

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

Šárka Hečková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Ošetrovatelská péče u dětí s průjmovým onemocněním
Bakalářská práce

Mgr. Dita Nováková DiS.

Šárka Hečková

2009

Nursing in children with diarrhoeal diseases

This thesis deals with the problems of nursing in children with diarrhoeal diseases. Diarrhoea ranks the second most common disease in children and is often the reason for hospitalization because of its serious complications. Apart from the basis disease, admission to hospital represents a huge psychical stress for both a child and a family. Handling the situation depends also on the nursing personnel in a large extent.

In the theoretical part you can find the division and specification of the most common causes, symptoms and basic treatment of diarrhoea. The theory is followed by the most common nursing problems developed during the nursing of children with diarrhoeal diseases. They include dehydration, pain, disrupted dermatic integrity, hyperthermia, loss of appetite, fear and anxiety. The possible causes of the occurrence of nursing problems and their following solution are practically explained there.

In the empirical part we dealt with the question if the presence of company leads to the hospitalization time shortening. For this purpose ten nursing records were noted. In five records the attention is paid to children hospitalized with the company of parents and further, five records of children hospitalized without the company of a close person are taken. After the analysis of the nursing records the following hypothesis resulted. Hypothesis 1: Permanent care to the limit of two nurses positively influences the adaptation of a child. Hypothesis 2: Parents negative attitude influences a course of hospitalization of a child. Hypothesis 3: Presence of a company in a handicapped child leads to the hospitalization time shortening.

The nursing also includes the assesment and solution of nursing diagnoses. From the analysis of nursing documentation of hospitalized children (to the age of ten), the most common nursing diagnoses occuring in children with diarrhoeal diseases resulted. The presupposed hypothesis that the most often stated nursing diagnosis is the shortage of body fluids was proved. This result includes the fact that the need of fluids in babies and toddlers is considerably higher than in children and adults.

Finally, it is possible to say that the results of the thesis advert to nursing problems which are solved during the care of children with diarrhoeal diseases.

They can also help nurses realize the mistakes they make during the nursing of children with diarrhoeal diseases and improve the quality of nursing these children.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Ošetrovatelská péče u dětí s průjmovým onemocněním vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 5.5. 2009

.....

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla upřímně poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Ditě Novákové DiS. za cenné rady a čas, který mi věnovala při zpracování bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat své rodině za všestrannou podporu během celého studia.

Obsah

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 INFEKČNÍ PRŮJEM.....	9
1.1.1 Průjmová onemocnění vyvolaná viry	9
1.1.2 Průjmová onemocnění vyvolaná bakteriemi.....	11
1.1.3 Průjmová onemocnění vyvolaná parazity.....	14
1.2 NEINFEKČNÍ PRŮJMY	16
1.2.1 Celiakii glutensenzitivní enteropatie	16
1.2.2 Alergie na bílkovinu kravského mléka na imunologickém podkladě	17
1.2.3 Alergie na bílkovinu kravského mléka na neimunologickém podkladě	17
1.2.4 Pozdní malaabsorpce laktózy	18
1.2.5 Sekundární laktózová nesnášenlivost	18
1.2.6 Deficit střevní sacharózy izomaltázy	18
1.3 NEJČASTĚJŠÍ OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY U DĚTÍ S PRŮJMOVÝM ONEMOCNĚNÍM	18
1.3.1 Ošetřovatelský problém dehydratace	19
1.3.2 Ošetřovatelský problém bolesti	21
1.3.3 Ošetřovatelský problém porušená kožní integrita	22
1.3.4 Ošetřovatelský problém hypertermie.....	23
1.3.5 Ošetřovatelský problém nechutenství	25
1.3.6 Strach a úzkost	26
1.4 REAKCE DÍTĚTE NA HOSPITALIZACI	29
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	31
2.1. CÍLE PRÁCE	31
2.2 HYPOTÉZA	31
2.3 VÝZKUMNÁ OTÁZKA.....	31
3. METODIKA.....	32
3.1 METODIKA	32
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	32
4. VÝSLEDKY	33
4.1 OŠETŘOVATELSKÉ ZÁZNAMY.....	33
4.2 OBSAHOVÁ ANALÝZA OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE.....	78
5. DISKUZE	84

6. ZÁVĚR	93
7. KLÍČOVÁ SLOVA.....	95
8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	96
9. PŘÍLOHY	99

Úvod

Naším záměrem v této bakalářské práci je poukázat na důležité aspekty ošetrovatelské péče u dětí s průjemovým onemocněním a zjistit nejčastější ošetrovatelské diagnózy u těchto dětí. Průjem patří mezi nejčastější onemocnění v dětském věku a bývá také pro závažné komplikace častým důvodem k hospitalizaci. Proto jsem zvolila téma ošetrovatelské péče u dětí s průjemovým onemocněním.

Kvalita ošetrovatelské péče úzce souvisí se vzděláváním a získáváním stále nových poznatků z této oblasti. Systematická a odborně poskytovaná ošetrovatelská péče ovlivňuje průběh onemocnění a pomáhá předcházet komplikacím. Zásadní význam spočívá ve stanovení ošetrovatelských diagnóz, cílů a jejich následném řešení.

Při ošetrování dětí si je nutno uvědomit, že velmi důležitou schopností u sester je empatie a komunikace. Vcítění se do situace dítěte, které je vytrženo ze svého přirozeného prostředí, je nuceno podstoupit nepříjemné a mnohdy bolestivé výkony. Základní potřebou každého dítěte je citové zázemí blízké osoby, která poskytuje pocit jistoty a bezpečí. Není-li v blízkosti nikdo známý, snaží se dítě hledat citovou oporu v ošetrovatelském personálu. Samotná hospitalizace představuje velkou psychickou zátěž nejen pro dítě, ale pro celou rodinu. Somatopsychická odpověď dítěte na tuto situaci závisí mimo jiné na věku, na osobnosti dítěte a na výchově rodičů. Souvisí, ale také se schopností ošetrovatelského personálu uspokojovat potřeby dítěte.

Výsledky této práce mohou pomoci vyhledat slabé stránky při poskytování ošetrovatelské péče dětem s průjemovým onemocněním a tím zároveň tuto péči zkvalitnit.

1. Současný stav

Průjmové onemocnění se řadí vedle respiračních infekcí mezi nejčastější nemoci dětského věku. I přes stoupající pokrok ve zdravotní péči představuje stále v mnoha případech vážné onemocnění s rozvojem komplikací. Průběh onemocnění je závislý na tom, zda-li se jedná o průjem prostý (dyspepsie prostá) nebo o průjem toxický (dyspepsie toxická). Společné mají příčiny a patofyziologii, průběh onemocnění je však rozdílný. Velký vliv na stupeň závažnosti postižení organismu má stav obranyschopnosti daného organismu. Nejpostiženější věkovou skupinou jsou děti ve věku mezi 1 – 4 lety. U dyspepsie prosté probíhá onemocnění krátkou dobu. Organismus dobře reaguje na dietní léčbu. Při adekvátní zdravotnické péči se nerozvinou známky rozvratu vnitřního prostředí a regenerační schopnost sliznice postiženého střeva je rychlá a úplná. Dyspepsie toxická je nejtěžší forma průjmového onemocnění, která ohrožuje nejvíce věkovou skupinu dětí od narození do tří let věku. S nezralostí imunitního systému stoupá množství celkových příznaků a postižení orgánů. Objevuje se dehydratace různého stupně, metabolická acidóza až hypovolemický šok (6, 8, 21).

1.1 Infekční průjem

Infekční průjmy vznikají při infekci entereální a také při infekci parenterální. U kojenců se tyto dvě cesty kombinují. Při probíhajícím respiračním onemocnění jsou současně narušeny i různé funkce trávicího ústrojí, zejména vyměšování trávicích šťáv, je ovlivněna střevní peristaltika a celkově i střevní flóra. Infekční průjmy jsou způsobeny mikroby, bakteriálními toxiny, viry nebo parazity (6).

1.1.1 Průjmová onemocnění vyvolaná viry

V průmyslově vyspělých zemích patří mezi nejčastější původce střevní infekce Rotaviry. Za nimi v omezené míře následují Norwalk virus, adenoviry, enteroviry, koronaviry (6).

Rotavirové infekce

Výskyt rotavirových infekcí je častý v zimním období, maximum výskytu je v posledních letech také v březnu až v dubnu, ale i po většinu ostatních měsíců tvoří Rotaviry podstatnou část etiologických agens u dětí ve věku 6 měsíců až 3 roky. V prvních měsících života jsou děti chráněny protilátkami z mateřského mléka. Rotaviry jsou malé (80nm), mají dvojitou kapsidu. Jsou známy čtyři sérotypy. Inkubační doba se pohybuje od 24 hodin do 72 hodin. Rotaviry poměrně dlouho vydrží na pevných površích i na rukou, k nákaze stačí i malá infekční dávka. Snadno se přenášejí nejen interpersonálně, fekálněorální cestou, ale i kontaminovanými předměty. Imunita je krátkodobá, opakování infekce je možné, ale průběh je mírnější. Rotaviry napadají cylindrické buňky epitelů klků duodena a jejunu. Napadené buňky se odlučují a nacházíme je ve stolici. Zvýšení osmolality vede k sekreci tekutiny do střeva a k urychlení peristaltických vln. Vážné štěpení a vstřebávání sacharidů (1, 7).

Klinický obraz začíná náhle vysokými horečkami a intenzivním zvracením. Krátce na to se připojí vodnatý průjem, který může být i s příměsí hlenu a krve. U jedné třetiny nemocných dětí probíhá onemocnění poměrně lehce s krátkou dobou hospitalizace, u více než poloviny dětí je průběh velmi vážný, projevuje se výrazná dehydratace a metabolická acidóza. Sestra provede odběr vzorku stolice do ruční zkumavky a zajistí odeslání biologického materiálu do laboratoře, kde se diagnostikuje příčina onemocnění přímým průkazem rotavirového RNA genomu ze vzorku stolice elektronovou mikroskopií, ELISA metodou, imunofluorescencí, nebo přítomností sérových protilátek ELISA metodou (1, 6).

Při léčbě je nezbytná úprava vnitřního prostředí organismu podáním tekutin. V lehčím případě ústy, nazogastrickou sondou nebo intravenózní infuzí. Dále terapie dietou, při které se podávají přípravky se sníženým obsahem laktózy nebo bez laktózy, dále se nedoporučuje podávat stravu obsahující lepek a to alespoň týden od začátku onemocnění. Podávají se nepatogenní střevní bakterie *Lactobacillus acidophilus*, přípravky Smecta, Hylak. Nejčastější komplikací bývají různé malaabsorbce jako je nesnášenlivost kravského mléka, lepku, dále hepatopatie, hyperosmolární dehydratace,

méně časté bývají meningeální příznaky, toxiinfekční encefalopatie a extrarenální porucha funkce ledvin (6, 7).

Infekce koronaviry a adenoviry

V posledních letech byly u dětí zjištěny tzv. střevní koronaviry, které poškozují epitel tlustého i tenkého střeva a způsobují až hemorhagické průjmy. Diagnostika je zatím možná prakticky jen pomocí elektronové mikroskopie. Léčba je symptomatická a spočívá hlavně v úpravě minerálního a vodního metabolismu a následné realimentaci (7).

Infekce viry Norwalk a Norwalklike

Onemocnění se vyskytuje často v zimních měsících a postihuje spíše větší děti. Infekce se přenáší většinou přímým stykem, ale výjimečně také vodou a potravinami. Inkubační doba je 1- 2 dny (7).

Klinický obraz probíhá pod obrazem křečovitých bolestí břicha, zvracením a průjmem bez příměsí. Pokud je horečka, tak rychle ustupuje stejně jako průjem. Diagnostika je obtížná, provádí se pouze přímým průkazem elektronovým mikroskopem. Léčba spočívá v úpravě ztrát tekutin, minerálů a pomalé realimentace. Vakcinace jako prevence může zamezit především těžkým průběhům rotavirových gastroenteritid. V současné době je používána vakcína z roku 2006 (7).

1.1.2 Průjmová onemocnění vyvolaná bakteriemi

Mezi nejčastější bakteriální původce průjmového onemocnění řadíme *Salmonely*, *Campylobacter jejuni*, patogenní kmeny *Escherichia coli*, *Yersinie*. Výskyt průjmového onemocnění způsobeného *Shigelami* je v posledních letech nízký (6).

Salmonelózy

Salmonely jsou střevní gramnegativní tyčky, které patří do čeledi *Enterobacteriaceae* (6). Jsou velmi odolné k vlivům zevního prostředí. Jsou schopny růst za přítomnosti kyslíku, ale i bez kyslíku. Vydrží dny až týdny ve vlhkém prostředí

a zmrazené i měsíce. Salmonely jsou devitalizovány teplotou nad 70 °C působící alespoň 5 minut, dále kyselým prostředím a běžnými dezinfekčními prostředky. Salmonely mají složitou antigenní skladbu. Podle ní dělíme salmonely do skupin A až Z. Je známo více než 2000 sérotypů salmonel. Některé typy jsou adaptovány jen na určitá zvířata a ptáky. Pokud se jimi nakazí člověk může být průběh bezpříznakový, ale u lidí se sníženou imunitou, nebo jinou přidruženou chorobou, také velmi těžký. Nejčastějšími původci lidských nákaz v České republice je sérotyp S. Typhimurium a S. Enteritidis. K vyvolání příznaků onemocnění je u salmonelóz nezbytné enormně vysoké množství živých mikrobů (10^6 - 10^9 v 1g). Zdrojem nákazy jsou teplokrevní a studenokrevní obratlovci. Drůbež a skot je infikována kontaminovaným krmivem a nákazu šíří také ptáci a hlodavci. Zdrojem nákazy jsou kontaminované produkty. Bývají to nedostatečně zpracované produkty z masa a vajec. Mnohem častěji bývá pozitivní bílek než žloutek (6, 7).

Inkubační doba je 6 - 48 hodin. Vstupní branou nákazy jsou ústa, velká část mikrobů je v kyselém prostředí žaludku rozložena. Salmonely se pomnožují v tenkém střevě, jen u dětí se sníženou obranyschopností mohou proniknout až do krevního oběhu. Zvláště vnímaví jsou novorozenci, malý kojenci a lidé se sníženou aciditou žaludku (1, 6, 16).

Klinický obraz probíhá pod obrazem asymptomatické formy, charakterizované bezpříznakovým nosičstvím. Dále gastroenterickou formou, kdy dochází po uvedené inkubační době ke zvracení, objeví se horečka a také nazelenalé, vodnaté stolice. Toto je doprovázeno škroukáním a bolestmi břicha. Postižené je hlavně tenké střevo. Výskyt této formy je nejčastější. Tyfoidní, eventuálně septická forma, která se projevuje hlavně u lidí se sníženou obranyschopností. Existuje také forma s místní manifestací, která tvoří necelé 1% (6).

Diagnóza je potvrzena bakteriologickým vyšetřením stolice. Léčba u gastroenterické formy je symptomatická. Podávání antibiotik při gastroenterické formě neovlivní trvání průjmu, ale prodlouží dobu vylučování salmonel, či dokonce může vést k relapsům. Tyfoidní forma a forma s místní manifestací se léčí dle citlivosti vysokými dávkami antibiotik, intravenózně podávaných nejméně 14 dnů (1, 6).

S komplikací po salmonelové infekci se nejčastěji setkáváme s erythema nodosum, dále se serózní artritidou. U malých dětí se při vysokých teplotách mohou vzniknout febrilní křeče. Může se také vyskytnout toxiinfekční encefalopatie, projevující se meningeálními příznaky (1).

Kampylobakteriózy

Počet průjmových onemocnění způsobených mikroaerofilní bakterií *Campylobacter jejuni* stále stoupá. Zdrojem onemocnění je hlavně nedostatečně tepelně upravené drůbeží maso, nepasterizované mléko, kontaminovaná voda. Nákaza se může také převést i od domácích štěnat a koťat, ptáků, ale i nemocným člověkem. *Campylobacteru jejuni* postihuje převážně děti. Jde o sezónní výskyt s maximem v letních měsících. V potravinách se bakterie nepomnožuje (6, 7, 16).

Inkubační doba je na rozdíl od salmonel delší, 2 - 7 dní. Za tuto dobu invazivní mikrob vyvolá difúzní exsudativní enteritidu. Klinický obraz probíhá pod obrazem střevní formy, jejíž výskyt je nejčastější. Začíná horečkou, únavou, bolestmi ve svalech, bolestmi břicha a vyprazdňováním vodnaté stolice s příměsí krve a hlenu. Zvracení nebývá přítomno. Výjimkou není ani pseudoappendicitida s negativním nálezem, kdy jsou vyšší zánětlivé parametry a jaterní testy. Septická forma se projevuje horečkou až 40 °C, poškozením centrálního nervového systému, dále zvracením, bolestmi hlavy, poklesem váhy a zvětšením jater. U lokalizované formy bývají přítomny záněty kloubů, nebo infekce močových cest, endokarditida, meningitida a kožní abscesy (6).

Diagnóza u střevních forem se zjišťuje z výtěru na kultivaci a citlivost ve speciálních půdách obsahujících antibiotika. Základem léčby je rehydratace dětského organismu, se kterou souvisí také realimentace. U dětí se sníženou imunitou se podávají antibiotika (1, 6).

Patogenní kmeny *Escherichia coli*

Stále častěji je u dětí jako příčina průjmu diagnostikován patogenní kmen *Escherichia coli*. Je to nesporulující gramnegativní tyčka. Tyto bakterie jsou schopny vyvolat nespecifické střevní i mimo střevní onemocnění kteréhokoliv orgánu.

Zdroj může být převážně exogenního původu a tehdy je cesta přenosu potravou, nápoji, nebo přímým stykem. Endogenní původ je nákaza přenesená v průběhu porodu z matky na plod (6, 7).

Escherichia coli produkuje velké množství různých působků, které vyvolávají průjemy enterotoxické, enteroinvazivní, enteropatogenní a verotoxigenní. Infekční dávka je u jednotlivých forem různá. Zvláště nebezpečný je výskyt enteropatogenní *E.coli* (EPEC) u nedonošenců, novorozenců a kojenců. Prudké zvracení spolu s vodnatým průjmem a horečkou vedou k rychlé dehydrataci a rozvratu vnitřního prostředí. Pokud nedojde k včasnému parenterálnímu zavodnění s úpravou minerálního hospodářství může mít průběh onemocnění fatální následky (6, 7).

K přesnému určení diagnózy, stanovení původce nákazy nestačí pouze kultivace a stanovení sérotypů, ale je nutné zjistit i produkované toxiny. Základem léčby je úprava vodní a iontové rovnováhy. K debacilizaci jsou podávána intravenózně antibiotika dle citlivosti (7).

Yersiniózy

Zdrojem nákazy mohou být pes, kočka, prase domácí, ale také kontaminovaná voda a potraviny. Nelze vyloučit přenos z člověka na člověka. Postiženy bývají školní děti. Výskyt je ojedinělý. Inkubační doba trvá týden. Klinický obraz se projevuje vysokými horečkami, průjemovitou stolicí s příměsí krve. Děti si stěžují na bolesti břicha na pravé straně. Infekce se šíří lymfatickou cestou a vyvolává zánět mesenterických uzlin, nebo i akutní apendicitidu. Diagnóza se provádí kultivací ze stolice. Antibiotiky se léčí pouze závažná systémová onemocnění (7).

1.1.3 Průjemová onemocnění vyvolaná parazity

Parazitární onemocnění představují velmi rozsáhlou a také častou příčinu průjmů. Zdrojem parazitární infekce můžou být domestikovaná i volně žijící zvířata. Parazitární původce může být přítomen v exkrementech, ale také na kůži, srsti a peří

zvířat. Psy a kočky jsou hlavním zdrojem toxokarózy. Prevence parazitárních onemocnění spočívá v důkladné hygieně (7).

Lamblia střevní *Giardia intestinalis*

V našich zeměpisných podmínkách se setkáváme s parazitem *lamblia* střevní. Přenáší se orofekální cestou cystami parazita. U dětí způsobuje bolesti břicha, nauseu a akutní i chronické průjmy. Lokalizace parazita je především v duodenu a jejunu, kde se z cyst uvolní trofozoiti a přichycují se k sliznici. Způsobují zánětlivé změny na sliznici a tím vedou k malaabsorpci, k poruše vstřebávání tuků a vitamínu A. Zvyšuje se sekrece hlenu. Paraziti mohou také proniknout do žlučníku a žlučových cest. Základní volbou při terapii jsou Nitroimidazolová chemoterapeutika (7).

Kryptosporidioza

Šíří se orofekální cestou oocystami parazita. Je příčinou vodnatého, samovolně se upravujícího průjmu, který může trvat až 2 týdny. Onemocnění se nejvíce vyskytuje u dětí do dvou let a u imunodeficientních pacientů. Diagnóza se provádí identifikací parazita z odebraného vzorku střevní sliznice. Účinná specifická chemoterapie není dosud známa (7).

Tasemnice dětská *Hymenolepis nana*

Mezi další příčiny parazitárních průjmů patří nákazy tasemnicemi. Tasemnice dětská *Hymenolepis nana* se šíří orofekální cestou vajíčky. Poškozuje mechanicky střevní sliznici a způsobuje poruchy trávení, tupé bolesti břicha, nevolnost, zvracení, anorexii a zejména průjmy. Prevence spočívá stejně jako u jiných parazitárních onemocnění v důsledné osobní hygieně (7).

Škrkavka dětská *Ascaris lumbricoides*

V intestinální fázi se škrkavka drží z 80 – 90 % v jejunu. Pohybují se šroubovitým pohybem proti peristaltice a mají snahu migrovat do vývodu žlučových cest a pankreatu. Tendence tvořit shluky může vést až k ileu. K nejčastějším příznakům patří tupé bolesti v břiše, jsou přítomny poruchy trávení, meteorismus, nechutenství, zvracení a průjmy. Ascarioza navozuje intoleranci mléka tím, že negativně ovlivňuje

trávení laktózy. Při nálezů škrkavek, nebo jejich vajíček, při mikroskopickém vyšetření stolice zahajujeme terapii Metendazole (Vermox, Warmin). Prevence spočívá v ochraně půdy a pitných zdrojů před kontaminací vajíčky dětské škrkavky a v dostatečné hygieně rukou (7).

Roup dětský *Enterobius vermicularis*

Šíří se stejně jako ostatní parazité orofekální cestou. Patogenita parazita je malá, omezuje se na trávící ústrojí a na anální a perineální krajinu. Parazit může způsobit mírný katarální zánět sliznice střeva. Projevuje se bolestmi břicha, hlavy, tenesmy, anorexií a úbytkem váhy. Bývá přítomno svědění v anální oblasti, způsobené migrací samic parazita v genitoanální rýze. Parazit se diagnostikuje přímým nálezem ve stolici nebo při análním stěru. Léčba první volby je Pyrvinium suspenze. Časté mytí rukou mýdlem, stříhání nehtů je základní prevencí proti nákaze (7)

1.2 Neinfekční průjmy

Příčinou neinfekčních průjmů jsou kvalitativní a kvantitativní chyby ve výživě. Součástí neinfekčních průjmů je soubor klinických příznaků, který označujeme jako malaabsorpční syndrom. Projevuje se snížením hmotnosti, zpomalením růstu, bledostí, bolestmi břicha a průjmy. Malaabsorpci rozdělujeme na primární a sekundární. Mezi primární patří vrozené nebo získané enzymatické defekty buněk sliznice tenkého střeva, chybění disacharidáz a také gluténová enteropatie (6).

1.2.1 Celiakii glutensenzitivní enteropatie

Způsobuje ji trvalá nesnášenlivost lepku. Jedná se zde o imunologický děj, který vede k zánětlivému poškození a subtotální až totální atrofii klků tenkého střeva s maloabsorpcí většiny živin. Celiakální sprue vzniká po požívání lepku, jehož hlavní proteinové složky jsou gliadin a glutenin. Dalším důležitým faktorem při vzniku onemocnění jsou genetické vlivy. Typické projevy dětí ve věku 7 – 24 měsíců bývají neprospívání, objemné stolice, vzedmuté břicho, nechutenství, zvracení, psychické změny, plochá váhová křivka a chronický průjem, který se vyskytuje až u 82 %

pacientů. Základ léčby spočívá v úplném a celoživotním vyloučení lepku ze stravy. Dochází k úpravě histologických změn na sliznici tenkého střeva, laboratorní nálezy se normalizují a dochází k normálnímu psychomotorickému vývoji a růstu (7, 12, 21).

1.2.2 Alergie na bílkovinu kravského mléka na imunologickém podkladě

Bílkovina kravského mléka, převážně beta laktoglobulin způsobuje zánětlivou reakci v tenkém střevě s vilózní atrofií nebo kolitidou. Je to imunologicky podmíněná zánětlivá reakce, jejíž přesné mechanismy na sliznici nejsou známy. Dochází-li k poškození střeva (enterokolitida), projevuje se onemocněním zvracením, dlouhodobým průjmem a enteroragií. Další forma je nazývána enteropatie a začíná u kojenců mezi druhým až třetím měsícem malaabsorpcí s poškozením tenkého střeva. Klinicky se projevuje prolongovaným průjmem, neprospíváním, malaabsorpcí, edémy a hypoalbuminemií. Diagnostikuje se laboratorně specifickými IgE proti kravskému mléku, slizniční biopsií. Potvrzení diagnózy expozičně – eliminačními testy, kdy po vyloučení bílkovin kravského mléka dochází k vymizení klinických projevů a následně znovuzavedení mléka do výživy vede opět k recidivám. Terapie spočívá ve vyloučení bílkovin kravského mléka ze stravy (7, 18, 21).

1.2.3 Alergie na bílkovinu kravského mléka na neimunologickém podkladě

Vrozená laktózová intolerance je velmi vzácné onemocnění způsobené vrozeným chyběním enzymu laktázy. Nepřítomnost disacharidáz v kartáčovém lemu enterocytů způsobuje, že příslušný disacharid se neštěpí a zároveň tedy ani nevstřebává. Malaabsorpce laktózy se projevuje od okamžiku kdy je dítěti podáno mléko. Vzniká osmotický průjem, stolice má nízké pH, obsahuje redukující látky a větší množství laktózy. Dále dítě zvrací, má křečovitě bolesti břicha. Diagnóza se provádí testem snášenlivosti laktózy, dechovým testem. V důsledku bakteriální fermentace nevstřebané laktózy vzniká vodík, který se vylučuje dýchacím ústrojím. Diagnózu můžeme také zjistit pomocí enterobiopsie. V terapii se eliminuje laktóza ze stravy (12, 21).

1.2.4 Pozdní malaabsorpce laktózy

Ve věku dvou až čtyř let může u některých jedinců docházet ke snížení schopnosti štěpit laktózu. Tyto děti nemají rády mléko, mívají bolesti břicha, nadýmání a často průjemovité stolice. Diagnostikuje se eliminačním testem nebo stanovením aktivity laktázy ve sliznici tenkého střeva, případně po zátěži laktózou stanovením koncentrace vodíku ve vydechovaném vzduchu. Terapeuticky se léčí vyloučením čerstvého a sušeného mléka ze stravy (7).

1.2.5 Sekundární laktózová nesnášenlivost

Laktáza je ze všech disacharidáz nejzranitelnější. Přechodné chybění laktázy ve střevním epitelu je způsobeno poškozením sliznice po bakteriálních, virových (nejčastěji rotavirových) a parazitárních průjemových onemocněních. Aktivita disacharidáz může být snížena u neléčené celiakie u Crohnovy nemoci, po léčbě antibiotiky, a po ozáření. Diagnostikuje se zjištěním přítomnosti redukujících látek ve stolici, pH stolice, dechovým testem a při enterobiopsii přímým stanovením aktivity laktázy ve střevní sliznici. Klinicky se nedostatek laktózy projevuje bolestmi břicha, meteorizmem a vodnatým průjmem. Vznik průjmu z důvodu laktózové intolerance je časován po podání laktózy při realimentaci po infekčním průjmu. Terapie spočívá ve vynechání laktózy až do doby než dojde k regeneraci ve střevním epitelu (7, 21).

1.2.6 Deficit střevní sacharózy izomaltázy

Jedná se o intoleranci sacharózy. Toto onemocnění řadíme mezi autosomálně recesivní. Poprvé se projeví, když dítě dostane ve stravě sacharózu nebo větší množství škrobu. Projevuje se stejně jako u deficitu laktázy vodnatým průjmem, nadýmáním, bolestmi břicha. Léčba spočívá ve vyloučení příjmu sacharózy. Prognosticky se tolerance sacharózy s věkem zlepšuje (7).

1.3 Nejčastější ošetrovatelské problémy u dětí s průjemovým onemocněním

Pediatrický pacient vyžaduje individuální přístup zdravotnického personálu. K poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je nutná důkladná znalost ošetrovatelských

problémů u dětí s průjemovým onemocněním. Způsob jejich řešení ovlivňuje průběh hospitalizace dítěte (11).

1.3.1 Ošetrovatelský problém dehydratace

Je třeba si uvědomit, že přiměřená hydratace je pro dětský organismus životně důležitá. Dětský organismus ve srovnání s dospělým mnohem hůře snáší ztrátu objemu kolující tekutiny. Velikost povrchu těla kojence je dva až třikrát větší vzhledem k tělesnému objemu nebo hmotnosti než jak je to u dospělého jedince. Deficit tělesných tekutin se týká obvykle extracelulárního prostoru, intracelulární prostor nebývá i v rozvinutých případech dehydratace alterován. Je tomu tak, protože ve srovnání s dospělými jedinci je větší procento tělesné vody u dětí mladších dvou let obsaženo v extracelulárním prostoru. Organismus nemocného dítěte se nedokáže rychle adaptovat na zvýšený výdej tekutin. Ledviny malých dětí nejsou dostatečně zralé, nemohou koncentrovat do takové míry moč jako jsou toho schopny ledviny u dospělého člověka. Mezi další regulační mechanismy na kterých závisí elektrolytová rovnováha jsou kardiovaskulární, nadledvinkové, hypofyzární, paratyreoidní a plicní regulační mechanismy. Většina těchto systémů se teprve vyvíjí a není tedy možné, aby dětský organismus byl plně schopný reagovat na zátěž onemocnění jakým je průjem nebo zvracení (11, 19).

V ideálním stavu je příjem a výdej tekutin v rovnováze, v těle je zajištěna homeostáza. Objem krevní plasmy, intracelulární a intersticiální tekutiny zůstává relativně konstantní. Jestliže výdej tekutin přesáhne jejich příjem nastává dehydratace. V tomto případě je nutné zjistit o jaký typ dehydratace se jedná. Dehydrataci rozdělujeme podle hladiny sérového sodíku, která je závislá na ztrátách vody i elektrolytů. Izotonická dehydratace nastává tehdy, kdy dítě ztratilo stejnou poměrnou část vody i elektrolytů. Hypotonická dehydratace se projeví, když dítě ztratilo více elektrolytů než vody. Hypertonická dehydratace znamená větší ztrátu vody než elektrolytů. Každý z těchto typů vyžaduje specificky odlišnou léčbu. Děti s hypotonickou dehydratací jsou ohroženy otravou z vody. Základním úkolem sestry při

ošetřování dětí s průjmovým onemocněním je zápis přesného záznamu o příjmu a výdeji tekutin. Ten slouží vedle krevních odběrů a fyzikálního vyšetření k určení množství a složení tekutin nutných k substituci. Sestra by měla zajistit pravidelné vážení dítěte, někdy i dvakrát denně. Úbytek hmotnosti je důležitým ukazatelem stupně dehydratace. Při úbytku do 5 % celkové tělesné hmotnosti zařazujeme mírnou dehydrataci, do 10 % celkové tělesné hmotnosti je středně těžká dehydratace a nad 10 % celkové tělesné hmotnosti určujeme těžkou dehydrataci. Dalším indikátorem, kterým sestra zjišťuje stupně dehydratace je stav vědomí, chování dítěte. Žízeň, přítomnost slz. Stav malé fontanely, zda je pulzující či propadlá (11).

Monitoring tělesných funkcí, kdy sestra měří a pečlivě zaznamenává tělesnou teplotu, tep, dechovou frekvenci krevní tlak a také kontroluje kožní turgor a vlhkost sliznic. Toto měření napomáhá při rozhodnutí zda dítě potřebuje bezprostřední lékařský nebo ošetřovatelský zásah. Mezi důležité intervence u dětí s průjmem patří sledování a zápis frekvence stolic, charakteru stolic, příměsí, množství a zápach stolic. Sestra by měla vždy informovat lékaře o jakékoliv změně ve zdravotním stavu jako třeba o snížení počtu stolic, o zvýšení diurézy, zlepšení životních funkcí či kožního turgoru, nebo naopak. Dítě tím chrání před hyperhydratací nebo naopak dehydratací. Sestra se podílí na diagnostikování příčiny průjmu tím, že správně odebere čerstvý vzorek stolice a zajistí jeho rychlé odeslání spolu s vyplněnou žádankou do laboratoře. Mezi základní ošetřovatelské intervence patří komunikace nejen s pacientem, ale i s rodiči. Cílem komunikace by mělo být porozumění s restriktivními dietními opatřeními, s metodou léčby průjmu. Rovněž je důležité informovat rodiče o tom, že dehydratace se u malých dětí rozvíjí velmi rychle. Sestra by měla též podat rodičům informace o některých volně prodejných lécích proti průjmu a jejich nebezpečnosti pro malé děti (11).

Při mírné až střední dehydrataci je účinná orální rehydratační léčba. Příjem tekutin ústy preferujeme vždy, když je to možné. Je to přirozený způsob léčby. Pro sestry znamená tato léčba, využití veškerého úsilí, aby přiměly dítě k dostatečnému příjmu tekutin. Nemocné dítě často odmítá jídlo i pití, které není navíc chutné. Sestra nabízí tekutiny často a po malých množstvích, vždy musí být trpělivá, ale i jemně neústupná. Pomoci mohou plyšové hračky, jasně zbarvené nádoby a brčka. K perorální

rehydrataci je optimální používat elektrolytové roztoky s obsahem glukózy. Podáváme je v dávce 150-200 ml/kg. V souvislosti s glukózou se mluví o mechanismu glukózového nosiče, který umožňuje vstřebávání vody a elektrolytů. K perorální rehydrataci podávají sestry Kulíšek, Valíkův roztok, nebo pro naše poměry upravený WHO roztok s obsahem natria v koncentraci 60 mol/l , kalium 20 mol/l, glukózu 70 mol/l, citrát 10 mol/l (11, 21).

Nelze-li zajistit rehydrataci orální cestou provádíme parenterální rehydrataci. Znamená to příjem tekutin, který obchází gastrointestinální trakt. Parenterální a enterální rehydratace se může také kombinovat. Parenterální příjem je naprosto nutný při všech těžších dehydratacích a při léčbě toxikózy, kdy se začíná protišokovou terapií, úpravou hypovolemie a zlepšením cirkulace. Roztoky podávané parenterálně musí být sterilní. Při zavádění intravenózního přístupu by měl zdravotnický personál dbát na psychickou přípravu, umožňuje-li to zdravotní stav. Důležitá je spolupráce s rodinou. Sestra zajistí dostatečnou fixaci intravenózní kanyly přičemž by se měla vyhýbat upoutání dítěte na lůžko. Sestra zafixuje pomocí vaty, obinadla, nebo prubanu a dlahy ruku tak, aby dítě nemělo možnost si zavedenou kanylu vytáhnout nebo jinak poškodit. Fixaci často kontroluje a zjišťuje zda je účinná a jestli probíhá řádná cirkulace v dané části těla. Při jakékoliv činnosti s dětmi zohledňuje sestra jejich věk a rozumové schopnosti (11).

1.3.2 Ošetrovatelský problém bolest

Dětské bolesti nebyla v historii věnována dlouhou dobu náležitá pozornost. Převažovali časté a škodlivé mýty, že nezralost nervového systému dítěte umožňuje snížené vnímání bolestí, dále se tradovalo, že dítě si bolest nepamatuje nebo, že se snášením bolesti otužuje. Bylo však prokázáno, že neurochemické systémy, které odpovídají za přenos bolesti jsou funkční již u novorozeneckých dětí. Dokonce na konci druhého trimestru je plod schopen pociťovat bolest. Čím déle trvá bolest u dětí, tím může být více ohrožen jejich psychosociální vývoj. Do základních ošetrovatelských cílů by mělo patřit omezení bolesti na nejnižší míru a následně její úplné vyloučení.

Je alarmující, že i v současné době bývá bolest u dětí často podceňována a není jí věnována dostatečná pozornost. Bolest a strach z bolesti vyžaduje od zdravotnického personálu speciální úsilí, aby tyto emocionální a subjektivní stavy uspokojivým způsobem zvládli a navedli pacienty k potřebné spolupráci. Jak bylo již uvedeno bolest je vždy subjektivní a to bývá příčinou proč je bolest podceňována. Strach z bolesti, upoutání pozornosti na bolest zvyšuje předpoklad jejího vzniku a posiluje výraznější reagování na bolest (5, 14).

Při ošetřování dětí s bolestmi je si nejprve třeba uvědomit, že práh vnímání a tolerance bolesti je u každého jedince individuální. Ošetřující personál by měl věnovat stejnou pozornost jak plačícím dětem, tak i těm, kteří neprotestují, jsou zamlklé i tito pacienti mohou pociťovat bolest. Nejsou zvyklé dávat najevo emoce, stydí se protestovat, mají strach z odmítavé reakce okolí a pouze tiše strádají a trpí. Sestra by měla hledat způsoby, možnosti a postupy, které konkrétnímu pacientovi vyhovují. Je nutný psychologický přístup. Sestra by se měla snažit o odvedení pozornosti zpěvem oblíbené písničky, vyprávěním pohádek a příběhů. U větších dětí četbou, nebo předčítáním. U starších dětí je vhodné zařadit relaxační techniky. Dalším vhodným způsobem jak snížit pocit bolesti je imaginace neboli představování si, vytváření snových obrazů, fantazírování. Tato technika děti baví a je velkým pomocníkem sestrám při odvádění pozornosti (19).

1.3.3 Ošetrovatelský problém porušená kožní integrita

Hlavní funkce kůže je ochranná. Zabraňuje průniku škodlivých fyzických a chemických agens, mikrobů. Další funkce jsou metabolická, kdy dochází k vylučování škodlivých odpadních látek, regulační udržuje tepelnou rovnováhu vnitřního prostředí a hospodaření s vodou. Další funkce jak bylo výše uvedeno je imunologická, která zajišťuje obranyschopnost nejen kůže ale celého organismu. Kůže má dále funkci smyslovou, kdy ve spolupráci s nervovým systémem pomocí nervových zakončení vnímáme bolest, chlad, teplo, dotyk, či svědění a konečně funkce estetická první dojem jak působíme na okolí, k této funkci je potřeba zahrnout psychologický a

fyziologický aspekt kůže. Kůže má značnou schopnost regenerace. Povrch je kyselé, má pH 4,5 až 6,5 a tím tvoří bariéru před patologickými bakteriemi, které bují v alkalickém prostředí. Kůže se skládá z epidermis, která je odvozena ze zárodečního listu ektodermu a dermis (škára), která je odvozena z mezodermu (4, 11).

Dětská kůže je náchylnější k působení chemických i fyzických látek. Léky aplikované na dětskou kůži se vstřebávají ve větším množství a u některých preparátů může dojít až k intoxikaci organismu. Důležitou oblastí při ošetřování kůže nejen při průjemovém onemocnění je oblast genitálií. Na kůži zde působí mnoho nepříznivých faktorů, okluze plenami zvyšuje vlhkost kůže, dochází ke změnám pH na povrchu kůže. Tření kůže a plen narušuje kožní povrch. Při průjmu je zvýšená enzymatická aktivita bakterií a iritační působení amoniaku v moči působí maceraci kůže. Objeví se začervenání vyrážka, eventuálně puchýřky nebo vřídky. Na takto připravené půdě může přerůst *Candida albicans*. Při tomto stupni poškození integrity kůže sestra nanáší antikandidové přípravky. V těžších případech zahajujeme léčbu s mastmi obsahující hydrocortizon. Tyto přípravky nanáší sestra po dobu několika dnů dvakrát denně na postižená místa. Z důvodu možné intoxikace organismu jsou kontraindikovány přípravky s kyselinou boritou a kyselinou salicylovou. Při ošetřovatelské péči by měly sestry dbát na časté vyměňování plen. Po každém vyprázdnění pokožku omýt vlažnou vodou a pečlivě vysušit. Navlhčené jednorázové kapesníčky mohou stav kůže ještě zhoršit, jestliže je dítě citlivé na některou látku v nich obsaženou. Po vysušení sestra vždy nanese mast s protektivním účinkem. Jako osvědčený prostředek nanáší sestra Rybí mast, lze použít i Infadolan. Komerčně vyráběné přípravky obsahují i panthenol, vitamíny A,E. Je-li to možné ponechá sestra dítě chvíli rozbalené, působení vzduchu ovlivňuje pozitivně regeneraci pokožky. Důslednou ošetřovatelskou péčí lze předejít porušení integrity kůže (11, 17).

1.3.4 Ošetřovatelský problém hypertermie

Tělesná teplota je vedlejším produktem metabolismu. Člověk je teplokrevný živočich se stálou tělesnou teplotou. Jestliže je organismus zdravý tak je schopen

zachovávat rovnováhu mezi produkcí a ztrátou tepla. Řízení tělesné teploty ovlivňuje termoregulační centrum nacházející se v mezimozku (hypotalamu). Tělesná teplota je ovlivněna věkem. Děti mají labilnější tělesnou teplotu. Látková výměna malých dětí je vzhledem k jejich hmotnosti mnohem intenzivnější. Malé děti mají zároveň větší ztráty tepla, protože mají vzhledem ke své hmotnosti i relativně větší tělesný povrch. Během dne kolísá tělesná teplota až o 2 °C. Nejnižší hodnotu naměříme zpravidla mezi 4 – 6 hodinou ránní. Nejvýše vystoupí teplota zpravidla mezi 18 až 20 hodinou. Tělesná aktivita zvyšuje teplotu těla až o 1 až 1,5 °C. K přehřátí může dojít i u dětí neklidných, plačících a rozrušených. Nejvyšší okolní teplota, kterou organismus snese závisí na vlhkosti vzduchu. Čím vyšší vlhkost, tím menší teplotu okolí je schopen organismus tolerovat. Tělesná teplota je také ovlivňována hormony štítné žlázy, hormony nadledvinek noradrenalin a adrenalin, jejichž hladina stoupá při rozčilení a stresu (4, 15).

V důsledku probíhajících patologických procesů v těle a vlivem působení faktorů ovlivňujících tělesnou teplotu dochází ke změnám tělesné teploty. Hypertermií označujeme tělesnou teplotu nad 38 °C. Nad 39 °C je febris. Rozlišujeme čtyři typy horečky dle střídání vzestupů a poklesů teploty v různých časových intervalech. Febris intermittens, neboli intermitentní střídavá horečka. Projevuje se u septických stavů, kdy období horečky se střídá s normální tělesnou teplotou. Febris remittens, remitentní kolísavá horečka. Teplota kolísá v průběhu dne až o 3 °C, přičemž je vždy naměřená tělesná teplota vyšší než 37,5 °C. Je typická pro hnisavé stavy. Febris reccurens, rekurentní (návrtná) horečka. Projevuje se především u břišního typu a malárii, kdy se střídají stavy horečky s jedním až dvěma dny normální tělesné teploty. Febris continua, kontinuální horečka, která se projevuje u zánětu plic, virových a streptokokových onemocnění. Přetrvávající horečka s malými výkyvy. U hospitalizovaných dětí sestra vždy kontroluje základní fyziologické funkce mezi které patří měření tělesné teploty. U kojenců provádíme měření pomocí rychloběžky v rectu. Naměřená teplota je v rectu o 0,5 °C vyšší než při měření v axille. U větších dětí sestra použije rtuťový teploměr, kterým měří teplotu v podpaží. Neklidné děti musí být po celou dobu měření tělesné teploty pod dohledem. Sestra musí vždy teplotu pečlivě

zaznamenat do dokumentace a informovat lékaře o vzestupu. Při ošetřování dětí s hypertermií nebo s rizikem hypertermie sestra sleduje kromě častého měření pomocí teploměru i ostatní příznaky změněné tělesné teploty. Jestliže dochází k nástupu horečky u nemocných se projevují pocity zimy, chladu, dítě se chvěje, má třesavku, zvýšené napětí svalů, studenou kůži, cyanotická lůžka u nehtů. Dochází k zástavě pocení a vzestupu tělesné teploty. V průběhu horečky sestra zjistí na dotyk teplou kůži, děti mají pocit žízně, sucho v ústech, jsou ospalé, dochází k ztrátě chuti k jídlu, bolesti svalů, hlavy, závratím, slabosti, objevuje se herpes na rtech. Při ústupu horečky se dítě potí, vzniká dehydratace, kůže je narůžovělá. Sestra sleduje u dětí všechny tyto příznaky, pečuje o to aby dítě leželo v čistém a suchém lůžku. Sestra zajišťuje dostatečné zavodnění organismu. Měří příjem a výdej tekutin. Podává antipyretika a u dětí s rizikem vzniku febrilních křečí podá spolu s léky na snížení teploty i benzodiazepiny dle ordinace lékaře. U dětí se zavedenou infuzí provádí chlazení infuzního setu ledem. K fyzikálním metodám snižování hypertermie patří sprchování a zábaly. Před přiložením zábalu musí sestra pečlivě zkontrolovat zda dítě nemá mramorovanou kůži či studené končetiny. V těchto případech je zábal kontraindikován. Pečuje o psychiku nemocného dítěte, zklidňuje ho, zajistí mu klidné a tiché prostředí (3, 15).

1.3.5 Ošetrovatelský problém nechutenství

Nechutenství je příznakem řady chorob, mimo jiné se může vyskytovat u dětí s průjmovým onemocněním. Nechuť k jídlu je výrazně ovlivněna celkovým psychickým stavem, jeho rovnováhou či poruchami. Pozitivní vliv na chuť k jídlu, které při realimentaci u průjmů není zvláště lákavé a aromatické, má psychická vyrovnanost a vytvoření pozitivní atmosféry. Sestra vhodně motivuje dítě k snědení dané porce jídla. Jídlo podává vkusně naservírované. Dle potřeby sestra dítěti s jídlem pomáhá nebo ho krmí (8).

Nedílnou součástí léčby u průjmových onemocnění je realimentace. Časná realimentace zabraňuje dlouhodobému energetickému deficitu, udržuje aktivitu enzymů,

zvyšuje buněčnou proliferaci a tím umožňuje regeneraci sliznice střeva. Zlepšuje resorpci vody a elektrolytů. Realimentace by měla být zahájena už po 24 hodinách rehydratační léčby. Kojené děti se neodstavují, naopak je nutná psychická podpora kojící matky, časté přikládání dítěte k prsu, aby nedošlo k zástavě laktace. Střídavě s kojením se podává rýžový odvar, nad 6 měsíců i mrkvový odvar. Děti, které nejsou kojené dostávají zpočátku plné dávky odvarů, a postupně se přechází na původní mléko. Ze začátku se podává mléko obvykle v poloviční koncentraci v rýžovém nebo mrkvovém odvaru. U batolat a větších dětí sestra podává mixovanou stravu se sníženým obsahem tuku, na bázi brambor, mrkve (nemastná bramborová kaše s mixovanou dušenou mrkví), rýže, později libové mleté maso. Na svačiny jsou vhodná škrábaná jablka, banány. V počátcích realimentace sestra nepodává stravu obsahující lepek ani produkty obsahující mléčnou bílkovinu, z důvodu vzniku malaabsorbce vyvolané deficitem disacharidáz. U kojenců v případě rotavirové infekce je vhodné podávat mléka s nízkým obsahem laktózy (1, 21).

1.3.6 Strach a úzkost

Strach je nepříjemný prožitek vázaný na určitou situaci nebo objekt, který v daném jedinci vyvolává obavu z ohrožení. Je to reakce na poznané nebezpečí a má ochrannou a signální funkci. Projevuje se pocity napětí, neklidu, sevřenosti až ochromení. Pokud jde o změny fyziologické, tak se projevuje spíše nespecificky. Zrychluje se srdeční akce, zvyšuje krevní tlak, dýchání bývá zrychlené či zpomalené (zatajování dechu), v ústech je sucho, zvyšuje se svalové napětí. Stejně tak mimika u úzkostných a ustrašených dětí bývá popsána jako vyděšený výraz, strnulost, pootevřená ústa, nebo pláč. Pro úzkost je typické, že si na rozdíl od strachu neuvědomujeme konkrétní objekt nebo situaci, které ji vyvolávají a proto bývá doprovázena bezradností. Je to tedy reakce na tušené a neznámé nebezpečí. Úzkost může někdy přecházet ve strach a naopak. Konkrétní projevy strachu a úzkosti v psychice, mimice, chování, ale i v tělesné oblasti jsou dány biologickými dispozicemi,

vývojovým obdobím ve kterém se dítě nachází, psychosociálními dispozicemi, předchozí zkušeností a aktuální vyladěností (24).

Přijetí do nemocnice představuje pro dítě každého věku náročnou životní situaci. Dítě nemá kontrolu nad tím, co se s ním děje. Najednou je vystaveno neznámému, ohrožujícímu prostředí. Musí se vyrovnat nejen s nemocí a bolestí, ale i s odloučením od rodiny a se ztrátou soukromí. Měl by být samozřejmostí empatický a zcela individuální přístup zdravotnického personálu k dítěti. Všichni zdravotničtí pracovníci by měli znát základní potřeby hospitalizovaných dětí. Jejich zajištěním snižují vznik úzkosti a strachu způsobený hospitalizací. K základním potřebám dětí patří odpovídající výživa, uspokojování hygienických požadavků, potřeba náležitého přívodu podnětů. Potřeba smysluplnosti, určitý smysl a řád v poskytování podnětů a informací. Informace by měla sestra sdělovat postupně a v pravý čas. Důležitý je individuální empatický přístup ke každému dítěti. Dětem se nemá lhát. V komunikaci by měla sestra mluvit pomalu, přiměřeně hlasitě a zřetelně artikulovat. Důležitý je oční kontakt a úsměv. Cílem komunikace je dítě zaujmout, potěšit a rozveselit. U menších dětí je vhodné přidat obrázek nebo si při komunikaci pomoci plyšovými hračkami. Sestra klade důraz na to, aby dítě vědělo, že nezůstane samo. Na každý výkon dítě pečlivě připraví, vysvětlí a za vše chválí a oceňuje jakékoliv úsilí, třeba i odměnou v podobě obrázku. Nikdy se sestra na dítě nezlobí, že výkon nezvládlo, nebo plakalo. Mezi další potřeby patří pocit jistoty, přítomnosti blízkého člověka, nejčastěji matky, která představuje pro dítě základní zdroj jistoty a bezpečí. Odloučení od matky je pro dítě větší zdroj stresu než sama nemoc. Ne vždy může být dítě hospitalizováno v nemocnici s někým blízkým. Setká-li se sestra s rodiči, kteří nemohou nebo nechťejí zůstat, je zapotřebí taktního jednání ze strany zdravotnického personálu. Sestry by se měly snažit je pochopit a hledat náhradní řešení. V jednání s dětmi by měla sestra respektovat jeho přání. Malý pacient musí mít možnost občas o něčem rozhodnout, nebo by měl mít alespoň ten pocit, že rozhoduje. Dítě nesmí být jen pasivním objektem v ošetrovatelské péči. Sestra dále zajišťuje bezpečné a podnětné prostředí přizpůsobené věku dítěte, poskytne mu možnost si hrát a větším dětem se i vzdělávat. Toto zajišťují speciální školy při nemocnici (2, 9, 19).

Každé dítě reaguje na hospitalizaci odlišně. I přes uspokojování základních potřeb hospitalizovaných dětí může dojít k projevům negativismu, odmítání zdravotníků a občas i rodičů. Dítě odmítá jídlo, tekutiny, přestává komunikovat s okolím. Tento stav může vyústit až k vývojovému regresu. Regrese znamená ztrátu vývojově vyšší funkční úrovně a propad na předchozí úspěšně dosaženou úroveň. Například odmítáním nočníku a pomočování se u dětí, které již plně ovládají vylučování moče i stolice. Sestra chce-li dítěti pomoci musí získat jeho důvěru. Zpočátku je nutné hledat pro dítě jednoduché a snadné věci. A každý projev odměnit výraznou pochvalou, pohlazením. Negativismus nesmí sestru odradit, je důležité postupovat po malých krůčcích. Pokud nějaká věc, nebo činnost dítě zaujme, může je sestra den po dni opakovat a zároveň přicházet s dalšími novými nápady. Vytvořit pouto vzájemné důvěry, která pomůže dítěti překlenout náročnou situaci spojenou s nemocí, bolestí, odloučením od rodičů (11, 19, 23).

Při příjmu nového dětského pacienta se od sestry vyžaduje dovednost vyjít vstříc emocionálním potřebám zúčastněných osob. Schopnost empatie v reakcích na obavy dítěte a rodinných příslušníků je při příjmu povzbuzující, uklidňující a zakládá pozitivní zkušenost k další spolupráci při ošetřování dítěte. Dobrá znalost psychického vývoje a charakteristických projevů chování a prožívání dítěte v jeho různých obdobích by měla být dnes nezbytnou součástí znalostí lékařů a sester pečujících o děti. Od šedesátých let je ve všech rozvinutých zemích věnována pozornost psychologické problematice v pediatrii. Pediatrická psychologie se zabývá poruchami psychického vývoje dítěte a jeho psychickými reakcemi na somatické onemocnění. Stále více se ukazuje, že psychické faktory mohou mít určitý význam i pro rozvoj čistě somatických nemocí. Například rozvoj akutní virózy ovlivňuje nejen styk s infekčním činitelem, ale také aktuální stav imunitního systému, který je ovlivněn mimo jiné i emočními vlivy. Podobně je na emoční pohodě a celkovém pozitivním vyladění organismu závislá i rychlost hojení ran, úrazů a celkové zlepšování zdravotního stavu (10, 11).

1.4 Reakce dítěte na hospitalizaci

Pro kojence je hospitalizace frustrující. Kojenci jsou zvyklí na matčinu přítomnost, v její blízkosti se cítí bezpečně. Bezprostředně projevují nespokojenost s omezením spojeným s hospitalizací. Mají rozvrácený denní režim. U batolat hospitalizovaných bez doprovodu se fáze separační úzkosti projevuje nejintenzivněji. Předškoláci jsou stresováni, jestliže je matka nechává samotné v cizím prostředí. Na rozdíl od batolat však chápou časové souvislosti podle činnosti dle snídaně, oběda svačiny, večere. Ošetřující personál nemá dítěti lhát. V tomto věku se dítě bojí tělesné újmy, zvláště invazivních výkonů. Děti v předškolním období mají sklon se uchýlovat k magickému myšlení. Různé představy mohou nahánět strach. Každé dítě potřebuje jasné a srozumitelné informace a pravdivá vysvětlení podávaná s ohledem k rozumovým schopnostem dětí. Děti ve školním věku snášejí krátkou separaci od rodičů, z důvodu hospitalizace poměrně dobře. Je vhodné je podporovat v pocitu samostatnosti. Při pobytu v nemocnici je důležité pokračovat ve vzdělávání. S pomocí vyučujícího má dítě stálý pocit kontinuity s vnějším světem. Před ale i po léčebných procedurách poskytuje sestra dětem možnost nakreslit, nebo vyjádřit co cítí, pomoci jim aby se uvolnili, vyjádřili své pocity (10, 11).

Hospitalizace dítěte ovlivňuje celou rodinu. Rodiče hospitalizovaného dítěte potřebují, aby zdravotnický personál projevil zájem o jejich emocionální potřeby. Musíme si uvědomit v jaké situaci se rodiče nemocného dítěte nacházejí. Mají strach o své dítě, nerozumějí slovům ani různým výrazům používaným v nemocnici. Jsou zavaleni velkým množstvím informací, které musí rychle zpracovat. Mnozí nejsou schopni tuto situaci zvládnout bez podpory a empatického přístupu zdravotnického personálu. Sestra spolu s lékařem poskytuje dostatečné a srozumitelné informace o způsobu ošetřování, o plánovaných výkonech. Zdravotnický personál by měl dostatečně komunikovat s rodiči nemocného dítěte, neboť následkem špatné komunikace vznikají zbytečné obavy. Musí se postupovat zcela individuálně a v průběhu rozhovoru si ověřovat zda rodiče všemu rozuměli. Sestra by se měla snažit zapojit doprovod do aktivní spolupráce při péči o dítě, je možné uplatnit princip dohodnuté péče. Tento princip znamená, že se obecné ošetřování, dovoluje-li to

zdravotní stav, nechá plně na rodičích a sestra zajišťuje pouze péči odbornou. Dítě je klidnější a méně úzkostné, neboť alespoň z části je zajištěn jeho obvyklý denní režim. Rodiče se nestávají pouze pasivním pozorovatelem, ale mají pocit, že mohou aktivně ovlivňovat dění okolo jejich dítěte. Vždyť jejich úkolem je dítě chránit a pomáhat mu. Stejně jako rodiče tak i děti mají svá práva, která jim zaručuje charta práv dětí (viz. Příloha 5). Dochází-li k nedostatečné komunikaci vzniká nejistá situace, pocit bezmocnosti vyvolává paniku a úzkost u rodičů. Tento negativní pocit se dále přenáší i na samotné dítě a následně ovlivňuje i jeho somatický stav. Sestra by měla uklidňovat rodiče, povzbuzovat jejich pozitivní přístup a poskytovat dostatek srozumitelných informací (2, 11, 23).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1. Cíle práce

Cíl 1: Zjistit výskyt nejčastějších ošetrovatelských diagnóz u dětí s průjmovým onemocněním.

Cíl 2: Zjistit vliv doprovázející osoby na délku hospitalizace u dítěte s průjmovým onemocněním.

2.2 Hypotéza

U dětí do 10 let je nejčastější ošetrovatelskou diagnózou deficit tělesných tekutin.

2.3 Výzkumná otázka

Vede přítomnost doprovodu při hospitalizaci dítěte s průjmovým onemocněním ke zkrácení doby hospitalizace?

3. Metodika

3.1 Metodika

K ověření předpokládané hypotézy a výzkumné otázky jsme zvolili kvantitativně – kvalitativní šetření, které probíhalo formou obsahové analýzy ošetrovatelské dokumentace a přímým pozorováním.

Pro zpracování bylo vybráno 10 dětí, u nichž byly na základě přímého pozorování a obsahové analýzy dokumentace, vytvořeny ošetrovatelské záznamy.

Obsahová analýza ošetrovatelské dokumentace a zúčastněné přímé pozorování, které bylo provedeno u dětí s průjmovým onemocněním, probíhalo zápisem ošetrovatelských diagnóz a následně byla tato data zanesena do předem připravených pozorovacích záznamů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 67 dětí, hospitalizovaných na dětském oddělení nemocnice Prachatic, s průjmovým onemocněním. Výzkumné šetření probíhalo od září 2008 do února 2009. Šetření se týkalo dětí ve věku 0 – 10 let. Přičemž se pro větší přesnost výsledků ještě specifikovaly věkové kategorie 0 – 3 let (34 dětí), 4 – 6 let (17 dětí) a 7 – 10 let (16 dětí).

Z celkového počtu 67 dětí bylo vybráno 10 dětí k vytvoření ošetrovatelského záznamu. Kritérium výběru byla shoda dítěte ve věku, z čehož jedno bylo hospitalizováno s matkou a druhé bez matky.

4. Výsledky

4.1 Ošetrovateľské záznamy

Ošetrovateľský záznam u pacienta 1

Na detské oddelení byl přijat třicet měsíců starý chlapeček spolu s matkou. Před 3 dny si stěžoval na bolest břicha, jedenkrát zvracel a dostal průjem. Za 24 hodin měl doma dle údajů matky sedm vodnatých stolic. K hospitalizaci byl odeslán obvodním lékařem. Chlapeček byl unavený, polehával, pobledlý, měl oschlé rty a snížený kožní turgor. Byl febrilní, při příjmu měl tělesnou teplotu 38,5 °C, pulsů za minutu 136, dechů za minutu 28, specifická váha moči byla 1024. Začervenalá, podrážděná kůže v okolí konečníku.

Chlapeček se narodil v termínu, císařským řezem z indikace matky. Vážil 3450 g a měřil 52 cm. Poporodní adaptace v normě, kojen byl 3 měsíce. Novorozenecký icterus neměl. Očkování probíhá dle očkovacího kalendáře. V roce a půl bral antibiotika, měl bronchitidu, jinak vážněji nestonal. Žádný úraz neměl. Psychomotorický vývoj probíhá v normě.

U dítěte byly stanoveny tyto ošetrovateľské diagnózy

00013 Průjem v souvislosti s infekcí, projevující se častým vyprazdňováním vodnatých stolic. 00027 Deficit tělesných tekutin v souvislosti s častým odchodem vodnaté stolice, projevující se sníženým kožním turgorem, oschlými rty. 00007 Hypertermie v souvislosti s infekčním procesem, projevující se tělesnou teplotou v axille 38,5°C, tachykardií. 00046 Porušená kožní integrita v souvislosti s častým odchodem vodnaté stolice, projevující se začervenaním v okolí konečníku. 00093 Únava v souvislosti s větší ztrátou tekutin, projevující se sníženou pohybovou aktivitou (13).

1.den

Byla zavedena periferní kanyla a provedeny odběry krve na sedimentaci, krevní obraz a diferenciál, základní biochemie (kyselina močová, urea, kreatinin, minerály, jaterní testy), glykémie, amylázy v séru a v moči. Dále sestra provedla odběr krve na Astrup a výtěr z konečníku. Připravila zkumavku na odběr stolice k vyšetření

Rota a Adenovirů. Sestra zajistila rychlost infuze na 80 ml/h a seznámila matku s ošetrovatelskou péčí, s důležitými úkony mezi které patří časté nabízení tekutin a jejich zápis. Péče o zadeček po každém vyprázdnění, k čemuž matka dostala k dispozici rybí mast. Sestra poskytla matce zápisový list, ve kterém byly všechny důležité úkony o péči vypsány a matka dopisovala množství tekutin, stolic, zvracení, ale i množství přijaté stravy. Matka byla dále sestrou upozorněna na důležitost ukázky každé stolice s tím, že první vzorek bude odebrán na vyšetření na Rota a Adenoviry. Sestra uklidnila matku tím, že se může zeptat na cokoliv a že sama sestra jí s péčí o chlapečka pomůže a zároveň jí přinesla dětské knihy a hračky. Prvních 24 hodin sestra měřila fyziologické funkce po dvou hodinách. Tělesná teplota klesla po dvou hodinách po podání perorálních antipyretik a následně za další dvě hodiny znovu začala stoupat. Sestra zajistila chlazení infúzního setu ledem. První den po přijetí měl chlapeček šest stolic. Vždy menší množství vodnaté stolice s příměsí hlenu, kysele zapáchající. Jedenkrát zvracel. Do rána vypil 400 ml čaje. Močil častěji, specifická váha moče byla večer 1016. Večer snědl pár lžic nemastné bramborové kaše. Kůže u konečníku stále začervenalá, podrážděná. Chlapeček močil do nočníku, ale z důvodu častého odchodu průjmovité stolice ponechány ještě pampers plenky.

Řešené diagnózy

Průjem – 00013, Deficit tělesných tekutin – 00027, Hypertermie – 00007, Porušená kožní integrita – 00046, Riziko infekce – 00004, Únava – 00093.

Nové řešené ošetrovatelské diagnózy

00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedenou intravenózní kanylou (13).

2. den

Sestra měřila fyziologické funkce po třech hodinách. Tělesná teplota vystoupila na 38,7 °C až v 19 hodin večer, přes den se pohybovala kolem 37 °C. Stolic měl chlapeček celkem pětkrát, stále vodnaté s příměsí hlenu a kysele zapáchající. Nezvracel, sestra zajišťovala infuze dle ordinace lékaře a kontrolovala místo vpichu a okolí po 1 hodině. Chlapeček byl v přítomnosti matky klidný, během dne pospával.

Čaj přijímal po lžičkách, jídlo odmítal. Snědl pouze pár lžic kaše a nemastné rýžové polévky. Mírné zlepšení začervenalé kůže u konečníku.

Řešené diagnózy

Průjem – 00013, Deficit tělesných tekutin – 00027, Hypertermie – 00007, Porušená kožní integrita – 00046, Riziko infekce – 00004, Únava – 00093

3. den

Chlapec měl třikrát kašovitou stolicí s příměsí hleny, kysele zapáchající. Sestra měřila fyziologické funkce po čtyřech hodinách. Tělesná teplota se pohybovala kolem 37 °C, pulsů měl chlapec za minutu 100 a dechů 22. Specifická váha moče měřená sestrou v jedenáct hodin byla 1010. Kontrola místa zavedení kanyly po dvou hodinách, infuze kape, místo není zarudlé ani se neobjevil žádný otok. Chlapeček se aktivně zajímal o dění, se sestrami navazoval opatrně kontakt. Byl klidný, neplakal. Stále odmítal jídlo. Sestra pomáhala matce s krmením, v přítomnosti sestry snědl chlapec půl porce bramborové kaše s mletým libovým masem. Odpoledne a večer znovu pomáhala sestra při krmení, chlapec snědl celý rozmačkaný banán a večer půl porce. Matka nechávala chlapce rozbaleného, večer byla kůže neporušena, téměř bez známek začervenaní.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem – 00013, Riziko infekce – 00004, Únava – 00093

Nové řešené ošetrovatelské diagnózy

00028 Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s vyprazdňováním stolice

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy

Deficit tělesných tekutin – 00027, Hypertermie – 00007, Porušená kožní integrita – 00046,

4. den

Fyziolog. funkce sestra měřila po čtyřech hodinách. Byly po celý den v normě. Specifická váha moče byla 1008, chlapeček dostatečně hydratován. Nezvracel. Stolicí měl třikrát kašovitou bez příměsí, stále kysele zapáchající. Sestra zjistila mírný otok

v místě vpichu kanyly, proto byla kanyla vyjmuta. Dle ordinace lékaře se další kanyla nezaváděla. Chlapec pil dostatečné množství čaje z kojenecké láhve. Začínal projevovat zájem o jídlo, snědl půlku porce. Dle výsledků z mikrobiologie pozitivní Rota viry.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem – 00013, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy:

Riziko infekce – 00004, Únava - 00093

5. den

Fyziologické funkce v normě. Stolicе dopoledne jedenkrát kašovitá. Propuštěn ošetřujícím lékařem domů. Sestra seznámila matku s dietními opatřeními, do další kontroly lékařem vynechat mléčné výrobky, nutný dostatek tekutin.

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem – 00013, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028

Tabulka 1 Denní záznam vybraných ukazatelů zdravotního stavu pacienta 1

Den	1. den	2. den	3. den	4. den	5. den
Ukazatele					
Nejvyšší TT (°C)	38,9	38,7	37,2	36,9	Propuštěn domů
Počet stolic	6x	5x	3x	3x	
Specifická váha moče	1016	1014	1010	1008	
Příjem tekutin (ml)	1400	600	1500	1100	
Frekvence močení	6x	10x	11x	11x	
Zvracení	1x				

Ošetrovatelský záznam u pacienta 2

Na dětské oddělení byla přijata osmiletá holčička s matkou. Před dvěma dny večer začala zvracet a měla průjemovitou stolicí. Další den opět zvracení, dívka febrilní měla tělesnou teplotu 39 °C, pulsů 120 za minutu. Dle údajů matky osmkrát vodnatá, zapáchající stolice bez příměsi krve. Pila přibližně 750 ml za den, dysurické potíže neměla. Včera se znovu objevili bolesti břicha. Dívka přestala zvracet, ale dle matky měla znovu osm až devět vodnatých stolic. Z chirurgické ambulance byla odeslána na příjem. Holčička byla unavená, hydratace hraniční. Jazyk bílý, povleklý, peristaltika živá. Dívka byla orientovaná, spolupracovala, komunikovala dobře.

Holčička je ze II. gravidity, porod spontánní v termínu. Kříšena nebyla, porodní váha 4310 g a měřila 52 cm. V pěti letech provedena u pacientky adenotomie. Vážný úraz neutrpěla. Alergická anamnéza negativní.

U dítěte byly stanoveny tyto ošetrovatelské diagnózy:

00013 Průjem v souvislosti s infekcí, projevující se častým vyprazdňováním vodnaté stolice. 00132 Akutní bolest v souvislosti s infekcí v trávicím traktu, projevující se verbalizací. 00027 Deficit tělesných tekutin v souvislosti se zvracením a častým odchodem vodnaté stolice, projevující se hraničním kožním turgorem. 00007 Hypertermie v souvislosti s infekcí v trávicím traktu, projevující se teplotou v axille 39 °C, tachykardií. 00093 Únava v souvislosti se ztrátou tekutin, projevující se sníženou pohybovou aktivitou. 00095 Porušený spánek v souvislosti s častým nucením na stolicí, projevující se častým buzením. 00047 Riziko porušení kožní integrity v souvislosti s častým odchodem dráždivé vodnaté stolice (13).

1.den

Při příjmu sestra zajistila ultrazvukové vyšetření břicha, poté provedla dle ordinace lékaře odběry krve a výtěry z recta. Při krevních odběrech byla zavedena periferní kanylka a po uložení holčičky na pokoj sestra zajistila infuze, Ringerfungin kapal přes infuzní pumpu rychlostí 100 ml/h. Sestra po tomto výkonu zavedla zápis příjmu tekutin a zápis frekvence močení. Matka byla ošetřujícím personálem informována jak provádět ošetrovatelskou péči, jak zapisovat důležité údaje. Sestra

měřila fyziologické funkce včetně krevního tlaku po dvou hodinách. Tělesná teplota kolísala během dne v rozmezí 37,5 až 38,8 °C. Po podání antipyretik a chlazení infúzního setu tělesná teplota poklesla, ale po dvou až třech hodinách měla pacientka znovu febrilní špičku. Holčička dvakrát zvracela menší množství tekutiny, vždy po vypití většího množství čaje. Zapáchající, vodnaté stolice bez příměsi měla desetkrát. Močila se stolicí, proto sestra nemohla změřit specifickou váhu moče, ani celkový výdej tekutin. V noci pospávala, téměř každé dvě hodiny ji budilo nucení na stolicí. Holčička unavená, pospávala, stěžovala si na mírné bolesti břicha.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem – 00013, Akutní bolest – 00132, Deficit tělesných tekutin – 00027, Hypertermie – 00007, Únava – 00093, Porušený spánek – 00095, Riziko porušení kožní integrity – 00047

Nově řešené ošetrovatelské diagnózy

00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedenou intravenózní kanylou (13).

2. den

Sestra měřila stále tělesnou teplotu po dvou hodinách, pulsy, dechy a krevní tlak po čtyřech hodinách. Pacientka měla třikrát febrilní špičku, nejvíce vystoupila tělesná teplota na 39 °C. Sestra zajistila rychlost infuze na 70 ml/h a kontrolovala místo vpichu po jedné hodině. Holčička měla stále časté vodnaté, zapáchající stolice, za 24 hodin jich bylo osm. Množství moče ani specifickou váhu nebylo možno změřit, stále odcházela stolice spolu s močením. Holčička snědla čtvrt porce bramborové kaše pila po malých množstvích studený čaj. Smectu, kterou ji sestra rozpustila v malém množství čaje netolerovala a po požití měla nauzeu. Večer snědla pět lžic bramborové kaše a přes den ukusovala rýžové lupínky. Holčička byla stále unavená, pospávala. Hydratace dobrá, kožní turgor v normě. Sliznice vlhké. Občas udávala bolest břicha.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem – 00013, Akutní bolest – 00132, Hypertermie – 00007, Únava – 00093, Porušený spánek – 00095, Deficit tělesných tekutin – 00027, Riziko infekce – 00004, Riziko porušení kožní integrity - 00047

3. den

Jako příčina průjmu zjištěna v mikrobiologické laboratoři Salmonella D. Sestra měřila tělesnou teplotu, puls a dech po čtyřech hodinách, krevní tlak dvakrát denně. Tělesná teplota vystoupila ještě na 38,5 °C. Po podání antipyretik pokles tělesné teploty. Infuze kapala rychlostí 50 ml/h. Sestra provedla odběry krve na základní biochemii a Astrup. Stolicí měla pacientka stále vodnatou, sedmkrát za den. Sestra odebrala moč na vyšetření a změřila specifickou váhu moče, která byla 1010. Matka nabízela stále čaj po menších množstvích. Pacientka již tolerovala i Smectu a sestra jí podala Hylak kapky dle ordinace lékaře. Pacientka již měla chuť na banán a k obědu a večeri snědla opět čtvrt porce bramborové kaše. Pacientka projevila zájem o televizi a časopisy. Na bolest si nestěžovala. Hydratace v normě.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem – 00013, Hypertermie – 00007, Porušený spánek – 00095, Riziko infekce – 00004, Riziko porušení kožní integrity – 00047

Nově řešené ošetrovatelské diagnózy

00028 Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s vyprazdňováním vodnaté stolice (13).

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy

Akutní bolest – 00132, Deficit tělesných tekutin – 00027, Únava – 00093,

4. den

Sestra měřila tělesnou teplotu, pulsy a dechy po čtyřech hodinách. Tělesná teplota se pohybovala do 37,2 °C. Sestra vyjmula kanylu. Zavedena nová kanyla do levého předloktí. Sestra kontrolovala místo vpichu a okolí po dvou hodinách. Zajistila rychlost infuze na 40 ml/h. Stolicí měla pacientka dvakrát kašovitou, a dále pětkrát menší množství vodnaté stolice. Sestra podávala dvakrát denně Smectu a Hylak forte dle ordinace lékaře, kterou pacientka dobře tolerovala. Močila dobře, bez potíží. Nezvracela, nauseu neměla. Na bolesti si pacientka nestěžovala. Začínala si číst časopisy. K obědu snědla nemastnou rýžovou polévku, odpoledne snědla škrábané jablko s banánem.

Řešené ošetrovatelské diagnózy:

Průjem – 00013, Riziko infekce – 00004, Riziko porušení kožní integrity – 00047, Riziko deficitu tělesných tekutin - 00028

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy:

Hypertermie – 00007, Porušený spánek – 00095,

5. den

Sestra měřila tělesnou teplotu po dvou hodinách., puls a dechy čtyřikrát denně. Tělesná teplota znovu vystoupila na 38,7 °C, po podání Paralenu pokles. Stolicí měla čtyřikrát stále vodnatou s příměsí hlenu. Matka nabízela dostatek tekutin. Celkový příjem tekutin činil celkem 1300 ml, pacientka močila devětkrát. Specifickou váhu moči měla 1009. Sestra ukončila infuzi, kanylu ponechala, průchodnost zajistila heparinovou zátkou. Sestra stále podává Smectu a Hylak kapky dle ordinace lékaře. Holčička odmítala jídlo, jedla pouze banány a škrábaná jablka. S nutričním terapeutem domluvena strava podle chuti a dietních požadavků. Hydratace dobrá, na bolest si nestěžovala. Holčička si se zájmem četla a psala úkoly.

Řešené ošetrovatelské diagnózy:

Průjem – 00013, Hypertermie – 00007, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028, Riziko infekce – 00004, Riziko porušení kožní integrity – 00047

6. den

Sestra měřila tělesnou teplotu po čtyřech hodinách, ostatní fyziologické funkce čtyřikrát denně. Tělesná teplota byla v normě. Stolicí měla pacientka čtyřikrát kašovitou bez příměsí. Holčička pila dostatečné množství tekutin, nezvracela. Močila desetkrát. Sestra provedla krevní odběry dle ordinace lékaře. Vyjmula kanylu, místo sterilně zajistila. Po změně jídelníčku, který je stále bez mléčných výrobků a výrobků obsahujících lepek snědla půl až tři čtvrtě porce jídla. Hydratace v normě.

Řešené ošetrovatelské diagnózy:

Průjem – 00013, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028, Riziko porušení kožní integrity - 00047

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy:

Hypertermie – 00007, Riziko infekce – 00004

7. den

Dívka měla dvakrát kašovitou stolicí, pila dostatečně, hydratace v normě, bez výkyvů fyziologických funkcí. Pacientka propuštěna tento den domů. Matka poučena o režimových a dietních opatřeních.

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy:

Průjem – 00013, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028, Riziko porušení kožní integrity – 00047

Tabulka 2 Denní záznam vybraných ukazatelů zdravotního stavu pacienta 2

Den	1.den	2. den	3.den	4.den	5.den	6.den	7.den
Ukazatele							
Nejvyšší TT (°C)	38,8	39	38,5	37,2	38,7	36,9	Propuštěna domů
Počet stolic	10x	8x	7x	7x	4x	4x	
Specifická váha moče			1010		1009		
Příjem tekutin (ml)	1500	1450	1600	1550	1300	1100	
Frekvence močení	10x ?	9x ?	10x	8x	9x	10x	
Zvracení	2x						

Ošetrovatelský záznam u pacienta 3

V neděli večer byla přijata s matkou jedenáctiměsíční holčička pro opakované zvracení a průjemovité stolice. Posledních pět dnů měla průjemovité stolice, dle údajů matky jedenkrát za den. V den příjmu začala kolem čtrnácté hodiny zvracet. Matka jí podávala vlažný čaj po lžičkách, holčička tekutiny netolerovala a do dvaceti hodin zvracela celkem šestkrát. Poté přijely na vyšetření na dětské oddělení. Pacientka byla uplakaná, bránila se jakémukoliv kontaktu, vyšetření. Tělesná teplota v rectu byla 38,2°C, pulsů 136 za minutu. Kožní turgor v normě, rty oschlé, jazyk povleklý.

Pacientka se narodila v termínu, vážila 3450g a měřila 51 cm. Kojena byla 14 dní. Očkování probíhá dle očkovacího kalendáře. Poprvé byla nemocná před měsícem. Měla bronchitidu a brala 10 dní antibiotika.

Rodiče jsou zdraví, žádné závažné onemocnění v rodině neudávají.

U dítěte byly stanoveny tyto ošetrovatelské diagnózy:

00013 Průjem v souvislosti s infekcí v trávicím traktu, projevující se častým vyprazdňováním vodnaté stolice. 00007 Hypertermie v souvislosti s obrannou reakcí organismu, projevující se teplotou v rectu 38,2°C, tachykardií. 000148 Strach v souvislosti s neznámým prostředím, projevující se pláčem. 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti se zvracením. 00039 Riziko aspirace v souvislosti se zvracením. 00047 Riziko porušení kožní integrity v souvislosti s vyprazdňováním dráždivé stolice (13).

1. den

Byly provedeny krevní odběry a výtěry z krku a konečníku. Pacientka byla ustrašená, odmítala kontakt. Na pokoji se s matkou zklidnila. Sestra seznámila matku s prostředím, s chodem dětského oddělení, upravila zvýšenou polohu k prevenci aspirace. Matka byla poučena o důležitosti podávání tekutin, o péči o kůži, o nutnosti měřit tělesnou teplotu po dvou hodinách. Pacientce byl podáván ledový čaj po lžičkách. Matka zapisovala množství tekutin a frekvenci močení. Sestra kontrolovala příjem

tekutin podávaných matkou, kontrolovala, zda pacientka nezvrací a dále stav hydratace. Pacientka po příjmu nezvracela, měla třikrát malé množství vodnaté stolice. V noci hypertermie – tělesná teplota byla 38,7°C. Po podání antipyretik pokles.

Řešené diagnózy:

Průjem – 00013, Hypertermie – 00007, Strach – 00148, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028, Riziko porušení kožní integrity – 00047

Vyřešené diagnózy:

Riziko aspirace – 00039

2. den

Pacientka měla dvakrát malé množství vodnaté stolice. Dopoledne sestra připravila škrábaný banán, pacientka snědla pár lžic. Matka podala holčičce po chvíli velké množství tekutiny. Pacientka zvracela, třikrát vodnatá stolice. Zhoršení stavu hydratace, pacientka polehává, projevuje snížený zájem o okolí. Ošetřující lékař a sestra informovali matku. Zavedena intravenózní kanyla. Sestra zajistila rychlost infuse Ringerfungin 60 ml za hodinu. Sestra kontrolovala místo vpichu po dvou hodinách. Sestra pomáhala s nabízením tekutin. Matka byla nervosní. I přes dostatek informací ze strany lékaře a ošetřující sestry vyžadovala matka jinou stravu. Domluvena suchá rýže s mrkví a libovým masem. Pacientka znovu zvracela, po té dostávala pouze ledový čaj po lžičkách. Večer znovu hypertermie 38,5°C, po podání antipyretik pokles. Sestra kontrolovala a zapisovala příjem tekutin a frekvenci močení.

Řešené diagnózy:

Průjem – 00013, Hypertermie – 00007, Riziko infekce – 00004, Riziko porušení kožní integrity – 00047

Nově řešené ošetrovatelské diagnózy

00057 Riziko zhoršení rodičovské role v souvislosti s psychickým napětím,
00027 Deficit tělesných tekutin v souvislosti se zvracením, nízkým příjmem tekutin
projevující se zvýšenou únavou (13).

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy

Riziko deficitu tělesných tekutin - 00028 přešlo v Deficit tělesných tekutin
00027

3. den

Tělesná teplota v normě. Pacientka ještě jedenkrát ráno zvracela, měla v noci dvakrát menší množství vodnaté stolice. Na desátou hodinu dle ordinace lékaře sestra zajistila ultrazvukové vyšetření břicha. Sestra i ošetřující lékař informovali matku, že má být pacientka nalačno. Při kontrole pacientky bylo zjištěno, že matka podala banán. Vyšetření dle ordinace lékaře sestra zajistila na další den na sedmou hodinu ráno. Sestra kontrolovala po jedné hodině periferní kanylu a okolí, zajistila rychlost infuse Ringerfungin na 30 ml/h. Pacientka byla dostatečně hydratována. Ošetrovatelská diagnóza deficit tělesných tekutin byla vyřešena a přešla v Riziko deficitu tělesných tekutin. S pomocí sestry se pacientka vymočila na nočník, změřena specifická váha moče 1011. Sestra vysvětluje znovu všechny ošetrovatelské výkony matce a informace vícekrát opakuje. Zpětnou vazbou sestra zjišťuje, zda matka všemu rozumí. Pacientka odpoledne již nezvracela a stolicí také neměla. Večer matka klidnější, holčička s pomocí sestry snědla půl porce dušené mrkve s rýží.

Řešené diagnózy:

Průjem – 00013, Riziko infekce – 00004, Riziko zhoršení rodičovské role –
00057, Riziko porušení kožní integrity – 00047, Riziko deficitu tělesných tekutin -
00028

Vyřešené ošetrovateľské diagnózy.

Hypertermie -00007, Deficit tělesných tekutin – 00027,

4. den

Pacientka neměla zvýšenou teplotu. Měla jedenkrát kašovitou stolicí s příměsí hlenu. Pacientka celý den nezvracela. Kožní turgor v normě. Tělesná teplota nebyla zvýšena. Ráno sestra doprovodila matku s pacientkou na ultrazvukové vyšetření břicha. Dle ordinace lékaře provedla sestra krevní odběry na základní biochemii. Před provedeným výkonem informovala matku o postupu odběru. Matka souhlasila, u odběru přítomna nebyla. Dle ordinace lékaře, z výsledků krevního odběru sestra ukončila infuze a ponechala pouze intravenózní kanylu, do které aplikovala heparinovou zátku a dále dostatečně zafixovala ruku se zavedenou periferní kanylou. Pacientka pila chlazený čaj, začala s větší chutí jíst škrábané jablko i banán. K obědu s pomocí sestry pacientka snědla tři čtvrtě porce nemastné bramborové kaše a libové mleté maso. Večer s matkou snědla celou rýžovou polévku s mrkví.

Řešené ošetrovateľské diagnózy:

Průjem – 00013, Riziko zhoršení rodičovské role – 00057, Riziko deficitu tělesných tekutin - 00028

Vyřešené ošetrovateľské diagnózy:

Riziko infekce – 00004, Riziko porušení kožní integrity – 00047

5. den

Pacientka nezvracela, stolicí měla jedenkrát kašovitou. Tělesnou teplotu měla v normě. Pacientka snědla s matkou vždy tři čtvrtě porce. Matka byla klidná, dostatečně komunikovala. Sestra vyjmula dle ordinace lékaře intravenózní kanylu, místo sterilně ošetřila.

Vyřešené ošetrovateľské diagnózy:

Průjem – 00013, Riziko zhoršení rodičovské role – 00057

6. den

Holčička s matkou ráno propuštěna domů. Sestra edukovala matku o dietních opatřeních.

Tabulka 3 Denní záznam vybraných ukazatelů zdravotního stavu pacienta 3

Den	1.den	2. den	3.den	4.den	5.den	6.den
Ukazatele	1.den	2. den	3.den	4.den	5.den	6.den
Nejvyšší TT (°C)	38,7	38,5	36,9	36,8	36,8	Propuštěna domů
Počet stolic	3x	5x	2x	1x	1x	
Specifická váha moče			1011			
Příjem tekutin (ml)	900	1380	1200	1000	1100	
Frekvence močení	12x	10x	10x	8x		
Zvracení		1x	1x			

Ošetrovateľský záznam u pacienta 4

Obvodným lekárom bol po počínajúcej dehydrataci odeslaný 14 mesáčny chlapec k hospitalizácii na detské oddelenie. Matka zostala hospitalizovaná s chlapcom. Približne vo 20 hodín začal chlapec zvracať, mal v noci štyrikrát vodnatou stolicu a dle údajov matky zvracal približne osmkrát. Matka podávala čaj, ktorý chlapec netoleroval, ihneď zvracal. Pri prijímu hypotonický chlapec, kožný turgor ľahce znížený, kůže bez eflorescencií. Pacient je z prvého tehotenstva. Porod spontánny vo 42. týždni. Porodná váha bola 2980 g a 51 cm. Porod bol protrahovaný, chlapec kŕišen. Perinatálna asfyxia. Ďalej bol pasívny, nechcel piť. Vo treťom mesiaci pri hospitalizácii na neurologickom oddelení v Motole stanovená suspektná spinálna svalová atrofia. Táto diagnóza bola po štyroch mesiacoch zpochybnená. Pravidelné očkovanie dle očkovacieho kalendára, navyše naočkovaný vakcínou Prevenar. Matka cvičí pravidelne Vojtovu metódu. V súčasnej dobe chodí chlapec s oporou.

U chlapca boli stanovené tieto ošetrovateľské diagnózy

00013 Prŕjem v súvislosti s infekciou v trávicom trakte, prejavujúci sa častým vyprazdňovaním vodnatej stolice. 00027 Deficit telesných tekutín v súvislosti so zvracaním, prejavujúci sa zníženým kožným turgorom, hypotónií. 00093 Únava v súvislosti so ztrátou tekutín, prejavujúci sa apatiou. 00047 Riziko porušenia kožnej integrity v súvislosti s častým odchodom vodnatej stolice. 00039 Riziko aspirácie v súvislosti so zvracaním (13).

1. deň

Pri prijímu chlapec změřený a zvažovaný. Váha bola 6960 g. Poté sestra pripravila a asistovala lekárovi pri zavádzaní intravenózneho kanylu. Zároveň sestra zajišťovala krvné odběry z žily a po následnej fixácii a napojení na infúziu Ringerfungeninu provedla odběr krvi na Astrup a výtěry z krku a rektu. Po zajištění a uložení chlapca, bola matka seznámena s chodem oddelenia. S dôležitými ošetrovateľskými výkony, ktoré bude matka u chlapca provádět. Chlapec bol napojený na monitor, ktorý zaznamenával

srdeční činnost, dechovou křivku a sycení krve kyslíkem. Sestra pomáhala matce s ošetřováním chlapce. Zapisovala příjem tekutin, frekvenci močení. Kontrolovala místo a okolí vpichu intravenózní kanyly po dvou hodinách. Sestra pomáhala matce při provádění hygieny, pečovala o kůži na genitálu, polohovala chlapce. Pacient byl hypotonický, nejevil zájem o okolí. Matka se aktivně zapojila s pomocí sestry do péče. Chlapeček měl zvýšenou tělesnou teplotu, pulsy okolo 130´ a dechy 28-30´. Stolicí měl sedmkrát vodnatou, zvracel třikrát. Příjem tekutin včetně infusí činil 1200 ml.

Řešené ošetrovatelské diagnózy:

Průjem - 00013, Deficit tělesných tekutin - 00027, Únava - 00093, Riziko aspirace – 00039, Riziko porušení kožní integrity – 00047

Nově řešené ošetrovatelské diagnózy

00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedenou intravenózní kanylou, 00007 Hypertermie v souvislosti s reakcí organismu na probíhající infekci (13).

2. den

Chlapec měl osmkrát vodnatou stolicí, zvracel celkem dvakrát. Sestra zajistila rychlost infuse 60 ml/h a kontrolovala zavedení a fixaci infuse po dvou hodinách. Chlapeček byl stále napojen na monitor, kde sestra kontrolovala pravidelně po dvou hodinách pulsy, dechy, sycení krve kyslíkem. Tělesnou teplotu měřila matka také po dvou hodinách. Chlapeček měl tento den nejvýše 37,6°C. Odmítal pít čaj, snědl pár lžic škrábaného banánu. Ranní váha byla 6950 g. Chlapeček byl stále unavený, pospával, neprojevoval zájem o okolí.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem - 00013, Deficit tělesných tekutin - 00027, Únava - 00093, Riziko infekce – 00004, Riziko aspirace – 00039, Riziko porušení kožní integrity – 00047, Hypertermie – 00007

3. den

Chlapec měl třikrát vodnatou a dvakrát kašovitou stolicí. Zvracel jedenkrát. Infuse stále napojena, kapala rychlostí 50 ml/h. Sestra kontrolovala místo zavedení kanyly po dvou hodinách. Chlapeček byl odpojen od monitoru, sestra měřila fyziologické funkce po čtyřech hodinách, byly v normě. Při ošetřování chlapečka si sestra všimla, že ji pozoruje a snaží se navázat kontakt. Také matka zjistila tento den zlepšení. Chlapeček se začínal z vlastní vůle více hýbat, komunikoval s matkou. Ranní váha byla 6940 g. Zápis frekvence močení nepřesný, chlapeček močil přibližně osmkrát. Příjem tekutin činil 1100 ml.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem - 00013, Deficit tělesných tekutin – 00027, Riziko infekce - 00004, Únava – 00093, Riziko porušení kožní integrity – 00047

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy

Hypertermie – 00007, Riziko aspirace – 00039,

4. den

Sestra vyjmula intravenózní kanylu a asistovala lékaři při zavádění nové. Při tomto výkonu provedeny kontrolní odběry. Dále byl podán Ringerfungin rychlostí 40 ml/h. Sestra měřila fyziologické funkce po čtyřech hodinách. Nejvyšší tělesná teplota byla večer 37,3°C. Chlapeček měl tento den čtyřikrát kašovitou stolicí. Zvracel jedenkrát. Jedl málo, sestra pomáhala matce s krmením. Pacient snědl vždy pár lžiček škrábaného banánu, jablka, nebo k obědu nemastné rýžové polévky s mrkví. Chlapeček projevoval stále větší zájem o okolí, byl stále více aktivnější.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem - 00013, Riziko infekce - 00004, Riziko porušení kožní integrity - 00047

Nově řešené ošetrovatelské diagnózy

00028 Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s častým vyprazdňováním stolice, 00007 Hypertermie v souvislosti s probíhající infekcí, projevující se tělesnou teplotou v rectu 37,3°C

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy

Únava - 00093, Deficit tělesných tekutin – 00027

5. den

Chlapec měl dvakrát kašovitou stolicí. Jedl stále po malých dávkách, nezvracel. Odpoledne ukončena infuze, ponechána kanyla s heparinovou zátkou. Sestra měřila fyziologické funkce po čtyřech hodinách, byly v normě. Pacient měl čtyřikrát kašovitou stolicí. Jevil zájem o okolí, matka udávala další zlepšení pohybové i psychické aktivity u chlapce.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Riziko infekce - 00004, Riziko deficitu tělesných tekutin - 00028, Riziko porušení kožní integrity - 00047

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem - 00013, Hypertermie - 00007

6. den

Fyziologické funkce byly v normě. Pacient nezvracel. Nejvyšší tělesná teplota byla 37°C. Chuť k jídlu měl stále malou. Dle údajů matky, doma také nejí velké porce. Příjem tekutin činil za 24 hodin 900 ml. Chlapeček měl třikrát kašovitou stolicí.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Riziko infekce - 00004, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028

Vyřešené ošetrovateľské diagnózy

Riziko porušenia kožnej integrity - 00047

7. den

Sestra merala fyziologické funkcie, boli v norme. Chlapec mal dvakrát kašovitou stolicu. Sestra vyjmula intravenóznú kanylu. Dle domluvy matky s lekárom bol chlapec propuštěn domů. Sestra edukovala matku o ošetrovateľskom režime.

Tabulka 4 Denní záznam vybraných ukazatelů zdravotního stavu pacienta 4

Den							
Ukazatele	1. den	2. den	3. den	4. den	5. den	6. den	7. den
Nejvyšší TT (°C)	36,9	37,6	36,9	37,3	36,9	37	Propuštěn domů
Počet stolic	7x	8x	5x	4x	4x	3x	
Specifická váha moče	1014		1009				
Příjem tekutin (ml)	1200	1250	1100	1050	980	900	
Frekvence močení	9x	10x	8x	9x	8x		
Zvracení	3x	2x	1x	1x			

Ošetrovatelský záznam u pacienta 5

Na dětské oddělení byla odeslána obvodním lékařem pětiletá holčička. V noci měla bolesti břicha, stolici neměla, nezvracela. Ráno šla do školky. Ve školce pětkrát zvracela, měla průjemovitou stolici. Plakala, stěžovala si na bolest břicha. Matka následně vyzvedla holčičku ze školky a po návštěvě obvodního lékaře ji odvezla na dětské oddělení. Zde zajištěno chirurgické konzilium. Pacientka je ponechána k hospitalizaci s doprovodem matky. Holčička je unavená, anikterická. Turgor kůže je přiměřený. Sliznice oschlé, břicho citlivé ve středním epigastriu.

Holčička je z druhého těhotenství, doma má o čtyři roky starší sestru. Porodní váha byla 3450 g a měřila 48 cm. V porodnici fototerapie pro novorozenecký icterus. Po dvou dnech se stav upravil. Kojena byla 3 měsíce. Očkování probíhá dle očkovacího kalendáře. Ve dvou letech hospitalizována na dětském oddělení pro infekci dolních cest močových. Jinak občas zánět horních cest dýchacích. V alergické anamnéze exantém po požití Panadolu.

U dítěte byly stanoveny tyto ošetrovatelské diagnózy

00013 Průjem v souvislosti se vstupem infekce do trávicího traktu, projevující se odchodem vodnaté stolice. 00027 Akutní bolest v souvislosti s infekčním procesem, projevující se verbalizací. 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti se ztrátou vody z organismu zvracením a vodnatou stolicí (13).

1. den

Po chirurgickém konziliu sestra zajistila ultrazvukové vyšetření břicha. Po návratu pacientky z vyšetření zavedena intravenózní kanyla a při tomto výkonu sestra zároveň provedla krevní odběry dle ordinace lékaře. Základní biochemii a imunoglobuliny, krevní obraz, sedimentaci. Dále sestra provedla sterilně odběr moči na kultivaci a citlivost, močový sediment a změřila specifickou váhu moče, která byla 1017. Provedeny výtěry z recta a krku. Pacientka uložena na pokoj, sestra zajistila rychlost infuze 50 ml/h přes infuzní pumpu. Sestra seznámila matku s prostředím,

chodem dětského oddělení. Vysvětlila matce ošetrovatelskou péči a zápis údajů o zvracení, stolici, příjmu tekutin per os a zápisu stravy do určeného tiskopisu. Pacientka byla klidná. Intravenózní kanyla byla zaváděna bez přítomnosti matky. Sestra pacientce vhodným způsobem vše vysvětlila a slovně i dotekem ji podporovala při bolestivém výkonu. Tento den měla pacientka pětkrát menší množství vodnaté stolice s hlenem, jednou zvracela. Občas si stěžovala na bolest břicha. Holčička přijímala po lžičkách dostatečné množství čaje. Večer snědla dva kukuřičné lupínky. Fyziologické funkce v normě. V přítomnosti matky holčička odmítala se sestrou komunikovat.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem - 00013, Akutní bolest - 00027, Riziko deficitu tělesných tekutin - 00028

Nově řešené ošetrovatelské diagnózy

00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedenou intravenózní kanylou (13).

2. den

Holčička jedenkrát zvracela po vypití většího množství čaje. Stolicí měla třikrát průjemovitou, dvakrát kašovitou s příměsí hlenu. Fyziologické funkce, které sestra měřila byly v normě. Holčička si stěžovala na bolest břicha. Močila dostatečně. Bramborovou kaši s dušenou mrkví odmítala, snědla pouze polévku s rýží a mrkví. Odpoledne měla celý banán. Holčička byla klidná, malovala si, prohlížela si s matkou knihy. Se zdravotnickým personálem komunikovala pouze v nepřítomnosti matky.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem - 00013, Akutní bolest – 00027, Riziko deficitu tělesných tekutin - 00028, Riziko infekce - 00004

3. den

Holčička nezvracela, stolicí měla třikrát kašovitou s příměsí hlenu. Fyziologické funkce byly v normě. K obědu snědla půl porce vařené rýže s libovým masem, odpoledne škrábané jablko. Večeři odmítla. Sestra ukončila infuzi a ponechala kanylu s heparinovou zátkou. Specifická váha moče byla 1008.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem - 00013, Riziko deficitu tělesných tekutin - 00028, Riziko infekce - 00004

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy

Akutní bolest - 00027

4. den

Fyziologické funkce byly v normě. Holčička nezvracela, na bolest si nestěžovala. Stolicí měla dvakrát kašovitou. Sestra vyndala intravenózní kanylu. Holčička stále nekomunikovala se zdravotnickým personálem v přítomnosti matky.

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy:

Průjem - 00013, Riziko infekce - 00004, Riziko deficitu tělesných tekutin - 00028

5. den

Sestra provedla kontrolní odběry krve a moče. Pacientka měla být propuštěna tento den, dle výsledků krevních testů, domů. Dopoledne měla čtyřikrát vodnatou stolicí znovu si stěžovala na bolest břicha. Po rozhovoru s matkou sestra zjistila, že holčička snědla předcházející den jahodový jogurt. Znovu zápis příjmu tekutin a frekvence močení. Sestra opět seznámila matku s dietními opatřeními, zdůraznila nutnost

vynechání mléčných výrobků a potravin obsahující lepek a po propuštění jejich opatrné zavádění do jídelníčku.

Nově řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem - 00013, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028 (13).

6. den

Pacientka měla dvakrát kašovitou stolicí, nezvracela. Fyziologické funkce byly v normě. Specifická váha 1008.

Pacientka propuštěna tento den domů. Matka znovu edukována o dietních opatřeních lékařem i sestrou. Sestra poskytla matce informační brožuru informující rodiče o dietě při průjemovém onemocnění.

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem – 00013, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028

Tabulka 5 Denní záznam vybraných ukazatelů zdravotního stavu pacienta 5

Den						
Ukazatele	1. den	2. den	3. den	4. den	5. den	6. den
Nejvyšší TT (°C)	36,9	36,8	36,7	36,6	36,5	Propuštěna domů
Počet stolic	5x	3x	3x	2x	4x	
Specifická váha moče	1017		1008			
Příjem tekutin (ml)	950	1050	1350	1300	960	
Výdej tekutin	500	650	800	950	480	
Zvracení	1x	1x				

Ošetrovatelský záznam u pacienta 6

Na dětské oddělení byl přijat devítiletý chlapec. Pacient by odeslán z chirurgické ambulance. Od večera měl bolesti břicha v epigastriu. V noci měl dvakrát řídkou vodnatou stolicí. Od rána čtyřikrát zvracel, nic nejedl ani nepil.

Pacient byl unavený, kůže bledá, čistá. Hraniční hydratace, halonované oči. Jazyk měl bílý, mírně povleklý. Akce srdeční nepravidelná. Tělesná teplota v normě, pulsů 100 za minutu. Krevní tlak 125/75. Pacient je z druhého těhotenství. Má o tři roky staršího bratra. Chlapec se narodil v termínu, spontánní porod. Porodní váha 3500g, délka 51 cm. Poporodní adaptace dobrá. Kojen byl osm měsíců. Ve třech letech byl operován, levostranná orchiektomie. Vážný úraz neutrpěl. Pacient žije v úplné rodině, učí se dobře.

U dítěte byly stanoveny tyto ošetrovatelské diagnózy

00013 Průjem v souvislosti s infekcí, projevující se vyprazdňováním vodnaté stolice. 00132 Akutní bolest v souvislosti s infekcí v trávicím traktu, projevující se verbalizací. 00027 Deficit tělesných tekutin v souvislosti se zvracením, projevující se hraničním kožním turgorem, halonovanými očima, bílým, povleklým jazykem. 00093 Únava v souvislosti s nedostatečným příjmem tekutin, projevující se sníženou pohybovou aktivitou (13).

1. den

Při příjmu sestra informovala pacienta, vzhledem k jeho věku, o následujících výkonech. Pacient dobře komunikoval, působil klidně. Sestra provedla krevní odběry, ze žíly a prstu. Nabrala moč na močový sediment a amylázy v moči. Provedla výtěry z recta a krku. Zajistila ultrazvukové vyšetření břicha. Po tomto vyšetření sestra asistovala lékaři při zavádění intravenózní kanyly. Ihned podala Ringerfungin rychlostí 80 ml za hodinu a kontrolovala místo zavedení po jedné hodině. Sestra zavedla příjem a výdej tekutin. Vše pacientovi vysvětlila a v rozhovoru s chlapcem zjistila zda informacím rozuměl. Sestra natočila elektrokardiografický záznam a měřila

fyziologické funkce po dvou hodinách. Sestra nabízela ledový čaj po lžičkách. Pacient měl třikrát vodnatou kyselé zapáchající stolicí, z které sestra odebrala vzorek na vyšetření Rota a Adenovirů. Chlapec zvracel ještě dvakrát. Sestra pomáhala pacientovi při hygieně, pečovala o genitál, neboť v okolí konečníku měl pacient podrážděnou, červenou kůži. Pacient komunikoval se sestrou, byl klidný spolupracující. Stěžoval si na mírné bolesti břicha.

Řešené ošetrovatelské diagnózy:

Průjem – 00013, Deficit tělesných tekutin – 00027, Akutní bolest – 00132, Únava - 00093

Nově řešené ošetrovatelské diagnózy

00046 Porušená kožní integrita v souvislosti s vyprazdňováním dráždivé vodnaté stolice, projevující se začervenalou kůží. 00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedenou intravenózní kanylou (13).

2. den

Pacient dobře hydratován, od noci nezvracel. Fyziologické funkce, které sestra měřila po čtyřech hodinách měl v normě. Stolicí měl dvakrát kašovitou s příměsí hlenu. Sestra podávala infuse dle ordinace lékaře a kontrolovala místo vpichu intravenózní kanyly. Specifická váha moče byla 1012. Sestra nabízela pacientovi stále chladné tekutiny, kontrolovala a zapisovala jejich příjem a výdej. Pacient měl zájem o časopisy, televizi, kterou mu sestra zajistila. Sestra podávala pacientovi dietní jídlo, z kterého snědl půl porce. Na bolesti si již nestěžoval. Kůže v okolí genitálu stále podrážděna. Sestra aplikovala na čistou a suchou kůži třikrát denně v okolí konečníku Rybí mast.

Řešené ošetrovatelské diagnózy:

Průjem – 00013, Porušená kožní integrita – 00046, Riziko infekce – 00004, Deficit tělesných tekutin - 00027

Vyřešené ošetrovateľské diagnózy:

Akutní bolest – 00132, Únava - 00093

3. den

Pacient nezvracel, stolici měl třikrát kašovitou s hlenem. Sestra měřila fyziologické funkce po čtyřech hodinách. Sestra provedla kontrolní krevní odběry dle ordinace lékaře, ukončila infuze a ponechala pouze intravenózní kanylu s heparinovou zátkou. Sestra stále kontrolovala příjem tekutin a sledovala frekvenci močení. Kůže v okolí konečníku čistá, nepodrážděna. Pacient snědl celou porci bramborové kaše s mletým libovým masem. Pacient se necítil unavený, četl si časopisy a díval se na televizi. Každé odpoledne přišla za pacientem návštěva. Sestra podala rodičům informace o zavedených dietních opatřeních. Rodiče spolupracovali.

Řešené ošetrovateľské diagnózy

Průjem – 00013, Riziko infekce – 00004

Nově řešené ošetrovateľské diagnózy

00027 Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s vyprazdňováním stolice
(13)

Vyřešené ošetrovateľské diagnózy

Porušená kožní integrita – 00046, Deficit tělesných tekutin - 00027

4. den

Pacient měl fyziologické funkce v normě nezvracel. Stolici měl jedenkrát kašovitou bez příměsí. Dietu měl stále nemastnou, bez mléčných výrobků. Specifická váha moče byla 1008. Sestra vyjmula intravenózní kanylu, stále kontrolovala příjem tekutin.

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy:

Průjem – 00013, Riziko infekce – 00004, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00027

5. den

Pacient byl propuštěn domů. Před propuštěním sestra informovala rodiče o dietních opatřeních a domluvila termín s kardiologickou poradnou na echokardiografické vyšetření srdce.

Tabulka 6 Denní záznam vybraných ukazatelů zdravotního stavu pacienta 6

Den	1. den	2. den	3. den	4. den	5. den
Ukazatele					
Nejvyšší TT (°C)	36,8	36,9	36,7	36,8	Propuštěn domů
Počet stolic	3x	2x	3x	1x	
Specifická váha moče	1018	1012		1008	
Příjem tekutin (ml)	1600	1780	1400	1450	
Výdej tekutin	800+3x se stolicí	1400	1200	1280	
Zvracení	2x				

Ošetrovateľský záznam u pacienta 7

V odpoledních hodinách byla přivezena rychlou záchrannou službou na dětské oddělení dvouletá holčička s febrilními křečemi. Dle údajů matky dopoledne jedenkrát zvracela, po normálním obědě měla průjemitou stolicí. V 16 hodin usnula, po 30 minutách se probudila, náhle stočila oči v sloup, hrubý třes. Pěnu u úst neměla. Po příjezdu záchranné služby podán rectálně Diazepan 5 mg. Tělesná teplota 39°C, pulsů 134 za minutu. Holčička je ze třetího těhotenství, porod spontánní, záhlavím. Vážila 3200 g a měřila 51 cm. Poporodní adaptace byla v pořádku. Kojena tři týdny. Očkování dle očkovacího kalendáře.

Holčička byla naposledy hospitalizována před třemi měsíci pro bronchitidu. Opakovaně prodělává záněty průdušek. Pacientka žije v třípokojovém bytě s rodiči a dalšími čtyřmi lidmi. V domácnosti se kouří, při příjmu je cítit oděv a vlasy kouřem. Holčička pochází ze slabého sociálního prostředí.

U dítěte byly stanoveny tyto ošetrovateľské diagnózy

00007 Hypertermie v souvislosti s probíhající infekcí, projevující se tachykardií.
00056 Zhoršená rodičovská role v souvislosti s chyběním rodičovských hodnot, projevující se zanedbaným vzhledem dítěte. 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti se zvýšenou ztrátou tekutiny (13).

1. den

Při příjmu sestra změřila fyziologické funkce. Tělesná teplota, měřená v rectu byla 39,2°C. Pulsů 136 za minutu, dechů 28 za minutu. Pacientka vážila 11600 g. Dle ordinace lékaře podána antipyretika. Sestra provedla výtěry z krku a recta a dále krevní odběry na sedimentaci, krevní obraz a diferenciál., základní biochemii a z prstu odebrala krev na Astrup. Později odebrala sestra moč na vyšetření močového sedimentu, měřila a zapisovala fyziologické funkce po dvou hodinách. Zároveň sestra zapisovala příjem tekutin a frekvenci močení. Dále zajistila pro pacientku umělohmotnou kojeneckou láhev, kterou holčička s radostí přijmula. Po této intervenci začala pacientka přijímat dostatek tekutin. Nezvracela, měla jedenkrát větší množství

vodnaté stolice bez příměsí. Jídlo odmítala. Tělesná teplota po podání antipyretik poklesla, po dvou hodinách opět vzestup. Sestra podala léky dle ordinace lékaře, znovu i 2,5 mg Diazepamu v čípku. Podávala chlazený čaj. Do rána střídavě pokles a vzestup tělesné teploty. Holčička byla klidná, pospávala, neplakala. Sestra mluvila na holčičku klidným hlasem, když to bylo možné hladila ji.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Hypertermie - 00007, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028, Zhoršená rodičovská role - 00056

Nově řešené ošetrovatelské diagnózy

00013 Průjem v souvislosti s infekcí, projevující se vyprazdňováním vodnaté stolice. 00047 Riziko porušení kožní integrity v souvislosti s odchodem dráždivé stolice (13).

2. den

Váha stejná jako předešlý den. Sestra kontrolovala fyziologické funkce stále po dvou hodinách. Dopoledne měla holčička tělesnou teplotu 38,5°C, sestra podala antipyretika a Diazepam 2,5 mg v čípku, potom následoval pokles tělesné teploty a dále byla již pacientka subfebrilní. Ráno sestra dopravila holčičku na sonografické vyšetření břicha, dále na oční vyšetření a neurologické vyšetření. Pacientka jedenkrát zvracela, za 24 hodin měla devět průjemových vodnatých stolic. Banán, škrábaná jablka a rýžový odvar odmítala. S chutí jedla nemastnou bramborovou kaši s dušenou mrkví. Zápis příjmu tekutin a frekvence močení. Sestra pečovala o kůži na genitálu. Holčičku často přebalovala, omývala čistou vodou a poté nanasla rybí mast. Sestra zajistila bezpečné hračky pro holčičku do postýlky a snažila se co nejvíce být přítomna u pacientky, komunikovala s holčičkou vzhledem k jejím schopnostem.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem - 00013, Hypertermie - 00007, Riziko deficitu tělesných tekutin - 00028, Riziko porušení kožní integrity – 00047, Zhoršená rodičovská role – 00056

3. den

Ráno vážila pacientka 11620g. Sestra měřila tělesnou teplotu po dvou hodinách, puls a dechy po čtyřech hodinách. Ve 13 hodin vystoupila teplota na 38,8°C, po podání léků teplota poklesla. Večer byla holčička subfebrilní. Sestra zapisovala příjem tekutin, frekvenci močení a veškerou stravu, kterou pacientka za den snědla. Hlavní jídlo jedla dobře, banány, škrábaná jablka a kukuřičné lupínky odmítala. Přijímala dostatek tekutin. Nezvracela. Stolicí měla pětkrát stále vodnatou. Dosud nebylo možno, aby ji sestra nabrala na vyšetření Rota a adenovirů. Kůže v okolí konečníku začervenala, podrážděná. Ošetrovatelská diagnóza Riziko porušení kožní integrity přešlo v porušenou kožní integritu. Při přítomnosti sestry v pokoji byla holčička klidná, komunikovala, po odchodu sestry z pokoje chvíli plakala, odmítala hračky.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem - 00013, Hypertermie - 00007, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028, Zhoršená rodičovská role - 00056

Nově řešené ošetrovatelské diagnózy

00046 Porušená kožní integrita v souvislosti s častým vyprazdňováním dráždivé stolice, projevující se začervenáním (13).

4. den

Ranní váha pacientky byla 11620 g. Pacientka byla celý den bez zvýšené teploty. Sestra měřila fyziologické funkce po čtyřech hodinách. Stolicí měla holčička třikrát kašovitou, zapáchající. Nezvracela. Kůže v okolí konečníku stále začervenala a podrážděná. Sestra kontrolovala, zda má holčička suchou a čistou plenu po 1 hodině. Při každém balení podávala střídavě masti na okolí konečníku. Sestra dále zapisovala příjem tekutin a stravy. Holčička snědla téměř vždy celou porci nemastné bramborové kaše s dušenou mrkví a libovým masem. Chutnala jí i rýžová polévka. Ostatní jídlo odmítala. Plakala pouze při provádění nepříjemného výkonu. Hračky neustále vyhazovala z postýlky, hrála si pouze v přítomnosti sestry.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem - 00013, Porušená kožní integrita – 00046, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028, Zhoršená rodičovská role - 00056

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy

Hypertermie - 00007

5.den

Sestra provedla kontrolní krevní odběry. Sestra měřila fyziologické funkce čtyřikrát denně. Holčička neměla zvýšenou tělesnou teplotu. Ráno vážila 11630 g. Stolici měla dvakrát kašovitou. Nezvracela. Kůže v okolí konečníku bez známek podráždění. Strava podávaná pacientce stále neobsahovala lepek ani mléčnou bílkovinu. Holčička jedla s chutí, začínala jíst i svačiny. Sestra nabízela tekutiny a zapisovala jejich příjem. Holčička se usmívala, komunikovala se všemi členy ošetrovatelského týmu. Pacientka se začala postupně převádět na normální stravu.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Riziko porušení kožní integrity - 00047, Zhoršená rodičovská role – 00056

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem – 00013, Porušená kožní integrita - 00046

6. den - 7. den

Fyziologické funkce měla pacientka v normě, stolice jedenkrát kašovitá.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Riziko porušení kožní integrity - 00047, Zhoršená rodičovská role - 00056

8. den

Holčička měla jedenkrát kašovitou stolicí, tolerovala normální stravu. Byla propuštěna do domácího ošetřování. Při příchodu matky začala plakat, držela se sestry, nechtěla k matce. Matka edukována o režimových opatření, skladbě potravy a důležitosti dostatečného příjmu tekutin.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Zhoršená rodičovská role – 00056

Tabulka 7 Denní záznam vybraných ukazatelů zdravotního stavu pacienta 7

Den	1. den	2. den	3. den	4. den	5. den	6. den	7. den	8. den
Ukazatele								
Nejvyšší TT (°C)	39,2	38,5	38,8	36,8	36,7	36,8	36,9	Propuštěna domů
Počet stolic	1x	9x	5x	3x	2x	1x	1x	
Specifická váha moče	1012							
Příjem tekutin (ml)	1250	1300	1200	1150	1100	1280	1200	
Frekvence močení	12x	10x	10x	9x				
Zvracení		1x						

Ošetrovatelský záznam u pacienta 8

Matka přivezla sedmiměsíční holčičku na dětské oddělení na vyšetření. Dle údajů matky holčička předešlý den večer jedenkrát zvracela, naposledy měla k obědu zeleninovou polévku se žloutkem. Večer jídlo odmítala. V noci měla zvýšenou teplotu a ráno znovu zvracela. Měla třikrát průjemovitou stolicí. Matce se zdála přítomna krev ve stolici a proto přišla k lékaři. Holčička vzhledem k anamnéze ponechána na oddělení. Plkala, bránila se každému kontaktu. Matka odešla domů, má ještě dvouletého syna o kterého nemá kdo pečovat. Holčička byla dostatečně hydratována, kůže bez eflorescencí, čistá. Jazyk bílý, povleklý. Měla zvýšenou tělesnou teplotu 37,6°C.

Holčička je z druhého těhotenství, porod císařským řezem z indikace matky. V porodnici zjištěn šelest na srdci, pacientka je dispenzarizována v dětské kardiologické ambulanci. Očkování probíhá podle očkovacího kalendáře. Psychomotorický vývoj je v normě. Kojena byla tři měsíce. Holčička při vyšetření pláče.

U dítěte byly stanoveny tyto ošetrovatelské diagnózy

00013 Průjem v souvislosti s infekcí, projevující se častým odchodem vodnaté stolice. 00007 Hypertermie v souvislosti s obrannou reakcí organismu, projevující se teplotou v rectu 37,6°C, tachykardií. 00146 Úzkost v souvislosti s odloučením od matky, projevující se pláčem. 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s vyprazdňováním vodnaté stolice. 00047 Riziko porušení kožní integrity v souvislosti s odchodem dráždivé stolice. 00058 Riziko oslabení vazby rodičů a dítěte v souvislosti s odloučením (13).

1. den

Při příjmu je holčička neklidná a pláče i po uložení do postýlky. Sestra pacientku zvážíla 7550 g a změřila fyziologické funkce. Tělesná teplota byla 37,8°C, puls 136 za minutu a dechy 32 za minutu. Sestra provedla krevní odběry, výtěry z krku, z recta, odběr moči na močový sediment. Zároveň odebrala stolicí na Rota a adenoviry a provedla vyšetření na okulní krvácení. Výsledek byl negativní. Sestra zajistila dle

ordinace lékaře chirurgické konsilium a následně sonografické vyšetření břicha. Sestra měřila fyziologické funkce po dvou hodinách, zapisovala příjem tekutin a frekvenci močení, nabízela čaj a rýžový odvar z kojenecké láhve. Pacientka vše odmítala. K zajištění dostatečného příjmu tekutin začala sestra podávat čaj po třiceti minutách po lžičce po malých množstvích. Holčička se ze zpočátku bránila, ale po chvíli začala čaj tímto způsobem přijímat. Holčička usínala vždy jen na chvíli, každý hlasitější zvuk ji probudil. Stolicí měla čtyřikrát kašovitou, jednou byla s příměsí malého množství krve. Sestra třikrát po sobě provedla vyšetření na okultní krvácení, které bylo v posledním případě pozitivní.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem – 00013, Hypertermie – 00007, Úzkost – 00146, Riziko deficitu tělesných tekutin - 00028, Riziko porušení kožní integrity – 00047, Riziko oslabení vazby rodičů a dítěte – 00058

Nově řešené ošetrovatelské diagnózy

00095 Porušený spánek v souvislosti s cizím prostředím, projevující se častým probouzením (13).

2. den

Ranní váha byla 7538 g. Sestra měřila fyziologické funkce po třech hodinách. Pulsy a dechy měřeny v klidu byly již v normě. Tělesná teplota byla zvýšena. Sestra zapisovala příjem tekutin a frekvenci močení, tu pouze orientačně, neboť pacientka močila se stolicí. Nezvracela. Holčička stále neklidná, často plakala. Tekutiny přijímala po lžičkách stejně tak i rýžový odvar. Stolicí měla dvakrát vodnatou a dvakrát kašovitou, kysele zapáchající, bez příměsí. Holčička stále neklidná, plačtivá. Problémy se spánkem ustaly až když ji sestra začala pevně balit do pokrývky, holčička měla pocit jistoty v prostoru.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem – 00013, Hypertermie - 00007, Úzkost – 00146, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028, Riziko porušení kožní integrity – 00047, Riziko oslabení vazby rodičů a dítěte - 00058

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy

Porušený spánek - 00095

3. den

Fyziologické funkce sestra měřila po čtyřech hodinách. Tělesná teplota vystoupila na 38,4°C, po podání antipyretik poklesla. Stolicí měla holčička třikrát kašovitou, bez příměsí. Matka přinesla z domova savičku na kojeneckou láhev. Sestra podávala čaj a rýžový odvar, který pacientka začala postupně lépe pít. Po lžičce snědla půlku rozmixovaného banánu. Vážila 7530 g. Holčička stále poplákávala při chování se ztišila. Sestra zjistila začervenalou podrážděnou kůži. Aplikovala na kůži ochranné a léčebné přípravky. Holčičku přebalovala po jedné až dvou hodinách.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem - 00013, Hypertermie - 00007, Riziko deficitu tělesných tekutin - 00028, Úzkost – 00146, Riziko oslabení vazby rodičů a dítěte – 00058

Nově řešené ošetrovatelské diagnózy

00046 Porušená kožní integrita v souvislosti s vyprázdněním dráždivé stolice, projevující se začervenaním (13).

4. den

Sestra měřila fyziologické funkce čtyřikrát denně. Tělesná teplota vystoupila nejvýše na 37,0°C. Stolicí měla holčička dvakrát kašovitou bez příměsí. Sestra zapisovala příjem tekutin a množství přijaté stravy. Holčička pila čaj z kojenecké láhve,

na dávku vypila 100 - 150 ml. rýžového odvaru. Plačtivá. Kůže v okolí genitálu světlejší, ale stále podrážděná. Sestra střídavě nanáší rybí mast a Pytiol. Holčička vážila 7540 g. Z laboratoře nahlášen pozitivní *Campylobacter*

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Porušená kožní integrita - 00046, Úzkost – 00146, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028, Riziko oslabení vazby rodičů a dítěte - 00058

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy

Hypertermie – 00007, Průjem – 000013

5. den

Fyziologické funkce měla holčička v normě. Sestra měřila pacientku po čtyřech hodinách. Stolicí měla jedenkrát kašovitou a jedenkrát formovanou stolicí. Stále plačtivá, uklidnila se při chování. Sestra pečovala o kůži na konečníku, která byla bez známek začervenání. Sestra nabízela tekutiny i stravu a postupně začala holčičku převádět na normální stravu.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Úzkost – 00146, Riziko porušení kožní integrity - 00047

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy

Porušená kožní integrita – 00046, Riziko deficitu tělesných tekutin - 00028

6. den

Fyziologické funkce v normě. Stolicí měla holčička jedenkrát kašovitou, bez příměsí. Sestra provedla odběry krve dle ordinace lékaře. Holčička plačtivá, neadaptovala se dobře na prostředí. Tento den byla propuštěna domů.

Tabulka 8 Denní záznam vybraných ukazatelů zdravotního stavu pacienta 8

Den						
Ukazatele	1. den	2. den	3. den	4. den	5. den	6. den
Nejvyšší TT (°C)	37,8	37,4	38,4	37	36,8	Propuštěna domů
Počet stolic	4x	4x	3x	2x	2x	
Specifická váha moče	1018					
Příjem tekutin (ml)	800	940	1000	1100	1050	
Frekvence močovní	8x	9x	10x	9x		
Zvracení	2x					

Ošetrovateľský záznam u pacienta č. 9

V nedeli odpoledne byla přijata na dětské oddělení 24 měsíční holčička. Od rána měla čtyřikrát průjemovitou stolicí. Dle údajů matky, poslední stolice byla s příměsí krve. Holčička naznačovala bolest břicha. Matka přišla na vyšetření. Holčička byla přijata k hospitalizaci, bez doprovodu. Matka doma pečuje o dvouměsíční miminko. Holčička byla uplakaná, bránila se vyšetření. Kůže čistá, bez eflorescencí, hydratace v normě. Fyziologické funkce bez výkyvů. Pacientka je z prvního těhotenství, porod císařským řezem z indikace matky. Poporodní adaptace probíhala bez komplikací. Kojena byla dva měsíce. Psychomotorický vývoj v normě. Před měsícem prodělala infekci horních cest dýchacích, dva dny byla febrilní. Antibiotika dosud neměla.

U dítěte byly stanoveny tyto ošetrovateľské diagnózy

00013 Průjem v souvislosti s infekcí v trávicím traktu, projevující se častým vyprazdňováním stolice. 00146 Úzkost v souvislosti s neznámým prostředím, projevující se pláčem, obrannými reakcemi. 00027 Akutní bolest v souvislosti s probíhající infekcí v trávicím traktu, projevující se verbalizací. 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s častým odchodem vodnaté stolice (13).

1. den

Při příjmu sestra provedla krevní odběry na základní biochemii, krvácivost a srážlivost, Astrup, krevní obraz a diferenciál a také výtěry z recta a krku. Zajistila ultrazvukové vyšetření břicha. Sestra uložila pacientku na lůžko, s pomocí plyšové hračky a panenky se snažila pacientku uklidnit. Sestra nabízela čaj z kojenecké lahve na kterou byla pacientka zvyklá z domova. Sestra zapisovala příjem tekutin a frekvenci močení. Večer měla pacientka jedenkrát vodnatou stolicí bez příměsí. Sestra provedla test stolice na okultní krvácení, které bylo negativní, dále nabrala stolicí na Rota a adenoviry. Sestra měřila fyziologické funkce po dvou hodinách. Večer měla holčička hypertermii, po podání antipyretik, pokles teploty, v noci opět febrilní špička, tělesná teplota byla 39,2°C. Pacientka přijímala dostatek tekutin, v postýlce plakala.

V přítomnosti sestry se zklidnila, ale po jejím odchodu z pokoje znovu plakala a volala maminku.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem – 00013, Úzkost – 00146, Akutní bolest – 00027, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028

Nově řešené ošetrovatelské diagnózy

00007 Hypertermie v souvislosti s obrannou reakcí organismu, projevující se zčervenáním, tachykardií (13).

2. den

Sestra měřila fyziologické funkce po dvou hodinách. Tento den měla pacientka ještě dvakrát febrilní špičku, sestra podala antipyretika dle ordinace lékaře, po kterých teplota vždy poklesla na normu. Stolicí měla pacientka třikrát vodnatou s příměsí hlenu, močila dostatečně. Pacientka poplákávala, při přítomnosti své ošetřující sestry se zklidnila, komunikovala pouze s ní. Sestra podávala k jídlu škrábaná jablka, banán, který pacientka přijímala s chutí. K obědu snědla pár lžic polévky, bramborovou kaši odmítla. Naznačovala bolest břicha po jídle. Při výměně ošetřující sestry pacientka plakala, odmítala komunikovat, jedla méně. Psychický stav se zlepšil druhý den, kdy nastoupila znovu sestra, která holčičku přijímala. Mírný váhový úbytek.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem – 00013, Hypertermie – 00007, Úzkost – 00146, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028, Akutní bolest – 00027

3. den

Sestra měřila fyziologické funkce po čtyřech hodinách., odpoledne měla pacientka tělesnou teplotu 37,8 °C, poté samovolný pokles teploty. Stolicí měla dvakrát kašovitou s hleem. Z laboratoře potvrzeny pozitivní Rotaviry. Pacientka měla k obědu

a k večeři nemastnou rýžovou polévku s mrkví, bramborovou kaší s mletým libovým masem a dušenou mixovanou mrkví. Snědla vždy půlku porce, na bolest si nestěžovala. Setra kontrolovala příjem tekutin, který byl v normě, pacientka dostatečně hydratovaná. Při ranním vážení sestra zjistila mírný úbytek na váze. Odpoledne začala pacientka navazovat kontakt i s ostatními sestrami.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem – 00013, Hypertermie – 00007, Úzkost – 00146, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy

Akutní bolest – 00027

4. den

Sestra měřila fyziologické funkce třikrát denně. Odpoledne a večer měla holčička tělesnou teplotu 37,0°C. V noci měla pacientka všechny fyziologické hodnoty v normě. Stolicí měla jedenkrát kašovitou s hlenem. Stále dietní strava bez mléčných výrobků a potravin obsahující lepek. Holčička snědla čtvrt až půl porce. Váha byla stejná jako v den příjmu. Holčička navazovala velmi opatrně kontakt, neplákala, ale zdála se stále úzkostná. Pouze při ošetřování sestrou, která ji přijímala a první dny ošetřovala byla klidnější a otevřenější.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Průjem – 00013, Úzkost – 00146

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy

Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028, Hypertermie – 00007

5. den

Holčička měla fyziologické funkce v normě. Stolicí měla 2x kašovitou bez příměsí. Váhově mírně přibrala. V tento den byla propuštěna domů. Sestra edukovala matku o dietních opatřeních.

Tabulka 9 Denní záznam vybraných ukazatelů zdravotního stavu pacienta 9

Den	1.den	2. den	3.den	4.den	5.den
Ukazatele	1.den	2. den	3.den	4.den	5.den
Nejvyšší TT (°C)	39,2	38,9	37,8	37,4	Propuštěna domů
Počet stolic	1x	3x	2x	1x	
Specifická váha moče		1011			
Příjem tekutin (ml)	1100	1000	1150	1000	
Frekvence močovní	9x	8x	9x		
Zvracení					

Ošetrovatelský záznam 10

Z chirurgické ambulance byl odeslán na dětské oddělení šestiletý chlapec s bolestmi břicha. Od večera měl bolesti v epigastriu. Nezvracel, stolici také neměl. Chlapec zůstal na dětském oddělení na pozorování. Při příjmu měl tělesnou teplotu 36,8°C, pulsů 120 za minutu, krevní tlak měl 110/70. Drobnější ustrašený chlapec, hydratace v normě, kůže bez eflorescencí. Sliznice vlhké, jazyk bílý povleklý. Peristaltika živá.

Chlapec je z druhého těhotenství, porod probíhal fyziologicky. Poporodní adaptace v pořádku. Očkování je dle očkovacího kalendáře. Od tří let po nástupu do školky byl často nemocný, bronchitida. Antibiotika měl dle údajů matky od tří let celkem sedmkrát. Vyšetřen na alergologii, výsledky zatím matka nezná. V rodině žádné závažné onemocnění neudávají.

U dítěte byly stanoveny tyto ošetrovatelské diagnózy.

00027 Akutní bolest v souvislosti s onemocněním v dutině břišní, projevující se verbalizací. 00148 Strach v souvislosti s cizím prostředím, projevující se tachykardií (13).

1. den

Sestra seznámila chlapce s plánovaným odběrem krve, následně mu odebrala moč a provedla výtěry z recta a krku. Při odběru krve držel chlapec asistující sestru kolem krku, tímto způsobem byl klidnější a lépe snesl bolest. Sestra ukázala chlapci oddělení a zároveň ho seznámila s nutností sbírat moč a zapisovat příjem tekutin. To bude zatím provádět sestra. Informace se musely pacientovi poskytovat po částech a vždy ho ujistit naší pomocí a podporou. Chlapec byl velmi citlivý na jakékoliv sdělení, bál se co se s ním bude dělat. Sestra zajistila a doprovodila chlapce na ultrazvukové vyšetření břicha. Sestra měřila fyziologické funkce po dvou hodinách, byly v normě. Pacient nezvracel, odpoledne měl třikrát vodnatou stolici. Stále si

stěžoval na bolest v epigastriu. Specifickou váhu moče měl 1017. Tento den podávala sestra pouze čaj, večer snědl tři kukuřičné lupínky. V noci se často budil, měl strach.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Akutní bolest - 00027, Strach – 00148

Nově řešené ošetrovatelské diagnózy

00013 Průjem v souvislosti s infekcí, projevující se vyprazdňováním vodnaté stolice. 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s častým vyprazdňováním stolice. 00095 Porušený spánek v souvislosti s nejistotou, projevující se častým buzením (13).

2. den

Sestra měřila pacienta po třech hodinách. Chlapec měl zvýšenou teplotu, ostatní fyziologické funkce byly v normě. Sestra nabízela pacientovi čaj, kontrolovala příjem a výdej tekutin. K obědu snědl chlapec čtvrt porce bramborové kaše. Nezvracel. Stolicí měl pětkrát vodnatou s příměsí hlenu. Občas ho pobolívalo břicho v epigastriu. Sestra nabrala stolicí na Rota a adenoviry. Pacient byl ustrašený, čekal na rodiče. Sestra se snažila dopoledne zajistit chlapci pro něho zajímavou činnost, povídala si s ním, vše mu trpělivě vysvětlovala. Po této stránce sestra úzce spolupracovala s paní učitelkou ze školy při nemocnici.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Akutní bolest - 00027, Strach - 00148, Průjem - 00013, Porušený spánek - 00095, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028

Nově řešené ošetrovatelské diagnózy

00007 Hypertermie v souvislosti s probíhající infekcí, projevující se začervenaním (13).

3. den

Chlapec měl stále zvýšenou tělesnou teplotu. Sestra kontrolovala příjem tekutin, nabízela opakovaně čaj. Zapisovala příjem stravy. Chlapec měl čtyřikrát kašovitou stolicí s hlenem. Specifickou váhu měl 1006. Na bolest si již nestěžoval. V noci nespál klidně budil se. Přes den se těšil na návštěvu rodičů, aktivně se začal zapojovat do výtvarné práce.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Strach - 00148, Průjem - 00013, Porušený spánek - 00095, Riziko deficitu tělesných tekutin - 00028, Hypertermie – 00007

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy

Akutní bolest – 00027

4. den

Chlapec měl fyziologické funkce v normě. Odpoledne měl formovanou stolicí a kašovitou stolicí. Večer po jídle jedenkrát zvracel, bylo to krátce po odchodu rodičů. V noci spal klidně. Příjem tekutin byl dostatečný.

Řešené ošetrovatelské diagnózy

Strach – 00148

Vyřešené ošetrovatelské diagnózy

Hypertermie - 00007, Průjem - 00013, Porušený spánek - 00095, Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028

5. den

Ráno sestra provedla krevní odběry. Pacient po výkonu zvracel. Stolicí měl jedenkrát kašovitou. Fyziologické funkce byly v normě. Odpoledne byl propuštěn domů.

Řešené vyšetřovatelské diagnózy

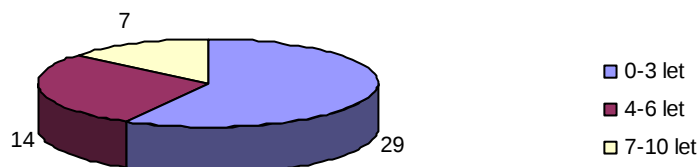
Strach – 00148

Tabulka 10 Denní záznam vybraných ukazatelů zdravotního stavu pacienta 10

Den	1.den	2. den	3.den	4.den	5.den
Ukazatele					
Nejvyšší TT (°C)	36,6	37,2	37,1	36,8	Propuštěn domů
Počet stolic	3x	5x	4x	2x	1x
Specifická váha moče	1017		1006		
Příjem tekutin (ml)	1150	1000	1200		
Výdej tekutin	900	840	1000		
Zvracení				1x	

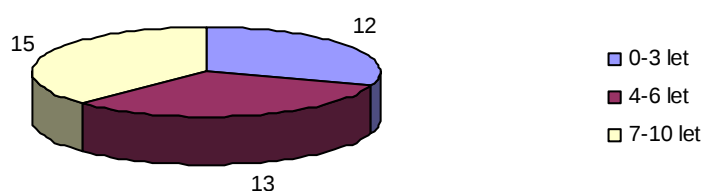
4.2 Obsahová analýza ošetrovateľské dokumentace

**Graf 1 Výskyt ošetrovateľskej diagnózy
Deficit tělesných tekutin**



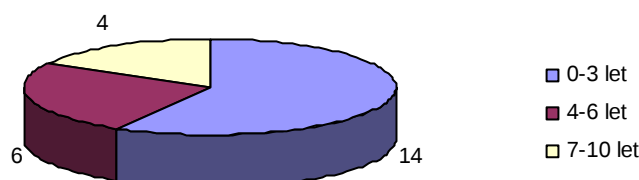
Graf 1 znázorňuje výsledky obsahové analýzy dat, která byla zaměřena na výskyt nejčastějších ošetrovateľských diagnóz u dětí s průjmovým onemocněním. Ukázalo se, že ošetrovateľská diagnóza Deficit tělesných tekutin se vyskytovala celkem u 50 dětí. Nejčastěji byla stanovena u dětí ve věku 0 – 3 let a to celkem u 29 dětí. Ve věku 4-6 let se vyskytovala u 14 dětí a ve věku 7-10 let u 7 dětí.

**Graf 2 Výskyt ošetrovateľskej diagnózy
Akutní bolest**



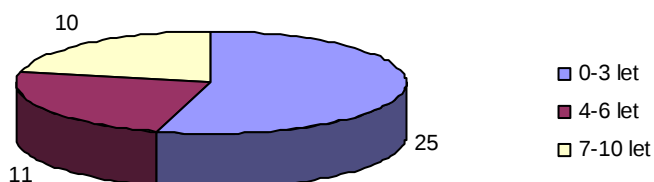
Graf 2 znázorňuje výsledky obsahové analýzy dat, která byla zaměřena na výskyt nejčastějších ošetrovateľských diagnóz u dětí s průjmovým onemocněním. Šetřením bylo zjištěno, že ošetrovateľská diagnóza Akutní bolest se vyskytovala celkově u 40 dětí. Nejčastěji byla stanovena u dětí ve věku 7 - 10 let a to celkem u 15 dětí. Ve věku 4 - 6 let se vyskytovala u 13 dětí a ve věku 0 – 3 let se vyskytovala u 12 dětí.

**Graf 3 Výskyt ošetrovateľskej diagnózy
Porušená kožná integrita**



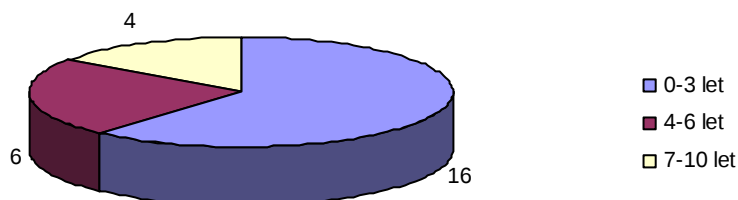
Graf 3 znázorňuje výsledky obsahovej analýzy dát, ktorá bola zaměřena na výskyt najčastejších ošetrovateľských diagnóz u detí s prújmovým onemocněním. Ukázalo se, že ošetrovateľská diagnóza Porušená kožná integrita se vyskytovala celkově u 24 dětí. Nejčasteji byla stanovena u dětí ve věku 0 – 3 let a to celkem u 14 dětí. Ve věku 4 – 6 let se vyskytovala u 6 dětí. Ve věku 7 – 10 let se vyskytovala u 4 dětí.

**Graf 4 Výskyt ošetrovateľskej diagnózy
Hypertermie**



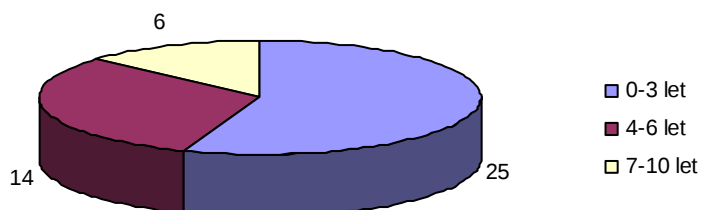
Graf 4 znázorňuje výsledky obsahovej analýzy dát, ktorá bola zaměřena na výskyt najčastejších ošetrovateľských diagnóz u detí s prújmovým onemocněním. Ukázalo se, že ošetrovateľská diagnóza Hypertermie se vyskytovala celkem u 46 dětí. Nejčasteji byla stanovena u dětí ve věku 0 – 3 let a to celkem u 25 dětí. Ve věku 4 – 6 let se vyskytovala u 11 dětí. Ve věku 7 – 10 let se vyskytovala u 10 dětí..

Graf 5 Výskyt ošetrovateľskej diagnózy Strach

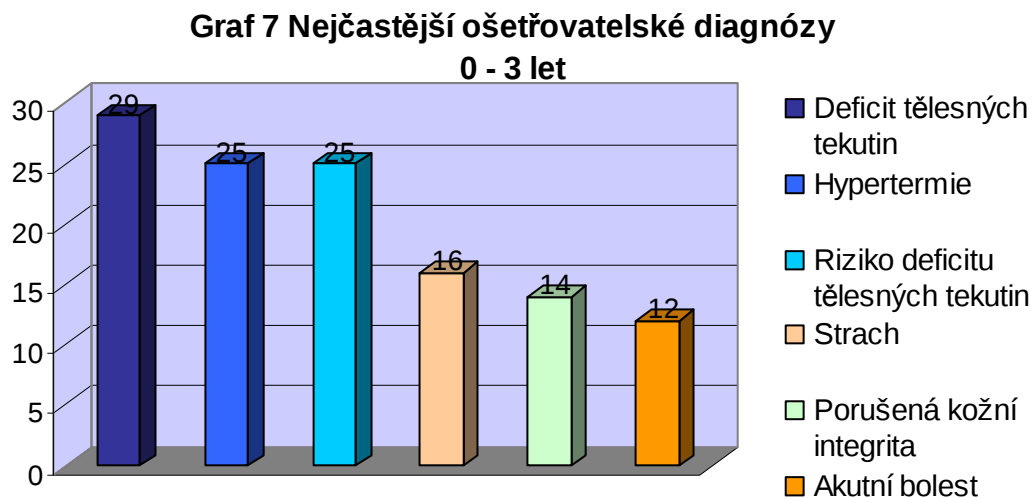


Graf 5 znázorňuje výsledky obsahovej analýzy dát, ktorá bola zaměřena na výskyt najčastejších ošetrovateľských diagnóz u detí s príjmovým onemocněním. Ukázalo se, že ošetrovateľská diagnóza Strach se vyskytovala celkově u 26 dětí. Nejčastěji byla stanovena u dětí ve věku 0 – 3 let a to celkem 16 dětí. Ve věku 4 – 6 let se vyskytovala u 6 dětí. Ve věku 7 – 10 let se vyskytovala u 4 dětí.

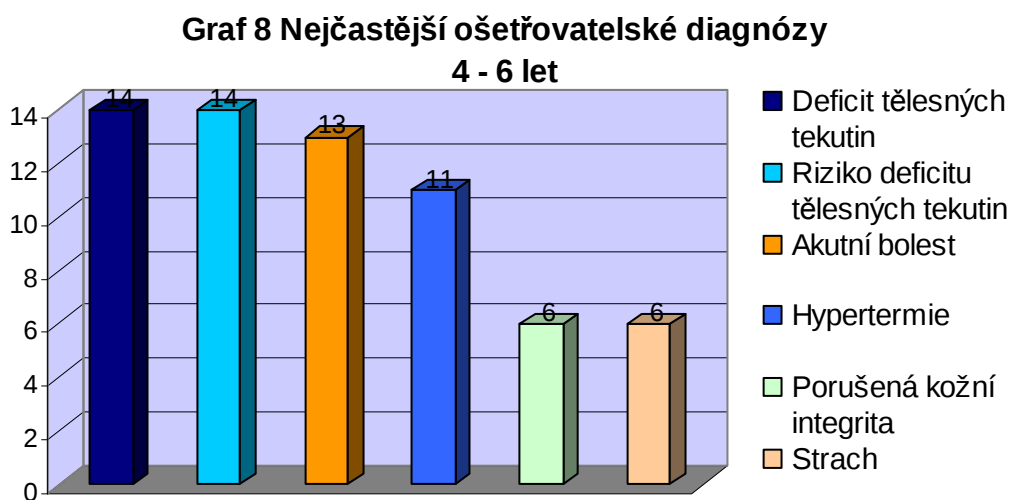
**Graf 6 Výskyt ošetrovateľskej diagnózy
Riziko deficitu tělesných tekutin**



Graf 6 znázorňuje výsledky obsahovej analýzy dát, ktorá bola zaměřena na výskyt najčastejších ošetrovateľských diagnóz u detí s príjmovým onemocněním. Ukázalo se, že ošetrovateľská diagnóza Riziko deficitu tělesných tekutin se vyskytovala celkově u 45 dětí. Nejčastěji byla stanovena u dětí ve věku 0 – 3 let a to celkem u 25 dětí. Ve věku 4 – 6 let se vyskytovala u 14 dětí. Ve věku 7 – 10 let se vyskytovala u 6 dětí.

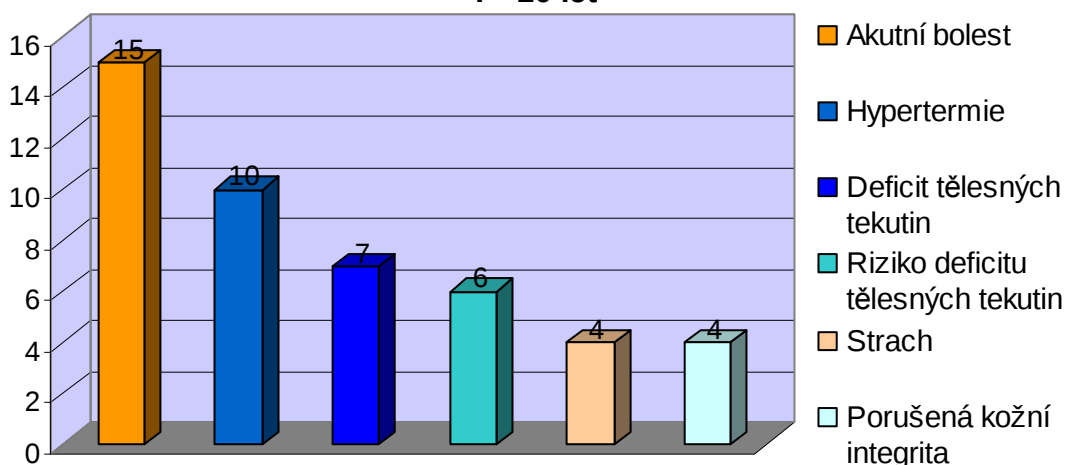


Graf 7 znázorňuje výsledky obsahové analýzy dat, která byla zaměřena na výskyt nejčastějších ošetrovatelských diagnóz u dětí s průjemovým onemocněním ve věku 0 – 3 let. Celkem bylo 34 dětí v tomto věku. Nejčastěji byla stanovena ošetrovatelská diagnóza Deficit tělesných tekutin, která se vyskytovala u 29 dětí. Dále následovaly ošetrovatelské diagnózy Hypertermie a Riziko deficitu tělesných tekutin, které byly stanoveny ve stejném počtu u 25 dětí. Následovala ošetrovatelská diagnóza Strach, stanovená u 16 dětí. Poté byla u 14 dětí stanovena ošetrovatelská diagnóza Porušená kožní integrita a u nejmenšího počtu 12 dětí byla stanovena ošetrovatelská diagnóza Akutní bolest.



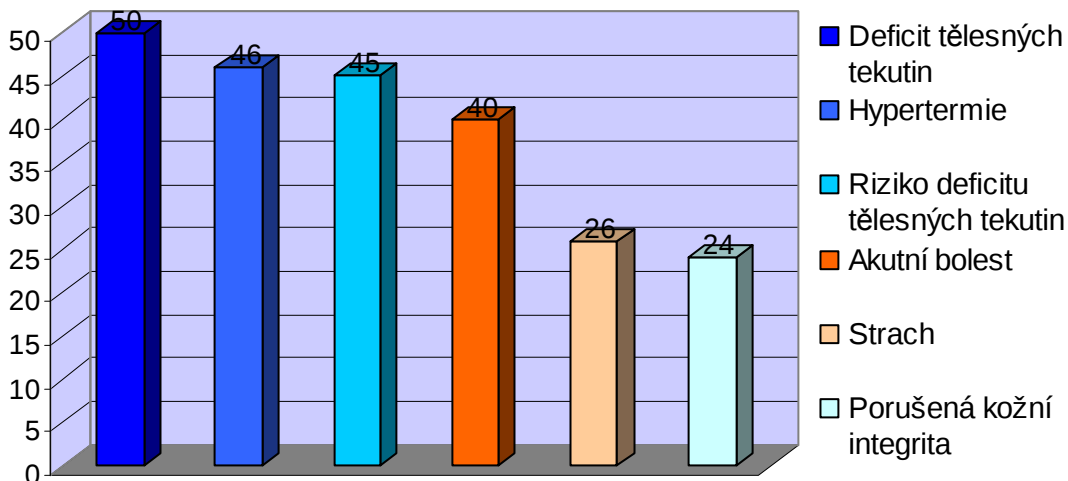
Graf 8 znázorňuje výsledky obsahové analýzy dat, která byla zaměřena na výskyt nejčastějších ošetrovatelských diagnóz u dětí s průjmovým onemocněním ve věku 4 – 6 let. V tomto věku bylo celkem 17 dětí. Nejčastěji byla stanovena ošetrovatelská diagnóza Deficit tělesných tekutin, která se vyskytovala shodně s ošetrovatelskou diagnózou Riziko deficitu tělesných tekutin u 14 dětí. Následovala ošetrovatelská diagnóza Akutní bolest u 13 dětí. U 11 dětí byla stanovena ošetrovatelská diagnóza Hypertermie. Dále ošetrovatelské diagnózy Porušená kožní integrita a Strach byly stanoveny ve stejném počtu u 6 dětí.

**Graf 9 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy
7 - 10 let**



Graf 9 znázorňuje výsledky obsahové analýzy dat, která byla zaměřena na výskyt nejčastějších ošetrovatelských diagnóz u dětí s průjmovým onemocněním ve věku 7 – 10 let. Celkem bylo 16 dětí v tomto věku. Nejčastěji stanovenou ošetrovatelskou diagnózou u 15 dětí byla Akutní bolest. Ošetrovatelská diagnóza Hypertermie byla stanovena u 10 dětí. Následovala ošetrovatelská diagnóza Deficit tělesných tekutin u 7 dětí. Ošetrovatelská Diagnóza Riziko deficitu tělesných tekutin byla stanovena u 6 dětí. Ošetrovatelské diagnózy Strach a Porušená kožní integrita byly stanoveny ve stejném počtu u 6 dětí.

**Graf 10 Nejčastější ošetrovatelská diagnóza
ve věku 0 - 10 let**



Graf 10 znázorňuje výsledky obsahové analýzy dat, která byla zaměřena na výskyt nejčastějších ošetrovatelských diagnóz u dětí s průjmovým onemocněním celkově ve věku od 0 – 10 let. Celkem bylo provedeno šetření u 67 dětí. Z tohoto počtu byla nejčastěji stanovena u 50 dětí ošetrovatelská diagnóza Deficit tělesných tekutin. Ošetrovatelská diagnóza Hypertermie se vyskytovala u 46 dětí. Dále byla stanovena u 45 dětí ošetrovatelská diagnóza Riziko deficitu tělesných tekutin. Ošetrovatelská diagnóza Akutní bolest byla stanovena u 40 dětí. Následovala ošetrovatelská diagnóza Strach, stanovená u 26 dětí a u nejmenšího počtu 24 dětí byla stanovena ošetrovatelská diagnóza Porušená kožní integrita.

5. Diskuze

Cílem této bakalářské práce je zjistit výskyt nejčastějších ošetrovatelských diagnóz u dětí s průjmovým onemocněním. Somatický stav hospitalizovaných dětí úzce souvisí s jejich psychickým rozpoložením. Z tohoto důvodu jsme si jako druhý cíl stanovili, zjistit vliv doprovázející osoby na délku hospitalizace u dítěte s průjmovým onemocněním.

V šetření, které probíhalo formou zúčastněného přímého pozorování a obsahové analýzy ošetrovatelské dokumentace, byly zjišťovány nejčastější ošetrovatelské diagnózy. Celkem probíhalo šetření u dětí ve věku od nula do deseti let. Toto rozmezí v dětském věku zahrnuje novorozenecké období, pokračuje kojeneckým, předškolním a mladším školním věkem. V každé z těchto fází prodělává dítě velké vývojové změny. Počínaje tělesnými změnami, kognitivním vývojem přes emoční rozvoj a socializaci. Z tohoto důvodu je věk dětí rozdělen do tří výzkumných souborů. První soubor tvoří 34 dětí ve věku od nula do tří let, druhý soubor tvoří 17 dětí ve věku od čtyř do šesti let a třetí soubor je tvořen 16 dětmi od sedmi do deseti let.

Ošetrovatelská diagnóza Deficit tělesných tekutin se vyskytuje nejčastěji u dětí s průjmovým onemocněním ve věku od nula do tří let. Tato skupina respondentů tvoří 29 dětí (58 %) z celkového počtu 50 dětí s touto ošetrovatelskou diagnózou. Ve druhém výzkumném souboru byla tato diagnóza stanovena u 14 dětí. Nejmenší počet 7 dětí, u kterých byla stanovena ošetrovatelská diagnóza Deficit tělesných tekutin, byl ve věku od sedmi do deseti let (Graf 1). Tento výsledek se zcela ztotožňuje s údaji uvedenými v Základech dětského lékařství od Stožického a Pizingerové (21), že potřeba tekutin, která se vyjadřuje množstvím na kilogram tělesné hmotnosti a den, je u kojence podstatně vyšší než u staršího dítěte a dospělého člověka. Z čehož plyne, že malé dítě je daleko více ohroženo deficitem tělesných tekutin, než dítě starší a než dospělý jedinec. U kojence představuje voda 70 % tělesné hmotnosti, ale s věkem tyto hodnoty klesají. Dále s ošetrovatelskou diagnózou deficit tělesných tekutin souvisí skutečnost, že organismus malého dítěte je pro svou nedostatečnou zralost méně schopný se rychle adaptovat na zvýšený výdej tekutin. Mimo dalších faktorů jsou příčinou i ledviny, které

nejdou schopny dostatečně koncentrovat moč, následkem čehož dochází ke ztrátám vody, ale i minerálů. U malých dětí přechází vyřešená ošetrovatelská diagnóza Deficit tělesných tekutin často v ošetrovatelskou diagnózu Riziko deficitu tělesných tekutin. Všechny skutečnosti, které se týkají ošetrovatelské diagnózy Deficit tělesných tekutin, následují i u Rizika deficitu tělesných tekutin. V Grafu 6 je tedy v souvislosti s předcházejícími údaji uvedeno, že touto diagnózou jsou nejvíce ohroženy děti ve věku od nula do tří let. Výskyt byl zjištěn u 25 dětí (56%) z celkového počtu 45 dětí s touto ošetrovatelskou diagnózou. Čím je dítě starší, tím je lepší adaptace organismu na ztrátu tekutin. Ve věku od čtyř do šesti let se vyskytovala tato diagnóza u 14 dětí a v posledním výzkumném souboru ve věku od sedmi do deseti let byla stanovena u 6 dětí.

Ošetrovatelská diagnóza akutní bolest se vyskytovala nejčastěji u dětí s průřmovým onemocněním ve věku od sedmi do deseti let. V našem šetření tuto skupinu tvoří 15 dětí (37 %) z celkového počtu 40 dětí s touto ošetrovatelskou diagnózou. U nižší věkové kategorie od čtyř do šesti let byla akutní bolest stanovena u 13 dětí. Ve věku od nula do tří let bylo zjištěno 12 dětí s touto ošetrovatelskou diagnózou (Graf 2). Stanovit ošetrovatelskou diagnózu akutní bolest je velmi složité a její rozpoznání závisí na odborných znalostech a zkušenostech sestry. Bolest je subjektivní pocit a každý člověk má jiný práh bolesti. Větší děti mohou vyjádřit bolest slovně, malé děti jsou závislé na schopnostech sester tento problém rozpoznat a řešit. U větších dětí může být rozpoznání akutní bolesti také zavádějící. Někteří ji z hrdinství, nebo naopak z neoprávněného strachu odmítají přiznat. Úkolem sestry je, aby tento stav rozpoznala a vhodným přístupem odstranila. K rozpoznání intenzity bolesti u předškolních dětí může sestra použít Škálu hodnocení bolesti pomocí obličejů (viz. příloha 3), pomocí počtu kostiček, barev. U malých dětí lze použít Objektivní škálu bolesti (viz. příloha 2). Dále si může sestra pomoci plyšovou hračkou, panenkou, na které dítě rádo ukáže, jestli ho něco bolí a kde.

Ošetrovatelská diagnóza porušená kožní integrita se vyskytovala nejčastěji u dětí s průřmovým onemocněním ve věku od nula do tří let (Graf 3). Tuto skupinu respondentů tvoří 14 dětí (58 %) z celkového počtu 24 dětí s touto ošetrovatelskou

diagnózou. Se stoupajícím věkem se snižuje výskyt této ošetrovatelské diagnózy. Výsledky tohoto šetření jsou v souladu s informacemi, které uvádí ve své publikaci Gloria Leifer (11). Nejpočetnější skupinou s porušenou kožní integritou jsou děti, které mají k ochraně dětské pleny. Při průjmu dochází ke zvýšení enzymatické aktivity, tření vlhkých ploch a k iritačnímu působení amoniaku a to vše způsobuje porušení kožní integrity. Ve věku od čtyř do šesti let byla stanovena ošetrovatelská diagnóza porušená kožní integrita u 6 dětí a ve věku od sedmi do deseti let se vyskytovala u 4 dětí.

Další ošetrovatelská diagnóza, která se často vyskytuje u dětí s průjmovým onemocněním, je Hypertermie. Nejčastěji byla stanovena u dětí ve věku od nula do tří let. Tato skupina respondentů je tvořena 25 dětmi (54 %) z celkového počtu 46 dětí s touto ošetrovatelskou diagnózou. S věkem se opět snižoval výskyt této ošetrovatelské diagnózy, neboť ve věku od čtyř do šesti let byla stanovena u 11 dětí a ve věku od sedmi do deseti let se vyskytovala u 10 dětí (Graf 4). Výsledek nejčastějšího výskytu této ošetrovatelské diagnózy u nejmladší výzkumné skupiny je dán tím, že malé děti mají labilní tělesnou teplotu. Z vlastní praxe vím, že děti reagují na hypertermii odlišně než dospělý, a jak je uvedeno v Základech dětského lékařství (21), jsou ohroženi vznikem febrilních křečí. Čím je dítě menší, tím hůře vyrovnává teplotní rozdíly mezi tělesnou teplotou a okolím.

Další ošetrovatelskou diagnózou, kterou naše šetření zaznamenalo v souvislosti s péčí o hospitalizované děti, je ošetrovatelská diagnóza Strach. Nejčastější výskyt této diagnózy byl zjištěn u nejmladší věkové skupiny ve věku od nula do tří let a to u 16 dětí (62%) z celkového počtu 26 dětí s touto ošetrovatelskou diagnózou (Graf 5). Nejčastější výskyt strachu a úzkosti je v tomto věku dle mého názoru dán nedostatečnou zralostí psychického systému. Dítě nemá také tolik zkušeností jako dospělý člověk. Jak je uvedeno v publikaci Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu (22), základní potřebou je pocit jistoty a bezpečí, který mu nejčastěji poskytuje nejbližší osoba a to bývá ve většině případů matka. Děti považují pro dospělé méně důležité věci za důležité a jejich zdroj strachu má jinou podobu, než u dospělých. Dítě potřebuje také zachovat i v době hospitalizace navyklý denní režim. Jak uvádějí ve své publikaci J. Langmeier a D. Krejčířová (10), kolem sedmého měsíce navazuje dítě specifický vztah k jedné

osobě a v případě odloučení od matky může vznikat separační úzkost, strach. Z tohoto důvodu je většina kojenců, dovolí-li to okolnosti, přijímána na dětské oddělení v Prachaticích v doprovodu matky. Ve věku od čtyř do šesti let se vyskytoval Strach u 6 dětí. Tento věk představuje pro dítě předškolní období, s nímž je spojena větší míra samostatnosti. Děti začínají navštěvovat předškolní zařízení a zvykají si na dlouhodobější odloučení od rodičů. Při zátěžové situaci, jako je hospitalizace je však přítomnost matky vítána. Sestra může, dle mé zkušenosti, ve velké míře ovlivnit vznik strachu a úzkosti u dětí svým citlivým a empatickým přístupem. Dítě by mělo poznat, že mu sestra skutečně naslouchá. Při přípravě na každý výkon, umožňují-li to okolnosti, seznámím dítě dle jeho rozumových schopností s průběhem. Snažím se mluvit pomalu a klidně a při rozhovoru dbám na zásadu, být ve výšce dětských očí. Je-li to možné ukážu mu na plyšové hračce co se chystám provádět. Při výkonu mu ji ponechám, aby si ji drželo, neboť to jej velmi uklidňuje. Po výkonu je dítě třeba vždy pochválit a dle možnosti přidat i odměnu. Tento postup velmi pomáhá při odstraňování strachu u dětí. Za důležité považuji, aby tento postup vycházel z vnitřního citění sester, jinak nesplní účel. U věkové skupiny od sedmi do deseti let se tato ošetrovatelská diagnóza vyskytovala pouze u 4 dětí. Se stoupajícím věkem, s rozvojem psychických, sociálních i kognitivních funkcí se snižuje počet dětí s ošetrovatelskou diagnózou Strach (Graf 5).

V grafu 10 jsme sloučili všechny tři výzkumné soubory a výsledek potvrdil naši Hypotézu, že u dětí do deseti let je nejčastější ošetrovatelskou diagnózou deficit tělesných tekutin. Tato diagnóza byla stanovena u 50 dětí s průměrným onemocněním ve věku do deseti let z celkového počtu 67 dětí. Dále následovala Hypertermie u 46 dětí s průměrným onemocněním. Tato ošetrovatelská diagnóza se vyskytuje na druhém místě, neboť hypertermií reaguje často dětský organismus na infekční agens. Dle mého názoru může být hypertermie také spojena u nezralého dětského organismu s nedostatkem tekutin. Dále 45 dětí ve věku do deseti let mělo stanovenou diagnózu Riziko deficitu tělesných tekutin. Akutní bolest se celkově vyskytovala u 40 dětí ve věku do deseti let z celkového počtu 67 dětí (Graf 10). Přesné rozdělení akutní bolesti dle věkových kategorií je uvedeno v Grafu 2. Ošetrovatelská diagnóza Strach se vyskytovala celkem u 26 dětí do deseti let věku. Z Grafu 5 zpětně vyplývají podrobnosti

o přesném výskytu strachu u jednotlivých věkových kategorií. Ošetrovatelská diagnóza porušená kožní integrita se vyskytovala u 24 dětí z celkového počtu 67 dětí od nula do deseti let.

Pro celkové zhodnocení výskytu ošetrovatelských diagnóz: Deficit tělesných tekutin, Akutní bolest, Hypertermie, Strach, Porušená kožní integrita a Riziko deficitu tělesných tekutin byly vytvořeny následující grafy. V Grafu 7, 8, 9 jsme se věnovali daným výzkumným souborům a zjišťovali u nich celkově výskyt jmenovaných diagnóz. Hypotéza, že nejčastější ošetrovatelskou diagnózou je Deficit tělesných tekutin se v Grafu 7 u 29 dětí z celkového počtu 34 dětí od nula do tří let potvrdila. V Grafu 8 u 14 dětí z celkového počtu 17 dětí ve věku od čtyř do šesti let se také předpokládaná hypotéza potvrdila. Pouze u nejstaršího výzkumného souboru, 16 dětí od sedmi do deseti let v Grafu 9, byla nejčastěji stanovena Akutní bolest a to u počtu 15 dětí. Toto souvisí s údaji uvedenými výše, ve kterých jsem se zmiňovala, že potřeba tekutin je u malých dětí větší a také, že nezralý organismus není schopen se adaptovat na zvýšený výdej tekutin. Na závěr této části diskuze, na základě kvantitativního šetření potvrzují předpokládanou hypotézu, že u dětí od nula do deseti let je nejčastější ošetrovatelskou diagnózou deficit tělesných tekutin.

Druhá část šetření byla zaměřena na námi stanovenou výzkumnou otázku, zda vede přítomnost doprovodu při hospitalizaci dítěte s průjmovým onemocněním ke zkrácení doby hospitalizace. Hospitalizace je pro dítě zátěžovou situací a velmi záleží na přístupu zdravotnického personálu, jak dítěti jeho pobyt v nemocnici usnadní. Zaznamenala jsem dva zajímavé ošetrovatelské zápisy, týkající se dvou dvouletých holčiček s průjmovým onemocněním. Obě byly hospitalizovány bez doprovodu. Zaujaly mne z toho důvodu, protože každá pochází z jiného rodinného prostředí. U první pacientky, ošetrovatelský záznam číslo 7, je narušený vztah s matkou. Holčička s ní nemá jistou, pevnou vazbu. Tato skutečnost ovlivňuje pozdější reakci holčičky na separaci od matky. Neodmítá péči, přijímá dietní stravu. Pláče pouze při nepříjemných výkonech, vítá jakoukoliv herní činnost. Hospitalizace trvá osm dní. Jedním z důvodů je převedení holčičky na normální stravu. Na uvedeném ošetrovatelském záznamu je patrné jak sociální status rodiny ovlivňuje adaptaci holčičky a zároveň i délku

hospitalizace. Pacientka není propuštěna domů, neboť by neměla zajištěnu zvýšenou ošetrovatelskou péči, která zahrnuje také dietu. Její psychická reakce je rozdílná od holčičky pocházející z rodiny utvářející pevnou citovou vazbu. V druhém případě, ošetrovatelský záznam číslo 9, se tedy jedná o holčičku s pozitivní, pevnou citovou vazbou, u které při oddělení od matky může dojít k separační úzkosti. Jak je uvedeno ve Vývojové psychologii (10) nové studie poopravily názor na univerzálnost separační reakce. Jestliže je dítě samo aktivní, není pouze pasivním objektem, doprovází jeho separační chování spíše zvědavost než úzkost. Záleží také na tom, za jakých podmínek je od matky odňato. Pacientka nemůže být propuštěna domů, dokud nebude převedena na normální stravu. Plně souhlasím s názorem, že po příjmu dítěte bez doprovodu je nutné trpělivé a chápající jednání a především péče a pozornost jedné sestry. V ošetrovatelském záznamu 9 holčička, po odloučení od matky, s kterou má pevnou citovou vazbu, přilnula k pečující sestře a postupně ji akceptovala jako náhradu. Pozitivně to ovlivnilo psychický stav a ve vzájemném propojení také somatický stav. Holčička přijímala dostatek tekutin, nemusela být zavodněna parenterálně, její hospitalizace se také z tohoto důvodu neprodloužila. Pacientka byla propuštěna pátý den domů. Z rozboru tohoto ošetrovatelského záznamu nám vyplynula hypotéza: Soustavná péče maximálně dvou sester ovlivňuje pozitivně adaptaci dítěte. Myslím, že pečují-li o dítě tři sestry nebo jak tomu bývá v mnoha případech i více, nemůže dítě nalézt k žádné sestře pevnější citový vztah. Takový vztah, který by mu pomohl překonat dobu hospitalizace, kdy je odloučeno od matky. Jakmile v jedné pečující osobě dítě začíná nalézat náhradu, dojde k výměně služeb a dítě je nuceno si zvykat znovu na jinou sestru. Dle mého názoru tato skutečnost ovlivňuje psychosomatický stav hospitalizovaných dětí.

Ošetrovatelský záznam číslo tři poukazuje na stav, kdy matka velmi těžce snáší hospitalizaci. Je nervózní, dochází k chybám při ošetrování holčičky, jako je podání velkého množství tekutiny najednou, které vede ke zvracení. Dále dochází k podání stravy před ultrazvukovým vyšetřením, které nemůže být následně provedeno. Zde se naskytá otázka, jak může sestra tomuto stavu předejít. Uvědomme si, že hospitalizace dítěte je velká psychická zátěž i pro samotné rodiče. Nemocné dítě rovná se nemocný

rodič. Je samozřejmé, že každý bude reagovat odlišným způsobem. Někteří rodiče mohou být slovně agresivní, mohou odmítat nabízenou ošetrovatelskou péči pro své dítě. Zdravotnický personál by měl tuto situaci chápat a umět řešit, spojit empatický přístup se svými komunikačními schopnostmi. Rodiče by měli poznat, že jim sestra skutečně naslouchá, rozumí jejich problému a má snahu ho řešit. Dokáže-li sestra uklidnit rodiče, zklidní tím zároveň i dítě, neboť rodiče přenášejí své emoce na děti. Z rozboru ošetrovatelského záznamu číslo tři vyplynula hypotéza: Negativní přístup rodičů ovlivňuje průběh hospitalizace dítěte.

Nyní se vrátím k ošetrovatelskému záznamu číslo 1. Dvaapůlletý chlapeček hospitalizovaný s doprovodem. Z údajů vyplývá, že je klidný. Maminka mu poskytuje jistotu. V přítomnosti matky přijímá dostatek tekutin. Matka může podávat studený čaj po lžičkách přesně po pěti minutách. Toto sestra zajistí pečuje-li nejvýše o dvě děti. V dalších dnech pak sestra pomáhá matce při krmení. Spolupráce s matkou je výborná. Chlapec je propuštěn pátý den domů. V porovnání s dvouletou holčičkou v ošetrovatelském záznamu číslo 9, o které jsem se již zmiňovala, je hospitalizována bez doprovodu. Sestra vhodnou intervencí pomocí kojenecké láhve, do které přilívá po malých množstvích studený čaj také zabrání opětovnému vzniku deficitu tělesných tekutin při ošetrovatelské diagnóze Riziko deficitu tělesných tekutin. Holčička je propuštěna 5 den domů, podobně jako chlapec v ošetrovatelském záznamu číslo 1, který je však hospitalizovaný s matkou.

Při hospitalizaci se může z ošetrovatelského hlediska stát důvodem pro prodloužení doby hospitalizace ošetrovatelský problém porušené kožní integrity. Tento problém se předpokládá spíše u dětí, které nosí dětské pleny a jsou hospitalizovány bez doprovodu. V ošetrovatelském záznamu číslo 7 a 8 skutečně problém porušení kožní integrity vznikl, ale následnými intervencemi byl vyřešen po dvou dnech a neovlivnil délku hospitalizace dětí. U dětí s doprovodem byl problém porušení kožní integrity v daných záznamech řešen u jednoho dítěte a ve spolupráci s matkou byl po dvou dnech také vyřešen a neovlivnil délku hospitalizace. Dle mého názoru může dojít i při pečlivě prováděné ošetrovatelské péči k porušení kožní integrity. Vhodně zvolenými

a prováděnými intervencemi lze tento stav řešit a zabránit, aby vzhledem k této diagnóze nebyla prodloužena hospitalizace.

Velkým přínosem je hospitalizace s doprovodem pro děti s tělesným či psychickým handicapem. Každé z těchto dětí vyžaduje zcela odlišný přístup, vyjadřuje zcela odlišným způsobem své potřeby. Nejlépe ho zná matka, či jiná pečující osoba, která přesně ví, co v danou chvíli dítě potřebuje, či o co by si chtělo říci, kdyby mohlo. Matka přesně ví, jak se dítě projevuje a co je u něho již patologické. Jaké ošetřovatelské intervence mu pomáhají ke zlepšení jeho stávajícího zdravotního stavu. Doprovod poskytuje sestrám cenné rady týkající se ošetřovatelské péče. V těchto případech, z udaných důvodů a z vlastní zkušenosti vím, že přítomnost doprovodu u handicapovaných dětí vede ke zkrácení doby hospitalizace. V této souvislosti bych poukázala na ošetřovatelský záznam číslo 4, kdy matka mimo jiné informovala o tom, zda je chlapcovo chování a vnímání v jeho normě. Spolupráce s matkou byla velmi pozitivní a podnětná. Vyplývala nám zde hypotéza: Přítomnost doprovodu u handicapovaného dítěte s průjmovým onemocněním vede ke zkrácení doby hospitalizace.

Při zkoumání ošetřovatelského záznamu 10 se ztotožňuji s myšlenkami uvedenými v publikaci Emoční inteligence dítěte a jeho rozvoj (20). Z této publikace vyplývá, jak kognitivní, sociální i emoční schopnosti dítěte mají vliv na jeho adaptaci v jakémkoliv prostředí, tedy i v nemocnici. Dále také uvádí čím jsou tyto schopnosti dány a jak je lze pozitivně ovlivnit a rozvíjet. Možnost ovlivnit psychické naladění dítěte má i sestra. Souhlasím s myšlenkami ve výše uvedené knize, že je velmi důležité při péči o citově labilnější a nejisté děti vyzdvihnout jejich pozitivní vlastnosti, chválit je, povzbuzovat. Šestiletý chlapec s průjmovým onemocněním, který byl hospitalizován bez doprovodu, reagoval velmi citlivě. Byl úzkostný, svoji úzkost a strach projevoval také somaticky - zvracením. Myslím si, že zvláště v těchto případech by měla sestra s velkým pochopením, přistupovat k chlapci, zpětnou vazbou si ověřit, zda skutečně všemu rozumí. Měla by umět vyzdvihnout i jeho sebemenší úspěch. U takovýchto dětí se psychický stav více projevuje v somatickém onemocnění a příznaky mohou být stejné jako u průjmu. Děti jsou velmi zranitelné nejen co se týká oblasti tělesné, ale

i duševní. Sestra svou ošetrovatelskou péčí, svým přístupem může ovlivnit chování dítěte v cizím prostředí a jeho vztah k cizím lidem.

Jaká je tedy odpověď na naši výzkumnou otázku? Vede přítomnost doprovodu při hospitalizaci dítěte s průjemovým onemocněním ke zkrácení doby hospitalizace? Toto šetření samozřejmě nemohlo na tuto otázku kvalifikovaně odpovědět. Celkově lze říci, že přítomnost doprovodu u dětí s průjemovým onemocněním neovlivní délku hospitalizace. Z šetření vyplynuly skutečnosti, které jsme shrnuli do následujících hypotéz a myslíme si, že jejich ověřením či vyvrácením by bylo možno proniknout do problematiky doprovodu dětí a jejich vlivu na délku hospitalizace.

Hypotéza 1: Soustavná péče maximálně dvou sester příznivě ovlivňuje adaptaci dítěte.

Hypotéza 2: Negativní přístup rodičů ovlivňuje průběh hospitalizace dítěte.

Hypotéza 3: Přítomnost doprovodu u handicapovaného dítěte s průjemovým onemocněním vede ke zkrácení doby hospitalizace.

6. Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče u dětí s průjmovým onemocněním. Průjem patří mezi nejčastější onemocnění v dětském věku. Pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče je potřeba, aby tomuto onemocnění byla věnována náležitá pozornost.

Naším cílem v této práci bylo zjistit výskyt nejčastějších ošetrovatelských diagnóz u dětí s průjmovým onemocněním. Samotné přijetí do nemocnice představuje pro dítě velkou psychickou zátěž, která zpětně ovlivňuje jeho somatický stav. V této souvislosti byl stanoven i druhý cíl a to zjistit vliv doprovázející osoby na délku hospitalizace u dítěte s průjmovým onemocněním. K tomuto účelu bylo provedeno šetření na dětském oddělení nemocnice Prachatice, trvající šest měsíců. Šetření bylo provedeno formou obsahové analýzy dat a zúčastněným přímým pozorováním. Respondenty byly děti ve věku od nula do deseti let, celkem bylo provedeno šetření u 67 dětí.

Z daných výsledků šetření byla potvrzena předpokládaná hypotéza, že u dětí do deseti let je nejčastější ošetrovatelskou diagnózou deficit tělesných tekutin. První cíl naší práce byl splněn.

K zodpovězení výzkumné otázky, zda vede přítomnost doprovodu při hospitalizaci dítěte s průjmovým onemocněním, bylo zaznamenáno deset ošetrovatelských záznamů. Pět ošetrovatelských záznamů dětí hospitalizovaných s doprovodem a pět ošetrovatelských záznamů dětí hospitalizovaných bez doprovodu. Z daného šetření vyplynulo, že přítomnost doprovodu při hospitalizaci dítěte s průjmovým onemocněním neovlivní délku jeho hospitalizace. Zároveň vyplynuly tyto hypotézy. Hypotéza 1: Soustavná péče maximálně dvou sester příznivě ovlivňuje adaptaci dítěte. Hypotéza 2: Negativní přístup rodičů ovlivňuje průběh hospitalizace dítěte. Hypotéza 3: Přítomnost doprovodu u handicapovaného dítěte s průjmovým onemocněním vede ke zkrácení doby hospitalizace. Námi stanovený druhý cíl práce byl splněn.

Závěrem lze říci, že výsledky této práce poukazují na ošetrovatelské problémy, které sestry řeší při péči o děti s průjmovým onemocněním. Mohou také pomoci sestrám si uvědomit omyly, kterých se dopouštějí při ošetrování dětí s průjmovým onemocněním a tím zkvalitnit ošetrovatelskou péči o tyto děti. Poznatky z této bakalářské práce mohou být v praxi použity k vytvoření standardních ošetrovatelských plánů u dětí s průjmovým onemocněním.

7. Klíčová slova

Průjmové onemocnění

Dehydratace

Dítě

Hospitalizace

Ošetrovatelský záznam

Ošetrovatelská diagnóza

Rodiče

8. Seznam použitých zdrojů

1. AMBROŽOVÁ, Helena. Infekční průjmy u dětí a jejich léčba. *Pediatric pro praxi* [online]. 2006, roč.7, č.3 [cit. 2008-12-15].

Dostupné z:<<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2006/03/07.pdf>>.

2. ČECHOVÁ, Věra, NEKLANOVÁ, Alena, ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie*. 3. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 173 s. ISBN 80-7013-342-2.

3. DOLEŽEL, Zdeněk. Léčba horečky u dětí. *Pediatric pro praxi* [online]. 2007, roč.8, č.1 [cit 2009-01-04].

Dostupné z:< <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/01/05.pdf>>.

4. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. 2. přepracované a doplněné vyd. Olomouc: akl. Epava , 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.

5. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, KLIMOVIČ, Michal et al. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 414 s. ISBN 80-7013042705.

6. FUSKOVÁ, Eva, TRNKOVÁ, Marta. *Průjmová onemocnění v dětském věku*. In: Dětské infekční nemoci. Praha: Galen, 2003. 151-169 s. ISBN 80-7262-206-4.

7. HRODEK, Otto, VAVŘINEC, Jan et al. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 767 s. ISBN 80-7262-178-5.

8. KLÍMA, Jiří a kol. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia s.r.o., 2003. 320 s. ISBN 80-86432-38-6.

9. KUKLA, Lubomír. *Úvod do sociální pediatric*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita zdravotně sociální fakulta, 2007. 44 s. ISBN 978-80-7040-990-9.

10. LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání, 4. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 368 s. ISBN 80 -247-1284-9.

11. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. české vyd.. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 988 s., 5 s. barevné přílohy. ISBN 80-247-0668-7.
12. MAČÁK, Jiří, Mačáková Jana. *Patologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 348 s., 24 s. barevné přílohy. ISBN 80-247-0785-3.
13. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
14. MASARÍKOVÁ, Renata. Dítě a bolest. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 09, s. 36-38. ISSN 1210-0404.
15. MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
16. PODSTATOVÁ, Hana. *Mikrobiologie, Epidemiologie, Hygiena*. 1. vyd. Olomouc: nakladatelství Epava v Olomouci, 2001. 285 s. ISBN 80-86297-07-1.
17. POLÁŠKOVÁ, Stanislava. Péče o kůži novorozence a kojence. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, roč.6, č.2 [cit. 2008-11-28].
Dostupné z: < <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/02/07.pdf>>.
18. SEDLÁČKOVÁ, Miluše. *Bolesti břicha a jiné obtíže u dětí*. 1. vyd. Praha: Triton, s.r. o., 2003. 168 s. ISBN 80-7254-365-2.
19. SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
20. SHAPIRO, Lawrence. *Emoční inteligence dítěte a její rozvoj*. 2. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2004. 267 s. Překlad Kašparovská Hana. ISBN 80-7178-964-X.
21. STOŽICKÝ, František, PIZINGEROVÁ, Kateřina. *Základy dětského lékařství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2008. 359 s. ISBN 978-80-246-1067-2.
22. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

23. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

24. VYMĚTAL, Jan. *Úzkost a strach u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2004. 181 s. ISBN 80-7178-830-9.

9. Přílohy

Příloha 1 Pozorování pacienta

Příloha 2 Objektivní škála bolesti (pro děti od 4 měsíců do 4 let)

Příloha 3 Škála hodnocení bolesti pomocí obličejů

Příloha 4 Doporučené dietní postupy u průjemových onemocnění

Příloha 5 Charta práv dětí v nemocnici

Pozorování pacienta

Co chceme sledovat:

- anamnéza současného onemocnění
- základní fyziologické hodnoty
- celkový vzhled a chování pacienta
- osobní anamnéza
- stanovení ošetrovatelské diagnózy při příjmu pacienta
- provedené odborné výkony
- popis komunikace s rodiči, reakce a chování rodičů
- ošetrovatelské intervence
- popis psychického stavu dítěte
- popis průběhu zdravotního stavu:
 - množství a charakter stolic
 - zvracení
 - specifická váha moči
 - frekvence močení
- každý den záznam zápisu:
 - řešených ošetrovatelských diagnóz
 - nově řešených ošetrovatelských diagnóz
 - vyřešených ošetrovatelských diagnóz
- na závěr shrnující tabulka

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

Zvýšení krevního tlaku:	
do 10 % proti předoperační hodnotě (nebo normě pro věk)	0
10-20 %	1
20-30 %	2
Pláč:	
nepláče	0
pláče, ale dá se ukonejšit láskyplnou péčí	1
pláče, nedá se ukonejšit láskyplnou péčí	2
Pohybová aktivita:	
běžná	0
motorický neklid	1
hází sebou	2
Rozrušení:	
spí nebo je klidné	0
mírně rozrušené	1
hysterické	2
Slovní hodnocení nebo "řeč těla"	
spí, klidné, neudává bolest	0
mírná bolest, pacient ani pozorovatel nedokáže přesně lokalizovat	1
střední a silná bolest, ukáže, popíše, antalgické držení, reakce na palpaci	2

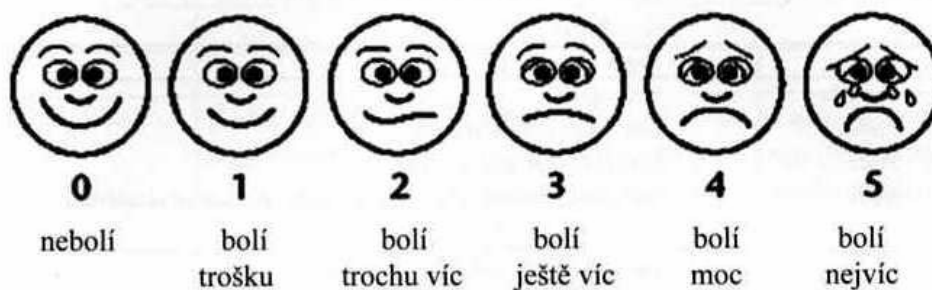
0-3 bez intervence

4-6 intervence vhodná

7-10 intervence nutná, již měla být provedena

Zdroj: Sedlářová, 2008

Škála hodnocení bolesti pomocí obličejů (Wong/Baker):



Charta práv dětí v nemocnici

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, jestliže péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v doma nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a jejich rodiče mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Zdroj: Nemocnice Prachatice

Doporučené dietní postupy u průjemových onemocnění

Dieta je závislá na věku dítěte

Kojenci od 0 do 6 měsíců jsou-li plně kojeni, kojení nepřerušujeme, před kojením podáváme lžičkou rýžový odvar. Podáváme dítěti slabý černý čaj a rehydratační roztok. U nekojeného dítěte přerušíme podávání přípravků ze sušeného kravského mléka a nahradíme jej plným rýžovým odvarem. Po zlepšení stavu začínáme převádět na normální stravu, jakou mělo dítě před onemocněním. Zpočátku podáváme kojenecké mléko ředěné v rýžovém odvaru a postupně přidáváme dávky mléka bez rýžového odvaru. U těžkých průjmů a při rotavirové infekci je vhodné použít speciální mléka s nízkým obsahem laktózy.

Kojencům od 6 do 12 měsíců přidáváme k výše uvedené stravě nemastnou polévku s mrkví a rýží. Nemastnou bramborovou či rýžovou kaši (bez mléka), lze připravit i nemastnou kaši z jáhel, které také neobsahují lepek. Na svačiny je vhodný škrábaný banán, eventuálně mixovaný s čajem, a také najemno nastrohaná jablka.

Dětem nad jeden rok a výše podáváme dietní kukuřičné suchary, nemastnou bramborovou, rýžovou, nebo jáhlovou kaši. Rýžové polévky s mrkví a dušenou mrkev. Po zlepšení stavu pozvolna obohacujeme dietní stravu o vařené libové maso (kuřecí, hovězí, krůtí, králíčí), později se mohou přidat do stravy netučné druhy ryb pstruh, filé z tresky. Z ovoce jsou nejvhodnější strouhaná jablka bez slupek a jádřinců a také banány. Mléčné výrobky a výrobky obsahující lepek zařazujeme postupně. Podáváme častěji menší dávky jídla a mezi nimi opakovaně podáváme tekutiny.

Zdroj: Dětské oddělení nemocnice Prachatice