



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

Ošetrovateľská péče u dětí hospitalizovaných  
s respiračním onemocněním z pohledu rodičů

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

PEDIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

**Autor:** Iva Šátavová

**Vedoucí práce:** Mgr. Hana Lazorová

České Budějovice 2023

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Ošetrovatelská péče u dětí hospitalizovaných s respiračním onemocněním z pohledu rodičů*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 5.5.2023

.....  
Iva Šátavová

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla především velmi poděkovat mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Haně Lazorové za její ochotu, vstřícnost a cenné rady, které mi v průběhu naší spolupráce poskytovala. Velké poděkování také patří mým přátelům a rodině, kteří byli pro mě velkou oporou a podporovali mě v průběhu celého studia oboru Pediatrické ošetrovatelství. Poděkování si také zaslouží zaměstnanci nemocnic, dětsíí pacienti i jejich rodiče, kteří jsou této bakalářské práce součástí a bez kterých by nebylo tento výzkum možné zrealizovat.

# **Ošetrovatelská péče u dětí hospitalizovaných s respiračním onemocněním z pohledu rodičů**

## **Abstrakt**

### **Současný stav:**

S respiračním onemocněním se setkáváme během našeho života běžně. Velmi častou skupinou, kterou postihuje právě toto onemocnění bývají nejčastěji děti. Mnoho autorů udává, že je to z důvodu, protože děti nemají dostatečně vyzrálý imunitní systém a také jsou častými účastníky větších kolektivů. My jsme se v této práci zaměřili na rodiče, kteří prožívají hospitalizaci se svým dítětem, právě z důvodu respiračního onemocnění.

### **Cíle práce:**

Pro tuto bakalářskou práci byly stanoveny dva cíle. První cíl byl zaměřen na to, jak je z pohledu rodičů poskytována ošetrovatelská péče jejich dětem s respiračním onemocněním. Ve druhém cíli byl zmapován postoj rodičů k této ošetrovatelské péči u jejich hospitalizovaného dítěte.

### **Metodika:**

Pro výzkumné šetření této bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. U sběru dat byla využita technika polostrukturovaných rozhovorů s rodiči dětí hospitalizovaných na dětském oddělení s respiračním onemocněním. Dialogy byly zaznamenávány pomocí funkce „Diktovat“ a následně analyzovány pomocí techniky otevřeného kódování „tužka a papír“. Velikost výzkumného vzorku byla stanovena na základě teoretického nasycení získaných dat.

### **Výsledky:**

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že rodiče dětí hospitalizovaných s respiračním onemocněním jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí, která je jejich dětem poskytována. Rodiče jsou na dětských odděleních informováni a edukováni o poskytování ošetrovatelské péče a rovněž se do ošetrovatelské péče aktivně zapojují. V ošetrovatelské péči každý z rodičů zastává postoj podpory pro své hospitalizované dítě.

Rodiče také usilují u svého dítěte o navození klidnějšího prostředí a podmínek při výkonu ošetrovatelských činností.

**Klíčová slova**

Dětská sestra, dětský pacient, respirační onemocnění, rodiče, ošetrovatelská péče

# **Nursing care of children hospitalized with respiratory disease from the point of view of parents**

## **Abstract**

### **Current state:**

Respiratory diseases are commonly encountered during our lifetime. A very common group affected by this disease are most often children. Many authors state that this is because children do not have a sufficiently mature immune system and are also frequent participants in larger groups. In this paper, we focused on parents who experience hospitalization with their child, just because of respiratory illness.

### **Objectives of the work:**

Two objectives were set for this thesis. The first objective focused on how nursing care is provided to their children with respiratory illness from the parents' perspective. The second objective was to map the parents' attitudes towards this nursing care for their hospitalized child.

### **Methodology:**

Qualitative research method was chosen for the research investigation of this bachelor thesis. The technique of semi-structured interviews with parents of children hospitalized in the pediatric ward with respiratory disease was used for data collection. The dialogues were recorded using the "Dictate" function and then analysed using the open coding technique "pencil and paper". The size of research sample was determined based on the theoretical saturation of the collected data.

### **Results:**

The results of the survey showed that parents of children hospitalized with respiratory disease are satisfied with the nursing care provided to their children. Parents are informed and educated on the children's wards about the provision of nursing care and are also actively involved in nursing care. In nursing care, each parent takes a supportive stance for their hospitalized child.

Parents also strive to establish a calmer environment and conditions for their child while performing nursing activities.

**Keywords**

Pediatric nurse, pediatric patient, respiratory disease, parents, nursing care

## Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav .....	11
1.1 Anatomie a fyziologie dýchání u dětí .....	11
1.1.1 Anatomie dýchací soustavy u dětí a dospělých.....	12
1.1.1.1 Anatomické rozdíly dýchacího systému u dětí a dospělých .....	12
1.1.2 Fyziologie dýchání v dětském věku .....	13
1.1.2.1 Typy patologického dýchání u dětí.....	14
1.2 Respirační onemocnění dětského věku .....	15
1.2.1 Onemocnění covid-19 u dětí .....	15
1.2.2 Kašel .....	16
1.2.3 Akutní epiglotitida.....	17
1.2.4 Akutní laryngitida.....	18
1.2.5 Akutní bronchitida.....	19
1.2.6 Asthma bronchiale.....	19
1.2.7 Pneumonie u dětí .....	20
1.2.8 Aspirace cizího tělesa dítětem .....	21
1.3 Ošetrovatelská péče u dětí hospitalizovaných s respiračním onemocněním ...	22
1.3.1 Příprava dítěte na vyšetření .....	23
1.3.2 Edukace dítěte .....	23
1.3.3 Potřeby dítěte s onemocněním dýchacích cest .....	24
1.4 Komunikace s dětským pacientem a spolupráce s rodinou.....	25
2 Cíle práce a výzkumné otázky .....	27
2.1 Cíle práce .....	27
2.2 Výzkumné otázky.....	27
3 Metodika.....	28
3.1 Metodika výzkumu.....	28
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	28
4 Výsledky výzkumného šetření .....	30
4.1 Kategorie 1: Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí z pohledu rodičů.....	30
4.2 Kategorie 2: Ošetrovatelské problémy.....	33



4.3	Kategorie 3: Aktivita rodičů v průběhu hospitalizace.....	38
4.4	Kategorie 4: Informace získané v průběhu hospitalizace .....	41
5	Diskuze .....	46
6	Závěr.....	52
	Seznam použité literatury .....	54
	Seznam příloh .....	59
	Seznam tabulek .....	60
	Přílohy.....	62

## Úvod

Tato bakalářská práce s názvem „Ošetrovatelská péče u dětí hospitalizovaných s respiračním onemocněním z pohledu rodičů“ se zaměřuje na problematiku spojenou s výkonem ošetrovatelské péče na dětských odděleních z pohledu rodičů. Respirační onemocnění byla vybrána záměrně z důvodu velké četnosti a výskytu zejména u dětských pacientů a z důvodu aktuálnosti tohoto tématu. V této práci se zabýváme především úhlem pohledu rodiče, který prožívá hospitalizaci na dětském oddělení se svým dítětem. Právě zmínění rodiče bývají mnohdy klíčovou osobou při poskytování ošetrovatelské péče dětským pacientům. Důležitá je tedy vzájemná spolupráce a komunikace mezi rodičem a členem ošetrovatelského týmu.

Tato práce se zaměřuje na to, jak a v jaké míře je z pohledu rodičů poskytována ošetrovatelská péče hospitalizovaným dětským pacientům s respiračními onemocněními. Záměrem tohoto výzkumného šetření bylo také zjistit, jaký postoj rodiče v rámci této ošetrovatelské péče zaujímají.

Toto výzkumné šetření obsahuje jak teoretickou, tak empirickou část. V teoretické části jsou popsány základní anatomické odlišnosti dýchacího ústrojí u dětí a dospělých. Dále jsou také představeny nejčastější respirační onemocnění dětského věku. Empirická část je zaměřena na vyhodnocení výsledků vzniklých výzkumným šetřením. Promítnuty jsou zde data vycházející z otázek týkající se vnímání ošetrovatelské péče rodičem, ošetrovatelských problémů u dětí s respiračními onemocněními, zapojením rodičů do ošetrovatelské péče a celkovou informovaností rodiče ohledně ošetrovatelské péče u jeho dítěte.

## 1 Současný stav

V následujících odstavcích a kapitolách je popsán současný stav ošetrovatelské péče u dětských pacientů s respiračním onemocněním.

### 1.1 Anatomie a fyziologie dýchání u dětí

Dýchání je životně důležitý a potřebný proces pro každého jedince. Dýchací orgány spolu s kardiovaskulárním systémem zajišťují buňkám lidského organismu přívod kyslíku do těla a naopak odvod oxidu uhličitého z těla ven. Tyto procesy tvoří základní mechaniku dýchání. Zejména u dětí, se setkáme s velkou problematikou tohoto mechanismu vzhledem k velké citlivosti a náročnosti těchto buněk (Klíma, 2016). Lidský dýchací systém počíná již u nosních dírek a pokračuje až do plicních alveol. Na této cestě je obýván specifickými společenstvy bakterií, se kterými se během svého života můžeme setkat (Man et al., 2017). Jak píše Sedlářová (2008), dýchání lze rozdělit na vnější a vnitřní. Vnější dýchání popisuje jako proces výměny plynů, tedy kyslíku a oxidu uhličitého, mezi krví a vnějším prostředím. U vnitřního dýchání, jak již víme z výše uvedeného, probíhá proces přeměny kyslíku a oxidu uhličitého mezi krví a tkáněmi uvnitř organismu.

Sedlářová (2008) ve své knize také uvádí situace, kdy je potřeba zvýšit pozornost u dýchacích cest a s tím spojenou i ošetrovatelskou péči. Těmito stavy mohou být například onemocnění a infekce horních či dolních dýchacích cest, poranění, vdechnutí cizího tělesa, nebo například intenzivní péče po výkonech v celkové anestezii.

Jak je již výše uvedeno, cesty podílející se na dýchacím systému lze rozdělit na horní a dolní. Horní dýchací cesty jsou tvořeny zevním nosem, dutinou nosní a nosohltanem, do kterého po jeho obou stranách ústí Eustachova trubice, která spojuje nosohltan s dutinou středouší. Na tvorbě dolních dýchacích cest se podílí hrtan, průdušnice, průdušky, průdušinky a plicní alveoly. Největším orgánem podílejícím se na dýchací soustavě jsou plíce, párový orgán, který se podílí na výplni téměř celé dutiny hrudní (Křivánková, 2019). Po narození mají dětské narůžovělé plíce tvar jehlanu, v batolecím věku však plíce mění svou podobu do komolého kužele (Dylevský, 2016). Na vývoj plic u dětí může mít také velký podíl zralost novorozence, ale také výživa v novorozeneckém až kojeneckém věku. Vzhledem k trvající alveolarizaci, která u dětí probíhá až do 2 let věku, lze očekávat, že podvýživa u kojenců bude mít větší dlouhodobé důsledky na vývoj

plic ve srovnání s podvýživou, ke které může dojít až v pozdějším věku dítěte (Arigliani et al., 2018).

### ***1.1.1 Anatomie dýchací soustavy u dětí a dospělých***

Jak se dozvídáme z knihy od Sedlářové (2008), dýchání je jednou ze základních životních potřeb každého jedince. V ošetrovatelské péči je však velmi důležité znát základní anatomické rozdíly dýchacího ústrojí mezi dětským a dospělým pacientem (Sedlářová, 2008). S těmito odlišnostmi anatomické stavby a fyziologických funkcí dospělých oproti dětem se setkáme již v ranném dětském věku, nejčastěji však ve věku novorozeneckém. U novorozenců je adaptace započata kardiorespirační přestavbou, kdy v úplném popředí stojí aerace neboli provzdušnění plic. Při tomto procesu je nutno se seznámit s látkou s názvem Surfaktant, jejíž úkolem je snížení povrchového napětí v alveolech a tím zároveň zvýšení poddajnosti plic. Množství této aktivní látky v krvi, která se vyvíjí v šestém až osmém měsíci těhotenství, značí hodnotu zralosti plic u novorozence (Nováková, 2012).

#### ***1.1.1.1 Anatomické rozdíly dýchacího systému u dětí a dospělých***

Dýchací systém správně funguje za aktivního zapojení dýchacích svalů, které dítě začíná aktivně využívat okolo třetího roku života. Jedním z těchto hlavních svalů je bránice, která je u dětí, především u novorozenců, výše postavena než u dospělých. Další zásadní odlišností je kratší, ale zároveň širší Eustachova trubice u dětí (Sedlářová, 2008; Barash et al., 2015). Tato odchylka může u dětí způsobovat především problémy se záněty středouší (Formánek et al., 2017).

Toto onemocnění, zánět středního ucha, může být velmi složité diagnostikovat u dětí kojeneckého věku, proto je velmi důležité všimnout si typických symptomů, které kromě nápadného výtoky z uší, mohou být například horečka, neklid a pláč, dotek na uchu, či celková podrážděnost a horší spánek dítěte (Kuchynková, 2015; Formánek et al., 2017). Kuchynková (2015) ve své knize Dětská otolaryngologie uvádí možnosti léčby zánětu, kdy ve většině případů může dojít ke spontánnímu zhojení a ústupu potíží do čtyř dnů. Cílem je vždy tišení bolesti a zkrácení doby trvání obtíží. Proto jsou léky první volby nejčastěji analgetika a antibiotika.

Další anatomickou odchylkou, se kterou se v oblasti dýchacích cest u novorozenců a kojenců setkáváme, je dýchání nosem. Ústa jsou k dýchání využívána pouze při pláči.

Z tohoto důvodu je důležitá jak u dětí, tak u dospělých, správná hygiena dýchacích cest. Ta spočívá především v uvolnění hlenu z dýchacího ústrojí. To můžeme podpořit, zejména už u dětí od 1 roku života, správnou technikou smrkání, kdy nejprve dítě učíme smrkání z obou nosních průduchů a poté každé zvlášť. Opomíjená nesmí být také poloha dítěte. Ta se doporučuje zvýšená, se vzpřímenou hlavou za použití obou rukou. Do péče o dýchací cesty nesmíme zapomenout zařadit také nácvik správného dýchání, které je podmíněno správným držením těla. U dětí lze pojmout nácvik dýchání formou různých her, zde můžeme využít různé předměty, jako je například flétna, bublifuk nebo brčko (Sedlářová, 2008).

### ***1.1.2 Fyziologie dýchání v dětském věku***

Dýchání je mimovolný proces, který probíhá na principu střídání vdechu a výdechu. Hloubku a počet dechů za minutu ovlivňuje řada vlivů tak, aby plicní ventilace odpovídala nárokům našeho organismu. Respirační centra, která regulují rytmickou aktivitu dýchání, jsou uložena v mozgovém kmeni, kde se vyskytují respirační neurony dvojího typu. Inspirační neurony, ty se podílejí na správné funkci při vdechu, a expirační, kdy jsou vysílány vzruchy při výdechu (Slavíková a Švíglerová, 2012).

Dechová frekvence se odvíjí od věku dítěte. Čím nižší věková hranice, tím se frekvence dýchání zvyšuje. U zralého novorozence se frekvence pohybuje kolem 30-50 dechů za 1 minutu, u dětí školního věku 15-20 dechů za minutu. U dospělého obvykle naměříme hodnotu 12-15 dechů za minutu (Muntau, 2009). Sikorová (2011) ve své knize *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu* uvádí hodnoty dechové frekvence u dětí vyšší. U fyziologického novorozence se setkáme s hodnotou 40-60 dechů za minutu, u kojence uvádí hodnoty 30-35 a ve školním věku 20 dechů za minutu.

I přesto, že rytmus dýchání u dětí je pravidelný, může dojít k fyziologické odchylce, která závisí na tom, co dítě právě v danou chvíli dělá, či jak se chová (pláč, fyzická aktivita, stres). K činnosti dýchání řadíme také obranné reflexy jako jsou například škytání, kýchání či kašláni (Sikorová, 2011).

Při dýchání mají svou nezastupitelnou funkci tyto děje – ventilace, difuze, perfuze a kontrola dýchání. Ventilací se označuje výměna vzduchu mezi plicními sklípkami a zevním prostředím. Difuzí se rozumí samotný proces výměny kyslíku a oxidu uhličitého, na který plynuje navazuje perfuze, která se podílí na transportu krve, která

putuje do pravého srdce k okysličení a poté do levého srdce. Poslední nepostradatelnou fází je samotná kontrola dýchání, kdy si organismus reguluje ventilaci dle aktuálních potřeb (Klíma, 2016).

### ***1.1.2.1 Typy patologického dýchání u dětí***

Se základními příznaky onemocnění respiračního traktu se můžeme setkat již u dětí v novorozeneckém až kojeneckém věku. Na první pohled patrnými symptomy těchto obtíží jsou kašel a dušnost. Při respiračním onemocněním se u dětského pacienta setkáme i s patologickým typem dýchání, který nemusí být na první pohled příliš patrný, a proto vyžaduje dlouhodobější pozorování. U bronchiálního astmatu u dětí se téměř vždy setkáme s obstruktivním typem dýchání, kdy je u dítěte patrný prodloužený výdech s přidávkou různých pískotů až chrapotů (Muntau, 2009). Tyto pískoty jsou zvuky, které vznikají prouděním vzduchu zúženými dýchacími cestami. S pískoty a hvízdavým dýcháním se u dětí setkáme mnohem častěji, a to z důvodu anatomické odlišnosti a stavby dýchacího ústrojí, v tomto případě především s užšími průduškami u dětí, než dospělých. Pískoty ve většině případů samy odeznějí, ale může se také jednat o jeden z příznaků závažného plicního onemocnění. Proto je důležité, především pro rodiče nemocného dítěte, sledovat charakter a trvání těchto pískotů při výdechu (Kopřiva, 2014). S dalším patologickým typem dýchání, se kterým se u dětského pacienta trpícím respiračním onemocněním můžeme setkat, je Kussmaulovo dýchání. Pro tento typ je typická především vyšší dechová frekvence a prohloubení dechu. S tímto typem se můžeme setkat u dětí trpících metabolickou acidózou. Biotovo dýchání je typické svým periodickým dýcháním, u kterého se mohou objevit apnoické pauzy. Muntau (2009) popisuje toto dýchání jako typické u poškození mozkového kmene. Uvádí zde také další typ dýchání a tím je lapavé, které je charakteristické nízkou dechovou frekvencí a může se vyskytovat při nějakém šoku, hypoxii, asfyxii a sepsi.

## ***1.2 Respirační onemocnění dětského věku***

S respiračním onemocněním se setkáváme během dětského věku nejčastěji. Tyto choroby můžeme rozdělovat dle anatomického hlediska na onemocnění horních a dolních dýchacích cest, nebo dle vzniku onemocnění na vrozená a získaná. Dle závažnosti a průběhu těchto onemocnění dělíme také na akutní a chronické (Stožický a Sýkora, 2015).

Pokud se setkáme s akutním respiračním onemocněním u dětí, znamená to nedostatek kyslíku v dýchacím systému a s tím spojenou nedostatečnou eliminaci oxidu uhličitého. Tento problém bývá často podnětem k příjmu dětského pacienta na jednotku intenzivní péče, kde je mnoho pacientů léčeno pomocí neinvazivní respirační podpory. V závažnějších případech respiračního onemocnění je u dětských pacientů vyžadována až intubace či mechanická ventilace (Friedman a Nitu, 2018). V případě respiračního onemocnění je také velmi důležité mít na paměti přidružení různých chorob, které s onemocněním dýchacích cest mohou být spojené. Těmito choroby mohou být například diabetes mellitus, chronická obstrukční plicní nemoc, onemocnění jater a ledvin či nádorové onemocnění. Prevence a adekvátní terapie mohou průběh a projevy těchto přidružených chorob velmi pozitivně ovlivnit (Bártů, 2019). Následně představujeme několik respiračních onemocněních dětského věku.

### ***1.2.1 Onemocnění covid-19 u dětí***

Dětská populace je největším zdrojem šíření chřipky a jiných respiračních virů, včetně koronaviru. U dětí mladšího předškolního věku může ale toto onemocnění představovat velkou komplikaci z hlediska jejich dalšího vývoje (Blechová, 2020). Nejčastějšími příznaky onemocnění covid-19 u dětí jsou kašel, horečka a bolest v krku. V současné době ale neexistuje jasná definice, kdy se jedná o pozdní následky SARS-CoV-2 u dětí a mladistvých (Schelde et. al., 2022). Z informací dle WHO vyplývá, že od prosince roku 2019 do října roku 2021 bylo celosvětově potvrzeno téměř 9 milionů dětí mladších 14 let nakažených onemocněním covid-19. Vlivem vakcinace ale tak došlo k výraznému poklesu tohoto onemocnění (Zhang et al., 2022).

### 1.2.2 Kašel

Kašel řadíme mezi jeden ze základních obranných a ochranných reflexů zajišťující průchodnost dýchacích cest. Jedná se o rychlé vypuzení vzduchu z dýchacího ústrojí. Je několik typů kašle, se kterými se během svého života můžeme setkat. U dětí se však nejčastěji setkáme se suchým kašlem (Ploier a Janda, 2015). Příčinou kašle u dětí bývá často virová infekce, která přivádí rodiče s jejich dětmi do ordinací svých pediatrů nejčastěji. Ten poté po podrobné diagnostice a odběru anamnézy určuje charakter a typ kašle a možnost jeho následující terapie (Lamas et al., 2014).

Kašel lze rozdělit do několika typů na základě kritérií. U správné diagnostiky je vždy důležité určit dobu trvání kašle. Dle toho poté pediatr vyhodnotí, zda se jedná o kašel akutní, jehož trvání má dobu nižší než 3 týdny, subakutní (protrahovaný), v trvání 3-4 týdnů, či chronický, který se vyznačuje trváním doby až nad 6 týdnů (Kopřiva, 2018). S chronickým kašlem u dětí se můžeme setkat v případě bronchiálního astmatu, gastroezofageálního refluxu, či zadní rýmy, kdy dochází ke stékání sekretu z nosohltanu (Ploier a Janda, 2015).

Základním symptomem kašle bývá dušnost, která je charakterizována jako stav ztíženého dýchání. Dle charakteru a doby, Klíma (2016) rozlišuje několik typů této dušnosti. Námahová dušnost je spojená s fyzickým zatížením. Naopak se také můžeme setkat s klidovou dušností, která přichází z úplného klidu. Dalším typem může být záchvatová, která vzniká náhle a neočekávaně. Poté rozlišujeme dvě poslední dušnosti a to expirační (výdechovou) a inspirační (nádechovou), která značí překážku ve velkých dýchacích cestách a je často doprovázena stridorem (Klíma, 2016).

Ve Velké Británii jsou infekce dýchacích cest nejčastěji řešeným problémem. Ročně navštíví až 2/3 předškolních dětí ordinaci svého praktického lékaře pro akutní kašel. Po zavedení dětských pneumokokových vakcín došlo k velkému poklesu infekčních onemocnění. I přesto se ale nelze spoléhat pouze na cestu vakcinace, prevenci je potřeba dodržovat i v rámci hygieny rukou. K přenosu infekce přispívá především vkládání předmětů do úst dětí rukama a s tím spojená nedostatečná hygiena (Carroll et al., 2016). Kopřiva (2018) ve svém článku s názvem „*Současné možnosti léčby kašle u dětí*“ uvádí několik metod, jak vyléčit kašel u dětského pacienta. Před samotným zahájením terapie kašle u dítěte je důležité si uvědomit stáří dítěte, léčba je zde u různých věkových období odlišná. Nejčastější léčbou bývá léčba akutního kašle u dětí, který je



mnohdy doprovázen zvýšenou teplotou a rýmou. U těchto symptomů lze předpokládat, že se jedná o pouhé nachlazení vyvolané virem, kde celkový průběh není příliš komplikovaný a terapie tak není nutná. V případě, že se jedná o novorozence, či kojence, u kterých je potřeba pomoci s uvolněním průchodnosti nosu, je možné zvážit léčbu mukolytiky, nebo sekretolytiky. Musíme být ale velmi obezřetní a to z důvodu možné dehydratace u dětí, kdy léky mohou vlivem rozpouštění hleny vyvolat zvracení a tím následný úbytek tekutin. Jedním z nepříjemnějších léků léčby kašle uvádí Alyn Morice, která doporučuje denně kostičku hořké čokolády, která obsahuje látku zvanou theobromin. Jedná se o látku potlačující velmi účinně dráždivý kašel (Kopřiva, 2018).

### ***1.2.3 Akutní epiglotitida***

Jedná se o bakteriální infekční onemocnění, které má u dětí velmi rychlý rozvoj. Vyvolávajícím agens bývá nejčastěji *Haemophilus influenzae* skupiny B. Původci ale mohou být také například hemofil, pneumokoky, či streptokoky skupiny A (Lebl, c2012).

Pro akutní epiglotitidu neboli supraglotickou laryngitidu, je typický nenápadný rozvoj, který vzniká z plného zdraví (Muntau, 2009). U postiženého způsobuje otok v oblasti hrtanové příklopky a také dalších částí podílejících se na cestě k hrtanu. Pro dítě s diagnózou akutní epiglotitidy to poté nejčastěji představuje velmi obtížné dýchání s příznaky dušení (Lebl, c2012). S tímto onemocněním se nejčastěji setkáme u dětí ve věku 2-5 let. Mezi typické projevy akutní epiglotitidy patří polykací obtíže, vysoké horečky, zastřená výslovnost (lidově tzv. knedlík v krku), dušnost a inspirační stridor (Muntau, 2009).

Při vyšetření dítěte s inspiračním stridorem nikdy nepoužíváme nástroje umožňující stlačení jazyka a to z důvodu možné zástavy dýchání (O'Callaghan a Stephenson, 2005). Při poslechu pacienta s akutní epiglotitidou uslyšíme bublavý zvuk při nádechu i výdechu. Pro nosiče akutní epiglotitidy je také velmi obtížné zaujmout polohu vleže z důvodu dušnosti (Kelnarová et al., 2013).

Bolest v krku u dětí představuje velmi problematický koncept. Tato problematika spočívá především ve špatné lokalizaci bolesti dítětem. Tuto bolest lze rozdělit na zánětlivou a nezápětlivou. V případě akutní epiglotitidy se jedná o zánětlivou bolest, která zejména u dětí může být velmi nebezpečná. Při vyšetření na toto onemocnění je u dítěte důležité

dbát na nebezpečí udušení až zástavu dechu. Proto by vyšetření sedícího pacienta při podezření na epiglotitidu mělo probíhat vždy v místnosti, kde je možnost provedení první pomoci pro zajištění dýchacích cest, tedy intubace (Ploier a Janda, 2015). Kelnarová (2013) ve své knize popisuje jako první pomoc u akutní epiglotitidy tak, aby dítě bylo zachováno v poloze, kterou samo zaujímá, ale v žádném případě dítě nepokládat do lehu. Pro minimalizaci neprůchodnosti dýchacích cest je také vhodné zajistit dítěti dýchání studeného vzduchu (Kelnarová, 2013).

#### ***1.2.4 Akutní laryngitida***

Jedná se o nejčastější zánět hrtanu popřípadě průdušnice, který je způsobený viry (Klíma, 2016). Mezi tyto nejčastější patogeny patří parainfluenzy 1,3, influenza virus A i B, coronavirus, rhinovirus aj. (Tuková a Kořátko, 2018).

Pro toto onemocnění je charakteristická náhlost a neočekávanost a to především v nočních hodinách 1-2 hodiny po ulehnutí dítěte do postele (Klíma, 2016). Postihuje především dětskou skupiny ve věku od půl roku do 3 let. S akutní laryngitidou se také ale můžeme setkat u dětí předškolního i školního věku (Tuková a Kořátko, 2018). Velmi zřídka se s tímto onemocněním setkáme u novorozenců a kojenců do věku 3 měsíců (Mazurek et al., 2019). Vyskytuje se celoročně, převážněji ale v chladnějších měsících (Tuková a Kořátko, 2018).

Pro toto virové onemocnění je charakteristickým znakem štěkavý kašel, stridor až chrapot (Ploier, 2015). Oproti akutní epiglotidě je zde začátek velmi pomalý. Začíná štěkavým kašlem za doprovodu zvýšené teploty, kdy dítě je schopno polykat, a neobjevuje se zde bolest v krku. Dítě nemá problémy s hlasem a mluvou jako tomu je u akutní epiglotitidy (O'Callaghan a Stephenson, 2005).

Diagnostika u toho onemocnění je nezastupitelnou částí a to především z důvodu recidivy, která je více patrná u chlapců, než u dívek. U chlapců bylo prokázáno vyšší riziko astmatu, proto je potencionální screening astmatu při tomto onemocnění nedílnou součástí (Mazurek et al., 2019). Mezi další metody diagnostiky řadíme mimo jiné sběr anamnézy, pozorování klinických příznaků a fyzikální vyšetření. Pro hodnocení závažnosti akutní laryngitidy se v České republice užívá skóre dle Downese, kde platí pravidlo, čím méně bodů z 10 měřených, tím menší závažnost tohoto onemocnění. Při hodnocení 2 bodů je nutná hospitalizace na dětském oddělení, od 2 do 4 bodů je již

indikována observace na jednotce intenzivní péče. Při diagnostikované hodnotě 7 a více bodů lékař nejčastěji ordinuje tracheální intubaci (Tuková a Kořátko, 2018).

Léčba spočívá v určení závažnosti a formy laryngitidy. Základem je dítě dostatečně uklidnit nejlépe za pomoci matky. V případě lehčí formy postačí vdechování zvlhčeného a chladného vzduchu a terapie sekterolytiky. U středně těžké formy je na místě zvážit inhalaci 1-3ml adrenalinu, opět léčba pomocí zvlhčeného vzduchu a podání steroidů (Prednison 100mg per rectum ve formě čípků). U těžké formy, která je často doprovázena dušností, je již nutné podání steroidů i adrenalinu a postupné nastavení oxygenoterapie. V případě zhoršujícího, či neefektivního stavu je nutná až intubace a s tím spojená řízená ventilace. K této formě dochází velmi zřídka (Muntau, 2009).

### ***1.2.5 Akutní bronchitida***

Akutní bronchitida neboli také zánět průdušek, je onemocnění způsobené virem charakteristické kašlem, který je zapříčiněn zánětem průdušnice a velkých cest dýchacích (Kinkade a Long, 2016). Těmito vyvolávajícími viry jsou z velké části (až 85%) RS-viry. Dalšími spouštěči mohou být také rinoviry, adenoviry, parainfluenzy a viry chřivky (Muntau, 2009). Kašel se u pacientů objevuje v trvání 2 - 3 týdnů a léčba antibiotiky se zde považuje za velmi neúčinnou z důvodu možných vedlejších účinků jako mohou být například zvracení, nevolnost a alergická reakce (Kinkade a Long, 2016). S tímto virovým onemocněním se nejčastěji setkáme u dětí kojeneckého a batolecího věku. Přibližně u 1-2% pacientů je vyžadována hospitalizace (Muntau, 2009).

Mezi základní příznaky akutní bronchitidy řadíme zvýšenou teplotu, dyspnoe, či naopak tachypnoe, poslechový nálezn při dýchání a respirační insuficienci, kdy její rozvoj u tohoto onemocnění je velmi rychlý (Lebl, 2012).

### ***1.2.6 Asthma bronchiale***

Průduškové astma (asthma bronchiale) je chronické neinfekční onemocnění dýchacích cest, které svým zánětem postihuje průduškovou stěnu. Tento zánět způsobuje zvýšení průduškové reaktivity a tím následnou neprůchodnost dýchacích cest, která je způsobena stahem hladké svaloviny, sekrecí hlenu a otokem (Petrů, 2012). Pro asthma bronchiale je typické sípavé dýchání, tíseň na hrudi, dušnost a kašel. Prevalence astmatu u dětí ve věku 5-17 let z roku 2016 se uvádí v USA až 10,5 % (Haktanir Abul, 2019). V České republice se četnost asthma bronchiale u dětí uvádí podobně, rozmezí je mezi 10-15 %. Ve studii

ECRHS byla prokázána prevalence dětského astmatu v rozmezí 2,0-3,3 %, jedná se zejména o země jako jsou Estonsko, Německo, Rakousko, Itálie a další. Procenta výskytu tohoto onemocnění jsou odlišná z dosud neobjasněných důvodů. Příčiny se ale nejvíce přisuzují vlivům životního prostředí, civilizaci a kvalitě životního stylu (Petrů, 2012). Asthma bronchiale pro dítě představuje velmi velkou zátěž a to především z důvodu vedlejších účinků souvisejících s medikací, ale také zhoršující se kvality života (Haktanir Abul, 2019).

Astmatici se na své cestě setkávají s mnohou rizikových faktorů, které mohou nepříznivě přispívat ke zhoršení průběhu tohoto onemocnění. Základním rizikovým faktorem se uvádí genetická predispozice. Mezi další tyto faktory lze zařadit i pohlaví a věk jedince a to z důvodu, že u chlapců dětského věku se s asthma bronchiale setkáme více než u dívek. V dospělosti je to poté naopak, astmatem trpí více ženy než muži. Dalším nepříznivým faktorem jsou také alergeny (Vlček, 2014). Více jak 80 % dětí školního věku s astmatem je citlivých na alespoň jeden vnitřní alergen, který v pozdějším věku může představovat překážku pro nemocného. Těmito alergeny mohou být roztoči, domácí mazlíčci (kočky, psi), ale také vlhké prostředí s plísní (Naja, 2018). Eliminace těchto alergenů může významně přispět při léčbě tohoto onemocnění (Muntau, 2009).

Základním pilířem při diagnostice asthma bronchiale je pečlivý odběr rodinné a osobní anamnézy. Při shromažďování anamnestických dat nezapomínáme na otázky týkající se jak životního prostředí, ve kterém dítě žije, tak i rodinné onemocnění a průběh s příznaky potíží (Vlček, 2014). Při odběru anamnézy si také všímáme samotných projevů dítěte s astmatem. Ty často spolu s fyziologickým vyšetřením mohou být bez známek patologie, proto toto onemocnění často vyžaduje více speciálních vyšetření a diagnostika i léčba tak může být mnohdy delší, než je tomu tak u jiných respiračních onemocnění (Vančíková, 2019).

### ***1.2.7 Pneumonie u dětí***

Pneumonii u dětí řadíme mezi časté infekční onemocnění respiračního systému, které postihuje plicní tkáň, alveoly a respirační bronchioly. V rozvinutých zemích je léčba úspěšná a riziko úmrtí tak není příliš vysoké (Kopřiva a Látalová, 2019). I přesto je ale celosvětově toto onemocnění nejčastější příčinou úmrtí dětí do věku 5 let (Nascimento-Carvalho, 2020). Setkáme se s ní často u dětí do 1 roku života, v předškolním věku představuje incidenci 40 dětí na 1000 živě narozených, v pozdějším školním věku je to

poté 9 dětí na 1000 živě narozených (Muntau, 2009). Pneumonie, které jsou získány komunitně, jsou při nekomplikovaném průběhu léčeny nejčastěji ambulantně (Bártů, 2019). Komunitní pneumonie je označována jako taková infekce, která je získána v běžném prostředí, nebo je diagnostikována do 48 hodin od přijetí (Kopřiv a Látalová, 2019). Při těžším průběhu pneumonie je vyžadována hospitalizace dítěte na dětském oddělení. Terapie je nejčastěji nastavena pomocí antibiotické léčby, která pokud není účinná do 3 dnů, vyžaduje změnu (Bártů, 2019). Nejčastěji využívaným antibiotikem u dětí jsou cefalosporiny a amoxicilin, které jsou podávány intravenózně, u dětí předškolního věku je využívána i forma perorální.

U novorozenců a kojenců s diagnózou pneumonie se setkáme s velmi nespecifickými příznaky a to především z důvodu, že poslechový nález je často fyziologický. Poukazujícím příznakem je nejčastěji kašel, kolísavá teplota a zhoršené pití. Stejně tomu tak je i u starších dětí, kdy ale u vážnějších forem pneumonie se může vyskytovat až zrychlené dýchání a dušnost (Muntau, 2009). Zrychleným dýcháním (tachypnoe) je myšleno každé dýchání, které je vyšší jak 40 dechů za minutu. Často ale není spojováno s diagnózou pneumonie, a to z důvodu přibývajících pacientů trpících astmatem a jiných respiračních onemocnění, které ohrožují dolní dýchací cesty (Nascimento-Carvalho, 2020). Nutno je zde také věnovat pozornost bolesti břicha, která může poukazovat na pneumonii postihující plicní báze (Muntau, 2009).

Mezi nejúčinnější diagnostické metody u pneumonie řadíme zadopřední RTG skiagram hrudníku a samozřejmě je také podrobné zhodnocení klinického obrazu a odběr anamnestických dat. U odběru anamnézy nás nejčastěji zajímá očkování, pobyt v kolektivu, kontakt s rizikovými osobami a samotné rizikové faktory. Těm mohou být nejčastěji vystavovány děti s oslabenou imunitou, či pacienti s diagnózou HIV, diabetes mellitus a další pacienti s protilátkovými imunodeficity. Rizikovými faktory u tohoto onemocnění také mohou být nedonošenost, hyposaturace, leukocytóza, či leukopenie a celkově závažný RTG nález (Lebl, c2012).

### ***1.2.8 Aspirace cizího tělesa dítětem***

Aspirace je označována jako stav, kdy je do dolních dýchacích cest inhalována látka různé povahy. Vzhledem k anatomickému a neurologickému vývoji se s aspirací setkáme častěji u dětí, než u dospělých (Lebl, c2012). Vlivem nevyvinuté dentice, nedokonalé koordinace polykacího aktu a náchylnosti vkládání předmětů do úst jsou proto děti,

nejčastěji batolecího věku, nejvíce rizikovou skupinou právě zmiňovaného vdechnutí předmětu do dýchacích cest (Mihál et. al., 2016).

Klinické příznaky při vdechnutí cizího tělesa do respiračního traktu mohou simulovat onemocnění jako je asthma bronchiale či záškrť. Což oddaluje správnost diagnózy a přispívá tak k vyšší morbiditě a úmrtnosti (Na'ara et al., 2020). Mezi tyto symptomy nejčastěji patří záchvaty kašle, inspirační, či expirační stridor, poslechově slabé dýchání a mohou se objevit také pískoty, či vrzoty při poslechu (Muntau, 2009).

Při podezření na aspiraci cizího tělesa je nejvyužívanějším nástrojem bronchoskopie (Brkic et al., 2018). O'Callaghan a Stephenson (2005) ve své knize „*Pediatric do kapsy*“ uvádějí, že diagnostika může být často postavena pouze na odběru anamnestických dat a to z důvodu, že RTG plic může být často bez známek jakéhokoliv aspirovaného tělesa. Proto se doporučuje provádět RTG hrudníku při nádechu a výdechu. Nutno je také hospitalizovat vždy každé dítě, které jeví známky aspirace cizího tělesa do dýchacích cest (O'Callaghan a Stephenson, 2005).

Léčba spočívá především v odstranění cizího tělesa z dýchacích cest formou endoskopie. Jako prevence vzniku infekce při endoskopickém výkonu je vhodné podávat antibiotika (Muntau, 2009). Ke snížení vzniku aspirace je však nejlepší formou plně tomuto problému předejít. Toho můžeme docílit pomocí veřejně vzdělávacích kampaní, které by zahrnovaly vzdělávání rodičů o příčinách a rizicích tohoto nežádoucího stavu (Brkic et al., 2018).

### ***1.3 Ošetrovatelská péče u dětí hospitalizovaných s respiračním onemocněním***

Hlavním zájmem a pilířem oboru pediatrie je péče o zdravé a nemocné děti od narození do 19 let věku. Dětská sestra je hlavní pečovatelkou dítěte, které se nachází ve zdravotnickém zařízení (Křiváková a Číková, 2016). Ošetrovatelská péče klade velký důraz na zajištění kvality a dovedností, které zajišťují během poskytované péče o dětského pacienta dobré podmínky interakce. Jednou z podmínek této úspěšné interakce je hra, která je vnímána jako jedna ze základních potřeb dítěte. Využití různých příběhů a terapeutických her pozitivně přispívá k lepšímu pochopení a vnímání celkového procesu zdraví, nemoci a ošetrovatelské péče s nemocí spojenou. Umožňuje dítěti také vyjadřovat své názory, učit se, cítit se bezpečně a zároveň se při tomto všem účastnit

terapeutického procesu (Brondani a Pedro, 2019). Je také velmi důležité zapojení rodičů dítěte do ošetrovatelského procesu. To nám, jako zdravotníkům, zajišťuje prostor pro propojení přístupu k dítěti i k jeho rodičům (Sedlářová, 2008).

### ***1.3.1 Příprava dítěte na vyšetření***

Dětský pacient vždy vyžaduje individuální přístup zdravotníka. Dětská sestra ihned při prvním kontaktu s dítětem, popřípadě i jeho rodiči, začíná sbírat anamnestická data, která pozitivně přispívají k tvorbě anamnézy a jsou tak důležitým pilířem při poskytování systematické péče o dětského pacienta. Pro sběr je velmi důležitý čas, a to především pro pacienta i jeho rodiče, kteří prožívají proces adaptace na neznámé prostředí (Sedlářová, 2008). V této fázi je také velmi důležité myslet na psychické prožívání dítěte. Období nemoci v dítěti může vyvolat až úzkost, a to především z důvodu izolace od rodiny, či přátel, omezení pohybu a dalších faktorů. Předpokladem zdravotníka při práci s dětským pacientem by měla být trpělivost, živý zájem o pacienta a klidné chování. I přesto, že se komunikace a celková práce s dětským pacientem může zdát zprvu velmi složitá, je důležité i dítě vnímat jako osobnost, která si plně uvědomuje a prožívá svou nemoc. Při přípravě dítěte na vyšetření stojí v popředí především rodiče, jejichž postoje mohou velmi ovlivnit chování jejich vyšetřovaného dítěte a jeho celkový přístup k nemoci. Při příjmu pacienta by dětská sestra měla vždy zjistit úroveň samostatnosti při základních denních činnostech jako jsou hygiena, stravování, vyprazdňování a spánek. S ohledem na věk je také vhodné zjistit zájmy, záliby a oblíbené hračky, či hry dítěte (Plevová a Slowik, 2010). Kristová (2004) uvádí základní činnosti, které by měla dětská sestra při příjmu dítěte na oddělení dodržovat: představení, komunikace orientovaná na dítě, oslovení dítěte, zapojení dítěte do ošetrovatelského procesu, seznámení s prostředím a poskytnutí dítěti prostoru na otázky.

### ***1.3.2 Edukace dítěte***

Edukace, jiným slovem také výchova, či vzdělávání, se zabývá výukou pacienta, která pozitivně přispívá ke zvýšení ošetrovatelské péče a zlepšení průběhu choroby. Své hojné uplatnění má edukační činnost především při příjmu dětského pacienta na oddělení, před provádějícím léčebným vyšetřením a také před propuštěním pacienta do domácí péče (Řezníčková a Sedlářová, 2008). Sikorová (2012) rozděluje edukační procesy dle míry zaměření do několika skupin. Prvními jsou edukační procesy, jejichž realizace si není jedinec vědom. Dochází při nich k bezděčnému učení. Dalšími procesy jsou ty, kdy si

jedinec stanoví přesnou dobu a délku učení, zde hovoříme o vědomém učení. Poslední kategorií edukačních procesů je skupina informací, které jsou zvnějšku organizovány někým jiným, mluvíme zde o řízeném učení. Dětská sestra v roli edukátorky by měla mít jak profesní, tak pedagogické předpoklady pro efektivní realizaci edukace. Mezi profesní předpoklady řadíme například odborné znalosti v daném oboru, schopnost komunikace, kreativitu, samostatnost, ale také schopnosti motivační a organizační. Mezi pedagogické předpoklady lze zařadit dle Sikorové (2012) optimismus, celkový rozhled, tvořivost, spravedlivost a společensky vysoký morální profil.

Do edukačních postupů v péči o dítě s onemocněním dýchacích cest řadíme několik úkonů. Mezi základní patří nácvik nosní hygieny (Křiváková a Číková, 2016). S nosní hygienou je spojená péče o dutinu nosní, do které spadá aplikace oplachů solnými roztoky. U kojenců a novorozenců lze využít fyziologický roztok, minerální a solné vody. U mladších dětí, především novorozeneckého a kojeneckého věku využíváme také odsávání, vzhledem k nemožnosti přirozeného smrkání (Chmelařová, 2016). Další postupy popisují Křiváková a Číková (2016) následovně: správné dýchání, konzumace stravy bohaté na vitamíny, pohyb na čerstvém vzduchu, dostatek tekutin, snížení teploty místnosti na spánek na 18 stupňů a samozřejmostí je také nekuřácké prostředí.

Sikorová (2012) rozděluje dále edukaci do tří skupin. Edukace primární, která spočívá v zaměření se na zdravého jedince. Jejím cílem je prevence onemocnění a zvýšení kvality života. Sekundární edukací je myšleno vzdělávání osob, které již onemocnění, či nějaký problém prodělali, či zrovna prodělávají. Jejím úkolem je obnova zdraví a zabrána rozvoji daného onemocnění do chronických, až kritických stavů. Poslední, terciální edukace, se týká osob, které již nelze vyléčit. Uplatnění nachází především ve výuce dítěte a jeho rodiny o možnostech zdravého žití a prevenci předcházení dalším komplikacím.

### ***1.3.3 Potřeby dítěte s onemocněním dýchacích cest***

Každé dítě, které se ocitá v nemocničním prostředí, nemá pod kontrolou stav, co se s ním právě děje. Proto je povinností zdravotníků být v tomto období chápavými a mít na paměti všechny negativní aspekty, se kterými se u hospitalizovaného dítěte můžeme setkat. Dítě v nemocničním prostředí nabývá pocitu nebezpečí, a tak je pochopitelné, že často může reagovat pláčem, odmítáním, apatií až agresí. Proto je velmi důležité snažit se dítě pochopit a zároveň mu zajistit základní potřeby. Mezi tyto potřeby řadíme zejména kontakt s blízkou osobou, nejčastěji s matkou, podávání informací, zajištění soukromí



a pocitu jistoty a možnost hraní a vzdělávání (Sedlářová, 2008). Existuje zde ale mnoho faktorů, které mají velký vliv na uspokojování těchto potřeb. Náleží zde individualita člověka. Každý jedinec má velmi individuální prožívání, to je zapříčiněno především odlišnostmi osobnostní charakteristiky (Sikorová, 2011). Jako další faktor Sikorová (2011) uvádí vývojová stádia. Ta jsou závislá na věku a vyzrálosti člověka. Jiné potřeby bude mít novorozenec oproti staršímu vyzrálému dítěti. Dalšími faktory mohou být kultura, rodina a samotné onemocnění, kterým nám rázem u pacientů vznikají nové potřeby. V případě, že všechny tyto potřeby nejsou krátkodobě uspokojovány, můžeme se u dětí setkat s pocitem frustrace.

Základní fyziologickou potřebou je potřeba dýchání. Tato potřeba vzniká už v prvních vteřinách života novorozence, ihned po zaškrcení pupečníku. V případě narušení vzorce dýchání, či výskytu onemocnění respiračního traktu zde hraje velkou roli tvorba ošetřovatelské anamnézy, ke které se váže velké množství otázek. Jako dětskou sestru nás nejčastěji zajímají otázky týkající se genetických predispozic, klinický obraz, prostředí, ve kterém se dítě pohybuje nejčastěji, medikace a celkový životní styl pacienta. Hlavními cíli, které si při zajišťování potřeby dýchání stanovíme, jsou volnost dýchání, udržení optimální plicní ventilace, správný nácvik užívání inhalačních pomůcek, tolerance běžných denních aktivit dítěte bez dechových potíží a správné okysličení krve kyslíkem (Sikorová, 2011).

#### ***1.4 Komunikace s dětským pacientem a spolupráce s rodinou***

Komunikaci lze definovat jako proces, při kterém dochází k výměně informací, začleňování jedince do společnosti, ale také jako stav, při kterém se lidé navzájem ovlivňují. Dobrá komunikace spadá mezi základní priority každého zdravotníka (Kelnarová a Matějková, 2014). Ve zdravotnictví rozlišujeme 3 základní odvětví komunikace. Jednou z nich je komunikace sociální, která se zaměřuje na běžný rozhovor mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem. Druhým typem je komunikace specifická, kterou lze označit také jako plánovanou. Jejím obsahem je především sdělení základních informací o onemocnění, následující léčbě, ale také edukace pacienta. Třetím typem označujeme terapeutickou komunikaci, která je ve zdravotnictví využívána nejvíce. Jejím zásadním cílem je zvýšení účinnosti léčebných postupů u nemocných (Kozierová, 1995) (Plevová a Slowik, 2010).

Komunikaci lze také rozdělit na verbální a neverbální. Verbální se rozumí komunikace pomocí slov, při neverbální komunikaci využíváme tzv. řeč těla (Janáčková a Weiss, 2008) (Plevová a Slowik, 2010). Komunikace s dětským pacientem je velmi specifická a je ovlivňována typem onemocnění, klinickými příznaky a celkovým zdravotním stavem (Plevová, Slowik, 2010). V případě provádění terapeutických úkonů je důležité, aby dětská sestra udržovala komunikace především mezi ní a samotným vyšetřovaným dítětem. Je důležité z dítěte udělat aktéra komunikace a dávat mu tak prostor kdykoliv do hovoru zasáhnout. Velmi účinné je také navázání kontaktu přes oblíbenou hračku dítěte. To, jak se dětská sestra případně lékař chovají k hračce, bude u dítěte vnímáno jako sobě vlastnímu. Vlídne chování k hračce tak v dítěti vzbudí pocit důvěry a bude tak ochotnější s námi navazovat konverzaci. V případě, že dítě nemá svou vlastní hračku, je vhodné mít na dětském oddělení dostatek pomůcek, které mohou sloužit k odpoutání pozornosti od nepříjemného výkonu. Své uplatnění má také neverbální komunikace. V komunikaci s dětským pacientem je velmi důležitý oční kontakt a úsměv (Plevová a Slowik, 2010).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

**Cíl 1:** Zmapovat poskytování ošetrovatelské péče u dětí s respiračními onemocněními hospitalizovaných na dětském oddělení z pohledu rodičů.

**Cíl 2:** Zmapovat postoj rodičů k ošetrovatelské péči u jejich hospitalizovaného dítěte.

### **2.2 Výzkumné otázky**

**Výzkumná otázka 1:** Jak vnímají rodiče ošetrovatelskou péči u jejich hospitalizovaného dítěte s respiračním onemocněním?

**Výzkumná otázka 2:** Jaké ošetrovatelské problémy se nejčastěji vyskytují u dětí s respiračními onemocněními hospitalizovaných na dětském oddělení?

**Výzkumná otázka 3:** Jak se zapojují rodiče dětí hospitalizovaných s respiračním onemocněním do ošetrovatelské péče?

**Výzkumná otázka 4:** Jaká je informovanost rodičů dětí hospitalizovaných s respiračním onemocněním o ošetrovatelské péči?

## **3 Metodika**

### **3.1 Metodika výzkumu**

Pro empirickou část této bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření. Jednou z hlavních odlišností kvalitativního výzkumu od kvantitativního je, že oproti dotazníkům je užitá metoda pomocí rozhovorů. Tyto rozhovory dále můžeme dělit na strukturované a polostrukturované (Svaříček a Šedová, 2014).

V bakalářské práci bylo výzkumné šetření realizováno za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumným souborem této bakalářské práce byli rodiče, jejichž děti jsou hospitalizovány na dětském oddělení s respiračním onemocněním. Rozhovory s rodiči probíhaly přímo na lůžkovém pokoji, nebo v návštěvní místnosti. Rodiče jsou označováni jako R1 - R10. Rodičům byly pokládány předem připravené otázky, kdy ale v případě potřeby bylo využito doptávání se a rozvoj rozhovoru. Otázky k rozhovorům (viz příloha č. 1) byly rozděleny do dvou základních okruhů. První skupina, která obsahovala deset předem připravených otázek, se týkala informovanosti rodičů hospitalizovaných dětí a jejich zapojení do ošetrovatelské péče a ošetrovatelských činností. V této části byly také pokládány doplňující otázky, které se týkaly samotného postoje a názoru dotazovaného rodiče k hospitalizaci, kterou prožívá s dítětem. Druhý okruh otázek, kterých bylo devět, byl zaměřen na specifika týkající se ošetrovatelské péče u dětí s respiračním onemocněním z pohledu samotného rodiče. Rozhovory byly realizovány a následně zpracovávány během března a dubna 2023.

Všechny rozhovory s rodiči R1 - R10 byly zpracovávány ihned při konverzaci s rodičem v programu Microsoft Word pomocí funkce „Diktovat“. Funkce umožňuje okamžitý přepis slov, které dotyčný říká. Všechny tyto rozhovory byly následně kódovány pomocí metody „tužka a papír“. Na základě analýzy těchto rozhovorů byly určitým oblastem přiděleny kódy a výsledky byly rozřazeny do jednotlivých kategorií a podkategorií.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Pro realizaci tohoto výzkumného šetření bylo vybráno 10 rodičů, kteří byli hospitalizováni s jejich dítětem, které bylo na oddělení přijato z důvodu respiračních obtíží. Velikost souboru byla dána teoretickou saturací dat. Rodičům byly pokládány

otázky z dvou výše uvedených okruhů, na které následně odpovídali. Dialogy trvaly přibližně 10 – 15 minut. Šetření probíhalo na dětských odděleních ve dvou vybraných nemocnicích Jihočeského kraje. Pro zachování anonymity nejsou v metodice uvedeny názvy těchto zdravotnických zařízení. Písemné souhlasy s provedením výzkumného šetření na daných odděleních od hlavních sester těchto nemocnic jsou k dispozici u autorky této práce.

Pro podrobnější identifikaci oslovených probandů byla vytvořena tabulka s identifikačními údaji rodičů (viz Tabulka č. 1).

**Tabulka 1** Identifikační údaje dotazovaných rodičů

<b>Proband</b>	<b>Označení</b>	<b>Diagnóza hospitalizovaného dítěte</b>	<b>Věk dítěte</b>
<b>Rodič 1</b>	R1	Pneumonie	3 roky
<b>Rodič 2</b>	R2	Bronchitida	3 roky
<b>Rodič 3</b>	R3	Laryngitida	1,5 roku
<b>Rodič 4</b>	R4	Bronchitida	2,5 roku
<b>Rodič 5</b>	R5	Laryngitida	4 roky
<b>Rodič 6</b>	R6	Kašel	3 měsíce
<b>Rodič 7</b>	R7	Bronchitida	2 roky
<b>Rodič 8</b>	R8	Asthma bronchiale	5 let
<b>Rodič 9</b>	R9	Pneumonie	3,5 roku
<b>Rodič 10</b>	R10	Laryngitida	2 roky

Zdroj: vlastní šetření, 2023

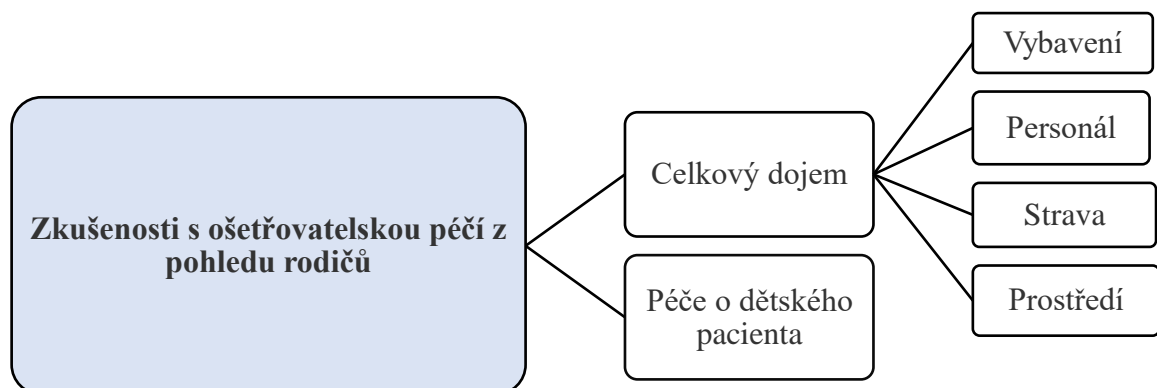
Tabulka 1 představuje identifikační údaje rodičů, kteří byli účastníky našich rozhovorů. Rodičům bylo přiděleno označení R1 - R10. Všechny dotazované byly ženy. Dále je v tabulce uvedena základní diagnóza respiračního onemocnění, s níž bylo dítě na dětské oddělení přijato. Poslední sloupec tabulky popisuje věk dítěte s daným respiračním onemocněním.

## 4 Výsledky výzkumného šetření

### 4.1 Kategorie 1: Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí z pohledu rodičů

Tato kategorie se zaměřuje na to, jaké mají rodiče zkušenosti s ošetrovatelskou péčí na dětských odděleních a jak vnímají ošetrovatelskou péči o jejich dítě, které bylo přijato na dětské oddělení k hospitalizaci. Kategorie byla stanovena na základě provedené analýzy rozhovorů s participantkami R1 - R10. Kategorie byla dále rozdělena na 2 podkategorie – Celkový dojem a Péče o dětského pacienta. Dále do schématu 1 také byly doplněny pod podkategorii Celkový dojem jednotlivé výsledky, které vyplynuly ze zrealizované analýzy získaných rozhovorů.

Schéma 1 – Kategorie *Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí z pohledu rodičů*



Zdroj: vlastní šetření, 2023

#### *Podkategorie: Celkový dojem*

Při kladení otázek z okruhu 1, který se týkal informovanosti a zapojení rodičů do ošetrovatelské péče, byl rodičům pokládán doplňující dotaz související s jejich spokojeností a celkovým dojmem z hospitalizace. I přesto, že bylo výzkumné šetření

prováděno ve dvou odlišných nemocnicích a městech, odpovědi oslovených participantek byly téměř shodné.

Necelá polovina dotazovaných, konkrétně matky R3, R5, R8 a R10, odpovídaly především na oblast, která se týkala vybavení dětských oddělení. Matka R3 odpověděla, že je velmi spokojena s výbavou a možností vlastního sociálního zařízení přímo u lůžkového pokoje. Respondentka R5 uvedla také její spokojenost a velkou překvapenost s diagnostickými přístroji a metodami, které nemocnice v rámci stanovení základní diagnózy využívá. Probandky R8 a R10 byly spokojeny s výbavou dětských oddělení, které nabízejí silnou škálu hraček, knih a různých karetých a deskových her. Respondentka R8 dokonce uvedla, že díky těmto záležitostem se jí daří lépe zajistit klidový režim u jejího dítěte, v odpovědi uvedla: „*Snažím se, aby byl v klidu a nikde moc neběhal a tím, že tady mají spoustu hraček a knížek, tak se mi to určitě daří líp.*“

Další oblastí, se kterou byly matky R1, R2, R3, a R8 spokojené, byl personál. R1 ve své odpovědi uvádí „*Sestřičky jsou hrozně ochotné a vždycky poradí.*“ R8 uvedla: „*Doktoři i sestřičky se snaží.*“ Z odpovědi R2 na otázku, zdali jí byl umožněn prostor na případné dotazy vyplývá též spokojenost s personálem, uvádí odpověď: „*Ano, pořád se mě jak lékaři, tak sestřičky ptali, jestli všemu rozumím a ať se případně nebojím zeptat, takže se tedy nebojím a ptám se a vždycky mi úplně ochotně pomohou.*“

Další podkategorií, která vyplynula z analýzy odpovědí našich respondentek je strava. Přesněji matky R1, R4 a R9 vyjádřily jejich spokojenost, která se týkala stravy a stravování v nemocničním prostředí. R9 odpověděla: „*Bolelo ho břicho, tak nechtěl jíst úplně tolik, ale to se po těch antibiotikách hned zlepšilo a už jí zase moc hezky, ještě i když tady tak dobře vaří, tak s tím opravdu problém už není.*“

Poslední utvořenou podkategorií spadající pod celkový dojem rodičů bylo prostředí. Komunikační partnerky R6 a R7 ve svých odpovědích uváděly spokojenost s čistotou a klidovým režimem na oddělení. Konkrétně R7 uvedla její překvapení především s klidovým režimem, v odpovědi také uvedla dobrou kvalitu spánku.

### ***Podkategorie: Péče o dětského pacienta***

Z analýzy výsledků vyplynulo, že všechny naše oslovené probandky R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10 přihlížejí na péči o pacienty na dětských odděleních velmi pozitivně. Rodiče (R2, R4, R7 a R10) na otázku, zda jsou spokojeni s péčí, která je

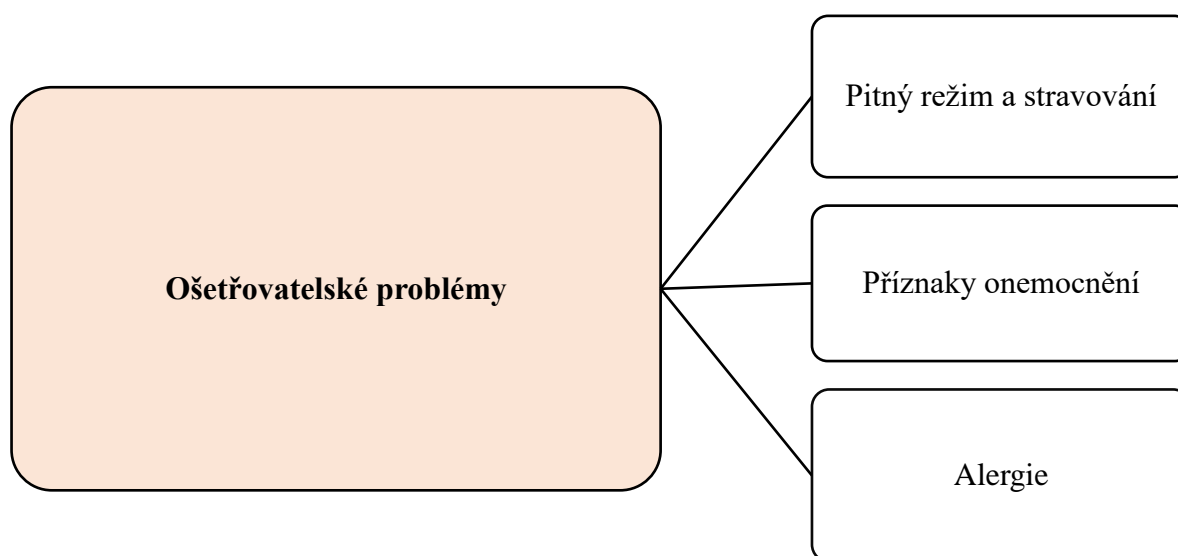
poskytována jejich hospitalizovanému dítěti odpověděli, že s přístupem personálu byly naprosto spokojeni, a naopak je tento přístup mile překvapil. R4 konkrétně ve své odpovědi uvedla: „*No jsem tady s péčí spokojená hrozně moc, naopak jsem až možná i trochu překvapená, protože jsem měla trochu strach, když vím, jak to občas je na jiných odděleních pro dospělé, kde na nic není čas z důvodu velkého množství pacientů a nízkého počtu personálu a všechno musí být rychlé. Člověk při odchodu vlastně ani neví, co mu pořádně je, ale to se nám tady určitě nestalo. Je fajn, že hlavně u dětí je ta péče mnohem pečlivější.*“ O personálu se ve své výpovědi také zmínila R1: „*No na péči si určitě nemůžeme stěžovat, naopak mi kolikrát bylo až líto sestřiček, kolik času tady tráví, a i přesto jsou pořád usměvavé a je vidět, že je ta práce baví.*“ Matky R3 a R5, které ve svých odpovědích uvedly, že se nejedná o jejich první hospitalizaci s dítětem se také shodly, že se péče na dětských odděleních stále vyvíjí dopředu. Probandka R3 odpověděla: „*Tak myslím si, že vzhledem k tomu, že jsme tu už nějaký ten čas strávili, tak můžu říct, že každá hospitalizace byla úplně jiná. Přijde mi, že s postupem času se dětské oddělení naučilo hodně zapojovat rodiče, takže si myslím, že i pro nás je to lepší, že máme více pod kontrolou, co se dítěti dává za léky a jaké vyšetření mu třeba zrovna dělají.*“ K progresu dětského oddělení a ošetrovatelské péči se také vyjádřila R5 se slovy: „*No, za mě ta péče jde jako obrovsky dopředu, dříve jsem tu s onemocněním ležela s malou týden a dneska s tím samým onemocněním odcházíme za 3, maximálně za 4 dny téměř zdravé.*“ Zbytek oslovených participantek R6, R8 a R9 se zaměřil na vyjádření své spokojenosti přímo se zdravotnickým personálem. Matka R6 vyjádřila spokojenost s dětskými sestrami, které přenášejí na matky své zkušenosti a různá doporučení, v odpovědi řekla: „*Tak jako určitě si stěžovat nemůžu, líbí se mi, že sestřičky berou v potaz to, že jsem tu s malým poprvé a snaží se mi dávat i různé rady pro příště a není to jen o tom napravit do malého co nejvíc léků.*“ R8 v odpovědi uvedla: „*Tak samozřejmě že doufám, že hospitalizace u malého bude nutná co nejméně, ale stará se tu o nás tím docela mladých sestřiček, které je vidět, že jsou zapálené, plné síly a že hlavně mají rády děti, takže péče za mě skvělá.*“ R9 v odpovědi uvedla, že je spokojena s pečlivostí personálu a také s prací studentů, kteří na dětské oddělení docházejí na praxe v rámci vzdělávání.



## 4.2 Kategorie 2: Ošetrovatelské problémy

Druhá kategorie se zaměřuje na ošetrovatelské problémy a obtíže u dětí, které jsou hospitalizovány na dětském oddělení s respiračním onemocněním. Na základě výpovědí rodičů byly stanoveny 3 podkategorie – Pitný režim a stravování, Příznaky onemocnění a Alergie.

### Schéma 2 – Kategorie Ošetrovatelské problémy



Zdroj: vlastní šetření, 2023

#### **Podkategorie: Pitný režim a stravování**

Na otázku, zda rodiče kontrolují u dítěte v průběhu nemoci pitný režim a stravování odpověděla polovina matek, konkrétně R1, R3, R4, R7 a R8, že kontrolují a všímají si toho, kolik jejich dítě během dne vypije tekutin a jak se stravuje. Matky R1, R3, R4, R7 a R9 uvedly, že jejich dítě v průběhu onemocnění trpí poruchou stravování, nebo mají problémy s pitným režimem. Respondentka R6 také uvedla, že hlavním důvodem hospitalizace jejího syna bylo odmítání pití a problémy s kojením. V odpovědi uvedla „*Tak malej je plně kojenný, tak se to nedá úplně tak kontrolovat, kolik toho vypije, ale radši jak se mu blbě pilo, jak měl ucpaný nos, tak jsme radši i dávali po kapičkách kojeneckou vodu, aby nebyl dehydratovaněj.*“ Matky R2 a R10 uvedly, že kontrolovat

stravování, ani pitný režim nebylo třeba, že s tím jejich děti nikdy problém neměly, ani v průběhu tohoto onemocnění. Respondentka R5 odpověděla, že se stravováním u její dcery nenalezla žádné problémy, ale v pitném režimu jsou jisté nedostatky, uvedla: „Stravování úplně hlídat nemusím, dcera jí dobře, ale s tím pitím je to horší, to jí musím pořád nabádat, aby se napila, ale to nevím úplně přesně, kolik vypije, ale 1,5l denně vypije určitě.“ Respondentka R8 jako jediná uvedla, že pitný režim a stravování u svého dítěte kontroluje preventivně i přesto, že se v této oblasti u jejího dítěte neobjevují žádné potíže.

### ***Příznaky onemocnění***

***Tabulka 2 Příznaky onemocnění***

<b>Příznaky onemocnění</b>	<b>Proband</b>
Strach	R1, R4, R5, R9
Pláč	R1, R5
Hypertermie	R1, R2, R3, R4
Kašel	R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10
Dušnost	R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10
Bolest na hrudi	R1, R8
Zvracení	R1, R7
Problémy se spánkem	R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8, R9
Bolest břicha	R1, R2, R9
Tachypnoe	R2, R4
Sípaní	R2, R5, R8, R10
Únava	R2, R4, R7, R8, R9
Rýma	R2, R3, R5, R6, R7, R9, R10
Štěkavý kašel	R3, R5, R10
Obstipace	R4
Problémy s kojením	R6
Průjem	R7
Vyrážka	R8
Slzení očí	R8
Bolest uší	R9
Ztráta hlasu	R10

Zdroj: vlastní šetření, 2023

Z odpovědí na otázky, jaké příznaky a problémy se vlivem tohoto onemocnění u dítěte nejvíce objevovaly, uvedly všechny matky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) jako jedny z hlavních příznaků respiračního onemocnění jejich dětí kašel a dušnost.

Dalším nejčastějším společným problémem, který matky ve svých odpovědích uváděly, byly problémy se spánkem. Tuto potíž uvedly konkrétně matky R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8 a R9. Matka R2 uvádí, že její dcera má také přerušovaný spánek z důvodu výkonu ošetrovatelských činností. Ve své výpovědi odpověděla: „*Pak vlastně i sestřičky chodí co dvě hodiny s tou saturací, která jí v noci klesne klidně i na 85, tak jí musejí ještě dávat i ten kyslík a je tam vždycky takový šrumec no, takže má ten spánek hodně přerušovaný.*“ Stejný problém uvedla i respondentka R9: „*No jak ho bolelo to břicho, tak to úplně nejedl tak moc, jako normálně, takže asi ta porucha stravování a ted' možná i ta porucha spánku, občas se ještě v noci zakašle a chodí mu měřit tu saturaci, takže to takové asi jediné.*“ Matka R9 také jako jediná z dotazovaných uvádí příznak bolesti uší: „*Jinak byl unavený a stěžoval si i na bolest břicha a hlavy a taky ukazoval na ouška, že ho hodně bolí.*“

Dalším velmi čtým příznakem, který matky ve svých odpovědích uváděly, je rýma. Na této společné odpovědi se shodly respondentky R2, R3, R5, R6, R7, R9 a R10. Matka R10 označovala rýmu jako počáteční faktor respiračního onemocnění u jejího dítěte: „*Začínala jí trochu rýma, ale tu má snad celoročně, takže tomu jsem nějak nedávala velkou příčinu a pak v noci začala ale lapat po dechu, dusit se a hrozně kašlat, ale byl to jiný kašel než normálně, takový ten štěkavý.*“ Naopak matka R5 uvádí, že rýma u jejího dítěte byla přechodnou fází: „*Jsmetady s laryngitidou s následným přechodem do rýmy a kašle.*“

Rodičům byla také podávána otázka týkající se odsávání, případně využití jiné hygieny dýchacích cest v průběhu hospitalizace. V odpovědích, že odsávání u jejich dítěte využívají, nebo využívaly v průběhu hospitalizace, se shodovaly respondentky R2, R3, R4, R6, R7 a R10. Jediná účastnice R7 odpověděla, že v průběhu pobytu v nemocnici využívali svou vlastní odsávačku, v odpovědi uvedla: „*Odsávání využíváme, ale máme svoji vlastní odsávačku, co jsme si přinesli z domova, takže tuhle nemocniční sestřičky nepoužívaly.*“ Všechny ostatní respondentky R1, R5, R8 a R9 odsávání nesdělávaly z důvodu věku a vyspělosti jejich dítěte. Tyto matky uváděly jako hygienu dýchacích cest smrkání. V odpovědích také zazněla metoda hygieny dýchacích cest a dutin pomocí konvičky. V této odpovědi se shodovaly ženy R5 a R8. Respondentka R5 vyjádřila ve své odpovědi s touto technikou velkou spokojenost, na otázku nám odpověděla následovně: „*Odsávání už není úplně potřeba, ted' už je dcera docela velká, takže zvládá smrkání dobře, ale jinak využíváme konvičku celá rodina, a to mi přijde super.*“ Respondentky také uváděly jiné metody hygieny dýchacích cest. R6 odpověděla: „*Tak odsáváme a taky*

*jsme používali mořskou sůl na hygienu nosu, Stérimar, takovou mlhu.*“ Matka R8 v odpovědi kromě konvičky uváděla také Vincentku. Respondentka R9 uvedla následující odpověď: *„Jinak mu chodí dávat 3 denně do nosu kapičky Sanorin na rýmu a jak ho bolelo ucho, tak i kapky do ucha, jinak nic.“*

Z tabulky příznaků (viz Tabulka 2) se dále dozvídáme další problémy, které uváděly matky ve svých odpovědích. Matka R7 uvedla v odpovědích jako jediná příznak průjmu, který souvisel s antibiotickou léčbou: *„Tak to souvisí s tou dušností a s tím kašlem, takže určitě ta porucha dýchání, v noci má ten kašel, takže se taky často budí a jakmile jí dali ty antibiotika, tak měla i průjem, ale nechtěla ani moc jíst.“* Naopak respondentka R4 uvedla opačný problém, tedy obstipaci. R4 spojovala tuto potíž u svého dítěte se strachem z celkové hospitalizace, v odpovědi uvedla: *„A dneska jí taky musely sestřičky dávat čípek na zácpu, ale to si myslím, že je spíš tím strachem, jak jsme v tý nemocnici no.“* V odpovědích na naši otázku týkající se příznaků uvedla strach také respondentka R5, ale v souvislosti s usínáním: *„To mi i vždycky před spaním říká, že má strach, že zase nebude moc dýchat a vzbudí jí to.“*

Ve společném příznaku štěkavého kašle se sešly v odpovědích matky R3, R5 a R10, jejichž děti byly na oddělení přijaty z důvodu laryngitidy. R5 popsala ve své odpovědi přesný mechanismus příznaků, které předcházejí tomuto štěkavému kašli, v její odpovědi to popsala takto: *„No přichází to vždycky v noci, z ničeho nic, vždycky si jdeme lehnout, přečtu pohádku, malá usne a vždycky tak po 2-3hod. se vzbudí a začne lapat po dechu, dusí se a má takový to úplně typický štěkavý kašláni. No a přes den zase jakoby nic, prostě to je hlavně v noci no, ale tohle štěkavý kašláni je hlavně ty první dvě noci, zbytek noci už je to jenom takový to chrochtání až sípání, ale dýchá se jí už dobře.“*

Matka R8 s dítětem hospitalizovaným pro asthma bronchiale popsala jako jediná z oslovených příznaky vyrážky a slzení očí: *„Do toho má pod krkem a v ohybech na rukách vyrážku. Taky mu teklo z nosu a z očí.“*

Z odpovědí se také dozvídáme, že matky uváděly u svého dítěte bolest břicha. Tento příznak uvedly konkrétně matky R1, R2 a R9. Jak je již výše popsáno v teoretické části této bakalářské práce, tyto obtíže ve spojení s pneumonií nejsou výjimečným případem. Obě matky, tedy R1 a R9, které byly hospitalizovány se svým dítětem z důvodu pneumonie, tento příznak uvedly.

Ztrátu hlasu u svého dítěte uvedla pouze R10: „*A to se pak ráno probudila a jak sípala, až úplně ztratila hlas.*“

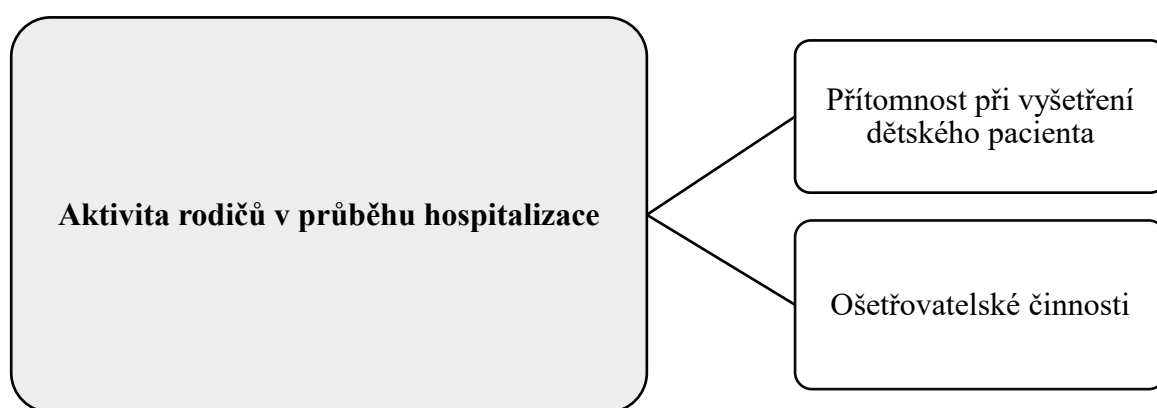
### **Podkategorie: Alergie**

Další a poslední podkategorii, která byla na základě odpovědí respondentek stanovena je podkategorie Alergie. Rodičům byla pokládána otázka, zda jejich dítě trpí nějakou alergií, popřípadě jakou. Matkám, které uvedly, že jejich dítě trpí nějakou alergií, byla dále položena doplňující otázka, zdali se obtíže spojené s alergií projevují nějakými respiračními potížemi, případně jakými. Odpovědi některých matek se lišily. Respondentky R1, R2, R3, R6, R7 a R9 odpovídaly nejčastěji větou, že si nejsou žádné alergie vědomy a že se s tímto problémem prozatím nesetkaly. Respondentka R5 odpověděla, že její dceři žádná alergie nebyla přímo potvrzena, ale dle příznaků vyzorovala, že zde bude patrná intolerance na mléko a mléčné výrobky, v odpovědi přesněji uvedla: „*No vyloženě alergií jako netrpí, nemáme to na papíře, ale vyzorovala jsem, že mléko a mléčné výrobky jí nedělají úplně dobře.*“ Matky jsme se také zeptaly, jaké příznaky vyzorovala, R5 řekla: „*Přijde mi, že pokaždé co sní nějaký mléčný výrobek, tak je tak jako úplně zahleněná a udělá se jí taková pupínkovitá krupička na tvářích, má to fakt jenom po tom mléčném, takže se to snažíme omezovat.*“ Zkušenosti s přímo potvrzenou alergií ale mají matky R4, R8 a R10. Respondentka R4 na otázku týkající se toho, zda její dítě trpí nějakou alergií, odpověděla: „*Ano, má alergii na kravské mléko.*“ Mezi základní příznaky po konzumaci kravského mléka její dcerou uvedla: „*No ze začátku to byly spíše takové ty zažívací potíže jako je průjem a zvracení a jednou se jí taky udělala vyrážka na rukách a v tříselech, ale teď už si na to dáváme s manželem pozor a nedáváme jí kravské mléko vůbec, abychom tak předešly možným komplikacím. Respirační potíže žádné ale neměla.*“ Dotazovaná R8, jejíž dítě bylo na oddělení přijato s asthma bronchiale, uvedla u jejího dítěte alergii na roztoče a pyly. V odpovědi týkající se příznaků uvedla tyto potíže: „*Tak hlavní potíží je určitě taková vodovitá rýma, která nejde zastavit. Pak mu taky teklo hodně z očí a celkově je měl takový zarudlý. A jinak jsou to teda ty potíže nejspíše spojený dohromady s tím astmatem, jako byla ta dušnost, kašel, takové chrčení při výdechu a obtížný nádech.*“ Poslední účastnicí, která potvrdila alergii u svého dítěte byla R10, která odpověděla: „*Ano, malá má alergii na všechny možné citrusy od citrónů, až po mandarinky a taky na rajčata.*“ Do hlavních projevů této alergie matka zařadila ekzém na horních končetinách, oteklá ústa a také výskyt aftózní stomatitidy v dutině ústní. Jako respirační potíže uvedla kašel a pálení v krku.

### 4.3 Kategorie 3: Aktivita rodičů v průběhu hospitalizace

Třetí utvořená kategorie, která vznikla na základě výpovědí participantek, se zaměřuje na oblast aktivity a zapojování rodičů zdravotnickým personálem do ošetrovatelské péče poskytované u jejich hospitalizovaného dítěte. U této kategorie byly stanoveny 2 podkategorie – Přítomnost při vyšetření dětského pacienta a Ošetrovatelské činnosti.

#### Schéma 3 – Kategorie Aktivita rodičů v průběhu hospitalizace



Zdroj: vlastní šetření, 2023

#### **Podkategorie: Přítomnost při vyšetření dětského pacienta**

Rodičům byla podávána otázka týkající se diagnostiky a diagnostických metod, které byly využívány v rámci stanovení základní diagnózy u jejich hospitalizovaného dítěte s respiračním onemocněním. Dále nás také v rámci stanovení diagnózy zajímalo, zdali matkám bylo umožněno být u těchto výkonů přítomna. Všechny probandky R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10 uvedly, že byly fyzicky přítomny u všech výkonů, které byly u dítěte provedeny. Matka R2 v odpovědi uvedla: „*U všeho jsem byla normálně s ní, nikdo mě nevyháněl, všichni jsou tu na nás moc hodní.*“ R6 uvedla, že personál její přítomnost v rámci diagnostiky přímo vyžadoval. Ve své odpovědi uvedl každý z rodičů, tedy R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10 jako jednu z hlavních diagnostik odběr

krve. Matky R2 a R7 blíže specifikovaly ve svých výpovědích, o jaký odběr krve se přesněji jednalo. Respondentka R2 uvedla, že u její dcery byl proveden odběr kardiomarkerů, který byl prováděn odděleně od všech ostatních. R7 v odpovědi zmínila měření CRP. Dalším vyšetřením, které rodiče uváděli ve svých odpovědích, bylo základní fyziologické vyšetření. Respondentky R3, R4, R5 a R7 uvedly, že se jedná o vyšetření, které je součástí každé ranní vizity. Respondentka R3 ještě navíc uvedla, že vyšetření bylo provedeno již na příjmové ambulanci, ve své odpovědi popisovala: „*No, malýho poslouchali i prohlíželi hned na tý příjmový ambulanci a dělají to pořád i při vizitě ráno.*“ R8 zmínila, že toto vyšetření provádějí lékaři vždy. Probandky R6 a R9 řekly, že lékaři běžně dítě kontrolují.

Další diagnostikou, které se mohly matky s jejich dětmi účastnit a kterou popisovaly ve svých odpovědích, byl rentgen plic. Tuto odpověď konkrétně uvedly respondentky R1, R2, R3, R4, R8 a R9. Matky se také mohly účastnit diagnostiky ultrazvukového vyšetření břicha. Tuto diagnostickou metodu uvedly ve své odpovědi rodiče R1, R2, R8 a R9. Matka R1 v odpovědi popsala: „*Taky jsme byli na rentgenu plic a srdíčka a dneska nám vlastně ještě dělali i ultrazvuk bříška, protože si stěžoval, že ho začalo bolet, tam jsem s ním taky byla a držela ho za ruku.*“ Další diagnostikou, kterou matky ve svých odpovědích uváděly, byly výtěry horních a dolních dýchacích cest. V této odpovědi se konkrétně shodovaly matky R1 a R3. Matka R1 odpověděla: „*Sestřičky mě hodně využily, když malému odebíraly krev, nebo dělaly výtěr z nosu a krku. Malého jsem při výtěru měla na sobě a držela jim ho a uklidňovala, protože se hrozně bál a plakal.*“ Respondentka R3 popsala: „*Jinak ještě dělali výtěr z nosu, z krku a dneska i z konečníku a vždycky mi bylo umožněno být u toho přítomna.*“ Výtěr z rektu v odpovědích uvedly také R1 a R2. Matka R2 také jako jediná v odpovědi popsala, že u její dcery bylo provedeno vyšetření EKG. R8 jako jediná z dotazovaných zmínila spirometrické vyšetření a odběr anamnézy. Řekla, že při výkonu spirometrického vyšetření jí syn seděl na klíně a byl tak klidnější. Podrobněji ve své výpovědi také uvedla, jak probíhal odběr anamnézy: „*Ale hlavně se mě hodně vyptávali tedy na to, jak bydlíme, jestli kouříme, jestli máme doma nějaké zvíře a jestli má asthma i někdo z rodiny.*“

### ***Podkategorie: Ošetrovatelské činnosti***

Respondentkám byla pokládána otázka, zdali se podílejí na ošetrovatelské péči u jejich dítěte, popřípadě jakým způsobem a do jakých činností jsou zapojovány. Z analýzy

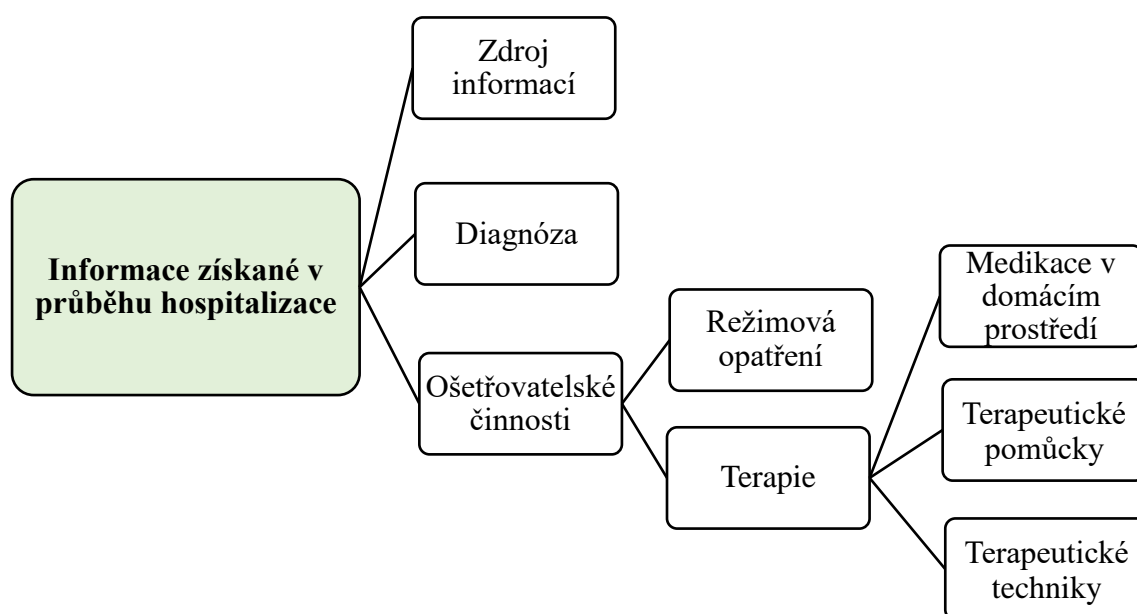
rozhovorů vyplynulo, že nejčastějším zapojením do ošetrovatelské péče, kterou matky uváděly ve svých odpovědích, bylo podávání sirupu. Tuto odpověď uvedly respondentky R2, R4, R5, R7 a R10. Matky také zmiňovaly podávání kapek do nosu, tuto odpověď uvedly konkrétně R2, R5 a R10, která odpověděla: „*Určitě podílím, malé dávám kapičky do nosu a Fenistilové kapky a přes den taky Mucosolvan na vykašlávání, co nám předepsali.*“ Matky se také shodovaly v odpovědi, kdy uváděly shodně podávání inhalačních léků. Tuto odpověď označily respondentky R3, R4, R7, R8 a R10. Participantka R7 odpověděla: „*Pak mě taky sestřičky učí inhalovat s tím chamberem, takže do toho jsem taky zapojovaná a jinak taková ta klasika, jako je hygiena, snažím se, aby i malá smrkala, takže to dělám taky sama.*“ R7 v odpovědi zmiňuje také zapojení do hygieny a spolu s ní toto označily také probandky R2, R5 a R8. Matka R5 uvedla: „*A činnosti no, tak to jsou určitě všechny různé odběry, rentgeny, hygiena a i takový to uklidnění tý malý.*“ Zmíněné uklidnění uvedla také respondentka R6: „*Určitě, tak když malému třeba odsávají hleny z nosu, tak mu držím hlavičku, aby nebyl tak ve stresu a snažím se ho uklidnit.*“ Asistenci při odsávání uvedly kromě R6 také matky R4 a R10. Rodič R4 konkrétněji uvedl: „*No, na sestru si hrát určitě nechci, ale řekla bych, že mě docela využívají hlavně teda když malou museli odsávat, tak to jsem jí musela držet hlavičku a být u ní a jinak taková klasika, když přinesou sirup, nebo mám inhalovat, tak to malý podávám normálně sama, to si hlídáme.*“ Jediná respondentka R2 popsala ve své odpovědi zapojení do oxygenoterapie: „*A pak tedy i když malé podávají hlavně tedy v noci kyslík, tak hlídám, aby ta hadička šla na ní a někam k oknu.*“ R1 uvedla, že je v rámci hospitalizace jejího dítěte zapojována pouze do odběrů biologického materiálu, kdy své dítě v rámci tohoto výkonu utěšuje, ale jinak se na ošetrovatelské péči nijak nepodílí. Matka R8, která byla s dítětem přijata na oddělení pro asthma bronchiale popsala, že její snahou je dítě během dne zaměstnávat a do činností uvedla také stravování jejího dítěte. Respondentka také zmínila, že byla zapojena do rehabilitačního procesu u jejího dítěte. Jediná respondentka R9 odpověděla, že se na ošetrovatelské péči nijak blíže nepodílela, odpověděla: „*On to všechno zvládal sám, takže někdy jsem byla u toho, někdy ne, ale on to zvládal všechno krásně sám, takže jsem se nijak ani nepodílela.*“



#### 4.4 Kategorie 4: Informace získané v průběhu hospitalizace

V kategorii 4 jsme se zaměřily na několik oblastí, ve kterých jsme zjišťovali míru informovanosti rodičů hospitalizovaných dětí s respiračním onemocněním. Data vycházejí z odpovědí všech participantek, tedy R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10. Ze získaných odpovědí byla provedena analýza a na základě toho byla stanovena tato kategorie, která obsahuje další 3 podkategorie – Zdroj informací, Diagnóza a Ošetrovatelské činnosti.

Schéma 4 – Kategorie *Informace získané v průběhu hospitalizace*



Zdroj: vlastní šetření, 2023

##### **Podkategorie: Zdroj informací**

Na první oblast, na kterou jsme se v okruhu informovanosti rodičů zaměřili, je zdroj informací. V této oblasti byla rodičům podávána otázka, kdo jim nejčastěji poskytuje informace o zdravotním stavu a ošetrovatelských činnostech provádějících u jejich hospitalizovaného dítěte. Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že probandky získávají informace od pediatriů a dětských sester. Participantky R2 a R10 ve svých odpovědích jednoznačně uvedly, že nejčastěji získávají informace od lékařů a lékařek na dětském oddělení. R9 uvedla, že informace dostává od lékařů i dětských sester, ale spíše jsou to

lékaři, kteří ji o zdravotním stavu a ošetrovatelských činnostech informují. Na druhé straně matky R4, R6 a R7 popsaly, že nejvíce informací se jim dostává ze strany dětských sester. Matka R6 v odpovědi uvedla: „*Tak chodí sem za námi doktoři, ale asi nejvíce sestřičky nám tady pomáhají a informují nás o tom, co se bude a nebude dít.*“ Zbylí rodiče R1, R3, R5 a R8 řekli, že zprávy dostávají jak od pediatrů, tak dětských sester. Matky R1 a R3 popsaly, že z hlediska zdravotního stavu je to nejčastěji lékař, kdo je informuje a ošetrovatelské činnosti si obstarávají dětské sestry. R1 blíže popsala: „*O zdravotním stavu nás vždycky informuje lékařka při vizitě, ale jinak všechny ostatní informace dostáváme od sestřiček, které sem za námi chodí, když jdou třeba dát malému léky, nebo měřit teplotu.*“ Podobně tak uvedla odpověď i respondentka R3: „*Doktoři i sestřičky, asi obojí nastejno. Doktoři při vizitě sdělují léčbu a výsledky vyšetření a sestřičky sem chodí, když malému dávají léky, nebo když potřebujeme odsávat, takže o těchto věcech zase komunikují více s nimi.*“

#### ***Podkategorie: Diagnóza***

Další oblastí, kterou jsme z ohledu informovanosti zkoumali, bylo seznámení s diagnózou, s níž bylo dítě na oddělení přijato. Matkám byla pokládána otázka, zdali byly seznámeny s diagnózou, se kterou bylo jejich dítě přijato na dětské oddělení. Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že všechny dotazované matky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) byly s diagnózou plně seznámeny a jsou si vědomy všech okolností, které se tohoto onemocnění týkají. Matky R1, R3 a R10 ale také ve svých odpovědích popsaly, že i přes srozumění a informovanost ze strany lékařů a dětských sester použily na vyhledávání bližšího popisu onemocnění internet. Matka R1 uvedla, že použila vyhledávání na internetu z důvodu, že s daným onemocněním neměla žádné zkušenosti, odpověděla: „*Ano, všechno nám bylo vysvětleno, ale také jsem si o zápalu plic hodně přečetla na internetu, protože jsem s tím neměla žádné zkušenosti.*“ Na druhé straně dotazovaná R5 odpověděla, že z důvodu předchozích zkušeností, kdy se u jejího dítěte objevovaly podobné příznaky, byla připravena na fakt, že se bude jednat o laryngitidu.

#### ***Podkategorie: Ošetrovatelské činnosti***

Poslední podkategorie z hlediska informovanosti rodičů je zaměřena na ošetrovatelské činnosti. Všechny participantky uvedly, že byly vždy seznámeny s ošetrovatelskými činnostmi a výkony, které během dne budou u dítěte prováděny. Matka R6 také uvedla,

že měla možnost u výkonů být, přihlížet a také se doptávat, odpověděla: „*Ano, všechno jsme věděli a když mu brali krev, tak jsem u toho normálně byla a doptávala jsem se.*“

V rozhovorech jsme se dále také zaměřovali na to, zdali a jak jsou matky informovány ohledně režimových opatření. V případě, že matky odpovídaly, že jsou poučeny o režimových opatřeních, následovala doplňující otázka: „*Jaká opatření jsou u vašeho dítěte dodržována?*“ Jediné participantky R7 a R9 uvedly, že nebyly seznámeny s opatřeními týkající se režimu u jejich hospitalizovaného dítěte. Ostatní rodiče, tedy R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8 a R10, seznámeni a poučeni byli. Nejčastěji se v odpovědích objevovalo opatření týkající se pitného režimu, tuto odpověď uvedly probandky R1, R3, R4, R5 a R8. Matka R1 konkrétněji popsala, že dětské sestry také kontrolují přesné množství přijatých tekutin během dne, odpověděla: „*Říkaly mi sestřičky o tom pitným režimu, každý večer se nás chodí ptát, jestli byl X na velký a kolik vypil hrnečků čaje.*“ Rodiče R1, R3, R5, R6 a R10 také v odpovědích uváděli, že byli poučováni o dostatku čerstvého vzduchu a že jim bylo doporučeno časté větrání na pokoji, ale i v domácím prostředí. R6 v odpovědi uvedla: „*Jo určitě, tak hlavně abychom větrali, aby malej nebyl v přetopené místnosti a neměl suchý vzduch.*“ Respondentka R10 také v odpovědi zmiňovala, že jí bylo doporučeno pobývat přímo na čerstvém vzduchu. Dalším opatřením, se kterým byly matky u jejich dítěte seznámeny a které uvedly ve svých odpovědích byl klidový režim, toto označily probandky R2, R5, R6 a R8. Matky R2 a R3 také shodně uvedly, že byly poučeny o izolačním režimu u jejich dítěte. R3 například uvedla: „*I nás upozorňovali, aby malej nevycházel úplně často z pokoje, že jsou na oddělení nějaký střevní chřipky, tak aby to nechytl.*“ R3 a R10 se také shodly v odpovědi, kdy obě uvedly, že byly seznámeny s podáváním medikace u jejich dětí. Jako jediná z oslovených, uvedla R5 také opatření týkající se hygieny rukou, v odpovědi blíže popsala: „*A ještě teda co mě napadá, tak mluvily sestřičky taky hlavně o mytí rukou, ale to spíš bylo mířený hlavně na mě, když se tady pohybuju po chodbě, nebo si jdu pro kafe.*“ Odlišnou odpověď od všech ostatních také uvedla R6, která zmiňuje jakési spíše doporučení, ze strany dětské sestry. Na otázku týkající se opatření u jejího dítěte uvedla: „*Pak mi bylo také doporučeno dávat namočené látkové pleny okolo postýlky a také zvedat postýlku, aby ležel z kopce a neležel úplně rovně na zádech.*“ Se zvýšenou polohou pacienta se s R6 také shodly R5 a R10. V odpovědích se také objevila edukace a informovanost rodiče z ohledu úklidu domácnosti a přizpůsobení podmínek domácího prostředí. Participantka R8 to popsala

v odpovědi následovně: „*Ale hlavně nás poučovali o tom, abychom doma utírali hodně prach a abych prala častěji povlečení, deky a různé plyšáky.*“

Další podkategorií ošetrovatelských činností, která vznikla na základě odpovědí respondentek je terapie. V našem rozhovoru následovala otázka, která se týkala informovanosti rodičů z hlediska podávání medikace v domácím prostředí. Dotazované R1, R2, R6 a R9 odpovídaly, že prozatím s informacemi ohledně domácí terapie nebyly seznámeny. R1 v odpovědi uvedla: „*Zatím ne, nikdo nám neříkal, co máme doma dělat, až nás pustí. Nevím, jestli bude muset brát ještě nějaké léky, nebo tak.*“ Na druhé straně probandky R3, R4, R5, R7, R8 a R10 uváděly, že o podávání medikace v domácím prostředí byly personálem řádně poučeny a informovány. Konkrétně R5 uvedla, že i vzhledem k předchozím zkušenostem je s domácí medikací seznámena i z předchozích absolvovaných hospitalizací, odpověděla: „*Ano, informace mám a hlavně to není opravdu naše první hospitalizace, takže už vím, co a jak, na kašel dáváme sirup a na rýmu máme sprej.*“ Respondentka R8 popsala, že vychází z informací, které jí poskytují dětské sestry, v odpovědi popsala: „*Ano, snažíme se vycházet z toho, co nám tady sestřičky ukazují, aby měl malý tu masku vždy dobře danou a aby to správně těsnilo a nikde neunikalo. Taky vím, že mám po tom vstříknutí léku počkat nějaký čas, aby to dostatečně vydýchal z té masky a neutekl lék zase ven.*“

Dále jsme se v rozhovorech s rodiči zaměřili na to, jak jsou informovaní ohledně používání terapeutických pomůcek. Zajímalo nás, zda rodiče vědí jak, tedy v jaké míře a čase, mají indikované terapeutické pomůcky užívat a jestli byli seznámeni s aplikací. Jediná oslovená R1 uvedla, že informována o používání nebyla, řekla: „*To úplně ne, léky malému chodí dávat sestřičky a nikdo mi nijak neříká, jak bych to měla dělat případně sama.*“ Matky R5 a R6 uvedly, že informovány o užívání těchto pomůcek nejsou z důvodu, že žádné nevyužívají. Všechny ostatní oslovené probandky, jejichž dítěti byla indikována léčba pomocí nějaké terapeutické pomůcky, uvedly, že informovány o používání byly. R2 uvedla, že byla informována o kyslíkové terapii u jejího dítěte. Ostatní oslovené R3, R4, R7, R8, R9 a R10 odpovídaly, že byly seznámeny s používáním inhalačního nástavce neboli chamberu, pomocí kterého dítěti aplikují inhalační léky. Probandka R4 odpověděla, že o aplikaci byla poučena hned první den a aktivně se do této činnosti zapojila. Oslovená R7 uvedla, že i přes informovanost a příslušné školení personálem informace vyhledávala na internetu. Naopak R9 uvedla, že informace o používání těchto pomůcek má, ale více se do činností nezapojuje, řekla:

*„Jako informovali mě o tom, jak často mu to budou podávat a proč mu to dávají, ale většinou to udělaly sestřičky samy a já se jim do toho nijak nepletla, takže zapojovaná úplně nejsem a jak bych to používala přesně v praxi, to nevím.“*

Poslední oblastí z hlediska terapie jsou terapeutické techniky. Rodičům byla položena otázka, zda jim byly doporučeny nějaké terapeutické techniky, které by napomáhaly stavu jejich hospitalizovaného dítěte. Matky své odpovědi často propojovaly s otázkou číslo 9, z okruhu 1 (viz příloha č. 1). Jediné probandky R1 a R7 popsaly, že jim nebyly doporučeny ze strany zdravotnického personálu žádné terapeutické techniky. Matky R2 a R3 zmiňovaly ve svých odpovědích oxygenoterapii, kterou u svého dítěte spolu s další medikací považovaly za velmi účinnou. Pozitivní vliv medikace na zdravotní stav dítěte také potvrdily matky R4 a R10. Participantky R2, R3 a R8 poznamenaly ve svých výpovědích dechová cvičení s fyzioterapeutkou. R2 popsala: *„No tak teď nám vlastně objednali fyzioterapeutku a ta nám přímo ukázala ty dechový cviky a masáž hrudníčku, jak jí pomoci s tím vykašláváním.“* Masáž hrudníku uváděli také rodiče R4 a R9. Participantka R4 uvedla: *„No dáváme ty léky a ty snad zabírají se zdá a chodí sem za námi i fyzioterapeutka, která malý masíruje hrudník a celkově tak jí i pohlází.“* Respondentky R5 a R6 se shodly, že jejich dítěti pomáhá pobyt na čerstvém vzduchu. R5 vycházela také ze svých předchozích zkušeností s touto technikou, popsala: *„Terapeutické techniky vyloženě ne, ale měli by nás už pouštět domů a to nám říkali, že bychom měli trávit hodně času na čerstvém vzduchu i v průběhu nemoci, když teda samozřejmě malá nebude mít teplotu. To nám doporučovali už minule právě a musím říct, že nám to hodně pomáhá.“* Rodič R6 spolu s R10 také poznamenal zvýšenou polohu dítěte. Jediná matka R8 zmínila v rámci rehabilitace také míčkovou facilitaci, kterou označila velmi pozitivně.

## 5 Diskuze

Pro tuto práci byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat z pohledu rodičů samotnou ošetrovatelskou péči, která je poskytována jejich hospitalizovaným dětem s respiračními onemocněními na dětských odděleních. Ve druhém cíli jsme se zaměřili na to, jaký postoj zaujímají rodiče k ošetrovatelské péči u jejich hospitalizovaného dítěte. Osloveni byli rodiče, kteří byli spolu se svým dítětem hospitalizováni na dětském oddělení.

Otázky v dialozích byly rozděleny na dva okruhy. První okruh se týkal samotné informovanosti a částečně i edukace rodičů zdravotnickým personálem, neboť tyto dvě složky považují za nezbytnou součást celého procesu hospitalizace. Druhý okruh otázek se týkal samotné ošetrovatelské péče spojené s hospitalizací dítěte s respiračním onemocněním. Ve výzkumném šetření jsem se zaměřila záměrně na dětské hospitalizované pacienty do věku 6 let z důvodu přítomnosti i jejich rodičů, kteří tvořili výzkumný soubor. Právě zmínění rodiče jsou dle mého názoru často klíčovou osobou při poskytování ošetrovatelské péče dětským pacientům. S tímto tvrzením souhlasí Sedlářová (2008), která popisuje také důležitost vzájemného vztahu mezi dětskou sestrou a rodičem. Udává, že rodiče by měli být zdravotnickým personálem přijati jako partneři a rovnocenní spolupracovníci.

Respirační onemocnění jsou velmi rozšířena především v dětských kolektivech a jejich výskyt stále stoupá, z tohoto důvodu považují zvolené téma za aktuální. Dle Velemínské (2017) patří onemocnění dýchacích cest dokonce k nejčastějším onemocněním, se kterými se můžeme potkat v dětském věku. Setkáváme se také s vyšším počtem hospitalizovaných dětí, právě z důvodu respiračních obtíží. Četnost výskytu respiračních onemocnění u dětí mě v našich zrealizovaných rozhovorech také zajímala. Rodičů jsem se ptala, kolikrát do roka se jejich děti setkávají s respiračním onemocněním. Z odpovědí vyplynulo, že děti matek R1, R2, R3, R4 a R10 trpí na respirační onemocnění častěji. Matka R3 uvedla, že po prodělání onemocnění virem SARS-CoV-2 se její dítě setkává s respiračním onemocněním do roka častěji, uvedla: „*No, malej je od toho covidu nachcípáný pořád mi přijde, takže jednou za 2 měsíce, možná i za měsíc určitě.*“ Maminky R5, R7 a R8 odpověděly, že nárůst respiračního onemocnění u jejich dítěte zaznamenávají především v zimních a podzimních měsících. R5 v odpovědi uvedla: „*No, od října do dubna to je často, to klidně každý měsíc máme nějaký respirační nemoci.*“

*A přes léto a jaro je to maximálně jednou.*“ Matka se shoduje s Fojtů (2022), která ve svém článku též potvrzuje zvýšený výskyt respiračních onemocnění v podzimních a zimních měsících. Častý výskyt těchto onemocnění nemusí být dán ale pouze obdobím. Kaiserová (2018) například ve své bakalářské práci popisuje opakované onemocnění dýchacích cest dané problematikou, která je spojena s nízkým vitamínem D v krvi u dítěte. Naopak Slezáková (2010) zmiňuje, že časté příčiny způsobující respirační onemocnění u dětí mohou být například anatomicko-fyziologické odlišnosti dýchacího systému u dětí, nebo také negativní vlivy zevního prostředí. Zbylé participantky R6 a R9 uvedly, že se s respiračním onemocněním u jejich dítěte setkávají minimálně. Rodičům jsme také pokládali otázku, zda je jejich dítě hospitalizováno pro respirační obtíže poprvé. Čtyři oslovení rodiče (R3, R4, R5, R8) z deseti uvedli, že se nejedná o první hospitalizaci a s respiračním onemocněním již hospitalizováni se svým dítětem byli. Oslovená R3 odpověděla, že každá hospitalizace jejího dítěte byla z důvodu respiračních obtíží, uvedla: *„Nene, už je to třetí hospitalizace, prvně jsme tu byli, když malému byly 4 měsíce s covidem a pak v roce s bronchitidou.*“ Zbytek našich oslovených matek R1, R2, R6, R7, R9 a R10 odpověděl, že je to jejich první zkušenost s hospitalizací týkající se respiračního onemocnění u jejich dítěte.

*Prvním cílem bylo zmapovat poskytování ošetrovatelské péče u dětí s respiračními onemocněními hospitalizovaných na dětském oddělení z pohledu rodičů.*

Burda a Šolcová (2016) uvádějí, že základní ošetrovatelskou péčí o pacienta s onemocněním dýchacího systému je umístění pacienta na lůžko u okna z důvodu zábrany šíření infekce kapénkovou cestou a také lepší dostupnosti větrání v pokoji. Burda a Šolcová (2016) také zmiňují dodržování klidového režimu a zaujmutí pacienta do úlevové polohy, nejčastěji Fowlerova, nebo ortopnoická. Toto tvrzení se shoduje též s tím, co popisuje Slezáková (2010). Ta dále také mezi nejčastější ošetrovatelské intervence u dětí s respiračními onemocněními řadí aplikaci inhalačních léků, spolupráci s fyzioterapeutem, hygienu dýchacích cest, především odsávání a také dostatek tekutin. Z výzkumného šetření vyplývá, že každá z matek vždy ve své odpovědi uvedla alespoň jednu z těchto intervencí, která byla u jejich dítěte provedena. Při analýze výsledků bylo překvapující zjištění, že dětská oddělení hojně podporují spolupráci s fyzioterapeuty při léčbě respiračních onemocnění u dětí. Docházení fyzioterapeuta na oddělení za dětským pacientem v rámci dechové rehabilitace uvedli ve svých odpovědích rodiče R2, R3, R4, R8 a R9. Matka R8 zmínila v rámci rehabilitačního procesu také metodu míčkování,

uvedla: „*Docházela sem za námi fyzioterapeutka a ukazovala nám různé cviky na dýchání a ukázala nám i právě tu metodu míčkování, kdy jsem malému přejížděla takovým molitanovým míčkem po obličejí až na hrudník, to se mu moc líbilo a mně tedy také, dosud jsem o ničem takovém neslyšela, takže to teď děláme 2x denně.*“ Škrovová (2022) ve své bakalářské práci také uvádí své pozitivní zkušenosti s respirační fyzioterapií. Ve své práci zastává názor, že by tento způsob rehabilitace měl být uplatňován u všech dětí, které se setkají s jakýmkoliv respiračním onemocněním. Rehabilitační fyzioterapii popisuje jako jakousi prevenci vadného držení těla u dětí. Také udává, že edukace rodičů v oblasti respirační rehabilitace je velmi přínosná pro další vývoj a terapii dítěte. Jako další ošetrovatelské činnosti matky nejčastěji jmenovaly podávání inhalačních léčiv, odsávání horních dýchacích cest, zvýšenou polohu pacienta, odběry biologického materiálu a edukaci v oblasti pitného režimu a dostatku čerstvého vzduchu.

Je psáno záměrně edukaci, jelikož dle mého názoru je proces edukace nedílnou součástí ošetrovatelské péče, zejména u dětských pacientů a jejich rodičů. Z výzkumného šetření a výpovědí rodičů vyplývá, že dětské sestry na odděleních věnují dostatek času edukaci jak samotných rodičů, tak i dětských pacientů. Z odpovědí respondentek vyplynulo, že dětské sestry také odlišně přizpůsobují edukaci každému dětskému pacientovi a jeho rodiči zvláště dle věku a diagnózy, což má velmi pozitivní vliv na to, jak rodič dítěte přihlíží na celkovou hospitalizaci. Matka R6 například v odpovědi uvádí toto doporučení od dětských sester: „*Pak mi bylo doporučeno dávat namočené látkové pleny okolo postýlku, aby měl malý dostatečně zvlhčený vzduch. To mi doporučily tady sestřičky.*“ Velemínský (2017) se však k tomuto doporučení staví skepticky z důvodu, že by mohlo dojít ke strhnutí vlhké pleny a následnému udušení dítěte. Do oblasti edukace byla také zapojena matka R8, jejíž dítě bylo na oddělení přijato z důvodu asthma bronchiale, v odpovědi uvedla: „*Hlavně nás sestřičky poučovaly o tom, abychom doma utírali hodně prach a abych prala častěji povlečení, deky a různé plyšáky.*“ Toto opatření také potvrzují Novák a Novotná (2014), kteří doplňují tuto formu prevence o další kritéria. Do opatření dále zahrnují oblast stravy, správné dodržování terapie a předcházení vzniku dalších možných komplikací, například nevystavovat dítě alergenům a tabákovému kouři. Matky dětí R2, R3 a R5 také v rozhovorech uvedly, že sestry v průběhu ošetrovatelské péče dbají na přenos nozokomiálních nákaz a hygienu rukou. Matka R2 uvedla, že byla dětskými sestrami upozorněna na výskyt infekčních onemocnění na oddělení, a tak byla edukována o tomto režimu. Participantka R2



v odpovědi uvedla: „*Ale když jsme šly s malou tady do hracího koutku, tak mi sestřičky řekly, abychom si vzaly hračky raději na pokoj, že jsou na oddělení rotaviry, tak aby něco nechytla ještě k té bronchitidě.*“ Jediná matka R1 uvedla, že byla edukována o kontrole vyprazdňování a zajištění tepelného komfortu u svého dítěte.

Další oblastí ošetrovatelské péče, kterou uváděli rodiče ve svých odpovědích bylo měření fyziologických funkcí, které uvedly respondentky R1, R2 a R9. Konkrétně matky R2 a R9 uvedly, že dětské sestry pravidelně kontrolují saturaci krve kyslíkem. Matka R1 a R9 uvedla, že u jejího dítěte dětské sestry kontrolují a zaznamenávají tělesnou teplotu. Matce byl také podán doplňující dotaz, zda dětské sestry s dítětem komunikují a seznamují ho s procesem měření tělesné teploty. Matka R1 uvedla: „*To úplně asi není třeba, malý to zná i z domova, takže sestřičky vždy jen přijdou, dají teploměr do podpaží, nebo přiloží k čelu a je to hned.*“ Z výpovědi vyplývá, že dětské sestry neinformují dětské pacienty o průběhu výkonu této ošetrovatelské činnosti. Toto zjištění potvrzuje ve své bakalářské práci také Plecítá (2016), která při zúčastněném skrytém pozorování došla ke stejnému výsledku i přesto, že všechny její dotazované dětské sestry uvedly, že dítě s ohledem na věk vždy o této činnosti edukují.

*Ve druhém cíli jsme se zaměřili na to, jaký postoj zauímají rodiče hospitalizovaných dětí s respiračními onemocněními k ošetrovatelské péči.*

Abychom v rámci výzkumného šetření dokázali splnit tento cíl, stanovili jsme si následující výzkumnou otázku: „*Jak se zapojují rodiče dětí hospitalizovaných s respiračním onemocněním do ošetrovatelské péče?*“ Dle mého názoru je zapojování rodičů do ošetrovatelské péče a jejich aktivní účast během hospitalizace velmi důležitá. Němcová (2022) ve své diplomové práci uvádí, že na dětských odděleních je také rodičům dětských pacientů poskytován větší prostor pro možnost se vyjadřovat. Důležitost přítomnosti a zapojení rodiče do ošetrovatelské péče udává ve své bakalářské práci také Hesová (2018).

Jak uvedla dotazovaná R5, cítí se být prostředníkem mezi její dcerou a zdravotnickým personálem, v odpovědi popsala: „*Jelikož je dcera ještě malá, tak jsem takový prostředník mezi ní a tím zdravotnickým personálem, takže mě zapojují hodně bych řekla.*“ Matka R2 také uvedla, že má snahu se do ošetrovatelské péče zapojovat především z důvodu, aby předešla u její dcery syndromu bílého pláště. Oslovená R2 v odpovědi popsala: „*Co se týče podávání léků, vše malé dávám sama, různé kapky,*

*sirupy i léky per os. Nechci, aby měla syndrom bílého pláště, takže jsem přítomna i u veškerých výkonů a snažím se jí být oporou.*“ Matka R5 v odpovědi také zmínila bílou barvu, která pro její dítě představuje pocit strachu, uvedla: *„Dcera je i víc v klidu a ten pobyt tady zvládá dobře, i když má samozřejmě pořád trochu strach pokaždý co vidí někoho v bílém.*“ Mihál (2003) ve svém článku vyjadřuje názor, že na dětských odděleních stále chybí neformálnost kontaktu s dětmi i jejich rodiči. On sám by viděl velký posun především ve změně celkového nemocničního prostředí, ale také oděvu. Ve svém článku uvádí přímé citace zahraničních lékařů, kteří reagovali na otázku týkající se bílých plášťů. V odpovědích udávají, že pro děti je bílá barva nemocničního úboru něčím neobvyklým a dětský pacient se cítí komfortněji, když je lékař v civilním oblečení. Dle mého názoru není tato změna nutná. Myslím si, že především na dětských odděleních je nutné, aby dítě dokázalo odlišit lékaře a sestry, popřípadě i jiné zdravotnické pracovníky. Pro starší dětské pacienty, kteří nejsou hospitalizováni se svými rodiči, představují dětské sestry velkou oporu a je také důležité navázání přátelského vztahu, tudíž si myslím, že barva pracovního oděvu nehraje příliš významnou roli. Zacharová (2017) také popisuje pojem sociální komunikace. Udává, že je důležité, aby dětská sestra využívala prvky jak verbální, tak i neverbální komunikace. Především u mladších pacientů popisuje významnost využívání různých pomůcek, jako jsou například různé hračky, knihy, nebo obrázky.

Abychom našli odpověď na naši výzkumnou otázku, byla rodičům položena otázka, zda se podílejí nějakým způsobem na ošetrovatelské péči u jejich dítěte a do jakých činností jsou v rámci hospitalizace zapojováni. V našich dialogích uvedla pouze jediná matka R9, že v průběhu hospitalizace jejího dítěte není žádným způsobem zapojována do ošetrovatelské péče. Ostatní dotazovaní rodiče, konkrétně R2, R3, R4, R5, R7, R8 a R10, zmiňovali aktivitu v podávání léků jejich dětem za spolupráce s dětskou sestrou. Vzájemnou spolupráci mezi dětskou sestrou a rodičem při podávání léků dětem potvrzuje také Světnická (2020). Ta ale udává, že léky v nemocniční péči podává vždy v první řadě dětská sestra ve spolupráci s rodičem. Naopak Hesová (2018) ve své bakalářské práci udává, že se rodič učí specifika péče o dítě s onemocněním asthma bronchiale a léky dítěti podává on sám. Konkrétně aplikaci inhalačních léčiv uvedly matky R3, R4, R7, R8 a R10. Všechny tyto matky také řekly, že byly dětskou sestrou edukovány o používání terapeutických pomůcek a dávkování tohoto léku. Přesto ale jedna z našich dotazovaných, konkrétně R7, uvedla, že použila také internet, v odpovědi popsala: *„Jako*

*sestřičky se snaží nám to ukazovat, ale samozřejmě jsem hledala na internetu různé videa a přesný popis toho, jak inhalovat s tím chamberem, abychom se neptali pořád dokola.*“ Dle mého názoru by pro tyto případy bylo vhodné mít na dětských odděleních například různé edukační letáčky, či knížky, které by dětské sestry procházely s rodičem bod po bodu a spojovaly to také s praktickou ukázkou přímo na hospitalizovaném dítěti.

Výzkumným šetřením bylo rovněž zjištěno, že hospitalizovaný rodič vykonává u svého dítěte hygienickou péči. Tuto odpověď uvedly dotazované matky R2, R5, R7 a R8. Světnická (2020) taktéž zmiňuje hygienickou péči o dítě. Pokud je s dítětem hospitalizován i rodič, zajišťuje tuto činnost po předchozí edukaci dětskou sestrou on sám.

Rodiče také vypověděli, že byli přítomni u různých diagnostických vyšetření svých hospitalizovaných dětí. Konkrétně R8 byla přítomna u spirometrického vyšetření svého dítěte, v odpovědi uvedla: *„Když mu dělali spirometrii, tak mi seděl na klíně, pak při braní krve jsem ho držela za ruku a seděla u něj.*“ Fyzickou přítomnost při odběrech krve také zmínily oslovené matky R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7 a R10. Matka R1 popsala, že své dítě v rámci odběru krve utěšovala, naopak R2 uvedla, že přímo pomáhala dětským sestrám své dítě držet. Hesová (2018) ve svých výsledcích bakalářské práce též popisuje aktivní účast rodičů při odběrech krve. Z výsledků jejího výzkumného šetření vyplývá, že dětské sestry přímo vyžadují asistenci rodiče při tomto výkonu, zejména pokud se jedná o pacienta mladšího sedmi let. Ostatně tuto skutečnost potvrzuje odpověď matky R6, která v odpovědi uvedla: *„Ano, u všeho jsem byla s malým přítomna. Když malému nabírali ten první den při příjmu krev, tak mi i sestřička dokonce řekla, abych u malého byla a mluvila na něj, aby se víc uklidnil a mohli to co nejrychleji a nejlépe nabrat.*“ Z výpovědi lze usoudit, že postavení rodičů a jejich zapojení do ošetrovatelské péče je dáno především komunikací a vzájemnou spoluprací se zdravotnickým personálem.

## 6 Závěr

Tato bakalářská práce s názvem „Ošetrovatelská péče u dětí hospitalizovaných s respiračním onemocněním z pohledu rodičů“ se zabývá tím, jak rodiče dítěte, které je hospitalizováno na dětském oddělení z důvodu respiračního onemocnění, pohlíží na ošetrovatelskou péči jako na celek. Práce byla rozdělena na část teoretickou a empirickou. Obě tyto části se vzájemně propojují. Teoretická část se zaměřuje na popis anatomické stavby dýchacího ústrojí a na hlavní odlišnosti dýchacích cest u dětí a dospělých. Dále jsou v této části také představena vybraná respirační onemocnění, se kterými se můžeme nejčastěji setkat v dětském věku. V teoretické části je rovněž popsána ošetrovatelská péče u dětských pacientů, která je velmi specifická. Pro empirickou část byly stanoveny dva cíle: „Zmapovat poskytování ošetrovatelské péče u dětí s respiračními onemocněními hospitalizovaných na dětském oddělení z pohledu rodičů“ a „Zmapovat postoj rodičů k ošetrovatelské péči u jejich hospitalizovaného dítěte“.

Z výzkumného šetření a následné analýzy rozhovorů s rodiči vyplynulo, že u dětí hospitalizovaných na dětském oddělení pro respirační obtíže se provádí celá řada ošetrovatelských úkonů. Proces těchto ošetrovatelských činností je zahájen již na příjmové ambulanci, kterou dítě v rámci celé hospitalizace prochází jako první. V této části je u dítěte nejprve proveden odběr anamnézy. Poté je u dítěte provedeno lékařem základní fyzikální vyšetření, jehož součástí je pohled, poslech, pohmat a poklep. V rámci tohoto vyšetření jsou u některých dětských pacientů také již na této ambulanci provedeny příslušné odběry krve. Po překladi na standartní lůžkové oddělení je u dítěte zahájen terapeutický proces, jehož součástí jsou samozřejmě i rodiče. Na základě stanovení diagnózy jsou dětem aplikovány léky, do jejichž podání jsou často samotní rodiče zapojováni. Mezi tyto léky nejčastěji patří sirupy, kapky, antibiotická léčba, která může být podávána perorálně, nebo také intravenózně a také inhalační léky. Mezi další ošetrovatelské činnosti spadá také monitorování fyziologických funkcí, polohování nemocného, přísun čerstvého vzduchu, hygiena dýchacích cest, odsávání sekretu a také péče o základní biologické potřeby dítěte.

V rámci výzkumného šetření bylo také prokázáno, že rodiče dětských pacientů mají velmi aktivní postoj v rámci celé hospitalizace jejich dítěte. Do ošetrovatelské péče jsou zdravotnickým personálem hojně zapojováni a o příslušných krocích předem informováni. Rodiče si v průběhu celé hospitalizace dítěte na oddělení obstarávají sami.

U dítěte zajišťují základní biologické potřeby jako je vyprazdňování, strava a hygienická péče. Rodiče jsou zapojováni ale také do odborných činností, jako je aplikace inhalačních léků, odsávání sekretu z dýchacích cest, asistence při odběrech biologického materiálu, či zapojení se do terapeutického procesu v rámci respirační rehabilitace.

Výsledky z této bakalářské práce mohou posloužit ke zkvalitnění ošetrovatelské péče na dětských odděleních. Tvoří také i jakousi zpětnou vazbu dětským sestřám především z hlediska komunikace a edukace rodičů. Zároveň výsledky výzkumného šetření mohou posloužit rodičům dětí s respiračním onemocněním jako průvodce ošetrovatelskou péčí, která je pacientům poskytována na dětských odděleních.

## Seznam použité literatury

1. ARIGLIANI, M., SPINELLI, A., LIGUORO, I., COGO, P., 2018. Nutrition and Lung Growth. *Nutrients*. 10(7), doi: 10.3390/nu10070919.
2. BARASH, P. G., CULLEN, B. F., STOELTING, R. K., 2015. *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4053-9.
3. BÁRTŮ, V., 2019. Záněty dolních cest dýchacích a jejich komplikace: Lowerrespiratorytractinfections and theircomplications. *Praktické lékařnictvo*. Bratislava: SOLEN, 9(4), 157-160. ISSN 1338-3132.
4. BLECHOVÁ, Z., 2020. Specificissuesof influenza in children in thecontextofthe COVID - 19 season. *Pediatric pro praxi*. 21(4), 275 – 280, doi: 10.36290/ped.2020.056.
5. BRKIC, F. et al., 2018. Death as a ConsequenceofForeign Body Aspiration in Children. *Medical Archives*. 72(3), doi: 10.5455/medarh.2018.72.220-223.
6. BRONDANI, J. P., PEDRO, E. N. R., 2019. The use ofchildren'sstories in nursing care forthechild: anintegrativereview. *RevistaBrasileira de Enfermagem*. 72(3), 333-342, doi: 10.1590/0034-7167-2018-0456.
7. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5334-8.
8. CARROLL, F. E. et al., 2016. Factorsinfluencingparents' decision-makingwhensendingchildrenwithrespiratorytractinfections to nursery. *Journalof Public Health*. 38(2), 281-288, doi: 10.1093/pubmed/fdv037.
9. FOJTŮ, H., 2022. Současná doporučení v prevenci a léčbě sezonních respiračních onemocnění: Current recommendations on prevention and treatment of seasonal respiratory diseases. *Via practica*. Bratislava: SOLEN, 19(1), 10-12 a 14. ISSN 1336-4790.
10. FORMÁNEK, M., JANČATOVÁ, D., ZELENÍK, K., KOMÍNEK, P., 2017. Otitis media in children - practiceessentials. *Pediatric pro praxi*. 18(1), 32-35, doi: 10.36290/ped.2017.007.
11. FRIEDMAN, M. L., NITU, M. E., 2018. AcuteRespiratoryFailure in Children. *PediatricAnnals*. 47(7), doi: 10.3928/19382359-20180625-01.
12. HAKTANIR ABUL, M., PHIPATANAKUL, W., 2019. Severe asthma in children: Evaluation and management. *Allergology International*. 68(2), 150-157, doi: 10.1016/j.alit.2018.11.007.

13. HESOVÁ, L., 2018, *Specifika ošetrovatelské péče o dítě s astma bronchiale*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
14. CHMELAŘOVÁ, D., 2016. Záněty horních cest dýchacích - jak správně edukovat rodiče. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 17(44), 37-38. ISSN 1213-0494.
15. KAISEROVÁ, K., 2018. *Nemocnost dětí předškolního věku související s hladinou vitamínu D v krvi*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
16. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2. přepr. dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5203-7.
17. KELNAROVÁ, J., TOUFAROVÁ, J., ČÍKOVÁ, Z., MATĚJKOVÁ, E., VÁŇOVÁ, J., 2013. *První pomoc II: pro studenty zdravotnických oborů*. 2., přeprac. a dopln. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4200-7.
18. KINKADE S., Long NA, 2016. Acute Bronchitis. *Americanfamilyphysician*. 94(7), 560-565. PMID: 27929206.
19. KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5014-9.
20. KOPŘIVA, F., 2014. Pískoty a viry: Wheezing and viruses. *Pediatricpreprax*. Bratislava: SOLEN, 15(4), 146 - 148. ISSN 1336-8168.
21. KOPŘIVA, F., 2018. Současné možnosti léčby kašle u dětí: Currenttreatmentoptionsforcough in children. *Pediatricpreprax*. Bratislava: SOLEN, 19(5), 209-212. ISSN 1336-8168.
22. KOPŘIVA, F., LÁTALOVÁ, V., 2019. Differentapproaches to pneumonia in childrendepending on theage and aetiology. *Pediatric pro praxi*. 20(1), 7-11, doi: 10.36290/ped.2019.002.
23. KŘIVÁKOVÁ, M., ČÍKOVÁ, Z., 2016. *Pečovatelství: péče o zdravé a nemocné dítě*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-263-3.
24. KŘIVÁNKOVÁ, M., 2019. *Somatologie: pro střední zdravotnické školy*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0695-0.
25. KUCHYNKOVÁ, Z., 2015. *Dětská otolaryngologie: nejčastější situace v ambulanci praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4177-2.
26. LAMAS, A., RUIZ DE VALBUENA, M., MÁIZ, L., 2014. Tos en elniño. *Archivos de Bronconeumología*. 50(7), 294 – 300, doi: 10.1016/j.arbres.2013.09.011. ISSN 03002896.
27. LEBL, J., 2012c. *Klinická pediatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-772-1.

28. MAN, W. H., DE STEENHUIJSEN PITERS, W.A.A., BOGAERT, D., 2017. The microbiota of the respiratory tract: gatekeeper to respiratory health. *Nature Reviews Microbiology*. 15(5), 259-270, doi: 10.1038/nrmicro.2017.14.
29. MAZUREK, H. et al., 2019. Acute Subglottic Laryngitis. Etiology, Epidemiology, Pathogenesis and Clinical Picture. *Advances in Respiratory Medicine*. 87(5), 308-316, doi: 10.5603/ARM.2019.0056.
30. MIHÁL, V., 2003, Nemocné dítě a rodina: Mění se úloha rodiny v péči o nemocné dítě? *Pediatric pro praxi*. 4, 198-201. Olomouc: Solen. ISSN 1213-0494.
31. MIHÁL, V., KOPŘIVA, F., LOSSE, S., MICHÁLKOVÁ, K., 2016. Nectarine stalk aspiration in a toddler: delayed diagnosis. *Pediatric pro praxi*. 17(6), 384-386, doi: 10.36290/ped.2016.087.
32. MUNTAU, A., 2009. *Pediatric*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2525-3.
33. NA'ARA, S., VAINER, I., AMIT, M., GORDIN, A., 2020. Foreign Body Aspiration in Infants and Older Children: A Comparative Study. *Ear, Nose & Throat Journal*. 99(1), 47-51, doi: 10.1177/0145561319839900.
34. NAJA, A. S., PERMAUL, P., PHIPATANAKUL, W., 2018. Taming Asthma in School - Aged Children: A Comprehensive Review. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 6(3), 726 – 735, doi:10.1016/j.jaip.2018.01.023.
35. NASCIMENTO - CARVALHO, C. M., 2020. Community - acquired pneumonia among children: the latest evidence for an updated management. *Jornal de Pediatría*. 96, 29-38, doi: 10.1016/j.jpmed.2019.08.003.
36. NĚMCOVÁ, A., 2022. *Komunikace sester s rodinami pacientů v intenzivní péči*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/pwoqc/>
37. NOVÁKOVÁ, Z., 2012, Fyziologické zvláštnosti dětského věku. *Praktické lékařství*. Olomouc: Solen, 8 (6), 279 - 282. ISSN 1801-2434.
38. NOVOTNÁ, B., NOVÁK, J., 2012. *Alergie a astma v těhotenství, prevence v dětství*. Praha: Grada. 244. ISBN 978-80-247-4390-5.
39. O'CALLAGHAN, C., STEPHENSON, T., 2005. *Pediatric do kapsy*. 2., zcela přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0933-3.
40. PETRŮ, V., 2012. *Dětská alergologie*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2584-3.



41. PLECITÁ, A., 2016. *Měření tělesné teploty u dětí*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
42. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.
43. PLOIER, R., JANDA, J., ed., 2015. *Diferenciální diagnóza v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5007-1.
44. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.
45. SEDLÁŘOVÁ, P., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1613-8.
46. SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3593-1.
47. SLAVÍKOVÁ, J., ŠVÍGLEROVÁ, J., 2012. *Fyziologie dýchání*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2065-7.
48. STOŽICKÝ, F., SÝKORA, J., 2015. *Základy dětského lékařství*. Vydání druhé. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2997-1.
49. SVĚTNICKÁ, G., 2020. *Ošetrovatelské postupy v pediatrii*. Opava. Dostupné z: [file:///C:/Users/ivusk/Downloads/Svetnicka\\_Osetrovatelske\\_postupy\\_v\\_pediatrii%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ivusk/Downloads/Svetnicka_Osetrovatelske_postupy_v_pediatrii%20(1).pdf)
50. ŠEĐOVÁ, K., ŠVARŤÍČEK, R., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
51. ŠKROVOVÁ, J., 2022. *Možnosti respirační fyzioterapie u dětí v předškolním věku*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
52. TUKOVÁ, J., KOŤÁTKO P., 2018. *Dětská pneumologie. Akutní subglotická laryngitida*. Dostupné z: <https://www.detskapneumologie.cz/getattachment/Pro-odborniky/Doporuceni-a-informace-pro-praxi/Laryngitis-acute.pdf.aspx>
53. VALUŠOVÁ D., JAROŠOVÁ D., 2013. Hodnocení kvality péče rodiči dětských pacientů. *Pediatric pro praxi*. 14(4), 267-269. Olomouc: Solen. ISSN 1213-0494.
54. VANČÍKOVÁ, Z., 2019. *Respirační onemocnění u dětí*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-610-8.
55. VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Dítě od početí do puberty: 1500 otázek a odpovědí*. 4. vydání. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7553-148-3.

56. VLČEK, J., FIALOVÁ, D., VYTRÍŠALOVÁ, M., 2014. *Klinická farmacie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4532-9.
57. ZACHAROVÁ, E., 2017, Význam sociální komunikace s dítětem ve zdravotnické praxi. *Pediatric pro praxi*. 18(2), 79. Ostrava: Solen. ISSN 1213-0494.
58. ZHANG, P. et al., 2022. COVID - 19 in children: epidemic issues and candidate vaccines. *Chinese Medical Journal*. 135(11), 1314 - 1324, doi: 10.1097/CM9.0000000000002169.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 Rozhovor s rodičem

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 Identifikační údaje dotazovaných rodičů

Tabulka 2 Příznaky onemocnění

## **Seznam zkratek**

CRP	C-reaktivní protein
HIV	Human Immunodeficiency Virus
RTG	rentgenové záření

## **Přílohy**

### Příloha 1 - Rozhovor s rodičem

#### **Okruh otázek 1 – Informovanost rodičů a zapojení do ošetrovatelské péče**

1. S jakým respiračním onemocněním je zde Vaše dítě hospitalizováno?
2. Jde o první hospitalizaci s respiračním onemocněním?
3. Kdo Vám informace o zdravotním stavu a ošetrovatelských činnostech provádějících u Vašeho dítěte nejčastěji poskytoval?
4. Byli jste seznámeni s diagnózou, se kterou bylo Vaše dítě přijato na dětské oddělení?
5. Podílíte se na ošetrovatelské péči u Vašeho dítěte? Jakým způsobem? Do jakých činností jste zapojeni?
6. Byl Vám ze strany ošetrovatelského personálu poskytnut prostor na případné Vaše dotazy?
7. Byli jste seznámeni s činnostmi, které byly/budou u Vašeho dítěte prováděny/provedeny (odběry biologického materiálu, různá vyšetření, podávání léků)?
8. Byli jste, v případě užívání terapeutických pomůcek, seznámeni s užíváním a víte, jak se používají?
9. Byli jste seznámeni s opatřeními týkající se režimu u Vašeho hospitalizovaného dítěte (zvýšená poloha pacienta, dostatek čerstvého vzduchu, dostatečný příjem tekutin, podávání medikace)? Jaká opatření jsou u Vašeho dítěte dodržována?
10. Máte informace a víte, jak používat terapeutické pomůcky, případně užívání medikace v domácím prostředí?

#### **Okruh 2 – Ošetrovatelská péče u dětí s respiračním onemocněním**

1. Přibližně kolikrát do roka se u Vašeho dítěte setkáte s respiračním onemocněním jakéhokoli charakteru?
2. Je u Vašeho dítěte v průběhu hospitalizace v případě potřeby užíváno odsávání? Nebo využíváte jinou možnost hygieny dýchacích cest?
3. Jaká diagnostika byla u Vašeho dítěte využívána v rámci stanovení základní diagnózy? Bylo Vám umožněno být u těchto výkonů přítomna (odběry krve, spirometrie, RTG, fyzikální vyšetření – poslech, pohled)?

4. Kontrolujete u dítěte pitný režim a stravování? Kolik tekutin denně přibližně vypije?
5. Jaké terapeutické pomůcky Vaše dítě používá (v případě, že používá)?
6. Jaké příznaky se vlivem tohoto onemocnění u Vašeho dítěte nejvíce objevují?
7. Pozorujete u Vašeho dítěte nějaké problémy jako jsou například poruchy dýchání, stravování, spánku, pohybu, nebo vyprazdňování vlivem tohoto onemocnění?
8. Trpí Vaše dítě nějakou alergií?
9. Byly Vám doporučeny nějaké terapeutické techniky, které napomáhají stavu Vašeho dítěte (úlevová poloha, podávání kyslíku, léky, metoda míčkování, dechová rehabilitace)?