

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**KVANTIFIKACE ZÁKLADNÍCH A SPECIÁLNÍCH
OŠETŘOVATELSKÝCH VÝKONŮ NA STANDARDNÍCH
JEDNOTKÁCH DĚTSKÉHO ODDĚLENÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Ing. Iva Brabcová

Autor práce:
Viktoriya Sorokanets

2012

Abstract

Quantification of General and Special Nursing Procedures at Standard Units of Paediatric Departments.

The present thesis is divided into two parts, a theoretical and practical part. The theoretical part deals with the history of paediatrics, training and competencies of paediatric nurses, contemporary paediatric care and the range of provided services. There is a separate part describing general and special nursing care. Due to a limited scope of the bachelor's thesis, attention was paid to principal activities of paediatric nurses.

Within the first part of the research survey two objectives and five hypotheses were established. The work aimed to inventory general and special nursing care at standard units of paediatric departments. The following hypotheses were set: **H1**: The most frequent general nursing procedure is patient personal hygiene care. **H2**: The most frequent special nursing procedure in the "Medication Administration" category is the oral (per os) administration of medication. **H3**: The most frequent special nursing procedure in the "Monitoring" category is the monitoring of body temperature. **H4**: The most frequent special nursing procedure in the category of "Special and Diagnostic and Therapeutic Procedures" is biological sampling. **H5**: The most frequent special nursing procedure in the category of "Other Patient Related Activities" is the reception of a patient. The research survey was carried out as a quantitative survey. The research sample consisted of 49 nurses of standard paediatric departments at five selected hospitals, namely the hospitals in České Budějovice (Nemocnice České Budějovice, a. s.), Prachatice (Nemocnice Prachatice, a. s.), Strakonice (Nemocnice Strakonice, a. s.), Písek (Nemocnice Písek, a. s.) and Český Krumlov (Nemocnice Český Krumlov, a. s.). The second part of the survey focused on assessing the selected nursing procedures. General nursing procedures included meal preparation, feeding and diapering a baby. Special nursing care included oral (per os) and rectal (per rectum) medication administration, also intravenous injection, infusion and its monitoring, assisting in examinations, blood and faeces sampling, taking part in the round and patient handover. Each procedure was measured ten times and the result was counted up

and divided by their number in order to obtain the average value.

The hypotheses were tested by means of the Kruskal-Wallis test where the mean rank value was set. On the basis of the test the set hypotheses were either confirmed or disconfirmed. In the area of general nursing care where three categories were compared, the highest value (463.68) was obtained for the nutrition care. The first hypothesis was therefore not confirmed. In the area of special nursing care, the "Medication Administration" category, the highest value (403.07) was obtained for medication preparation and oral administration. Again, the hypothesis was not confirmed. The hypothesis in the "Monitoring" category was confirmed since the highest value (539) was obtained for body temperature monitoring. Following, there are "Special and Diagnostic and Therapeutic Procedures" where the hypothesis was not confirmed as well since the most frequent procedure is the preparation of a child for an examination (662.21). Based on the arithmetic mean calculation in the last category of "Other Patient Related Activities" where the highest value (8.09) was obtained for filling out nursing diagnoses, the hypothesis was not confirmed as well.

The results of the observation part served for creating a draft of a software application aimed at calculation of the nursing load in a monitored number of patients. This application is ready for further development.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Kvantifikace základní a speciální ošetrovatelské péče na standardních jednotkách dětského oddělení“ jsem vypracovala 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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.

Datum.....

.....

podpis studenta

Poděkování:

Děkuji Ing. Ivě Brabcové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a trpělivost při psaní této bakalářské práce. Děkuji také kolektivu sester z dětských oddělení nemocnic v Českých Budějovicích, Prachaticích, Strakonících, Krumlově a Písku.

OBSAH

ÚVOD	3
1 SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Obor pediatrie	4
1.1.1 Vývoj pediatrie.....	4
1.1.2 Vzdelání a kompetence dětských sester.....	5
1.1.3 Pediatrická péče a spektrum poskytovaných služeb.....	6
1.1.4 Kategorizace ošetrovatelských činností na standardních jednotkách dětského oddělení	7
1.2 Základní ošetrovatelská péče o dítě.....	8
1.2.1 Péče o osobní hygienu dítěte.....	8
1.2.2 Výživa v dětském věku	10
1.2.3 Péče o vyprazdňování moče a stolice.....	13
1.3 Speciální ošetrovatelská péče o dítě.....	15
1.3.1 Podávání léků dětem.....	15
1.3.2 Výkony v kategorii „ Sledování “	18
1.3.2.1 Sledování fyziologických funkcí	18
1.3.2.2 Sledování příjmu a výdeje tekutin.....	21
1.3.2.3 Sledování rozměru tělesných částí dítěte	22
1.3.3 Speciální ošetrovatelské a diagnosticko – terapeutické výkony.....	23
1.3.3.1 Péče o ránu, převaz.....	23
1.3.3.2 Péče o periferní žilní přístup.....	25
1.3.3.3 Odběry biologického materiálu	26
1.3.4 Jiné činnosti ve vztahu k pacientovi.....	29
1.3.4.1 Příjem, přeložení, propuštění, úmrtí pacienta.....	29
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	31
2.1 Cíle práce.....	31
2.2 Hypotézy.....	31
3 METODIKA.....	32
3.1 Použitá metodika.....	32

3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	32
4 VÝSLEDKY	34
4.1 Identifikační údaje v dotazníku.....	34
4.2 Základní ošetrovatelská péče.....	37
4.3 Speciální ošetrovatelská péče.....	39
4.4 Jiné činnosti ve vztahu k pacientovi.....	44
4.5 Časové náměry vybraných ošetrovatelských výkonů.....	46
5 DISKUZE.....	48
6 ZÁVĚR	53
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	55
8 KLÍČOVÁ SLOVA.....	58
9 PŘÍLOHY.....	59

ÚVOD

„ Zdraví není vším, ale bez zdraví je všechno ničím. “

Arthur Schopenhauer

Profese sestry je velmi náročná a to jak z hlediska fyzického, tak i psychického. Každý pacient je jiný a tím pádem vyžaduje individuální přístup. O něco obtížnější je to s pediatrickým pacientem, kdy péče není zaměřena jen na dítě, ale také na rodiče či jiný doprovod. Ošetřování je složitější i v tom, že pokud se jedná o malé dítě, tak se na příčinu zdravotního problému nemusí přijít tak rychle jako u dospělého člověka.

Svou bakalářskou práci na téma „Kvantifikace základních a speciálních ošetrovatelských výkonů na standardních jednotkách dětského oddělení“ jsem si vybrala proto, že v rámci praxe během studia jsem na tomto oddělení pobývala a ta práce s dětmi se mi velmi líbila. Ráda bych proto poukázala na to, které výkony ze základní a které ze speciální ošetrovatelské péče provádí sestra na tomto oddělení nejčastěji.

Cílem práce je inventarizace základní a speciální ošetrovatelské péče na standardních jednotkách dětského oddělení. Jako podklad pro výzkum sloužilo rozdělení výkonů do jednotlivých kategorií dle metody doktorky Pochylé „Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu“. Ke zpracování výsledku byl použit SPSS program, který jej zpracoval dle kategorií do přehledných tabulek.

Cílem je zmapovat celou oblast ošetrovatelských výkonů na dětském oddělení. K práci bude přiložen kompaktní disk, na kterém bude pracovní verze programu "Ošetrovatelská péče na standardních jednotkách dětského oddělení" pro vyhodnocení minutové ošetrovatelské zátěže u sledovaného počtu pacientů. Práce může sloužit jako podklad pro diplomovou práci.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Obor pediatrie

1.1.1 Vývoj pediatrie

„Pediatrie je základní lékařský obor, zabývající se dítětem a dospívajícím ve zdraví a nemoci (Sedlářová, str. 11)“. Zahrnuje období od narození až do dospělosti. Pediatrie se zabývá léčením, diagnostikou, prevencí, rehabilitací, psychologickou a výchovnou péčí, prostředím a sociálně právní ochrannou normou dítěte. Současně studuje vlivy, které vývoj dítěte narušují nebo naopak pozitivně ovlivňují (1).

Postupy ošetřování dětí jsou již zmíněny v nejstarších dochovaných písemnostech ze starověku, obsahují rady a doporučení, jak s dětmi zacházet. Nejstarší dochovanou písemnou zprávou jsou „Pokyny kojným“, které pochází z Babylonu z druhého tisíciletí před naším letopočtem. Z antických dob pochází Hypokratovy a Galénovy spisy, které již podrobněji popisují řešení některých specifických dětských obtíží. Pouze okrajově se zmiňují o dětech zprávy ze středověku a to spíše v souvislosti s útulky pro nemanželské, osiřelé a odložené děti. Zbytek dětí se léčil převážně v domácím prostředí. Ve výjimečných případech se léčily v nemocnicích pro dospělé (2).

Péče o děti začala v 18. století, ale z důvodu nedostatečných znalostí o dětských nemocech a jejich příčinách, byla na nízké úrovni. Dětské lékařství a ošetřovatelství se začalo vyvíjet jako samostatný vědní obor na přelomu 19. století. Hlavními důvody k rozvoji specializované péče o děti byly koncentrace obyvatel do měst, rozvoj společnosti, zhoršení životních podmínek, zvýšený výskyt epidemických chorob. Začal stoupat zájem o děti, jejich nemocnost a úmrtnost (1, 2).

Při osamostatnění oboru se pediatrie zaměřovala na dvě problémové oblasti. První oblast se vztahovala ke zdraví a vývoji každého dítěte ve společnosti. Druhá oblast se týkala dětí, které potřebovaly zvláštní pomoc společnosti. Péče byla orientována na děti, které vyrůstaly v ústavech za velmi špatných podmínek (1).

Při ošetřování dětí musíme brát na vědomí jejich naprostou závislost na dospělém člověku zejména na počátku vývoje, jejich postupné osamostatňování a s tím spojené riziko úrazů a dalších poškození. Dále rozvoj sebevědomí a typický

negativismus ve věku batolat, zvědavost a zároveň absenci zkušeností atd. (3).

1.1.2 Vzdelání a kompetence dětských sester

S vývojem pediatrie je spjat vývoj ošetrovatelství, který souvisí se vznikem a vývojem profese dětské sestry. Mezi první ošetrovatelky dětí patřily ošetrovatelky v nalezincích, mezi nimiž byly svobodné matky, osamělé ženy a vdovy. Tyto sestry vědomosti čerpaly z praktických zkušeností, teoretická příprava neexistovala.

Vzdělávání dětských sester začalo až po vzniku prvních dětských nemocnic a to v roce 1918. Na Státní ošetrovatelské škole v Praze byl zahájen jednoletý kurz. V roce 1922 byla založena první dětská ošetrovatelská škola pro dětské sestry. V roce 1946 vznikla Švejcárova škola pro výuku a výchovu dětských sester. Všechny tyto školy byly v roce 1948 přeměněny na střední čtyřleté odborné školy. Na přechodnou dobu bylo studium zkrácené na tři roky, ale později opět prodloužené na čtyři roky. V roce 1995 bylo zrušeno čtyřleté studium a dvouleté pomaturitní kvalifikační studium. O rok později byl zaveden tříletý studijní pomaturitní obor Diplomovaná dětská sestra (1).

Po vstupu ČR do Evropské unie se přistoupilo k naplňování požadavků týkajících se vzdělávání a kompetencí k výkonu nelékařských profesí. Došlo proto ke změnám legislativy upravujících způsobilost nelékařských zdravotnických povolání, změnilo se tedy i začlenění povolání dětské sestry. S novou legislativou dochází ke změnám v přípravě k výkonu povolání dětské sestry. Dle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) v platném znění, se kvalifikace dětské sestry získává ve specializačním vzdělávacím programu. Tento zákon také ukládá povinnost celoživotního vzdělávání a to formou: specializačního vzdělávání, inovačních kurzů, certifikovaných kurzů, odborných stáží v akreditovaných zařízeních apod. Další podmínkou pro vykonávání povolání dětské sestry bez odborného dohledu je získání osvědčení k výkonu profese bez odborného dohledu a registrace v registru zdravotnických pracovníků. Pokyny k žádosti o registraci jsou zveřejněny na webových stránkách Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (4).

Příprava kvalifikované dětské sestry podle nové legislativy tedy zahrnuje: získání maturitní zkoušky na střední čtyřleté škole, 3-4 leté studium na vyšší odborné škole nebo bakalářské studium na vysoké škole v oboru všeobecná sestra, studium modulového programu specializačního programu, které má trvat 2 roky. Sečteme-li jednotlivé oddíly přípravy dětské sestry po ukončení základní školy, dostaneme výsledek 10-12 let (4).

Podle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v platném znění, má dětská sestra tyto kompetence: bez odborného dohledu a bez indikace lékaře má za úkol vytvoření stimulačního výchovného a léčebného prostředí, přípravu a provedení výchovného zaměstnání. Dále připravuje stravu pro novorozence, kojence a batolata, vede matky ke správnému přístupu k výživě dítěte, provádí edukaci matky v technice kojení a dohlíží na správné provedení. Zajišťuje psychickou podporu dítěti před, během a po diagnostických a léčebných výkonech. V průběhu hospitalizace sleduje psychomotorický vývoj, vede o něm písemný záznam, vyhledává rizikové faktory, rozvíjí komunikační dovednosti dítěte. Dětská sestra jako první ošetřuje novorozence, provádí screeningová vyšetření, učí matky, jak se správně starat o novorozence. V rámci primární péče poskytuje ošetrovatelskou péči, vykonává návštěvní službu, poskytuje rady v oblasti péče o dítě. Bez odborného dohledu a na základě indikace lékaře může dětská sestra aplikovat intravenózní roztoky a nitrožilní léky, s výjimkou radiofarmak, provádět katetrizaci močového měchýře dívek, zavádět gastrické a jejunální sondy dětem při vědomí, provádět výplach žaludku u dětí při vědomí (5).

1.1.3 Pediatriká péče a spektrum poskytovaných služeb

V dnešní době pediatrie jako obor poskytuje ambulantní a lůžkovou péči. Největší objem zdravotnických služeb představuje ambulantní péče. Můžeme ji rozdělit na primární, specializovanou a zvláštní péči. Primární péče je souborem všech činností poskytovaných zdravotnickými pracovníky – praktickým lékařem pro děti a dorost a dětskou sestrou. Specializovaná péče je poskytována v samostatných specializačních zařízeních pediatrem s příslušnou kvalifikací, např. urolog, kardiolog atd. Zvláštní pediatriká péče je prováděna ve stacionářích, kojeneckých ústavech nebo dětských

domovech pro děti do 3 let, v dětských odborných léčebnách, ozdravovnách, sanatoriích, lázeňských léčebnách a dětských centrech (1, 2).

Lůžková péče navazuje na primární péči, a to v případě nutnosti řešit závažné stavy ohrožení zdraví či života. Tato péče je poskytována na dětských odděleních nemocnic, případně ve specializovaných odborných centrech velkých a fakultních nemocnic. Dětské oddělení zajišťuje diagnostickou a léčebnou péči při hospitalizaci. Nemocniční péči můžeme rozdělit na standardní, intenzivní a dlouhodobou. Vedle nemocnic jsou také odborné léčebné ústavy, lázeňské léčebny, sanatoria, ozdravovny, kojenecké ústavy a dětská centra (1, 2).

Dětské oddělení v Českých Budějovicích poskytuje veškerou péči dětem od 1 měsíce do 19 let v nové budově otevřené v květnu 2010. Kromě infekčních onemocnění se na 91 lůžkách léčí všechny choroby dětského věku. Oddělení jsou rozdělena na jednotlivé stanice a to malých dětí do 6 let, pooperační a poúrazovou, velkých dětí nad 6 let, jednotku intenzivní a resuscitační péče a hematologickou. Ambulantní péči zajišťuje oddělení ve svých jedenácti specializovaných ordinacích, ve spolupráci s ostatními pracovišti nemocnice. Součástí oddělení je také Diabetologické centrum, Centrum pro léčbu růstovým hormonem a dále i Centrum pro biologickou léčbu nespecifických střevních zánětů. Funguje zde také základní škola, družina s hernou, děti mají k dispozici televizi, hry a dostatek knih (6).

Samostatným oddělením je neonatologické oddělení, které poskytuje péči především všem novorozencům narozeným ve zdejší porodnici včetně donošených a zdravých novorozenců a to od okamžiku jejich narození. Nezastupitelnou úlohu má v péči o extrémně a těžce nedonošené novorozence. Nemocným novorozencům, kteří vyžadují resuscitační a dlouhodobou intenzivní péči, je věnována vysoce specializovaná péče. V neposlední řadě je péče také poskytována i dětem se závažnými vrozenými vadami (7).

1.1.4 Kategorizace ošetrovatelských činností na standardních jednotkách dětského oddělení

Dle metodiky Mgr. Karly Pochylé „Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu“ můžeme ošetrovatelskou péči rozdělit na

základní a speciální. Do základní péče je zahrnuta péče o osobní hygienu, vyprazdňování, výživu a spolupráci s pacientem. Speciální ošetrovatelská péče je rozdělena na kategorií podávání léků, sledování, speciálních ošetrovatelských a diagnosticko – terapeutických výkonů, jiných činností ve vztahu k pacientovi.

První kategorie speciálních činností se týká způsobů podávání léků, zahrnuje tyto výkony: podávání léků per os, sondou, aplikace léků do tělních dutin, aplikace injekcí, infuzí, asistenci při aplikaci transfusních derivátů, zevní léčebné prostředky – místní a celková aplikace, inhalaci kyslíku a jiných inhalačních přípravků. Druhá kategorie se zabývá sledováním vitálních funkcí, příjmu a výdeje tekutin, rozměrů tělesných částí.

Do třetí kategorie s názvem speciální ošetrovatelské a diagnosticko – terapeutické výkony řadíme ošetření dutiny ústní a nosní, péči o odsávací a odváděcí systémy, péči o ránu, převaz, péči o žilní přístup, epidurální katétr, péči o stomie, bandážování dolních končetin, klyzma, zavedení a výměna sondy, speciální vyšetření prováděná sestrou, výplach, cévkování močového měchýře, punkce, odběry biologického materiálu, dechová rehabilitace, asistence při vyšetření, příprava pacienta na vyšetření, instruktáž a edukace, psychická podpora. Jiné činnosti ve vztahu k pacientovi jsou poslední kategorií a týkají se zajištění konziliárního vyšetření, příjmu, propuštění, překladu, úmrtí, doprovodu na vyšetření (8).

Vzhledem k tomu, že bakalářská práce má omezený rozsah, budeme se v následujících kapitolách věnovat stěžejním činnostem dětských sester v oblasti základní a speciální ošetrovatelské péče.

1.2 Základní ošetrovatelská péče o dítě

1.2.1 Péče o osobní hygienu dítěte

Osobní hygiena je soubor pravidel a postupů vedoucí k ochraně a podpoře zdraví. Ovlivňují ji kulturní, sociální, rodinné a individuální faktory. Hygiena zlepšuje vlastní obraz těla, vytváří příjemné prostředí (1, 9).

Hygiena zahrnuje péči o kůži, vlasy, nehty, zuby, dutinu ústní i nosní, oči, uši, perianální oblast a genitál. Dítě často není schopno provést jednotlivé hygienické úkony, proto by sestra měla vědět, kolik z těchto činností je schopno udělat samo a s kolika je

mu třeba pomoci. Zcela závislý na dospělé osobě je kojenec a novorozenec. Školáci a dospívající mají vyšší požadavky. Nároky se mění díky fyziologickým změnám v pubescenci, které jsou doprovázeny akné, zvýšeným pocením, první menstruací apod. (1, 9).

Dítě, či osoba pečující o dítě musí mít především dostatek informací, znát požadavky na hygienu, naučit se ovládat způsoby jejich zajištění. Při provádění koupele musí dbát především na bezpečnost dítěte. Důležitou součástí koupele je dotyková stimulace (10).

Hygienická péče musí být zaměřena cíleně na pokožku, zvýšenou pozornost věnujeme kožním záhybům a místům, kde se kůže navzájem dotýká. Pokožka musí být čistá a suchá, neomýváme jí zbytečně často, abychom ji nezbavovali ochranného filmu. U dětí se zvýšeným pocením nesmíme zapomenout na častější výměnu prádla, které pokud je vlhké, může novorozence nebo kojence podchladit (9).

Péče o vlasy závisí na tom, o jak velké dítě se jedná. V prvním roce se snažíme co nejméně používat šampony, postačující je opláchnutí vlažnou vodou, případně jednou týdně se může použít dětské mýdlo. Kvalitní dětské šampony vybíráme u dětí nad jeden rok, kterých v dnešní době je velké množství. Nejdůležitější je, aby nepálily a nedráždily oči. Vlasy stačí umývat jednou týdně. Péče o vlasy dorostenců je stejná jako u dospělých (1).

Hygienu dutiny ústní bychom měli zajistit i nejmenším dětem. U dětí předškolního a školního věku je čištění zubů samozřejmostí. Sestra na dítě musí dohlédnout, popřípadě mu dopomoci a zuby vždy vyčistit. Pokud je dítě hospitalizováno s jedním z rodičů, péči by měli zajistit oni. Úkolem sestry je včasná edukace přítomného rodiče o správné péči o dutinu ústní. Z hygienického hlediska je zcela nevhodným zlozvykem olizování lžiček a dudlíků. V ústech matky je přítomná bakterie *Streptococcus mutans*, kterou tímto zanesou do úst dítěte. Tato bakterie se významně podílí na vzniku zubního kazu. Proto je velmi důležité, aby sestra matku na tento problém upozornila (1).

Oči není nutné ošetřovat žádnými kapkami, stačí omyti například vlhkou žínkou. Nos se čistí podle potřeby. U novorozenců a kojenců šetrně odsáváme sterilní

měkkou cévkou. Děti batolecího věku učíme smrkat. Na předškoláky a děti mladšího školního věku je potřeba při smrkání dohlédnout. Uši dítěte čistíme dle potřeby a velmi jemně. Ošetřujeme je vatovou štětičkou, u novorozenců a kojenců sledujeme možný výskyt macerací za ušními boltci (1, 9).

Genitál a perineální oblast omýváme po každé stolici a pomočení, pokožku dítěte vždy pečlivě otíráme do sucha, aby nedošlo k opruzeninám. U chlapců ve věku nad 1 rok nesmíme zapomenout při oplachování penisu přetáhnout předkožku, pečlivě opláchnout žalud penisu a shrnout předkožku zpátky. Toto neprovádíme u novorozenců a kojenců, pouze předkožku jemně promneme v teplé vodě. Pečovat o genitálie je potřeba denně, chlapci už od malička musí být vedeni ke správné péči. U děvčátek se musí pečlivě rozevřít velké stydké pysky, vyčistit vulvu směrem od symfýzy ke konečníku. K omývání vždy používáme jednorázovou žínku. Používáme prostředky pro intimní hygienu, které mají pH 5,5. Nikdy nepoužíváme běžné mýdlo, protože je alkalické a je pro zevní genitál zcela nevhodné. Dívky staršího školního věku už mají menstruaci, proto je důležité je poučit o dostatečné a správně hygieně (1, 9).

Hygiena je základní biologickou potřebou každého jedince, vyvíjí se a je uspokojována již od narození. Spolu s věkem se také mění stupeň soběstačnosti při uspokojování této potřeby. Povinností sestry je i edukace rodičů o hygienické péči o dítě. Sestra také musí zhodnotit stupeň soběstačnosti a stupeň poškození kůže a na základě toho naplánovat a realizovat jednotlivé intervence (1).

1.2.2 Výživa v dětském věku

Pro svůj život, vývoj a růst potřebuje každý organismus řadu látek, které získává z potravy. Díky přijaté potravě má dítě dostatek energie, stavebních a zásobních látek, tekutin a dalších součástí důležitých pro metabolické pochody a stálost vnitřního prostředí. Základní podmínky k uspokojení potřeb organismu na přísun látek v potravě jsou složení a množství potravy, které musí odpovídat věku a stupni vývoje dětského organismu. Zároveň organismus tyto přijaté látky musí vstřebat, zpracovat a využít. To je závislé na schopnosti systémů, počínaje zpracováním potravy trávicím traktem až po metabolické pochody v jednotlivých buňkách cílových orgánů (2).

Strava dítěte musí obsahovat bílkoviny, tuky, sacharidy, vitamíny, minerální

látky a vodu. V raném období je prvotní výživou mateřské mléko, které je postupně nahrazováno potravou obsahující makroživiny, mikroživiny a vodu (10).

Základními stavebními kameny organismu jsou proteiny, jsou zdrojem dusíku, který je zodpovědný za stavbu a obnovu tkání. U rostoucího organismu je denní potřeba bílkovin mnohem vyšší než u dospělého, kojeneček potřebuje až 3 g na 1 kg tělesné hmotnosti na den, zatímco dospělému stačí 1 g na 1 kg hmotnosti. Zdrojem bílkovin je především maso, mléko a mléčné výrobky, vaječný bílek, luštěniny, obilniny apod. (2, 10).

Tuky nejen, že jsou zdroj energie pro organismus, ale podílejí se také na vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích. Pro správný vývoj a funkci kůže i podkožního vaziva jsou nezbytné esenciální mastné kyseliny. Bohatším zdrojem tuků je obvykle mateřské mléko. Množství tuku ve stravě kojenců a batolat je 30 - 40 % celkového množství energie (10).

Hlavním zdrojem organismu jsou cukry, které se vyskytují buď jako jednoduché nebo jako složené. Přísun energie pro život a funkci všech buněk zajišťuje glukóza, která je přiváděna krví. Okamžitým zdrojem energie je krevní cukr, který se ale okamžitě vyčerpá, proto se do svalů a jater ukládá zásobní cukr, nebo-li glykogen. Ten se při poklesu krevního cukru štěpí a uvolňuje do oběhu ihned využitelný krevní cukr. Denní potřeba cukrů je závislá na tělesné a duševní zátěži, množství se pohybuje okolo 5 – 20 g/kg tělesné hmotnosti na den. Doporučují se cukry převážně v podobě polysacharidů (2).

Mateřské mléko je nejlepší výživou pro novorozence, obsahuje všechno potřebné ke svému vývoji. V průběhu růstu dítěte se svým stále měnícím složením přizpůsobuje jeho potřebám. Kojit by se děti měly výlučně do 6 měsíců a kojení s postupným zaváděním příkrmu se doporučuje do 2 let věku. Nejstálější složkou jsou bílkoviny, přitom hlavní bílkovinou je laktalbumin, který je snadno stravitelný a tranzitní čas v žaludku je krátký. Nejvariabilnější složkou jsou pro změnu tuky. Množství se mění v průběhu jednoho kojení. Přední mléko obsahuje 4 - 5krát méně tuků než zadní mléko. Cukry jsou zastoupeny v podobě laktosy, dále mateřské mléko obsahuje galaktózu, fruktózu a malé množství oligosacharidů. Vitamíny většinou kryjí

potřeby zralého novorozence, jejich množství se však může měnit podle výživy matky. Množství minerálních látek odpovídá požadavkům dítěte a jeho metabolické aktivitě. Mateřské mléko také obsahuje oxytocin, prolaktin, nadledvinové steroidy, prostaglandiny, thyreotropin, tyroxin, trijodtironin, erytropoetin a bombezin. Čtvrtina bílkovin představuje obranné látky, proto je novorozenec zabezpečen v dostatečném množství po celé období laktace (11, 12).

Některé matky však své děti nemohou kojit a tak jsou jejich děti postupně převáděny na formule. Kdyby se u dítěte projevila alergie na kravské mléko, je možné ho nahradit sojovým mlékem nebo přípravkem, v němž je bílkovina rozštěpena na aminokyseliny. Přípravky můžeme rozdělit na přípravky počáteční výživy, na pokračovací mléka a mléka pro starší kojence a batolata. První skupina se podává dětem do 12 měsíců života, které nemohou být kojeny. Druhá skupina je určena dětem od ukončeného 4. měsíce do 36. měsíce věku. Přípravky 3. skupiny se podávají až do batolecího věku. Způsob umělé výživy je individuální, bývá stanoven po domluvě s lékařem. Ve většině případů se respektuje nervosvalový vývoj dítěte a od 6. měsíce se postupně přechází na nemléčnou stravu (10).

U dítěte v 6. až 12. měsíci pokračujeme v kojení dle potřeby. 2 - 3krát denně podáváme dostatečné dávky pestré stravy bohaté na energii. Když se dítě naučí jíst lžičkou, přidáváme postupně nové chutě (další druhy zeleniny, ovoce a další druhy potravin). Postupně můžeme začít s podáváním kaší, po 6. měsíci již není potřeba rozlišovat, zda obsahují lepek či nikoliv. U dítěte nad 9 měsíců podáváme dostatečné dávky bohaté na energii 3 - 4krát denně, od 12. měsíce je třeba přidávat 1 - 2 svačiny, pokud je dítě potřebuje. Je dobré dávat dítěti jídlo ke žvýkání. Postupně se zavádí měkká kousková strava, podávají se potraviny ze všech hlavních skupin: obilniny, ovoce, zelenina, maso, drůbež nebo vaječný žloutek, mléčné výrobky kromě tvarohu (11).

Dítě ve věku od 1 roku do 3 let je schopno přijímat stravu pevnější konzistence. S postupným zařazováním jednotlivých potravin se strava začíná podobat stravě dospělých. Jídlo by mělo být pestré, výživné, bohaté na vápník. Denně by mělo dítě vypít 500ml mléka. Svě místo v jídelníčku tedy mají mléko, mléčné výrobky, maso,

drůbež, vejce, luštěniny, ovoce, zelenina a cereálie. Důležitý je také přísun železa, zinku, jodu a vitamínu D. K prevenci zubního kazu je vhodné podávat fluorid (12).

Strava dětí předškolního věku se již podobá stravě školáků a potažmo dospělých. Musí se však dodržovat určitá pravidla jako omezení koření a soli, větší množství mléka a mléčných výrobků, dostatek ovoce a zeleniny, dodržování pitného režimu, omezení mastných a těžko stravitelných jídel.

Strava školních a dospívajících dětí se přizpůsobuje novému dennímu režimu. Složení stravy se stabilizuje a přibližuje dospělému jídelníčku. Strava má být pestrá, obsahovat dostatek vitamínů a potřebných stavebních látek pro další růst a vývoj (2).

Vliv stravy na zdravotní stav člověka je veliký. Stravě s léčebným vlivem se říká dieta, je to nutričně vyvážená strava pro různá onemocnění s odlišně limitovaným poměrem základních živin. Od roku 1955 se léčebná výživa hospitalizovaných dětí řídí zásadami a doporučeními publikovanými v Dietním systému. Tento systém dělí diety do tří skupin a to na: diety základní (jsou označovány čísly 0-13), diety speciální (ty se označují písmenem S), diety standardizované (např. dieta pankreatická). Dieta s číslem 12 je dieta batolecí, která je pro děti do 3 let, pokud jejich stav nevyžaduje speciální úpravu. Číslo 13 je pro děti od 3 do 6 let, 13S pro děti od 7 do 10 let. Písmenem K se označuje kojenecká dieta, která se připravuje v mléčné kuchyňce a to dle pokynů pediatra (10).

1.2.3 Péče o vyprazdňování moče a stolice

Vylučování moče a stolice je jednou ze základních fyziologických funkcí a biologických potřeb člověka. Porucha této funkce může být způsobená psychosociálními a biologickými faktory. Vylučování zasahuje intimní sféru člověka a proto je obvykle spojená se studem. Při ošetřování dětí a dospívajících na to nesmíme zapomínat. Nesprávné chování sestry může způsobit psychické trauma, které může pacienta celoživotně ovlivňovat (1).

Při posouzení vzorku moče sestra musí zaměřit pozornost na frekvenci, množství, barvu, zápach, zákal, příměs, bolest, pálení, svědění a samovolný únik moči. Všechny získané údaje zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace. Posuzuje také i jiné informace jako užívání dalších léků, příjem tekutin, potravy. Zabezpečí dítěti

soukromí a dostatek času. Sestra dopomáhá zaujmout vhodnou polohu dítěti při močení (14).

U novorozenců a kojenců chybí volní kontrola vylučování moče. Nácvik vyprazdňování začíná v době, kdy je dítě schopné rozpoznat plnost močového měchýře a upozornit rodiče na potřebu močení. Tuto schopnost dítě ovládne přibližně ve 2 letech, úplnou kontrolu získá ve 4 – 5 letech. U chlapců se volní kontrola vyvíjí pomaleji než u děvčátek (10).

Mezi nejčastější důvody návštěv dětí urologických ambulancí patří poruchy tvorby a vyprazdňování moči. Pokud se dítě nevymočí do daného časového intervalu, je vhodné upozornit na tuto skutečnost lékaře. Může se jednat jen o retenci, ale také může jít o nějaký závažnější problém. K zadržování moči, nebo-li retenci může dojít u dítěte v každém věku. V tomto případě můžeme zkusit dítě posadit na toaletu, podat nápoj, přiložit vlhký vlašný obklad na podbříšek atd. Dále může dojít k enuréze, která probíhá bez účasti vůle a pozornosti, tedy způsobem, jakým močí normální kojenci. O tento stav se jedná, objevuje-li se bezděčné pomočování po 4. roce dítěte. Noční enuréza se dá rozdělit na primární a sekundární. O primární se jedná v případě, že se dítě nepřestalo nikdy pomočovat. Sekundární znamená, že dítě se pomočovat přestalo, ale po suchém intervalu, který byl delší než jeden rok, se opět pomočovat začalo. Příčiny enurézy se musí odstranit co nejdříve. Součástí všech léčebných preventivních postupů jsou psychoterapeutické a socio - terapeutické zásahy (1).

U stolice sestra posuzuje frekvenci, pravidelnost, barvu, konzistenci, odchod plynů, současné změny, užívání léků, stravovací návyky, pitný režim. Vede pacienta k dostatečnému příjmu vlákniny prostřednictvím jídla, příjmu potravy 3 – 5krát za den, postačujícímu příjmu tekutin, přiměřené pohybové aktivitě. Během defekace dopomůže dítěti zaujmout vhodnou polohu a dostatek soukromí. Stolice novorozence po dobu prvních dvou dnů se nazývá smolka, obsahuje žluč, vodu a epitel, má tmavozelenou až černou barvu a nezapáchá. Kojenci na rozdíl od dospělých mají stolici 2 – 5krát denně (14).

Mezi poruchy vyprazdňování stolice patří zácpa. Chronická zácpa je stav, kdy stolice je méně než třikrát týdně, bývá doprovázena bolestmi břicha. Výjimkou jsou

kojené děti, které mohou mít stolici až po několika dnech. Znamená to, že spotřebovaly vše, co přijaly beze zbytku. Chronická zácpa může způsobit prolaps konečníku. Může k němu také dojít při opakovaných průjmech, polypu v rektální oblasti nebo cystické fibróze. Enkoprézou (umazáváním stolice) bývá doprovázena déletrvající zácpa, její příčinou je nahromaděná stolice v rektální ampuli. Inkontinence je stav, kdy dítě není schopno udržet stolici mezi defekacemi nebo není schopno zamezit odchodu stolice. Příčinou mohou být meningokély, míšní a páteřní rozštěpové vady, stavy po úrazech míchy atd. Léčba závisí na vyvolávající příčině. Další poruchou může být průjem, který je většinou infekční a závažný. Pokud dítě nezvrací, tak se může léčit bez lékařské konzultace a to pomocí vhodné diety (1, 15).

V souvislosti s péčí o vyprazdňování, je vhodné zmínit používání plenkových kalhotek. Rozeznáváme dva druhy plenek, pleny víceúčelové a jednorázové. V případě bavlněných se může stát, že novorozenec bude mít alergii na prací prášky. Může také dojít k zánětu kůže v perigenitální oblasti k tzv. „plenkové dermatitis“. Tento zánět můžou vyvolat jak bavlněné pleny, tak i ty na jedno použití. Pleny na jedno použití jsou však pohodlné a v dnešní době se rodiče přiklánějí spíše k nim. Vhodné jsou ve tvaru „bikin“, protože umožňují lepší chůzi. Postupně by se však mělo dítě učit chodit na nočník. Podstatou je naučení podmíněného reflexu. Rodiče většinou už přesně ví, kdy dítě jde na velkou stranu a tak je důležité, aby ho v tuto dobu posadili na nočník. Nejdéle 10 minut by se mělo nechat sedět, a když se vyprázdní, musí být pochváleno. Tímto způsobem přecházíme na nácvik močení. Na nočníku nesmí dítě nikdy sedět dlouho a ani násilím (15).

Nejdůležitější prevencí v péči o opruzeniny je omývání a častá kontrola míst výskytu. V počátečním stádiu můžeme použít obklady z borové vody nebo heřmánku, které přikládáme teplé 37 °C. Provádíme tak několikrát denně na dobu 10 – 15 minut. Potom necháme kůži zaschnout a zasypeme jí zásypem. Dále dítě často přebalujeme a v létě oblékáme jen velmi lehce (16).

1.3 Speciální ošetrovatelská péče o dítě

1.3.1 Podávání léků dětem

Podávání léků dětem má svá specifika. Velkou pozornost věnujeme přesnému

dávkování a to z toho důvodu, že se dávka léku odvíjí od věku a hmotnosti dítěte. Léky per os podáváme vždy ve zvýšené poloze. Tuhé léky můžeme rozdrtit a rozpustit v čaji nebo v dětském sirupu. V případě, že se dítě brání, je vhodná pomoc další sestry nebo jednoho z rodičů. Dítě poté má být pochváleno nebo odměněno (10).

U novorozenců, kojenců a malých dětí se často využívá podávání léků konečníkem. Tento způsob je velmi spolehlivý a pro děti bezbolestný, lék začíná působit do 15 minut. Kontraindikací může být průjem a výkony v oblasti sigmoidea, rekta a anu. Rektálně podáváme čípky a roztoky, které mohou být připravené ve speciální tubě s dávkovačem. Dětský čípek je podstatně menší a musí se zavést za vnitřní svěrač. Vzhledem k praktičnosti podávání čípků je vhodné edukovat o problematice i rodiče (1).

Intradermální injekcí aplikujeme do kůže malé množství léčiva, ve většině případů za diagnostickým a preventivním účelem. Obvykle se používá při testech a očkování. Účinek je patrný za individuálně dlouhou dobu (3, 17).

Subkutánní injekcí aplikujeme pod kůži 1 - 2 ml roztoku léčiva. Resorpce léčiva je pomalá a za určitých okolností k ní nemusí dojít vůbec. Proto, když chceme dosáhnout rychlého účinku léku, volíme nitrosvalové nebo nitrožilní podání (17).

Podávání léků do svalu je v dnešní době méně časté, protože existují velmi kvalitní intravenózní kanyly. Tím odpadá opakované píchání a traumatizace dítěte. Intramuskulární injekce je vhodné podávat dětem, u kterých není možnost zajištění žilního vstupu. Před podáním injekce musíme dítě připravit psychicky. Dítě je potřeba dát do vhodné polohy, nejčastěji na břicho. Nikdy by se neměla intramuskulární injekce podávat ve stoje. Jedná-li se o malé dítě, je vhodné zajistit pomoc jednoho z rodičů nebo druhé sestry. Podle věku dítěte se musí správně zvolit i místo vpichu, proto by měla sestra mít dostatečné znalosti o tom, kam smí a nesmí injekci aplikovat. Jehlu volíme individuálně, dle výšky svalové hmoty. U novorozenců a kojenců zavádíme jehlu s větším sklonem (čím menší svalová vrstva, tím větší sklon), nesmí však být menší než 45° (1).

Infuzní terapie je vpravení většího množství tekutin do organismu. Aplikovat jej můžeme do tepny, žily, menší množství do podkoží nebo intraoseálního prostoru.

Infuzní terapii a její plán ordinuje lékař, aplikovat jí může lékař nebo kvalifikovaná sestra. U novorozenců a kojenců se infuze podává zpravidla do žil na hlavičce, u větších dětí do žil na ruce. Končetinu musíme zafixovat dlahou. Katétr má být dokonale zafixován a musí být pod neustálým dohledem. Periferní žilní katétr vyměňujeme 1x za 3 – 5 dní, pokud nastanou komplikace, tak se musí vyměnit ihned. Sterilní krytí měníme při znečištění (10).

Léky aplikované na kůži se většinou podávají při kožních onemocněních a jedná se o pasty, masti, gely, krémy, spreje, roztoky a prášky. Musíme dodržovat intervaly a způsob aplikace, léčiva nanášíme šetrně, na větší plochu kůže nanášíme rukama v latexových rukavicích, na menší plochu dřevěnou lopatkou nebo vatovou štětičkou. Nikdy se lopatkou nebo štětičkou nevracíme zpátky do nádoby s lékem (3).

Do očí se aplikují tekuté léky a masti, které mají místní účinek. U novorozenců, kojenců a malých dětí musíme počítat s tím, že nebudou spolupracovat. Je vhodné připravit dítě na výkon formou hry. Pacient musí ležet nebo mít mírně zakloněnou hlavu, pod okem držíme čtverečky buničiny a lehce nenásilně pomocí palce a ukazováku otevřeme víčko. Dáváme pozor, abychom se při aplikaci nedotkli oka ani řas, do vnitřního oka vkápneme určený lék. Masti aplikujeme přímo s tuby, vytlačíme úzký proužek, vložíme jej do spojivkového vaku směrem od vnitřního koutku. Poté pacient oko zavře a pomalu otáčí (1, 3).

Do ucha můžeme aplikovat roztoky a masti. Před aplikací musí dítě zaujmout vhodnou polohu a to vleže na boku (leží na zdravém uchu) nebo vsedě, kdy zdravé ucho skloní k rameni. Dále se odstraní maz a nečistoty, nádoba s lékem se ohřeje na teplotu těla. Lék aplikujeme po stěně zvukovodu a jemně zatlačíme na tragus (napomůže to ke stékání léku dolů kanálem zvukovodu). V této poloze musí dítě zůstat ještě pět minut. Mast se nanáší pomocí štětičky, důležitá je fixace hlavy dítěte, aby nedošlo k poškození zvukovodu (10).

Do nosu můžeme podávat jak roztoky tak i masti. Před aplikací je důležité, aby se dítě vysmrkalo, poté zaujme polohu na zádech, hlava je v záklonu. Sestra zhodnotí charakter sekretu, krev, otok, odstraní případné nečistoty. Mírným tlakem na hrot nosu rozšíří nosové otvory pro lepší aplikaci. Roztok se nasaje do kapátka a poté nakape

postupně do každé nosní dírky 1 - 2 kapky. Kapátko se přitom musí držet těsně nad nosními dírkami a kapky směřujeme do střední linie čichové kosti. Mastičky se aplikují pomocí štětičky a to tak, že s její pomocí vytřeme nosní sliznici dítěte. Při podávání léků do nosu, musí dítě dýchat ústy (14).

Dalším způsobem podání léků jsou inhalace. Existuje několik typů inhalačních systémů – aerosolové spreje, inhalátory, práškové kapesní inhalátory. Aplikace léků z aerosolového spreje se doporučuje u větších dětí a dospívajících, protože jsou schopni maximální spolupráce. U novorozenců, kojenců a menších dětí používáme spacerů, umožňující snadnější a účinnější aplikaci léků. Není vhodné do spaceru aplikovat několik dávek léku najednou. Vždy se nejprve musí aplikovat bronchodilatancia a pak kortikoidy. Nejčastějšími léky jsou bronchodilatancia, kortikoidy, mukolytika, kyslík (1).

Oxygenoterapie se používá u dětí s nedostatkem kyslíku, který vede ke snížení hladiny kyslíku v krvi. Ordinuje ji lékař, který stanoví koncentraci podávaného kyslíku, průtok a způsob podání. Kyslík se aplikuje dle stavu dítěte a diagnózy, při podání se musí dodržovat ordinovaná koncentrace i způsob aplikace. Podává se zvlhčený a ohřátý kyslík, studený se podává jen v konkrétních situacích. Při dlouhodobé terapii a nedodržování zásad podávání kyslíku hrozí vážná rizika poškození dítěte. Způsoby podání jsou závislé na vybavení pracoviště, některé jsou pro dětského pacienta komfortnější, jiné méně. Součástí oxygenoterapie je i monitorování saturace, vitálních funkcí, celkového stavu dítěte (3).

1.3.2 Výkony v kategorii „ Sledování “

1.3.2.1 Sledování fyziologických funkcí

Děti až do puberty mají labilnější tělesnou teplotu. Čím menší dítě, tím obtížněji vyrovnává teplotní rozdíly. Během dne kolísá teplota až o 2 stupně. Nejvyšší hodnoty dosahuje mezi 18. - 20. hodinou a nejnižší mezi 4. - 6. hodinou. Tělesnou teplotu měříme dle zvyklostí oddělení nebo podle ordinace lékaře. Obvykle měříme teplotu ráno a večer. Měření můžeme přizpůsobit i zdravotnímu stavu dítěte, pokud má zvýšenou teplotu, měříme kdykoliv během dne. Naměřené hodnoty musíme zaznamenat do dekurzu a teplotní tabulky včetně hodiny měření, odchylky zapisujeme červeně (3,

10).

Horečkou je v dětském věku označován stav, kdy dochází k vzestupu teploty nad 38 °C. O hyperpyrexii hovoříme při teplotě nad 41 °C, tento stav je nezbytné hodnotit jako stav s vysokým stupněm rizika pro dítě. Tělesná teplota se nejčastěji měří teploměrem vkládaným do podpažní jamky. U malých dětí se využívá metody měření v konečníku. Dalšími možnými tělními partiemi na měření může být dutina ústní a u dívek pochva. Měření v zevním zvukovodu se moc neakceptuje z důvodu nepřesnosti. Při měření je nezbytné dbát na používání kvalitních digitálních teploměrů (18).

Pulz u zdravé osoby je totožný s frekvencí kontrakcí srdečních komor. Periferní je lokalizován na periferiích, apikální nad hrotem srdce. Pulz měříme dle ordinace lékaře, hodnotíme při tom frekvenci, pravidelnost a kvalitu. Naměřenou hodnotu srovnáváme se standardními hodnotami pro danou věkovou kategorii (14).

U novorozenců a dětí do 2 – 3 let hodnotíme pulz poslechem pomocí fonendoskopu na hrudníku, nejlépe ve střední axilární čáře ve čtvrtém až pátém mezižebří vlevo. U dětí ve věku nad tři roky měříme pulz častěji na periferii. Občas sestra musí měřit zvlášť pulz na periferii a zvlášť na hrotu srdce, je to např. když srdce produkuje slabé pulzové vlny, které nejdou na periferii detekovat. Při měření by mělo být dítě v naprostém klidu, protože frekvenci může ovlivnit řada faktorů jako např. věk, pohlaví, aktivita, léky, horečka, krvácení, stres, změna polohy. Kromě frekvence a rytmu hodnotí sestra také objem a elasticitu stěny artérie. Hodnoty pulzu s ohledem na věk jsou uvedeny v příloze 3 (9).

Krevní tlak je tlak krve pulzující v tepnách. Rozeznáváme dvě hodnoty tlaku a to systolický a diastolický. Systolický tlak je vyvolán kontrakcí srdeční komory, diastolický je tlak krve při diastole. Tlak krve ovlivňuje mnoho faktorů a to věk, tělesná aktivita, stres, rasa, pohlaví, léky, denní doba, horečka, obezita atd. Při měření musí být vhodně zvolen rozměr manžety, který je závislý na obvodu paže, popř. stehna (10).

Krevní tlak u dětí posuzujeme nejen podle věku a pohlaví, ale dle výšky dítěte. Můžeme ho měřit dvěma způsoby a to metodou přímou a nepřímou. Přímé měření se provádí tak, že se zavede do artérie katétr, který se napojí přes měřicí systém na

monitor. Nepřímé měření spočívá v použití manžety, tonometru a fonendoskopu. Výkon provádíme na pravé horní končetině, poté co je dítě 3 - 5 minut v absolutním klidu. K měření můžeme použít rtuťový, digitální či deformační tonometr. Sestra porovná naměřené hodnoty s hodnotami odpovídajícími dětskému věku, potom je zaznamená do dokumentace. Hodnoty tlaku s ohledem na věk jsou uvedeny v příloze 3 (9).

Sledování vědomí znamená sledování stavu, kdy dítě při vědomí je schopno správně zpracovat informace, je tak orientováno v čase, prostoru a o své osobě, může tak správně hodnotit okolní situaci a vyznat se v ní. Optimální stav činnosti nervstva je jasné a neporušené vědomí. Poruchy se projevují jako obluzené či zastřené vědomí. Stav vědomí u dětí hodnotíme podle slovní odpovědi, stavu bdělosti, odpovědi na stimulaci a podle úrovně tělesné aktivity. U malých dětí je také velmi důležitý pláč či křik a jeho utěšitelnost. Pokud došlo k poranění CNS pláčí/křičí děti vysoce postaveným hlasem a nedají se snadno ztišit. K hodnocení vědomí se používá Pediatrické Glasgow Coma Scale, které je uvedeno v příloze 4 (9, 17).

Mezi kvantitativní poruchy vědomí patří zastřené vědomí, což je stejnoměrné snížení všech psychických funkcí. Rozeznáváme somnolenci, sopor a koma. Synkopa je náhle vzniklá porucha vědomí, která je spojená se ztrátou posturálního tonu a pádem. Následuje rychlý návrat vědomí a úprava stavu bez nutností medicínské intervence. Vzniká u dětí převážně z kardiovaskulárního důvodu. Příčiny mohou být různé, např. neurologické, oběhová synkopa srdeční, traumatické, dechové, psychogenní, metabolické, vertigo (17, 19).

Mezi kvalitativní poruchy vědomí řadíme normální stav bdělosti, při kterém je porušen obsah vědomí a jeho jasnost. Delirium je stav vzrušení, neklidu, halucinací jako např. při horečnatých stavech, intoxikaci apod. Amence je provázena úzkostí, bezradností, zapomnětlivostí, je to akutně vzniklý stav, který může být jak krátkodobý, tak i přechodný. Obnubilace je mráкотný stav, dítě může vykonávat činnost, která je nesmyslná, nepotřebná a na níž si po probání nevzpomene (3).

Při hodnocení dechu sledujeme počet dechů, rytmus a hlavně objem dýchání. Počet dechů stoupá při námaze, emocích, horečce a při různých onemocněních. S frekvencí se často mění i objem. Počet dechů můžeme zjistit několika způsoby a to

buď pohledem na nemocného nebo přiložením ruky na hrudník, nebo poslechem dýchání. Pacient může počet dechů ovlivnit vůlí, proto by o tom neměl vědět (17).

Rytmus dýchání je pravidelný a nepravidelný, jeho hodnocení zahrnuje i hodnocení pravidelnosti vdechu a výdechu. Charakter dýchání znamená hodnocení námahy, kterou každý vynakládá na dýchání a hodnocení zvuků při dýchání. Dýchání bez námahy a zvuků se nazývá normální dýchání. Namáhavé dýchání se hodnotí jako dušnost, jejíž příčinou je obstrukce dýchacích cest. Dechová frekvence v závislosti na věku je uvedena v příloze 5 (10).

U dětí sledujeme také přítomnost bolesti. Projevy, prožívání a následky neléčení bolesti se liší v různých fázích dětského věku. Aby mohla sestra zaznamenat signály bolesti a správně na ně reagovat, musí znát jednotlivé věkové odlišnosti a brát je v úvahu. Subjektivní hodnocení spočívá v sebehodnocení dítětem. Intenzitu bolesti můžeme zjistit za pomoci obrázků obličejů (Baker - Wong, Hicks). Další možností je použití analogových a observačních škál. Analogové škály jsou tvořeny stupnicí, kde je mírou bolesti vzdálenost od levého okraje (žádná bolest). Observační škály se používají tam, kde není možné samohodnocení, bodují změny v chování podmíněné bolestí. Nástrojů ke sledování bolesti je dost, důležité však je vybrat vhodnou metodu pro každou věkovou kategorii. Jednotlivé škály jsou uvedeny v příloze 6, 7 (1).

1.3.2.2 Sledování příjmu a výdeje tekutin

Voda je důležitou součástí našeho organismu. Každá buňka v těle obsahuje vodu, která je také i v mimobuněčném prostoru. Obsah vody v těle se mění v průběhu života, za stálých podmínek však zůstává konstantní. Tkáně novorozence a kojence obsahují však vody nejvíc, uvádí se, že až 75% celkové hmotnosti. Z tohoto důvodu je jejich denní bilance několikanásobně vyšší než u dospělého člověka. To znamená, že denní příjem a výdej kojence je množství, které odpovídá asi 15% jeho hmotnosti, u dospělého jsou to 3 až 4% (20).

Sledování příjmu a výdeje tekutin patří mezi významnou část ošetrovatelské péče. Může výrazně ovlivnit stav dítěte a proces jeho uzdravování. Je důležité pracovat přesně, jinak by mohlo dojít i k případnému zhoršení zdravotního stavu pacienta. Každý pacient je jiný, hlavně se liší v tom kolik a jak často pije. Některým je nutno častěji

připomínat, aby se napili a aby se tím udržel jejich denní příjem na požadované hodnotě. Příjmem tekutin rozumíme pití, jídlo, krmení sondou, intravenózní roztoky. Výdej probíhá močením, zvracením, stolicí, průjmem, pocením, žaludečními šťávami či sekrecí z rány. Správné měření pomůže identifikovat děti, které jsou ohroženy dehydratací nebo naopak převodněním (21).

U dětí by sestra měla obzvlášť dbát na dostatek tekutin. Potřeba vody u kojenců je 120 až 150 ml na kg jejich hmotnosti. Potřeba vody u dětí s hmotností 10 až 20 kg se počítá podle vzorce $1000 \text{ ml} + 50 \text{ ml}$ na každý kg hmotnosti nad 10 kg. Pro děti a dospělé se používá jiný vzorec a to $1500 \text{ ml} + 20 \text{ ml}$ na každý kg hmotnosti nad 20 kg. Tento výpočet ukazuje potřebu vody, kterou organismus dostává jak v tekutinách, tak i v ostatních složkách potravy (20).

Při sledování výdeje je důležitá snaha o spolupráci dětí. Vysvětlit jim, proč se mají vyprázdnit do džbánu, případně do podložní mísy či bažanta. Pokud dítě nespolupracuje, je zapotřebí zapojit do procesu rodiče. Měly by se měřit a zaznamenávat jiné ztráty tekutin jako jsou například zvratky. Měřit můžeme i žaludeční obsah, k jeho odsátí používáme Janettovu stříkačku. K sledování příjmu a výdeje se používá záznamový arch. Bilance tekutin se měří za určitý časový úsek, ve většině případů za 24 hod. Pitný režim dětí je důležitý pro jejich zdravý vývoj, proto si zaslouží naši péči (20, 21).

1.3.2.3 Sledování rozměru tělesných částí dítěte

Základními charakteristikami růstu jsou dva znaky, tělesná výška a hmotnost. Ty mohou být doplněny obvodovými charakteristikami a některými indexy. Při posuzování dbáme na to, aby hodnocení bylo dle věku a pohlaví dítěte. Pro srovnání s referenčními daty je tedy velmi důležitá přesná technika měření (1).

Frekvence měření tělesné výšky od narození do 1 roku je dána algoritmem preventivních dětských prohlídek. Správnost a přesnost při měření jsou důležité pro kvalitní interpretaci zjištěných výsledků a pro jejich průběžné hodnocení s percentilovými či SD růstovými grafy (SD – skóre směrodatné odchylky). Při grafickém měření stavu by se nemělo stát, že naměřená hodnota bude extrémně nižší nebo vyšší než předešlá. Díky tomuto způsobu měření, nemůže lékaři uniknout

patologický „propad“ při podprůměrném tempu růstu nebo patologické nadprůměrné tempo růstu. V nejnižších percentilových pásmech tělesné výšky růstových grafů jsou zdravé děti s podprůměrným růstovým dědičným potenciálem, v období před pubertou i některé děti s konstitučním opožděním. Děti rostoucí v pásmech mezi cca 15. až 85. percentilem mají střední tělesnou výšku. Děti familiárně vysoké rostou v nejvyšších percentilových pásmech a do puberty i některé děti s tzv. konstitučním urychlením. Všechny tyto typy označujeme jako „fyziologické vzorce růstu“ (22).

Tělesná hmotnost dítěte je hmotnost celého těla dítěte. Získané údaje se porovnávají s tabulkami vývoje hmotnosti v populaci. U novorozenců, kojenců a velmi malých dětí se doporučuje použití velmi kvalitní elektronické váhy do 20 kg pro vážení vleže a vsedě. Pro vážení starších dětí a adolescentů je také vhodné používat elektronické váhy. Vleže vážíme novorozence a malé kojence, vsedě starší kojence. Vestoje vážíme děti schopné stabilního postoje.

Hodnota tělesné hmotnosti je orientačním ukazatelem stavu výživy a je jen hrubou informací o tzv. tělesném složení jedince (rozvoj kostry, svaloviny a tuků). Dítě s normálním stavem výživy má už od narození plynulý rozvoj tělesné hmotnosti přiměřený věku, pohlaví a tělesné výšce. Hodnocení hmotnosti těla je vhodné vzhledem k jeho výšce. Je zcela nezbytné průběžně posuzovat rozvoj tělesné hmotnosti. Hodnotit tělesnou hmotnost dítěte vzhledem k výšce je možné dvěma způsoby buď metodou podle Waterlova nebo pomocí percentilových grafů (23).

1.3.3 Speciální ošetrovatelské a diagnosticko – terapeutické výkony

1.3.3.1 Péče o ránu, převaz

Rána je plošné či ohraničené porušení celistvosti tkáně, sliznice nebo kůže. Zevní vrstva rány může být uzavřená nebo otevřená pod krytem. Pokud dojde ke ztrátě povrchu krytu, může to vést k vniknutí bakterií, cizích těles, jedovatých látek nebo radioaktivních substancí do rány. Tímto krytem dochází k úniku krve nebo sekretu. Při velké ztrátě tekutin může nastat šokový stav. Podle mechanismu poranění rozlišujeme rány řeznou, sečnou, střelnou, tržnou, zhmožděná a kousnutá. Dle dalších různých kritérií se poranění označují jako komplikované, povrchní, hluboké nebo penetrující, čisté, kontaminované, infikované nebo otrávené (24, 25).

Rána po pokousání zvířetem může způsobit nevinně vyhlížející poranění. Ve většině případů se rána infikuje od zvířecích zubů a její hojení bývá komplikované a vyžaduje léčbu antibiotiky. Zvíře se musí zajistit a vyšetřit, zda bylo očkované proti vzteklině. Většina zvířecích a hmyzích kousnutí však neznámá ohrožení života. Při prvním kontaktu s takovou ránou se před ošetřením musíme zeptat pacienta, zda je očkován proti tetanu. U mladistvých, u kterých došlo k těžkým poraněním a stavům provázených šokem, se podává očkovací látka anatoxin v dávce 0,5 ml a hyperimunní antitetanický globulin v dávce 250 mj. intramuskulárně. Pečlivě odebraná anamnéza poskytne možnost správné diagnózy a klasifikace rány. Pokud je rána v oblasti ochlupení nebo ve vlasech, je nutné okolí rány oholit (17, 26).

Rány vzniklé při operačním řešení zdravotního stavu jsou nefyziologickým zásahem, na který organismus reaguje jak v době před operací, tak v době po ní. Proto je důležité věnovat pozornost jak psychickým tak fyzickým potřebám dítěte. V předoperačním období je nutné operační pole správně vydezinfikovat, popřípadě ještě i oholit. V průběhu operace je nutné dodržování přísných aseptických podmínek. V pooperačním období se sestra soustředí na celkový stav dítěte a přísně aseptický postup při ošetření operační rány různými druhy obvazového materiálu (17).

Při ošetření jakékoliv rány musí sestra dbát na dodržení zásad aseptiky, všechny potřebné pomůcky musí být přehledně uloženy na převazovém vozíku, během převazu pacient pohodlně sedí nebo leží, neklidné pacienty zabezpečí tak, aby nedošlo k infikování rány. Obvazový materiál a tampony vyjímá pinzetou za okraj, roztoky lije na tampon nad emitní miskou, štětičky se mohou do roztoku namáčet jen jednou. K dezinfekci používáme běžný dezinfekční roztok, u závažných poruch se může rána vypláchnout Ringerovým nebo fyziologickým roztokem. Dále se rána ošetřuje dle ordinace lékaře.

Po provedení výkonu, zaznamená sestra do dokumentace veškeré informace a data o převazu. Sestra proto při převazu kontroluje okolí rány, známky infekce, změnu barvy tkáně, bolest, sekreci, fázi hojení. Dokumentace má být stručná, přesná a dostatečná. Pokud by nebyla postačující, je někdy nutné ránu opět odkryt, čímž se zvýší riziko zanesení infekce (17, 24).

S ošetřením rány a dodržením zásad asepse souvisí také hojení ran, které ovlivňuje mnoho faktorů. Můžeme je rozdělit na vnitřní (cévní zásobení, stav výživy, obezita, léky, stav imunity, kouření, stres) a zevní (předoperační stav, předoperační příprava). Důležitým faktorem je také psychická pohoda pacienta. Cílem ošetrovatelské péče je časné hojení rány bez známek infekce a dalších možných komplikací (přetrvávající krvácení, částečná nebo úplná ruptura). Důležitým faktorem je i výběr správného obvazového materiálu. Ideální vlastnosti krytí jsou např. absorpce rané tekutiny, umožnění výměny plynů, udržení podmínek „vlhké rány“, stabilní vlákna obvazu, zabránění bakteriální kontaminaci, jednoduchá aplikace, nebolestivá výměna (17).

1.3.3.2 Péče o periferní žilní přístup

Intravenózní katétrý jsou důležitou součástí nemocniční praxe, které slouží k podávání léků, živin, tekutin, krevních produktů a pro monitorování hemodynamického stavu pacienta. Tyto katétrý mohou být zasaženy nejrůznějšími druhy infekcí. Jednou z komplikací může být flebitida, která spíše než infekcí je fyzi chemický nebo mechanický fenomén. Její vznik ovlivňuje mnoho faktorů, jako jsou například typ materiálu katétru, velikost katétru, typ infuzního roztoku a pacientovo vlastní riziko. Pokud flebitida již vznikla, může také dojít k lokálnímu zvýšení katérové infekce. U pediatrických pacientů s periferním žilním katérem může dojít k extravazaci, což je únik tekutiny mimo cévy. Aby se zmenšil výskyt infekce a aby se zlepšily i výsledky pacienta, je zapotřebí aby byly zavedeny řádné postupy pro používání PŽK (27).

Podle Vyhlášky č. 424/2004 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v platném znění, smí všeobecná sestra zavádět intravenózní kanyly a aplikovat nitrožilní injekce u dětí nad 3 roky. U novorozenců a dětí do 3 let smí tyto činnosti provádět jen dětské sestry (1).

U kojenců a batolat se využívají žíly na horních a dolních končetinách. U kojenců, kteří mají menší vrstvu tuku, se dá využít zevní jugulární žíla. U dětí do jednoho roku dočasně lze využít periferní žíly na hlavě. Tyto přístupy jsou většinou jen dočasným opatřením a pro dlouhodobé použití mají omezené možnosti. Nemůžeme je

použit k odběru krve a pro aplikaci kompletní parenterální výživy (9).

Kanylu po zavedení vždy kryjeme sterilně, aby nedošlo ke kontaminaci místa vpichu a abychom tím zamezili možným komplikacím. Sterilním čtverečkem podložíme kónus a křídélka kanyly. Tento čtvereček zamezuje vzniku otlaků a zároveň odnímá vlhkost z kůže, díky tomu je místo vpichu suché a bez nebezpečných mikroorganismů. Dále se místo vpichu zafixuje sterilním čtvercem nebo speciálním sterilním neokluzivním krytím pro i.v. kanyly. Pokud je kanyla zavedená na jedné z končetin, je vhodné u malých dětí použít dlahu, aby nedošlo k poškození či případnému vytažení kanyly. Před každým pravidelným převazem se musí kanyla pečlivě očistit a místo vpichu vydezinfikovat. Sestra do dokumentace zaznamená datum zavedení a každodenní kontrolu (3).

1.3.3.3 Odběry biologického materiálu

Vyšetření biologického materiálu má velký význam pro určení správné diagnózy, následné léčby, ošetrovatelské diagnózy a individuální ošetrovatelské péče. Mezi druhy biologického materiálu patří vzorky tělních tekutin, tělesné sekrety, exkrekty a tkáně. Mezi tělní tekutiny řadíme krev, mozkomíšni mok, žaludeční a duodenální šťávu. Mezi tělesné sekrety sekret z chorobných kožních ložisek, sekret z chorobných slizničních ložisek, punktát a sekret sliznice poševní. Moč, stolice, zvratky, sputum a pot patří do tělesných exkretů (28).

Nejčastějším biologickým materiálem, který se odebírá a posílá na vyšetření je krev. U starších dětí se provádí odběr krve ze žíly, u mladších a novorozenců se může provést odběr z žil na hlavě. K provedení odběru se používají žíly na předloktí a v okolí loketní jamky, na hřbetu ruky. Na dolních končetinách žíly před vnitřním kotníkem nebo na nártu nohy. Před odběrem sestra zkontroluje, zda má všechny potřebné pomůcky, ověří si identifikaci pacienta, poučí pacienta, popřípadě rodinného příslušníka, o výkonu. Dále zajistí vhodnou polohu paže, aplikuje turniket, posoudí kvalitu žilního systému v loketní jamce. Poté provede dezinfekci doporučeným prostředkem, tu nechá zaschnout, aby nedošlo k hemolýze či pocitu pálení v místě odběru. Palcem ve vzdálenosti 2 - 5 cm pod místem vpichu se stabilizuje poloha žíly a provede se venepunkce. Jakmile začne do zkumavky proudit krev, odstraní se škrtidlo. Po odběru

se místo vpichu očisti čtvercem, dále se přitiskne tampon a následně nalepí náplast (3, 29).

Dalším způsobem odběru je odběr kapilární krve, který se provádí píchnutím do prstu, patičky nebo ušního lalůčku. Postup pro odběr kapilární krve u novorozenců a kojenců je následující: před vpichem je důležité kůži zahřát, protože krev, kterou získáme je směs krve arteriální, venózní a kapilární. Nejjednodušším způsobem je například jednorázový ručník namočený v horké lázni. Osoba, která odběr provádí, si musí umýt ruce a předloktí a použít nový pár rukavic. Místo vpichu po zahřátí musí být vydezinfikováno. Poté se osuší sterilní gázou, aby nedošlo k hemolýze. K vpichu by se neměla používat lanceta, která by způsobovala vpich hlubší než 2,4 mm. Po výběru místa vpichu a jeho provedení, by se první kapka měla otřít a to z toho důvodu, že obsahuje velké množství tkáňové tekutiny. Po odběru by měla být končetina zvednutá nad úroveň srdce a místo vpichu stlačeno sterilní gázou do té doby, dokud nedojde k zastavení krvácení (29).

Odběr arteriální krve provádí lékař, sestra mu při tom asistuje. Místem vpichu je nejčastěji a. femoralis, pro odběr se používají speciální odběrové arteriální mikrosoupravy nebo stříkačky a jehly. Po odběru se místo vpichu ošetří sterilním krytím, přelepí náplastí a provede se komprese. Tento odběr se provádí k analýze krevních plynů (28, 29).

Dalším materiálem, jehož analýza nás informuje o změnách ve složení vnitřního prostředí organismu, je moč. Odběr se obvykle provádí při ranním močení do naprosto čisté nádoby. Před odběrem však musí být provedena důkladná hygiena pohlavních orgánů. Preferuje se také vzorek z 24hodinového sběru a to z toho důvodu, že vzorky moči mohou být v různých časech během dne více či méně koncentrovány. Aby byl správný, musí být močový měchýř před začátkem měření vyprázdněn a tento vzorek se zlikviduje. Také se musí zapsat aktuální čas. Během následujících 24 hodin by měly být sbírány všechny porce moče, včetně té, která bude vymočená ve stejnou hodinu, jako byl zahájen sběr. Všechna moč by se měla dát do jedné sběrné nádoby, po ukončení sběru se pečlivě promíchá, odebere se vzorek a odešle do laboratoře. U novorozenců a malých dětí je doporučeno sbírat vzorky pomocí plastických sáčků. Dále se také

může posílat vzorek, získaný odběrem středního proudu moče, suprapubickou punkcí nebo cévkováním. Vzorek se ihned musí odeslat do laboratoře (28, 29).

Neméně důležitý je také odběr stolice. Při odběru musí být děti a rodiče poučeni o tom, že vzorek stolice nesmí být kontaminován močí. Při odběru vzorku odebíráme materiál dle požadavků laboratoře. Dodržujeme všechny zásady BOZP, používáme rukavice. Snažíme se o to, aby nedošlo k znečištění nádoby z vnější strany. U kvalitativního vyšetření formované stolice odebíráme množství velikosti lískového ořechu, nejlépe z vnitřku stolice. Odběr provádíme pomocí dřevěných lopatek či přímo lopatky, která je v uzávěru nádoby. Tekuté stolice odebíráme většinou 15 - 30 ml. U kvantitativního vyšetření se stolice shromažďuje do předem zvážené nádoby obvykle po dobu 24 hod, po zvážení a promíchání, odesíláme vzorek do laboratoře 50 – 100 g. Při speciálním odběru (na okultní krvácení, celkový tuk ve stolici), dbáme na to, aby pacient dodržoval určenou dietu. Vzorky k mikrobiologickému vyšetření odebíráme za aseptických podmínek (28).

K parazitologickému vyšetření stolice používáme speciální soupravu, která obsahuje tři zkumavky, odběr se opakuje 3krát dle návodu. K prokázání roupu dětského jsou přiloženy v soupravě 3 laboratorní sklíčka s izolepou, která se nalepí na anální otvor, odlepí a lepící stranou nalepí na sklíčko. Při podezření na infekci se provádí virologické vyšetření. Odebírá se kousek stolice velikosti vlašského ořechu vloženého do sterilního kontejneru (3).

Dále můžeme provádět odběry pomocí výtěrů či stěrů. Výtěr konečníku provádíme tamponem napuštěným deoxycholátcitrátovým agarem. Tampon se zavádí šroubovitým pohybem do ampuly rekta tak, aby se povrch tamponu zbarvil stolicí. Dítě musí zaujmout polohu vestoje s předklonem nebo vleže na boku (28).

Výtěr z dutiny ústní se provádí ráno po probuzení dítěte. Před výtěrem si nesmí čistit zuby, jíst, pít. Výtěr z dutiny nosní děláme před aplikací mastí nebo nosních kapek. Štětíčka se zavede hluboko do nosu a krouživým pohybem se důkladně vytře. Stěr z mandlí musí být opravdu z mandlí, proto se při tomto výkonu používá ústní lopatka. S její pomocí se stlačí kořen jazyka a štětíčkou se setře povrch mandlí. Při stěru z rány či jiných chorobných ložisek je zapotřebí odebrat přímo hnis nebo typickou část

patologického procesu (3).

1.3.2.4 Edukace dětí a rodičů

Edukace dětí a rodičů musí být dlouhodobým procesem, který se musí pečlivě plánovat a prolínat celou hospitalizací. Velký význam má vždy při přijetí dítěte do nemocnice, před každým léčebným zákrokem nebo vyšetřením a před propuštěním. Před edukací musíme zjistit, co rodiče o problému vědí, jak ho vnímají a jakou mají schopnost učit se. Na základě toho formulujeme ošetřovatelské diagnózy a cíl edukace. Na základě zjištěných informací vytvoříme plán edukace, který lze dále během průběžného hodnocení doplňovat a měnit. Veškeré činnosti musí být zaznamenány v dokumentaci (1).

Při komunikaci s dítětem musíme dodržovat určité zásady. Nikdy dítěti nelžeme, vše trpělivě vysvětlujeme s přihlédnutím k věku dítěte. Informujeme dítě o tom, co se bude dít, jak dlouho to bude trvat atd. Kladením otázek se ujistíme, že jsme byli pochopeni. Používáme krátké srozumitelné věty a jednoduchý slovník. Jakékoliv úsilí chválíme a oceňujeme. Zjistíme, co má dítě rádo a zvolíme vhodné hračky, obrázky, knihy pro navázání kontaktu. Pokud je možnost spolupráce s rodiči, zapojíme je do celého procesu. O všem hovoříme společně a staneme se partnery s jasně vymezenými kompetencemi. Nikdy nemluvíme o dítěti, ale s ním (30).

1.3.4 Jiné činnosti ve vztahu k pacientovi

1.3.4.1 Příjem, přeložení, propuštění, úmrtí pacienta

Důvody k přijetí dítěte jsou převážně diagnostické a terapeutické. Příjem probíhá většinou na ambulanci, kde je pacient vyšetřen lékařem. Poté se provede příjem po stránce administrativní. Pro přesnou evidenci je nutno pečlivě evidovat rodné číslo a číslo zdravotní pojišťovny. Po předložení občanského průkazu se na tiskopisech vyplní všechny údaje, u dětí do 15 let z průkazu jednoho rodičů. Jakmile je skončen příjem na ambulanci, je pacient odveden na oddělení (17).

Sestra musí zjistit jméno dítěte, věk, do jaké třídy chodí, oblíbené hračky, diety, alergie atd. Musí vždy jednat vstřícně, usmívat se, umět uklidnit dítě. Upozornit rodiče na nevhodnou stravu jako jsou například sladkosti. Ukázat dítěti jeho pokoj, lůžko,

hernu a poučit o domácím řádu. Do 6 let věku dítěte má rodič hospitalizaci zdarma, v některých nemocnicích mají rodiče možnost být v nemocnici s dětmi. Ke každému výkonu musí dát rodič nebo zákonný zástupce souhlas (31).

Do ošetrovatelského záznamu o příjmu musí sestra zapsat vše, co zpozorovala i to, jak dítě problém vnímá, ošetrovatelskou anamnézu a nálezy fyzikálního vyšetření. Zaznamenat se taktéž musí schopnost provádět každodenní aktivity, podpůrné systémy, co dítě a rodiče od léčby očekávají atd. Poté se dle odebrané anamnézy stanoví ošetrovatelské diagnózy, které dítě má nebo problémy, které mohou nastat. Sestra si stanoví určité cíle, které se v průběhu hospitalizace dítěte snaží splnit. Každá změna musí být zaznamenána v ošetrovatelské dokumentaci. Taktéž každý den musí sestra zhodnotit, zda k nějaké změně vůbec došlo, zda stanovená kritéria a intervence stanovila správně (32).

Během hospitalizace může být dítě přeloženo na jiné oddělení a to z různých důvodů. Před přeložením je důležité, aby bylo vše včas projednáno s pacientem, v případě dítěte s rodiči a také s příslušným pracovištěm. Sestra připraví ošetrovatelskou překladovou propouštěcí zprávu. V dohodnutou dobu doprovodí sestra dítě, dítě s rodičem na nové místo pobytu, kde ho osobně i s dokumentací předá ošetřující sestře. Na tomto oddělení by měl mít pacient již připravené lůžko. Na předchozím pracovišti se postupuje jako při propuštění pacienta (viz dále) (17).

Propuštění pacienta je stav, kdy dítě odchází z důvodu uzdravení. Z nemocnice odchází s propouštěcí zprávou, kterou musí odevzdat svému obvodnímu lékaři. Dále se klientovi vydají věci, které měl uloženy v úschovně. Odvoz zařídí buď rodina, nebo se může objednat sanitka. Dále se provede kompletní dezinfekce lůžka. Pacient se odepíše z aktuálního stavu v počítači a jeho složka se uloží do archívu (31).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Provést inventarizaci základní ošetrovatelské péče na standardních jednotkách dětského oddělení.

Cíl 2: Provést inventarizaci speciální ošetrovatelské péče na standardních jednotkách dětského oddělení.

2.2 Hypotézy

H1: Nejčastěji prováděným základním ošetrovatelským výkonem je péče o osobní hygienu pacienta.

H2: Nejčastěji prováděným speciálním ošetrovatelským výkonem v kategorii „Podávání léků“ je podávání léků per os.

H3: Nejčastěji prováděným speciálním ošetrovatelským výkonem v kategorii „Sledování“ je sledování tělesné teploty.

H4: Nejčastěji prováděným speciálním ošetrovatelským výkonem v kategorii „Speciální a diagnosticko - terapeutické výkony“ jsou odběry biologického materiálu.

H5: Nejčastěji prováděným speciálním ošetrovatelským výkonem v kategorii „Jiné činnosti ve vztahu k pacientovi“ je příjem pacienta.

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

V bakalářské práci bylo použito kvantitativní výzkumné šetření. Aby mohl výzkum proběhnout, bylo zapotřebí povolení konkrétních nemocnic. Obraceli jsme se na hlavní sestry, poté na vrchní sestry, popřípadě i primáře oddělení. Pro první část výzkumu byla použita metoda dotazování, technika anonymního nestandardizovaného dotazníku (příloha 1). Dotazník byl zaměřen na základní a speciální ošetrovatelské výkony, klasifikované dle Metody kvantifikace základní a speciální ošetrovatelské péče doktorky Pochylé a vykonávané na standardních jednotkách dětského oddělení.

Výsledky byly nejdříve zpracovány formou datových matic v programu Microsoft Excel. Dále tyto matice byly zadány do programu SPSS, který výsledky zpracoval formou přehledných tabulek. Pro potvrzení hypotéz byl použit Kruskal – Wallis test, který určil hodnotu průměrného pořadí (použitý test nebere data tak jak jsou, ale převádí je na jejich pořadí).

Pro druhou část výzkumného šetření byla zvolena metoda pozorování. Ze všech výkonů základní a speciální ošetrovatelské péče jsme vybrali 12 (příloha 2). Každý tento výkon byl naměřen 10krát, následně hodnoty byly zadány do programu Microsoft Excel. Pomocí funkce průměr, byla vypočítána průměrná doba trvání jednoho výkonu. Výsledky této části výzkumného šetření sloužily k vytvoření pracovní verze počítačového programu (příloha 8), jehož cílem je vyhodnocení doby ošetrovatelské péče u sledovaného počtu pacientů, zatím jen u zvolené slupiny výkonů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První část výzkumu byla prováděna v pěti vybraných nemocnicích na standardních jednotkách dětských oddělení, a to v Nemocnici České Budějovice, a.s., Nemocnici Prachatice, a.s., Nemocnici Strakonice, a.s., Nemocnici Písek a.s., Nemocnici Český Krumlov, a.s.

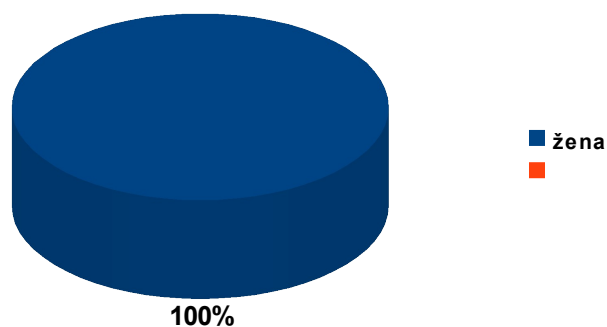
Výzkumný soubor tvořily sestry dětských oddělení výše zmíněných pěti nemocnic. Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků, z nichž se vrátilo 49, návratnost dotazníků byla 98 %. Výzkumné šetření bylo prováděno v období duben až červen 2012.

Druhá část výzkumu probíhala na dětském oddělení v Nemocnici České Budějovice, a. s. a to na stanici Malých dětí do 6 let. Měřili jsme tyto výkony: ze základní ošetrovatelské péče se jednalo o přípravu jídla, krmení a přebalování dítěte. Ze speciální ošetrovatelské péče podávání léků ústy, konečníkem, dále aplikace injekcí i.v., infuze a její sledování, asistence při vyšetření, odběr krve a stolice, účast na vizitě a předávání pacienta. Každý výkon byl naměřen 10krát. Výzkumný soubor tvořily sestry této stanice. Výzkumné šetření probíhalo v období červen až červenec 2012.

4 VÝSLEDKY

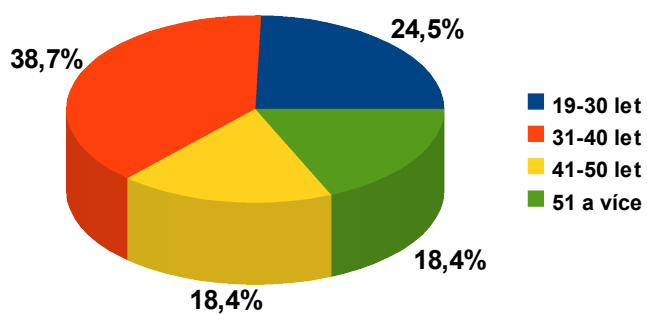
4.1 Identifikační údaje v dotazníku

Graf 1 Pohlaví respondentů (n = 49)



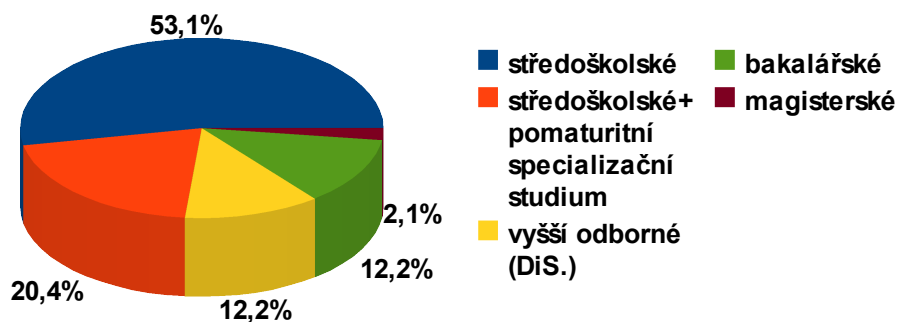
Z celkového počtu 49 respondentek je 49 (100 %) pohlaví ženského.

Graf 2 Věk respondentek (n = 49)



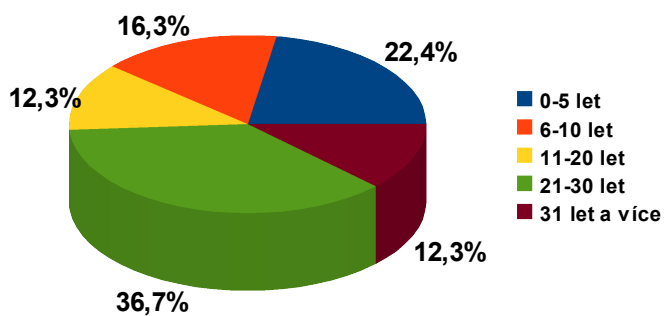
Z celkového počtu 49 respondentek (100 %) 12 uvedlo, že je jim 19 – 30 let (24,5 %), 19 uvedlo, že jsou ve věku od 31 – 40 let (38,7 %), 9 mezi 41 – 50 lety (18,4 %) a 9 respondentek bylo starších než 51 let (18,4 %).

Graf 3 Vzdelání respondentek (n = 49)



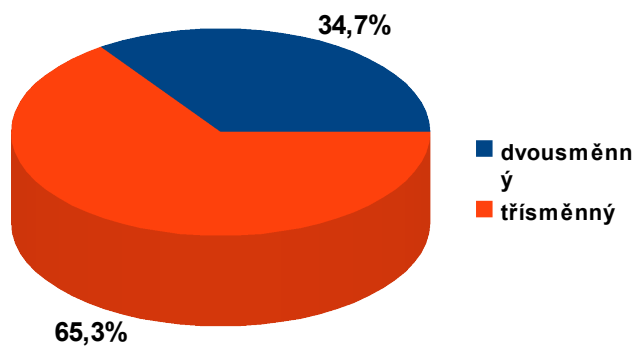
Z celkového počtu 49 (100 %) respondentek má 26 sester středoškolské vzdělání (53,1 %), 10 uvedlo středoškolské + pomaturitní specializační studium (20,4 %), 6 vyšší odborné (DiS.) (12,2 %), 6 bakalářské (12,2 %) a 1 studium magisterské (2,1 %).

Graf 4 Délka praxe ve zdravotnictví (n = 49)



Z celkového počtu 49 (100 %), 11 sester pracuje ve zdravotnictví 0 – 5 let (22,4 %), 8 sester 6 – 10 let (16,3 %), 6 sester 11 – 20 let (12,3 %), 18 sester pracuje 21 – 30 let (36,7 %) a 6 více než 31 let (12,3 %).

Graf 5 Typ provozu na oddělení (n = 49)



Z celkového počtu 49 sester (100 %), 17 sester uvedlo, že na jejich odděleních funguje dvousměnný provoz (34,7 %), 32 sester uvedlo třisměnný provoz (65,3 %).

4.2 Základní ošetrovatelská péče

V dotazníkovém šetření uváděly sestry, jak často provádí jednotlivé výkony. Odpovědím byla přidělena čísla 1 až 9, kde:

Hodnota 1 znamenala, že tento výkon sestry neprovádí, hodnota 2 - jednou za rok, hodnota 3 - jednou za půl roku, hodnota 4 - jednou za měsíc, hodnota 5 - několikrát za měsíc, hodnota 6 - jednou za týden, hodnota 7 - několikrát za týden, hodnota 8 - jednou za den a hodnota 9 – sestry provádí výkon několikrát za směnu.

Tabulka 1 Souhrnné vyhodnocení kategorie „Péče o osobní hygienu“ (aritmetický průměr)

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Péče o kůži	49	1	9	8,35	1,774
Dohled při hygieně u větších dětí	49	1	9	7,63	1,965
Koupel předškolního dítěte	49	1	9	6,76	2,165
Koupel kojence	49	1	9	6,65	2,674
Koupel batolete	49	1	9	6,61	2,621
Koupel novorozence	49	1	9	4,45	3,385

Na základě výpočtu aritmetického průměru nejčastěji sestry provádí péči o kůži (8,35), následuje dohled při hygieně u větších dětí (7,63).

S podobným průměrem následují koupel předškolního dítěte (6,76), koupel kojence (6,65), koupel batolete (6,61) a koupel novorozence (4,45).

Tabulka 2 Souhrnné vyhodnocení kategorie „Péče o výživu“ (aritmetický průměr)

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Příprava jídla	49	1	9	8,57	1,633
Dohled při jídle u větších dětí	49	1	9	8,37	2,007
Objednání jídla	49	1	9	8,22	1,624
Krmení batolete	49	1	9	7,35	3,038
Krmení kojence	49	1	9	7,31	3,084

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Dopomoc při kojení	49	1	9	5,69	3,613

Na základě výpočtu aritmetického průměru nejčastěji sestry připravují jídlo (8,57), dále dohlíží při jídle u větších dětí (8,37), objednávají jídlo (8,22).

Za těmito výkony následovalo krmení batolete (7,35), krmení kojence (7,31) a dopomoc při kojení (5,69).

Tabulka 3 Souhrnné vyhodnocení kategorie „Péče o vyprazdňování“ (aritmetický průměr)

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Přebalování batolete	49	1	9	7,37	3,019
Přebalování kojence	49	1	9	7,37	3,019
Péče o dítě s permanentním močovým katétrem	48	1	9	6,02	3,424
Přebalování novorozence	49	1	9	5,41	3,802

Na základě výpočtu aritmetického průměru nejčastěji sestry přebalují batole (7,37) a kojence (7,37). Následuje péče o dítě s permanentním močovým katétrem (6,02) a přebalování novorozence (5,41).

Tabulka 4 Kruskal – Wallis test základní ošetrovatelské péče

Základní ošetrovatelská péče	N	Mean rank
Péče o osobní hygienu	294	310,63
Péče o výživu	294	463,68
Péče o vyprazdňování moče a stolice	195	406,61
Celkový počet	783	

V této tabulce jsme pomocí hodnoty průměrného pořadí (mean rank) porovnali tři oblasti základní ošetrovatelské péče. Zjistily jsme, že sestry nejčastěji pečují o výživu (463,68), dále o vyprazdňování moče a stolice (406,61) a o osobní hygienu (310,63).

4.3 Speciální ošetrovatelská péče

Tabulka 5 Souhrnné vyhodnocení „Kategorie podání léků“ (aritmetický průměr)

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Podání léků per os	49	7	9	8,96	0,286
Příprava léků	49	7	9	8,96	0,286
Podání léků i.v.	49	5	9	8,57	1,061
Podání léků per rectum	49	1	9	8,10	1,896
Podání léků do oka	49	1	9	8,04	1,695
Podání léků na kůži	48	1	9	8,00	2,114
Podání inhalace	49	1	9	7,67	2,230
Podání léků do ucha	48	1	9	7,44	2,230
Podání kyslíku	49	2	9	6,76	2,359
Podání léků s.c.	47	1	9	6,17	2,839
Podání léků i.d.	48	1	9	4,00	3,507
Podání transfuze	49	1	9	2,10	1,840

Na základě výpočtu aritmetického průměru nejčastěji sestry podávají léky per os (8,96) a připravují je (8,96). Dále podávají léky i.v. (8,57), per rectum (8,10), do oka (8,04) a na kůži (8,00).

Následuje podání inhalace (7,67), podání léků do ucha (7,44), podání kyslíku (6,76) a podání léků s.c. (6,17).

Jako méně časté uvedli respondenti podání léků i.d. (4,00) a podání transfuze (2,10).

Tabulka 6 Kruskal – Wallis test kategorie „Podání léků“

Podání léků	N	Mean rank
Příprava léků	49	403,07
Podání léků per os	49	403,07
Podání léků per rectum	49	340,07
Podání léků i.v.	49	366,02
Podání léků i.d.	48	152,75
Podání léků s.c.	47	233,82

Podání léků na kůži	48	329,84
Podání léků do oka	49	328,2
Podání léků do ucha	48	297,41
Podání inhalace	49	318,56
Podání kyslíku	49	257,96
Podání transfuze	49	68,89
Celkový počet	583	

Pomocí hodnoty průměrného pořadí (mean rank) bylo zjištěno, že sestry nejčastěji léky připravují a podávají per os (403,7), dále je podávají i.v. (366,02), následuje podání per rectum.

Tabulka 7 Souhrnné vyhodnocení kategorie „Sledování“ (aritmetický průměr)

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Sledování TT	49	9	9	9,00	0,000
Sledování pulsu	49	7	9	8,78	0,587
Sledování příjmu tekutin	49	6	9	8,76	0,630
Sledování počtu dechů	49	5	9	8,61	0,909
Sledování vědomí	49	5	9	8,61	0,953
Sledování TK	49	1	9	8,45	1,646
Sledování výdeje tekutin	49	5	9	8,43	1,225
Sledování saturace	49	5	9	8,33	1,265
Vážení kojence	49	1	9	7,31	2,518
Vážení větších dětí	49	1	9	6,67	1,546
Vážení batolete	49	1	9	6,47	2,654
Měření výšky starších dětí	45	1	9	5,73	2,397
Měření délky kojence	46	1	9	5,26	2,840
Měření délky batolete	46	1	9	5,09	2,698
Měření hustoty moče	48	1	9	3,85	3,189

Na základě výpočtu aritmetického průměru nejčastěji sestry sledují tělesnou teplotu dítěte (9,00), následuje sledování pulsu (8,78), příjmu tekutin (8,76), počtu dechů (8,61) a vědomí (8,61). Dále také sledují výdej tekutin (8,43) a saturaci (8,33).

Tabulka 8 Kruskal – Wallis test kategorie „Sledování“

Sledování	N	Mean rank
Sledování TT	49	539
Sledování TK	49	475,32
Sledování pulsu	49	498,91
Sledování počtu dechu	49	477,49
Sledování vědomí	49	481,01
Sledování saturace	49	447,06
Sledování příjmu tekutin	49	494,36
Sledování výdeje tekutin	49	461,64
Měření hustoty moče	48	155,79
Vážení kojence	49	333,99
Vážení batolete	49	257,48
Vážení větších dětí	49	228,79
Měření délky kojence	46	186,74
Měření délky batolete	46	166,51
Měření výšky starších dětí	45	192,57
Celkový počet	724	

Pomocí hodnoty průměrného pořadí (mean rank) jsme zjistily, že v této kategorii sestry nejčastěji sledují tělesnou teplotu (539), dále sledují puls (498,91), příjem tekutin (494,36), vědomí (481,01), počet dechů (477,49) a tlak (475,32).

Tabulka 9 Souhrnné vyhodnocení kategorie „Speciální a diagnosticko – terapeutické výkony“ (aritmetický průměr)

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Odběr moče	47	7	9	8,85	0,47
Odběr krve	47	5	9	8,74	0,765
Příprava dítěte na vyšetření	49	2	9	8,51	1,356
Asistence při vyšetření	49	2	9	8,37	1,654
Výtěr z konečníku	47	5	9	8,26	1,031
Odběr stolice	47	5	9	8,00	1,319
Péče o PŽK	49	1	9	7,43	2,598
Ukončení PŽK	49	1	9	7,16	2,478
Zavedení PŽK	49	1	9	7,04	2,557
Asistence při převazu	48	1	9	6,98	2,016
Výtěr z DC	47	1	9	6,30	3,057
Výtěr z ucha	46	1	9	5,26	2,687
Výtěr z očních spojivek	46	1	9	5,04	2,906
Odběr z chorobných ložisek/rán	46	1	9	4,91	2,555
Podání klyzma	45	1	9	4,67	2,216
Odběr sputa	46	1	9	4,07	2,594
Odběr zvratků	47	1	9	3,85	2,440
Péče o CŽK	46	1	9	1,80	1,734
Ukončení CŽK	46	1	6	1,57	1,276

Na základě výpočtu aritmetického průměru nejčastěji sestry provádějí odběr moči (8,85) a krve (8,74), dále připravují dítě na vyšetření (8,51), asistují při vyšetření (8,37). Dále výtěr z konečníku (8,26), odběr stolice (8,00), péče o PŽK (7,43), ukončení PŽK (7,16) a zavedení PŽK (7,04).

Tabulka 10 Kruskal – Wallis test kategorie „Speciální ošetrovatelské a diagnosticko – terapeutické výkony“

	N	Mean rank
Odběry biologického materiálu	466	456,25
Asistence při převazu	48	478,16
Zavedení PŽK	49	509,7
Péče o PŽK	49	558,86
Ukončení PŽK	49	518,53
Péče o CŽK	46	124,84
Ukončení CŽK	46	105,62
Podání klyzma	45	301,5
Asistence při vyšetření	49	651,18
Příprava na vyšetření	49	662,21
Celkový počet	896	

Pomocí hodnoty průměrného pořadí (mean rank) jsme zjistily, že sestry nejčastěji připravují dítě na vyšetření (662,21), dále asistují při vyšetření (651,18), pečují o PŽK (558,86) a ukončují PŽK (518,53).

4.4 Jiné činnosti ve vztahu k pacientovi

V této části dotazníku uváděly sestry průměrnou dobu trvání jednoho výkonu a dále také průměrný počet výkonů za denní službu.

Tabulka 11 Průměrná doba trvání jednoho výkonu v kategorii jiné výkony
(aritmetický průměr)

	N	Minimum	Maximum	Průměr/ minut	Směrodatná odchylka
Doprovod pacienta na vyšetření	38	10	180	42,95	44,759
Příjem dítěte na oddělení	46	5	150	34,20	27,924
Účast na vizitě	38	7	60	27,95	14,836
Přeložení pacienta	34	5	90	20,15	16,166
Edukace dítěte	37	3	120	19,46	20,308
Předávání služeb	41	10	45	19,34	8,263
Edukace rodiče	41	5	120	18,41	20,045
Propuštění pacienta	45	5	45	15,27	9,391
Vyplnění ošetřovatelské anamnézy	47	5	30	12,98	5,071
Předávání pacienta	37	2	20	10,27	6,181
Zhodnocení oš. plánu	45	3	20	10,07	4,261
Zajištění konziliárního vyšetření	40	2	60	9,65	11,054
Vyplnění možných diagnóz	44	2	20	9,64	4,426

U každého výkonu uváděli respondenti průměrnou dobu trvání. V tabulce je uvedena jak minimální doba trvání, tak i maximální.

Na základě výpočtu aritmetického průměru bylo určeno, že doprovod pacienta na vyšetření trvá v průměru 42,95 minut, příjem dítěte na oddělení 34,20 minut, účast na vizitě 27,95 minut, přeložení pacienta 20,15 minut a edukace dítěte 19,45 minut. Předávání služeb 19,34 minut, edukace rodiče 18,41 minut a propuštění pacienta 15,27 minut.

Tabulka 12 Průměrný počet výkonů za denní směnu

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylna
Vyplnění možných diagnóz	32	1	25	8,09	6,527
Zhodnocení oš. plánu	34	1	30	7,21	6,709
Vyplnění ošetrovatelské anamnézy	33	1	20	4,64	4,006
Zajištění konziliárního vyšetření	28	1	12	4,36	2,805
Propuštění pacienta	36	1	20	4,31	3,454
Příjem dítěte na oddělení	36	2	20	4,28	3,411
Předávání pacienta	22	1	20	4,27	4,569
Edukace dítěte	29	1	20	4,10	3,754
Účast na vizitě	22	1	20	4,09	4,566
Doprovod pacienta na vyšetření	27	1	10	3,85	2,349
Edukace rodiče	30	1	10	3,33	2,440
Předávání služeb	23	1	20	2,74	3,899
Přeložení pacienta	19	1	8	2,42	1,835

U každého výkonu uváděly sestry průměrný počet za denní směnu. V tabulce je opět uvedeno minimum a maximum jednotlivých výkonů za službu.

Na základě výpočtu aritmetického průměru bylo určeno, že nejčastěji sestry vyplňují ošetrovatelské diagnózy (8,09), dále provádějí zhodnocení ošetrovatelského plánu (7,21), vyplňují ošetrovatelské anamnézy (4,64) a zajišťují konziliární vyšetření (4,36).

4.5 Časové náměry vybraných ošetrovatelských výkonů

Tabulka 13 Průměrná doba trvání jednoho výkonu

Základní ošetrovatelská péče											Průměr/mi n
Příprava jídla	10,01	7,34	6,29	7,45	7,22	8,34	9,51	6,38	7,19	6,47	7,62
Krmení dítěte	9,45	9,34	12,65	8,58	10,39	5,04	7,56	10,56	8,21	9,58	9,14
Přebalování dítěte	4,35	4,01	3,5	4,48	5,39	5,21	4,52	5,12	6,08	5,41	4,81
Speciální ošetrovatelská péče											
<i>I. Podávání léků (zahrnuje přípravu a podání)</i>											
Podání léků per os	2,05	2,45	3,1	2,3	3,07	3,02	2,31	3,25	2,55	3,15	2,73
Podání léků per rectum	2,4	2,25	3,15	4,21	2,58	3,45	3,28	3,39	4,01	3,43	3,22
Aplikace injekcí – i.v.	12,24	10,3	10,11	5,45	7,79	11,5	6,58	8,49	10,15	13,48	9,61
Aplikace infuze, sledování	17,24	22	18,35	21,43	21,11	15,58	22,08	18,17	20,52	17,5	19,4
<i>III. Speciální ošetrovatelské a diagnosticko – terapeutické výkony</i>											
Asistence při vyšetření	3,22	3,55	4,16	5,31	4,53	3,15	4,34	5,02	5,54	3,38	4,22
Odběr krve	4,06	3,26	2,12	3,37	4,31	4,28	2,48	5,32	4,25	5,11	3,86
Odběr stolice	2,32	0,5	1,51	1,03	1,54	2,02	1,38	1,56	2,2	2,12	1,62
<i>IV. Jiné činnosti ve vztahu k pacientovi</i>											
Účast na vizitě	6,18	4,28	5,37	5,48	3,42	3,15	3,09	0,59	1,3	1,14	3,4
Předávání pacienta	0,43	1,16	1,28	1,2	1,04	0,59	1,08	0,51	1,11	1,17	1,36

V dané tabulce jsou uvedeny výkony, které sestry prováděly v době výzkumu. Každý z těchto výkonů byl naměřen 10krát a dále ty časy byly zprůměrovány.

Průměrná doba přípravy jídla je 7,62 minut, krmení dítěte 9,14 minut, přebalování 4,81 minut. Dále podání léků per os 2,73 minuty, podání léků per rectum 3,22 minuty, podání intravenózní injekce 9,61 minut a aplikace infuze 19,4 minut. Asistence při vyšetření trvá v průměru 4,22 minut, odběr krve 3,86 minuty, odběr stolice 1,62 minuty, účast na vizitě 3,4 minuty a předávání pacienta 1,36 minut.

5 DISKUZE

Každý den sestra vykonává řadu výkonů jak z oblasti základní, tak i speciální ošetrovatelské péče. Cílem této práce bylo zjistit, které výkony dětské sestry provádějí nejčastěji. Získané výsledky vychází z anonymních dotazníků, část byla zpracována formou grafů v programu Microsoft Excel a ta další pomocí SPSS programu do přehledných tabulek.

První část dotazníkového šetření byla zaměřená na identifikační údaje (graf 1, 2). Respondentky byly ženy a v různých věkových kategoriích. Nejvíce bylo ve věkové kategorii od 31 do 40 let (38,7 %). Dalším bodem hodnocení bylo nejvyšší dosažené vzdělání. Největší skupinu tvořily sestry se středoškolským vzděláním (53,1 %), dále sestry se středoškolským + pomaturitním specializačním studiem (20,4 %), ve stejném zastoupení byly sestry s vyšším odborným a bakalářským vzděláním (12,2 %), jen jedna respondentka měla magisterské vzdělání (2,1 %) (graf 3). Lze předpokládat, že vzhledem ke změně legislativy a zvýšení nároků na vzdělání sester, postupem času dojde k tomu, že budou převažovat sestry s vysokoškolským vzděláním.

Další část výzkumného šetření sloužila ke zjištění nejčastěji vykonávaných výkonů. PhDr. Karla Pochylá pomocí metody kvantifikace rozdělila ošetrovatelské výkony na základní a speciální. Do té první zmíněné, zahrnula péči o osobní hygienu, o výživu a vyprazdňování. Oblast speciální ošetrovatelské péče zahrnuje velké množství výkonů, a proto také byly vytvořeny jednotlivé kategorie, do kterých byly zařazeny.

V rámci první hypotézy jsme stanovili předpoklad, že nejčastěji prováděným základním ošetrovatelským výkonem je péče o osobní hygienu pacienta. Sedlářová (1) uvádí, že hygiena je souborem pravidel a postupů vedoucích k podpoře a ochraně zdraví. Tvrdí také, že je to základní biologická potřeba, která se vyvíjí a je uspokojována od narození. Na základě této literatury by se dalo usoudit, že z oblasti základní ošetrovatelské péče je osobní hygiena nejdůležitější. Tomuto tvrzení však může odporovat Mikšová (10), která popisuje péči o výživu dítěte jako důležitý předpoklad žádoucího tělesného růstu, který významně ovlivňuje duševní a sociální vývoj dítěte. Precinová (1) píše, že vyprazdňování je jednou ze základních fyziologických funkcí a biologických potřeb člověka. Sestry u každého výkonu určily častost výkonu během

denní služby, ke každé kategorii odpovědi byla přiřazena hodnota 1 – 9. Hodnota 1 znamenala, že tento výkon sestry neprovádí, hodnota 2 - jednou za rok, hodnota 3 - jednou za půl roku, hodnota 4 - jednou za měsíc, hodnota 5 - několikrát za měsíc, hodnota 6 - jednou za týden, hodnota 7 - několikrát za týden, hodnota 8 - jednou za den a hodnota 9 – sestry provádí výkon několikrát za směnu. Pro každou tuto kategorii byl nejprve použit výpočet aritmetického průměru. Nejdříve se zaměříme na výkony, které se týkaly péče o osobní hygienu (tabulka 1). Nejvíce sestry pečují o kůži dítěte (8,35), dále dohlíží při hygieně u starších dětí (7,63) a koupou předškolní dítě (6,76). V kategorii péče o výživu na prvním místě je příprava jídla (8,57), na druhém dohled při jídle u větších dětí (8,37) a na třetím objednání jídla (8,22) (tabulka 2). Poslední kategorií je péče o vyprazdňování moči a stolice (tabulka 3). Zde se sestry nejvíce věnují přebalování kojence a batolete (7,37), dále pečují o dítě s permanentním močovým katétre (6,02). Pro potvrzení hypotézy jsme museli porovnat tyto tři kategorie a na základě výpočtu hodnoty průměrného pořadí (mean rank) jsme zjistili, že nejčastěji sestry pečují o výživu dítěte (463,68), dále pečují o vyprazdňování (406, 61) a jako poslední pečují o osobní hygienu (310,63) (tabulka 4). Dosažený výsledek je logický. Osobní hygiena se provádí jednou denně, popřípadě pokud by se dítě nějak více ušpinilo častěji. Péče o vyprazdňování je samozřejmě také důležitá, ale stravování je základ. Během směny musí sestry několikrát stravu objednat, potom ji připravit, dohlížet na děti při jídle, popřípadě nakrmit.

Na základě výše uvedených výsledků jsme hypotézu 1: Nejčastěji prováděným základním ošetrovatelským výkonem je péče o osobní hygienu pacienta nepotvrdili. Nejčastěji prováděným ošetrovatelským výkonem v základní ošetrovatelské péči je péče o výživu.

Speciální ošetrovatelská péče zahrnuje velký počet výkonů, proto jsme se řídili klasifikací speciální ošetrovatelské péče dle metody kvantifikace doktorky Pochylé.

Druhá stanovená hypotéza zněla: Nejčastěji prováděným speciálním ošetrovatelským výkonem v kategorii „Podávání léků“ je podávání léků per os. Existuje mnoho způsobů podání, nás však zajímali jen ty nejčastější na dětském oddělení. Z vlastní zkušenosti a to absolvování praxe na dětském oddělení jsem usoudila, že

nejčastěji sestry podávají léky formou per os. V této kategorii jsme opět použily dva způsoby pro vyhodnocení výsledků. Prvně se zaměříme na údaje aritmetického průměru, kde nejvyšší hodnoty dosáhla příprava léků a jejich podání formou per os (8,96), dále podání léků i.v. formou (8,57) a per rectum (8,10) viz tabulka 5. Z výzkumného šetření je patrné, že sestry nejčastěji léky připravují a podávají formou per os (403,07). Jako další vhodný způsob podání léků uvedly intravenózní (366,02) a per rectum (340,07) viz tabulka 6. Když nahlédneme do literatury, tak Sedlářová (1) uvádí, že nejčastějším a nejpohodlnějším způsobem podávání léků je ústy. Aby mohlo dítě dostat léky per os, musí však být schopno polykat a udržet lék v žaludku. Perorální podání je kontraindikováno u dětí, které zvrací. Proto je i logické, že jako druhý vhodný způsob podání vyšlo podání i.v. formou nebo per rectum.

Na základě výše uvedených výsledků jsme hypotézu 2: Nejčastěji prováděným speciálním ošetrovatelským výkonem v kategorii „Podávání léků“ je podávání léků per os nepotvrdili. Nejčastějším výkonem v této kategorii je příprava a podání léků per os.

Následovala kategorie „Sledování“, kde se nejednalo jen o fyziologické funkce, ale také i o sledování příjmu a výdeje tekutin, měření hustoty moči, dále sledování rozměrů tělesných částí. *K této kategorii se vztahuje hypotéza 3: Nejčastěji prováděným speciálním ošetrovatelským výkonem je sledování tělesné teploty.* Olchava (16) uvádí, že tělesná teplota je v organismu velmi složitě regulována a pohybuje se v úzkém rozpětí 36,0 – 37,0 °C. Gregora (26) popisuje zvýšenou tělesnou teplotu jako stav, který vzniká poruchou regulace v centrálním nervovém systému. Nejčastější příčinou v dětském věku jsou infekce, bakteriální nebo virové. V souvislosti s tělesnou teplotou Mikšová (10) uvádí, že díky zvýšenému metabolismu při horečce a vazodilataci dochází k vyšší tepové frekvenci. Šamánková (3) v kapitole Péče o pacienta se změnami tělesné teploty se zmiňuje o tom, že se musí zajistit vhodná hydratace, protože organismus vydává více tekutin. S tím také úzce souvisí měření příjmu a výdeje tekutin. K potvrzení hypotézy 3, která je uvedená výše, sloužily výsledky v tabulkách 7 a 8. Dle výpočtu aritmetického průměru nejvyšší hodnoty dosáhlo sledování tělesné teploty (9,00), dále sledování pulsu (8,78) a sledování příjmu tekutin (8,76). Na základě průměru se hypotéza nedala jednoznačně potvrdit, proto jsme ještě stanovili hodnotu průměrného pořadí (mean

rank). Sledování tělesné teploty dosáhlo výsledku 539,00 a sledování pulsu 498,91.

Na základě výše zmíněných výsledků jsme hypotézu 3: Nejčastěji prováděným speciálním ošetrovatelským výkonem v kategorii „Sledování“ je sledování tělesné teploty potvrdili.

V rámci kategorie „Speciální a diagnosticko – terapeutické výkony“ jsme si stanovili tuto hypotézu: Nejčastěji prováděným speciálním ošetrovatelským výkonem jsou odběry biologického materiálu. Mikšová (28) uvádí, že vyšetření biologického materiálu má mnohdy zásadní význam pro určení správné diagnózy a následně i žádoucí léčby, ošetrovatelské diagnózy a individuální ošetrovatelské péče. Na základě takového tvrzení si můžeme opravdu myslet, že odběry biologického materiálu v porovnání s jinými výkony v této kategorii budou nejčastější. Výsledky této kategorie jsou odlišné v tom, že odběry biologického materiálu byly brány jako jedna kategorie a byly porovnány s ostatními výkony (tabulka 10). Nejvyšší hodnoty dosáhla příprava dítěte na vyšetření (662,21), dále asistence při vyšetření (651,18) a péče o PŽK (558,86). Samotné odběry biologického materiálu dosáhly hodnoty 456,25.

Na základě těchto výsledků jsme hypotézu 4: Nejčastěji prováděným speciálním ošetrovatelským výkonem v kategorii „Speciální a diagnosticko – terapeutické výkony“ jsou odběry biologického materiálu nepotvrdili. Nejčastějším výkonem v této kategorii je příprava dítěte na vyšetření.

Poslední kategorie jsou „Jiné výkony ve vztahu k pacientovi“. *Pátá a poslední hypotéza zněla: Nejčastěji prováděným speciálním ošetrovatelským výkonem je příjem pacienta. Pro potvrzení této hypotézy byl použit výpočet aritmetického průměru (tabulka 12). Jako první se v tabulce objevuje vyplňování ošetrovatelských diagnóz (8,09), dále zhodnocení ošetrovatelského plánu (7,21) a vyplnění ošetrovatelské anamnézy (4,64). Příjem dítěte na oddělení je přibližně v polovině této tabulky, s výsledkem 4,28.*

Na základě uvedených výsledků jsme hypotézu 5: Nejčastěji prováděným speciálním ošetrovatelským výkonem v kategorii „Jiné činnosti ve vztahu k pacientovi“ je příjem pacienta nepotvrdili. Nejčastějším výkonem je tedy vyplňování ošetrovatelských diagnóz.

Další částí výzkumu bylo pozorování a měření jednotlivých výkonů na dětském oddělení. Ze základní ošetrovatelské péče se nám podařilo naměřit tyto výkony: příprava jídla, krmení a přebalování dítěte. Průměrná doba přípravy jídla je 7,62 minuty, krmení dítěte 9,14 minuty a přebalování dítěte 4,81 minuty (tabulka 13). Ze speciální ošetrovatelské péče jsme naměřily devět výkonů. Například podávání léků per os zabere sestře v průměru 2,73 minuty, podávání léků per rectum 3,22 minut a aplikace injekce i.v. formou 9,61 minuty. Tyto výsledky byly použity při tvorbě pracovní verze počítačového programu, jehož cílem je vyhodnocení minutové ošetrovatelské zátěže.

Dále se chci zaměřit na názor jedné z respondentek. V dotazníku uvedla, že největší chybou dnešního zdravotnického školství je zrušení oboru dětská sestra. Dnes lze této specializace dosáhnout pouze absolvováním pomaturitního specializačního studia nebo prostřednictvím magisterského studia. Napsala také, že si myslí, že převažuje spíše „papírování“ a sestry se vzdalují od pacientů k počítači. Když se podíváme ještě jednou na výsledky identifikačních otázek, tak zjistíme, že na odděleních pracuje stále nejvíc sester se středoškolským vzděláním. Troufám si říci, že jejich péče se nijak neliší od té, co poskytuje sestra s vysokoškolským vzděláním. Na jednu stranu souhlasím s touto sestrou, na druhou zase můžu říci, že povolání sestry v dnešní době dosáhlo vysoké úrovně a co se týče uplatnění například v zahraničí, tak středoškolské povolání rozhodně nestačí. S názorem na „papírování“ naprosto souhlasím a to ještě nepracuji, ale vzhledem ke zkušenosti z praxe mohu říci, že sestry na pacienty opravdu nemají mnoho času a více se věnují tomu, aby měly správně vyplněnou všechnu dokumentaci.

Pomocí dotazníků jsme zmapovali celou oblast základní a speciální ošetrovatelské péče na dětském oddělení. Většina lidí si myslí, že dítě je zmenšenina dospělého člověka. Opak je pravdou, péče o dítě je jiná a ještě více individuálnější už v tom ohledu, že sestra bere ohledy nejen na dítě, ale i na jeho případný doprovod. A nebudeme si nic nalhávat, rodiče některé situace zvládají dost obtížně a občas i hůř než samotné dítě.

6 ZÁVĚR

V práci byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo provést inventarizaci základní ošetrovatelské péče na standardních jednotkách dětského oddělení. Druhým cílem bylo provést inventarizaci speciální ošetrovatelské péče na standardních jednotkách dětského oddělení. K prvnímu cíli se vztahuje také H1: Nejčastěji prováděným základním výkonem je péče o osobní hygienu. K druhému cíli se vztahují další čtyři hypotézy. H2: Nejčastěji prováděným speciálním ošetrovatelským výkonem v kategorii „Podávání léků“ je podávání léků per os. H3: Nejčastěji prováděným výkonem v kategorii „Sledování“ je sledování tělesné teploty. H4: Nejčastěji prováděným výkonem v kategorii „Speciální a diagnosticko – terapeutické výkony“ jsou odběry biologického materiálů. H5: Nejčastěji prováděným výkonem v kategorii „Jiné činnosti“ je příjem pacienta.

Provedli jsme inventarizaci jak základní, tak i speciální ošetrovatelské péče. Pro potvrzení prvních čtyř hypotéz jsme použili statistickou metodu a to Kruskal – Wallis test pro výpočet hodnoty průměrného pořadí. První hypotézu: Nejčastěji prováděným základním ošetrovatelským výkonem je péče o osobní hygienu pacienta jsme nepotvrdili. Z výsledků vyplynulo, že nejčastějším výkonem základní ošetrovatelské péče je péče o výživu (463,68), dále péče o vyprazdňování (406,61) a péče o hygienu (310,63). Druhou hypotézu: Nejčastěji prováděným speciálním ošetrovatelským výkonem v kategorii „Podávání léků“ je podávání léků per os jsme také nepotvrdili, nejčastějším výkonem je příprava a podání léků per os (403,07), dále podání i.v. (366,02) a podání per rectum (340,07). Třetí hypotézu jsme potvrdili a nejčastějším výkonem v kategorii „Sledování“ je sledování tělesné teploty (539,00), dále sledování pulsu (498,91) a sledování příjmu tekutin (494,36). Čtvrtou hypotézu: Nejčastěji prováděným speciálním ošetrovatelským výkonem v kategorii „Speciální a diagnosticko – terapeutické výkony“ jsou odběry biologického materiálu jsme rovněž nepotvrdili, nejčastěji prováděným výkonem je příprava dítěte na vyšetření (662,21), asistence při vyšetření (651,18) a péče o PŽK (558,86). Pro potvrzení páté hypotézy byl použit výpočet aritmetického průměru. Hypotézu: Nejčastěji prováděným speciálním ošetrovatelským výkonem v kategorii „Jiné činnosti ve vztahu k pacientovi“ je příjem

pacienta jsme také nepotvrdili, nejčastěji sestry vyplňují ošetrovatelské diagnózy (8,09), dále hodnotí ošetrovatelský plán (7,21) a vyplňují ošetrovatelské diagnózy (4,64).

Výstupem práce je pracovní verze počítačového programu "Ošetrovatelská péče na standardních jednotkách dětského oddělení", která řeší problematiku kvantifikace ošetrovatelské péče na standardních jednotkách dětského oddělení. Je zpracován v prostředí Microsoft Excel (Open Office. org. 3.0). Program je jen pracovní verzí, ve které jsou zaznamenány průměrné hodnoty 12 ošetrovatelských výkonů (příloha 8). Tento program je třeba dále rozpracovat.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) SEDLÁŘOVÁ, Petra et al. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.
- 2) KLÍMA, Jiří et al. *Pediatric*. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. ISBN 80-864-3238-6.
- 3) ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
- 4) ZOUHAROVÁ, Alena. Způsobilost k výkonu povolání dětské sestry. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, s. r. o., 2005, č. 1. ISSN 1213-0494.
- 5) Vyhláška ministerstva zdravotnictví České republiky č. 55/2011 Sb. ze dne 14. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [cit. 2012-06-06].
Dostupné z: [http://www.fnkv.cz/soubory/vyhlaska_55-r-2011\)sb\(cinnost\).pdf](http://www.fnkv.cz/soubory/vyhlaska_55-r-2011)sb(cinnost).pdf)
- 6) Nemocnice České Budějovice. *Dětské oddělení* [online]. [cit. 2012-06-06]. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/cz/department/49/Detske-oddeleni.html?detail=detail&id=31>
- 7) Nemocnice České Budějovice. *Neonatologické oddělení* [online]. [cit. 2012-06-06]. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/cz/department/49/Neonatologicke-oddeleni.html?detail=detail&id=28>
- 8) POCHYLÁ, Karla a Otakar POCHYLÝ. *Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 57-868-99.
- 9) FENDRYCHOVÁ, Jaroslava et al. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2005. ISBN 80-7013-427-5.
- 10) MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ, Renáta HERNOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- 11) KUDLOVÁ, Eva a Anna MYDLILOVÁ. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1039-0.
- 12) NEVORAL, Jiří et al. *Výživa v dětském věku*. Jinočany: H&H Vyšehradská, 2003. ISBN 80-860-2293-5.
- 13) VINCENTOVÁ, Dana. Výživa kojence, novorozence a batolete. *Pediatric pro*

praxi. Olomouc: Solen, 2006, č. 4. ISSN 1213-0494.

14) KRÍŠKOVÁ, Anna et al. *Ošetrovatel'ské techniky*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-202-2.

15) VELEMÍNSKÝ, Miloš. *3 x 333 otázek pro dětského lékaře*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-725-4290-7.

16) OLCJAVA, Petr. *Zdravé a nemocné dítě: od početí do puberty*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1847-7.

17) KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetrování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6.

18) DOLEŽEL, Zdeněk. Léčba horečky u dětí. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 2007, č. 1. ISSN 1213-0494.

19) GOLDEMUND, David a Karel GOLDEMUND. Synkopy - klasifikace, etiopatogeneze - 1.část. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 2002, č. 1. ISSN 1213-0494.

20) Společnost pro výživu. TLÁSKAL, Petr. *Příjem vody je základní podmínkou našeho života* [online]. 2006 [cit. 2012-06-06]. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/prijem-vody-je-zakladni-podminkou-naseho-zivota.htm>

21) WORKMAN, Barbara A a Clare L BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada, 2006, 259 s. ISBN 80-247-1714-X.

22) Datový standard MZ ČR. *Výška vstaje* [online]. 2012 [cit. 2012-06-06]. Dostupné z: http://ciselniky.dasta.mzcr.cz/CD_DS3/hypertext/HKAAO.htm

23) Datový standard MZ ČR. *Hmotnost* [online]. 2012 [cit. 2012-06-06]. Dostupné z: http://ciselniky.dasta.mzcr.cz/CD_DS3/hypertext/HKAAC.htm

24) Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně: DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE. ŘEHÁK, František. *Ošetření a převaz rány* [online]. [cit. 2012-06-06]. Dostupné z: www.cls.cz/dokumenty2/os/r081.rtf

25) VALENTA, Jirí et al. *Chirurgie: pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0644-5.

26) GREGORA, Martin. *Péče o dítě od kojeneckého do školního věku*. Praha: Grada,

2007. ISBN 978-80-247-2030-2.

27) Best practice. JOANNA BRIGS INSTITUTE. *Péče o periferní žilní katétr* [online]. 2008 [cit. 2012-06-06]. Dostupné z: http://www.fzv.upol.cz/fileadmin/user_upload/FZV/download/Evidence_based_practice/12_5_2008.pdf

28) MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1443-4.

29) HRODEK, Otto a Jan VAVŘINEC. *Pediatric*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-726-2178-5.

30) VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

31) BYDŽOVSKÁ, Petra. *Příjem, překlad a propuštění nemocného* [online]. 2008 [cit. 2012-06-06]. Dostupné z: <http://maxell.blog.cz/0802/prijem-preklad-a-propusteni-nemocneho>

32) KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0278-9.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Dětské oddělení

Kvantifikace ošetrovatelské péče

Speciální ošetrovatelská péče

Základní ošetrovatelské péče

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Záznamový arch

Příloha 3 Hodnoty tlaku a tepové frekvence s ohledem na věk dítěte

Příloha 4 Pediatrické Glasgow Coma Scale

Příloha 5 Dechová frekvence v závislosti na věku dítěte

Příloha 6 Škála hodnocení bolesti pomocí obličejů

Příloha 7 Objektivní škála bolesti (pro děti od 4 měsíců do 4 let)

Příloha 8 Pracovní verze počítačového programu "Ošetrovatelská péče na standardních jednotkách dětského oddělení" – CD disk

Příloha 1 Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Viktoriya Sorokanets a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Tento dotazník použiji ve své bakalářské práci s názvem „Kvantifikace základních a speciálních ošetrovatelských výkonů na standardních jednotkách dětského oddělení“. Dotazník je anonymní a získané údaje využiji jen ve své bakalářské práci. V tabulce jsou uvedeny ošetrovatelské výkony jak v kategorii základní ošetrovatelské péče, tak i speciální ošetrovatelské péče.

Prosím u každého výkonu uveďte, kolikrát daný výkon provádíte během jedné denní (v případě dvojsměnného provozu) nebo ranní směny (v případě jednosměnného a trojsměnného provozu).

Vzhledem k tomu, že cílem mé práce je co nejpřesnější zmapování všech činností dětských sester na různých stanicích dětského oddělení, velmi bych ocenila, kdybyste do tabulky doplnili výkony, které vykonáváte, ale v tabulce chybí.

Děkuji Vám za věnovaný čas a vyplněný dotazník.

1) Jste:

- a) muž
- b) žena

2) Kolik Vám je let:

- a) 19-30 let
- a) 31-40 let
- b) 41-50 let
- 51 a více

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) středoškolské + pomaturitní specializační studium
- c) vyšší odborné (DiS.)
- d) bakalářské
- e) magisterské

4) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) 0-5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-20 let
- d) 21-30 let
- e) 31 let a více

5) Jaký typ provozu funguje na Vašem oddělení:

- a) jednosměnný
- b) dvousměnný
- c) třisměnný

<i>Odběr zvratků</i>																			
<i>Další výkony k oblasti ošetrovatelské a diagnostické – terapeutické výkony</i>																			
<i>Jiné:</i>																			
<i>Jiné:</i>																			

POZOR V TÉTO TABULCE JE MALÁ ZMĚNA, DO PRVNÍ KOLONKY NAPIŠTE KOLIK ČASU VÁM TENTO VÝKON ZABERE!!!!

	Průměrná doba trvání jednoho výkonu (minuty)	Průměrný počet výkonů za službu
<i>Edukace dítěte</i>		
<i>Edukace rodiče</i>		
Jiné činnosti ve vztahu k pacientovi		
<i>Příjem dítěte na oddělení</i>		
<i>Vyplnění ošetrovatelské anamnézy</i>		
<i>Vyplnění možných diagnóz</i>		
<i>Zhodnocení oš. plánu</i>		
<i>Propuštění pacienta</i>		
<i>Přeložení pacienta</i>		
<i>Péče o mrtvé tělo (Úmrtí)</i>		
<i>Doprovod pacienta na vyšetření</i>		
<i>Zajištění konziliárního vyšetření</i>		
<i>Účast na vizitě</i>		
<i>Předávání služeb</i>		
<i>Předávání pacienta</i>		
<i>Další výkony k oblasti jiné činnosti ve vztahu k pacientovi</i>		
<i>Jiné:</i>		
<i>Jiné:</i>		

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 2 Záznamový arch

Název	Čas v minutách										Průměrný čas
Základní ošetrovatelská péče											
Příprava jídla											
Krmení dítěte											
Přebalování dítěte											
Speciální ošetrovatelská péče											
<i>I. Podávání léků</i>											
Podání léků per os											
Podání léků per rectum											
Aplikace injekcí – i.v.											
Aplikace infuze, sledování											
<i>III. Speciální ošetrovatelské a diagnosticko – terapeutické výkony</i>											
Asistence při vyšetření											
Odběr krve											
Odběr stolice											
<i>IV. Jiné činnosti ve vztahu k pacientovi</i>											
Účast na vizitě											
Předávání pacienta											

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 3 Hodnoty tlaku a tepové frekvence s ohledem na věk dítěte

Některé cirkulační parametry v závislosti na věku

Věk	Krevní tlak v mm Hg	Tepová frekvence za minutu	Objem cirkulující krve v ml/kg	Srdeční výdej v l/min
novorozenec	60-90/20-60	100-180	85-90	0,8-1,0
1 rok	85-105/53-65	100-160	75-80	1,3-1,5
5 let	95-105/53-66	70-110	70-75	2,5-3,0
10 let	97-112/57-71	65-100	70-75	3,8-4,0
15 let	112-128/66-80	60-90	65-70	6

Zdroj: 9

Příloha 4 Pediatrické Glasgow Coma Scale

Otevírání očí	Spontánní	4	
	Na oslovení	3	
	Na bolest	2	
	Žádné	1	
Nejlepší motorická odpověď	Odpovídající podnětu	6	
	Úhyb na dotek	5	
	Úhyb na bolest	4	
	Flexe na bolest	3	
	Extenze na bolest	2	
	Žádná odpověď	1	
Nejlepší odpověď na slovní a vizuální stimuly	> 2 roky		< 2 roky
	Dobrá orientace	5	5 úsměv, sledování
	Zmatenost	4	4 utišitelný pláč
	Nepřiměřená slova	3	3 přetrvávající pláč
	Nesrozumitelná slova	2	2 vzrušení, neklid
	Žádná odpověď	1	1 žádná odpověď
	Endotracheální kanyla	T	T kanyla
Celkové skore			

Hodnocení: 12 – 9 bodů = střední porucha vědomí, 8 – 3 = závažná porucha vědomí

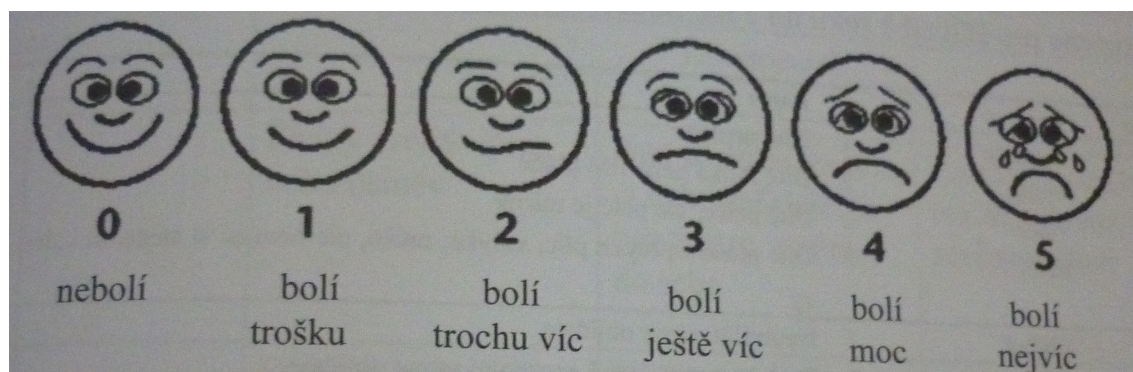
Zdroj: 9

Příloha 5 Dechová frekvence v závislosti na věku dítěte

Věk	Počet dechů za minutu
Novorozenecký	30-60
Batoleci	24-40
Předškolní	22-34
Školní	18-30
Adolescentní	1.12.2016

Zdroj: 9

Příloha 6 Škála hodnocení bolesti pomocí obličejů



Zdroj: 9

Příloha 7 Objektivní škála bolestí (pro děti od 4 měsíců do 4 let)

Zvýšení krevního tlaku:	
do 10 % proti předoperační hodnotě (nebo normě pro věk)	0
10 – 20 %	1
20 – 30 %	2
Pláč:	
Pláče	0
nepláče, ale dá se ukonejšit láskyplnou péčí	1
pláče, nedá se ukonejšit láskyplnou péčí	2
Pohybová aktivita:	
Běžná	0
motorický neklid	1
Hází sebou	2
Rozrušení:	
spí nebo je neklidné	0
mírně rozrušené	1
Hysterické	2
Slovní hodnocení nebo „řeč těla“:	
spí, klidné, neudává bolest	0
mírná bolest, pacient nedokáže přesně lokalizovat	1
Střední a silná bolest, ukáže, popíše, antalgické držení, reakce na palpaci	2

Hodnocení: 0-3 bez intervence

4-6 intervence vhodná

7-10 intervence nutná, již měla být provedena

Zdroj: 9