nefrotický syndrom. Genetické vyšetření může být nápomocné například, pokud chceme znát reakci pacientova organismu na léčbu steroidy. Podle toho se také rozlišuje kortikosteroid-senzitivní a kortikosteroid-rezistentní odpověď na léčbu (TEPLAN, a kol., 2006).

Dle příčiny se nefrotický syndrom dále dělí na primární a sekundární. Podskupinu primárního nefrotického syndromu tvoří idiopatický nefrotický syndrom a primární glomerulonefritidy. Do idiopatického nefrotického syndromu řadíme Fokálně-segmentální glomerulosklerózu (FSGS) a nemoc minimálních změn glomerulů (MCD). Mezi primární glomerulonefritidy řadíme například mesangioproliferativní glomerulonefritidu nebo IgM nefropatie. Vůbec nejčastější formou nefrotického syndromu je právě idiopatický nefrotický syndrom, který vzniká až z 85 % na podkladě MCD, z 10 % na podkladě FSGS a z 5 % na podkladě mesangioproliferativní glomerulonefritidy (MUNTAU, 2009), (SKÁLOVÁ, a kol., 2017).

Mezi sekundární příčiny onemocnění se řadí: systémová onemocnění, metabolická onemocnění, infekce, maligní onemocnění a imunologická nebo alergická onemocnění. Infekční onemocnění jsou častou příčinou nefrotického syndromu v Subsaharské Africe, kde je vysoký počet nakažených HIV virem, hepatitidou B, C a malárií (KANWAL, et al., 2016).

1.3 KLINICKÉ PŘÍZNAKY

Samotnému onemocnění většinou předchází virový infek, například horních cest dýchacích, což je časté onemocnění u dětí, které většinou nevzbuzuje velkou pozornost. Následně se objevují základní příznaky provázející nefrotický syndrom, které již přivádí rodiče s dětmi k lékaři. Těmito příznaky jsou ranní otoky očních víček, bérců a otoky genitálu, které se objevují až u 95 % pacientů. Další příznak, který mohou rodiče pozorovat je zvýšení váhy u dětí, polydipsie a oligurie.

Tyto příznaky jsou způsobeny snížením intravaskulárního objemu a přestupem tekutiny do intersticia. Děti se cítí často unavené, mohou udávat bolest břicha, jako následek ascitu a hypovolemie (MUNTAU, 2009), (SKÁLOVÁ, a kol., 2017).

Ascites a pleurální výpotek jsou příznaky provázející již rozvinutý nefrotický syndrom. Dalším významným příznakem je proteinurie, kdy obsah bílkoviny může vystoupat až na 10 g/m²/den i více a platí, že většinu bílkoviny v moči tvoří albumin. Následkem toho vzniká hypoalbuminémie (pod 25 g/l). Hyperlipidémie je také příznakem doprovázející nefrotický syndrom. Zvýšené jsou hodnoty triacylglycerolů a cholesterolu. Hypertenze nepatří mezi klasické příznaky nemoci, ale může se objevit. Naopak pokud máme dítě s hypovolémií, může mít hypotenzi, tachykardii a prodloužený kapilární návrat. Dalším méně častým, ale ne vzácným příznakem je mikrohematurie, která se vyskytuje u 30 % pacientů (MUNTAU, 2009), (TEPLAN, a kol., 2006).

1.4 PATOFYZIOLOGIE

Příčinou proteinurie u nefrotického syndromu je zvýšená propustnost glomerulární filtrační membrány. Tato membrána není za normálních podmínek propustná pro bílkoviny a mění se na propustnou ve chvíli, kdy dojde ke ztrátě negativního náboje membrány nebo jejímu poškození. Glomerulární filtrační bariéra je tvořena několika vrstvami, kam patří endoteliální buňky, glomerulární bazální membrána, podocyty. Podocyty jsou glomerulární endoteliální buňky, které se váží pedicely ke glomerulární filtrační bariéře. V případě geneticky podmíněného nefrotického syndromu je narušena funkce glomerulární filtrační membrány, která má bránit uvolňování proteinů do moči. Jsou tedy porušeny podocytární proteiny, a proto se tato forma NS nazývá podocytopatie (SKÁLOVÁ, a kol., 2017).

Při ztrátách albuminu močí (selektivní proteinurie) dochází k hypoalbuminémii, což je snížené množství albuminu v krvi. Tím navazuje další proces – sníží se onkotický tlak, následně se přesune intravaskulární tekutina do intersticia a vzniknou otoky. Močí se ztrácí nejen albumin, ale také imunoglobuliny a antitrombin II. Ztráta imunoglobulinů může člověka oslabit a stává se tak náchylnější k infekcím. Při ztrátě antitrombinu II do moči a současně snížení cirkulace krve a intravaskulárního objemu, vznikají trombofilní stavy. Krev v tomto

případě obsahuje větší množství trombocytů (tzv. trombocytóza) (MUNTAU, 2009).

Při hypoalbuminémii se aktivuje syntéza lipoproteinů v játrech a tím vzniká hyperlipoproteinemie. Hyperlipoproteinemie může vznikat také na podkladě ztrát lipoproteinové lipázy v plazmě, kvůli tomu, že se ztrácí opět močí (MUNTAU, 2009).

1.5 DIAGNOSTIKA

Diagnostika u nefrotického syndromu slouží k potvrzení diagnózy a následnému určení terapie. Dříve než se pacient odešle na odběry biologického materiálu, provede se sběr anamnestických dat a fyzikální vyšetření. V pediatrii tuto část zastává pediatr a u dospělých nemocných jejich praktický lékař, nebo internista. Pokud se již pacient léčí, dochází do nefrologické poradny/ambulace. Celkové vyšetření pacienta se musí provést zejména kvůli sekundárnímu poškození ledvin, které je velmi časté (TEPLAN, a kol., 2006).

Při sběru anamnézy je důležitá rodinná anamnéza, kde se zjišťují onemocnění ledvin (glomerulopatie) a vrozené anomálie ledvin a močových cest v rodině. V osobní anamnéze jsou podstatné informace o předchozím onemocnění ledvin, infekcích (hepatitidy), systémovém onemocnění (lupus erytematodes), metabolickém onemocnění (diabetes mellitus), užívaných lécích (analgetika, nefrotoxické léky), o pobytu v exotických zemích (malárie), onkologickém a hematologickém onemocnění (TEPLAN, a kol., 2006).

Dalším krokem je fyzikální vyšetření. Vyšetřuje se přítomnost otoků na místech, kde se mohou vyskytovat (obličej, bérce, genitál), stav hydratace pacienta, barva kůže (bledost, ikterus nebo erytém), měří se krevní tlak, vyšetřuje se břicho (ascites), hrudník (fluidotorax při hyperhydrataci) a ledviny pohmatem. Cennou vyšetřovací metodou je tapotement, kdy zkoumáme citlivost na úder hřbetem ruky v bederní krajině. Pokud dítě udává bolest břicha je důležité vyloučit peritoneální infekci a pohmatem dále vyšetřit hepatosplenomegálii jako příznak systémového onemocnění (TEPLAN, a kol., 2006), (VIJAYAKUMAR, et al., 2013).

Pacient nebo jeho doprovod je dotazován na několik otázek ohledně vyprazdňování moče. Důležité údaje, které nám pacient může poskytnout jsou:

změny vzhledu moči (hematurie), charakter moči (pěnová), změny v objemu moči (oligurie), celkové příznaky (únava, bolest břicha, bolest v bederní krajině, febrilie) a příznaky doprovázející nefrotický syndrom (ranní otoky) (TEPLAN, a kol., 2006), (VACHEK, a kol., 2017).

Bazálním vyšetřením je odběr moči na stanovení hladin bílkoviny, které slouží k zhodnocení proteinurie. Dále přítomnost draslíku a sodíku ve vzorku moči kvůli vyloučení hypovolémie. Moč se může vyšetřovat za pomoci testovacích proužků, při jednorázovém odběru moči. Toto vyšetření nám stanoví hladiny albuminu, nikoli však hodnoty nízkomolekulárních proteinů (SKÁLOVÁ, a kol., 2017), (VACHEK, a kol., 2017).

Další variantou vyšetření je zhodnocení odpadů moči ve sběru za 24 hodin. Tento sběr se začíná ráno v určenou dobu a končí za 24 hodin opět ve stejnou dobu. Především u menších dětí, kdy je odběr moči složitější z důvodu používání například plenek, se upřednostňuje vyšetření poměru protein/kreatinin v jednorázovém vzorku moči (může být ranní moč, nebo kterákoliv jiná během dne) (SKÁLOVÁ, a kol., 2017), (VACHEK, a kol., 2017).

Krevní odběry na hematologii zahrnují krevní obraz + diferenciální rozpočet bílých krvinek, biochemické odběry zahrnují ureu, kreatinin, elektrolyty (ionty), hladiny cholesterolu a albuminu v krvi. Pokud je přítomna mikroskopická hematurie odebírá se krev na imunologické vyšetření na hladiny C3 a C4 složky komplementu a ASLO protilátky. Dítěti s příznaky lupus erythematoses se nabírají také ANA protilátky (KANWAL, et al., 2016), (VIJAYAKUMAR, et al., 2013).

Dále se provádí odběry k vyloučení hepatitidy B a C (HBsAg, anti – HCV protilátky) a HIV. Důležitá je také sedimentace krve (ukazatel zánětu v těle). Mezi zobrazovací vyšetření u nefrotického syndromu se řadí rentgen plic, pro určení rozsahu plicního infiltrátu a ultrazvuk ledvin k hodnocení parenchymu ledviny (KANWAL, et al., 2016), (VIJAYAKUMAR, et al., 2013).

Molekulární diagnostika je vždy indikována u pacientů s kortikosteroid-rezistentní formou nefrotického syndromu, často spolu s renální biopsií. Toto vyšetření je zaměřené na geny, které způsobují onemocnění. Několik genových mutací bylo doposud objasněno a nové výzkumy stále pátrají po neznámých

genech. Pokud je genetická mutace prokázána, nemůže již být řeč o idiopatickém nefrotickém syndromu. To je název pouze pro etiologicky a histopatologicky neobjasněné příčiny nemoci (MALINA, a kol., 2009).

Renální biopsie je diagnostická metoda, která je indikována pouze v případech, kdy se pravděpodobně nejedná o MCD, věk dítěte je vyšší než 12 let, nebo naopak nižší než 1 rok, je přítomna velké hematurie, ať už mikroskopická nebo makroskopická, kožní exantém, těžká hypertenze, nízká C3 složka komplementu a v neposlední řadě, pokud je podezření na virový nebo maligní původ nefrotického syndromu. Biopsie ledviny se téměř nikdy neprovádí před zahájením terapie (KANWAL, et al., 2016).

1.6 TERAPIE

Léčba nefrotického syndromu závisí na stádiu onemocnění. Například léčba první ataky nefrotického syndromu a léčba relapsu nefrotického syndromu. Dále závisí na formě nefrotického syndromu (léčba kortikosteroid-senzitivního a kortikosteroid-rezistentního nefrotického syndromu a léčba geneticky podmíněného nefrotického syndromu). Léčba se rozděluje na kauzální a symptomatickou terapii.

Termíny, které budou používány v této podkapitole bych ráda vysvětlila. Remise onemocnění znamená vymizení příznaků onemocnění. Hlavním příznakem nefrotického syndromu je proteinurie, která již není ve stádiu remise přítomna (proteinurie <100mg/den). Bílkovina je negativní i při vyšetření testovacím proužkem. Relaps představuje stav, kdy se v období remise u pacienta znovu objeví proteinurie, přetrvávající alespoň tři dny (GEIER, a kol., 2010).

Časté relapsy u nefrotického syndromu jsou opakující se výskyty relapsů v průběhu 6 nebo 12 měsíců. V průběhu 6 měsíců se mohou objevit 2 a více relapsů a v průběhu 12 měsíců 4 a více relapsů. Steroid-dependentní nefrotický syndrom představuje výskyt dvou relapsů během 14 dnů po skončení léčby nebo během snižování dávek kortikoidů (GEIER, a kol., 2010).

1.6.1 KAUZÁLNÍ A SYMPTOMATICKÁ TERAPIE

Kauzální terapie slouží k odstranění proteinurie, dle protokolů léčby. ACEI inhibitory a blokátory angiotenzinového receptoru mají podstatný antiproteinurický účinek, proto jsou léky z těchto skupin u pacientů indikovány. Poté pacient užívá imunosupresivní léčbu. Tato terapie vyžaduje kvalitní diagnostické zhodnocení nemoci, podle které se stanoví imunosupresivní látka, forma podání a délka léčby. Například při podezření na MCN se imunosupresivní léčba indikuje bez určení histologické diagnózy. Pacient reaguje na léčbu různě. Jeho příznaky mohou vymizet (remise onemocnění), nebo se pouze částečně zlepší, popřípadě pacient na léčbu vůbec nereaguje (MERTA, 2010).

Symptomatická terapie slouží k odstranění doprovodných příznaků nemoci a komplikací. Doprovodné příznaky nemoci jsou otoky a hyperhydratace organismu. Tyto příznaky se tlumí úpravou dietních opatření – omezení příjmu tekutin a restrikce sodíku ve stravě (omezení soli). Následně se indikuje podávání diuretik kličkových nebo sekvenční diuretické terapie, kdy se kombinují diuretika s různým mechanismem účinku. Diuretika se podávají pouze v oprávněných případech, kdy je vyloučena hypovolémie a pacienti trpí oligurií a výraznou retencí tekutin (MERTA, 2010).

1.6.2 TERAPIE PRVNÍ ATAKY NS

Terapie první ataky nefrotického syndromu spočívá v nasazení kortikosteroidů a terapii příznaků doprovázející nefrotický syndrom. Od léčby kortikosteroidy se očekává remise onemocnění, malá toxicita terapie a minimalizace relapsů. Protokoly, podle kterých je nastavena léčba kortikosteroidy jsou celosvětově definovány. Nejpoužívanější postup je užívání kortikosteroidů po dobu 12 týdnů. První polovina léčby spočívá v nasazení prednisonu 60mg/m²/den. V druhé polovině léčby se podává 40mg/m² prednisonu ob den, poté lze prednison vysadit (GEIER, a kol., 2010).

1.6.3 TERAPIE KORTIKOSTEROID-SENZITIVNÍHO A REZISTENTNÍHO NS

Iniciální léčba kortikoidy je úspěšná, pokud dojde k remisi onemocnění a k vymizení proteinurie. To se ve většině případů stává a tato forma se nazývá

kortikosteroid-senzitivní. Pokud pacient dobře reaguje na léčbu kortikosteroidy a příznaky vymizí po příslušné terapii, má šanci na relativně dobrou prognózu. Zatímco pacienti s kortikosteroid-rezistentní formou, u nichž je nefrotický syndrom často charakterizován jako FSGS a může progredovat do renálního selhávání, mají horší prognózu. Procentuální zastoupení pacientů, kteří nereagují na iniciální léčbu kortikoidy (kortikosteroid-rezistentní) je cca 20 % (MALINA, a kol., 2009).

Jestliže má pacient formu kortikosteroid-rezistentní, nedosáhne remise během prvotní 6týdenní léčby. Léčba těchto pacientů, se zaměřuje na podávání vysokých dávek kortikosteroidů, jelikož při vysokém dávkování léků stále existuje možnost navození remise. Dále se těmto pacientům podávají další imunosupresiva (cyklosporin, který je doporučován i u FSGS). Dlouhodobé užívání kortikosteroidů s sebou nese, kromě tlumení příznaků nefrotického syndromu, také několik nežádoucích účinků: hypertenze, obezita, osteoporóza, porucha růstu, katarakta a tvorba strií (GEIER, a kol., 2010).

1.6.4 LÉČBA RELAPSŮ NS A KORTIKOSTEROID-DEPENDENTNÍHO NS

Relapsy onemocnění se léčí opět nasazením prednisonu 60mg/m²/den až po dobu, kdy bude pacient alespoň tři dny bez nálezu proteinurie. Další 4 týdny se podává 40mg/m² prednisonu ob den. Zatímco léčba kortikosteroid – dependentního nefrotického syndromu (vyžadující podávání kortikoidů) spočívá v podávání šetrnějších přípravků. Jelikož dlouhodobé užívání kortikoidů s sebou nese výše uvedené nežádoucí příznaky, využívají se tzv. steroid-šetřící preparáty (GEIER, a kol., 2010).

Mezi steroid-šetřící preparáty a zároveň alkylační cytostatika patří cyklofosfamid a chlorambucil. Doporučené dávkování je po dobu 8-12 týdnů cyklofosfamid 2mg/kg/den nebo chlorambucil 0,1-0,2mg/kg/den. Tyto preparáty se podávají, pouze po předchozí kortikosteroidní léčbě s úspěšnou remisí onemocnění. Nevýhodou těchto přípravků je možnost podávání pouze jednou a vícekrát léčbu neopakovat. Velmi neuspokojivé jsou také nežádoucí účinky podávání těchto léčiv (vypadávání vlasů, nauzea, útlum kostní dřeně, hemoragická cystitida). Kontroly krevních parametrů jsou zde proto namístě. Zejména kontrola krevního obrazu a jaterních testů (PODRACKÁ, a kol., 2013).

Další léky, řazené do kategorie steroid-šetřících preparátů jsou levamizol, takrolimus, mykofenolát mofetilu a cyklosporin (4,5 mg/kg/den). Cyklosporin pomáhá dosáhnout remise onemocnění a úplnému vysazení kortikoidů. Tento preparát většinou vyžaduje delší podávání (delší než 1 rok) s postupným snižováním dávky. Nežádoucí účinky užívání Cyklosporinu jsou hirsutismus, hyperplazie dásní a nefrotoxicita. Při podávání tohoto léku opět kontrolujeme krevní výsledky, zejména kreatinin. Ve srovnání s léčbou cyklosporinu má takrolimus méně nežádoucích účinků (GEIER, a kol., 2010), (PODRACKÁ, a kol., 2013), (SKÁLOVÁ, a kol., 2017).

Dále se nabízí vcelku nové doporučení přípravku rituximab. Je to monoklonální protilátka proti antigenu CD20 na povrchu B lymfocytů, která způsobuje nedostatek těchto lymfocytů, nikoli však plazmatických buněk. Tento stav přetrvává po dobu 6 měsíců, pokud není léčba rituximabem prodloužena. Rituximab se indikuje při kortikosteroid-dependentním NS, MCD a FSGS. Nejvíce průlomový je tento přípravek v tom, že přímo ovlivňuje glomerulární filtrační bariéru a to tím, že zvyšuje počet podocytů, které za normálních okolností při NS zanikají. Bohužel zkušenosti s používáním rituximabu u pacientů jsou zatím malé (TESAŘ, 2016).

Podle současných doporučení KDIGO mají být pacienti s častými relapsy a pacienti kortikodependentní léčeni 8 týdnů perorálním cyklofosfamidem, nebo 1 až 2 roky cyklosporinem, nebo mykofenolátem. Pro kortikorezistentní pacienty zatím neexistuje spolehlivá účinná léčba (TESAŘ, 2016).

1.6.5 PODPŮRNÁ LÉČBA A DIETNÍ OPATŘENÍ

V oblasti stravování je rodičům doporučeno dávat dětem porce přiměřené jejich věku a nepodléhat zvýšené chuti k jídlu, které děti s NS mají. Váha dětí během nefrotického syndromu již tak může výrazně stoupnout. Rodičům je doporučeno omezit také nadměrné podávání sacharidů a tuků dětem. Bílkoviny jsou ve stravě obsaženy ve stejném množství jako před onemocněním. Zatím nebyl prokázán příznivý vliv vyššího příjmu bílkovin (GEIER, a kol., 2010).

Důležité je zdůraznit omezení sodíku ve stravě, zejména pokud děti trpí edémem. Pro rodiče to znamená omezit solení. Co, je ale potřeba naopak zvýšit ve

stravě u dětí, je kalcium a vitamin D. Důvody potřeby zvýšené konzumace kalcia a vitaminu D jsou nežádoucí účinky kortikoidů. Ty mohou způsobit sníženou denzitu kostní dřevě a následně patologické zlomeniny (GEIER, a kol., 2010).

1.7 KOMPLIKACE NS

Nefrotický syndrom je onemocnění, u kterého se ve zvýšené míře mohou vyskytnout vážné komplikace. Vážnými komplikacemi jsou žilní tromboembolické příhody (hluboká žilní a renální příhoda a plicní embolie). Ke vzniku trombózy je potřeba několika rizikových faktorů. Mezi ně patří například zvýšené hodnoty hematokritu, imobilita pacientů, otoky, přítomnost infekce a zavedený intravenózní katétr. Příznaky uzávěru renální žíly jsou: makroskopická hematurie a bolestivost v bederní krajině. Některé tromboembolické komplikace mohou probíhat i asymptomaticky. (KOVÁČIKOVÁ, a kol., 2016)

Další vážnou komplikací jsou infekce. Riziko infekce se zvyšuje při dlouhotrvajícím nefrotickém stavu a dlouhé léčbě kortikoidy, která nevede k remisi. Infekci často vyvolává *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* a *Escherichia coli*, které mohou způsobit sepsi, pneumonii a peritonitidu. Proto se u takto nemocných pacientů snažíme eliminovat zavedené intravenózní vstupy a při probíhající infekci podáváme intravenózně antibiotika. Se současnou antibiotickou léčbou se zvýší i dávkování kortikoidů (TESAŘ, 2008).

1.8 PROGNÓZA NS

Prognóza onemocnění je výrazně horší, pokud pacient trpí geneticky podmíněným nefrotickým syndromem. Idiopatický nefrotický syndrom má sice lepší prognózu, ale obě tyto formy progredují do terminální fáze chronického onemocnění ledvin. Není výjimkou, že pacient dospěje do terminální fáze ještě v dětském věku (SKÁLOVÁ, a kol., 2017).

Velice dobrým prognostickým faktorem u dětí je pozitivní odpověď na léčbu kortikoidy. Z čehož vyplývá, že formy NS, které jsou rezistentní na podávání kortikoidů mají horší prognózu a do terminální fáze chronického onemocnění ledvin se dostane do 10 let od manifestace onemocnění (SKÁLOVÁ, a kol. 2017).

1.9 PREVENCE NS

Bohužel zatím neexistuje preventivní opatření, které by dokázalo předcházet rozvoji onemocnění, zejména u primárního NS. U sekundárních forem nemoci to z části možné je. Především prevence amyloidózy jako systémového onemocnění (léčba zánětlivých komplikací) a diabetické glomerulopatie při kvalitní metabolické kontrole diabetu (MERTA, 2010).

Samozřejmě lze předcházet infekčním nemocem (hepatitida, HIV, syfilis, malárie a toxoplazmóza) Dále některým alergickým onemocněním (alergie na včelí bodnutí, potravinová alergie). Pokud se v rodině vyskytnul u dítěte geneticky podmíněný NS je na místě doporučit rodičům prenatální diagnostiku v případě dalšího těhotenství, která včas odhalí, zda má plod predispozici ke geneticky podmíněnému NS (SKÁLOVÁ, a kol., 2017).

2 ZÁSADY PÉČE A KOMUNIKACE S NEMOCNÝM DÍTĚTEM PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Nemoc u dítěte je velmi problémová oblast, která negativně působí i na okolí dítěte, například na jeho rodinu. Každé dítě vnímá svou nemoc odlišně a je důležité z pohledu sestry zaměřit se na specifika ovlivněná vývojovými zvláštnostmi, vývojem nemoci, temperamentem dítěte a respektovat je. Pro ucelení péče o hospitalizované dítě je v příloze II vložena Charta práv hospitalizovaných dětí. Péče o dětského pacienta je modifikovaná mnoha činiteli. Patří mezi ně hlavně věk, dynamika psychomotorického vývoje, sociální zázemí. Ne vždy se těmto atributům věnovala dostatečná pozornost (ZACHROVÁ, 2008).

2.1 HISTORIE A SOUČASNOST

Pediatric jako vědní obor se začala vyvíjet až na přelomu 19. století. Do té doby se péče o děti slučovala s péčí o dospělé pacienty, protože neexistovala specializovaná péče. Specifické nemoci dětského věku, znalosti o jejich původu, projevech, o výživě dětí či hygienické péči byli nedostačující. Pediatric se v té době zaměřovala výhradně na zdraví a vývoj dětí, ale v neposlední řadě také na opuštěné děti, vyrůstající bez rodiny (SEDLÁŘOVÁ, a kol., 2008).

S vývojem pediatric se začalo utvářet i ošetřovatelství v pediatrici a vznik profese dětské sestry. Nejvíce praktických zkušeností doposud měli ošetřovatelky v ústavech pro nalezence. Za zakladatele české pediatric je považován dr. Bohdan Neureutter. Profesorem dětského lékařství české lékařské fakulty byl jmenován v roce 1884 (SEDLÁŘOVÁ, a kol., 2008).

V současnosti je péče o dětské pacienty je rozdělena na ambulantní a ústavní. Ambulantní péče je rozdělena na primární, specializovanou a zvláštní. Primární péči poskytuje praktický lékař pro dítě a dorost a všeobecná sestra od narození po 19. rok života. Tato péče zastává funkci preventivní, diagnostickou, léčebnou, rehabilitační a ošetřovatelskou, je poskytována v souladu se sociálním prostředím dítěte a respektuje jeho bio-psycho-sociální potřeby (SEDLÁŘOVÁ, a kol., 2008).

Specializovanou péči provádí pediatr s příslušnou specializací. Například dětský urolog, nefrolog, kardiolog atd. Zvláštní pediatrická péče je zaměřená na péči o dětské pacienty v ústavech a stacionárních zařízeních jako jsou: kojenecké ústavy, dětské domovy, dětské odborné léčebny, lázeňské zařízení a dětská centra (SEDLÁŘOVÁ, a kol., 2008).

Nemocniční péče je poskytována na lůžkových odděleních různého typu (územní, soukromé, řízené MZ). Nemocniční péče se dále dělí na standartní, intenzivní a dlouhodobou. Tato oddělení poskytují taktéž ambulantní, základní i specializovanou diagnostickou, preventivní a léčebnou péči dětem od narození do 19 let (SEDLÁŘOVÁ, a kol., 2008).

Základem dětských oddělení je spolupráce s ostatními odborníky. Oddělení pro děti je rozdělováno do 3 sektorů. Oddělení kojenců a batolat, oddělení větších dětí a oddělení pro novorozence. Dětská oddělení jsou doplněna i odbornými poradnami-nefrologickou, kardiologickou, revmatologickou, gastroenterologickou, endokrinologickou atd. (SEDLÁŘOVÁ, a kol., 2008).

Všeobecná sestra (dětská sestra) ve všech zdravotnických zařízeních poskytuje komplexní ošetrovatelskou péči o dítě od narození po 19 let. Poskytuje, řídí a organizuje péči dle svých kompetencí o děti zdravé i nemocné od novorozenců po adolescenty. Vždy při poskytování péče respektuje bio-psycho-sociální potřeby dítěte (SEDLÁŘOVÁ, a kol., 2008).

2.2 POTŘEBY DÍTĚTE

Biologické potřeby jsou: potřeba výživy (strava by měla být vždy kvalitní, vyvážená a pestrá), potřeba hygieny (dostatek tepla, čistoty, ochrana před vnějšími vlivy, obranyschopnost), potřeba stimulů ve smyslu podpory nervového systému, lokomoce, psychických a komunikačních dovedností a potřeba zdravého vývoje (preventivní, komplexní léčebná a rehabilitační péče) (SIKOROVÁ, 2012).

Potřeby psychické zahrnují intelekt, cit, vůli, interakci s okolím, chápání sebe samotného i ostatních. Důležité body v těchto potřebách jsou: potřeba podnětů, potřeba řádu a smysluplnosti světa, potřeba jistoty, vlastní identity, potřeba otevřené budoucnosti (naděje) a emocionální potřeby (důvěra, bezpečí v okruhu svých blízkých) (SIKOROVÁ, 2012).

Základní **sociální potřeby** dítěte jsou nezbytné pro správnou socializaci člověka. Hlavními potřebami jsou: potřeba lásky a bezpečí, potřeba přijetí dítěte, potřeba identifikace s vlastním „já“, potřeba rozvinutí všech sil a schopností, potřeba umět překonávat překážky v životě a potřeba osvojit si zdravý životní styl. V případě, že jsou u dítěte všechny jeho potřeby saturovány dítě je veselé, soustředěné, komunikuje, věří si... Pokud některá z jeho základních potřeb není saturována projeví se to frustrací (SIKOROVÁ, 2012).

2.3 SPECIFIKA VÝŽIVY

Hospitalizované dítě prochází velkou změnou v několika oblastech. Jednou z nich je i výživa, která se náhle mění z domácí stravy na nemocniční. Zvyklosti dítěte, skladba jídelníčku a rituály jsou nyní podřizovány novému prostředí nemocnice (SEDLÁŘOVÁ, a kol., 2008).

Dítě v nemocnici tak může trpět nechutenstvím, odmítáním jídla a poruchou příjmu potravy. Za tento stav z částí může být zodpovědná i nemoc, bolest a stres. Proto je důležité držet se několika zásad. Zjistit stravovací návyky pacienta a snažit se je aplikovat, do jídla nenutit, nabízet rozmanitá jídla, jíst 5x denně. Samozřejmě dbáme na správnou hygienu rukou před jídlem a po jídle (SEDLÁŘOVÁ, a další, 2008).

2.4 SPECIFIKA HYGIENICKÉ PÉČE

Sestra by měla opět zhodnotit schopnost sebepéče a soběstačnosti v oblasti hygieny a podle toho přizpůsobit péči. To souvisí se zdravotním stavem dítěte, nebo zda je na oddělení přítomen doprovod. Obecně batolecí a předškolní období je nejvíce nevhodné pro utváření hygienických návyků. Děti by mělo začít udržovat hygienu s pomocí a kontrolou rodičů nebo zdravotnického personálu (SEDLÁŘOVÁ, a kol., 2008).

I v případě přítomnosti doprovodu (matky) sestra dohlíží na hygienu a stav kůže nebo péči o hygienu zajistí sama. Pro zhodnocení rizika poškození kůže se využívají měřicí škály jako součást ošetřovatelské anamnézy. Při mytí je potřeba brát ohled i na rizika pádu a používat protiskluzové podložky (SEDLÁŘOVÁ, a kol., 2008).

2.5 SPECIFIKA ZVLÁDÁNÍ STRACHU A BOLESTI U DĚTÍ

Při bolestivém výkonu je vhodné připravit si pacienta k dobrovolné spolupráci. Neskrývat skutečnost, že to bude nepříjemné, že se může bát, že strach je přirozený i u dospělých. Dát dítěti možnost volby, pokud to lze. Možnost posadit se při odběru, lehnout si, mít u sebe matku, být samo. Spolupráce s rodiči může být také přínosná. Rodiče mohou tlumočit pocity dítěte, ujišťovat dítě, že zdravotníci mu chtějí pomoci. Měli by však umět ovládat i svoje emoce, které se přenáší na dítě (SEDLÁŘOVÁ, a kol., 2008).

Výhodou je, pokud se zdravotník snaží pacientovi vysvětlit důvod zákroku, vyšetření, odběrů atd. Zároveň se ale nesnažit pacienta zbytečně předem stresovat. Nápomocná může být demonstrace výkonu formou hry. Důležité je udržovat citlivý individuální přístup, komunikovat s dítětem, odvádět pozornost od nepříjemného zákroku, využívat imaginaci (představuje si, že je u moře...), pochválit za statečnost a popřípadě dát drobnou odměnu (SEDLÁŘOVÁ, a kol., 2008).

2.6 HERNÍ TERAPIE V NEMOCNICI

Pokud je dítě nemocné, stává se často pasivním a jeho potřeba hrát si se může snižovat. Pak je ohrožen i jeho zdravý vývoj. Závísí to na aktuálním stavu dítěte a na jeho onemocnění, ale pokud to stav dítěte umožňuje, je na místě zajistit herní terapii nebo služby herního specialisty (STROUHALOVÁ, 2010).

Cílem herní terapie je odreagování dítěte od trápení, zlepšení nálady a tím i celkového psychického stavu. Herní terapeut může figurovat i jako pomoc ostatního zdravotnického personálu. Dítě často bere terapeuta jako kamaráda. Svěřuje se mu s věcmi, které by zdravotnickému personálu neřekl, a které mohou ovlivnit i léčebné a ošetřovatelské postupy. Herní terapeut může být nápomocen v porozumění onemocnění, v podpoře pacienta a dodání odvahy (STROUHALOVÁ, 2010).

2.7 SPECIFIKA HOSPITALIZACE S RODIČI

Hospitalizace dítěte spolu s rodičem je v dnešní době velice žádaná a častá forma hospitalizace. Rodič hospitalizovaný s dítětem do 6 let věku má plně hrazenou hospitalizaci zdravotní pojišťovnou.

U dítěte nad 6 let je rodič povinen si hospitalizaci hradit z vlastních prostředků, pokud revizní lékař neurčí jinak (VZP ČR).

Hospitalizace s rodičem dítěti pomáhá eliminovat negativa spojená s hospitalizací a podporovat ho v adaptaci na nové prostředí. Rodič dítěti také poskytuje psychickou a emocionální podporu. Dítě má pocit jistoty a bezpečí. V některých situacích může být pro zdravotnický personál přítomnost matky nežádoucí, ale ve většině případů je nápomocná (aplikaci kapací infuze, podávání léků, výživy). Pokud z různých důvodů není hospitalizace matky možná, umožníme alespoň větší volnost návštěv (ONDRIOVÁ, a kol., 2010).

2.8 VÝCHOVA DÍTĚTE

Výchova dítěte a postoj k němu jsou výsledkem zkušeností rodičů z jejich dětství, ze vztahů, které udržují ke svým rodičům, z prožitků z dětství a jsou provázány se zkušenostmi z dosavadního života. Způsob, jakým dítě vnímá nemoc je z velké části ovlivněno výchovnými postoji v rodině. Stěžejním bodem při uzdravování dítěte je fungující rodina a dobré vztahy v rodině (PLEVOVÁ, a kol., 2010).

Problém může nastat v situaci, kdy je nemocné dítě středem pozornosti a jeho sourozenec si připadá ostraněný. Pocit vyloučení z péče o dítě je častá reakce i druhého rodiče při hyperprotektivě matky. V takovém případě matka extrémně usiluje o dosažení pohody a vyléčení nemocného dítěte (PLEVOVÁ, a kol., 2010).

2.9 KOMUNIKACE

Pro kooperaci sestry s dítětem je navázání dobrého vztahu podmínkou. Dítě se zpočátku může stydět, nebo bát. To může být následek změny prostředí, strachem z neznáma, z neznámých lidí, očekávání bolesti a také odloučením od rodiny.

Sestra by k dítěti měla přistupovat vlídně, citlivě, být usměvavá, ptát se na jeho starosti, žádat ho o svolení něco udělat, chválit, nabízet alternativy a zapojovat ho do komunikace. Jako alternativa komunikace se dají využít hračky. Pokud dítě přistoupí na tuto formu může tak přes hračku sdělit, zda ho něco bolí, nebo jak se cítí. Hračky se dobře využívají také jako náznak ošetření. Podle přístupu k hračce si dítě udělá názor a snáz tak sestře důvěřuje (PLEVOVÁ, a kol., 2010).

Od rodičů se dá zjistit spousta informací o dítěti, zejména pak o jeho problémech, osobnosti a jeho zvyklostech. Specifikem komunikování s dítětem předškolního věku je mluvit klidně, pomalu v krátkých větách. Navazovat a udržovat oční kontakt, pokud to dítě toleruje. Důležité je snažit se neskákat dítěti do řeči a nechat ho vyjádřit se. Poskytnutí pomůcek ke kreslení a malování, nebo možnost hry je pro dítě velmi důležité (PLEVOVÁ, a kol., 2010).

V komunikaci se využívá i partnerský (dospělý) přístup, který děti velice kvitují. Pokud je dítěti něco slíbeno, nebo se domluví nějaká pravidla, nikdy je neporušujeme. To samé platí při provádění bolestivých výkonů. Dětského pacienta upozorníme na nepříjemný zákrok a můžeme připustit, že bude mírně bolestivý. Bolest se dá připodobnit například štípnutí komárem nebo včelkou (PLEVOVÁ, a kol., 2010).

Komunikace s dětským pacientem je velmi náročná. Dítěti by se neměla odepírat možnost hry, zabavení se, kreslení atd. Lépe tak odpoutá pozornost od pobytu v nemocnici. Vše, ale závisí na stavu dítěte a doporučení lékaře. Velkou pomocí jsou v tomto směru dobrovolníci, nebo herní terapeuti. Součástí nemocničního týmu jsou i pedagogové, kteří se starají o výuku pacientů, nebo se děti snaží zabavit v herně.

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DĚTSKÉHO PACIENTA S RELAPSEM NEFROTICKÉHO SYNDROMU

Ošetřovatelský proces o dětského pacienta s relapsem nefrotického syndromu byl realizován na Dětském oddělení Oblastní nemocnice v Mladé Boleslavi. Den sběru ošetřovatelské anamnézy byl den 5. Pacient zde byl hospitalizován 9 dní, celkem po druhé, nyní pro 1. relaps onemocnění. Sběr informací o pacientovi probíhal rozhovorem s dítětem, s matkou, která byla hospitalizovaná spolu s ním, za pomoci ošetřovatelské a lékařské dokumentace a pozorováním. Všechny informace o dítěti jsou anonymní, matka byla srozuměna s využitím případu jejího syna ke studijním účelům.

Zhodnocení zdravotního stavu a potřeb dětského pacienta bylo provedeno za pomoci Ošetřovatelských diagnóz NANDA I, taxonomie II 2015-2017. Vyhledání problémů v jednotlivých oblastech a zároveň určení ošetřovatelských diagnóz probíhalo taktéž 5. den hospitalizace. Diagnózy jsou seřazeny od aktuální po potenciální, dle priorit pacienta. Dále jsou rozpracovány určující znaky diagnózy, krátkodobé a dlouhodobé cíle, očekávané výsledky, intervence, realizace a hodnocení.

3.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Dá se charakterizovat jako soustavná, racionální a cyklická metoda poskytování péče jednotlivci, rodině či komunitě použitelná ve všech zařízeních zdravotní péče, která je určena pro neustálé přehodnocování péče na základě aktuálního stavu. Poskytování ošetřovatelské péče dle ošetřovatelského procesu se řídí několika dokumenty:

- Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR č. 9/2004 a jeho Koncepce ošetřovatelství
- Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci
- Vyhláška č. 424/2004 Sb. a její novelizace č. 55/2011, která stanovuje činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

- Akreditační standardy Spojené akreditační komise ČR

(PLEVOVÁ, a kol., 2012).

3.2 CÍLE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Mezi cíle ošetřovatelského procesu jednoznačně patří **uspokojování potřeb** jedinců, rodiny a komunity ve zdravotnickém zařízení. Dále podpora, udržování a navrácení zdraví, pohody a péče při dosažení co nejkvalitnějšího života. Mezi poslední cíl také patří péče při zajištění klidného umírání a smrti (PLEVOVÁ, a kol., 2012).

Ošetřovatelský proces vychází z **holistického vnímání** člověka. To znamená, že na pacienta nahlížíme jako na celistvou bytost, kterou ovlivňuje jak psychika, sociální prostředí, ale i tělesné znaky. Ošetřovatelský proces začíná ošetřovatelskou anamnézou a diagnostikou, kdy si stanovíme ošetřovatelské diagnózy. Poté naplánujeme cíle a intervence, které následně realizujeme, a nakonec hodnotíme jejich prospěšnost pro klienta a zlepšení nebo případné zhoršení stavu. To znamená, že i po stanovení diagnóz, cílů a intervencí, u pacienta musíme pravidelně kontrolovat jeho problémy (MASTILIAKOVÁ, 2014).

Obecně cílem ošetřovatelského procesu v pediatrii je komplexní a individuální přístup k dítěti a jeho rodině. Vedení dokumentace by však neměla vyčlenit aktivní účast na ošetřování dítěte. Sběr anamnézy, pojmenování problémů u dítěte, plánování ošetřovatelské péče, cílů, realizování péče a její hodnocení je součástí kontaktní péče o dětského pacienta (SEDLÁŘOVÁ, a kol., 2008).

3.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Anamnéza znamená získávání informací od pacienta nebo od jeho doprovodu (rodičů). Především to jsou informace o něm a o jeho zdravotním stavu. Jaké problémy má, jak dlouho trvají, kdy začaly první projevy, charakteristika potíží, minulá hospitalizace, užívání léků, rodinná anamnéza, životní styl, sociální a psychologické údaje. Velmi důležité u dítěte je navázat spolupráci s rodinou a zapojit ji pro získání informací (PLEVOVÁ, a kol., 2012). Mezi metody sběru anamnézy řadíme rozhovor, pozorování, dotazník

a studium pacientovi dokumentace. Vždy nás zajímá pacientův problém, jeho příčiny a následné stanovení ošetrovatelské diagnózy.

3.4 ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTOVI

Tabulka 1 Základní identifikační údaje o pacientovi

Pohlaví: muž	Věk: 4,5 roku
Státní příslušenství: české	Rok narození: 2013
Hospitalizace: druhá	Vzdělání: mateřská škola
Typ přijetí: terapeutické	Rodina: úplná, bydlí společně
Přijatý doprovod: ano, matka	Oddělení: Oddělení matek s dětmi

Zdroj: ošetrovatelská dokumentace pacienta, 2017

Medicínské diagnózy hlavní

N042 Nefrotický syndrom; relaps při respiračním infektu

Medicínské diagnózy vedlejší

J00 Nasopharyngitis acuta

B950 Streptokok skup. A, jako příčina nemoci zařazené do jiných kapitol

Tabulka 2 Hodnoty zjišťované při příjmu pacienta

Krevní tlak: 104/51	Pulz:90
Dechy/minutu: 25/min	Tělesná teplota: 36,7 °C (axilárně)
Pohyblivost: bez omezení	Stav vědomí: plně při vědomí, spolupracuje
Výška: 115 cm	Váha: 19 kg
BMI: 14,37	Řeč, jazyk: česky, srozumitelně
Orientace: orientován místem, prostorem, osobou v plné míře	Krevní skupina: A+

Zdroj: ošetřovatelská dokumentace pacienta, 2017

Nynější onemocnění

Chlapec 4,5 let přijat na dětské oddělení z důvodu 1. relapsu nefrotického syndromu navazující na respirační infekci. V roce 2016 z biopsie prokázán FSGS. Nyní pacient přichází s proteinurií (sběr moči/24 hodin= 35mg/m²/hod) a hematurií. Chlapec je dispenzarizován v nefrologické ambulanci a užívá pouze ACEI inhibitory (Tritace). Nyní bolesti neudává, je bledší, unavenější. Chuť k jídlu je menší.

Zdroj informací: lékař, ošetřující personál, pacient, pozorování pacienta, informace od doprovodu, lékařská a ošetřovatelská dokumentace.

3.5 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: s ničím se neléčí, rodinná zátěž na kardiovaskulární choroby (hypertenze).

Otec: zdravý, jeho rodina také zdráva.

Sourozenci: bratr bez závažného onemocnění.

Osobní anamnéza

II. fyziologické těhotenství matky, porod spontánně záhlavím, v termínu.
Poporodně slabý ikterus, prospívá dobře, strava bez omezení.

Očkování: dle očkovacího kalendáře, navíc pneumokok, bez komplikací.

Nemocnost: opakované KHCD, rýmy, angíny, zánět středního ucha.

Hospitalizace: nyní celkem třetí hospitalizace, 1 hospitalizace v FN Motol z důvodu biopsie ledviny.

Úrazy: žádné

Operace: žádné

Alergologická anamnéza

Alergie na léky, potraviny, chemické látky neguje.

Farmakologická anamnéza

Tritace 2,5 mg ráno ½ tablety.

Epidemiologická anamnéza

Varicela v roce 2016

Sociální anamnéza

Chodí do mateřské školy, žije v úplné rodině v bytě, společně se psem.
Vztahy v rodině jsou dobré.

Zájmy, aktivity: fotbal, plavání a kreslení.

Spirituální anamnéza

Bez náboženského vyznání.

3.6 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Tabulka 3 Fyzikální vyšetření sestrou ze dne 8.12. 2017

Vyšetření tělesné části	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava	„Hlava mě nebolí.“	<p>Hlava: mezocefalická.</p> <p>Oči: oční štěrby symetrické, skléry bez ikteru, zornice izokorické, oční bulby pohyblivé ve všech směrech.</p> <p>Uši: bez sekrece a bolestivosti.</p> <p>Nos: mírná serózní rýma, fyziologické postavení.</p> <p>Rty: rty růžové, prokrvené, hydratované.</p> <p>Jazyk: vlhký, bez povlaků.</p> <p>Sliznice: růžové, vlhké.</p> <p>Chrup: kompletní mléčný chrup.</p> <p>Nosohltan: lehce zarudlý, na tonzilách hlenové povlaky.</p>
Krk	„V krku mě nebolí.“	<p>Krční lymfatické uzliny: drobné, nezvětšené, nebolestivé.</p> <p>Štítná žláza: nehmatná.</p>
Hrudník, respirační systém	„Dýchá se mi dobře, mám trochu rýmu.“	<p>Hrudník: symetrický, bez patologie.</p> <p>Dýchání: eupnoe.</p> <p>Počet dechů: 30/ minutu.</p>

Kardiovaskulární systém		<p>Cyanóza: není přítomna.</p> <p>P: 95/minutu v bdělém stavu (normokardie), dobře hmatný, periferní prokrvení v normě.</p> <p>TK: 110/70 (nad 95. percentil). Optimální TK pro věk 4,5 roku: 88-104/47-65.</p>
Břicho a GIT	„Břicho mě nebolí.“	<p>Břicho: měkké, volně prohmatné, bez algické reakce a hmatné rezistence.</p>
Genitál	„S močením nemám problém.“	<p>Genitál: genitál chlapecký, bez zarudnutí, varlata sestouplá v šourku.</p> <p>Močová trubice: normální pozice vyústění.</p> <p>Pohlavní zrání: přiměřené věku.</p>
Končetiny	„S chůzí problém nemám, nohy mě nebolí.“	<p>Držení těla: vzpřímené.</p> <p>Končetiny: symetrické.</p> <p>Otoky: nemá.</p> <p>Chůze: bez patologie.</p> <p>Pohyblivost v kloubu: úplná.</p> <p>Meningeální příznaky: nemá.</p>

Nervový a smyslový systém	„Vím, jak se jmenuji a kde jsem.“	Orientace: místem, osobou, prostředím. Reflexy: výbavné. Smysly: v normě.
Imunologický systém	„Občas jsem nemocný, chodím k paní doktorce s ledvinami.“	Alergie: sine. TT: 36,5 °C
Kůže a její adnexa	„Kůže mě nesvědí.“	Kůže: prokrvená, čistá. Vlasy: čisté, upravené. Nehty: krátké, čisté, zdravé. Otoky: nemá.

Zdroj: vlastní měření provedené všeobecnou sestrou, ošetrovatelská dokumentace, 2017

3.7 UTRÍDĚNÍ INFORMACÍ O PACIENTOVI DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Ze dne: 8.12. 2017. Zdrojem informací byl rozhovor s dítětem, s doprovodem (matkou), pozorování dítěte, ošetrovatelská dokumentace.

1. PODPORA ZDRAVÍ

(Uvědomování si zdraví, management zdraví)

Subjektivně: „Denně polykám prášky a často chodím k paní doktorce. Tady v nemocnici jsem už podruhé.“

Objektivně: Léčebný režim dodržuje za pomoci matky doma i v nemocnici. Dítě chodí pravidelně na kontroly k dětské lékařce a do nefrologické ambulance. Má opakovaně katary horních cest dýchacích, prodělal Otitis media acuta a angínu. Pravidelně kontrolují přítomnost bílkoviny v moči pomocí testovacích papírků a dle potřeby přijdou se vzorkem moči ze sběru/24 hod.

Ošetrovatelský problém: 0

Měřicí technika: 0

Priorita: 0

2. VÝŽIVA

(Příjem potravy, trávení, vstřebávání, metabolismus, hydratace)

Subjektivně: „Někdy mám hodně žízeň, mám rád špagety a jídlo od maminky. Piju nejradši vodu nebo čaj.“

Objektivně: Dítě má omezený příjem tekutin dle ordinace lékaře (1,2 litru/den). Matka je poučena o omezeném příjmu tekutin a hranici 1,2 l/ den nepřesahuje. V nemocnici má pacient dietu, která se klasicky podává dětem v předškolním věku. Jídelníček se skládá z 5 jídel. Snídaně, dopolední svačina, oběd, odpolední svačina a večeře. Nezvrací, nauzeu neudává, stravu toleruje. Váží 19 kg (cca 50. percentil pro daný věk 4,5 roku) a měří 115 cm (cca 90. percentil), BMI 14,37, váhově je stabilní. Každý den je zaznamenávána váha dítěte. Hydratace v normě, sliznice jsou vlhké.

Ošetřovatelský problém: Riziko nadváhy, riziko nerovnováhy elektrolytů, riziko nevyváženého objemu tekutin.

Měřicí technika: percentilové grafy tělesné hmotnosti a výšky, BMI, zápis diurézy.

Priorita: nízká

3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

(Funkce močového systému, funkce GIT, funkce kožního systému, funkce dýchacího systému)

Subjektivně: „Čůrám normálně, vadí mi, že nemůžu chodit na záchod, jako když jdu na velkou.“

Objektivně: Dítě častěji močí, na stolici chodí ob den. Dvě porce moči za den jsou měřeny nefrophanem (diagnostický proužek). Moč je tmavší s přítomností krve ++ a bílkoviny +. Každá porce moči je také vážena matkou. Je zaznamenáván přesná diuréza. Důraz je kladen také na kontrolu otoků končetin, genitálu a očních

víček. Dítě při vylučování neudává pálení ani bolest. Plyny odcházejí. Pocení v normě, dýchání je pravidelné. Dítě nemá žádné rány po těle, modřiny ani vyrážky. Příjem tekutin u dítěte je ke dni 8.12. 1000 ml a výdej moči 1 600 ml.

Ošetrovatelský problém: 0

Měřicí technika: zápis diurézy

Priorita: 0

4. AKTIVITA/ODPOČINEK

(Spánek/odpočinek, aktivita/cvičení, rovnováha energie, kardiopulmonální/pulmonální reakce, sebek péče)

Subjektivně: „Spí se mi tu dobře, mám svoji postýlku, jako doma. Vadí mi, že musím být pořád na pokoji a nemůžu si hrát venku. Taky už bych chtěl domů. Doma hraju fotbal s tátou a mám tam kamarády. Se vším mi tu pomáhá maminka.“

Objektivně: Dítě má dle ordinace lékaře udržovat klidový režim. Se spánkem problém nemá, spí klidně celou noc. Je pořád mírně unavený, přes den hraje stolní hry s matkou, poslouchá muziku, sleduje pohádky. Občas se v nemocnici nudí, jelikož musí trávit většinu dne pouze na pokoji. Doma rád hraje fotbal s otcem a chodí do mateřské školy, kde se účastní spousty aktivit a soutěží. Krevní tlak má nad 95. percentil a večer po aktivitě mu byl naměřen ještě vyšší krevní tlak a to 124/72, v noci poté 100/52. Nají se sám, občas chce nakrájet maso. S hygienou pomáhá matka. Vyprazdňování a oblékání zvládá sám.

Ošetrovatelský problém: Riziko neefektivní renální perfuze, únava.

Měřicí technika: percentilové grafy krevního tlaku.

Priorita: nízká

5. PERCEPCE/KOGNICE

(Pozornost, orientace, pocíťování/vnímání, kognice, komunikace)

Subjektivně: „Jmenuji se XY a vím, jak se jmenuje moje rodina. Jsem v nemocnici na dětském oddělení.“

Objektivně: Dítě je orientované, vnímání v normě. Smyslové vnímání v normě, brýle nenosí, slyší dobře. Komunikace s dítětem je zpočátku nesmělá, chlapec se stydí, ale během dne začne komunikovat běžným způsobem. Mluví plynule.

Ošetřovatelský problém: 0

Měřicí technika: 0

Priorita: 0

6. SEBEPERCEPCE

(Sebepojetí, sebeúcta, obraz těla)

Subjektivně: „Mám rád svoje kamarády ze školky a svého bráchu, rád si s nimi hraju. Myslím, že maminka s tatínkem mě mají rádi. Hraju fotbal, abych byl jednou lepší než teď.“

Objektivně: Dítě je kamarádké, veselé, rádo si hraje, zapojuje se do kolektivu ve školce (dle matky).

Ošetřovatelský problém: 0

Měřicí technika: 0

Priorita: 0

7. VZTAHY MEZI ROLEMI

(Role pečovatelů, rodinné vztahy, plnění rolí)

Subjektivně: „Mám mladšího sourozence a rád mamince pomáhám se o něj starat. S naší rodinou je zábava, protože často jezdíme na výlety a na dovolenou.“

Objektivně: Dítě je z úplné rodiny, má jednoho mladšího sourozence a společně bydlí v bytě. Jeho role jsou syn, bratr, synovec, vnuk, a žák mateřské školky. Dítě spolupracuje a spolu a za pomoci doprovodu dodržuje řád oddělení.

Ošetřovatelské problémy: 0

Měřicí technika: 0

Priorita: 0

8. SEXUALITA

(Sexuální identita, sexuální funkce, reprodukce)

Subjektivně: Nelze odebrat z důvodu nízkého věku.

Objektivně: Dítě má přiměřený psychomotorický vývoj, nyní prochází předškolním obdobím a z toho důvodu je nevhodné mluvit o sexualitě.

Ošetrovatelské problémy: 0

Měřicí technika: 0

Priorita: 0

9. ZVLÁDÁNÍ/TOLERACNE ZÁTĚŽE

(Posttraumatická reakce, reakce na zvládání zátěže, neurobehaviorální stres)

Subjektivně: „Bojím se, že mě budete píchat jehlou, nemám to rád.“

Objektivně: Matka spolu se zdravotnickým personálem se snaží tlumit projevy strachu před odběry kvalitní komunikací s dítětem.

Ošetrovatelský problém: Strach

Měřicí technika: 0

Priorita: 0

10. ŽIVOTNÍ PRINCIPY

(Hodnoty, přesvědčení, soulad hodnot/přesvědčení/jednání,

Subjektivně: „S rodiči se doma nedomlíme.“

Objektivně: Rodina dítěte je nevěřící, spirituální potřeby nemají.

Ošetrovatelský problém: 0

Měřicí technika: 0

Priorita: 0

11. BEZPEČNOST/OCHRANA

(Infekce, tělesné poškození, násilí, environmentální rizika, obranné procesy, termoregulace)

Subjektivně: „Teď mám trochu ucpaný nos a bývám často nemocný.“

Objektivně: Dítě má rýmu, je lehce nachlazené. Je ohroženo vznikem infekce vzhledem k pobytu na oddělení, kde se běžně vyskytují infekční onemocnění a také vzhledem k užívání kortikosteroidů při NS. Kůži i sliznice má neporušené, jen jizva po renální biopsii z roku 2016. Termoregulace v normě, dítě je afebrilní.

Ošetřovatelský problém: Riziko infekce, neefektivní průchodnost dýchacích cest.

Měřicí technika: 0

Priorita: střední

12. KOMFORT

(Tělesný komfort, komfort prostředí, sociální komfort)

Subjektivně: „Nic mě nebolí, je to tu pěkné, ale už bych chtěl domů.“

Objektivně: Dítě je bez bolesti, stravu toleruje, nauzeu nemá. Velkou oporou během hospitalizace je matka, která se ho přes den snaží zabavit a dohlíží na léčebný režim.

Ošetřovatelský problém: 0.

Měřicí technika: Stupnice FLACC (0 bodů)

Priorita: 0

13. RŮST/VÝVOJ

(Růst, vývoj)

Subjektivně: „Jím, to, co mi tu dáváte, občas mi to nechutná.“

Objektivně: Dítě jí 5x denně, stravu toleruje, chuť k jídlu má. Matka udává, že doma jí vše. Jeho vývoj je přiměřený věku, pohybuje se kolem 90. percentilu růstu. BMI je 14,37, váhově stabilní.

Ošetrovatelský problém: 0

Měřící technika: 0

Priorita: 0

Tabulka 4 Aktivity denního života

Aktivity	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování, pitný režim	„Jím vše, co dostanu, nejradši mám jídlo od maminky. V nemocnici i doma piju nejradši vodu nebo čaj. Vím, že nesmím vypít tolik vody.“	Dítě jí 5x denně, doma neudržují speciální dietu. Jen jsou poučeni, pokud se vyskytnou otoky, omezit příjem tekutin a vyhledat lékaře. Dítě nezvrací, stravu toleruje, pije dobře. Hydratace v normě, zde v nemocnici dieta předškolního dítěte.
Vylučování moče, stolice	„Čůrám normálně, chtěl bych chodit na záchod jako na velkou.“	Dítě se z důvodu sledování diurézy musí vyprazdňovat do nočníku, nebo močové lahve. Na stolici chodí ob den, poslední defekace 7.12. 2017.

		Léky na úpravu defekace se nepodávají.
Spánek a bdění	„Spím dobře doma i tady.“	Dítě usíná kolem 20 hodiny cca do půl hodiny. 1x za noc je mu měřen krevní tlak, léky se v noci nepodávají.
Aktivita, odpočinek	„Hraju s mamkou pexeso, nebo poslouchám písničky. Nemůžu nikam ven, ani na chodbu, to mi vadí.“ Dle matky je stále mírně unavený.	Přísný klidový režim, matka se dítě snaží během dne zabavit na lůžku. Přes den často odpočívá.
Hygiena	„Doma mi pomáhá mamka, nebo táta. Rád se koupu ve vaně.“	Hygienickou péči zajišťuje matka za dopomoci a kontroly sestry. Koupel je prováděna večer před spaním, jako rituál. Dítě pečuje o dutinu ústní za kontroly matky ráno a večer. Dále sestra kontroluje péči o nehty, uši a nos.
Samostatnost	„Maminka i pomáhá nakrájet maso u jídla nebo s napuštěním vany.“	Vzhledem k věku (4,5 let) umí již většinu činností samo. Nají se, za pomoci se vykoupe, obleče se a vyprazdňuje

		se do močové lahve za pomoci matky.
--	--	-------------------------------------

Zdroj: rozhovor s dítětem a matkou, ošetrovatelská dokumentace, 2017

Posouzení psychického stavu

Vědomí: lucidní

Orientace: dítě je orientováno osobou, místem, prostorem a situací.

Nálada: dítě je veselé, když se nudí přemýšlí o návratu domů.

Paměť: výbavná bez poruch

Myšlení: logické vzhledem k věku pacienta (4,5 roku)

Temperament: bezproblémové, poddajné dítě.

Sebehodnocení: nelze, neví, co odpovědět.

Vnímání vlastního zdraví: „často chodím k paní doktorce.“

Popis sociálního stavu: bydlí v bytě v úplné rodině, má jednoho sourozence.

Komunikace: po překlenutí počáteční stydlivosti je komunikace normální, verbální a neverbální složka jsou v souladu.

Sociální role: primární: předškolní dítě, chlapec 4,5 roku (bez patologií),
sekundární: syn, bratr, synovec, vnuk.

Sociální interakce: se zdravotnickým personálem vychází dobře, komunikuje, sdílí své zážitky, pocity. Cítí sociální izolace vzhledem ke kamarádům ze školky.

Matka dítěte: je plně informována o onemocnění, o diagnostických postupech a léčbě.

Ekonomická situace: matka je na pracovní neschopnosti, otec chodí běžně do práce. Hospitalizace by neměla ovlivnit ekonomickou situaci rodiny.

Spirituální stav: Dítě i celá jeho rodina jsou ateisté.

Medicínský management

Ordinované vyšetření: odběry krve na zánětlivé parametry, odběry na hematologii, biochemii, sérologii, koagulaci, vyšetření moče (SM/24 h, kultivace, M+S), ORL vyšetření, clearance cystatinu, cystatin C, UZ břicha, výtěr z krku, oxyurie, parazitologické vyšetření stolice, infekční markery průkaz HBsAg

Výsledky: ↑ASLO, ↑protein/kreatinin index (nefrotický proteinurie), ↑celková bílkovina/odpad v SM/24 h, ↓hematokrit, ↑pH moči, ↑erytrocyty v moči, ↑odpady natria v moči, ↑chloridy v moči, UZ břicha: lehce zvětšené obě ledviny, tekutinový srpek v Douglasu.

Ordinace lékaře: TK á 3 hodiny přes den + 1x v noci, moč nefrophanem 1x denně, diuréza, váha 2x denně.

Konzervativní léčba: dieta: 12P, pohybový režim: klidový režim C, RHB: 0

Medikamentózní léčba, per. os:

- Prednison 20 mg 1-0-0-1 tbl.
- Prednison 5 mg 0-1-0-0 tbl.
- Helicid 10 mg 0-0-0-1 tbl.
- Tritace 2,5 mg 0-0-0-2 tbl.
- Enap 5 mg 0-1/2-0-0 tbl.
- Oспен 750 2,5 - 2,5 - 2,5 - 2,5 ml sir.

Chirurgická léčba: 0, **Inhalační léčba:** inhalace s AQ 3xD.

3.8 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 8. 12. 2017

4,5letý dítě přijato k druhé hospitalizaci dne 4. 12. 2017 na Dětském oddělení v doprovodu matky pro 1. relaps nefrotického syndromu. Během první hospitalizace bylo odesláno na vyšší pracoviště kvůli biopsii ledviny, kde potvrzeno incipientní FSGS. Pátý den hospitalizace (8. 12. 2017) je dítě bez bolesti, bez přítomnosti otoků, má serózní rýmu a mírný, suchý kašel. Trpí mírnou únavou

v důsledku onemocnění. Hmotnost 19,8 kg. Krevní tlak 110/70. Počet dechů 30/minutu. Puls je dobře hmatatelný, pravidelný 95/minutu. Tělesná teplota 36,5°C. Kůže čistá, hydratovaná. Je orientováno místem, osobou, prostorem v takové míře, která odpovídá jeho věku. Dítě spolupracuje. Dieta 12P s restrikcí tekutin na 1,2l/den. Pohybový režim C, udržuje klid na lůžku. Pohyblivost dobrá, bez omezení. Stravu a tekutiny toleruje, nezvrací. Příjem tekutin dostačující, výdej moče optimální. Bez zavedených invazivních vstupů. U dítěte je naplánován sběr moči za 24 hodin + odpady. 1x denně se kontroluje moč nefrophanem kvůli obsahu bílkoviny. Dítě je tlakově nestabilní, přes den dosahuje jeho krevní tlak nad 95. percentil a během noci krevní tlak klesá na fyziologické hodnoty. Z tohoto důvodu byla navýšena antihypertenzní terapie.

3.9 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II KE DNI 8. 12. 2017

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II – NANDA INTERNATIONAL, 2015. Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017. Praha, Grada. ISBN 978-80-247-5412-3. U dítěte byly zjištěny 3 aktuální diagnózy a 5 potenciálních diagnóz dle potřeb a priorit pacienta. V této části bakalářské práce budou rozpracovány dvě aktuální diagnózy a jedna potenciální.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

Neefektivní průchodnost dýchacích cest: 00031

Strach 00148

Únava 00093

Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky:

- Znepokojení
- Pociťuje obavy
- Identifikuje předmět strachu

Související faktory:

- Neznámé prostředí

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Dítě je při opuštění nemocnice bez pocitu strachu.

Cíl krátkodobý: Dítě bude komunikovat o strachu s personálem do 2. dne.

Očekávané výsledky:

Dítě je schopno rozpoznat objekt strachu, diskutovat o něm do 2 dnů.

Dítě se naučí vhodné techniky zvládnání strachu do konce hospitalizace.

Spánek dítěte není narušen od 1. dne hospitalizace.

Dítě je schopno komunikovat při nepříjemném výkonu s personálem od 2. dne.

Ošetrovatelské intervence:

1. Nalezni příčinu/zdroj strachu u dítěte (náhlá změna zdravotního stavu, nedostatek informací, nové prostředí, odloučení od rodiny), všeobecná sestra – do 2 dnů.
2. Posud' stupeň strachu vnímaného dítětem, vliv strachu na celkový stav dítěte, všeobecná sestra – do 2 dnů.
3. Sleduj tělesné projevy strachu u dítěte, fyziologické funkce a chování dítěte. (bušení srdce, nauzea, zvracení, průjem, sucho v ústech, napětí

svalů, bledost, rozšířené zornice, zvýšené pocení, tachypnoe, dyspnoe, zvýšený krevní tlak, tachykardie, útočné chování, vyhýbavé chování), všeobecná sestra – vždy.

4. Buď dítěti nablízku, podporuj ho, naslouchej mu, všeobecná sestra – vždy.
5. Podej vhodné informace dítěti, dle svých kompetencí, ve správnou dobu, všeobecná sestra – dle potřeby.
6. Dávej prostor pro možné dotazy ze strany dítěte, všeobecná sestra – vždy.
7. Požádej další členy zdravotnického týmu o pomoc při komunikaci s dítětem o strachu, při podávání informací, všeobecná sestra – dle potřeby.
8. Snaž se odpoutat dítě od zdroje strachu pomocí relaxačních technik, všeobecná sestra – dle potřeby.
9. Pravidelně podávej léky dle ordinace lékaře, posuzuj a zaznamenávej jejich účinek, všeobecná sestra.
10. Nauč dítě relaxačním technikám, všeobecná sestra – do 2 dnů.
11. Pečuj o klidné prostředí a komfort dítěte, všeobecná sestra – vždy.
12. Nech dítě vyjádřit svůj strach, všeobecná sestra – vždy.
13. Ved' doprovod/příbuzné k podpoře dítěte, všeobecná sestra – průběžně.
14. Zjisti od doprovodu, co pomáhá dítěti s bojem proti strachu, všeobecná sestra – do 1 dne.

Realizace 8.12. 2017:

7:05 – Dítě bylo seznámeno s následující situací (krevní odběry), klidným informativním způsobem. Matka byla večer před odběry informována o nastávajících odběrech, bylo jí doporučeno, vzbudit dítě před 7 hodinou, aby nebylo rozespale a mrzuté. Dle matky pomáhá, pokud je dítě dobře naladěné a může si s sebou vzít hračku. Dítěti bylo připodobněno odebírání krve jako „nabírání korálek krve“ kvůli tomu, abychom zjistili, jak jeho tělo reaguje na léčbu a kdy bude moci jít domů. Dítěti byla dodána odvaha, sebejistota a podpora („Jsi statečný, velký kluk, pochlubíš se doma tatínkovi, dáme ti barevnou náplast a dostaneš obrázek.“). Dítěti byla nabídnuta možnost jít s maminkou nebo bez ní, vzít si hračku, dítě si mohlo vybrat do jaké ruky pícháme a povídali jsme si o poslední dovolené s rodiči. Matka taktéž dodala synovi odvahu a podporu. Po krevních odběrech matka pustila dítěti pohádku. Fyziologické funkce byly změřeny po odběrech (TK 110/70, P 90, D 30 – krevní tlak nad 95. percentil, tachykardie, tachypnoe, souvisí se základním onemocněním.)

Hodnocení 8.12. 2017:

Efekt: částečný, krátkodobý cíl byl splněn. Dítě bylo schopno komunikovat o strachu se zdravotnickým personálem. Vyjádřilo obavy z odebírání krve. Jeho spánek zůstal nenarušen, spí cca 10 hodin denně. Kvalita spánku se nezměnila. Během odběrů krve bylo dítě schopno komunikovat se zdravotnickým personálem. Strach se u dítěte projevoval verbalizací a zvýšeným napětím. Dlouhodobý cíl byl zatím nesplněn.

Pokračující intervence

2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13

U dítěte je nadále důležité sledovat projevy strachu a účinně s ním bojovat. Za pomoci komunikace s matkou, ale především správné komunikace a spolupráce s dítětem. Mluvit o objektu strachu, pouze pokud to bude nutné k navázání spolupráce při výkonu. Naslouchat dítěti, podporovat ho, pochválit ho.

Neefektivní průchodnost dýchacích cest (00031)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Neschopnost odstraňovat sekrety nebo překážky z dýchacích cest a udržovat je čisté.

Určující znaky:

- Změny frekvence dýchání
- Dyspnoe
- Nepřítomnost kašle
- Náhodné vedlejší zvuky při dýchání

Související faktory:

- Nadměrná produkce hlenu
- Infekce

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: dítě odchází z nemocnice zdravé, bez rýmy.

Cíl krátkodobý: dítě po zahájení nefarmakologických postupů léčby rýmy udává zlepšení do 2 dnů.

Očekávané výsledky:

Dítě, a především jeho doprovod zná příčiny omezené průchodnosti dýchacích cest, je srozuměn s léčebným opatřením a zná komplikace do 24 hodin.

Dítě je schopné udržet průchodné dýchací cesty do 7 dnů od zahájení intervencí.

Dítě má čisté dýchací cesty, sklípkový poslech plic, má normální dechovou frekvenci do 7 dnů od zahájení intervencí.

Dítě má k dispozici pomůcky ke smrkání od 1. dne.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zjistí vyvolávající příčinu neefektivní průchodnosti dýchacích cest, všeobecná sestra – do 1 dne.
2. Pravidelně kontroluj celkový stav pacienta, všeobecná sestra.
3. Edukuj dítě a matku o správné technice smrkání, všeobecná sestra – od 1. dne.
4. Zjistí, zda dítě umí smrkat, všeobecná sestra – ihned.
5. Poznej příznaky akutní dechové tísně (neklid, úzkost, pocení), vše zaznamenej do dokumentace a informuj lékaře, všeobecná sestra – průběžně.
6. Pravidelně měř tělesnou teplotu, všeobecná sestra.
7. Pravidelně větrej, často v krátkých intervalech, všeobecná sestra.
8. Zajisti dostatečnou vlhkost v pokoji dítěte, všeobecná sestra – do 2 dnů.
9. Poskytni pacientovi materiál pro smrkání (buničitá vata), všeobecná sestra – ihned.
10. Edukuj doprovod dítěte v důležitosti smrkání a odstraňování hlenu z dýchacích cest, všeobecná sestra – ihned.
11. Edukuj doprovod dítěte v dodržování dostatečného pitného režimu (max. 1,2 litru/ den), všeobecná sestra – ihned.
12. Zapisuj příjem a výdej tekutin, všeobecná sestra – pravidelně.
13. Odsávej sekret z dýchacích cest, všeobecná sestra – dle potřeby.
14. Poskytni dítěti dostatek odpočinku, všeobecná sestra – od 1. dne.
15. Dohlížej na kvalitní a nerušený spánek dítěte, všeobecná sestra – od 1. dne.

16. Zajisti vdechování zvlhčeného vzduchu dítětem přes nebulizátor, dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.

17. Udržuj zvýšenou polohu pod hlavou u dítěte, všeobecná sestra – před spaním, do vymizení příznaků.

Realizace 8.12. 2017

7:00 – Měření tělesné teploty axilárně– všeobecná sestra.

9:00 – Rozhovor s dítětem o rýmě, jak dlouho smrká a jak se mu v noci spalo. Zbývající informace doplnila matka – všeobecná sestra.

10:00 – Matka edukována o dohlížení na dostatečný pitný režim u dítěte (max. však 1,2 l/ den) – všeobecná sestra.

10:05 – Edukace dítěte a matky a správné technice smrkání – všeobecná sestra.

10:30 – Dítě vdechovalo po dobu 15 minut zvlhčený vzduch pomocí nebulizátoru.

12:00 – Dítě po obědě udržuje klid na lůžku, spí.

13:00 – Měření tělesné teploty axilárně – všeobecná sestra.

15: 00 – Vdechování zvlhčeného vzduchu pomocí nebulizátoru po dobu 15 min.

17:00 – Vyvětrání na pokoji dítěte, změření tělesné teploty– všeobecná sestra.

19:30 –Zajištění zvýšené polohy pod hlavou před spaním, vyvětrání místnosti– všeobecná sestra.

Hodnocení 8.12. 2017

Efekt: částečný. Krátkodobý cíl splněn částečně, rýma je mírně zlepšena za využití nefarmakologických postupů. Dlouhodobý cíl zatím nesplněn. Spánek dítěte není narušen, spí klidně. Dítě přijímá tekutiny v dostatečné míře, zná správnou techniku smrkání, nadále se snaží společně s matkou dodržovat léčebný režim.

Pokračující intervence:

2, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17

U dítěte je nadále důležité zvlhčovat vzduch na pokoji, podávat mu zvlhčený vzduch pomocí nebulizátoru, měřit tělesnou teplotu, zaznamenávat změny do ošetrovatelské dokumentace, často větrat, zapisovat příjem a výdej tekutin, odsávat dle potřeby a dbát na kvalitní odpočinek a spánek.

POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

Riziko infekce 00004

Riziko nerovnováhy elektrolytů 00195

Riziko neefektivní renální perfuze 00203

Riziko nevyváženého objemu tekutin 00025

Riziko nadváhy 00234

Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ ochrana

Třída 1: Infekce

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

Rizikové faktory:

- Chronické onemocnění
- Nedostatečné znalosti, jak se nevystavovat patogenům
- Imunosuprese

Priorita: střední

Cíl: dítě není vystavováno patogenům a invazivním procedurám (i. v. vstup), během hospitalizace nejeví známky infekce (celkové ani místní).

Očekávané výsledky:

Dítě, a především jeho doprovod chápe rizikové faktory infekce do 24 hodin.

Matka dítěte zná způsoby, jak předcházet infekci do 24 hodin.

Matka a dítě dodržují léčebný režim během celé hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

1. Monitoruj rizikové faktory vzniku infekce, všeobecná sestra – pravidelně.
2. Kontroluj známky místní infekce (zarudnutí, vyrážka), všeobecná sestra – průběžně.
3. Měř pravidelně tělesnou teplotu, všeobecná sestra.
4. Poznej příznaky sepse (třesavka, horečka, pocení, porucha vědomí), všeobecná sestra – průběžně.
5. Prováděj prevenci nozokomiálních nákaz, všeobecná sestra – průběžně.
6. V případě indikace proved' izolaci dítěte k omezení rizika infekce, všeobecná sestra – dle indikace lékaře.
7. Dodržuj aseptický postup u všech invazivních procedur, všeobecná sestra – průběžně.
8. Dbej na dostatečnou hydrataci pacienta, všeobecná sestra – průběžně.
9. Podávej léky dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.
10. Edukuj matku o nežádoucích účincích užívání kortikosteroidů, všeobecná sestra – do 1 dne.
11. Edukuj matku a dítě o důležitosti doužívat celou dávku antibiotik, všeobecná sestra – do 1 dne.

12. Edukuj matku a dítě o možných komplikacích při užívání antibiotik, všeobecná sestra – do 1 dne.

Realizace 8.12. 2017:

7:00 – upozornění matky na dohlížení na dostatečný příjem tekutin u dítěte – všeobecná sestra.

8:00 – zhodnocení místních a celkových příznaků infekce 5. den u dítěte – všeobecná sestra.

8:30 – měření tělesné teploty axilárně – všeobecná sestra.

9:00 – edukace matky o zásadách užívání antibiotik a možných komplikacích – všeobecná sestra.

Hodnocení 8.12. 2017:

Efekt: částečný. Cíle splněny z části, pacient je zatím bez známek infekce. Kůže a sliznice má hydratované, matka dohlíží na dostatečný pitný režim (za celý den vypil 1000 ml). Celý den je dítě afebrilní, celkové ani místní příznaky infekce se neobjevily.

Pokračující intervence:

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

3.10 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE z 8.12. 2017

Dítě bylo přijato na Dětské oddělení v doprovodu matky do Oblastní nemocnice Mladá Boleslav v prosinci roku 2017 pro 1. relaps nefrotického syndromu. U dítěte byla zahájena terapie kortikosteroidy, antihypertenzní terapie a přidala se i antibiotická terapie pro zvýšené ASLO. Hlavním cílem bylo snížit nefrotickou proteinurii, ustálit hodnoty krevního tlaku a snížit zánětlivé parametry.

Co se týče ošetrovatelské péče o dětského pacienta s relapsem nefrotického syndromu, cílem bylo zajistit pravidelné kontroly krevního tlaku a moči na obsah bílkoviny. Zároveň bylo důležité dbát na klidový režim u dítěte a kontrolovat restrikcii tekutin na 1,2 l/ den. Důležitou součástí péče byla i kooperace s matkou,

kteřá také dohlížela na omezený příjem tekutin, pohybový režim dítěte a zapisovala příjem a výdej tekutin. Jejím úkolem bylo i přinést jednu porci moči dítěte ke kontrole bílkoviny.

Ošetrovatelské problémy, které byly u dítěte zjištěny byly se střední prioritou. Ty nejdůležitější problémy dle priorit pacienta jsme zpracovala do ošetrovatelských diagnóz. Dvě aktuální ošetrovatelské diagnózy a jednu potenciální. U hospitalizovaného dítěte převládá pocit strachu z nového prostředí a také neefektivní průchodnost dýchacích cest z důvodu probíhajícího nachlazení. Potenciální diagnóza, která může být pro dítě závažným rizikem je riziko infekce, a to z důvodu léčby kortikosteroidy.

Všechny ošetrovatelské diagnózy byly splněny částečně a z toho důvodu je zapotřebí pokračovat v některých ošetrovatelských intervencích. Celková péče o dítě probíhala z mého pohledu dobře, dítě spolupracovalo a komunikovalo s ošetrojícím personálem na přátelské úrovni.

3.11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Ošetrovatelská péče o dítě s relapsem nefrotického syndromu je náročná zejména kvůli dlouhé hospitalizaci. Delší hospitalizace v nemocnici je pro dítě většinou nelehkou situací. U dětí je snaha o co nejkratší pobyt v nemocnici vzhledem k jejich věku, zvykům, změně režimu, učení a vazbě na rodinu. Onemocnění nefrotický syndrom je často spojováno s relapsy onemocnění, kvůli kterým se děti opakovaně vrací do nemocnice. Velkým přínosem v těchto případech je hospitalizace s jedním z rodičů, který je pro dítě psychickou podporou.

Vzhledem k ošetrování dítěte je velmi důležité navázání kvalitní spolupráce a komunikace s dítětem. Skutečnost, že je dítě hospitalizované s rodičem neznamená, že ho vyčleníme ze společné konverzace. V žádném případě, bychom se neměli zaměřovat pouze na komunikování s rodičem dítěte. Dítě musí mít dojem, že ho bereme jako partnera a aktivně ho zapojujeme do komunikace. Dítě v předškolním věku chce mít možnost spolupodílet se na rozhodování, které mu pomůže dostat například nepříjemnou situaci částečně pod kontrolu. V ideálním případě by se podle těchto požadavků měl řídit veškerý personál, který přichází do přímého kontaktu s dítětem.

Pro všeobecnou sestru při péči o dítě s nefrotickým syndromem je zásadní znát několik postupů a řídit se podle nich. V první řadě je na místě zaměřit se na symptomy, které doprovázejí nefrotický syndrom a jeho relapsy. Otoky a zvýšení celkové váhy jsou u dětí s touto diagnózou velice časté. Pokud dítě trpí otoky končetin, genitálu nebo očních víček je důležité kontrolovat příjem tekutin. Ten je podle potřeby omezen dle váhy a věku dítěte. Zápis diurézy je u dítěte s NS také velmi důležitý. Dítě je pravidelně váženo a váha je zapisována do ošetrovatelské dokumentace.

U dítěte s relapsem nefrotického syndromu se dbá na správné podávání medikace. Zejména kortikosteroidů, které jsou hlavní složkou léčby. Dále také správné podávání antihypertenziv a další doplňkové terapie. Kromě farmakoterapie u dětí s relapsem nefrotického syndromu je také potřeba dohlížet na klidový režim. Všechny nové symptomy, které se u dítěte objeví je důležité hlásit ošetřujícímu lékaři (pozor na únavu, chuť k jídlu, vyprazdňování stolice, nevolnost, zvracení, známky infekce...).

Správná technika měření krevního tlaku a fyzikální vyšetření moči (zejména pak popis barvy, zápachu a pěny v moči) je nezanedbatelnou součástí ošetrovatelské péče. Pro ilustraci přikládám tabulku s hodnotami pro správné určení manžety dle věku dítěte (tab. 5, 6). Hodnoty krevního tlaku je důležité posuzovat dle percentilových grafů k výšce v tomto případě pro chlapce. Dítěti měříme krevní tlak v klidu, v sedě, na pravé horní končetině nejlépe klasickou auskultační metodou.

Pro všeobecnou sestru je podstatné znát techniku odběru moči. Dítěti s nefrotickým syndromem se často odebírá moč ať už pro jednorázový vzorek ranní moči, sběr moči za 24 h, nebo dle ordinace lékaře odběr moči na testovací proužek během dne. U ranního odběru dbáme na nabrání středního proudu moči po předešlé očištění. U dětského pacienta je vždy důležité myslet na trpělivost, vysvětlování a vlídný přístup.

Tabulka 5 Přehled manžet k měření TK u dětí a dospívajících

Manžeta	Obvod paže	Šířka gumové části = 40 % obvodu paže
Pro novorozence	7-13 cm	4 cm
Pro kojence	12-20 cm	6 cm
Dětská	17-26 cm	9 cm
Dospělá	24-32 cm	12 cm

Zdroj: (SEEMAN, 2012).

Tabulka 6 Klasifikace hypertenze

Normální krevní tlak	<90. percentil
Vysoký normální tlak	≥ 90. až <95. nebo TK ≥120/80 mm Hg
1. stupeň hypertenze	95. až 99. + 5 mm Hg
2. stupeň hypertenze	>99. + 5 mm Hg

Zdroj: (ŠAMÁNEK, a další, 2009).

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřena na popis ošetrovatelského procesu u dětského pacienta s relapsem nefrotického syndromu. Pacienta jsem si vybrala na Dětském oddělení Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, kde byl hospitalizován s matkou. Jeho hospitalizace trvala 9 dní. Den sběru ošetrovatelské anamnézy a vyhledání ošetrovatelských problémů probíhalo 5. den hospitalizace.

Onemocnění nefrotický syndrom je závažné v tom, že se mu ve velké míře nedá předcházet. Primární NS je podmíněn genetickou mutací. V dnešní době je již známo kolem 40 takových mutací a stále probíhá výzkum pro zjištění nových mutací. Sekundární NS je způsoben řadou onemocnění. Mezi ně patří například infekční, systémové, metabolické, maligní, imunologické onemocnění a alergické reakce.

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo seznámit s tématem nefrotický syndrom. Dále shrnout dostupné informace o patofyziologii, klasifikaci, diagnostice, klinických příznacích, terapii, prevenci, prognóze a komplikacích. Následně popsat dietní opatření a podpůrnou terapii, komunikaci a základy péče o dětského pacienta. Cílem praktické části práce bylo popsat ošetrovatelský proces u dítěte s relapsem nefrotického syndromu a zformulovat doporučení pro praxi. Všechny stanovené cíle považuji za splněné.

Dítě s nefrotickým syndromem znamená pro rodiče trvalé sledování stavu dítěte. Měření fyziologických funkcí, zaznamenávání váhy, kontrola vyprazdňování, otoků, únavy, bolesti a dalších symptomů, které se u nefrotického syndromu mohou vyskytnout. Pokud se některý ze symptomů objeví, rodiče by neměli váhat s návštěvou nefrologické ambulance, kde je dítě s NS většinou vedeno.

U hospitalizovaného dítěte je velice důležité udržovat naději, ale ne falešnou. Dodávat pocit důvěry, bezpečí, porozumění, spoluúčasti na léčbě a nechat mu prostor vyjádřit se. U mnou zvoleného dětského pacienta bylo velkou oporou možnost hospitalizace s matkou. Především kvůli 9 dnů dlouhé hospitalizaci, která pro dítě může být velmi frustrující.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- GEIER, P. a FEBER, J., 2010. *Léčba steroid-senzitivního nefrotického syndromu u dětí.* 11, *Pediatric pro praxi.* ISSN 1803-5264.
- HERDMAN, T. Heather a KAMITSURU, Shigemi, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2015-2017.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.
- KANWAL, Kher, LARRY, A., Greenbaum and H. WILLIAM, Schnaper, 2016. *Clinical pediatric nephrology, Third Edition.* s.l.: CRC Press. ISBN 9781482214628.
- KOVÁČIKOVÁ, Ľ ml. a kol., 2016. *Hlboká venózna trombóza u dieťaťa s nefrotickým syndrómom.* 2, *Česko-slovenská pediatrie.* ISSN 0069-2328.
- MALINA, M., JANDA, J. a SEEMAN, T., 2009. *Geneticky podmínené formy nefrotického syndromu u dětí.* 64, *Česko-slovenská pediatrie.* ISSN 1805-4501.
- MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5376-8.
- MERTA, M., 2010. *Nefrotický syndrom.* 3, *Urologie pro praxi.* ISSN 1803-5299.
- MUNTAU, A., 2009. *Pediatric.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-25-25-3.
- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2016. [online]. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci.* Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-904955-9-3. Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Pokladykvyuce>
- ONDŘIOVÁ, I. a SINAIOVÁ, A., 2010. *Zmírňování negativních následků hospitalizace u dětí.* 7-8. ISSN 1210-0404.
- PLEVOVÁ, I. a kol., 2012. *Management v ošetrovatelství.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3871-0.
- PLEVOVÁ, I. a SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2968-8.

- PODRACKÁ, Ľ. a MATOUŠOVIC, K., 2013. *Doporučené postupy a trendy v imunosupresivní léčbě glomerulonefritid podle KDIGO (Clinical Practice Guideline for Glomerulonephritis)*. 2, Vnitřní lékařství. ISSN 1801-7592.
- SEDLÁŘOVÁ, P. a kol., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1613-8.
- SEEMAN, T., 2012. *Hypertenze u dětí a dospívajících*. 4, Pediatrie pro praxi. ISSN 1803-5264.
- SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3592-4.
- SKÁLOVÁ, S. a ZIEG, J., 2017. *Diagnostika a léčba nefrotického syndromu u dětí*. 3, Urologie pro praxi. ISSN 1803-5299.
- SKÁLOVÁ, S. a kol., 2017. *Nefrotický syndrom v dětském věku*. 2, Československá pediatrie. ISSN 0069-2328.
- ŠAMÁNEK, Milan, a kol., 2009. *Doporučení pro diagnostiku a léčbu hypertenze v dětství a dospívání*. 3, Časopis České kardiologické společnosti. ISSN 1803-7712.
- STROUHALOVÁ, Pavla, 2010. *Herní terapie v nemocnicích*. 7-8, 2010, Sestra. ISSN 1210-0404.
- TEPLAN, Vladimír a kol., 2006. *Praktická nefrologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1122-2.
- TESAŘ, V., 2008. *Nefrotický syndrom- patogeneze, diagnostika, komplikace a léčba*. 2, Medicína pro praxi. ISSN 1803-5310.
- TESAŘ, V., 2016. *Rituximab v léčbě nefrotického syndromu*. 1, Acta medicae. ISSN 1805-398X.
- VACHEK, J., ZAKIYANOV, O. a TESAŘ, V., 2017. *Proteinurie*. 18, Urologie pro praxi. ISSN 1803-5299.
- VIJAYAKUMAR, M. and NAMMALWAR, B.,R. 2013. *Principles and practice of pediatric nephrology*. New Delhi; Philadelphia: Jaypee Brothers Medical Publishers. ISBN 978-93-5025-889-7.

VOKURKA, M., HUGO, J. a kol., 2009. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

VZP ČR [Online] [cit. 2017-01-10] Dostupné z <https://www.vzp.cz>.

ZACHROVÁ, E., 2008. *Úloha sociální komunikace v dětském lékařství*. 1, *Pediatric pro praxi*. ISSN 1803-5264.

PŘÍLOHY

Příloha A – Rešeršní protokol.....	I
Příloha B – Charta práv hospitalizovaných dětí	II
Příloha C - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	III

REŠERŠNÍ PROTOKOL

Jméno: Michaela Novotná

Název práce: Ošetrovatelský proces u dětského pacienta s relapsem nefrotického syndromu

Jazykové vymezení: Český jazyk, slovenský jazyk, anglický jazyk

Klíčová slova: Nefrotický syndrom u dětí, Fokálně – segmentální glomerulonefritida, Ošetrovatelská péče, Pediatrie, Proteinurie.

Časové vymezení: 2008-2018

Druhy dokumentů: knihy, články, kapitoly knih, elektronické zdroje, kvalifikační práce.

Počet záznamů: 27 (kvalifikační práce: 0, knihy: 11, článek v časopisu: 15, elektronické zdroje: 1)

Použité prameny: Katalog knihoven a systémů Medvik, Bibliographia medica Čechosovaca, PUB Med a volný internet.

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (Česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

CHARTA PRÁV HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče mají mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony, podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se má zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se má dostávat péče náležitě školeným personálem, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobené jejich věku a zdravotnímu stavu
(SEDLÁŘOVÁ, a další, 2008).

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u dětského pacienta s relapsem nefrotického syndromu v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta