



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Ošetrovatelská péče u dětí s průjmovitým onemocněním

Vypracovala: Andrea Majerová
Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2016

Abstrakt

Téma bakalářské práce: Ošetrovatelská péče u dětí s průjmovitým onemocněním.

Teoretická východiska:

Bakalářská práce stručně popisuje druhy průjmových onemocnění, především s ohledem na jejich původ a léčbu. Dle jejich původu jsou průjmovitá onemocnění rozdělena do dvou kategorií, tedy průjmů infekčních a neinfekčních. Ty jsou následně dále popsány a rozděleny do podkategorií, které již představují konkrétní důvody vzniku průjmu. U každé příčiny jsou stručně popsány diagnostické metody a léčba, případně i úloha sestry v léčebném procesu. Po tomto úvodu do problematiky a zavedení pojmů je popsána edukace dětí a rodičů v souvislosti s průjmovitým onemocněním. Práce popisuje i nejčastější ošetrovatelské problémy u dětí s tímto druhem onemocnění - dehydratace, bolest a podobně.

Cíle práce a metodika:

Při výzkumném šetření byly stanoveny tři cíle.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče u dětí s průjmovým onemocněním. Stanovili jsme tuto výzkumnou otázku: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče při průjmovém onemocnění u dětí.

Druhým cílem bylo zmapovat znalosti matek v preventivním opatření. Stanovili jsme si tuto hypotézu: Matky mají znalosti v prevenci průjmových onemocnění u dětí.

Třetím cílem bylo zmapovat znalosti matek v režimových opatřeních. Zde jsme stanovili tuto hypotézu: Matky mají znalosti o režimových opatřeních při léčbě průjmu u dětí.

Empirická část práce byla zpracována kvalitativním i kvantitativním šetřením. V kvalitativní části výzkumného šetření byla použita metoda dotazování pomocí hloubkového rozhovoru. Této metody se zúčastnilo celkem 5 sester pracujících v ordinacích PLDD. Rozhovory byly kódovány pomocí metody tužka a papír.

U kvantitativního šetření byla použita metoda nestandardizovaného dotazníku. Dotazníky byly šířeny tištěnou a elektronickou verzí. Respondentky byly matky ve věku 15 – 60 let. Pro statistické ověření hypotézy byl použit test chí kvadrát.

Výsledky:

V kvalitativní části výzkumného šetření jsme vytvořili pět kategorií: Vyšetřovací metody, Ošetrovatelské výkony, Edukace, Ošetrovatelské problémy při průjmu a Monitorování pro-

blémů spojených s průjmem. Každá kategorii zobrazuje i podkategorie se získanými daty znázorněny v přehledných schématech. Z výsledků kvalitativního šetření vyplývá, že sestry mají dostatek vědomostí a znalostí ve specifikách ošetrovatelské péče u dětí s průjmovým onemocněním.

V kvantitativní části výzkumného šetření jsme použili již zmíněnou metodu dotazování. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 119 respondentů. Získaná data jsme znázornili ve dvaceti výsečových nebo sloupcových grafech. Dle výsledků statistického šetření, počet matek s prokazatelnými znalostmi v oblasti preventivních a režimových opatření nepřesáhl hranici 80 %, výsledky byly dále zpracovány pomocí chí kvadrátu a dané hypotézy se nepotvrdily.

V kategorii Prevence před vznikem průjmových onemocnění odpovědělo zcela správně 56 % respondentů, naproti tomu zcela nesprávně pouze 5 %. Tyto výsledky lze tedy interpretovat tak, že většina matek má alespoň základní povědomí o prevenci průjmovitých onemocnění.

V kategorii režimových opatření však správně odpověděly pouze 4 % matek a celých 62 % matek by dítěti podávalo nevhodnou stravu, či přehnaně omezující dietu.

Závěr:

Touto bakalářkou práci bychom rádi poukázali na nejčastější problémy způsobené průjmovitým onemocněním a také na nutnost dodržování režimovým a dietních opatření. Bakalářská práce může sloužit jako edukační materiál matkám v preventivních a režimových opatřeních toho onemocnění.

Klíčová slova: průjem, ošetrovatelská péče, děti, sestra, edukace

Abstract

The topic of the bachelor thesis: Nursing care of children with diarrheal diseases.

Theoretical basis:

The bachelor thesis briefly describes types of diarrheal diseases, with particular emphasis on their cause and treatment. These diseases are divided by their origin into two categories – infectious and noninfectious diarrhea. These are then further described and divided into subcategories, which represent the specific causes of diarrhea. For each of the causes there are briefly described diagnostic methods, treatment and the nurse's role in the healing and nursing process. After this introduction to the problem, there is described education of children and parents, specific for diarrheal diseases. The thesis describes the most frequent nursing problems with children having this kind of diseases, such as dehydration, pain and so on.

The purpose of the thesis and methodology:

During the research were set three objectives.

The first was to describe the specifics of nursing care of children with diarrheal diseases. We've set this research question: What are the specifics of nursing care of children with diarrheal diseases.

The second objective was to describe knowledge of mothers in a matter of preventive measures. We have established a hypothesis: Mothers have knowledge in prevention of diarrhoea of children.

The third objective was to map knowledge of mothers in regime measures. We have established a following hypothesis: Mothers have knowledge in regime measures during the treatment of diarrhea of children.

The emperic part of this thesis was processed by qualitative and quantitative research. The qualitative part was done by the method of depth interview. This research was attended by five nurses at pediatrician's. These interviews were done by the paper-pencil approach and later they were coded.

As a research method was used a non-standardized survey. Surveys were distributed in printed and electronic versions. Respondents were mothers, 15-60 years old. A Chi-squared test was used to statistically test the hypothesis.

Results:

In the qualitative part of the research we've created five categories: Investigative methods, Nursing activities, Education, Nursing problems with diarrhea and Monitoring problems associated with diarrhea. Each category shows its subcategories with obtained data, showed in schemas. The results of the qualitative survey shows that nurses have sufficient knowledge and expertise in the specifics of nursing care of children with diarrheal diseases.

In the quantitative part of the research we used the mentioned method of questioning. The survey was attended by 119 respondents. The obtained data were displayed in a form of twenty pie or bar charts. According to the results of statistical survey, the number of mothers with knowledge in the field of preventive and regime measures did not exceed the threshold of 80 %, results were further processed using chi-squared test and the hypothesis weren't confirmed.

In the category dealing with prevention of diarrhea responded absolutely correctly 56 % of respondents, on the other hand completely wrong only 5 %. These results can be interpreted in such a way that most mothers have at least a basic knowledge in prevention of diarrheal diseases. In the category handling regime measures, however, answered correctly only 4 % of mothers and 62 % of them would feed the child with inappropriate or overly restrictive diet.

Conclusion:

In this bachelor thesis we would like to point out on the most common problems caused by diarrheal diseases, as well as the necessity to keep the regime and dietary measures. The bachelor thesis can be used as educational material for mothers in preventative and regime measures of the disease.

Keywords: diarrhea, nursing care, children, nurse, education

Prohlášení

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

V Českých Budějovicích dne 15. 8. 2016

.....

Andrea Majerová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Aleně Machové za vedení bakalářské práce a cenné rady při jejím zpracování. Poděkování také patří Mgr. Olze Dvořáčkové, za pomoc při zpracování statistických dat.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	10
ÚVOD	11
1 SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Průjem	12
1.1.1 Infekční průjem	12
1.1.2 Průjmová onemocnění vyvolaná bakteriemi	13
1.1.3 Průjmová onemocnění vyvolaná viry	14
1.1.4 Průjmová onemocnění vyvolaná parazity	15
1.1.5 Úloha sestry v diagnostice, léčbě a prevenci infekčních průjmů . .	15
1.2 Neinfekční průjem	17
1.2.1 Malabsorpční syndrom	17
1.2.2 Celiakie glutensenzitivní enteropatie	18
1.2.3 Alergie na bílkovinu kravského mléka	18
1.2.4 Laktózová intolerance	19
1.2.5 Sekundární laktózová intolerance	19
1.2.6 Nespecifické střevní záněty	19
1.3 Nejčastější ošetrovatelské problémy u dětí s průjmovým onemocněním . .	20
1.3.1 Ošetrovatelský problém dehydratace	20
1.3.2 Ošetrovatelský problém bolest	21
1.3.3 Ošetrovatelský problém hypertermie	22
1.3.4 Ošetrovatelský problém porucha kožní integrity	24
1.3.5 Ošetrovatelský problém strach a úzkost	24
1.3.6 Ošetrovatelský problém nauzea a zvracení	25
1.4 Edukace dětí a rodičů v souvislosti s průjmovým onemocněním	26
1.4.1 Edukace o režimu a prevenci před průjmovým onemocněním . . .	27
1.4.2 Zásady komunikace s dětmi	27

2	CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	29
2.1	Cíle práce	29
2.2	Výzkumné otázky	29
2.3	Hypotézy	29
3	METODIKA	30
3.1	Použité metody sběru dat	30
3.2	Kvantitativní šetření	30
3.3	Kvalitativní šetření	31
3.4	Charakteristika výzkumného souboru	31
4	VÝSLEDKY	32
4.1	Kvalitativní část výzkumu – hloubkové rozhovory se sestrami	32
4.2	Kvantitativní část výzkumu - výsledky popisné statistiky	39
4.3	Statistické zpracování	49
4.3.1	Ověření H1	49
4.3.2	Ověření H2	50
5	DISKUZE	52
6	ZÁVĚR	56
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	58
	SEZNAM PŘÍLOH	62

SEZNAM ZKRATEK

TT	Tělesná teplota
CN	Crohnova choroba
E.coli	Escherichia coli
WHO	World Health Organization
GA	Gastritida
MS	Malabsorpční syndrom
UC	Ulcerózní kolitida
ČR	Česká republika
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
VAS	Vizuální analogová škála
FF	Fyziologické funkce

ÚVOD

Téma své bakalářské práce jsem si zvolila, protože se domnívám, že je v současné době velmi aktuální. V České republice patří průjmová onemocnění k nejvíce rozšířeným onemocněním. U dětí je průjmové onemocnění řazeno mezi jeden z nejčastějších zdravotních problémů. Je to způsobené velkým počtem příčin a poměrně obtížnou prevencí.

Cílem bakalářské práce je zmapovat specifika ošetrovatelské péče u dětí s průjmovým onemocněním a zmapovat znalosti matek v preventivních a režimových opatřeních při průjmu. Průjem zejména u dětí vzniká na základě několika problémů. Může být způsobený špatnými hygienickými návyky, dietní chybou, parazity, alergií na potraviny, autoimunitním onemocněním, viry nebo bakteriemi. Bakalářská práce se zabývá nejen rozdělením průjmu na infekční a neinfekční, ale i léčbou a prevencí průjmových onemocnění, edukací matek a dětí při tomto onemocnění, nejčastějšími ošetrovatelskými problémy a ošetrovatelskými intervencemi, které vykonává sestra.

To vše a mnoho dalšího poukazuje na to, že téma průjmová onemocnění u dětí si zaslouží naší pozornost.

Právě všeobecné sestry patří k nejdůležitějšímu článku v ošetrovatelském procesu u dětí s průjmovým onemocněním. Výsledky práce by mohly sloužit jako studijní materiál pro studenty zdravotnických oborů nebo jako edukační materiál pro matky malých dětí.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Průjem

„Průjem je definován jako vyprázdnění více než 3 neformovaných stolic za den, nebo jako časté vyprazdňování řídké stolice, nebo častější a naléhavější pocit potřeby s překotnou evakuací neformované stolice a přetrvávajícím pocitem nucení“ (Lukáš, 2006, str. 106).

„Průjmová onemocnění patří u nás mezi nejčastější infekční onemocnění hned za infekty dýchacích cest“ (Ambrožová, 2009, str. 380).

Průjmové onemocnění nemusí být způsobeno pouze bakteriemi, viry či červy. K průjmu může také dojít po dietní chybě, nebo může být příznakem potravinové alergie. Příčiny průjmů mohou být tedy infekčního, ale i neinfekčního charakteru. Hlavním příznakem průjmového onemocnění je vyprazdňování řídké stolice. Za další příznaky tohoto onemocnění lze považovat zvracení, bolesti břicha a zvýšená TT. Průjem můžeme rozdělit na akutní, který je nejčastější a trvá maximálně 2 týdny. Dále je to pak průjem chronický, který trvá déle než 2 týdny (Gregora, 2005).

Dále rozlišujeme průjem dle mechanismu účinku, a to na průjem osmotický, sekreční a z poruch střevní motility. Z klinického pohledu pak rozdělujeme průjem na prostý nebo toxický. Průjmová onemocnění zejména u dětí vedou velmi často k dehydrataci organismu a mohou být příčinou hospitalizace nebo dokonce i úmrtí dítěte (Muntau, 2009).

1.1.1 Infekční průjem

„Jako infekční průjem se označuje průjem způsobený infekčními agens, často spojenými s příznaky, jako jsou nauzea, zvracení nebo křeče v břiše“ (Dítě a kol., 2005, str. 163).

Infekční průjmová onemocnění jsou jedním z nejčastějších onemocnění postihující děti. Zdrojem infekčního průjmu jsou bakterie, viry a parazité. Přenos probíhá prostřednictvím vody a vzduchu, potravinami, přímým kontaktem nebo prostřednictvím zvířat (Pazdiora a Táborská, 2004).

„Podle údajů WHO je ročně ve světě evidováno přibližně 3-5 miliard případů akutního průjmu, který je v rozvojových zemích příčinou 5-10 milionu úmrtí, z toho více než 2 milionů úmrtí dětí“ (Beneš, 2009, str. 465).

1.1.2 Průjmová onemocnění vyvolaná bakteriemi

Nejčastějšími příčinami bakteriálního průjmu jsou v ČR salmonelózy a campylobacterií. Zdrojem bakteriálního průjmu je kontaminace potravin a vody nebo nedostatečná hygiena dětí. Inkubační doba, během které jsou děti bez příznaků, se pohybuje mezi několika hodinami až několika dny. Nejčastějšími příznaky je nevolnost, zvracení, zvýšená TT a vodnatá stolice. Léčba průjmového onemocnění je ve všech případech stejná a většinou se jedná o léčbu symptomatickou. Nejdůležitější je dodržování šetřící diety a rehydratace organismu dítěte (Dítě a kol., 2005).

„Salmonelózy patří k nejčastějším bakteriálním střevním infekcím u nás i ve světě“ (Beneš 2009, str. 236). K nákaze může dojít tehdy, pokud nebyla potravina před konzumací tepelně upravena nebo nebyl zvolen správný postup přípravy potravin. Nejčastěji se jedná o majonézy, zmrzliny a pomazánky (Ondriová a Šímová, 2009).

Bakteriím typu salmonela se velmi daří ve vlhkém a velmi chladném prostředí, jako jsou například mrazáky. Aby došlo k zahubení salmonel, stačí, aby potravina byla zahřátá po dobu alespoň čtyř minut na teplotu vyšší než 75 °C (Long, 2009).

Přenos salmonely je převážně od zvířat, a to od ptáků a hlodavců. K nakažení také může dojít při nedostatečně tepelně upravené stravě. Nejčastěji mohou být zdrojem nákazy vejce, zmrzliny a kuřata. Inkubace salmonely je velmi krátká, trvá několik hodin, nejdéle však do 2 dnů. Příznaky nakažení jsou podobné jako u jiných průjmových onemocnění. Zprvu se u nakaženého objevuje průjem, který se postupně mění na velmi řídkou stolicí s nádechem zelené barvy. Dále je to nevolnost, pocity slabosti a zvýšená tělesná teplota. U malých dětí, ale i starších osob, dochází poměrně rychle k odvodnění při narůstající četnosti vodnatých stolic (Gregora, 2005).

Léčba salmonelózy je vesměs stejná, jako léčba u jiných průjmových onemocnění. Důležité je držet dietu a dostatečně doplňovat tekutiny do organismu. Při léčbě salmonelózy není ve většině případů nutné podávat dětem antibiotika. Pokud ale u dítěte dochází k vysokým horečkám a hrozí rozšíření infekce, pak se antibiotická léčba dítěti nasazuje (Gregora, 2005).

Campylobacter je druhou častou příčinou průjmů. Nejčastěji se s nákazou můžeme setkat v teplém prostředí, tedy v letních měsících (Gregora, 2005). „Hlavním zdrojem nákazy je nedostatečně tepelně zpracované maso, nepasterizované mléko, kontaminovaná

voda, domácí štěňata, kořata a nemocný člověk“ (Gregora 2005, str. 82). Inkubační doba se pohybuje v rozmezí 2-5 dní. Mezi prvotní příznaky, které můžeme u dítěte zpozorovat, patří zvýšená TT (tělesná teplota), bolest hlavy a únava. Později se začínou projevovat křeče v břiše, nevolnost a průjem, který může být i s příměsí krve. Léčba campylobacteria spočívá především v dostatečné hydrataci organismu, dietním opatřením a odpočinku (Gregora, 2005).

Dalšími velmi častými původci bakteriálního průjmu jsou bakterie E. coli. E. coli jsou gramnegativní bakterie, které se dají zničit pouze teplotou vyšší než 60 °C a teplota musí působit alespoň 30 minut (Beneš, 2009). Onemocnění se začne projevovat po 3-8 dnech a to křečemi v břiše, bolestmi břicha a průjmem. Ten je nejdříve vodnatý a později se může objevit ve stolici i krev (Dítě a kol., 2005).

Léčba je stejná jako u všech již zmíněných infekcí. Nejdůležitější je doplnění tekutin do organismu (Beneš, 2009).

1.1.3 Průjmová onemocnění vyvolaná viry

Jak uvádí Gregora (2005, str. 75) – „Téměř každé dítě do 3 let věku onemocní virovým průjmem.“ Nejčastějšími jsou v dětském věku nákazy Rotaviry, Adenoviry a Enteroviry. Nejčastěji děti onemocní v zimních měsících. Inkubační doba je 1-3 dny. Poté dítě začne odmítat stravu, stoupne TT a dítě může zvracet. Postupně se přidá vodnatý průjem, u kterého můžeme pozorovat příměs hlenu a dokonce i krve (Gregora, 2005).

Rotaviry se řadí mezi velmi časté příčiny průjmů u dětí (Dvořáková, 2009). K přenosu dochází zejména fekálně-orální cestou popřípadě vzdušnou cestou. Inkubační doba je zhruba 3 dny. Prvními příznaky nakažení je nechutenství, zvýšená TT a zvracení. Dále se pak přidává silný vodnatý průjem (Beneš, 2009). Průjem může trvat po dobu až jednoho týdne (Pazdiora a Táborská, 2004). Důležité je předcházet vzniku rotavirových infekcí. Zejména u dětí je velmi důležité dbát na zvýšenou hygienu rukou. Nedílnou součástí prevence je také očkování. V ČR jsou dostupné dvě očkovací vakcíny a to ROTATEQ a ROTARIX. Tyto látky jsou dítěti podány ústy. Cena očkování se pohybuje okolo 2 tisíc korun a není hrazeno zdravotní pojišťovnou (Dvořáková, 2009).

„Adenoviry jsou DNA viry bez obalu, střední velikosti“ (Beneš, 2009, str. 168). Hlavním zdrojem přenosu je kapénková nákaza, dále pak přenos stolicí, nebo z oka do oka

(Beneš, 2009). Adenoviry často onemocní malé děti. Mohou se podobat rotavirovým infekcím, ale mají delší průběh a to až 9 dní (Ambrožová, 2012).

Enteroviry jsou viry způsobující velmi často závažná onemocnění. Cesta přenosu je z člověka na člověka a to fekálně-orální cestou. Přenos je především prostřednictvím rukou, vody a potravin. Viry se poté začnou šířit ve střevě a vylučují se stolicí. Důležitou prevencí před vznikem tohoto onemocnění je dostatečná hygiena (Staňková a kol., 2008).

1.1.4 Průjmová onemocnění vyvolaná parazity

„V našich podmínkách k nejčastějším parazitárním onemocněním, způsobující průjmy u dětí, patří onemocnění vyvolané prvokem *Giardia lamblia* (intestinalis).“ (Gregora, 2005, str. 83). Přenašečem je převážně člověk, ojediněle i zvíře. Cesta, kterou se nákaza šíří, je přímý dotyk nebo kontaminovaná voda či potravina. Inkubační doba tohoto parazitárního onemocnění je velmi široká a to od 5 do 25 dnů. Mezi prvotní příznaky nákazy patří vodnatý průjem, bolest v nadbřišku a meteorismus (Beneš, 2009). Léčba spočívá především v podávání antibiotik (Gregora, 2005).

1.1.5 Úloha sestry v diagnostice, léčbě a prevenci infekčních průjmů

Vyšetření stolice se provádí fyzikálně, mikrobiologicky, biochemicky a parazitologicky. Při fyzikálním vyšetření stolice hodnotí sestra její množství, barvu, zápach a konzistenci (Vytejková a kol., 2013).

K diagnostice bakteriálního průjmu slouží kultivační vyšetření stolice. To znamená výtěr z rektu a transport výtěru do živné půdy (Beneš a kol. 2009). Před odběrem je důležité, aby sestra dodržela několik zásad. První zásadou je, aby si předem připravila veškeré pomůcky, které bude potřebovat a předem označila zkumavku/nádobu, do které bude vzorek odebírat. Je také velmi důležité, aby dodržela veškeré hygienické postupy. Nejvhodnější poloha dítěte při tomto odběru je na boku. Samotný odběr pak probíhá tak, že sestra zavede tampon do konečníku tak, aby byla na tamponu zřetelně vidět stolice (Mikšová a kol., 2009). Po odebrání je tento vzorek zaslán do mikrobiologické laboratoře (Vytejková a kol., 2013).

Pokud jeví dítě známky sepse, jako je horečka nebo třesavka, odebírají se hemokultury (Beneš a kol., 2009). Toto vyšetření prokazuje mikroby vyplavené do tělního oběhu. Krev

se odebírá při vzestupu tělesné teploty nad 38 °C. Při tomto odběru se používají speciální lahvičky, které jsou rozděleny na anaerobní a aerobní mikroorganismy. U dětí se při tomto odběru odebírá 0,5-4 ml do lahvičky. Hemokultura se nejčastěji opakuje 2-3x a to zhruba po 30 minutách. Při vyplňování žádanky je nutno uvést místo odběru, datum a čas, společně s názvem antibiotik, které dítě užívá (Vytejková a kol., 2013).

K průkazu virových onemocnění slouží tzv. latex-aglutinační test, který se provádí ze vzorku nativní stolice (Beneš a kol., 2009). Pokud je podezření, že dítě trpí parazitárním onemocněním, je třeba provést vyšetření stolice na parazity. Parazité se však nemusejí z těla vylučovat rovnoměrně, proto je vhodné vyšetření opakovat alespoň třikrát (Ambrožová, 2006). Odběr na parazity se provádí pomocí lopatky, která je připevněná na zátce zkumavky. Odebírá se více stolice. Důležité je, aby vzorek byl co nejdříve odeslán do laboratoře (Mikšová a kol., 2009). Druhým vyšetřením na parazity je tzv. perineální test. Je to test, který odhaluje vajíčka roupů. Odběr na toto vyšetření spočívá v nalepení lepicí pásky do análního otvoru dítěte. Po slepení pásky z konečníku se páska nalepí na sklíčko. Toto vyšetření se nejčastěji provádí ráno. Celé toto vyšetření se doporučuje opakovat (Vytejková a kol., 2013).

Léčba je u většiny průjmových onemocnění stejná. Jedná se převážně o symptomatickou léčbu. Velmi důležité je, aby dítě dodržovalo šetřící dietu a pitný režim (Dítě, 2005). Aby nedošlo k dehydrataci dítěte, je vhodné podávat rehydratační roztoky, jako je například Kulíšek nebo Valikův roztok. „V praxi podávaná Coca-Cola u GA (gastroenteritid) je zcela nevhodná, protože se jedná o vysoce osmolární nápoj daný značným obsahem cukrů a bez potřebných iontů k hrazení jejich ztrát.“ (Kotalová a Nevorál, str. 5). „Pokud je dítě dehydratováno, je třeba podávat tekutiny intravenózní cestou.“ (Ambrožová, 2009, str. 382).

Jestliže dítě nezvrací, můžeme podávat šetřící dietu v podobě sucharů, banánů, brambor, rýže a mrkve. Pokud průjmem onemocní kojené dítě, není vhodné kojení přerušit. V kojení je dobré pokračovat a kombinovat ho například s rýžovým odvarem (Nutricia, 2012).

U virového průjmu je vhodné podávat aktivní uhlí nebo Smectu. Dále je vhodné podávat probiotika a dezinficiencia, jako je např. Endiaron, který má význam u bakteriálního průjmu. Antibiotická léčba průjmu je velmi ojedinělá (Ambrožová, 2009, str. 382).

1.2 Neinfekční průjem

Jednou z nejčastějších příčin u neinfekčního průjmu u dětí bývá dietní chyba a potravinová alergie. Mezi potravinové alergie se řadí celiakie, intolerance laktózy a alergie na bílkovinu kravského mléka (Stožický a kol., 2006).

Potravinová alergie se u dětí projevuje nejčastěji průjmem a zvracením. Dále se mohou objevit kožní problémy, nebo problémy s dýcháním a neklid (Velemínský a Velemínský, 2007).

Mezi neinfekční průjmová onemocnění patří mimo jiné i chronická zánětlivá střevní onemocnění. Nejznámějšími zástupci jsou ulcerózní kolitida a Crohnova choroba (Stožický a kol., 2006).

1.2.1 Malabsorpční syndrom

„Malabsorpční syndrom zahrnuje všechny stavy, při nichž dochází k poruchám trávení a vstřebávání základních živin, a ke vzniku chorobných stavů z nedostatku těchto látek“ (Volf, 2006, str. 144).

Malabsorpční syndrom (MS) lze rozdělit na primární a sekundární. U primárního MS lze říci, že příčina je v samotné sliznici. Mezi primární MS patří například celiakie. Sekundární MS pak zahrnuje ostatní příznaky malabsorpce (Lukáš a kol., 2005).

Příznaky MS jdou různorodé. Nejčastěji se však projevuje celkovou slabostí, únavou a řídkými stolicemi, které mnohdy zapáchají a jeví zbytky nenatrávené potravy. Mohou se však objevovat i další příznaky jako nadýmání, anémie, kožní změny a otoky (Lukáš a kol., 2005). Diagnostika MS bývá mnohdy zdlouhavá. Změny na sliznici tenkého střeva nám ukáže bioptické vyšetření. Důležitým vyšetření pro diagnostiku MS je také tzv. xylózní test. (Collins, 2007)

Co se léčby týče, spočívá v několika principech. Prvním z nich je dodržování diety. Strava by měla být hodnotná s dostatkem vitamínů a s malým obsahem tuků. Dále je třeba u nemocných doplňovat vitamíny a minerály, které je tělo díky MS neschopno zpracovat. Pokud dojde k těžkým poruchám v oblasti výživy, je možné pacienta vyživovat enterální či parenterální cestou (Lukáš a kol., 2005).

1.2.2 Celiakie glutensenzitivní enteropatie

Celiakie postihuje jejunum, což je část tenkého střeva. Zabraňuje tímto vstřebávání tuků, vápníku a jiných potřebných živin pro organismus. Celiakie je onemocnění, při kterém je organismus alergický na lepek, což je bílkovina obsažená v pšenici, žitě a ječmeni. Příčina vzniku alergie na lepek není dosud známá. Velmi často se však vyskytuje v rodinách, což může znamenat určitou genetickou dědičnost. (Long, 2009)

Mezi hlavní příznaky tohoto onemocnění patří nafouklé a bolestivé břicho, nechutenství, zvracení, neprospívání dítěte, úbytek na váze a podrážděnost dítěte (Boledovičová a kol., 2006). Je velmi důležité, aby byla celiakie zejména u dětí včas diagnostikována. Pro diagnostiku celiakie je zásadní laboratorní vyšetření, které nám ukáže „nízkou hodnotu plazmatického železa, hypochromií mikrocytární anémii, hypoproteinemii, hypalbuminemii, zvýšenou ztrátu bílkovin stolicí a steatoreu“ (Stožický a kol., 2015, str. 211). Provedeme také xylózní test, který nám při nálezu celiakie zobrazí patologicky nízké hodnoty. Při celiakii dochází dále také k poruše vstřebávání bílkovin a tuků. Pro diagnostiku celiakii je nejdůležitější perorální bioptické vyšetření sliznice tenkého střeva (Stožický a kol., 2015).

Léčba nesnášenlivosti lepku je velmi jednoduchá, stačí zcela vyloučit lepek ze stravy dítěte. Bohužel dieta je doživotní. V současné době je však dodržování diety o něco lehčí, neboť existuje mnoho potravinových náhražek (Stožický a kol., 2006).

1.2.3 Alergie na bílkovinu kravského mléka

Alergie na bílkovinu kravského mléka má na svědomí beta-laktoglobulin, který způsobuje zánětlivý stav v tenkém střevě, který může vést až ke kolitidě. Alergie na bílkovinu kravského mléka se projevují již mezi prvními měsíci života z důvodů zavádění umělé výživy do dětského jídelníčku. Hlavními příznaky nesnášenlivosti je chronický průjem, zvracení a enteroragie (Stožický a kol., 2006).

Léčba spočívá především v odstranění alergenu ze stravy. Důležité je po vysazení mléka ze stravy ho nahradit (Gregora, 2005).

1.2.4 Laktózová intolerance

Laktózová intolerance a alergie na bílkovinu kravského mléka jsou často zaměňovány. U dětí, u kterých dochází k laktózové intoleranci, se nachází málo enzymu laktázy. Laktáza je enzym, který zpracovává mléčný cukr neboli laktózu, která nadále ve střevech kvasí a často dochází k nadýmání, bolestem břicha a průjmům. Úplné vynechání mléčných výrobků není obvykle potřeba. Stačí mléčné výrobky omezit. Laktózová intolerance může být i přechodná (sekundární laktózová intolerance) a to pokud dítě užívalo antibiotika. Obvykle do několika týdnů po dobrání antibiotik zmizí (Petrů, 2012).

1.2.5 Sekundární laktózová intolerance

Nejčastěji postihuje novorozence a kojence. Jedná se o druhotný nedostatek laktázy v epitelu střevní stěny a vzniká jako následek poškození sliznice infekcí. Nejčastěji jsou zde zastoupeny gastroenteritidy. Tento stav je však pouze přechodný, může trvat i několik měsíců, nejčastěji však 4-6 týdnů. Příznaky jsou bolesti břicha, nadýmání a vodnatá stolice.

Terapií je podávání přípravků bez laktózy do doby, než dojde k regeneraci střeva (Stožický a kol., 2006).

1.2.6 Nespecifické střevní záněty

Mezi nespecifické, neboli idiopatické, střevní záněty řadíme Crohnovu chorobu (CN) a ulcerózní kolitidu (UC). Můžeme říci, že CN a UC lze zařadit do civilizačních onemocnění. Tyto dvě choroby postihují malé děti jen ojediněle. Značně jsou však diagnostikovány mladistvým pacientům. Příčiny, které vedou ke vzniku onemocnění, nejsou dosud známy, avšak jedna z mnoha teorií je taková, že imunitní systém chybně rozpoznává mikrobioty ve střevě nemocného (Pavelka, 2014).

Ulcerózní kolitida je charakterizována ulceracemi a změnami střevní sliznice. Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění výhradně tlustého střeva. Nejčastěji se projevuje u mladistvých mezi 10. a 20. rokem života, avšak není nijak ojedinělý výskyt i v kojeneckém věku. Onemocnění se u pacientů projevuje v nárazových vlnách. Střídá se období klidu (remise) a období vznětlivé (relaps) (Stožický a kol., 2006).

Příznaky typické pro UC jsou průjem, známky krvácení ve stolici a bolesti břicha. Onemocnění se prokazuje klinicky, histologicky a endoskopicky (Gabalec, 2009).

Léčba UC se u pacienta nastavuje dle stadia nemoci a stavu pacienta. Důležitá je psychická pohoda a klid na lůžku. Medikamentozní léčba spočívá v podávání Sulfasalazinu, který je složen ze sulfapyridinu a kyseliny 5-aminosalicylové, která má protizánětlivé účinky a působí pouze lokálně. Pokud léčba není úspěšná, pacientovi se nasazují kortikoidy. Pokud je stav pacienta stále vážný, přichází v úvahu i chirurgická léčba (Stožický a kol., 2006).

Na rozdíl od UC může postihnout Crohnova nemoc (CN) celý zažívací trakt. Stejně tak jako u UC se počet nemocných stále zvyšuje a příčina onemocnění není stále jasná. Jak již bylo řečeno, CN může postihnout celý zažívací trakt, avšak nejčastěji postihne terminální ileum. U onemocnění se střídají místa zánětlivých úseků a míst, které jsou zcela bez známek onemocnění (Muntau, 2014).

Příznaky onemocnění jsou podobné u obou zánětlivých onemocnění. Hlavními příznaky je tedy průjem a bolesti břicha. Dále se může objevit váhový úbytek a známky anémie a deficit vitamínů (Stožický a kol., 2006).

Léčba CN spočívá v podávání kortikoidů a antibiotik. Léčba kortikoidy je však dlouhodobá, postupně se jen snižuje dávka. K chirurgické léčbě se u CN přistupuje pouze v urgentních případech (resekční výkony) (Stožický a kol., 2006).

1.3 Nejčastější ošetrovatelské problémy u dětí s průjmovým onemocněním

1.3.1 Ošetrovatelský problém dehydratace

Jedním z velmi častých ošetrovatelských problémů s průjmovým onemocněním u dětí je dehydratace. Vzniká následkem častého odchodu řídké stolice nebo zvracení (Slezáková, 2010).

O dehydrataci můžeme mluvit, pokud výdej tekutin přesáhne příjem tekutin. Dehydrataci můžeme rozdělit na 3 typy. Prvním typem je dehydratace izotonická, která nastává, pokud dítě ztratí stejné množství vody a elektrolytů. K hypotonické dehydrataci dochází, pokud dojde k větším ztrátám elektrolytů, než vody. Hypertonická dehydratace je dehydratace, při které dochází k poměrně větším ztrátám vody než elektrolytů (Leifer, 2004). Prů-

jem patří k nejčastějším příčinám deficitu tekutin v organismu. Během hospitalizace dítěte je důležité, aby sestra dítě vybízela k dodržování pitného režimu (Sikorová, 2011). Pokud jeví dítě známky dehydratace, je vhodné podávání roztoků intravenózní cestou (Ambrožová, 2009). U dětí s průjmem je vhodné sledovat příjem a výdej tekutin. Sestra zaznamenává veškeré tekutiny, které dítě během dne vypije a tekutiny, které jsou dítěti podávány intravenózní cestou. Dále pak zaznamenává množství moče, četnost stolic a zvracení. Důležité je také sledovat vzhled, kožní turgor a hmotnost dítěte (Sikorová, 2011).

Mezi ošetrovatelské diagnózy, na které by se měla sestra zaměřit, patří 00027 Snížený objem tekutin v organismu a 00160 Snaha zlepšit rovnováhu tekutin.

Určující znaky diagnózy 00027 Snížený objem tekutin v organismu patří snížený krevní tlak, suché sliznice a kůže, snížený kožní turgor a snížené močení. Mezi intervence, které by sestra měla dodržovat, patří monitorace příjmu a výdeje tekutin, podávání tekutin, podávání infuzní terapie dle ordinace lékaře a sledování hydratace sliznic a kůže (Herdman, 2013).

Při hospitalizaci dítěte je důležité, aby sestra kontrolovala především frekvenci a konzistenci stolic, příměsi a zápach. Dále jestli dítě zvrací a jak často, kožní turgor, močení, hmotnost a dýchání dítěte. Dále je důležité, aby došlo k rehydrataci dítěte (Boledovičová a kol., 2006).

1.3.2 Ošetrovatelský problém bolest

Bolest je charakterizována jako subjektivní fyzický pocit tíhy, těžkosti, nebo až intenzivního utrpení, vyplývající ze stimulace nervových zakončení při nemoci nebo traumatu (Lukáš a kol., 2014).

Bolest můžeme rozdělit dle časového hlediska na akutní a chronickou. Akutní bolest trvá od několika minut až po několik týdnů. Její význam je spíše varovný a upozorňuje na nějaké onemocnění, ohrožení nebo poškození organismu. Akutní bolest považujeme za účelnou, neboť má ochranou funkci. O chronické bolesti mluvíme tehdy, pokud bolest trvá déle než tři měsíce a vrací se (Sedlářová a kol., 2008).

Prožívání bolesti u dětí se liší dle jejich věku. U dětí do jednoho roku se většinou objevuje reakce jako pláč, vztek a úzkostné stavy. U dětí v předškolním věku se předpokládá, že už bolesti rozumějí. Předškoláci a školáci již dokážou určit míru a oblast bolesti. U

adolescentů často dochází k potlačování pocitu bolesti a tendencí se s bolestí vyrovnat. U kojenců a malých dětí si klademe především otázky typu: jak se bolest u dítěte projevuje, jak se s bolestí vyrovnává. U adolescentů se ptáme: kde se bolest vyskytuje, jak moc to bolí, co bolest ovlivňuje, jak se s bolestí vyrovnává (Sikorová, 2011).

Pokud dítě bolest neprojevuje, neznamená to, že bolestí netrpí. U dítěte může dojít až ke strachu, že pokud bolest projeví, bude se na něho sestra zlobit (Sikorová, 2011).

Nejčastějšími ošetrovatelskými diagnózami jsou 00123 Akutní bolest, 00133 Chronická bolest (Herdman, 2013).

Intenzita bolesti se u dětí určuje pomocí vizuální škály. Například pomocí obrázků, na kterých je slunečné počasí až bouře, která znázorňuje největší bolest. Na podobném principu je i škála obličejů. Sestra by měla pozorovat reakce dítěte na bolest, respektovat projevy bolesti, poskytnout dítěti podporu, zasáhnout proti bolesti dřív, než zesílí, spolupracovat s rodinou dítěte, podávat analgetika dle ordinace lékaře, nabídnout dítěte některé relaxační metody a sledovat účinnost analgetik (Mikšová a kol., 2006).

Důležité je nejen pro sestru ale i pro rodiče, aby se snažili odvést pozornost dítěte od bolesti. U malých dětí je vhodné zpívání, nebo vyprávění pohádek. U starších dětí se pak doporučuje relaxace (Sedlářová a kol., 2008).

1.3.3 Ošetrovatelský problém hypertermie

„Pod pojmem horečka (febrilie, pyrexie) se označuje zvýšení tělesné teploty nad 38,5 °C při měření v podpaží (o 0,5 °C méně rektálně či ve zvukovodu.)“ (Król a Doležalová, 2011, str. 111).

Horečka je jedním z nejčastějších vedlejších příznaků onemocnění u dětí. Obecně platí, že tělesná teplota u dětí stoupá rychleji než u dospělých. Výše teploty u dětí však není přínosným ukazatelem. U dětí je důležité hodnotit jeho celkový stav jako apatie, zvracení, nevolnost, nechutenství a bolest (Long, 2009).

Nejčastějšími příčinami zvýšených teplot a horeček u dětí bývají zejména infekční onemocnění. Zvýšená tělesná teplota však může znamenat i jiná závažnější onemocnění, jako onkologická nebo zánětlivá (Król a Doležalová, 2011).

Pokud má dítě horečku, je důležité zjistit podrobnou anamnézu. Důležité je se zaměřit na očkování a onemocnění, které dítě již prodělalo a na další jiné symptomy, kterými dítě

trpí (Król a Doležalová, 2011).

Nejčastěji se TT měří v podpažní jamce, u dětí je také často využíváno měření přes konečník. V současné době se však nedoporučuje pro invazivitu. Pokud měříme TT v konečníku, je důležité vědět, že se vždy od naměřené TT odečítá 0,5 °C. Dalším způsobem měření TT u dětí je, příliš nevyužívané, měření v zevním zvukovodu. Tato metoda se příliš nevyužívá z důvodu nepřesnosti. Dále se může TT měřit v dutině ústní nebo na čele. Nejčastěji měříme teplotu v podpaží (Vytejková a kol., 2013).

Léčbu teploty u dětí není třeba zahajovat, pokud je tělesná teplota do 38 °C. Pokud je však teplota vyšší, můžeme dítěti podat antipyretika nebo začít dítě ochlazovat. Při ochlazování dítěte je však třeba dodržovat určité zásady (Doležel, 2007). Dítěti přikládáme do míst, kterými probíhají velké tepny, studené až ledové obklady. Vhodnými místy na obklady jsou třísla, krk nebo hrudník. Pokud je dítě hospitalizováno, je možno podávat infuzní terapii tzv. přes led (Beneš, 2009).

Další léčbou horečky u dětí je farmakoterapie. Dítěti jsou podávána tzv. antipyretika. Zástupci antipyretik jsou například ibuprofen a paracetamol. U dětí je vhodnější upřednostňovat sirupy. Velmi důležité je, aby dítě během horečky dodržovalo pitný režim a nedošlo tak k dehydrataci (Doležel, 2007).

Nejčastějšími ošetrovatelskými diagnózami v souvislosti s horečkou jsou 00028 Riziko sníženého objemu tekutin v organismu, 00093 Únava, 00155 a 00007 Hypertermie (Herdman, 2013).

Před samotným měřením teploty u dítěte by měla sestra dodržovat několik zásad. První je, aby byl teploměr čistý a suchý, dle stavu a věku dítěte pak zvolit vhodné místo na měření. Po dokončení měření se musí teploměr odezinfikovat, osušit a uložit. Po změření TT je důležité zapsat hodnotu do dokumentace dítěte. Nejprve uvedeme vždy čas, ve který byla TT měřena a dále pak hodnotu. Pokud je TT vyšší než 37 °C, je vhodné ji do dokumentace označit červeně (Vytejková a kol., 2013).

Sestra má několik důležitých cílů při ošetřování dítěte s TT. Důležité je, aby sestra během dne měřila TT dítěti dle ordinace lékaře. Během měření by se měla zaměřovat i na barvu kůže a příznaky dehydratace, jako je suchá kůže a sliznice a snížený kožní turgor. U dětí s TT se ve většině případů také sleduje příjem a výdej tekutin (Mikšová a kol., 2006).

1.3.4 Ošetřovatelský problém porucha kožní integrity

Kůže je přirozený kryt lidského těla, který má mnoho funkcí. Pocením se z těla zbavuje odpadních látek, má nezastupitelnou funkci při termoregulaci, zásobuje nás energií a chrání nás před škodlivými vlivy. Pokud se kůže neudrzuje čistá a suchá, mohou vzniknout tzv. opruzeniny (Vytejková a kol., 2011).

Opruzeniny vznikají především v místech, kde se o sebe třou dvě vlhké plochy. Při průjmovém onemocnění dochází nejčastěji k výskytu opruzenin v oblasti stehen, třísel a v oblasti konečníku. Opruzeniny se projevují pálením, zarudnutím a bolestí v místě výskytu. Při vzniku opruzenin je velmi důležité udržovat místo výskytu čisté a suché (Vytejková a kol., 2011).

Nejčastějšími ošetřovatelskými diagnózami jsou 00004 Riziko infekce a 00047 riziko narušení kožní integrity (Herdman, 2013).

Při ošetřování dětské kůže je třeba si uvědomit, že kůže dětí je méně odolná a je tenčí, než kůže dospělého jedince. Dětská kůže dokáže také lépe vstřebávat chemické látky a aplikované léky. U hospitalizovaného dítěte by měla sestra zhodnotit stupeň soběstačnosti v této oblasti. U větších dětí je důležité dítě i matku edukovat o vhodné a důkladné hygieně v oblasti konečníku. U malých dětí, které nosí ještě pleny, je zásadní péče o kůži v oblasti konečníku a častá výměna plen. Nejvhodnější je použít mýdlovou vodu nebo hygienické ubrousky. U dívek je důležité postupovat od genitálu ke konečníku, aby nedošlo k zanesení stolice do genitálu. U chlapců dbáme na čistotu třísel a šourku. Po omytí od stolice je vhodné dětskou pokožku ošetřit krémem nebo mastí. Ochranných prostředků k ošetření kůže je velké množství například Rybilka, Aviril, Sebamed, Bepanthen (Sedlářová a kol., 2008).

1.3.5 Ošetřovatelský problém strach a úzkost

„Strach a úzkost jsou silně emočně zbarvené prožitky, které vyrůstají z pocitu ohrožení“ (Zacharová, a kol., 2007, str. 48). Strach můžeme rozdělit na přiměřený a nepřiměřený. Přiměřený strach má na náš život kladné účinky, neboť má ochrannou funkci. Pokud však člověk reaguje přehnaně a mnohdy dělá věci, kterých pak lituje, mluvíme o strachu nepřiměřeném, neboli o strachu panickém. Hlavní příčinou strachu je bolest, se kterou mají děti

již předchozí zkušenost (Zacharová a kol., 2007). Strach a úzkost se u každého jednotlivce projevuje jinak. Nejčastěji je dítě napjaté a neklidné. Tělo však může na stres reagovat i zvýšenou srdeční akcí, zrychleným dýcháním, zvýšeným svalovým napětím a suchostí úst. Projevy a reakce na strach jsou ovlivněny biologickými dispozicemi, věkem dítěte a zkušenostmi, se kterými se již dítě setkala (Vymětal, 2004). Při úzkosti jde jen velmi těžce rozpoznat zdroj. Strach a úzkost často splývají a ovlivňují se navzájem. Jde tedy říci, že úzkost přechází ve strach a naopak. Úzkostné dítě je často podrážděné, strnulé, má ustrašený výraz, je nejisté a mnohdy dochází ke zrychlení řeči, roztržitosti a pocení (Langmeier a kol., 2006).

Při hospitalizaci dítěte dochází velmi často k separační úzkosti. Znamená to, že bylo dítě z nějakého důvodu odloučeno od matky (Langmeier a kol., 2006).

Jednoduše lze říci, že matka je pro dítě zdrojem útěchy a s její přítomností dítě lépe zvládá strach a bolest. Ovšem jsou i případy, kdy matka s dítětem být hospitalizována nemůže. Jedná se o případy, kdy je dítě hospitalizováno na jednotce intenzivní péče nebo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Ať už je důvod jakýkoliv, na dítě to má mnohdy negativní dopady (Langmeier a kol., 2006).

U hospitalizovaného dítěte je důležité, aby sestra ovládala techniky boje se strachem. Jak již bylo zmíněno, každé dítě reaguje jinak. Je tedy důležité, aby sestra hledala alternativy a zvolila individuální přístup ke každému dítěti. U dětí, které jsou dlouhodobě hospitalizované, je vhodné techniky obměňovat. Sestra by také měla umět odvést pozornost dítěte od strachu a bolesti (Sedlářová a kol., 2008).

1.3.6 Ošetřovatelský problém nauzea a zvracení

Nauzea neboli nevolnost je nepříjemný pocit v oblasti žaludku doprovázený pocitem na zvracení až zvraceným. Zvracení nastává tehdy, kdy je z těla vypuzen žaludeční obsah. Zvracení může zejména u dětí často vést až k dehydrataci organismu. Akutní nauzea je nejčastěji příznakem infekce trávicího ústrojí (Lukáš, 2015).

Zvracení neboli vomitus charakterizujeme jako usilovné vypuzování žaludečního obsahu ústy dítěte. Zvracení lze rozdělit na akutní a chronické. Zvracení je koordinováno centry uložené v prodloužené míše. Pojem nauzea a zvracení jsou dva pojmy, které spolu velmi úzce souvisí. Zvracení totiž předchází pocit nevolnosti neboli nauzei (Lukáš, 2015).

Při zvracení je nutné kontrolovat, jak často dítě zvrací, jaké množství a obsah zvratků. Tyto údaje jsou v diagnostice zásadní (Kurucová, 2016). Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy patří 00134 Nauzea, 00028 Riziko sníženého objemu tekutin v organismu, 00039 Riziko aspirace. Při tomto ošetrovatelském problému je velmi důležité, aby sestra vybízela dítě k dodržování pitného režimu. Pokud dítě jeví známky dehydratace, je vhodné, aby mu byly tekutiny podávány nitrožilně (Ambrožová, 2009). U dětí je vhodné také sledovat příjem a výdej tekutin. Sestra zaznamenává veškeré tekutiny, které dítě během dne vypije a tekutiny, které jsou dítěti podávány intravenózní cestou. Dále je vhodné, aby sestra zaznamenávala četnost a množství vyzvraceného žaludečního obsahu. Dále by měla sestra sledovat vzhled, kožní turgor a hmotnost dítěte (Sikorová, 2011).

1.4 Edukace dětí a rodičů v souvislosti s průjmovým onemocněním

Pojem edukace můžeme chápat jako výchovu či vzdělávání, které vede ke zvýšení sebepečce při nemoci. Edukace je dlouhodobý proces, který se musí vždy naplánovat a měl by probíhat po celou dobu hospitalizace. Nemocný by se měl edukovat při přijetí, před zákroky a vyšetřeními, které bude podstupovat a před propuštěním do domácí péče. Před začátkem procesu bychom měli zjistit vědomosti rodičů i dětí o daném onemocnění, jejich reakce na nemoc, a zda mají zájem se učit. Dle nemoci dítěte a specifik v péči o dítě tvoříme edukační plán, který lze během hospitalizace dítěte měnit či doplňovat. Plán musí být pro každého pacienta připravován individuálně, neboť každý nemocný je jiný (Sedlářová a kol, 2008).

Pokud budeme chtít pracovat, či komunikovat s dítětem, musíme mít vždy nejprve souhlas rodičů. Při hospitalizaci se může stát, že rodiče nesouhlasí s poskytnutím informací dítěti a raději volí postup, kdy je dítě překvapeno a musí být přemoženo silou. Vhodné je vyslechnout argumenty a názory rodičů a zkusit s nimi hledat společné řešení. Důležité je nejprve připravit rodiče a dát jim několik tipů, jak mají na danou věc připravit jejich dítě (Sedlářová a kol., 2008).

Při edukaci dětí je vhodné zvolit techniku edukace dle věku dítěte. Během edukace je vhodná přítomnost rodičů, která dítěti dodává důvěru a pocit bezpečí. Při edukaci menších dětí je vhodné zvolit metodu „učení hrou“. Je vhodné zvolit například plyšovou hračku, která k dítěti mluví, omalovánky, nebo knížku. U starších dětí pak volíme metodu, při

kteřé máme k dispozici některé pomůcky, které budeme při výkonu potřebovat. Dále pak můžeme volit metodu malování, ukázky fotografií, nebo videa (Sedlářová a kol., 2008).

1.4.1 Edukace o režimu a prevenci před průjmovým onemocněním

Základní prevenci při průjmovém onemocnění jsou jednoznačně správné hygienické návyky. Už malé děti jsou vedeny k tomu, aby si po odchodu z toalety správně umyly ruce a aby byla zelenina a ovoce před konzumací správně umyty. Prevence před průjmovým onemocněním je jednoduchá a přesto v mnoha případech dojde k nákaze průjmem zcela zbytečně. Prevenci si shrneme v několika málo bodech (IPSEN 2009).

Prvním bodem je, abychom dbali na správnou manipulaci se syrovým masem. Maso bychom neměli nechat volně ležet v přítomnosti dítěte. Dále bychom měli maso v lednici skladovat tak, aby nedošlo k nakažení ostatních potravin. Po skončení manipulace se syrovým masem je třeba důkladně umýt veškeré používané nástroje a všechny věci, s kterými jsme přišli do styku (utěrky, skleničky). Vajíčka v lednici bychom měli uchovávat v uzavíratelných miskách a mimo ostatní potraviny. Při konzumaci vajec bychom měli dbát na dostatečně tepelně upravený produkt. Dalším preventivním opatřením je se zejména v letních měsících vyhýbat tzv. rychlému občerstvení, kde nemáme kontrolu nad čerstvostí potravin. Při grilování masa dbáme na to, aby bylo maso zcela propečené (IPSEN 2009).

Hygiena rukou patří k základním preventivním opatřením před průjmovým onemocněním. Důležité je, aby si dítě mylo ruce před každým kontaktem s potravinami a po každém kontaktu s toaletou. Dále je také důležitá prevence u domácích mazlíčků. Důležité je zabránit vstup psům a kočkám na dětská pískoviště a pravidelné odčervování domácích zvířat (Leifer, 2004).

1.4.2 Zásady komunikace s dětmi

Při komunikaci s dítětem je velmi důležité mít dostatek času a nikam nespěchat. Jak již bylo řečeno, přítomnost rodičů je při edukaci velmi důležitá. Dítě se cítí bezpečněji a jistěji. Pro dítě je velmi důležité jak nás vnímá a jestli při komunikaci s námi cítí jistotu a klid. Při samotném rozhovoru s dítětem bychom měli sledovat jeho reakce, výraz tváře a emoce. Důležité je se dítěti představit a dle jeho věku mu vysvětlit, co se bude dít. Je také důležité nezatajit dítěti důležité informace, můžeme zapříčinit, že nám již příště dítě

nebude důvěřovat. Během edukace je vhodné klást rodičům a větším dětem doplňující otázky, kterými se setra ujistí, zda jí rodiče a děti správně pochopili. Informace, která jsou důležité, je vhodné také několikrát zopakovat a dát dítěti a rodičům možnost na doplňující otázky (Sedlářová a kol., 2008).

2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zmapovat specifika ošetrovatelské péče při průjmovém onemocnění u dětí.

Cíl 2 Zmapovat znalosti matek v prevenci průjmových onemocnění u dětí.

Cíl 3 Zmapovat znalosti matek o režimových opatřeních při léčbě průjmu u dětí.

2.2 Výzkumné otázky

VO1 Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče při průjmovém onemocnění u dětí.

2.3 Hypotézy

Hypotéza 1 Matky mají znalosti v prevenci průjmových onemocnění u dětí.

Hypotéza 2 Matky mají znalosti o režimových opatřeních při léčbě průjmu u dětí.

3 METODIKA

3.1 Použité metody sběru dat

K výzkumnému šetření bakalářské práce bylo použito kvantitativní šetření pomocí nestandardizovaného dotazníku a kvalitativní šetření pomocí hloubkového rozhovoru.

3.2 Kvantitativní šetření

Kvantitativní šetření pomocí dotazníku bylo určeno pro matky dětí ve věku 1 měsíc až 15 let, které mají nebo již měly průjmové onemocnění. Matky vyplňovaly celkem 21 otázek zaměřených na znalosti prevence a režimových opatření, týkajících se průjmového onemocnění (viz příloha č. 3). Výzkumné šetření bylo provedeno v únoru a v březnu 2016. Tištěné dotazníky byly rozdány v ordinacích praktických lékařů a soukromým zdrojům. Dále pak byly dotazníky odeslány elektronickou formou. Druhy otázek byly otevřené a uzavřené, ale respondenti měli také možnost označit více možností u dané otázky. Na počátku šetření bylo mezi respondenty rozdáno 130 dotazníků. Následně jich bylo vybráno a použito pro výzkumnou část celkem 119 dotazníků. Návratnost dotazníku činila celkem 91,5 %. Pro ověření hypotéz byl použit chí kvadrát test. Data byla vložena do Excelu a zpracována do přehledných grafů.

Pro H1 „Matky mají znalosti v prevenci průjmových onemocnění u dětí“ byla stanovena minimální hranice znalostí na 80 %. Hodnotila se otázka č. 8 – „Jaká je prevence před vznikem průjmových onemocnění?“. Tato otázka zkoumala znalosti respondentů preventivních opatření. Vzhledem k povaze otázek, které byly poměrně obecné, bylo nutné odpovědi jednotlivých respondentů zařadit do 3 kategorií:

Správně – Všechny odpovědi správně.

Chybně – Dvě správné odpovědi a jedna chybná nebo jen jedna správná a dvě chybné.

Špatně – Všechny odpovědi špatně.

Pro H2 „Matky mají znalosti o režimových opatřeních při léčbě průjmu u dětí“ byla taktéž stanovena minimální hranice a to 80 %. Hodnotily se následující otázky: otázka č. 9 „Jaká je vhodná dieta při průjmovém onemocnění?“ a otázka č. 17 „Jaké nápoje podáváte dítěti při průjmovém onemocnění?“.

Tato hypotéza testovala znalosti respondentů v režimových opatřeních. Stejně jako v předchozím případě byly odpovědi rozděleny do 3 kategorií.

3.3 Kvalitativní šetření

Kvalitativní šetření bylo provedeno formou hloubkového rozhovoru v ordinacích praktických lékařů. Šetření se zúčastnilo celkem 5 sester. Šetření probíhalo v květnu v ordinacích PLDD. Sestry byly seznámeny s danými otázkami, ale i s názvem bakalářské práce a danými cíly a využitím v praxi. Dva rozhovory byly písemně zaznamenány a tři rozhovory byly nahrávány na diktafon. Všechny kladené otázky byly zcela anonymní, pouze otázka č. 1 se zaměřovala na věk a otázka č. 2 na vzdělání sester. Celkem bylo při rozhovoru kladeno 9 otázek. Z diktafonu byly následně všechny rozhovory přepsány do programu MS Word a použity ke kódování. Kódování rozhovorů probíhalo pomocí metody tužka a papír. Každý rozhovor byl detailně převeden do písemné podoby, byla provedena analýza metodou tužka a papír, technika výklad karet. V rozhovorech byly vyhledávány nejčastější společné výrazy a ty následně shrnuty do podkategorií a kategorií (Šedová a kol., 2007).

3.4 Charakteristika výzkumného souboru

První část výzkumného šetření, zkoumající znalosti matek v prevenci a režimových opatření, se zúčastnilo celkem 119 respondentů.

Druhé části výzkumného šetření se zúčastnily sestry pracující v ordinacích praktických lékařů v Jihočeském kraji. Věk sester se pohyboval v rozmezí 26-42 let.

4 VÝSLEDKY

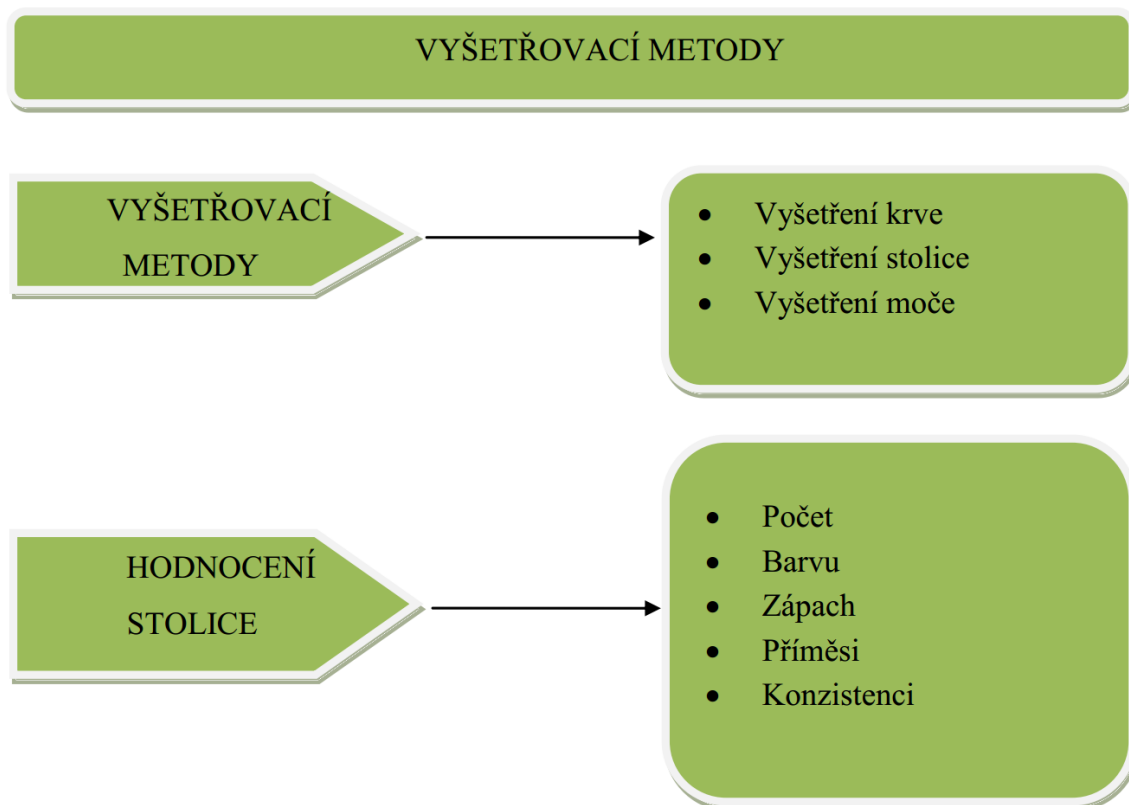
4.1 Kvalitativní část výzkumu – hloubkové rozhovory se sestrami

Tab. 1: Identifikační údaje sester

Respondent	Věk	Vzdělání	Délka praxe
Sestra S1	37	SZŠ	12
Sestra S2	25	SZŠ	10
Sestra S3	26	SZŠ	7
Sestra S4	31	VŠ-BC	11
Sestra S5	42	SZŠ	20

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 5 sester ve věku 26 – 42 let, průměrný věk sester je 32 let. Jedna respondentka má vysokoškolské vzdělání, zakončené titulem Bc., a 4 respondentky uvedly vzdělání středoškolské s maturitou. Délka praxe se pohybuje od 7 do 20 let.

Schéma 1 – Kategorie: Vyšetřovací metody



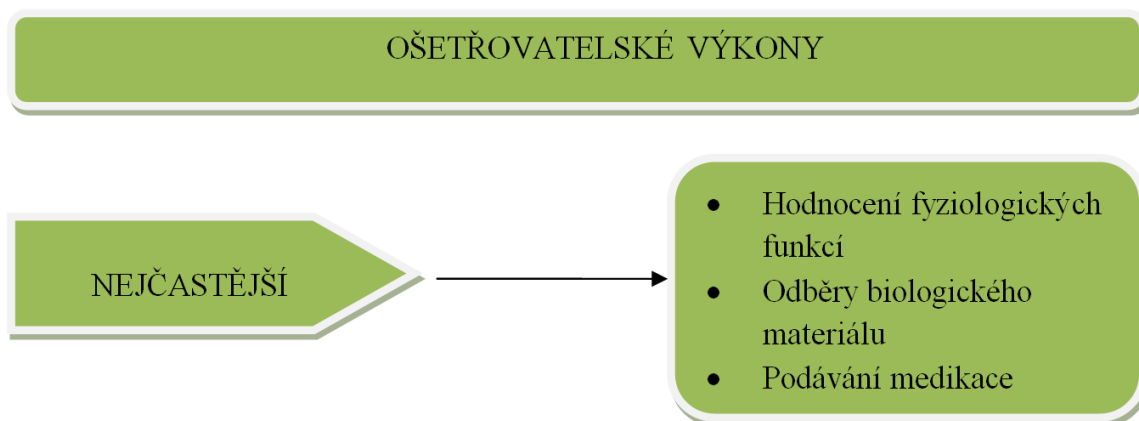
Kategorie 1 s názvem vyšetřovací metody je zaměřena na vyšetřovací metody, které se u dětí s průjmovitým onemocněním provádí. Odpovědi jednotlivých respondentek byly analyzovány a byly vytvořeny dvě podkategorie: Vyšetřovací metody a Hodnocení stolice. V jednotlivých podkategoriích jsou zobrazeny nejčastější odpovědi respondentek.

Z rozhovorů je patrné, že nejčastějšími vyšetřovacími metodami jsou vyšetření krve, stolice a moče. S1: „*Určitě u dítěte sledujeme celkový vzhled, FF a dále se dítěti odebírá krev, stolice a moč*“. S2: „*U dětí nejčastěji provádím vyšetření FF, dále pak vyšetřujeme moč, stolici a odběry krve*“. S3: „*Já jako sestra provádím odběry biologického materiálu, krve a stolice a lékař prohmatává břicho*“. S4 odpověděla: „*Změřím tlak a teplotu, dále zhodnotím vzhled dítěte a odeberu biologický materiál podle ordinace lékaře. Nejčastěji stolici a krev*“. A S5 odpověděla: „*Odebíráme biochemii, hematologii a krevní obraz, odebereme moč na K+C a sedimentaci, výtěry z konečníku a odběr vzorku stolice*“.

Další podkategorie se zaměřovala na tom, co sestra hodnotí na stolici. Respondentky

na tuto otázku odpovídaly totožně. S1 odpověděla: „*Určitě se zaměřuji na intenzitu stolic, vzhled, příměsi, a barvu*“. S2: „*Já hodnotím vzhled stolice, jako barvu, konzistenci a příměsi, tedy krev, hnis a hlen, ještě s maminkou konzultuju projevy dítěte, jestli nemá bolesti při vyprazdňování*“. S3 odpověděla: „*Na stolici hodnotím počet stolic za den, hustotu a zápach*“. S4 řekla: „*Pokud u dítěte sleduji a odebírám vzorky stolice, tak sleduji vzhled a příměsi a navíc mě zajímá, jak často dítě chodí na stolici*“. S5 odpověděla: „*Na stolici sleduju především barvu, vzhled, počet a konzistenci. Dále ve stolici pátrám po krvi, hlenu nebo hnisu*“.

Schéma 2 – Kategorie: Ošetřovatelské výkony



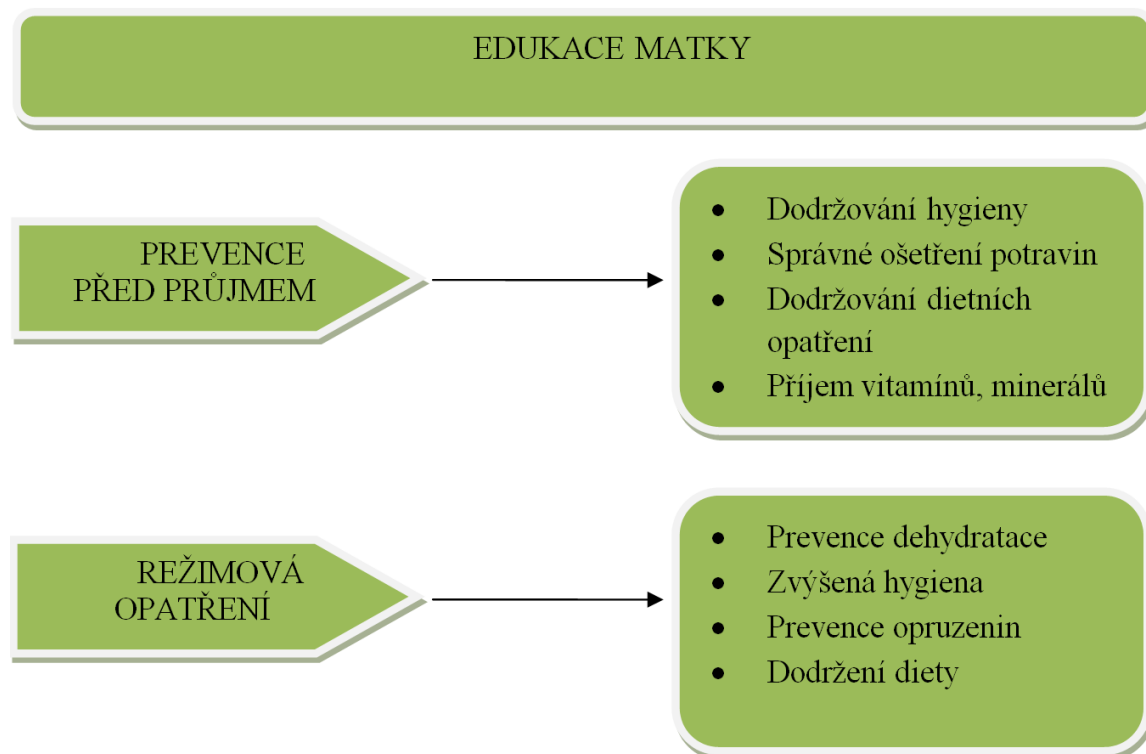
Kategorie 2 s názvem Ošetřovatelské výkony byla cílena na zjišťování prováděných ošetřovatelských výkonů u dětí s průjmovitými onemocněními. Kategorie nebyla rozdělena na žádné podkategorie a tato kategorie tedy zahrnuje všechny typy odpovědí.

Obecně se dotazované respondentky shodly na důležitosti pravidelného hodnocení fyziologických funkcí, odběru biologického materiálu na různé testování a podávání předepsané medikace. Velmi důležité dle odpovědí sester je zvýšený důraz na hygienu a také stravování, které probíhá v rámci doporučených dietních opatření. Respondentky odpovídaly na otázky téměř totožně.

Sestra S1 odpověděla: „*Sleduju, fyziologické funkce, aplikuji injekce a odebírám biologický materiál*“. S2 řekla: „*U dětí dělám rutinní výkony, jako třeba odběry krve, moče, stolice a tak dále. Samozřejmě taky měřím a hodnotím fyziologické funkce*“. Sestra S4: „*Vše se odvíjí od věku a závažnosti onemocnění dítěte. Samozřejmě dětem měřím fyziolo-*

gické funkce, odebírám biologický materiál. Dále samozřejmě podávám léky – per os, per rektum, i.v., s.c. atd“. A respondentka S5: „U dětí trpících průjmem sleduji hmotnost, chování a ostatní projevy a funkce dítěte. Samozřejmě v tomto konkrétním případě konzultuju s matkou množství tekutin, které dítě vypije během dne“.

Schéma 3 – Edukace



Kategorie 3 s názvem Edukace matky je zaměřena na edukaci matek zdravotnickým personálem a to jak v oblasti prevence, tak v oblasti režimových opatření v případě již probíhajícího průjmu. Dle tohoto dělení je tedy kategorie dále rozdělena na dvě podkategorie – Prevence před průjmem a Režimová opatření.

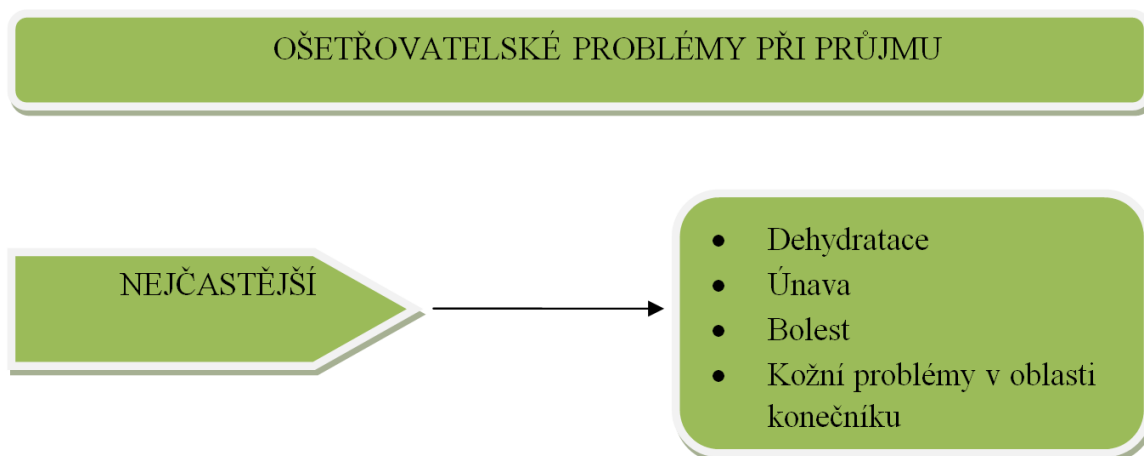
V případě první podkategorie sestry souhlasně doporučily matkám především dodržování hygienických pravidel, jako je pravidelné mytí rukou. Rovněž dbají na matky, aby všechny dítěti podávané potraviny pečlivě upravily – ať už omytím nebo tepelnou úpravou. Důležité je rovněž dodržovat doporučená dietní opatření, s důrazem na dostatečný příjem vitamínů a minerálů. Jako prevenci průjmu, především v době užívání různých antibiotik k jejich kompenzaci, je vhodné zvážit užívání vhodného druhu probiotik.

V případě kategorie Režimová opatření sestry doporučily především důraz na prevenci dehydratace důslednou kontrolou a dodržováním pitného režimu. Z důvodu zvýšené hygieny je nutné častěji omývat a ošetřovat jak ruce, tak především oblast konečníku a genitálu. V těchto oblastech je rovněž různými přípravky nutné zabránit vzniku opruzenin. Samozřejmě je dle respondentek nutné se vyhnout dráždivým potravinám, především také mléčným výrobkům, a dítěti podávat potraviny jako pečivo, ovoce nebo zeleninu.

Respondentka S1 říká: „*Matka by si měla dávat pozor na základy správného zacházení s potravinami a jejich úpravu. Vše pořádně umýt, tepelně upravit – především maso. U dětí dbát na správnou hygienu, hlavně mytí rukou. V rámci režimových opatření doporučuji dodržovat předepsanou dietu, více dbát na hygienu a omezit kontakt s jinými dětmi – a to jak ve školce či škole, tak mezi sourozenci*“. Sestra S2: „*Záleží na věku dítěte. U dětí, které se převádí z mateřského mléka na běžnou stravu, samozřejmě upozorňuji na postupné přidávání různých potravin – začít u zeleniny atd. Snáze se tím odhalí třeba potraviny, které dítěti nevyhovují – například lepek, kravské mléko. Také kladu důraz na hygienu a dostatečnou úpravu stravy. V případě podávání léků, které mohou vyvolat průjem, například antibiotika, doporučuji současně užívat probiotika a matku na tento problém upozorním*“. S3 odpověděla: „*Formou rozhovoru s matkou především zdůrazním, aby dohlížely na mytí rukou u dětí, v horkých letních dnech nedávat dítěti nic s majonézou a podobně. Pokud dítěti dají ovoce, ať dbají na jeho omytí. Nedoporučuji matkám častější podávání tučných jídel a dohled na dostatek vlákniny, vitamínů a minerálů v potravě. V rámci režimových opatření si s matkami vždycky promluví o tom, aby dětem dávaly často pít, protože dětské tělo je mnohem náchylnější na ztrátu vody a při průjmech ji ztrácí v ohromném množství. Také je upozorňuji, že je nevhodné dětem podávat nebo nosit žádné brambůrky a podobné pochutiny. Také je prosím, aby s námi spolupracovaly, co se týče poučení dětí a pomoci při jídle, protože ne každé dítě má rádo suché brambory a jiná nemastná a nekořeněná jídla. Často je velice obtížné děti donutit, aby tuto dietní stravu jedly, proto je podle mě důležité vzájemně spolupracovat*“. S4: „*Matku edukuji o tom, jakou stravu by měla dítěti podávat, aby předcházela průjmu, a jakou stravu má podávat, když už průjem má. V takovém případě rovněž doporučuji odpočinek. Edukuji o důležitosti pitného režimu, které by dítě mělo při průjmu dodržovat. V neposlední řadě ji edukuji o důkladné hygieně v okolí konečníku v okolí konečníku při průjmu a o ošetřování kůže kolem konečníku, čímž před-*

cháží vzniku opruzenin a dekubitů kolem něj“. Sestra S5: „V edukaci matky se zaměřím hlavně na dodržování správné výživy, popřípadě zajistím kontakt s nutričním terapeutem. Dítěti doporučuji podávat potraviny, které nedráždí, například suchary, pečivo – vhodné je používat starší než čerstvé. Nemastné jídlo, brambory, zelenina, ovoce, nepodávat mléčné výrobky. Například u novorozenců je důležitá správná technika kojení, omezení oslabení kojeneckého organismu. Důležitá je také hygiena dítěte – zvýšená hygiena genitálů a konečníku, mytí rukou před jídlem, po záchodě. Dbát na dostatek tekutin, doporučujeme hořký čaj a minerálky, ne sladké limonády“.

Schéma 4 – Ošetřovatelské problémy při průjmu

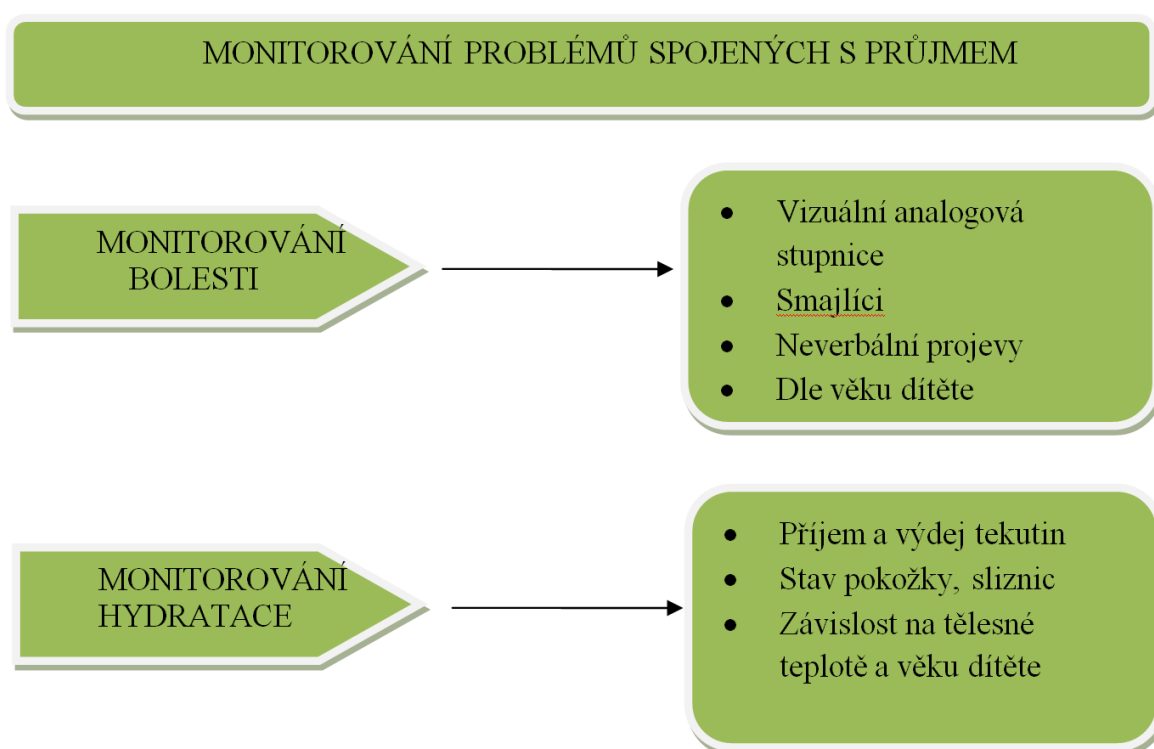


Kategorie 4 s názvem Ošetřovatelské problémy při průjmu se zaměřuje na problémy, s nimiž se musejí sestry při ošetřování dětí s průjmovitým onemocněním potýkat. Sestry nejčastěji odpovídaly, že se setkávají s dehydratací a celkovou únavou dítěte. Uváděly také bolesti v oblasti břicha a konečně také kožní problémy v oblasti konečníku a genitálu, kde dochází k narušení pokožky a k opruzeninám.

Sestra S1 uvedla: „Nejčastěji se setkávám s hrozcí dehydratací a té se snažím bránit edukací matky. Dítě s průjmem je také unavené a často si stěžuje na bolesti břicha nebo nevolnost, děti bývají unavené – v důsledku ztráty tekutin a nemožnosti příjmu normální potravy, často však také z důsledku infekčního průjmu. Obvykle také dojde k narušení pokožky v oblasti konečníku, a tomu je nutné předcházet a věnovat tomu této pozornost“. S2: „Samozřejmě je největším problémem vznik dehydratace, především u dětí nižšího věku.

Dál je to porušení kožní integrity u konečníku. Ale zároveň i narušení denního režimu a sociálních kontaktů v případě infekčního onemocnění“. Sestra S3: „Jak už jsem říkala, je to hlavně riziko dehydratace. Děti musí dostávat opravdu mnoho tekutin. Pak ještě můžeme narazit na riziko pádu, jelikož je dítě oslabené a může upadnout“. Sestra S4 říká: „Podle mě patří do nejčastějších ošetrovatelských problémů při průjmu rozhodně dehydratace, bolest, nauzea a nespavost“. Sestra S5: „Nejčastější ošetrovatelské problémy, s kterými se setkávám, je dehydratace, změny tělesné teploty a porucha kožní integrity“.

Schéma 5 – Monitorování problémů spojených s průjmem



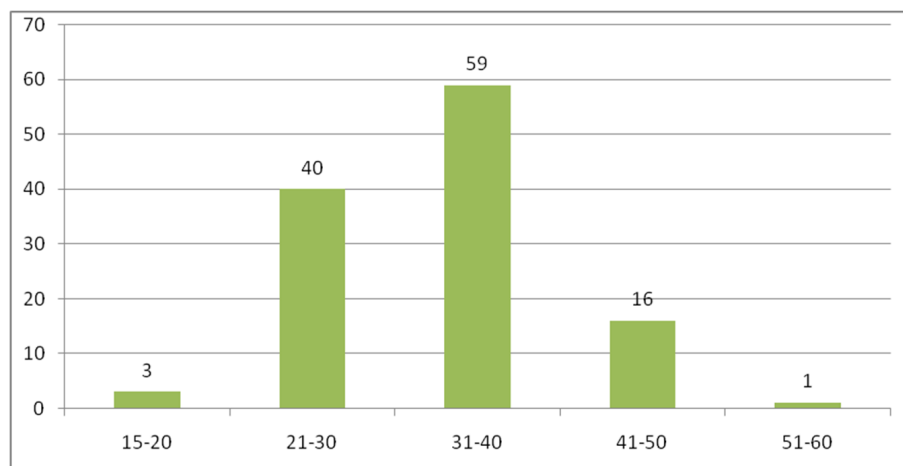
Kategorie 5 s názvem Monitorování problémů spojených s průjmem se zaměřovala, jakými způsoby dokážou sestry monitorovat tyto problémy – pomocí jakých technik, signálů či změn. Kategorie byla rozdělena na 2 podkategorie, a to Monitorování bolesti a Monitorování hydratace.

V závislosti na věku dítěte je pro monitorování bolesti dětí využívána vizuální analogová stupnice (VAS) nebo probíhá určení pomocí „smajlíků“ u menších dětí. Dále sestry sledují neverbální projevy a řeč těla. S1 řekla: „Bolest monitorujeme pomocí škály VAS.

Děti nám ukážou obličej smajlíka. Hydrataci monitorujeme tak, že se dítěte a matky zeptáme na množství tekutin“. S2 udává: „Bolest hodnotíme na vizuální škále, pak hodnotím vzhled dítěte, a jeho chování. Hydrataci sleduju tak, že hodnotím celkově to dítě, jeho vzhled, pokožku a sliznice“. S3 tvrdí: „U malých dětí hodnotím bolest pomocí obrázku s obličejem a u velkých dětí používám číselník bolesti. Hydrataci hodnotím tak, že se zeptám, kolik toho dítě vypilo“. S4 odpověděla: „Bolest monitoruju pomocí VAS. U starších dětí se ptám, jak moc je to bolí, a u malých používám smajlíky. Dál sleduji u každého dítěte a neverbální projevy - jestli se mračí, pláče. No hydrataci hodnotím tak, že sleduju celkový stav dítěte a konzultuju pitný režim s matkou“. S5 udává: „Při hodnocení bolest záleží na věku toho dítěte, u malých používám smajlíky a u velkých VAS. Hydrataci sleduji pomocí sliznic. Suchá ústa, nebo sucho v puse je známka dehydratace. Sleduji dál příjem a výdej tekutin a kožní turgor na rukách dítěte“.

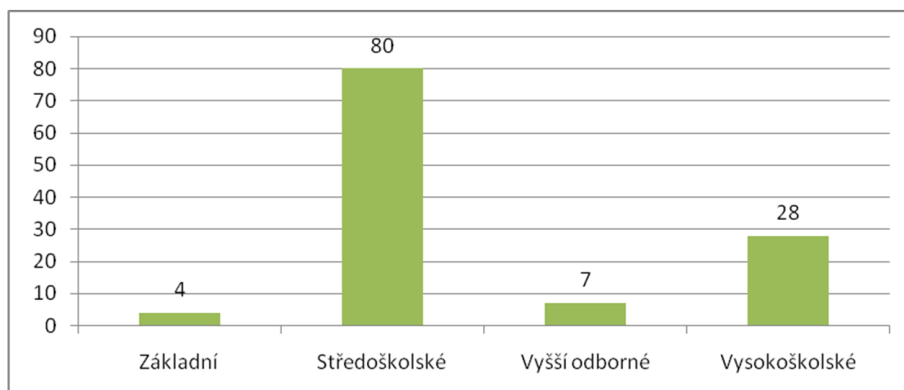
4.2 Kvantitativní část výzkumu - výsledky popisné statistiky

Graf 1 – Věk respondentů



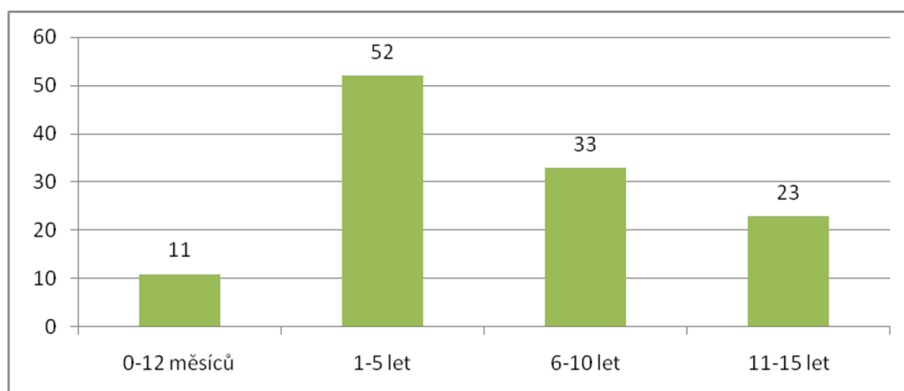
Z celkového počtu 119 (100 %) dotázaných vybrali 3 (2,5 %) věk v rozsahu 15-20 let, 40 (33,6 %) potom 21-30 let. Nejvyšší počet respondentů, 59 (49,6 %), zvolilo věkový rozsah 31-40 let. 16 (13,4 %) dotázaných zvolilo možnost 41-50 let a 1 (0,9 %) z dotazovaných věk v rozmezí 51-60 let.

Graf 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání



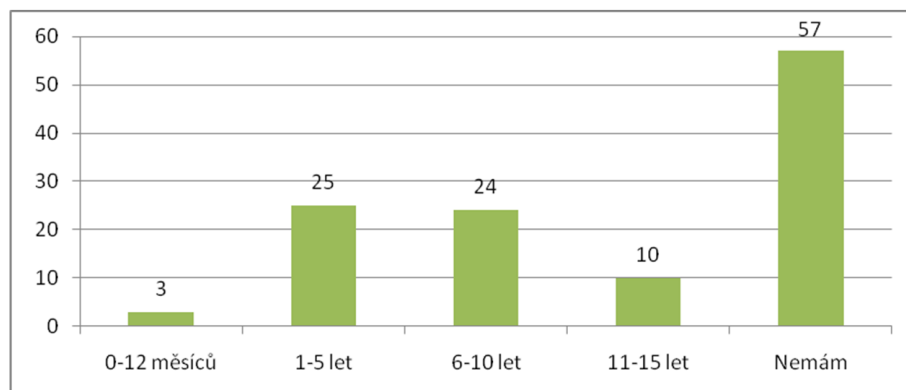
Z celkového počtu 119 (100 %) respondentů mají 4 (3,6 %) základní vzdělání. Nejvíce dotázaných má středoškolské vzdělání, a to 80 (67 %). Dále pak 7 (5,9 %) uvedlo vzdělání vyšší odborné a 28 (23,5 %) uvedlo vzdělání vysokoškolské.

Graf 3 – Věk prvního dítěte



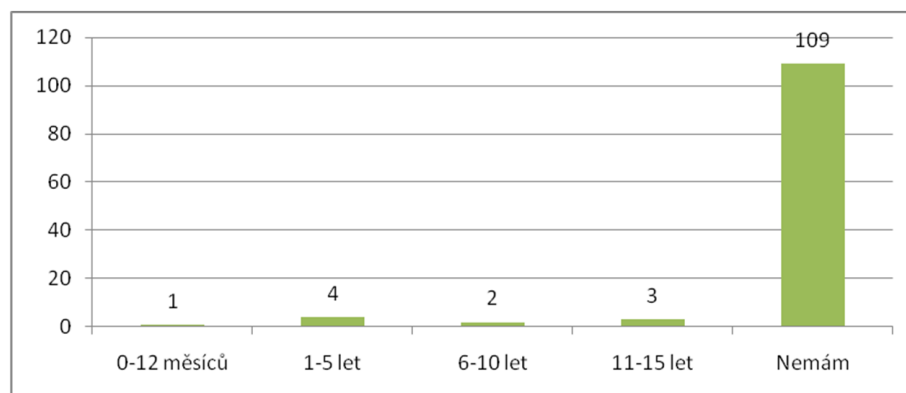
11 (9,3 %) respondentů uvedlo, že jejich první dítě je ve věku 0-12 měsíců. Nejvíce dotazovaných uvedlo věk prvního dítěte mezi 1 a 5 lety, a to 52 (43,7 %). 6-10 let uvedlo 33 (27,7 %) respondentů a 11-15 let uvedlo 23 (19,3 %) dotázaných.

Graf 4 – Věk druhého dítěte



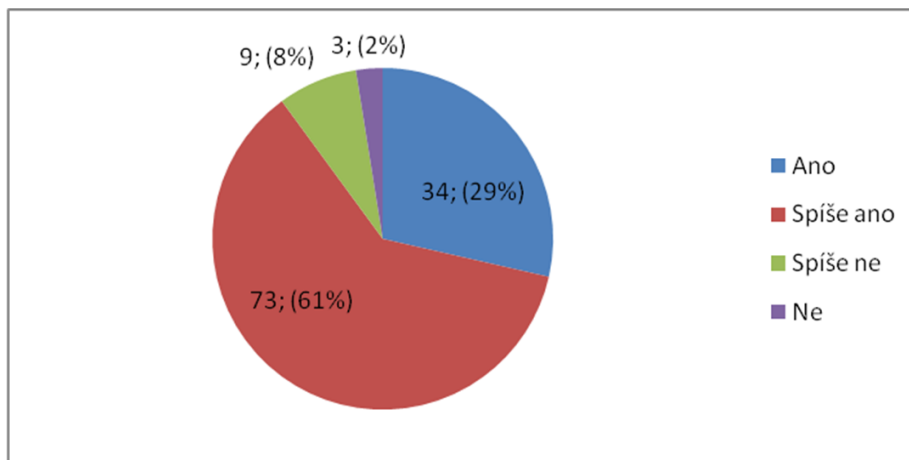
Druhé dítě ve věku 0-12 měsíců mají 3 (2,5 %) dotazovaní. Srovnatelné četnosti dosáhly věkové kategorie 1-5 let 25 (21 %) a 6-10 let (24, 20,2 %). 10 (8,4 %) respondentů uvedlo věk druhého dítěte mezi 11 a 15 lety a 57 (47,9 %) dotazovaných uvedlo, že druhé dítě nemá.

Graf 5 – Věk třetího dítěte



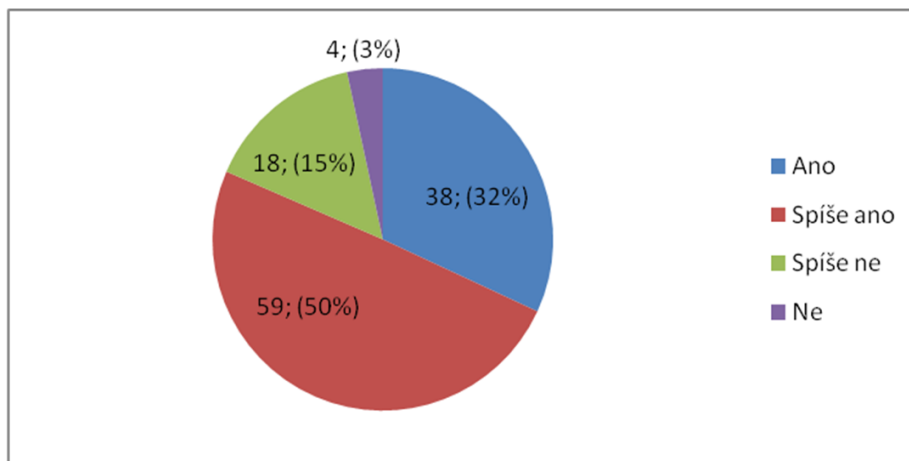
Z celkového počtu uvedl 1 (0,8 %) dotazovaný třetí dítě ve věku 0-12 měsíců, 4 (3,7 %) dotazovaní uvedli věk 1-5 let, 2 (1,7 %) dotázaní uvedli věkový rozsah 6-10 let a 3 (2,5 %) respondenti potom věk 11-15 let. Nejvyšší počet respondentů, tj. 109 (91,3 %), třetí dítě nemá.

Graf 6 – Názor respondentů na znalosti v preventivních opatřeních



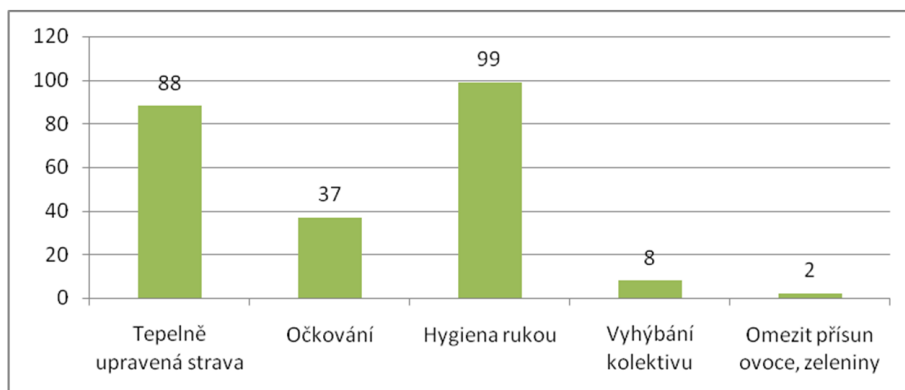
Jistotu v prevenci před průjmovými onemocněními vyjádřilo volbou „Ano“ 34 (28,6 %) dotázaných. „Spíše ano“ odpověděla převážná část respondentů, 73 (61,3 %). „Spíše ne“ zvolilo 9 (7,6 %) dotázaných a zamítavou odpověď, „Ne“, zvolili 3 (2,5 %) respondenti.

Graf 7 – Názor respondentů na znalosti v režimových opatřeních



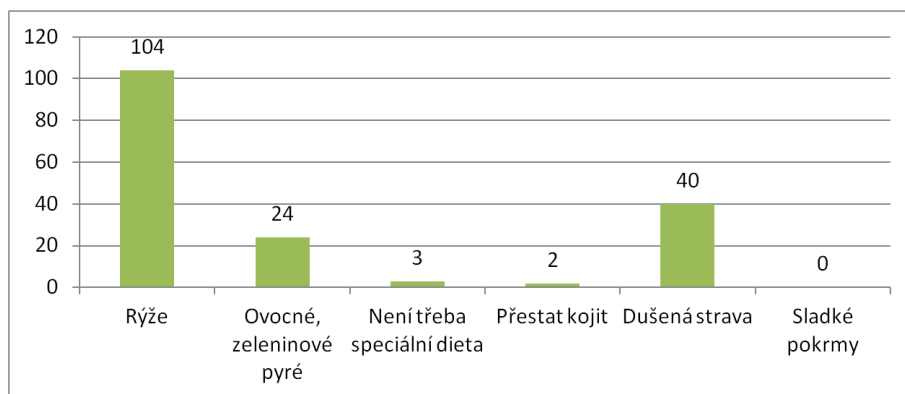
Další část dotazníku zkoumala znalost režimových opatření při průjmovém onemocnění. Kladnou odpověď, tedy „Ano“, zvolilo 38 (31,9 %) dotázaných, „Spíše ano“ potom 59 (49,6 %). Částečně negativně, „Spíše ne“, odpovědělo 18 (15,1 %) respondentů. Volbu „Ne“ vybrali 4 (3,4 %) dotazovaní.

Graf 8 – Prevence před průjmem



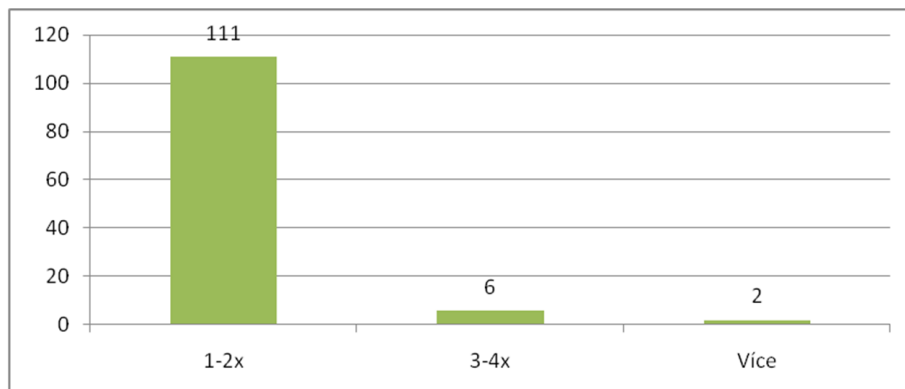
Další otázka, která umožňovala respondentům výběr více možností, se týkala prevence před vznikem průjmových onemocnění. 88 dotázaných vybralo možnost „Dostatečně tepelně upravená strava“. Možnost „Očkování“ vybralo 37 respondentů. Nejvyšší počet respondentů, 99 zvolil možnost „Hygiena rukou“. 8 dotázaných odpovědělo možnostmi „Vyhýbání se dětskému kolektivu“ a 2 dotazovaní možnostmi „Omezení přísunu ovoce a zeleniny“.

Graf 9 – Dieta podávaná při průjmu



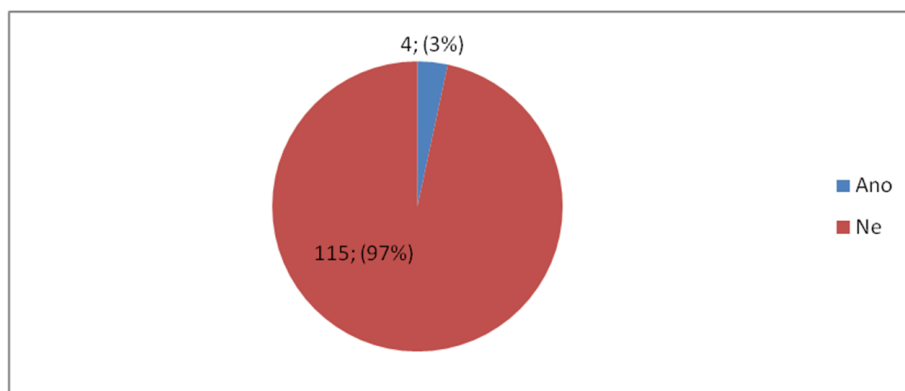
Následující část dotazníku zjišťovala znalost vhodné diety při průjmovém onemocnění. U této otázky mohli respondenti vybrat více možností. První a zároveň nejpočetnější odpovědí byla „Rýže“ se 104 odpověďmi. Možnost „Zeleninové/ovocné pyrė“ vybralo 24 dotazovaných. 3 respondenti zvolili možnost „Není třeba dodržovat speciální dietu“, 2 potom „Okamžitě přestat dítě kojit“. Žádný z dotazovaných nevybral možnost „Sladké“.

Graf 10 – Četnost průjmu za rok



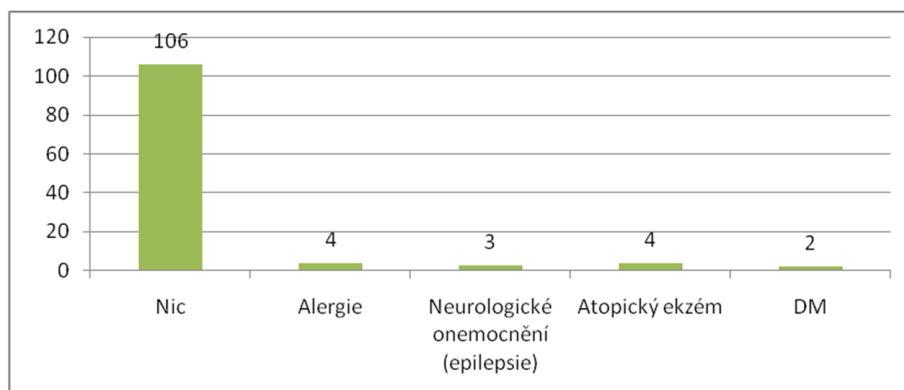
Další z dotazů zjišťoval četnost průjmových onemocnění. Nejvíce respondentů, 111 (93,3 %), zvolilo možnost 1-2x ročně. 3-4x ročně zvolilo 6 (5 %) dotázaných, vícekrát ročně potom 2 (1,7 %).

Graf 11 – Potravinová alergie



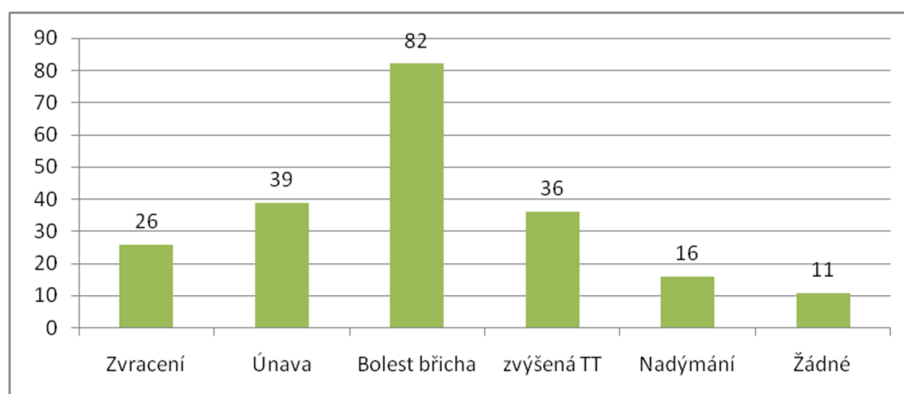
V následující otázce bylo zjišťováno, zda má některé z dětí respondentů zjištěnou potravinovou alergii. Možnost „Ano“ zvolili 4 (3,4 %) dotázaní a celých 115 (96,6 %) respondentů tak odpovědělo možností „Ne“.

Graf 12 – Jiná onemocnění dítěte



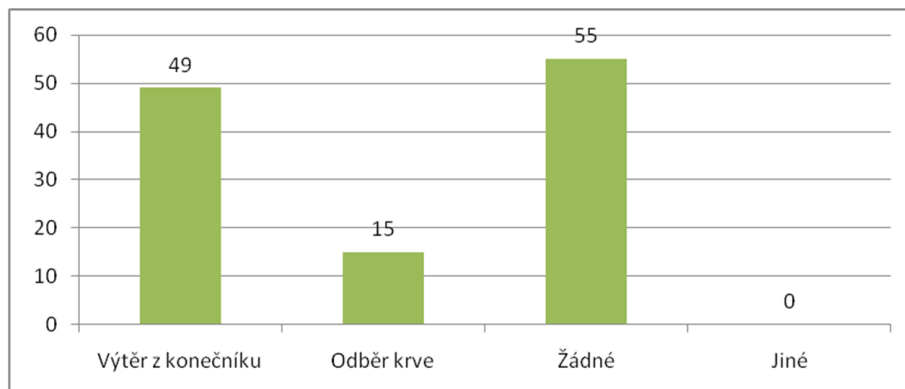
V otázce zjišťující další onemocnění dítěte, kdy mohli respondenti uvést libovolnou odpověď. 106 respondentů neuvadlo žádnou nemoc. Odpověď „Alergie“ uvedli 4 dotazovaní, 3 dotázaní uvedli „Neurologické onemocnění (epilepsie)“ a 4 potom „Atopický ekzém“. 2 respondenti uvedli odpověď Diabetes mellitus.

Graf 13 – Příznaky průjmu



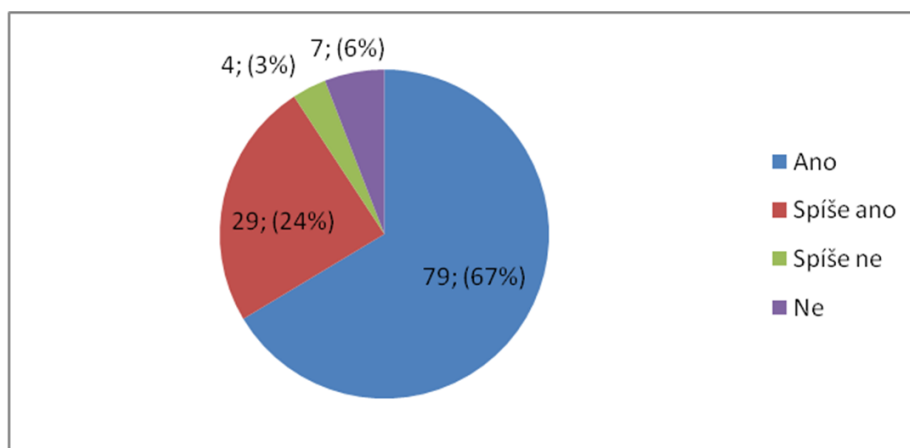
V další otázce bylo zjišťováno, jaké příznaky doprovází průjem u dětí. Zde byla možnost volit více možností. 26 respondentů odpovědělo možnost „Zvracení“. 39 respondentů zvolilo volbu „Únava“ a nejvíce dotázaných 82 respondentů zvolilo „Bolest břicha“. Možnost „Zvýšená tělesná teplota“ vybralo 36 respondentů. „Nadýmání“ potom 16 respondentů. Odpověď „Žádné“ zvolilo 11 respondentů.

Graf 14 – Vyšetření při průjmu



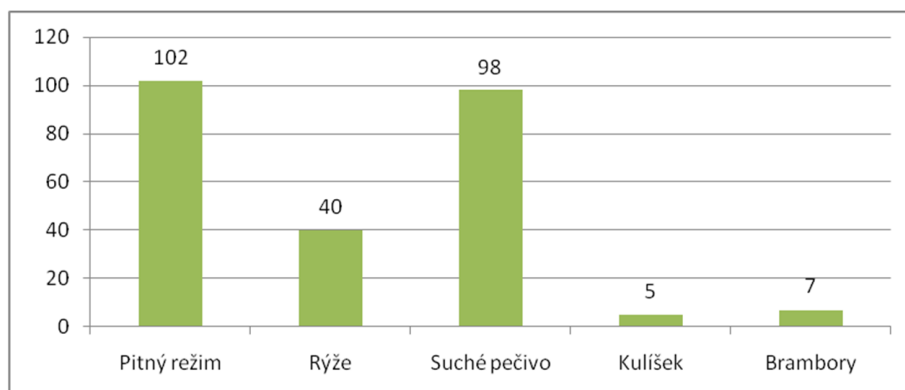
V této otázce, ve které mohli respondenti zaškrtnout více možností, byla zjišťována vyšetření provedená při průjmu. Celkem 54 respondentů odpovědělo „Výtěr z konečníku“. Volbu „Odběr krve“ uvedlo 16 dotázaných a nejvyšší počet, 57 respondentů neuvedlo žádné vyšetření. Možnost „Jiné“ neuvedl žádný z respondentů.

Graf 15 – Informovanost v ordinaci PLDD



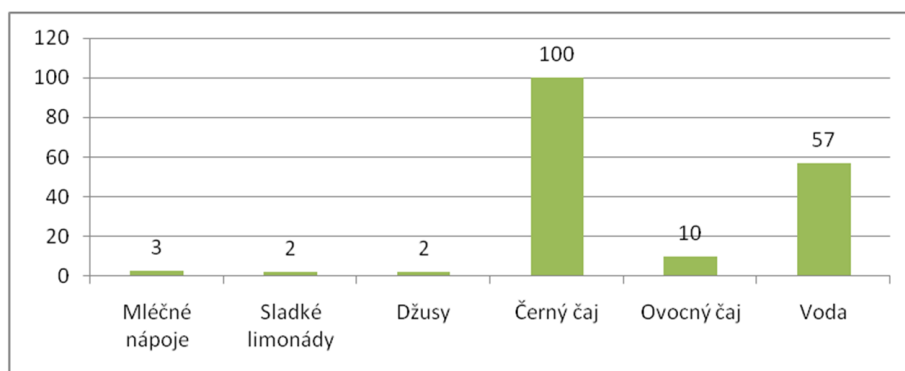
Další část dotazníku zjišťovala, zda byl respondent dostatečně informován v ordinaci praktického lékaře o dietním režimu. Z celkového počtu 119 (100 %) dotázaných zvolilo možnost „Ano“ 79 (66,4 %) respondentů. „Spíše ano“ odpovědělo 29 (24,4 %) dotázaných, „Spíše ne“ 4 (3,4 %) a „Ne“ 7 (5,9 %) respondentů.

Graf 16 – Doporučená dietní opatření v ordinaci PLDD



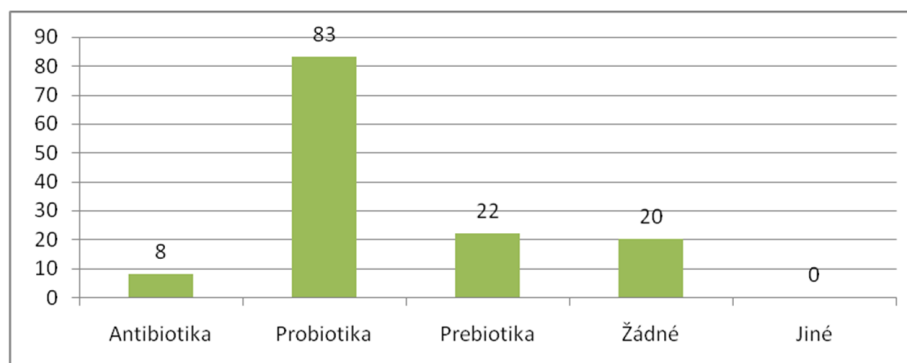
V této části, která zjišťovala dietní opatření doporučená praktickým lékařem, mohli respondenti uvést libovolnou odpověď. Dodržovat pitný režim bylo doporučeno 102 respondentům, rýže 40 respondentům. Druhou nejčastější odpověď, suché pečivo, uvedlo 98 dotázaných. Rehydratační roztok Kulišek byl doporučen 5 respondentům a brambory 7 respondentům.

Graf 17 – Nápoje podávané při průjmu



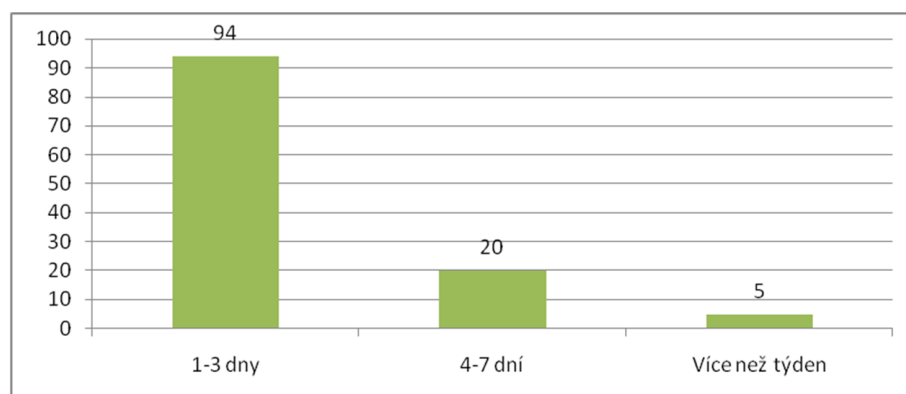
V další otázce měli respondenti na výběr z více možností a měli odpovědět, jaké nápoje při průjmu podávají svému dítěti. Možnost „Mléčné nápoje“ vybrali 3 dotazovaní. 2 respondenti zvolili „Sladké limonády“, 2 respondenti zvolili „Džusy“. Nejvíce respondentů, 100 zvolilo možnost „Černý čaj“. „Ovocný čaj“ vybralo 10 dotázaných a volbu „Voda“ 57 respondentů.

Graf 18 – Léky podávané při průjmu



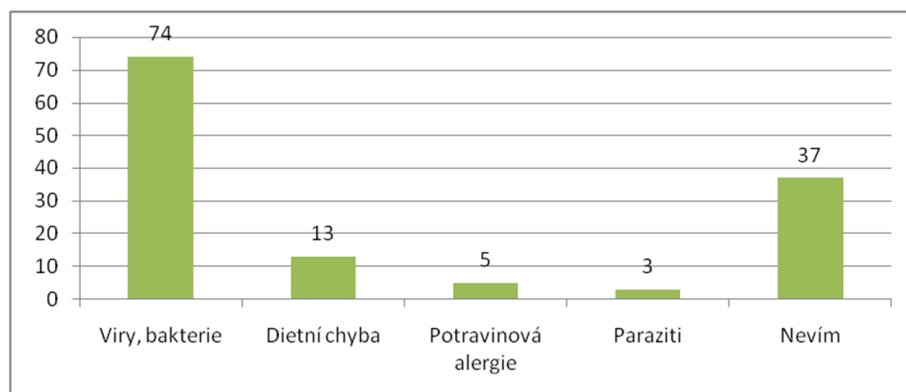
Další otázkou byly zjišťovány léky, které respondenti podávali svému dítěti při průjmu. Antibiotika byla podána dětem 8 respondenty. Nejvyšší počet dotázaných odpověděl možností „Probiotika“ 83 respondentů. 22 dotázaných odpovědělo možností „Prebiotika“, „Nic“ zvolilo 20 respondentů. Volbu „Jiné“ nevyplnil žádný z dotazovaných.

Graf 19 – Délka léčby průjmu



Z celkového počtu 119 (100 %) respondentů odpovědělo, že se jejich dítě léčilo s průjmem 1-3 dny a to v 94 (79 %) případech. 4-7 dní zvolilo 20 (16,8 %) dotazovaných a více než týden potom 5 (4,2 %) respondentů.

Graf 20 – Pravděpodobná příčina průjmu



Poslední otázka v dotazníku zjišťovala pravděpodobnou příčinu průjmu respondentova dítěte. V této otázce byla možnost výběru více odpovědí. Odpověď „Viry a bakterie“ zvolilo celkem 74 dotazovaných. 13 dotázaných zvolilo možnost „Dietní chyba“. 5 respondentů „Potravinová alergie“. Volbu „Paraziti“ zvolili 3 respondenti. Možnost „Nevím“ zvolilo 37 respondentů.

4.3 Statistické zpracování

4.3.1 Ověření H1

Hypotéza 1: Matky mají znalosti v prevenci průjmových onemocnění u dětí.

Tab. 2: Porovnání počtu odpovědí na otázku hodnotící znalost preventivních opatření

Odpověď	Četnost	Procenta
Správně	67	56 %
Chybně	46	39 %
Špatně	6	5 %
Celkem	119	100 %

Zcela správně odpovědělo celkem 67(56 %) matek, 46 (39 %) matek mělo jednu, nebo dvě chybné odpovědi. A celkem 6 (5 %) matek odpovědělo zcela špatně.

Tab. 3: Odpovědi hodnotící znalost preventivních opatření v porovnání s očekávanými hodnotami

Znalost preventivních opatření	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test p
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
Ano	67	56,3 %	95,2	80,0 %	<0,1 %
Ne	52	43,7 %	23,8	20,0 %	
Celkem	119	100,0 %	119	100,0 %	

Protože je dosažená hladina významnosti $p < 5\%$, testovaná H1 neplatí a podíl respondentů s prokázanou znalostí preventivních opatření není 80 %.

4.3.2 Ověření H2

Hypotéza 2: Matky mají znalosti o režimových opatřeních při léčbě průjmu u dětí.

Tab. 4: Porovnání počtu odpovědí na otázku hodnotící znalost režimových opatření

Odpověď	Četnost	Procenta
Správně	5	4 %
Chybně	40	34 %
Špatně	74	62 %
Celkem	119	100 %

Zcela správně na otázku týkající se režimových opatření odpovědělo 5 (4 %) matek, 40 (34 %) matek uvedlo jednu nebo dvě chybné odpovědi a 74 (62 %) odpovědělo zcela špatně.

Tab. 5: Statistické zpracování hypotézy H2 a porovnání četností pozorovaných vůči očekávaným

Znalost preventivních opatření	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test p
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
Ano	5	4,2 %	95,2	80,0 %	<0,1 %
Ne	114	95,8 %	23,8	20,0 %	
Celkem	119	100,0 %	119	100,0 %	

Vzhledem k tomu, že i v tomto případě je hladina významnosti $p < 5\%$, je možno konstatovat, že testovaná hypotéza H2 neplatí a že ani v případě režimových opatření nedosahuje prokazatelná znalosti respondentů 80 % četnosti.

5 DISKUZE

Cílem naší bakalářské práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče při průjmovém onemocnění u dětí a také zjistit, zda matky mají znalosti v oblasti prevence a režimového opatření při průjmu dítěte. Specifika ošetrovatelské péče jsme zjišťovali u sester pracujících u PLDD. Výzkumné šetření provedené u pěti sester prokázalo, že sestry mají znalosti o této problematice a většinou se shodují v jednotlivých odpovědích. Vytvořili jsme celkem pět schémat, kde jsou zaznamenány odpovědi sester a dále popsány. První schéma – Vyšetřovací metody při průjmovém onemocnění dítěte se všechny sestry shodovaly, že jejich úkolem je zkontrolovat FF, provést odběry biologického materiálu - krev, moč, stolice a kontrolovat vzhled dítěte. S5 odpověděla: „*Odebíráme biochemii, hematologii a krevní obraz, odebereme moč na K+C a sedimentaci, výtěry z konečnicku a odběr vzorku stolice.*“ Odpověď této sestry byla vyčerpávající, vyjmenovala druhy vyšetření, oproti ostatním sestrám odpovídala mnohem podrobněji. Domníváme se, že výtěr stolice je velice důležitý a při průjmu, který je delší, než tři dny, musí být proveden. Průjem, který trvá déle, než tři dny a doprovází ho zvýšená teplota nebo horečka, značíme za průjem infekční. (Gregora, 2005)

Ve druhé kategorii – Ošetrovatelské výkony se také sestry v odpovědích shodují. Za velmi důležité samozřejmě považují hygienu rukou a stravování, což je také podle našeho názoru podstatné. Špatné hygienické návyky a stravování mají totiž vliv nejen na zažívací problémy dětí, ale mohou způsobovat řadu dalších nemocí. Průjmové onemocnění u dětí je velice časté a myslíme si, že každá matka s ním má ne jednu zkušenost. Za velmi důležitou věc považujeme stále dětem zdůrazňovat hygienické návyky.

Ve třetí kategorii – Edukace se zaměříme na dvě podkategorie – Prevence před průjmem a Režimová opatření. S4: „*Matku edukuji o tom, jakou stravu by měla dítěti podávat, aby předcházela průjmu, a jakou stravu má podávat, když už průjem má. V takovém případě rovněž doporučuji odpočinek. Edukuji o důležitosti pitného režimu, které by dítě mělo při průjmu dodržovat. V neposlední řadě ji edukuji o důkladné hygieně v okolí konečnicku v okolí konečnicku při průjmu a o ošetrování kůže kolem konečnicku, čímž předchází vzniku opruzenin a dekubitů kolem něj.*“

Pokud má dítě průjem, tak musí matka určitě dodržovat správná opatření, mezi která

řadíme: dodržování hygieny, podávání vitamínů, minerálů, dietní opatření, správné zacházení a úprava stravy. Při průjmu dítěte musí matky myslet na riziko dehydratace, jelikož se z těla dítěte vylučuje více tekutin než obvykle. Při průjmu musí tedy dítě vypít více tekutin než je zvyklé. U malých dětí dbáme na prevenci opruzenin, což sestry také zmiňují. Sedlářová a kol. (2008) s tímto tvrzením souhlasí. K ošetření kůže u malých dětí by Sedlářová a kol., (2008) použila Rybilku, Aviril, Sebamed nebo Bepanthen.

Dítě (2005) ve své knize uvádí, že je velmi důležité, aby děti s tímto problémem dodržovaly dietu a pitný režim. Všechny dotazované sestry s tímto tvrzením souhlasí. Při dlouhodobém průjmu může u dítěte dojít k závažné dehydrataci, poté je nezbytné zavést parenterální výživu, což uvádí Amblerová (2009). Sestry také zmiňují možnost medikace, kterou Ambrožová (2009) popisuje ve svém článku Průjmová onemocnění z pohledu klinika.

Sestra S5: *„V edukaci matky se zaměřím hlavně na dodržování správné výživy, popřípadě zajistím kontakt s nutričním terapeutem. Dítěti doporučuji podávat potraviny, které nedráždí, například suchary, pečivo – vhodné je používat starší než čerstvé. Nemastné jídlo, brambory, zelenina, ovoce, nepodávat mléčné výrobky. Například u novorozenců je důležitá správná technika kojení, omezení oslabení kojeneckého organismu. Důležitá je také hygiena dítěte – zvýšená hygiena genitálů a konečníku, mytí rukou před jídlem, po záchodě. Dbát na dostatek tekutin, doporučujeme hořký čaj a minerálky, ne sladké limonády.“*

Odpověď S5 souhlasí s informacemi na internetovém portálu Nutricia (2012), kde se lze dočíst, že dítěti je vhodné podávat například suchary, banány, brambory, rýži či mrkev.

Ve čtvrté kategorii – Ošetrovatelské problémy při průjmu dotazované sestry uvedly tyto problémy: dehydratace, únava, bolest a kožní problémy. Shodující se, že nejohroženější pro dítě je riziko vzniku dehydratace, což si také myslím.

V páté kategorii – Monitorování problémů spojených s průjmem odpovídá S2 takto: *„Bolest hodnotíme na vizuální škále, pak hodnotím vzhled dítěte, a jeho chování. Hydrataci sleduju tak, že hodnotím celkově to dítě, jeho vzhled, pokožku a sliznice.“* Ostatní sestry s tímto tvrzením také souhlasí.

Kvantitativního šetření se zúčastnilo celkem 119 respondentů. Věková hranice matek se pohybuje mezi 15 až 60 lety. Nejpočetnější věkovou kategorií je kategorie 31-40 let, kte-

rou tvoří celkem 59 (50 %) matek. Naopak věkovou kategorii 15-20 let tvoří pouze 3 (2,5 %) respondenti a z kategorie 51-60 let je pouze jeden respondent. Naprostá většina dotazovaných, 80 (67 %), uvedla, že dosáhli středoškolského vzdělání, vysokoškolské uvedlo 28 (23,5 %) respondentů, vyšší odborné pak zvolilo 7 (6 %) a základní vzdělání mají 4 (3,4 %) respondenti.

Dále jsme zjišťovali pomocí kvantitativního šetření znalosti matek v prevenci a režimovém opatření u dětí s průjmovým onemocněním. Odpovědi respondentů jsou zobrazeny v přehledných výsečových a sloupcových grafech. Zjišťovali jsme například, zda si respondenti myslí, že mají znalosti o preventivním opatření při průjmu u dětí. Velká převaha respondentů uvedla, že si myslí, že znalosti spíše mají - 73 (61,3 %). 34 (29 %) respondentů si je jisto, že mají znalosti v preventivních opatřeních, spíše ne uvedlo celkem 9 (8 %) respondentů a pouze 3 (2,5 %) respondenti se domnívají, že znalosti nemají (Graf 6). Dá se říci, že většina matek si tedy myslí, že znalosti v této problematice mají, ale statisticky se to jednoznačně neprokázalo. Výsledky chí kvadrátu ukazují, že znalosti matek nedosáhly stanovené minimální hranice, a to 80 % (hladina významnosti je menší než 5 %). Otázka Prevence před průjmem, na kterou respondenti také odpovídali, ukazuje, že 88 respondentů dbá na tepelně upravenou stravu a 99 respondentů na hygienu rukou (Graf 8). I u této otázky lze říci, že si matky myslí, že znalosti mají, ale statistické šetření znalost matek jednoznačně nepotvrdilo. Dále jsme zjišťovali, zda si respondenti myslí, že mají znalosti v režimových opatřeních při průjmu u dětí. Nejvíce respondentů, 59 (50 %), si myslí, že znalosti spíše mají, 38 (32 %) si myslí, že znalosti jednoznačně mají, 18 (15 %) si myslí, že znalosti spíše nemají a 4 (3 %) dotazovaných si myslí, že znalosti v režimových opatřeních nemají vůbec. Výsledky chí kvadrátu nám ukazují, že znalosti respondentů opět nedosáhly stanovené hranice 80 % (hladina významnosti je tedy menší než 5 %).

Na otázku Dieta podávaná při průjmu respondenti reagují takto: 104 respondentů odpovídá správně, že by podávalo dítěti rýži a 40 respondentů odpovídá dušenou stravu. Pouze 3 respondenti by při průjmu nedodržovali žádné dietní opatření, což je minimum respondentů. Takže lze říci, že respondenti znají dietní opatření při průjmu.

Respondentů jsme se tázali, jaká nápoje by dětem při průjmu podávali. 100 respondentů odpovědělo správně černý čaj. Dále 57 respondentů odpovědělo vodu, což je samozřejmě také správná odpověď. Pouze 6 respondentů odpovědělo na tuto otázku, že by dítěti

podávali mléčné výrobky, džusy nebo sladké limonády (Graf 17). Během průřmového onemocnění matky nejčastěji podávají dětem probiotika – 83 (70 %), na druhém místě jsou prebiotika 22 (18,5 %) a 20 (17 %) respondentů uvedlo, že dítěti nedávají žádné léky proti průjmu (Graf 18).

Musíme uznat, že nás výsledky výzkumného šetření dost překvapily. Předpokládali jsme, že matky budou mít více znalostí o dané problematice. Třeba i tato bakalářská práce přispěje některým matkám k získání větších znalostí o průřmovém onemocnění.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o děti s průjmovitým onemocněním. Zaměřujeme se převážně na prevenci průjmového onemocnění a na režimová opatření při průjmu.

V teoretické části popisujeme rozdíl mezi infekčním a neinfekčním průjmem. Zabýváme se nemocemi, které způsobují průjem, jako je například malabsorpční syndrom, Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, celiakie, salmonelóza a spousta dalších nemocí. Také popisujeme diagnostiku, léčbu a prevenci infekčních průjmů. Zabýváme se samozřejmě také dietním opatřením a ošetrovatelskými problémy, které musí sestra při průjmovém onemocnění řešit. Sestra musí umět správně edukovat matku, aby věděla, jak o dítě při průjmu pečovat. Proto jsme do bakalářské práce zařadili i kapitolu o edukaci průjmového onemocnění, kde klademe důraz na prevenci a režimová opatření. Také rozlišujeme průjem podle příčiny vzniku – viry, bakterie, paraziti.

Stanovené výzkumné cíle - zmapování specifik ošetrovatelské péče při průjmovém onemocnění u dětí, znalosti matek v prevenci průjmových onemocnění a zmapování znalostí o režimových opatřeních při léčbě průjmu u dětí, jsme splnili.

Specifika ošetrovatelské péče u sester jsme zjistili při rozhovorech, kde nám sestry uvedly vyšetřovací metody, prevenci, ošetrovatelské výkony a problémy vzniklé při průjmovém onemocnění. Nejčastějšími ošetrovacími výkony jsou odběry biologického materiálu jako krve, moče a stolice, a měření FF dětí. Mezi ošetrovatelské problémy řadíme poruchu kožní integrity, nauzeu, dehydrataci, bolest a hypertermii.

Dále jsme z dotazníkového šetření zjistili znalosti matek o prevenci a o režimových opatřeních při průjmu u dětí. První hypotéza se zabývala znalostí matek v preventivních opatřeních při průjmu u dětí a zkoumala, zda tyto znalosti matek dosahují alespoň 80 %. Pomocí chí kvadrátu a porovnání s očekávanými hodnotami bylo zjištěno, že znalosti matek nedosahují stanovené hodnoty 80 %. Druhá hypotéza se zaměřovala na znalosti matek v režimových opatřeních při průjmu u dětí. I v tomto případě byl použit chí kvadrát, který zjišťoval, zda mají matky vědomosti v těchto opatřeních alespoň v 80 %, bohužel i v tomto případě bylo zjištěno, že znalost matek v režimových opatřeních nedosáhla hranice 80 %. Obě hypotézy je tedy možné vyvrátit. Předpokládali jsme, že matky budou mít

znalosti o prevenci a o režimových opatřeních při průjmu u dětí, což se bohužel pomocí kvantitativního šetření nepotvrdilo.

V závěru bychom ještě jednou zmínili tři podstatné věci, na které by rodiče v žádném případě při průjmu neměli zapomenout: správná hygienická opatření, dietní opatření a dostatečná hydratace.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

AMBROŽOVÁ, Helena, 2009. Průjmová onemocnění z pohledu klinika. Interní medicína [online]. 11(9), s. 380-383. [cit. 2016-01-01]. ISSN: 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/09/04.pdf>

AMBROŽOVÁ, Helena, 2006. Infekční průjmy u dětí a jejich léčba. Pediatrie pro praxi [online]. 7(3), s. 154-156. [cit. 2016-01-01]. ISSN: 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2006/03/07.pdf>

AMBROŽOVÁ, Helena, 2012. Virové gastroenteritidy. Zdraví e15 [online]. Mladá fronta a.s., [cit. 2016-01-01]. ISSN: Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/virove-gastroenteritidy-467762>

BENEŠ, Jiří, 2009. Infekční lékařství. 1 vydání. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-644-1.

BOLEDOVIČOVÁ, Mária, Dana KREJČÍŘOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2006. Pediatrické ošetrovatelstvo: učebnica pre fakulty ošetrovatelstva. 2 vydání. Martin: Osveta, ISBN 80-806-3211-1.

COLLINS, R. Douglas, 2007. Diferenciální diagnostika prvního kontaktu. 2. české vyd. Přeložil Jan LOMÍČEK a Zuzana LOMÍČKOVÁ. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-0897-3.

DÍTĚ, Petr, Dana KREJČÍŘOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2005. Akutní stavy v gastroenterologii: teorie a praktická cvičení. Praha: Galén, ISBN 80-726-2305-2.

DOLEŽEL, Zdeněk, 2007. Léčba horečky u dětí. Pediatrie pro praxi [online]. 8(1), s. 24-28. [cit. 2016-01-01]. ISSN: 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz>

DVOŘÁKOVÁ, Pavla, 2009. Rotavirová infekce u dětí. Pediatrie pro praxi [online]. 10(6), s. 410. [cit. 2016-01-01]. ISSN: 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz>

GABALEC, Libor, Ulcerózní kolitida – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. Interní medicína [online]. 11(6), s. 276-281. [cit. 2016-01-01]. ISSN: 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/>

GREGORA, Martin, 2005. Očkování a infekční nemoci dětí. Praha: Grada, ISBN 80-247-1126-5

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU (eds.). Ošetrovatelské diagnózy: definice. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-4328-8.

KOTALOVÁ, Radana a Jiří NEVORAL. Terapie akutních gastroenteritid u dětí [online]. 2010, , 1-7 [cit. 2016-08-13]. Dostupné z: <http://www.kulisek-ors.cz/pro-odborniky/kotalova-terapie.pdf>

KRÓL, Petra a Pavla DOLEŽALOVÁ, 2011. Horečka jako hlavní projev nemoci. *Pediatric pro praxi* [online]. 12(2), s 111-114. [cit. 2016-01-01]. ISSN: 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz>

KURUCOVÁ, Radka, 2016. Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5707-0.

LANGMEIER, Josef, Dana KREJČÍŘOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2006. Vývojová psychologie: teorie a praktická cvičení. 2 vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9

LEIFER, Gloria, 2004. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. Praha: Grada, ISBN 80-247-0668-7.

LONG, Maxine, 2009. Rodinná encyklopedie medicíny a zdraví. 3 vydání. Čestlice: Rebo, ISBN 978-80-255-0155-9

LUKÁŠ, Karel, 2006. Průjem. *Medicína pro praxi* [online]. (3), s 206-110.[cit. 2016-01-01]. ISSN:1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/03/01.pdf>

LUKÁŠ, Karel, Dana KREJČÍŘOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2005. Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry: učebnice pre fakulty ošetrovatelstva. Praha: Grada, ISBN 80-247-1283-0

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ, Renáta HERNOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ, 2006. Kapitoly z ošetrovatelské péče. Praha: Grada, ISBN 80-247-1442-6.

- MUNTAU, Ania, 2014. *Pediatricie*. 6 vydání. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4588-6
- MUNTAU, Carolina, 2009. *Pediatricie*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2525-3.
- NUTRICIA a.s., © 2012. *Výživa v nemoci* [online]. [2016-01-01]. Dostupné z: <http://www.vyzivavnemoci.cz/vyziva-deti/vyziva-pri-prujmech-zvraceni-kolikach/vhodna-vyziva-kdyz-dite-zvraci/>
- ONDRIOVÁ, Iveta a Zuzana ŠÍMOVÁ, 2006. *Salmonelóza, Sestra* [online]. [cit. 2016-01-01] Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/salmoneloza-418616>
- PAVELKA, Karel, 2014. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5048-4.
- PAZDIORA, Petr a Jana TÁBORSKÁ, 2004. *Průjmová onemocnění vyvolaná rotaviry*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0626-1.
- PETRŮ, Vít, 2012. *Dětská alergologie*. Praha: Mladá fronta, ISBN 978-80-204-2584-3.
- SEDLÁŘOVÁ, Petra, Dana KREJČÍŘOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii: učebnice pre fakulty ošetrovatelstva*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1613-8.
- SIKOROVÁ, Lucie, 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3593-1.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2010. *Ošetrovatelství v pediatrii*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3286-2.
- STAŇKOVÁ, Marie, Vilma MAREŠOVÁ a Jiří VANIŠTA, 2008. *Repetitorium infekčních nemocí*. Praha: Triton, ISBN 978-80-7387-056-0.
- STOŽICKÝ, František, Kateřina PIZINGEROVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2006. *Základy dětského lékařství: učebnice pre fakulty ošetrovatelstva*. Praha: Karolinum, ISBN 80-246-1067-1.
- STOŽICKÝ, František a Josef SÝKORA, 2015. *Základy dětského lékařství*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, ISBN 978-80-246-2997-1.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VELEMÍNSKÝ, Miloš a Miloš VELEMÍNSKÝ, 2009. Dítě: 3 x 333 otázek pro dětského lékaře. V Praze: Triton. ISBN 978-80-7387-335-6.

VOLF, Vladimír, 2006. Chronické bolesti břicha u dětí. *Pediatric pro praxi* [online]. (3), s. 143-148. [cit. 2016-01-01]. ISSN:1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2009/03/03.pdf>

VYMĚTAL, Jan, 2004. Úzkost a strach u dětí. Praha: Portál., 2004, ISBN 80-7178-830-9.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2068-5.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Obličejová škála pro děti

Příloha 2 – Otázky k rozhovorům se sestrami

Příloha 3 – Dotazník

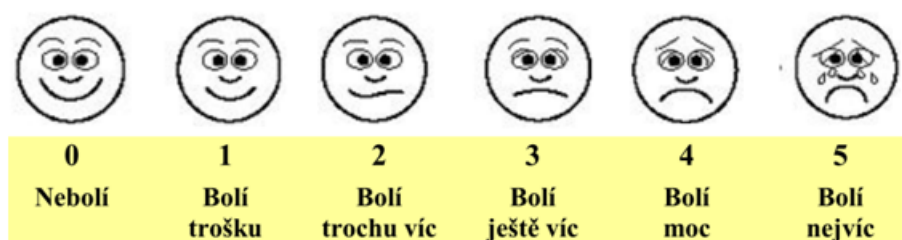
Příloha 4 – Struktura článku jako výstup bakalářské práce

Příloha 5 – Přepisy rozhovorů – CD příloha

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Obličejová škála pro děti

Obličejová škála pro děti. Zdroj: Cetlová a kol. (2012), str. 18.



Příloha 2 – Otázky k rozhovorům se sestrami

1. Jaký je váš věk, vaše vzdělání a délka praxe?
2. Jaké vyšetřovací metody u dítěte děláte?
3. Co hodnotíte na stolici? (počet stolici, příměsy...)
4. Jaké oš. výkony u dětí provádíte?
5. Jak edukujete matku v prevenci před průjmem?
6. Jak edukujete matku v režimových opatřeních?
7. Jaké jsou nejčastější oš. problémy u dětí s průjmovým onemocněním?
8. Jak monitorujete bolest?
9. Jak monitorujete hydrataci?

Zdroj: vlastní

Příloha 3 – Dotazník

1. Váš věk
 - (a) 15-20 let
 - (b) 21-30 let
 - (c) 31-40 let
 - (d) 41-50 let
 - (e) 51-60 let
2. Nejvyšší dosažené vzdělání
 - (a) Základní
 - (b) Středoškolské
 - (c) Vyšší odborné
 - (d) Vysokoškolské
 - (e) Jiné:
3. Věk vašeho dítěte
 - (a) 0-12 měsíců
 - (b) 1-5 let
 - (c) 6-10 let
 - (d) 11-15 let
4. Věk vašeho druhého dítěte
 - (a) 0-12 měsíců
 - (b) 1-5 let
 - (c) 6-10 let
 - (d) 11-15 let
 - (e) Nemám
5. Věk vašeho třetího dítěte
 - (a) 0-12 měsíců
 - (b) 1-5 let
 - (c) 6-10 let
 - (d) 11-15 let
 - (e) Nemám

6. Myslíte si, že máte znalosti o preventivních opatřeních před průjmovým onemocněním?
- (a) Ano
 - (b) Spíše ano
 - (c) Spíše ne
 - (d) Ne
7. Myslíte si, že máte znalosti o režimových opatřeních při průjmovém onemocnění?
- (a) Ano
 - (b) Spíše ano
 - (c) Spíše ne
 - (d) Ne
8. Jaká je prevence před vznikem průjmových onemocnění?
- (a) Dostatečně tepelně upravená strava
 - (b) Očkování
 - (c) Hygiena rukou
 - (d) Vyhýbání se dětskému kolektivu
 - (e) Omezení přísunu ovoce a zeleniny
9. Jaká je vhodná dieta při průjmovém onemocnění
- (a) Rýže, brambory
 - (b) Zeleninové/ovocné pyré
 - (c) Není třeba dodržovat speciální dietu
 - (d) Okamžitě přestat kojit
 - (e) Dušená strava
 - (f) Sladké pokrmy
10. Jak často vaše dítě onemocní průjmovým onemocněním?
- (a) 1-2x za rok
 - (b) 3-4x za rok
 - (c) Častěji
11. Má vaše dítě potravinové alergie?
- (a) Ano
 - (b) Ne

12. Jiná onemocnění vašeho dítěte?
.....
13. Jaké má vaše dítě příznaky, pokud má průjem?
(a) Zvracení
(b) Únava
(c) Bolest břicha
(d) Zvýšená tělesná teplota
(e) Nadýmání
(f) Žádné
14. Jaké vaše dítě podstoupilo vyšetření při průjmovém onemocnění?
(a) Výtěr z konečníku
(b) Odběr krve
(c) Žádné
(d) Jiné:
15. Byli jste dostatečně informováni v ordinaci praktického lékaře o dietním režimu?
(a) Ano
(b) Spíše ano
(c) Spíše ne
(d) Ne
16. Jaké dietní opatření vám bylo doporučeno?
.....
17. Jaké nápoje podáváte dítěti při průjmovém onemocnění?
(a) Mléčné nápoje
(b) Sladké limonády
(c) Džusy
(d) Černý čaj
(e) Ovocný čaj
(f) Vodu
18. Jaké léky byly dítěti nasazeny?
(a) Antibiotika
(b) Probiotika

- (c) Prebiotika
- (d) Žádné
- (e) Jiné:

19. Jak dlouho se dítě s průjmem léčilo

- (a) 1-3 dny
- (b) 4-7 dní
- (c) Více než týden

20. Jaká byla pravděpodobná příčina průjmu vašeho dítěte?

- (a) Viry, bakterie
- (b) Dietní chyba
- (c) Potravinová alergie
- (d) Parazité
- (e) Nevím

Zdroj: vlastní

Příloha 4 – Struktura článku jako výstup bakalářské práce

Ošetrovatelské péče u dětí s průjmovitým onemocněním

Andrea Majerová, Mgr. Alena Machová

1 – Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích - absolvent oboru Všeobecná sestra

2 – Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Souhrn

Průjem zejména u dětí vzniká na základě několika příčin. Může být způsobený špatnými hygienickými návyky, dietní chybou, parazity, alergií na potraviny, autoimunitním onemocněním, virem nebo bakteriemi. Všeobecné sestry patří k důležitému článku v ošetrovatelském procesu u dětí s průjmovým onemocněním. Výzkumné šetření poukázalo na nedostatečné znalosti matek v problematice preventivních opatření průjmu a nedostatku znalostí v oblasti prevence průjmového onemocnění u dětí. Dále z výsledků kvalitativního šetření vyplynuly výborné znalosti sester z ordinací PLDD v této problematice.

Klíčová slova: průjem, dítě, sestra, prevence, ošetrovatelská péče

Úvod

Průjem je definován jako vyprázdnění více než 3 neformovaných stolic za den, nebo jako časté vyprazdňování řídké stolice, nebo častější a naléhavější pocit potřeby s překotnou evakuací neformované stolice a přetrvávajícím pocitem nucení“ (Lukáš, 2006, str. 106).

„Průjmová onemocnění patří u nás mezi nejčastější infekční onemocnění hned za infekty dýchacích cest“ (Ambrožová, 2009, str. 380).

Průjmové onemocnění nemusí být způsobeno pouze bakteriemi, virem či červy. K průjmu může také dojít po dietní chybě, nebo může být příznakem potravinové alergie. Příčiny průjmů mohou být tedy infekčního ale i neinfekčního charakteru. Hlavním příznakem průjmového onemocnění je vyprazdňování řídké stolice. Za další příznaky tohoto onemocnění

lze považovat zvracení, bolesti břicha a zvýšená TT. Průjem můžeme rozdělit na akutní, který je nejčastější a trvá maximálně 2 týdny. Dále je to pak průjem chronický, který trvá déle než 2 týdny (Gregora, 2005).

Dále rozlišujeme průjem způsobený dle mechanismu účinku a to na průjem osmotický, sekreční a z poruch střevní motility. Z klinického pohledu pak rozdělujeme průjem na prostý nebo toxický. Průjmová onemocnění zejména u dětí vedou velmi často k dehydrataci organismu a mohou být příčinou hospitalizace nebo dokonce i úmrtí dítěte (Muntau, 2009).

Léčba a ošetrovatelská péče při průjmu u dětí

Léčba průjmového onemocnění je ve všech případech stejná a většinou se jedná o léčbu symptomatickou. Nejdůležitější je dodržování šetřící diety a rehydratace organismu dítěte (Dítě a kol., 2005). Průjem patří k nejčastějším příčinám deficitu tekutin v organismu. Během hospitalizace dítěte je důležité, aby sestra dítě vybízela k dodržování pitného režimu (Sikorová, 2011). Pokud jeví dítě známky dehydratace, je vhodné podávání roztoků intravenózní cestou (Ambrožová, 2009). U dětí s průjmem je vhodné sledovat příjem a výdej tekutin. Sestra zaznamenává veškeré tekutiny, které dítě během dne vypije a tekutiny, které jsou dítěti podávány intravenózní cestou. Dále pak zaznamenává množství moče, četnost stolic a zvracení. Důležité je také sledovat vzhled, kožní turgor a hmotnost dítěte (Sikorová, 2011).

Edukace o režimu a prevenci před průjmovým onemocněním

Základní prevenci při průjmovém onemocnění jsou jednoznačně správné hygienické návyky. Už malé děti jsou vedeny k tomu, aby si po odchodu z toalety správně umyly ruce a aby byla zelenina a ovoce před konzumací správně umyta. Prevence před průjmovým onemocněním je jednoduchá a přesto v mnoha případech dojde k nákaze průjmem zcela zbytečně. Prevenci si shrneme v několika málo bodech (IPSEN 2009).

Prvním bodem je, abychom dbali na správnou manipulaci se syrovým masem. Maso bychom neměli nechat volně ležet v přítomnosti dítěte. Dále bychom měli maso v lednici skladovat tak, aby nedošlo k nakažení ostatních potravin. Po skončení manipulace se syrovým masem je třeba důkladně umýt veškeré používané nástroje a všechny věci, s kterými jsme přišli do styku (utěrky, skleničky). Vajíčka v lednici bychom měli uchovávat v

uzavíratelných miskách a mimo ostatní potraviny. Při konzumaci vajec bychom měli dbát na dostatečně tepelně upravený produkt. Dalším preventivním opatřením je se zejména v letních měsících vyhýbat tzv. rychlému občerstvení, kde nemáme kontrolu nad čerstvostí potravin. Při grilování masa dbáme na to, aby bylo maso zcela propečené (IPSEN 2009)

Hygiena rukou patří k základním preventivním opatřením před průjmovým onemocněním. Důležité je, aby si dítě mylo ruce před každým kontaktem s potravinami a po každém kontaktu s toaletou. Dále je také důležitá prevence u domácích mazlíčků. Důležité je zamazit vstup psům a kočkám na dětská pískoviště a pravidelné odčervování domácích zvířat (Leifer, 2004).

Cíle metodika výzkumného šetření

Při výzkumném šetření byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zmapovat specifika ošetřovatelské péče u dětí s průjmovým onemocněním. Stanovili jsme tuto výzkumnou otázku: Jaká jsou specifika ošetřovatelské péče při průjmovém onemocnění u dětí.

Druhým cílem bylo zmapovat znalosti matek v preventivním opatření. Stanovili jsme si tuto hypotézu: Matky mají znalosti v prevenci průjmových onemocnění u dětí.

Třetím cílem bylo zmapovat znalosti matek v režimových opatřeních. Zde jsme stanovili tuto hypotézu: Matky mají znalosti o režimových opatřeních při léčbě průjmu u dětí.

Empirická část výzkumného šetření byla zpracována kvalitativním i kvantitativním šetřením. V kvalitativní části výzkumného šetření byla použita metoda dotazování pomocí hloubkového rozhovoru. Této metody se zúčastnilo celkem 5 sester pracujících v ordinacích PLDD. Rozhovory byly kódovány pomocí metody tužka a papír.

U kvantitativního šetření byla použita metoda nestandardizovaného dotazníku. Dotazníky byly šířeny tištěnou a elektronickou verzí. Respondentky byly matky ve věku 15 – 60 let. Pro statistické ověření hypotézy byl použit test chí kvadrát.

Výsledky

V kvalitativní části výzkumného šetření jsme vytvořili pět kategorií: Vyšetřovací metody, Ošetřovatelské výkony, Edukace, Ošetřovatelské problémy při průjmu a Monitorování problémů spojených s průjmem. Z výsledků kvalitativního šetření vyplývá, že sestry mají

dostatek vědomostí a znalostí ve specifikách ošetrovatelské péče u dětí s průjmovým onemocněním. Nejčastějšími ošetrovacími výkony jsou odběry biologického materiálu jako krve, moče a stolice, a měření FF dětí. Mezi ošetrovatelské problémy řadíme poruchu kožní integrity, nauzeu, dehydrataci, bolest a hypertermii.

V kvantitativní části výzkumného šetření jsme použili již zmíněnou metodu dotazování. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 119 respondentů. Dle výsledků statistického šetření, počet matek s prokazatelnými znalostmi v oblasti preventivních a režimových opatření nepřesáhl hranici 80 %, Dotazníky byly dále zpracovány pomocí chí kvadrátu a dané hypotézy se nepotvrdily.

V kategorii Prevence před vznikem průjmových onemocnění odpovědělo zcela správně 56 % respondentů, naproti tomu zcela nesprávně pouze 5 %. Tyto výsledky lze tedy interpretovat tak, že většina matek má alespoň základní povědomí o prevenci průjmových onemocnění.

V kategorii režimových opatření však správně odpověděly pouze 4 % matek a celých 62 % matek by dítěti podávalo nevhodnou stravu, či přehnaně omezující dietu.

Závěr

Rádi bychom poukázali na nejčastější problémy způsobené průjmovým onemocněním a také na nutnost dodržování režimových a dietních opatření. V oblasti edukace v preventivních a režimových opatřeních toho onemocnění hraje klíčovou roli sestra v ordinaci ĽLDD.