

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Úloha sestry v prevenci a léčbě recidivující a chronické rýmy a
možných komplikací v dětském věku**

Diplomová práce

Vedoucí práce:
prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.

Autor práce:
Bc. Jana Osadčí

2011

Abstract

The thesis examines the role of a nurse in prevention and treatment of recurrent and chronic rhinitis and possible complications in children. Rhinitis belongs to the most frequent diseases with chronic course in the group of children and adolescents. The number of affected people, particularly among children living in towns and cities is still rising, so sufficient and suitable education of children and parents provided by nurses is very important.

Four goals were set in this thesis. The first goal was to examine the role of a nurse in prevention of recurrent and chronic rhinitis. The second goal was to examine the role of a nurse in treatment of recurrent and chronic rhinitis. The third goal focused on examination of the complications nurses most frequently face. The fourth goal was to elaborate an educational standard for nurses working at paediatric wards of hospitals and in surgeries of practitioners for children and adolescents. Three hypotheses were linked to the goals. The first hypothesis assumed that nurses educated parents in prevention of recurrent and chronic rhinitis. The second hypothesis asked whether nurses educated parents and children in treatment and possible complications of recurrent and chronic rhinitis. The third hypothesis said that otitis media, sinusitis and conjunctivitis were the most frequent complications of recurrent and chronic rhinitis.

Quantitative research performed by the questionnaire method was used to achieve the goals. An anonymous questionnaire was designed for nurses and parents. The questionnaire for nurses and parents contained 24 questions. 70 questionnaires were distributed among nurses from paediatric wards and 50 returned. The return was 71 %. 60 questionnaires were distributed among nurses in surgeries of practitioners for children and adolescents, 40 returned. The return was 66 %. 50 questionnaires were distributed among parents and 30 returned. The return was 60 %. The data collection was performed in March 2011.

The research results showed that most of the nurses educate parents in prevention and treatment of recurrent and chronic rhinitis. The parents confirm the benefit of the education. They consider a talk with a nurse in a surgery the most suitable education form. Education by a nurse has strong influence on parents and children

suffering from recurrent and chronic rhinitis. A nurse helps them learn and understand the disease, teaches them how to find a new lifestyle, informs them about prevention and provides information on treatment. We also found that no educational standard dealing with care about children suffering from recurrent and chronic rhinitis existed. We have elaborated the standard and provided it to nurses in surgeries of practitioners for children and adolescents and paediatric wards.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

Datum.....

.....

Poděkování:

Velice děkuji prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc. za cenné rady, připomínky, trpělivost a za odborné vedení práce.

Obsah:

Úvod:	3
1. Současný stav	4
1. 1 Anatomicko-fyziologické rozdíly dýchacích cest u dětí	4
1. 2 Recidivující a chronická rýma	4
1.2.1 Definice.....	4
1. 3 Klasifikace recidivující a chronické rýmy	5
1.3.1 Katarální rýma	5
1.3.2 Hypertrofická rýma.....	5
1.3.3 Atrofická rýma.....	6
1.3.4 Alergická rýma	6
1.3.4.1 Sezónní alergická rýma.....	6
1.3.4.2 Celoroční alergická rýma.....	7
1. 4 Etiologie.....	7
1.4.1 Bakterie a viry.....	7
1.4.2 Pylové alergeny	8
1.4.3 Zvířecí alergeny	8
1.4.4 Roztoči	8
1.4.5 Nepřímý vliv nikotinu	8
1. 5 Diagnostika	9
1.5.1 Anamnéza	9
1.5.2 ORL vyšetření.....	9
1.5.3 Vyšetření nosu a vedlejších dutin nosních pohledem.....	9
1.5.4 Rinoskopie	10
1.5.5 Diafanoskopické vyšetření.....	10
1.5.6 Alergologické vyšetření	11
1. 6 Komplikace	11
1.6.1 Zánět středního ucha	11
1.6.2 Zánět vedlejších dutin nosních	12
1.6.3 Zánět spojivek.....	12

1.6.4 Další komplikace onemocnění dýchacích cest	13
1. 7 Farmakologická léčba	13
1.7.1 Obecná farmakoterapie	13
1.7.2 Mukolytika	14
1.7.3 Perorální antihistaminika	14
1.7.4 Kormony	15
1.7.5 Topické nosní steroidy	15
1. 8 Nefarmakologická léčba	16
1.8.1 Inhalace	16
1.8.2 Nácvik správného smrkání	17
1.8.3 Nosní sprcha	17
1.8.4 Nácvik správného dýchání	18
1.8.5 Odsávání	18
1.8.6 Urbanovy koupele	19
1. 9 Úloha sestry při ošetřování dítěte s recidivující a chronickou rýmou	19
1.9.1 Prostředí	19
1.9.2 Monitorování	20
1.9.3 Výživa	20
1.9.4 Spánek a odpočinek	20
1.9.5 Péče o dýchací cesty	20
1.9.6 Aplikace nosních kapek	21
1.9.7 Aplikace masti do nosu	21
1.9.8 Použití nosního spreje	22
1. 10 Pomůcky	23
1.10.1 Nosní spreje	23
1.10.2 Inhalátory	23
1.10.3 Čističky vzduchu	23
1. 11 Edukace	24
1.11.1 Význam edukace	24
1.11.2 Základní pravidla edukace	25

1. 12 Úloha sestry v prevenci recidivující a chronické rýmy	25
1.12.1 Primární prevence	25
1.12.2 Otužování.....	26
1.12.3 Výživa.....	26
1.12.3 Úprava domácího prostředí.....	27
2. Cíl práce a hypotézy	28
2.1 Cíl práce	28
2.2 Hypotézy	28
3. Metodika	29
3.1 Metodika	29
3.2 Charakteristika souboru	29
4. Výsledky	30
5. Diskuze	77
6. Závěr	87
7. Seznam použitých zdrojů.....	89
8. Klíčová slova	93
9. Přílohy.....	94

Úvod

Rýma bývá často považována za banální onemocnění. Výskyt recidivující a chronické rýmy se však v posledních desetiletích celosvětově výrazně zvýšil. Počet postižených, zejména mezi dětmi žijícími ve městě, stále stoupá. Ve skupině dětí a adolescentů patří rýma k nejčastějším onemocněním s chronickým průběhem. Výsledky četných studií, které byly zaměřené na kvalitu života dětí, se shodují v tom, že perzistující středně těžká a těžká rýma výrazně snižuje schopnost koncentrace, a tím i negativně ovlivňuje studijní výsledky, možnosti účastnit se sportovních a rekreačních aktivit. Narušuje i spánek dětí a celkové prospívání. Zvláště u kojenců a batolat je rýma velice nepříjemná. Děti neumí smrkat, rýma trvá déle, brání jim v pití a častěji je doprovázena komplikacemi.

Neléčená recidivující a chronická rýma může být zdrojem komplikací, z nichž nejčastější jsou zánět středního ucha, zánět vedlejších dutin nosních a zánět spojivek. Téměř každá dětská sestra se během své praxe setkává s dětmi s onemocněním dýchacích cest. Je nutné si uvědomit, že rýma může být pro malé dítě velmi závažným onemocněním, a proto by sestry měly péči o dýchací cesty velmi dobře ovládat. Každé dítě by mělo umět správně smrkat a dýchat. Správná hygiena horních cest dýchacích může být účinnou prevencí proti vzniku komplikací. Velký důraz je také kladen na eliminaci alergenů, správné stravování, otužování dítěte a dodržování režimových opatření, o kterých by sestra měla informovat rodiče i dítě. Pozornost bychom měli věnovat prostředí nejen zevnímu, ale i vnitřnímu, ve kterém s dětmi trávíme většinu času (21, 25, 37).

1. Současný stav

1. 1 Anatomicko-fyziologické rozdíly dýchacích cest u dětí

U dětí se setkáváme s některými morfológickými a funkčními zvláštnostmi, které mají vliv na vznik a průběh recidivující a chronické rýmy. Nosní průduchy jsou úzké, sliznice bohatě vaskularizované, vedlejší nosní dutiny se postupně rozvíjejí (maxilární v batolecím a předškolním věku, frontální až ve věku školním). Vývoj dýchacího systému není u dětí po narození ukončen, ale pokračuje dále v průběhu dětství. Dechová frekvence je u dětí vyšší než u dospělého člověka. Novorozenci dýchají nepravidelně, někdy i s apnoickými pauzami. Novorozenec i kojeneček dýchá nosem, ústy dýchá pouze při pláči. Novorozenec, kojeneček a batole má převážně diafragmatické abdominální dýchání. Dítě až ve třech letech začíná dýchat i pomocí svalstva na hrudníku a až okolo sedmého roku dýchá dítě jako dospělý. U dětí je v klenbě zadní části nosohltanu uložena nosohltanová mandle, která se podílí na obranyschopnosti organismu a okolo desátého roku se začíná zmenšovat. Eustachova trubice je u dítěte krátká a relativně široká. Dítě má dále nezpevněnou tkáň pod hlasivkami, úzký hrtan a chrupavka, která udržuje průchodnou tracheu, je také nezpevněná a měkká. Plicní alveoly se během růstu a vývoje dítěte ztenčují a rozdělují. Dochází tím ke zvětšování povrchu, na kterém může docházet k výměně plynů (20, 37, 41, 51).

1. 2 Recidivující a chronická rýma

1.2.1 Definice recidivující a chronické rýmy

Rýma je zánět sliznice nosní dutiny, který se projevuje sekrecí hlenu a ucpáním nosu. Trvá-li rýma déle než dva měsíce, považujeme ji za chronickou. Liší se od akutních rým intenzitou příznaků. Dochází ke změnám nosní sliznice, zvýšené hlenovité sekreci, ucpávání nosních průchodů a může být i zhoršen čich. Mezi hlavní příznaky patří kýchání, hypersekrece, zduření a svědění nosní sliznice. Rýma je definována jako chronická, pokud jsou přítomny minimálně dva z těchto příznaků, alespoň jednu hodinu denně po většinu dní. Charakter sekretu nám pomáhá určit původ rýmy. Může být

hnisavý nebo bílý. Je-li rýma bílá, je obvykle spojena s projevy alergie, nebo se může jednat o počáteční fázi infekce. Žlutá rýma má většinou bakteriální původ (14, 24, 50).

Mezi nejčastější příčiny vzniku recidivující a chronické rýmy patří anatomické úchytky v nose, například deviace nosního septa, dále akutní rýma, která přechází v chronickou, nebo zvětšené adenoidní vegetace. Příčiny mohou být exogenní nebo endogenní. Exogenně podmíněné vleklé rýmy jsou vyvolány infekcemi, fyzikálními a chemickými podněty, mezi které patří kouř, prach, chemikálie, suché teplo, léky a alergeny. Endogenně podmíněné vleklé rýmy mohou mít svůj základ v chronické infekci (15, 25, 30).

Výsledky četných studií, které byly zaměřené na kvalitu života dětí, se shodují v tom, že perzistující středně těžká a těžká rýma se velmi výrazně odráží na jejich schopnosti koncentrace, negativně ovlivňuje studijní výsledky i možnosti účastnit se různých rekreačních a sportovních aktivit. Ve skupině dětí a adolescentů patří k nejčastějším onemocněním s recidivujícím průběhem. Rozlišujeme chronickou rýmu katarální, hypertrofickou, atrofickou a alergickou (13, 14, 21, 52).

1. 3 Klasifikace recidivující a chronické rýmy

1.3.1 Katarální rýma

Katarální rýma se projevuje ztíženým dýcháním nosem se střídavým zhoršováním na jedné či druhé straně nosní dutiny v závislosti na prokrvení tkání. Nos je téměř trvale ucpaný. Dítě dýchá ústy a z toho důvodu bývá po ránu oschlý hltan. Mohou se objevit poruchy spánku. Na hlase jsou slyšet příznaky uzavřené huhňavosti. Příznaky zesilují v zimě, v ostatních obdobích jsou mírné. Sekrece z nosu je hlenovitá až hnisavá. Stékající hlen může být aspirován. Pokud dojde k polykání hlenu, dítě zvrací. Při vyšetření je patrná hyperémie a edém sliznic. Při podezření na imunologický defekt je třeba kontaktovat alergologa- imunologa (14, 25).

1.3.2 Hypertrofická rýma

Potíže u hypertrofické rýmy jsou dlouhodobější než u katarální. Dítě obtížně dýchá nosem, mívá často bolesti hlavy. Sekret je hustý, hojný a stéká do nosohltanu.

Špatná průchodnost nosu vede k uzavřené huhňavosti a dalším symptomům, souborně označených jako obturační respirační syndrom. Při vyšetření jsou nosní sliznice bledě růžové, červené či lividní barvy. Trvá-li porucha dýchání déle, dochází i k poruše čichové funkce (14, 25, 52).

1.3.3 Atrofická rýma

Atrofická rýma je relativně vzácná. Vyskytuje se častěji u dětí, které žijí v horkém, suchém prostředí. Vyznačuje se oslabením a ztenčením nosní sliznice a přilehlé kosti. Nosní dutina se stává nadměrně prostornou. Navzdory velké nosní dutině má dítě pocit ztíženého dýchání nosem z důvodu vysychání sliznic. Vznikají krusty a objevuje se zapáchající hnisavá hustá rýma. Je-li proces lokalizován v předním oddíle chrupavčité části septa, může docházet ke krvácení z nosu při odlučování krust. Často bývá porucha čichu (14, 25, 52).

1.3.4 Alergická rýma

Alergické rýmy jsou vyvolány antigeny. Vznikají jako důsledek hypersenzitivní reakce nosní sliznice. Do dvou let věku se alergická rýma vyskytuje výjimečně, avšak ve věku nad čtyři roky už patří k nejčastějším onemocněním s chronickým průběhem. Alergická rýma postihuje častěji děti, které žijí ve městech, než na venkově. Nosní sekrece má vodnatý charakter (3, 6, 10).

1.3.4.1 Sezónní alergická rýma

Sezónní rýma je nejčastějším alergickým onemocněním, trpí jí přibližně 20% populace. Obvyklou dobou pro rozvoj sezónní rýmy je věk od pěti do dvaceti let. Je časově ohraničena ročním obdobím. Nejintenzivnější je v květnu a v červnu, někdy může přetrvávat až do vrcholícího léta. Příčinou je přecitlivělost na pyly v době květů různých rostlin a trav. V našich podmínkách jsou nejčastějším zdrojem pylových alergenů olše, bříza, líska, různé trávy a plevelné rostliny. U dětí nacházíme zvýšenou hladinu protilátek v IgE nejen v séru, ale i v sekretech. Sezónní rýma se projevuje svěděním v očích a v nose, velkou vodnatou rýmou, ucpáním nosu, překrvením a

otokem očních spojivek a víček, slzením a pálením v krku. Tyto uvedené příznaky často doprovází únava, snížená výkonnost a někdy i lehce zvýšená teplota. Charakteristické je záchvatovité zhoršování příznaků. V deštivém počasí jsou obtíže mírnější pro menší rozptýlení alergenů v ovzduší. Děti, které jsou přecitlivělé pouze na sezonně se vyskytující alergeny, jsou mimo vegetační období většinou zcela bez obtíží (10, 11, 21).

1.3.4.2 Celoroční alergická rýma

Celoroční alergická rýma bývá vyvolána alergeny, které se trvale vyskytují v ovzduší, především však ve vnitřním prostředí budov. Mezi nejvýznamnější alergeny patří roztoči, zvířecí alergeny a některé druhy plísní, které jsou charakteristické pro určitou oblast. Sekret je při celoroční alergické rýmě vodnatý. Příznaky jsou podobné jako u sezónní rýmy, ale nejsou závislé na ročním období. Výraznější jsou na konci zimy, někdy též v květnu či srpnu. Typický je denní rytmus příznaků. Ucpání nosu se v průběhu dne mění, horší bývá po ránu a během dne. V bytovém prostředí je vyšší expozice alergenů roztočů v pokoji, kde dítě spí. S tím souvisí noční zhoršování dýchání nosem a ranní kýchání. Obtíže mohou být také vyvolány nevhodným úklidem, změnami teploty a vlhkostí prostředí, začátkem topné sezóny (2, 6, 24, 31).

1. 4 Etiologie

1.4.1 Bakterie a viry

Rýmu u dětí nejčastěji způsobují respirační viry (viry chřipky, rinoviry, adenoviry, EBV) a bakterie (streptokoky, stafylokoky). Každá virová infekce dýchacích cest poškozuje buněčnou výstelku. Dochází k porušení ochranné bariéry a snadnějšímu průniku alergenů z vnějšího prostředí. Proti některým virům mohou vzniknout alergické protilátky. Opakované infekce v raném věku u dětí jsou u disponovaného jedince významným rizikovým faktorem pro přechod do chronické formy onemocnění (2, 25, 38).

1.4.2 Pylové alergen

K pronikání pylových alergenů do organismu dochází při vdechování pylových zrn z kvetoucích keřů. V našich podmínkách jsou nejčastějším zdrojem pylových alergenů olše, bříza, líska, různé trávy a plevelné rostliny. Z podzimních pylů se jedná především o pelyněk. Schopnost alergizace je u jednotlivých rostlin různá. U dětí může být riziko senzibilizace spojeno také například se sběrem léčivých rostlin (3, 35, 44).

1.4.3 Zvířecí alergen

Jedná se o přecitlivělost na alergen

domácích zvířat, mezi které patří například kočky, psi, křečci, morčata a v dnešní době i cizokrajné ptactvo a exotická zvířata. Je mylné se domnívat, že alergie vzniká pouze na peří nebo srst, a že zvířata s krátkou srstí jsou bezpečná. Ve skutečnosti jsou alergizující látky přítomny hlavně v produktech kožních žláz, potu, slinách a i dalších výměšcích zvířat. Byť, ve kterém se zvíře pohybuje, je těmito alergeny prosycen, takže potíže mohou být vyvolávány i v době nepřítomnosti zvířete. Existují i alergie, kdy pouhý pach zvířete vyvolá rýmu. (2, 6, 44).

1.4.4 Roztoči

Roztoči se vyskytují ve všech bytových prostorech. Alergenem jsou především roztoči, kteří žijí kolem nás v přikrývkách, dekách, kobercích ale i plyšových hračkách nebo čalouněném nábytku. Roztoči mají rádi teplo a vlhko. Alergenem je látka, kterou roztoči vylučují (6, 10, 45).

1.4.5 Nepřímý vliv nikotinu

Nepřímý vliv nikotinu zahrnuje pasivní kouření. Pasivním kouřením se rozumí vdechování tabákového kouře osobou, která sama nekouří. Na zdraví člověka má stejný vliv jako kouření aktivní, ale v závislosti na dávce. Vyšší riziko je uváděno při kouření matky než otce. Pravděpodobně to souvisí s dobou, kterou tráví matka s dítětem doma. Velice nevhodné je kouření nastávající matky v těhotenství, neboť negativně ovlivňuje vývoj obranyschopnosti dítěte (44, 48).

1. 5 Diagnostika

1.5.1 Anamnéza

Anamnéza často může být vodítkem, díky kterému dojde k zjištění příčin onemocnění. Rozbor rodinných dat je nejlépe provádět s oběma rodiči. V osobní anamnéze se sestra zaměřuje na frekvenci výskytu obtíží, jejich typ, vazbu na prostředí a časové souvislosti. Současně zjišťuje přítomnost i jiných než nosních známek onemocnění, kdy se zvláště zaměřuje na výskyt dalších alergických projevů v dřívějším i současném období. Především se zajímá o bronchiální astma. Důležitý je také rozbor zálib a činností dítěte, popis prostředí, ve kterém dítě žije a tráví volný čas. V domácím prostředí aktivně pátráme po výskytu dráždivých látek a alergenů. Zaměřujeme se na vybavení bytu, větrání, aktivní kuřáctví v rodině a přítomnost zvířat (1, 36).

U školních dětí se může objevit zprostředkovaná senzibilizace na alergeny, které se vyskytují v domácím prostředí jejich spolužáků a jsou přeneseny například na oblečení nebo ve vlasech i mimo jejich domov. Velmi důležitá je důkladná rodinná anamnéza s pátráním po recidivující a chronické rýmě u rodičů, sourozenců, eventuelně i vzdálenějších příbuzných (1, 14, 36).

1.5.2 ORL vyšetření

ORL vyšetření se neomezuje pouze na nosní dutinu, ale zahrnuje komplexní vyšetření, které může být doplněné o endoskopii. U dětí s recidivující a chronickou rýmou bývají nezdědka prokázány patologické změny v oblasti středouší, na tonzilách, ve vedlejších dutinách a na sliznici faryngu a laryngu. Důležitým doplňkem je při nejasném nálezu cytologické a bakteriologické vyšetření sekretu a v indikovaných případech i histologické vyšetření sliznice (17, 28, 38).

1.5.3 Vyšetření nosu a vedlejších dutin nosních pohledem

Nos se vyšetřuje pohledem. U recidivující a chronické rýmy se sleduje sekrece z nosu. Pokud je hlenová nebo hnisavá, jedná se o bakteriální rýmu. Vodnatá sekrece se objeví u alergické rýmy nebo v počátečním stadiu infekční rýmy. Důležitým znakem

jsou změny v obličeji. Při chronické alergické rýmě je často vidět příčná rýha na kořeni nosu, která je způsobená třením špičky nosu dlaní, tmavé stíny pod očima, které jsou dané prosvítající rozšířenou sítí cév a dýchání s otevřenými ústy v důsledku neprůchodnosti nosu. U chronicky nemocných dětských alergiků je „facies allergica“ pro zkušeného lékaře diagnosticky velmi přínosná (15, 28, 36).

1.5.4 Rinoskopie

Rinoskopie je vyšetření dutiny nosní. Rozlišujeme přední rinoskopii, kdy se vyšetřuje nosní vchod, stav sliznice nosní, nosní skořepy, nosní přepážka, průchodnost dutiny nosní a zřejmé deformity. K prohlédnutí dutiny nosní je nutné postupně polohovat hlavu nemocného. Poloha zpříma slouží k prohlédnutí nosní spodiny, zakloněním hlavy získáváme pohled do střední a horní etáže nosní dutiny. Vyšetření může znesnadnit patologický sekret, který odstraníme vysmrkáním nebo odsátím. Z patologických nálezů jsou nejvýznamnější deformace nosní přepážky. Prudké záněty se projevují zarudlou a zbytnělou sliznicí s patologickým sekretem. U alergických rým je sliznice likvidní, polypózně degenerovaná až zbytnělá. Nález hnisavé sekrece pod střední lasturou signalizuje sinusitidy (15, 17).

Při zadní rinoskopii se vyšetřuje nosohltan, zadní úsek dutiny nosní a choany. Vyšetřuje se přes dutinu ústní. Toto vyšetření se u dětí ne vždy podaří. Z patologických nálezů nás u dětí zajímá především adenoidní vegetace a volnost choan. U vleklých zánětů v dutině nosní vidíme zbytnění zadních konců skořep, patologickou sekreci a choanální polyp (25, 28).

1.5.5 Diafanoskopické vyšetření

Jedná se o orientační vyšetření, které informuje o stavu vedlejších dutin nosních. Toto vyšetření se provádí v zatměné místnosti, kdy se zdrojem studeného světla prosvěcují vedlejší dutiny nosní. Světlo se přikládá na čelní oblast nebo do dutiny ústní a sledují se rozdíly, které jsou v intenzitě světla v krajně nosní, čelní a tvářové (15, 17, 28).

1.5.6 Alergologické vyšetření

Dnes se nejčastěji používají vbodové (prick) testy, které slouží k průkazu přecitlivělosti časného typu mediované imunglobulinem E., milimetrové skarifikace přes kapku zkoumaného alergenu. Zarudnutí a velikost pupene se odečítá po patnácti minutách. Výsledek se porovnává s negativní a pozitivní kontrolou. Jako pozitivní se hodnotí vznik pupene o průměru tři a více milimetrů. Kožní vbodové testy se mohou provádět v každém věku. U dětí do dvou let se však musí počítat s možností snížené reaktivity kůže a přizpůsobit ji hodnocení testu. Nízký věk však není kontraindikací (6, 10, 21).

1. 6 Komplikace

1.6.1 Zánět středního ucha

Akutní zánět středního ucha je onemocnění dětského věku s celoročním výskytem, s nižší frekvencí v letních měsících. Krátká a relativně široká Eustachova trubice pro něj vytváří ideální předpoklady. Za nejčastější příčinu je v současnosti považováno pronikání infekce přes Eustachovu trubici do středoušní dutiny. Zánět nejprve začíná jako katarální, je vidět překrvený bubínek, který se postupně začíná vyklenovat, protože se za ním hromadí sekret, až dojde k jeho perforaci. Ve zvukovodu hnisavá sekrece postupně ubývá a nález se normalizuje. U kojenců a batolat se onemocnění projeví celkově. Mezi hlavní příznaky patří vzestup teploty, schvácenost, neklid, dítě pláče, nechce jíst a je mrzuté (5, 26, 32, 43, 53).

Mezi preventivní opatření patří pěstování vhodného životního stylu, který zahrnuje kojení u nejmenších dětí, podávání stravy bohaté na vitamíny, omezení kontaktu s dětským kolektivem při chřipkových epidemiích a častý pobyt v přírodě. Je nutné důkladně sledovat dítě s otitidou až do normalizace stavu včetně úpravy sluchu a tympanometrického nálezu, aby se zabránilo vzniku recidiv a komplikací (32, 39, 43).

Při bolesti ucha je indikováno použití celkových analgetik a lokálních anestetik. V případě vyklenutého bubínku se provádí paracentéza. Paracentéza uvolní tlak zánětlivého sekretu ve středouší. Pokud se objeví horečka, je indikováno antipyretikum.

Neklid dítěte lze tlumit podáním obvyklých sedativ, vhodné je použít sedativum s antihistaminickým účinkem. Sekrece ze zvukovodu je možno odstraňovat opakovaným čištěním vatičkou smočenou v některém roztoku ušních kapek. Antibiotika jsou indikována v případech rozvinutého zánětu, kdy je současně zánětlivé postižení dýchacích cest a vysoká horečka. Obvykle jsou podávány 5 -7 dní. Akutní hnisavý zánět se zpravidla vyhojí bez následků (5, 32, 39, 43, 53).

1.6.2 Záněty vedlejších dutin nosních

Akutní záněty vedlejších dutin nosních doprovázejí záněty horních dýchacích cest. Hlavním příznakem je bolest hlavy, zvýšená teplota, celková únava a nechutenství. Typický je huhňavý hlas a noční dráždivý kašel. Dráždivý kašel se objevuje při ulehnutí dítěte ke spánku. Kašel vzniká zatékáním hnisu ze zanícených dutin. Podle dutin, do kterých zánět proniká, se rozlišují sinusitis frontalis, sinusitis maxilaris, sinusitis sphenoidalis a sinusitis ethmoidalis. Nejčastějším příznakem sinusitis frontalis je bolest hlavy v čele. Vyskytuje se u dětí od šesti let. U sinusitis maxilaris je přítomna poklepová bolest nad dutinou. Nejčastěji bývá ve školním věku. Sinusitis sphenoidalis se projevuje přítomností bolestí za okem a vertigem, dochází k slzení očí. Vyskytuje se od 9. roku. U nejmenších dětí je sinusitis ethmoidalis, bolest je za kořenem nosu. Diagnózu potvrdí vyšetření rinoskopické, diafanoskopické a především rentgenologické. Onemocnění vyžaduje klid na lůžku. Léčba spočívá v podávání antibiotik a antipyretik. Při neúspěšné léčbě je možné provést punkci s výplachem a aplikací antibiotik do postižené dutiny. Solux může urychlovat likvidaci zánětu a aplikuje se 2 – 3x denně po 10 – 20 minutách. Při dlouhotrvající hnisavé rýmě, kterou mohou doprovázet bolesti hlavy, se aplikují výplachy nosu speciální baňkou, která je naplněná fyziologickým roztokem jako prevence nebo léčba zánětu nosních dutin (28, 30, 41).

1.6.3 Zánět spojivek

Zánět spojivek (konjunktivitida) je onemocnění, které bývá často spojeno se sezonní rýmou. U celoroční rýmy se také může vyskytovat, ale je méně častá. Při zánětu spojivek jsou oči zarudlé, slzí, objevuje se svědění, víčka jsou slepena bělavým nebo

žlutavým výtokem. Ve spojivkovém vaku se hromadí sekret. Může se vyskytovat celoročně nebo sezonně. Léčba je dle příčiny a kultivace, vyplachováním sekretu, antibiotickými či antiseptickými očními kapkami (11, 31, 50).

1.6.4 Další komplikace onemocnění dýchacích cest

Mezi další komplikace můžeme zařadit vznik astmatu. Astma je jednou z nejzávažnějších komplikací recidivující a chronické rýmy. 20 – 30 % dětí s chronickou rýmou má astma, a 40 – 75 % astmatiků trpí rýmou. Ve většině případů předchází rýma astmatu a je proto považována za preastmatický stav. V praxi je velmi časté, že zhoršení rýmy vede k exacerbacím bronchiálního astmatu. Rizikové děti vyžadují speciální sledování, včasnou intervenci a důrazné omezení kontaktu s alergenem. Astma bronchiale představuje skutečný zdravotnický problém, neboť vyžaduje opakovanou nebo dlouhodobou absenci ve škole a léčení je náročné i z hlediska přímých nákladů (16, 19, 36, 44).

1. 7 Farmakologická léčba

1.7.1 Obecná farmakoterapie

Recidivující a chronická rýma je u dětí léčena dlouhodobě. Podle frekvence a typu potíží je možné podávat léky pouze nárazově, intermitentně v kratších obdobích, anebo dlouhodobě až trvale. Dávky léků se vždy přizpůsobují věku a hmotnosti dítěte. Používají se jen ty léky a aplikační formy, které jsou určeny pro děti. Kormony se užívají v dlouhodobé léčbě u dětí častěji než u dospělých. Vzhledem k možným vedlejším účinkům je třeba se některým lékům zcela vyhýbat. Mezi tyto léky patří například perorální a systémové steroidy, perorální dekonjestiva. Při léčbě celoroční alergické rýmy u dětí je první volbou antihistaminikum či preparát ze skupiny kromonů nebo jejich vzájemná kombinace. Teprve pokud je nedostatečný účinek nasazené léčby zařazují se do terapeutického schématu topické steroidy nebo jejich kombinace s antihistaminiky. Intranazální glukokortikoidy jsou aplikovány v nejmenší možné účinné dávce a vzhledem k ovlivnění růstu se dává spíše přednost moderním preparátům, které mají nízké riziko nežádoucích účinků. Úlevové preparáty, mezi které

se řadí dekonjestiva a anticholinergika, se podávají dle aktuálních potřeb dítěte, obvykle krátkodobě. Při dlouhodobém podávání léků se vždy snažíme o dosažení co nejnižší účinné dávky s minimálními vedlejšími účinky (1, 9, 36, 41).

Při recidivující a chronické rýmě se v léčbě osvědčují preparáty, které trvale nosní sliznici očišťují. Je to například Vincentka ve spreji nebo fyziologický roztok mořské vody Sterimar. Tyto léčebné přípravky mohou být aplikovány do nosu dlouhodobě. Sterimar, který je obohacený Cu, je určen pro období exacerbace zánětu, může být užíván až 14 dnů. Kromě již zmíněné Vincentky či Sterimaru, které je možné aplikovat do nosu téměř celoročně, se také uplatňují v léčbě chronické rýmy nosní kapky s kortikosteroidy. Pokud je při chronické rýmě sekret hustý, podávají se celkově mukolytika dva týdny nebo Sinupret více týdnů (29, 47, 52).

1.7.2 Mukolytika

Mukolytika jsou léky, které rozpouští hlen v dýchacích cestách. Patří do skupiny léků zvaných expektorancia. Při recidivující a chronické rýmě se hlen zahušťuje. Při používání mukolytik je důležité současně kontrolovat dostatečný příjem tekutin, který jejich působení podstatně usnadňuje. Tyto léky se podávají nejčastěji ve formě tablet nebo sirupů, případně inhalačně (9, 12).

1.7.3 Perorální antihistaminika

Nejužívanější skupina léků podávaných v léčbě recidivující a chronické rýmy jsou antihistaminika. Ovlivňují svědění, kýchání a vodnatou sekreci nosní. Jejich vliv na obstrukci dýchacích cest je pouze minimální. Účinkují na celkové příznaky jako jsou konjunktivitida či kožní projevy alergie. Perorální antihistaminika jsou preparáty, které se specificky vážou na H1 receptory. Dnes se užívají prakticky pouze preparáty druhé generace. Je to například akrivastin, astemizol, azelastin, cetirizin, ebastin, fexofenadin, loratadin, mizolastin a terfenadin. Tyto léky jsou bez anebo s minimálními sedativními účinky. Zásadou je dodržování doporučených dávek. Přednost je dáována lékům s jednodenním dávkováním. Topická antihistaminika jsou ve formě nosního spreje i

očních kapek. Jejich efekt je shodný s perorálními preparáty, ale je pouze lokální (12, 36, 38).

1.7.4 Kromony

Kromony (kromoglykát dvojsodný a nedokromil sodný) působí zatím ne zcela objasněným způsobem na mastocyty, a tím omezují rozvoj příznaků alergické rýmy. Jejich efekt je spíše mírný a to jak na obstrukci, svědění, kýchání či sekreci. Pomalý nástup účinku a také nutnost opakovaného podání 4-6x denně je i přes jejich absolutně minimální nežádoucí účinky řadí k preparátům na léčbu pouze mírného onemocnění. Své využití ale nacházejí zejména v léčbě malých dětí, kde spolu s antihistaminiky zaujímají čelní místo. Vzhledem ke svojí bezpečnosti jsou často užívány při dlouhodobé léčbě alergické rýmy u dětí. Při jejich podávání je nutné počítat s dlouhodobým nástupem účinku, často až za několik týdnů (9, 41, 47).

1.7.5 Topické nosní steroidy

Hlavní léčebný efekt steroidů spočívá ve snížení buněčné infiltrace tkáně a omezení produkce sekundárních zánětlivých mediátorů. Brání rozvoji pozdní fáze alergické reakce a vzniku opakovaných nových atak nosních potíží. Ovlivňují příznaky recidivující a chronické rýmy, poněkud méně však neprůchodnost nosu. Jejich výhodou je jednoduchá aplikace a frekvence podávání pouze jednou, maximálně dvakrát denně. Topické nosní steroidy jsou velmi dobře snášeny i při dlouhodobém použití. U citlivých dětí mohou vyvolat tvorbu krust či krvácení z nosní sliznice. Výskyt těchto komplikací je malý a většinou není důvodem k ukončení léčby. Topické nosní steroidy jsou bezpečné při léčbě dětí. Podávají se většinou dlouhodobě profylakticky v nejnižší možné dávce, která zabrání vzniku potíží. Nemají bezprostřední úlevový efekt (36, 41, 47).

1. 8 Nefarmakologická léčba

1.8.1 Inhalace

Rozhodnutí o zahájení inhalační léčby je vždy v rukou lékaře. Inhalace je účinné vdechování látek s léčebným účinkem. Přírozená inhalace může být vdechování různých solí u moře, nebo balzamických silic po dešti v jehličnatém lese či pobyt v solných jeskyních. Přírozená inhalace se využívá i při různých ozdravných pobytech. V nemocnicích se setkáváme s inhalacemi umělými, které se podávají pomocí inhalátorů (nebulizátorů). Inhalace mají různou teplotu. Chladná inhalace snižuje překrvení sliznic. Indiferentní inhalace má zklidňující účinek a teplá inhalace vede k překrvení sliznic. Podle typu léčiva, které je inhalací podáváno, se docílí snížení vazkosti hlenu, dezinfekce sliznice dýchacích cest, rozšíření průdušek nebo protizánětlivého účinku. Jako inhalační roztok se nejčastěji používá fyziologický roztok, a to buď samotný, nebo se do něj mohou přidávat léky. Sliznice dýchacích cest léky snadno vstřebává a dochází tak k poměrně rychlému účinku, který se dostaví asi po třech minutách. Léčivo je upraveno do formy páry nebo plynu. Pouze takto je můžeme aplikovat do dýchacích cest (22, 27, 42, 37).

Technika inhalace u dětí

Inhalace se může podávat volně, náustkem nebo maskou. Během inhalace se snažíme dítě zabavit hrou a sledujeme ho. U malých dětí se inhalace podávají většinou volně. Vrapovaná hadice vede z inhalátoru do blízkosti nosu dítěte a to mlhovinu vdechuje. Po inhalaci může mít dítě vlhký obličej či prádlo, podle potřeby ho osušíme a převlékneme. Nejmenší děti, u kterých je potřeba, aby vydýchaly celou dávku léčiva, inhalují pomocí obličejové masky. Nejlepšího usazení léku na sliznici bronchů se docílí použitím náustku. Náustek je možné použít již u starších batolat či dětí předškolního věku. Důležité je naučit děti správné technice inhalace. Náustek musí ležet na jazyku, ústa musí být kolem náustku obemknuta. Dítě by nemělo mít při inhalaci předkloněnou hlavu, mohlo by to vést ke snížení průchodnosti dýchacích cest. Při inhalaci, do které je přidán lék, je nutné vyinhalovat celý obsah nádobky, protože koncentrace léku je na konci inhalace největší. Pokud se inhalace podává z důvodu zkapalnění hlenu, je

důležité, aby následovalo jeho odstranění z dýchacích cest. Bezprostředně po inhalaci není vhodné s dítětem alespoň půl hodiny chodit ven nebo pobývat v chladné místnosti. Důležitá je také doba vhodná pro inhalaci. Pevné časové návyky jsou pro děti snadno přijatelné a je-li inhalace zakotvena v denním režimu dítěte, nijak nenarušuje jeho denní program. Čas inhalace musí být v souladu s jídelním rozvrhem dítěte. Zcela nevhodná je inhalace bezprostředně po jídle nebo je-li dítě hladové (29, 37, 38, 40).

1.8.2 Nácvik správného smrkání

Důležitým krokem k odstranění sekretu z nosu je správný nácvik smrkání. Každé dítě by mělo umět dobře smrkat. Správným smrkáním lze předcházet zahlenění a chronickému postižení dýchacích cest. S nácvikem správného smrkání je vhodné začít okolo jednoho roku. Dítě je schopno naučit se smrkat přibližně od 18 měsíců. Kapesník by neměl dítěti zakrývat oči. Dítě by mělo smrkat z každého nosního průduchu zvlášť, nikdy nesmrkat z obou nosních průduchů současně. Při smrkání je důležité, aby dítě mělo vzpřímenou hlavu a používalo obě ruce. Křídla nosu nemají být stisknuta. Uvádí se, že prsty by měly být asi jeden centimetr vedle kořene nosu. Sekret by dítě mělo odstranit dlouhým výdechem z nosu, při kterém má zavřená ústa. Nos se nemá utírat do stran, ale tahem dolů. Je vhodné používat kapesníky na jedno použití. Snažíme se dětem vysvětlit, aby dýchaly nosem, ne ústy, což je pro ně při rýmě snadnější (30, 37, 40).

1.8.3 Nosní sprcha

Kromě smrkání se také doporučuje používat nosní sprchu. Použití nosní sprchy při ucpaném nosu je metodou téměř zapomenutou, ale o to víc efektivní. Moderní nosní sprcha je vyrobena z umělé hmoty. Na spodní straně má malou trysku, která se vejde do nosní dírky. Přes otvor na vrchní straně lze pohodlně regulovat vytékání tekutiny. Jedná se o proplachování nosu a nosních dutin slanou vodou, která se pomocí konvičky pomalu nalévá do jedné nosní dírky a druhou dírkou vytéká. Roztok se nechá natéct do vrchní nosní dírky a vytéct spodní nosní dírkou. Tento postup se zopakuje i opačně. Funguje to, protože obě nosní dírky jsou v horní části nosu propojeny. Nosní sprcha je výborným pomocníkem při čištění dutiny a slaná voda otužuje nosní sliznici. Když je dítě schopno aktivní spolupráce, začínáme s nácvikem nosní sprchy, tedy přibližně

okolo druhého roku. Při použití nosní sprchy je nutné dodržet následující postup. Nejdříve si připravíme roztok neutrálně teplé slané vody. Na 3 dcl použijeme jednu rovnou kávovou lžičku kuchyňské soli, zamícháme a nalijeme do konvičky. Dítě se hluboce předkloní nad umyvadlem, otočí hlavu na jednu stranu, hlava musí být vždy níže než pas trupu. Poté hodně otevře ústa a hlasitě jimi dýchá. Otvor zalévací trubičky se zavede do jedné, horní nosní dírky. Pomalu zvedáme konvičku nahoru, až dítě ucítí lechtání proudící kapaliny v nosní dutině a vidíme, že voda volně vytéká z druhé, spodní nosní dírky (16, 40, 49).

1.8.4 Návčik správného dýchání

Návčik správného dýchání je spojován s návčikem správného držení těla. Špatné držení těla vede ke stlačení plic a brání dítěti v nádechu. S návčikem správného dýchání je potřeba začít již v předškolním věku. Správné dýchání je u dětí možné nacvičit formou hry. Vhodná je hra na flétnu či malou foukací harmoniku, foukání brčkem do vody, hra s bublifukem, foukání do lehkého šátku. Hra na flétnu zlepšuje hospodaření s dechem a zvyšuje kapacitu plic. Návčik správného dýchání může probíhat ve spolupráci s fyzioterapeutem, který pro dítě vybere nejvhodnější cviky a poté zkontroluje jejich správné provádění. Dítě by mělo cvičit pravidelně, zábavnou formou a nejlépe s rodiči. Dechová gymnastika má velký význam u onemocnění dýchacího ústrojí. Cílem dechové gymnastiky je návčik správného a účelného dýchání a uvolnění sekretu (37, 40, 46).

1.8.5 Odsávání

Sekret z dýchacích cest lze odstraňovat smrkáním, kašláním a odsáváním. Dětem, které již umějí smrkat, se odsávání doporučuje ojedinele. Malé děti neumí vykašlaný hlen vyplivnout. To vede k jeho polykání nebo hromadění v dýchacích cestách. Spolykaný hlen může být častou příčinou zvracení. Děti, které neumí smrkat či nemohou vykašlat hlen, nebo ho vyplivnout, je nutné odsávat. Děti odsáváme sterilní cévkou, která má centrální otvor přiměřené velikosti. Cívka se zavádí velmi šetrně, měla by proniknout bez většího odporu. Odsávání sekretu je nutné provádět jemně a

zručně, aby nedošlo k traumatizaci nosní sliznice. Při zavádění odsávaček hluboko do nosu dáváme pozor, aby nebyl ničen řasinkový epitel sliznic, který má největší význam právě při protiinfekční obraně. Cívka se zavádí rukou nebo pinzetou bez podtlaku a teprve potom se začíná odsávat. Poloha je u všech věkových skupin dětí stejná, nejlépe vleže s mírným podložením zad. Odsávat se začíná tak, že odsávačka je vložena vždy při vchodu nosních průduchů. Nejprve se odsává z úst a až poté z nosu. Odsává se přerušovaně, jen při vytahování cívky, nikoliv při jejím zavádění. Současně se mohou provádět rotační pohyby, které účinek odsávání zvýší. Po použití se cívka propláchne dezinfekčním roztokem a znehodnotí. Je nepřijatelné nechávat cívky pro opakované použití naložené v jakémkoliv roztoku. Lékaři nosního oddělení doporučují odsávání pod negativním tlakem se speciální odsávačkou s využitím vysavače. Špatně odsátá rýma může způsobit zánět středního ucha. Pozor také na zvracení a případnou expiraci dítěte při násilném odsátí (37, 40, 46).

1.8.6 Urbanovy koupele

Při Urbanových koupelích se nohy dítěte po kotníky a celé předloktí rukou ponoří do teplé vody. Nad dítě se vytvoří „stan“ z deky a dítě současně inhaluje. Celá procedura by měla trvat 20 – 30 minut za postupného dolévání teplé vody. Po celou dobu je nutné sledovat celkový stav dítěte (15, 38).

1. 9 Úloha sestry při ošetřování dítěte s recidivující a chronickou rýmou

1.9.1 Prostředí

Dítě s recidivující a chronickou rýmou je vhodné uložit do chladnější, nepřetopené, dobře větratelné místnosti se zajištěnou optimální vlhkostí vzduchu. Je důležitá pravidelná výměna vzduchu větráním, nejlépe průvanem, vzduch se v pokoji rychle vymění, ale pokoj nevychladne. Při větrání dítě vždy chráníme před prochlazením. Optimální teplota prostředí by měla být kolem dvaceti stupňů Celsia (4, 17, 42).

1.9.2 Monitorování dítěte

U dítěte sestra sleduje průchodnost dýchacích cest, změny barvy kůže a sliznic, výraz obličeje, kvalitu dýchání, smrkání, charakter sekretu a barvu sekretu. Dále varovné příznaky zhoršení zdravotního stavu, náhlé zvýšení tělesné teploty a chování dítěte (4, 17).

1.9.3 Výživa

Strava by měla odpovídat zásadám zdravé výživy a věku dítěte. U dítěte se může často objevit nechutenství, do jídla ho nikdy nenutíme. Je vhodné, aby konzumovalo lehce stravitelnou stravu. Důležité je dbát na dostatek tekutin a vitamínů. Před jídlem je nutné zajistit dobrou průchodnost dýchacích cest použitím nosních kapek nebo nosního spreje. Dbáme na dostatečné přijímání většího množství tekutin. Nejvhodnější je pít teplého čaje, ovocných šťáv či minerálních vod. Nedoporučuje se pít mléko a mléčné přípravky, protože více zahleňují (2, 30, 41).

1.9.4 Spánek a odpočinek

Sestra se snaží pečovat o dostatečný spánek a odpočinek. Upraví vhodnou polohu dítěte na lůžku, aby mělo dostatečné pohodlí. Sleduje jeho pocity, ptá se na potíže, co ho trápí, jak se vyspalo. Snaží se eliminovat veškeré rušivé vlivy. Před spánkem se doporučují aplikovat nosní kapky nebo použít nosní sprej (4, 30, 46).

1.9.5 Péče o dýchací cesty

V péči o nemocné dítě je nutno dodržet několik kroků k udržení průchodnosti horních dýchacích cest. Zachování volně průchozího nosu je důležité zejména u kojenců, kteří při ucpané dutině nosní nejsou schopni sát z prsu. Ke zlepšení průchodnosti nosu přispívá zvlhčení vdechovaného vzduchu, správný nácvik smrkání a odsávání rýmy u malých dětí, správná a pravidelná aplikace nosních kapek a používání nosních sprejů. Polohováním dítěte je možné usnadnit dýchání a odtok sekretu. Přínosné jsou i inhalace a Urbanovy koupele (11, 13, 30).

Nos u kojenců a malých dětí se čistí pomocí smotků, které jsou namočené ve fyziologickém roztoku nebo v heřmánkové vodě. U kojenců se nosík pouze vytírá,

nekapeme do něho. U větších dětí je důležité kapkami ošetřit nos před jídlem a spánkem. Po vyčištění nosního průduchu se aplikují kapky dle ordinace lékaře a okolí nosu se ošetřuje ochranou mastí s epitelizačním účinkem několikrát denně (1, 4, 13).

1.9.6 Aplikace nosních kapek

Léky na nosní sliznici se vždy podávají do vyčištěného nosního průduchu. Nosní kapky se aplikují pomocí kapátka nebo mohou být dodávány v kapací lahvičce. Vyrábějí se ve formě roztoku, suspenze nebo emulze. Pokud jsou vyrobeny ve formě suspenze, je nutné je před použitím důkladně protřepat. Při aplikaci kapek pomůže sestra zaujmout dítěti vhodnou polohu. Poloha dítěte je vsedě se záklonem hlavy na opačnou stranu než se bude lék aplikovat, aby tekutina nevtékala přímo do Eustachovy trubice. Sestra nejprve zhodnotí stav nosní sliznice a charakter sekretu. Před aplikací léků vyzve dítě, aby se vysmrkalo. Pak nakape do každé nosní dírky 1 – 2 kapky. Kapátko se přitom drží těsně nad nosními dírkami a kapky se nasměrují do střední linie na horní konec čichové kosti. Sestra vyzve dítě, aby dýchalo ústy. Po nakapání dítě ještě chvíli setrvá v poloze, jakou zaujalo před ošetřením, aby roztok zasáhl celý povrch sliznice nosu. Před vrácením kapátka do lahvičky se z něho vyprázdní zbytek roztoku. Lahvičku s lékem, popřípadě kapátko se označí jménem dítěte. Do nosu se kape dle ordinace lékaře 5 – 7 x denně. Nosní kapky působí na otok sliznice, neměly by se používat déle než sedm dní (8, 23).

Nejčastější chyby při aplikaci nosních kapek

Nejčastější chybou je nevyčištění nosu před aplikací nebo neodsátí nosního sekretu. Poměrně častou chybou je také neprotřepání léku před použitím, pokud je ve formě suspenze. Chybou je i ponechání záklonu hlavy bez uklonění na jednu či druhou stranu, protože kapky stékají do nosohltanu (8, 22, 23, 27).

1.9.7 Aplikace masti do nosu

Při aplikaci masti posadí sestra dítě na židli se zakloněnou hlavou. Dítě zakloní hlavu na opačnou stranu, než bude mast aplikovaná. Mast se vytlačí na štětičku tak, že se přiloží ústí tuby na štětičku a otáčí se za současného vytlačování léku z tuby, aby se

povrch štětičky celý obalil masťou. Štětičkou se pak lehce potírá sliznice nosu (22, 23, 27).

1.9.8 Použití nosního spreje

Nosní spreje jsou modernější formou léků, které jsou aplikované do nosu. Oproti nosním kapkám mají jednodušší aplikační techniku. Před použitím sestra vyčistí nosní průduchy. Pokud je sprej ve formě suspenze, protřepe se. Sestra sejme ochranný kryt aplikátoru nosního nástavce. Dítě se posadí a sestra mu ucpe jednu nosní dírku stlačením nosního křídla proti nosní přepážce. Do druhé nosní dírky se vloží nosní nástavec aplikátoru. Dítě mírně předkloní hlavu. Nosní nástavec aplikátoru se zasune co nehlouběji do nosu. Sprej se odkloní směrem od nosní přepážky k vnějšímu očnímu koutku stejné strany. Při nádechu sestra zmáčkne nosní nástavec aplikátoru, či postranní rukojeť aplikátoru, nebo plastovou lahvičku, aby došlo k uvolnění dávky. Dítě vydechne ústy. Stejný postup se opakuje i u druhé nosní dírky. Po aplikaci se očistí nosní nástavec aplikátoru a uzavře se ochranným krytem. U kojenců je při použití nosního spreje vhodná spolupráce dvou dospělých osob. Jedna osoba drží kojence v náruči se vzpřímeným tělíčkem. Druhá osoba nejprve odsaje obě nosní dírky, a pak aplikuje nosní sprej (8, 22, 23).

Nejčastější chyby při aplikaci nosních sprejů

Nejčastější chybou u použití nosního spreje je jako u aplikace nosních kapek nevyčištění nosu eventuelně neodsátí nosního sekretu. Další chybou je záklon hlavy nebo poloha vleže a neodklonění nosního nástavce aplikátoru od nosní přepážky při aplikaci léku (8, 23).

1. 10 Pomůcky

1.10.1 Nosní sprej

Výběr nosních sprejů je na našem trhu poměrně široký. Nosní sprej je tlakový rozprašovač aerosolu. Tlak, který je nutný k rozprašení, se získává mechanicky a to stlačením plastové lahvičky, mechanickou pumpou, která je součástí nosního nástavce aplikátoru. Lék aplikovaný ve formě nosního spreje působí na velkou plochu nosní

sliznice. Protizánětlivé léky, které se používají k léčbě alergické rýmy, příznivě ovlivňují i oční spojivku a tím zmírňují oční problémy. Nosní spreje jsou vyráběny ve formě roztoku, emulze a suspenze (8, 33, 35).

1.10.2 Inhalátory

U opakovaně nemocných dětí lékař většinou doporučí používat inhalátor. Ten si rodina může zakoupit, nebo po schválení revizním lékařem a na doporučení alergologa uhradí inhalátor zdravotní pojišťovna. Součástí inhalátoru jsou různé nástavce podle věku dítěte. Je nutné udržovat přístroj dle návodu a pravidelně čistit trubici s nástavci. Nikdy nenecháváme malé dítě při inhalaci bez dozoru. Před zakoupením inhalátoru je vhodné se poradit s odborníkem, jaký druh inhalátoru je pro dítě vhodný. Nejčastěji používané inhalátory jsou ultrazvukové nebo kompresorové – tryskové. Při rýmě je vhodné používat inhalátory parní (16, 19, 33).

1.10.3 Zvlhčovače vzduchu a čističky

Tyto přístroje pracují na různých principech. Nasávají do sebe vzduch z místnosti, který obsahuje různé choroboplodné zárodky, chemické škodliviny a alergizující zárodky. Pomocí mechanických, chemických nebo elektrických filtrů vzduch čistí a vrací zpět do místnosti. Tyto přístroje je vhodné používat nejen v dětských pokojích, ale i v čekárnách u lékařů, nemocnicích a školách. Čističky vzduchu je nutno mít zapnuté i několik hodin denně, často během celého dne, neboť jejich efekt přetrvává v interiéru nejvýše jednu hodinu. Přístroj by měl stát přímo u okna, u zdroje tepla nebo u dveří. Měl by být umístěn tak, aby proud vyčištěného vzduchu směřoval do dýchací zóny místnosti. Přístroje je nutno udržovat v dobrém hygienickém i technickém stavu. Důležitá je také čistota zvlhčovačů vzduchu, stojatá voda by mohla být zdrojem růstu plísní a bakterií (16, 19, 33).

1.11 Edukace

1.11.1 Význam edukace

Edukace je výchova a vzdělávání. Výchova a vzdělávání se prolínají v edukačním procesu. Při edukačních procesech dochází k učení na straně určitého subjektu, jemuž je jiným subjektem přímo nebo zprostředkovaně předáván určitý druh informace. Úkolem zdravotníka je poskytnout dítěti a jeho rodině takové znalosti a dovednosti, které jim pomohou obnovit zdraví dítěte či udržet zdraví na přijatelné úrovni. Edukační proces pomáhá naplňovat preventivní cíle moderního ošetrovatelství. Moderní ošetrovatelství klade důraz na edukační roli sestry. Na edukaci se podílejí především lékaři, kteří poskytují odborné informace. Dále pak sestry, které mají v edukaci nezastupitelnou roli, a širší okruh rodiny. Důležitá je edukace rodičů a starších dětí, spolupráce rodiny při ošetrování dítěte a dodržování léčebného režimu. Význam edukace při recidivující a chronické rýmě u dětí tkví v partnerském vztahu, který je mezi lékařem, sestrou, dítětem a rodiči dítěte. Bez aktivní spolupráce rodičů a dítěte není efektivní léčba možná. Cílem edukace je umět se vyvarovat kontaktů s alergenem a dodržovat preventivní a léčebná opatření. Požadavky na rodinu dítěte s recidivující a chronickou rýmou jsou poměrně vysoké. Důležité je, aby rodina i dítě byli patřičně motivováni. Za nejúčinnější motivační faktor se považuje úspěšnost léčby. Ta ale často může být hodnocena lékařem jinak, než dítětem a jeho rodinou. Dítě bude ochotněji dodržovat rady lékaře, když výsledky léčby uspokojí jeho cíle a zájmy. Ideální je individuální edukace sestrou. Sestra by měla rodičům i dítěti odpovídat na otázky, doporučit vhodnou literaturu, provádět praktické ukázky správné aplikace léků, jako je například kapání do nosu, aplikace masti do nosu, ukázky používání nosních sprejů, nosní sprchy a inhalátorů. První předvádění sestrou by mělo být vždy pomalé a správně provedené. Sestra postupuje od jednodušších činností ke složitějším. Poté sestra požádá rodiče či dítě, aby danou činnost bezchybně předvedli. Je to pro sestru zpětná vazba, do jaké míry je tato činnost zvládnuta. Sestra poskytuje edukaci jen v rámci svých profesních kompetencí. (18, 25, 34).

1.11.2 Základní pravidla edukace

Edukace dětí a rodičů nesmí být pouze jednorázovým poučením, ale měla by být dlouhodobým procesem, který je nutné plánovat. Na počátku celého procesu edukace by sestra měla zjistit, jaké mají rodiče o onemocnění informace, jak ho vnímají a jestli znají specifika v péči o dítě. Sestra společně s rodiči formuluje cíl edukace a na jeho podkladě vytvoří plán edukace, který lze během průběžného hodnocení doplňovat a podle potřeby měnit. Edukace musí být individuální a odpovídat skutečným potřebám dítěte a jeho rodičů. Měla by být poskytnuta jednoduše, srozumitelně, citlivě, a pokud je to možné opakovaně. Jednoduchost edukace spočívá v komunikaci na takové úrovni, aby jí dítě i rodiče bez problémů rozuměli a pochopili. Pro úspěšnou komunikaci s dítětem je nutná znalost jednotlivých vývojových stádií dítěte.

Nejlépe jsou zapamatovatelné ty informace, které jsou sděleny hned na začátku rozhovoru a také ty, které jsou několikrát a s důrazem zopakovány. Není vhodné, aby lékař či sestra používali výrazy, kterým dítě či rodič nerozumí. Citlivý odhad emocionálního stavu, duševní úrovně a informovanosti zvyšuje pravděpodobnost, že sdělení bude dobře pochopeno a zapamatováno. Vždy je důležité si ověřit, zda informaci bylo porozuměno. Účinné je rodiče či dítě požádat, aby přijaté informace shrnulo vlastními slovy. Také je důležité, aby sestra pochválila a ocenila jakékoliv úsilí a činnost ať rodičů či dětí (18, 34).

1. 12 Úloha sestry v prevenci recidivující a chronické rýmy

1.12.1 Primární prevence

Primární prevence zahrnuje postupy, které zabrání vzniku nemoci. Veškerá snaha se soustředí na ovlivnění časně senzibilizace, protože dědičnost se zatím ovlivnit nedá. Nejdůležitějším obdobím, ve kterém dochází ke vzniku časně senzibilizace na hlavní rizikové alergeny, je prvních šest měsíců života. Také proto se doporučuje matkám, aby své dítě co nejdéle kojily. Postupy v primární prevenci se zaměřují především na děti matek, které jsou atopičky nebo astmaticky. U těchto matek je riziko vzniku alergie a chronických onemocnění velmi vysoké. Rizikovým dětem by mělo být poskytnuto prostředí, které snižuje nebezpečí vzniku přecitlivělosti. Prostředí, do

kterého rizikové dítě přichází, by mělo být ošetřeno tak, aby nevznikl nadměrný kontakt s alergeny (19, 49).

1.12.2 Otuzování

U dětí, které jsou choulostivé, dojde ke snížení tělesné teploty vnitřního prostředí a sliznic již při malém prochladnutí. Otuzilé děti udrží vnitřní teplotu i při značných chladových zátěžích. Cílem otuzování je tedy zvýšit schopnost organismu udržovat si stálou tělesnou teplotu. Výsledek otuzování je závislý na charakteru a frekvenci chladových podnětů, s kterými se dítě setkává v každodenním životě. Vysoké adaptační schopnosti na chlad lze dosáhnout záměrným trénováním. Děti se mohou otuzovat studenou vodou. Otuzování studenou vodou vyžaduje soustavnost a postupnost. Pouze občasné vystavení chladné vodě by spíše vyvolalo nachlazení než otužení. Teplota vody by se měla ochlazovat postupně. Veškeré otuzovací procedury by děti měli prožívat radostně, nikoliv s nelibostí. Je důležité dětem vysvětlit prospěšnost otuzování. U sourozenců je k posílení motivace možné použít prvek soutěživosti. Otuzování lze posílit návykem spánku při otevřeném okně. Podmínkou je opět postupnost a přiměřené množství lůžkovin. K procedurám otuzování se řadí i saunování. Saunování spočívá ve střídání pobytu v horkém suchém vzduchu, který vyvolává pocení s následným ochlazením ve studené vodě. Pobyt v sauně by pro děti stejně jako otuzování neměl být nepříjemný. Důležité je zabránit přetápění v místnostech. Nesmíme zapomenout ani na pobyt dítěte venku. Dítě by mělo být venku alespoň 3 hodiny denně každý den a téměř při každém počasí. Důraz je také kladen na přiměřené oblékání dětí, jak venku, tak i v domácím prostředí (11, 33, 35,48).

1.12.3 Výživa

Kojení hraje nezastupitelnou úlohu pro dobrý vývoj dítěte a to nejen po stránce zdravotní, ale i psychosociální. U kojených dětí je prokázáno výrazně nižší riziko rozvoje řady chronických chorob. Mateřské mléko osidluje sliznici bakteriálními kmeny, které zabraňují vzniku infekce. Obsahuje obranné protilátky a faktory, které ničí bakterie. Je vhodné kojit dítě do šesti měsíců, poté smí dostávat příkrmy v podobě polévek, ovocných a zeleninových pyré.

Strava by měla být rozmanitá, obsahovat dostatek kvalitních bílkovin především z bílého masa, luštěnin, nízkotučných mléčných výrobků, bohatá na obilniny, ovoce a zeleninu. Omezit by se měly potraviny, které při používání ve větší míře mohou způsobovat zvýšené zahlenění. Mezi tyto potraviny patří bílá mouka, cukr, zvýšené množství mléka, mléčných výrobků a brambory. Upřednostňujeme potraviny s nízkým obsahem tuků a cholesterolu. Živočišné tuky je vhodné nahradit tuky rostlinnými. Vhodné je omezit sladkosti, pití sladkých nápojů a nadměrné solení. Strava by měla obsahovat co nejméně konzervačních látek. Důležité je i dodržování pitného režimu. Dítě by mělo vypít 1,5 – 2 litry denně, je vhodné toto množství rozdělit rovnoměrně do celého dne (7, 30, 49, 52).

1.12.4 Úprava domácího prostředí

Dítě by se mělo vyvarovat pobytu ve znečištěném prostředí a omezit pobyt v prostředí, kde k expozici alergenu dochází. Prach v domácnosti by se měl stírat na vlhko, podlahy je nutné vysávat vysavačem s použitím účinných mikrofilmů. Doporučuje se používání čističek vzduchu a zvlhčovačů. Při alergické rýmě je základním předpokladem úprava prostředí a bezalergenový režim. Ten zahrnuje především odstranění zdrojů alergenů z bytu alergiků. Nebezpečné jsou především koberce, záclony a závěsy. Péči bychom měli věnovat lůžkovinám a ložnímu prádlu. Prádlo i matrace je potřeba pravidelně větrat a občas matrace vysát. Děti s pylovou alergií a jejich rodiče mohou využívat pylové informační služby a redukovat pobyt v přírodě. Důraz by měl být kladen na vhodná hygienická opatření v dětských kolektivech (13, 35, 36, 45).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíle:

Cíl 1 – Zjistit úlohu sestry v prevenci recidivující a chronické rýmy.

Cíl 2 – Zjistit úlohu sestry v léčbě recidivující a chronické rýmy.

Cíl 3 – Zjistit s jakými komplikacemi se sestry nejčastěji setkávají.

Cíl 4 – Vypracovat edukační standard pro sestry pracující v ordinacích PLPDD a v nemocnicích na dětském oddělení.

2.2 Hypotézy

H 1 :

Sestry edukují rodiče a děti o prevenci recidivující a chronické rýmy.

H 2 :

Sestry edukují rodiče a děti o léčbě a možných komplikací recidivující a chronické rýmy.

H 3:

Mezi nejčastější komplikace recidivující a chronické rýmy patří záněty středního ucha, záněty vedlejších dutin nosních a záněty spojivek.

3. Metodika

3.1 Metodika

Ke zpracování diplomové práce byl zvolen kvantitativní výzkum. Kvantitativní výzkumné šetření bylo realizováno dotazníkovou metodou.

Dotazník byl sestaven po prostudování odborné literatury. Byla provedena pilotáž k ověření, zda je pro respondenty srozumitelný. Dotazníky byly anonymní. Byly vytvořeny pro sestry pracující v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost, na dětských odděleních a pro rodiče nemocných dětí.

Dotazník pro sestry se skládal z identifikačních dat, klasifikace recidivující a chronické rýmy. Otázky byly zaměřeny na sesterskou edukaci, prevenci, léčbu a komplikace recidivující a chronické rýmy. Dotazníky obsahovaly 24 otázek. Otevřené otázky byly 3, polootevřených otázek bylo 5 a uzavřených otázek bylo 16. Sestrám v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost bylo rozdáno 60 dotazníků, vráceno jich bylo 40. Návratnost byla 66 %. Sestrám na dětském oddělení bylo rozdáno 70 dotazníků, vráceno jich bylo 50. Návratnost byla 71 %.

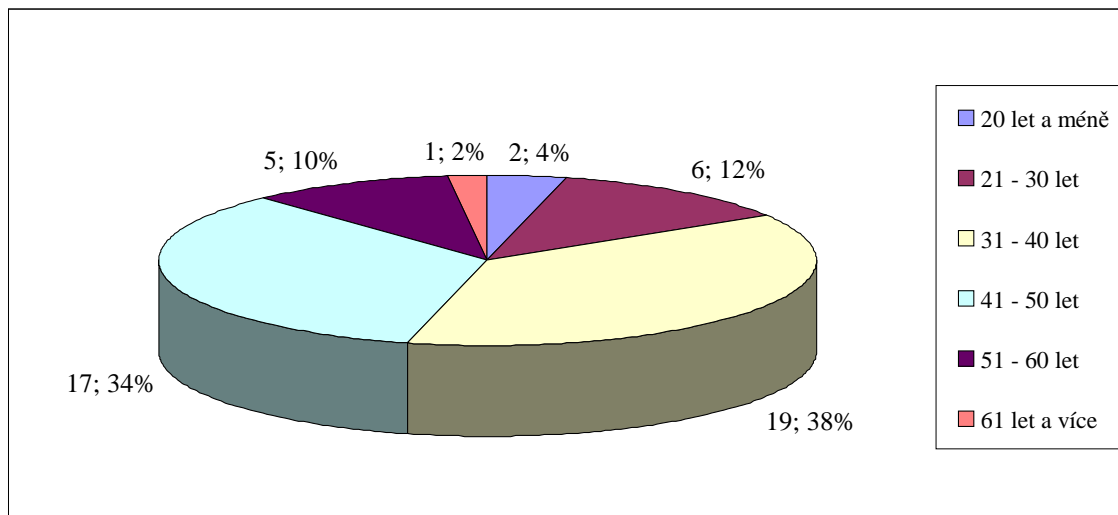
Dotazník pro rodiče se skládal z identifikačních dat, otázky byly zaměřené na nemocnost dětí, informovanost rodičů i dítěte sestrou, přínos těchto informací pro rodiče a na komplikace, které se u dětí nejčastěji vyskytují. Dotazníky obsahovaly 24 otázek. Otevřené otázky byly 2, polootevřené otázky byly 4 a uzavřených otázek bylo 18. Rodičům bylo rozdáno 50 dotazníků, vráceno bylo 30. Návratnost byla 60 %.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořilo 50 sester z dětských oddělení v nemocnici, 40 sester pracujících v ordinaci PLPDD a 30 rodičů. Osloveny byly sestry pracující v ordinacích PLPDD v Českých Budějovicích (15 dotazníků), Písku (10 dotazníků), Táboře (10 dotazníků) a v Třeboni (5 dotazníků) a rodiče těchto dětí (30 rodičů). Dále sestry pracující na dětském oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích (25 dotazníků), Táboře (16 dotazníků) a Písku (14 dotazníků). Výzkumné šetření probíhalo od 1. února do 31 března 2011.

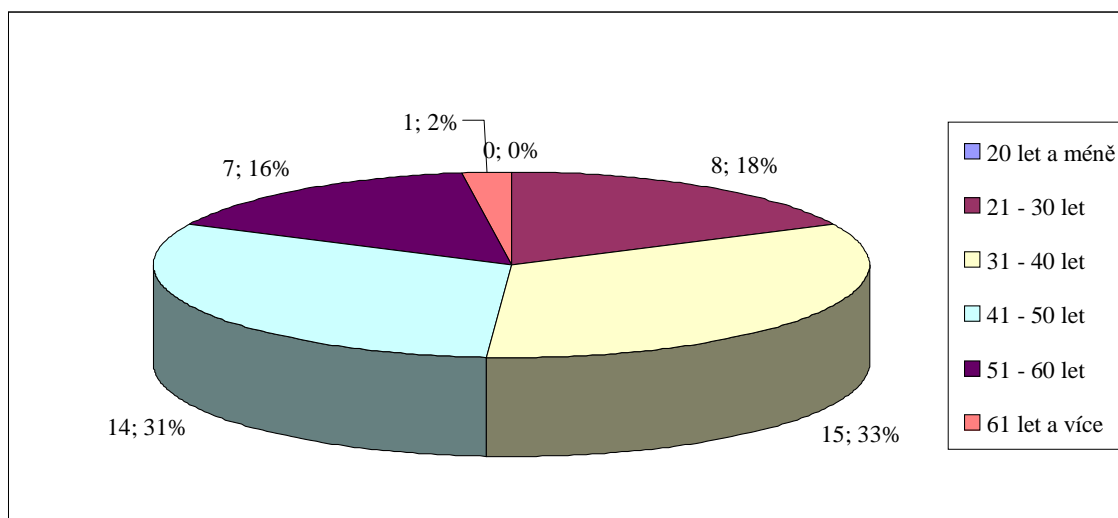
4. Výsledky

Graf 1 Věk sester pracujících v nemocnici na dětském oddělení (50)



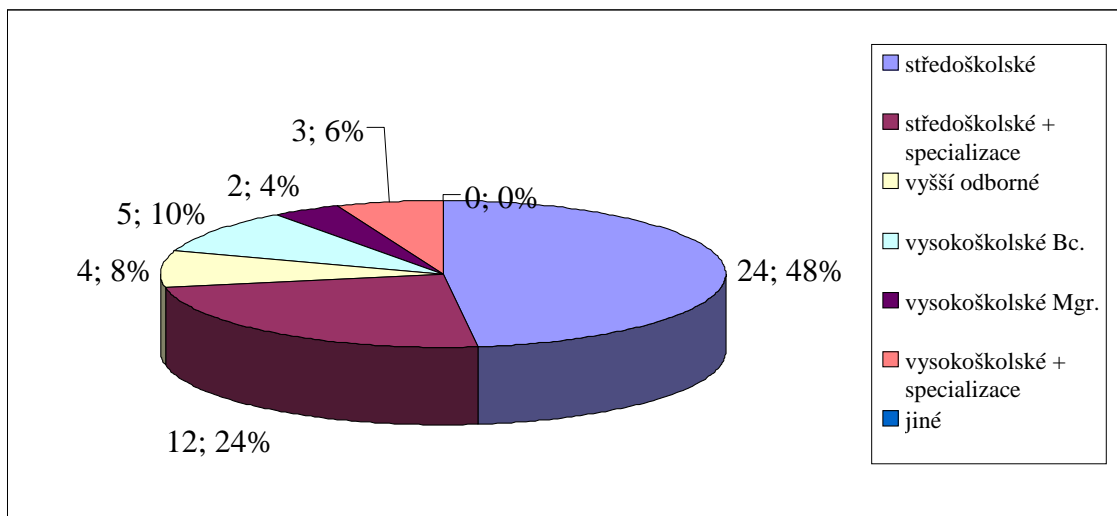
Z celkového počtu 50 (100%) sester je 19 (38 %) sestrám mezi 31 - 40 lety, 17 (34 %) mezi 41 -50 lety, 6 (12 %) mezi 21 -30 lety, 5 (10 %) mezi 51 až 60 lety, 2 (4 %) je 20 let a méně a 1 (2%) 61 let a více.

Graf 2 Věk sester pracujících v ordinaci PLPDD (45)



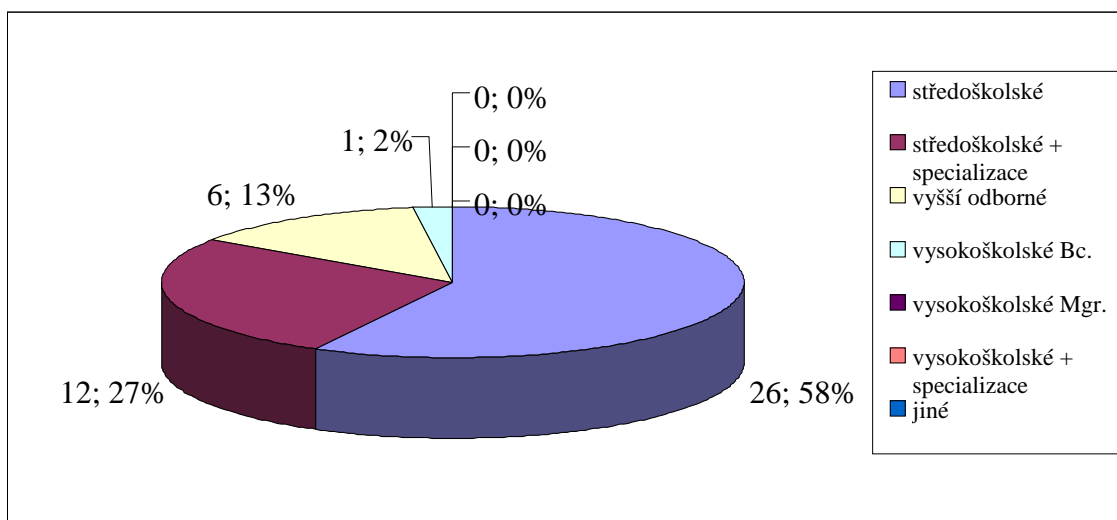
Z celkového počtu 45 (100 %) sester je 15 (33 %) sestrám mezi 31 až 40 lety, 14 (31 %) mezi 41 až 50 lety, 7 (16 %) mezi 51 a 60 lety, 8 (18 %) mezi 21 až 30 lety a 1 (2 %) je 61 let a více.

Graf 3 Dosažené vzdělání u sester pracujících v nemocnici na dětském oddělení (50)



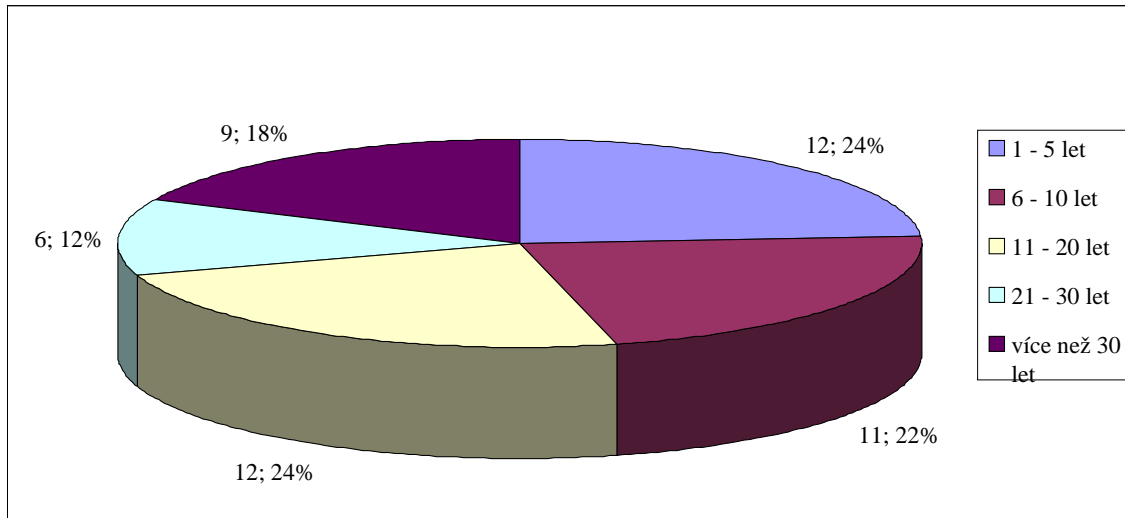
Z celkového počtu 50 (100 %) sester má 24 (48 %) sester středoškolské vzdělání, 12 (24 %) středoškolské se specializací, 5 (10 %) vysokoškolské Bc., 4 (8 %) vyšší odborné, 3 (6 %) vysokoškolské se specializací 2 (4 %) vysokoškolské Mgr.

Graf 4 Dosažené vzdělání u sester pracujících v ordinaci PLPDD (45)



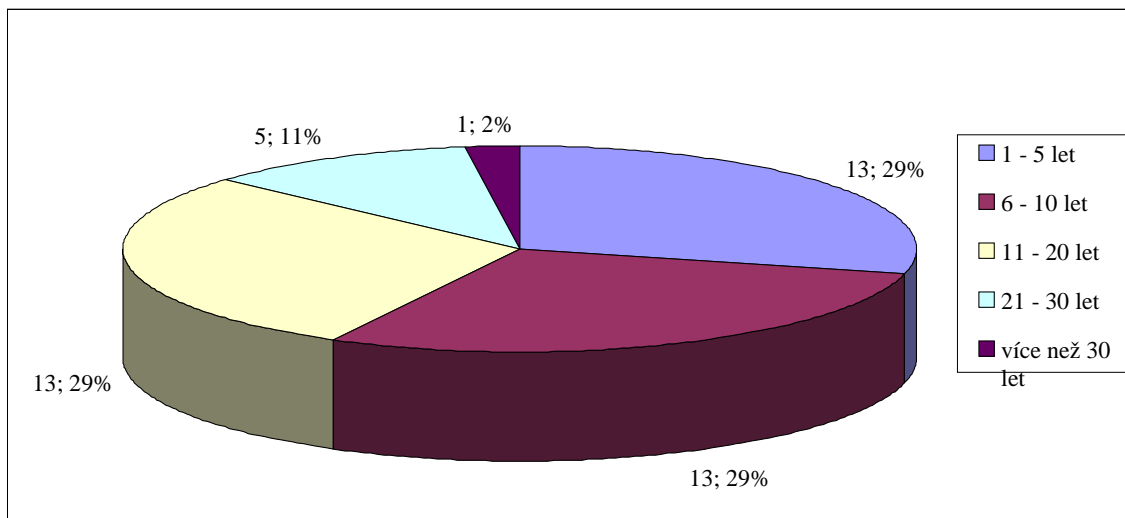
Z celkového počtu 45 (100 %) sester má 26 (58 %) sester středoškolské vzdělání, 12 (27 %) středoškolské se specializací, 6 (13 %) vyšší odborné a 1 (2 %) vysokoškolské Bc.

Graf 5 Délka praxe sester v nemocnici na dětském oddělení (50)



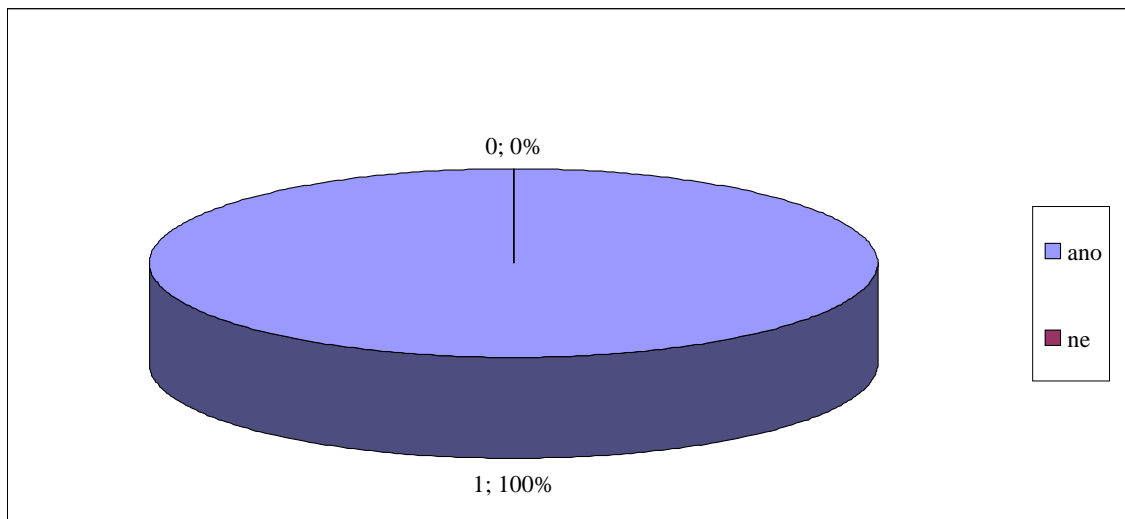
Z celkového počtu 50 (100 %) sester má 12 (24 %) sester praxi 11 – 20 let, 12 (24 %) 1 – 5 let, 11 (22 %) 6 – 10 let, 9 (18 %) více než 30 let a 6 (12 %) 21 – 30 let.

Graf 6 Délka praxe sester v ordinaci PLPDD (45)



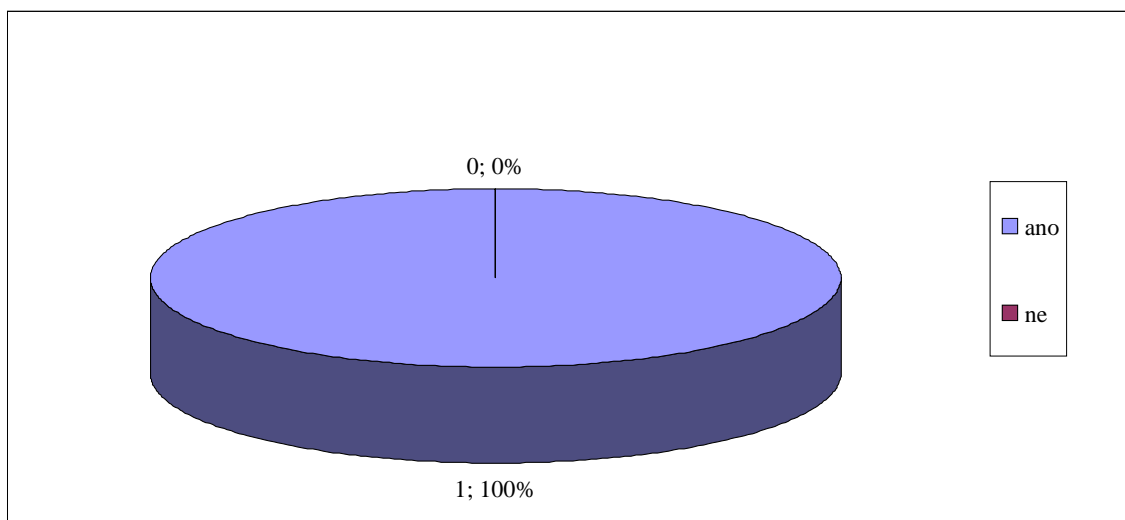
Z celkového počtu 45 (100 %) sester má 13 (29 %) sester praxi 6 – 10 let, 13 (29 %) 11 – 20 let, 13 (29 %) 1 – 5 let, 5 (11 %) 21 – 30 let a 1 (2 %) více než 30 let.

Graf 7 Děti s recidivující a chronickou rýmou na dětském oddělení (50)



Z celkového počtu 50 (100 %) sester se na dětském oddělení 50 (100 %) sester setkává s dětmi s recidivující a chronickou rýmou.

Graf 8 Děti s recidivující a chronickou rýmou v ordinaci PLPDD (45)



Z celkového počtu 50 (100 %) sester se v ordinacích PLPDD 50 (100 %) sester setkává s dětmi s recidivující a chronickou rýmou.

Tab. 1 Příčiny recidivující a chronické rýmy z pohledu sester pracujících na dětském oddělení (50)

	Prostředí	Nástup do kolektivních zařízení	Kouření v domácím prostředí	Alergie	Špatná životospráva	Snížená imunita
Odpovědi sester	32	28	22	21	20	17

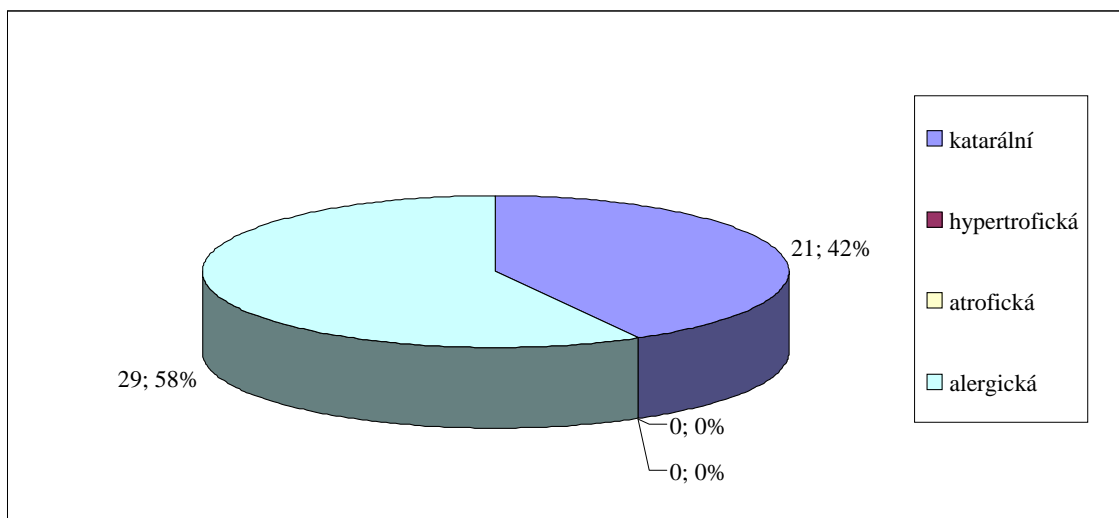
Na otevřenou otázku sestry nejčastěji odpovídali, že příčinou recidivující a chronické rýmy je prostředí (32), nástup do kolektivních zařízení (28), kouření v domácím prostředí (22), alergie (21), špatná životospráva (20) a snížená imunita (17).

Tab. 2 Příčiny recidivující a chronické rýmy z pohledu sester pracujících v ordinaci PLPDD (45)

	Prostředí	Kouření v domácím prostředí	Nástup do kolektivních zařízení	Špatná životospráva	Špatně vedená léčba	Snížená imunita
Odpovědi sester	22	18	16	16	14	13

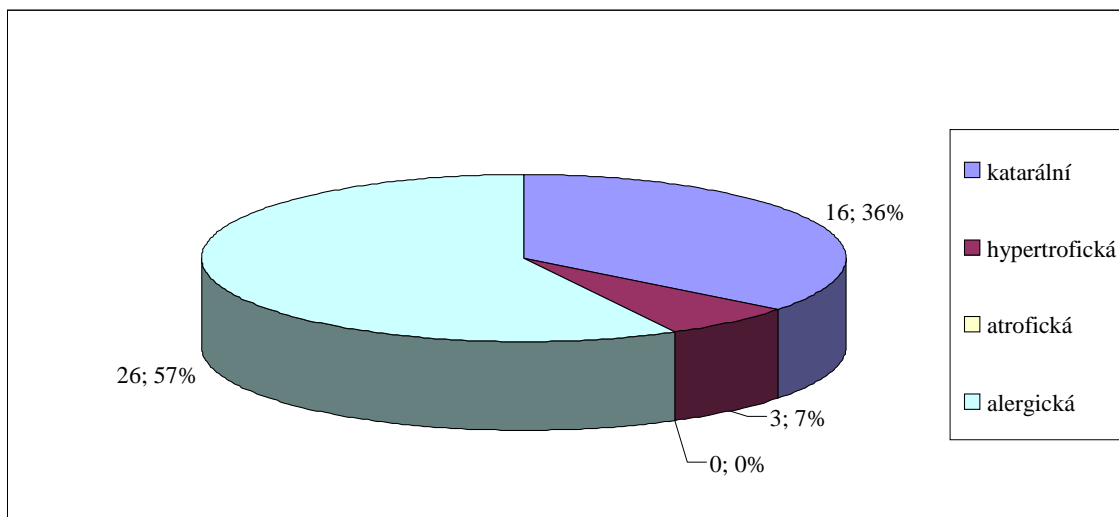
Na otevřenou otázku sestry nejčastěji odpovídali, že příčinou recidivující a chronické rýmy je prostředí (22), nástup do kolektivních zařízení (18), kouření v domácím prostředí (16), špatná životospráva (16), špatně vedená léčba (14) a snížená imunita (13).

Graf 9 Druhy chronické a recidivující rýmy, s kterými se sestry nejčastěji setkávají v nemocnici na dětském oddělení (50)



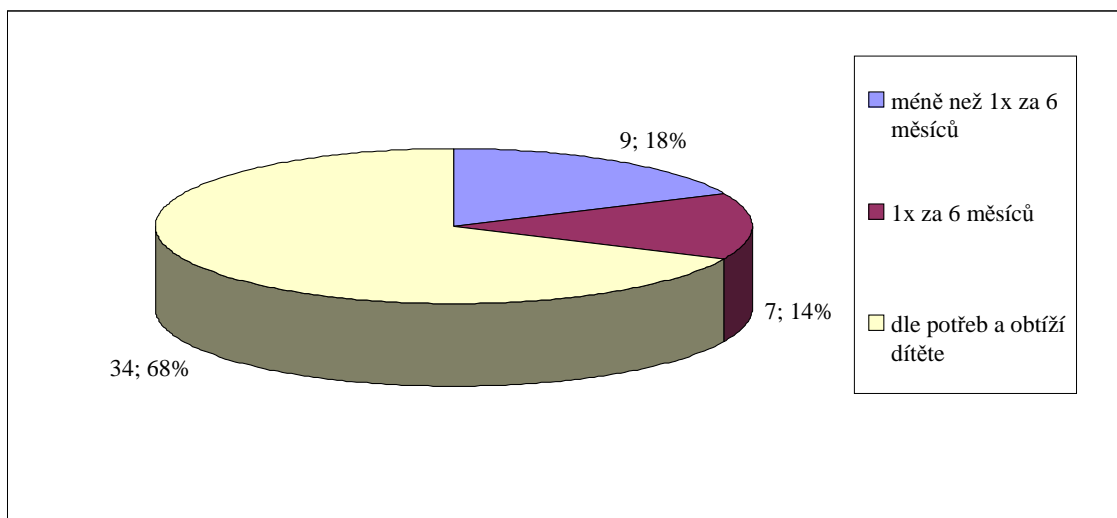
Z celkového počtu 50 (100 %) sester 29 (58 %) uvádí, že se nejčastěji setkávají s alergickou rýmou a 21 (42 %) s katarální rýmou.

Graf 10 Druhy chronické a recidivující rýmy, s kterými se sestry nejčastěji setkávají v ordinaci PLPDD (45)



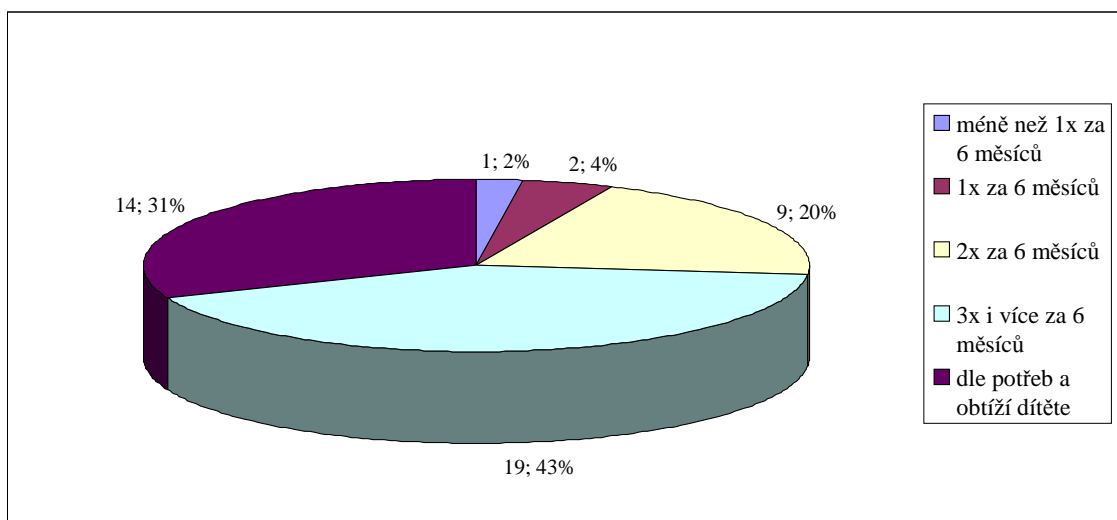
Z celkového počtu 45 (100 %) sester 26 (57 %) uvádí, že se nejčastěji setkávají s alergickou rýmou, 16 (36 %) s katarální rýmou a 3 (7 %) s hypertrofickou rýmou.

Graf 11 Frekvence hospitalizace dětí s recidivující a chronickou rýmou v nemocnici na dětském oddělení (50)



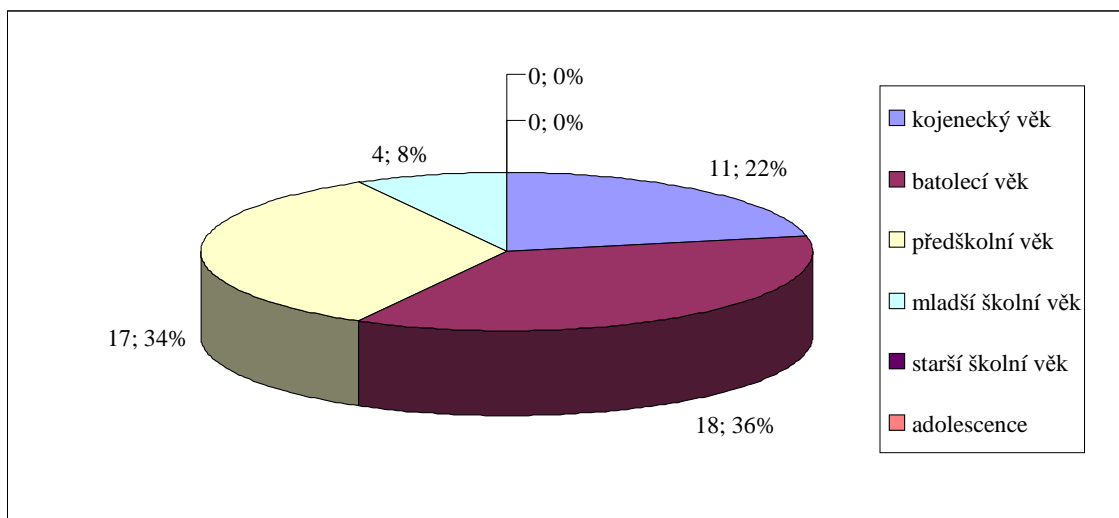
Z celkového počtu 50 (100 %) seser 34 (68 %) uvádějí, že hospitalizace dětí je dle potřeb a obtíží, 9 (18 %) uvádějí, že hospitalizace dětí je méně než 1x za 6 měsíců a 7 (14 %) uvádějí hospitalizaci dětí 1x za 6 měsíců.

Graf 12 Frekvence návštěvnosti ordinace PLPDD dětí s recidivující a chronickou rýmou (45)



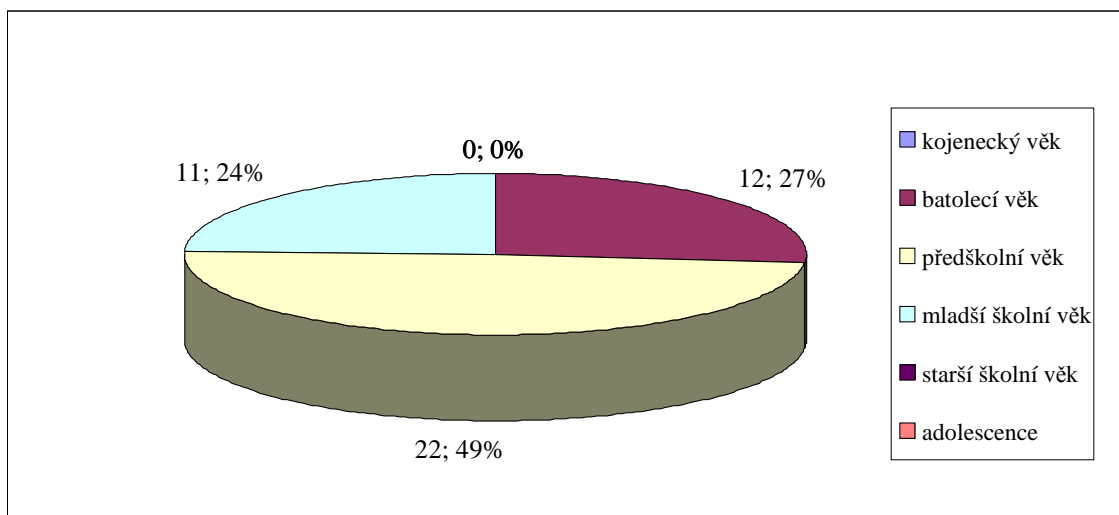
Z celkového počtu 45 (100 %) seser 19 (43 %) uvádějí, že děti navštěvují ordinaci 3x i více za 6 měsíců, 14 (31 %) dětí dle potřeby a obtíží, 9 (20 %) dětí 2x za 6 měsíců, 2 (4 %) 1x za 6 měsíců a 1 (2 %) méně než 1x za 6 měsíců.

Graf 13 Věk dětí hospitalizovaných s chronickou a recidivující rýmou v nemocnici na dětském oddělení (50)



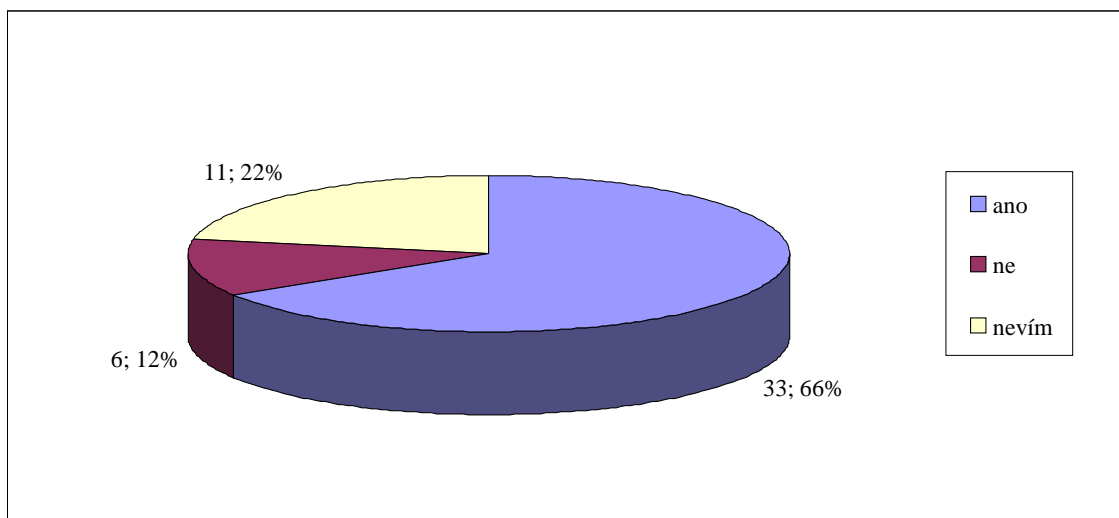
Z celkového počtu 50 (100 %) sester se 18 (36 %) setkávají nejčastěji s dětmi v batolecím věku, 17 (34 %) s dětmi v předškolním věku, 11 (22 %) s dětmi v kojeneckém věku a 4 (8 %) s dětmi mladšího školního věku.

Graf 14 Věk dětí s recidivující a chronickou rýmou v ordinaci PLPDD (45)



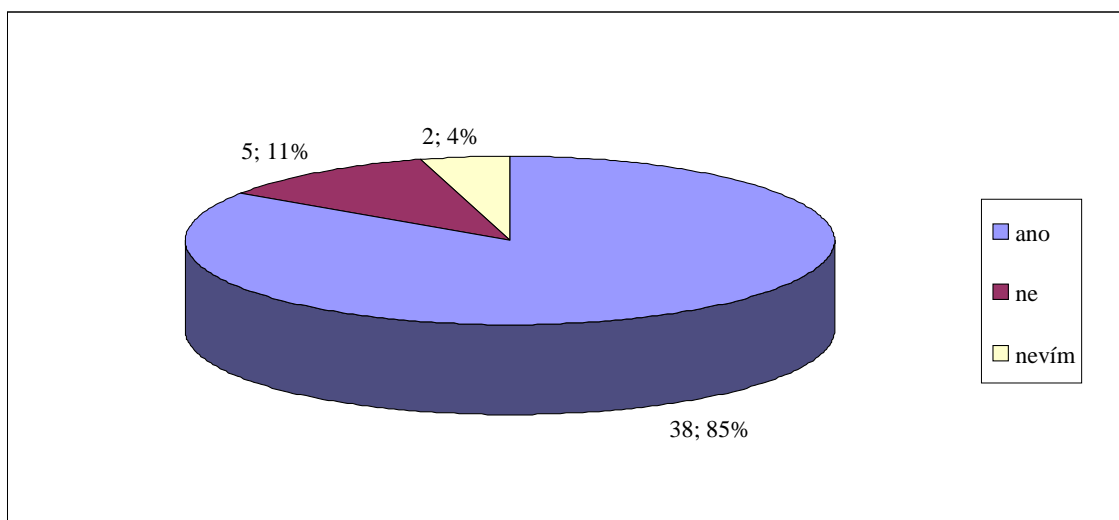
Z celkového počtu 45 (100 %) sester se 22 (49 %) setkávají nejčastěji s dětmi v předškolním věku, 12 (27 %) s dětmi v batolecím věku, 11 (24 %) s dětmi mladšího školního věku.

Graf 15 Každoroční nárůst dětí s recidivující a chronickou rýmou z pohledu sester pracujících v nemocnici na dětském oddělení (50)



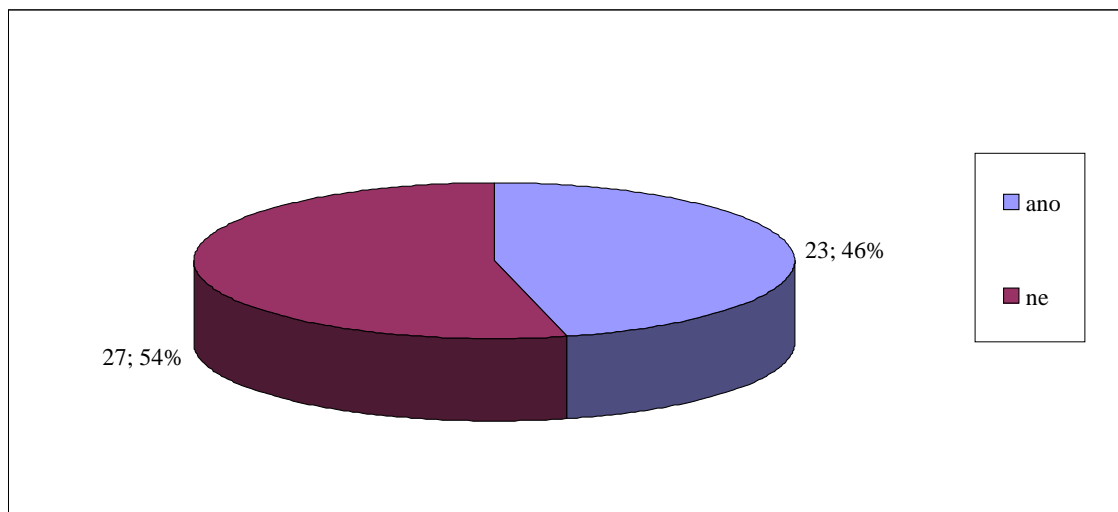
Z celkového počtu 50 (100 %) sester, 33 (66 %) uvádí, že dětí s recidivující a chronickou rýmou každý rok přibývá, 11 (22 %) sester neví a 6 (12 %) si myslí, že dětí s recidivující a chronickou rýmou nepřibývá.

Graf 16 Každoroční nárůst dětí s recidivující a chronickou rýmou z pohledu sester pracujících v ordinaci PLPDD (45)



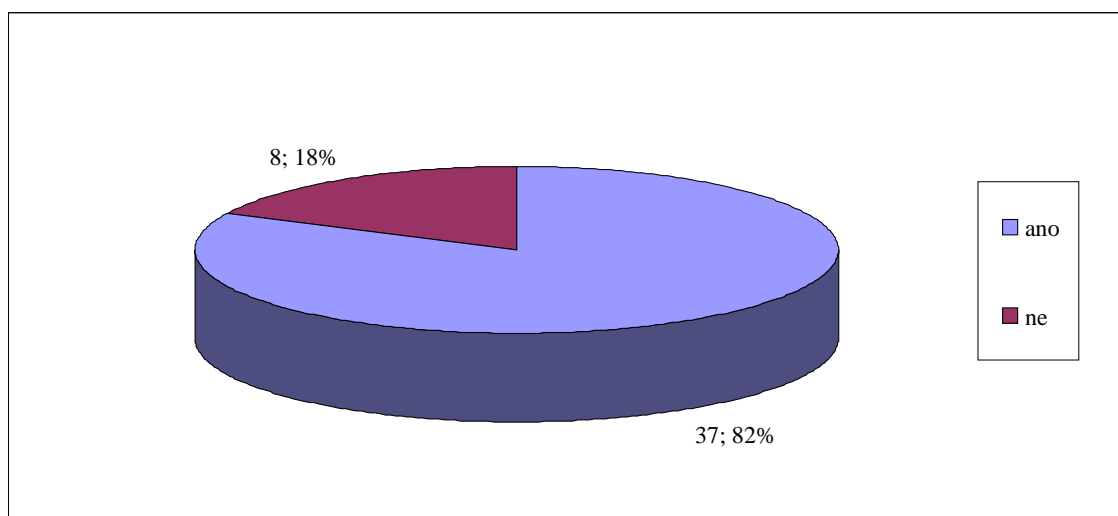
Z celkového počtu 45 (100 %) sester 38 (85 %) uvádí, že dětí s recidivující a chronickou rýmou každý rok přibývá, 5 (11 %) si myslí, že dětí s recidivující a chronickou rýmou nepřibývá a 2 (4 %) sester neví.

Graf 17 Rodiče se obracejí o informace na sestry z dětských oddělení (50)



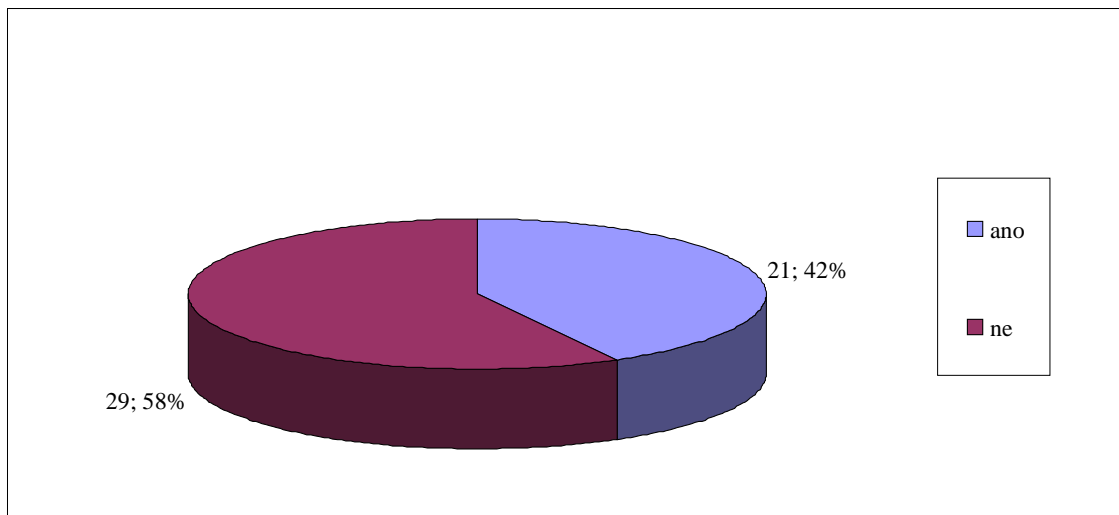
Z celkového počtu 50 (100 %) sester se na 27 (54 %) rodiče neobracejí, aby získali informace o recidivující a chronické rýmě a na 23 (46 %) se rodiče obracejí.

Graf 18 Rodiče se obracejí o informace na sestry pracující v ordinacích PLPDD (45)



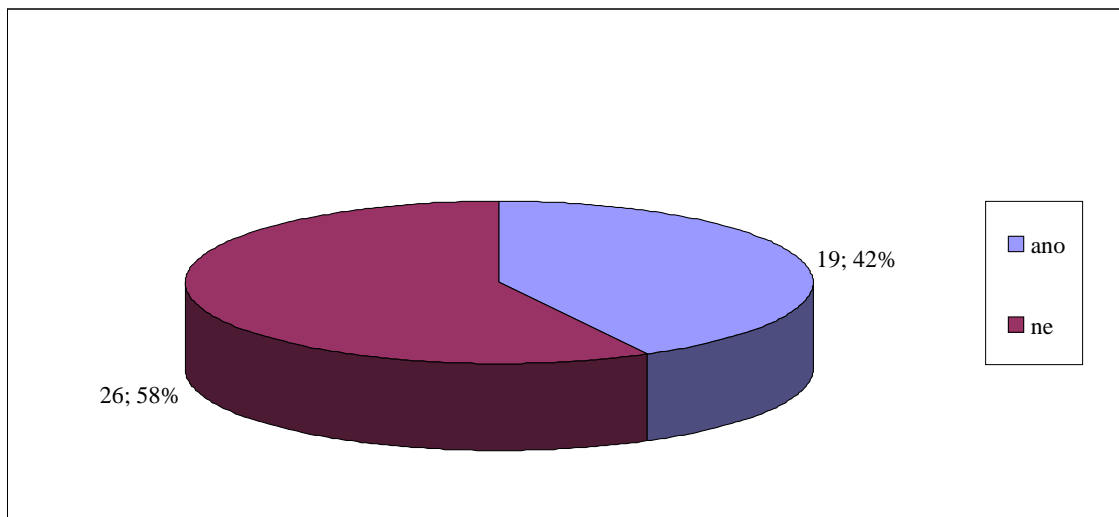
Z celkového počtu 45 (100 %) sester se na 37 (82 %) rodiče obracejí, aby získali informace o recidivující a chronické rýmě a na 8 (18 %) se rodiče neobracejí.

Graf 19 Edukační materiál k dispozici na dětském oddělení (50)



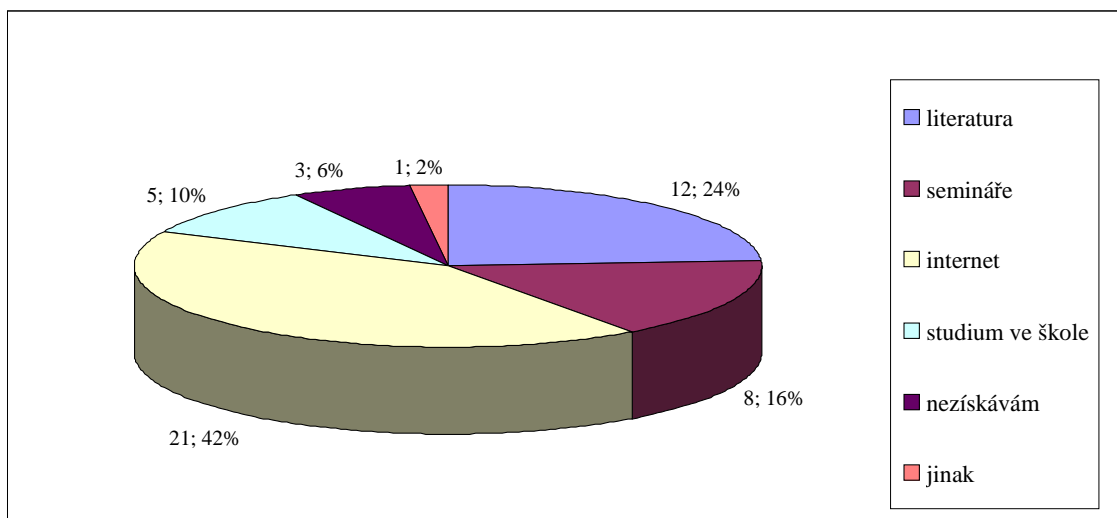
Z celkového počtu 50 (100 %) sester 29 (58 %) nemají na oddělení edukační materiály týkající se recidivujících a chronické rýmy a 21 (42 %) sester mají na oddělení edukační materiály. Nejčastěji uváděné materiály byly letáčky od různých firem.

Graf 20 Edukační materiál k dispozici v ordinaci PLPDD (45)



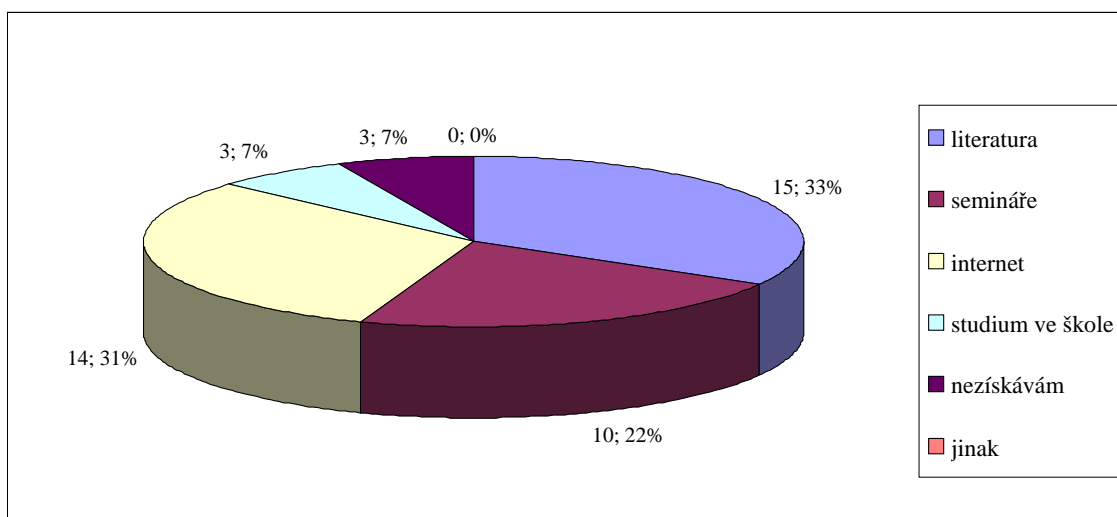
Z celkového počtu 50 (100 %) sester 26 (58 %) nemají v ordinaci edukační materiály týkající se recidivujících a chronické rýmy a 19 (42 %) sester mají v ordinaci edukační materiály. Nejčastěji uváděné materiály byly brožury.

Graf 21 Získávání informací sestrou o recidivující a chronické rýmě v nemocnici na dětském oddělení (50)



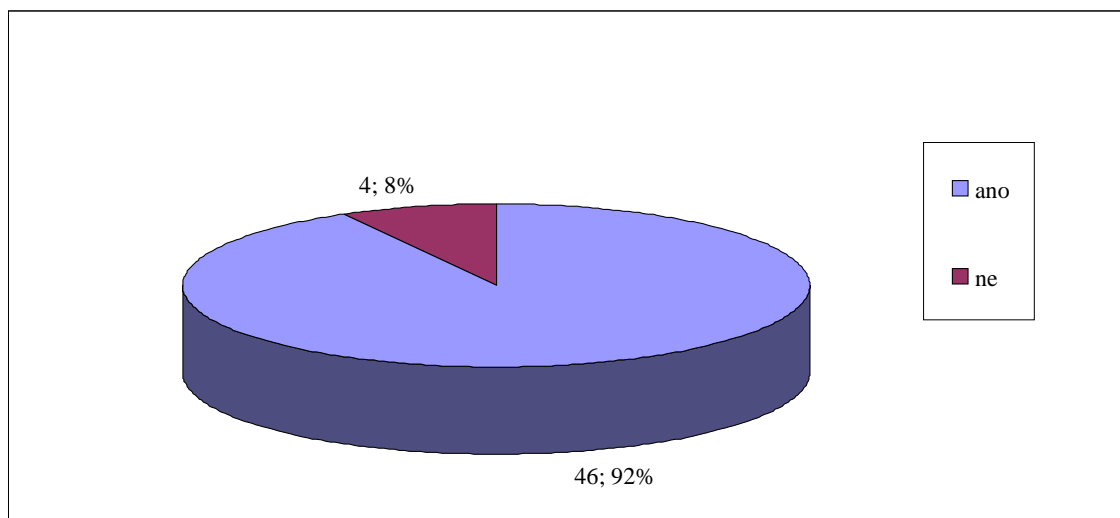
Z celkového počtu 50 (100 %) sester 21 (42 %) získává informace z internetu, 12 (24 %) z literatury, 8 (16 %) ze seminářů, 5 (10 %) během studia ve škole, 3 (6 %) informace nezískává a 1 (2 %) uvádí, že jinak a to ze své praxe.

Graf 22 Získávání informací sestrou o recidivující a chronické rýmě v ordinaci PLPDD (45)



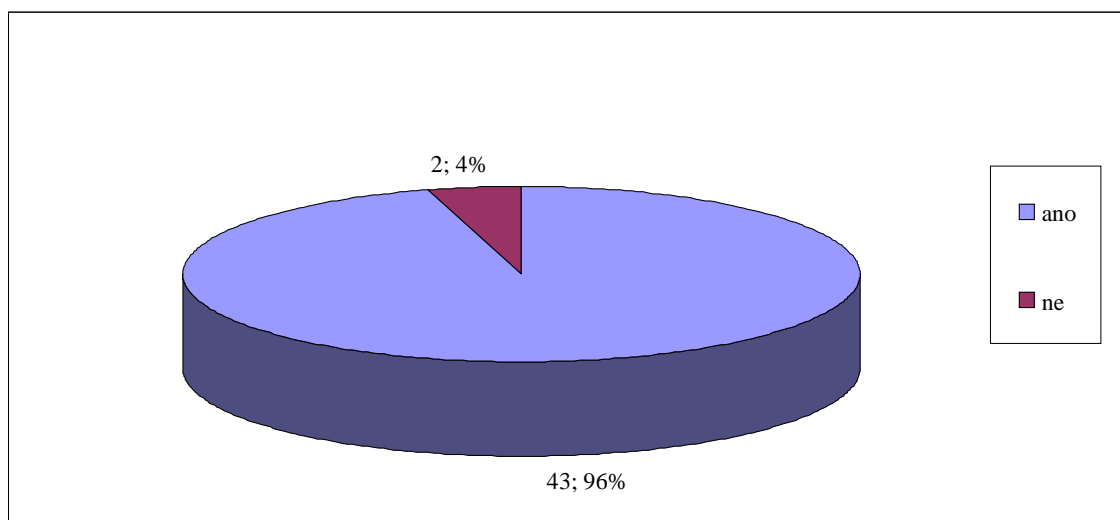
Z celkového počtu 45 (100 %) sester 15 (33 %) získává informace z literatury, 14 (31 %) z internetu, 10 (22 %) ze seminářů, 3 (7 %) během studia ve škole a 3 (7 %) informace nezískává.

Graf 23 Edukace sestrou o vhodné životaspráve dítěte v nemocnici na dětském oddělení (50)



Z celkového počtu 50 (100 %) sester, 46 (92 %) edukuje o vhodné životaspráve dítěte a 4 (8 %) needukuje.

Graf 24 Edukace sestrou o vhodné životaspráve dítěte v ordinaci PLPDD (45)



Z celkového počtu 45 (100 %) sester, 43 (96 %) edukuje o vhodné životaspráve dítěte a 2 (4 %) needukuje.

Tab. 3 Potraviny, které doporučují sestry pracující v nemocnici na dětském oddělení

	Ovoce a zelenina	Bílé maso	Pestrá strava	Netučné potraviny	Luštěniny	Pitný režim
Doporučené potraviny	38	32	29	23	19	10

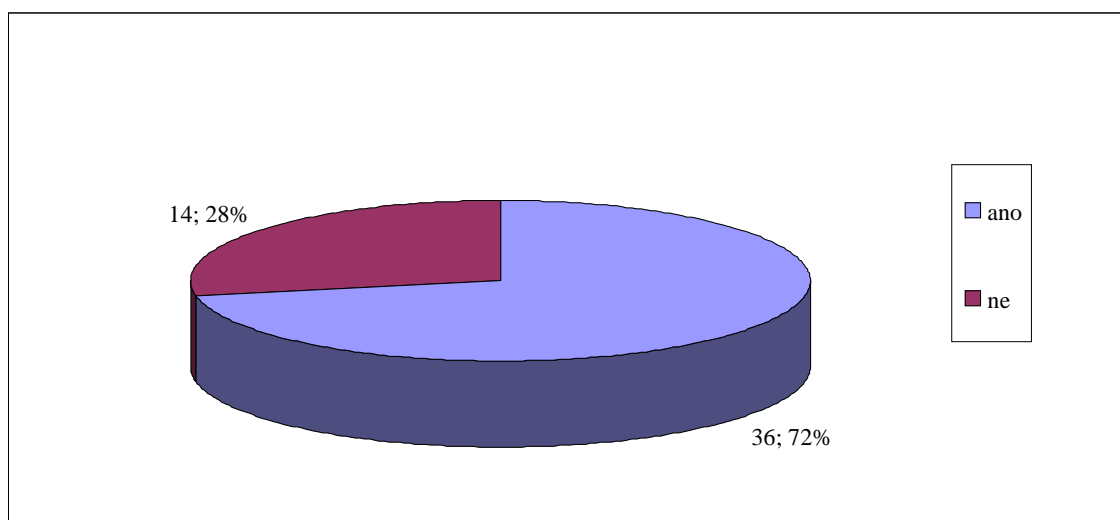
Na otevřenou otázku, které potraviny sestry doporučují, nejčastěji odpovídali, že doporučují konzumovat dostatek ovoce a zeleniny (38), bílé maso (32), pestrá stravu (29), netučné potraviny (23), luštěniny (19) a dodržovat pitný režim (10).

Tab. 4 Potraviny, které doporučují sestry pracující v ordinaci PLPDD

	Ovoce a zelenina	Pestrá strava	Bílé maso	Luštěniny	Netučné potraviny	Pitný režim
Doporučené potraviny	32	25	20	19	18	12

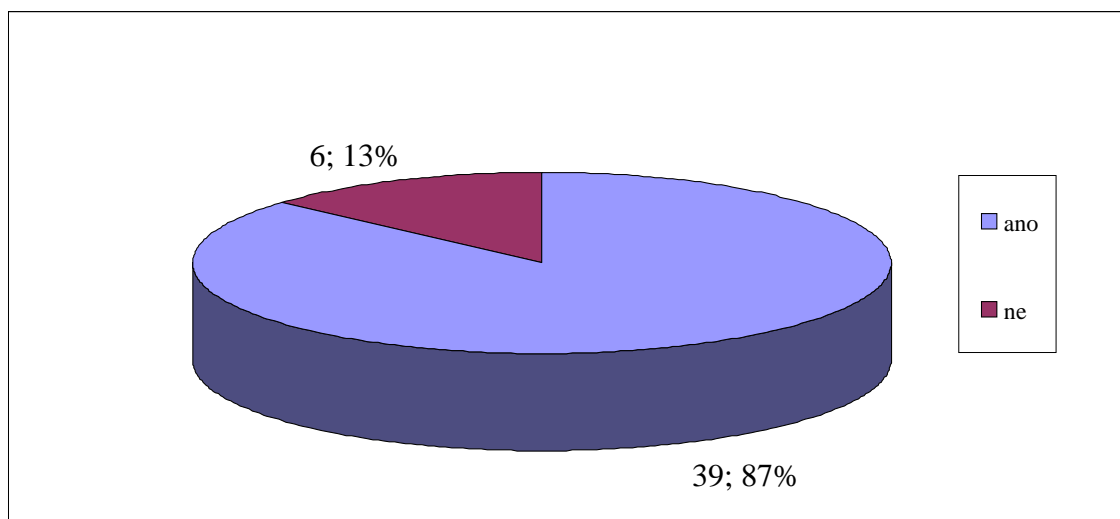
Na otevřenou otázku, které potraviny sestry doporučují, nejčastěji odpovídali, že doporučují konzumovat dostatek ovoce a zeleniny (32), pestrá stravu (25), bílé maso (20), luštěniny (19), netučné potraviny (18) a dodržovat pitný režim (12).

Graf 25 Edukace sestrou o vhodnosti otužování dítěte v nemocnici na dětském oddělení (50)



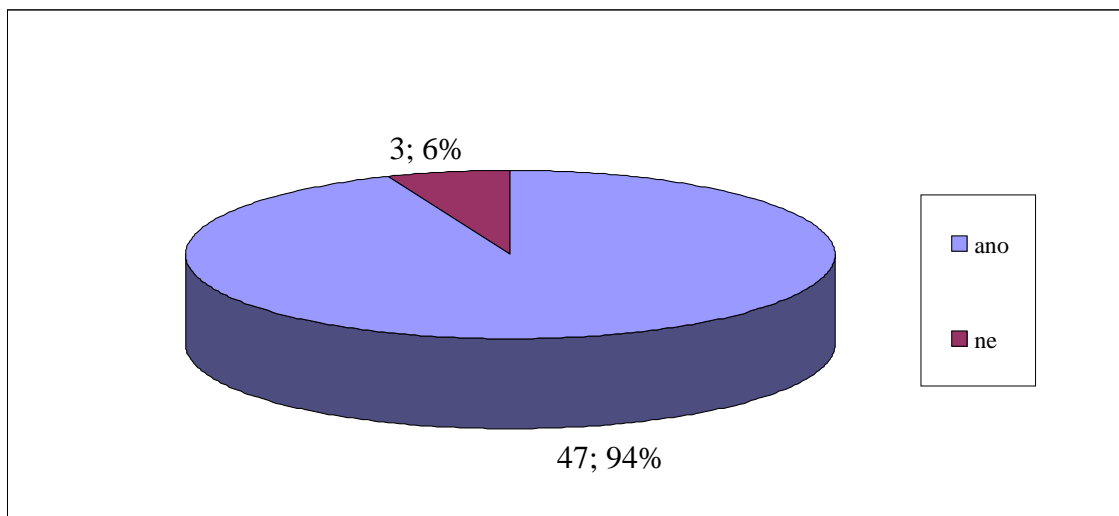
Z celkového počtu 50 (100 %) sester 36 (72 %) edukuje o vhodnosti otužování dítěte a 14 (28 %) needukuje.

Graf 26 Edukace sestrou o vhodnosti otužování dítěte v ordinaci PLPDD (45)



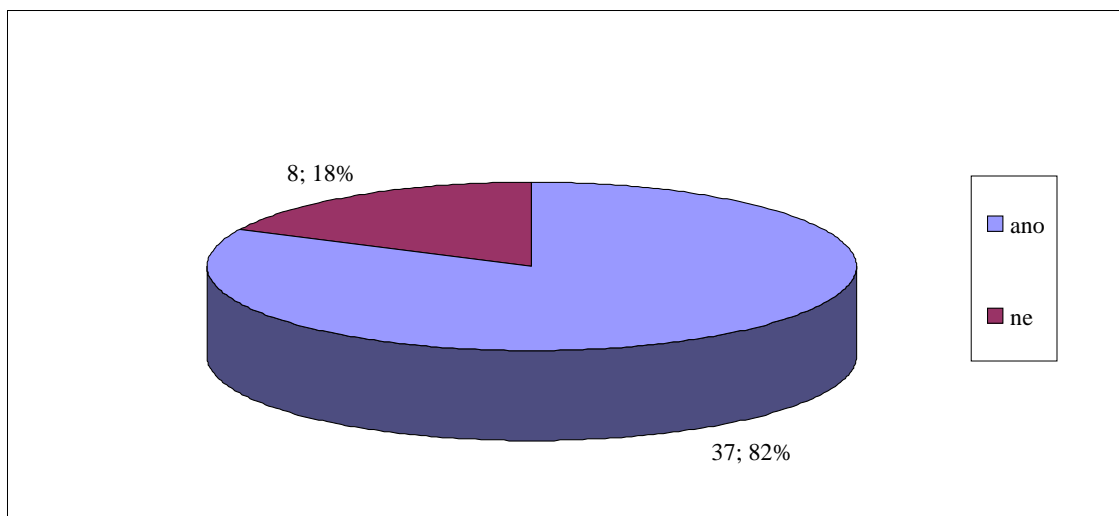
Z celkového počtu 45 (100 %) sester 39 (87 %) edukuje o vhodnosti otužování dítěte a 6 (13 %) needukuje.

Graf 27 Edukace sestrou o škodlivosti kouření v nemocnici na dětském oddělení (50)



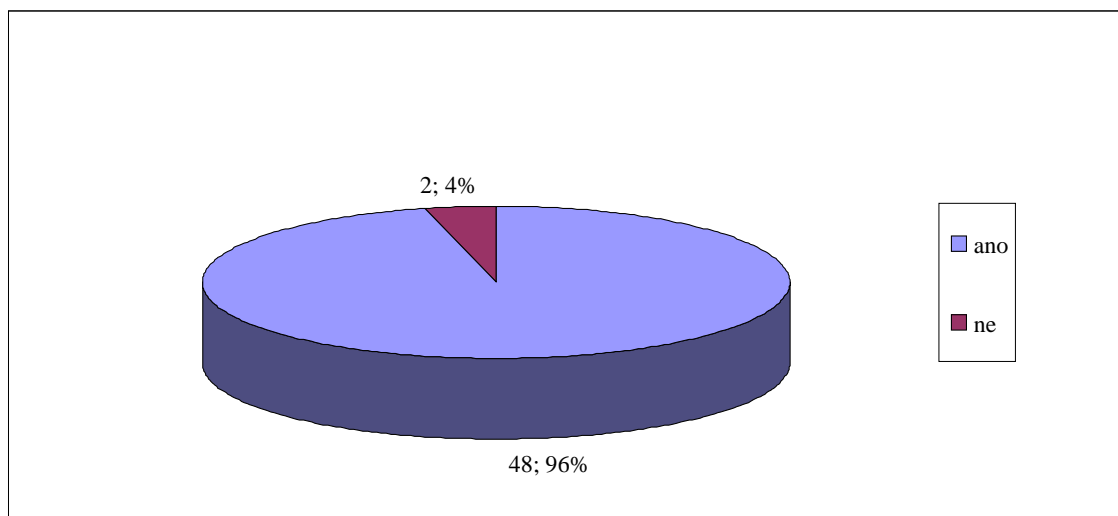
Z celkového počtu 50 (100 %) sester 47 (94 %) edukuje o škodlivosti kouření v domácím prostředí a 3 (6 %) needukuje.

Graf 28 Edukace sestrou o škodlivosti kouření v ordinaci PLPDD (45)



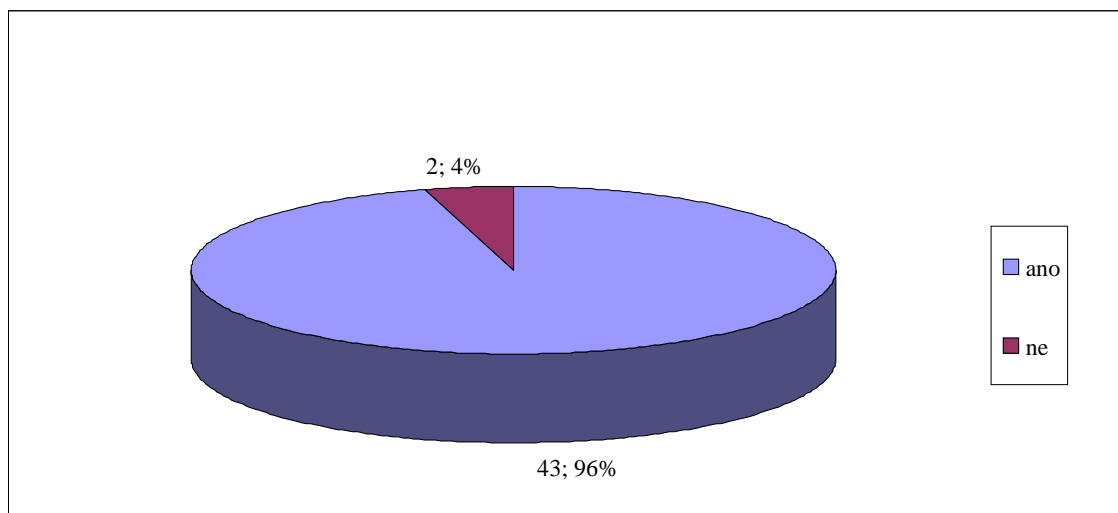
Z celkového počtu 45 (100 %) sester 37 (82 %) edukuje o škodlivosti kouření v domácím prostředí a 8 (18 %) needukuje.

Graf 29 Edukace sestrou o úpravě domácího prostředí v nemocnici na dětském oddělení (50)



Z celkového počtu 50 (100 %) sester, 48 (96 %) edukuje o nutnosti úpravy domácího prostředí a 2 (4 %) needukují.

Graf 30 Edukace sestrou o úpravě domácího prostředí ordinaci PLPDD (45)



Z celkového počtu 45 (100 %) sester, 43 (96 %) edukuje o nutnosti úpravy domácího prostředí a 2 (4 %) needukují.

Tab. 5 Úprava prostředí doporučená sestrami pracujícími v nemocnici na dětském oddělení

	Často větrat	Nekouřit v domácím prostředí	Používat zvlhčovače	Čistota prostředí	Nepřetápět místnosti	Odstranit koberce a závěsy
Doporučené úpravy	38	32	29	23	19	12

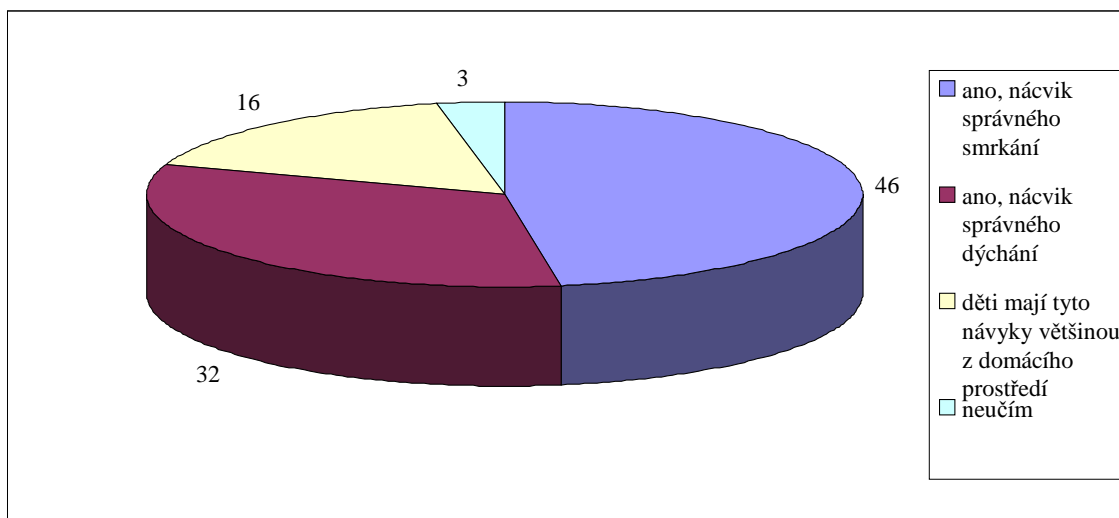
Na otevřenou otázku, které úpravy domácího prostředí sestry doporučují, nejčastěji odpovídali, že doporučují často větrat (38), nekouřit v domácím prostředí (32), používat zvlhčovače vzduchu (29), čistotu prostředí (23), nepřetápět místnosti (19) a odstranit koberce a závěsy (12).

Tab. 6 Úprava prostředí doporučená sestrami pracujícími v ordinacích PLPDD

	Nekouřit v domácím prostředí	Často větrat	Používat zvlhčovače	Odstranit koberce a závěsy	Nepřetápět místnosti	Odstranit alergeny z prostředí
Doporučené úpravy	31	27	22	17	15	13

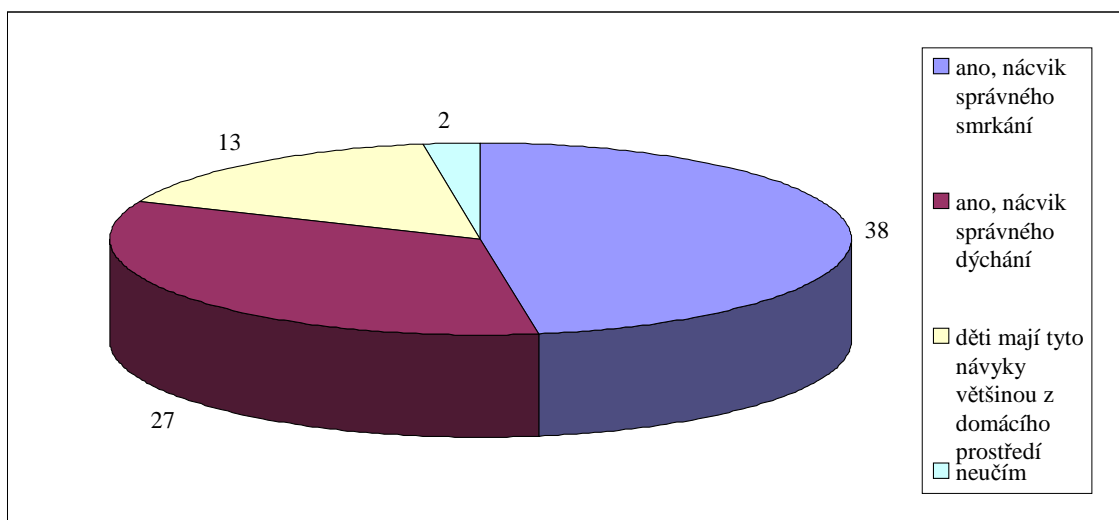
Na otevřenou otázku, které úpravy domácího prostředí sestry doporučují, nejčastěji odpovídali, že doporučují nekouřit v domácím prostředí (31), často větrat (27), používat zvlhčovače vzduchu (22), odstranit koberce a závěsy (17), nepřetápět místnosti (15) a odstranit alergeny z prostředí (13).

Graf 31 Edukace sestrou o hygieně horních dýchacích cest v nemocnici na dětském oddělení (50)



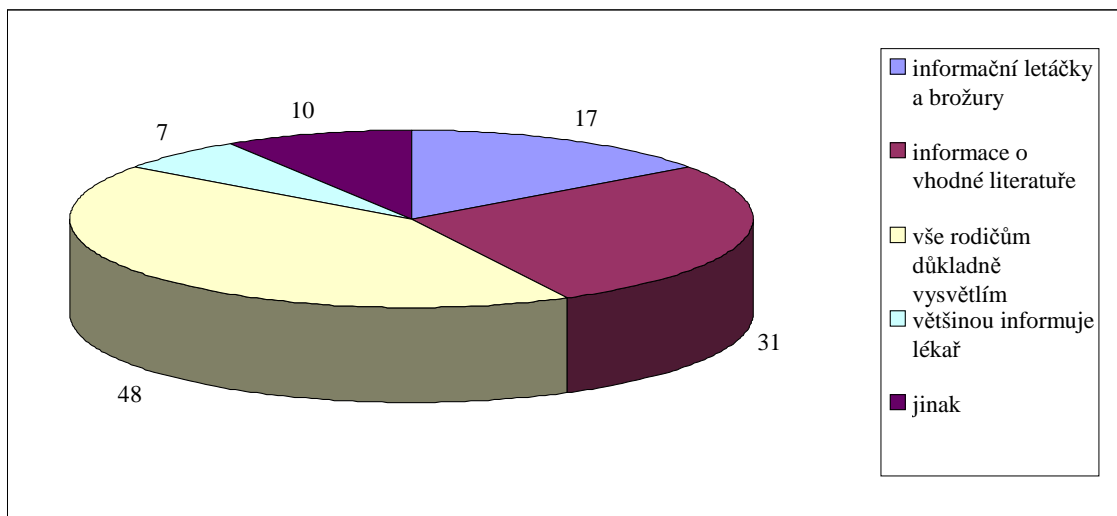
V této otázce měly sestry možnost zaškrtnout více odpovědí. Z celkového počtu 50 sester, 46 sester udává, že učí děti nácvik správného smrkání, 32 sester učí děti nácviku správného dýchání, 16 sester tvrdí, že děti mají tyto návyky většinou již z domácího prostředí a 3 sestry děti o hygieně horních dýchacích cest neučí.

Graf 32 Edukace sestrou o hygieně horních dýchacích cest v ordinaci PLPDD (45)



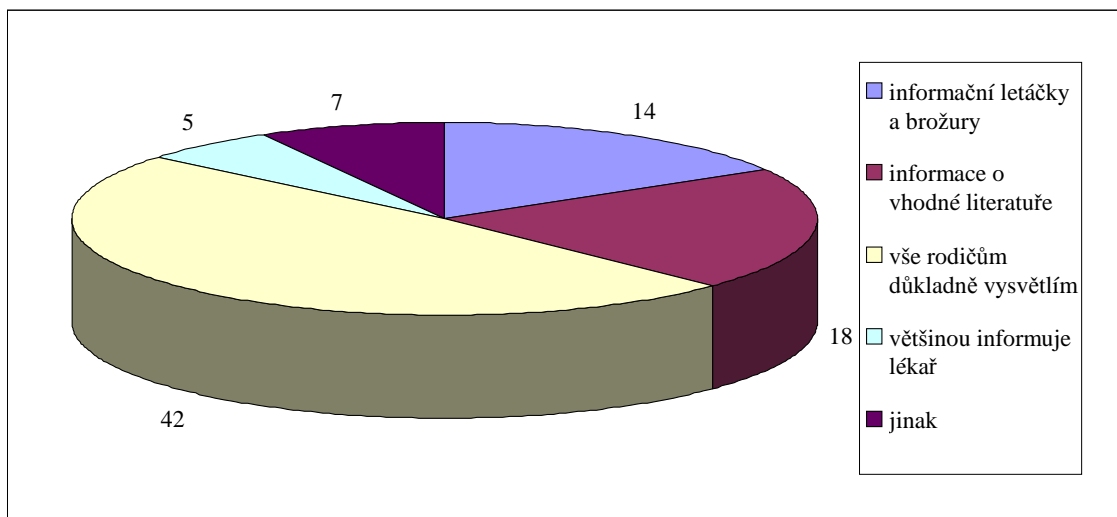
V této otázce měly sestry možnost zaškrtnout více odpovědí. Z celkového počtu 45 sester, 38 sester udává, že učí děti nácvik správného smrkání, 27 sester učí děti nácviku správného dýchání, 13 sester tvrdí, že děti mají tyto návyky většinou již z domácího prostředí a 2 sestry děti o hygieně horních dýchacích cest neučí.

Graf 33 Způsob edukace sestrou v nemocnici na dětském oddělení (50)



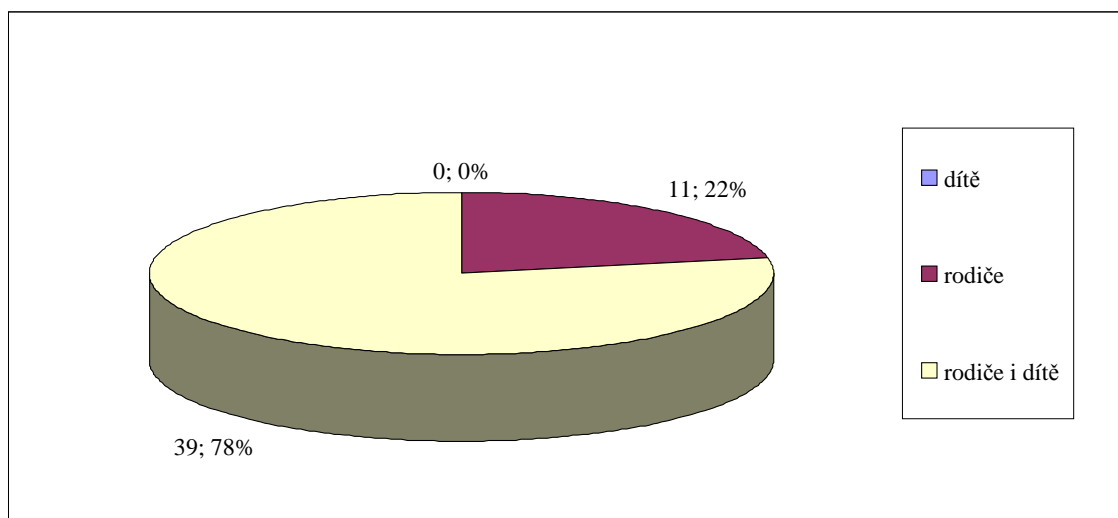
V této otázce měly sestry možnost zaškrtnout více odpovědí. Z celkového počtu 50 sester, 48 sester uvedlo, že vše rodičům důkladně vysvětlí, 31 sester informuje rodiče o vhodné literatuře, 17 sester používá informační letáky a brožury, 10 sester zaškrtnulo jinak a uvedli internet, 7 sester odpovědělo, že většinou informuje lékař.

Graf 34 Způsob edukace sestrou v ordinaci PLPDD (45)



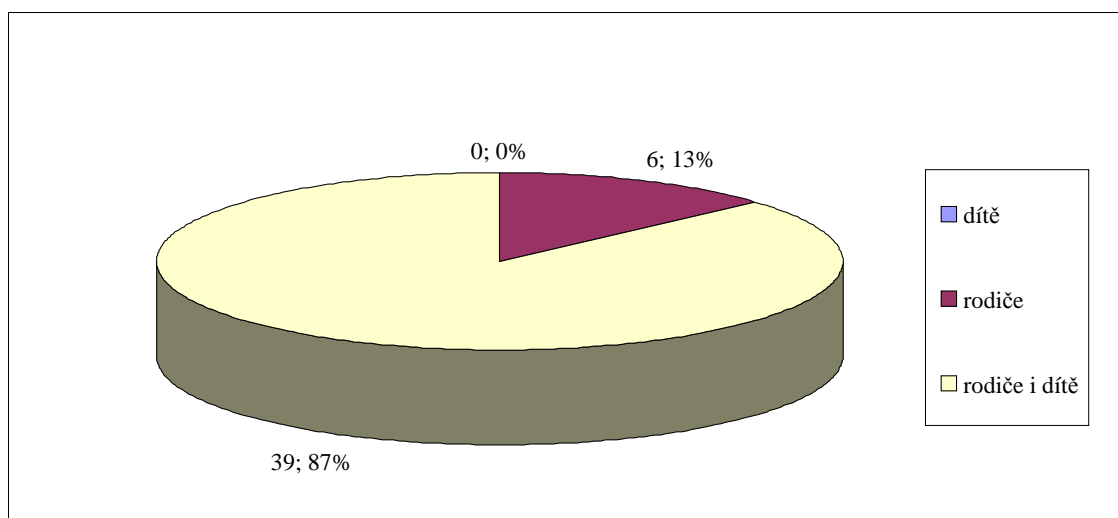
V této otázce měly sestry možnost zaškrtnout více odpovědí. Z celkového počtu 45 sester, 42 sester uvedlo, že vše rodičům důkladně vysvětlí, 18 sester informuje rodiče o vhodné literatuře, 14 sester používá informační letáky a brožury, 7 sester zaškrtnulo jinak a uvedli internet, 5 sester odpovědělo, že většinou informuje lékař.

Graf 35 Zaměření edukace v nemocnici na dětském oddělení (50)



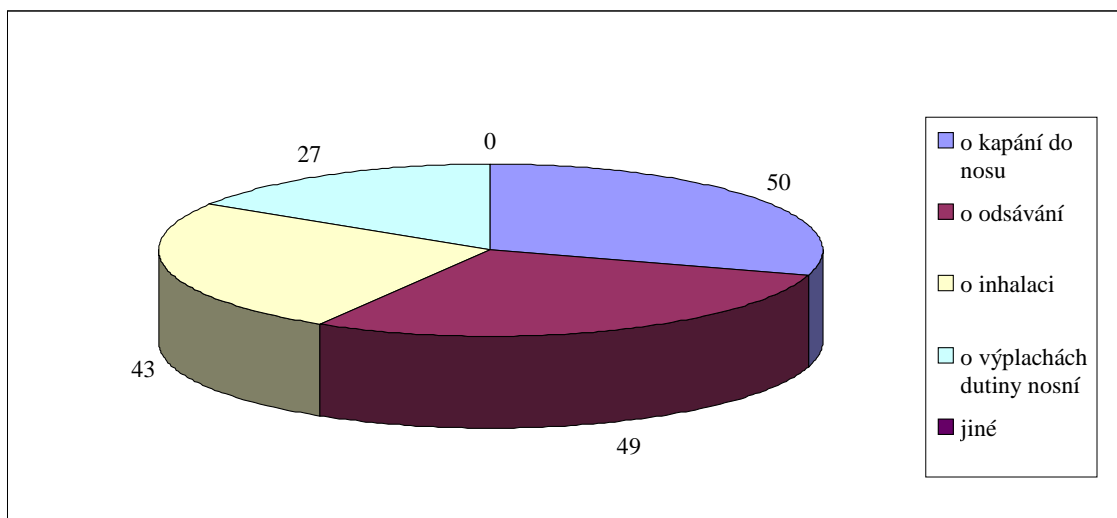
Z celkového počtu 50 (100 %) seser, 38 (78 %) zaměřují edukaci na rodiče i dítě a 11 (22 %) pouze na rodiče.

Graf 36 Zaměření edukace v ordinaci PLPDD (45)



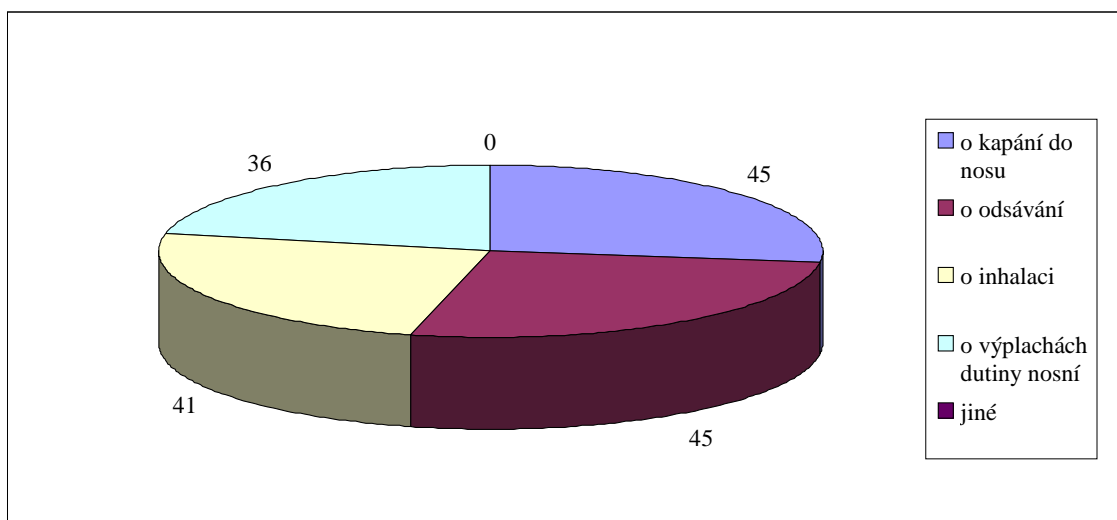
Z celkového počtu 45 (100 %) seser, 39 (87 %) zaměřují edukaci na rodiče i dítě a 6 (13 %) pouze na rodiče.

Graf 37 Edukace sestrou o léčbě recidivující a chronické rýmy v nemocnici na dětském oddělení (50)



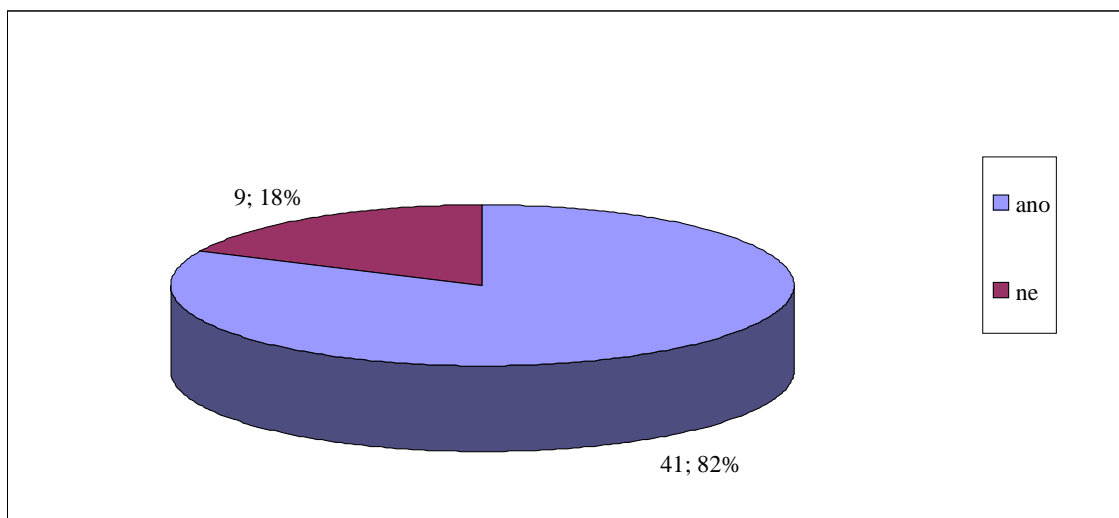
V této otázce měly sestry možnost zaškrtnout více odpovědí. Z celkového počtu 50 sester, 50 sester udává, že informuje rodiče a dítě o správném kapání do nosu, 49 sester poskytuje rodičům informace o odsávání, 43 sester o inhalaci a 27 o výplachu dutiny nosní.

Graf 38 Edukace sestrou o léčbě recidivující a chronické rýmy v ordinaci PLPDD (45)



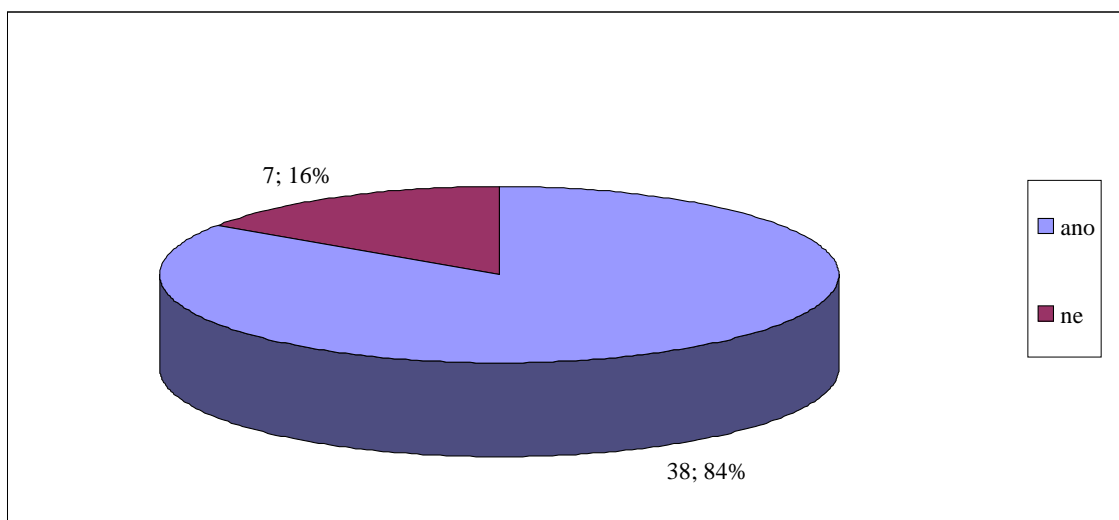
V této otázce měly sestry možnost zaškrtnout více odpovědí. Z celkového počtu 45 sester, 45 sester udává, že informuje rodiče a dítě o správném kapání do nosu, 45 sester poskytuje rodičům informace o odsávání, 41 sester o inhalaci a 36 o výplachu dutiny nosní.

Graf 39 Edukace rodičů sestrou o možných komplikacích recidivující a chronické rýmy v nemocnici na dětském oddělení (50)



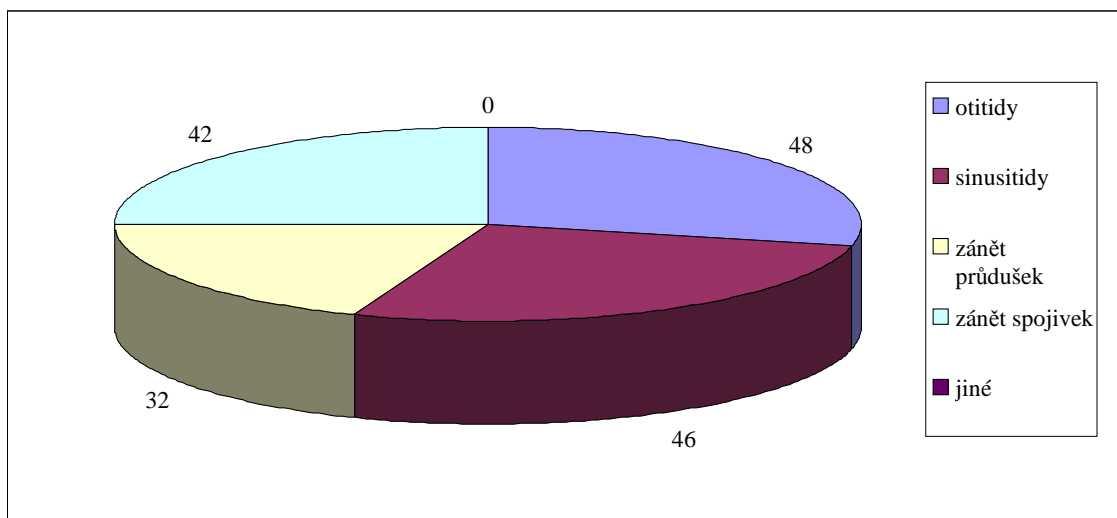
Z celkového počtu 50 (100 %) sester, 41 (82 %) seznamují rodiče a děti s komplikacemi recidivující a chronické rýmy a 9 (16 %) s komplikacemi neseznamují.

Graf 40 Edukace rodičů sestrou o možných komplikacích recidivující a chronické rýmy v ordinaci PLPDD (45)



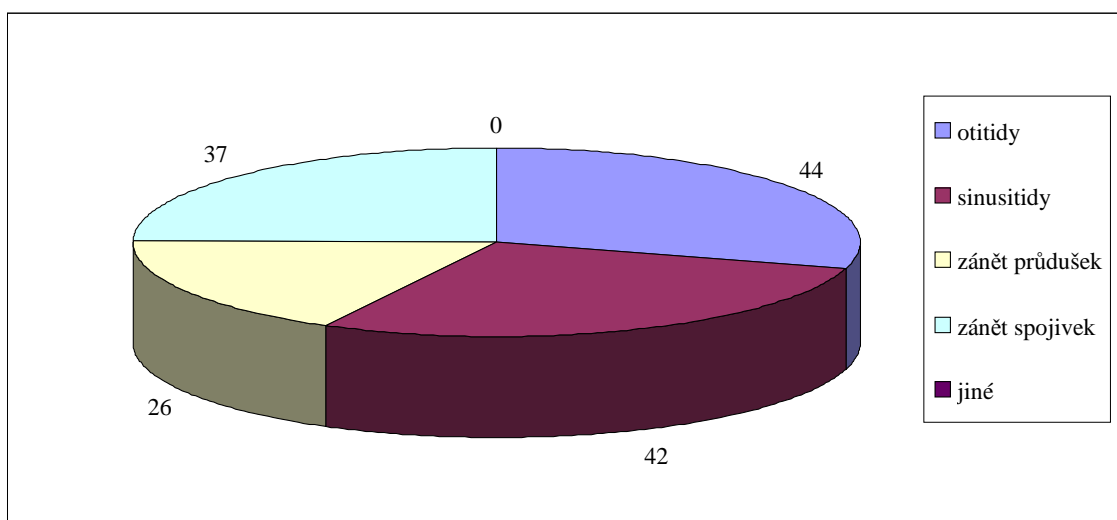
Z celkového počtu 45 (100 %) sester, 38 (84 %) seznamují rodiče a děti s komplikacemi recidivující a chronické rýmy a 7 (16 %) s komplikacemi neseznamují.

Graf 41 Komplikace, s kterými se sestry nejčastěji setkávají v nemocnici na dětském oddělení (50)



V této otázce měly sestry možnost zaškrtnout více odpovědí. Z celkového počtu 50 sester, 48 sester uvádí jako nejčastější komplikaci otitidy, 46 sester sinusitidy, 42 sester zánět spojivek a 32 sester zánět průdušek.

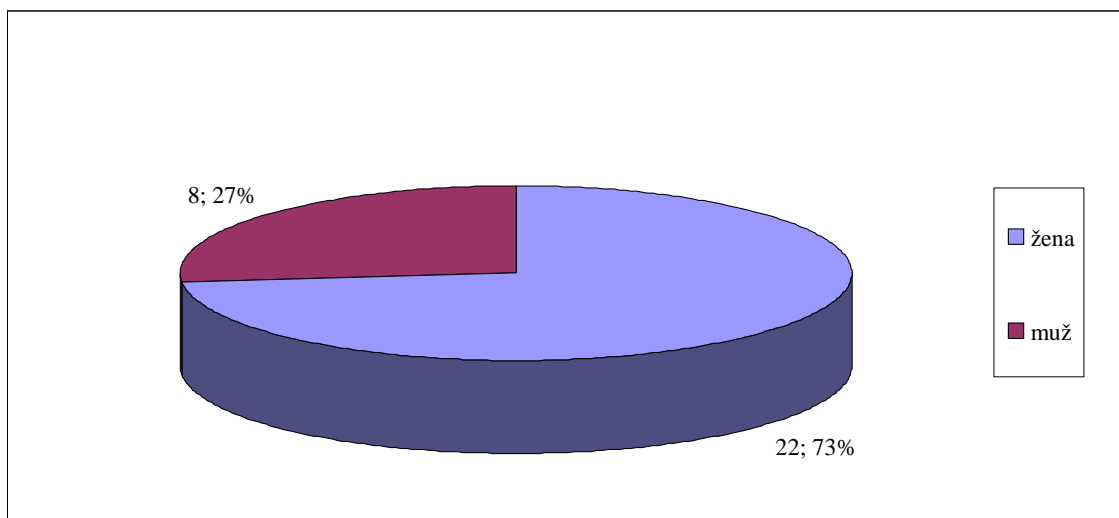
Graf 42 Komplikace, s kterými se sestry nejčastěji setkávají v ordinaci PLPDD (45)



V této otázce měly sestry možnost zaškrtnout více odpovědí. Z celkového počtu 45 sester, 44 sester uvádí jako nejčastější komplikaci otitidy, 42 sester sinusitidy, 37 sester zánět spojivek a 26 sester zánět průdušek.

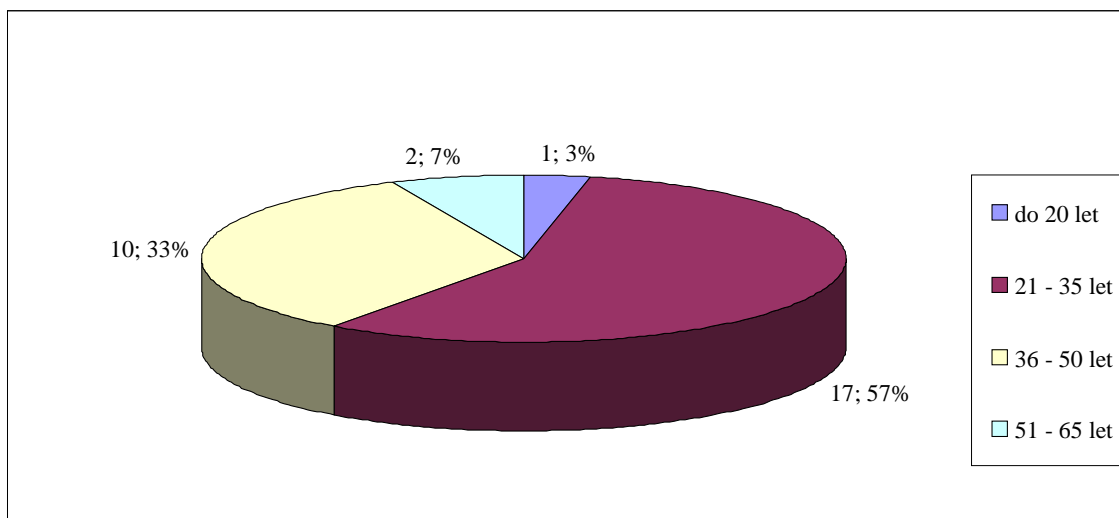
Dotazník pro rodiče

Graf 1 Pohlaví rodičů (30)



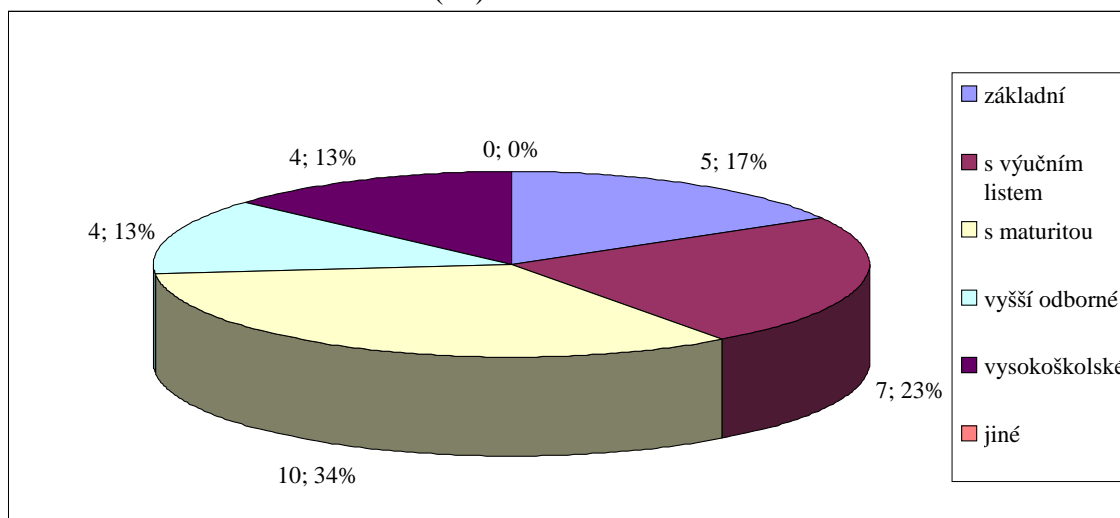
Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů je 22 (73 %) žen a 8 (27 %) mužů.

Graf 2 Věk rodičů (30)



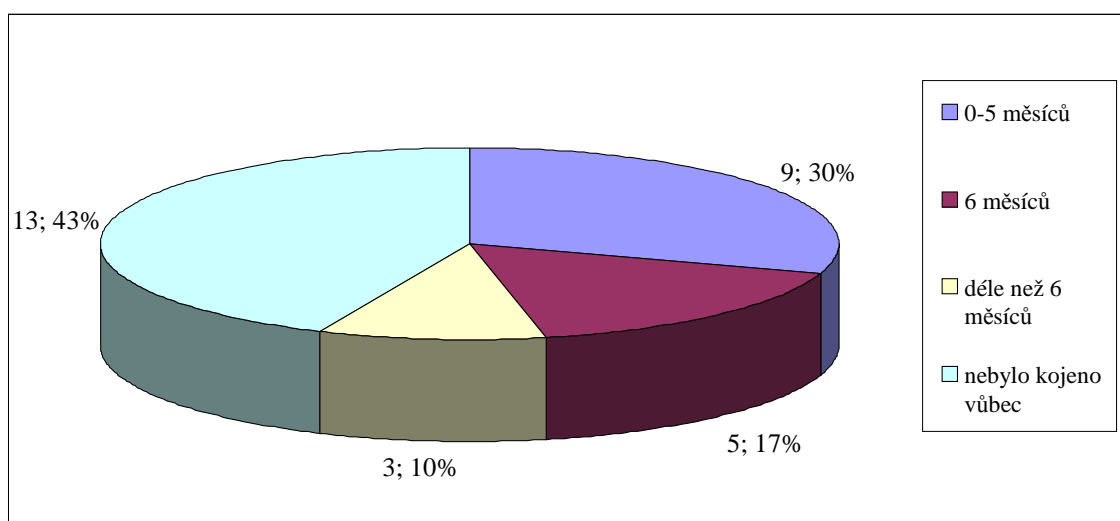
Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů je 17 (57 %) mezi 21 – 35 lety, 10 (33 %) mezi 36 -50 lety, 2 (7 %) 51 – 65 let a 1 (3 %) do 20 let.

Graf 3 Dosažené vzdělání rodičů (30)



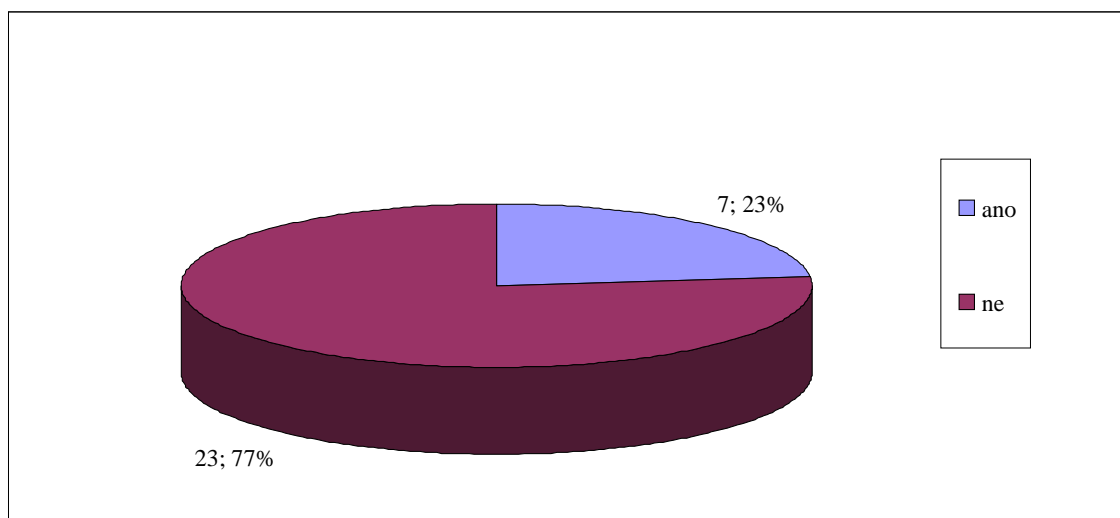
Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů má 10 (34 %) nejvyšší dosažené vzdělání maturitou, 7 (23 %) výuční list, 5 (17 %) základní vzdělání, 4 (13 %) vyšší odborné a 4 (13 %) vysokoškolské.

Graf 4 Kojení dítěte (30)



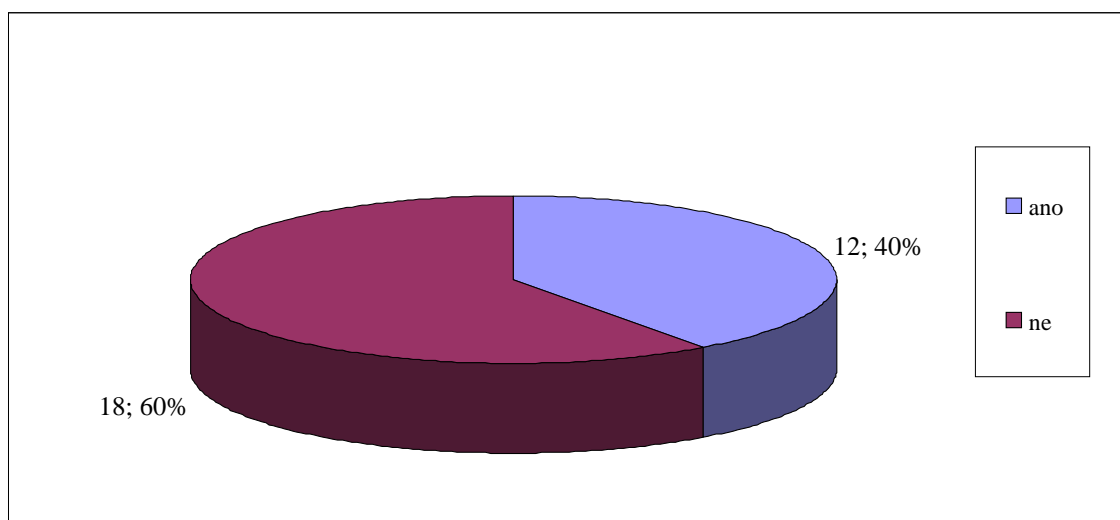
Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů, udává 13 (43 %), že jejich dítě nebylo kojeno vůbec, 9 (30 %) dětí bylo kojeno 0 – 5 měsíců, 5 (17 %) 6 měsíců a 3 (10 %) déle než 6 měsíců.

Graf 5 Kouření rodičů v domácím prostředí (30)



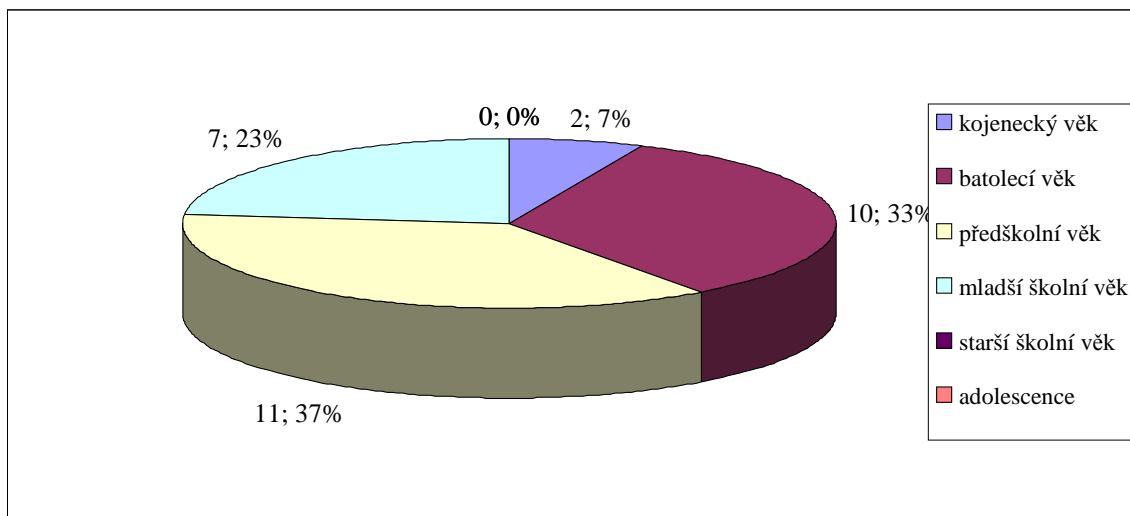
Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů 23 (77 %) nekouří v domácím prostředí a 7 (23 %) kouří v domácím prostředí.

Graf 6 Otužování dítěte (30)



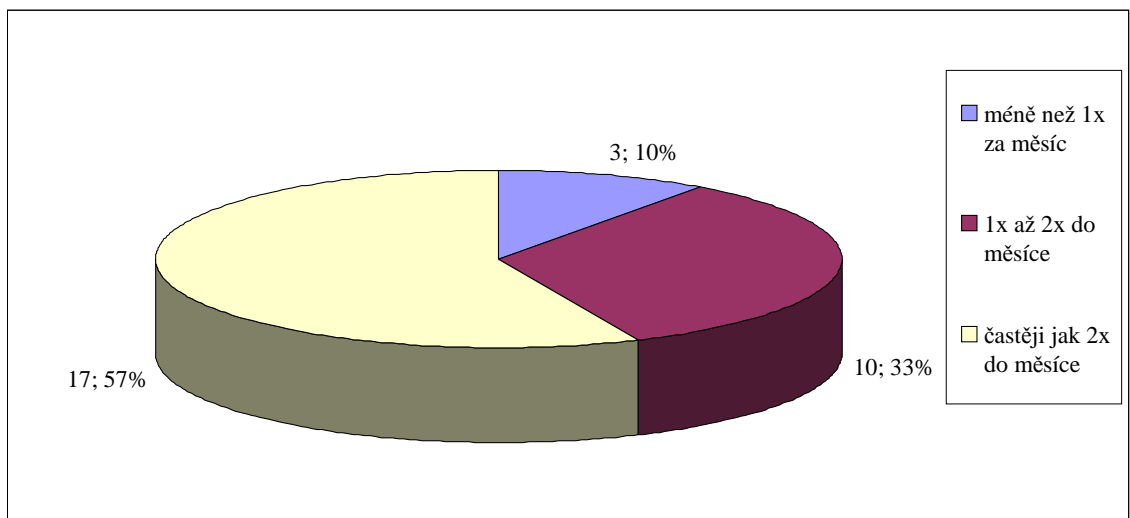
Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů 18 (60 %) neotužuje své dítě a 12 (40 %) otužuje dítě.

Graf 7 Začátek léčby u dítěte s recidivující a chronickou rýmou (30)



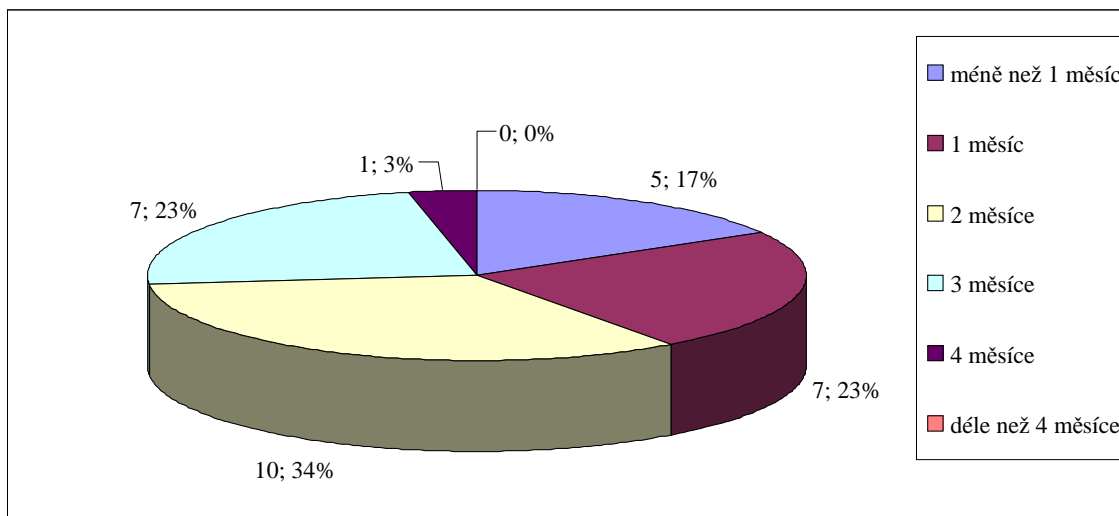
Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů udává 11 (37 %), že se jejich dítě léčí od předškolního věku, 10 (33 %) od batolecího věku, 7 (23 %) od mladšího školního věku a 2 (7 %) od kojeneckého věku.

Graf 8 Nemocnost dítěte (30)



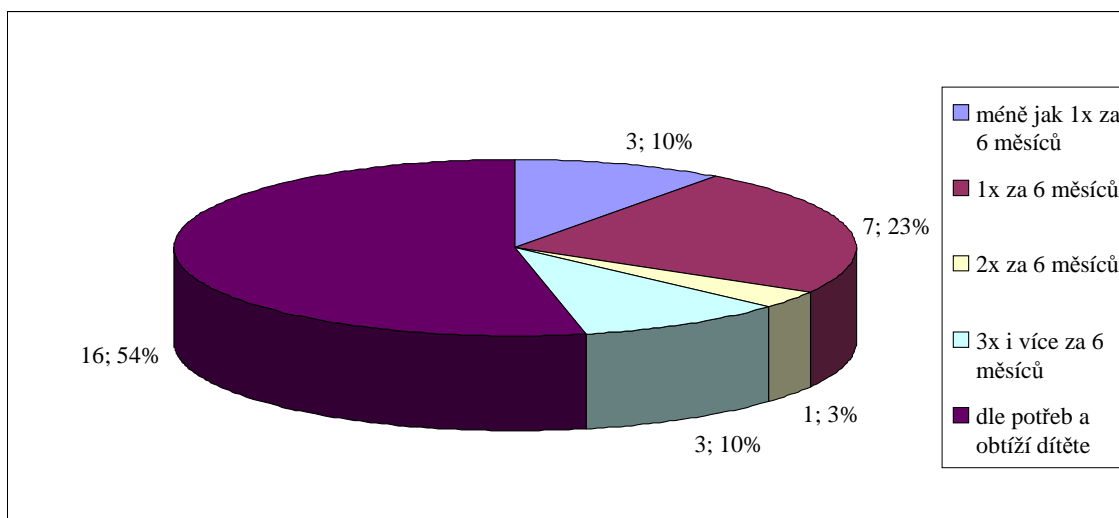
Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů uvádí 17 (57 %), že jejich dítě má rýmu častěji, jak 2x do měsíce, 10 (33 %) dětí 1x až 2x do měsíce a 3 (10 %) méně než 1x za měsíc.

Graf 9 Období, kdy dítě nemá rýmu (30)



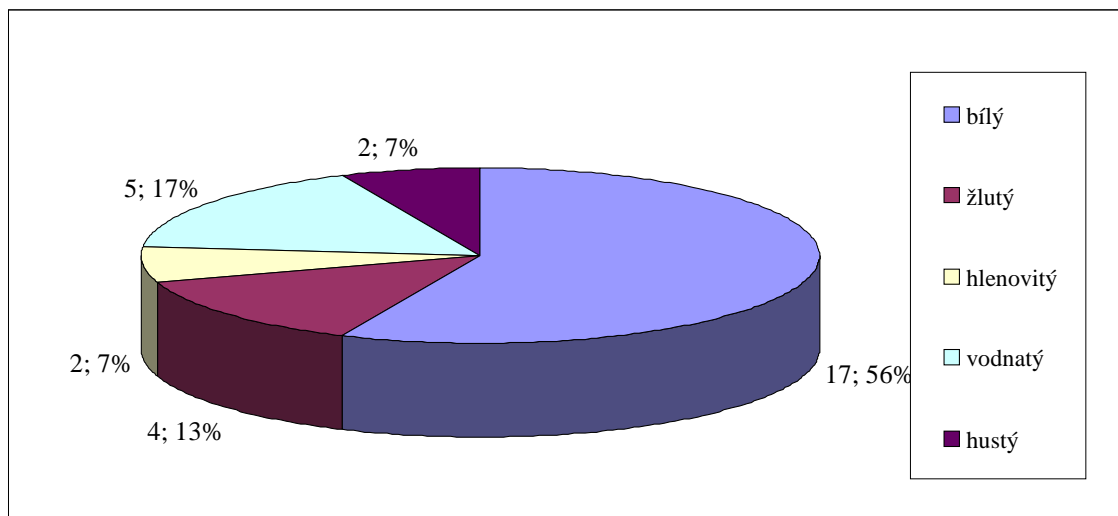
Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů uvádí 10 (36 %), že období bez rýmy jsou dlouhá 2 měsíce, 7 (23 %) 1 měsíc, 7 (23 %) 3 měsíce, 5 (17 %) méně než 1 měsíc, 1 (3 %) 4 měsíce.

Graf 10 Frekvence návštěvnosti lékaře s dítětem (30)



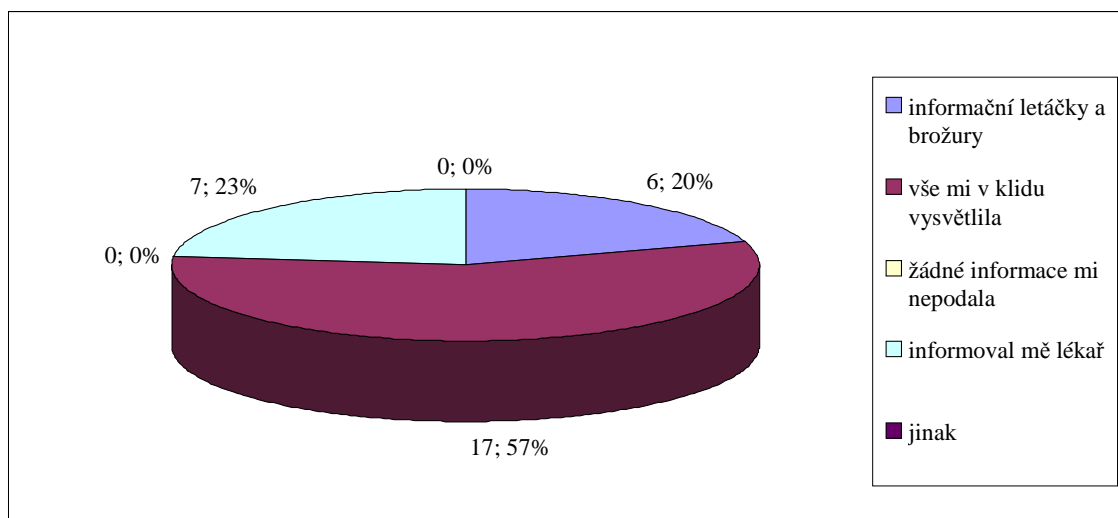
Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů navštěvuje 16 (54 %) lékaře dle potřeby a obtíží dítěte, 7 (23 %) 1x za 6 měsíců, 3 (10 %) méně jak 1x za 6 měsíců, 3 (10 %) 3x i více za 6 měsíců a 1 (3 %) 2x za 6 měsíců.

Graf 11 Barva sekretu (30)



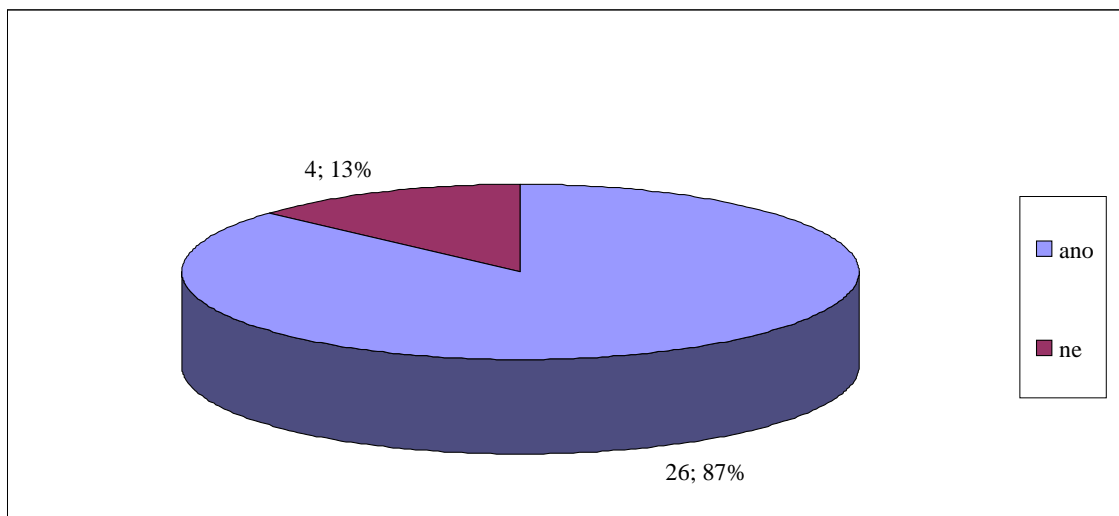
Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů 17 (56 %) uvádí barvu sekretu při smrkání bílou, 5 (17 %) sekret vodnatý, 4 (13 %) žlutý sekret, 2 (7 %) sekret hlenovitý a 2 (7 %) sekret hustý.

Graf 12 Způsob edukace rodičů a dětí sestrou (30)



Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů 17 (57 %) sestra v ordinaci vše důkladně vysvětlila, 7 (23 %) informoval o onemocnění lékař, 6 (20 %) dala sestra informační letáčky a brožury.

Graf 13 Edukace rodičů o vhodné životosprávě v rodině sestrou (30)



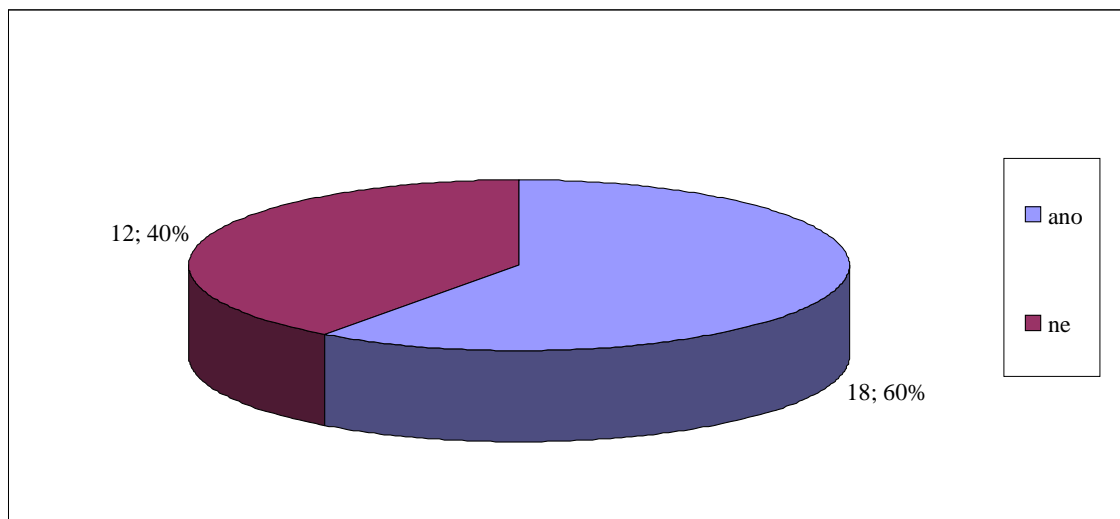
Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů 26 (87 %) bylo informováno sestrou o vhodné životosprávě a 4 (13 %) informováni nebyli.

Tab. 1 Doporučené potraviny rodičům sestrou

	Ovoce a zelenina	Netučné potraviny	Pestrá strava	Bílé maso	Luštěniny	Pitný režim
Doporučené potraviny	25	23	21	17	14	11

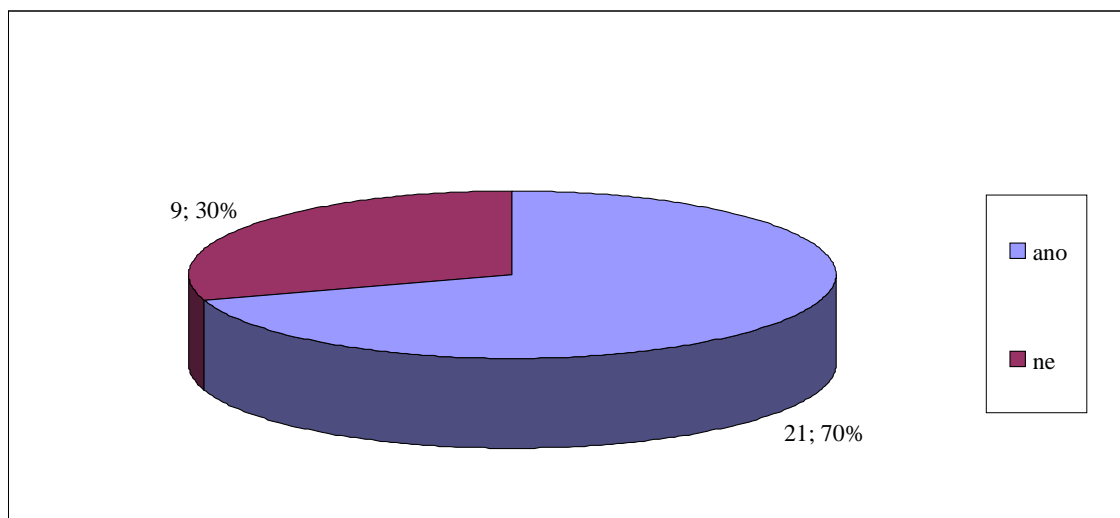
Na otevřenou otázku, které potraviny sestra rodičům doporučila, nejčastěji rodiče odpovídali, že konzumovat dostatek ovoce a zeleniny (25), netučné potraviny (23), pestrou stravu (21), bílé maso (17), luštěniny (14) a dodržovat pitný režim u dítěte (10).

Graf 14 Edukace rodičů sestrou o vhodnosti otužování dítěte (30)



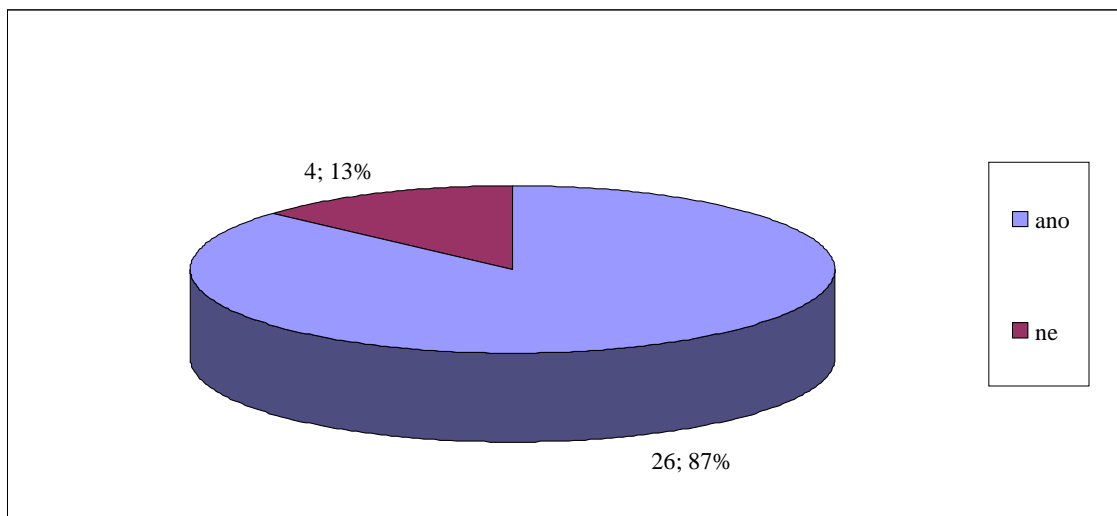
Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů 18 (60 %) bylo informováno sestrou o vhodnosti otužování dítěte a 12 (40 %) informováno nebylo.

Graf 15 Edukace rodičů sestrou o škodlivosti kouření v domácím prostředí (30)



Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů 21 (70 %) bylo informováno sestrou o škodlivosti kouření v domácím prostředí a 9 (30 %) informováno nebylo.

Graf 16 Edukace rodičů sestrou o úpravě domácího prostředí (30)



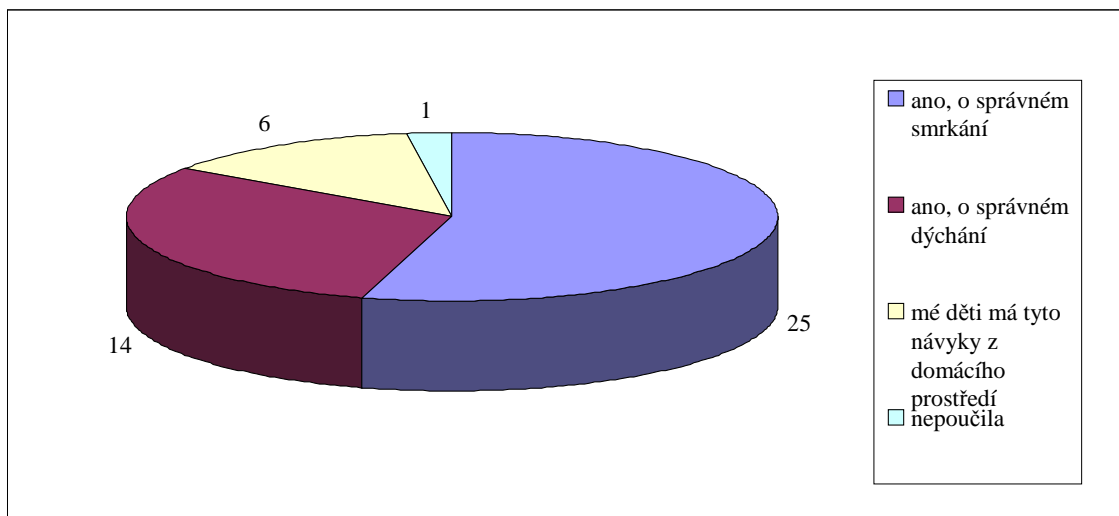
Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů 26 (87 %) bylo informováno sestrou o úpravě domácího prostředí a 4 (13 %) informováni nebyli.

Tab. 2 Úpravy domácího prostředí doporučené sestrou

	Nekouřit v domácím prostředí	Často větrat	Nepřetápět místnosti	Odstranit koberce a závěsy	Používat zvlhčovače	Čistota prostředí
Doporučené úpravy	24	21	17	16	16	13

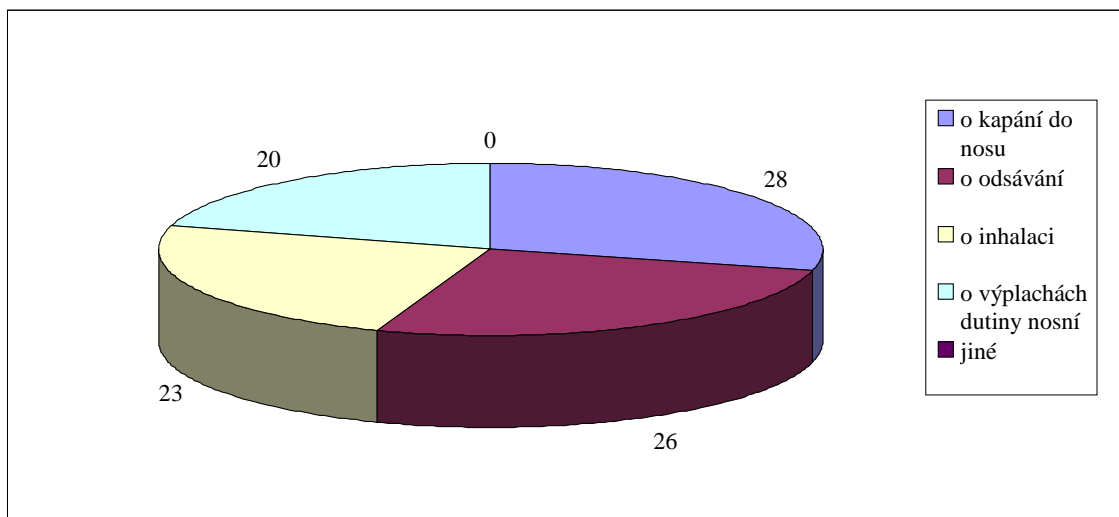
Na otevřenou otázku, jaké úpravy domácího prostředí sestra rodičům doporučila, nejčastěji rodiče odpovídali, že nekouřit v domácím prostředí (24), často větrat (21), nepřetápět místnosti (17), odstranit koberce a závěsy (16), používat zvlhčovače (16) a čistotu prostředí (13).

Graf 17 Edukace rodičů sestrou o hygieně horních cest dýchacích (30)



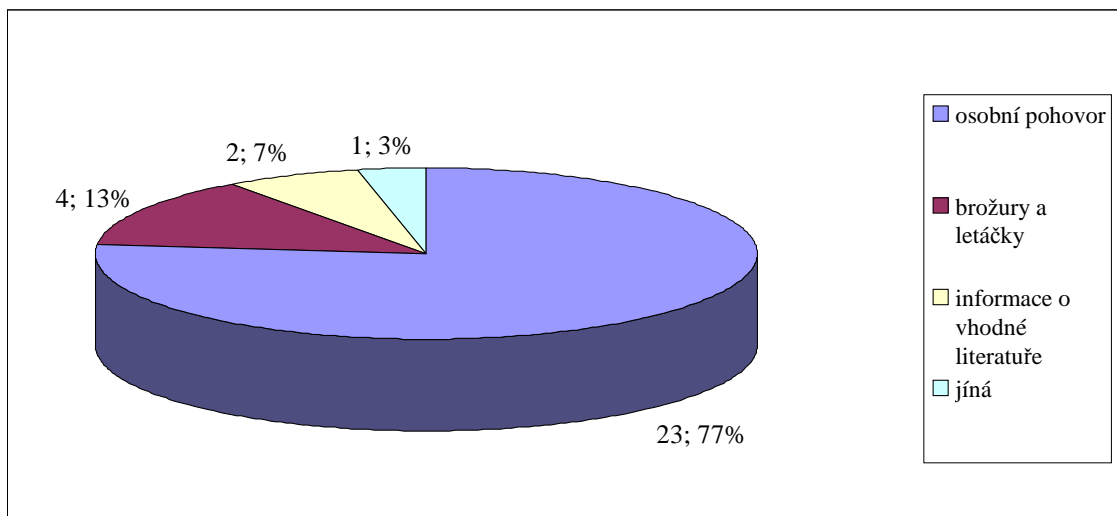
V této otázce měli rodiče možnost zaškrtnout více odpovědí. Z celkového počtu 30 rodičů, 25 rodičů udává, že je sestra poučila o správném smrkání, 14, že byli poučeni o správném dýchání, 6 říká, že jejich děti mají tyto návyky již z domácího prostředí a 1 rodič nebyl sestrou poučen vůbec.

Graf 18 Edukace rodičů sestrou o léčbě recidivující a chronické rýmy (30)



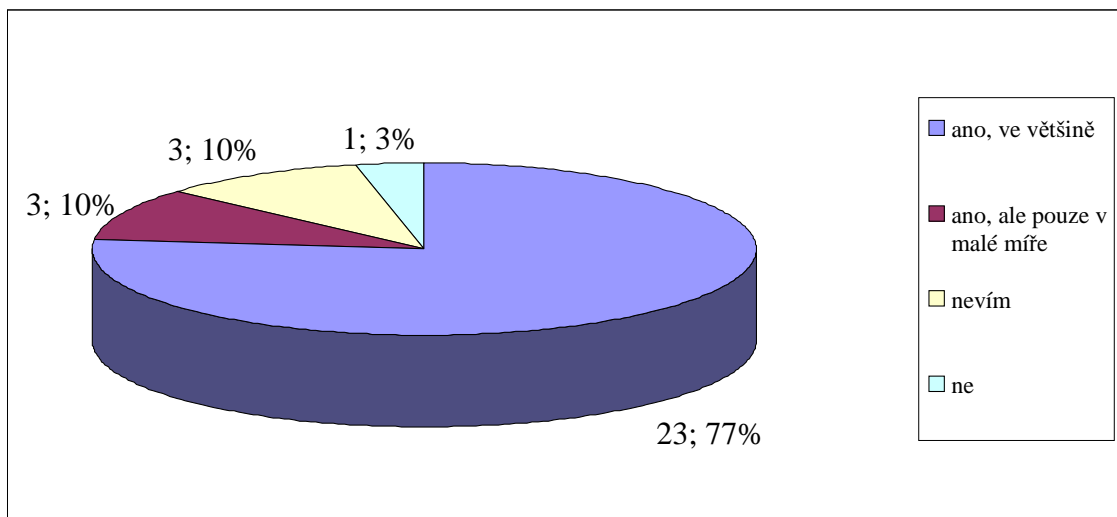
V této otázce měli rodiče možnost zaškrtnout více odpovědí. Z celkového počtu 30 rodičů, 28 rodičů bylo poučeno sestrou o správném kapání do nosu, 26 rodičů o odsávání, 23 rodičů o tom, jak správně inhalovat a 20 rodičů o tom, jak provádět výplachy dutiny nosní.

Graf 19 Nejvíce přínosná forma edukace pro rodiče (30)



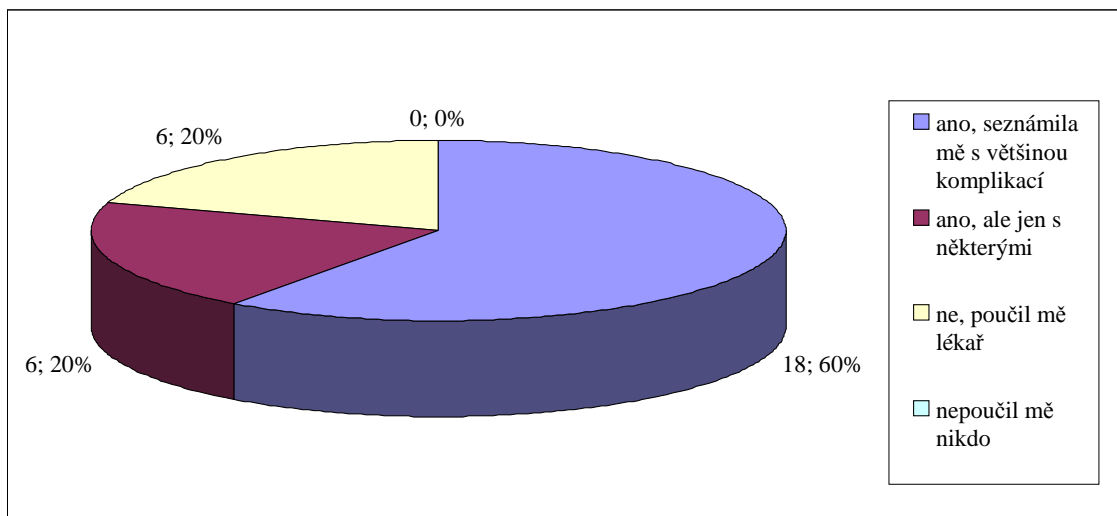
Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů byl pro 23 (77 %) nejvíce přínosný osobní pohovor se sestrou, pro 4 (13 %) informační brožury a letáčky, pro 2 (7 %) informace o vhodné literatuře a pro 1 (3 %) edukace jiná a uvedl, že žádná.

Graf 20 Změna náhledu rodiče na onemocnění dítěte po edukaci sestrou (30)



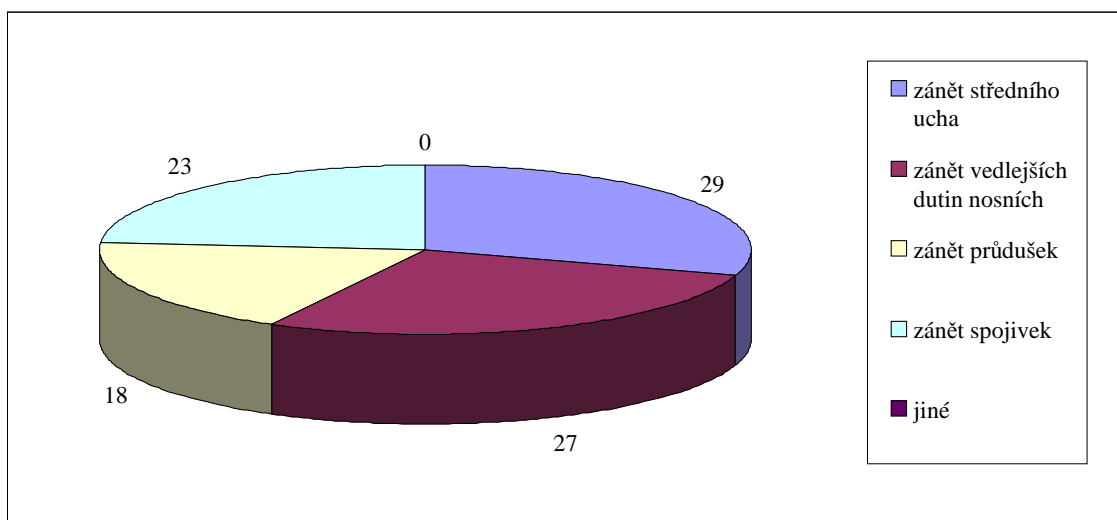
Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů ovlivnila edukace sestrou náhled na onemocnění u 23 (77 %) rodičů ve většině, u 3 (10 %) pouze v malé míře, 3 (10 %) nevěděli a u 1 (3 %) edukace náhled nezměnila.

Graf 21 Edukace rodičů sestrou o vzniku možných komplikací (30)



Z celkového počtu 30 (100 %) rodičů bylo 18 (60 %) seznámeno sestrou s většinou komplikací, 6 (20 %) jen s některými komplikacemi, 6 (20 %) bylo poučeno o komplikacích lékařem.

Graf 22 Nejčastější komplikace u dětí z pohledu rodiče (30).



V této otázce měli rodiče možnost zaškrtnout více odpovědí. Z celkového počtu 30 rodičů, 29 rodičů uvádí jako nejčastější komplikaci zánět středního ucha, 27 zánět vedlejších dutin nosních, 23 zánět spojivek a 18 zánět průdušek.

EDUKAČNÍ STANDARD č. 001
**Edukační proces aplikace léků do dýchacích cest v domácím prostředí u dětí
s recidivující a chronickou rýmou**

<i>Charakteristika standardu</i>	Edukační standard
<i>Oblast péče</i>	Edukace a podpora zdraví
<i>Cílová skupina pacientů</i>	Rodiče, kteří mají dítě s recidivující a chronickou rýmou
<i>Místo použití</i>	Lůžková oddělení, ambulantní provozy nemocnice, ordinace PLPDD
<i>Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný</i>	Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace.
<i>Odpovědnost za realizaci</i>	Vedoucí pracovníci na úseku ošetrovatelské péče
<i>Platnost standardu od:</i>	1.1.2011
<i>Frekvence kontroly</i>	Komise pro tvorbu standardů průběžně, nejdéle však 1x za 3 roky
<i>Kontrolu vykoná</i>	Manažer/ka ošetrovatelství (manažer/ka kvality ošetrovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)
<i>Kontaktní osoba</i>	Bc. Jana Osadčí
<i>Odborný garant</i>	Prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.
<i>Schválil</i> Náměstek pro ošetrovatelskou péči – hlavní sestra	Mgr. XY náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Edukační standard č. 001

Edukační proces aplikace léků do dýchacích cest v domácím prostředí u dětí s recidivující a chronickou rýmou

Úvod

Edukace je výchova a vzdělávání. Výchova a vzdělávání se prolínají v edukačním procesu. Při edukačních procesech dochází k učení na straně určitého subjektu, jemuž je jiným subjektem přímo nebo zprostředkovaně předáván určitý druh informace. Úkolem sestry je poskytnout dítěti a jeho rodině takové znalosti a dovednosti, které jim pomohou obnovit zdraví či udržet zdraví na přijatelné úrovni.

Indikace a kontraindikace

Indikace k edukaci:

- Sestra edukuje rodiče v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost a na dětském oddělení v nemocnici před propuštěním do domácí péče.
- Sestra edukuje rodiče o aplikaci léků do dýchacích dle ordinace lékaře.
- V případě kdy rodiče musí znát správnou aplikaci léků do dýchacích cest.

Kontraindikace:

- Nevládnutí rodičů podat dítěti léky do dýchacích cest.
- Neochota rodičů spolupracovat se sestrou.
- Zhoršený zdravotní stav rodičů i dítěte.
- Nedostatečná motivace rodičů.

Definice standardu

Edukace rodičů sestrou o aplikaci léků do dýchacích cest je edukační proces, který v sobě zahrnuje zhodnocení zdravotního stavu dítěte, schopnosti a dovednosti rodičů naučit se podávání léků do dýchacích cest, plánování edukačního procesu, realizaci a zpětnou vazbu od rodičů.

Cíle z pohledu edukátora (sestry)

Na základě edukačního procesu naučí sestra rodiče techniku podávání léků do dýchacích cest v domácím prostředí.

Sestra naučí rodiče správnou techniku aplikace nosních kapek, masti do nosu a použití nosního spreje dle zvolené metody edukace.

Sestra naučí rodiče vyvarovat se chyb, které mohou vzniknout při aplikaci léků do dýchacích cest.

Cíle z pohledu edukanta (rodičů)

Rodiče mají zájem o edukační proces v oblasti aplikace léků do dýchacích cest.

Výsledné kritérium – Rodiče verbalizují svůj zájem o edukační proces.

Rodiče znají důvody edukačního procesu.

Výsledné kritérium – Rodiče verbalizují důvody k edukačnímu procesu.

Rodiče mají zájem o aplikaci léků do dýchacích cest.

Výsledné kritérium - Rodiče verbalizují důležitost správné aplikace léků.

Rodiče prokáží dostatek vědomostí a dovedností k aplikaci léků do dýchacích cest.

Výsledné kritérium - Rodiče vyjmenují pomůcky a popíší správný postup při aplikaci léků do dýchacích cest.

Rodiče aplikují nosní kapky, mast do nosu a dovedou používat nosní sprej.

Výsledné kritérium – Rodiče předvedou správnou aplikaci nosních kapek, masti do nosu a použití nosního spreje.

Rodiče si zapamatují fakta související s chybami při aplikaci léků do dýchacích cest.

Výsledné kritérium – Rodiče vyjmenují chyby, které mohou vzniknout při aplikaci léků do dýchacích cest.



KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace.

S2 Pomůcky

Pomůcky ke zvolené edukační metodě – kapky do nosu, mast, nosní sprej

Informační materiál pro rodiče – plakát, brožura, letáky

S3 Dokumentace

Ošetřovatelská a zdravotnická dokumentace, plán edukace

S4 Prostředí

Místnost, kterou zvolíme, musí být větratelná, vydezinfikovaná, abychom zabránili šíření infekce. Základním požadavkem je soukromí, světlo, ticho, dostatek prostoru a času pro edukaci.



KRITÉRIA EDUKAČNÍHO PROCESU (dle Juřeníkové, 2010)

1. Fáze : počáteční pedagogické diagnostiky

P1 Sestra pozdraví rodiče, dítě a představí se.

P2 Sestra odebere osobní, rodinou a sociální anamnézu.

P3 Sestra posoudí schopnosti, dovednosti a vědomosti rodičů o aplikaci léků do dýchacích cest.

2. Fáze : projektování

P4 Sestra zjistí stupeň vědomostí rodičů o aplikaci léků do dýchacích cest.

P5 Sestra zjistí stupeň dovedností rodičů aplikovat léky do dýchacích cest

P6 Sestra zjistí motivaci rodičů.

P7 Sestra naplánuje termín edukačního procesu po dohodě s rodiči a dítětem.

P8 Sestra zajistí vhodné prostředí pro edukaci.

P9 Sestra zhodnotí, kolik bude potřeba času na edukaci.

P10 Sestra seznámí rodiče s významem edukačního procesu.

P11 Sestra společně s rodiči stanoví cíle edukačního procesu.

P12 Sestra zvolí vhodnou edukační metodu.

P13 Sestra zhodnotí, jakou formu edukace použije.

3. Fáze : realizace

P14 Sestra poskytne rodičům praktické informace v oblasti aplikace léků do dýchacích cest.

P15 Sestra poskytne rodičům teoretické informace o správné aplikaci nosních kapek.

- upozorní, že nosní kapky se vždy aplikují do čistého nosního průchodu
- pokud jsou léky ve formě suspenze je nutné je před použitím protřepat
- poloha dítěte je vsedě se záklonem hlavy na opačnou stranu než se bude lék aplikovat, aby tekutina nevtékala přímo do Eustachovy trubice.
- před aplikací léků rodiče vyzvou dítě, aby se vysmrkalo
- do každé nosní dírky se nakapou 1 – 2 kapky
- rodič vyzve dítě, aby dýchalo ústy
- kojencům se do nosu nekape, nosík se pouze vytírá
- nosní kapky působí na otok sliznice, neměli by se používat déle než sedm dní

P16 Sestra rodičům prakticky předvede aplikaci nosních kapek dítěti.

P17 Sestra poskytne rodičům informace o aplikaci masti do nosu.

- poloha dítěte je vsedě se zakloněnou hlavou
- dítě zakloní hlavu na opačnou stranu, než bude lék aplikovaný
- mast se vytlačí na štětičku tak, že se přiloží ústí tuby na štětičku a otáčí se za současného vytlačování léku z tuby, aby se povrch štětičky celý obalil mastí
- štětičkou se pak lehce potírá sliznice nosu

P18 Sestra rodičům prakticky předvede aplikaci masti do nosu dítěte.

P19 Sestra poskytne rodičům informace o použití nosního spreje.

- pokud je sprej ve formě suspenze je nutné ho protřepat
- rodič sejme ochranný kryt aplikátoru nosního nástavce

- rodič posadí dítě a ucpe mu jednu nosní dírku, do druhé nosní dírky vloží nosní nástavec aplikátoru
- dítě mírně předkloní hlavu
- nosní nástavec aplikátoru se zasune co nejhlouběji do nosu
- při nádechu zmáčkne rodič nosní nástavec aplikátoru, či postranní rukojeť aplikátoru, nebo plastovou lahvičku, aby došlo k uvolnění dávky
- dítě vydechne ústy
- stejný postup se opakuje i u druhé nosní dírky

P20 Sestra rodičům prakticky předvede použití nosního spreje u dítěte.

P21 Sestra upozorní rodiče na nejčastější chyby při aplikaci nosních kapek.

- nevyčištění nosu před aplikací nebo neodsátí nosního sekretu
- neprotřepání léku před použitím, pokud je ve formě suspenze
- ponechání záklonu hlavy bez uklonění na jednu či druhou stranu

P22 Sestra upozorní rodiče na nejčastější chyby při použití nosního spreje.

- nevyčištění nosu před aplikací nebo neodsátí nosního sekretu
- záklon hlavy
- poloha vleže
- neodklonění nosního nástavce aplikátoru od nosní přepážky při aplikaci léku.

4. Fáze : upevňování a prohlubování učiva

P23 Sestra umožní rodičům teoretické zopakování aplikace léků do dýchacích cest.

P24 Sestra rodiče aktivně pobízí, aby se ptali, čemu nerozumí.

P25 Sestra nabízí rodičům, aby si opakovaně zkoušeli aplikaci nosních kapek, masti do nosu a použití nosního spreje na modelu.

5. Fáze : zpětná vazba

P26 Sestra s rodiči vyhodnotí, zda bylo dosaženo cílů.

P27 Sestra se cílenými otázkami přesvědčí o stupni získaných znalostí a dovedností rodičů.

- Co očekáváte od edukačního procesu?
- Jaké jsou zásady při aplikaci nosních kapek?
- Na jaké chyby si musíte dát pozor?

- Jaké jsou zásady při aplikaci masti do nosu?
- Jak se používá nosní sprej?
- Na jaké chyby si musíte dát pozor?

P28 Sestra zhodnotí úspěch edukačního procesu, popřípadě provede revizi.

P29 Sestra provede zápis do ošetrovatelské dokumentace o edukaci

Kritické předpoklady edukace

Nedostatek času na edukaci.

Nevhodné prostředí.

Špatná volba metody edukace.

Neochota rodičů spolupracovat se sestrou.

Rodiče nejsou motivováni.

Sestra zahltní rodiče informacemi.

Sestra nepodá rodičům dostatek informací.

Sestra rodičům prakticky nepředvede výkon.

Sestra nezjišťuje od rodičů zpětnou vazbu.

Sestra nedá rodičům prostor pro jejich dotazy.



KRITÉRIA VÝSLEDKU

V1 Rodiče jsou seznámeni s důvody a významem edukačního procesu.

V2 Rodiče mají zájem o edukační proces v oblasti aplikace léků do dýchacích cest.

V3 Rodiče znají zásady správné aplikace léků do dýchacích cest u svého dítěte.

V4 Rodiče dovedou aplikovat nosní kapky, mast do nosu, používat nosní sprej.

V5 Rodiče se dotazují na nejasnosti v aplikaci léků do dýchacích cest

Literatura

1. FEKETEOVÁ, E.; KAŠÁK, V. Jak aplikovat léky do nosu? [online]. 2007. [cit. 2011-03-20]. Dostupné z <<http://www.cipa.cz/jak-aplikovat-leky-do-nosu>>.
2. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. Praha : Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
3. KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatelstvo 2*. 1 vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
4. KRIŠKOVÁ, A. *Ošetrovatelské techniky*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 804 s. ISBN 80-8063-202-2.
5. MIKŠOVÁ, Z. Kapitoly z ošetrovatelské péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
6. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
7. ŠKRLA, P. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

Kontrolní kritéria k auditu

EDUKAČNÍ PROCES APLIKACE LÉKŮ DO DÝCHACÍCH CEST V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ U DĚTÍ S RECIDIVUJÍCÍ A CHRONICKOU RÝMOU

Vyhodnocení splnění edukačního standardu

Metody auditu:

- Dotaz/otázky pro sestru
- Dotaz/otázky pro klienta, rodinu
- Dotaz/otázky na zaměstnavatele
- Pozorování klienta, sestry
- Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise
- Kontrola pomůcek – pohledem, inventář
- Kontrola prostředí
- Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace - pohledem

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
KRITÉRIA STRUKTURY				
S1	Splňuje sestra předpoklady úspěšné edukátorky?	Dotaz na sestru		
S2	Má sestra k dispozici veškeré potřebné pomůcky pro edukaci?	Dotaz na sestru, pozorování		
S3	Zaznamenává sestra edukační proces do ošetrovatelské dokumentace?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace		
S4	Kde probíhá edukační proces?	Kontrola prostředí		
KRITÉRIA PROCESU				
P1	Pozdravila sestra rodiče a představila se?	Pozorování sestry, dotaz na rodiče		
P2	Odebrala sestra anamnézu od rodičů?	Pozorování sestry, dotaz na rodiče, dotaz na sestru, kontrola ošetrovatelské dokumentace		
P3	Posoudila sestra dovednosti, vědomosti a schopnosti rodičů?	Dotaz na sestru, pozorování		
P4	Zjistila sestra stupeň vědomostí u rodičů?	Dotaz na sestru		
P5	Zjistila sestra stupeň dovedností?	Dotaz na sestru		
P6	Zjistila sestra motivaci rodičů?	Dotaz na sestru		
P7	Naplánovala sestra termín edukace společně s rodiči?	Dotaz na rodiče, dotaz na sestru		
P8	Zajistila sestra vhodné prostředí pro edukaci?	Pozorování, dotaz na sestru, dotaz na rodiče		
P9	Zhodnotila sestra kolik je potřeba času na edukaci?	Dotaz na sestru, pozorování		
P10	Seznámila sestra rodiče	Dotaz na rodiče, dotaz na sestru		

	s významem edukačního procesu?			
P11	Stanovila sestra cíle edukačního procesu společně s rodiči?	Dotaz na rodiče, dotaz na sestru		
P12	Zvolila sestra vhodnou edukační metodu?	Kontrola ošetřovatelské dokumentace		
P13	Zvolila sestra vhodnou formu edukace?	Kontrola ošetřovatelské dokumentace, dotaz na sestru, dotaz na rodiče		
P14	Poskytla sestra rodičům praktické informace?	Dotaz na sestru, dotaz na rodiče		
P15	Poskytla sestra rodičům informace o správné aplikaci nosních kapek?	Dotaz na sestru, dotaz na rodiče, pozorování		
P16	Předvedla sestra rodičům prakticky aplikaci nosních kapek dítěti?	Dotaz na sestru, dotaz na rodiče, pozorování		
P17	Poskytla sestra rodičům informace o aplikaci masti do nosu dítěte?	Dotaz na sestru, dotaz na rodiče		
P18	Předvedla sestra rodičům prakticky aplikaci masti do nosu dítěte?	Dotaz na sestru, dotaz na rodiče, pozorování		
P19	Poskytla sestra rodičům informace o použití nosního spreje?	Dotaz na sestru, dotaz na rodiče		
P20	Předvedla sestra rodičům prakticky použití nosního spreje u dítěte?	Dotaz na sestru, dotaz na rodiče, pozorování		
P 21	Upozornila sestra rodiče na chyby při aplikaci nosních kapek?	Dotaz na sestru, dotaz na rodiče, pozorování		
P 22	Upozornila sestra rodiče na chyby při používání nosního spreje?	Dotaz na sestru, dotaz na rodiče, pozorování		
P23	Umožnila sestra rodičům zopakovat naučenou metodu aplikace?	Dotaz na sestru, dotaz na rodiče, pozorování, kontrola ošetřovatelské dokumentace		
P24	Pobízí sestra rodiče, aby se ptali na to, čemu nerozumí?	Dotaz na sestru, dotaz na rodiče, pozorování		
P25	Nabízí sestra aktivně rodičům praktické vyzkoušení aplikace léků do dýchacích cest?	Dotaz na sestru, dotaz na rodiče, pozorování		
P26	Vyhodnotila sestra s rodiči, zda bylo dosažení cílů?	Dotaz na sestru, dotaz na rodiče, kontrola ošetřovatelské dokumentace		
P27	Zjišťovala sestra cílenými otázkami zpětnou vazbu u rodičů?	Dotaz na sestru, dotaz na rodiče		
P28	Zhodnotila sestra úspěch edukačního procesu?	Kontrola ošetřovatelské dokumentace		
P29	Provedla sestra záznam o edukačním procesu?	Kontrola ošetřovatelské dokumentace, dotaz na sestru		
KRITÉRIA VÝSLEDKU				

V1	Jsou rodiče seznámeni s důvody a významem edukačního procesu?	Dotaz na rodiče, dotaz na sestru		
V2	Mají rodiče zájem o edukační proces?	Dotaz na rodiče, dotaz na sestru		
V3	Znají rodiče zásady správné aplikace léků do dýchacích cest u svého dítěte?	Dotaz na rodiče, dotaz na sestru		
V4	Dovedou rodiče správně aplikovat nosní kapky, masti a používat nosní sprej?	Dotaz na rodiče, dotaz na sestru		
V5	Dotazují se rodiče na případné nejasnosti?	Dotaz na rodiče, dotaz na sestru		

Vyhodnocení výsledků auditu

Výborná péče - 38- 34 bodů

Vyhovující péče – 33- 29 bodů

Nekomplexní péče – 28 – 24 bodů

Nedostatečná péče - 23 a méně

Edukační záznam - realizace						
Datum edukace:	Téma edukace:	Forma edukace:	Metoda edukace:	Cíl edukace :	Reakce na edukaci :	Edukátor/ podpis:

5. Diskuze

Tato diplomová práce má stanoveny 4 cíle. První cíl byl zaměřen na zjištění úlohy sestry v prevenci recidivující a chronické rýmy, druhý cíl na úlohu sestry v léčbě recidivující a chronické rýmy, třetí cíl byl zaměřen na zjištění komplikací, s kterými se sestry nejčastěji setkávají a čtvrtým cílem bylo vytvořit edukační standard pro sestry pracující v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost (dále jen PLPDD) a sestry pracující na dětském oddělení v nemocnici. K cílům se vztahovaly 3 hypotézy. Jednalo se o kvantitativní výzkumné šetření realizované dotazníkovou metodou. Byly vypracovány dva dotazníky. Jeden dotazník pro sestry a druhý pro rodiče.

Nejčastějším problémem, s kterým jsme se při realizaci výzkumu setkali, byla neochota rodičů vyplňovat dotazník.

Úvodní otázky dotazníku pro sestry byly zaměřené na identifikační údaje. Sestry v nemocnici na dětském oddělení i v ordinacích PLPDD měli největší zastoupení ve věkové kategorii 31 – 40 let, v nemocnici to bylo 19 (38 %) sester a v ordinacích 15 (33 %) a jen jedna sestra na obou pracovištích byla starší 61 let. (viz. graf 1 a 2) Práce sestry je psychicky i fyzicky velice náročná, a proto jsou mezi sestrami více zastoupeny mladší ročníky.

Vzdělání sester na dětském oddělení bylo nejčastěji středoškolské ukončené maturitou 24 (48 %), středoškolské se specializací 12 (24 %), vysokoškolské bakalářské uvedlo 5 (10 %) sester, 4 (8 %) sestry mají vyšší odbornou školu, 3 (6 %) vysokou školu a specializaci a pouze 2 (4 %) sestry vystudovaly vysokoškolské magisterské studium. Výzkum ukázal, že většina sester pracujících na dětském oddělení není vysokoškolsky vzdělaná. To by se však postupem času mohlo změnit, neboť nabídka vzdělávání se stále rozšiřuje a na vzdělání se klade stále větší důraz.

V ordinacích PLPDD uvedlo 26 (58 %) sester jako své dosažené vzdělání středoškolské, 12 (27 %) středoškolské a specializaci, 6 (13 %) vystudovalo vyšší odbornou školu a pouze 1 (2 %) sestra má vysokoškolské bakalářské studium. V ordinacích PLPDD se tedy neobjevila ani jedna sestra s magisterským studiem. Z toho vyplývá, že vysokoškolské vzdělání se spíše uplatní v nemocnici.

Délka praxe sester na dětském oddělení mělo 12 (24 %) sester praxi 11 – 20 let, 12 (24 %) 1 – 5 let, 11 (22 %) 6 – 10 let, 9 (18 %) více než 30 let a 6 (12 %) 21 – 30 let. (viz. graf 5)

V ordinacích PLPDD uvedlo 13 (29 %) sester praxi 6 – 10 let, 13 (29 %) 11 – 20 let, 13 (29 %) 1 – 5 let, 5 (11 %) 21 – 30 let a pouze 1 (2 %) sestra pracovala v ordinaci více než 30 let (viz. graf 6)

Dále nás zajímalo, jestli se sestry na dětském oddělení a v ordinacích PLPDD setkávají s dětmi trpícími recidivující a chronickou rýmou. Všechny sestry nám potvrdily, že se u dětí s tímto onemocněním setkávají. (graf 7 a 8)

Na otevřenou otázku co podle sester ovlivňuje vznik recidivující a chronické rýmy, odpovídaly sestry z dětských oddělení a ordinacích nejčastěji, že prostředí. Dále se odpovědi sester lišili, sestry pracující na dětském oddělení uváděly na dalších místech nástup do kolektivních zařízení, kouření v domácím prostředí, alergie, špatná životospráva a snížená imunita (tab. 1). Oproti tomu sestry z ordinací PLPDD na druhém místě uvedly kouření v domácím prostředí, dále nástup do kolektivních zařízení, špatná životospráva, špatně vedená léčba a snížená imunita. Markalous (25) a Schalek (38) uvádějí ve svých publikacích, že příčiny recidivující a chronické rýmy jsou často multifaktoriální, což nám sestry svými odpověďmi potvrdily. Je však zajímavé, že sestry uváděly na předních místech kouření v domácím prostředí, avšak žádná literatura se nezmiňuje o přímé souvislosti mezi kouřením v domácím prostředí a vznikem recidivující a chronické rýmy. Oproti tomu častá příčina recidivující a chronické rýmy bývá adenoidní vegetace a tu neuvedla ani jedna sestra.

Za nejčastější typ recidivující a chronické rýmy, s kterou se sestry na svých pracovištích setkávají, byla shodně uváděna rýma alergická. (graf 9 a 10) I Čáp (3) potvrzuje, že alergická rýma je u dětí nejčastější a trpí jí přibližně 20 % dětské populace.

K hospitalizaci dětí s recidivující a chronickou rýmou dochází, když se objeví komplikace. Sestry odpovídaly, že nejčastěji bývá hospitalizace dětí dle potřeb a obtíží 34 (68 %), další odpovědí bylo, že děti jsou hospitalizovány méně než 1x za 6 měsíců a 7 (14 %) sester se setkávají s hospitalizací dětí 1x za 6 měsíců. (graf 11)

Zjišťovali jsme frekvenci návštěv dětí ordinací PLPDD. 19 (43 %) sester odpovědělo, že děti navštěvují ordinaci 3x i více za 6 měsíců, 14 (31 %) dětí dle potřeby a obtíží, 9 (20 %) dětí 2x za 6 měsíců, 2 (4 %) 1 x za 6 měsíců a 1 (2 %) méně než 1x za 6 měsíců (graf 12)

Na dětském oddělení jsou podle sester nejčastěji hospitalizovány děti v batolecím věku 18 (36 %), dále děti v předškolním věku 17 (34 %), kojenci 11 (22 %) a 4 (8 %) sestry uvedly děti mladšího školního věku. (graf 13)

V ordinacích PLPDD uváděly sestry na prvním místě děti v předškolním věku 22 (49 %), dále batolata 12 (27 %) a děti mladšího školního věku 11 (24 %). (graf 14) Z odpovědí sester tedy vyplývá, že se setkávají s dětmi do 12 let, starší školní věk a adolescence nebyly uvedeny ani jednou. Stejně tak Kopřiva (21) se zmiňuje o tom, že rýma je častěji onemocněním mladších dětí, avšak může přetrvávat až do dospělosti a u dětí starších čtyř let patří k nejčastějším onemocněním s chronickým průběhem.

Zajímalo nás, zda si sestry myslí, že dětí s recidivující a chronickou rýmou každý rok přibývá. 33 (66 %) sester na dětském oddělení si myslí, že ano a v ordinacích PLPDD si to myslí dokonce 38 (85 %) sester. (graf 15 a 16) Výskyt recidivující a chronické rýmy se v posledních desetiletích celosvětově výrazně zvýšil. Počet postižených, zejména mezi dětmi žijícími ve městě, stále stoupá a proto je potřeba této problematice věnovat zvýšenou pozornost, uvádí ve své knize Orlová (31).

V následující otázce jsme se zaměřili na to, zda se na sestry rodiče obracejí, aby získali informace týkající se recidivující a chronické rýmy. 27 (54 %) sester na dětském oddělení nám potvrdilo, že se na ně rodiče obracejí, avšak 23 (46 %) sester odpovědělo, že nikoliv. (graf 17) Vysvětlujeme si to tím, že často jsou rodiče již poučeni z ordinace PLPDD. Na sestry v ordinaci PLPDD se obrací 37 (82 %) rodičů. (graf 18)

Zda mají sestry na dětských odděleních a v ordinacích PLPDD edukační materiály vyplývá z grafu 19 a 20. Negativní odpověď převažovala jak u sester na dětském oddělení 29 (58 %), tak u sester v ordinacích PLPDD 26 (58 %). Pokud sestry uváděly, že na odděleních či v ordinacích edukační materiály mají, udávaly nejčastěji brožury a letáčky od různých firem. Z výzkumného šetření tedy vyplynulo, že sestry

nemají k dispozici edukační standard a proto bylo naším cílem tento standard pro sestry vytvořit.

Zjišťovali jsme, jakým způsobem sestry získávají informace o recidivující a chronické rýmě. V dnešní době nebylo překvapením, že nejvíce sester na dětském oddělení čerpá z internetu 21 (42 %), 12 (24 %) sester z literatury, 8 (16 %) ze seminářů, 5 (10 %) během studia ve škole, 3 (6 %) informace nezískává a pouze 1 (2 %) uvádí, že jinak a to ze své praxe (graf 21).

Sestry v ordinacích PLPDD na prvním místě uváděly literaturu 15 (33 %), na druhém místě internet 14 (31 %), 10 (22 %) sester uvedlo semináře, 3 (7 %) získávají informace během studia ve škole a 3 (6 %) sestry informace nezískávají vůbec. Myslím si, že každá sestra v ordinaci PLPDD by měla mít dostatek informací o recidivující a chronické rýmě. Je důležité, aby informace nejen získávala, ale také, aby je předávala dál, vzdělávala a povzbuzovala rodiče i děti.

Následující otázky v dotazníku byly zaměřené na edukaci. Sestra má nezastupitelnou úlohu v edukaci dětí a jejich rodin. Poskytuje rodičům i dítěti své vědomosti, zkušenosti a zároveň je pro ně i poradcem a podporovatelem, píše Juřeníková (17) ve své knize.

Velký důraz je v primární prevenci kladen na vhodnou životosprávu. 46 (92 %) sester na dětském oddělení edukuje o vhodné životosprávě dítěte a 43 (96 %) sester v ordinacích PLPDD také. (graf 23 a 24) V navazující otázce jsme zjišťovali, jaké potraviny sestry doporučují. Tato otázka byla otevřená. Sestry se shodly v tom, že nejčastěji doporučují ovoce a zeleninu, bílé maso, luštěniny, netučné a nedráždivé potraviny. Uvedly, že upozorňují rodiče a děti i na pitný režim a že strava by měla být pestrá. (tab. 3 a 4)

Ochlava (30) ve své knize Zdravé a nemocné dítě i Špičák v publikaci Víme, co jíme (49) se také shodují v tom, že strava by měla být pestrá, rozmanitá, obsahovat dostatek kvalitních bílkovin především z bílého masa, luštěnin, nízkotučných mléčných výrobků, měla by být bohatá na obilniny, ovoce a zeleninu. Důležité je i dodržování pitného režimu. Dítě by mělo vypít 1,5 – 2 litry denně, je vhodné toto množství rozdělit rovnoměrně do celého dne.

V rámci edukace jsme také pátrali, zda sestry edukují o vhodnosti otužování dítěte. 36 (72 %) sester na dětském oddělení nám potvrdilo, že edukuje a 39 (87 %) sester v ordinacích PLPDD také. (graf 25 a 26). Gregora (11) i Putz (35) uvádějí, že u dětí, které jsou choulostivé, dojde rychleji ke snížení tělesné teploty vnitřního prostředí a sliznic již při malém prochladnutí. Otužilé děti udrží vnitřní teplotu i při značných chladových zátěžích. Cílem otužování je tedy zvýšit schopnost organismu udržovat si stálou tělesnou teplotu a zvýšit obranyschopnost organismu. Otužování dětí je proto důležité.

Následující otázka se zaměřovala na to, zda sestry edukují rodiče o škodlivosti kouření v domácím prostředí. 47 (94 %) sester na dětských odděleních uvádělo, že edukují o škodlivosti kouření v domácím prostředí a 37 (82 %) v ordinacích PLPDD též (graf 26 a 27)

Špičák (44) a Treben (48) píše, že pasivní kouření má na zdraví člověka stejný vliv jako kouření aktivní. Upozorňují, že velice nevhodné je kouření nastávající matky v těhotenství, což negativně ovlivňuje vývoj obranyschopnosti dítěte a tím větší riziko vzniku onemocnění. V žádné literatuře však není uvedena přímá souvislost mezi kouřením v domácím prostředí a vznikem recidivující a chronické rýmy.

Další otázka se týkala úpravy domácího prostředí. 48 (96 %) sester na dětských odděleních edukují rodiče o nutnosti úpravy domácího prostředí a 43 (96 %) sester v ordinacích PLPDD také.

Tato otázka navazovala na předchozí a ptali jsme se sester, na jaké úpravy domácího prostředí upozorňují. Odpovědi na tuto otevřenou otázku byly opět velice podobné. Nejvíce se objevovalo nekouřit v domácím prostředí, používat zvlhčovače, často větrat, nepřetápět místnosti, čistota prostředí, odstranit alergenů z prostředí, odstranit koberce a závěsy (tab. 5 a 6) Stejně tak Seberová (36) se ve svém článku zmiňuje o tom, že by se dítě mělo vyvarovat pobytu ve znečištěném prostředí, v domácnosti doporučuje používání čističek vzduchu, zvlhčovačů a upozorňuje, že nebezpečné jsou především koberce, záclony a závěsy.

Tyto odpovědi na otázky, které se týkaly edukace, byly pro nás velice přínosné, protože hypotéza číslo 1 se zajímalo o to, zda sestry edukují rodiče o prevenci

recidivující a chronické rýmy. Bylo nám tedy potvrzeno, že edukují o správné životosprávě, otužování, nevhodnosti kouření v domácím prostředí a úpravě domácího prostředí.

Další otázka se týkala hygieny horních dýchacích cest. Byla to otázka polootevřená a sestry měly možnost zaškrtnout více odpovědí.

46 sester na dětském oddělení učí děti nácviu správného smrkání, 32 sester učí děti nácviu správného dýchání, 16 sester tvrdí, že děti mají tyto návyky většinou již z domácího prostředí a 3 sestry děti o hygieně horních dýchacích cest neučí (graf 31)

V ordinacích PLPDD 38 sester udává, že učí děti nácvik správného smrkání, 27 sester učí děti nácviu správného dýchání, 13 sester tvrdí, že děti mají tyto návyky většinou již z domácího prostředí a 2 sestry děti o hygieně horních dýchacích cest neučí (graf 32).

Jak píše Sedlářová (37), správným smrkáním lze předcházet zahlenění a chronickému postižení dýchacích cest a nácvikem správného a účelného dýchání dojde k snadnějšímu uvolnění sekretu.

Zajímal nás způsob, kterým sestry rodiče edukují. Odpovědi sester z dětských oddělení i z ordinací se shodovaly. Nejčastěji sestry uváděly, že rodičům vše důkladně vysvětlí, dále informují rodiče o vhodné literatuře, používají při edukaci informační letáčky a brožury, a nebo odpovídaly, že jinak a to tak, že rodiče informují o internetových stránkách, které řeší danou problematiku. (graf 33 a 34)

Juřeníková (17) radí, že ideální je individuální edukace sestrou. Sestra by měla rodičům i dítěti odpovídat na otázky, vše jim v klidu důkladně vysvětlit, udělat si na edukaci dostatek času a doporučit vhodnou literaturu. Toto se nám tedy potvrdilo.

Sestry na dětských odděleních zaměřují nejčastěji edukaci na rodiče i dítě 38 (78 %) a 11 (22 %) pouze na rodiče. I sestry v ordinacích PLPDD zaměřují edukaci na rodiče i dítě 39 (87 %) a jen 6 (13 %) sester edukují pouze rodiče. (graf 35 a 36) Význam edukace tkví v partnerském vztahu, který je mezi lékařem, sestrou, dítětem a rodiči dítěte. Bez aktivní spolupráce rodičů a dítěte není efektivní léčba možná, píše Juřeníková (17).

V následující otázce měly sestry opět možnost zaškrtnout více možností. Otázka se týkala edukace ohledně léčby recidivující a chronické rýmy. Sestry z dětského oddělení nejčastěji uváděli, že edukují rodiče a dítě o správném kapání do nosu (50), 49 sester poskytuje rodičům informace o odsávání, 43 sester o inhalaci a 27 o výplachu dutiny nosní (graf 37).

V ordinacích PLPDD 45 sester udává, že edukují rodiče a dítě o správném kapání do nosu, 45 sester poskytuje rodičům informace o odsávání, 41 sester o inhalaci a 36 o výplachu dutiny nosní. (graf 38) Markalous (25) píše, že je důležité, aby sestra prováděla praktické ukázky správné aplikace léků, jako je například kapání do nosu, použití nosní sprchy a ukázky používání nosních sprejů a inhalátorů. Tato otázka nám poskytla i odpověď na hypotézu číslo 2, zda sestry edukují rodiče o léčbě recidivující a chronické rýmy.

U recidivující a chronické rýmy je důležité předcházet komplikacím, proto jsme se zajímali o to, zda sestry seznamují rodiče a děti s komplikacemi recidivující a chronické rýmy. Potěšující odpovědí bylo, že 41 (82 %) sester z dětských oddělení rodiče a děti s komplikacemi seznamují a 38 (84 %) sester z ordinací PLPDD také. (graf 39 a 40)

V poslední otázce jsme zjišťovali, s jakými komplikacemi se sestry u dětí nejčastěji setkávají. V této otázce bylo možné zaškrtnout více odpovědí. Podle grafu 41 se na dětských odděleních sestry nejčastěji setkávají s otitidami, které zaškrtnulo 48 sester, 46 sester uvedlo sinusitidy, 42 sester zánět spojivek a 32 sester zánět průdušek

Graf 42 zobrazuje, že i sestry z ordinací se nejčastěji setkávají s otitidami a to 44 sester, 42 sester uvedlo sinusitidy, 37 sester zánět spojivek a 26 sester zánět průdušek. Zánět středního ucha považují za nejčastější komplikaci i Podběhlá (32) a Šlapák (43). Píší, že relativně krátká Eustachova trubice vytváří ideální podmínky pro vznik infekce. Tímto výsledkem byla potvrzena hypotéza číslo 3, která předpovídala, že sestry se nejčastěji setkávají se záněty středního ucha, záněty vedlejších dutin nosních a záněty spojivek.

Dotazník pro rodiče

Dotazník pro rodiče nám ověřoval odpovědi sester.

Úvodní otázky dotazníku pro rodiče se také týkaly základních identifikačních dat. Výzkumný soubor tvořily ženy a muži, kdy největší zastoupení měly ženy (73 %) a muži (27 %). (graf 1)

Nejčastěji uváděná věková kategorie byla 21 – 35 let 17 (57 %) rodičů a jen jeden rodič byl mladší 20 let. (graf 2)

Dosažené vzdělání uváděli rodiče středoškolské 10 (34 %), výuční list 7 (23 %), základní vzdělání 5 (17 %), vyšší odborné vzdělání 4 (13 %) a vysokoškolské vzdělání měli pouze 4 (13%) rodiče. (graf 4)

V rámci primární prevence nás zajímalo, jak dlouho rodiče své dítě kojili. U kojených dětí je prokázáno výrazně nižší riziko rozvoje řady chronických chorob. Mateřské mléko osidluje sliznici bakteriálními kmeny, které zabraňují vzniku infekce. Obsahuje obranné protilátky a faktory, které ničí bakterie. Je vhodné kojit dítě do šesti měsíců, píše Velemínský (49) ve své knize 3 x 333 otázek. 13 (43 %) rodičů uvádělo, že jejich dítě nebylo kojeno vůbec, 9 (30 %) dětí bylo kojeno 0 – 5 měsíců, 5 (17 %) 6 měsíců a 3 (10 %) déle než 6 měsíců. (graf 4)

Na otázku, zda rodiče kouří v domácím prostředí 23 (77 %) rodičů odpovědělo, že nekouří, avšak 7 (23 %) odpovědělo, že ano. (graf 5)

V primární prevenci je důležité i otužování dítěte. 18 (60 %) rodičů neotužuje své dítě a pouze 12 (40 %) své dítě otužuje. (graf 6) Rodiče by měli otužování věnovat větší pozornost, neboť otužování zlepšuje obranyschopnost dítěte.

Zjišťovali jsme začátek léčby u dětí s recidivující a chronickou rýmou. Nejčastěji rodiče uváděli, že se jejich dítě léčí od předškolního věku (graf 7), což souhlasí s tím, jak odpovídali i sestry.

Dále jsme se ptali rodičů na nemocnost jejich dětí. 17 (57 %) odpovídalo, že jejich dítě má rýmu častěji, jak 2x do měsíce, 10 (33 %) dětí 1x až 2x do měsíce a 3 (10 %) méně než 1x za měsíc. (graf 8)

Zajímalo nás, jak dlouhá jsou období, kdy dítě rýmu nemá. Z grafu 9 vyplývá, že 17 (57 %) rodičů tvrdí, že jejich dítě má rýmu častěji, jak 2x do měsíce, 10 (33 %) dětí 1x až 2x do měsíce a 3 (10 %) méně než 1x za měsíc.

Frekvenci návštěv PLPDD zobrazuje graf 10. Stejně jako sestry, tak i rodiče nejčastěji odpovídali, že navštěvují lékaře dle potřeby a obtíží dítěte. Toto zjištění je pro nás pozitivní, neboť je patrné, že rodičům není lhostejný zdravotní stav jejich dítěte.

K určení původu rýmy napomáhá barva sekretu. Rodiče na otázku, jakou barvu má sekret při smrkání uvedli barvu bílou 17 (56 %), že sekret je vodnatý 5 (17 %) nebo hustý 2 (7 %) či hlenovitý 2 (7 %). (graf 11) Bílá barva a vodnatý sekret se objevují při alergické rýmě. Hustý, hlenovitý sekret při rýmě katarální, píší Hrodek (14) a Seberová (36). Toto nám potvrdilo, že rodiče stejně jako sestry se nejčastěji u dětí setkávají s alergickou rýmou.

Následující otázky byly zaměřené na to, zda jsou rodiče sestrou dostatečně edukováni. Zajímalo nás způsob, jakým sestra rodiče edukovala. Rodiče nejčastěji odpovídali, že jim sestra v ordinaci vše důkladně vysvětlila 17 (56 %), 7 (23 %) rodičů informoval o onemocnění lékař a 6 (20 %) rodičům dala sestra informační letáčky a brožury.

Ověřovali jsme, zda byly rodiče edukováni o vhodné životosprávě. 26 (87 %) odpovědělo, že ano. O vhodnosti otužování bylo edukováno sestrou 18 (60 %), o škodlivosti kouření 21 (70 %) rodičů a 26 (87 %) potvrdilo, že bylo edukováno o úpravě domácího prostředí.

U dětí s recidivující a chronickou rýmou je důležitá péče o dýchací cesty. V této otázce měli rodiče možnost zaškrtnout více odpovědí. Rodiče uvedli, že byli poučeni sestrou o správném smrkání (25 rodičů), o správném dýchání (14 rodičů), 6 rodičů napsalo, že jejich děti mají tyto návyky již z domácího prostředí a pouze 1 rodič nebyl sestrou poučen vůbec. (graf 17)

Následující otázka se zajímala o to, jak sestra edukovala rodiče o léčbě recidivující a chronické rýmy. Opět měli rodiče možnost zaškrtnout více odpovědí. 28 rodičů bylo poučeno sestrou o správném kapání do nosu, 26 rodičů o odsávání, 23

rodičů o tom, jak správně inhalovat a 20 rodičů o tom, jak provádět výplachy dutiny nosní. (graf 18)

Za nejvíce přínosnou formu edukace označilo 23 (77 %) osobní pohovor se sestrou, 4 (13 %) rodiče informační brožury a letáčky, pro 2 (7 %) rodiče byly důležité informace o vhodné literatuře a pro 1 (3 %) edukace jiná a uvedl, že žádná. Potěšilo nás, že většina rodičů považuje edukaci za přínosnou.(graf 19)

Zajímalo nás, zda edukace sestrou ovlivnila náhled rodičů na onemocnění dítěte. Graf 20 ukazuje, že u 23 (77 %) rodičů se změnil náhled na onemocnění ve většině, u 3 (10 %) rodičů pouze v malé míře, 3 (10 %) nevěděli a u 1 (3 %) rodiče edukace náhled nezměnila.

Na otázku, zda byli rodiče poučeni o komplikacích, uvedli, že 18 (60 %) jich bylo seznámeno sestrou s většinou komplikací recidivující a chronické rýmy, 6 (20 %) jen s některými komplikacemi a 6 (20 %) rodičů poučil o komplikacích lékař. (graf 21)

Rodiče nám potvrdili, že se také nejčastěji setkávají u svých dětí se záněty středního ucha, zánětem vedlejších dutin nosních a zánětem spojivek. (graf 22)

Z výsledků celého dotazníkového šetření je patrná dostačující edukace sestrou rodičů i dítěte, ať již v ordinacích PLPDD či na dětském oddělení v nemocnici

6. Závěr

Tato práce se zabývala zjišťováním úlohy sestry v prevenci a léčbě recidivující a chronické rýmy a možných komplikací v dětském věku. Ve skupině dětí a adolescentů patří rýma k nejčastějším onemocněním s chronickým průběhem, počet nemocných, zejména mezi dětmi žijícími ve městě, stále stoupá, a proto je důležité, aby děti i rodiče byli sestrou dostatečně a co nejvhodněji edukováni.

Prvním cílem této práce bylo zjistit úlohu sestry v prevenci recidivující a chronické rýmy. Tyto informace byly zjištěny. Sestry uvedly, že edukují rodiče i děti o vhodné životosprávě, o otužování, o nutnosti úpravy domácího prostředí, o nevhodnosti kouření v domácím prostředí.

Druhým cílem bylo zjistit úlohu sestry v léčbě recidivující a chronické rýmy. Sestry edukují rodiče i děti o správné aplikaci léků do dýchacích cest, učí je nácviku správného smrkání, správného dýchání, podávají informace o odsávání, o výplachu dutiny nosní i o inhalaci.

Třetí cíl se zaměřil na to, s jakými komplikacemi se sestry nejčastěji setkávají. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že nejčastěji se sestry setkávají se záněty středního ucha, záněty vedlejších dutin nosních a zánětem spojivek. Toto bylo potvrzeno i rodiči, kteří také tyto komplikace též uváděli u svých dětí.

Čtvrtým cílem bylo vytvořit edukační standard pro sestry pracující v ordinacích PLPDD a v nemocnicích na dětských odděleních, protože doposud nebyl žádný k dispozici.

K naplnění cílů byl zvolen kvantitativní výzkum dotazníkovou metodou. Potřebné údaje byly získávány pomocí anonymních dotazníků pro sestry pracující v nemocnici na dětském oddělení, v ordinacích PLPDD a pro rodiče. Výsledky dotazníků byly zpracovány v grafech a použity k ověření stanovených hypotéz.

Diplomová práce ověřovala tři hypotézy. H 1 : Sestry edukují rodiče a děti o prevenci recidivující a chronické rýmy - byla potvrzena. H 2 : Sestry edukují rodiče a děti o léčbě a možných komplikací recidivující a chronické rýmy - byla potvrzena. H 3 : Mezi nejčastější komplikace recidivující a chronické rýmy patří záněty středního ucha, záněty vedlejších dutin nosních a záněty spojivek- byla rovněž potvrzena.

Pro verifikaci první hypotézy měly největší výpovědní hodnotu grafy 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. Pro verifikaci druhé hypotézy měly největší výpovědní hodnotu grafy 31, 32, 37, 38, 39, 40. Pro verifikaci třetí hypotézy měly největší výpovědní hodnotu grafy 41, 42.

Cíle práce byly splněny. Hypotézy se potvrdily. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že většina rodičů je dobře edukována v ordinacích PLPDD i v nemocnici na dětském oddělení. Edukace sestrou má velký vliv na rodiče i na děti, které trpí recidivující a chronickou rýmou. Sestra jim pomáhá poznat a pochopit toto onemocnění, učí je najít nový životní styl, seznamuje je s prevencí a poskytuje informace ohledně léčby. Za nejvhodnější formu edukace byl označen osobní pohovor se sestrou v ordinaci.

Z výsledků této práce byl vypracován edukační standard, který bude poskytnut sestřím v ordinacích PLPDD a na dětských odděleních v nemocnici. Práce může být rovněž použita jako studijní materiál.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ALLEN, P.; VESSEY, J.; SCHAPIRO, N. *Primary Care of the Child with a Chronic Condition*. 5. vyd. St. Louis: Mosby, 2009. 866 s. ISBN 0323058779.
2. ARONOVÁ, J. *Ze zkušenosti dětského lékaře*. 1. vyd. Praha: Amosia, 2006. 203 s. ISBN 80-86966-13-5.
3. BIDAT, E. *Alergie u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 148 s. ISBN 80-7178-936-4.
4. BOLEDOVIČOVÁ, M. *Pediatrické ošetřovatelstvo*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 208 s. ISBN 80-8063-211-1.
5. BLUESTONE, D. *Pediatric Otolaryngology*. 4. vyd. Elsevier Health Science, 2003. 1842 s. ISBN 0721691978.
6. ČÁP, P. *Alergologie v kostce*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 142 s. ISBN 80-7254-779-8.
7. DROBNÍK, J.; ŠPIČÁK, V. *Víme, co jíme?*. 1. vyd. Praha: ÚZPI, 2002. 30 s. ISBN 80-7271-114-8.
8. FEKETEVOVÁ, E.; KAŠÁK, V. Jak aplikovat léky do nosu? [online]. 2007. [cit. 2011-03-20]. Dostupné z <<http://www.cipa.cz/jak-aplikovat-leky-do-nosu>>.
9. FIŠEROVÁ, H. Alergická rýma a kortikosteroidy. [online]. 2007. [cit. 2010-05-11]. Dostupné z : <www.lf2.cuni.cz/info2lf/ustavy/orl/ark.doc>.
10. GAMLIN, L. *Alergie od A do Z*. 1. vyd. Praha: Reader's digest výběr, 2003. 256 s. ISBN 80-86196-44-5.
11. GREGORA, M. *Péče o dítě od kojeneckého do školního věku*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. 139 s. ISBN 978-80-247-2030-2.
12. HAGEMANN, T. Pediatric Allergic Rhinitis drug therapy. [online]. 2005. [cit. 2010-05-11]. Dostupné z <<http://www.medscape.com/viewarticle/508292>>.
13. HOCKENBERRY, J. *Wong's clinical manual of pediatric nursing*. 6. vyd. St. Louis: Mosby, 2004. 759 s. ISBN 0-323-01958-7.
14. HRODEK, O.; VAVŘINEC, J. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 767 s. ISBN 80-7262-178-5.

15. HYBÁŠEK, I., VOKURKA, J. *Otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 426 s. ISBN 80-246-1019-1.
16. ISAJEV, J. *Průduškové astma*. 1.vyd. Praha: Granit, 2005. 166 s. ISBN 80-7296-042-3.
17. JUŘENÍKOVÁ, P. *Ošetrovatelství 1*. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 2001. 173 s. ISBN 90-526-4125 -2.
18. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1 vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
19. KAŠÁK, V. *Překonejte své astma*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2003. 239 s. ISBN 80-85912-96-1.
20. KLÍMA, J. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. 320 s. ISBN 80-86432-38-6.
21. KOPŘIVA, František. Alergická rýma. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: 2006, roč. 7, č. 2, s. 80-90. ISSN 1213-0494.
22. KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatelstvo 2*. 1 vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
23. KRIŠKOVÁ, A. *Ošetrovatel'ské techniky*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 804 s. ISBN 80-8063-202-2.
24. LITZMAN, J. *Alergologie a klinická imunologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 144 s. ISBN 80-7013-345-7.
25. MARKALOUS, B. *Rýma*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 157 s. ISBN 80-7254-301-6.
26. MEJZLÍK, J.; POKORNÝ, K. a kol. *Zevní zvukovod*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007. 270 s. ISBN 978-80-7311-092-5.
27. MIKŠOVÁ, Z. Kapitoly z ošetrovatelské péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
28. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8.
29. O' CALLAGHN CH.; STEPHENSON, T. *Pediatric do kapsy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 434 s. ISBN 80-247-0933-3.

30. OLCHAVA, P. *Zdravé a nemocné dítě*. 2 vyd. Praha: Grada, 2007. 255 s.
ISBN 978-80-247-1847-7.
31. ORLOVÁ, K. *Alergie*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Fragment, 2002. 240 s.
ISBN 80-7200-610-X.
32. PODBĚHLÁ, Lucie. Zánět středního ucha. *Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č. 1,
s. 53 -54. ISSN 1210-0404.
33. POHOUNEK, P. Průduškové astma. [online]. 2007 [cit. 2011-03-20]. Dostupné
z < <http://www.cipa.cz/informace-o-astmatu/pruduskove-astma-5-dil-54> >.
34. PRUCHA, J. *Moderní pedagogika*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. 481 s.
ISBN 80-7178-631-4.
35. PUTZ, J. *Jak žít s alergií?* 1. vyd. Brno : Computer Press, 2007. 136 s.
ISBN 978-80-251-1662-3.
36. SEBEROVÁ, Eliška. Alergická rýma u adolescentů. *Pediatric pro praxi*.
Olomouc: 2004, roč. 5, č. 2, s. 69-74. ISSN 1213-0494.
37. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha:
Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
38. SCHALEK, Petr. Rýma v dětském věku. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: 2009,
roč. 10, č. 5, s. 311-315. ISSN 1213-0494.
39. SKŘIVAN, J. *Záněty středního ucha; Sluch a jeho poruchy; Hluchota*. 1. vyd.
Praha: Triton, 2001. 44 s. ISBN 80-7254-128-5.
40. SMOLÍKOVÁ, Libuše. Hygiena horních cest dýchacích. *Pediatric pro praxi*.
Olomouc: 2002, roč. 3, č. 6, s. 262-267. ISSN 1213-0494
41. STOŽICKÝ, F. ; PIZINGEROVÁ, K. *Základy dětského lékařství*. 1 vyd. Praha :
Karolinum, 2006. 360 s. ISBN 80-246-1067-1.
42. ŠAFRÁNKOVÁ, A ; NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha:
Grada, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6
43. ŠLAPÁK, IVO. Zánět středního ucha, diagnostika a léčba. *Pediatric pro praxi*.
Olomouc : 2008, roč. 9, č. 3, s.171-175. ISSN 1213-0494.
44. ŠPIČÁK, V. ; PANZNER, P. *Alergologie*.1. vyd. Praha: Galén, 2004. 348 s.
ISBN 80-7262-265-X.

45. ŠPIČÁK, V. *Stavíme bydlení pro alergiky*. 1. vyd. Šlapanice: Era, 2003. 77s. ISBN 80-86517-47-0.
46. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2008. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
47. TRANGSRUD, A.; WHITAKER, A.; SMALL, R. Intranasal Corticosteroids for Allergic Rhinitis. *Pharmacotherapy* [online]. 2002, 22, [cit. 2010-05-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.medscape.com/viewarticle/444368>>. ISSN 0277-0008.
48. TREBEN, M. *Alergie: Prevence-poznání-léčení*. 1. vyd. České Budějovice: Dona, 2001. 93 s. ISBN 80-86136-97-3.
49. VELEMÍNSKÝ, M. *Dítě: 3x333 otázek pro dětského lékaře*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 267 s. ISBN 978-80-7254-929-0.
50. VELEMÍNSKÝ, M. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2009. 176 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
51. VOLF, V. *Pediatrie*. 3. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 240 s. ISBN 80-7333-023-7.
52. VYHNÁNKOVÁ, Ludmila. Záněty horních cest dýchacích, rýma. *Pediatrie pro praxi*. Olomouc: 2004, roč. 7, č. 5, s. 258 – 262. ISSN 1213-0494.
53. WICKER, A.; MOHUNDRO, B. Management of Pediatric Otitis Media. *U.S. Pharmacist* [online]. 2010, 1, [cit. 2010-05-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.medscape.com/viewarticle/720085>>. ISSN 0148 – 4818.

8. Klíčová slova

Recidivující a chronická rýma

Prevence

Léčba

Edukace

Komplikace

9. Přílohy

Příloha 1 – Urbanovy koupele

Příloha 2 – Výplach nosu

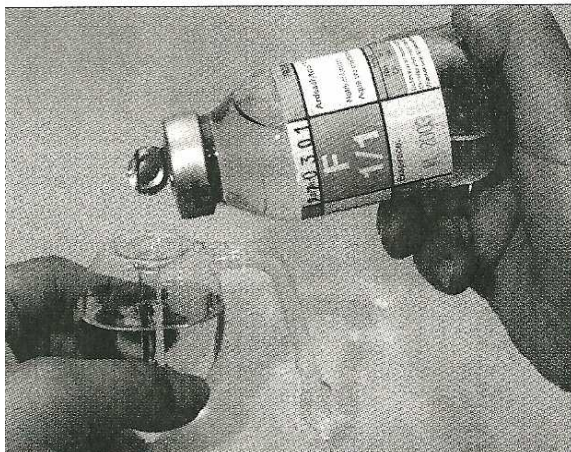
Příloha 3 - Úloha sestry v péči o dítě s recidivující a chronickou rýmou

Příloha 4 - Metody edukace

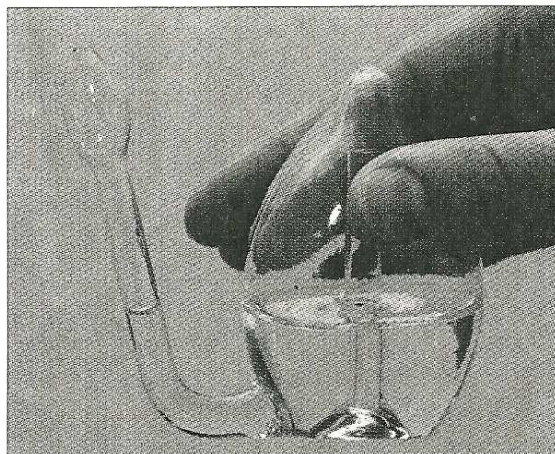
Příloha 5 - Dotazník pro sestry

Příloha 6 - Dotazník pro rodiče

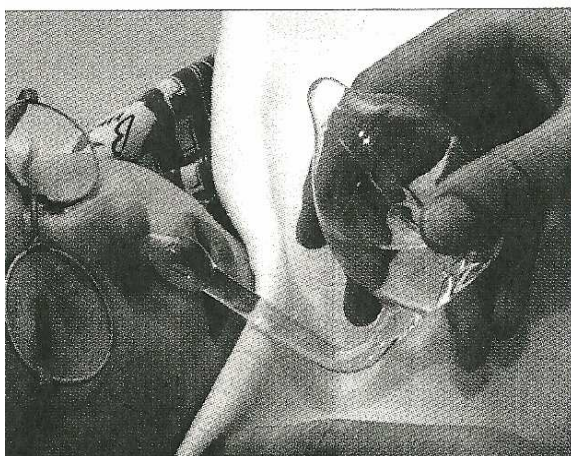
Příloha 1 Výplach nosu



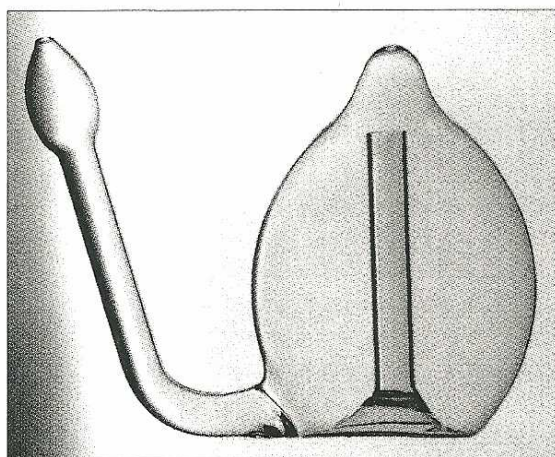
Obrázek 105 Naplnění baňky fyziologickým roztokem v poloze 1



Obrázek 106 Naplněná baňka se obrátí do polohy 2



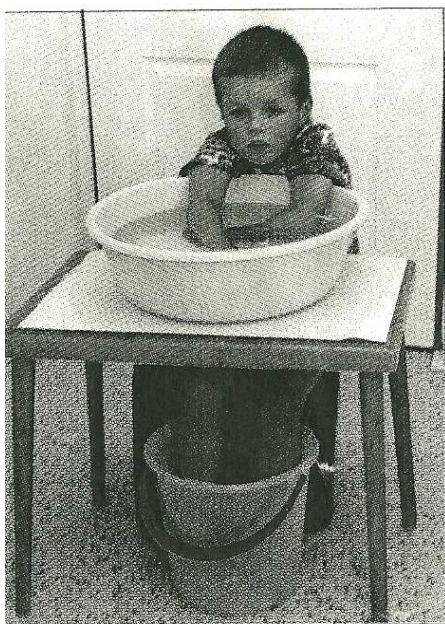
Obrázek 107 Vložení otvoru baňky do nosních průduchů – nejlépe v poloze na zádech



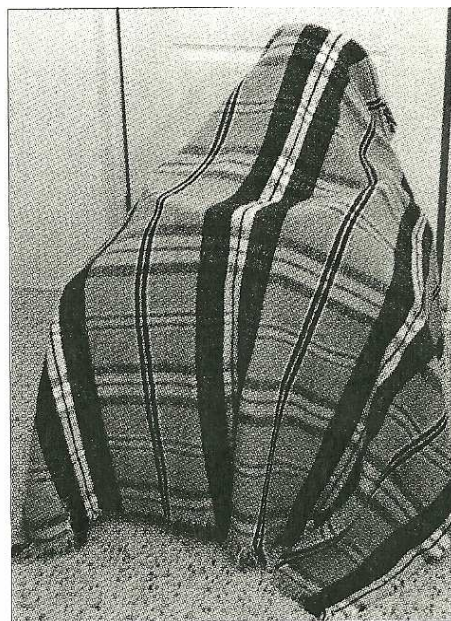
Obrázek 108 Baňka používaná k výplachu nosních dutin

Zdroj : VELEMÍNSKÝ, M. Dítě: 3x333 otázek pro dětského lékaře. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 267 s. ISBN 978-80-7254-929-0.

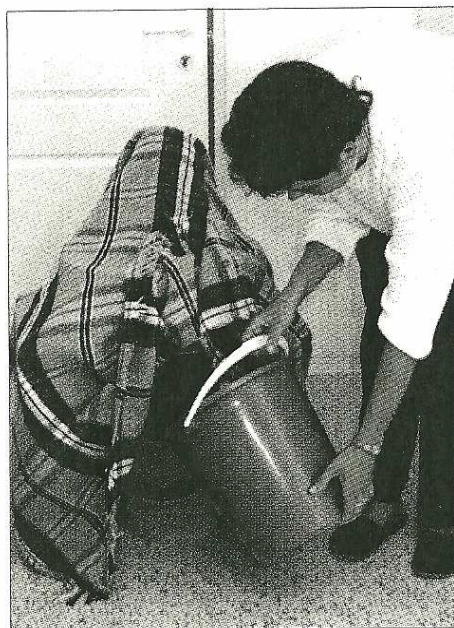
Příloha 2 Urbanovy koupele



Obrázek 102 Zahájení inhalace
– horká voda v umývadle a ve vědru



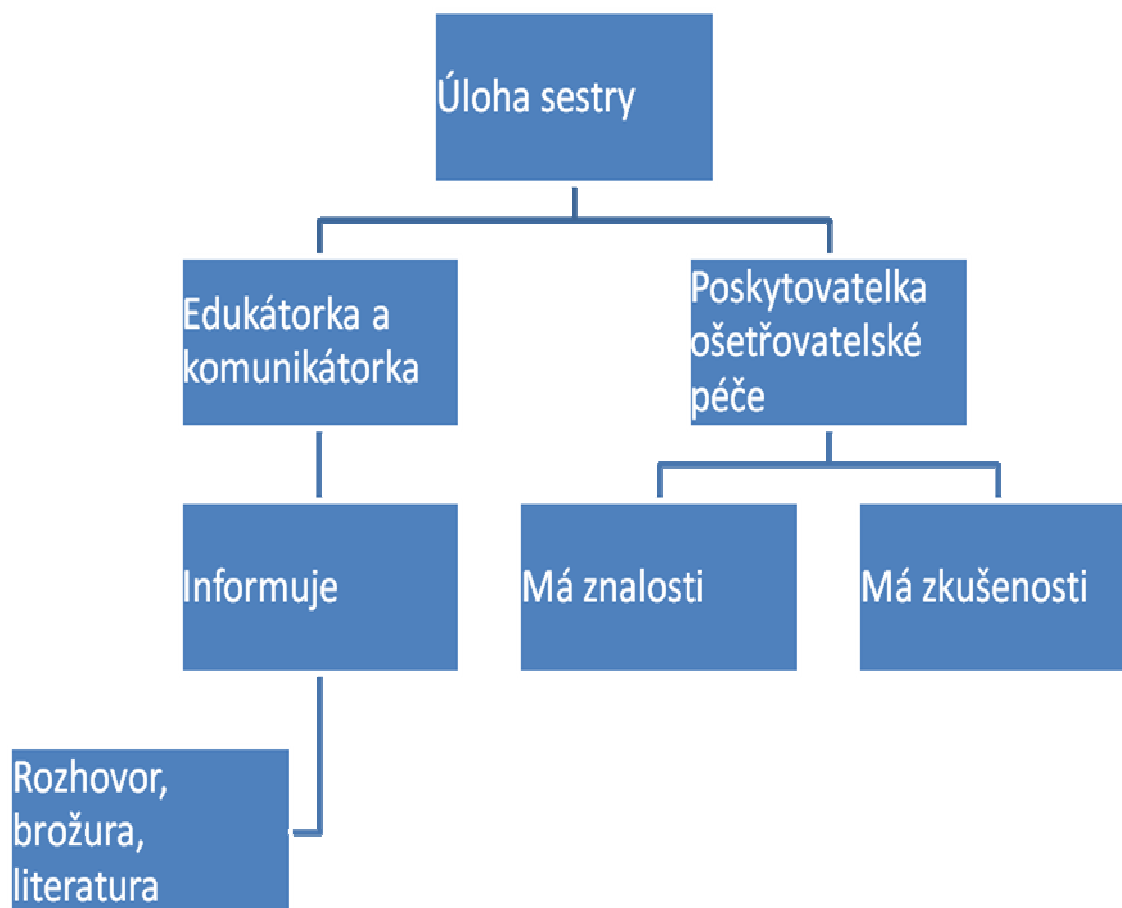
Obrázek 103 Překrytí dítěte pokrývkou



Obrázek 104 Přilévání horké vody

Zdroj : VELEMÍNSKÝ, M. Dítě: 3x333 otázek pro dětského lékaře. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 267 s. ISBN 978-80-7254-929-0.

Příloha 3 Úloha sestry v péči o děti s recidivující a chronickou rýmou



Zdroj : JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1 vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

Příloha 4 Metody edukace

Teoretická	Teoreticko - praktické	Praktické
Klasická přednáška Přednáška ex cathedra Přednáška s diskuzí Cvičení Seminář	Diskuzní metody Problémové metody Programová výuka Diagnostické a klasifikační metody Projektové metody	Instruktaž Coaching Asistování Rotace práce Stáž Exkurze Létající tým

Zdroj : JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1 vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

Příloha 5 Dotazník pro sestry

Dobrý den,

jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech, modul pediatrie v Českých Budějovicích na Jihočeské univerzitě. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní. Všechny údaje budou považovány za důvěrné a budou použity pouze ke zpracování mé diplomové práce na téma Úloha sestry v prevenci a léčbě recidivující a chronické rýmy s možnými komplikacemi u dětí. Odpovědi prosím zakřížkujte. Předem děkuji za spolupráci. Jana Osadčí

1. Váš věk :

- 20 let a méně
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 61 let a více

2. Vaše nejvyšší vzdělání :

- středoškolské
- středoškolské + specializace
- vyšší odborné
- vysokoškolské Bc.
- vysokoškolské Mgr.
- vysokoškolské + specializace
- jiné.....(*prosím vypište*)

3. Délka praxe v ordinaci PLPDD:

- 1-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 21-30 let
- více než 30 let

4. Setkáváte se v ordinaci s dětmi trpícími recidivující a chronickou rýmou?

- ano
- ne

5. Co podle Vás ovlivňuje vznik recidivující a chronické rýmy u dětí?

.....
.....
..... (*prosím vypište*)

6. Jaký druh recidivující a chronické rýmy je nejčastější?

- katarální
- hypertrofická
- atrofická
- alergická

7. Jak často tyto děti navštěvují ordinaci?

- méně než 1x za 6 měsíců
- 1x za 6 měsíců
- 2x za 6 měsíců
- 3x i více za 6 měsíců
- dle potřeb a obtíží dítěte

8. S jakou věkovou skupinou dětí s recidivující a chronickou rýmou se nejčastěji setkáváte?

- kojenecký věk (1-12 měsíců)
- batolecí věk (1-3 roky)
- předškolní věk (3-6 let)
- mladší školní věk (6-12 let)
- starší školní věk (12-15 let)
- adolescence (15-20 let)

9. Myslíte si, že děti s recidivující a chronickou rýmou každý rok přibývá?

- ano
- ne
- nevím

10. Obracují se na Vás rodiče jako na sestru v ordinaci PLPDD ohledně informací týkající se recidivující a chronické rýmy?

- ano
- ne

11. Máte v ambulanci edukační materiály týkající se tohoto onemocnění?

- ano,.....(*prosím vypište jaké*)
- ne

12. Jakým způsobem získáváte informace o recidivující a chronické rýmě?

- literatura
- semináře
- internet
- studium ve škole
- nezískávám
- jinak.....

13. Edukujete o vhodné životosprávě dítěte?

- ano
- ne

14. Jaké potraviny doporučujete?

.....
.....
.....
.....(prosím vypište)

15. Edukujete o vhodnosti otužování dítěte?

- ano
- ne

16. Edukujete o škodlivosti kouření v domácím prostředí?

- ano
- ne

17. Edukujete o úpravě domácího prostředí?

- ano
- ne

18. Na jaké úpravy domácího prostředí upozorňujete?

.....
.....
.....(prosím vypište)

19. Učíte děti základy hygieny horních cest dýchacích? (můžete zakroužkovat i více možností)

- ano, nácvik správného smrkání
- ano, nácvik správného dýchání
- děti mají tyto návyky většinou z domácího prostředí
- neučím

20. Jakým způsobem edukujete? (můžete zakroužkovat i více možností)

- informační letáčky a brožury
- informace o vhodné literatuře
- vše rodičům důkladně vysvětlím
- většinou informuje lékař
- jinak.....(prosím vypište)

21. Komu je edukace určena?

- dítěti
- rodičům
- rodičům i dítěti

22. Jaké rady ohledně léčby recidivující a chronické rýmy poskytujete rodičům?
(*můžete zakroužkovat i více možností*)

- o kapání do nosu
- o odsávání
- o inhalaci
- o výplachách dutiny nosní
- jiné.....(*prosím vypište*)

23. Seznamujete dítě, jeho rodinu s komplikacemi recidivující a chronické rýmy?

- ano
- ne

24. S jakými komplikacemi recidivující a chronické rýmy se setkáváte nejčastěji?

- otitidy
- sinusitidy
- zánět průdušek
- zánět spojivek
- jiné.....(*prosím vypište*)

Děkuji za spolupráci a vyplnění dotazníku. Jana Osadčí
Kontakt v případě potřeby – jana.osadci@seznam.cz

Příloha 6 Dotazník pro rodiče

Vážená maminko, vážený tatínku,

jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, modul pediatrie v Českých Budějovicích na Jihočeské univerzitě. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní. Všechny údaje budou považovány za důvěrné a budou použity pouze ke zpracování mé diplomové práce na téma Úloha sestry v prevenci a léčbě recidivující a chronické rýmy s možnými komplikacemi u dětí. Odpovědi prosím zakřížkujte. Předem děkuji za spolupráci. Jana Osadčí

1. Jste

- Žena
- Muž

2. Váš věk:

- do 20 let
- 21 – 35 let
- 36 – 50 let
- 51 – 65 let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- základní
- s výučním listem
- s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské
- jiné

4. Jak dlouho bylo Vaše dítě kojeno?

- 0-5 měsíců
- 6 měsíců
- déle než 6 měsíců
- nebylo kojeno vůbec

5. Kouříte v domácím prostředí ?

- ano
- ne

6. Otuzujete Vaše dítě?

- ano
- ne

7. Od jakého věku se Vaše dítě léčí s recidivující a chronickou rýmou?
- od narození
 - kojenecký věk (1-12 měsíců)
 - batolecí věk (1-3 roky)
 - předškolní věk (3-6 let)
 - mladší školní věk (6-12 let)
 - starší školní věk (12-15 let)
 - adolescence (15-20 let)
8. Jak často má vaše dítě rýmu?
- méně než 1x za měsíc
 - 1x až 2x do měsíce
 - častěji jak 2x do měsíce
9. Jak dlouhá jsou období, kdy Vaše dítě nemá rýmu?
- méně než 1 měsíc
 - 1 měsíc
 - 2 měsíce
 - 3 měsíce
 - 4 měsíce
 - déle než 4 měsíce
10. Jak často s Vaším dítětem navštěvujete lékaře?
- méně jak 1x za 6 měsíců
 - 1x za 6 měsíců
 - 2x za 6 měsíců
 - 3x i více za 6 měsíců
 - dle potřeb a obtíží dítěte
11. Jakou barvu má sekret při smrkání? (*můžete zakroužkovat i více možností*)
- bílý
 - žlutý
 - hlenovitý
 - vodnatý
 - hustý
12. Jakou formou Vám sestra v ordinaci podala informace o onemocnění Vašeho dítěte?
- dala mi informační brožurky a letáčky
 - v ordinaci mi v klidu vše důkladně vysvětlila
 - i přes mé dotazy mi žádné informace nepodala
 - informoval mě lékař
 - jinak.....(*prosím vypište*)

13. Informovala Vás sestra o vhodné životosprávě?

- ano
- ne

14. Jaké potraviny Vám doporučila?

.....
.....
.....(prosím vypište)

15. Informovala Vás sestra o otužování dítěte?

- ano
- ne

16. Informovala Vás sestra o škodlivosti kouření v domácím prostředí?

- ano
- ne

17. Informovala Vás sestra o úpravě domácího prostředí?

- ano
- ne

18. Na jaké úpravy Vás upozornila?

.....
.....(prosím vypište)

19. Poučila Vás sestra o hygieně horních cest dýchacích?

- ano, o správném smrkání
- ano, o správném dýchání
- nepoučila

20. Jaké rady ohledně léčby recidivujících a chronické rýmy Vám sestra poskytla?

- o kapání do nosu
- o odsávání
- o inhalaci
- o výplachách dutiny ústní
- jiné.....(prosím vypište)

21. Jaká forma edukace, ze strany sestry, byla pro Vás nejvíce přínosná?

- osobní pohovor v ordinaci
- informační brožury a letáčky
- informace o vhodné literatuře
- jiná (prosím vypište)

22. Ovlivnila edukace sestrou Váš náhled na onemocnění Vašeho dítěte?

- ano, ve většině
- ano, ale pouze v malé míře
- nevím
- ne

23. Poučila Vás sestra o možnosti vzniku komplikací?

- ano, seznámila mě s většinou komplikací
- ano, ale jen s některými
- ne, poučil mě lékař
- ne, nepoučil mě nikdo

24. S jakými komplikacemi recidivující a chronické rýmy se u Vašeho dítěte setkáváte nejčastěji?

- zánět středního ucha
- zánět vedlejších dutin nosních
- zánět průdušek
- zánět spojivek
- jiné.....(*prosím vypište*)

Děkuji za spolupráci a vyplnění dotazníku. Jana Osadčí

Kontakt v případě potřeby – jana.osadci@seznam.cz