



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Ošetrovatelská péče v primární pediatrické péči

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Mgr. Zdeňka Hotařová

Vedoucí práce: prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., dr. h. c.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Ošetrovatelská péče v primární pediatrické péči*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 18. 8. 2017

.....

Mgr. Zdeňka Hotařová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala prof. MUDr. Milošovi Velemínskému, CSc., dr. h. c., vedoucímu diplomové práce, za odborné vedení, cenné připomínky a rady při zpracování této diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří se podíleli na empirické části této práce.

Ošetrovatelská péče v primární pediatrické péči

Abstrakt

Péče o dítě je jednou z nejdůležitějších oblastí celospolečenských úkolů, které ovlivňují zdraví celé populace. Na komplexní péči o dítě se podílí řada společenských struktur. Nezastupitelné místo má rodina. Avšak v rámci zdravotnictví představuje základní článek v péči o dítě pediatrie, obor zabývající se vyvíjejícím se jedincem. Největší objem zdravotních služeb představuje ambulantní primární péče, tedy péče praktického lékaře pro děti a dorost ve spolupráci s dětskou sestrou. Dětská sestra organizuje a řídí ošetrovatelskou péči v pediatrii, ošetřuje zdravé a nemocné děti a ve své činnosti se zaměřuje na spolupráci s rodinou.

Naším hlavním cílem bylo zjistit, jaká je náplň a obsah ošetrovatelské péče poskytované dětskou sestrou v primární pediatrické péči. Mimo jiné nás také zajímalo personální zabezpečení ordinací praktických lékařů pro děti a dorost a v neposlední řadě i to, jakým způsobem se sestry nadále vzdělávají. V návaznosti na stanovené cíle jsme si položili pět výzkumných otázek. Potřebná data pro zpracování empirické části této diplomové práce jsme získali prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Celkem bylo analyzováno 15 rozhovorů s respondentkami z Jihočeského kraje. Ze získaných dat z výzkumného šetření jsme mohli zodpovědět výzkumné otázky.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že dominantními činnostmi práce sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost jsou preventivní prohlídky, očkování, edukace, vedení dokumentace a zabezpečování dobrého chodu ordinace. Dále jsme zjistili, že sestry nemají ošetrovatelskou dokumentaci, většina sester nevykonává návštěvní službu v domácnosti pacientů a nedoporučují očkování proti rotavirovým infekcím. Pediatrii i pediatrické ošetrovatelství hodnotí jako kvalitní, ve srovnání se světem jako na výborné úrovni. Avšak co se jim nelíbí, je současné vzdělávání sester.

Věříme, že tato práce by mohla sloužit jako studijní materiál pro studenty zdravotnických oborů, mimo jiné i široké veřejnosti jako jakýsi nástin pracovní náplně sestry v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost.

Klíčová slova: dětská sestra; primární pediatrická péče; dítě; výživa; očkování; vzdělávání

Nursing care in pediatric primary care

Abstract

Child care is one of the most important tasks important for the health of entire population. Many social structures are involved in comprehensive child care. The family is an irreplaceable part of society. However, in the health sector, pediatric represents the basic part of childcare, as a field of development of an individual. The largest volume of health services represents ambulatory primary care, ie General practitioner for children and adolescents in cooperation with a nurse. The nurse organizes and manages nursing care in pediatrics, takes care of healthy and sick children, and focuses on cooperations with families of the children.

The main of the thesis was to find out what is the content of nursing care provided by a nurse in primary pediatric care. Among other things, we were also interested in the staffing of GPs for children and adolescents area and, last but not least, the possibilities of further education of nurses in this area. Then we have put five research questions. We gained the necessary data for processing the empirical part of this thesis through a semi-structured interview. Altogether, 15 interviews with respondents from the South Bohemian Region were analyzed. From the research data we were able to answer research questions.

The research showed that the dominant activities of the nurse's work in the general practitioner's office for children and adolescents are preventive examinations, vaccinations, education, documentation, and good office practice. In addition, we found out that nurses do not have nursing documentation, most nurses do not perform patient care at home and do not recommend vaccination against rotavirus infections. Both pediatric and pediatric nursing carers they rated as being of a good quality, compared to the world. However, what they do not like is the current nursing education.

We believe that this thesis could be very useful as a study material for medical students and also for the general public, as an outline of the nurse's work contents in GPs for children and adolescents.

Key words: child nurse; primary pediatric care; child; nutrition; vaccination; education

Obsah

Úvod.....	8
1 SOUČASNÝ STAV.....	9
1.1 Pediatrie a pediatrické ošetřovatelství.....	9
1.1.1 Organizace pediatrické péče v České republice	10
1.1.1.1 Ambulantní část pediatrické péče	10
1.1.1.2 Lůžková část pediatrické péče.....	12
1.1.2 Statistické údaje v ČR a ve světě.....	12
1.1.3 Rozdělení dětského věku dle pediatra	13
1.1.4 Charakteristika jednotlivých dětských období.....	14
1.1.4.1 Prenatální období.....	14
1.1.4.2 Novorozenecké období.....	15
1.1.4.3 Kojenecké období.....	15
1.1.4.4 Batolecí období	17
1.1.4.5 Předškolní věk	18
1.1.4.6 Školní věk.....	19
1.1.4.7 Adolescent.....	20
1.2 Obsah preventivní péče v primárních zařízeních dětského lékaře a úloha dětské sestry při její realizaci	21
1.2.1 Preventivní prohlídky	22
1.2.1.1 Preventivní prohlídky v jednotlivých obdobích dětského věku	22
1.2.1.2 Úloha sestry při preventivních prohlídkách	25
1.2.1.3 Návštěvní služba	26
1.2.2 Očkování v dětském věku.....	27
1.2.2.1 Povinná očkování v dětském věku	28
1.2.2.2 Nepovinná očkování v dětském věku.....	28
1.2.3 Zásady výživy především v kojeneckém období.....	29
1.2.3.1 Kojení	30
1.2.3.2 Náhradní mléčná výživa.....	31
1.2.3.3 Nemléčné příkrmy.....	32
1.2.4 Prevence úrazů, otrav, násilí, nemocí v dětském věku	33

1.2.5	Péče zaměřená na sociální problematiku	36
1.2.6	Dispenzární péče v pediatrii	37
1.3	Úloha sestry při léčebné péči v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost.....	38
1.3.1	Odběry biologického materiálu	39
1.4	Dětská sestra v primární péči	40
1.4.1	Vzdělávání dětských sester v minulosti a dnes.....	42
2	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	44
2.1	Cíle práce	44
2.2	Výzkumné otázky.....	44
2.3	Operacionalizace pojmů.....	44
3	METODIKA.....	45
3.1	Použitá výzkumná technika	45
3.2	Polostrukturovaný rozhovor.....	45
3.3	Výzkumný soubor	46
4	VÝSLEDKY	47
4.1	Charakteristika výzkumného souboru	47
4.2	Vyhodnocení rozhovorů s respondenty.....	47
5	DISKUSE.....	71
6	ZÁVĚR	79
7	SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH PRAMENŮ.....	81
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	87
9	PŘÍLOHY	88

Úvod

Těžiště primární péče o děti a dorost spočívá v aktivitách dětského lékaře pro děti a dorost a v aktivitách dětské sestry. Pečují o děti zdravé, nemocné, ale i ohrožené nemocí, rodinným prostředím či prostředím ve výchovně vzdělávacích institucích. Sestry zaujímají důležitou roli v rámci primární péče a jejich pozice se bude nadále upevňovat v rámci zvyšujících se nároků na zdraví. Činnosti, které sestra v rámci primární péči poskytuje, jsou převážně zaměřeny na prevenci primární, sekundární i terciární. Dětská sestra organizuje a řídí ošetrovatelskou péči v pediatrii, ošetřuje zdravé a nemocné děti a ve své činnosti se zaměřuje na spolupráci s rodinou.

Právě dětská sestra se může cíleně věnovat propagaci intervencí, které podporují zdraví dítěte. Je osobou, jejíž profesní zaměření je určováno potřebami dětí. Je odborníkem, který by měl využít každou příležitost ke konzultaci o zdravém životním stylu dítěte i rodičů, také je tím, kdo aktivně nabízí podporu při potížích v náročném období dospívání.

V empirické části této diplomové práce je našim cílem zjistit náplň a obsah ošetrovatelské péče poskytované dětskou sestrou v primární pediatrické péči, jaká je síť primární pediatrické péče a jak se sestry nadále vzdělávají. V neposlední řadě bych chtěla zjistit, jaké je personální zabezpečení ordinace praktických lékařů pro děti a dorost, jelikož se domnívám, že v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost je na pozici sestry zaměstnáváno mnoho osob, jež nemají vzdělání ve zdravotnictví. Dle mého názoru by o dítě měly pečovat vzdělané sestry, nejlépe dětské sestry.

Pediatrické ošetrovatelství a ošetrovatelství v jiných oborech s sebou nese celou řadu specifíků – ať už se jedná o aplikaci léků, odběru biologického materiálu, rozpoznávání symptomů nemocí, o zásady edukace, ale také a zejména zásady komunikace, která by nejen že měla, ba dokonce musí sestra znát, protože zdraví dětské populace ovlivňuje zdraví populace celé. Je toho tedy mnoho, co může sestra pokazit, ale také mnoho, co může pozitivně ovlivnit.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 *Pediatric a pediatrické ošetrovatelství*

Pediatric je základní lékařský obor zbyvajícím se vyvíjejícím se lidským jedincem od jeho narození do dospělosti (Klíma, 2016). Tento obor se zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou, rehabilitací, psychologickou a výchovnou péčí, prostředím, ve kterém dítě a dospívající žije, a v neposlední řadě se zabývá sociálně právní ochrannou normou dítěte (Nováková, 2008). Název pediatric pochází z řeckého slova pais, což znamená dítě a slova iatria – léčba, léčení (Slezáková, 2010).

Péče o zdravé a nemocné děti má velice dlouhou historii. Již Babylónské nápisy před 2000 lety před našim letopočtem určovaly pokyny pro kojící matky (Slezáková, 2010). Ze středověku existují záznamy o léčbě dětí pouze okrajově. Především jsou to pak zmínky v souvislosti s útulky pro děti nemanželské, osiřelé a odložené. Takzvané nalezinice, většinou církevní komunity, jako první vznikly v Itálii v 8. století a postupně vznikaly i po celé Evropě (Klíma, 2016). V nalezincích byla poskytována pouze péče sociální, ale pouze tato péče nebyla dostačující (Slezáková, 2010). Ostatní nemocné děti se léčily pouze doma. Až výrazně později se ve výjimečných případech děti léčily v nemocnicích pro dospělé (Klíma, 2016). Až v roce 1802 v Paříži vznikla první dětská nemocnice. V roce 1834 vznikla dětská nemocnice v Petrohradě, následně v Praze v roce 1842, v Brně roku 1846 a v Bratislavě v roce 1853 (Boledovičová, 2010). Rozvoj dětského lékařství u nás souvisí se jmenováním dr. Bohdana Neuerttera prvním českým profesorem dětského lékařství (Nováková, 2008).

S vývojem dětského lékařství je úzce spjato ošetrovatelství a s tím související vznik a vývoj profese dětské sestry. Odborná příprava zdravotníků pro péči o dítě dlouho neexistovala. Prvními dětskými sestrami byly ošetrovatelky v nalezincích. Své vědomosti čerpaly z praktických zkušeností, jelikož teoretická příprava neexistovala (Nováková, 2008). První ošetrovatelská škola pro dětské sestry vznikla v roce 1922 při nemocnici Ochrany matek a dětí v Praze-Krči (Boledovičová, 2010), kterou založil a vedl MUDr. Quido Mann (Klíma, 2016). Péče o dítě není zaměřená pouze na orgánové onemocnění, ale komplexně na dítě a na plynulou péči o něj. Péče se zaměřuje i na spolupráci s rodinou dítěte. Úlohou pediatrické péče je také zlepšování vědomí o důležité funkci rodiny – nejen jako společenské skupině, ale o jejím nenahraditelném podílu na výchově a péči o zdravé, ale i nemocné dítě (Boledovičová, 2010).

1.1.1 Organizace pediatrické péče v České republice

Jednou z nejdůležitějších oblastí celospolečenských úkolů, které ovlivňují zdraví celé populace, je péče o dítě. Na komplexní péči o dítě se podílí mnoho společenských struktur. Vedle rodiny, která má své základní a nezastupitelné místo v péči o dítě, jsou to další společenské skupiny, jakožto předškolní, školní, zájmová skupina vrstevníků, tak i další společenské úseky, tedy zdravotnictví, školství i sociální péče (Klíma, 2016).

Péče o děti v evropských i v dalších zemích ve světě se výrazně liší v organizaci, v rozsahu poskytované péče dětem, ale i v její kvalitě. V evropských zemích je péče o děti poskytována pouze pediatrem v 25 % zemích. Ve 40 % evropských zemích poskytuje péči o dítě rodinný lékař a v ostatních zemích, tedy v 35 % zemí je takzvaný kombinovaný systém péče o dítě. Péče dítěti je tak poskytována jednak pediatrem, jednak i rodinným lékařem (Muntau, 2014).

Česká republika se řadí mezi země s tradičním modelem pediatrické péče, kdy o dítě a dorost do 18 let věku života pečuje pediatr (Muntau, 2014). Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky v ČR (2015) pracuje v České republice 2 025 praktických lékařů pro děti a dorost. Tedy na jednoho lékaře připadá průměrně 955 registrovaných pacientů (viz Příloha 1). V rámci České republiky je dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky v ČR u praktických lékařů pro děti a dorost provedeno 8 189 145 léčebných ošetření/vyšetření, 2 666 378 preventivních vyšetření, v návštěvní službě 107 096 ošetření/vyšetření (viz Příloha 2).

V rámci tohoto modelu pediatrické péče dosahuje Česká republika výborných výsledků nejen v rámci Evropy ale i celého světa v takzvaných indikátorech kvality poskytované péče. Například v kojenecké úmrtnosti, která byla v roce 2012 2,6 promile, také i v počtu kojených dětí do 6 měsíců, kdy je v České republice kojeno 40 % dětí. Dále je v České republice vysoká proočkovanost dětské populace, která se pohybuje nad 90 % a nízké procento dětí, které jsou hospitalizované pro astma (Muntau, 2014).

Pediatricie jako obor, který se zabývá vyvíjejícím se jedincem, tvoří základ komplexní péče o dítě a podle jeho potřeb mu poskytuje péči ambulantní a lůžkovou (Klíma, 2016).

1.1.1.1 Ambulantní část pediatrické péče

Ambulantní část pediatrické péče probíhá ve zdravotnických zařízeních pro děti a dorost, která tvoří základní prvek péče o děti a dorost. Ambulantní část zajišťuje péči jak preventivní, tak i léčebnou (Velemínský, 2009). V první linii pečují o populaci od

narození do 18 let praktický lékař pro děti a dorost, u kterého musí rodič své dítě zaregistrovat. Praktického lékaře pro děti a dorost si mohou rodiče sami vybrat (Muntau, 2014).

Primární péčí se rozumí komplexní zdravotně sociální péče, která je poskytována profesionály na úrovni prvního kontaktu dítěte se zdravotnickým systémem. Péče je soubor činností souvisejících nejen s podporou zdraví a prevencí, ale také s diagnostikou, terapií, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti respektují bio-psycho-sociální potřeby dítěte a jsou mu poskytovány v co nejbližším sociálním okolí. Specializovaná péče je poskytována v samostatných specializačních ordinacích pediatrem s příslušnou kvalifikací (například dětský urolog, nefrolog, kardiolog a další). Pediatrická péče je dále poskytována ve stacionářích, dětských domovech, v dětských odborných léčebnách, ozdravovnách, sanatoriích, lázeňských léčebnách a dětských centrech (Nováková, 2008).

Ambulantní primární péče musí být snadno dostupná, koordinovaná, komplexní, individuální a kontinuální. Praktický lékař pro děti a dorost řeší v primární péči 85 % všech zdravotních problémů dětských pacientů. Pediatr pečuje o děti ve všech fázích jejich vývoje nejen v nemoci, ale i ve zdraví. Nezastupitelnou úlohu v poskytování této péče má vzdělaná dětská sestra, která má dostatečné znalosti v problematice péče o dítě ve všech věkových kategoriích. Dětská sestra se v primární péči podílí na preventivních i léčebných výkonech, ale zejména spolupracuje při hodnocení psychomotorického vývoje, dovedností dítěte, schopnosti komunikace dítěte, výživě, očkování a mnoho dalšího. Dětská sestra také často mnohem lépe dokáže zhodnotit společenskou a hygienickou úroveň celé rodiny, schopnost matky správně pečovat o své dítě, schopnost poskytnout mu jistotu, zázemí, lásku nezbytnou pro jeho zdárný vývoj. Právě v této problematice je často sestra matce blíže než lékař a její výchovné působení významně napomáhá prosazovat zdravý způsob života a vhodné návyky nejen u dítěte, ale i v celé rodině (Klíma, 2016).

Další součástí primární pediatrické prevence je provádění screeningu, který je zaměřen především na poruchy psychomotorického vývoje, výživy, ale i sociálního prostředí. Sekundární pediatrická preventivní péče spočívá v tom, že lékař základní péče si vyžádá konziliární vyšetření u příslušného odborníka, zjistí-li určité onemocnění u dítěte. Odborník zajistí potřebnou terapii a dále dítě eviduje. Avšak o této terapii musí být informován lékař základní péče, který si zakládá takzvaný dispenzární záznam a sleduje, zda je terapie dodržována (Velemínský, 2009).

1.1.1.2 Lůžková část pediatrické péče

Tato péče zabezpečuje hospitalizaci nemocných dětí, jejichž stav neumožňuje léčbu onemocnění v ambulantní péči. Existují dvě formy pediatrických lůžkových pracovišť, a to oddělení pro novorozence do 28 dnů a oddělení pro děti, které jsou starší jednoho měsíce (Velemínský, 2009). Lůžková péče je tvořena sítí dětských oddělení, která jsou součástí různých typů nemocnic. Ať už jsou to akciové společnosti, příspěvkové organizace, soukromé nemocnice, krajské či fakultní nemocnice (Nováková, 2008). Nejvyšší stupeň zdravotnické péče je poskytován klinikami. (Velemínský, 2009). Dále existuje perinatologická péče, která je založena na systému diferencované, třístupňové regionální péče. Nejvyšším stupněm jsou perinatologická centra intenzivní péče, stupněm druhým jsou perinatologická centra intermediární péče. Perinatologická centra tvoří celek, v němž je porodnická a neonatologická péče nezastupitelná. Do těchto center jsou směřovány všechny případy těhotných žen, u nichž lze předpokládat narození plodu s nízkou porodní hmotností či ženy s rizikovým průběhem těhotenství. Nejnižším, základním stupněm je péče o těhotné ženy, rodičky a novorozence, u kterých není nutná intermediální péče či péče intenzivní (ČNeoS, 20017). Podporuje se společná hospitalizace matky a dítěte, takzvaný rooming in (Velemínský, 2009).

Dále zajišťují lůžkovou péči o dítě odborné léčebné ústavy, dětské lázeňské léčebny, ozdravovny, zvláštní zdravotnická zařízení, kterými jsou kojenecké ústavy a dětské domovy, dětské stacionáře, jesle (Klíma, 2016).

Hospitalizace dítěti zasahuje do jeho života, do přirozeného prostředí rodiny, kde se pohybovalo, kde to pro něj bylo známé, kde nacházelo důvěru, oporu a jistotu. Adaptace dítěte na hospitalizaci je obtížná, zejména u nejmenších dětí. Proto je u dětí do 6let hrazen pobyt doprovodu dítěte ze zdravotního pojištění (Klíma, 2016).

1.1.2 Statistické údaje v ČR a ve světě

V dětském lékařství se sledují některé statistické údaje, které jsou odrazem sociální situace konkrétní společnosti. Statistické výsledky jsou ovlivněny nejen úrovní zdravotnické péče, ale především také sociální situací prostředí, ve kterém žena žije. Mezi sledované statistické údaje v pediatrii se řadí například perinatální, novorozenecká a kojenecká úmrtnost (Velemínský, 2009).

Mrtvorozenost je definována jako počet mrtvě narozených plodů s hmotností 1000 g a výše na 1000 porodů. Časná novorozenecká úmrtnost se hodnotí jako počet

zemřelých novorozenců do 7. dne života na 1000 živě narozených dětí (Velemínský, 2009). Perinatální úmrtností se rozumí počet dětí mrtvě narozených a počet dětí zemřelých do 7 dnů života na 1000 živě narozených dětí (Čevela, 2015), tedy součet mrtvorozenosti a časné novorozenecké úmrtnosti. Hodnoty tohoto údaje se v České republice pohybují kolem 5 promile (Velemínský, 2009).

Dalším významným údajem je novorozenecká úmrtnost, tedy počet dětí zemřelých do 28. dne života na 1000 živě narozených dětí. Novorozenecká úmrtnost bez započítání úmrtí novorozenců z důvodu vrozených vývojových vad poklesla v České republice v roce 2014 na 1,0 promile, což Českou republiku zařazuje mezi světovou špičku (Klíma, 2016).

Kojenecká úmrtnost je složena ze dvou ukazatelů. Je složena z novorozenecké úmrtnosti a takzvané ponovorozenecké úmrtnosti, tedy počtu zemřelých dětí od 29. dne života do 1 roku věku dítěte na 1000 živě narozených dětí. Kojenecká úmrtnost je standardizovaným i specifickým ukazatelem, odráží životní úroveň země. Často je využívána v mezinárodním srovnání. Kojenecká úmrtnost vykázala v České republice pozitivní a dynamický vývoj. V letech 1920-24 byla hodnota tohoto statistického údaje 154 promile, v roce 1945-49 klesla na 86,7 promile, následně došlo k velkému poklesu, v letech 1955-59 byla 25,1 promile, v 90. letech klesla na 15,2 promile a v roce 2010 poklesla již na 2,6 promile. Co se týče kojenecké úmrtnosti, patří Česká republika mezi elitní státy ve světě (Čevela, 2015).

Světová zdravotnická organizace sleduje úmrtnost do 5 let věku dítěte. Na rozdíl od kojenecké úmrtnosti je v naší zemi tato úmrtnost relativně vysoká (Velemínský, 2009). Avšak v celosvětovém měřítku úmrtnost dětí ve věku do 5 let se od roku 1990 snížila o 41 %. Tedy dětská úmrtnost z 12 milionů úmrtí dětí do 5. věku života se snížila na méně než 6,9 % v roce 2011. Nejnižší úmrtnost do pěti let věku dítěte je v Singapuru, v severských zemích Evropy a v Japonsku (UNICEF, 2012).

1.1.3 Rozdělení dětského věku dle pediatra

Během dětství a dospívání se lidský jedinec významně mění a vyvíjí. Jelikož jsou vývojová období specifická, vznikla potřeba periodizace dětského věku. Jejím cílem bylo vyčlenit a pojmenovat základní vývojové fáze a specifikovat nejen jejich fyziologii, ale i patologii (Mojžíšová, 2008). Proto se dětský věk rozdělil na období prenatální, které se dále dělí na období embryonální a fetální. Od přestřižení pupečnicků, tedy oddělením dítěte od matky, začíná novorozenecký věk, který končí 28. dnem po

porodu. Na novorozenecký věk navazuje kojenecký věk končící 12. měsícem života dítěte (Velemínský, 2009). Batolecí období navazuje na kojenecké období a je dále děleno na mladší a starší batolecí věk. Batolecí období končí ve 3 letech. Po starším batolecím věku následuje věk předškolní, který končí v 6 letech zahájením povinné školní docházky. Dále následuje školní věk, který se taktéž dělí na mladší a starší školní věk. Tento věk zahrnuje dětské období od zahájení povinné školní docházky do jeho ukončení, tedy do 15 let. Mladší školní věk je od staršího oddělen nástupem puberty. Adolescence neboli dospívání je obdobím, kdy dochází k ukončení růstu a vývoje a zařazení se do populace dospělých. V České republice tomu tak je legislativně v 18. roce (Klíma, 2016).

1.1.4 Charakteristika jednotlivých dětských období

V této části se budeme zabývat jednotlivými obdobími dětského věku a jejich charakteristikami. Zejména tedy somatickým, psychomotorickým vývojem, socializací a citovým vývojem dítěte.

1.1.4.1 Prenatální období

Toto období je obdobím, kdy probíhá nitroděložní vývoj. Začíná početím a končí přerušením pupečníku. Nitroděložní vývoj za fyziologických podmínek trvá 40 týdnů \pm 2 týdny (Klíma, 2016). Prvních 8 týdnů označujeme jako období embryonální neboli zárodečné. V embryonálním období dochází k diferenciaci jednotlivých částí těla, dochází ke vzniku jednotlivých orgánů a systémů. Období od 9. týdne těhotenství do narození se nazývá obdobím fetálním neboli obdobím vývoje plodu (Mojžišová, 2008).

Významným obdobím v období prenatálním je organogeneze. Toto období trvá od početí do ukončení 12. týdne těhotenství, kdy by už měla být většina životně důležitých orgánů založena. V tomto období je plod nejcitlivější na poškození, chemikálie, léky, infekce, které mohou plod závažně poškodit a může dojít až k úmrtí plodu. Diferencované tkáně dál rostou a plod se zvětšuje. V polovině těhotenství matka poprvé cítí pohyby plodu. Plod doroste do délky kolem 50 centimetrů a do hmotnosti 2500-4000 gramů (Klíma, 2016).

1.1.4.2 Novorozenecké období

Novorozenecké období nebo také neonatální začíná od přerušení pupečníku a končí 28. dnem života. Sedmým dnem života končí takzvané užší novorozenecké období. Je to období velkých změn, kdy se porodem mění životní podmínky dítěte. Jedná se o přizpůsobení se novému prostředí, dochází k zásadním změnám v krevním oběhu, dýchání, příjmu potravy a další (Klíma, 2016).

Novorozence lze klasifikovat dle délky těhotenství, dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku a dle zralosti (Fendrychová, 2007). Fyziologický novorozenec je takový novorozenec, který se narodil mezi 38.–42. týdnem těhotenství, jeho porodní hmotnost je v rozmezí 2500–4500 g a jeho délka je v rozmezí 48-52 cm (Stožický et al., 2016).

Na získávání potravy je zaměřena veškerá tělesná aktivita novorozence, která spočívá v křiku při pocitu hladu a takzvaném hledacím reflexu, kdy dítě otáčí hlavu za teplými předměty ve snaze najít matčinu bradavku. Novorozenec má vyvinuty sací, polykací, kašlací a jiné základní reflexy (Stožický et al., 2016).

Emočně nejvýznamnější je pro novorozence kožní kontakt, který je mimo jiné spojen se sociální stimulací, když jej matka zvedá a chová. Matka je velice významným objektem pro novorozence (Zacharová, 2011). Pro vytvoření silné a pevné sociální vazby mezi matkou a dítětem jsou nejdůležitější první hodiny po porodu. Z tohoto důvodu je bezprostředně po porodu novorozené dítě položeno na prsa matky. Avšak vztah matky k dítěti může být negativně ovlivněn situací matky během těhotenství, velikostí obtíží během těhotenství i samotným porodem. I přesto má většina matek ke svým novorozeným dětem kladný vztah a stávají se jejich dominantní osobou, na kterou se i v budoucnosti obrací, kdykoliv potřebuje lásku nebo pomoc (Stožický et al., 2016).

1.1.4.3 Kojenecké období

Kojenecké období probíhá do 1 roku života a je obdobím nejintenzivnějšího růstu a nejbouřlivějšího psychomotorického vývoje. Na tělesný růst dítě spotřebuje až jednu třetinu energie přijaté potravou. Kojenec mezi 5. a 6. měsícem zdvojnásobí svoji porodní hmotnost a do konce 1. roku života svoji porodní hmotnost dokonce ztrojnásobí. Tělesná délka v kojeneckém období vzroste o 50 %, tedy přibližně o 25 cm. Zvětšují se i další rozměry – například obvod hlavy se z 34 cm, který byl u novorozence, zvětší u 6 měsíčního kojence na 43 cm a v roce má kojeneček obvod

hlavičky 46-48 cm. Obvykle se mezi 6. a 10. měsícem začínají prořezávat řezáky mléčného chrupu (Klíma, 2016).

V prvních týdnech života komunikuje dítě s jeho okolím prostřednictvím pláče. Tím dává najevo, že má hlad, mokrou plenku, strach nebo je unavené. Doba pláče ve druhém a třetím měsíci stoupá spolu se zkracováním délky spánku (viz Příloha 3). Po 3 měsících věku dítěte pláče ubývá a dítě se učí reagovat úsměvem, dotykem nebo dumláním (Lebl, 2011).

Jemnou motoriku v 1. roce života lze nejlépe pozorovat na vývoji úchopu. Ve 3-4 měsících dítě uchopuje předměty celou dlaní, palec se zapojuje do uchopování kolem 5. měsíce věku. Opozici palce při úchopu větších předmětů dítě používá kolem 7. měsíce, ale pro uchopování drobných předmětů využívá klešťový úchop (Lebl, 2011).

Pro objevování okolí má zásadní význam hrubá motorika (Lebl, 2011). Ve 3 měsících zaujímá polohu na zádech a zvedá při tom končetiny a v poloze na břiše drží vztyčenou hlavičku, na chvíli dokáže zvednout i hrudník nad podložku. V 6. měsíci se pak dítě dovede samo přetočit z polohy na zádech na břicho a také naopak. Dokáže se přitáhnout i do sedu, ale ten je nestabilní, nejistý. Jistý sed má dítě mezi 8. a 10. měsícem. V tomto období umí lézt po čtyřech, rychle se pohybuje po prostoru a pokouší se stát u opory. V 1 roce stojí, pokouší se o chůzi za ruku, první samostatné kroky zvládá do 14. měsíce (Klíma, 2016). Probíhá takzvaný kefalokoudální vývoj. (Velemínský, 2009).

Co se týče socializace a citového vývoje dítěte, tak ve 3. měsíci se dítě směje na matku a je-li v tělesné pohodě, usmívá se i na další osoby. Avšak v 6. měsíci začíná rozlišovat osoby ve svém okolí, kterým ještě důvěřuje. V 8. měsíci pozná matku či jiné blízké osoby, které o něj pečují, a na ostatní reaguje negativně. V 1 roce života dítě rozlišuje a zkoumá jednotlivé osoby ve svém okolí a používá první smysluplná slova (Klíma, 2016).

Nezbytnou součástí péče o kojence je péče o jeho bezpečnost, především pak bezpečnost v automobilech. Kojenec musí sedět v dětské sedačce a měl by být připevněn bezpečnostními pásy. Dále je důležité věnovat pozornost předcházení pádů. Nikdy nenecháváme kojence na otevřené ploše bez dozoru. Kojenci, který již leze, bráníme v přístupu ke schodištím, k těžkému a nestabilnímu nábytku. A z okolí dítěte odstraníme předměty, které mu jsou na dosah a kterými by si mohl ublížit. Dále je nutné dítěti vybírat takové hračky, které jsou bezpečné a přiměřené jeho věku (Leifer, 2004).

V tomto vývojovém období se nejčastěji vyskytují onemocnění infekční, především onemocnění dýchacích a močových cest. To je dáno nezralostí imunitního systému a vnímavostí organismu. Dále se v kojeneckém věku vyskytují často infekční průjemy, malabsorpční syndromy, vrozené vývojové vady a také přibývá úrazů, především pádů z výšky a u starších kojenců pak spáleniny, opařeniny a nebezpečí aspirace drobných předmětů (Klíma, 2016).

1.1.4.4 Batolecí období

Batolecí období navazuje na kojenecké období a končí 3. rokem života. Toto období dělíme na mladší a starší batolecí věk. Mladší batolecí věk je do 2 let a starší do 3 let. V batolecím období je růst dítěte pozvolnější. Převažuje spíše psychický vývoj nad vývojem motorickým. Dítě vyrostne o 12-15 cm za rok a mění se poměry délky trupu a končetin, neboť končetiny rostou rychleji (Klíma, 2016). Batolata jsou již schopna pohybovat se vlastními silami a nejsou již tolik závislá na osobě, která o ně pečuje. Před dítětem stojí několik úkolů. Musí se naučit samostatně jíst a oblékat, nacvičovat vyměšování, naučit se mluvit a zkoumat své okolí (Leifer, 2004). Dítě si začíná uvědomovat sebe sama, a to přináší s sebou i výchovné problémy. Na jedné straně nesmí rodiče bránit dítěti v jeho autonomii, ale na druhé straně musí určit hranice tak, aby ochránili své dítě před riziky, zejména úrazy. Dále začíná dítě vnímat bolest i radost druhých osob a utváří se u něj základ empatie. To vše je výsledkem zrání mozku, dokončování myelinizace a všechny vrstvy mozkové kůry dosahují synchronního stavu zrání. Toto vše je předpokladem pro nácvik udržování čistoty po 18. měsíci věku dítěte (Mojžíšová, 2008).

V 18 měsících batole dokáže stavět kostky do věže, navlékat kroužky na tyčku, vkládat věci do nádob, jíst samo lžičkou, pít z hrnečku a držet tužku v pěsti. Ve dvou letech si dovede oblékat ponožky a navlékat korálky. A ve 3 letech si umí zapnout a rozepnout knoflík, jíst samo lžičkou, aniž by se umazalo a pít bez polítek. Dále umí držet tužku již v prstech (Klíma, 2016).

Dominantním znakem batolete je pohyb. V 18. měsíci již chodí jistě, stabilněji, dokáže se sehnout pro věc na zem a neupadnout při tom, umí vylézt na židli nebo na schod. Ve dvou letech chodí samo do schodů jednonož, ze schodů s přidržením a dokáže si stoupnout na špičky. Mezi 2. a 3. rokem při chůzi do schodů střídá nohy, při běhu se již objevuje letová chůze, obě končetiny jsou na chvíli nad podložkou (Klíma, 2016).

Od 6. měsíce začíná dítě žvatlat a opakovat slabiky. V 1 roce už používá první smysluplná slova. V 1. roce zná přibližně 10 slov, v 18 měsících již 20-50 slov. Je nutné dítě stimulovat a podněcovat ho k mluvení. Porozumění řeči se vyvíjí rychleji než samotné mluvení. Dítě prvním slovům rozumí již kolem 9. měsíce, v 1. roce pak rozumí až 100 slovům. Po 18 měsíci se u dítěte rozvíjí rychle pasivní i aktivní slovní zásoba a koncem 2. roku je schopno dítě dávat slova do vět, které jsou obvykle dvouslovné a obsahují podmět a sloveso. Batole zná své jméno a je schopno pojmenovat některé části svého těla. Začíná klást otázky „proč“ a „co“ a začíná si uvědomovat čas a také ho v řeči používá (Mojžíšová, 2008).

V 18. měsíci dítě napodobuje zvířata, rozumí zákazu, uvědomuje si potřebu vyprazdňování, hraje si mezi dětmi, respektive vedle dětí, protože hra v tomto období nemá ještě prvky spolupráce. Ke konci batolivého období udržuje čistotu i v noci a začíná si hrát spolu s dětmi (Klíma, 2016).

Jelikož je pro batolecí období dominantní činností pohyb, je nutné dbát zvýšené pozornosti na bezpečí, neboť je zde velké riziko úrazů. Vedle úrazů je také velké nebezpečí otrav, jelikož batole strká do úst vše, co najde. V batolecím věku jsou častá onemocnění dýchacích cest, zejména pak horních dýchacích cest, která souvisejí s přenášením chorob v dětském kolektivu, křehkou sliznicí a nedostatečnou imunologickou výbavou (Klíma, 2016).

1.1.4.5 Předškolní věk

Předškolní věk začíná ukončením batolivého období, tedy po 3. roce života a končí v 6 letech, v době obvyklého nástupu povinné školní docházky. V tomto období je pro dítě charakteristický překotný vývoj řeči a chápání abstraktních pojmů. Dítě si začíná postupně uvědomovat svoje já, dochází k vytváření vztahů nejen v rodině, ale i mezi vrstevníky (Klíma, 2016).

Dítě v předškolním věku roste stabilně, pravidelně bez větších výkyvů. Průměrné 6leté dítě váží kolem 20-25 kg a jeho výška dosahuje cca 120 cm (Klíma, 2016). Mezi 5. a 6. rokem se začínají prořezávat stálé zuby. Jako první se začíná prořezávat stálá stolička hned za dočasnými stoličkami. Proto se rodiče často domnívají, že se jedná ještě o mléčný zub (Gregora, 2007).

Ve vývoji předškoláka převažují psychické a socializační změny (Klíma, 2016). Freud toto období nazývá obdobím oidipovským, neboť u dítěte v tomto období dominuje vazba na rodiče opačného pohlaví (Mojžíšová, 2010). V tomto období si dítě

hraje s ostatními dětmi v kooperaci, což je základním předpokladem pro návštěvy v mateřské školce. Vstup do mateřské školky znamená pro dítě velký krok k samostatnosti. U předškolních dětí se začínají vyskytovat projevy žárlivosti. Žárlivost je normální reakce nejen dítěte, ale i dospělého na skutečnou, předpokládanou nebo hrozící ztrátu náklonosti (Leifer, 2004).

V předškolním věku je opět velké riziko úrazů. K nim dochází zejména při soutěživých hrách a začínají se vyskytovat úrazy dopravní, hlavně tedy na kole. Dále se v tomto období často vyskytují infekce dýchacích cest a objevují se nádory. Nejčastěji se vyskytují akutní leukémie (Klíma, 2016).

1.1.4.6 Školní věk

Školní věk trvá od 6 do 15 let, začíná nástupem do školy a zahrnuje období základní školní docházky. Nástup do školy znamená pro dítě závažnou změnu v životě. Mění se jeho denní režim, prostředí, ve kterém tráví velkou část dne, i míra a druh zátěže. Školní věk se dělí na mladší a starší školní věk (Klíma, 2016).

Růst je pomalý až do 12 let, kdy začíná druhá akcelerace růstu a nastupuje puberta (Velemínský, 2009). Váhový přírůstek je rychlejší než výškový. Za každý rok dítě přibere 2,5-3,2 kg a jeho výška se mění o 5,5 cm. Tělo je pružné a někdy roste kostra rychleji než svalstvo a vazivo, proto některé děti bývají vytáhlé. Hodnoty životních funkcí jsou u školáka téměř totožné s dospělým jedincem (Leifer, 2004).

Šestileté děti jsou aktivní, překypují energií, rychle se unavují, proto je nutné jejich aktivitě stanovit meze. Rády zkusí nové věci, ale ne vždy je dokončí, jelikož rozsah pozornosti je u šestiletého dítěte stále malý. Mezi nejzřetelnější fyzické změny patří ztráta mléčného chrupu. Chlapci a děvčata si hrají společně, ale začínají preferovat spoluhráče stejného pohlaví (Leifer, 2004).

Sedmileté dítě je oproti šestiletému klidnější, kladou si vysoké cíle a kladou je i na rodinu. Druháci se zamilovávají již do spolužáků. Mají rádi realistické hračky, stávají se samostatnějšími. Jsou zručnější a vědí, že peníze mají nějakou hodnotu (Leifer, 2004).

Osmileté dítě si rádo hraje v kolektivu, ale dává přednost kolektivu svého pohlaví. Rádo soutěží ve sportovních disciplínách. Většinou se chtějí stát svým oblíbeným hrdinou (Leifer, 2004).

Devítileté dítě je odpovědnější, spolehlivější, dokáže věci dodělat do konce. Začíná chápat složitější matematické úkoly. Desítileté dítě se ocitá v preadolescentním období. Dívky bývají vyspělejší než chlapci. Touží po samostatnosti a ve zvýšené míře jim

záleží na tom, jak vypadají. Jedenáctiletí a dvanáctiletí jsou vypjatí, vševědoucí, zkoumaví, energičtí. Toto období je obdobím desorganizace. Puberta u některých dětí nastupuje dříve, avšak nástup fyzické vyspělosti je velice individuální (Leifer, 2004).

Pro děti staršího školního věku je charakteristický nárůst duševní kapacity, schopnost přijímat nové poznatky, učit se a vzdělávat. Děti se snaží osamostatňovat, samostatně se rozhodovat. Jeho hlavním úkolem je vzdělávání (Klíma, 2016).

První známkou dospívání chlapců je zvětšování varlat, dále dochází ke zvětšování skrota a penisu, vývoji pubického ochlupení a dochází k mutaci hlasu. V průběhu celé puberty chlapcům narůstá objem svalové hmoty (Mojžíšová, 2008).

U dívek je výrazným projevem růst prsů a vyvíjí se pubické ochlupení. Kolem 13. roku se u dívek objevuje menarche. Pokračuje růst pánve a žensky se utváří. Jak u chlapců, tak i dívek je v období puberty takzvaný růstový výšvih, kdy je výškový přírůstek až 12 cm za rok. Růst se v případě dívek ukončuje kolem 15. roku, u chlapců o něco později a to mezi 17. a 18. rokem života (Mojžíšová, 2008).

Jako každý věk, tak i školní má svá zdravotní rizika. Ačkoli je úmrtnost školních dětí statisticky nejnižší, přetrvávají rizika úrazu, zejména pak dopravních a sportovních. Dalším rizikem jsou nádory, neurózy v období pohlavního zrání a také vadné držení těla (Klíma, 2016).

1.1.4.7 Adolescent

Vágnerová (2012) charakterizuje období adolescence jako období přechodu mezi dětstvím a dospělostí. V tomto období lidského života dochází ke komplexní proměně osobnosti. Dochází k proměně v oblasti somatické, psychické i sociální. Adolescence představuje specifické životní období, které má své typické znaky v rámci životního cyklu. Dospívání je etapou hledání a přehodnocování, v které má adolescent zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit si vlastní formu identity. Leifer (2004) adolescenci hodnotí jako fázi lidského života, kdy dochází k formování vlastní identity jedince, separaci od rodiny, počátkům intimních vztahů a volbu povolání pro zajištění ekonomické nezávislosti na rodičích. Dle Klímy (2016) počíná toto období u dívek první menstruací a u chlapců s prvním výronem semene. Leifer (2004) vymezuje období adolescence od objevení se prvních sekundárních pohlavních znaků do ukončení růstu a citovou zralostí. Období adolescence končí legislativně 18. rokem života. Avšak biologické zákony tuto věkovou hranici

nerespektují. Plné duševní a tělesné dospělosti dosahují jedinci ve střední Evropě, tedy i v České republice až kolem 20. či až 22. roku života (Klíma, 2016).

Vzhledem k vývoji společnosti je zranitelnost adolescentů mnohem větší a častější. Rizika, která ohrožují dospívajícího jedince, se souhrnně označují jako syndrom rizikového chování dospívajících. Rizikové chování je takové chování, které může ohrozit prospěch, zdraví, ale i celý další život jedince. Jedná se o celou řadu možných nebezpečí, například tomu jsou drogy, poruchy chování, sexuálně přenosná onemocnění, psychosomatická onemocnění, suicidální pokusy, úrazy a další (Velemínský, 2017).

1.2 Obsah preventivní péče v primárních zařízeních dětského lékaře a úloha dětské sestry při její realizaci

Preventivní péče v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost tvoří důležitou část náplně práce dětského lékaře. Prevencí se rozumí předcházení nemocem a dlouhodobé sledování zdravotního stavu dítěte (Cabrnachová et al., 2009).

Primární prevence je zaměřená na podporu zdraví dítěte a prevenci chorob. Největší důraz v primární prevenci je kladen na podporu normálního růstu a vývoje dítěte. Včasnou detekcí rizik se předchází vážným komplikacím (Sikorová, 2012). Primární prevence vytváří základ pro zdravý způsob života, chrání životní prostředí a v neposlední řadě zajišťuje biologické a sociální potřeby každého jedince. V péči o dítě a dospívajícího to znamená ochranu v kritických okamžicích života, mezi které patří například porod, poporodní adaptace, růst a vývoj dítěte v prvních letech života, vhodná výživa, očkování, optimalizace prostředí v kolektivních zařízeních, ochrana při volbě povolání a hledání místa ve společnosti. Důležitá je také prevence dětských úrazů, zejména zajištění bezpečného domácího prostředí, veřejných prostranství, dětských hřišť a prostředí pro školní, ale také i mimoškolní aktivity dětí (Klíma, 2016).

Sekundární prevence spočívá ve včasném odhalení choroby či odchylky ve zdravotním stavu dítěte (Klíma, 2016), či zachycení sociálního problému již v asymptomatické fázi nebo odhalení již začínajícího onemocnění (Kukla, 2016). Hlavním smyslem je tedy co nejčasněji zahájit intenzivní léčbu a zabránit tak rozvinutí komplikací a postižení, aby došlo co nejdříve k návratu plného zdraví (Klíma, 2016). Metodami sekundární prevence jsou samovyšetřování, preventivní prohlídky a screening. Screening spočívá ve včasném záchytu závažných onemocnění a poruch,

kteře se mohou hned od počátku léčit, a zajistit tak možnost přiměřeně kvalitního života (Kukla, 2016).

Terciární prevence je zaměřena na pacienty v rozvinutém stádiu onemocnění. Jejím úkolem je redukovat počet a důsledek komplikací u dlouhodobých nemocí a poruch zdraví. Náplní terciární prevence je léčba a rehabilitace se snahou navrátit pacientův stav do doby před vypuknutím nemoci či poruchy. Patří sem tedy snaha o reintegraci a udržení kvality života dítěte (Kukla, 2016).

1.2.1 Preventivní prohlídky

Těžiště činností primární péče v pediatrii spočívá v aktivitách praktického lékaře pro děti a dorost a v aktivitách dětské sestry. Stávají se koordinátory péče o dítě zdravé, ale i ohrožené nemocí, rodinným prostředím či prostředím ve výchovně vzdělávacích institucích. Nejdůležitější význam má prevence nemocí, včasná diagnostika, následně včasná a intenzivní léčba a ošetřování nemocí, poruch a stavů, popřípadě rehabilitace, jako prevence následků nemocí (Sikorová, 2012).

Mezinárodní zkušenosti ukazují, že zdravotní péče má podíl na zdraví obyvatel pouze z 20 %. Zbývající procenta zaujímají faktory, které působí na jedince v jejich běžném životě. A právě ty jsou těžištěm péče o zdraví. Proto je nutné posílit zdravotní výchovu, ochranu a podporu zdraví, prevenci nemocí a motivovat jedince k péči a odpovědnosti za své zdraví (Zdraví 2020, 2014).

Sestra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost provází dítě od narození až do dospělosti, tedy do ukončeného 18. roku života. Její práce má značný význam v edukaci rodičů i dětí samotných jak ve zdraví, tak i nemoci. Pomáhá rodičům a dětem osvojit si správné stravovací návyky, pohybovou aktivitu a zdravý životní rytmus jako prevenci civilizačních chorob a jako prevenci proti stresovým situacím (Vincentová, 2007).

1.2.1.1 Preventivní prohlídky v jednotlivých obdobích dětského věku

Na základě metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví České republiky přebírá péči o novorozence propuštěného z porodnice takzvaný registrující praktický lékař pro děti a dorost, a to zpravidla do 48 hodin od propuštění. Rodiče mají možnost si lékaře pro svoje dítě zvolit (Cabrnová et al., 2009). Lékař dá rodičům vyplnit Registrační lístek, kterým je dítě přihlášeno k danému lékaři. Rodiče musí své dítě zaregistrovat hned dva krát, jednou u praktického lékaře pro děti a dorost a podruhé

u zdravotní pojišťovny. K registraci dítěte na pojišťovně je zapotřebí mít rodný list dítěte, který si rodiče vyzvednou na matrice (Olchava, 2007).

Dítě po propuštění z nemocnice je poprvé praktickým lékařem pro děti a dorost prohlédnuto právě při převzetí do registrace (Cabrnchová et al., 2009). Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, legislativně upravuje obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek dětí. Dítě je poprvé u svého dětského lékaře ošetřeno při registraci, dále pak ve 14 dnech, 6 týdnech, ve 3, ve 4 a v 6 měsících, dále pak v 8 a 10 měsících a v jednom roce. Tedy do jednoho roku věku dítěte celkem absolvuje 9 preventivních prohlídek. Dále následuje prohlídka v 18 měsících, následně ve 3 letech a poté každé 2 roky. Tedy v 5,7,9,11,13,15,17 a naposledy v 19 letech před ukončením registrace u praktického lékaře pro děti a dorost (Cabrnchová et al., 2009).

Obsahem preventivních prohlídek dětí od narození do 18 měsíců věku dítěte je dle Vyhlášky č. 70/2012 Sb. založení zdravotnické dokumentace, zjištění anamnézy, zdravotního stavu dítěte, kontrola očkování, fyzikální vyšetření, jehož součástí je zjištění hmotnosti, délky dítěte obvodu hlavy a zhodnocení naměřených parametrů dle růstových grafů, dále interní vyšetření, vyšetření psychomotorického vývoje, diagnostická rozvaha a závěr a poučení rodiče dle specifík pro daný věk.

První preventivní prohlídka dítěte u praktického lékaře pro děti a dorost, jak již bylo zmíněno, probíhá zpravidla po propuštění z nemocnice do 2 dnů. Vyšetření spočívá v posouzení rodinné anamnézy, osobní a těhotenské anamnézy matky, prenatální, perinatální a postnatální anamnéza a zhodnocení lékařské zprávy o novorozenci, celkového stavu dítěte, vyšetření kůže, svalstva a kostry, hlavy, břicha, včetně pupeční jizvy, vyšetření třísel, genitálu, končetin, vyšetření deformit a hybnosti v kyčelních kloubech, vyšetření psychomotorického vývoje včetně novorozeneckých reflexů. Dále je nutné ověřit, zda bylo provedeno preventivní vyšetření sluchu, preventivní podání vitamínu K. Prohlídka obsahuje také poučení o preventivním podávání vitamínu D, poučení o péči o novorozence, o kojení, popřípadě o umělé výživě a kontrolu dotazníku k definici rizika tuberkulózy. V neposlední řadě je nezbytné posoudit sociální prostředí dítěte (Vyhláška č. 70/2012 Sb.). Důležitou roli zde hraje sestra, která by měla rodiče edukovat v oblasti péče o hygienu dítěte, oblékání, výživu, ať už v oblasti kojení či umělé výživy, podávání léků, zejména tedy vitamínu D. Další velmi důležitou oblastí edukace je prevence úrazů. Sestra by měla edukovat rodiče o prevenci pádu z přebalovacích ploch, o bezpečnosti postýlek, o riziku vzniku

popálenin při koupání a nikdy nenechávat dítě samotné v koupeli bez dozoru, o bezpečnosti dítěte v autosedačce, kočárku a další (Sedlářová, 2008).

Preventivní prohlídka ve 14 dnech věku dítěte obsahuje znovu posouzení celkového stavu dítěte, vyšetření kůže, svalstva a kostry, hlavy, břicha, včetně pupeční jizvy, vyšetření třísel, genitálu, končetin, deformity a hybnosti v kyčelních kloubech, vyšetření psychomotorického vývoje včetně novorozeneckých reflexů a k tomu se přidává poučení rodiče a doporučení ortopedického vyšetření kyčlí ve věku mezi 3. až 6. týdnem. U dětí v 6 týdnech věku se kromě vyšetření uvedených výše v odstavci se kontroluje výsledek ortopedického vyšetření, preventivní podávání vitamínu D, očkování a plánuje se očkování další. Ve 3 měsících věku dítěte je obsah preventivní prohlídky obdobný jako v 6 týdnech. Ve 4 a 5 měsíci věku se přidává vyšetření varlat u chlapců a poučení o výživě dítěte. V 6 měsících se přidává kontrola chrupu a poučení rodičů o nutnosti registrace dítěte u zubního lékaře a zapojení dítěte do pravidelných zubních prohlídek. V 8 měsících se mimo jiné orientačně vyšetřuje zrak a sluch. Ve 12 měsících se zhodnocují základní antropometrické ukazatelé, velikost velké fontanely, vyšetřuje se zrak a sluch, vývoj řeči a chrupu, poučení o hygieně dutiny ústní a nutnosti preventivních prohlídek u zubního lékaře, zvažuje se příjem fluoridů, kontrola očkování a doporučení dalšího očkování. V 18 měsících se do preventivních prohlídek mimo jiné zahrnuje vyšetření za účelem včasné diagnostiky poruch autistického spektra (Vyhláška č. 70/2012 Sb.). Poruchy autistického spektra zasahují všechny složky osobnosti jedince. Projevují se kvalitativním poškozením komunikace, sociální interakce a omezeným, opakujícím se okruhem zájmů a aktivit (Kukla et al., 2016). Praktičtí lékaři využívají modifikovaný dotazníkový test pro záchyt poruchy autistického spektra u batolat (viz Příloha 4).

Obsahem preventivní prohlídky dítěte ve 3 letech je rozhovor s rodiči zaměřen na nové anamnestické údaje, kontrolu očkování dítěte, zhodnocení psychomotorického vývoje, jemné a hrubé motoriky, sociálního chování, zda dítě chodí na nočník a jak udržuje čistotu. Zjišťujeme, kterou ruku dítě používá na kreslení, jestli umí rozlišovat barvy, jak mluví a jakou má výslovnost. U chlapců se vyšetřuje stav předkožky, jestli je již volná (Cambroňová et al., 2009). Součástí preventivní prohlídky je také vyšetření genitálu dívek a edukace zaměřená na správnou hygienu. Dále je obsahem vyšetření zraku, sluchu, krevního tlaku, pulzu, moči a v neposlední řadě poučení dítěte i rodiče ohledně úrazové prevence (Vyhláška č. 70/2012 Sb.). Ve třech letech zpravidla

nastupují děti do kolektivního zařízení, proto je podmínkou dobrý zdravotní stav, dokončené základní očkování a zvládnání osobní hygieny (Cabrnchová et al., 2009).

V 5 letech je preventivní prohlídka obdobná jako ve 3 letech plus se zaměřením na posouzení psychomotorického vývoje k předběžnému posouzení školní zralosti, kontrola hygienických návyků se zaměřením na pomočování, odhalení případné podvýživy, nadváhy či obezity (Vyhláška č. 70/2012 Sb.).

Obsahem preventivních prohlídek dětí ve věku 7, 9, 11 a 13 let věku je rozhovor s rodičem zaměřený na nové anamnestické údaje, kompletní fyzikální vyšetření, vyšetření moči, krevního tlaku pulzu, cholesterolu, vyšetření zraku, barvocitu, řeči a hlasu, dutiny ústní, zhodnocení psychosociálního vývoje a motorických dovedností. U 13letých je pak rozhovor také směřován k pracovnímu a studijnímu zaměření (Vyhláška č. 70/2012 Sb.)

Preventivní prohlídky ve věku 15, 17 let jsou obdobné jako v předchozích letech, navíc je zaměřena na poučení dospívajících o chráněném sexu, u dívek pak dle anamnézy doporučení na gynekologické vyšetření a vyjádření k pracovnímu, popřípadě studijnímu zaměření (Vyhláška č. 70/2012 Sb.).

Poslední preventivní prohlídka u dětí se provádí nejpozději před dnem dovršení 19 let věku. Jejím obsahem je zhodnocení zdravotního stavu jako v předchozích letech a k tomu závěrečné posouzení zdravotního stavu před ukončením péče (Vyhláška č. 70/2012 Sb.).

1.2.1.2 Úloha sestry při preventivních prohlídkách

V primární péči se o dětské pacienty stará dětský lékař ve spolupráci se sestrou. Sestra by měla dokonale znát rozdělení dětského věku, jelikož každé období má svoji charakteristiku a vývoj. Sestra má v rámci prevence nezastupitelné místo v navázání důvěry u dítěte. Zbavuje ho strachu a obavy z vyšetření tím, že mu srozumitelně vysvětlí postup vyšetření. Od narození do 18 měsíce věku se soustřeďuje na růst, vývoj v oblasti motoriky, smyslového rozvoje a rozvoje řeči. U dítěte vždy posuzuje hmotnost, výšku, obvod hlavy i hrudníku velkou fontanelu, barvu a stav pokožky, celkový vzhled a vše zaznamenává do dokumentace. Ochotně informuje rodiče o ošetřování dítěte, kojení a výživy. Již při prořezání prvních zubů u dítěte sestra edukuje matku o technice čištění zubů dětskou zubní pastou a měkkým zubním kartáčkem. Součástí preventivních prohlídek je orientační vyšetření moči diagnostickým proužkem a v závislosti na věku dítěte měření krevního tlaku a pulzu (Vincentová,

2007). Důležitou součástí je evidence očkování a zvaní dětí ve správných intervalech. Sestra vždy poučí matku o očkovací látce a možných nežádoucích účincích. Vše zaznamenává do dokumentace a do očkovacího průkazu. Dále sestra dbá o to, aby zvala děti na pravidelné preventivní prohlídky a také na dispenzární prohlídky (Vejrostová, 2006). V neposlední řadě má důležitou roli v edukaci ohledně úrazové prevence dle jednotlivých věkových specifik, prevenci patologického chování a v dalších oblastech, které ovlivňují zdravý vývoj dítěte a dospívajícího.

1.2.1.3 Návštěvní služba

Podle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, je doporučováno provést první návštěvu novorozence po propuštění z nemocnice do 2 dnů v jeho přirozeném sociálním prostředí. Avšak velmi často první návštěva probíhá mimo vlastní sociální prostředí v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost (Schönbauerová, Boledovičová, 2015)

Návštěva novorozence v jeho vlastním sociálním prostředí po propuštění z porodnice je prvním setkáním sestry s matkou a dítětem (Vejrostová, 2006). Sestra během návštěvy hodnotí sociální úroveň rodiny, celkový stav dítěte a adaptaci novorozence na prostředí (Vincentová, 2007). Všimá si celkového stavu domácnosti, zda má dítě svoji postýlku a jakým způsobem jsou zajištěny jeho potřeby. Dále provede fyzikální vyšetření, poučí matku, jak správně pečovat o novorozence, jak pečovat o jeho kůži, kontrolovat a pečovat o hojení pupečníku. Matce dítěte ukáže, jak správně s dítětem manipulovat, jak ho přebalovat, koupat, přenášet. Sestra zjistí, zda matka kojí či nikoliv. Je-li dítě kojeno, sestra znovu matku poučí o zásadách správného kojení a jeho technikách (Vejrostová, 2006), zkontroluje přikládání k prsu, správnou techniku a přichycení dítěte, poučí matku o frekvenci močení a charakteru stoliček (Vincentová, 2007). Sestra zdůrazní kojícím matkám nezbytnost pravidelného a zdravého stravování a dodržování pitného režimu. Dále maminku poučí, kdy může jít s dítětem na první procházku a pozve ji do poradny k dětskému lékaři (Vejrostová, 2006).

Návštěva sestry v domácím prostředí dítěte a efektivní komunikace jsou základním prvkem k navázání důvěrného a přátelského vztahu a vede ke vzájemné spolupráci v péči o dítě (Vincentová, 2007). Návštěvní služby v domácnostech podporují matky a vytváří pocit bezpečí a jistoty ve zvládnutí mateřské role. Přestože mají matky velké množství informací ať už prostřednictvím internetu či jiných zdrojů, potřebují někoho,

kdo by je vedl a pomáhal jim při řešení problémů (Schönbauerová, Boledovičová, 2015).

1.2.2 Očkování v dětském věku

Očkování se řadí mezi primární prevenci a je její neodmyslitelnou složkou. V České republice má očkování dlouholetou tradici. Československo bylo prvním státem na světě, kde již v roce 1960 po zavedení celoplošného očkování došlo k vymizení přenosné dětské obrny. Patřilo i mezi průkopnické státy v zavedení celoplošného očkování například proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám, záškrtu, dávivému kašli (Čeledová, Čevela, 2010).

Očkování stimuluje imunitní systém a přispívá tak k tvorbě specifických protilátek v organismu (Klíma, 2016). Objevení prvních očkovacích látek se datuje již před 200 lety (Chlíbek, 2012). Očkování představuje významný prvek preventivní pediatrie (Klíma, 2016) a je jednou z nejúspěšnějších a ekonomicky nejméně náročných metod, jak ovlivnit zdraví nejen jedince, ale i celé populace (Chlíbek, 2012).

Principem očkování je podání usmrceného, oslabeného či jinak modifikovaného vyvolavatele choroby do organismu. Cílem očkování je schopnost imunitního systému vypořádat se při setkání s neoslabeným vyvolavatelem onemocnění tím způsobem, že se nemoc buď vůbec neprojeví, nebo bude její průběh lehký a nekomplikovaný (Klíma, 2016). Avšak podaří-li se v lidské populaci dosáhnout vysokého proočkování, dojde k přerušení šíření onemocnění mezi očkovanými a tím se i výrazně snižuje riziko přenosu onemocnění na neproočkované jedince. Tento stav pak nazýváme jako kolektivní imunita (Chlíbek, 2012).

Při očkování je nezbytné dodržovat několik zásad. Dítě lze očkovat pouze bez známek akutního infektu, dále je nezbytné dodržovat intervaly mezi jednotlivými vakcinacemi, přísně dodržovat uchovávání a přepravu očkovacích látek, při aplikaci látky dodržovat předepsanou techniku aplikace výrobcem vakcíny, respektovat epidemiologickou situaci rodiny, neočkovat děti léčené imunosupresivy, kortikosteroidy, radioterapií (Klíma, 2016).

Očkování proti infekčním nemocem je v České republice upraveno očkovacím kalendářem, který je dán Vyhláškou ministerstva zdravotnictví č. 537/2016 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů.

V rámci preventivní péče se sestra podílí na nepovinném a povinném očkování dětí, a to v oblasti organizace, vlastní aplikace očkovací látky, dokumentace, edukace

rodičů. Sestra musí dodržovat všechny zásady správného očkování, očkovací postupy, musí znát možné komplikace očkování. Neméně důležitá je evidence očkování a zvaní dětí ve správných intervalech. Vše zaznamenává do dokumentace a očkovacího průkazu dítěte. Se samotným očkováním souvisí i péče o očkovací látky, jejich správné uložení a objednávání (Machová, Suchanová, 2013).

1.2.2.1 Povinná očkování v dětském věku

V prvním roce života mezi povinná očkování řadíme očkování proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli, haemophilu influenze B, dětské obrně a hepatitidě B, jedná se o takzvanou hexavakcínu. Očkovací látkou je například Infanrix hexa. První dávka se aplikuje po započetí 9. týdne věku dítěte, druhá dávka se aplikuje za měsíc po první dávce a třetí dávka opět za měsíc po druhé dávce. Čtvrtá dávka vakcíny Infanrix hexa se přeočkovává nejpozději před dovršením 18. měsíce, avšak po 6. měsíci po aplikaci třetí dávky (Klíma, 2016).

Ve druhém roce života je povinným očkováním hrazeným ze zdravotního pojištění očkování proti spalničkám, zarděnkám, příušnicím. Očkovací látkou je Priorix. Avšak na přání rodičů lze aplikovat očkovací látku Priorix tetra, která ovšem není hrazena ze zdravotního pojištění, ale navíc obsahuje látku proti planým neštovicím. Vakcinace touto látkou se zahajuje od 1. dne 15. měsíce věku a přeočkování je za 6-10 měsíců. Je to kombinovaná živá vakcína, která se aplikuje injekčně do podkoží dítěte (Olchava, 2007).

V pátém roce se přeočkovává záškrut, tetanus a dávivý kašel látkou Boostrix. Následně v desátém roce života se přeočkovává Boostrix polio, očkovací látka proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli, poliomyelitidě. Ve dvanáctém roce se přeočkovává proti hepatitidě B u dětí, které nebyly v kojeneckém období očkovány hexavakcínou. Ve čtrnácti letech se přeočkovává tetanus u dětí, které nebyly v deseti letech očkovány Boostrixem. Ostatní děti se tetanem přeočkovávají každých 10-15 let (Klíma, 2016).

1.2.2.2 Nepovinná očkování v dětském věku

Mimo povinné očkování je možné individuální očkování proti řadě přenosných onemocnění. Očkuje se jednak proti běžným onemocněním, ale také proti exotickým chorobám, například před cestou do subtropů či tropů nebo do rizikové oblasti (Klíma, 2016). Mezi nepovinná očkování v dětském věku se řadí očkování proti rotavirovým nákazám. Příznaky těchto infekcí jsou průjemy, teploty a zvracení a jsou charakteristické

zejména pro kojence (Velemínský, 2015). Očkovací látkou je Rotarix, Rotateq, která se aplikuje dítěti od 6. týdne věku celkem ve 3 dávkách vždy měsíc po předchozí dávce (Česká vakcinologická společnost ČLS JEP, 2014).

Plošné očkování proti tuberkulóze bylo zrušeno a indikace k tomuto očkování nastává tehdy, pokud jeden nebo oba z rodičů dítěte či jiný člen domácnosti, ve kterém dítě žije, měl nebo má aktivní tuberkulózu, nebo dítě bylo v kontaktu s nemocným s tuberkulózou či se dítě nebo jiný člen domácnosti narodil nebo souvisle pobýval déle jak 3 měsíce ve státě s vyšším výskytem tuberkulózy (Kukla et al., 2016). Toto očkování provádí kalmetizační centrum zpravidla do 1 měsíce věku dítěte. V tomto případě, je-li dítě kalmetizováno, se odsouvá termín aplikace první dávky hexavakcíny na 13. týden věku dítěte, ale musí být již zhojena jizva po vakcinaci BCG (Klíma, 2016). BCG vakcína je živá vakcína proti tuberkulóze, která je aplikována dítěti injekčně do kůže od 4. dne po narození (Olchava, 2007).

Dalším nepovinným očkováním je očkování proti infekcím, které jsou vyvolané kmenem pneumokoka-bakterie, která je schopna vyvolat zánět mozkových blan, zánět plic či zánět středního ucha, se očkují očkovací látkou Synflorix, která je sice bezplatná, ale obsahuje protilátky pouze proti 10 kmenům. Očkovací látka Prevenar 13 je hrazena pojišťovnou částečně a rodiče na jednu dávku doplácí 300 Kč, ale obsahuje protilátky proti 13 kmenům. Tyto látky se očkují společně s Hexavakcinou, tedy ve 3, 4, 5, a 12 měsících (Velemínský, 2015).

Další očkování jsou například proti klíšťové encefalitidě, meningokokům, žlutence typu A, chřipce, očkování proti rakovině děložního čípku HPV infekce (Klíma, 2016). Očkování proti HPV infekci není určeno pouze pro ženy. Látka se aplikuje bezplatně dívkám ve věku mezi 13. a 14. rokem. Očkuje se celkem 3x, intervaly jsou měsíc po první dávce a 6 měsíců po dávce druhé (Velemínský, 2015).

1.2.3 Zásady výživy především v kojeneckém období

Důležitou úlohu pro zdravou výživu mají především ženy, neboť právě ony zpravidla významně ovlivňují skladbu stravy celé rodiny a vytvářejí tak stravovací návyky dětí pro jejich budoucí život, a to jak správně, tak i nesprávně. Je velmi důležité, aby si děti osvojily správné stravovací návyky, jelikož tak budou chráněny před zdravotními obtížemi, jakými jsou zubní kaz, obezita, osteoporóza a v neposlední řadě onemocnění kardiovaskulární (Machová et al, 2015). Děti, které jsou v prvních dvou letech života nevhodným způsobem živěny, trpí podvýživou, nedostatkem

mikronutrientů, častěji poruchami růstu, mají vyšší úmrtnost, riziko mentální retardace a hůře se učí. Jelikož má malnutrice zhoubné následky, zejména v časném věku, jsou nutriční intervence cíleny právě na skupinu kojenců a dětí do 2 let (Nevoral et al., 2013).

1.2.3.1 Kojení

Nejpřirozenější výživou kojence je v prvním půlroce kojení. Kojení je jedním ze základních předpokladů zdravého růstu a vývoje, neboť mateřské mléko je pro svoji jedinečnost ve výživě kojence nenahraditelné. Složení mateřského mléka se mění v průběhu celého laktačního období, ale i v průběhu samotného kojení tak, aby co nejlépe naplnilo výživové požadavky kojence (Stožický et al., 2015).

Kojení má celou řadu benefitů jak pro matku, tak zejména pro kojené dítě. Mateřské mléko má optimální složení stravy pro zdravý růst a vývoj dítěte, má také optimální teplotu ve vztahu k potřebám kojence, kojením se vyloučí možnost přenosu infekce, neboť se mléko nemusí nikterak připravovat (Velemínský, 2009). Mateřské mléko je pro kojené lépe stravitelné, díky svému menšímu obsahu soli a bílkovin chrání nezralé ledviny, více cholesterolu v mateřském mléce zajistí dostatečné množství stavebních kamenů pro zdravý růst důležitých tkání a tvorbu hormonů (Hanáková et al., 2017). Avšak vedle nutričního významu má mateřské mléko velmi důležitý význam z hlediska imunologického (Stožický et al. 2015). Epidemiologický výzkum ukazuje, že výživa mateřským mlékem snižuje výskyt a intenzitu průjmových onemocnění, infekcí dolních cest dýchacích, infekcí močových cest, bakteriálních meningitid, zánětů středouší, dále má mateřské mléko dle výzkumných studií protektivní vliv na syndrom náhlého úmrtí dítěte, na frekvenci výskytu a intenzity průběhů alergických onemocnění či chronických chorob gastrointestinálního traktu (Nevoral et al., 2013).

Pro matku má kojení výhody ekonomické, ulehčuje denní režim matky, neboť má mléko u sebe, nemusí ho připravovat a může kojit téměř kdekoliv a kdykoliv. Kojení má benefit i zdravotní a také snižuje riziko vzniku karcinomu prsu (Hájek et al., 2013). V neposlední řadě má kojení významné psychosociální aspekty. Nejenže dochází k navázání pevného citového pouta mezi matkou a dítětem, což je důležité pro psychický a sociální vývoj dítěte, ale zároveň matku citově uspokojuje a naplňuje její mateřskou roli. Intenzita mateřského vztahu k dítěti potencuje v mateřském mléce látky, které významně urychlují zrání centrální nervové soustavy a vývoj funkcí mozku. Výsledky studií prokazují u výhradně kojených dětí rychlejší psychomotorický vývoj

a vyšší intelekt. A bylo rovněž prokázáno, že plně kojené děti jsou méně často týrány (Stožický et al., 2015).

Pochopitelně existují překážky v kojení jak ze strany matky, tak i dítěte. Problémy ze strany matky mohou spočívat ve vpáčených, krátkých a plochých bradavkách, popraskaných a bolestivých bradavkách, retenci mléka v mléčné žláze, bolestivém nalití prsů. Kontraindikací kojení ze strany matky je závažné onemocnění, které by mohlo být kojením dekompenzováno. K takovým onemocněním patří například srdeční selhání, závažné onemocnění ledvin, jater a plic. Vzácněji to jsou pak psychózy a poporodní deprese nebo z infekčních onemocnění pozitivní fáze tuberkulózy (Stožický et al., 2015). Kontraindikací kojení jsou i případy, kdy matka užívá léky, které přecházejí do mateřského mléka a mohou kojenému dítěti škodit (Velemínský, 2009).

K problémům při kojení ze strany dítěte patří špatně se přisávající, pouštějící nebo prs odmítající dítě. Obtížné, někdy dokonce až nemožné je kojení dítěte s rozštěpem patra. Kontraindikací kojení ze strany dítěte mohou být dědičné metabolické poruchy, například galaktosemie (Stožický, et al., 2015).

Chce-li a může-li matka kojit, poučí ji sestra o výhodách kojení, o jeho zásadách a technikách, jak pečovat o bradavky, popřípadě poradí, jak odsávat ručně nebo doporučí odsávačku, následně poučí matku, jak odstříkané mléko uchovávat a jak pečovat o odsávačku, o lahvičky a jiné potřeby, které přichází do styku s mateřským mlékem. Odstříkávané mléko lze uchovávat 24 hodin v lednici a při -18 °C až tři měsíce v mrazničce (Stožický et al., 2015).

1.2.3.2 Náhradní mléčná výživa

V případech, kdy matka nechce nebo nemůže kojit, se výživou novorozence a kojence stává náhradní mléčná výživa, takzvané formule. Náhradní mléčná výživa se připravuje adaptací kravského mléka tak, aby se co nejvíce blížilo složení mateřského mléka (viz Příloha 5). I přesto však neobsahují řadu antiinfekčních, imunologických, hormonálních a růstových faktorů (Dort et al., 2013). S růstem a vývojem kojence se mění jeho nároky na výživu. Mateřské mléko těmto potřebám odpovídá svým proměnlivým složením. Výrobci náhradní mléčné výživy ve snaze reagovat na tyto potřeby vyrábějí tři základní typy mlék, takzvaná mléka počáteční, pokračovací a batolecí (Gregora, Velemínský, 2013).

Počáteční mléka jsou určena pro novorozence a kojence, kteří jsou výlučně na mléčné stravě, minimálně do dokončeného 6. měsíce věku. Avšak dítě může toto mléko

pít i déle, pokud je spokojené a dobře prospívá. Počáteční mléka se na obalech označují číslicí 1 nebo názvem, který tento věk symbolizuje (Gregora, Velemínský, 2013).

Pokračovací mléka se zařazují do výživy kojence po šestém měsíci věku, kdy se dítěti přidávají nemléčné příkrmy. Nebo lze tato mléka na doporučení lékaře zařadit do výživy již před šestým měsícem v závislosti na začátku podávání příkrmů. Pokračovací mléka jsou na obalu označena číslicí 2 nebo názvem, který symbolizuje tento věk (Gregora, Velemínský, 2013).

Batolecí mléka se podávají od dvanáctého měsíce věku, jsou to mléka s přídavkem vitaminů, minerálů, stopových prvků a jiných látek vhodných pro zdravý růst staršího kojence. Na obalech jsou značena číslicí 3 nebo slovem JUNIOR. Po jednom roce věku dítěte se však mohou podávat již pasterizovaná kravská mléka obsahující 2-3 % tuku a mléčné výrobky (Gregora, Velemínský, 2013).

Dále existuje řada speciálních formulí, které se používají při různých patologických stavech. Mezi takové patří antirefluxní mléko, formule s hydrolyzovanou bílkovinou, formule pro nezralé děti, sójová mléka, mléka se sníženým obsahem laktózy a další (Dort et al., 2013).

1.2.3.3 Nemléčné příkrmy

Nemléčné příkrmy se zavádí obvykle po dokončeném 6. měsíci věku dítěte. Ale je možno je zavádět v intervalu od 17. do 26. týdne, tedy již po dokončeném čtvrtém měsíci, ale nikdy ne dříve. Nejvhodnější je nemléčné příkrmy zavádět za současného kojení. Dle alergologů pozdní zavádění příkrmů, tedy po 26. týdně věku, může promeškat dobu, kdy dítě lépe toleruje nové potraviny. Také gastroenterologická společnost doporučuje interval pro zavádění nemléčných příkrmů od 17. do 26. týdne, aby v dokončeném 6. měsíci již dítě mělo zařazena nemléčná jídla ve stravě. Toto doporučení se týká i lepku (Gregora, Zákostelecká, 2014).

Obvykle se začíná podávat jeden druh vařené zeleniny upravený na jemnou kaši, například mrkev či brambory. Stačí pár lžiček jednou až dvakrát denně, poté dítě nakojit nebo dát mléčnou výživu. Důležité je nespěchat, dítě by mělo být klidné, spokojené. Dávka se postupně zvyšuje podle chuti dítěte, až za nějaký čas nahradí celou, většinou polední porci jídla. Abychom mohli rozpoznat případnou alergickou reakci na některou potravinu, je potřebné zavádět nové potraviny s odstupem několika dnů. Přidávají se další druhy zeleniny, květák, kapusta, kedluben, špenát, cuketa, dýně. Poté co si dítě zvykne na zeleninu, se přidává jemně nasekané libové maso, zejména hovězí, drůbeží,

králíci nejprve jednu a později dvě lžice na porci. Mezi šestým až osmým měsícem věku dítě dostává maso šestkrát za týden. Jednou týdně je maso nahrazeno natvrdo vařeným vaječným žloutkem. Jídla se nepřislažují ani nesolí (Gregora, Velemínský, 2013). Příkrmy se podávají dítěti lžičkou. Lžičky a ostatní nádoby, ze kterých je dítě krmeno a ze kterých pije, používá pouze ono, nikoli jiný člen domácnosti.

Postupně se do výživy zavádí i kaše. I zde je vhodné, když dítě dostává potraviny obsahující lepek v době, kdy je ještě kojeno, nikdy ne však dříve než po 4. měsíci. Mezi 6. a 8. měsícem se také mohou přidávat ovocná pyré i v kombinaci s neslazeným bílým jogurtem. Kravské mléko a ani žádné jiné mléčné výrobky se dítěti do jednoho roku věku nepodávají. Kolem 8. měsíce jsou příkrmy většinou nahrazeny již tři mléčné porce a v dalších měsících se porce zvyšují. Mezi devátým až dvanáctým měsícem věku se zavádí kousky tužší stravy na podporu žvýkání (Gregora, Velemínský, 2013). Nekojené dítě po 6. měsíci potřebuje 400–600 ml tekutin nejlépe v podobě kojenecké vody, dále ovocné šťávy, přírodní čaje (Gregora, Zákostelecká, 2014).

1.2.4 Prevence úrazů, otrav, násilí, nemocí v dětském věku

Úrazovost dětí a dospívajících se dostává do popředí společenského zájmu ve všech vyspělých zemích celého světa. Důvodem je, že úrazy jsou nejčastější příčinou úmrtí a trvalé invalidity dětí a dospívajících. Z toho vyplývá, že úrazy jsou největším zdravotnickým problémem u dětí (Kukla et al., 2016). Benešová (2008) definuje úraz jako poškození zdraví, které vzniká působením energie, jež je silnější než schopnost organismu adaptovat se. Obvykle se jedná o náhlé vystavení mechanické, chemické, termické, elektrické, radiační energii, nebo nedostatku energií základních pro život.

Úrazy jsou preventabilní a z ekonomického hlediska je výhodnější věnovat finanční prostředky na prevenci úrazů, než na odstraňování jejich následků. Primární prevence by měla vycházet z podrobného rozboru příčin úrazů, rizikových činností, prostředí i charakteristik postižených jedinců (Kukla et al., 2016).

V novorozeneckém věku je nebezpečí pádu při přenášení, nebezpečí opaření při koupání či převrnutí horkého nápoje, riziko vdechnutí stravy či riziko popálenin z pobytu na přímém slunci. Pro kojenecký věk je riziko opaření horkými nápoji ze staženého ubrusu, popálenin od sporáků, kamen, krbů, poranění elektrickým proudem, pády z kočárků, přebalovacího pultu, postýlky, ze schodů, vdechnutí cizího tělesa, úrazy způsobené třesením. Batolecí věk je charakteristický zvědavostí a aktivitou dětí. V tomto věku nejčastěji dochází ke smrtelným úrazům a otravám. Jsou častá vdechnutí

cizích předmětů a následné dušení, zranění ostrými předměty, pády, otravy, opařeniny, tonutí – pády do bazénů a vodních nádrží. Úrazy předškolního věku souvisí s volnočasovými a sportovními aktivitami, zejména pády z kola. Ve školním věku se nejčastěji vyskytují pády a nárazy při sportu, školní úrazy, popáleniny, tonutí, dopravní úrazy. V dospívání je riskování v souvislosti se zvyšováním sebevědomí, rizikové chování, abúzus alkoholu a drog. Velmi početnou skupinou jsou také úrazy dopravní a sportovní, tedy nejčastěji pády, tonutí, otravy (Kukla et al., 2016).

Nejrizikovějším místem pro děti do 3 let věku je domácí prostředí a nejzávažnější úrazy jsou v dopravním prostředí. Významně početnou skupinu tvoří úrazy při volnočasových aktivitách, ve škole a v neposlední řadě také na dětských hřištích (Kukla et al., 2016).

Dětská hřiště neslouží pouze k využití volného času, ale zároveň výrazně přispívají k fyziologickému fyzickému, psychickému a zejména sociálnímu vývoji dítěte. Z těchto důvodů by měla být dětská hřiště pro děti atraktivní, ale co je nejdůležitější, zejména bezpečná včetně dodržování hygienických zásad. I přesto je v České republice každým rokem hospitalizováno 300 000 dětí, z toho 9 % z důvodu úrazu právě na dětských hřištích (Kuncová et al, 2010).

Ani náš domov není tak bezpečným místem, jak si můžeme myslet. Nachází se v něm celá řada produktů a výrobků, které mohou být zejména dětem nebezpečné a mohou způsobit vážné poškození zdraví. K těmto produktům patří zejména čisticí látky, prací prostředky, úklidové a mycí prostředky, kosmetika, zahradní chemie, výrobky automobilového průmyslu, pesticidy, barvy, paliva a mnohdy i samotné hračky pro děti. Dětskou pozornost přitahují pestré barevné nádoby, krabičky, tekutiny, proto není ojedinělé, že si dítě splete tekutý prací prášek s ovocným sirupem. Nikdy nesmíme spoléhat na to, že vůně nebo chuť dítě odradí. Je nutné předpokládat, že dítě může dát do úst cokoli. Avšak vůbec nejčastější příčinou otrav je požití léků, alkoholu nebo dokonce jejich kombinace. Zejména pak u malých dětí dochází k záměně léku s bonbónem. Proto by léky v domácnosti měly být uloženy na takových místech, aby se k nim dítě nemohlo dostat. Také by se jim nikdy nemělo tvrdit, že se jedná o bonbóny. Hrozí pak nebezpečí, že když se k nim dítě dostane, tak jich sní velké množství s tím, že se jedná o sladkost (Patočka et al, 2013).

Úloha zdravotníků má v prevenci úrazu u dětí a dospívajících nezastupitelné místo. Již před narozením dítěte má sestra podat základní informace o vytvoření bezpečného domova pro dítě (Benešová, 2008). Edukace musí být dlouhodobým

procesem, nejedná se tedy jen o jednorázové poučení rodičů a dětí (Kukla et al, 2016). Edukace v oblasti úrazů by se měla zaměřit na prevenci pádů, termických úrazů, prevenci otrav, prevenci tonutí, dušení, prevenci úrazů při sportu, prevenci dopravních úrazů, násilí a sebepoškození (Benešová, 2008).

Avšak nesmíme opomíjet ani týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte. Syndrom CAN (Child Abuse and Neglect Syndrom) neboli česky syndrom týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte je staré jako lidstvo samo. Dříve se o něm nesmělo mluvit, a dokonce se v populaci vytvářel dojem, že snad neexistuje. Opak je však pravdou. Až Ženevská deklarace práv dítěte z roku 1924 se stala první větší právní normou práv dítě (Kukla et al, 2016).

Zanedbávání dítěte může být jednak fyzické či tělesné, tedy úmyslné nepečování o dítě, které vyústí v jeho neprospívání a může skončit až úmrtím dítěte, a jednak psychické, kdy u dítěte dochází k nedostatečnému uspokojování duševních a společenských potřeb. Taktéž týrání může být jak tělesné, tak i psychické. Při tělesném týrání jde tedy zejména o bití, kopání, pálení, škrcení. Psychické a emocionální týrání vede ke strachu dítěte, jeho ponižování, nadávání mu, izolaci od sociálního okolí. Zneužívání dětí, zejména pak to sexuální, můžeme dělit na kontaktní–osahávání, koitus v různých podobách a nekontaktní sexuální zneužívání–exhibicionismus, voyerství, pornografie (Velemínský, 2009).

Jak uvádí Kukla (2016), je nutné si uvědomit, kde je hranice mezi spravedlivým trestem a týráním svěřené osoby. Měli bychom se dle jeho názoru naučit uklidnit se v okamžiku, kdy jsme na dítě rozčilení, a proto hrozí, že bychom mohli začít dítě bít, tím se vyhneme bití potomků v tom největším afektu. Dále netrestat dítě za každou maličkost, je nutné se smířit s tím, že děti občas zlobí. Když už dítě uhodíme, snažme se to nepřehánět, a dítěti vysvětlit, za co to dostalo. Tělesný trest ať je vždy přiměřený provinění. Rovněž není vhodné vyhrožovat tělesnými tresty naplano, neboť to povede buď k tomu, že dítě bude žít ve strachu, nebo si z výhrůžek nebude nic dělat. Místo fyzického trestu je lepší najít jiný trest, například odepření něčeho, co má dítě rádo (hračku). Avšak dítě raději ve většině případů přijme menší tělesný trest než dlouhé kázání.

1.2.5 Péče zaměřená na sociální problematiku

Nůžky naší společnosti se rozevírají – zvětšují se rozdíly mezi chudými a bohatými lidmi. Přibývá dětí, které žijí pod úrovní životního minima, řada rodin není schopna se o dítě postarat z důvodů sociálních a ekonomických, zvyšuje se stres a neklid v rodinách a tím přibývá i psychosociálních problémů (Velemínský, 2009).

Rodina je společenství závislé na fungování společnosti. Stabilita společnosti zároveň formuje vývoj dítěte a jeho postoje, čímž ovlivňuje stav a vývoj celé společnosti. Mezi základní funkce rodiny řadíme funkci biologicko-reprodukční, ekonomicko-zabezpečovací, emocionální, socializačně výchovnou (Klíma, 2016).

Poruchy rodiny ve funkci biologicko-reprodukční nastávají v případech, kdy rodina nemůže nebo nechce mít děti. Poruchy rodiny ve funkci ekonomicko-zabezpečovací jsou charakteristické nedostatkem prostředků, hranicí chudoby, životním minimem. Nejde pouze o peníze a hmotné prostředky, ale také o psychologické, pracovní, sociální aspekty, o bydlení, klid, pořádek, dostatek vhodných hygienických, sociálních, pracovních, kulturních a morálních podnětů. Poruchy rodiny ve funkci emocionální spočívají v neschopnosti potřebného hlubšího citu a citových vazeb, nevyrovnaná rodinná atmosféra, nezáměr rodičů, jejich rozchod či otevřená nenávisť, opuštění nebo osíření dítěte (ať již biologické nebo sociální). Poruchy rodiny ve funkci socializačně-výchovné nastávají v případě, kdy se rodiče o dítě nemohou, nechtějí nebo neumějí starat. A to například z důvodů přírodních katastrof, úmrtí, válek, invalidity, nezralosti příliš mladých rodičů, neschopnosti přijmout společenské normy, psychopatie, disharmonie osobnosti (Klíma, 2016).

Při selhání rodiny v některé její funkci je ohrožena péče o dítě zejména tedy jeho zdravý vývoj. Taková situace si žádá akutní řešení, na kterém se musí nutně podílet dětský lékař, dětská sestra, sociální pracovník, pedagog, psycholog a v krajních případech také policie a orgány činné v trestních řízeních (Klíma, 2016).

Z oblasti sociálních potřeb dítěte patří mezi nejdůležitější potřeba lásky a bezpečí, poskytovaná jeho „vlastním“ člověkem, s ní je svázána potřeba bezvýhradného přijetí dítěte, tedy respektování dítěte takového, jaké je (Cabrnichová et al., 2009). Další potřebou je identifikace s dítětem, rozvinutí všech jeho sil a schopností (Velemínský, 2009). Neuspokojení těchto potřeb přináší nejen mnoho výchovných problémů, ale zejména narušuje vývoj dítěte především v psychologické a sociální oblasti (Cabrnichová et al., 2009).

Mnohdy se setkáváme se situacemi, kdy se dítě ocitá mimo péči vlastní rodiny. A to z důvodu, že rodiče zemřeli, ztratili se, nebo byli z nějakého důvodu od dítěte odloučeni, či se o dítě nemohou, nedovedou nebo nechtějí starat. Skutečné osiřené, kdy dítěti rodiče zemřou, je dnes oproti takzvanému sociálnímu osiřené vzácnější. Nejtěžší jsou případy, kdy dítě nebo děti musejí být rodičům odebrány. Stává se tomu tehdy, pokud rodiče děti týrají, ubližují jim či je zneužívají. Dále jsou to děti, které odmítají žít v rodině a opouštějí ji – děti bývají zachyceny na útěku a jsou nazývány jako děti na ulici. Nebo se také setkáváme s další, naštěstí minimálně početnou skupinou takzvaných dětí ulice, které žijí dlouhodobě bez domova. (Kukla et al, 2016).

Prvním krokem péče o tyto děti je sanace jejich vlastní rodiny. Avšak pokud sanace selže nebo ji nelze vůbec provést a je zřejmé, že dítě bude pobývat dlouhou dobu bez rodiny, je třeba mu zajistit některou z možností náhradní péče (Kukla, 2016).

1.2.6 Dispenzární péče v pediatrii

Dispenzarizace je definována jako soubor preventivních zdravotnických činností, jejichž cílem je úprava léčby dle aktuálního zdravotního stavu dítěte, předcházení komplikacím a zejména tedy zhoršení zdravotního stavu dítěte (Vondráček et al, 2011). Smyslem dispenzární péče je vyčlenit děti vyžadující speciální péči nebo častější kontroly zdravotního stavu. Tyto děti jsou často posílány k několika odborníkům, kteří se však zabývají pouze svým úzkým oborem. Proto úkolem praktického lékaře pro děti a dorost v oblasti dispenzární péče je udržet množství informací od jednotlivých odborníků pohromadě, koordinovat péči a léčbu ostatních lékařů. A v neposlední řadě je úkolem praktického lékaře a dětské sestry zapojit rodiče dítěte do léčebného procesu (Olchava, 2007).

Vyhláška číslo 39/2012 Sb. Ministerstva zdravotnictví o dispenzární péči stanovuje nemoci, vady nebo stavy, u nichž se poskytuje dispenzární péče. Mezi tyto nemoci, vady nebo stavy patří například defekty koagulace, závažné anémie, závažné imunodeficientní stavy vyžadující soustavnou léčbu déle než jeden rok, diabetes mellitus, epilepsie, mentální retardace, idiopatické střevní záněty, psoriáza, nefrotický syndrom, vrozené anomálie, a také se to týká dětí ohrožených sociálním prostředím – to jsou děti týrané, zneužívané a zanedbávané.

V roce 2010 byly nejčastějšími důvody dispenzarizace nemoci dýchací soustavy, nemoci endokrinní, poruchy výživy a přeměny látek, poruchy vidění, slabozrakost, alarmující byl i počet dětí dispenzarizovaných pro obezitu (ÚZIS ČR, 2011).

Úloha dětské sestry v dispenzární péči spočívá v orientačním vyšetření fyziologických funkcí, odběru biologického materiálu, přípravě dítěte k diagnostickým a terapeutickým výkonům, dětská sestra podává léčivé přípravky, psychicky podporuje děti i jejich rodiče, s rodiči dítěte domlouvá termíny dalších návštěv a další činnosti, které spadají do její kompetence (Sikorová, 2012).

1.3 Úloha sestry při léčebné péči v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost

Vedle preventivní péče má sestra důležitou úlohu také v péči léčebné, kurativní. Po příchodu rodiče s dítětem do ordinace sestra připraví potřebnou dokumentaci, počká, až lékař dítě prohlédne, dle jeho ordinace odebere dítěti biologický materiál na vyšetření. Připraví si veškeré pomůcky potřebné k výkonu, výkon samostatně provede nebo asistuje lékaři. Nesmí však zapomenout před výkonem dítěti i rodiči vysvětlit, co a jak se bude dít, jak bude vše probíhat. Před výkonem se snaží dítě uklidnit a po výkonu dítě pochválí, i když plakalo nebo se bránilo. Podle pokynu lékaře změří dítěti tělesnou teplotu, krevní tlak a pulz. Podle vybavení ordinace může vyšetřit přístrojově moč, CRP, glykémii. Dle ordinace lékaře může podávat léky (Vejrostová, 2006). Sestra vede řádně evidenci všech pacientů, zachovává jedinečnou, kompletní a aktuální dokumentaci každého pacienta (Seifertová, 2002).

Sestra musí vědět, že podávání léků dětem se v mnohém liší od podávání léků dospělým. Dítě není pouze „zmenšeninou“ dospělého, ale odlišně reagující a vyvíjející se organismus. Léky užívané dospělými mohou být pro dítě nevhodné či dokonce nebezpečné (Klíma, 2016). Lék a jeho dávku určuje lékař. U dospělých se většinou aplikují určité průměrné dávky, ale v pediatrii průměrná dávka neexistuje, neboť dítě může vážit 500 gramů, ale také i 100 kilogramů. Dále také sestra musí brát na vědomí, že některé aplikace léků vyžadují spolupráci dítěte, se kterou nelze vždy počítat. Nejčastějším a nejpohodlnějším způsobem podávání léků dětem je podávání ústy. Avšak podmínkou této aplikace je, aby dítě bylo schopno polykat a udržet lék v žaludku. Podávání léků konečníkem je velmi často využíváno u novorozenců, kojenců a malých dětí. Pro dítě to je bezbolestivé, avšak tento způsob aplikace je kontraindikován u dětí, které mají průjmy. Dále se mohou léky podávat inhalačně, do spojivkového vaku, do zevního zvukovodu, na nosní sliznici. K podávání léku injekcemi přistupujeme tehdy, není-li jiný vhodný způsob podání. Malé dítě nechápe, že

proto, aby ho něco přestalo bolet, mu nejprve musíme způsobit bolest injekcí, a tím mu tak podali lék proti bolesti. V ordinaci podává lék lékař nebo sestra třeba i za asistence doprovodu. Proto je důležité poučit doprovod o tom, jak bude doprovod lék podávat v domácím prostředí, jakou dávku a v jakých intervalech a jak dlouho (Sedlářová, 2008).

1.3.1 Odběry biologického materiálu

Další náplní práce sestry je odebírání vzorků biologického materiálu na vyšetření. Jako biologický materiál je označován veškerý materiál, který pochází z lidského organismu. Může to tedy být krev, moč, stolice, mozkomíšni mok, sekrety, hnis, výpotky, stěry z defektů, vzorky tkáně, amputované části těla při operacích, odstraněné orgány. Výsledky vyšetření biologického materiálu jsou důležité nejen pro diagnostické účely, ale také ovlivňují další strategii léčby (Schneiderová, 2014).

Z ordinací praktických lékařů pro děti a dorost se odebraný biologický materiál odesílá do smluvních laboratoří nebo jsou i ordinace, které mají techniku pro některá vyšetření. Stále častěji nastávají situace, kdy na správné stanovení diagnózy a vyhodnocení zdravotního stavu dítěte nelze čekat několik hodin, než bude biologický materiál vyšetřen v laboratoři. V posledních letech jsou v ordinacích dětských praktiků často využívány přístroje k vyhodnocení rychlých diagnostických testů. K takovým patří například C-reaktivní protein neboli CRP, přítomnost *Streptococcus pyogenes*, vyšetření lipidového metabolismu, hladiny cukru v krvi, hemoglobin, hematokrit, srážlivost krve. Některé testy je možné vyhodnotit i bez přístroje, k takovým se řadí těhotenský test, vyšetření močových parametrů papírkem, test na infekční mononukleózu, celiakii, chlamydie a další (Růžková, 2014).

Kupříkladu přístrojové vyšetření moči je vždy přesnější než kvantitativní vyšetření moče pomocí diagnostických močových proužků. Diagnostické proužky jsou napuštěny chemikáliemi, které při patologickém nálezu v moči mění barvu a intenzitu zbarvení. Samotný výsledek se pak odečítá podle barevné stupnice. Nevýhodou tohoto vyšetření je subjektivní posuzování, neboť nevnímá každý lékař nebo sestra barvy stejně. Močové analyzátory dokáží určit specifickou hmotnost a pH moči, přítomnost bilirubinu, ketolátek, kyseliny askorbové, glukózy, bílkoviny, hemoglobinu, leukocytů a nitritů. Výhodou těchto přístrojů je tedy kvalitativní, ale i objektivní a přesné kvantitativní vyšetření a výsledek je získán během 2 minut (Růžková, 2014).

Další nepostradatelné vyšetření v ordinaci dětského praktika je přístroj pro vyšetření koncentrace C-reaktivního proteinu jako zánětlivého markeru svědčícího pro bakteriální původ nemoci. Vzorkem pro toto vyšetření je kapka kapilární krve. Délka tohoto vyšetření je spolu i se samotným odběrem krve 2-4 minuty. I další, výše zmíněná vyšetření mají velký přínos, neboť přispějí ke správnému, rychlému rozhodnutí a včasnému zahájení léčby (Růžková, 2014).

Odběr biologického materiálu indikuje lékař a následně ho sestra nebo lékař odebírá přesně dle stanovených postupů, instrukcí laboratoře, standardů a hygienických předpisů. Špatně odebraný materiál může nejen ohrozit léčbu dítěte, ale dokonce i jeho život. Proto musí mít sestra potřebné znalosti a dovednosti v odběrech biologického materiálu. Sestra připraví dítě na odběr jak fyzicky, tak zejména i psychicky, připraví si pomůcky potřebné k odběru, odesílá-li materiál do laboratoře má připravené, správně vyplněné příslušné žádanky a řádně označené odběrové zkumavky. Při odběru postupuje asepticky a vhodným způsobem komunikuje s dítětem, aby u něj minimalizovala pocit strachu. Po odběru dítě dle věku vhodným způsobem pochválí, i když bylo neklidné nebo třeba plakalo, uklidí použitý materiál a pomůcky. Uložení a transport materiálu záleží na druhu materiálu a vyšetření (Šamánková, 2006).

1.4 Dětská sestra v primární péči

Primární péče je úrovní prvního kontaktu jedince, rodiny a komunity se zdravotnictvím. V moderní pediatrii tvoří primární péče významnou část péče, protože rodiny s dětmi si žádají péči co nejbližší k místu, kde žijí, kde děti vyrůstají, hrají si a dospívají. Těžiště primární péče o děti a dorost spočívá v aktivitách praktického lékaře pro děti a dorost a dětské sestry (Sikorová, 2012).

Dětské sestry jsou zapojeny do všech aspektů péče o dítě a jeho rodinu. V rámci svých kompetencí se podílí na komplexní péči o děti od narození do skončeného 18. roku života (Sedlářová, 2008). Jejich cílem je podporovat růst a zdravý vývoj dítěte (Sikorová, 2011). Sestra je mnohdy prvním zdravotníkem, kterému se samo dítě nebo jeho rodič svěří se starostmi či obavami ohledně zdraví. Právě ona se může cíleně věnovat propagaci intervencí podporujících zdraví dítěte. Činnosti dětské sestry v rámci primární péče jsou dominantně zaměřeny na prevenci, na prevenci primární, sekundární ale i terciární (Sikorová, 2012).

Nezbytným základem pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je vytvoření vzájemného vztahu sestra-dítě/rodina. Dětské sestry musí mít nejen k dětem, ale

i k jejich rodinám smysluplný vztah, musí umět mapovat jejich potřeby a pocity. Sestra vytváří podmínky pro otevřenou komunikaci a rodina by neměla mít obavy se sestře svěřit či se jí zeptat na nejasné otázky týkající se potřeb a podpory zdraví dítěte. Jako kvalitní ošetrovatelskou péči hodnotí rodiče péči sester, které pozitivně oceňují přítomnost rodiče u dítěte, naslouchají dítěti i rodičům, zapojují rodiče do péče o dítě, mají zájem o blaho rodiny, při ošetřování dítěte jsou citlivé, komunikují s ním i s rodinou (Sikorová, 2011).

Úkolem dětské sestry je působit v prevenci onemocnění a podpoře zdraví, v oblasti zdravotní výchovy, v oblasti poradenství, působit jako činitel respitní péče, v oblasti zajišťování spolupráce dalších profesionálů podílejících se na péči o dítě a rodinu, plánovat a realizovat ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu (Sikorová, 2011).

Práci sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost lze rozdělit na část kurativní, preventivní a péči o ordinaci. Po příchodu rodiče s dítětem do ordinace sestra připraví potřebnou dokumentaci, počká, až lékař dítě prohlédne, dle jeho ordinace odebere dítěti biologický materiál na vyšetření. Připraví si veškeré pomůcky potřebné k výkonu, výkon samostatně provede nebo asistuje lékaři. Nesmí však zapomenout před výkonem dítěti i rodiči vše vysvětlit, co a jak se bude dít, jak to bude probíhat. Před výkonem se snaží dítě uklidnit a po výkonu dítě pochválí, i když plakalo nebo se bránilo (Vejestrová, 2006).

V rámci preventivní části sestra zajišťuje zvací systém na preventivní prohlídky, při preventivních prohlídkách zajišťuje dostupnost pomůcek pro vyšetření, kterými jsou například funkční osobní váha a míra, tonometr, papírky na vyšetření moči, optotyp pro orientační vyšetření zraku. Samostatně po dohodě s lékařem zajišťuje zvací systém na pravidelné ze zákona povinné očkování. Zodpovídá za dostatečný počet očkovacích látek, jejich správné uchování. Orientuje se v očkovacích látkách, zná možné nežádoucí reakce a je schopna v oblasti očkování rodiče dítěte edukovat (Seifertová, 2002). Podle věku dítěte probere s rodiči problematiku týkající se daného věku, péči o dítě, způsob stravování, pohybovou aktivitu, zdravý životní styl, prevenci úrazů a další. V rámci preventivní péče sestra také zve na dispenzární prohlídky chronicky nemocné děti, děti s tělesným nebo mentálním postižením (Vejestrová, 2006).

Nedílnou součástí práce sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost je péče o ordinaci. Dbá o dostatek pomůcek potřebných k diagnostickým i léčebným výkonům, o dostatek obvazového materiálu, jednorázových vyšetřovacích a ochranných

pomůcek a dezinfekčních roztoků. V určitých časových intervalech uklízí a dezinfikuje lékovou lednici, základní i pohotovostní lékárnu, kontroluje expiraci všech léků a dbá o doplnění léků. Po skončení ordinační doby se postará o úklid a dezinfekci všech použitých pomůcek, hraček a povrchů (Vejrostová, 2006).

Mezi povinnosti dětské sestry také patří další vzdělávání. Zajímá se tedy o nové diagnostické a terapeutické postupy a léky v pediatrii (Vejrostová, 2006).

1.4.1 Vzdělávání dětských sester v minulosti a dnes

Vzdělávání dětských sester začalo v roce 1918 a úzce souviselo se vznikem prvních dětských nemocnic. V Praze byl zahájen jednoletý kurz na Státní ošetřovatelské škole a první ošetřovatelská škola pro dětské sestry byla založena v roce 1922 při nemocnici Ochrany matek a dětí v Praze-Krči. Tato škola byla jedinou českou školou pro přípravu dětských sester až do roku 1945. O rok později vznikla v Praze Švejcarova škola pro výuku a výchovu dětských sester (Sedlářová, 208).

Všechny školy, ve kterých probíhala příprava dětských sester, byly v roce 1948 přeměněny na střední odborné školy, studium trvalo čtyři roky a bylo ukončeno maturitní zkouškou. V roce 1951 bylo studium zkráceno na tři roky a od roku 1955 zase prodlouženo na čtyři roky (Sedlářová, 2008).

V Praze v roce 1960 začalo vysokoškolské magisterské studium sester. Tohoto roku byl také založen Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. V roce 2003 byl Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků přejmenován jako Národní centrum nelékařských zdravotnických oborů centrem ošetřovatelství (Jarošová, 1999). V roce 1995 bylo čtyřleté studium a dvouleté pomaturitní kvalifikační studium zrušeno a v roce 1996 byl zaveden tříletý pomaturitní studijní obor Diplomovaná dětská sestra na vyšších zdravotnických školách.

Další změny ve vzdělávání přinesl Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Sedlářová, 2008). Tento zákon byl v roce 2011 novelizován.

V současnosti jsou dětské sestry vzdělávány v České republice formou specializačního studia, které je uskutečňováno modulovým způsobem. Po splnění

všech podmínek specializačního vzdělávání a úspěšného vykonání atestační zkoušky specializačního vzdělávání ošetrovatelská péče v pediatrii získává sestra specializaci v tomto oboru a označení dětská sestra. Dále je možno specializaci dětská sestra získat na některých vysokých školách v rámci navazujících magisterských oborů (Sikorová, 2011).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Hlavní cíl:

Zjistit náplň a obsah ošetrovatelské péče poskytované sestrou v primární pediatrické péči.

Dílčí cíle:

Cíl 1: Zjistit obsah a specifika práce sestry v primární pediatrické péči.

Cíl 2: Zmapovat síť primární pediatrické péče v Jihočeském kraji.

Cíl 3: Zjistit personální zabezpečení ordinace praktických lékařů pro děti a dorost.

Cíl 4: Zjistit, jaký názor mají sestry na celoživotní vzdělávání.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké činnosti vykonávají sestry v rámci preventivních prohlídek u praktického lékaře pro děti a dorost?

Výzkumná otázka 2: Jaké činnosti sestry vykonávají v rámci léčebné péče?

Výzkumná otázka 3: Jak sestry využívají ošetrovatelskou dokumentaci?

Výzkumná otázka 4: Jaké je personální zabezpečení ordinací praktických lékařů pro děti a dorost?

Výzkumná otázka 5: Jakým způsobem se sestry nadále vzdělávají?

2.3 Operacionalizace pojmů

Celoživotní vzdělávání charakterizuje Vévoda (2013) jako průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti v příslušném oboru, přičemž rozsah a obsah vzdělávání musí být takový, aby byla sestra schopna vykonávat své povolání lege artis.

Primární pediatrickou péčí v této práci rozumíme ordinace praktických lékařů pro děti a dorost, ve kterých všeobecné/dětské sestry vykonávají svoji profesi.

3 METODIKA

3.1 Použitá výzkumná technika

Potřebná data pro zpracování empirické části této diplomové práce byla získána prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření. Byla použita metoda polostrukturovaného rozhvoru s respondentkami. Sběr dat se uskutečnil v měsíci únor až duben v roce 2017. Výzkumné šetření se týkalo osob, které pracují u praktického lékaře pro děti a dorost na pozici sestry. Hlavním tématem rozhovorů byla práce sestry ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Respondentkám bylo položeno 25 předem připravených otázek, ke kterým se mohly otevřeně vyjádřit.

Všechny respondentky byly informovány o účelu poskytování rozhovorů, tématu této diplomové práce a cílech výzkumného šetření. Dále byly respondentky upozorněny na to, že výzkumné šetření je anonymní a nikde nebude uváděno jejich jméno ani jejich zaměstnavatel. Realizace sběru dat probíhala s ústním souhlasem dotazovaných respondentek, aby tak byla zajištěna anonymita dotazovaných respondentek. Jednotlivé rozhovory jsme chtěli zachycovat na audio záznam, ale respondentky s tímto způsobem zaznamenávání bohužel nesouhlasily, proto byly jednotlivé odpovědi zaznamenávány písemně do poznámkového bloku a následně přepisovány do elektronické podoby prostřednictvím programu Microsoft Word.

Po pečlivém prostudování získaných dat byla k jejich analýze zvolena technika otevřeného kódování dat. Analýzou těchto dat nám vzniklo 8 kategorií. Vytvořením závěru bylo ukončeno výzkumné šetření této diplomové práce.

3.2 Polostrukturovaný rozhovor

Pro empirickou část této diplomové práce byl zvolen kvalitativní výzkum s výzkumnou technikou polostrukturovaného rozhvoru. Nejprve byla sestavena osnova rozhovorů s respondentkami. Před zahájením samotného rozhvoru byly respondentky seznámeny s tématem této diplomové práce, s jejími cíli, s obsahem rozhvoru a ujištěny, že rozhovor je anonymní.

Předem bylo pro respondentky připraveno 25 otevřených otázek (viz Příloha 6), na které mohly respondentky otevřeně odpovědět. Rozhovor byl zaměřený na pracovní činnosti sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Byly kladeny otázky

týkající se jak preventivní péče, tak péče léčebné ale také například otázky věnující se vzdělávání.

Rozhovory s respondentkami (viz Příloha 7), které byly ochotny poskytnout rozhovor, trvaly většinou v rozmezí 15-20 minut dle toho, kolik měly v ordinaci času na poskytnutí rozhovoru. Některé jsem měla možnost vidět i při práci s pacienty/klienty a jejich rodiči. Respondentky byly velice vlídné a ochotné. A i když měly v ordinaci práci, prostor pro rozhovor si našly. Některé dokonce samy aktivně doporučovaly ostatní respondentky, na které bych se mohla obrátit a které by mi zcela jistě poskytly odpovědi na mé otázky.

3.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor empirické části této diplomové práce tvořilo celkem 15 respondentek, sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost. Celkem však bylo osloveno 27 osob pracujících na pozici sestry u praktických lékařů pro děti a dorost. Z tohoto počtu 15 sester odmítlo poskytnout rozhovor. Jedna osoba odmítla z toho důvodu, že je dle jejich slov už stará a že mám raději požádat mladší kolegyně, 5 osob odmítlo z toho důvodu, že prostě nechtějí a/nebo nemají čas a 6 osob odmítlo z toho důvodu, že nemají vzdělání v oboru zdravotnictví.

Osloveny byly sestry v rámci Jihočeského kraje. Pro zjišťování kontaktu byla převážně použita takzvaná snowball metoda neboli metoda sněhové koule, tj. metoda výběru zkoumaných osob do vzorku řetězením kontaktů.

4 VÝSLEDKY

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Tabulka 1 Identifikační údaje dotazovaných sester

Sestra	Věk	Délka praxe	Délka praxe u PLDD	Vzdělání
S1	56 let	37 let	28 let	SZŠ-VS
S2	55 let	36 let	22,5 let	SZŠ-DS
S3	38 let	17 let	4 roky	VOŠ-VS
S4	24 let	2 roky	2 roky	VŠ-Bc.,VS
S5	36 let	12 let	8 let	VŠ-Mgr. DS
S6	50 let	32 let	23 let	SZŠ-Zdr. lab.
S7	55 let	35 let	22 let	SZŠ-DS
S8	26 let	3 roky	3 roky	VŠ-Mgr., DS
S9	41 let	20 let	7 let	SZŠ-DS
S10	57 let	38 let	33 let	SZŠ-VS
S11	43 let	25 let	12 let	VŠ-Bc.,VS
S12	48 let	29 let	22 let	SZŠ-VS
S13	25 let	3 roky	3 roky	SZŠ-VS
S14	41 let	18 let	10 let	SZŠ-VS
S15	30 let	5 let	4 roky	VŠ-Mgr., DS

Tabulka 1 zobrazuje identifikační údaje sester, které poskytly odpovědi na položené otázky v rámci našeho výzkumného šetření. Do výzkumného šetření bylo zahrnuto 15 respondentek ve věku 25-57 let s délkou praxe v rozmezí 2-38 let a u praktického lékaře pro děti a dorost od 2 do 33 let. Celkem bylo osloveno 5 vysokoškolsky, 9 středoškolsky vzdělaných sester a jedna sestra dosáhla vyššího odborného vzdělání. Z tohoto počtu sester bylo 6 dětských sester.

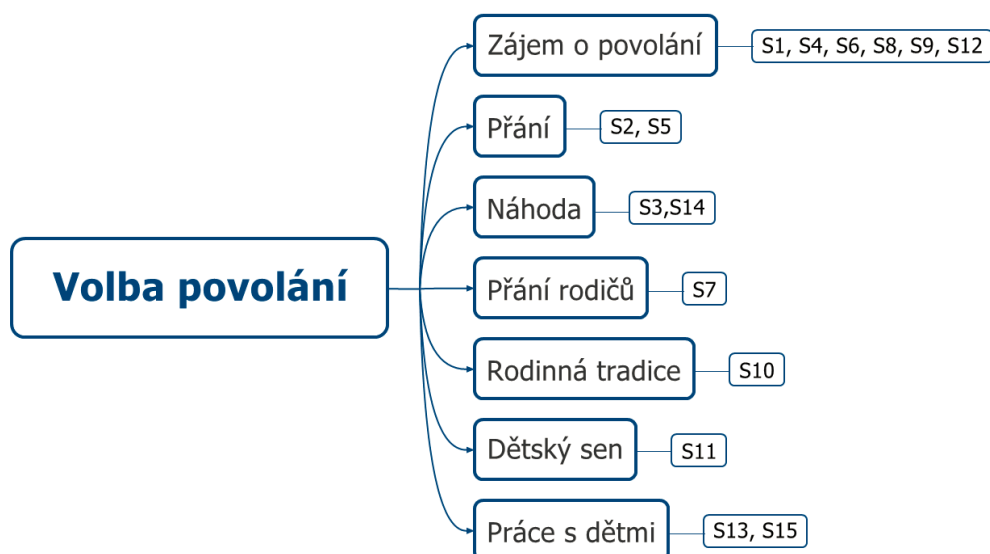
4.2 Vyhodnocení rozhovorů s respondenty

Analýzou získaných dat nám vzniklo celkem jedenáct kategorií. Kategorie Volba povolání, Náplň práce, Preventivní péče, Očkování, Léčebná péče, Návštěvní služba, Sociální problematika, Dokumentace, Výživa, Vzdělávání a poslední kategorií je Pediatrie a pediatrické ošetřovatelství.

Kategorie 1: Volba povolání

Zajímalo nás, z jakého důvodu se rozhodly sestry stát se všeobecnou/dětskou sestrou. Proto byla sestrám položena otázka: „Co Vás vedlo k tomu, stát se všeobecnou/dětskou sestrou?“. Na tuto otázku jsme získaly rozmanité odpovědi. Nejvíce sester odpovědělo, že jejich důvodem stát se sestrou byl pouhý zájem o toto povolání či zájem o děti. Pro další sestry stát se sestrou bylo dlouholetým přáním a pro jiné to byl dětský sen. Sestry také uvedly, že to bylo přání rodičů či dokonce je k tomuto povolání přivedla náhoda: „K pediatrii jsem se dostala docela náhodou, dostala jsem zajímavou nabídku a dnes jsem za to velice ráda, nesmírně mě to i po tolika letech naplňuje.“ (S14). Velice zajímavá je odpověď sestry S2: „Od nejtělejšího dětství jsem si vždycky přála být sestřičkou, všechny moje panenky byly nemocné. Nevím proč, ale vždycky jsem měla potřebu být nablízko nemocným, jak sourozencům, tak spolužákům, kamarádům, tak i rodičům a prarodičům. Jejich obtíže mě taky trápily, ale asi jsem měla potřebu se s nimi podělit o kousek svého zdraví.“. Sestru S5 přivedla k povolání sestry péče o člena rodiny: „Od mala jsem se starala o moji babičku, která měla celý život velké bércové vředy, každý den, co jsem byla u ní na prázdninách, jsem jí pomáhala nohu obvazovat a později jsem to dělala již sama. Už tenkrát jsem si řekla, že bych chtěla pracovat ve zdravotnictví a pomáhat lidem.“. Schéma 1 zobrazuje odpovědi, co sestry vedlo k volbě jejich povolání.

Schéma 1: Volba povolání

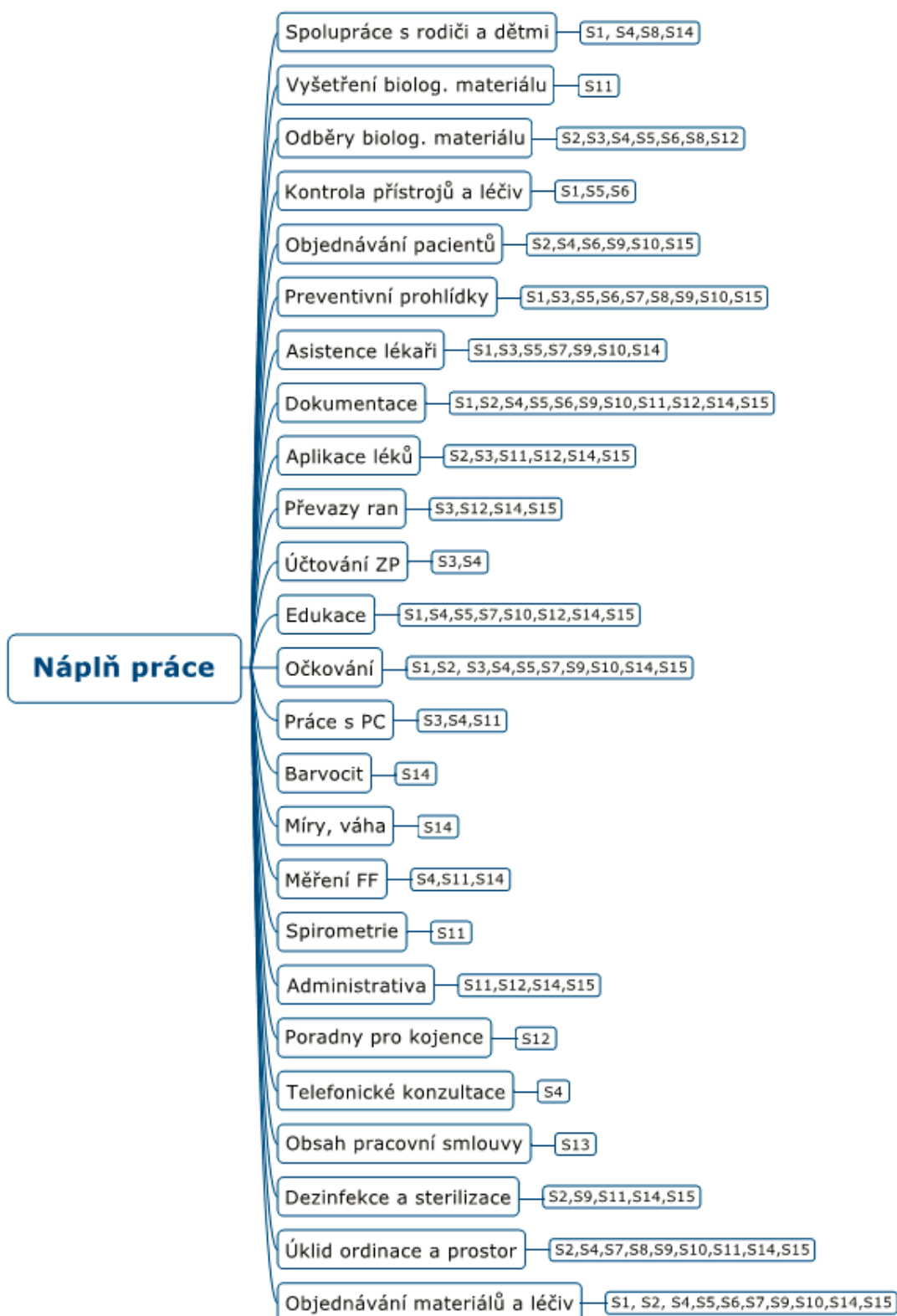


Kategorie 2: Náplň práce

Tato kategorie popisuje odpovědi sester, jimž byla položena otázka týkající se jejich náplně práce. Sestry měly vyjmenovat, co vše je jejich pracovní činností u jejich zaměstnavatele, tedy u praktického lékaře pro děti a dorost. Všechny sestry uvedly řadu činností, které vykonávají, kromě sestry, kterou označujeme jako S13 – tato sestra uvedla, že vykonává činnosti, jež jsou obsahem její pracovní smlouvy a dále tuto otázku nechtěla rozvádět.

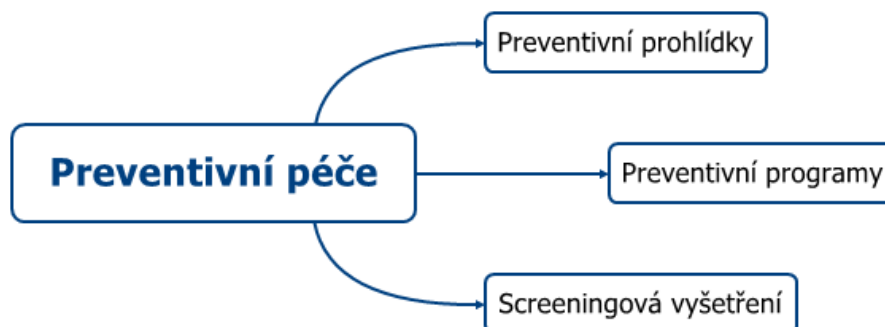
Schéma 2: Náplň práce zobrazuje odpovědi sester na otázku: „*Co vše je náplní Vaší práce?*“. Jak lze vidět na schématu, sestry nejčastěji odpovídaly, že jejich činností je vedení dokumentace, objednávání materiálů a léčiv, očkování, preventivní prohlídky, edukace rodičů a dětí, odběry biologického materiálu, objednávání pacientů, asistence lékaři, úklid ordinace a prostor, aplikace léků, převazy ran a administrativa.

Schéma 2: Náplň práce



Kategorie 3: Preventivní péče

Schéma 3: Preventivní péče

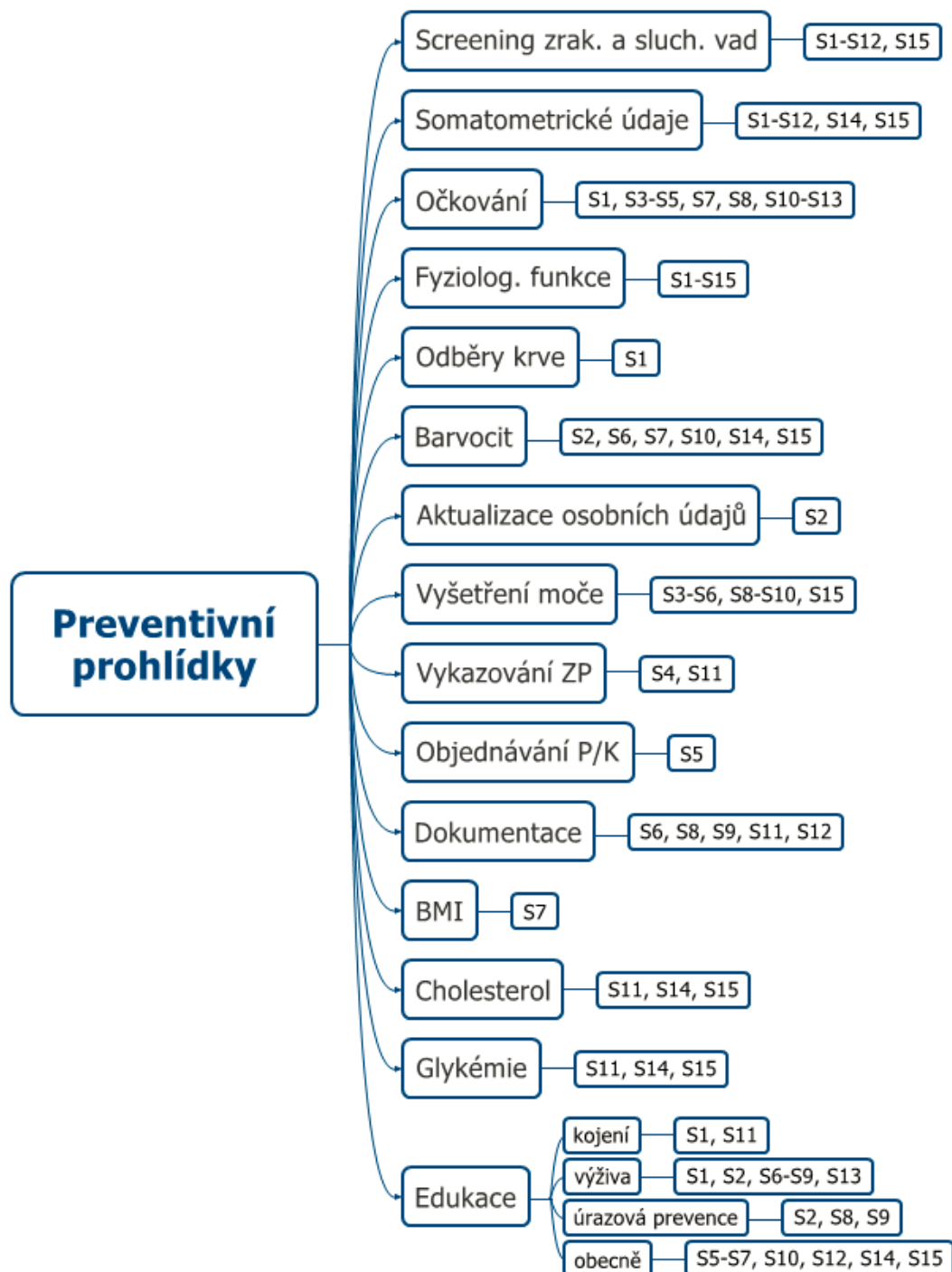


Kategorie 3: Preventivní péče byla dále rozdělena na 3 podkategorie na podkategorii Preventivní prohlídky, Screeningová vyšetření a Preventivní programy.

Podkategorie 1: Preventivní prohlídky

Všem sestřám byla položena otázka: „*Jaké činnosti vykonáváte v rámci preventivních prohlídek?*“. Pro přehlednost bylo vytvořeno Schéma 4, které zobrazuje jednotlivé činnosti, jež sestry ve svých odpovědích uvedly. Z odpovědí sester vyplývá, že nejčastějšími činnostmi, které vykonávají v rámci preventivních prohlídek je získávání somatometrických údajů, screening zrakových a sluchových vad, měření fyziologických funkcí, očkování, vyšetřování moče a edukace. Avšak také sestry nadále uvádějí, že jejich činnosti jsou velice závislé na věku pacienta. Nelze tedy říci, že tyto činnosti vykonávají u všech pacientů.

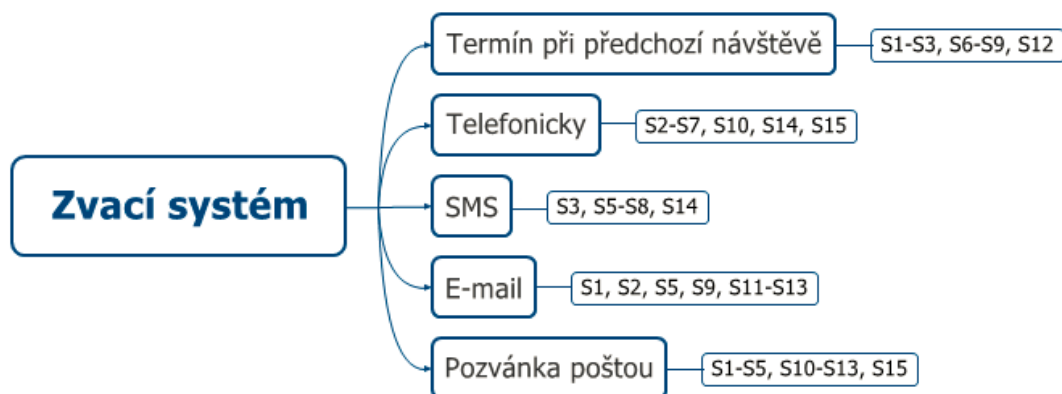
Schéma 4: Preventivní prohlídky



Další otázka, která byla sestřám položena se týkala toho, jakým způsobem sestry zvou pacienty na preventivní prohlídky. Sestry uváděly, že nemají jednotný systém, pomocí kterého zvou své pacienty na preventivní prohlídky. Snaží se vždy vyhovět rodinám a možnostem, které jim vyhovují nejvíce. Avšak nejvíce sester, 10 z 15, odpovědělo, že posílají pozvánky poštou. Dalším nejvíce využívaným způsobem je telefonický kontakt, rovněž zasílání SMS a e-mailu. Sestry také preferují, když mohou rovnou stanovit termín další návštěvy při poslední návštěvě. Sestra S8 uvedla: „*Termín*

stanovíme při předchozí návštěvě a poté tři dny před plánovanou preventivní návštěvou rozesíláme SMS nebo telefonujeme.“. Jednotlivé způsoby, jenž sestry využívají ke zvaní pacientů na preventivní prohlídky, zobrazuje Schéma 5.

Schéma 5: Zvací systém

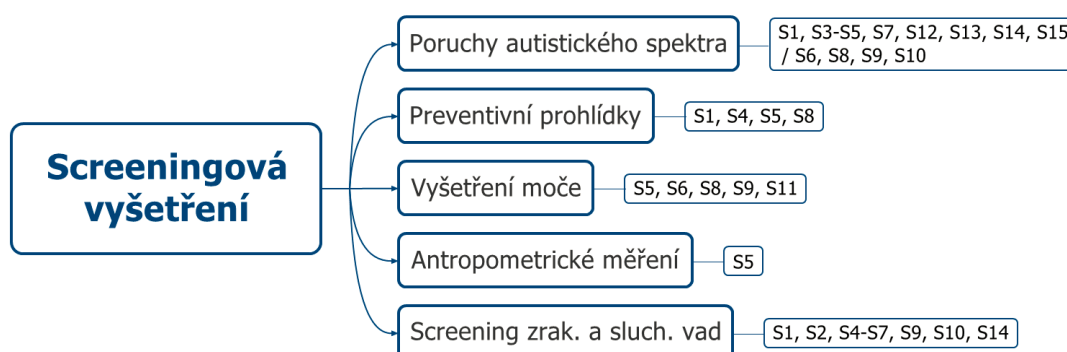


Podkategorie 2: Screeningová vyšetření

Podkategorie Screeningová vyšetření se zabývá otázkou, jaká screeningová vyšetření sestry využívají při své práci. Nejvíce sester, tedy 9 z 15, uvedlo, že dělají screening na zrakové a sluchové vady. Osm sester uvedlo, že dávají rodičům vyplňovat dotazník na poruchy autistického spektra, který pak následně lékař vyhodnocuje. Jako další screeningová vyšetření sestry uvádějí preventivní prohlídky, antropometrická měření, preventivní vyšetření moče, rescreening metabolických vrozených vad, vyšetření glykémie, cholesterolu, krevního tlaku, spirometrie, elektrokardiogram a klinická vyšetření psychomotorického vývoje.

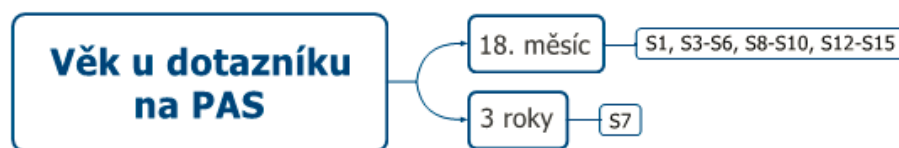
Na otázku: „Využíváte ve Vaší ordinaci nějaká screeningová vyšetření?“ odpověděla sestra S1: „Ano, využíváme screening zrakových a sluchových vad, i preventivní prohlídky jsou vlastně screening. A lékař dává rodičům vyplňovat dotazník na poruchu autistického spektra.“. V případě, že sestra neuvedla odpověď, že v ordinaci, v níž pracuje, dávají rodičům dětí vyplňovat dotazník na poruchy autistického spektra, byla následně tato sestra doptána, zdali s tímto dotazníkem pracují. Sestra S6 a sestry S8-S10 poté odpověděly, že s nimi pracují. Schéma 6 zobrazuje screeningová vyšetření, která ve svých odpovědích sestry uvedly.

Schéma 6: Screeningová vyšetření



Sestry, které odpověděly, že v jejich ordinaci dělají screeningová vyšetření na poruchy autistického spektra formou dotazníku, byly dotázány, v jakém věku tento dotazník dávají vyplnit rodičům svých pacientů. Mimo sestru S7 všechny sestry uvedly, že v 18. měsíci věku dítěte. Sestra S7 odpověděla: „*Děláme ho ve 3 letech, ale někdy na to upozorní stav dítěte dřív. Musím říci, že v poslední době máme hodně záchytů.*“. Při dotazu na otázku zda pracují s dotazníkem na vyšetření poruch autistického spektra sestra S9 odpověděla: „*Ano, od letšního ledna dáváme rodičům dotazník ve věku dítěte 18 měsíců, když je pozitivní, opakuje se za půl roku.*“. Obdobnou odpověď uvedla i sestra S6: „*Při 18 měsíční prohlídce rodičům dáme dotazník, ten vyplní v čekárně a paní doktorka ho hned vyhodnotí. Nevyjde-li dotazník dobře, ve 2 letech se dělá kontrola.*“ .

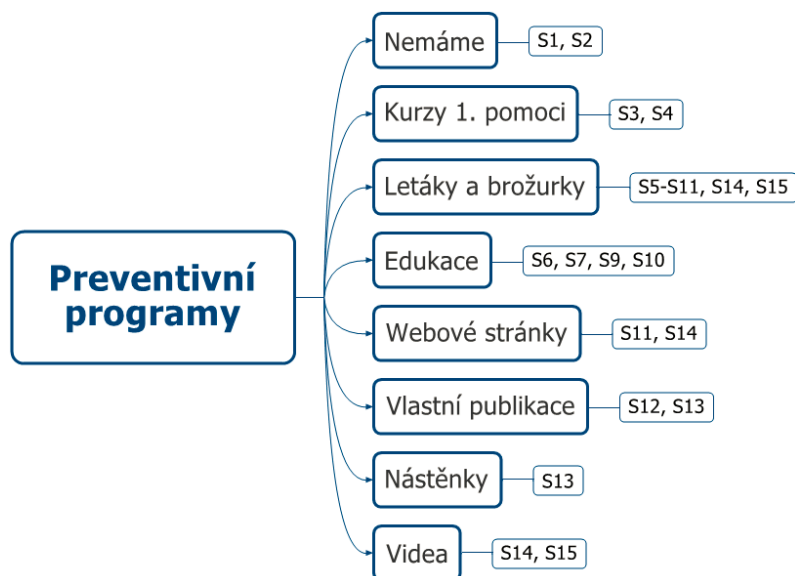
Schéma 7: Věk dítěte u dotazníku na PAS



Podkategorie 3: Preventivní programy

V oblasti preventivní péče, byly také sestry dotazovány, zda mají a využívají preventivní programy co se týče úrazů, otrav, nemocí, násilí. Sestry uvedly, že nemají k dispozici nějaké speciální programy, ale že využívají zejména edukace v oblasti prevence úrazů, otrav, nemocí a násilí. K tomu využívají různých informačních materiálů, letáků či brožur, videí, nástěnek; některé ordinace mají dokonce své publikace a videa. Dvě sestry uvedly, že v rámci ordinace vedou kurz první pomoci. Zatímco dvě sestry uvedly, že žádné preventivní programy nemají. Obsáhlejší odpověď uvedla sestra S4: „*Já sama dělám kurz první pomoci pro rodiče-obsahuje první pomoc při život ohrožujících stavech a úrazech. Součástí kurzu je i preventivní opatření proti úrazům, otravám. V poslední části se věnuji dětským nemocem – neštovice, kašel, rýma, horečka, průjem, zvracení, mimo jiné lékárničky a další.*“. Sestra S9 odpověděla: „*U novorozenců poučení matky, jak koupat a dbát na bezpečnost dítěte, potom v 8 měsících dáváme brožuru - Bezpečná domácnost a dáváme telefonní číslo na toxikologii. V 15. letech učím dívky samovyšetření prsů a u chlapců varlat. A ještě dívkám doporučuji návštěvu gynekologa. No a potom v 17 letech edukace ohledně rizik jako jsou drogy, sexuální chování a tak dále.*“. Schéma 8 zobrazuje odpovědi ostatních sester.

Schéma 8: Prevence



Kategorie 4: Léčebná péče

Kategorie Léčebná péče zahrnuje dvě podkategorie. Podkategorii Činnosti sestry a podkategorii Vyšetřovací technika viz Schéma 9.

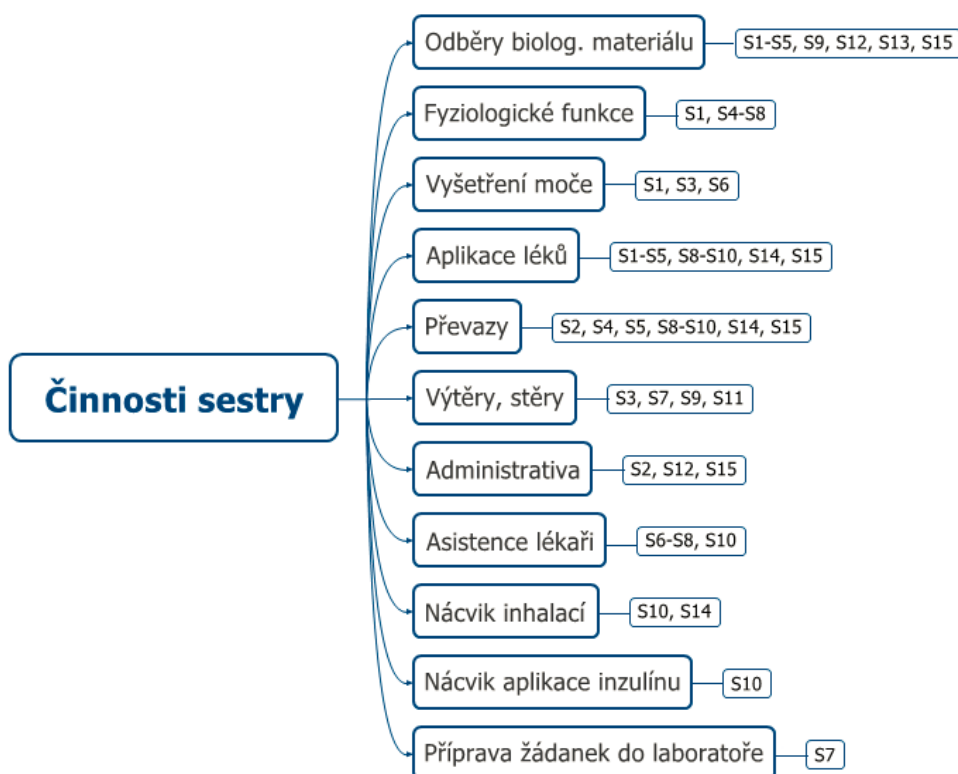
Schéma 9: Léčebná péče



Podkategorie 1: Činnosti sestry

Tato podkategorie se zabývala otázkou činností, které sestra vykonává v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v rámci léčebné péče. Jednotlivé činnosti, které sestry uváděly, se příliš nelišily. Pouze u respondentky S6, která uvádí: „*Asistence paní doktorce, injekce nepíchám a ani neočkují, nejsem sestra, jsem zdravotní laborantka, kontroluji fyziologické funkce, vyšetřuji moč, dělám výtěry, ale krev ze žíly také neodebírám, to si dělá paní doktorka.*“. Sestry nejčastěji uvádějí (v 13 případech z 15), že aplikují léky, dále byl častou odpovědí odběr biologického materiálu, převazy ran, kontrola fyziologických funkcí. Další odpovědi na otázku „Jaké činnosti vykonáváte v rámci léčebné péče?“ zobrazuje Schéma 10.

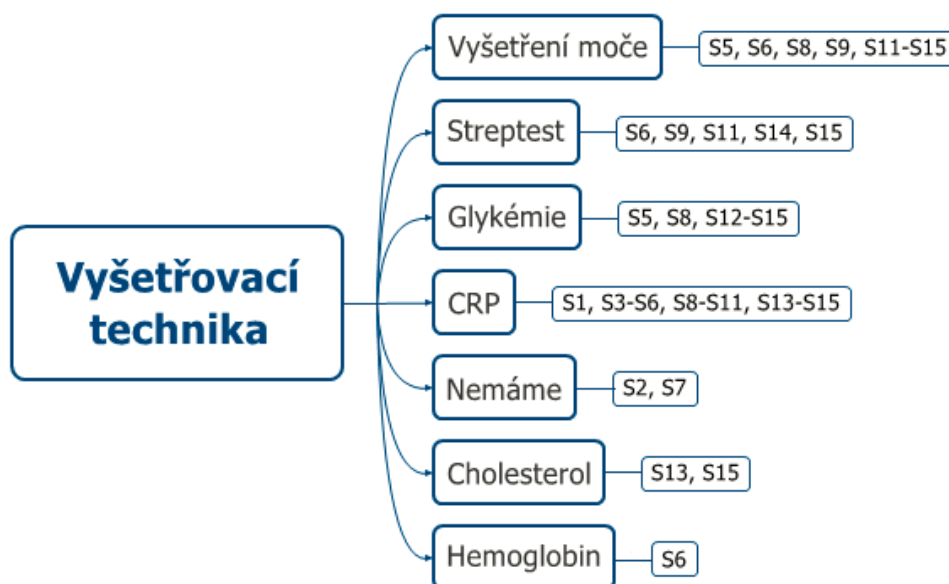
Schéma 10: Činnosti sestry v rámci léčebné péče



Podkategorie 2: Vyšetřovací technika

V neposlední řadě nás zajímalo, zda sestry mají k dispozici techniku pro vyšetřování biologického materiálu. Pouze sestry S2 a S7 uvedly že nemají v ordinaci žádnou přístrojovou techniku na vyšetřování biologického materiálu. „Nemáme, je to zbytečné, posíláme děti do laboratoře, která je tady u nás v budově.“ (S7). Sestra S2 uvedla, že v ordinaci vyšetřují pouze sedimentaci erytrocytů a moč pomocí testovacích proužků. 13 sester uvedlo, že využívají přístroj pro stanovení hodnoty CRP, 9 sester uvedlo, že využívají techniku pro vyšetřování moče, dále také pro zjištění glykémie, cholesterolu, na přítomnost Streptokoka a méně pak pro zjištění cholesterolu a hemoglobinu. Sestra S10 uvedla: „Máme na CRP, jinak nic, pak vše posíláme do laborky, měli jsme tedy ještě Strep test, ale ten jsme zrušili, protože nám ukazoval falešné hodnoty.“. Přehled vyšetření pomocí techniky je zobrazen ve Schématu 11.

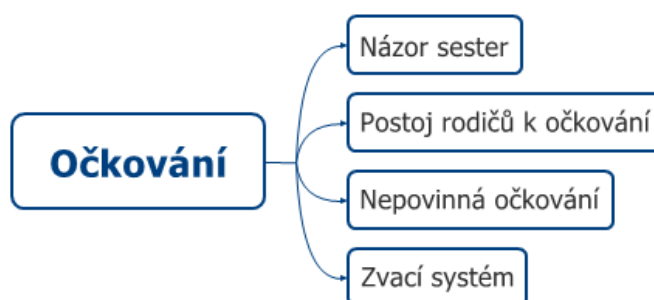
Schéma 11: Vyšetřovací technika



Kategorie 5: Očkování

Ikdyž se očkování řadí do preventivní péče, zařadili jsme ho jako samostatnou kategorii a to pro jeho rozsáhlost. Tuto kategorii jsme nadále rozdělili na čtyři podkategorie. Vznikla tak podkategorie *Názor sester*, *Postoj rodičů k očkování*, *Nepovinná očkování* a poslední podkategorii je *Zvací systém*.

Schéma 12: Očkování



Podkategorie 1: Názor sester

Zajímalo nás, jaký názor zaujímají sestry na nepovinná očkování, proto jsme do rozhovorů zařadili otázku vztahující se k této problematice. Obecně lze říci, že sestry zaujímají k nepovinnému očkování kladný postoj; zastávají takový názor, že očkování jsou vhodná a že je doporučují, avšak nic se nemá přehánět a mělo by se s nimi zacházet s opatrností a vždy dle individuality každého pacienta. Sestry S3 a S11 jsou názoru, že ne všechna nepovinná očkování jsou nutná a že zde hraje velkou úlohu komerce.

Podkategorie 2: Postoj rodičů k očkování

Většina sester na otázku: „*Mohla byste říci, jaký postoj zaujímají rodiče dětí k očkování?*“ odpověděla, že rodiče mají celkem pozitivní postoj k očkování, že si nechají doporučit a poradit, avšak přibývá těch, kteří se snaží očkování svého dítěte odsunout na pozdější věk. Sestra S2 odpověděla: „*Myslím, že přibývá extrémů. Jedni by nechali naočkovat své dítě nejraději již v porodnici i na nemoci, které ještě ani nebyly objeveny a jiní mají dojem, že každé očkování ohrožuje jejich dítě na životě. Tyto tendence jsou hlavně vidět ve větších městech a jsou to často skupiny kamarádících se rodin.*“. Podobného názoru jako sestra S2 je i sestra S8: „*Dva typy matek, jedny nechávají očkovat na všechna doporučená očkování a druhý typ matek je zásadně proti očkování.* Také sestra S14 je podobného názoru jako sestra S2 a S8.

Zajímavá je odpověď sestry S4: „*Vesměs pozitivní, ale přibývá hodně odkladačů očkování. Setkáváme se s odkladem základního očkování hexavakcínou většinou do 6 měsíců věku, někdy až do roku, případně až do předškolního věku. Teď jsme se také setkali s tím, že rodiče plně očkovaného dítěte (hexavakcínou a tak dále) odmítli očkování Boostrixem Polio v 11 letech z důvodu, že nevěří kombinovaným vakcínám.*“

Podkategorie 3: Nepovinná očkování

Do našeho výzkumného šetření byla také zařazena otázka týkající se nepovinného očkování. Sestry byly dotazovány: „*Jaká nepovinná očkování a proč ve Vaší ordinaci doporučujete a jaká nikoliv?*“. Sestry S3, S4, S5, S9, S11, S12, S13, S14 se shodly na tom, že nedoporučují očkování proti rotavirům. Sestra S4 odpověděla: „*Doporučujeme všechny, krom Rotarixu-na tuto očkovací látku jsme měli obrovské nežádoucí účinky, proto už ji nedoporučujeme.*“ Sestra S11 nedoporučuje očkování proti rotavirům z důvodu brzké zátěže novorozence. Sestra S14 uvedla: „*Moc nedoporučujeme očkování proti rotavirům, neboť si myslíme, že nemá zas takový efekt.*“. Oproti tomu sestra S10 odpověděla: „*Doporučujeme určitě rotaviry, když má dítě staršího sourozence v nějakém školním zařízení, teda je to opodstatněné do 5 let.*“.

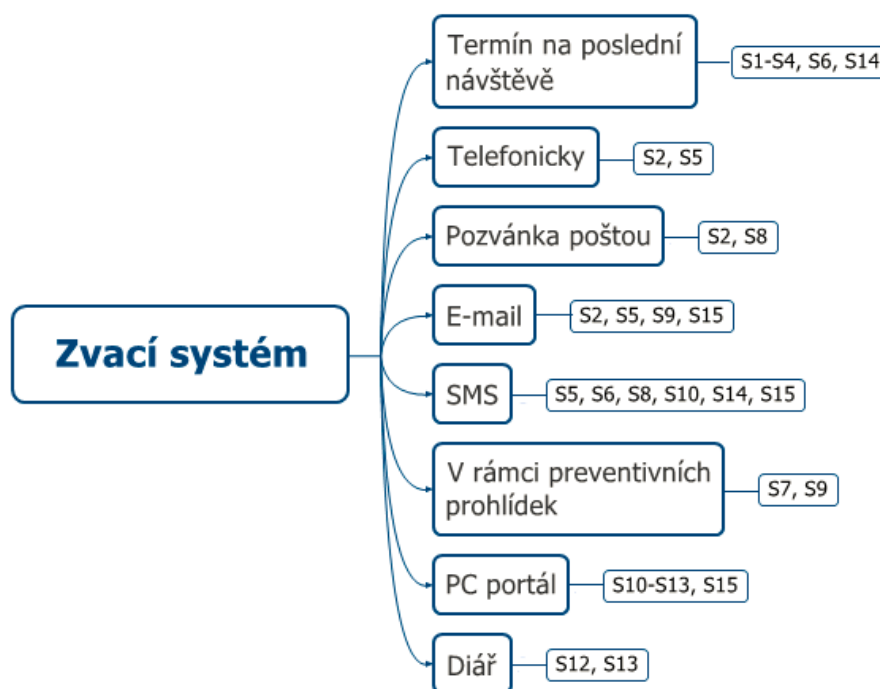
Dále z odpovědí sester vyplývá, že doporučují zejména očkování proti klíšťové encefalitidě, meningokokům, HPV, pneumokokům, žlutence typu A. Sestry S1, S6, S7 a S15 se shodly na tom, že umožňuje-li stav dítěte očkování, nebrání se žádnému očkování. „*Nedá se říci, že bychom vyloženě některá nedoporučovali nebo ano. Vždy*

záleží, co je pro dítě vhodné a co nikoliv, je to velice individuální dle anamnézy dítěte. K žádnému očkování se nestavíme vyloženě odmítavě.“(S15).

Podkategorie 4: Zvací systém

Sestry většinou nemají jednotný systém, ale kombinaci více způsobů. Nejvíce využívají předání termínu na poslední návštěvě, zasilání SMS z telefonů nebo zasilání SMS z internetového portálu. Dalšími způsoby, jak zvou sestry pacienty na očkování, jsou zasilání pozvánky poštou, posílání e-mailu, telefonicky či očkují v rámci preventivních prohlídek. Sestra S2 uvedla: *„...obdrží kartičku s datem příštího očkování. V případě, že se nedostaví, jsou vyzváni telefonicky, poštou, e-mailem.*“. Jednotlivé způsoby, jakými sestry zvou pacienty na očkování zobrazuje schéma 13.

Schéma 13: Zvací systém na očkování

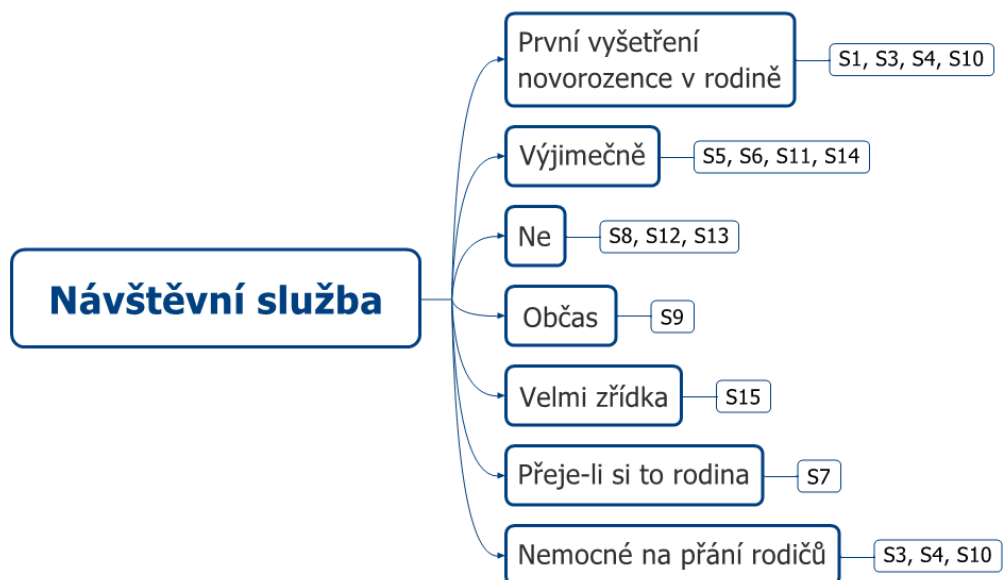


Kategorie 6: Návštěvní služba

Sestrám byla položena otázka: *„Navštěvujete v rámci své profese dětské pacienty v domácím prostředí?“. Na tuto otázku byly získány různorodé odpovědi. Sestra S2 uvedla: „Své příbuzné a známé ano. V těch ostatních případech to není o chtění, ale pokud to nemá být za zády lékaře, tak je to na něm, kolik volnosti Vám dá.“. Sestra S4 návštěvní službu vykonává: „Ano, v rámci záchyty novorozence – pokud se matka necítí na návštěvu u nás, jedeme my za ní. A také v případě nemoci – pokud je*

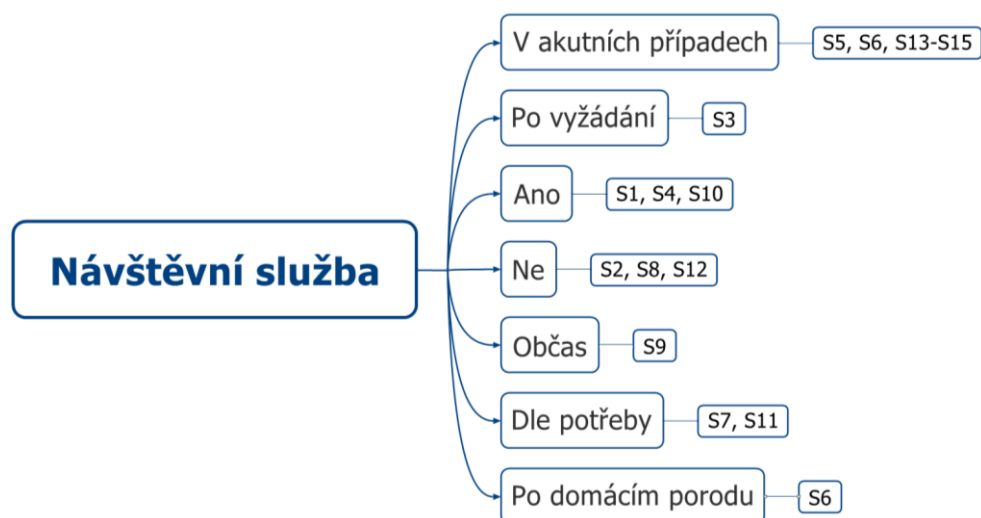
dítě ve stavu, kdy nemůže s rodiči zajet k nám (zvracení, průjmy, horečky) nebo pokud se nemají jak dopravit.“. Sestra S7 se setkává s odmítavým postojem rodičů k návštěvní službě: „Když rodina chce, tak ano, ale zkušenost je taková, že nechtějí.“. Schéma 14 zobrazuje jednotlivé odpovědi sester na tuto otázku.

Schéma 14: Návštěvní služba sester



Sestrám byla nadále položena otázka, která se týkala návštěvní služby lékařů u nichž pracují. Nejvíce sester, tedy 5 z 15, odpovědělo, že lékaři navštěvují pacienty v domácím prostředí pouze v akutních případech; 3 sestry uvedly, že lékaři nevykonávají návštěvní službu. Ostatní odpovědi lze vidět ve Schématu 15.

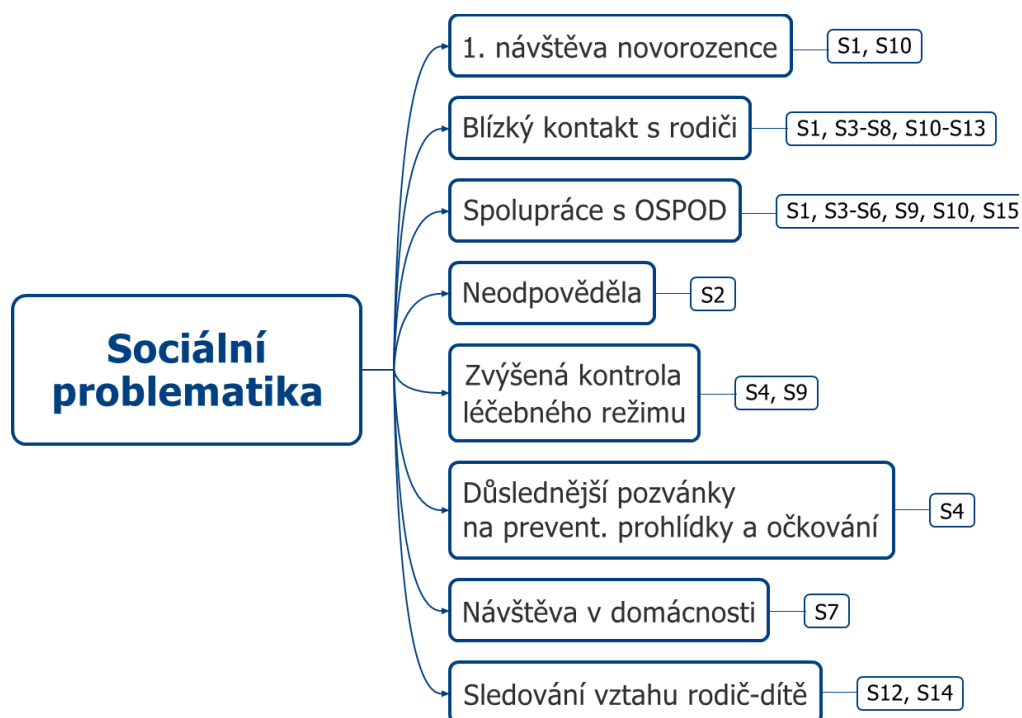
Schéma 15: Návštěvní služba lékařů



Kategorie 7: Sociální problematika

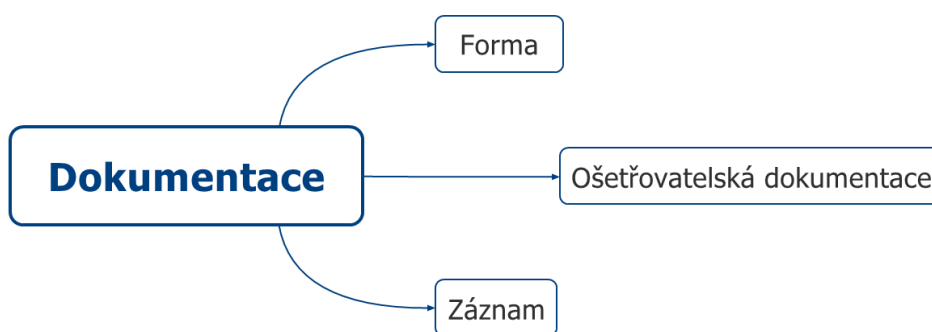
Kategorie Sociální problematika se zabývala otázkou „*Jakým způsobem zaměřujete péči na sociální problematiku?*“. Sestry S14 a S15 se shodly na tom, že řešit sociální problematiku je velice nelehkým tématem: „*Tato oblast je velice ožehavým tématem, není to úplně snadné. Ale musím říct, že velice často píše paní doktorka vyjádření na OSPOD.*“ (S15), „*Tato oblast není zrovna lehká, rodiče v těchto případech odmítají návštěvy v domovech a ti, co Vás domů pustí, tak nemusíte nic zjistit. Spíše sledujeme vztah mezi dítětem a rodičem a jestli se některý z nich nějak neprořekne nebo něco nevyplyne.*“ (S14). Stejně tak sestra S9 jako sestra S15 ve své odpovědi uvedla, že velice často spolupracují s OSPOD (Orgán sociálně-právní ochrany dětí): „*Tak rozhovor s rodiči a tak celkově sledování dětí, jestli chodí na prohlídky, jak je to s nimi, když jsou nemocní a tak. No a teď v poslední době musí paní doktorka psát hodně posudků na OSPOD. Tolik toho dříve nebývalo.*“.

Schéma 16: Sociální problematika



Kategorie 8: Dokumentace

Schéma 17: Dokumentace

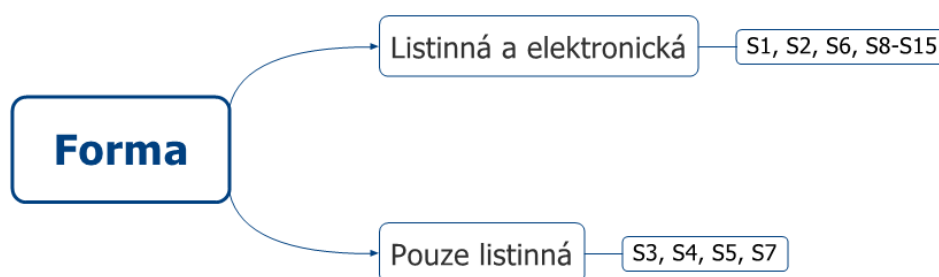


Kategorie 8 Dokumentace byla nadále rozdělena na 3 podkategorie. Na podkategorii Forma, Ošetrovatelská dokumentace a Záznam.

Podkategorie 1: Forma

První podkategorie se zabývala otázkou, jakou formou sestry vedou zdravotní dokumentaci v ordinaci, ve které pracují. Většina sester uvedla, že mají zdravotní dokumentaci jak v podobě elektronické, tak i v listinné. Pouze čtyři sestry, sestra S3, S4, S5 a S7, odpověděly, že zdravotní dokumentaci vedou pouze ve formě listinné. „Zaznamenáváme vše do PC a pak se to tiskne a zakládá do dokumentace.“ (S13).

Schéma 18: Forma zdravotní dokumentace



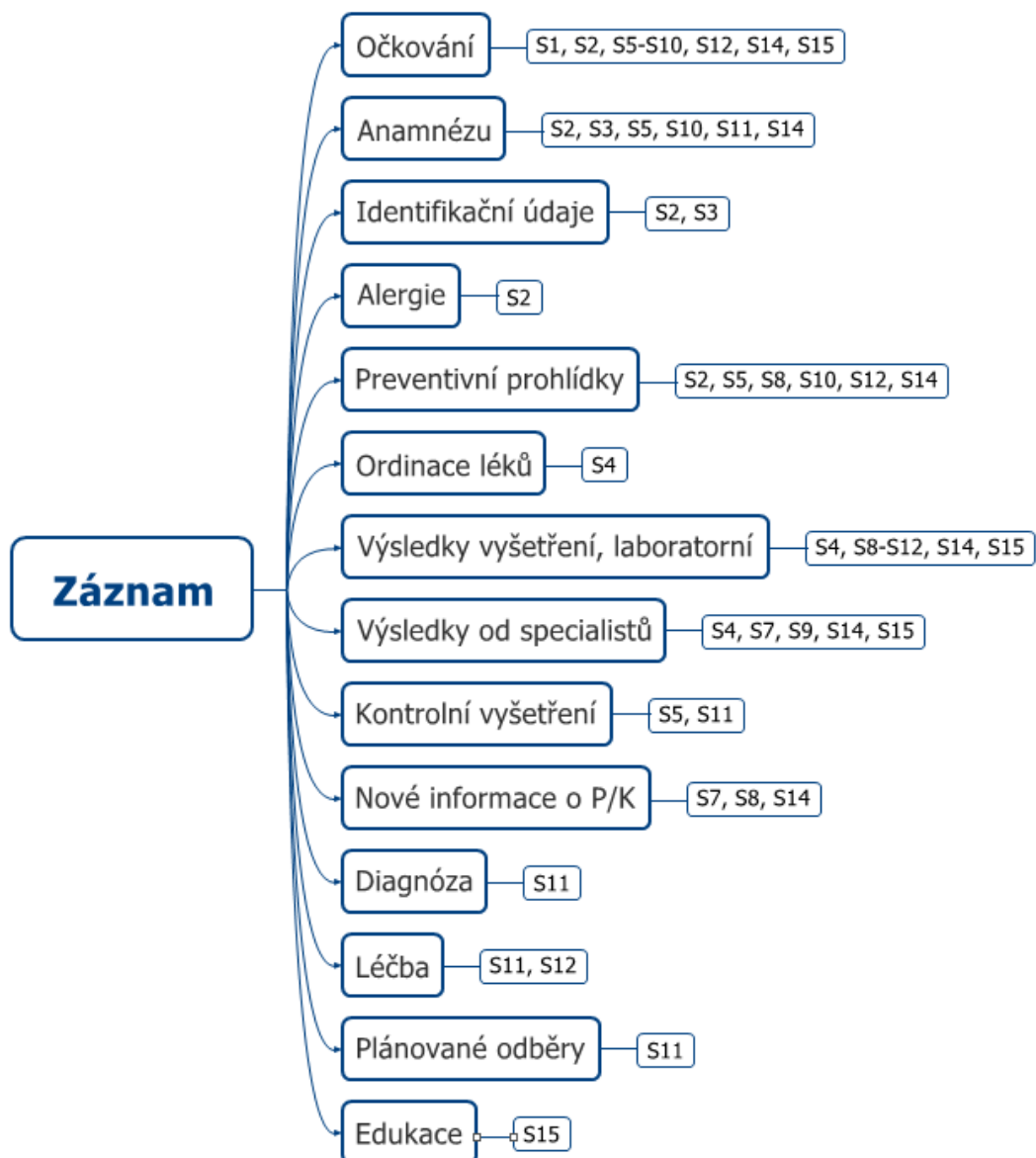
Podkategorie 2: Ošetrovatelská dokumentace

Na otázku, která byla položena sestřám: „*Máte ošetrovatelskou dokumentaci?*“, celkem 14 sester z 15 odpovědělo, že ošetrovatelskou dokumentaci nemají. „*Ne, pokud potřebuji něco zapsat, např. průběh záchyty novorozence sestrou, zapíšu svůj zápis pod zápis lékaře s mým podpisem.*“ (S4). „*Vyloženě ošetrovatelskou nemám, ale mám vytvořené přehledy o preventivních prohlídkách, očkováních a dalších.*“ (S7). Pouze sestra S8 na otázku, zda má ošetrovatelskou dokumentaci odpověděla kladně.

Podkategorie 3: Záznam

Tato podkategorie řeší otázku, co vše sestry zaznamenávají do zdravotnické dokumentace. Na tuto otázku jsme získali řadu odpovědí. Sestry nejčastěji zaznamenávají informace o proběhlých očkováních a očkováních dalších, anamnézu, údaje zjištěná při preventivních prohlídkách a návštěvách, výsledky laboratorních vyšetření i vyšetření jiných specialistů, informace o léčbě, plánovaných odběrech, kontrolních vyšetřeních, alergiích, nové informace o pacientech. „*Zaznamenávám očkování, když přijde nové dítě, tak zadat novou kartu, my jako sestry nemůžeme do dekurzu, do diáře zaznamenávám pozvánky.*“ (S6). „*Zaznamenávám do ní údaje, které já zjistím při prohlídce, jako jsou míry, váhy, vyšetření moče, popřípadě doplňuji anamnézu, když se mi s něčím rodiče či dítě svěří, další očkování, kontroly.*“ (S5). „*S čím dítě přichází, údaje při prevenci, aplikace léků, očkování, výsledky vyšetření...*“ (S12). Schéma 19 zobrazuje jednotlivé odpovědi sester, jimž byla položena otázka: „*Co vše Vy do zdravotnické dokumentace zaznamenáváte?*“.

Schéma 19: Záznam sestrou do zdravotní dokumentace



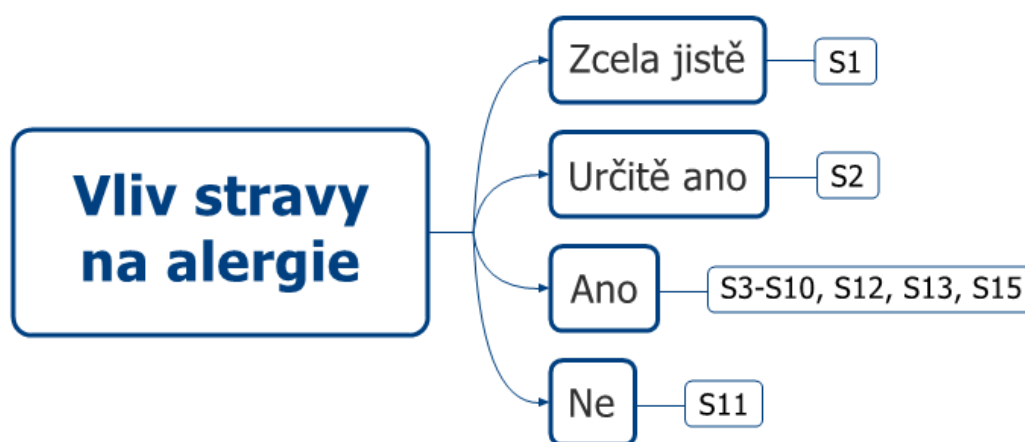
Kategorie 9: Výživa

Kategorie výživa byla rozdělena na 2 podkategorie, na podkategorii Vliv stravy na alergie a na podkategorii Zařazení lepku do stravy.

Podkategorie 1: Vliv stravy na alergie

Sestry se ve svých odpovědích na otázku: „Myslíte si, že má strava dítěte vliv na potravinové alergie?“ shodly až na sestru S11, která si myslí, že strava nemá vliv na potravinové alergie. Z celkového počtu dotázaných sester si 14 sester myslí, že strava má vliv na alergie. „Myslím si, že velice nevhodná strava u malých kojenců může mít jistý vliv na alergie, ale není to ten jediný.“ (S14). Podobný názor má také sestra S2: „Strava určitě ano, ale nejen ta, celkově životní styl.“, i sestra S8: „Myslím si, že ano, ale určitou roli zde hrají i genetické predispozice, chování matky v těhotenství.“ (S8). „Myslím si, že ano, ale chemie ve stravě, zdravá strava ne, to složení té stravy je důležité a rozhodující.“ (S6).

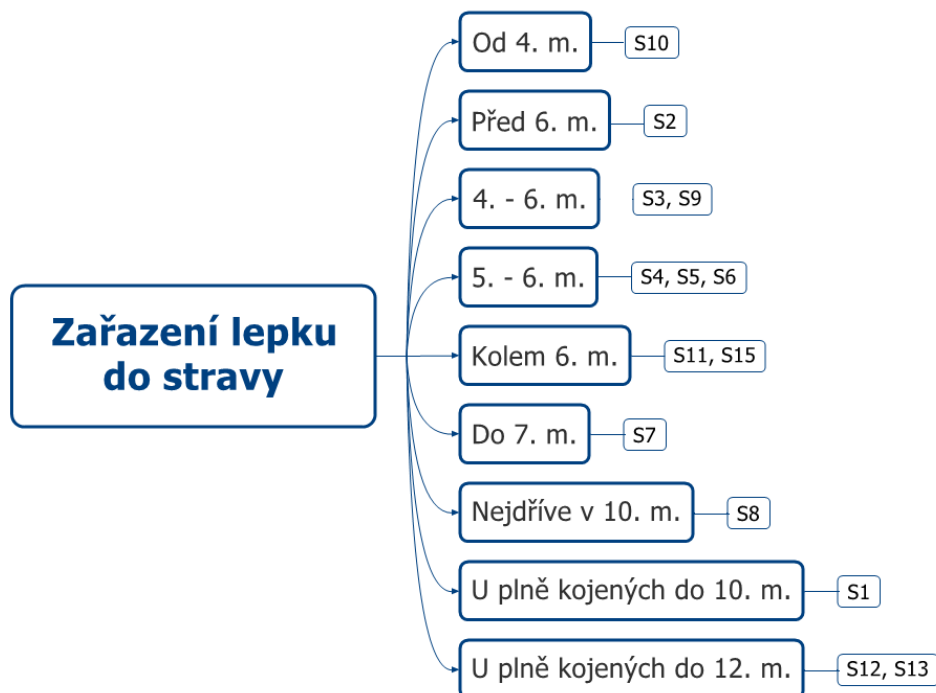
Schéma 20: Vliv stravy dítěte na potravinové alergie



Podkategorie 2: Zařazení lepku do stravy

Sestry byly dotázány: „Kdy by se dle Vašeho názoru měl do stravy dítěte zařazovat lepek?“. Odpovědi sester se na tuto otázku velice lišily. Sestra S14 uvedla: „Záleží na tom, do kdy je dítě kojeno, je-li kojeno, tak jistě v době kojení již zařazovat lepek, ale není-li kojeno, přikláním se k tomu, že kolem 6. měsíce.“. Sestra S4 odpověděla: „V naší ordinaci doporučujeme mezi 5. - 6. měsícem.“. Oproti tomu sestra S8 uvedla: „Myslím si, že v 10. měsíci.“. Schéma 21 zobrazuje odpovědi sester na otázku, kdy by se měl do stravy dítěte zařazovat lepek.

Schéma 21: Zařazení lepku do stravy dítěte



Kategorie 10: Vzdělávání

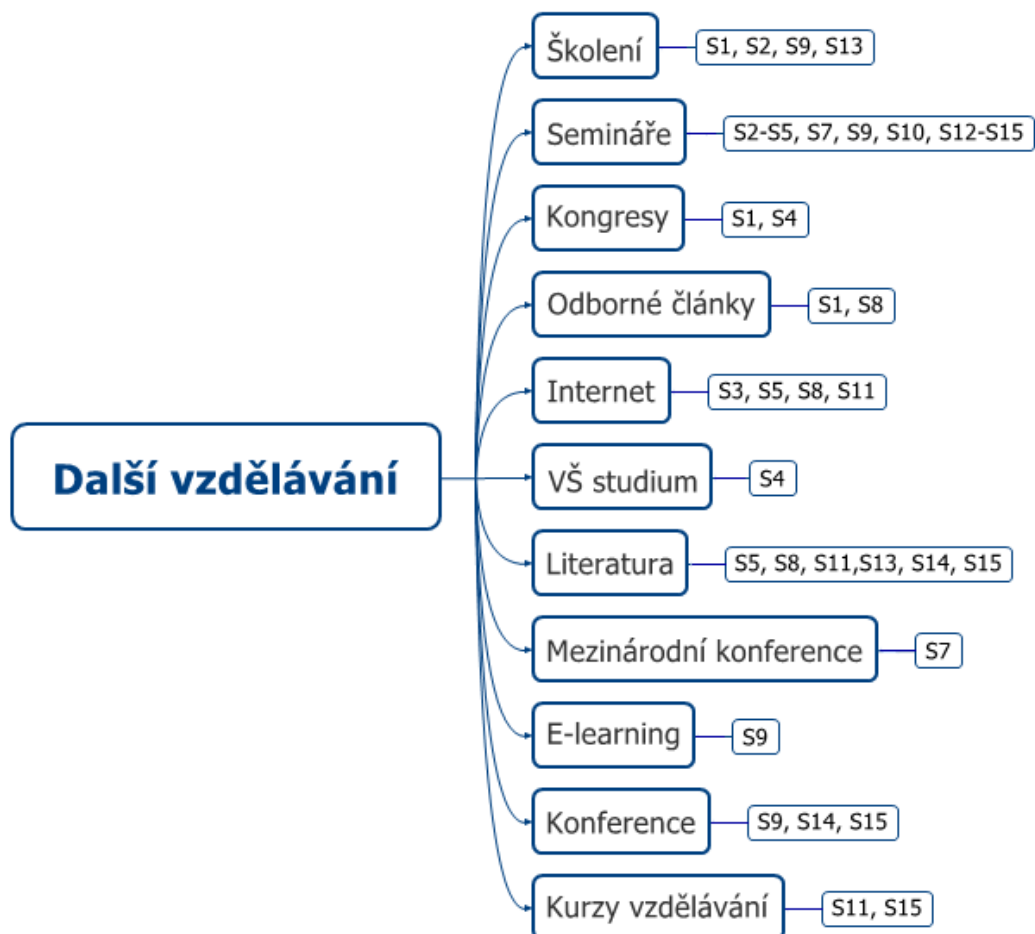
V neposlední řadě byly sestřám položeny otázky týkající se vzdělávání. Na otázku: „*Jaký máte názor na současné vzdělávání sester?*“ jsme získali rozmanité odpovědi. Některé sestry hodnotí současné vzdělávání jako dobré, některé jako zbytečně složité, chaos, či zmatek, jiné nesouhlasí se změnou vzdělávání na 4+1, jiné nesouhlasí s vysokoškolským vzděláváním sester. Sestry S9, S10 a S12 jsou zajedno v tom, že studentům dá nejvíce praxe a zaměstnání po studiu: „*Myslím si, že je to blbost. Jo škola dobrý, ale těm studentům dá stejně potom nejvíc, když jsou v praxi a zapracují se na konkrétním oddělení.*“ (S9), „*Myslím si, že to nemá žádný řád. Vzdělání je určitě potřeba, ale stejně potom dá nejvíc praxe.*“ (S10), „*Myslím si, že naprosto stačí, další vzdělání získá sestra praxí.*“ (S12).

Sestra S8 uvedla, že vysoká škola je potřebná, ale že délka studia se neodráží na platu ani na postavení. Obdobně odpověděla sestra S7: „*Myslím, že je to docela děs. Když už musí tak dlouho studovat, tak by podle toho mělo být také odpovídající finanční ohodnocení a postavení.*“ Oproti tomu sestře S6 se vysokoškolské vzdělávání sester nelíbí: „*Moc se mi nelíbí, že sestra musí mít vysokou školu, dřív sestřám stačili pouze 4 roky. Nevím, co se tak změnilo, že to teď nestačí.*“. Sestra S2 by chtěla zkrátit dobu studia a zaměřit se více na praxi: „*Chtělo by to změnu, zkrátit dobu studia, zaměřit se*

více na přípravu pro praxi. V současné době je málo akcí, které by přispěly k řešení aktuálních problémů a nedostatků na pracovišti a informovaly o nových poznatcích, kterých bychom mohly využít v naší každodenní praxi a ne že se bude očekávat, že si to ve vlastním zájmu a ještě v pracovní době přečteme na internetu a pak nás z toho bude někdo trapně zkoušet.“.

Otázka ohledně vzdělávání byla zaměřena také na samotné sestry. Sestrám byla položena otázka: „Jakým způsobem se nadále vzděláváte?“. Sestry nejčastěji ve svých odpovědích uváděly, že se nejčastěji vzdělávají formou seminářů, školení, studiem odborné literatury, odborných článků. Jiné sestry zase navštěvují kongresy a odborné konference či vzdělávací kurzy, popřípadě si doplňují vědomosti prostřednictvím internetu a jedna sestra uvedla, že studuje vysokou školu. Jednotlivé formy dalšího vzdělávání sester zobrazuje Schéma 22.

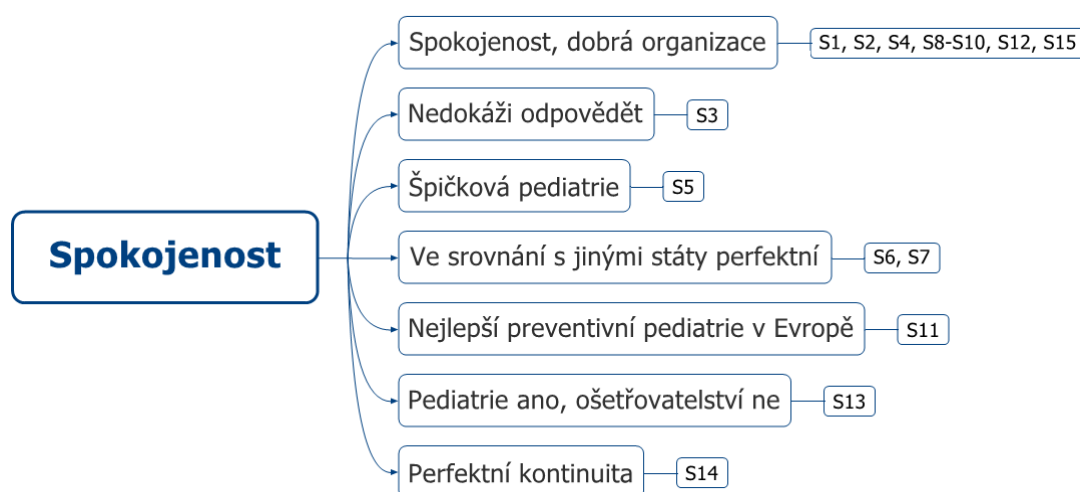
Schéma 22: Další vzdělávání



Kategorie 8: Pediatrie a pediatrické ošetřovatelství

Poslední otázky se týkaly spokojeností sester s organizací pediatrie a pediatrického ošetřovatelství v České republice. Většina dotázaných sester odpověděla, že jsou spokojeny s organizací pediatrie a pediatrického ošetřovatelství. Pouze sestra S3 nedokázala na položenou otázku najít odpověď a sestra S13 je spokojena pouze s pediatrií, s pediatrickým ošetřovatelstvím je nespokojena. Sestry S5, S6, S7 a S11 ve svých odpovědích uvedly vysokou kvalitu pediatrie u nás jako takové. „Česká republika patří mezi země se špičkovou nejen neonatologií, ale celkové pediatrií.“ (S5). „Já bych řekla, že je to v pořádku. Ve srovnání s jinými státy, myslím, že je to u nás perfektní.“ (S6). „Myslím, že máme nejlepší pediatrickou preventivní péči v Evropě.“ (S11). Sestra S10 je s organizací spokojena, ale uvítala by změnu: „Jako systém takový to není špatný, ale byla bych pro, aby to bylo jako dříve, že pediatr má na starosti osoby do 26 let, přeci jenom v 19 je člověk ještě dítě a nemusí mít dořešené věci z dětství. A pak si také myslím, že dospělá praktická lékařství u nás zrovna velkou kvalitou neoplyývá a moc nenavazuje právě péče na to dětské.“

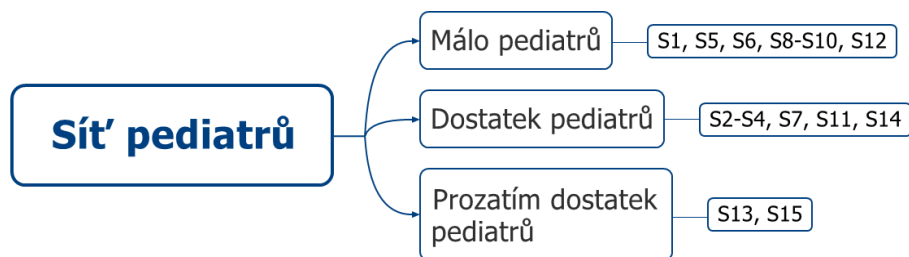
Schéma 23: Spokojenost sester s organizací pediatrické péče v České republice



Dále byly sestry dotazovány, zda si myslí, že je dostatečná síť pediatriů v České republice. Osm sester si myslí, že je dostatek pediatriů a 7 sester je opačného názoru. Sestry S13 a S15 si myslí, že je pediatriů prozatím dostatek, ale do budoucna můžeme očekávat jejich nedostatek, neboť je málo mladých lékařů, kteří tento obor studují. Sestra S14 si myslí, že pediatriů je dostatek, avšak problém je v jejich rozmístění. Myslí

si, že v centrech je praktických lékařů pro děti a dorost dostatečné množství, ale na periferii je počet pediatriů nízký. Naopak sestra S7 je názoru, že pediatriu je dostatečné množství, ale je nepoměr v počtu, kolik dětí má pediatr v péči – někteří jich mají příliš a jiní zase málo. Oproti tomu sestry S6 a S9 si myslí, že pediatriů je nedostatek z toho důvodu, že je velký počet pediatriů v seniorském věku. Jsou názoru, že postupně odchází do penze a nedostatek pediatriů teprve začne růst.

Schéma 24: Síť pediatriů



5 DISKUSE

Jednou z nejdůležitějších oblastí celospolečenských úkolů, které ovlivňují zdraví celé populace, je péče o dítě. Na komplexní péči o dítě se podílí řada společenských struktur, mezi kterými má základní a nezastupitelné místo rodina. Mimo ni se na péči o dítě podílí další společenské úseky, zdravotnictví, školství i sociální péče (Klíma, 2016). Česká republika se řadí mezi země s tradičním modelem pediatrické péče, kdy o dítě a dorost pečuje pediatr. V rámci tohoto modelu dosahuje Česká republika výborných výsledků nejen v Evropě, ale i po celém světě (Muntau, 2014). Pediatrie jako obor tvoří základ komplexní péče o dítě a podle jeho potřeb mu poskytuje péči. Praktický lékař pro děti a dorost a dětská/všeobecná sestra jsou linií prvního kontaktu dítěte s primární péčí (Klíma, 2016).

Naším hlavním cílem bylo zjistit náplň a obsah ošetrovatelské péče poskytované dětskou sestrou v primární pediatrické péči. Jako dílčí cíle jsme si stanovili zmapovat síť primární pediatrické péče v Jihočeském kraji, jaké je personální zabezpečení ordinací praktických lékařů pro děti a dorost a jaký názor mají sestry na vzdělávání. V návaznosti na tyto cíle jsme si zvolili 5 výzkumných otázek: Jaké činnosti vykonávají sestry v rámci preventivních prohlídek u praktického lékaře pro děti a dorost?, Jaké činnosti sestry vykonávají v rámci léčebné péče?, Jak sestry využívají ošetrovatelskou dokumentaci?, Jaké je personální zabezpečení ordinací praktických lékařů pro děti a dorost? a Jakým způsobem se sestry nadále vzdělávají?

Preventivní prohlídky v činnosti pediatra hrají významnou roli. Je známo, že je lépe nemocem předcházet, než je následně léčit. Neboť včasné odhalení odchylek a skrytých poruch a následně včasné zahájení léčby pak minimalizuje následky postižení (Vincentová, 2007). Sestra v rámci preventivních prohlídek vykonává řadu činností – od objednávání pacientů na preventivní prohlídky přes vyšetřování biologického materiálu, od očkování k edukaci rodičů i dětí o správné výživě, úrazové prevenci či prevenci nemocí. Pro přehlednost bylo vytvořeno Schéma 4, které zobrazuje činnosti, které sestry vykonávají v rámci preventivních prohlídek. Dle Vincentové (2007) má dětská sestra v rámci prevence nezastupitelnou roli v navázání důvěry u dítěte, která ho zbavuje pocitu strachu a obav z vyšetření. Proto dle Vejrostové (2006) je základní povinností sestry příjemné vystupování a trpělivost.

Jak píše Růžková (2014) v posledních několika letech jsou v ordinacích dětských lékařů stále více používány takzvané POCT přístroje (point of care testing), které slouží

k vyhodnocení rychlých diagnostických testů, například pro zjištění C-reaktivního proteinu, na přítomnost Streptococcus pyogenes skupiny A (Strep A testy), k vyšetření moči, k vyšetření hladiny cholesterolu, cukru v krvi, hemoglobinu, hematokritu a další.

Také našim respondentkám byla položena otázka týkající se diagnostického přístrojového vybavení, která zněla „*Máte ve Vaší ordinaci techniku pro vyšetření biologického materiálu?*“. Na tuto otázku pouze 2 sestry odpověděly záporně, tedy že žádnou přístrojovou techniku pro vyšetření biologického materiálu v ordinaci nemají. Ostatní sestry uvedly, jaká vyšetření pomocí přístrojové techniky vykonávají. Jednotlivé odpovědi zobrazuje Schéma 11. Všechny sestry, které uvedly, že mají přístrojovou techniku, odpověděly, že vyšetřují C-reaktivní protein. Dále častou odpovědí bylo vyšetření moče, glykemie a Streptest.

Přístrojové vyšetření moči je vždy přesnější než vyšetření moče pouhým okem pomocí testovacích papírků. Přístrojové vyšetření moči se obejde bez chyby subjektivního hodnocení, neboť subjektivní hodnocení – odečítání podle barevné stupnice je závislé na vnímání barev, a ne každý lékař a sestra vnímají barvy stejně.

Další série otázek na sestry byla zaměřena na problematiku očkování. Jak píše Bencko a Chlíbaek (2015) očkování představuje jeden z nejvýznamnějších úspěchů na poli předcházení infekčním onemocněním, která ještě v 19. století představovala jednu z nejčastějších příčin úmrtí v Evropě a dosud jsou v rozvojovém světě významnou příčinou úmrtnosti populace, zejména té dětské. Na jedné straně stojí úspěch očkování, ale na straně druhé dochází ke zpochybňování a odmítání očkování. I některé sestry z našeho výzkumného šetření ve svých odpovědích uvedly, že dnes přibývá takzvaných odmítačů nepovinného, ale i povinného očkování, avšak na druhé straně si všímají rodin, které by nejráději nechali naočkovat své dítě všemi dostupnými očkovacími látkami již v porodnici. Kde naleznout tedy tu správnou hranici?

Naše respondentky v návaznosti na tuto problematiku byly dotazovány, zda existuje nějaké očkování, které ve své ordinaci svým pacientům nedoporučují. Získali jsme zajímavé výsledky – osm sester odpovědělo, že nedoporučují očkovat děti proti rotavirovým nákazám. A proč tomu tak je? Některé sestry uvedly, že nezpozorovaly efekt tohoto očkování, jiné odpověděly, že na tuto očkovací látku měly děti velké nežádoucí účinky a setkali jsme se také s názorem, že toto očkování přináší brzkou zátěž pro novorozence.

Do roku 2015 zařadilo rotavirové vakcíny do národních očkovacích programů 75 států. V rámci evropského regionu Světové zdravotnické organizace se k rutinní

vakcinaci od roku 2006 do roku 2016 připojilo 11 států. Další státy, mezi nimiž je i Česká republika, vydaly národní doporučení k tomuto očkování. První evropským státem, jenž získal zkušenosti s plošným očkováním rotavirovou vakcínou bylo Rakousko, které schválilo vakcinaci v roce 2006. V dalších letech se k tomuto kroku přidalo Německo, Lucembursko, Belgie, Finsko, Norsko, Velká Británie (Kračmarová, 2015).

Touto problematikou se však nezabývá pouze evropský kontinent, ale napříč celým světem zainteresovaní odborníci řeší otázku očkování proti rotavirovým nákazám. Například v Bolívii, Panamě, Botswaně, Armenii, Bangladéši, ale zejména také ve Spojených státech amerických výzkumné studie poukazují na přínos rotavirových vakcín zejména v souvislosti s poklesem hospitalizací a úmrtím dětí na gastroenteritidu (zánětlivé onemocnění žaludku a střeva). V Bolívii ve srovnání se stavem před vakcinací a po vakcinaci byl pokles rotavirových infekcí snížen o 40,8 % (Inchauste et al., 2017). V Panamě tento pokles činil 30 % (Bayard et al., 2012). Podobná čísla získali i v Botswaně, kde se v období po vakcinaci snížila hospitalizace dětí v souvislosti s rotavirovými infekcemi o 23 % a dokonce se snížila úmrtnost o 22 % (Enane et al., 2016). Vysokého poklesu hospitalizace po vakcinaci dosáhli v Arménii, kdy během prvního roku po vakcinaci pokles činil 48 %, ale po třech letech po vakcinaci bylo dosaženo poklesu hospitalizací o 75 % (Sahakyan et al., 2016.). Také americká studie, která pracovala s velkým, geograficky a demograficky rozmanitým vzorkem amerických dětí, získala data, která poukazují na trvalou ochranu proti rotavirové gastroenteritidě (Payne et al., 2015).

Pro rotavirovou gastroenteritidu je v České republice ročně hospitalizováno 3-5 tisíc dětí mladších 5 let. Avšak proočkovanosť v České republice stagnuje, v roce 2013 bylo vakcinováno 15,5 % narozených dětí (Kračmarová, 2015).

Otázkou tedy je, proč se setkáváme s odmítáním očkování obecně, když jsou po celém světě výzkumné studie, které poukazují na efekt vakcinace. Rodiče často uvádějí, že pramenem jejich obav je autismus a další nežádoucí účinky plynoucí ze škodlivého složení očkovacích látek. Řadu let mezi rodiči dětí panovalo přesvědčení, že očkování stojí za autismem, které způsobují látky obsažené v očkovacích látkách, avšak jak píše Bencko a Chlíbaek (2015) toto tvrzení je neopodstatněné a spolehlivě vyvrácené řadou výzkumných studií.

Dle mého názoru člověk má v sobě přirozenou touhu stavět se proti povinnému a doporučenému, chce mít pocit svobody v rozhodování. Nemohu si jinak vysvětlit např. dnešní situaci ohledně očkování proti tuberkulóze. V minulých letech se toto očkování řadilo mezi ta povinná, v současnosti tomu tak již není – touto vakcínou se očkují pouze rizikové skupiny novorozenců na základě posouzení dětského lékaře a na základě dotazníku, který matka vyplňuje v porodnici. Avšak najdou se matky, které záměrně uvádí mylné informace jen proto, aby jejich dítě bylo očkováno, a „buší“ na dveře kalmetizačních center. Nebo snad k odmítání očkování vede neinformovanost rodičů? Otázkou je zda, můžeme s klidným svědomím říci, jestli zdravotníci rodiče dostatečným a vhodným způsobem o očkovacích látkách informují nebo zda pouze předají informační letáky a brožury a rodiče jsou tak odkázáni sami na sebe a internetové stránky, které mnohdy uvádí mylné někdy až do konce lživé a škodlivé informace či jsou rodiče odkázáni na rady kamarádů a známých, které stejně tak nemusí být pravdivé a validní. Narážím tím na studii, která byla provedena v Itálii, jejímž předmětem zkoumání byl informovaný souhlas s hexavakcínou. Tato vakcína totiž obsahuje pro Itálii 4 povinné a 2 nepovinné očkovací látky, o nichž by měl být rodič informován a současně by měl podepsat informovaný souhlas. Avšak k mému překvapení ani jeden rodič nebyl informován, že jejich dítě je očkováno vakcínou, která obsahuje nepovinnou očkovací látku (Attena et al., 2014).

Stejně jako očkování, tak i zařazování lepku do stravy dítěte je velice bouřlivou problematikou. Na tuto problematiku není jednotný názor ani jednotné doporučení. Taktéž jsme ani u našich respondentek nenalezli shodu. Některé sestry uvedly, že je vhodné do stravy dítěte zařazovat lepek od 4. měsíce věku, další kolem 6. měsíce jiné zase od 10. měsíce a některé odpověděly, že u plně kojených dětí doporučují zařazovat lepek od 10. i 12. měsíce věku.

Gregora a Zákostelecká (2014) píší že nemléčné příkrmy je nejvhodnější zavádět za současného kojení. Dle alergologů se může zaváděním příkrmů stejně tak i lepku po 26. týdnu věku dítěte promeškat doba, kdy lépe dítě toleruje nové potraviny. Mezi 4. až 6. měsícem je takzvané okno imunologické tolerance, a to i bez souvislosti s kojením, optimálně však za plného nebo částečného kojení. Stejného názoru je i gastroenterologická společnost, která doporučuje interval od 17. do 26. týdne pro zavádění nemléčných příkrmů totéž platí i v případě lepku. I Chmielewská a kolektiv (2015) doporučuje zavádět lepek do stravy, zatímco je dítě ještě kojeno, neboť to snižuje riziko celiakie, a dokonce také diabetu mellitu 1. typu a alergie na pšenici.

Dále doporučuje, aby se zabránilo jak předčasnému (dříve než ve 4 měsících) tak i pozdnímu (déle než v 7 měsících) zavádění lepku do stravy dítěte.

Po vydání doporučení Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu publikovaly národní pediatrické společnosti svá doporučení. Spojené státy americké vydaly doporučení, že komplementární výživa by měla být zavedena mezi 4. až 6. měsícem, ve Švédsku ne před 4. a ne později než v 6. měsíci, v Německu ne před 5. měsícem, a ne později než na začátku 7. měsíce a v Chorvatsku bylo vydáno doporučení, že komplementární výživa by měla být zavedena po dokončení 4. měsíce (Bělohlávková, 2014). Autoři se shodují na tom, že zavádění lepku by mělo být postupné s počáteční malou dávkou lepku – cca 6 gramů mouky na den, což odpovídá dvěma piškotům.

Druhou výzkumnou otázku, tedy – *Jaké činnosti vykonávají sestry v rámci léčebné péče?* se nám taktéž podařilo zodpovědět. Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že nejčastějšími činnostmi, které sestry v rámci léčebné péče u praktického lékaře pro děti a dorost vykonávají, jsou převazy ran, aplikace léků, odběr biologického materiálu k vyšetření a kontrola fyziologických funkcí. Méně často pak uvedly administrativu, asistenci lékaři, nácvik inhalací a nácvik aplikace inzulínu. Odběr biologického materiálu indukuje lékař, ale sestra musí umět materiál odebrat přesně dle stanovených postupů, instrukcí laboratoře, standardů a hygienických předpisů. Nekvalitně a špatně odebraný materiál může ohrozit nejen léčbu, ale i život dítěte. Proto je důležité, aby sestra měla v této oblasti potřebné znalosti a dovednosti. Stejně tak je tomu i v oblasti podávání léků a léčiv, sestra musí mít na paměti, že dítě není pouze zmenšeninou dospělého jedince, ale odlišně reagující a vyvíjející se organismus. Forma léků i jeho způsob aplikace, který je u dospělého běžným postupem může být pro dítě nevhodné či dokonce ohrožující.

Třetí výzkumná otázka „*Jak sestry využívají ošetrovatelskou dokumentaci?*“ byla zodpovězena dle našeho očekávání. Sestry ve svých odpovědích uvedly, že ošetrovatelskou dokumentaci nemají, pouze jedna sestra uvedla, že ošetrovatelskou dokumentaci má, ale nadále se o její formě či podobě nechtěla zmiňovat. Sestra S4 na otázku, zda vede ošetrovatelskou dokumentaci odpověděla: „*Ne, pokud potřebuji něco zapsat-například průběh záchytu novorozence sestrou, zapíšu svůj zápis pod zápis lékaře s mým podpisem.*“.

Další výzkumná otázka zní: „*Jaké je personální zabezpečení ordinací praktických lékařů pro děti a dorost?*“. V rámci našeho výzkumného šetření bylo osloveno celkem

27 osob v rámci 24 ordinací praktických lékařů pro děti a dorost pracujících na pozici sestra. Z tohoto počtu 12 osob odmítlo rozhovor poskytnout, z nichž 6 osob odmítlo z důvodu, že nemají vzdělání ve zdravotnictví. Do analýzy dat bylo tedy zařazeno 15 rozhovorů, které byly vedeny se 14 sestrami a 1 zdravotní laborantkou. Z celkového počtu sester bylo 8 všeobecných a 6 dětských sester. Ze 24 oslovených ordinací zaměstnávalo 22 ordinací jednu osobu na pozici sestra. V jednom případě byly v jedné ordinaci zaměstnány tři sestry a v jednom případě sestry dvě. Dále ve dvou ordinacích byly zaměstnány ještě fyzioterapeutky.

Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2015) je v České republice zhruba 2 025 praktických lékařů pro děti a dorost. Z toho počtu je zhruba 124 praktických lékařů pro děti a dorost na území Jihočeského kraje. V Jihočeském kraji tedy na jednoho pediatra připadá téměř 936 registrovaných pacientů. Avšak největší počet registrovaných pacientů připadá na pediatrie ve Středočeském (1 023), Ústeckém (1 019) a Pardubickém (1 036) kraji (viz Příloha 1). Co se týče zdravotnických pracovníků nelékařů způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu pracujících v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v rámci České republiky jich je zhruba 1 984, z tohoto počtu je k mému překvapení 1 517 (76,46 %) dětských sester. Těší mě, že dětské sestry zastupují takové procento. Jsem ráda neboť pediatrie jako taková má obrovské množství specifík, kterými se liší od dospělého lékařství, proto je potřebné, aby sestry, které pracují s dětmi byly v tomto oboru vzdělané. V Jihočeském kraji procento zastoupení dětských sester je výrazně nižší. Ze 117 zdravotnických pracovníků nelékařů je 64 dětských sester, tedy 54,7% (viz Příloha 1). Dalším zajímavým údajem je, že na jednoho lékaře v Jihočeském kraji připadá ročně 6 008 ošetření-vyšetření (viz Příloha 2), vezmeme-li fakt, že rok má přibližně 250 pracovních dní, tak za jeden den musí pediatr průměrně udělat 24 vyšetření-ošetření.

Dále nás zajímalo, jak jsou sestry spokojeny s organizací pediatrie a pediatrického ošetřovatelství v České republice a zda je podle jejich názoru dostatečná síť pediatrů. Z odpovědí sester lze usoudit, že s organizací pediatrie a pediatrického ošetřovatelství jsou spokojeny, chválí jak organizaci, kontinuitu, tak i kvalitu péče hodnotí na výborné úrovni. Avšak hůře hodnotí spokojenost s hustotou sítě primární pediatrické péče. Sedm sester uvedlo, že je málo pediatrů. Oproti tomu si 6 sester myslí, že síť pediatrů je dostatečná a 2 sestry jsou názoru, že prozatím je pediatrů dostatek, avšak jejich nedostatek lze v budoucnu očekávat, neboť na jedné straně je nízký počet mladých lidí,

kteří studují dětské lékařství a na druhé straně je velký počet pediatriů v seniorském věku – po odchodu do penze bude jejich pokles patrný. Podobného názoru je i Muntau (2014), která píše, že současným problémem praktických lékařů pro děti a dorost je jejich poměrně vysoký věk.

Pátou, poslední výzkumnou otázkou bylo: „*Jakým způsobem se sestry nadále vzdělávají?*“. Odpověďmi na položenou otázku týkající se vzdělávání sester jsem byla velice překvapena. Sestry ke vzdělávání využívají celou řadu možností, jak si zvyšovat své znalosti, dovednosti, ale také kompetence. Nejvíce je sestrami využíváno další vzdělávání formou seminářů, dále studiem odborné literatury, školeními, prostřednictvím internetu, vzdělávacích kurzů, ale také k mému překvapení i kongresy a konferencemi, a to dokonce i zahraničními. Jedna sestra uvedla, že pokračuje studiem na vysoké škole.

Jak píše Vejrostová (2006), povinností dětské sestry je mimo činnosti v rámci preventivních prohlídek, léčebné péče, zabezpečování chodu ordinace také vzdělávání, kdy se zajímá o nové diagnostické i léčebné postupy a léky v pediatrii. Povinnost celoživotního vzdělávání plyne nejen pro sestry, ale je společná všem zdravotnickým a i jiným odborným pracovníkům. Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti v konkrétním oboru v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky a postupy (Vévoda, 2013). V dnešní době, době globalizace, kdy dochází k propojování celého světa, k rychlému toku informací, technickému rozvoji světa je potřebné ba dokonce nutné, aby se zdravotničtí pracovníci neustále, kontinuálně vzdělávali, neboť postupy, které dnes považujeme v péči o člověka za nejmodernější, nejdokonalejší mohou být za několik let nevhodné, nedostačující či dokonce v rozporu s novými medicínskými postupy.

Sestry si uvědomují potřebnost kvalitního vzdělání pro sestry, ale současná situace ve vzdělávání sester v České republice, se jim zdá chaotická, zmatečná, komplikovaná. Jiné sestry se zase přiklání k tomu, že studium je samozřejmě důležité, ale studentům dá nejvíce praxe na konkrétním oddělení. „*Praxe je nejlepší učitelka.*“, pronesl M. T. Cicero (Pitáková, 2014, s. 73). Respondentka S2 uvedla svoji představu vzdělávání: „*Chtělo by to změnu, zkrátit dobu studia, zaměřit se více na přípravu pro praxi. V současné době je málo akcí, které by přispěly k řešení aktuálních problémů a nedostatků na pracovišti a informovaly o nových poznatcích, kterých bychom mohli využít v naší každodenní praxi a ne že se bude očekávat, že si to ve vlastním zájmu*

a ještě v pracovní době přečteme na internetu a pak nás z toho bude někdo trapně zkoušet.“. Dle mého názoru ani tak nezáleží na délce studia jako na samotném postoji a motivaci ke studiu. Když student, sestra nebude chtít učit se, vzdělávat se, získávat nové vědomosti, dovednosti a postoje, učit se od jiných, ale i z vlastních chyb, bude jeho „studium“, které bude trvat 3, 5 nebo i 10 let, pouhým únikem od ekonomické odpovědnosti a samostatnosti. Proto by naší snahou mělo být aby lidé studovali a zdokonalovali se, protože sami chtějí, ne proto že to říká ten a ten právní předpis, protože: *„Ne to, co mám, ale to, co vím, je mým bohatstvím.“* (Carlyle).

6 ZÁVĚR

Primární péče je úrovní prvního kontaktu jedince, rodiny či komunity se zdravotní a sociální péčí. Těžiště primární péče o děti a dorost spočívá v činnostech praktického lékaře pro děti a dorost a dětské sestry. Pediatr a dětská sestra poskytují péči dětem zdravým, nemocným, ale i ohroženým nemocí, rodinným prostředím či prostředím výchovně vzdělávacích institucí. Dětská sestra se podílí na komplexní péči o děti od narození až do skončeného 19. roku života.

V teoretické části diplomové práce bylo naší snahou komplexně popsat činnosti a náplň práce sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Činnosti, které vykonává v rámci preventivní péče i péče léčebné. Dále jsme se zabývali pediatrií a pediatrickým ošetřovatelstvím obecně, ale také i vzděláváním sester.

Empirická část práce byla zaměřena na náplň a obsah ošetřovatelské péče poskytované dětskou sestrou v primární pediatrické péči, personální zabezpečení ordinací praktického lékaře pro děti a dorost a v neposlední řadě na vzdělávání sester.

V návaznosti na naše výzkumné cíle jsme stanovili pět výzkumných otázek. První výzkumná otázka se týkala činností, které sestry vykonávají v rámci preventivních prohlídek. Odpovědí na tuto otázku je řada činností, které sestry vykonávají. Mezi ně patří objednávání pacientů na prohlídky, zjišťování somatometrických údajů, screening zrakových a sluchových vad, očkování, vyšetřování moče, vedení dokumentace, edukace rodičů a dětí o výživě, prevenci úrazů nemocí a další činnosti, které zobrazuje Schéma 4. Druhá výzkumná otázka se zabývala problematikou léčebné péče a činnostmi, které sestra vykonává. V rámci této péče činnostmi sestry v primární péči jsou zejména odběry biologického materiálu, aplikace léků, převazování ran, kontrola fyziologických funkcí, asistence lékaři, administrativa a další činnosti, které zobrazuje Schéma 10.

Avšak na třetí výzkumnou otázku jsme nezískali uspokojivou odpověď, neboť sestry uvedly, že ošetřovatelskou dokumentaci nemají, proto ji nevedou. Čtvrtá výzkumná otázka se týkala personálního zabezpečení ordinací praktických lékařů pro děti a dorost. V našem výzkumném šetření, kdy jsme oslovili 22 ordinací praktických lékařů bylo na pozici sestry 7 nezdravotníků, 1 zdravotní laborantka a zbývající část tvořily všeobecné a dětské sestry. Ve dvou ordinacích nadále sestry uvedly že s nimi vedle lékařů pracují fyzioterapeutky. Poslední, pátá výzkumná otázka se týkala v současné době velmi diskutované problematiky – vzděláváním. Sestrám byly

položeny otázky jednak vzdělávání jako přípravy sester na povolání, jednak také na vzdělávání celoživotní. Sestry hodnotí současné vzdělávání sester jako chaotické, komplikované, zmatečné. Avšak vzdělávání celkově hodnotí jako potřebné a neustále si své vědomosti a dovednosti prohlubují formou seminářů, odborné literatury, školení, vzdělávacích kurzů, kongresy a konferencemi.

Doufám, že tak, jak si naše respondentky uvědomují potřebu vzdělávání, si i široká veřejnost uvědomí, že potřebujeme kvalitní sestry, ať už jsou to sestry dětské či jiné, s vysokoškolským vzděláním nebo bez něho. Ale zejména u sester, které pracují s dětskou populací to platí dvojnásob. To, co dítě získá nebo ztratí během svého dětství, si s sebou ponese celý život. A právě sestra může svým přístupem, vědomostmi a dovednostmi vývoj dítěte směřovat tím správným směrem, ale pouze za předpokladu, že bude poskytovat kvalitní péči, stejně jako v případě, pokud se na ni rodiče obrátí s radou či ji děti požádají o pomoc, bude sestra umět správně a vhodně pomoci a poradit.

Věřím, že poznatky, které jsem získala při tvorbě této diplomové práce, využiji v budoucnu při své práci, při vykonávání profese dětské sestry. Dále by tato práce mohla posloužit jako nástin problematiky primární pediatrické péče pro studenty zdravotnických oborů, ale i široké veřejnosti. Pouze nástin z toho důvodu, že ošetrovatelská péče v primární pediatrické péči je velice širokým tématem a není v možnostech této práce pojmout celou problematiku.

7 SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH PRAMENŮ

1. ATTENA, F. et al., 2014. The informed consent in Southern Italy does not adequately inform parents about infant vaccination. *BMC Public Health*. 14(2), 211-216. doi: 10.1186/1471-2458-14-211.
2. BAYARD, V. et al., 2012. Impact of rotavirus vaccination on childhood gastroenteritis-related mortality and hospital discharges in Panama. *International Journal of Infectious Disease*. 16(2), 94-98. doi: 10.1016/j.ijid.2011.09.003.
3. BĚLOHLÁVKOVÁ, S. et al., 2014. *Doporučení Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat*. 66 s. Dostupné z: <http://www.1000dni.cz/wp-content/uploads/2014/04/doporuceni>.
4. BENCKO, V., CHLÍBEK, R., 2015. Současnost odmítání očkování v České republice. *Pediatric pro praxi*. 16(2), 86-88. ISSN 1213-0492.
5. BENEŠOVÁ, V., 2008. Prevence úrazů v dětském věku. In: SEDLÁŘOVÁ, P. et al., *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
6. BOLEDOVIČOVÁ, M., 2010. *Pediatrické ošetrovatelstvo*. 3. vydání. Martin: Osveta. 215 s. ISBN 978-80-8063-331-8.
7. CABRNOCHOVÁ, H. et al., 2009. *Péče o dítě: nové, přepracované vydání*. Praha: HBT. 320 s. ISBN 978-80-87109-14-4.
8. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
9. ČESKÁ NEONATOLOGICKÁ SPOLEČNOST, 2017. Informace pro odborníky. [online]. [cit. 2017-6-8]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/pro-odbornou-verejnost>.
10. ČESKÁ VAKCINOLOGICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP, 2014. *Očkování v ČR*. [online]. [cit. 2017-2-7]. Dostupné z: <http://www.vakcinace.eu/ockovani-v-cr>
11. ČEVELA, R., 2015. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. 160 s. ISBN 978-80-246-2938-4.

12. DORT, J., et al., 2013. *Neonatologie*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 115 s. ISBN 978-80-246-2253-8.
13. ENANE, L. A., et al., 2016. Impact of Rotavirus Vaccination on Hospitalizations and Deaths From Childhood Gastroenteritis in Botswana. *Clinical Infectious Diseases*. 62(2), 168-174. doi: 10.1093/cid/civ1210.
14. FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I., 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: NCO NZO. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
15. GREGORA, M., 2007. *Péče o dítě od kojeneckého do školního věku*. 2. vydání. Praha: Grada. 140 s. ISBN 978-80-247-2030-2.
16. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2013. *Čekáme dítětko*. 2. vydání. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
17. GREGORA, M., ZÁKOSTELECKÁ, D., 2014. *Jídelníček kojenců a malých dětí*. 3. vydání. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4773-6.
18. HÁJEK, Z., et al., 2014. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada. 379 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
19. HANÁKOVÁ, T., et al., 2015 *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. vydání. Brno: CPress. 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.
20. CHLÍBEK, R., 2012. *Mýty a omyly v očkování*. Olomouc: Solen. 20 s. ISBN 978-80-87327-88-3.
21. CHMIELEWSKA, A. et al., 2015. Primary Prevention of Celiac Disease: Enviromental Factors with a Focus on Early Nutrition. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 67(2), 43-50. doi: 10.1159/000440992.
22. INHAUSTE, L. et al., 2017. Impact of rotavirus vaccination on child mortality, morbidity, and rotavirus-related hospitalizations in Bolivila. *International Journal of Infectious Diseases*. 61(4), 79-78. doi: 10.1016/j.ijid.2017.06.006.
23. JAROŠOVÁ, D., 1999. *Vybrané kapitoly z teorie ošetrovatelství*. Ostrava: Repronis. 122 s. ISBN 80-7042-318-8.
24. KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 326 s. ISBN 978-80-247-5014-9.

25. KRAČMAROVÁ, R., 2015. Vakcinace proti rotavirovým infekcím-aktuální situace. *Pediatric pro praxi*. 16(2), 132-133. ISSN 1213-0492.
26. KUKLA, L., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
27. KUNCLOVÁ, R., et al., 2010. Zmapování stavu dětských hřišť s ohledem na bezpečnost a prevenci dětských úrazů. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 6(1). 34-43. ISSN 1818-0261.
28. LEBL, J., 2011. Růst a vývoj dítěte v prvním roce života. *Příloha postgraduální medicíny*. 13(6), 6-11 s. ISSN 1212-4184.
29. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. české vydání. Praha: Grada. 993 s. ISBN 80-247-0668-7.
30. MACHOVÁ, A., SUCHANOVÁ, M., 2013. Povinné očkování dětí-úloha sestry v ordinaci PLDD. *Pediatric pro sestry*. 14(12), 130-136. ISSN 1213-0492.
31. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
32. MOJŽÍŠOVÁ, M., 2008. Růst a vývoj dítěte. In: SEDLÁŘOVÁ, P. et al., *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
33. MUNTAU, A., 2014. *Pediatric*. 2. české vydání. Praha: Grada. 608 s. ISBN 978-80-247-4588-6.
34. NEVORAL, J., 2013. *Praktická pediatrická gastroenterologie, hepatologie a výživa*. Praha: Mladá fronta. 680 s. ISBN 978-80-204-2863-9.
35. NOVÁKOVÁ, J., 2008. Pediatrie-organizace pediatrické péče v ČR. In: SEDLÁŘOVÁ, P. et al., *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
36. OLCJAVA, P., 2007. *Zdravé a nemocné dítě: od početí do puberty*. 2. vydání. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-1847-7.
37. PATOČKA, J., et al., 2013. Snadno dostupné nebezpečné chemické látky. Jedy v domácnosti. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 9(1), 43-50. ISSN 1818-0261.

38. PAYNE, D. C., et al., 2015. Long-term Consistency in Rotavirus Vaccine Protection: RV5 and RV1 Vaccine Effectiveness in US Children, 2012-2013. *Clinical Infectious Diseases*. 61(12), 1792-1799. doi: 10.1093/cid/civ872.
39. PITÁKOVÁ, M., 2014. *Praktická příručka pro chůvy*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-247-5005-7.
40. RŮŽKOVÁ, R., 2014. Rychlé diagnostické testy v ordinaci PLDD-význam a použití. *Pediatric pro praxi*. 15(1), 28-30, ISSN 1213-0492.
41. SAHAKYAN, G., et al., 2016. Impact and Effectiveness of Monovalent Rotavirus Vaccine in Armenian Children. *Clinical Infectious Diseases*. 62(2) 147-154. doi: 10.1093/cid/ciw045.
42. SEDLÁŘOVÁ, P., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
43. SEIFERTO VÁ, J., 2002. Popis práce sestry PLDD vzniklý v diskuzi na setkání školitelů PLDD v září 200. *Pediatric pro praxi*. 3(1), 29. ISSN 1213-0492.
44. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
45. SCHÖNBAUEROVÁ, A., BOLEDOVIČOVÁ, M., 2015. Úloha dětské sestry v návštěvní službě u novorozenců a kojenců v minulosti-literární přehled. *Kontakt*. 17(4), 241-248. ISSN 1212-4117.
46. SIKOROVÁ, L. 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
47. SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.
48. SLEZÁKOVÁ, L., 2010. *Ošetrovatelství v pediatrii*. Praha: Grada. 292 s. ISBN 978-80-247-3286-2.
49. STOŽICKÝ, F., SÝKORA, J., 2015. *Základy dětského lékařství*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 459 s. ISBN 978-80-246-2997-1.
50. UNICEF, 2012. *Committing to Child Survival: A Promise Renewed* [online]. New York. 44 s. [cit. 2017-2-2]. ISBN 978-92-806-4655-9. Dostupné z: https://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/APR_Progress_Report_2012_final.pdf

51. ÚZIS ČR, 2011. *Činnost oboru dětského a dorostového v ambulantní péči v roce 2010*. [online]. [cit. 2017-1-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-detskeho-dorostoveho-ambulantni-peci-roce-2010>
52. ÚZIS ČR, 2015. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče 2013*. [online]. [cit. 2017-1-26]. ISBN 978-80-7472-134-2 Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech-zdravotni-pece-2013>
53. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
54. VEJROSTOVÁ, E., 2006. Povinnosti dětské sestry. *Pediatric pro praxi*. 7(2), 99. ISSN 1213-0492.
55. VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Dítě od početí do puberty: 1500 otázek a odpovědí*. 4. vydání. V Praze: Triton. 443 s. ISBN 978-80-7553-148-3.
56. VELEMÍNSKÝ, M., 2009. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 178 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
57. Velemínský, M., 2015. Nepovinné očkování. [online]. [cit.2017-2-16]. Dostupné z: <http://www.veleminsky.cz/clanky/nepovinne-ockovani/27>.
58. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
59. VINCENTOVÁ, D., 2007. Preventivní prohlídky, role dětské sestry v primární péči. *Pediatric pro praxi*. 8(2), 116-118. ISSN 1213-0492.
60. VONDRÁČEK, L., et al., 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3697-6.
61. Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, 2012. In: Sbírká zákonů České republiky, částka 124, s. 4837. ISSN 1211-1244.
62. Vyhláška č. 39/2012 Sb., o dispensární péči, 2012. In: Sbírká zákonů České republiky, částka 124, s. 4838-4839. ISSN 1211-1244.

63. Vyhláška č. 537/2016 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů, 2016. In Sběrka zákonů České republiky, částka 15, s. 423-426. ISSN 1211-1244.
64. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
65. ZDRAVÍ 2020, MZČR 2014. *Zdraví 2020- Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: MZČR. 118 s. ISBN 978-80-85047-47-9.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Personální zajištění praktického lékaře pro děti a dorost

Příloha 2 Počet ošetření-vyšetření u praktického lékaře pro děti a dorost

Příloha 3 Průměrná doba spánku během vývoje dítěte

Příloha 4 Modifikovaný dotazníkový test pro záchyt poruchy autistického spektra u batolat: Dotazník M-CHAT-R a jeho hodnocení

Příloha 5 Srovnání mateřského mléka, mléka kravského a adaptovaného kravského mléka

Příloha 6 Seznam otázek k rozhovorům se sestrami

Příloha 7 Přepisy rozhovorů

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 Personální zajištění praktického lékaře pro děti a dorost

Území, kraj	Lékaři		ZPBD		z toho dětská sestra	
	průměrné přepočtené počty	na 10 000 registr. pac.	průměrné přepočtené počty	na 10 000 registr. pac.	průměrné přepočtené počty	na 10 000 registr. pac.
Hl. m. Praha	259,32	11,34	244,52	10,69	188,25	8,23
Středočeský	219,96	9,77	215,68	9,58	163,38	7,26
Jihočeský	124,04	10,69	116,84	10,07	63,81	5,50
Plzeňský	99,30	10,00	104,01	10,48	78,33	7,89
Karlovarský	62,02	10,35	61,52	10,27	44,40	7,41
Ústecký	158,50	9,81	157,48	9,74	142,83	8,84
Liberecký	81,11	10,05	86,18	10,68	71,67	8,88
Královéhradecký	116,62	10,75	110,50	10,19	81,70	7,53
Pardubický	94,68	9,65	89,18	9,09	65,54	6,68
Vysočina	104,50	10,56	101,92	10,30	101,92	10,30
Jihomoravský	238,55	11,11	231,78	10,80	186,51	8,69
Olomoucký	130,90	11,42	126,72	11,05	93,92	8,19
Zlínský	109,71	10,47	109,39	10,44	81,61	7,79
Moravskoslezský	226,13	10,11	228,48	10,21	153,55	6,86
ČR	2 025,34	10,47	1 984,20	10,26	1 517,42	7,84

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2015, s. 29

Příloha 2 Počet ošetření-vyšetření u praktického lékaře pro děti a dorost

Území, kraj	Počet ošetření-vyšetření			Registrovaní pacienti na 1 lékaře	
	celkem	na 1 registr. pacienta	na 1 lékaře na 1 obyv. věk 0–18 let		
Hl. m. Praha	1 389 528	6,08	5 358,35	6,70	881,95
Středočeský	1 255 754	5,58	5 709,01	4,86	1 023,17
Jihočeský	745 273	6,42	6 008,33	6,26	935,46
Plzeňský	547 635	5,52	5 514,95	5,29	999,78
Karlovarský	308 146	5,14	4 968,49	5,52	966,01
Ústecký	913 260	5,65	5 761,89	5,69	1 019,61
Liberecký	474 096	5,88	5 845,10	5,61	994,58
Královéhradecký	603 470	5,56	5 174,67	5,87	929,89
Pardubický	582 328	5,93	6 150,49	5,97	1 036,44
Vysočina	564 260	5,70	5 399,62	5,89	946,71
Jihomoravský	1 343 118	6,26	5 630,34	6,32	899,97
Olomoucký	698 285	6,09	5 334,49	5,96	875,87
Zlínský	583 357	5,57	5 317,26	5,49	955,46
Moravskoslezský	1 286 330	5,75	5 688,45	5,69	989,42
ČR	11 294 840	5,84	5 576,76	5,80	955,23

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2015, s. 29

Příloha 3 Průměrná doba spánku během vývoje dítěte

VĚK	HODIN SPÁNKU CELKEM	Z TOHO PŘES DEN
1 týden	16	8
1 měsíc	15	7
3 měsíce	15	5
6 měsíců	14	4
12 měsíců	14	3
2 roky	13	2
3 roky	12	1
5 let	11	-
9 let	10	-
14 let	9	-
18 let	8	-

Zdroj: Lebl, 2011, str. 8

Příloha 4 Modifikovaný dotazníkový test pro záchyt poruchy autistického spektra u batolat: dotazník M-CHAT-R a jeho hodnocení

JMÉNO DÍTĚTE:

VĚK:

Datum vyplnění:

Prosíme, odpovězte na následující otázky podle toho, jak se Vaše dítě obvykle chová. Pokud se chování u dítěte objevilo ojediněle, ale obvykle se tak nechová, odpovězte Ne. Vyberte vždy 1 odpověď: ANO nebo NE.

1. Pokud ukážete na něco na druhé straně místnosti, podívá se na to Vaše dítě? (např. ukáže na hračku nebo zvíře, podívá se dítě na tuto hračku nebo zvíře?)

ANO

NE

2. Měli jste někdy obavy, že Vaše dítě neslyší?

ANO

NE

3. Hraje si Vaše dítě předstíraně? Napodobuje při hře něco nebo někoho, nějakou činnost, předstírá něco? (např. napodobuje, že pije z prázdného hrníčku, dělá, že telefonuje nebo krmí panenku, plyšovou hračku?)

ANO

NE

4. Vylézá Vaše dítě rádo na předměty? (např. na nábytek, na prolézačky nebo schody)

ANO

NE

5. Dělá Vaše dítě neobvyklé pohyby prsty blízko svých očí? (např. pohybuje prsty nahoru a dolů blízko svých očí?)

ANO

NE

6. Ukazuje Vaše dítě jedním prstem (ukazováčkem), když něco chce nebo si tak požádá o pomoc? (např. ukáže svým ukazováčkem na jídlo nebo hračku, na kterou nedosáhne?)

ANO

NE

7. Ukazuje jedním prstem na to, co ho zaujalo? (např. ukáže na letadlo na obloze nebo na velký nákladník na cestě)

ANO

NE

8. Zajímá se Vaše dítě přiměřeně o jiné děti? (např. pozoruje druhé děti, usměje se na ně anebo jde k nim?)

ANO

NE

9. Přináší Vám Vaše dítě věci, aby Vám je ukázalo, pozvedne je, aby Vám je ukázalo? Ne, aby si vyžádalo pomoc, ale aby se s Vámi podělilo o zážitek? (např. ukáže Vám kytičku, plyšovou hračku nebo autíčko?)

ANO NE

10. Reaguje Vaše dítě na oslovení vlastním jménem? (např. podívá se, poví něco, vydá zvuk nebo se pozastaví ve své činnosti, když na něj zavoláte jménem?)

ANO NE

11. Když se usmějete na své dítě, opětuje Vám úsměv?

ANO NE

12. Je Vaše dítě přecitlivělé na běžné zvuky? (např. křičí nebo pláče kvůli nějakému hluku v domácnosti, jako je zvuk vysavače nebo hlučná hudba?)

ANO NE

13. Chodí Vaše dítě?

ANO NE

14. Dívá se Vám dítě do očí, když s ním mluvíte, hrajete si s ním nebo ho oblékáte?

ANO NE

15. Snaží se dítě napodobovat po Vás to, co děláte? (např. zamává pá-pá, zatleská nebo po Vás zopakuje legrační zvuk?)

ANO NE

16. Otočíte-li hlavou, abyste se na něco podívali, otočí se Vaše dítě a rozhlédne se, aby vidělo, na co se díváte?

ANO NE

17. Snaží se Vaše dítě, abyste se na ně dívali? (např. se na Vás podívá, abyste ho pochválili, anebo řekne: „Podívej se“ nebo „Dívej se na mne“?)

ANO NE

18. Rozumí dítě, když mu řeknete, aby něco udělalo? (např. neukážete-li prstem, porozumí slovům „Dej knihu na židli“ nebo „Dones mi tvou přikrývku“?)

ANO NE

19. Stane-li se něco nového, pohlédne dítě do Vaší tváře, aby zjistilo, co si o tom myslíte, jaký z toho máte pocit? (např. když uslyší zvláštní nebo směšný zvuk, vidí novou hračku, podívá se na Vás?)

ANO NE

20. Má Vaše dítě rádo pohybové aktivity? (např. houpání nebo nadhazování na Vašich kolenou?)

ANO NE

Návod k hodnocení:

U všech položek kromě 2, 5 a 12, určuje odpověď „NE“ riziko PAS; u položek 2,5 a 12, toto riziko určí odpověď „ANO“.

S následujícím návodem dosáhnete nejpřesnějších výsledků použití M-CHAT-R:

Nízké riziko: součet bodů je 0-2.

Pokud je dítě méně než 24 měsíců, otestujte jej znovu po dosažení druhého roku. Pokud se neprokáže riziko PAS, nejsou zapotřebí žádná další opatření.

Střední riziko: součet bodů je 3-7.

Použijte navazující dotazník M-CHAT-R/F k získání dalších informací k rizikovým odpovědím.

Pokud bude v navazujícím dotazníku M-CHAT-R/F součet bodů 2 nebo více, dítě je hodnoceno jako pozitivní.

Nutná opatření: odkažte dítě k diagnostickému vyšetření a posouzení jeho stavu kvůli rané intervenci.

Pokud je v navazujícím dotazníku M-CHAT-R/F součet bodů 0-1, dítě je hodnoceno negativně. Pokud sledování neukáže riziko PAS, nejsou zapotřebí žádná další opatření. Dítě by mělo být znovu testováno při dalších zdravotních prohlídkách.

Vysoké riziko: součet bodů je 8-20.

Je možné vypustit navazující dotazník a okamžitě dítě odkázat k diagnostickému vyšetření a posouzení jeho stavu kvůli rané intervenci.

Zdroj: Robins, D., Fein, D., Barton, M., 2009

Příloha 5 Srovnání mateřského mléka, mléka kravského a adaptovaného kravského mléka

	MATEŘSKÉ MLÉKO	KRAVSKÉ MLÉKO	KRAVSKÉ MLÉKO ADAPTOVANÉ
bílkovina	1,3	3,1 (2,6 % kasein a beta albumin)	1,7
tuky	3,8	3,8	3,4
cukry	5-7	5-7	5-7
minerály	0,25	0,85	0,45
kcal	68	70	70

Zdroj: Velemínský, 2009, str.47

Příloha 6 Seznam otázek k rozhovorům se sestrami

Identifikační údaje: věk, délka praxe, dosažené vzdělání

- 1) Co Vás vedlo k tomu stát se zdravotní sestrou/dětskou sestrou?
- 2) Co je náplní Vaší práce?
- 3) Jaké činnosti vykonáváte v rámci preventivních prohlídek?
- 4) Jakým způsobem zvete pacienty na preventivní prohlídky?
- 5) Využíváte ve Vaší ordinaci nějaká screeningová vyšetření?
- 6) Máte nějaké preventivní programy, co se týče úrazů, otrav, násilí, nemocí?
- 7) Jaké činnosti vykonáváte v rámci léčebné péče?
- 8) Máte ve Vaší ordinaci nějakou techniku pro vyšetření biologického materiálu?
- 9) Jaký je Váš názor na nepovinná očkování?
- 10) Máte nějaký zvací systém na povinná očkování?
- 11) Mohla byste říci, jaký postoj zaujímají rodiče dětí k očkování?
- 12) Myslíte si, že má strava dítěte vliv na potravinové alergie?
- 13) Kdy by se dle Vašeho názoru měl do stravy dítěte zařazovat lepek?
- 14) Navštěvujete v rámci své profese dětské pacienty v domácím prostředí?
- 15) Navštěvuje lékař, u kterého pracujete, dětské pacienty v domácím prostředí?
- 16) Jakým způsobem zaměřujete péči na soc. problematiku?
- 17) Jakým způsobem vedete dokumentaci?
- 18) Máte ošetřovatelskou dokumentaci?
- 19) Dokázala byste říci, jaké kompetence má dětská sestra?
- 20) Dokázala byste říci, jaké kompetence má všeobecná sestra?
- 21) Věděla byste, kde tyto kompetence hledat?
- 22) Jaký máte názor na současné vzdělávání sester?
- 23) Jakým způsobem se nadále vzděláváte?
- 24) Jak jste spokojena s organizací pediatrie a pediatrického ošetřovatelství v České republice?
- 25) Myslíte si, že je dostatečná síť pediatrů?

Příloha 7 Přepisy rozhovorů

Přepisy rozhovorů jsou umístěny na kompaktním disku, který je přiložen k této práci.