

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Specifika ošetrovatelské péče u dětí
s hydronefrózou a jejich začlenění do běžného
života**

Bakalářská práce

Autor: Eva Bartoňová

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Mitasová

Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Eva Bartoňová**
Studijní program: Ošetřovatelství
Obor: Všeobecná sestra
Název práce: **Specifika ošetřovatelské péče u dětí s hydronefrózou a jejich začlenění do běžného života**
Cíl práce: 1. cíl: Zjistit, zdali jsou rodiče dostatečně informováni o daném onemocnění. 2. cíl: Zjistit, jaká jsou specifika ošetřovatelské péče u dětí s hydronefrózou. 3. cíl: Zjistit, jak se děti s hydronefrózou začlení do běžného života.



Mgr. Lenka Mitasová
vedoucí bakalářské práce



PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na Specifika ošetrovateľskej péče u dětí s hydronefrózou a jejich začlenění do běžného života. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část je zaměřena na anatomii močového ústrojí, dále na samotné onemocnění na jeho epidemiologii, příznaky a vznik. V další části jsou uvedeny vyšetřovací metody, léčba a specifika ošetrovateľskej péče. Ve výzkumné části jsou zahrnuty výsledky kvalitativního šetření, k němuž bylo použito osm rozhovorů s dětmi a jejich rodiči. Cíle bakalářské práce jsou stanoveny tři. Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou rodiče dostatečně informováni o daném onemocnění. Další cíl bakalářské práce měl za úkol zjistit, jaká jsou specifika ošetrovateľskej péče u dětí s hydronefrózou. Posledním cílem bylo zjistit, jak se děti s hydronefrózou začleňují do běžného života.

Klíčová slova

Hydronefróza, ledviny, ošetrovateľská péče, scintigrafie, ultrazvuk, dítě.

Abstract

The bachelor thesis focuses on the specifics of nursing care in children with hydronephrosis and their integration into everyday life. The thesis is divided into the theoretical and research part. The theoretical part is focused on the anatomy of the urinary tract, the disease itself on its epidemiology, symptoms and origin. In the next part there are investigational methods, treatment and specifics of nursing care. The research part includes the results of the qualitative survey, which was used in eight interviews with children and their parents. The goals of the bachelor thesis are three. The first aim of the bachelor thesis was to find out whether the parents are sufficiently informed about the given disease. Another aim of the bachelor thesis was to find out what are the specifics of nursing care in children with hydronephrosis. The ultimate goal was to find out how children with hydronephrosis integrate into everyday life

Key words

Hydronephrosis, kidney, nursing care, scintigraphy, ultrasound, child.

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Lence Mitasové za odborné vedení bakalářské práce, ochotu a čas, který mi při konzultacích věnovala a za cenné rady a připomínky při zpracování teoretické i výzkumné části. Velké poděkování patří rovněž paní MUDr. Ludmile Libánské, za poskytnuté materiály a užitečné informace k dané problematice. Nakonec chci poděkovat celé mé rodině, která mě podporovala a měla se mou trpělivost během celého studia.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Obsah

Úvod.....	8
1 Teoretická část	9
1.1 Anatomie močového ústrojí	9
1.1.1 Dolní cesty močové	9
1.1.2 Horní cesty močové	10
1.2 Fyziologie močového ústrojí.....	12
1.3 Hydronefróza.....	13
1.3.1 Příčiny.....	13
1.3.2 Příznaky	14
1.3.3 Primární hydronefróza	14
1.3.4 Sekundární hydronefróza	15
1.4 Vyšetřovací metody	15
1.4.1 Vyšetření moče	15
1.4.2 Ultrasonografie	16
1.4.3 Vylučovací urografie	17
1.4.4 Scintigrafie.....	18
1.5 Léčba	19
1.5.1 Léčba primární hydronefrózy	19
1.5.2 Léčba sekundární hydronefrózy.....	19
1.6 Ošetrovatelská péče.....	20
1.6.1 Podpora zdraví	20
1.6.2 Výživa.....	20
1.6.3 Vylučování.....	21
1.6.4 Aktivita – odpočinek.....	21
1.6.5 Vnímání – poznávání	21

1.6.6	Vnímání sebe sama, vztahy, sexualita	21
1.6.7	Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu, životní princip, bezpečnost ochrana	22
1.6.8	Komfort.....	22
1.6.9	Růst a vývoj	22
2	Výzkumná část.....	24
2.1	Cíle výzkumu	24
2.2	Výzkumné otázky.....	24
2.3	Metodika výzkumu.....	25
2.4	Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	25
2.4.1	Základní charakteristika respondentů	25
2.5	Průběh výzkumu a zpracování získaných dat	30
2.6	Výsledky výzkumu.....	31
2.7	Diskuze.....	45
2.8	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	48
	Závěr	49
	Seznam použité literatury	50
	Seznam použitých zkratk	52
	Seznam příloh	53

Úvod

Téma bakalářské práce s názvem „Specifika ošetrovatelské péče u dětí s hydronefrózou a jejich začlenění do běžného života“ jsem si zvolila, protože pracuji na novorozeneckém oddělení nemocnice Jihlava. S touto nemocí se setkávám v rámci novorozeneckého screeningového vyšetření ledvin, který se na tomto oddělení provádí u každého narozeného dítěte. Při tomto screeningovém vyšetření asistuji lékaři, který vyšetření provádí, proto jsem si toto téma vybrala a chtěla jsem se více seznámit s touto problematikou.

První část bakalářské práce je zaměřena na stručnou anatomii močového ústrojí, aby čtenář pochopil, kde se odehrává problém tohoto onemocnění. Dále je v první části vysvětleno onemocnění hydronefróza a její příčiny, příznaky, diagnostika, léčba a velice důležitá ošetrovatelská péče, která je zpracována dle modelu Gordonové.

Hydronefróza je onemocnění, při kterém dochází k vrozenému rozšíření pánvičky ledvinné a ledvinných kalichů. Jelikož se nejedná o příliš časté onemocnění, dokáže rodiče pěkně vyděsit. Proto je důležitá pečlivá edukace jak rodičů, tak i dětí s tímto onemocněním. Pro každého rodiče je těžké si už jen představit, že jeho dítě by mohlo mít nějaké vrozené vady nebo závažné onemocnění. Zdraví dětí je pro rodiče totiž to nejdůležitější.

Ve druhé části je proveden výzkum formou rozhovoru na daná témata. Dále je zde krátké seznámení s respondenty trpícími hydronefrózou, které je zpracováno dle modelu Gordonové. Byly stanoveny 3 cíle a 5 výzkumných otázek. Prvním cílem výzkumu bylo zjistit, zda jsou rodiče dostatečně informováni o daném onemocnění, dále jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u dětí s hydronefrózou a posledním cílem bylo zjistit, jak se děti s hydronefrózou začleňují do běžného života. Data získaná rozhovorovým šetřením jsou dále vyhodnocena v diskuzi a porovnána s dalšími pracemi a literaturou.

1 Teoretická část

1.1 Anatomie močového ústrojí

Močové ústrojí se dělí na dolní a horní cesty močové. Mezi dolní cesty močové patří močový měchýř (vesica urinaria) a močová trubice (urethra). Do horních cest močových se řadí ledviny (ren) a vývodné cesty močové. Vývodné cesty močové se skládají z ledvinných kalichů (calices renales), ledvinné pánvičky (pelvis renalis) a močovodu (urether), (viz příloha č. 1), (Dylevský, 2009).

1.1.1 Dolní cesty močové

Močový měchýř je roztažitelný, svalový orgán, který slouží jako rezervoár moči. Je uložen za sponou stydkou v malé pánvi. Mezi faktory ovlivňující tvar močového měchýře patří věk, pohlaví, náplň močového měchýře a stav svalové stěny. Miskovitý tvar je tehdy, je-li močový měchýř prázdný. Jeho fyziologická kapacita je až 800 ml. Na močovém měchýři rozeznáváme tělo (corpus), hrot (apex), krček (cervix) a dno (fundus). Tělo je nejširší částí a je schopné se roztahovat. Hrot směřuje ventrokraniálně k pupku. Krček je zúženou částí spodiny měchýře, která dále navazuje na močovou trubici. Dno močového měchýře směřuje ke konečníku a k prostatě. Sliznice močového měchýře je vypodkládána podslizničním řídkým vazivem (Rokyta et al., 2016). Tvoří četné řasy. Svalová stěna je uspořádána do třech vrstev. Síťová neboli vnitřní vrstva, cirkulární čili střední a podélná takzvaná zevní vrstva. Vytváří funkční systém vypuzovací (m. detrusor) a uzavírací (m. sphincter vesicae). Vypuzovací systém je inervován parasympatikem a uzavírací sympatikem (Merkunová, 2008).

Močová trubice je u mužů i u žen rozdílná. Ženská močová trubice (urethra feminina) se napojuje na spodní část močového měchýře a pokračuje ve vestibulum vaginae na papilla urethralis. Má dva svěrače, které odvádí moč z těla ven (Čihák, 2013). Vnější svěrač je řízený vůlí a vnitřní je neovladatelný vůlí. Ženská močová trubice v dospělosti měří 3-4 cm. Je rovná. Mužská močová trubice je dlouhá 20-22 cm. Je dvakrát esovitě zahnutá. Na mužské močové trubici se nacházejí čtyři úseky. Pars intramularis je prvním úsekem, nacházejícím se ve stěně močového měchýře, který je obklopen hladkou svalovinou spolu se svěračem m. sphincter vesicae. Ten zabraňuje zpětné ejakulaci do močového měchýře (Kachlík et al., 2013). Pars prostatica je dalším úsekem

při průchodu prostatou, ve kterém vyúsťují ductus ejaculatorii a prostatické žlázy. Třetím úsekem je pars membranacea nacházející se v urogenitálním dnu a je nejužším místem trubice. Poslední úsek pars spongiosa vede přes corpus spongiosum. Močová trubice se rozšiřuje asi 2 cm před zevním ústím ve fossa navicularis urethrae, kde ústí bulbouretrální žlázy (Křivánková, 2009), (Kopecký, 2010).

1.1.2 Horní cesty močové

Ledviny jsou uloženy v horní části dutiny břišní po obou stranách bederní páteře ve výšce Th12-L2 tzv. retroperitoneálně. Mají fazolovitý tvar a jsou párovým parenchymatózním orgánem. Jsou charakteristické oválným tvarem a jejich povrch má červenohnědou barvu a je hladký. Ledviny a nadledviny jsou obaleny tukovým pouzdem neboli capsula adiposa, které je chrání před mechanickým poškozením, jako jsou například otřesy. Průměrné rozměry ledviny jsou šířka 6 cm, délka 12 cm a tloušťka 3 cm. Pravá ledvina je níže uložena než levá ledvina o půl obrátle (Kawaciuk, 2009).

Na ledvině rozlišujeme přední a zadní plochu, horní a dolní pól. Na vnitřním okraji leží hilus společně s ledvinnou brankou. Hilus je místem, kde vstupují cévy a nervy a vystupuje močovod, žíly a mízní žíly. Nitrobřišní tlak a ledvinná povázka (fascia renalis) fixují ledviny a ledvinná povázka je složená ze dvou listů – lamina retrorenalis a lamina prerenalis. Tukový polštář, ledviny, nadledviny jsou uloženy mezi lamina retrorenalis a lamina prerenalis. Tukové těleso se nachází mezi dorzální a břišní stěnou ledviny. Při podélném řezu ledvinou je rozeznatelné vazivové pouzdro (capsula fibrosa), světlá, zrnitá kůra na povrchu (cortex renalis) a hlouběji je tmavá dřev (medulla renalis). Dřev ledviny je seskupená do deseti a více pyramid (pyramides renalis), které směřují vrcholem k hilu. Papillae renalis jsou tvořeny vrcholky ledvinných pyramid a vyčnívají do sinus renalis. V papilách je spousta otvorů, které slouží jako vývodné kanálky ledvin (Kawaciuk, 2009).

Základní a funkční jednotky ledviny – nefrony, jsou obsaženy v kůře. Každá ledvina v lidském těle se skládá asi z jednoho milionu nefronů. Nefron je složen ze dvou částí – glomerulem a renálním tubulem. Glomerulus je uložen v Bowmanově pouzdře a tvoří klubko kapilárních vlásečnic. Glomerulus a Bowmanův váček společně tvoří ledvinné tělísko (Malpighiho tělísko). V glomerulu za pomoci filtrační membrány se filtruje

plazma. Primární moč neboli glomerulární filtrát vzniká díky filtračnímu tlaku z krevní plazmy. Velikost filtrační plochy, filtrační tlak, onkotický tlak plazmy a průtok krve ledvinami ovlivňují filtraci. Primární moč odtéká do tubulu, tam se stává tubulární tekutinou. Tubulární tekutina se ve sběrných kanálcích přeměňuje na definitivní moč. Renální tubulus je složen z intermediálního tubulu s Henleovou kličkou, proximálního tubulu, distálního tubulu a sběracího kanálku (tubulus colligens). Proximální a distální tubulus spojuje Henleova klička (Kawaciuk, 2009).

Tepenné zásobení ledviny zajišťuje párová viscerální větev břišní aorty. Ledvinná tepna před vstupem do ledviny se rozděluje na zadní (ramus posterior – restropelvicus) a přední větev (ramus anterior). Zadní větev zásobuje jediný zadní segment, nedělí se. Přední větev se dělí na čtyři větve, které zásobují přední segmenty ledviny – dolní, horní, přední horní, přední dolní. Inervaci ledvin zajišťují autonomní vlákna z plexus renalis. Zvýšená aktivita sympatiku omezuje prokrvení ledvin. Klesá filtrace a je snižován objem moči (Kawaciuk, 2009).

Vývodné cesty močové se skládají z:

- Ledvinné kalichy (calices renalis) – které mají pohárkovité tvary, které obklopují renální papily a jsou rozděleny na velké (calices majores) a malé (calices minores) kalichy. Spojením dvou až třech malých kalichů vznikají velké kalichy a ty ústí do ledvinné pánvičky (Merkunová, 2008).
- Ledvinná pánvička (pelvis renalis) – což je dutý orgán, který má oploštělé návleky. Vzniká spojením kalichů a poté přechází v močovod. Objem pánvičky je 6 až 8 mm. Sběr moči, která dále putuje do močovodu a plní hlavní funkci ledvinné pánvičky. Složením sliznice, vazivového obalu a svaloviny vzniká stěna pánvičky ledviny. Sliznici tvoří vícevrstvý epitel. Vazivovými vlákny bývá masivně propletená svalová vrstva (Novotný, 2015).
- Močovod (ureter) – je trubice, která měří cca 20 až 30 cm o průměru 4 až 5 mm. Šikmo vstupuje do močového měchýře na zadní stěně. Má tři zúžení na celé své délce. První zúžení se vyskytuje, když močovod vystupuje z pánvičky. Druhé zúžení se vyskytuje na přechodu cév, kdy močovod vstupuje do pánevní dutiny. Třetí zúžení se vyskytuje při průchodu stěnou močového měchýře (Naňka a Elišková, 2015). Povrch tvoří řídké vazivo, které plní funkci spojení dalších tkání

pánevní a břišní dutiny s močovodem. Složením tří vrstev hladké svaloviny vzniká střední vrstva svalová (tunica muscularis). Vlákná ve vnější svalovině jsou uspořádány cirkulárně. Vnitřní svalovina ureteru je totožná jako podélná svalovina měchýře, kdy dochází k přechodu ureteru do stěny močového měchýře. Sliznici tvoří až pětivrstvý epitel. Transport moči je hlavní funkcí močovodu. Moč je do močového měchýře posouvána peristalticky za činnosti buněk hladké svaloviny močovodu (Teplan, 2006).

1.2 Fyziologie močového ústrojí

Ledviny zastávají funkci syntetickou a vylučovací. Tvorbu moči zahrnuje část vylučovací. Udržení rovnováhy vnitřního prostředí závisí na vylučování moči, a to je podmíněno příjmem potravy a rychlostí metabolismu. Ledviny také udržují acidobazickou rovnováhu, osmolalitu extracelulární tekutiny a stálý objem tělesných tekutin. Odpadní látky, přebytek soli a vody, cizorodé složky (jedy, těžké kovy, léky) jsou z těla odváděny pryč pomocí moči. Syntetická část vytváří tři hormony. Jedním z nich je Erytropoetin, který stimuluje kostní dřeň, druhý z nich se nazývá Kalcitriol, který se vytváří při proměně vitamínu D a poslední je Renin, který se podílí na regulaci krevního tlaku a na řízení množství sodíku v tělesných tekutinách (Mourek, 2012), (Míková, 2008).

Základní funkce ledviny je glomerulární filtrace, která probíhá v glomerulu a jejím výsledkem je glomerulární filtrát. Glomerulární filtrát je filtrovaná krevní plazma, která neobsahuje bílkoviny a ta je pro glomerulární filtr nepropustná. Tzv. primární moči se vytvoří za den asi 180 litrů a ta se díky průchodu kanálky mění na definitivní moč (MCMILLAN, 2009). Definitivní moči je asi 1,5 litru za den. Různé typy buněk, které mají různé funkce a vytváří kanálky. Dále na glomerulus navazuje proximální tubulus, ve kterém probíhá zpětná resorpce primární moči asi 70 %, která nezávisí na hormonech. V těle jsou také zadržovány velice potřebné látky, jako jsou například aminokyseliny, voda a glukóza. Dále navazuje Henleova klička, jejíž sestupné tenké raménko dobře propouští ionty i vodu, a její tlusté vzestupné raménko naopak vodu nepropouští a resorbuje chlor a sodík. Dále pokračuje distální tubulus, který vlivem aldosteronu resorbuje sodík, a tím pádem zajišťuje regulaci objemu tělesných tekutin v organismu dle potřeby. Sběrný kanálek, který dále pokračuje, reguluje množství

vodíkového kationtu tím pádem pH tělesných tekutin. Dále pod vlivem antidiuretického hormonu probíhá zpětná resorpce vody a vzniká definitivní moč. Do pánvičky ledvinné ústí sběrné kanálky, kde se jejich složení už dále nemění. Zvláštní buňky má glomerulus, ty se nazývají macula densa a spolu s buňkami odvodné a přívodné tepénky vytváří juxtaglomerulární aparát, ve kterém se tvoří renin tekutina (Mourek, 2012), (Míková, 2008).

1.3 Hydronefróza

Jak již bylo řečeno, tvorbu a čištění moči v těle plní funkci ledviny. Vývodný systém, který svírá vytvořenou moč, tvoří systém kalichů, které přecházejí v pánvičku ledvinnou, a postupně navazuje na močovod, který odvádí odpadní látky do močového měchýře. V močovém měchýři jsou odpadní látky shromažďovány. Hydronefróza je vrozené rozšíření pánvičky ledvinné a kalichů směstnáním moči, má čtyři stupně dle závažnosti. K poškození ledviny vede zvýšený tlak v pánvičce ledvinné. Hydronefróza lze nejčastěji diagnostikovat pomocí ultrasonografického vyšetření, které lze provádět prenatálně i postnatálně. Překážku neboli obstrukci lze zjistit za pomoci dynamické scintigrafie ledvin. Rizikové faktory vzniku hydronefrózy mohou být nízká porodní váha, zmenšení ledvin, rodinná anamnéza, zmenšení infekce močových cest. Pokud se prokáže zhoršení funkce ledvin nebo překážka, bývá doporučena chirurgická léčba, tzv. pyeloplastika (Teplan, 2006).

1.3.1 Příčiny

Příčin rozvoje hydronefrózy je mnoho. Pokud se jedná o primární hydronefrózu, je důležité u ní rozlišit dva podtypy, tj. obstrukční od neobstrukčního. U obstrukční je hydronefróza způsobena mechanickou překážkou, která se musí odstranit. Nedostatečnou peristaltikou (vlnovitý pohyb stěn dutých orgánů) je způsoben neobstrukční typ hydronefrózy, což vede k porušení vyprázdnění pánvičky ledvinné a jejímu rozšíření. V zásadě se tento typ hydronefrózy neoperuje (Mačák, 2004).

Mezi příčiny hydronefrózy patří zúžení přechodu z močovodu do močového měchýře, zúžení přechodu z pánvičky ledvinné do močovodu, vysoký odstup močovodu z ledviny, zpětný tok z močového měchýře do močovodu (tzv. vesikoureterální reflux), zúžení močovodu tlakem nádoru, přídavná céva způsobující neprůchodnost močovodu,

přítomnost ledvinového kamene v močovodu a další. V dětském věku jsou mnohdy častou příčinou také chlopně na zadní stěně močové trubice a u chlapců zúžení předkožky (Mačák, 2004).

Hydronefróza je buď jednostranná, nebo oboustranná, a to se zjistí dle toho, v jaké výšce je překážka umístěna. Jednostrannou hydronefrózu způsobí překážka nad močovým měchýřem. Oboustrannou hydronefrózu způsobí překážka v močovém měchýři a níže (Mačák, 2004).

1.3.2 Příznaky

Hydronefróza může být dlouho bez jakýchkoliv příznaků. Většinou jsou hydronefrózy spíše vrozené, důležité je zde ultrazvukové vyšetření v těhotenství, které se zaměřuje na zobrazení ledvin a poté vyšetření ledvin po narození, které se opakuje. Měření dutého systému se uvádí v milimetrech a hodnoty jsou v dalším měření porovnávány. Mezi klinické příznaky hydronefrózy patří opakující se infekce močových cest, které doprovázejí často teploty a bolesti břicha. Dále může být přítomna v moči krev. U dětí se lze setkat se zvětšenou ledvinou, která podmiňuje tzv. syndrom velkého břicha. Dalšími komplikacemi tohoto onemocnění mohou být zvýšený krevní tlak, zvětšený objem vylučované moči, infekce ledvinových kamenů a chronické selhávání (Mačák, 2004).

1.3.3 Primární hydronefróza

První známky o primární hydronefróze se mohou projevit již v prenatálním věku plodu v průběhu těhotenství. Primární neboli vrozená hydronefróza vzniká obstrukcí přechodu pánvičky ledvinné do močovodu, dalšími příčinami může být obstrukce přechodu močovodu do močového měchýře, obstrukce spojené se zdvojením pánvičky a močovodu. Primární hydronefróza většinou nemá žádný projev a je diagnostikovaná při novorozeneckém screeningu ledvin před a po narození. Začátečním příznakem primární hydronefrózy může být akutní bakteriální zánět ledviny, hmatná rezistence v břiše nebo neprospívání, bolest břicha. Anatomicky je pouze dilatace pánvičky s naznačenými kalichy a normálním parenchymem, tzv. nízkostupňová hydronefróza I. a II. stupně, nebo je přítomna i dilatace kalichů a ztenčení parenchymu ledviny, tzv. vysokostupňová hydronefróza III. a IV. stupně (Hanuš, 2008).

1.3.4 Sekundární hydronefróza

Pokud se jedná o sekundární hydronefrózu, jde tedy o formu získanou jinak než vrozenou cestou. Projevy sekundární hydronefrózy jsou nejčastěji až v dospělosti, ale nemusí to být pravidlem. Při sekundární hydronefróze se jedná o stav, kdy dochází k dilataci ledvinné pánvičky a kalichů, které může být zapříčiněno nádorem, zúžením močové trubice, ledvinovým kamenem apod. Projevy sekundární hydronefrózy jsou podle příčiny, která hydronefrózu vyvolala. Hydronefróza se většinou projevuje krví v moči, ledvinnou kolikou, bolestí v bederní oblasti, bakteriálním zánětem ledviny, tzv. pyelonefritida, opakovanými infekcemi močových cest s bolestmi břicha, s hnisem v moči, s krví v moči a s teplotami. Malé nebo téměř žádné množství moče může být dalším příznakem sekundární hydronefrózy. Celý tento stav může skončit až ledvinným selháním (Hanuš, 2008).

1.4 Vyšetřovací metody

Diagnostika hydronefrózy se rozpoznává zobrazením ledviny ultrazvukem či pomocí radiologického vyšetření neboli vyšetřovací urografie. Funkce ledvin se určuje pomocí scintigrafického vyšetření, při kterém se hodnotí rozložení radioizotopu ve vyšetřovaném orgánu, který je pacientovi podán. Umožňuje zjistit funkční stav, velikost orgánu a eventuálně podobné změny vyšetřovaného orgánu (Viklický, 2010).

1.4.1 Vyšetření moči

U dětí při odběru moči platí stejné obecné zásady jako u dospělých. U kojenců při jednorázovém odběru moči na biochemické vyšetření se používají sběrné nesterilní sáčky na moč, které jsou opatřené lepicí vrstvou, která se lepí na genitál dítěte. Před nalepením sběrného nesterilního sáčku se musí nejprve pečlivě umýt genitál dítěte. Aby moč netekla mimo, musí sáček dobře přilnout, proto mají sáčky upravené otvory podle pohlaví. Sáček upravený s otvorem do tvaru slzy je pro děvčátka, aby lépe přilnul na hráz. U chlapců je kulatý otvor. Moč se ze sáčku získává nejčastěji speciální stříkačkou pomocí nástavce, z té se poté po odlomení pístu stává zkumavka, ve které se moč transportuje do biochemické laboratoře (Kelnarová, 2009).

U batolat a dětí předškolního věku se používá nočník, odkud se pak moč odebírá do nesterilních zkumavek. Pokud se odebírá sterilní moč u kojenců a batolat, používají se

sterilní sběrné sáčky, které jsou zataveny v obalu, odtud se opět nejlépe moč dostává speciální sterilní stříkačkou s nástavcem. Při mikrobiologickém vyšetření moči u starších dětí se moč získává nejčastěji ze středního proudu moči jako u dospělých. Existují i výjimečné případy, kdy se dítě musí vycévkovat. Pokud odebírají moč rodiče, musí být dostatečně informováni o odběru, doporučuje se dát rodině leták s návodem na odběr (Kelnarová, 2009).

U chlapců se doporučuje před odběrem omýt zevní ústí močové trubice a jen pokud to jde bez násilí, přetáhnout předkožku. Ovšem pokud to nelze přetáhnout, může být předkožka zdrojem leukocytů a bakterií, které kontaminují střední proud moči. Na žádance by tedy mělo vždy být uvedeno, jestli předkožka byla přetažena, nebo ne. U děvčat je doporučen odběr středního proudu provádět v poloze na bobku, kdy jsou kolena abdukována, buď ve sprchovém koutě, nebo ve vaně. Nejlepší je před odběrem omýt genitál a lábia otřít sterilním tampónem namočeným ve fyziologickém roztoku (Kelnarová, 2009).

U kojenců se většinou moč odebírá tak, že před krmením se dítě rozbalí, protože se před krmením dítě přebaluje, a pokud je plena suchá, je tedy pravděpodobné, že se dítě do 15 minut vymočí (Kelnarová, 2009).

1.4.2 Ultrasonografie

V dětském věku je ultrasonografie důležitou neinvazivní vyšetřovací metodou při zobrazení ledvin. Tato metoda má nízké náklady a je dobře dostupná. Vyšetření se provádí pomocí sektorové sondy o frekvenci 5 MHz nebo 7,5 MHz v transverzálních a sagitálních rovinách. Provádí se na obou bocích, na břiše, vleže na zádech a nalačno. Hodnotí se šířka parenchymu, určuje se šířka dutých systémů uložení ledvin a velikost ledvin. Prokrvení ledvin a průtok krve renálními cévami se určuje pomocí dopplerovského měření (Nekula, 2005).

K ultrazvukovému vyšetření celé dutiny břišní patří i ledviny. U dětí se při vyšetřování dutiny břišní používá vysokofrekvenční lineární sonda nebo sonda konvexní. Vyšetření zahrnuje velké cévy, močový měchýř, ledviny, slezinu, slinivku břišní, žlučovody, žlučník a játra. Hledání volné tekutiny je při vyšetření důležité. Lékař si musí při vyšetření novorozence, staršího dítěte před vyšetřením umýt ruce. Snímač musí být také čistý. Aby nedošlo během několika vteřin ke zhroucení dítěte z důvodu chladného

kontaktního gelu na břicho, musí si lékař na snímač nanést pouze malé množství kontaktního gelu. Vyšetřování se provádí velmi rychle. Tlak na snímači je nepoužitý. V případě pohybu dítěte lékař žádá o pomoc sestru nebo rodiče, aby se dítě zabavilo (Nekula, 2005).

U novorozence se vyšetření ledvin provádí nejdříve na zádech, aby byl vyšetřený močový měchýř, který bývá zpravidla naplněn. Během vyšetření často dochází k vyprázdnění močového měchýře. Poté se novorozenec otočí na břicho a dorzálně se vyšetřují obě ledviny podélně a příčně sondou 5-8 MHz. Laterodorzální nebo transhepatální dorzální přístup je výhodnější provádět u starších dětí. Přednost se dává při vyšetření sondě s frekvencí 5 MHz. U novorozence se vyšetřuje močový měchýř nejlépe v podélném a příčném řezu suprapubicky. Aby lékař nepřehlédl na ventrální stěně hypoechogenní kanálek mezi stěnou měchýře a pupkem, musí být věnována zvýšená pozornost vrcholu měchýře (Nekula, 2005).

Správná stranová orientace je při vyšetření velmi důležitá. Levé straně obrazovky musí odpovídat levý okraj sondy. Ve třech hlavních směrech a to v šikmém, příčném a podélném se provádějí akustické řezy. V sagitální rovině nebo ve frontální jsou řezy podélné. V popisu vyšetření se vždy uvádí směr a rovina řezu. Pro průřezový charakter řezu je důležitá topograficko-anatomická orientace, proto jsou důležité dvě hlavní zásady. První z nich je – na levé straně obrazovky se zobrazuje kraniální strana vyšetřované oblasti u podélného řezu. Druhá zásada – na levé straně obrazovky se zobrazuje pravá strana vyšetřované oblasti u příčného řezu. US se řadí mezi základní metody podávající první informace o hydronefróze ledvin, renálních tumorech, cystách, abcesech, chronických renálních insuficiencích a dalších patologických změnách (Nekula, 2005).

Rentgenové záření se popisuje jako elektromagnetické vlnění, které má velmi krátkou vlnovou délku. Rentgenový snímek je stínový, dvojrozměrný obraz trojrozměrného objektu. Ve všech tkáních, kterými proběhlo záření, zachycuje informace. Jelikož je snímek negativ, zastínění je světlejší a projasnění tmavší (Nekula, 2005).

1.4.3 Vylučovací urografie

Ke zlatému standardu urologické diagnostiky patřila intravenózní vylučovací urografie (IVU, VUR), v současné době převzali indikace novější metody (CT, MR, SONO).

Vylučovací urografie je přínosem v posuzování endoluminálních lézí kalichopánvičkového systému, močového měchýře, vrozených vad močového měchýře, močovodu a jejich anatomie. Indikací IVU mohou být opakované infekce močových cest, hodnocení vezikoureterálního refluxu u dětí doprovázené nočním pomočováním (enuresis nocturno) a hodnocení fornixu a jiných změn kalichů při podezření na nekrotizující papilitidu (Nekula, 2005).

U přípravy před vyšetřením je důležité u pacienta zjistit alergickou anamnézu, lačnit by pacient měl 6 hodin před vyšetřením. Snížení obsahu vzduchu v trávicí trubici a obsahu tračníku se docílí tím, že 24-36 hodin před vyšetřením jsou podána laxativa. Před i po vyšetření je doporučený dostatečný přísun tekutin, což slouží jako prevence kontrastní nefropatie. Pacient se před vyšetřením vymočí. Nativní snímek se provádí ještě před podáním kontrastní látky, poté se intravenózně aplikuje KL (1 mm / 1 kg). Po aplikaci KL se při standardním vyšetření vytváří snímky za 7, 14 a 21 minut. Vyšetření při podezření na bloudivou ledvinu (ren migrans) se provádí vestoje a šikmé snímky se provádí u indikovaných případů vleže na břiše. V dřívějších dobách se dělaly i klasické tomogramy, nyní už klesá výpočetní tomografie díky zavedení sonografie. Výhodou této metody je zobrazení celého močového traktu od ledvin až po močový měchýř, zobrazení jejich anatomie a zobrazení výskytu kalcifikace v močových cestách. Nevýhodou této metody je důležitá funkčnost ledviny, pokud je renální funkce snížena, získané informace jsou zkresleny. Ztrácí se menší procesy vyrůstající ze zadního či předního obvodu ledviny, nezobrazena je celá kontura ledviny. Získává málo poznatků o parenchymu ledvin, většinou nerozliší cystický útvar od solidního. Je zvýšena radiační zátěž pacienta díky nutné aplikaci kontrastní látky při tomto vyšetření (Nekula, 2005).

1.4.4 Scintigrafie

Scintigrafie se řadí mezi zobrazovací lékařské metody, provádějící se s terapií a laboratorní diagnostikou na klinice nukleární medicíny. Zobrazovací metoda se nazývá scintilační detektor, dle kterého se také nazývá. Gamagrafie je druhým možným názvem pro scintigrafii, podle emitovaných radionuklidů. Scintigrafie je fyzikálně-elektronická metoda, která v těle zobrazuje prostorové rozložení radiofarmaka za pomoci zevní detekce vystupujícího gama záření (Nekula, 2005).

Dle prostorového hlediska se scintigrafie dělí na plantární scintigrafii – dvourozměrné zobrazení vyšetřovaných orgánů, a tomografickou scintigrafii – trojrozměrné zobrazení vyšetřovaných orgánů. Tomografické vyšetření v nukleární medicíně má dva typy. Jedním z nich je jednofotonová emisní výpočetní tomografie (SPECT), jehož principem je vytvořit několik scintigrafických snímků pacienta v několika směrech v rovině tomografického řezu. Rozložení radiofarmaka v tomografickém řezu je matematicky rekonstruováno v 3D obrazu. Dalším typem je pozitronová emisní tomografie (PET). Reakcí elektronů s pozitrony vznikají páry fotonů za použití radiofarmak. Přesně opačným směrem letí každý z fotonů. Do kruhu kolem pacienta jsou uspořádány tyto dvojice fotonů, které jsou detekovány na detektorech (Nekula, 2005).

1.5 Léčba

1.5.1 Léčba primární hydronefrózy

Primární hydronefróza se ve většině případů samovolně napraví. Lidé s tímto onemocněním podstupují opakovaně UZ a radiodiagnostická izotopová vyšetření. Pacienti, kteří mají nízkou relativní funkci (méně než 35 %) postižené ledviny prokázané hned při prvním izotopovém vyšetření, pacienti s velkou dilatací dutého systému ledviny, nebo pokud v průběhu sledování pacienta se zvyšuje dilatace, nebo klesá relativní funkce ledviny, podstupují chirurgickou léčbu. Dále chirurgickou léčbu podstupují pacienti, kteří trpí symptomatickou vrozenou hydronefrózou, která se projevuje recidivující pyelonefritidou a bolestmi (Hanuš, 2008).

1.5.2 Léčba sekundární hydronefrózy

U sekundární hydronefrózy je důležité odstranění příčiny, která ji vyvolává. Překážku bránící odtoku moči odstraní urolog, pokud je to možné. Při poruše odtoku moči močovou trubicí se většinou zajistí cévkou. Pokud jsou přítomny močové kameny, lze je odstranit chirurgicky za pomoci endoskopu a močovody se tak zprůchodní zavedením tubicového stentu. Pokud není možné v danou chvíli, jak překážku odtoku moči odstranit, je možné přes kůži zabodnout silnou jehlu do ledvinné pánvičky a tudy zajistit odtok moči, tzv. nefrostomie. Tím vymizí přetlak, a ledvina je tím pádem pro daný okamžik zachráněna (Hanuš, 2008).

Pokud je překážka až pod močovým měchýřem (močová trubice, prostata apod.), nastává podobná situace. V této situaci se musí provést tzv. epicystostomie, což znamená vyvedení močového měchýře na povrch těla. Hydronefróza je onemocnění způsobující možné selhávání až úplné selhání funkce ledviny. Při úplné ztrátě ledviny (pod 10-15 %) je nezbytně nutné její funkci nahradit cestou dialýzy nebo transplantací. U dětí se provádí nefrektomie, což znamená odstranění ledviny. Nefrektomie je prováděná laparoskopicky nebo klasickou otevřenou operací. Při opakovaných infekcích močových cest jsou dlouhodobě pacientům podávána antibiotika. Hydronefróza je závažné onemocnění, ale pokud se na ni přijde včas, tak v naprosté většině je léčitelná do plného zdraví (Hanuš, 2008).

1.6 Ošetrovatelská péče

Jako každý jiný pacient, tak i dětský pacient vyžaduje individuální přístup od zdravotnického personálu. Zvolená metoda ošetrovatelského procesu pomáhá sestřám a ostatnímu zdravotnickému personálu organizovat přístup k nemocnému dítěti a jeho rodičům. Nejen dítě, ale i jeho doprovod se zařazují do ošetrovatelského procesu (Sikorová, 2011).

1.6.1 Podpora zdraví

V této doméně se sestry zaměřují především na ošetrovatelskou anamnézu, do které je nejvíce zajímavá zdravotní stav dítěte. Zjišťují, zda mělo dítě urologické problémy a jaké aktivity by dítě mělo vykonávat, aby se zlepšil jeho stav. Velice důležité jsou i předchozí problémy s dodržováním léčebného režimu (Slezáková, 2010).

Sestra musí posoudit aktuální stav dítěte, zda se u něj nevyskytují např. problémy s močením nebo febrilie. Sestra by měla informovat děti i rodiče o možných projevech onemocnění a edukovat je, aby dodržovali léčebný režim a měla by si ověřit, zda její edukaci dítě i rodiče chápou. Měla by podporovat dodržování zdravého životního stylu (Sikorová, 2011).

1.6.2 Výživa

V této doméně je důležitá především hmotnost pacienta a jeho BMI, příbytek nebo úbytek na hmotnosti, jaká jídla má pacient rád nebo nemá a jeho pitný režim. Zde se

využívá především záznam o bilanci tekutin. Sestra by měla edukovat dítě i rodiče o dostatečném příjmu vhodných tekutin a o účinku brusinkové šťávy, která je pomocníkem při potlačení infekce. Sestra musí sledovat stav sliznice, kožní turgor a sleduje bilanci tekutin, kterou zaznamenává do dokumentace (Slezáková, 2010).

1.6.3 Vylučování

Sestra v rámci ošetrovatelské péče v této doméně hodnotí množství, zápach, barvu nebo specifickou hmotnost moči. Sleduje subjektivní příznaky pacienta, např. řezání, pálení nebo časté nucení na močení. V této doméně se především provádí mikrobiologické a biochemické vyšetření moči. Sestra zde edukuje dítě i rodiče o správné hygieně. Vše se zaznamenává do dokumentace (Slezáková, 2010).

1.6.4 Aktivita – odpočinek

V této doméně sestra zajistí dítěti celodenní aktivity a také kvalitní spánek. Měla by dítěti zajistit teplé a klidné prostředí pro kvalitní a klidný spánek. Sestra by měla upravit denní režim dle zdravotního stavu dítěte. Sestra podává dítěti spasmolytika a analgetika pro klidný spánek. Zde se monitoruje kvalita spánku (Slezáková, 2010).

1.6.5 Vnímání – poznávání

V této doméně sestra vyhodnocuje u dítěte poruchy smyslových a kognitivních funkcí. Sestra pomáhá při potížích s pamětí a snaží se udržet pozornost dítěte. Zde sestra edukuje dítě a jeho rodiče o léčebném režimu a o onemocnění. Zde je i velice důležité edukovat dítě i rodiče o prevenci prochladnutí, kterému mohou předejít vhodným oblečením a dostatečnou hygienou genitálií (Slezáková, 2010).

1.6.6 Vnímání sebe sama, vztahy, sexualita

Zde je důležité, aby sestra zajistila spokojenost dítěte samo se sebou s ohledem na věk. Sestra musí zjistit, jestli dítě nemá nějaké změny ve vnímání vlastního těla, protože mohou vyvolat dítěti úzkost. Zde se většinou využívá psychologické vyšetření v případě, že sestra zjistí u pacienta nějaký problém. V této doméně je důležité zjistit, v jakém prostředí dítě žije, jaké má vztahy s rodiči, popř. sourozenci, přáteli, jak je dítě schopno navázat nová přátelství a jestli mu nedělá problém komunikovat s cizími lidmi.

U dívek v oblasti sexuality se zajišťuje první menstruace. Zjišťuje se, jestli dívka nemá problémy s menstruací a jestli využívá nějaké léky (antikoncepce). Sestra zde zjišťuje, zda je dítě sexuálně aktivní, nebo neaktivní s ohledem na dané onemocnění (Slezáková, 2010).

1.6.7 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu, životní princip, bezpečnost, ochrana

V této doméně sestra zjišťuje, jestli nemá dítě problémy se stresem v domácím prostředí nebo ve škole. K posouzení je důležitá komunikace dítěte s ošetřujícím personálem, a závislost dítěte na rodičích. V oblasti životních principů by sestru měla zajímat především předškolní nebo školní docházka. U starších dětí by ji měla zajímat představa o jejich životě, a čím by chtěli být. Zde je důležité zjistit, pokud dítě a jeho rodina vyznávají nějaké náboženství. V oblasti Bezpečnost a ochrana sestra zhodnocuje stav sliznic, kůže, a zda pacient netrpí alergiemi anebo jestli neměl nějaký úraz. Zde se klade důraz na invazivní vstupy, např. permanentní močový katetr nebo periferní žilní katetr. Zde je důležité, aby pacient neměl známky infekce (Slezáková, 2010).

1.6.8 Komfort

V této doméně je důležité zjistit, jak pacient zvládá bolest a zda už s ní má nějaké zkušenosti. Je nutná lokalizace bolesti a správný popis charakteru bolesti. Zde se využívá škála bolesti. V této doméně je důležité, aby byl pacient bez bolesti. Sestra by měla zajistit úlevovou polohu, dostatek tepla a tekutin, klid a sleduje pacientovu bolest. Je důležité sledovat celkový stav dítěte a jeho fyziologické funkce. Sestra podává analgetika dle ordinace lékaře a s daným časovým odstupem sleduje jejich účinek (Slezáková, 2010).

1.6.9 Růst a vývoj

V této doméně je důležité od rodičů zjistit, jaký byl od porodu až do současnosti vývoj dítěte. Sestra by měla zjistit, zda je dítě očkované podle očkovacího kalendáře. Zde jsou důležitá i prodělaná závažná onemocnění. Všechny zjištěné ošetřovatelské problémy a diagnózy je důležité včas vyhodnotit a včas zpracovat, aby pacient byl bez těchto

problémů a aktivně jim předcházet buď sám, nebo za pomoci svých rodičů (Slezáková, 2010).

2 Výzkumná část

2.1 Cíle výzkumu

1. Zjistit, zda jsou rodiče dostatečně informováni o daném onemocnění.
2. Zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u dětí s hydronefrózou.
3. Zjistit, jak se děti s hydronefrózou začlení do běžného života.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jsou rodičům poskytovány dostatečné informace o daném onemocnění?
2. Kde rodiče získávají informace o daném onemocnění?
3. Jaké dodržují rodiče u dětí s hydronefrózou hygienické návyky?
4. Jak často probíhají kontroly u dětí při onemocnění hydronefrózou?
5. Jaká omezení pocítují rodiče u dětí při onemocnění hydronefrózou?

2.3 Metodika výzkumu

Pro zpracování bakalářské práce byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda. Pro sběr dat byl využit rozhovor s rodiči a jejich dětmi (viz příloha č. 1). Rozhovor obsahuje čtrnáct otevřených otázek. První dvě otázky se týkají identifikačních údajů, jako jsou pohlaví a věk. Otázky č. 3-6 se týkají daného onemocnění. Další otázky mají návaznost na cíle práce a výzkumné otázky. K výzkumné otázce č. 1 se vztahují otázky č. 8 a 9, k výzkumné otázce č. 2 se vztahuje otázka č. 7, k výzkumné otázce č. 3 se vztahují otázky č. 10 až 12, k výzkumné otázce č. 4 se vztahuje otázka č. 13 a k výzkumné otázce č. 5 se vztahuje otázka č. 14.

2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Respondenty bylo 8 dětí s onemocněním hydronefrózou a jejich rodiče, tudíž 100% úspěšnost ve vyplnění rozhovorů. Rozhovory probíhaly v jejich domácím prostředí, aby byla příjemná a uvolněná atmosféra. Doba trvání rozhovoru byla v průměru asi 20 minut.

2.4.1 Základní charakteristika respondentů

Respondent č. 1

Chlapec narozen v jihlavské porodnici v termínu s váhou 3 000 gramů a s délkou 49 centimetrů matce fumátorce. Chlapci je nyní 17 let. Kromě hydronefrózy, která mu byla zjištěna už v porodnici při screeningovém vyšetření ledvin ultrazvukem, prodělal běžná dětská onemocnění. V poslední době ho akorát trápila rýma. V roce 2002 podstoupil operaci palatoschizis. Na kontroly k dětské lékařce dochází pravidelně a do nefrologické ambulance dochází také pravidelně 1× za rok na ultrazvukové vyšetření ledvin, které mu tam je provedeno. Cigarety nekouří, ale občas si zajde na pivo s kamarády. Pro své zdraví se věnuje sportu. Žádné léky nyní neužívá. Jeho otec trpí hypertenzí. Chlapec se snaží dodržovat zdravý životní styl, proto se stravuje každé 3 hodiny a do svého jídelníčku zahrnuje i ovoce a zeleninu. Jeho nejoblíbenější jídlo je kuřecí řízek s bramborovou kaší. Nemá rád čočku, která mu způsobuje problémy s nadýmáním. Za den chlapec vypije dostatečné množství tekutin, asi 2 litry denně. Stolica u chlapce je pravidelná a močí asi 7× za den bez zápachu. Sliznice a kůže jsou hydratované. Po vyprazdňování dodržuje důkladnou hygienu genitálu. Spí obvykle 8

hodin denně a mezi jeho záliby patří četba, vaření a fotbal a navštěvuje střední odbornou školu. Rád odpočívá u hezkého filmu, nebo posloucháním jeho oblíbené hudby. Chlapec je orientovaný časem, místem a prostorem, při rozhovoru hezky spolupracoval. Dodržuje zásady prevence prochladnutí, nosí teplé oblečení. Dodržuje důkladnou hygienu. Je se sebou spokojený a je optimistický. Bydlí s rodiči v nedaleké vesnici u Jihlavy. Sourozence nemá. Sexuální život zatím nežije, ale má přítelkyni. Ve stresu bývá, když má být zkoušený a on není připravený. Jeho rodina není věřící. Díky oboru, který studuje, se může snadno zranit, ale je opatrný. Nyní se cítí dobře a má vše, co potřebuje. Chlapec měří 175 centimetrů a váží 70 kg.

Respondent č. 2

Chlapec narozen v havlíčkobrodské porodnici v termínu s váhou 4 850 gramů a s délkou 56 centimetrů. Chlapci je nyní 15 let. Kromě hydronefrózy, která mu byla zjištěna už v porodnici při screeningovém vyšetření ledvin ultrazvukem, prodělal běžná dětská onemocnění. Od 8 let trpí migrénami. V roce 2003, když mu bylo pouhých 6 měsíců, podstoupil operaci pyeloplastiku, v roce 2009 byl chlapec na operačním zákroku (adenotomii). V poslední době ho akorát trápila angína. Na kontroly k dětské lékařce dochází pravidelně a do nefrologické ambulance dochází 1× za rok, kde je mu provedeno ultrazvukové vyšetření ledvin. Cigarety nekouří, ale občas si s otcem dá sklenku piva. Pro své zdraví se věnuje sportu. Žádné léky nyní neužívá. Jeho prababička má Ren mingrans a matka má patologicky nesouměrně uloženou ledvinu. Chlapec se snaží dodržovat zdravý životní styl, proto se stravuje každé 3 hodiny a do svého jídelníčku zahrnuje i ovoce a zeleninu. Jeho nejoblíbenější jídla jsou ryby a mořské plody. Nemá rád řízek. Fazolová polévka a kyselé zelí mu způsobují problémy s nadýmáním. Za den chlapec vypije dostatečné množství tekutin, asi 2,5 litru denně. Stolice u chlapce je pravidelná a močí asi 6× za den bez zápachu. Sliznice a kůže jsou hydratované. Po vyprazdňování dodržuje důkladnou hygienu genitálu. Spí obvykle 7,5 hodin denně a mezi jeho záliby patří florbal, rybaření, cyklistika, stolní tenis, tenis, hra na kytaru a akordeon. Chlapec se rekreačně věnuje latinsko-americkému tanci, rád pomáhá rodičům na zahradě, v lese a zapojuje se i do ručních prací. Navštěvuje první ročník gymnázia. Rád odpočívá u počítačových her, které hraje se svými kamarády. Chlapec je orientovaný časem, místem a prostorem, při rozhovoru hezky spolupracoval. Dodržuje zásady prevence prochladnutí, nosí teplé oblečení. Dodržuje důkladnou hygienu. Je se sebou spokojený a je optimistický. Bydlí s rodiči a dvěma mladšími

bratry v bytě. Sexuální život zatím nežije, ale má přítelkyni. Ve stresu bývá, když má být zkoušený a on není připravený. Jeho rodina není věřící. Díky jeho aktivitám se může snadno zranit, ale je opatrný. Nyní se cítí dobře a má vše, co potřebuje. Chlapec měří 168 centimetrů a váží 65 kg.

Respondent č. 3

Chlapec narozen v jihlavské porodnici v termínu s váhou 3 700 gramů a s délkou 52 centimetrů. Chlapci je nyní 11 let. Kromě hydronefrózy, která mu byla zjištěna při kontrole jeho matky v těhotenství, prodělal běžná dětská onemocnění. V poslední době ho akorát trápila chřipka. V roce 2002 podstoupil operaci palatoschizis. Na kontroly k dětské lékařce dochází pravidelně a do nefrologické ambulance dochází také pravidelně 1× za rok na ultrazvukové vyšetření ledvin, které mu tam je provedeno. Nekouří, ani nepije alkohol. Pro své zdraví se věnuje sportu. Chlapec se snaží dodržovat zdravý životní styl, proto se stravuje každé 3 hodiny a do svého jídelníčku zahrnuje i ovoce a zeleninu. Jeho nejoblíbenější jídlo jsou špagety. Nemá rád lečo. Čočka a hrách mu způsobují problémy s nadýmáním. Za den chlapec vypije dostatečné množství tekutin, asi 2 litry denně. Stolice u chlapce je pravidelná a močí asi 5× za den bez zápachu. Sliznice a kůže jsou hydratované. Po vyprazdňování dodržuje důkladnou hygienu genitálu. Spí obvykle 7 hodin denně a mezi jeho záliby patří jízda na kole, plavání a mineralogie a navštěvuje základní školu. Rád odpočívá u počítačových her, které hraje se svými kamarády. Chlapec je orientovaný časem, místem a prostorem, při rozhovoru hezky spolupracoval. Dodržuje zásady prevence prochladnutí, nosí teplé oblečení. Dodržuje důkladnou hygienu. Je se sebou spokojený a je optimistický. Bydlí s rodiči a mladší sestrou v rodinném domě. Sexuální život zatím nežije. Ve stresu bývá, když jim paní učitelka rozdá neohlášený test. Jeho rodina je věřící a každou neděli navštěvují mši v kostele. Díky jeho aktivitám se může snadno zranit, ale je opatrný. Nyní se cítí dobře a má vše, co potřebuje. Chlapec měří 162 centimetrů a váží 58 kg.

Respondent č. 4

Chlapec narozen v dačické porodnici v termínu s váhou 3 200 gramů a s délkou 50 centimetrů. Chlapci je nyní 15 let. Kromě hydronefrózy, která mu byla zjištěna v roce a půl, když měl náš chlapec zánět, protože maminka rodila v dačické porodnici a v té době se v porodnici screeningové vyšetření ledvin ultrazvukem nedělalo, prodělal běžná dětská onemocnění. V roce 2007 podstoupil operaci tonsilektomií a v roce 2010

chlapec podstoupil operaci pyeloplastiku v Praze. Na kontroly k dětské lékařce dochází pravidelně a do nefrologické ambulance dochází také pravidelně 1× za rok na ultrazvukové vyšetření ledvin, které mu tam je provedeno. Cigarety nekouří, ale občas si s otcem a dědečkem dá sklenku piva. Pro své zdraví se věnuje sportu. Žádné léky nyní neužívá. Jeho dědeček má diabetes mellitus. Chlapec se snaží dodržovat zdravý životní styl, proto se stravuje každé 3 hodiny a do svého jídelníčku zahrnuje i ovoce a zeleninu. Jeho nejoblíbenější jídlo je guláš. Nemá rád rajskou omáčku. Zelí mu způsobuje problémy s nadýmáním. Za den chlapec vypije dostatečné množství tekutin, asi 2 litry denně. Stolice u chlapce je pravidelná a močí asi 6× za den bez zápachu. Sliznice a kůže jsou hydratované. Po vyprazdňování dodržuje důkladnou hygienu genitálu. Spí obvykle 8 hodin denně a mezi jeho záliby patří florbal, jízda traktorem a velice ho zajímá odvětví zemědělství, kterému by se chtěl později věnovat. Navštěvuje základní školu. Rád odpočívá u počítačových her, které hraje se svými kamarády a u televize. Chlapec je orientovaný časem, místem a prostorem, při rozhovoru hezky spolupracoval. Dodržuje zásady prevence prochladnutí, nosí teplé oblečení. Dodržuje důkladnou hygienu. Je se sebou spokojený a je optimistický. Bydlí s rodiči a mladší sestrou v rodinném domě. Sexuální život zatím nežije. Ve stresu bývá, když má být zkoušený a on není připravený. Jeho rodina je věřící a navštěvuje pravidelně mše v kostele. Díky jeho aktivitám se může snadno zranit, ale je opatrný. Nyní se cítí dobře a má vše, co potřebuje. Chlapec měří 163 centimetrů a váží 65 kg.

Respondent č. 5

Dívka narozena v jindřichohradecké porodnici v termínu s váhou 3 300 gramů a s délkou 51 centimetrů. Dívce je nyní 11 let. Kromě hydronefrózy, která jí byla zjištěna již v porodnici při screeningovém vyšetření ledvin., prodělala běžná dětská onemocnění. V roce 2007 podstoupila cystoskopii. Na kontroly k dětské lékařce dochází pravidelně a do nefrologické ambulance dochází také pravidelně 1× za rok na ultrazvukové vyšetření ledvin, které jí tam je provedeno. Cigarety nekouří a alkohol nepije. Pro své zdraví se věnuje sportu. Žádné léky nyní neužívá. Její dědeček má hypertenzi. Dívka se snaží dodržovat zdravý životní styl, proto se stravuje každé 3 hodiny a do svého jídelníčku zahrnuje i ovoce a zeleninu. Její nejoblíbenější jídlo je svíčková omáčka. Nemá ráda ovocné kynuté knedlíky. Fazole jí způsobují problémy s nadýmáním. Za den dívka vypije dostatečné množství tekutin, asi 2,5 litru denně. Stolice u dívky je pravidelná a močí asi 7× za den bez zápachu. Sliznice a kůže jsou hydratované. Po

vyprazdňování dodržuje důkladnou hygienu genitálu. Spí obvykle 7 hodin denně a mezi její záliby patří jízda na kole, plavání, pomáhání mamince v kuchyni a ráda tvoří a vyrábí z různých materiálů. Navštěvuje základní školu. Ráda odpočívá u sledování filmů v televizi. Dívka je orientovaná časem, místem a prostorem, při rozhovoru hezky spolupracovala. Dodržuje zásady prevence prochladnutí, nosí teplé oblečení. Dodržuje důkladnou hygienu. Je se sebou spokojená a je optimistická. Bydlí s rodiči a mladší sestrou v rodinném domě. Sexuální život zatím nežije. Ve stresu bývá, když dostane špatnou známku ve škole. Její rodina není věřící. Díky jejím aktivitám se může snadno zranit, ale je opatrná. Nyní se cítí dobře a má vše, co potřebuje. Dívka měří 153 centimetrů a váží 49 kg.

Respondent č. 6

Dívka narozena v jindřichohradecké porodnici v termínu s váhou 3 500 gramů a s délkou 52 centimetrů. Dívce je nyní 1 rok. Hydronefróza jí byla zjištěna již v porodnici při screeningovém vyšetření ledvin. Na kontroly k dětské lékařce dochází pravidelně, do nefrologické ambulance dochází také pravidelně 1× za 3 měsíce na ultrazvukové vyšetření ledvin, které jí tam je provedeno. Žádné léky nyní neužívá. Její otec má hypertenzi. Dívka je kojena a dokrmována každé 3 hodiny a do jejího jídelníčku jsou zahrnuty i ovoce a zelenina. Nemá ráda vařenou brokolici. Za den dívka vypije dostatečné množství tekutin, které jí jsou podávány. Nejraději má čaj. Stolice u dívky je pravidelná a močí asi 7× za den bez zápachu. Sliznice a kůže jsou hydratované. Po vyprazdňování dodržují rodiče důkladnou hygienu genitálu. Spí obvykle 10 hodin denně. Ráda si hraje s kostičkami. Bydlí s rodiči a starším bratrem v rodinném domě. Její rodina není věřící. Díky jejímu věku se může snadno zranit, ale maminka je bystrá. Rodiče dodržují u dívky zásady prevence prochladnutí, teplé oblečení. Dodržuje důkladnou hygienu. Nyní se cítí dobře a má vše, co potřebuje. Dívka měří 80 centimetrů a váží 10 kg.

Respondent č. 7

Chlapec narozen v jindřichohradecké porodnici v termínu s váhou 2 800 gramů a s délkou 47 centimetrů. Chlapci jsou nyní 2 roky. Hydronefróza mu byla zjištěna již v porodnici při screeningovém vyšetření ledvin. V roce 2018 podstoupil pyeloplastiku.

Na kontroly k dětské lékařce dochází pravidelně, do nefrologické ambulance dochází také pravidelně 1× za půl roku na ultrazvukové vyšetření ledvin, které mu tam je provedeno. Žádné léky nyní neužívá. Jeho matka má hypothyreozu. Chlapec je učen jíst sám, do jeho jídelníčku jsou zahrnuty všechny složky potravy a je krmen každé 3 hodiny. Má rád vše, co mu matka připraví. Za den vypije dostatečné množství tekutin, které mu jsou podávány. Nejraději má šťávu. Stolice u chlapce je pravidelná a močí asi 8× za den bez zápachu. Sliznice a kůže jsou hydratované. Po vyprazdňování dodržují a vedou ho rodiče k důkladné hygieně genitálu. Spí obvykle 9 hodin denně. Rád si hraje s autíčky. Bydlí s rodiči a starším bratrem v bytě. Jeho rodina není věřící. Díky jeho věku se může snadno zranit, ale matka je bystrá a opatrná. Rodiče dodržují a učí chlapce zásady prevence prochladnutí, teplé oblečení. Dodržuje důkladnou hygienu. Nyní se cítí dobře a má vše, co potřebuje. Chlapec měří 94 centimetrů a váží 13 kg.

Respondent č. 8

Dívka narozena v jindřichohradecké porodnici v termínu s váhou 3 000 gramů a s délkou 49 centimetrů. Dívce je nyní půl roku. Hydronefróza jí byla zjištěna již v porodnici při screeningovém vyšetření ledvin. Na kontroly k dětské lékařce dochází pravidelně, do nefrologické ambulance dochází také pravidelně 1× za 3 týdny na ultrazvukové vyšetření ledvin, které jí tam je provedeno. Žádné léky nyní neužívá. Její otec má hypertenzi. Dívka je kojena pravidelně každé 3 hodiny. Za den dívka vypije dostatečné množství kojenecké vody, která je jí podávána. Stolice u dívky je pravidelná a močí asi 8× za den bez zápachu. Sliznice a kůže jsou hydratované. Po vyprazdňování dodržují rodiče důkladnou hygienu genitálu. Spí obvykle 16 hodin denně. Ráda si hraje s kousátky a chrástítky. Bydlí s rodiči a starší sestrou v rodinném domě. Její rodina je věřící a dochází každou neděli do kostela na mši. Díky jejímu věku se může snadno zranit, ale maminka je bystrá. Rodiče dodržují u dívky zásady prevence prochladnutí, teplé oblečení. Dodržuje důkladnou hygienu. Nyní se cítí dobře a má vše, co potřebuje. Dívka měří 65 centimetrů a váží 7 kg.

2.5 Průběh výzkumu a zpracování získaných dat

Sběr dat probíhal od června 2018 do listopadu 2018, kdy jsem každého respondenta a jeho rodiče navštívila u nich doma. Ke zpracování a vyhodnocení dat byl použit

Microsoft Office Word. Pro přehled vyhodnocených dat byly využity tabulky s popisy.
(viz příloha č. 3)

2.6 Výsledky výzkumu

V této části jsou výsledky kvalitativního výzkumu.

Otázka č. 1: Jaké je pohlaví vašeho dítěte?

Tabulka 1: Pohlaví

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Chlapec.“
Respondent 2	„Chlapec.“
Respondent 3	„Chlapec.“
Respondent 4	„Chlapec.“
Respondent 5	„Dívka.“
Respondent 6	„Dívka.“
Respondent 7	„Chlapec.“
Respondent 8	„Dívka.“

Výzkumu se zúčastnili respondenti, kteří trpí onemocněním hydronefróza, z nichž 5 (62,5 %) bylo chlapců a pouze 3 (37,5 %) dívky.

Otázka č. 2: Jaký je věk vašeho dítěte?

Tabulka 2: Věk

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„17 let.“
Respondent 2	„15 let.“
Respondent 3	„11 let.“
Respondent 4	„15 let.“
Respondent 5	„11 let.“
Respondent 6	„1 rok.“
Respondent 7	„2 roky.“
Respondent 8	„6 měsíců.“

Z tabulky 2 lze vidět, že mezi respondenty je věkový rozdíl. Dvěma z nich je 11 let (25 %), pouze jednomu respondentovi (12,5 %) je 17 let, respondenti 2 a 4 (25 %) mají také stejný věk a to je 15 let. Poslední 3 respondenti mají také odlišný věk, jednomu (12,5 %) z nich je 1 rok, druhému (12,5 %) jsou 2 roky a třetímu (12,5 %) je pouhých 6 měsíců.

Otázka č. 3: Víte, co je onemocnění hydronefróza? Pokuste se vysvětlit.

Tabulka 3: Vysvětlení onemocnění hydronefróza

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	<i>„Ano, byla jsem s tím seznámena, je to nemoc ledvin.“</i>
Respondent 2	<i>„Zadržovaná moč v ledvině (rozšířená ledvinová pánvička) z různých příčin.“</i>
Respondent 3	<i>„Ano. Je to hromadění moče v ledvině v důsledku např. zúžení močovodu, a tím pádem se ledvina (ledvinná pánvička) zvětšuje.“</i>
Respondent 4	<i>„Ano. Je to zúžená močová trubice, lékař mi povídal, že se může jednat i o zánět. Je to onemocnění ledvin.“</i>
Respondent 5	<i>„Jedná se o zadržování moče v dutém systému ledviny, kdy nedochází k úplnému odtoku moče z ledvinné pánvičky močovodem do močového měchýře, tím dochází k rozšíření dutého systému, riziku zánětu ledviny, popř. ovlivňuje její funkce.“</i>
Respondent 6	<i>„Onemocnění spojené s močovým ústrojím.“</i>
Respondent 7	<i>„Jedná se o onemocnění ledvin, kdy je v ledvině rozšířená ledvinná pánvička.“</i>
Respondent 8	<i>„Močovod je zúžený, tím dojde ke zvětšení ledvinné pánvičky a v ledvině se hromadí moč.“</i>

Všichni respondenti a jejich rodiče (100 %) vědí, co je to onemocnění hydronefróza a dokázali jej vysvětlit.

Otázka č. 4: V jakém věku bylo u vašeho dítěte zjištěno toto onemocnění?

Tabulka 4: Věk dítě při zjištění hydronefrózy

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	<i>„Ihned po narození.“</i>
Respondent 2	<i>„(podezření již při UZ břicha v porodnici – věk cca 2 dny), potvrzeno UZ ledvin ve věku 3 měsíce. Na UZ v těhotenství žádná vada diagnostikována nebyla, pouze porodní hmotnost byla nadprůměrná (4,85 kg), to již bylo avizováno před porodem.“</i>
Respondent 3	<i>„Už během těhotenství.“</i>
Respondent 4	<i>„V roce a půl, když měl náš chlapec zánět. Rodila jsem v dačické porodnici a v té době se v porodnici screeningové vyšetření ledvin ultrazvukem nedělalo.“</i>
Respondent 5	<i>„K diagnostice došlo již v porodnici v rámci poporodního screeningu novorozence, dceři byly asi 3 dny.“</i>
Respondent 6	<i>„Onemocnění bylo zjištěno v porodnici při screeningovém vyšetření.“</i>
Respondent 7	<i>„Onemocnění bylo diagnostikováno už v porodnici.“</i>
Respondent 8	<i>„Během pobytu v nemocnici bylo při screeningovém ultrazvukovém vyšetření zjištěno u miminka toto onemocnění.“</i>

U respondentů 1, 2, 4, 5, 6, 7, a 8 (87,5 %) bylo onemocnění zjištěno po porodu v porodnici, ve které byli porozeni díky novorozeneckému screeningu ledvin ultrazvukem. U respondenta 3 (12,5 %) bylo onemocnění zjištěno už v těhotenství.

Otázka č. 5: Užívala jste během těhotenství nějaké návykové látky (cigarety, alkohol, drogy...)?

Tabulka 5: Užívání návykových látek v těhotenství

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	<i>„Ano, kouřila jsem cigarety.“</i>
Respondent 2	<i>„Ne.“</i>
Respondent 3	<i>„Ne. Jen v prvním měsíci těhotenství trochu alkoholu.“</i>
Respondent 4	<i>„Ne, neužívala.“</i>
Respondent 5	<i>„Během těhotenství jsem neužívala žádné návykové látky, ale v 1. trimestru jsem prodělala plané neštovice, které byly nakonec léčeny i ATB (s ohledem již na zjištěné těhotenství).“</i>
Respondent 6	<i>„Ne.“</i>
Respondent 7	<i>„Ano. Cigarety.“</i>
Respondent 8	<i>„Ne.“</i>

Z tabulky č. 5 je zřejmé, že návykové látky v těhotenství užívaly pouze dvě maminky (25 %) z osmi dotazovaných.

Otázka č. 6: Vyskytlo se toto onemocnění u některého člena z vaší rodiny?

Tabulka 6: Výskyt tohoto onemocnění v rodině

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	<i>„Pátrala jsem po tom, ale žádné takové onemocnění se v rodině nevyskytlo.“</i>
Respondent 2	<i>„Toto konkrétně ne, ale u babičky z matčiny strany se vyskytla Ren migrans a i já jako matka mám patologicky nesouměrně uloženou ledvinu.“</i>
Respondent 3	<i>„Ano. U syna mého bratrance.“</i>
Respondent 4	<i>„Ne.“</i>
Respondent 5	<i>„Nevíme o nikom z rodiny, kdo by tímto onemocněním trpěl, ale současně nebylo u nikoho z členů toto vyšetření prováděno, takže nemůžeme toto onemocnění v rodině ani vyloučit.“</i>
Respondent 6	<i>„Onemocněním trpí i starší bratr.“</i>
Respondent 7	<i>„Ne.“</i>
Respondent 8	<i>„Ano. Toto onemocnění má dcera mé sestry.“</i>

U pěti dotazovaných respondentů (62,5 %) se nevyskytnulo toto onemocnění a v rodině pouze u třech dotazovaných (37,5 %) se onemocnění v rodině vyskytnulo.

Otázka č. 7: Kdo vám poskytl informace o daném onemocnění?

Tabulka 7: Informovanost

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	<i>„Informace mi poskytla paní doktorka z nefrologické ambulance, která se o chlapečka starala od samého začátku a jsem jí za to moc vděčná.“</i>
Respondent 2	<i>„Nejvíce informací nám podala lékařka z nefrologické ambulance.“</i>
Respondent 3	<i>„Lékaři.“</i>
Respondent 4	<i>„Zprvu, když náš chlapec měl zánět, tak nás informovala dětská lékařka, poté jsme byli posláni do jihlavské nemocnice, kde se nás ujala lékařka z nefrologické ambulance, která nám vše důkladně vysvětlila.“</i>
Respondent 5	<i>„O daném onemocnění jsem byla informována v nefrologické poradně v Jindřichově Hradci, ale jelikož jsem zdravotní sestra, tak jsem částečně věděla, o co se jedná.“</i>
Respondent 6	<i>„Lékaři v Jindřichově Hradci, kteří působí v nefrologické poradně.“</i>
Respondent 7	<i>„Lékaři v nefrologické poradně v Jindřichově Hradci.“</i>
Respondent 8	<i>„Díky tomu, že máme toto onemocnění zjištěné krátce, tak moc informací nemám, ale prvotní informace nám poskytli lékaři v nefrologické poradně v Jindřichově Hradci.“</i>

Většina dotazovaných rodičů respondentů (100 %) se shodla na tom, že nejvíce informací o daném onemocnění získali v nefrologických ambulancích, poradnách. Čtyři respondenti (50 %) dochází do nefrologické ambulance do jihlavské nemocnice a další čtyři respondenti (50 %) dochází do nefrologické poradny v Jindřichově Hradci.

Otázka č. 8: Zdály se vám poskytnuté informace dostačující?

Tabulka 8: Dostatečné množství informací

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	<i>„Ano.“</i>
Respondent 2	<i>„Ano.“</i>
Respondent 3	<i>„Ano.“</i>
Respondent 4	<i>„Ano.“</i>
Respondent 5	<i>„V rámci možností byly informace o onemocnění dostatečné, ale v možnostech léčby se názory lékařů rozcházejí, a proto bylo toto období náročné.“</i>
Respondent 6	<i>„Ne. Potřebovala bych více informací doplnit.“</i>
Respondent 7	<i>„Uvítala bych více informací o možnostech léčby.“</i>
Respondent 8	<i>„Jelikož nám onemocnění zjistili nedávno, tak bych ocenila více informací.“</i>

Všichni rodiče respondentů 1, 2, 3 a 4 (50 %) se v této otázce shodli, že podané informace o daném onemocnění byly dostačující. U respondentů 5, 6, 7 a 8 (50 %) by rodiče uvítali více informací o onemocnění a o možnostech léčby.

Otázka č. 9: Uvítali byste více informací o daném onemocnění?

Tabulka 9: Více informací

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	<i>„Vše mi bylo dokonale vysvětleno.“</i>
Respondent 2	<i>„V tu dobu asi ani ne, bylo pro nás s manželem těžké přijmout a vyrovnat se s tím, že máme dítě s vrozenou vadou. Pan primář nás při sdělení prvotní informace o vrozené vadě hodně vyděsil, ale paní doktorka nás o příčinách a léčení hydronefrózy informovala dostatečně a hlavně empaticky.“</i>
Respondent 3	<i>„Ne. Myslím, že paní doktorka v nefrologické ambulanci vše vysvětlí tak, že to každý pochopí.“</i>
Respondent 4	<i>„Ne. Myslím, že paní doktorka vše vysvětlí tak, že to musí pochopit i malé dítě.“</i>
Respondent 5	<i>„O daném onemocnění bych více informací nepotřebovala, ale uvítala bych více informací o řešení dané situace a o případných rizicích.“</i>
Respondent 6	<i>„Ano. Uvítala.“</i>
Respondent 7	<i>„Uvítala bych více informací o možnostech řešení hydronefrózy.“</i>
Respondent 8	<i>„Více informací by pro mě bylo prospěšné.“</i>

Rodiče respondentů 1, 2, 3 a 4 (50 %) se shodli, že lékařka z nefrologické ambulance jim vše důkladně vysvětlila, a proto nepotřebují další dodatečné informace. Zato rodiče respondenta 5, 6, 7 a 8 (50 %) by požadovali více informací o daném onemocnění a možných řešeních dané situace a případných rizicích.

Otázka č. 10: Učíte vaše dítě správným hygienickým návykům? Pokud ano, jak?

Tabulka 10: Správné hygienické návyky

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	<i>„Ano, učila, ale jaksi dospělého už nic neučím, není to potřeba.“</i>
Respondent 2	<i>„Myslím si, že náš je dostatečně vzdělán o dodržování hygieny a vše dodržuje. Jediný zánět močového měchýře měl po cévkování v nemocnici, jiný zánět močového ústrojí naštěstí neměl. Hygienu jsme zaměřili na hygienu genitálií, zejména po koupání na veřejných bazénech, nezůstává v mokřích plavkách po koupání (převléká se do suchého oblečení), nesedá na studené povrchy (betonové obrubníky atd.), je poučený o pitném režimu, který se snaží dodržovat.“</i>
Respondent 3	<i>„Ano. Co se týká onemocnění, tak u chlapce omývání penisu i pod předkožkou.“</i>
Respondent 4	<i>„Ano. Učila jsem chlapce umývat si ruce, čistit si zuby, a umývat se každý den, i když vím, že se to nedoporučovalo umývat děti každý den.“</i>
Respondent 5	<i>„Hygienické návyky jsou asi součástí života každého z nás, a proto si myslím, že jsou nutností. Především u dívek jde o každodenní hygienu genitálu, výměnu spodního prádla, správné vytírání od genitálu ke konečníku a ne naopak! Pak v období menstruace častá výměna hygienických potřeb.“</i>
Respondent 6	<i>„Zkoušíme naše dítě posazovat na nočník a pokaždé jí umyjeme ruce.“</i>
Respondent 7	<i>„Ano, učíme. Vždy po toaletě otřít genitál a umýt ruce. Když přijdeme z procházky, nebo před každým jídlem provést hygienu rukou.“</i>
Respondent 8	<i>„Zatím u půlročního dítěte provádíme hygienické návyky my.“</i>

Všichni rodiče respondentů 1, 2, 3, 4 a 5 (62,5 %) je učili dodržovat hygienické návyky, nejvíce se zaměřili na péči o genitál dítěte a nyní to už respondenti zvládají sami, protože už jsou dost velcí. Rodiče respondentů 6 a 7 (25 %) začínají děti učit hygienické návyky, ale jelikož jsou děti ještě malé, je nutná dopomoc a respondent 8 (12,5 %) je ještě malý a hygienické návyky za něj provádějí rodiče.

Otázka č. 11: Byla jste poučená o správném odebrání sterilní moči?

Tabulka 11: Poučení o odběru sterilní moči

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	„Ano, byla.“
Respondent 2	„Předpokládám, že ano. Na kultivaci odebíráme tzv. střední proud moči po předchozím umytí penisu mýdlem a dostatečném opláchnutí čistou vodou.“
Respondent 3	„Ano.“
Respondent 4	„Ano.“
Respondent 5	„Poučená jsem byla v nefrologické ambulanci sestrou.“
Respondent 6	„Ano, byla.“
Respondent 7	„Ano.“
Respondent 8	„Ano.“

Zde se všichni rodiče (100 %) respondentů shodli, že byli poučení o správném odběru sterilní moči.

Otázka č. 12: Jak odebíráte moč u vašeho dítěte do sterilní zkumavky?

Tabulka 12: Odběr sterilní moči

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	<i>„Už nijak, ale byla to strašná fuška, poručte malému 14dennímu dítěti, aby se vyčůralo do zkumavky, tak jsem třeba seděla 3-4 hodiny, než se vymočil.“</i>
Respondent 2	<i>„Syn již zvládá odebrání středního proudu moči sám. Ve věku 15 let už o asistenci matky nestojí. Když jsem od něj odebírala sterilní moč v kojeneckém (batolecím) věku, rozbalila jsem ho v koupelně na přebalovací podložku, pustila jsem vodu z kohoutku do umyvadla a po chvilce čekání jsem mohla snadno odebrat střední proud moči.“</i>
Respondent 3	<i>„Prvně omytí genitálií a potom odebrat střední proud moči.“</i>
Respondent 4	<i>„Vždy jsem čekala, až se vymočí a moč jsem zachytila do zkumavky.“</i>
Respondent 5	<i>„V současné době odebíráme střední proud moči do nesterilních zkumavek po důkladné hygieně genitálu. Ale v období novorozence a kojence jsme po důkladné hygieně genitálu chytaly moč přímo do zkumavky nebo jsme odběr prováděly do nalepeného sběrného sáčku.“</i>
Respondent 6	<i>„Po rozbalení dítěte provedeme důkladnou hygienu genitálu, poté čekáme, až se naše dítě vymočí.“</i>
Respondent 7	<i>„Po důkladné hygieně necháme dítě rozbalené a čekáme se zkumavkou, až se vymočí.“</i>
Respondent 8	<i>„Nalepíme na genitál sběrný sáček a moč chytáme do něj, poté přelejeme do zkumavky na moč.“</i>

U všech respondentů se chytala moč do zkumavky náhodně. Respondenta 1 (12,5 %) maminka rozbalila a čekala třeba 4 hodiny, než se vymočil do zkumavky a u respondenta 2 (12,5 %) se pouštěla voda, aby se lépe vymočil. U respondenta 3, 4, 5, 6 a 7 (62,5 %) před odebráním vzorku moči provedli rodiče důkladnou hygienu genitálu a u respondenta 8 (12,5 %) používají rodiče k odběru moči sběrný sáček, který nalepí na genitál dítěte. U respondenta 5 (12,5 %) používali sběrný sáček, ale i zkumavku.

Otázka č. 13: Jak často jste s vaším dítětem zváni do nefrologické ambulance na kontroly?

Tabulka 13: Návštěvy nefrologické ambulance

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	<i>„Zaplat' pánbůh, už jezdíme jen jednou za rok, ale ze začátku každých 14 dní a to 2krát za rok do Brna.“</i>
Respondent 2	<i>„V současné době 1× za rok.“</i>
Respondent 3	<i>„Ted' už jenom jednou ročně.“</i>
Respondent 4	<i>„Nyní už jenom jednou ročně. Dříve jednou za půl roku.“</i>
Respondent 5	<i>„V současné době jezdíme 1-2× do roka.“</i>
Respondent 6	<i>„V současné době chodíme jednou za tři měsíce na kontroly.“</i>
Respondent 7	<i>„Nyní chodíme na kontroly každého půl roku.“</i>
Respondent 8	<i>„Na kontroly chodíme jednou za 3 týdny.“</i>

Pět respondentů z osmi dotazovaných (62,5 %) dochází na pravidelné kontroly do nefrologické ambulance už jen 1× za rok. Respondent 6 (12,5 %) dochází na kontroly jednou za tři měsíce, jednou za půl roku chodí na kontroly respondent 7 (12,5 %) a jednou za tři týdny nefrologickou ambulanci navštěvuje respondent 8 (12,5 %).

Otázka č. 14: Omezuje vás nějak toto onemocnění v běžném životě (např. plavání, dovolené...)?

Tabulka 14: Omezení v běžném životě

	Odpovědi respondentů
Respondent 1	<i>„Ted’ už ne, ale do 10 let ano.“</i>
Respondent 2	<i>„Nyní už nás toto onemocnění neomezuje (na převlékání do suchého po plavání jsme si už zvykli). V kojeneckém věku jsem chtěla chodit se synem plavat, ale to nám nebylo doporučeno. Později se ukázalo, že to bylo dobré doporučení, protože syn začal trpět i na záněty středouší.“</i>
Respondent 3	<i>„Ne.“</i>
Respondent 4	<i>„Když byl chlapec malý, chodili jsme s ním plavat, pak měl zánět, tak jsme museli přestat, protože nám to nebylo doporučeno. Když jsme s ním šli plavat, pokaždé když vylezl z vody, museli jsme ho ihned převléct do suchých plavek.“</i>
Respondent 5	<i>„Troufám si říct, že dceru nijak onemocnění neomezuje. Nevysedává na studené zemi a je si vědoma, že by neměla prochladnout, ale od doby, kdy jsme vysadily zajišťovací dávku ATB, které jí byly hned po diagnostikování nasazeny, nemá žádná omezení.“</i>
Respondent 6	<i>„Omezuje. Nemůžeme chodit na bazén. Musíme dávat pozor, aby naše dítě neprochladlo. Musíme ji teple oblékat.“</i>
Respondent 7	<i>„Omezuje nás to v tom, že nemůžeme jet na dovolenou k moři, protože je tam studená voda, to samé bazény.“</i>
Respondent 8	<i>„Chtěli jsme s naším dítětem chodit plavat, bohužel nemůžeme, nebylo nám to doporučeno.“</i>

Respondenti 1, 2, 3, 4 a 5 (62,5 %) odpověděli, že nyní je už onemocnění neomezuje, ale respondent 2 nemohl v kojeneckém věku chodit plavat jako respondent 4, který pokud šel na bazén, musel se ihned převléct do suchého prádla. Respondent 5 užíval preventivně ATB, nevysedával na studené zemi, jinak žádné jiné omezení. Respondenti 6, 7 a 8 (37,5 %) a jejich rodiče jsou omezováni v tom, že nemohou na bazény a respondent 7 nemůže na dovolenou k moři.

2.7 Diskuze

Cílem této práce bylo zjistit, zda jsou rodičům poskytovány dostatečné informace o daném onemocnění. Dále bylo zkoumáno, kde rodiče získávají informace o daném onemocnění a jaké dodržují rodiče u dětí s hydronefrózou hygienické návyky. Na závěr práce mapuje, jak často probíhají kontroly u dětí a jaká omezení pociťují rodiče u dětí při onemocnění hydronefrózou. V následující části jsou jednotlivé výzkumné otázky vyhodnoceny na základě dat získaných z rozhovorového šetření.

Rozhovor obsahuje dvě části. První část se zabývala identifikačními údaji respondentů, v druhé části jsem zjišťovala vědomosti rodičů o daném onemocnění, a jak se s tímto onemocněním sžijí.

Z identifikačních údajů vyplývá, že se rozhovorového šetření zúčastnilo 37,5 % dívek (3) a 62,5 % chlapců (5), nejčastěji ve věku 11 a 15 let (50 %). Všichni respondenti 100% ví, co je to hydronefróza a dokáží pojem vysvětlit. Nejčastěji bylo onemocnění zjištěno po porodu a to u 7 respondentů (87,5 %) při novorozeneckém screeningu ledvin. U 6 maminek respondentů (75 %) nedošlo během těhotenství k užívání návykových látek. Onemocnění se nevyskytnulo v 5 rodinách (62,5 %).

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1: Jsou rodičům poskytovány dostatečné informace o daném onemocnění?

K odpovědi na výzkumnou otázku č. 1. se vztahují otázky z rozhovoru č. 8 a 9.

Nejprve bylo zkoumáno, zda rodiče respondentů mají dostatečné informace o hydronefróze. Z výzkumu vyplývá, že 4 respondentům a jejich rodičům (50 %) nedostačují informace o onemocnění a o případných možnostech léčby. I práce Vrbové (2018) potvrzuje, že lékaři informují rodiče i děti o onemocnění, případných komplikacích, léčbě a diagnostice. Z další otázky plyne, že 4 respondenti a jejich rodiče (50 %) by požadovali více informací o daném onemocnění a možných řešeních dané situace či případných rizicích. V práci Vrbové (2018) jeden z rodičů uvedl, že by informace od lékaře nepotřeboval vůbec. Z práce Budínové (2015) vyplývá, že 3 respondenti si museli hledat další informace na internetu. Domnívám se, že by to chtělo více informací o možných řešeních dané situace od lékařů, aby rodiče nemuseli doplňující informace hledat na internetu, kde nemusí být informace přesné.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2: Kde rodiče získávají informace o daném onemocnění?

K výzkumné otázce č. 2 se vztahuje otázka z rozhovoru č. 7.

K vyhodnocení této části bylo potřeba zjistit, kde rodiče získávají informace o daném onemocnění. Nejčastější odpovědí bylo v nefrologické ambulanci, poradně od lékařů a to 8 respondentů (100 %), také tak bylo v práci Budínové (2015), kdy odpověděli 3 respondenti, že informace získali od lékaře. V práci Vrbové (2018) potvrzuje, že informovanost rodičů, jak ohledně onemocnění, tak i ohledně hygieny je důležitá a rodiče většinou získávali informace na internetu. I já z vlastní zkušenosti vím, že lékaři rodiče důkladně edukují jak v oblasti důkladné hygieny, tak i o daném onemocnění.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3: Jaké dodržují rodiče u dětí s hydronefrózou hygienické návyky?

K 3. výzkumné otázce se váží otázky z dotazníku č. 10, 11, 12.

I já si myslím, že každý z nás by měl dbát na správné hygienické návyky, protože jsou velmi důležité jako prevence vzniku infekce a dalších problémů. Starší respondenti 5 (62,5 %) už dodržují hygienické návyky sami a nepotřebují asistenci rodičů. Vše záleží na rodičích, jak naučí své děti o sebe pečovat. Pokud je respondent ještě ve věku, kdy péči o sebe nemůže provádět, musí jeho roli zastoupit rodiče a to na 100 %. Takto je to i uvedeno v práci Vrbové (2018), kde rodiče dohlíží na důkladnou hygienu genitálu a potvrzeno i v knize Zucker (2003). Všichni rodiče (100 %) odpověděli, že byli poučeni o odběru sterilní moči, jak to ve své práci potvrzuje i Vrbová (2018). U všech respondentů 8 (100 %) se chytala moč do zkumavky náhodně. U 5 respondentů (62,5 %) před odebráním vzorku moči provedli rodiče důkladnou hygienu genitálu. Dvě maminky (25 %) odpověděly, že používaly k odběru moči i odběrový sáček, tyto metody odběru moči uvádějí v článku Zieg a Bébrová (2015).

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 4: Jak často probíhají kontroly u dětí při onemocnění hydronefrózou?

K 4. výzkumné otázce se váže otázka z rozhovoru č. 13.

5 respondentů (62,5 %) navštěvuje nefrologickou ambulanci už jen 1x za rok, protože jejich děti jsou starší, není potřeba častější kontroly jako u těch menších dětí. V práci Semenovové (2013) je uvedeno, že pacienti docházejí na pravidelné kontroly dle jejich věku. Já si myslím, že je správné, že rodiče s dětmi docházejí pravidelně na kontroly, na kterých se domluví s lékařem. Děti jsou tak pod neustálým dohledem a mohou se tak odhalit případné potíže a komplikace.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 5: Jaká omezení pocítují rodiče u dětí při onemocnění hydronefrózou?

K 5. výzkumné otázce se váže otázka z rozhovoru č. 14.

5 respondentů (62,5 %) nyní už žádné omezení nemají, ale ještě nedávno je onemocnění omezovalo například v plavání, kdy se respondent musel jít hned po plavání převléct do suchého oblečení. Tak to mají nyní další 3 respondenti (37,5 %), kteří jsou v mladším věku. V práci Vrbové (2018) také neměli respondenti nyní žádné omezení. Jedna matka odpověděla, že jediné omezení bylo, když dítě bralo ATB, nemohli ven na sluníčko. I já se domnívám, že více omezení mají spíše děti v mladším věku než ti starší.

2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě výsledků výzkumu bakalářské práce je zhotovena brožurka o hydronefróze, která může být poskytnuta rodičům a dětem s tímto onemocněním jako zdroj informací. (viz příloha č. 3)

Závěr

Bakalářská práce se zaměřuje na specifika ošetrovatelské péče u dětí s hydronefrózou a jejich začlenění do běžného života. Jedním z cílů bylo zjistit, zda jsou rodiče dostatečně informováni o daném onemocnění, dalším cílem bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u dětí s hydronefrózou, a posledním cílem bylo zjistit, jak se děti začleňují do běžného života. Ke sběru dat byl použit kvalitativní výzkum formou rozhovoru. Rozhovor byl určen respondentům, kteří mají hydronefrózu.

Odpovědi respondentů a jejich rodičů ve výzkumném šetření se většinou shodují, jelikož většina respondentů navštěvuje stejnou nefrologickou ambulanci.

Bakalářská práce se rozděluje na dvě části, teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části je zahrnuta anatomie a fyziologie močového ústrojí a samozřejmě i dané onemocnění. Fyziologie a anatomie jsou velice důležité v tom, aby člověk pochopil, jak ledviny fungují při vzniklých komplikacích různých onemocnění. Ve výzkumné části jsou vyhodnoceny výsledky výzkumného šetření, kterého se zúčastnilo 8 respondentů.

Z výzkumu vyplývá, že polovina rodičů a respondentů 50 % (4) mají dostatečné množství informací o daném onemocnění a dalších 50 % (4) by uvítali více informací o daném onemocnění, nebo o možnostech léčby. Dále bylo zjištěno, že všichni rodiče (100 %) (8) byli informováni v nefrologické ambulanci nebo poradně. Z průzkumu vyplývá, že všichni rodiče 100% (8) učili, nebo učí své děti s daným onemocněním dodržovat správné hygienické návyky. Všichni rodiče se svými dětmi 100% (8) dochází na pravidelné kontroly do nefrologické ambulance nebo poradny. Celých 62,5 % (5) dotazovaných rodičů a respondentů nyní už toto onemocnění nijak neomezuje a zbylé (3) 37,5 % respondenty a jejich rodiče toto onemocnění omezuje, protože nemohou chodit na bazén a jezdit k moři na dovolenou.

Díky rozhovorům se mi podařilo podrobněji seznámit s danou problematikou a více jí porozumět. Získané odpovědi a podrobné informace, které byly analyzovány prostřednictvím tabulek, poslouží pro lepší orientaci. Stanovené cíle bakalářské práce byly splněny.

Bakalářská práce může sloužit jako studijní materiál pro studenty zdravotnických studií, kteří chtějí hlouběji proniknout do dané problematiky a rozšířit si tak obzor v oblasti ošetrování pacientů s hydronefrózou.

Seznam použité literatury

- ČIHÁK, R., 2013. *Anatomie* 2. 3. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7880.
- DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Funkční anatomie*. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4732-404.
- HANUŠ, Tomáš a Květoslav NOVÁK, 2008. *Nemoci močovodu*. 1. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-584-0.
- KACHLÍK, D. et al., 2013. *Úvod do preklinické medicíny: Anatomie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. Lékařská fakulta. 135 s. ISBN 978–80–87878–01–9.
- KAWACIUK, Ivan, 2009. *Urologie*. 1. Praha: Galén. ISBN 978-807-2626-267.
- KELNAROVÁ, Jarmila, 2009. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 1. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3106-3.
- KOPECKÝ, Miroslav, 2010. *Somatologie*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2271-8.
- KŘIVÁNKOVÁ, Markéta a Milena HRADOVÁ, 2009. *Somatologie: učebnice pro střední zdravotnické školy*. 1. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2988-6.
- MAČÁK, Jiří a Jana MAČÁKOVÁ, 2004. *Patologie*. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-0785-3.
- MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL, 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1521-6.
- MCMILLAN, Beverly. *Velký ilustrovaný atlas lidského těla*. Praha: Svojtka & Co., 2009. ISBN 978-80-256-0152-5.
- MÍKOVÁ, Vlasta, ed., 2008. *Nukleární medicína: průřez vyšetřovacími metodami v oboru nukleární medicína*. 1. Praha: Galén. Care. ISBN 978-807-2625-338.
- MOUREK, Jindřich, 2012. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3918-2.

NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M., 2015. *Přehled anatomie*. 3. vydání. Praha: Galén.. ISBN 978-80-7492-206-0.

NEKULA, Josef, 2005. *Radiologie*. 3. vyd. V Olomouci: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1011-7.

NOVOTNÝ, Ivan a Michal HRUŠKA, 2015. *Biologie člověka*. 5., rozšířené a upravené vydání. Praha: Fortuna. ISBN 978-80-7373-128-1.

ROKYTA, R., MAREŠOVÁ, R., TURKOVÁ, Z., 2016. *Somatologie*. 7. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR. 260 s. ISBN 978-80-7552-306-8.

SIKOROVÁ, Lucie, 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3593-1.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2010. *Ošetrovatelství v pediatrii*. 1. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3286-2.

TEPLAN, Vladimír, 2006. *Praktická nefrologie*. 2., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1122-2.

VIKLIČKÝ, Ondřej, Vladimír TESAŘ a Sylvie SULKOVÁ, 2010. *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3227-5.

ZIEG, J., BÉBROVÁ, E., 2015. *Diagnostika a léčba infekce močových cest u dětí z pohledu současných poznatků. Pediatrie pro praxi*. 238-242. ISSN 1213-5264.

ZUCKER, Elana D. *The caregiver's resourcebook*. 5. vydání. Singapore: Pearson Education, 2003. ISBN 981-247-101-4.

[online]. [cit. 2018-12-06]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/zaklady_anatomie/zakl_anatomie_II/pages/soustava_mocova.html

Seznam použitých zkratk

ATB	Antibiotika
cca	Cirka, přibližně
cm	Centimetr
CO ₂	Oxid uhličitý
CT	Počítačová tomografie
H ₂ O	Voda
IMC	Infekce močových cest
IVU	Vylučovací urografie
KG	Kilogram
KL	Kontrastní látka
MHz	Mega Hertz
ML	Mililitr
MM	Milimetr
MR	Magnetická rezonance
Např.	Například
PET	Pozitronová emisní tomografie
Popř.	Popřípadě
SPECT	Emisní výpočetní tomografie
UZ	Ultrazvuk
VUR	Vylučovací urografie

Seznam tabulek

Tabulka 1 Pohlaví	32
Tabulka 2 Věk	33
Tabulka 3 Vysvětlení onemocnění hydronefróza	34
Tabulka 4 Věk při zjištění hydronefrózy	35
Tabulka 5 Užívání návykových látek během těhotenství	36
Tabulka 6 Výskyt tohoto onemocnění v rodině	37
Tabulka 7 Informovanost	38
Tabulka 8 Dostatečné množství informací	39
Tabulka 9 Více informací	40
Tabulka 10 Správné hygienické návyky	41
Tabulka 11 Poučení o odběru sterilní moči	42
Tabulka 12 Odběr sterilní moči	43
Tabulka 13 Návštěvy nefrologické ambulance	44
Tabulka 14 Omezení v běžném životě	45

Seznam příloh

Příloha č. 1: Obrázek

Příloha č. 2: Rozhovor

Příloha č. 3: Brožura

