

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Lenka Hrušková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Ošetrovatelská péče u dětí s pneumonií

Bakalářská práce

Autor práce: Lenka Hrušková

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 14. 8. 2012

Abstrakt

Ošetrovatelská péče u dětí s pneumonií

Záněty plic stále patří mezi nejčastější a nejzávažnější onemocnění v dětském věku. V České republice postihuje zápal plic ročně kolem 30 000 dětí ve věku do pěti let. Celkově zápal plic onemocní ročně až 100 000 Čechů. I dnes na pneumonie určité procento dětí umírá. Klinický obraz se u akutních pneumonií v posledních letech změnil. Ubylo bakteriálních pneumonií a přibylo pneumonií virového původu.

V teoretické části bakalářské práce je uvedeno rozdělení a rozdíly onemocnění pneumonií u dětí, je poukázáno na stálé nebezpečí této nemoci a je zde uveden i přehled poskytované ošetrovatelské péče u dětí s tímto onemocněním. V praktické části výzkumného šetření byly stanoveny 2 cíle, a to zjistit jednak, jaká ošetrovatelská péče u dětí s pneumonií je v současné době poskytována, a jednak míru edukace a znalosti rodičů takto nemocných dětí v domácím prostředí. Na tomto základě byly stanoveny 3 hypotézy. H1: Ošetrovatelská péče u dětí s pneumonií je zaměřena na specifiku daného onemocnění. H2: Rodiče dětí jsou edukováni o ošetrovatelské péči u dětí s pneumoniemi v domácím prostředí. H3: Rodiče dětí mají přehled o prevenci před onemocněním – pneumonií.

Údaje byly zjišťovány metodou kvantitativního výzkumného šetření ve dvou pražských nemocnicích, a to FN Motol a v Nemocnici Na Bulovce na pediatrickém oddělení. Kvantitativní šetření bylo prováděno pomocí dotazníků pro sestry a pro rodiče hospitalizovaných dětí na dětských odděleních FN Motol a Nemocnice Na Bulovce. Výzkumný soubor tvořily hospitalizované děti od 0 do 19 let a jejich rodiče. Dále sestry pracující na pediatrickém oddělení obou nemocnic. Sběr dat probíhal od ledna 2012 do března 2012.

Výzkumné šetření v praxi potvrdilo, že ošetrovatelská péče je sestrami poskytována na odpovídající úrovni, je přizpůsobena věku dítěte a zvládnutí úkonů rodiči. Informace, edukace, poučení jsou poskytovány i přes často krátkou dobu hospitalizace dítěte v dostatečné míře. Výzkumným šetřením zaměřeným na rodiče hospitalizovaných dětí bylo zjištěno, že vzhledem ke zdravotnímu stavu svého dítěte velmi ochotně spolupracují, učí se, dříve než jsou propuštěni do domácí péče, zvládnout úkony v péči

o dítě v domácím prostředí. Výzkumné šetření ukázalo, že nedostatkem je zapamatování si všech informací. Zde by rodiče uvítali více tištěného materiálu o onemocnění, domácí péči a podrobnější prevenci.

Výsledky této práce lze využít pro rodiče i ošetřující personál jako přehled o onemocnění pneumonií u dětí a ošetřovatelské péči věnované těmto dětem, jelikož tomuto tématu je v literatuře zvláště u dětí věnována menší pozornost než u dospělých a kompletní přehled i s návodem péče o dítě s pneumonií zatím není podrobněji uceleně rozepsán. Výstupem je informační brožura pro rodiče dětí s tímto onemocněním zaměřená především na péči o dítě.

Abstract

Nursing care for children with pneumonia

Pneumonia still belongs to most frequent and most serious disease of child age. In the Czech Republic, approximately 30,000 children at the age within five years are attacked by pneumonia annually. In total, as many as 100,000 Czechs come down with pneumonia every year. Even today, a certain percentage of children die of pneumonia. The clinical picture of acute pneumonias has changed over the last years. The number of bacterial pneumonias has decreased whereas the number of viral ones has increased.

The theoretical part of the bachelor's thesis contains classification and description of differences of pneumonias occurring in children; the persisting hazardous character of this disease is accentuated and the overview of the nursing care for children suffering from this disease is provided as well. The application part of the research determined 2 goals; on the one hand, to discover what nursing care for children with pneumonia is provided currently and on the other hand, the level of education and knowledge on the part of the parents of the children suffering from this disease in home environment. Based on the foregoing, 3 hypotheses were determined. H1: The nursing care for children with pneumonia focuses on specifics of the respective disease. H2: The parents of the children are educated with respect to nursing care for children with pneumonias in home environment. H3: The parents of the children are well-informed of the prevention against the disease - pneumonia.

The data were collected by the method of quantitative research in two hospitals in Prague, namely in FN Motol (teaching hospital) and in Nemocnice Na Bulovce (hospital) on the paediatric wards. The quantitative research was executed by means of questionnaires for the nurses and for the parents of the children hospitalized on the paediatric wards of FN Motol and Nemocnice Na Bulovce. The research set consisted of the hospitalized children at the age of 0 to 19 and their parents. In addition to the nurses working on the paediatric wards of both the hospitals. Collection of data proceeded from January 2012 to March 2012.

The research confirmed in practice that the nursing care is provided by the nurses at a relevant level that it is accommodated to the child's age and the ability of the parents

to cope with the necessary tasks. Information, education, advice are provided regardless of the mostly short period of hospitalization of the child within sufficient extent. The research focused on the parents of the hospitalized children revealed that with respect to the child's health condition, the parents cooperate readily; they learn to cope with the tasks concerning care for the child in home environment before the child is released to home care. The research revealed that the weak side is the remembering of all the necessary facts. Here the parents would welcome more extensive printed material concerning the disease, home care and more detailed prevention.

The results of the thesis can be used for the parents as well as the nursing personnel as the overview of the pneumonia disease in children and the nursing care devoted to such children as this issue is paid less attention in the information sources than in the case of adult patients, and a comprehensive overview containing a guide to care for child with pneumonia has not been published in an integral form yet. The output is the information booklet for the parents of the children with this disease, focused in particular on the care for the child.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. 8. 2012

Lenka Hrušková

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat Mgr. Ditě Novákové, Ph.D. za odborné vedení, trvalý zájem, připomínky a cenné rady při vypracování této práce. Zvláštní poděkování patří dětem a rodičům, kteří měli trpělivost a i přes onemocnění svých dětí mi poskytli cenné osobní zkušenosti, a také mé rodině za pomoc a podporu při studiích.

Obsah

Úvod	8
1. Současný stav	9
1.1 Anatomie a fyziologie dolních dýchacích cest - plic	9
1.2 Anatomické a funkční odlišnosti dýchacího ústrojí dětí	12
1.3 Definice pneumonie	13
1.3.1 Rozdělení pneumonií	13
1.3.2 Diagnostika pneumonií	14
1.3.3 Komplikace pneumonií	15
1.3.4 Léčba pneumonií u dětí	15
1.4 Ošetrovatelská péče u dětí s pneumonií	16
1.4.1 Ošetrovatelská péče v domácím prostředí	17
1.5 Edukace rodičů	18
1.6 Dispenzarizace nemocných dětí	18
1.7 Lázeňská péče	19
1.8 Prevence pneumonie u dětí	19
2. Cíle práce a hypotézy	21
2.1 Cíle práce	21
2.2 Hypotézy	21
3. Metodika	22
3.1 Metodika práce	22
3.2 Výzkumný soubor	22
4. Výsledky	24
4.1 Dotazník pro sestry	24
4.2 Dotazník pro rodiče hospitalizovaných dětí	40
5. Diskuze	55
6. Závěr	64
7. Seznam použitých zdrojů	66
8. Klíčová slova	70
9. Přílohy	71

Seznam použitých zkratk

CO ₂	oxid uhličitý
FW	sedimentace erytrocytů (podle pánů Fohreuse a Wesergreena)
CRP	C-reaktivní protein
IgG a IgM	imunoglobuliny (protilátky) třídy G a M
ASTRUP	vyšetření acidobazické rovnováhy
PCR	polymerázová řetězová reakce
RTG	rentgen – nativní vyšetření srdce a plic
S.pneumoniae	Streptococcus pneumoniae
H. influenzae	Haemophilus influenzae
B. pertussis	Bordetella pertussis
TBC	tuberkulóza
HIV	human immunodeficiency virus
M. pneumoniae	Mycoplasma pneumoniae
C. pneumoniae	Chlamydia pneumoniae
L. pneumophila	Legionella pneumophila
K. pneumoniae	Klebsiella pneumoniae
Legionella spp.	Legionella species
P. aeruginosa	Pseudomonas aeruginosa
CMV	cytomegalovirus
RS virus	respirační syncytiální virus
E.coli	Escherichia coli

Úvod

Onemocnění dýchacích cest u dětí patří mezi častá onemocnění. Rozpoznat včas závažnost těchto onemocnění vyžaduje dobré poučení a informovanost rodičů o příznacích onemocnění dýchacích cest. Je důležité zbytečně neodkládat včasnou návštěvu lékaře, který posoudí a odhalí závažné onemocnění, jakým pneumonie neboli zápal plic bezesporu je. Závažnost daného tématu spočívá v tom, že vznik zápalu plic většinou nelze žádným způsobem předvídat. Zpracováním přehledu onemocnění a ošetrovatelské péče u dětí s pneumonií, poukázáním na nebezpečnost onemocnění u dětí, a hlavně na časté podcenění příznaků je potřeba zdůraznit nezastupitelnou úlohu ucelené ošetrovatelské péče o děti s onemocněním pneumonií, edukace rodičů a prevence této nemoci.

A právě sestra je v největším kontaktu s ošetrovaným dětským pacientem a jeho rodinou, realizuje největší část každodenní péče, největší měrou se podílí i na výchově dítěte během jeho pobytu v nemocnici, udává atmosféru oddělení, kterou dítě i rodiče vnímají. Tento intenzivní kontakt činí její ošetrovatelskou práci odpovědnou a náročnou (Fendrychová, 2005).

Téma práce jsem si zvolila, protože má dcera byla opakovaně léčena pro tuto diagnózu. Setkala jsem se u rodičů, ale i sama u sebe s reakcí, že právě moje dítě v dnešní době onemocnělo zánětem plic. Jakékoliv onemocnění dětí je pro celou rodinu problém nejen zdravotní, ale mnohdy i psychosociální. Děti musí být často mimo kolektiv svých vrstevníků, pro častou absenci. A na straně druhé máme sociální problém, kdy jeden z rodičů nemůže chodit do zaměstnání.

Cílem bakalářské práce je zjistit specifika ošetrovatelské péče u dětí s pneumonií a dále zjistit míru edukace a znalosti rodičů takto nemocných dětí propouštěných z nemocnice do domácího prostředí. Šetření bylo uskutečněno metodou kvantitativní, technikou sběru dat je dotazník.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá anatomii plic, rozdíly a specifiky onemocnění pneumonií, ošetrovatelskou péčí o děti s onemocněním pneumonií a preventivními opatřeními této choroby. V praktické části jsou uvedeny výsledky výzkumu.

1. Současný stav

Pneumonie je zánětlivé onemocnění plic, které způsobují nejrůznější vyvolavatelé. Zápal plic je stále i přes nové diagnostické a léčebné metody jednou z nejčastějších příčin úmrtí na infekční nemoci jak v rozvojovém, tak ve vyspělém světě. K rizikovým skupinám patří nejen pacienti s oslabenou imunitou nebo s chronickými onemocněními, ale i kojenci a děti. Pneumonie je stále celosvětově hlavní příčinou smrti dětí do 5 let (www.vitalia.cz, 2011).

Z tohoto důvodu je důležitá jak správná léčba, tak i poskytování ošetrovatelské péče v akutní fázi onemocnění pneumonií a poté i následná péče v domácím prostředí.

K poskytování kvalitní ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním dolních cest dýchacích je potřeba, aby sestra znala i anatomicko-fyziologické odlišnosti dýchacích cest u dětí a dospělých (Sedlářová, 2008).

1.1 Anatomie a fyziologie dolních dýchacích cest - plic

Dýchací systém člověka představuje složitý komplex struktur a funkčních mechanismů, které zajišťují výměnu plynů. Výměna plynů mezi vnějším prostředím a plicemi je tzv. vnější dýchání (ventilace) a mezi krví nebo tkáňovým mokem a tkáněmi je tzv. vnitřní dýchání. Výměnou plynů se rozumí výměna kyslíku a kysličníku uhličitého. Dýchání patří mezi základní biologickou potřebu člověka (Kolek, 2005; Kolek, 2002; Sedlářová, 2008).

Ventilace je zajištěna dýchacími pohyby hrudníku, při kterých dochází k nasátí vzduchu – nadechnutí (inspiraci) - a k vypuzení vzduchu – vydechnutí (expiraci). Přesuny dýchacích plynů mezi zevním prostředím a krví zabezpečuje dýchací systém, který je tvořen soustavou trubic a dutin, kterými vdechovaný vzduch proudí do plic.

Dýchací cesty dělíme na horní a dolní. Dýchací systém můžeme podle funkce rozdělit na dva oddíly: dýchací trubice, které převádějí vzduch z dutiny nosní a ústní do plic, resp. do větších průdušek; dýchací odstavce plic, které přes stěnu sklípků zajišťují výměnu plynů mezi vnitřním prostorem plicních sklípků a krví. Dýchací soustava se podílí také na dalších funkcích organismu. Patří sem také udržování stálého

pH krve, čichové funkce, řečové funkce, obranné funkce (Dylevský, 2000; Velemínský, 2009; Merkunová, 2008).

Plíce (pulmones) jsou párové orgány. Jsou uloženy ve dvou pleurálních dutinách: pulmo dexter, pravá plíce, je uložena v dutině nazývané cavitas pleuralis dextra, pravá pleurální dutina; pulmo sinister, levá plíce, je uložena v dutině označované jako cavitas pleuralis sinistra, levá pleurální dutina. Pleurální dutina obsahuje malé množství vazké tekutiny, která tření mezi listy zmenšuje. Je zde negativní tlak, tj. tlak nižší než atmosferický (tzv. podtlak)(Čihák, 2002; Merkunová, 2008).

Povrch plic je pokryt tenkou, lesklou a průhlednou blánou zvanou poplicnice neboli pleura visceralis, která přechází v plicním hilu v pohrudnici, pleura parietalis. Plíce zcela vyplňují prostory pleurálních dutin, proto s nimi mají stejný tvar, závislý na stěnách hrudní dutiny a na orgánech mediastina. Každá plíce má základní tvar kužele s otupeným vrcholem a zploštělou a vkleslou mediastinální plochou, která je obrácena proti srdci a orgánům mediastina. Vzduchem naplněné plíce jsou měkké a svým tvarem se přizpůsobují okolním orgánům. Proto se na plicích fixovaných in situ nacházejí otisky okolních útvarů. Obě plíce jsou rozdělené na lobi pulmonis, laloky plicní, přičemž na pravé plíci jsou tři, na levé jsou dva laloky. Mezi laloky vnikají fissurae interlobares, označované jako mezilalokové rýhy, které zasahují od povrchu plíce dosti hluboko směrem k plicnímu hilu. Plicní laloky lze ještě makroskopicky rozdělit na plicní segmenty. Pravá plíce se skládá z 10 segmentů a levá z 8 segmentů (Naňka, 2009; Čihák, 2002).

Plíce mají dvojí oběh – nutritivní (výživný) a oběh funkční (malý, plicní). Nutritivní oběh jde cestou arteriae a venae bronchiales a zajišťuje výživu a odvod zplodin metabolismu. Funkční oběh je mezi pravou srdeční komorou a levou plicí, zajišťuje výměnu dýchacích plynů mezi krví a alveolárním vzduchem (Mourek, 2005).

Mechanika plic při dýchání - základem při vdechu je zvětšení hrudní dutiny, která se zdvižením žeber rozšiřuje předozadně i příčně, stahem kleneb bránice se zvětšuje i v kраниokaudálním směru. Podle převahy činnosti mezižeberních svalů nebo bránice při dýchání rozlišujeme kostální a abdominální typ dýchání. Normální dýchání je smíšené, uplatňují se při něm oba typy: uvádí se, že u mužů převažuje dýchání

abdominální, u žen kostální. Převládá-li při dýchání činnost žeber, mluvíme o žeberním dýchání. Převládá-li činnost bránice, mluvíme o dýchání bráničním (břišním). Brániční dýchání by se mělo podílet na celkové plicní ventilaci značným dílem (asi 65 % u mužů), proto je tolik užitečné brániční dýchání cvičit. Velikost plicní ventilace je závislá na dvou činitelích: na objemu vzduchu, který se jedním vdechem a výdechem vyměňuje (na hloubce dýchání), a na počtu vdechů za minutu (frekvenci dýchání) (Čihák, 2002; Novotný, 2008).

Na klidné dýchání u zdravého člověka má vliv především bránice, mezižeberní svaly a pružnost hrudní stěny a plic. Při prohloubeném dýchání při vynaložení větší námahy se postupně zapojují do funkce další svalové skupiny, především zádové svaly, krční svaly a svaly pažního pletence, které se upínají na hrudník. Těmto svalům se říká pomocné dýchací svaly (Dylevský, 2000).

Kontrola plicního dýchání - při dýchání je potřeba, aby byla zajištěna pravidelnost (rytmicita) činnosti dýchacích svalů a aby plicní ventilace svou rychlostí a hloubkou byla ve shodě s potřebami organismu. Bránice a mezižeberní svaly jsou kosterní svaly, které se mohou stahovat pouze prostřednictvím nervového podráždění. Dýchání je proto zcela závislé na opakujícím se cyklickém dráždění dýchacích svalů nervy vycházejícími z páteřní míchy. Míšní nervy, které inervují dýchací svaly, jsou aktivovány z prodloužené míchy z dechového centra. Na regulaci dechové funkce se podílí i chemoreceptory uložené v aortě a karotidách. Činnost dýchacího centra ovlivňuje také aktivita, která vychází z mozkové kůry a podkorových oblastí. Nervové mechanismy vycházející z mozkové kůry zprostředkují i volní dýchání. Dýchací pohyby můžeme vůlí udržovat, ale i zadržovat. Při zadržování dechu se ale nahromadí v krvi tolik CO_2 , že jeho stimulační vliv na dýchací centra převládne a potlačí volní inhibici dýchání. Není tedy možné se zadusit pouhým zadržením dechu (Novotný, 2008; Ošťádal, 2008).

Maximální množství vzduchu, které lze vydechnout po největším možném nádechu, vyjadřuje tzv. vitální kapacitu plic. Vitální kapacita plic je určitým orientačním ukazatelem (i když nepřesným a neúplným) o výkonnosti plic (Dylevský, 2000).

1.2 Anatomické a funkční odlišnosti dýchacího ústrojí dětí

Vývoj dýchacího systému není po narození ještě ukončen, ale pokračuje v průběhu dětství. Anatomická a histologická stavba dýchacího systému se u malých dětí liší od dospělých, což významně ovlivňuje vznik a průběh respiračních onemocnění (Volf, 2000).

Horní cesty dýchací – nosní dutina a hrtan jsou užší, mají výrazněji prokrvenou sliznici. Vedlejší dutiny nosní se teprve postupně rozvíjejí (maxilární v batolecím a předškolním věku, frontální až ve školním věku). Nosohltan je nižší a je bohatý na lymfatickou tkáň. Bohatý lymfatický systém involuje až v období dospívání. Proto při zánětlivých změnách snadno dochází k otoku sliznice, čímž se sníží průchodnost dýchacích cest.

Dolní cesty dýchací – průdušky mají měkkou a poddajnou stěnu, která umožňuje vznik obstrukce až atelektázy (nevzdušnosti plic). V dolních a zadních segmentech plic je ventilace nedostatečná a cirkulace krve je zde zpomalená. Proto zde častěji dochází ke vzniku zánětlivých procesů (pnemonií)(Stožický, 2006; Volf, 2000).

Nahromadění malého množství hlenů nezpůsobí velké obtíže dospělému, ale úzké cesty dýchací dítěte může zcela ucpat. Plíce jsou u dětí růžové barvy, později se stávají šedočernými kvůli vdechovanému prachu. Tyto anatomické odlišnosti dýchacích cest jsou při srovnání s dospělými příčinou rozdílné funkční charakteristiky. Veškerá funkční vyšetření plic můžeme provádět až od 5 let, jelikož vyžadují dobrou spolupráci dítěte a lékaře. Zároveň musíme mít na paměti, že se v průběhu dětství významně mění hodnoty plicních objemů (vitální kapacita, dechový objem). Dechový objem u novorozence je 15 ml, u dospělého 500 ml. Dechová frekvence u dětí je vyšší než u dospělého. Dechová frekvence v závislosti na věku dítěte – počet dechů za minutu: u novorozence 30 - 60, batolete 24 - 40, předškolního dítěte 22 - 34, školního dítěte 18 - 30, adolescenta 12 – 16. Novorozenci dýchají nepravidelně, někdy s apnoickými pauzami. Novorozenec, kojeneček, batole má převážně diafragmatické abdominální dýchání. Tříleté dítě začíná dýchat i pomocí svalstva na hrudníku a okolo 7. roku dýchá jako dospělý. Novorozenec má vyšší postavení bránice než dospělý. Novorozenec a kojeneček dýchá především nosem. Ústy dýchá pouze při pláči. U předčasně narozených

děti chybí surfaktant. Jde o látku, která zeslabuje sílu povrchového napětí a zabraňuje případnému kolapsu alveolů při výdechu. Plicní alveoly se během růstu a vývoje dítěte postupně rozdělují a ztenčují. Dochází takto ke zvětšování povrchu, na kterém může docházet k výměně plynů (Volf, 2000; Sedlářová, 2008; Vacušková, 2009; Mourek, 2005; Naňka, 2009).

1.3 Definice pneumonie

Pneumonie je akutní zánětlivé onemocnění, které postihuje plicní alveoly, respirační bronchioly a plicní intersticiium. Nejedná se o jednotné onemocnění, jde o skupinu zánětů. Ty mají odlišnou epidemiologii, patogenzi, klinické projevy i průběh (Kolek, 2003; Šafránková, 2006).

Záněty plic u dětí (pneumonie) patří mezi nejčastější a nejzávažnější onemocnění dětského věku, a to hlavně kojenců a batolat. Zápal plic vznikne, když do plicní tkáňe vnikne vdechnutím, nosem nebo nosohltanem, inhalací či krví choroboplodný mikroorganismus. Neexistují specifické symptomy nebo projevy, které by rozhodly na 100 %, že se u dítěte jedná o pneumonii (Kohoutová, 1998; Volf, 2000; Vigué, 2006; O'Callaghan, 2005).

1.3.1 Rozdělení pneumonií

V průběhu let se vytvořila řada rozdělovacích schémat pneumonií, ale jen některá mají praktický klinický význam.

1. Etiologické rozdělení: podle vyvolávající příčiny
2. Patologicko-anatomické rozdělení a rozdělení podle rentgenového obrazu: podle postižení jednotlivých struktur, podle nálezu na skiagramu hrudníku
3. Klinicko-epidemiologické rozdělení: podle okolností vzniku
4. Rozdělení podle závažnosti
5. Dělení podle věku

Mezi jednotlivými formami postižení jsou plynulé přechody. Doposud není plně uspokojivá žádná klasifikace akutních pneumonií dětského věku (podrobněji viz. Příloha 1)(Kolek, 2003; Hrodek, 2002; Volf, 2000).

1.3.2 Diagnostika pneumonií

Správná diagnostika a rychlé podání antibiotik zkracují potřebu parenterální léčby a délku hospitalizace a tím omezují vznik komplikací a snižují počet hospitalizací (www.zdn.cz, 2011-06-07).

Základním kritériem pro diagnostiku pneumonie je výskyt čerstvého infiltrátu na skiagramu hrudníku a nejméně dvou klinických příznaků zánětu respiračního ústrojí. Anamnézou zjišťujeme předchozí onemocnění, stav aspirace, ozáření apod. Fyzikálním vyšetřením plic je poklep, zkrácený nad zánětem; poslech, zde je dýchání oslabené, někdy trubicové s vedlejšími dechovými šelesty (chrůpky, konsolidace, krepitus). Klinické příznaky jsou: pleurální bolest (vázaná na dýchací pohyby, zesiluje v inspiriu), zvýšení teploty – subfebrilie, horečka, třesavka podle typu zánětu, kašel – suchý, přechází ve vlhký produktivní, sputum – hnisavé až sangvinolentní, dušnost až akutní respirační tíseň, cyanóza, bolesti hlavy, svalů, kloubů. Skiagram hrudníku (předozadní a boční projekce) kde je nález čerstvé infiltrace. Laboratorní diagnostika: KO s leukocytózou a posunem doleva, zvýšená FW, CRP, sérologie (atypických pneumonií IgG a IgM). Bronchoskopie – u aspirace. Funkční vyšetření plic – spirometrie – po těžší pneumonii. ASTRUP (u těžších stavů). Mikroskopické a kulturační vyšetření sputa, kultivace krve (hemokultura), průkaz antigenů (legionely, pneumokoky), PCR (tuberkulóza, chlamydie)(Kolek, 2005; Šafránková, 2006).

Klinický průběh pneumonií u dětí bývá velmi různorodý. Existuje plynulý přechod od forem s mírnými příznaky až po formy s těžkým, život ohrožujícím průběhem. Pneumonie mívají podstatně těžší průběh u mladších dětí. Začátek nemoci může být náhlý, kdy se náhle z plného zdraví objeví vysoká teplota, zrychlené namáhavé dýchání a kašel. Jindy je vývoj pozvolný a onemocnění začíná postupně rýmou a kašlem. Tvář dítěte má obvykle typický vzhled – nápadnou bledost nebo planoucí tvář, alární dýchání a úzkostný výraz. Při těžkém průběhu může vzniknout septický stav s příznaky selhání srdce, s poškozením mozku (poruchy vědomí) nebo s rozvratem vnitřního prostředí a selháním dýchání. Klinický obraz akutních pneumonií u dětí se v posledních letech změnil. Ubyly bakteriální pneumonie, a naopak přibyly pneumonie virového původu převládající v současné době. Virová infekce může předcházet o několik dní bakteriální

pneumonii. Vznik bakteriální pneumonie se usnadní tím, že dojde k narušení epitelu dýchacích cest. Virová infekce změní normální sekrety a modifikuje bakteriální flóru (Volf, 2000; Kohoutová, 1998).

1.3.3 Komplikace pneumonií

V průběhu pneumonie také může dojít k velmi závažným komplikacím, ke kterým patří pleuritida, pleurální výpotky, empyém, atelektáza a plicní absces, plicní gangréna a bronchiektázie. Rozsevem infekce může vzniknout septická artritida, otitida, nefritida, endokarditida, meningitida, peritonitida a septický šok. Atelektázou nebo dlouhodobou zánětlivou sekrecí narušená výměna plynů v alveolech by mohla vést k respirační insuficienci a v nejtěžším případě i k zástavě dýchání. Po prodělané pneumonii mohou přetrvávat trvalé funkční poruchy (Adams, 2000; Kolek, 2003).

1.3.4 Léčba pneumonií u dětí

Základem léčby pneumonie je podání antibiotik, které je potřeba zahájit co nejdříve po radiologickém potvrzení diagnózy a nasadit ihned po odebrání základního mikrobiologického materiálu (hemokultura, sputum). Základní volba antibiotika je empirická a vychází z klinického a laboratorního obrazu, věku dítěte a anamnézy. Pokud se podaří určit vyvolávající agens, upravujeme léčbu podle aktuální citlivosti, jinak se řídí účinkem léčby a vývojem klinického obrazu. Kromě kauzální léčby zajišťujeme léčbu symptomatickou – kyslík, antipyretika, dostatečný příjem tekutin, korekce vnitřního prostředí. Bronchodilatancia podáváme jen při známkách bronchiální hyperreaktivity. Při těžší dyspnoi, intersticiální pneumonii nebo při septickém stavu se podávají systémově kortikosteroidy. Délka antibiotické léčby a hospitalizace je 1–4 dny parenterálně, přechod na per os po jasném zlepšení (klinické zlepšení s poklesem teploty, pokles parametrů zánětu). Hospitalizujeme průměrně 2 dny až 5 dní, antibiotická léčba trvá při nekomplikovaném průběhu obvykle 7–10 dní, u atypické pneumonie je doporučována léčba minimálně 14 dní. Důležité je monitorování účinku léčby: podle klinického stavu – pokles teplot, zmírnění dušnosti, pokles laboratorních parametrů zánětu. RTG kontrola je doporučována vždy u lobárního infiltrátu,

atelektázy, okrouhlého infiltrátu, při pleurálním výpotku. Pokud je příznivý klinický průběh, je možné zachovat odstup kontrolních vyšetření nejméně 4–6 týdnů. Pleurální výpotek je potřeba v mezidobí kontrolovat sonograficky. Při komplikovaném průběhu je RTG kontrola doporučována kdykoli v závislosti na závažnosti komplikací (přetrvávající příznaky, neustupující známky zánětu, pneumatokély, podezření na plicní absces, fluidothorax, pneumothorax). Starší děti, pokud se necítí příliš špatně, mohou být léčeny doma. Téměř většina dětí mladších 2 roky by měla být hospitalizována (Musil, 2007; www.zdn.cz, 2011-07-13; O'Callaghan, 2005).

Zánětlivé komplikace je potřeba řešit intenzivní antimikrobiální léčbou. Plicní absces nebo empyém vyžadují drenáž pohrudniční dutiny a výplachy antibiotiky. Pokud je terapie neúspěšná, je nutná pleurektomie, event. spojená s resekcí postiženého laloku (Kolek, 2003).

Po skončení léčby je vždy nutná řádná rekonvalescence, jejíž délka se řídí závažností nemoci a klinickým průběhem. Délka rekonvalescence po nekomplikované pneumonii by neměla být kratší než dva týdny, při komplikovaném průběhu by měla být významně delší (minimálně 6 týdnů)(www. zdn.cz, 2011-07-13).

1.4 Ošetrovatelská péče u dětí s pneumonií

Ošetrovatelská péče je chápána jako odborná činnost zaměřená na zachování, upevňování a obnovu zdraví jednotlivců i skupin. Tuto činnost vykonávají sestry, a to samostatně, na základě indikace lékaře a ve spolupráci s lékařem jako komplexní ošetrovatelskou péčí, specializovanou ošetrovatelskou péčí a základní ošetrovatelskou péčí. Cílem zdravotnického personálu je nejen poskytnout individuální, flexibilní ošetrovatelskou péči, ale také získat a udržet důvěru dítěte, povzbudit rodiče, zvláště primárního opatrovatele dítěte, a začlenit je do plánu ošetrovatelské péče (Farkašová, 2006; Vacušková, 2009).

Základem hygieny horních dýchacích cest by mělo být, aby každé dítě umělo dobře smrkat a správně dýchat. Tím lze předcházet zahlenění a chronickému postižení dýchacích cest. Podmínkou optimální ventilace jsou volně průchodné dýchací cesty. K ošetrovatelským intervencím, které vedou k udržení volných dýchacích cest, patří

zejména polohování, inhalace, rehabilitace a odstranění sekretu z dýchacích cest (podrobněji viz. Příloha 2)(Sedlářová, 2008).

Cílem ošetrovatelské péče je: zlepšit dýchání nemocného, zmírnit kašel a usnadnit odkašlávání, navodit psychickou pohodu dítěte, předcházet vzniku komplikací. Ošetrovatelská péče je poskytována podle aktuálního zdravotního stavu. Důraz se klade především na pravidelné podávání léků (antibiotik, antitusik, mukolytik, apod.), je také nutno sledovat účinnost léčby, výskyt nežádoucích příznaků, včetně možných alergických obtíží. Kyslík se aplikuje dle ordinace lékaře při dušnosti. Je důležité i zajištění klidu na lůžku, dostatečný odpočinek a spánek. Je ovšem nutné přihlížet k celkovému stavu dítěte, tj. k tomu jak se na něm odráží závažnost onemocnění. Některé děti jsou čilejší a poměrně dobře se vyrovnávají s infekcí, těžce snášejí celodenní pobyt v postýlce, a proto se mu brání. Pro tyto děti může znamenat více klidu, když je zabavíme vhodnou hrou a umístíme vhodně oblečené na dostatečně teplou podložku (většinou se jedná o batolata a předškolní děti). Dále dbáme na: podávání dostatku tekutin – nejlépe teplý čaj; sledování celkového stavu dítěte; sledování charakteru kašle, jeho odkašlávání, množství a barvu sputa; sledování výskytu bolestí. (bolest na hrudníku při dýchacích pohybech může značit výskyt komplikací); úpravu polohy na lůžku = Fowlerova poloha; zajištění fyzické a psychické pohody - aktivním přístupem sestry, empatií, vyslechnutím a rozhovorem s dítětem a jeho rodinou; zajištění jeho základních potřeb, dobré plicní ventilace. Provádí se rehabilitace dechu (fyzioterapeut i sestra). Patří sem pravidelné prohloubené prodýchávání, používání různých technik dýchání s pomůckami, dýchání proti odporu (nafukování balonku, rukavic, probublávání brčkem apod.), nácvik správného odkašlávání, cvičení horními končetinami apod. Výkony je potřeba provádět co nejrychleji a nejšetněji, dítě uklidňovat, odvádět pozornost a po ošetření vždy pochválit (Šafránková, 2006; Zahálková, 2000; Zacharová, 2007).

1.4.1 Ošetrovatelská péče v domácím prostředí

Před propuštěním do domácí léčby lékař poučí rodiče dítěte o následné domácí terapii, kontrolách u praktického lékaře a případné rehabilitaci dechu (fyzioterapeutem).

Pacientovi a jeho rodině sestra poskytne dostatek informací pro ošetřování dítěte v domácím prostředí. Především o prevenci exacerbace choroby, o hygieně dýchacích cest, pobytu na čerstvém vzduchu, otužování, o pravidelné dechové rehabilitaci, o ochraně před infekcemi a zákazu kouření v prostředí dítěte. V domácím prostředí se o nemocného často starají rodinní příslušníci. Doporučuje se pravidelné užívání léků naordinovaných lékařem a dostatečný příjem tekutin, nejvhodnější je pití teplého čaje (i bylinkového), minerálek nebo ovocných šťáv. Nedoporučuje se pít mléko nebo mléčné výrobky, více zahleňují. Je důležité pečovat o domácí prostředí, dostatečně zvlhčovat vzduch, pravidelně větrat, udržovat optimální teplotu prostředí (kolem 20°C), dbát na hygienu těla, zejména na ústní dutinu po vykašlání sputa, vést dítě k hygienickým návykům při kašli a kýchání, k důkladnému a častému umývání rukou a následné likvidaci použitých kapesníků (Šafránková, 2006; Boledovičová, 2006).

1.5 Edukace rodičů

Edukace má významnou roli v rámci primární, sekundární a terciální prevence. Pojem edukace můžeme definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace tudíž znamená výchovu a vzdělávání jedince, vzájemně se prolínají a nelze je od sebe oddělit (Juřeníková, 2010).

Je vhodné ještě před zahájením terapie seznámit rodiče i dítě s jednotlivými prvky terapie a s postavením fyzioterapie v rámci komplexní léčby. Vysvětlíme především význam a účinek jednotlivých technik. Edukace o postavení a roli fyzioterapie v rámci komplexní péče by měla též navazovat na edukaci o vlastním onemocnění. S tím by měli být pacient i rodiče obeznámeni již ošetřujícím lékařem, zejména o symptomech onemocnění, výživě, farmakoterapii, sportovních aktivitách i relaxaci (Ošťádal, 2008).

1.6 Dispenzarizace nemocných dětí

U nemocných dětí s lehkou formou ambulantně léčené pneumonie postačí jedno kontrolní vyšetření do 6 týdnů. Spočívá v provedení kontrolního skiagramu hrudníku, event. spirometrie, krevního obrazu, kontrolního sérologického a biochemického

vyšetření. Pokud přetrvávají patologické nálezy, jsou nutná další pomocná diferenciálně diagnostická vyšetření. Dechová gymnastika a rekondice se může doplnit lázeňskou léčbou u pacientů s komplikovanou a recidivující pneumonií, zvláště u pacientů s následnou funkční poruchou ventilace (Kolek, 2003).

1.7 Lázeňská péče

Léčba dětí, které trpí onemocněním dýchacích cest probíhá v lázních Kynžvart, Jeseník, Luhačovice a Cvikov. V těchto lázních se léčí všechny děti od dvou do patnácti let. Rodiče se aktivně účastní léčby, získávají znalosti o onemocnění svých dětí a návod, jak tyto poznatky využívat i po návratu domů. Zde také pochopí, že léčení klimatické a rehabilitační je stejně důležité, a v mnohých případech snad i důležitější, než aplikace celé řady léků. V lázních pomocí přírodních faktorů dochází u dětského pacienta ke zvýšení imunity, ke sníženému kontaktu s alergeny a tím také ke snížení frekvence onemocnění (Velemínský, 2007).

1.8 Prevence pneumonie u dětí

Prevenčí pneumonie je odstranění rizikových faktorů, mezi které patří snížení expozice infekcí (omezení návštěv v kolektivních zařízeních v rizikovém období), důležité je také zamezit pasivnímu kouření a dostatečná léčba chronických onemocnění, dále do preventivních opatření patří očkování – k dispozici je očkování proti nejčastějšímu bakteriálnímu původci pneumonie *S.pneumoniae* – od 2 měsíců do 5 let Prevenar, od 2 let, ale lépe až od 5 let Pneumo 23), dále očkování proti viru chřipky, v pravidelném kalendáři je již začleněno očkování proti *H. influenzae*, *B. pertusis*, TBC a morbilliviru, které mohou být rovněž původci pneumonie. Další prevencí, tentokrát komplikací a nárůstu antibiotické rezistence, je správná indikace antibiotik v dostatečném dávkování (www.zdn.cz, 2011-07-13).

Žádné, ani zpočátku banálně probíhající, onemocnění dětí bychom neměli brát na lehkou váhu. Dítě by se mělo v klidu vyléčit a po skončení nemoci by měla následovat přiměřeně dlouhá doba rekonvalescence, aby znovu nabralo síly, o které ho nemoc

připravila. Toto je vůbec nejdůležitější léčebné a zároveň preventivní opatření (Gregora, 2005).

12. listopad 2011 byl vyhlášen Světovým dnem pneumonie. Poprvé byl tento den vyhlášen v roce 2009 Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Dětským fondem OSN (UNICEF). Cílem výročí je zvýšit povědomí o výskytu tohoto onemocnění a doporučit, prostřednictvím akčního plánu Prevence a kontroly, snížit počet onemocnění zavedením očkování, zajištěním odpovídající péče a léčby a také primární prevencí (www.verejnezdravi.cz, 2012; www.zdn.cz, 2011-12-02).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit ošetrovatelskou péči u dětí s pneumonií.

Cíl 2: Zjistit míru edukace a znalosti rodičů takto nemocných dětí v domácím prostředí.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Ošetrovatelská péče u dětí s pneumonií je zaměřena na specifiku daného onemocnění.

Hypotéza 2: Rodiče dětí jsou edukováni o ošetrovatelské péči u dětí s pneumoniemi v domácím prostředí.

Hypotéza 3: Rodiče dětí mají přehled o prevenci před onemocněním – pneumonií.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Ke sběru dat byla použita metoda kvantitativního výzkumného šetření. Kvantitativní šetření bylo prováděno pomocí dotazníků pro sestry a pro rodiče hospitalizovaných dětí na dětských odděleních ve FN Motol a v Nemocnici Na Bulovce. Dotazníky obsahovaly otevřené, polootevřené i uzavřené otázky. Před zahájením výzkumného šetření byla podána žádost o umožnění dotazníkové akce náměstkyním pro ošetrovatelskou péči v Nemocnici Na Bulovce a ve FN Motol v Praze (Příloha 3, 4).

Dotazník pro sestry obsahuje 33 otázek (Příloha 5). Zkoumá tři oblasti, které se týkají onemocnění pneumonií u dětí. První část otázek zjišťuje dosaženou praxi sester, vzdělání a typ dětského oddělení. Druhá část dotazníku zkoumá výskyt tohoto onemocnění u dětí a současnou ošetrovatelskou péči. Závěr dotazníku je zaměřen na edukaci rodičů propouštěných s dítětem do domácí péče.

Dotazník pro rodiče hospitalizovaných dětí obsahuje 29 otázek (Příloha 6), zjišťoval věkové kategorie dětí hospitalizovaných s diagnózou pneumonie, předchozí onemocnění a příznaky onemocnění. Druhá část dotazníku je zaměřena na délku hospitalizace, předání informací o následné domácí léčbě a zapojení rodiče do péče o takto nemocné dítě. V závěru dotazníku se zjišťují vědomosti rodičů o rozpoznání onemocnění a možné prevenci tohoto onemocnění.

Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány formou grafů a jsou uvedeny v Microsoft Office Excel 2007.

3.2 Výzkumný soubor

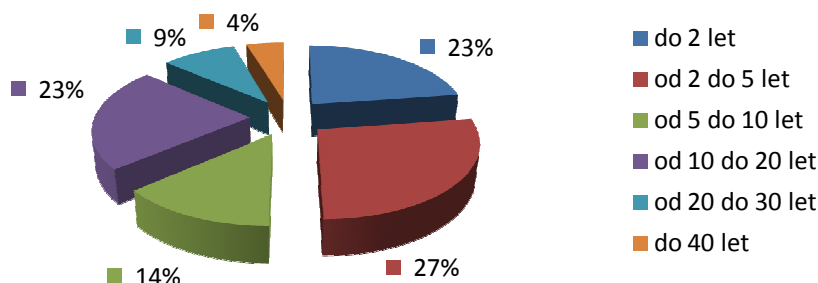
Výzkumný soubor tvořily hospitalizované děti od 0 do 19 let, jejich rodiče, a sestry na pediatrickém oddělení ve FN Motol a v Nemocnici Na Bulovce. Sběr dat probíhal od ledna 2012 do března 2012. Podmínkou výzkumného šetření byl souhlas rodičů s poskytnutím údajů o dítěti a odevzdání dotazníků před ukončením hospitalizace dítěte. Při distribuci dotazníků byla většina respondentů osobně oslovena, byly zodpovězeny dotazy respondentů a účel výzkumného šetření. K dotazníkům byla přiložena obálka pro zachování anonymity. Pro sestry pracující v Nemocnici Na Bulovce bylo vytištěno

15 dotazníků a 15 dotazníků pro sestry pracující ve FN Motol. 20 dotazníků bylo vytištěno pro rodiče hospitalizovaných dětí v Nemocnici Na Bulovce a 30 dotazníků pro rodiče hospitalizovaných dětí ve FN Motol. Návrat správně vyplněných dotazníků od respondentů/rodičů byl 38 (76 %) z 50 (100 %), a dotazníků od sester byl 22 (73 %) z 30 (100 %). Výzkumný soubor byl tvořen 22 (100 %) sestrami, 38 (100 %) respondenty/ rodiči.

4. Výsledky

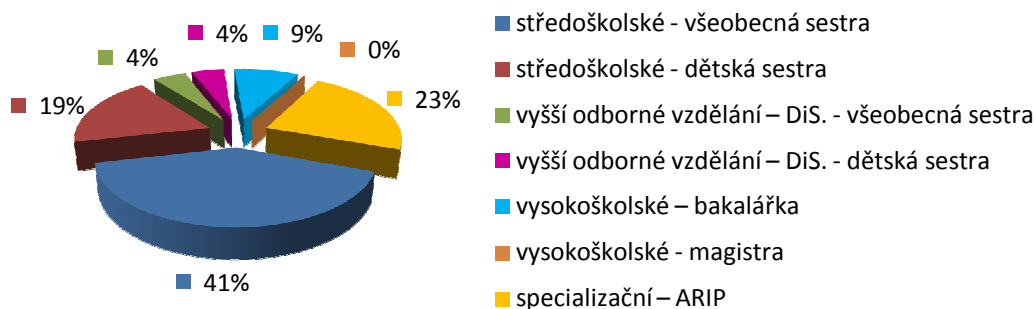
4.1 Dotazník pro sestry

Graf 1 Počet let praxe na dětském oddělení



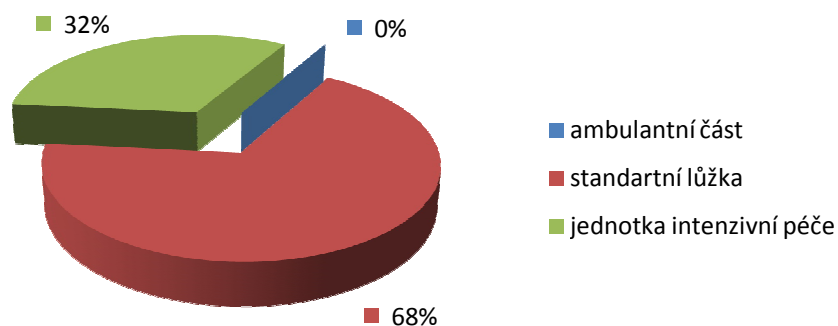
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 22 (100 %) sester, které vyplnily dotazník, 5 (23 %) sester pracuje na dětském oddělení do 2 let, 6 (27 %) sester pracuje na dětském oddělení od 2 do 5 let, 3 (14 %) sestry pracují od 5 do 10 let na dětském oddělení, 5 (23 %) sester pracuje od 10 do 20 let na dětském oddělení, 2 (9 %) sester pracují od 20 do 30 let na dětském oddělení, 1 (4 %) sestra pracuje od 30 do 40 let na dětském oddělení.

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání sester



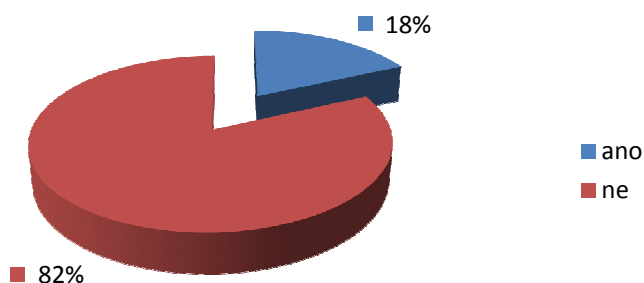
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 22 (100 %) sester má 9 (41 %) sester vzdělání středoškolské - všeobecná sestra, 4 (19 %) vzdělání středoškolské - dětská sestra, 1 (4 %) sestra vyšší odborné vzdělání – DiS. - všeobecná sestra, 1 (4 %) sestra vyšší odborné vzdělání – DiS. - dětská sestra, 2 (9 %) sester vysokoškolské – bakalářka, žádná sestra nemá vzdělání vysokoškolské – magistra, 5 (23 %) sester má vzdělání specializační – ARIP.

Graf 3 Typ dětského oddělení, na kterém sestry pracují



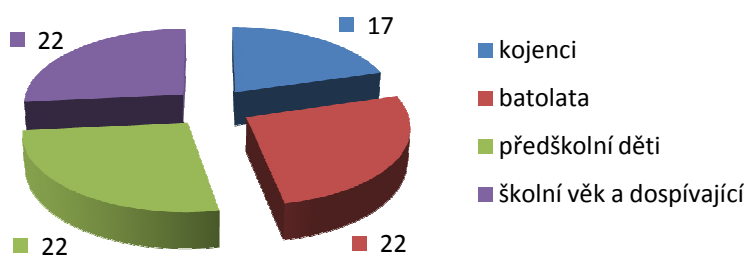
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 22 (100 %) sester žádná sestra nepracuje v ambulantní části, 15 (68 %) sester pracuje na oddělení standardních lůžek, 7 (32 %) sester pracuje na jednotce intenzivní péče.

Graf 4 Rozdělení dětského oddělení podle věkových kategorií



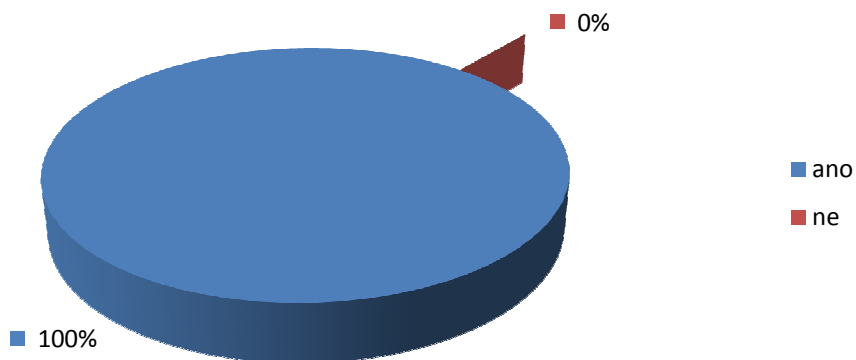
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 22 (100 %) dotázaných sester pracují 4 (18 %) sestry na dětském oddělení, kde jsou děti rozděleny podle věkových kategorií a 18 (82 %) sester pracuje na dětském oddělení, kde děti nejsou rozděleny podle věkových kategorií.

Graf 5 Věková kategorie hospitalizovaných dětí v péči sester



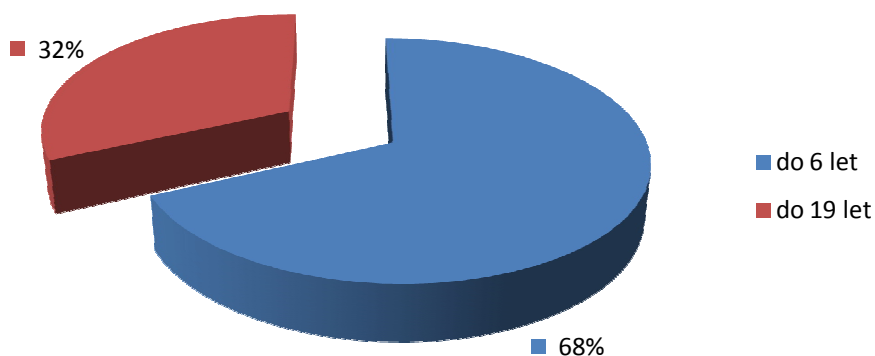
V grafu bylo možno zvolit více odpovědí. 17 sester si zvolilo odpověď, že se starají o kojence, 22 sester o batolata, 22 sester o předškolní děti, 22 sester odpovědělo, že se starají o děti ve školním věku a dospívající.

Graf 6 Možnost pobytu rodiče s dítětem na dětském oddělení



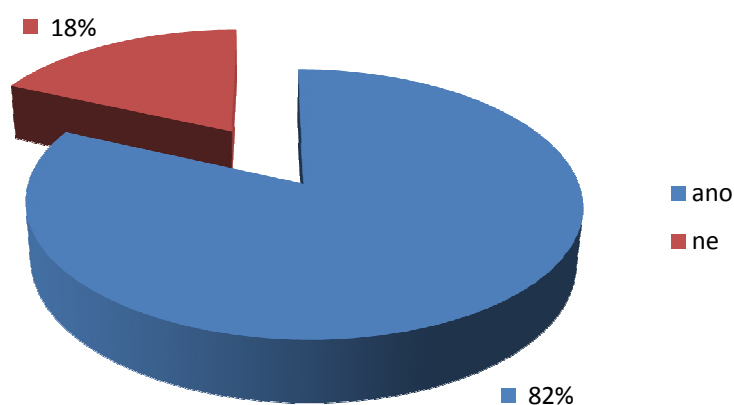
Graf znázorňuje, že 22 (100 %) dotazovaných sester shodně odpovědělo ano, že na jejich dětském oddělení je možný pobyt dítěte s rodičem.

Graf 7 Věkové omezení pobytu rodiče s hospitalizovaným dítětem



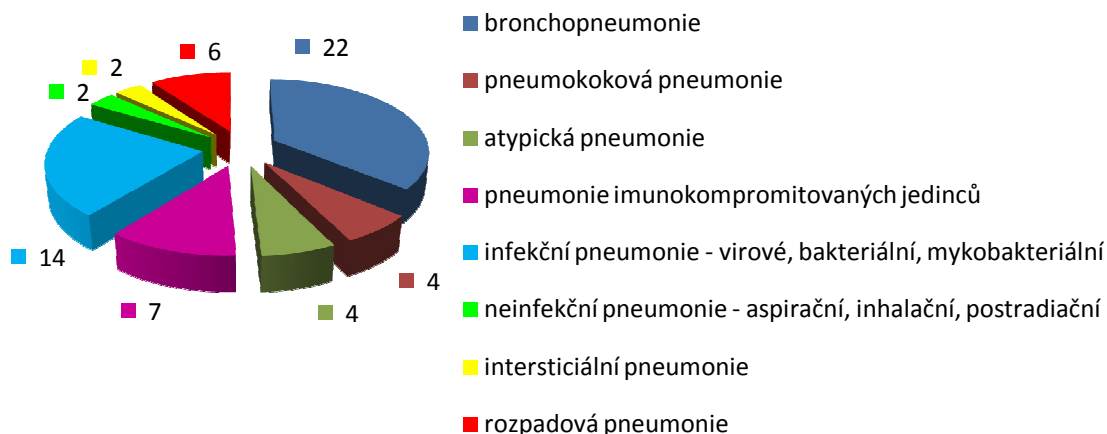
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 22 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 15 (68 %) sester pobyt rodiče s dítětem do 6 let a 7 (32 %) sester uvedlo, že je možný pobyt rodiče spolu s dítětem do 19 let věku dítěte nebo neomezeně v závislosti na kapacitě oddělení.

Graf 8 Nárůst výskytu onemocnění pneumonií u dětí v posledním roce



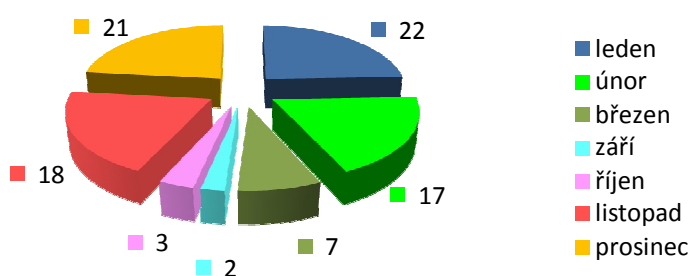
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 22 (100 %) dotazovaných sester odpovědělo 18 (82 %) sester ano, že pozorují v posledním roce nárůst výskytu onemocnění pneumonií u dětí častěji a 4 (18 %) sestry ne.

Graf 9 Typ převládající pneumonie na dětském oddělení podle sester



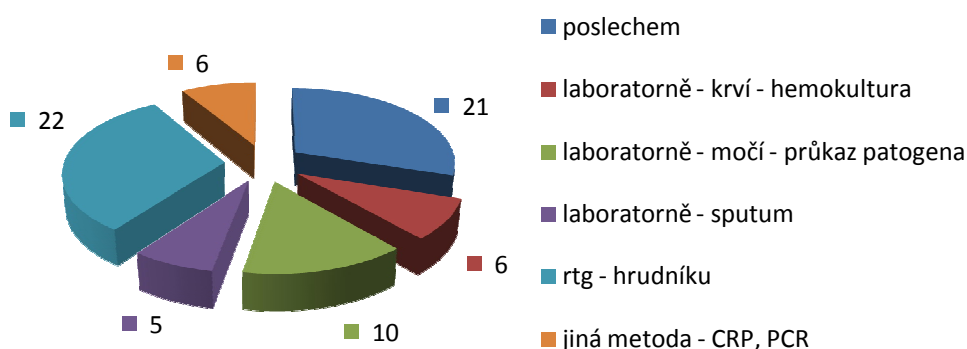
V grafu bylo možno zvolit více odpovědí. 22 sester odpovědělo, že podle jejich zkušeností z dětského oddělení nejčastěji pozorují výskyt bronchopneumonie, 14 sester uvedlo infekční pneumonii, 7 sester pneumonii u imunokompromitovaných jedinců, 6 sester rozpadovou pneumonii, 4 sestry pneumokokovou pneumonii, 4 sestry uvedly atypickou pneumonii, 2 sestry neinfekční pneumonii, 2 sestry intersticiální pneumonii, žádná sestra neuvedla nozokomiální pneumonii, ventilátorovou pneumonii a lobární pneumonii.

Graf 10 Měsíce nejčastějšího výskytu pneumonií



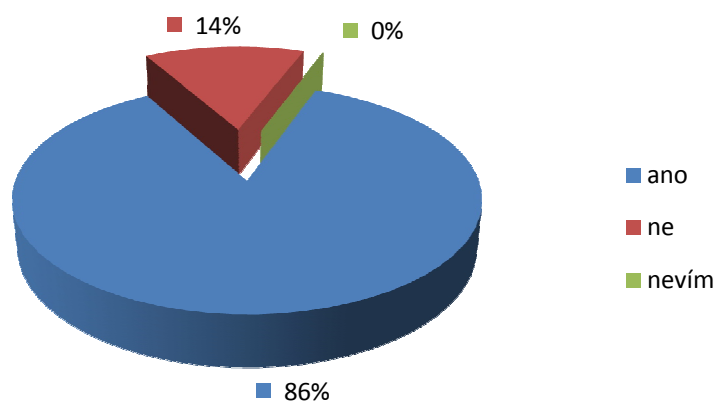
V grafu bylo možno zvolit více odpovědí. 12 sester odpovědělo, že podle svých zkušeností z dětského oddělení pozorují nejčastější výskyt onemocnění pneumonií v lednu, 21 sester uvedlo prosinec, 18 sester listopad, 3 sestry únor, 7 sester březen, 3 sestry říjen, 2 sestry září, ostatní měsíce neuvedla žádná sestra.

Graf 11 Stanovení diagnózy pneumonie



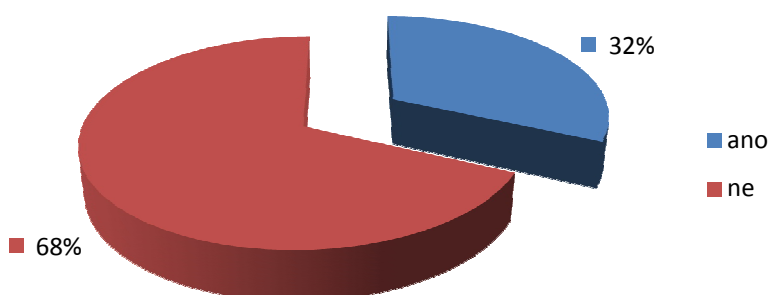
V grafu bylo možno zvolit více odpovědí. 22 sester odpovědělo, že podle jejich zkušeností z dětského oddělení je nejčastější metodou stanovení diagnózy pneumonií RTG – hrudníku, 21 sester uvedlo poslech, 10 sester laboratorní vyšetření – moče – průkaz patogena, 6 sester uvedlo laboratorní vyšetření – krví – hemokultura, 5 sester uvedlo laboratorní vyšetření – sputum, 6 (9 %) sester uvedlo jinou metodu – PCR, CRP.

Graf 12 Zkušenost s opakovanou pneumonií u dítěte



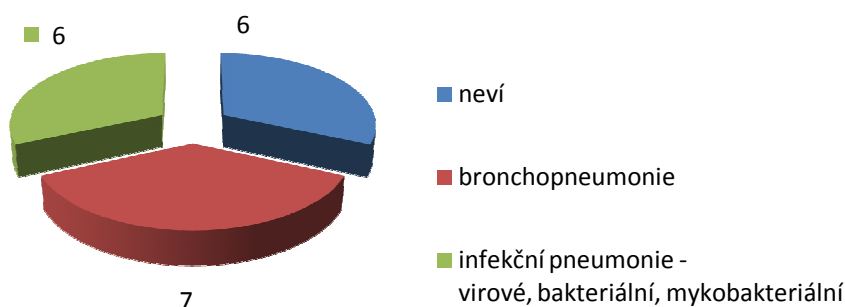
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 22 (100 %) dotazovaných sester 19 (86 %) sester odpovědělo podle jejich zkušeností z dětského oddělení, že mají zkušenost s opakovanou pneumonií u hospitalizovaného dítěte, 3 (14 %) sestry uvedly, že nemají, žádná sestra nevedla možnost „nevím“.

Graf 13 Častost opakované pneumonie u dětí na dětském oddělení



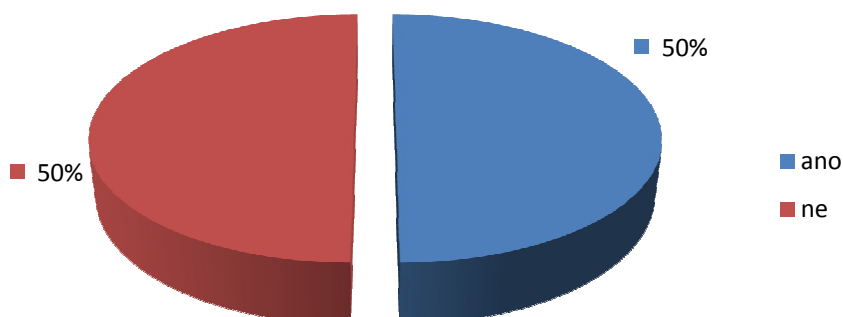
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 19 (100 %) dotazovaných sester, které odpověděly, že mají zkušenost s opakovanou pneumonií u dítěte, 7 (32 %) sester odpovědělo, že opakovaná pneumonie je na jejich oddělení častá, 15 (68 %) sester uvedlo, že ne.

Graf 14 Typ opakované pneumonie



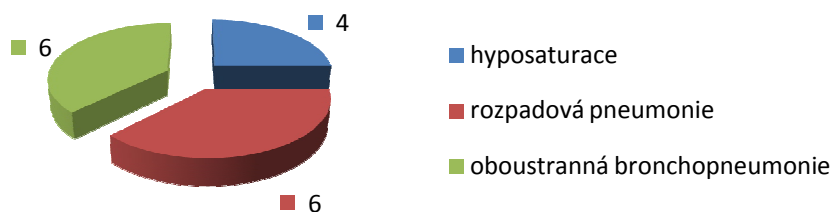
V grafu bylo možno zvolit více odpovědí. Z 19 dotazovaných sester, které odpověděly, že se s opakovanou pneumonií setkaly, 7 sester uvedlo, že je nejčastějším typem opakované pneumonie bronchopneumonie, 6 sester uvedlo infekční pneumonii, 6 sester nevědělo, ostatní pneumonie (jako jsou pneumokoková, nozokomiální, ventilátorová, atypická, pneumonie imonukompromitovaných jedinců, neinfekční, lobární, intersticiální ani rozpadová) neuvedla žádná sestra.

Graf 15 Výskyt život ohrožujícího stavu u dítěte s pneumonií podle sester



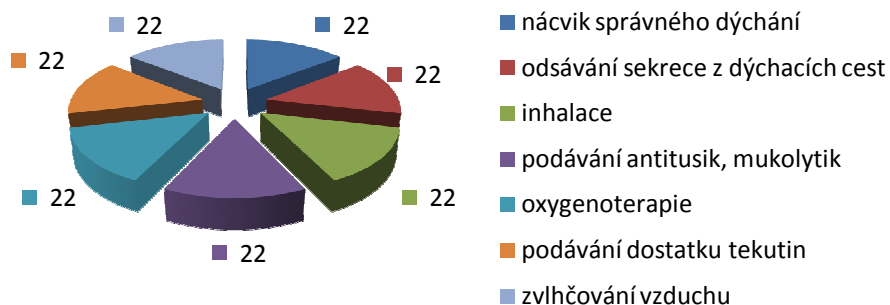
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 22 (100 %) dotazovaných sester, 11 (50 %) sester odpovědělo, že se během jejich praxe na dětském oddělení vyskytl život ohrožující stav u dítěte s pneumonií, 11 (50 %) sester se s tímto stavem neseťkalo.

Graf 16 Život ohrožující stav u dětí s onemocněním pneumonií



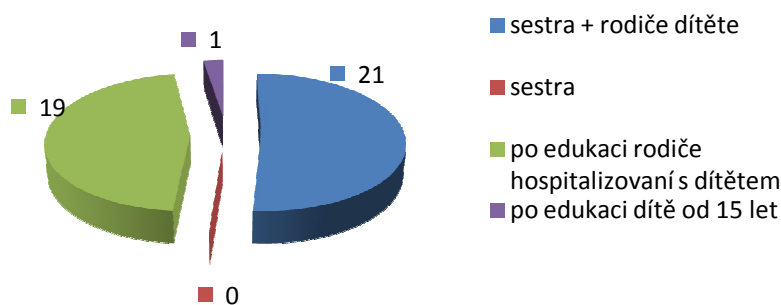
Tato otázka byla otevřená. Z celkového počtu 11 sester, které v předchozí otázce odpověděly ano, 4 sestry uvedly jako stav ohrožující život u dítěte hyposaturaci, 6 sester rozpadovou pneumonii, 6 sester oboustrannou bronchopneumonii.

Graf 17 Způsoby zlepšování dýchání u dítěte s onemocněním pneumonií



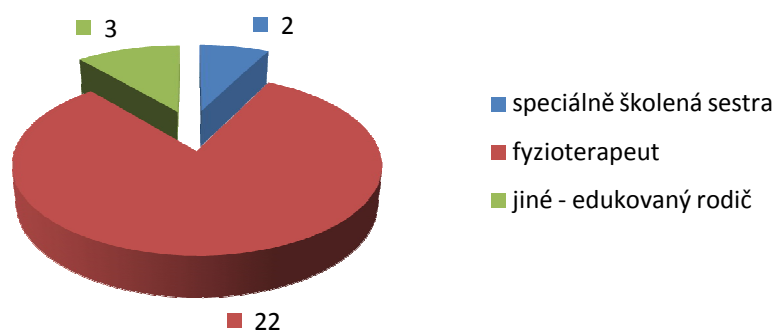
V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. 22 sester odpovědělo, že dýchání u dítěte s pneumonií zlepšují pomocí nácviku správného dýchání, 22 sester uvedlo odsávání sekrece z dýchacích cest, 22 sester pomocí inhalace, 22 sester podáváním antitusik, mukolytik, 22 sester oxygenoterapii, 22 sester podáváním dostatku tekutin, 22 sester uvedlo zvlhčování vzduchu.

Graf 18 Inhalační léčbu u dítěte s pneumonií provádí



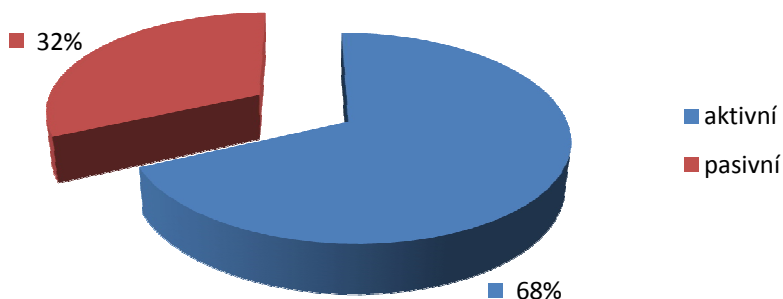
V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. 21 sester odpovědělo, že nejčastěji inhalační léčbu provádí sestra + rodiče dítěte, 19 sester uvedlo po edukaci rodiče hospitalizovaní s dítětem, 1 sestra uvedla po edukaci dítě od 15 let, žádná sestra neuvédla, že by inhalační léčbu u dítěte prováděla pouze sestra a žádná sestra neuvédla ani jiné možnosti.

Graf 19 Dechovou rehabilitaci u dítěte s pneumonií provádí



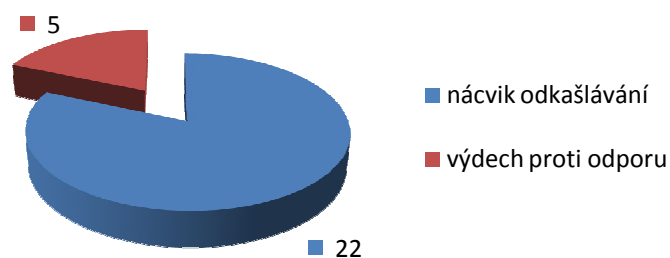
V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. 22 sester odpovědělo, že nejčastěji dechovou rehabilitaci provádí fyzioterapeut, 3 sestry uvedly někdo jiný - edukovaný rodič, 2 sestry uvedly speciálně školenou sestru, žádná sestra neuvedla, že by dechovou rehabilitaci prováděla pouze sestra.

Graf 20 Metoda dechové rehabilitace



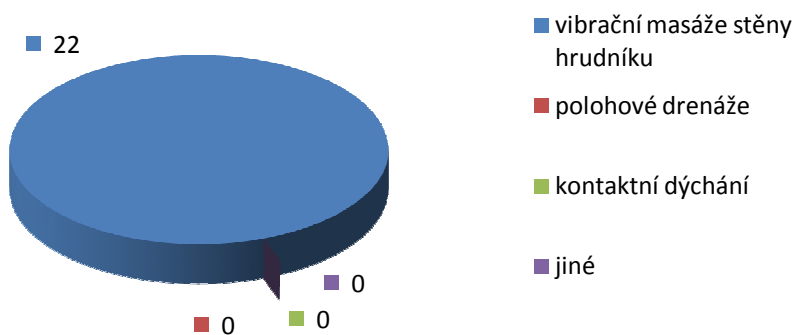
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 22 (100 %) dotazovaných sester, odpovědělo podle jejich zkušeností z dětského oddělení, že 15 (68 %) sester provádí aktivní dechovou rehabilitaci, 7 (32 %) sester pasivní dechovou rehabilitaci.

Graf 21 Zaměření aktivní dechové rehabilitace



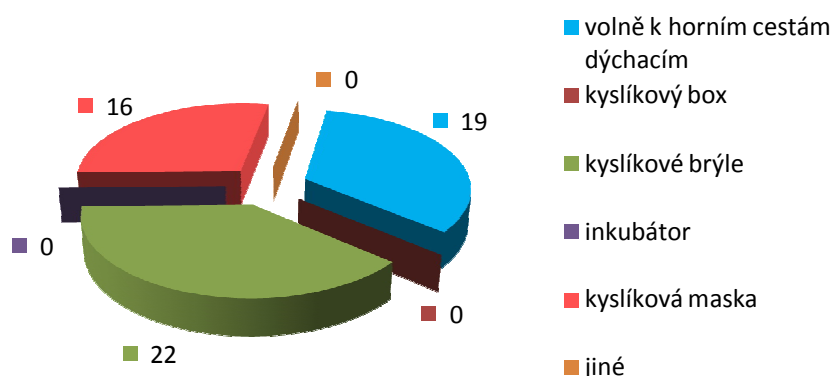
V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. 22 sester odpovědělo, že aktivní dechové rehabilitace je zaměřena na nácvik odkašlávání, 5 sester uvedlo na výdech proti odporu.

Graf 22 Zaměření pasivní rehabilitace



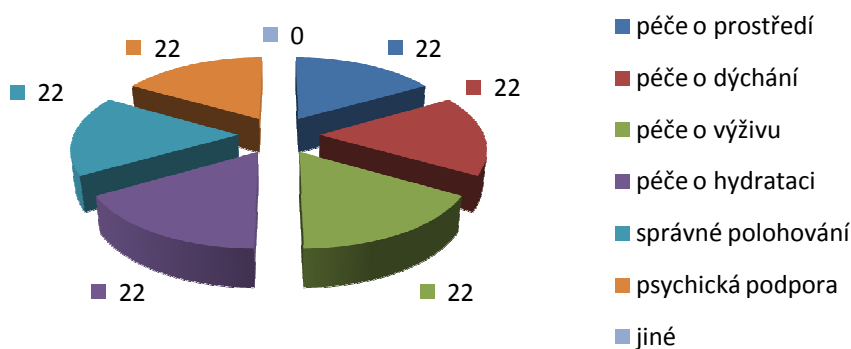
V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. 22 sester odpovědělo shodně, že pasivní dechová rehabilitace je zaměřena na vibrační masáže hrudníku. Ostatní metody nebyly uvedeny žádnou sestrou.

Graf 23 Způsob podávání kyslíku u dětí s pneumonií



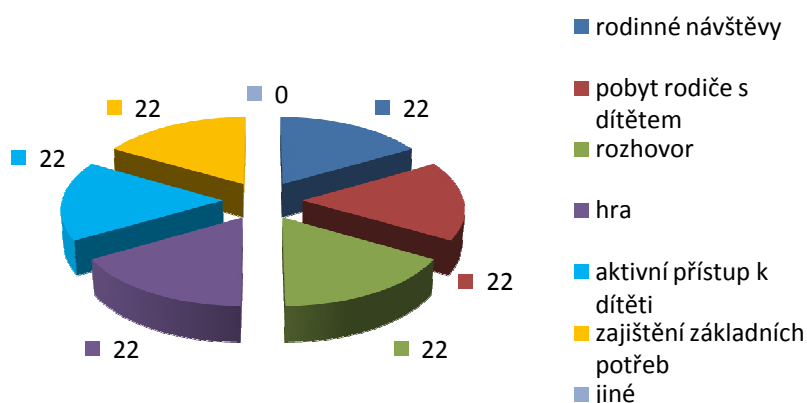
V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. 22 sester odpovědělo, že podává kyslík u dětí s pneumonií pomocí kyslíkových brýlí, 19 sester odpovědělo, že jej podávají volně k horním cestám dýchacím, 16 sester pomocí kyslíkové masky, podle žádné sestry se nepodává kyslík pomocí inkubátoru, kyslíkového boxu.

Graf 24 Podpůrné léčebné metody v ošetrovatelské péči u dětí s pneumonií



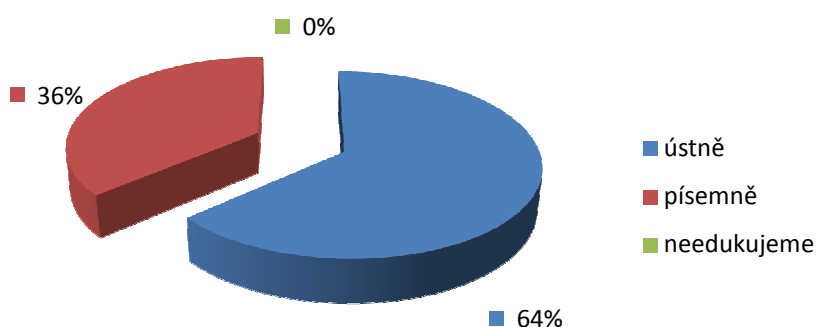
V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. 22 sester odpovědělo, že využívají jako podpůrné léčebné metody péči o prostředí, 22 sester uvedlo péči o dýchání, 22 sester uvedlo péči o výživu, 22 sester péči o hydrataci, 22 sester uvedlo správné polohování, 22 sester využívá psychickou podporu, žádná sestra neuvedla jinou podpůrnou metodu v ošetrovatelské péči u dětí s pneumonií.

Graf 25 Navození psychické pohody u dítěte s pneumonií



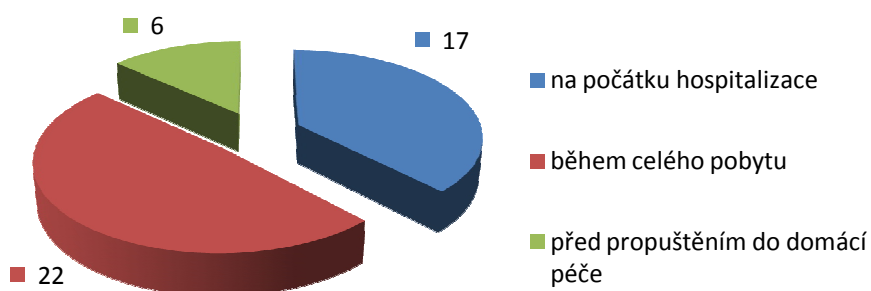
V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. 22 sester odpovědělo, že navozují psychickou pohodu dítěte s pneumonií umožněním rodinných návštěv, 22 sester odpovědělo, že pobytem rodiče s dítětem, 22 sester rozhovorem s dítětem, 22 sester pomocí hry, 22 sester aktivním přístupem k dítěti, 22 sester zajištěním základních potřeb dítěte, žádná sestra nevedla jinou metodu k navození psychické podpory u dětí s pneumonií.

Graf 26 Způsob edukace rodičů hospitalizovaného dítěte s pneumonií



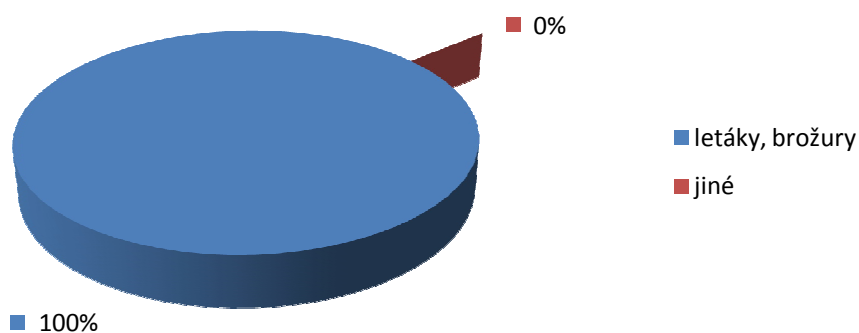
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 22 (100 %) dotazovaných sester 14 sester odpovědělo, že provádí edukaci ústně, 8 sester provádí edukaci písemně, žádná sestra nevedla, že needukují.

Graf 27 Doba edukace



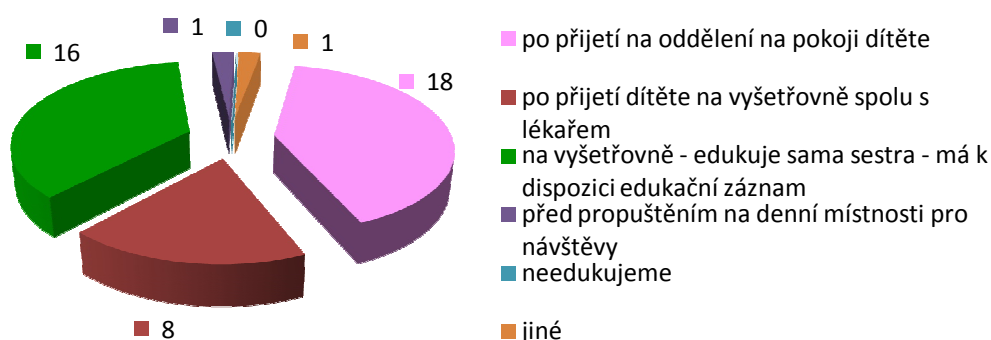
V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. 22 sester odpovědělo, že edukují během celého pobytu, 17 sester, že edukují na počátku hospitalizace, 6 sester edukuje před propuštěním do domácí péče.

Graf 28 Pomůcky k edukaci



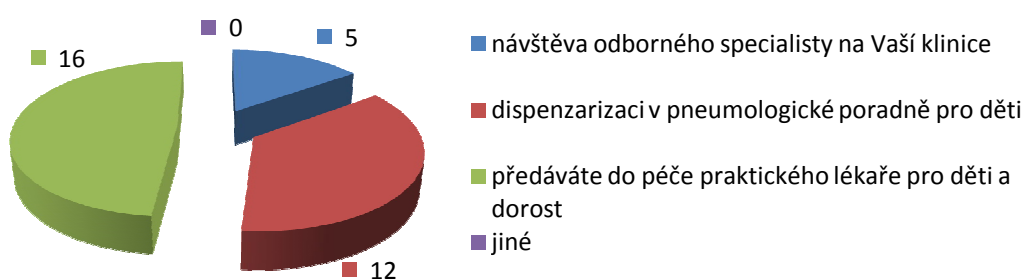
Tato otázka byla otevřená. 14 (39 %) sester, které uvedly, že edukaci provádí písemně, uvedlo, že k edukaci rodičů u dítěte s pneumonií používají letáky a brožury. Žádné jiné pomůcky nebyly uvedeny.

Graf 29 Prostředí edukace



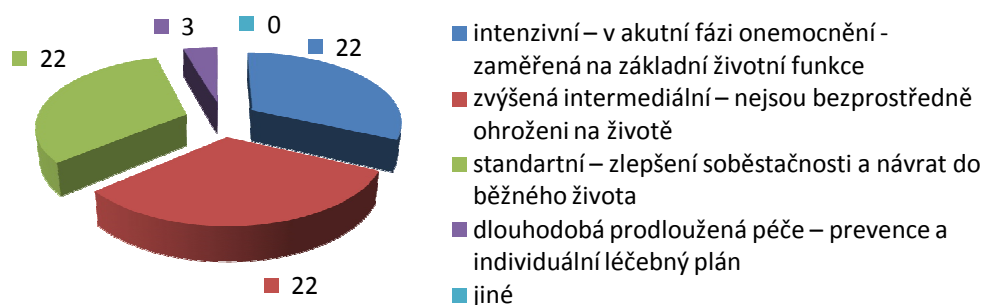
V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. 18 sester odpovědělo, že provádí edukaci po přijetí na oddělení na pokoji dítěte, 8 sester provádí edukaci po přijetí dítěte na vyšetřovně spolu s lékařem, kdy nejprve edukuje lékař poté sestra, 16 sester provádí edukaci na vyšetřovně, kdy edukuje sama sestra a má k dispozici edukační záznam, 1 sestra uvedla, že edukuje před propuštěním na denní místnosti pro návštěvy spolu s názornými ukázkami a předáním informačních brožur o onemocnění, žádná sestra nevedla, že by needukovala, 1 sestra uvedla, že edukuje při ošetřování dítěte.

Graf 30 Doporučení rodičům dětí s pneumonií po skončení hospitalizace



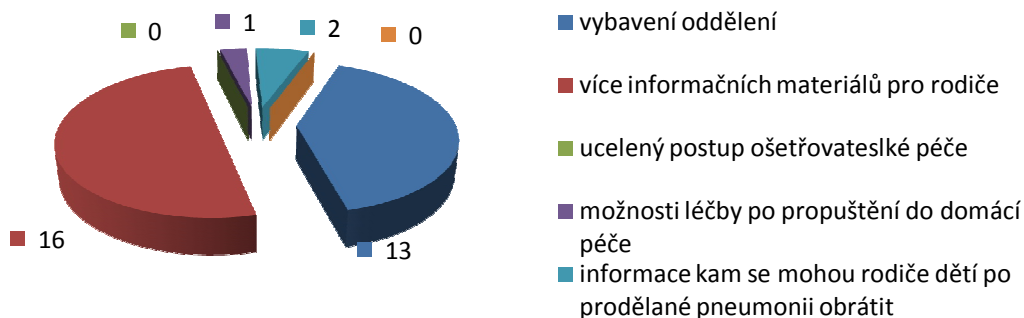
V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. 5 sester odpovědělo, že podle jejich zkušeností z dětského oddělení je doporučována návštěva odborného specialisty na dětské klinice, 12 sester uvedlo dispenzarizaci v pneumologické poradně pro děti, 16 sester uvedlo předání do péče praktického lékaře pro děti a dorost, žádná sestra nevedla jiné doporučení předání do péče.

Graf 31 Ošetrovatelská péče u dětí s pneumonií na dětském oddělení



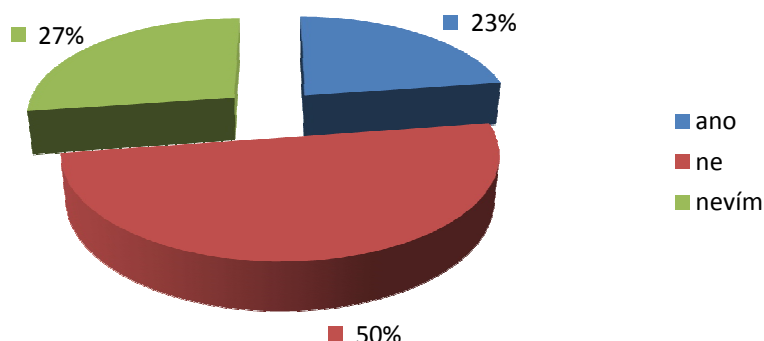
V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. 22 sester odpovědělo, že podle jejich zkušeností z dětského oddělení je ošetrovatelská péče u dětí s onemocněním pneumonií na dětském oddělení intenzivní – v akutní fázi onemocnění - zaměřená na základní životní funkce, 22 sester uvedlo zvýšenou intermediální péči, kdy děti nejsou bezprostředně ohroženi na životě, 22 sester uvedlo péči standardní – zlepšení soběstačnosti a návrat do běžného života, 3 sester uvedlo dlouhodobou prodlouženou péči zaměřenou na prevenci a individuální léčebný plán, žádná sestra neuvedla jinou ošetrovatelskou péči u dětí s onemocněním pneumonií na dětském oddělení.

Graf 32 Doporučení ke zlepšení ošetrovatelské péče o děti s pneumonií



V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. 13 sester odpovědělo, že podle jejich zkušeností z dětského oddělení by se mělo zlepšit vybavení oddělení, 16 sester uvedlo více informačních materiálů pro rodiče, žádná sestra neuvedla ucelený postup ošetrovatelské péče, 1 sestra uvedla možnosti léčby po propuštění do domácí péče, 2 sestry uvedly informace, kam se mohou rodiče dětí po prodělané pneumonii obrátit, žádná sestra neuvedla jiné doporučení.

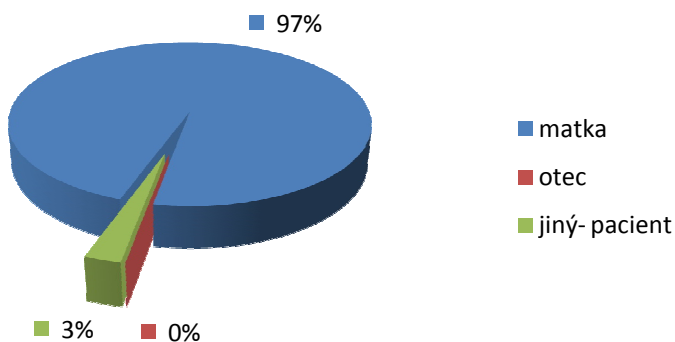
Graf 33 Provedení výzkumu na dětském oddělení u dětí s pneumonií



Graf znázorňuje, že z celkového počtu 22 (100 %) dotazovaných sester odpovědělo 5 (23 %) sester, že výzkum byl na jejich oddělení prováděn, 11 (50 %) sester uvedlo, že nebyl na jejich oddělení výzkum na onemocnění pneumonií prováděn, 6 (27 %) sester nevědělo. U odpovědi ano, zda byl proveden výzkum na oddělení bylo ještě na výběr, kdo tento výzkum vedl. Zde všech 5 sester odpovědělo, že výzkum vedl lékař.

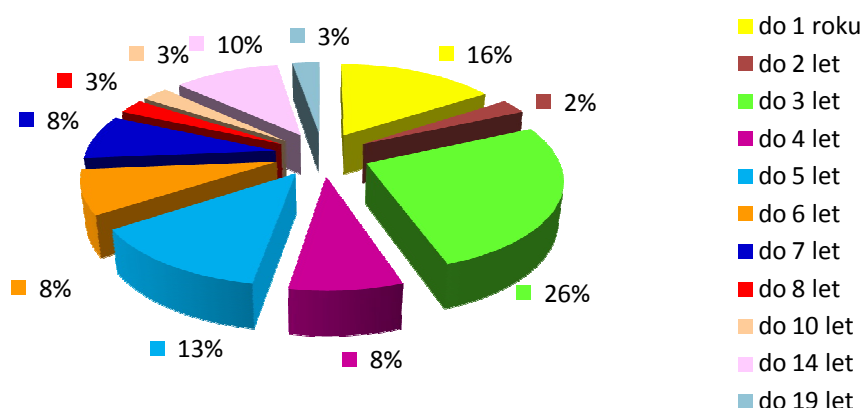
4.2 Dotazník pro rodiče hospitalizovaných dětí

Graf 34 Vztah k hospitalizovanému dítěti



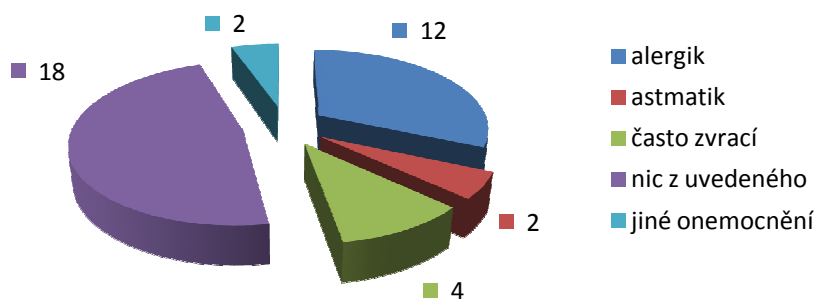
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů bylo 37 (97 %) matek, 1 (3 %) respondent byl 18-ti letý pacient, žádný respondent nebyl otec.

Graf 35 Věk hospitalizovaných dětí s pneumonií



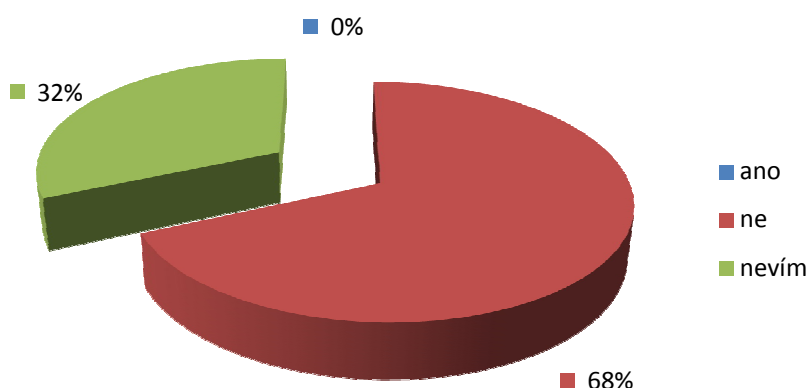
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, uvedlo 6 (16 %) respondentů věk dítěte do 1 roku, 1 (2 %) respondent uvedl věk dítěte do 2 let, 10 (26 %) respondentů uvedlo věk dítěte do 3 let, 3 (8 %) respondentů uvedlo věk dítěte do 4 let, 5 (13 %) respondentů uvedlo věk dítěte do 5 let, 3 (8 %) respondentů uvedlo věk dítěte do 6 let, 3 (8 %) respondentů uvedlo věk dítěte do 7 let, 1 (3 %) respondent uvedl věk dítěte do 8 let, 1 (3 %) respondent uvedl věk dítěte do 10 let, 4 (10 %) respondentů uvedlo věk dítěte do 14 let, 1 (3 %) respondent uvedl věk dítěte do 19 let.

Graf 36 Současná onemocnění dítěte



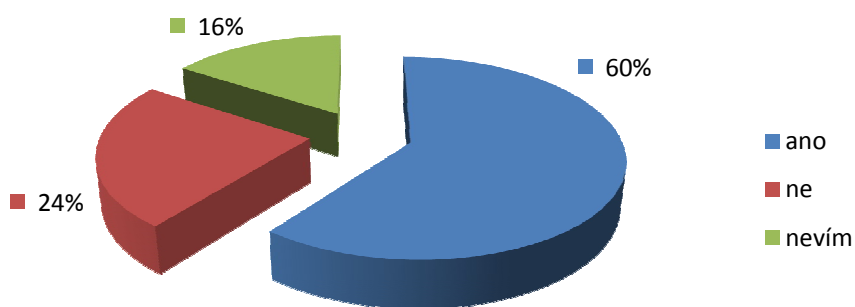
V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. 12 respondentů uvedlo, že je jejich dítě alergik, 2 respondenti uvedli, že je jejich dítě astmatik, 4 respondenti uvedli, že dítě často zvrací, 18 respondentů neuvádělo nic z daných možností, 2 respondenti uvedli u dítěte jiné onemocnění – cystickou fibrózu, chronickou granulomatózu.

Graf 37 Očkování před onemocněním dítěte pneumonií



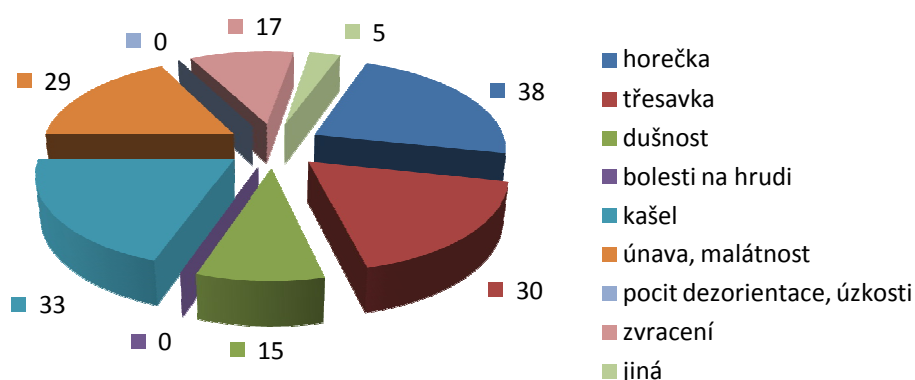
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, žádný respondent nevedl, že by u dítěte před pneumonií předcházelo nějaké očkování, 26 (68 %) respondentů uvedlo, že jejich dítě nebylo před onemocněním očkováno, 12 (32 %) respondentů uvedlo, že neví zda jejich dítě bylo před onemocněním pneumonií očkováno.

Graf 38 Prodělaná onemocnění dýchacích cest před pneumonií dítěte



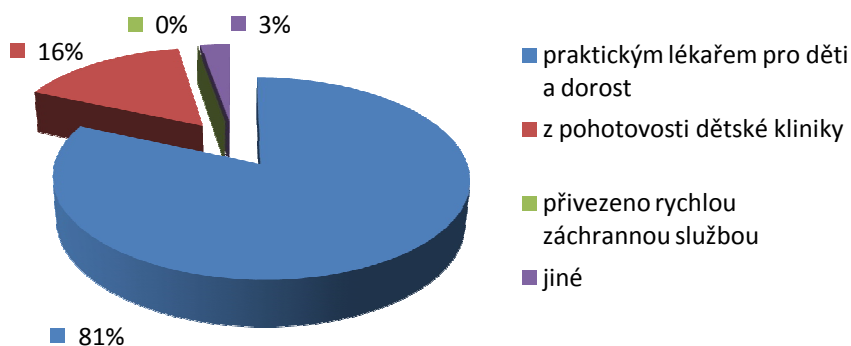
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, odpovědělo 23 (60 %) respondentů ano, 9 (24 %) respondentů uvedlo ne, 6 (16 %) respondentů uvedlo, že neví zda jejich dítě prodělalo onemocnění dýchacích cest před onemocněním pneumonií.

Graf 39 Příznaky doprovázející onemocnění



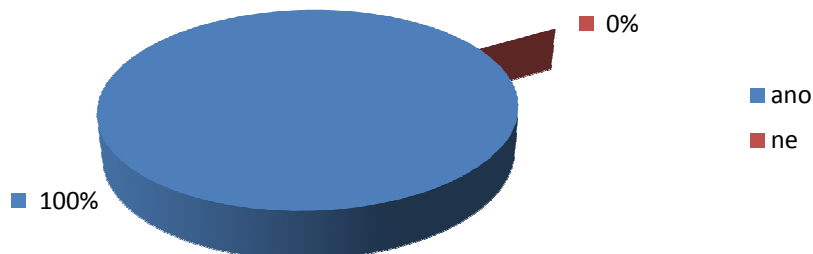
V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. 38 respondentů uvedlo jako příznak onemocnění u dítěte horečku, 30 respondentů uvedlo u dítěte třesavku, 15 respondentů uvedlo u dítěte dušnost, žádný respondent neuvedl bolesti na hrudi, 33 respondentů uvedlo u dítěte kašel, 29 respondentů uvedlo u dítěte únavu, malátnost, žádný respondent neuvedl u dítěte pocit dezorientace, úzkosti, 17 respondentů uvedlo u dítěte zvracení, 5 respondentů uvedlo u dítěte jiné příznaky – rýmu.

Graf 40 Odeslání dítěte k hospitalizaci



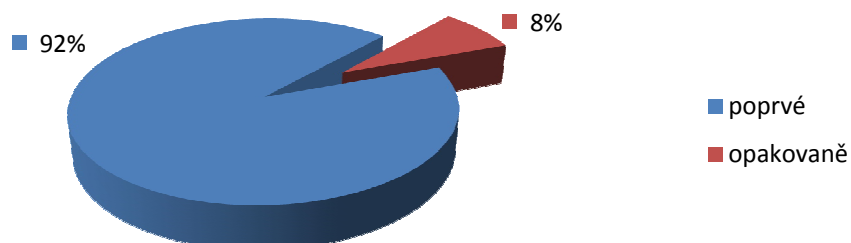
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, odpovědělo 31 (81 %) respondentů, že bylo odesláno k hospitalizaci praktickým lékařem pro děti a dorost, 6 (16 %) respondentů uvedlo z pohotovosti dětské kliniky, žádný respondent neuvedl rychlou záchrannou službou, 1 (3 %) respondent uvedl jiné – imunolog.

Graf 41 Sdělení diagnózy



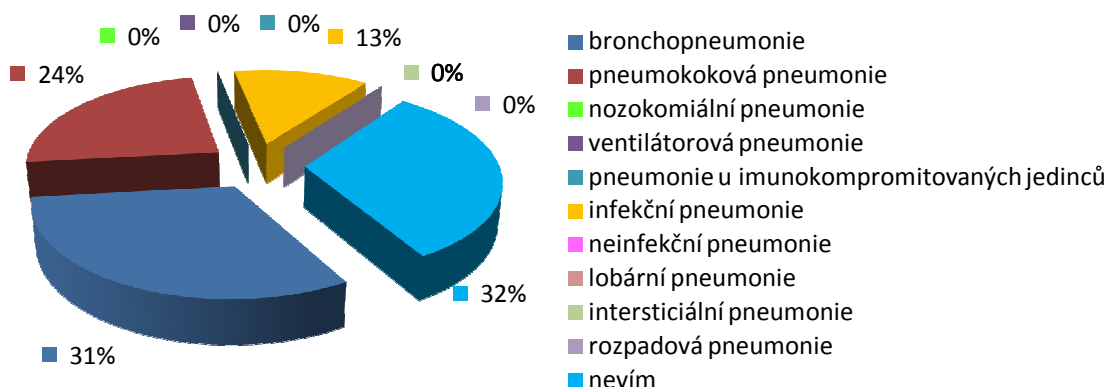
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, 38 (100 %) respondentů uvedlo, že jim diagnóza dítěte byla sdělena, žádný respondent neuvedl, že by jim diagnóza nebyla sdělena.

Graf 42 Onemocnění dítěte pneumonií



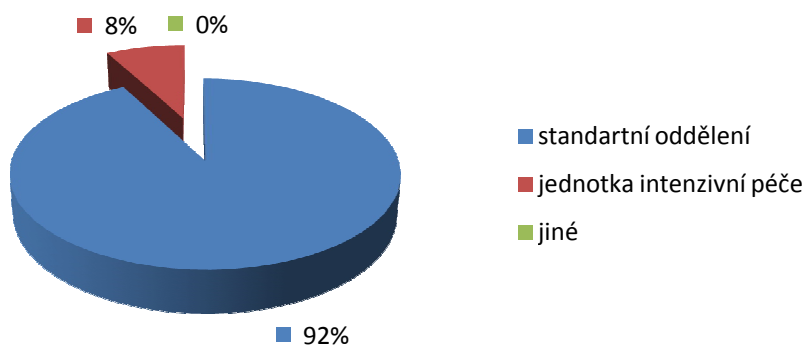
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, 35 (92 %) respondentů uvedlo, že jejich dítě onemocnělo pneumonií poprvé, 3 (8 %) respondenti uvedli, že jejich dítě onemocnělo pneumonií opakovaně.

Graf 43 Typ pneumonie u dítěte



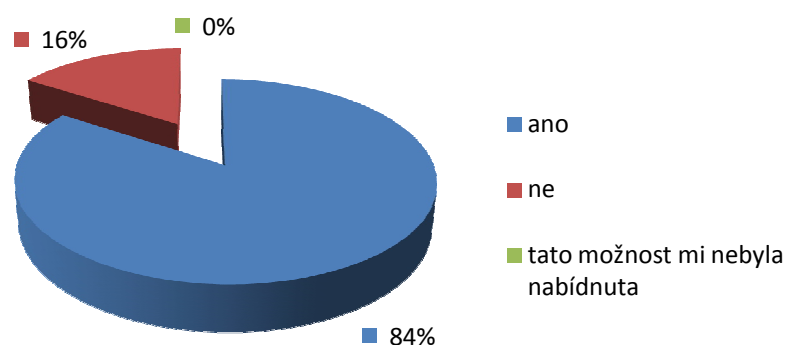
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, 12 (31 %) respondentů uvedlo u dítěte bronchopneumonii, 9 (24 %) respondentů uvedlo pneumokokovou pneumonii, 5 (13 %) respondentů uvedlo infekční pneumonii, 12 (32 %) respondentů uvedlo, že typ pneumonie u dítěte neví, žádný respondent neuvedl nozokomiální, ventilátorovou pneumonii, pneumonii u imunokompromitovaných jedinců, neinfekční pneumonii, lobární pneumonii, intersticiální pneumonii, rozpadovou pneumonii.

Graf 44 Typ dětského oddělení, kde bylo dítě hospitalizováno



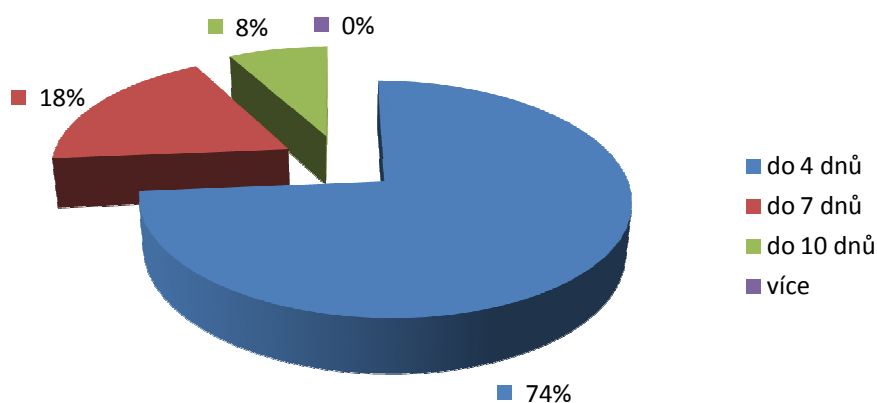
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, 36 (92 %) respondentů uvedlo, že bylo dítě hospitalizováno na standardním oddělení, 3 (8 %) respondenti uvedli na jednotce intenzivní péče, žádný respondent neuvedl jiný typ dětského oddělení.

Graf 45 Možná hospitalizace spolu s dítětem



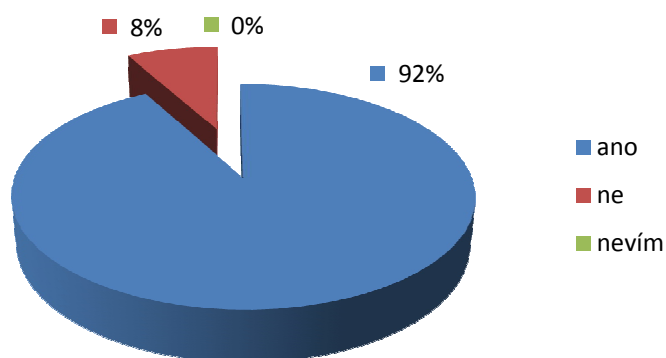
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, 32 (84 %) respondentů uvedlo, že byli hospitalizováni spolu s dítětem, 6 (16 %) respondentů uvedlo, že nebyli hospitalizováni spolu s dítětem, žádný respondent nevedl, že by mu tato možnost nebyla nabídnuta.

Graf 46 Délka hospitalizace dítěte s pneumonií



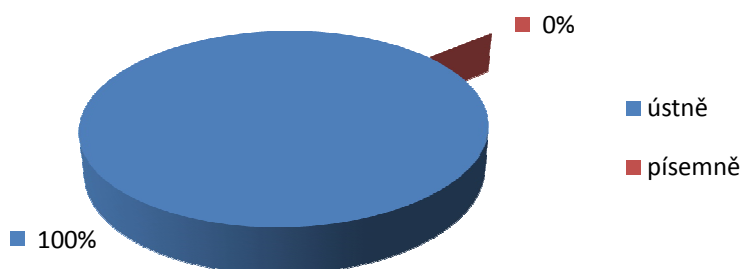
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, u 28 (74 %) respondentů byla délka hospitalizace do 4 dnů, 7 (18 %) respondentů uvedlo do 7 dnů, 3 (8 %) respondentů uvedlo do 10 dnů, žádný respondent nevedl více dnů.

Graf 47 Poučení o péči o dítě v domácím prostředí



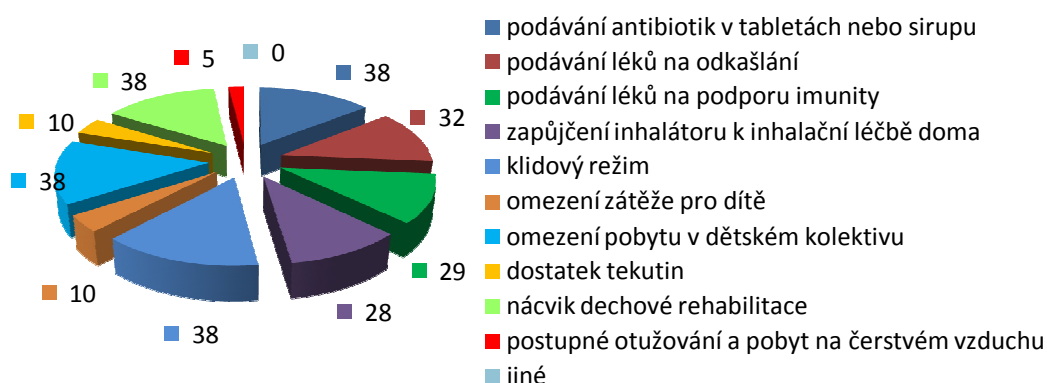
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, 35 (92 %) respondentů bylo poučeno o péči o dítě v domácím prostředí, 3 (8 %) respondenti uvedli ne, žádný respondent neuvedl možnost nevím.

Graf 48 Prezentace informací



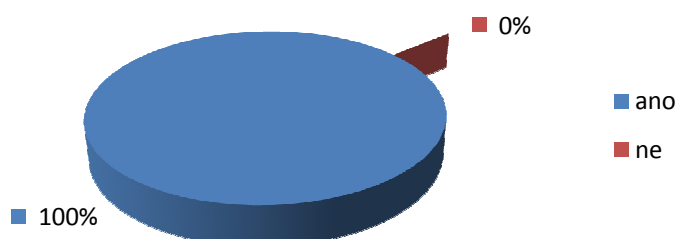
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100%) respondentů, kteří vyplnili dotazník, 38 (100%) respondentů uvedlo, že byli informováni ústně, žádný respondent neuvedl, že by informace obdržel písemně.

Graf 49 Doporučená péče o dítě v domácím prostředí po pneumonii



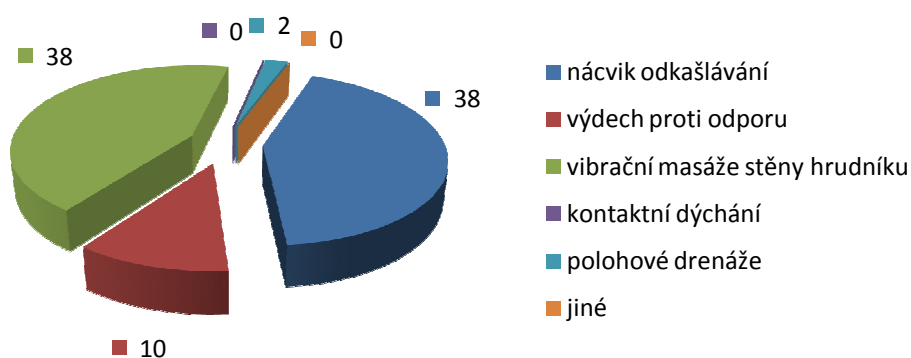
V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. Zde odpovídalo 35 (100 %) respondentů, kteří uvedli, že byli poučeni o péči v domácím prostředí. 35 respondentům bylo doporučeno podávání antibiotik v tabletách nebo sirupu, 32 respondentů uvedlo podávání léků na odkašlání, 29 respondentů uvedlo podávání léků na podporu imunity, 28 respondentů uvedlo zapůjčení inhalátoru k inhalační léčbě doma, 35 respondentů uvedlo klidový režim, 10 respondentů uvedlo omezení zátěže pro dítě, 35 respondentů uvedlo omezení pobytu v dětském kolektivu, 10 respondentů uvedlo dostatek tekutin, 35 respondentů uvedlo nácvik dechové rehabilitace, 5 respondentů uvedlo postupné otužování a pobyt na čerstvém vzduchu – procházky, žádný respondent neuvedl jinou možnost.

Graf 50 Poučení o dechové rehabilitaci v domácí péči



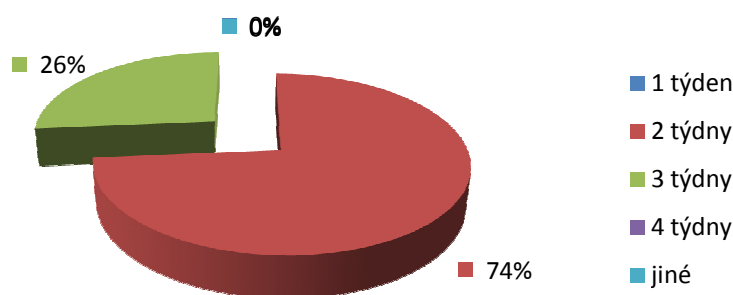
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, 38 (100 %) respondentů bylo poučeno o dechové rehabilitaci v domácí péči, žádný respondent nevedl ne.

Graf 51 Typ dechové rehabilitace v domácím prostředí



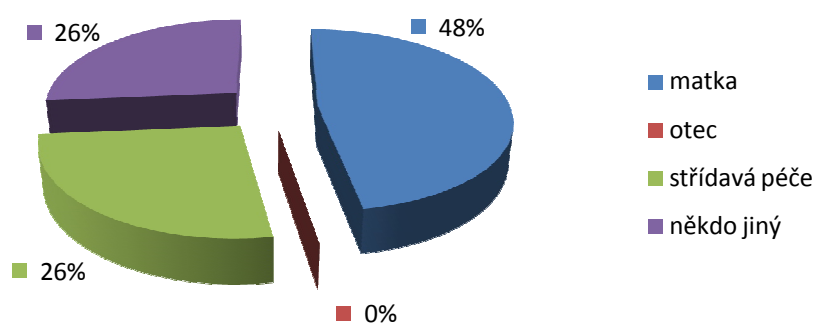
V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. 38 respondentů uvedlo, že jim bylo doporučeno provádět v domácím prostředí nácvik odkašlávání, 10 respondentů uvedlo výdech proti odporu, 38 respondentů uvedlo vibrační masáže stěny hrudníku, žádný respondent nevedl kontaktní dýchání, 2 respondenti uvedli polohové drenáže, žádný respondent nevedl jinou možnost.

Graf 52 Doporučená délka rekonvalescence



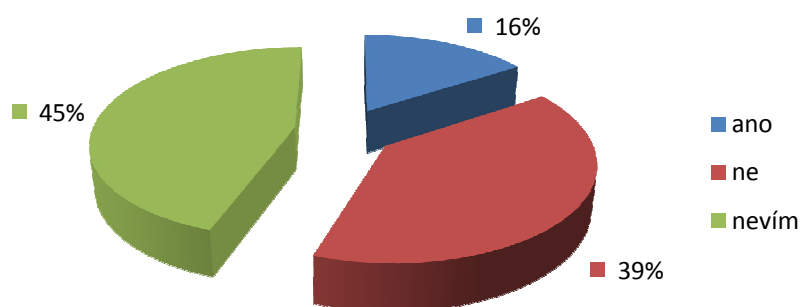
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, žádný respondent neuvedl délku rekonvalescence 1 týden, 28 (74 %) respondentů uvedlo 2 týdny, 10 (26 %) respondentů uvedlo 3 týdny, žádný respondent neuvedl 4 týdny nebo jinou možnost.

Graf 53 Domácí péči u dítěte po onemocnění pneumonií zajišťuje



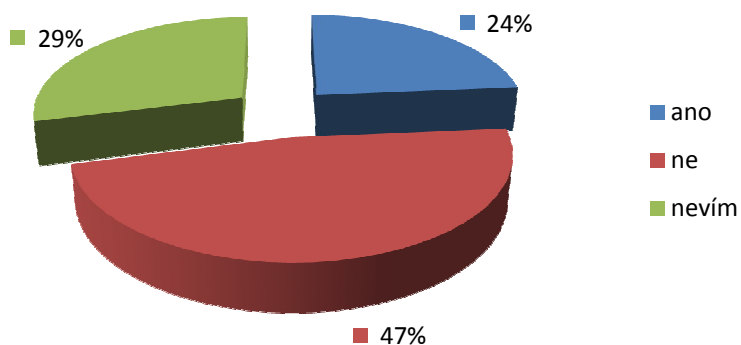
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, 18 (48 %) respondentů uvedlo, že domácí péči u dítěte po onemocnění pneumonií bude zajišťovat matka, žádný respondent neuvedl otec, 10 (26 %) respondentů domácí péči zajistí střídavou péčí, 10 (26 %) respondentů uvedlo, že o dítě bude doma pečovat někdo jiný – prarodiče.

Graf 54 Rozpoznání příznaků onemocnění pneumonií rodiči



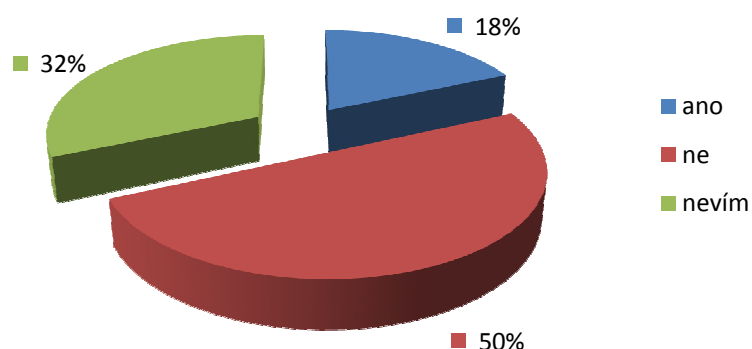
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, 6 (16 %) respondentů by příště rozpoznalo příznaky onemocnění, 15 (39 %) respondentů by příznaky onemocnění nerozpoznalo, 17 (45 %) respondentů nevědělo.

Graf 55 Vnímání onemocnění dítěte pneumonií jako život ohrožující stav



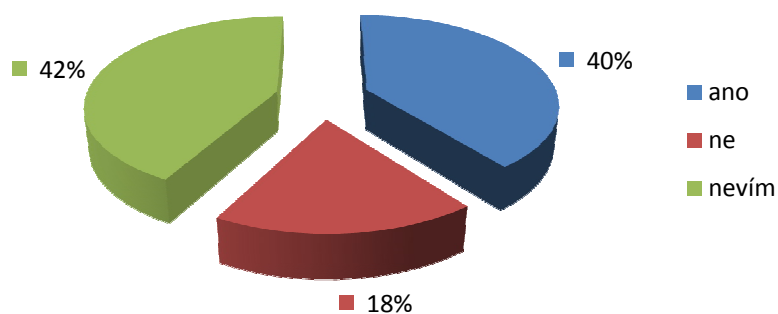
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, 9 (24 %) respondentů uvedlo ano, 18 (47 %) respondentů uvedlo ne, 11 (29 %) respondentů uvedlo nevím.

Graf 56 Názor rodičů na častost onemocnění pneumonií u dítěte



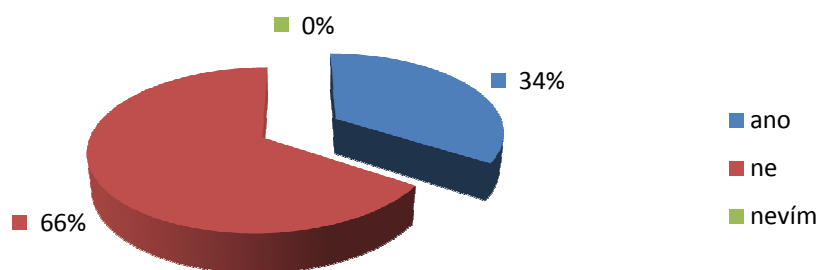
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, 7 (18 %) respondentů si myslí, že je toto onemocnění v dnešní době časté, 19 (50 %) respondentů si to nemyslí, 12 (32 %) respondentů nevědělo.

Graf 57 Možnost opakovaného onemocnění dítěte s pneumonií podle rodičů



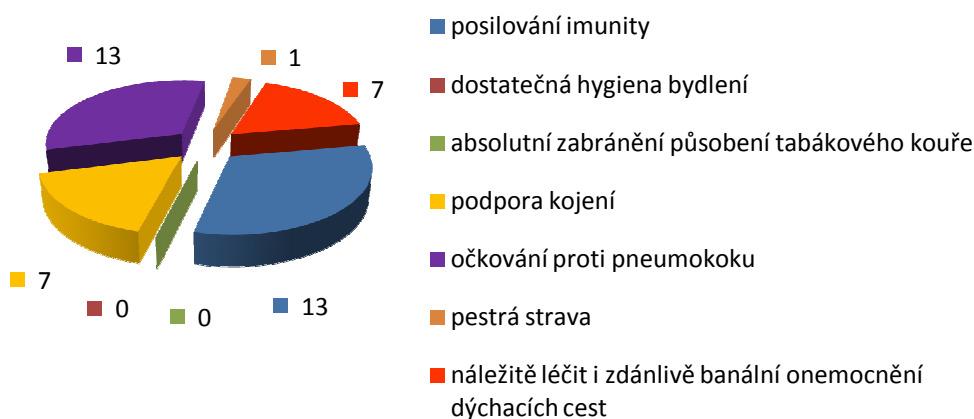
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, 15 (40 %) respondentů si myslí, že jejich dítě může tímto onemocněním opět onemocnět, 7 (18 %) respondentů si to nemyslelo, 16 (42 %) respondentů uvedlo odpověď „nevím“.

Graf 58 Informace o prevenci pneumonie u dětí



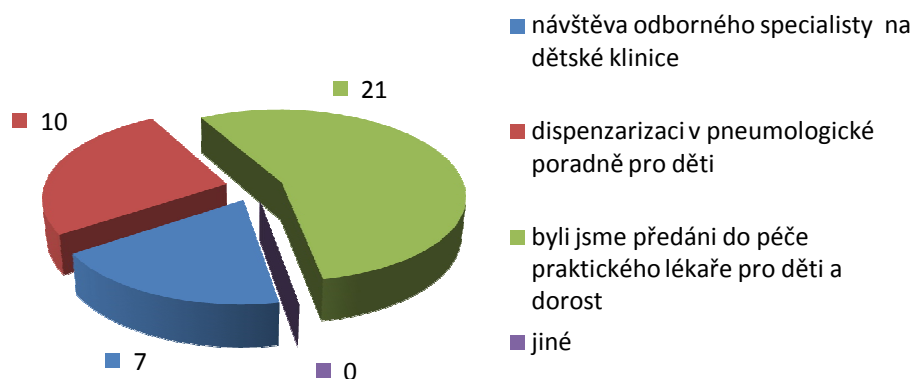
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 38 (100 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, 13 (34 %) respondentů bylo informováno o možné prevenci před tímto onemocněním, 25 (66 %) respondentů nebylo informováno, žádný respondent neuvedl „nevím“.

Graf 59 Doporučená preventivní opatření před onemocněním pneumonií u dětí



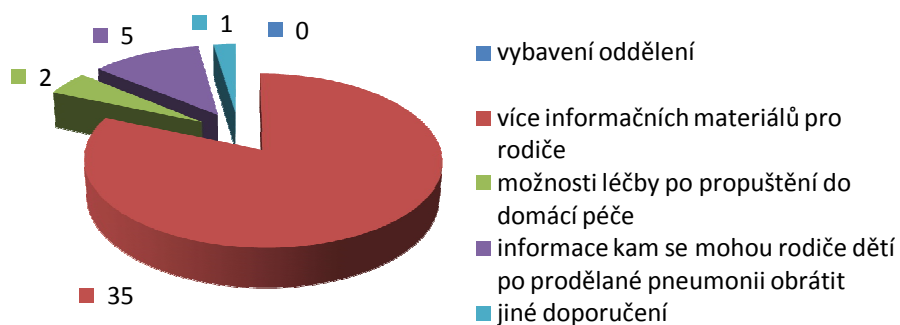
V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. Odpovídalo pouze 13 respondentů, kterým byly předány informace o prevenci tohoto onemocnění. 13 respondentů uvedlo, že z preventivních opatření před onemocněním pneumonie jim bylo doporučeno posilování imunity, žádný respondent neuvedl dostatečnou hygienu bydlení a absolutní zabránění působení tabákového kouře (a to i pasivního kouření), 7 respondentů uvedlo podporu kojení, 13 respondentů uvedlo očkování proti pneumokoku, 1 respondent uvedl pestrá strava, 7 respondentů uvedlo náležité léčení i zdánlivě banálního onemocnění dýchacích cest.

Graf 60 Doporučení po ukončení hospitalizace dítěte



V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. 7 respondentů uvedlo, že po skončení hospitalizace dítěte jim byla doporučena návštěva odborného specialisty na dětské klinice, 10 respondentů uvedlo dispenzarizaci v pneumologické poradně pro děti, 21 respondentů uvedlo, byli jsme předáni do péče praktického lékaře pro děti a dorost, žádný respondent neuvedl jinou možnost.

Graf 61 Návrhy na zlepšení péče o dítě s pneumonií



V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. Žádný respondent neuvedl, že by uvítal zlepšit vybavení oddělení, 35 respondentů by uvítalo více informačních materiálů pro rodiče, 2 respondenti by uvítali další možnosti léčby po propuštění do domácí péče, 5 respondentů by uvítalo více informací, kam se mohou rodiče dětí po prodělané pneumonii obrátit, 1 respondent by uvítal zlepšit stravu.

5. Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je v současné době poskytována ošetrovatelská péče u dětí s pneumonií, jak jsou rodiče hospitalizovaných dětí s pneumonií edukováni a jaké mají znalosti v péči o dítě před jeho propuštěním do domácího prostředí. Dále jsme zjišťovali přehled rodičů o možné prevenci před onemocněním pneumonií.

Na základě výzkumného šetření na dětských odděleních FN Motol a Nemocnice Na Bulovce byly zjištěny následující výsledky. Dotazník vyplnilo 22 sester a 38 respondentů z řad rodičů. Sestry odpovídaly v dotazníku na 33 otázek, rodiče na 29 otázek. První otázky byly orientační. Ptali jsme se sester na počet let praxe na dětském oddělení a nejvyšší dosažené vzdělání. Počet let odpracovaných na dětském oddělení znázorňuje graf 1. Největší procento z oslovených sester pracuje na dětském oddělení v délce od 2 let do 5 let (27 %), poté do 2 let (23 %) a stejný počet sester pracuje na dětském oddělení v rozsahu od 10 do 20 let. Zamysleme-li se, od kolika let praxe na dětském oddělení může mít sestra zkušenosti a vztah k danému oboru, řekla bych, že od 5 let a výše stoupá úroveň zkušeností a potřebné péče o tuto skupinu nemocných. S přibývajícím rokem praxe ubývá počet sester, ale při srovnání dané hranice do 5 let praxe, kde je zastoupeno 50 % sester, s praxí na dětském oddělení s hranicí od 5 let do 40 let praxe, kde máme též 50 % sester, se tento počet vyrovnává. Šetřením zjišťujeme, že daný soubor tvoří sestry se zkušenostmi dané dětské problematiky.

Z grafu 2 vyplývá, že nejvyšší dosažené vzdělání sester je vysokoškolské – bakalářské a specializační – ARIP. Nejvíce sester uvedlo, že mají středoškolské vzdělání – obor všeobecná sestra (41 %). Jsou zde také sestry, které mají vystudovaný obor dětská sestra (23 %). Srovnání počtu odpracovaných let na dětském oddělení a dosaženého vzdělání ukazuje graf 62. Nejvíce sester, které pracující od 2 do 5 let na dětském oddělení, má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské – obor všeobecná sestra. S počtem let praxe na dětském oddělení stoupá i počet sester se vzděláním zaměřeným na dětského pacienta – vzdělání v oboru dětská sestra.

Dále nás zajímalo, na jakém typu dětského oddělení jsou děti hospitalizovány, jaká je nejčastější věková hranice dětí s onemocněním pneumonií, zda mají rodiče možnost

zúčastnit se péče o dítě za hospitalizace, jaká je délka hospitalizace dětí s pneumonií, jaký typ pneumonie převládá a kdy je výskyt tohoto onemocnění nejčastější.

Výzkumný soubor tvořilo 68 % sester z oddělení standardních lůžek a 32 % sester z jednotky intenzivní péče. Hospitalizované děti byly podle 92 % respondentů na standardním oddělení, 8 % respondentů uvedlo, že na jednotce intenzivní péče. Ze získaných odpovědí plyne, že ošetrovatelská péče ve výzkumném šetření bude posuzována převážně na standardním oddělení.

Grafy 4, 5 a 35 znázorňují, že 82 % sester pracuje na dětském oddělení, které není rozděleno podle věku dítěte. Nejčastější věkovou kategorií hospitalizovaných dětí jsou podle 22 sester batolata, předškolní, školní děti a dospívající, 17 sester uvedlo kojenci. Porovnáním s odpovědi rodičů hospitalizovaných dětí bylo nejvíce dětí ve věku od 2 do 3 let (26 %). Výzkumné šetření za časové období 3 měsíců ukázalo, že nejčastěji byly hospitalizovány děti v předškolním věku (3 - 6 let), a sice 11 dětí, dále ve věku batolecím (1 - 3 roky), 11 dětí, poté děti ve školním věku a dospívající (6 - 19), 10 dětí, a v období kojeneckém (do 1 roku), 6 dětí. Odpovědi rodičů a sester se téměř shodují, což odpovídá i skutečnosti, že v České republice postihuje zápal plic ročně kolem 30 000 dětí ve věku do pěti let. Pneumonie je celosvětově hlavní příčinou úmrtí dětí do 5 let (www.vitalia.cz, 2011).

Možnost pobytu dítěte s rodičem znázorňují grafy 6, 7, 45. Sestry shodně uvedly, že je možný pobyt rodiče s dítětem během hospitalizace dítěte. Pobyt rodiče s dítětem je nejčastější do 6 let věku dítěte, rodičům starších dětí, až do 19 let, je umožněn pobyt spolu s dítětem neomezeně v závislosti na kapacitě oddělení. Nejvíce respondentů – rodičů (84 %) uvedlo, že mohli být hospitalizováni spolu s dítětem, odpověděli však i rodiče, kteří s dětmi hospitalizováni nebyli, což se většinou týkalo dětí starších 10 let. Žádný respondent neuvedl, že by mu tato možnost nebyla nabídnuta. Nejčastějším rodinným příslušníkem, který využije možnosti společné hospitalizace a péče o dítě, jak znázorňuje graf 34, byla matka. Ze srovnání odpovědí obou stran výzkumného šetření vyplývá, že rodiče využívají možnosti hospitalizace spolu s dítětem. Nejsou striktně omezováni oddělením, ale pouze svým časem, obavou ze ztráty zaměstnání, nízkou tolerancí spolupracovníků z pracovní absence, nedostatkem finančního zabezpečení po

čas nemoci dítěte nebo péčí o mladšího sourozence. Tyto výsledky jsou totožné s mou vlastní zkušeností při hospitalizaci mé dcery.

Délka hospitalizace závisela na celkovém zdravotním stavu dítěte a poklesu laboratorních hodnot. Jak znázorňuje graf 46, délka hospitalizace dítěte s pneumonií je nejčastěji do 4 dnů. Odpovědi respondentů se shodují s doporučením, které je uváděno v literatuře věnované onemocnění dětí s pneumonií (www.zdn.cz, 2011-07-13).

Další výzkumné šetření se týkalo častějšího výskytu onemocnění pneumonií u dětí v posledním roce a potvrdilo nám stále nebezpečí této nemoci u dětí. Tento výskyt znázorňují grafy 8, 56, kde vidíme, že 82 % sester si myslí, podle svého pozorování a praxe na dětském oddělení, že výskyt onemocnění pneumonií je stále častější. Rodiče si nemyslí, že by toto onemocnění bylo časté. Z toho vyplývá i závažnost daného onemocnění a aktuální potřeba preventivně působit na rodiče dětí. Nejčastějším typem pneumonie podle sester je bronchopneumonie, poté infekční pneumonie a pneumonie imunokompromitovaných jedinců, jak znázorňuje graf 9. Na dotaz k rodičům hospitalizovaných dětí, zda znají diagnózu nemoci dítěte, uvedli všichni shodně, že jim diagnóza jejich dítěte byla sdělena. Respondenti uvedli nejčastější typ pneumonie – bronchopneumonii (31 %), 24 % respondentů uvedlo pneumokokovou pneumonii, 13 % respondentů uvedlo infekční pneumonii, 32% respondentů uvedlo „nevím“, což je znázorněno v grafu 43. Při pátrání, proč 32 % respondentů u typu pneumonie u dítěte uvedlo „nevím“, bylo zjištěno, že si název diagnózy nezapamatovali nebo pouze pochopili, že se jedná o zápal plic. Odpovědi v šetření obou dotazníků nelze porovnat zcela adekvátně, vzhledem k tomu, že každá strana vycházela z jiného časového období. Sestry uváděly své zkušenosti z dlouholeté praxe, a respondenti uvedli svou aktuální zkušenost s onemocněním. Shodli se v daném šetření na nejčastějším typu pneumonie – na bronchopneumonii. Tento výsledek šetření odpovídá studované literatuře, kde se uvádí, že bronchopneumonie se nejčastěji vyskytuje u kojenců a oslabených dětí. U předškolních a školních dětí jsou to komunitní a infekční pneumonie. Těmto typům pneumonií je též v odborných časopisech věnována největší pozornost (www.amca.cz, 2012; www.tribune.cz, 2011).

Měsíce nejčastějšího výskytu pneumonií u dětí, podle sester, jsou leden, prosinec, listopad, únor, březen, říjen, září, ostatní měsíce neuvedla žádná sestra. V měsíci lednu jsme obdrželi od rodičů 45 % dotazníků, v měsíci únoru 21 % dotazníků a v březnu 34 % dotazníků. Dle daného zjištění je onemocnění pneumonií nejrizikovější v zimních měsících a při změnách teploty, kdy je dětský organismus oslabený. Tomuto tématu by mohlo být v budoucnu věnováno více pozornosti. Šetření by se mohlo zaměřit na to, jaký měsíc v období jednoho roku je nejrizikovější, a jaký typ pneumonie se nejčastěji vyskytuje v daném měsíci a jaká věková kategorie dětí je nejohroženější. Podle výsledku by bylo možno dále provádět prevenci u dětí.

Také jsme si chtěli výzkumným šetřením ověřit, jaké metody v současnosti vedou k diagnostice pneumonií a jaká ošetrovatelská péče je poskytována dětem s pneumonií v praxi. Výsledky jsou znázorněny grafy 11, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 31. Metodou stanovení onemocnění pneumonie u hospitalizovaných dětí je podle 22 sester nejčastěji RTG hrudníku, poté poslech hrudníku podle 21 sester, dále laboratorní vyšetření moče k průkazu patogenu a laboratorní vyšetření krve – hemokultura. Výsledek potvrzuje diagnostiku pneumonie ze studované literatury, kdy nejčastější diagnostickou metodou pneumonií je RTG plic a poslech, další metody se vyšetřují nejčastěji za hospitalizace. Toto šetření bylo součástí ošetrovatelské péče, protože jsou to právě sestry, které zajišťují na pokyn lékaře veškerá potřebná vyšetření u dítěte a musí dítě i rodiče na daná vyšetření řádně připravit, poučit je a sledovat.

Zaměření ošetrovatelské péče u dětí s pneumonií na dětském oddělení je podle sester intenzivní – v akutní fázi onemocnění je péče zaměřená na základní životní funkce, zvýšená intermediální péče nastupuje u dětí, které nejsou bezprostředně ohroženy na životě, a standardní péče je zaměřená na zlepšení soběstačnosti a návrat dítěte do běžného života. Daný výsledek šetření znázorňuje graf 31 a odpovídá skutečnosti, že na počátku hospitalizace jsou děti přijímány s nálezem na RTG hrudníku nebo s vysokou hodnotou CRP, horečkami atd., jak je také uvedeno v prostudované literatuře.

Zaměření ošetrovatelské péče na dýchání a rehabilitaci dítěte ukazují grafy 17, 19, 20, 21, 22. Nejčastější v péči o dýchání u dítěte je nácvik správného dýchání, odsávání

sekrece z dýchacích cest, inhalace, podávání antitusik, mukolytik, oxygenoterapie, podávání dostatku tekutin, zvlhčování vzduchu. Tuto péči provádí dle daného zjištění speciálně školená sestra pomocí aktivní dechové rehabilitace, nácvikem odkašlávání a pomocí pasivní dechové rehabilitace, nejčastěji vibračními masážemi stěny hrudníku. Poučení rodičů a doporučení o dechové rehabilitaci dítěte znázorňují grafy 50, 51. Všichni respondenti uvedli, že byli poučeni o dechové rehabilitaci v domácí péči. Nejčastěji byl doporučen nácvik odkašlávání a vibrační masáže stěny hrudníku. V odpovědích se sestry i rodiče, shodují. Provedení inhalační léčby a způsob podávání kyslíku u dětí ukazují grafy 18, 23. Inhalační léčbu u dítěte provádí nejčastěji sestra s rodičem dítěte, kyslík je podáván volně k horním cestám dýchacím. Grafy 24 a 25 znázorňují, že z podpůrných léčebných metod je využíváno v ošetrovatelské péči: péče o prostředí, o dýchání, o výživu, hydrataci, správné polohování a v neposlední řadě psychická podpora. Psychická pohoda u dítěte s pneumonií spočívá v zajištění rodinných návštěv, pobytu rodiče s dítětem, důležitý je rozhovor s dítětem, hra, aktivní přístup k dítěti, zajištění základních potřeb. Samotnou ošetrovatelskou péči, která spočívá podle prostudované literatury především v péči o dýchací cesty, sestry provádí kvalitně s ohledem na individuální stav a možnosti dětských pacientů. Vždy jsou do ošetrovatelské péče podle daného zjištění zapojováni rodiče a též děti, velký vliv na tom má pobyt rodiče s dítětem a zapojení rodiče hned od počátku do péče o dítě. Sestry se snaží i zábavnou formou zapojit děti do cvičení pojmenováním jednotlivých cviků jako motýlek, žabka atp. Hypotéza 1 byla potvrzena, ošetrovatelská péče u dětí s pneumonií je zaměřena na specifiku daného onemocnění.

Co nás zajímalo, bylo, kde vidí sestry a rodiče možné zlepšení nebo nedostatky, které by mohly mít vliv na péči o dítě v nemocnici, jak ukazují grafy 32 a 61. Sestry nejčastěji uváděly vybavení oddělení a informační materiály pro rodiče. Rodičům chybělo více informačních materiálů a informace, kam se mohou rodiče dětí po prodělané pneumonii obrátit. Jelikož se jedná o ošetrovatelskou péči o nemocné dítě, je potřeba také vždy aktualizovat a získávat informace o kvalitě poskytované péče. Všichni dotázaní se shodli na potřebě více informačních materiálů a informací, kam je možné se obrátit pro případné další informace. Toto zjištění mi pomohlo v utvrzení

o vypracování informační brožury pro rodiče a děti s onemocněním pneumonií. Nutno také poznamenat, že toto šetření probíhalo v období, kdy ve FN Motol probíhala rekonstrukce dětského pavilonu a docházelo ke stěhování a přesunům oddělení. Také v Nemocnici Na Bulovce probíhalo zlepšování prostředí pro děti.

V další části šetření jsme se zaměřili na výskyt opakovaných pneumonií u dětí, výsledky jsou patrné v grafech 12, 13, 14, 57. S opakovanou hospitalizací dítěte s pneumonií se sestry setkaly (86 %), toto onemocnění nepovažují za časté (68 %). Nejčastější typ opakované pneumonie podle sester, které uvedly, že se setkaly s opakovanou pneumonií u dítěte, byla bronchopneumonie podle 7 sester a infekční pneumonie – virové, bakteriální, mykobakteriální; 6 sester nedokázalo určit, který typ pneumonie se u dětí objevuje opakovaně. Respondentům z řad rodičů jsme položili otázku, zdali si myslí, že jejich dítě může opět onemocnět tímto onemocněním. Rodiče nejčastěji volili odpověď nevím (42 %) a odpověď ano (40 %). 8 % rodičů dokonce odpovědělo, že jejich dítě již bylo opakovaně hospitalizováno s touto diagnózou, výsledek znázorňuje graf 42. Toto šetření bylo spíše zaměřeno na možnost dalšího výzkumného šetření a také mělo poukázat na to, že prodělání zápalu plic neznamená, že dítě nemůže touto nemocí opět onemocnět. Což odpovídá i mé zkušenosti s onemocněním opakované pneumonie u dcery s potvrzením opětovného pozitivního nálezu na RTG hrudníku.

Další část šetření měla ověřit, jak je sestrami a rodiči vnímáno onemocnění pneumonií. Zda toto onemocnění vnímají jako život ohrožující stav. Výsledky jsou uvedeny v grafech 15, 16, 55. 50 % sester vnímá toto onemocnění jako život ohrožující stav a 50 % sester si to nemyslí. U sester, které odpověděly ano, byl dán prostor pro jejich vyjádření, s jakým ohrožujícím stavem se setkaly. 6 sester uvedlo oboustrannou bronchopneumonii, 6 sester uvedlo rozpadovou pneumonii a 4 sestry hyposaturaci. Rodiče nejčastěji toto onemocnění nevnímají jako život ohrožující stav (47 %) nebo nedokázali odpovědět. Na jedné straně je toto onemocnění u sester vnímáno jako život ohrožující stav, ale pouze u těch, které se s tímto stavem setkaly. A na straně druhé není rodiči vnímáno jako možné ohrožení pro dítě. Teprve poté, co byly tyto dotazy

položeny, bylo vidět zamyšlení u rodičů a jisté nepokoje z prodělaných příznaků a uvědomění si závažnosti onemocnění pro dítě.

Edukaci rodičů hospitalizovaného dítěte s pneumonií znázorňuje graf 26. Převládá edukace ústní formou, dle 64 % sester, a poté písemnou formou. Edukačními materiály pro písemnou formu jsou letáky a brožury. Zde jsem se setkala s problémem, kdy letáky ani brožury nebyly k dispozici. Graf 27 znázorňuje dobu, kdy je edukace prováděna. Nejčastěji sestry edukují rodiče s dítětem během celého pobytu, následuje edukace na počátku hospitalizace a 6 sester edukuje před propuštěním do domácí péče. Prostředí, kde edukace rodičů nemocného dítěte probíhá, znázorňuje graf 29, je to nejčastěji pokoj dítěte uvedlo 18 sester a vyšetřovna uvedlo 16 sester, kde edukuje sestra sama a má k dispozici edukační záznam. Tyto výsledky šetření ukazují, že sestry jsou do edukace zapojeny, spolupracují s lékařem a využívají čas při kontaktu s dítětem i rodiči k aktivnímu předávání informací. Poučení rodičů k péči o dítě v domácím prostředí znázorňují grafy 47, 48, 49. Rodiče uváděli, že byli poučeni (92 %). Při prezentaci informací k péči o dítě v domácím prostředí uváděli rodiče pouze ústní předání. Jako doporučení, která byla rodičům nejčastěji předávána v péči o dítě v domácím prostředí uvedli, podávání antibiotik v tabletách nebo sirupu, podávání léků na odkašlání, klidový režim, omezení pobytu v dětském kolektivu, nácvik dechové rehabilitace, podávání léků na podporu imunity.

Doporučovaná doba rekonvalescence dítěte po prodělaném onemocnění pneumonií závisela na celkovém stavu dítěte, což znázorňuje graf 52. Nejčastěji byla označena doba rekonvalescence 2 týdny (74 %). V prostudované literatuře je též tato doba uvedena ([www. zdn.cz](http://www.zdn.cz), 2011-07-13).

Domácí péči o dítě nejčastěji zajišťuje matka (48 %), nebo je dítě ve střídavé péči obou rodičů, nebo o dítě pečuje někdo jiný, uvedeni byli prarodiče. Výsledek znázorňuje graf 53. Šetření ukazuje, že stále největší podíl na péči o dítě v domácím prostředí má matka, potěšující je ovšem zjištění, že se začínají do péče o dítě zapojovat i otcové, i když pouze spolu s matkou. Toto je důležité pro prevenci, v otázce, na jakou cílovou skupinu by měla být zaměřena a koho zapojit, tak, aby péče o dítě byla i v domácím prostředí poskytována správně. Z daného šetření plyne, že rodiče jsou

dostatečně edukováni, ovšem informace se rozcházejí ve způsobu edukace. Hypotéza 2 byla potvrzena.

Informace rodičů o prevenci tohoto onemocnění znázorňují grafy 58, 59. Nejčastěji rodiče odpovídali, že informováni nebyli (66 %). Rodiče, kteří odpověděli „ano“, uvedli jako nejčastější preventivní opatření, které jim bylo doporučeno, posilování imunity u dítěte a očkování proti pneumokoku uvedlo 13 rodičů. Toto jsou také nejčastější preventivní opatření, která rodiče znají díky mediálními prezentacím. Ovšem je potřeba působit na rodiče stejně tak i jinými preventivními opatřeními a neustálým opakováním.

Po ukončení hospitalizace dítěte s pneumonií jsou rodiče s dětmi nejčastěji předáni do péče praktického lékaře pro děti a dorost jak uvedlo 21 rodičů, některým dětem je doporučena dispenzarizace v pneumologické poradně nebo návštěva odborného specialisty na dětské klinice. Tyto výsledky znázorňuje graf 60. Graf 30 znázorňuje, že sestry na tuto otázku odpověděly, že nejčastěji je rodičům dětí doporučováno po ukončení hospitalizace předání do péče praktického lékaře pro děti a dorost a dispenzarizace v pneumologické poradně pro děti. Výběr předání dítěte do následné péče po ukončení hospitalizace závisí do jisté míry na průběhu a komplikacích onemocnění dítěte s pneumonií.

Ke zjištění možného ohrožení dítěte opakovaným zápallem plic, jsme se snažili zjistit, zdali by rodiče rozpoznali příště projevy tohoto onemocnění. Výsledek ukazuje graf 54. Rodiče nejčastěji odpověděli, že neví (45 %), zdali by projevy nemoci příště rozpoznali. To také odpovídá skutečnosti, že je mnohdy velmi obtížné určit, o jaké onemocnění se zpočátku jedná, onemocnění je totiž lehce zaměnitelné za jiná onemocnění dýchacích cest.

Další dotazy ve výzkumném šetření měly za cíl zjistit, zdali nelze vysledovat na daném výzkumném souboru možné společné znaky vzniku tohoto onemocnění u dětí, zdali se shodují s příznaky uvedenými v literatuře a které z nich jsou nejčastější. Zajímali jsme se také o přidružené dřívější nemoci, které by mohly poukázat na možnou náchylnost k onemocnění pneumonií. Výsledek znázorňují grafy 36, 37, 38. Rodiče dětí nejčastěji uvedli, že jejich děti netrpí současně jiným onemocněním (18 rodičů) nebo nejčastěji, že je dítě alergik podle 12 rodičů. Souvislost s oslabením organismu

předchozím očkováním se nepotvrdilo, rodiče uváděli, že jejich dítě před onemocněním pneumonií nebylo očkováno (68 %). Ale uvedli ve většině případů (60 %), že před onemocněním pneumonií dítě prodělalo jiné onemocnění dýchacích cest.

Z těchto výsledků vyplývá, že můžeme pouze spekulovat, zdali děti s nějakou přidruženou chorobou jsou více náchylné právě k onemocnění pneumonií, ani očkování nehraje pro imunitu dítěte, které by mohlo být oslabeno, pro vznik pneumonie roli. Co ale vyplynulo ze šetření, je to, že onemocnění pneumonií předcházelo nějaké onemocnění dýchacích cest. To také souhlasí i s prostudovanou literaturou, kdy po onemocnění dýchacích cest je vytvořeno vhodné prostředí pro různé viry a bakterie způsobující pneumonii.

Nejčastější příznaky onemocnění pneumonií u dětí znázorňuje graf 39. Jsou to podle rodičů horečka, kašel, třesavka, únava a malátnost. Jsou to příznaky, ze kterých nelze 100 % říci, o jaké onemocnění se jedná.

Zajímalo nás, jak se rodiče s dětmi dostanou do nemocnice s touto diagnózou, výsledek je patrný v grafu 40. Nejčastěji dítě odesílá k hospitalizaci praktický lékař pro děti a dorost (81%), nebo lékař z pohotovosti dětské kliniky (16 %). Zde bude také největší možnost působit na rodiče o prevenci dítěte. Hypotéza 3 nebyla potvrzena, rodiče o možné prevenci nemají dostatek informací.

Na závěr výzkumného šetření byl položen dotaz sestřím, zdali byl na těchto odděleních již někdy prováděn výzkum nebo výzkumné šetření na onemocnění pneumonií u dětí. Nejvíce odpovědí bylo „ne“ (50 %) nebo „nevím“ (27 %). Pouze část sester, které pracovaly na dětských odděleních delší dobu, uvedla, že výzkum byl již prováděn, a to lékaři. Podle dostupných internetových zdrojů byl prováděn výzkum lékaři pro komunitní pneumonii na Pediatrické klinice FN Motol a Infekční klinice Nemocnice Na Bulovce v letech 2006 – 2008. Výsledky sledování souboru dětí vedly ke zjištění původců onemocnění, průběhu, komplikacím a možné prevenci onemocnění (www.amca.cz).

6. Závěr

Onemocnění pneumonií u dětí je stále závažné onemocnění, příznaky tohoto onemocnění zpočátku nelze s určitostí rozpoznat. Mnohdy jsou příznaky shodné s jinými onemocněními dýchacích cest. Léčba pneumonie většinou vyžaduje hospitalizaci dítěte především u dětí do 5 let.

Výzkumné šetření probíhalo kvantitativní metodou, formou sběru dat byl dotazník. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na dětských odděleních a rodiče hospitalizovaných dětí s onemocněním pneumonie ve FN Motol a v Nemocnici Na Bulovce.

Cílem práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u onemocnění dětí s pneumonií, vypracovat přehled ošetřování těchto dětí, který by pomohl rodičům v domácí péči, a nakonec zjistit míru edukace a znalosti rodičů takto nemocných dětí v domácím prostředí.

K cílům byly stanoveny hypotézy:

Hypotéza 1: Ošetrovatelská péče u dětí s pneumonií je zaměřena na specifiku daného onemocnění. Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že sestry poskytují ošetrovatelskou péči zaměřenou na onemocnění pneumonií. Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza 2: Rodiče dětí jsou edukováni o ošetrovatelské péči u dětí s pneumoniemi v domácím prostředí. Výsledek výzkumného šetření ukázal shodu v odpovědích jak u sester, tak u rodičů hospitalizovaných dětí. Sestry edukují rodiče včas a ověřují si jejich nabitě znalosti a informace. Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza 3: Rodiče dětí mají přehled o prevenci před onemocněním – pneumonií. Výsledek výzkumného šetření ukázal, že většina rodičů nebyla informována o prevenci dětí před onemocněním pneumonií. Rodičům chybělo především více informačních materiálů pro rodiče a nebylo jim sděleno, kam by se mohli po prodělané pneumonii ještě obrátit. Hypotéza nebyla potvrzena.

Výzkumné šetření ukázalo, že ošetrovatelská péče je velmi kvalitně poskytována. Odráží se zde však zřejmě nedostatek času, kdy rodiče nejsou schopni, vzhledem v mnohdy krátké době hospitalizace a vlivem stresu z onemocnění a obav o své dítě, vnímat všechny podávané informace. Informace potřebují opakovat, potřebují čas na

rozmyšlenou, mít možnost se opakovaně zeptat, a hlavně v klidu si přečíst, ověřit ústně podané informace. Vždyť každý jedinec je jiný a v danou chvíli se nachází v jiné životní situaci. Výstupem bakalářské práce je informační brožura pro rodiče dětí s tímto onemocněním zaměřená především na péči o dítě v domácím prostředí a možnou prevenci.

7. Seznam použitých zdrojů

1. 12. listopad – Světový den pneumonie [online]. [cit. 2012–3-13] Dostupné z: <http://www.verejnezdravi.cz/4/12-listopad--Svetovy-den-pneumonie_42.aspx>
2. ADAMS, B., HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, dotisk 2000. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
3. BOLEDOVIČOVÁ, M. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 2. preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 2006. 208 s. ISBN 80-8063-211-1.
4. ČIHÁK, R. *Anatomie*. 2. 2. uprav. a dopl. vyd., Praha: Grada, 2002. 470 s. ISBN 80-247-0143-X.
5. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. preprac. a dopl. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
6. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatel'ství - teorie*. 1. čes. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
7. FENDRYCHOVÁ, J. a kol. *Vybrané kapitoly z ošetrovatel'ské péče v pediatrii 2. část Péče o novorozence*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2009. 133 s. ISBN 978-80-7013-489-4.
8. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. a kol. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.
9. GREGORA, M. *Očkování a infekční nemoci dětí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 125 s. ISBN 80-247-1126-5.
10. HRODEK, O., VAVŘINEC, J. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 767s. ISBN 80-7262-178-5.
11. HROMÁDKOVÁ, J. a kol. *Fyzioterapie*. 1. vyd., dotisk. Jinočany: H&H, 2002. 428 s. ISBN 80-86022-45-5.
12. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatel'ské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada., 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
13. KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 2. dopl. vyd. Praha: nakladatelství Galén a Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 1999, 2001. 949 s. ISBN 80-7262-101-7 (Galén). ISBN 80-246-0273-3 (Karolinum).

14. KOHOUTOVÁ, E. a kol. *Kritické stavy u dětí a ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Brno: IPVZ, 1998. 302 s. ISBN 80-7013-257-4.
15. KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
16. KOLEK, V. a kol. *Bronchologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: IPVZ, 2002. 212 s. ISBN 80-7013-370-8.
17. KOLEK, V. a kol. *Pneumologie pro magistry a bakaláře*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 82 s. ISBN 80-224-1175-X.
18. KOLEK, V. *Pneumonie – diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 155 s. ISBN 80-7254-359-8.
19. Komunitní pneumonie u dětí [online]. [cit. 2011–7-13] Dostupné z: <http://www.zdn.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/komunitni-pneumonie-u-deti-363783>>
20. KROFTA, K. *Pneumologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 279 s. ISBN 80-7254-710-0.
21. MERKUNOVÁ, A., OREL, M. *Anatomie a fyziologie člověka*. 1. vyd., 2008. Praha: Grada, 2008. 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
22. MOUREK, J. *Fyziologie učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7.
23. MUSIL, J., PETŘÍK, F., TREFNÝ, M. a kol. *Pneumologie*. 1. vyd, dotisk. Praha: Karolinum, 2007. 248 s. ISBN 978-80-246-0993-5.
24. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M. *Přehled anatomie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén: Karolinum, c2009. 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0(Galén). ISBN 978-80-246-1717-6 (Karolinum).
25. Novější aspekty v diagnostice a léčbě pneumonií [online]. [cit. 2011-06-07] Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/novejsi-aspekty-v-diagnostice-a-lecbe-pneumonii-460137>>
26. NOVOTNÝ, I., HRUŠKA, M. *Biologie člověka*. 4. přeprac. a upr. vyd. Praha: Fortuna, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7373-007-9.

27. O'CALLAGHAN, CH., STEPHENSON, T. *Pediatric do kapsy*. 2. přep. vyd. Praha: Grada, 2005. 434 s. ISBN 80-247-0933-3.
28. OSN chce bojovat se zápalom plic, potrebuje 39 miliard dolaru [online]. [cit. 2011-12-02] Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/osn-chce-bojovat-se-zapalem-plic-potrebuje-39-miliard-dolaru-447788?category=ze-zahranici>>
29. OŠTÁDAL, O., BURIANOVÁ, K., ZDAŘILOVÁ, E. *Léčebná rehabilitace a fyzioterapie v pneumologii (stručný přehled)*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 54 s. ISBN 978-80-244-1909-1.
30. Pneumonie – výsledky sledování souboru dětí hospitalizovaných pro komunitní pneumonii [online]. [cit. 2012-03-14] Dostupné z: <http://amca.cz/pneu2009/abstrakta_pneumologie09.pdf>
31. Pneumonie je celosvětově hlavní příčinou úmrtí dětí do 5 let [online]. [cit. 2011-11-12] Dostupné z: <<http://www.vitalia.cz/aktuality/pneumonie-je-celosvetove-hlavni-pricinou-umrti-deti-do-5-let/>>
32. SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s., ISBN 978-80-247-1613-8.
33. STOŽICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K. a kol. *Základy dětského lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 359 s. ISBN 80-246-1067-1.
34. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 280 s. ISBN 978-80-247-1148-5.
35. Také u pneumonie platí, že nejlepší léčbou je prevence [online]. [cit. 2011-12-20] Dostupné z: <<http://www.tribune.cz/clanek/16047>>
36. VACUŠKOVÁ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii I. část*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2009. 225 s. ISBN 978-80-7013-491-7.
37. VELEMÍNSKÝ, M., TOMŠÍKOVÁ, Z. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2009. 176 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
38. VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ, M. ml. *Dítě 3x333 otázek pro dětského lékaře*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 267 s. ISBN 978-80-7254-929-0.

39. VIGUÉ, J., NOVÁKOVÁ, P. *Zdraví dítěte*. 1. vyd. Čestlice: Rebo Productions, 2006. 293 s. ISBN 80-7234-535-4.
40. VOLF, V., VOLFOVÁ, H. *Pediatric pro střední zdravotnické školy*. 2. dopl. vyd. Praha: Informatorium, 2000. 247 s. ISBN 80-86073-62-9.
41. ZAHÁLKOVÁ, M. *Pediatric pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2000. 91 s. ISBN 80-210-2327-9.
42. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

8. Klíčová slova

edukace

ochrana dětí před onemocněním

ošetřovatelská péče

pneumonie

prevence

sestra

zápal plic

9. Přílohy

Příloha 1 Rozdělení pneumonií

Příloha 2 Polohování dítěte, inhalační léčba, dechová rehabilitace u dítěte

Příloha 3 Žádost o umožnění výzkumného šetření k bakalářské práci formou dotazníku v Nemocnici Na Bulovce

Příloha 4 Žádost o umožnění výzkumného šetření k bakalářské práci formou dotazníku ve FN Motol

Příloha 5 Dotazník pro sestry

Příloha 6 Dotazník pro rodiče hospitalizovaných dětí

Příloha 7 Graf 62 – srovnání – počet let praxe sester a dosažené vzdělání sester

Příloha 8 Informační brožura

Příloha 1

Rozdělení pneumonií

1. Etiologické rozdělení

Dělíme na pneumonie z infekčních a neinfekčních příčin.

Infekční pneumonie - virové, bakteriální, mykobakteriální, mykoplazmatické, chlamydiové, mykotické, protozoární, metazoární.

Neinfekční pneumonie – pneumonitidy – aspirační, intersticiální, hypostatické, inhalační, granulomatózní, retenční, postradiační, hypersenzitivní, polékové. Neinfekční pneumonie tvoří značně nehomogenní kategorii, zařazují se sem různé stavy s poškozením plic v důsledku chemických, fyzikálních nebo imunopatologických vlivů. Sekundární pneumonie (hypostatická, retenční) mají neinfekční příčinu, ale klinicky se projeví teprve při vzniku bakteriálního zánětu (Kolek, 2003; Hrodek, 2002).

2. Patologicko – anatomické rozdělení a rozdělení podle rentgenového obrazu

Patologicko – anatomické rozdělení vychází z bioptických nebo sekčních nálezů a z mikroskopického popisu plicního poškození. Radiologické rozdělení odpovídá patologicko – anatomickému postižení plicních struktur. Z patologicko-anatomického hlediska a rentgenového obrazu se dělí na: *lobární, lobulární (bronchopneumonie), intersticiální, rozpadová pneumonie*.

Lobární pneumonie – na úrovni alveolů, zánětem je postižen jeden nebo více plicních laloků. Vyskytují se spíše u starších dětí a u dospělých, jejichž imunitní systém dokáže zabránit šíření infekce a lokalizovat ji na jedno místo.

Bronchopneumonie se nejčastěji vyskytují u novorozenců, kojenců a oslabených dětí. Projevují se postižením průdušek a velkých částí plic, ve kterých se střídají ložiska zánětu s nepostiženou tkání. Poruchy imunitního systému umožňují rychlé rozšíření infekce. Často jde o oboustranný proces.

Zánět intersticiální má tendenci k proliferaci a tvorbě granulomů (Kolek, 2003; Klener, 2001; Volf, 2000).

3. Klinicko-epidemiologické rozdělení

Pro praxi je nejdůležitější rozdělení, které vychází z okolností vzniku pneumonie. Hodnotí se, v jakém prostředí pneumonie vznikla, jaký typ nemocných pneumonie postihla. Z těchto dostupných údajů se pak předpokládá typ původce a nastavuje se empirická léčba.

Rozdělení: *komunitní pneumonie* (komunitně získané pneumonie), které vznikají v běžném životě - nejčastější. *Nozokomiální pneumonie* (získané v nemocnici), *pneumonie u imunokompromitovaných nemocných* (v zahraničí především u HIV + pacientů), *ventilátorové pneumonie* (Kolek, 2003).

Komunitní pneumonie je onemocnění získané v běžném životním styku mimo nemocniční prostředí. Tvoří asi 80 až 90 % všech zánětů plic. Nejčastějšími patogeny jsou: *S.pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *H. influenzae*, *L. pneumophila*. Ty jsou zpravidla dobře citlivé na současná antibiotika. Průběh onemocnění může být lehký, mírný i těžký a je ovlivněn především věkem a celkovým stavem nemocného. Většina těchto pneumonií se léčí ambulantně – empiricky (Kolek, 2005; Kolek, 2003).

V případě *nozokomiální pneumonie* se jedná se o infekci získanou v nemocničním prostředí, kde se vyskytují patogeny s vyšší mírou rezistence vůči antimikrobiální léčbě. Projevy se objeví nejdříve po 48 hodinách hospitalizace nebo později podle inkubačního času jednotlivých patogenů. Je potřeba počítat se vznikem ještě týden až 10 dní po propuštění z nemocnice (Kolek, 2003).

Jednou z typických příčin tohoto onemocnění je endogenní mikroaspirace. Zdrojem exogenní inhalační cesty nákazy jsou ostatní pacienti nebo ošetřující personál, zvlhčovače, respirátory, prach. Přímá inokulace je tedy možná kontaminovanými předměty, vodou, materiálem v nemocničním prostředí, lidskými výměšky atd. Pneumonie jsou druhou nejčastější skupinou nozokomiálních nákaz a první, co se týče mortality. Prodlužují dobu hospitalizace a též zvyšují úmrtnost jiných onemocnění (Kolek, 2003).

V případě *pneumonie u imunokompromitovaných jedinců* se jedná o pacienty s imunodeficitem. V anglosaské literatuře se často uvažuje o HIV pozitivních nemocných, ale patří sem např. i nemocní léčení cytostatiky, zářením, po

transplantacích (hlavně kostní dřeně a plic). Infekci mohou vyvolat všechny známé patogeny: nejčastěji *K. pneumoniae* aj. enterobakterie, *Legionella* spp., *P. aeruginosa* a aneroby. Dochází i k infekcím oportunními patogeny, jako je CMV, RS virus, herpes zoster virus, *Pneumocystis carinii* aj., houby, atypické mykobakterie apod. (Kolek, 2003).

Ventilátorové pneumonie řadíme mezi nosokomiální infekce s nejvyšším rizikem plicního postižení a nejvyšší mortalitou. Pacienti, kteří jsou léčeni mechanickou ventilací, jsou též vystaveni vyššímu riziku vzniku nosokomiální pneumonie než neventilovaní pacienti (Krofta, 2005).

4. Rozdělení dle závažnosti

U všech pneumonií je snaha standardizovat posouzení jejich závažnosti podle základních klinických projevů. Mluví se pak o lehké, středně těžké a těžké pneumonii. Podle toho se určuje optimální hodnocení možnosti ambulantní léčby, nutnosti hospitalizace, event. uložení na jednotku intenzivní péče.

U dětí je dělení z *hlediska průběhu* na: *typické, atypické, akutní, recidivující, chronické* (Kolek, 2003; Hrodek, 2002;).

5. Dělení podle věku u dětí, kdy se v etiologii pneumonií uplatňují rozdílné druhy patogenů:

u novorozenců – gramnegativní mikroby (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, streptokoky skupiny B);

u kojenců ve věku 2 - 11 týdnů života – *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, cytomegalovirus, *Pneumocystis carinii*;

u dětí ve věku 3 měsíců až 5 let – viry (nejčastěji respiračně syncytiální virus, parainfluenza 1, 2, 3, influenza A, B, adenoviry, rinoviry), méně často bakterie (pneumokoky, stafylokoky, streptokoky, *Haemophilus influenzae*);

u dětí starších 6 let – *Mycoplasma pneumoniae* (nejčastěji), viry (parainfluenza, influenza), bakterie (pneumokoky, *Haemophilus influenzae*, streptokoky)(Hrodek, 2002).

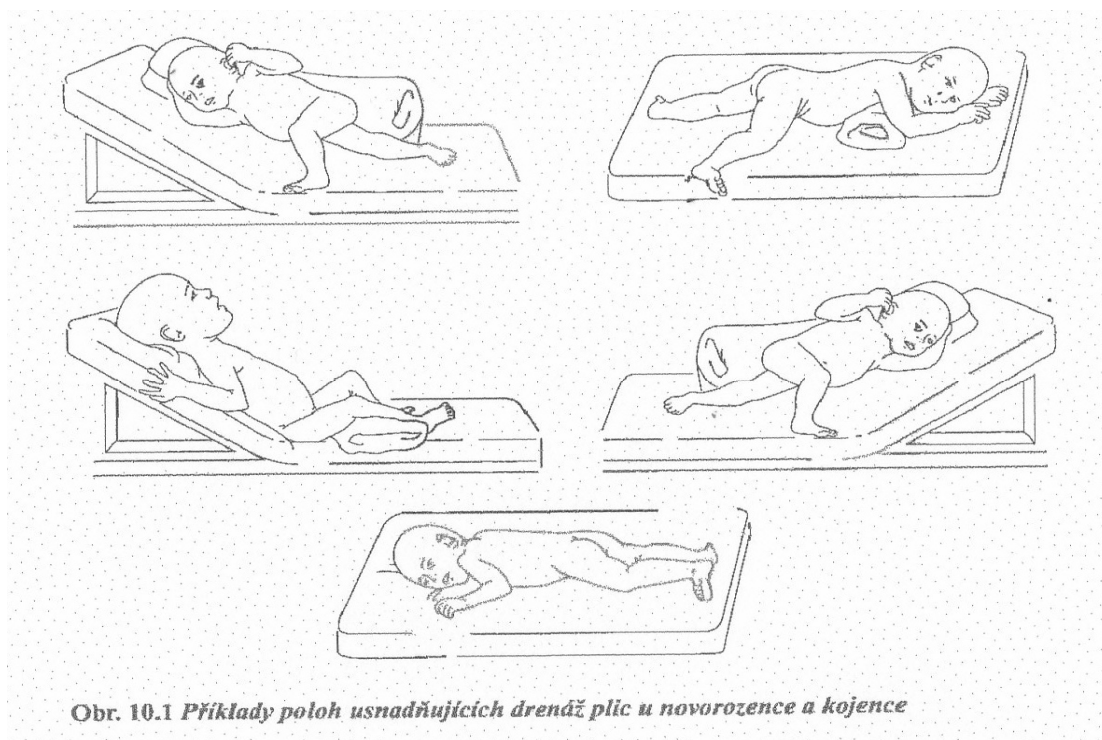
Pneumonie v dětském věku mají specifické charakteristiky u kojenců, batolat, předškolních a školních dětí. Pneumonie dorostu se neliší od pneumonií v dospělém věku. Obecně můžeme konstatovat, že respirační patogeny u dětí jsou stejné jako u dospělých, jen jejich zastoupení se liší. Mezi zvláštní formy pneumonie patří adnatní, aspirační, pneumonie v rámci dětských infekcí (plané neštovice, spalničky) nebo komplikující pneumonie u cystické fibrózy, leukémie a srdečních vad (Kolek, 2003).

Polohování dítěte, inhalační léčba, dechová rehabilitace u dítěte

1. Polohování dítěte

Nejčastěji ukládáme děti s onemocněním dýchacích cest do zvýšené polohy (Fowlerovy nebo anti-Trendelenburgovy). Pro usnadnění drenáže plic je vhodné střídat polohy na zádech, na bocích i na břiše. /Obrázek 1/ Pomůcek k polohování je celá řada. Použití nejvhodnějších pomůcek záleží na našich možnostech a na stavu a věku dítěte. U novorozenců a kojenců často vystačíme s válečky z plen a sáčky s pískem. U větších dětí se používají pomůcky jako u dospělých. Nejvhodnější k polohování jak malých, tak i velkých dětí jsou polohovací lůžka. Pokud toto lůžko nemáme, můžeme umístit pod matraci klín nebo i složené povlečení nebo pleny. Podle nejnovějších poznatků se nedoporučují u dětí žádné polohy hlavou dolů, protože pak může docházet k tzv. tichým, asymptomaticky probíhajícím atakám gastroezofageálního refluxu (Sedlářová, 2008).

Obrázek 1



(zdroj: Sedláčková, P. a kol. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii)

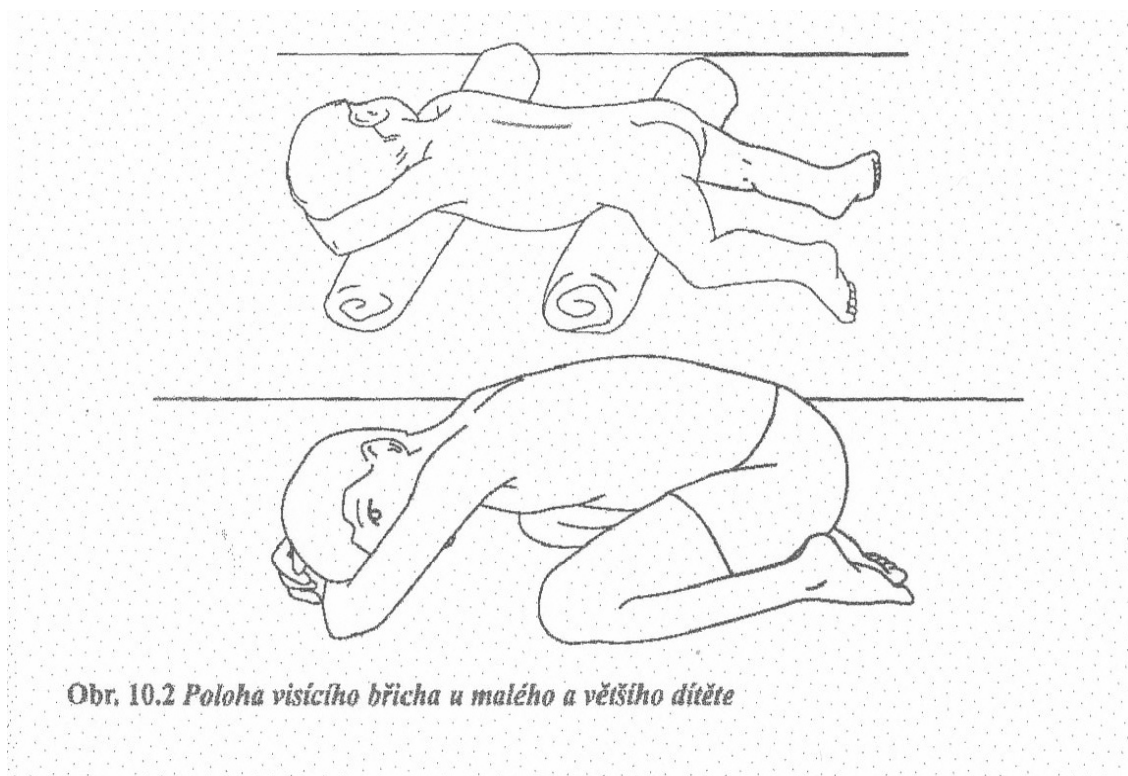
Některé děti mohou zaujmout vynucenou polohu, tj. poloha, ve které se jim lépe dýchá. Většinou ve stavu akutní dušnosti zaujmají ortopnoickou polohu, kdy dítě sedí na lůžku se spuštěnými končetinami, předklání horní polovinu těla a drží se pelesti. Tak se zvyšuje vitální kapacita plic a dochází ke zlepšení plicní ventilace. Dětem se nesnažíme polohu měnit, necháme je tak, jak se jim dýchá nejlépe.

Mezi další polohy, které usnadňují dýchání, patří např. poloha „visícího břicha“, sed s pažemi položenými dopředu nebo stoj s oporou o zeď (Sedlářová, 2008).

Poloha visícího břicha

Při této poloze se může volně pohybovat břicho. Malé dítě pokládáme na břicho, podložíme pánev a ramena měkkými válečky. Přitom pánev by měla být o trochu výše než ramena. /Obrázek 2/ Větší dítě sedí na patách a má ruce položené na podložce pod hlavou nebo pod polštářem. Hlavu má otočenou ke straně, záda má lehce ohnuta a kolena mírně rozkročena /Obrázek 2/ (Sedlářová, 2008).

Obrázek 2



Obr. 10.2 Poloha visícího břicha u malého a většího dítěte

(zdroj: Sedláčková, P. a kol. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii)

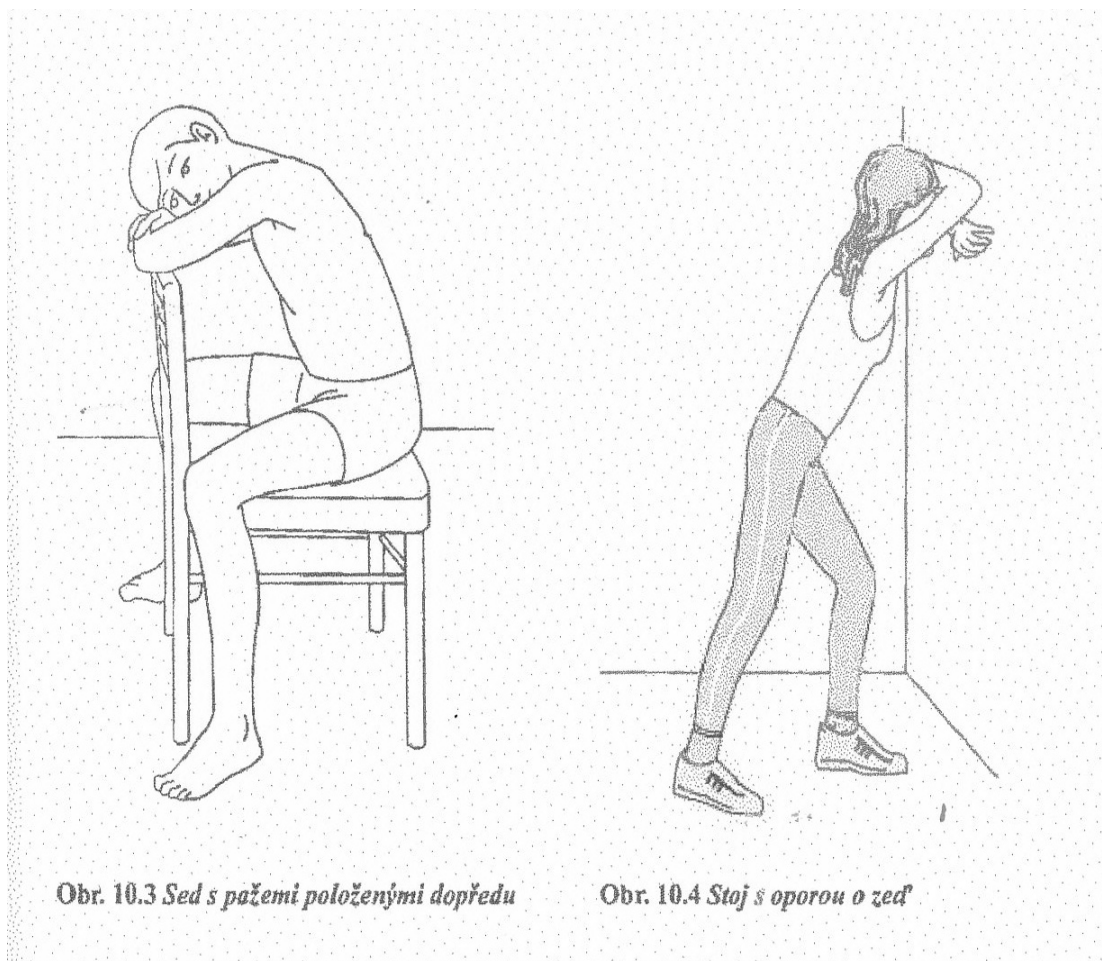
Sed s pažemi položenými dopředu

Dítě se posadí obkročmo, paže má položené na opěradle židle. Záda jsou mírně ohnutá, hlava je položena na předloktích /Obrázek 3/ (Sedlářová, 2008).

Stoj s oporou o zeď

Dítě se opře o zeď pažemi, na které si položí hlavu /Obrázek 3/ (Sedlářová, 2008).

Obrázek 3



Obr. 10.3 *Sed s pažemi položenými dopředu*

Obr. 10.4 *Stoj s oporou o zeď*

(zdroj: Sedláčková, P. a kol. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii)

2. Inhalační léčba u dětí s pneumonií

Inhalační podávání léků je účelné vdechování léčebných látek. Inhalace můžeme dělit na přirozené a umělé.

Přírozená inhalace je např. vdechování balzamických silic po dešti v jehličnatém lese nebo různých solí u moře nebo při pobytu v solných jeskyních. Tento typ inhalace se používá při různých ozdravných pobytech (Sedlářová, 2008).

Umělé inhalace se podávají pomocí přístrojů – inhalátorů (nebulizátorů) v nemocnicích. Ty mohou být buď tryskové, které rozprašují mlhu pomocí kompresorů, nebo ultrazvukové, kdy tuto mlhu vyrábí ultrazvuk.

Inhalace dělíme podle teploty. Chladná inhalace (23-36°C) snižuje překrvení sliznic a využívá se u dětí při laryngitidách a po extubaci. Indiferentní inhalace (36,1-37°C) má účinek zklidňující, teplá (37,1-40°C) vede k překrvení sliznice.

Podle druhu léčiva, které inhalací podáme, docílíme snížení vazkosti hlenu, rozšíření průdušek, nebo protizánětlivého účinku. Inhalační roztok, který nejčastěji používáme, je fyziologický roztok, buď samotný, nebo do něj přidáváme léky. Léky, které můžeme do inhalace přidat, jsou ve formě roztoku: mukolytika (př. ambroxol, mesna, amilorid), bronchodilatancia (př. salbutamol, fenoterol), kortikoidy (př. hydrokortizon), antibiotika (př. kolistin)(Sedlářová, 2008).

Inhalace lze podávat volně, maskou nebo náustkem. Při inhalaci musíme dítě sledovat a snažíme se ho zabavit formou hry. U malých dětí dáváme inhalaci nejčastěji volně, kdy dítě vdechuje mlhovinu inhalátorem umístěným v blízkosti nosu. Po inhalaci může mít vlhký obličej nebo prádlo, v takovém případě dítě dle potřeby osušíme a převlékneme. U nejmenších dětí, u kterých je potřeba, aby vydýchaly celou dávku, inhalaci podáváme pomocí obličejové masky. Nejlepšího usazení léku na sliznici bronchů docílíme použitím náustku. Můžeme ho použít již u starších batolat nebo dětí předškolního věku, které se mohou této technice naučit. Správná technika inhalace je velmi důležitá. Náustek musí ležet na jazyku a ústa musí být kolem náustku obemknuta. Dítě by při inhalaci nemělo mít předkloněnou hlavu, mohlo by to vést ke snížení průchodnosti dýchacích cest. Podmínkou správné inhalace je nutnost vyinhalovat celý obsah nádoby, protože koncentrace léku je na konci inhalace největší. Pokud provádíme inhalaci z důvodu zkapalnění hlenu, musí následovat po inhalaci odstranění hlenu z dýchacích cest. Inhalační účinek můžeme pomocí metod a technik respirační fyzioterapie mnohonásobně umocnit (Sedlářová, 2008; Kolář, 2009).

Sekreci z dýchacích cest můžeme u dětí odstranit kašláním, smrkáním a odsáváním. Malé děti odsáváme, protože neumí vykašlaný hlen vyplivnout. To má za následek jeho polykání nebo hromadění v dýchacích cestách, což je často příčinou zvracení. Děti odsáváme použitím sterilní cévky s centrálním otvorem přiměřené velikosti. Cévkou zavádíme velmi opatrně bez většího odporu. Nejdříve odsáváme z úst, teprve pak odsáváme z nosu. Odsávat musíme přerušovaně pouze při vytahování cévky, ne při jejím zavádění, současně ke zvýšení účinku odsávání můžeme provádět rotační pohyby.

Po použití se musí cévka propláchnout dezinfekčním roztokem a znehodnotit. Opakované použití cévky je nepřijatelné (Sedlářová, 2008).

3. Dechová rehabilitace u dětí s pneumonií

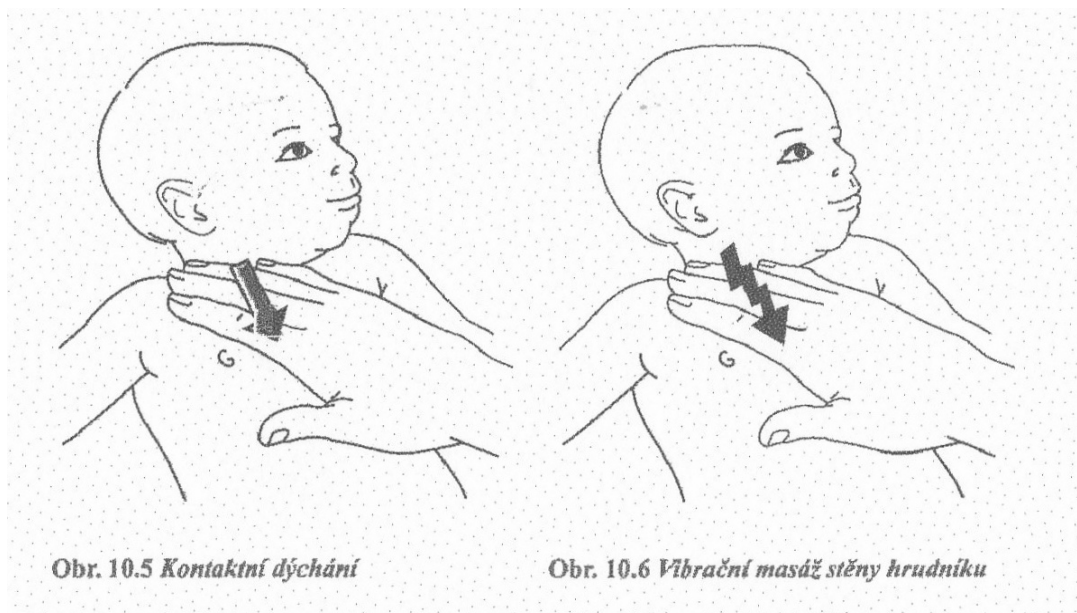
Pro udržení průchodnosti dýchacích cest je nedílnou součástí ošetrovatelské péče dechová rehabilitace. K poskytnutí této péče je nezbytná spolupráce sestry s fyzioterapeutem. Rehabilitaci rozlišujeme na aktivní a pasivní. Aktivní se zaměřuje na nácvik odkašlávání, výdech proti odporu. Pasivní rehabilitace zahrnuje vibrační masáže stěny hrudníku, polohové drenáže a kontaktní dýchání. U kojenců většinou převažují pasivní techniky, které se u batolat nahrazují aktivními technikami (Sedlářová, 2008).

Kontaktní dýchání je metoda, při které ruce cvičitele vedou a prohlubují dýchací pohyby u dítěte. Prohloubení dýchacích pohybů má za následek snížení dechové frekvence, odstranění hlenů z dýchacích cest a lepší provzdušnění plic. Tuto jednoduchou metodu lze používat u dětí ve všech věkových kategoriích a lze ji snadno naučit rodiče. Vlastní provedení této metody spočívá v položení rukou cvičitele na hrudník dítěte. Ruce cvičitele se přizpůsobují dýchacím pohybům pacienta a prohlubují je /Obrázek 4/. Aby byly tyto manévry dostatečně účinné, je třeba je provádět opakovaně a dlouhodobě v oblasti hrudníku, zad a břicha v souladu s jeho dechovými pohyby a polohou. Jednotlivé fáze se navzájem ovlivňují a doplňují (poloha – dýchání - ruce)(Sedlářová, 2008; Fendrychová, 2009).

Při vibrační masáži stěny hrudníku ruka cvičitele doprovází pohyby hrudníku stejně jako při kontaktním dýchání, při výdechu se však provádí vibrace. Vibrace provádíme postupně zvyšujícím se tlakem ruky, aby byly účinné také v hlubších oblastech plic

/Obrázek 4/. Při provádění masáže můžeme cítit a slyšet uvolněný sekret v dýchacích cestách („chropy“). Vibrační masáže provádíme delší dobu na stejném místě, kombinujeme je s polohováním pacienta a kontaktním dýcháním. Vibrační masáže hrudníku vedou k prohloubenému dýchání, k odstraňování sekretu z dýchacích cest, ke zmenšení dechové práce a ke zlepšení pohyblivosti hrudníku. Tato metoda je jednoduchá, vhodná pro děti všech věkových kategorií i pro děti v těžkém stavu. Rodiče se ji mohou snadno a rychle naučit. Samozřejmostí při práci s dítětem jsou čisté ruce bez ostrých nehtů a šperků, příjemně zahřáté. Kontakt rukou s tělem dítěte nám neustále poskytuje cenné informace o dění, která probíhají během naší terapie. Tak také můžeme účinně ovlivňovat jeho celkové důsledky (Sedlářová, 2008; Fendrychová, 2009).

Obrázek 4



(zdroj: Sedláčková, P. a kol. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii)

Aktivní techniky také ovlivňují dýchání a mobilizují hrudník, ale na rozdíl od pasivních technik je mohou děti provádět samy.

Aktivní techniky:

Prodloužení výdechu za pomoci hlasu při indiánském pokřiku, při vyslovování některých hlásek (např. aaaa, muuuh, wauwauwau) - nejjednodušší metoda.

Použití jednoduchých dechových nástrojů. Nástroje kladou odpor proudícímu vydechovanému vzduchu.

Děti si mohou vyrábět mýdlové bubliny, orosit si zrcadlo a malovat na ně.

Mobilizační cviky – dochází k podpoře pohyblivosti hrudníku a páteře a ke zlepšení koordinace svalů celého těla – důležité jsou pohyby trupu – ohýbání, protahování, otáčení stranou a úklony do stran. Cvičení provádíme formou hry. Všechny cvičební prvky respirační fyzioterapie jsou vhodně doplněny kondičním cvičením a pohybovými aktivitami a sportováním (Sedlářová, 2008; Hromádková, 2002).

Podávání kyslíku v dětském věku

Léčba kyslíkem se nazývá oxygenoterapie. Důležité je mít na paměti, že kyslík je lék a jako takový může mít vedlejší účinky. Kyslík lze podávat z kyslíkové lahve nebo z centrálního rozvodu plynů. Podávání kyslíku indikuje lékař, podává se zvlhčený a ohřátý na 35-37°C. Studený se podává pouze při laryngitidě a v časně fázi po extubaci. Koncentrace musí být stálá. Sledujeme fyziologické funkce u pacienta. Způsoby podávání kyslíku inhalací: Do inkubátoru, nejčastěji u novorozenců. Pomocí kyslíkových boxů, využívá se u novorozenců a kojenců. Podávání kyslíku volně k horním cestám dýchacím, pouze u klidných dětí. Podávání kyslíku kyslíkovými brýlemi. Při průtoku kyslíku menším než 1 l/min se doporučuje kyslík nezvlhčovat, při průtoku větším než 1 l/min zvlhčujeme jen při pokojové teplotě. Podávání kyslíku pomocí kyslíkové masky, využíváme u větších dětí schopných spolupráce (Sedlářová, 2008).

Ke komplikacím při podávání kyslíku dojde často nedodržením zásad aplikace kyslíku. Podávání suchého kyslíku má za následek vysychání sliznic dýchacích cest, tvorbu krust a krvácení. Také se snižuje samočisticí schopnost řasinkového epitelu dýchacích cest. Dlouhodobým podáváním kyslíku o vysoké koncentraci může dojít k poškození plic (např. vznik atelektáz či bronchopulmonální dysplazie) a k poškození CNS (např. bolesti hlavy, křeče)(Sedlářová, 2008).

Příloha 3

Žádost o umožnění výzkumného šetření k bakalářské práci formou dotazníku



Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací nelékařských zdrav. oborů

Příjmení a jméno žadatele **Hrušková Lenka**

Kontaktní adresa **Na Petřínách 392/72, 162 00 Praha 6.**

Telefon: **608 871 827** E-mailová adresa: **hruskova.le@seznam.cz**

Škola/fakulta: **Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity V Českých Budějovicích**
Obor studia: **všeobecná sestra – kombinované studium**

Téma závěrečné práce: **Ošetrovateľská péče u dětí s pneumonií**

Termín sběru dat: **leden – duben 2012 – 5 pracovních dnů dle domluvy s vrchní sestrou pediatrického oddělení FN Bulovka**

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: **Pediatrické oddělení.**

Zjišťované informace:
Ošetrovateľská péče u dětí s pneumonií
Míra edukace a znalosti rodičů dětí s pneumonií v domácím prostředí.

Forma prezentace dat: **součást bakalářské práce**

Poučení žadatele:

1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.
3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je podložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.
4. Prezentace výsledků s uvedením jména Nemocnice Na Bulovce je možná pouze se souhlasem ředitele Nemocnice Na Bulovce.

Datum: 10.1.2012 Podpis žadatele: Hrušková Lenka

Vyjádření Nemocnice Na Bulovce

Odpovědný vedoucí pracoviště: *Mgr. Andrea Fajtová*

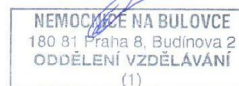
Odpovědný náměstek ředitele: *Mgr. Soňa Mendlová*

Vyjádření příslušného náměstka: ano ne

Bude za šetření vyžadována úhrada: ano ne částka: *100,-* Kč *1. 2012*

Datum:

Podpis:



Příloha 4

Žádost o umožnění výzkumného šetření k bakalářské práci formou dotazníku ve FN Motol



FN MOTOL



FAKULTNÍ NEMOCNICE v MOTOLE

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

150 06 Praha 5 - Motol, V úvalu 84

☎ 22443 1050, Fax: 22443 1020

E-mail: jana.novakova@fnmotol.cz

V Praze dne 11.1.2012

Vážená paní
Hrušková Lenka
Na Petřinách 392/72
162 00 Praha 6

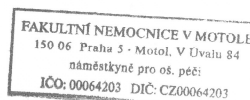
Věc: Žádost o umožnění provádění výzkumu

Vážená paní Hrušková,

vyhovuji Vaší žádosti a **souhlasím** s prováděním výzkumu pro Vaši bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská péče u dětí s pneumonií“. Kontaktujte prosím vrchní sestry, které potřebujete oslovit.

S pozdravem

Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči



Příloha 5

Dotazník pro sestry

Vážená kolegyně, vážený kolego,

obracím se na Vás s žádostí o poskytnutí Vašich cenných zkušeností k bakalářské práci zaměřené na Ošetrovatelskou péči u dětí s pneumonií.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Vyplňte jej tak, že vždy zakroužkujete správnou odpověď a pokud jsou u odpovědi tečky, doplňte vlastní názor. Pokud byste se zmýlil/a, chybnou odpověď škrtněte a zakroužkujte správnou. Vyplněný dotazník poté prosím odevzdejte na dětské oddělení staniční sestře.

Tyto Vaše zkušenosti a postřehy z praxe mi pomohou k monitoraci výskytu onemocnění pneumonií a poučení o současné ošetrovatelské péči o děti s onemocněním pneumonií.

Děkuji Vám za spolupráci a ochotu podělit se o Vaše odborné zkušenosti

Hrušková Lenka
studentka 3. ročníku všeobecná sestra – kombinovaná forma
Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Č. B.
hruškova.le@seznam.cz

1. Kolik let pracujete na dětském oddělení?

.....let praxe

2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

možno zvolit více odpovědí

- středoškolské - všeobecná sestra
- středoškolské - dětská sestra
- vyšší odborné vzdělání – Dis. - všeobecná sestra
- vyšší odborné vzdělání – Dis. - dětská sestra
- vysokoškolské - bakalářka
- vysokoškolské - magistra
- specializační - ARIP

3. Na jakém typu dětského oddělení pracujete?

- ambulantní část
- standardní lůžka
- jednotka intenzivní péče

4. Pracujete na dětském oddělení, kde jsou děti rozděleny dle věkových kategorií?

- ano
- ne

5. V jaké věkové kategorii jsou hospitalizované děti, o které se staráte?

možno zvolit více odpovědí

- kojenci
- batolata
- předškolní děti
- školní věk a dospívající
- jiné věkové rozložení

6. Je možný na Vašem oddělení pobyt rodiče s dítětem?

- ano
- ne

7. Do kolika let dítěte je na Vašem oddělení možnost pobytu rodiče s dítětem?

..... let dítěte

8. Pozorujete výskyt onemocnění pneumonií u dětí v posledním roce častěji?

- ano
- ne

9. Jaký typ pneumonií dle Vašeho postřehu a praxe na dětském oddělení převládá?

možno zvolit více odpovědí

- bronchopneumonie
- pneumokoková pneumonie
- atypická pneumonie
- nozokomiální pneumonie
- ventilátorová pneumonie
- pneumonie u imunokompromitovaných jedinců
- infekční pneumonie – virové, bakteriální, mykobakteriální
- neinfekční pneumonie – aspirační, inhalační, postradiační
- lobární pneumonie
- intersticiální pneumonie
- rozpadová pneumonie

10. V jakých měsících pozorujete výskyt onemocnění pneumonií nejčastěji?

možno zvolit více odpovědí

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> leden | <input type="checkbox"/> květen | <input type="checkbox"/> září |
| <input type="checkbox"/> únor | <input type="checkbox"/> červen | <input type="checkbox"/> říjen |
| <input type="checkbox"/> březen | <input type="checkbox"/> červenec | <input type="checkbox"/> listopad |
| <input type="checkbox"/> duben | <input type="checkbox"/> srpen | <input type="checkbox"/> prosinec |

11. Jakou metodou byla stanovena diagnóza pneumonie?

možno zvolit více odpovědí

- poslechem
- laboratorně – krví - hemokultura
- laboratorně – močí – průkaz patogena
- laboratorně – sputum
- rtg – hrudníku
- jiná metoda

12. Setkal/a jste se s dítětem, které bylo opakovaně hospitalizováno s onemocněním pneumonie?

- ano
- ne
- nevím

13. Je onemocnění opakované pneumonie na Vašem oddělení časté?

- ano
- ne

14. O jaký typ opakované pneumonie se jednalo?

možno zvolit více odpovědí

- bronchopneumonie
- pneumokoková pneumonie
- nozokomiální pneumonie
- ventilátorová pneumonie
- pneumonie u imunokompromitovaných jedinců
- infekční pneumonie – virové, bakteriální, mykobakteriální
- neinfekční pneumonie – aspirační, inhalační, postradiační
- lobární pneumonie
- intersticiální pneumonie
- rozpadová pneumonie

15. Vyskytl se během Vaší praxe na dětském oddělení u dítěte s onemocněním pneumonie život ohrožující stav?

- ano
- ne

16. Pokud ano o jaký život ohrožující stav se jednalo?

.....

17. Jak zlepšujete dýchání u dítěte s onemocněním pneumonie?

možno zvolit více odpovědí

- nácvik správného dýchání
- odsávání sekrece z dýchacích cest
- inhalace
- podávání antitusik, mukolytik
- oxygenoterapie
- podávání dostatku tekutin
- zvlhčování vzduchu

18. Kdo provádí inhalační léčbu u dítěte s pneumonií?

možno zvolit více odpovědí

- pouze sestra
- sestra + rodiče dítěte
- po edukaci rodiče hospitalizovaní s dítětem
- po edukaci dítě odlet
- jiné

19. Kdo provádí dechovou rehabilitaci u dítěte s pneumonií?

možno zvolit více odpovědí

- sestra
- speciálně školená sestra
- fyzioterapeut
- jiné

20. Provádíte u dětí s onemocněním pneumonií dechovou rehabilitaci?

- aktivní
- pasivní
- ne

21. Aktivní dechovou rehabilitaci u dětí s pneumonií je na Vašem oddělení zaměřena na?
možno zvolit více odpovědí

- nácvik odkašlávání
- výdech proti odporu
- jiné

22. Pasivní dechová rehabilitace u dětí s pneumonií je na Vašem oddělení zaměřena na?
možno zvolit více odpovědí

- vibrační masáže stěny hrudníku
- polohové drenáže
- kontaktní dýchání
- jiné

23. Způsob podávání kyslíku u dětí s pneumonií na Vašem oddělení je?
možno zvolit více odpovědí

- inkubátor
- kyslíkový box
- volně k horním cestám dýchacím
- kyslíkové brýle
- kyslíková maska
- jiné

24. Jaké podpůrné léčebné metody využíváte v ošetrovatelské péči u dětí s pneumoniemi?
možno zvolit více odpovědí

- péče o prostředí
- péče o dýchání
- péče o výživu
- péče o hydrataci
- správné polohování
- psychická podpora
- jiné

25. Jak navozujete psychickou pohodu u dítěte s onemocněním pneumonie?
možno zvolit více odpovědí

- zajištění základních potřeb
- aktivní přístup k dítěti
- rozhovorem
- hrou
- pobyt rodiče s dítětem
- rodinné návštěvy
- jiné

26. Jakým způsobem edukujete rodiče hospitalizovaného dítěte s pneumonií?

- ústně
- písemně
- needukujeme

27. Kdy edukaci provádíte?
možno zvolit více odpovědí

- na počátku hospitalizace
- během celého pobytu
- před propuštěním do domácí péče

28. Jaké pomůcky používáte k edukaci rodičů u dítěte s pneumonií?

.....
.....

29. V jakém prostředí probíhá edukace rodičů nemocného dítěte?
možno zvolit více odpovědí

- po přijetí na oddělení na pokoji dítěte
- po přijetí dítěte na vyšetřovně spolu s lékařem - nejprve edukuje lékař poté sestra
- na vyšetřovně - edukuje sama sestra – má k dispozici edukační záznam
- před propuštěním na denní místnosti pro návštěvy spolu s názornými ukázkami a předáním informačních brožur o onemocnění
- needukujeme
- jiné

30. Co je doporučováno rodičům dětí po onemocnění pneumonií po ukončení hospitalizace?

možno zvolit více odpovědí

- návštěva odborného specialisty na Vaší klinice
- dispenzarizaci v pneumologické poradně pro děti
- předáváte do péče praktického lékaře pro děti a dorost
- jiné

31. Ošetrovatelská péče u dětí s onemocněním pneumonií na Vašem oddělení je?

možno zvolit více odpovědí

- intenzivní – v akutní fázi onemocnění - zaměřená na základní životní funkce
- zvýšená intermediální – nejsou bezprostředně ohroženi na životě
- standardní – zlepšení soběstačnosti a návrat do běžného života
- dlouhodobá prodloužená péče – prevence a individuální léčebný plán
- jiné

32. Co byste doporučovala zlepšit v péči o děti s pneumonií?

možno zvolit více odpovědí

- vybavení oddělení
- více informačních materiálů pro rodiče
- ucelený postup ošetrovatelské péče
- možnosti léčby po propuštění do domácí péče
- informace kam se mohou rodiče dětí po prodělané pneumonii obrátit
- jiné doporučení.....

33. Byl prováděn na Vašem oddělení výzkum na onemocnění pneumonií?

- anokdo výzkum vedl lékař sestra
- ne
- nevím

Děkuji Vám za spolupráci a za Váš čas věnovaný tomuto dotazníku.

Ráda uvítám další Vaše názory a zkušenosti na toto onemocnění, péči event. dotazy na adresu
hruskova.le@seznam.cz

Příloha 6

Dotazník pro rodiče hospitalizovaných dětí

Vážená paní, vážený pane.

Dotazník, který jste právě dostal/a, má sloužit ke zjištění informovanosti rodičů hospitalizovaného dítěte o onemocnění zápalem plic (pneumonií) na dětském oddělení ve FN Motol (v Nemocnici Na Bulovce) v Praze při jejich pobytu a následném propouštění do domácí péče.

Ráda bych Vás požádala, zda byste byl/a ochotný/á tento dotazník vyplnit, pokud možno zcela pravdivě. Tento dotazník je anonymní, jméno ani další osobní údaje nejsou nutné. Vyplňte jej tak, že vždy zakroužkujete správnou odpověď a pokud jsou u odpovědi tečky, doplňte vlastní názor. Pokud byste se zmýlil/a, chybnou odpověď škrtněte a zakroužkujte správnou. Vyplněný dotazník prosím vložte do přiložené obálky a poté odevzdejte na dětské oddělení staniční sestře.

Děkuji Vám za ochotu a vyplnění dotazníku.

Hrušková Lenka
studentka 3. ročníku všeobecná sestra -
kombinovaná forma studia
Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity
v Českých Budějovicích
hruškova.le@seznam.cz

1. Jaký vztah máte k hospitalizovanému dítěti?

- matka
- otec
- jiný(napište prosím jaký)

2. Kolik let je Vašemu dítěti?

prosím doplňte údajlet

3. Je Vaše dítě?

možno zvolit více odpovědí

- alergik
- astmatik
- často zvrací
- nic z uvedeného
- jiné onemocnění

4. Předcházelo onemocnění pneumonií (zápal plic) nějaké očkování?

- ano – jaké
- ne
- nevím

5. Prodělalo Vaše dítě před zápal plic onemocnění dýchacích cest?

- ano
- ne
- nevím

6. Jaké příznaky doprovázely onemocnění Vašeho dítěte?

možno zvolit více odpovědí

- horečka
- třesavka
- dušnost
- bolesti na hrudi
- kašel
- únava, malátnost
- pocit dezorientace, úzkosti
- zvracení
- jiné

7. K hospitalizaci bylo Vaše dítě odesláno?

- praktickým lékařem pro děti a dorost
- z pohotovosti dětské kliniky
- přivezeno rychlou záchrannou službou
- jiné

8. Byla Vám sdělena diagnóza nemoci Vašeho dítěte?

- ano
- ne

9. Onemocnělo Vaše dítě pneumonií?

- poprvé
- opakovaně

10. O jaký typ onemocnění pneumonií se jednalo?

možno zvolit více odpovědí

- bronchopneumonie
- pneumokoková pneumonie
- nozokomiální pneumonie
- ventilátorová pneumonie
- pneumonie u imunokompromitovaných jedinců
- infekční pneumonie – virové, bakteriální, mykobakteriální
- neinfekční pneumonie – aspirační, inhalační, postradiační
- lobární pneumonie
- intersticiální pneumonie
- rozpadová pneumonie
- nevím

11. Na jakém typu dětského oddělení bylo Vaše dítě hospitalizováno?

- standardní oddělení
- jednotka intenzivní péče
- jiné

12. Byl/a jste hospitalizováni spolu s dítětem?

- ano
- ne
- tato možnost mi nebyla nabídnuta

13. Jak dlouho bylo Vaše dítě hospitalizováno?

počet dnů

15. Byl/a jste poučen(a) o péči o dítě v domácím prostředí?

- ano
- ne
- nevím

16. Jak Vám byly informace prezentovány?

- ústně
- písemně

17. Péče o Vaše dítě s onemocněním pneumonií po propuštění bude v domácím prostředí?

možno více odpovědí

- podávání antibiotik v tabletách nebo sirupu
- podávání léků na odkašlání
- podávání léků na podporu imunity
- zapůjčení inhalátoru k inhalační léčbě doma
- klidový režim
- omezení zátěže pro dítě
- omezení pobytu v dětském kolektivu
- dostatek tekutin
- nácvik dechové rehabilitace
- postupné otužování a pobyt na čerstvém vzduchu – procházky
- jiné

18. Byl/a jste poučen/a o dechové rehabilitace v domácí péči?

- ano
- ne

19. Jaký typ dechové rehabilitace Vám byl doporučen?

možno zvolit více odpovědí

- nácvik odkašlávání
- výdech proti odporu
- vibrační masáže stěny hrudníku
- polohové drenáže
- kontaktní dýchání
- jiné

20. Jak dlouhá Vám byla doporučena rekonvalescence Vašeho dítěte s pneumonií před nástupem do dětského kolektivu?

- 1 týden
- 2 týdny
- 3 týdny
- 4 týdny
- jiné

21. Domácí péči o Vaše dítě po onemocnění pneumonií bude zajišťovat?

- matka
- otec
- střídavá péče
- někdo jiný

22. Myslíte si, že byste rozpoznal/a příště projevy onemocnění pneumonií?
- ano
 - ne
 - nevím
23. Vnímáte onemocnění Vašeho dítěte jako život ohrožující stav?
- ano
 - ne
 - nevím
24. Myslíte si, že je toto onemocnění u dětí v dnešní době časté?
- ano
 - ne
 - nevím
25. Myslíte si, že může Vaše dítě tímto onemocněním opět onemocnět?
- ano
 - ne
 - nevím
26. Byl/a jste informován/a o možné prevenci tohoto onemocnění?
- ano
 - ne
 - nevím
27. Pokud ano, jaké z preventivních opatření před onemocněním pneumonie u Vašeho dítěte Vám bylo doporučeno?
- možno zvolit více odpovědí*
- posilování imunity
 - dostatečná hygiena bydlení
 - absolutní zabránění působení tabákového kouře (a to i pasivního kouření)
 - podpora kojení
 - očkování proti pneumokoku
 - pestrá strava
 - náležitě léčit i zdánlivě banální onemocnění dýchacích cest
 - dostatečný odpočinek
 - dostatek tekutin
 - teplé zábaly na hrudník
 - jiné

28. Co Vám bylo doporučeno po ukončení hospitalizace Vašeho dítěte po onemocnění pneumonií?

možno zvolit více odpovědí

- návštěva odborného specialisty na dětské klinice
- dispenzarizaci v pneumologické poradně pro děti
- byli jsme předáni do péče praktického lékaře pro děti a dorost
- jiné

29. Co byste uvítal/a zlepšit v péči o děti s pneumonií po Vaší zkušenosti s tímto onemocněním?

možno zvolit více odpovědí

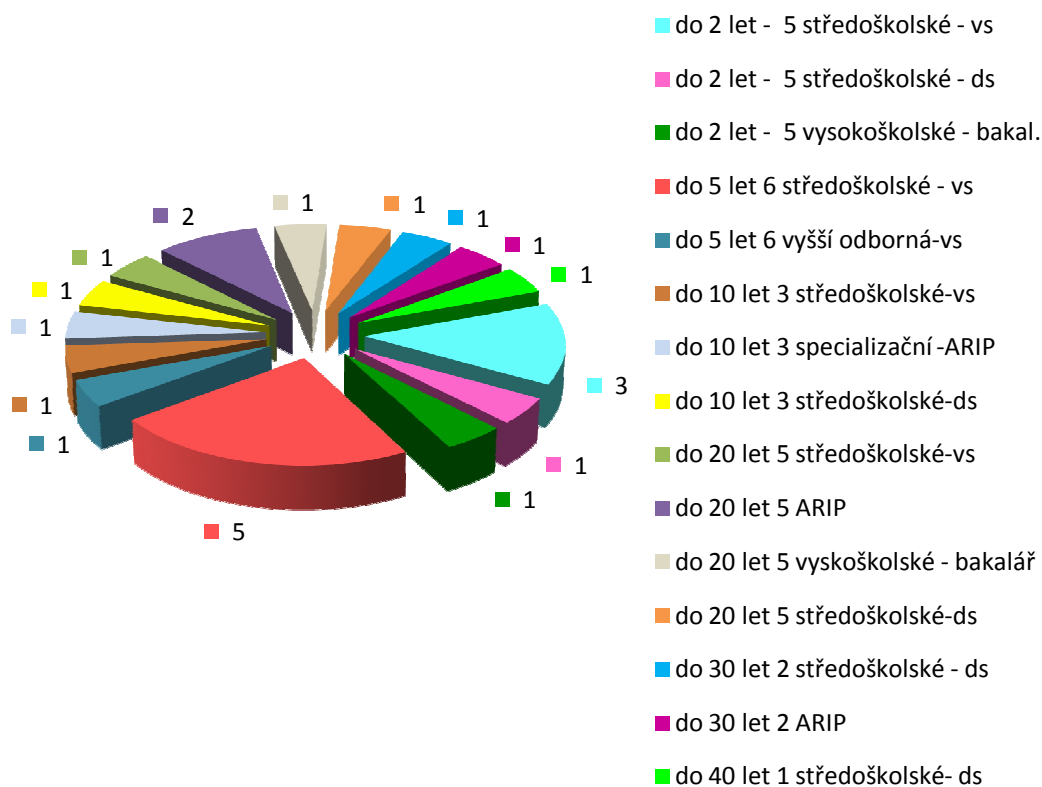
- vybavení oddělení
- více informačních materiálů pro rodiče
- možnosti léčby po propuštění do domácí péče
- informace kam se mohou rodiče dětí po prodělané pneumonii obrátit
- jiné doporučení.....

.....

Děkuji Vám za spolupráci a za Váš čas věnovaný tomuto dotazníku.

Ráda uvítám další Vaše názory na toto onemocnění, péči event. dotazy na adresu
hruskova.le@seznam.cz

Přeji hodně zdraví.

Graf 62 Srovnání - počet let praxe a dosažené vzdělání sester

Graf znázorňuje, že u sester do 2 let praxe na dětském oddělení jsou 3 sestry se středoškolským vzděláním - všeobecná sestra, 1 sestra se středoškolským vzděláním – dětská sestra, 1 sestra s vysokoškolským vzděláním – bakalář. U sester do 5 let praxe má 5 sester středoškolské vzdělání – všeobecná sestra, 1 sestra má vyšší odborné vzdělání – všeobecná sestra. U sester s praxí do 10 let má 1 sestra středoškolské vzdělání – všeobecná sestra, 1 sestra má specializační vzdělání – ARIP, 1 sestra má středoškolské vzdělání – dětská sestra. U sester s praxí do 20 let má 1 sestra středoškolské vzdělání – všeobecná sestra, 2 sestry mají specializační vzdělání – ARIP, 1 sestra má vysokoškolské vzdělání – bakalář, 1 sestra má středoškolské vzdělání – dětská sestra. U sester s praxí do 30 let má 1 sestra středoškolské vzdělání – dětská sestra, 1 sestra má specializační vzdělání – ARIP. U sester s praxí do 40 let praxe má 1 sestra středoškolské vzdělání – dětská sestra.