

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉ S AKUTNÍ
GASTROENTERITIDOU
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Bc. Veronika Švábová

Alena Nevolová

2010

Abstract

This Bachelor thesis called “Nursing Care about Ill People with Urgent Gastroenteritis” is divided into two parts - theoretical and practical. The theoretical part is focused on the study of the topical issue, and in the practical is based on my research.

The objective of my thesis was to find out more information about the nursing care of ill people with urgent gastroenteritis and develop educational materials for these ill people. During the research I used the methodology of quantitative survey and I have decided to use the methodology of questioning – I used the technique of a questionnaire with closed questions. The researched sample was patients suffering from urgent gastroenteritis and who visited GPs’ surgeries. This survey was performed in selected surgeries of GPs for adults in South Bohemian region.

Altogether, 100 questionnaires were handed out and 93 questionnaires were returned. From this number, 4 questionnaires had to be removed. Altogether, 89 questionnaires have been used for this survey.

In the Bachelor thesis I have set 4 hypotheses. Hypothesis 1) *Patients with urgent gastroenteritis know their diet connected to their disease* and hypothesis 2) *Patients with urgent gastroenteritis are acquainted with the risks of urgent gastroenteritis*, have been confirmed. Other hypotheses have not been confirmed.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „, Ošetrovatelská péče o nemocné s akutní gastroenteritidou“ vypracovala samostatně, pouze s použitím zdrojů uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 3.5. 2010

.....

podpis studenta

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat paní Bc. Veronice Švábové za cenné rady a připomínky během psaní mé bakalářské práce.

Dále bych ráda poděkovala lékařům, sestřám a pacientům, kteří mi umožnili realizaci výzkumného šetření.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	5
1.1 Historie gastroenterologie.....	5
1.2 Anatomie žaludku.....	6
1.2.1 Funkce žaludku.....	7
1.3 Anatomie tenkého střeva.....	7
1.3.1 Funkce tenkého střeva.....	8
1.4 Akutní gastroenteritida.....	9
1.4.1 Etiologie akutní gastroenteritidy.....	9
1.4.2 Ošetrovatelská péče o nemocné s akutní gastroenteritidou v ordinaci praktického lékaře.....	11
1.4.3 Klinický obraz akutní gastroenteritidy.....	12
1.4.4 Anamnéza a role sestry.....	13
1.4.5 Diagnostika a role sestry.....	14
1.4.6 Sestra a fyzikální vyšetření.....	15
1.5 Laboratorní pomocná vyšetření.....	16
1.5.1 Vyšetření stolice.....	16
1.5.2 Vyšetření krve.....	17
1.6 Role sestry při endoskopickém vyšetření.....	17
1.7 Komplikace akutní gastroenteritidy.....	19
1.8 Nefarmakologická léčba akutní gastroenteritidy.....	20
1.8.1 Farmakologická léčba akutní gastroenteritidy.....	21
1.8.2 Rehydratace v domácí péči.....	21
1.8.3 Rehydratace ve zdravotnickém zařízení.....	22
1.9 Prevence akutní gastroenteritidy.....	23
2. Cíle práce a hypotézy.....	25
2.1 Cíle práce.....	25
2.2 Hypotézy práce.....	25

3. Praktická část.....	26
3.1 Metodika práce.....	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	26
4. Výsledky šetření a jejich analýza.....	27
5. Diskuse.....	40
6. Závěr.....	44
7. Seznam literatury (zdrojů).....	47
8. Klíčová slova.....	50
9. Přílohy.....	51

Úvod

Když se řekne akutní gastroenteritida, většina zdravotníků si pod tímto názvem představí „jednoduché“ banální onemocnění. Naproti tomu „laici“ si pod tímto názvem mnohdy nepředstaví vůbec nic, přestože toto onemocnění s největší pravděpodobností jistě každý z nás prodělal. Stačí pozměnit název onemocnění na „střevní chřipka“ a každý si o tomto onemocnění dokáže udělat svou představu.

Akutní gastroenteritida je nepříjemné onemocnění žaludku a tenkého střeva. Jak již název napovídá, jedná se o zánět těchto orgánů, který však není vždy prokazatelný. Ve většině případů jde o reflexní poruchu motility žaludku a střeva, která se projevuje zvracením, průjmy a křečovitými bolestmi břicha.

Jak již bylo řečeno, je toto onemocnění dnes velmi podceňované jak zdravotníky, tak i laiky. V dřívějších dobách však na komplikace tohoto onemocnění lidé běžně umírali. Měli bychom si uvědomit, že i s vývojem vědy, techniky a rozvojem zdravotnictví zde pořád toto riziko přetrvává.

Akutní gastroenteritida postihuje všechny věkové skupiny, nejvíce však ohrožuje malé děti a starší pacienty svými komplikacemi. Nejzávažnější komplikací je dehydratace, která může zhoršit i onemocnění, jež probíhají současně s akutní gastroenteritidou. Například v USA je pro onemocnění akutní gastroenteritidou ročně hospitalizováno 200 000 dětí ročně, z toho zde umírá 300 dětí každý rok!

V Evropě je nejčastější příčinou onemocnění virová či bakteriální infekce nebo dietní chyba. Onemocnění trvá někdy pouhé hodiny nebo několik dní. Ve většině případů má lehký průběh a nemocný je lékařem odeslán do domácího ošetřování, kde pacient dodržuje léčebný režim, který spočívá zejména v dietě a dostatečném příjmu tekutin. Je-li průběh onemocnění těžšího charakteru a nemocný je ohrožen dehydratací, je nutná hospitalizace, kde následuje intravenózní rehydratace.

Uvažovala jsem, jak a kdo se o tyto pacienty stará. Mnohdy jsou to staří lidé, kteří bydlí osamoceni. Navštíví je sestra, aby zkontrolovala jejich zdravotní stav? Kdo těmto nemocným obstará stravu a běžný chod domácnosti? Tyto otázky mě přiměly k výběru tohoto tématu.

Cílem této práce je zmapování ošetrovatelské péče u nemocných s akutní gastroenteritidou v ambulantní péči a vypracování edukačních materiálů pro tyto nemocné.

1. Současný stav

1.1 Historie gastroenterologie

Gastroenterologie je lékařský obor, který se zabývá výzkumem, diagnózou a léčbou chorob trávicího systému a jeho jednotlivých orgánů. První zmínky o gastroenterologii můžeme nalézt již z roku 3000 př. n. l. , pocházející z Číny. Opíraly se o teorii Jang a Jin, tj. protikladné síly života a smrti, slabosti a síly, či mužského a ženského pohlaví. Síly Jin přebývaly v dutých orgánech, jako jsou např. střeva.

Gastroenterologií se také zabýval snad nejznámější řecký lékař Hippokrates. Učil své žáky, že podstatou klinického vyšetření je pozorování nemocného, který má být brán jako celek, který je obklopen určitým prostředím, které ho neustále ovlivňuje. Do gastroenterologie se také zapsal výrokem „Stolici neposuzuj podle množství, ale podle kvality“ (13 s.23) Toto Hippokratovo učení je i základem moderního lékařství a především ošetřovatelství, kdy pacienta považujeme za bio-psycho-sociálně-spirituální bytost. Toto holistické pojetí osobnosti je nedílnou součástí komplexní ošetřovatelské péče. (6,13)

Dalšími významnými osobnostmi gastroenterologie se stali římský lékař Celsus, který popsal čtyři známky zánětu (calor, rubor, dolor, tumor) a Galén, lékař římského dvora, jehož učení vládlo dlouhých 15 století. Po těchto slavných počátečních krůčcích vývoje medicíny však na dlouhou dobu zavládlo jakési ticho. Středověk rozvoji gastroenterologie a všeobecně lékařství jako takovému nepřál. Tělo bylo považováno za hříšné, nemoci za trest a jednotlivé funkce těla měli na svědomí svatí a pitvy byly naprosté tabu. (13)

Dalším významným krokem bylo pro medicínu vydání prvního anatomického atlasu „De Humani Corporis Fabrica“. Autorem byl Andreas Vesalius, učitel padovské lékařské fakulty. Anatomie tedy byla tehdejšími vědci otevřená a ti začali stále více bádát také v oblasti fyziologie. K těmto vědcům patřil i francouzský vědec René Reáumour. Zkoumal zejména proces trávení. V oblíbě měl pokusná zvířata, která nutil pozřít a vyvrhovat trubičky naplněné potravou, čímž prokázal existenci žaludečních šťáv a jejich účinky. (13)

Nejvýznamnější roli v poskytování zdravotní péče však sehrál vznik prvních nemocnic (špitálů). Z historických dokumentů víme, že v českých zemích byl v 10. století zřízen špitál v Týně na Starém Městě v Praze, který byl prvním krůčkem k profesionálnímu ošetřovatelství v českých zemích. Vznik těchto špitálů je leč zajímavou, ale velmi rozsáhlou a samostatnou kapitolou. (6)

Až do 19. století spadala léčba nemocí trávicího traktu do všeobecné medicíny. Rozvoj samostatné gastroenterologie se počítá od roku 1868, kdy byla provedena první gastroskopie Adolfem Kussmaulem. Od této doby se vědci začali věnovat rozvoji vyšetřovacích endoskopických metod. Od 70. let prošla endoskopie obrovským vývojem. Endoskopie se stávala stále kvalitnější a dostupnější. Centra pro provádění endoskopií se tehdy budovala i na úrovni krajských a okresních nemocnic. Dnes si bez endoskopických metod gastroenterologii snad ani nedovedeme představit. (13)

1.2 Anatomie žaludku

Žaludek (gaster, ventrikulus) je součástí trávicího traktu. (viz příloha 1) Můžeme jej popsat jako vakovitou část trávicí trubice, která spojuje jícen s počátkem tenkého střeva. Slouží jako zásobník rozmělněné potravy (jeho obsah může být až 1,5 l). Ta je v žaludku mechanicky rozmělněna, promíchána s žaludeční šťávou a po malých dávkách transportována do tenkého střeva. Žaludek může mít velmi variabilní tvar. Toto závisí na mnoha faktorech, jako je např. množství náplně, poloha těla nebo konzistence přijímané potravy. Nejčastější je však tvar písmene J. (14)

Žaludek je uložen v levé brániční klenbě. Rozlišujeme přední a zadní stěnu žaludku. Přední stěna žaludku se dotýká stěny břišní, bránice a jater. Zadní stěna žaludku je v těsné blízkosti se slinivkou břišní, slezinou, levou ledvinou a nadledvinou. Místa, kde přední stěna přechází v zadní stěnu žaludku, se nazývají žaludeční ohbí. Malé ohbí (curvatura minor) je směřováno doprava a nahoru. Zde k játrům odstupuje malá předstěra (omentum minus). Velké ohbí (curvatura major) směřuje dolů a doleva. Z něj odstupuje velká předstěra (omentum majus). Obě omenta tvoří pobřišnice (peritoneum). Místo, kde do žaludku proniká jícen, se nazývá česlo neboli kardia. Na kardii se napojuje tělo žaludku (corpus), které se vyklenuje doleva nahoru v klenbu

(fornix). Směrem dolů se kardie zužuje a končí vrátníkem (pylorem). Uzávěr pyloru tvoří kruhový svěrač (musculus sphincter pylori). (14, 5)

1.2.1 Funkce žaludku

Jak již bylo popsáno výše, žaludek slouží jako shromaždiště potravy, která je po malých dávkách transportována dále do trávicího traktu. Pohyby žaludku zajistí dokonalé promíchání a rozmělnění složek potravy. Podle konzistence, množství a složení potravy trvá vyprázdnění žaludku až několik hodin. Rychlost vyprázdnění žaludku se řídí potřebami jednotlivých tkání organismu, které potřebují trvalý přísun živin a stavebních látek v krvi. Vyprázdnění žaludku je též závislé na účinku některých hormonů.

Žaludeční šťáva obsahuje pepsin a kyselinu chlorovodíkovou. Právě tyto látky jsou zodpovědné za trávení bílkovin. Bílkoviny se denaturují. Příkladem může být např. denaturalizace mléka, při které dojde k jeho sražení. Kyselina chlorovodíková udržuje kyselé pH žaludku, což je důležité pro působení žaludečních enzymů. Kyselina chlorovodíková hraje také zásadní roli při ničení bakterií přijatých společně s potravou. Za řízení sekrece enzymů a pohybů žaludku i ostatních částí trávicího traktu jsou zodpovědně chemoreceptory, které se nacházejí ve stěně žaludku. Díky těmto informacím z chemoreceptorů je také řízen samotný příjem potravy. Poté jsme schopni zaznamenat stahy žaludku při hladovění nebo naopak cítit pocit sytosti. (14)

1.3 Anatomie tenkého střeva

Tenké střevo (intestinum tenue) je nejdelší úsek trávicího traktu. (viz příloha 1) Spojuje pylorus žaludku a tlusté střevo. Tento úsek trávicí trubice je zodpovědný za největší část trávicích procesů. Vstřebávají se zde také některé složky rozštěpené potravy. Tenké střevo se napojuje na pylorus a končí v pravé jámě kyčelní. Délka tenkého střeva je 3 - 5 metrů, po smrti, kdy dojde k uvolnění svalového tonu, může měřit až 7 metrů. Na tenkém střevě rozlišujeme tři části: duodenum, jejunum a ileum. (viz příloha 2) (5)

Duodenum (dvanáctník) je první částí tenkého střeva. Svůj název dostalo podle své délky, která je 12 palců (25-30 cm). Je přirostlý k zadní stěně břišní, proto je nepohyblivý a má stálý tvar podkovy. Dvanáctník můžeme rozdělit na několik částí. Pars superior- dlouhá 5cm, pars descendens- dlouhá 8cm, pars horizontalis- dlouhá 10cm a pars ascendens- dlouhá 3 cm. Pars superior začíná bulbem duodeni- rozšířením. Tato část duodena má chudší cévní zásobení a je častým místem výskytu vředů. Pars descendens sestupuje dolů a vpravo od páteře. Můžeme zde nalézt společné vyústění vývodu slinivky břišní a žlučových cest, které nazýváme papilla duodeni major (Vateri). Pars horizontalis směřuje zprava doleva pod hlavou slinivky břišní. Pars ascendens stoupá kraniálně a následně se obrací kaudálně a dopředu. Ohyb duodena nazýváme flexura duodenojejunalis. Duodenum má tvar písmene C, kde je uložena hlava pankreatu. Toto místo nazýváme duodenálním okénkem. (5,14)

Dalšími částmi tenkého střeva jsou lačník a kyčelník (jejunum a ileum), které tvoří volně pohyblivé kličky. Jejunum je delší a širší část než ileum. Jeho kličky nalezneme vlevo nahoře, zatímco kličky ilea vpravo dole (v pravé jámě kyčelní). Zde ústí do slepého střeva, což je první část střeva tlustého. Kličky ilea jsou upoutány k zadní stěně břišní závěsem (mesenteriem). (5)

1.3.1 Funkce tenkého střeva

V duodenu pokračuje trávení potravy, která sem byla transportována ze žaludku. Zde ústí vývody pankreatu a žlučového, kterými jsou dodávány nezbytné trávicí enzymy (enzymy pankreatu a soli žlučových kyselin). Enzymy produkují i žlázy sliznice tenkého střeva. Důležitou roli zde má hydrouhličitan sodný, který mění pH z kyselého na alkalické, které je nezbytné pro funkci trávicích enzymů tenkého střeva. Ty zde tráví bílkoviny, které jsou rozloženy až na jednotlivé aminokyseliny, tuky rozkládají žlučové kyseliny, a jsou tak rozloženy do drobných kapének. Enzym lipáza poté štěpí tyto kapénky na jednotlivé složky (glycerol, mastné kyseliny). Vznikají zde i jednoduché cukry a to při trávení sacharidů. Vzniká tak fruktóza, glukóza a galaktóza. Ty poté vstřebává střevní sliznice. V tenkém střevě se také vstřebává větší část vody a ostatní nepostradatelné látky. Tenké střevo má samozřejmě i svůj obranný systém,

který brání průniku bakterií. Bakterie jsou však většinou zničeny již při trávení v žaludku, kde působí kyselina chlorovodíková. Potrava prochází tenkým střevem velmi rychle a obvykle trvá jen několik hodin. (14)

1.4 Akutní gastroenteritida

Akutní gastroenteritida je onemocnění žaludku a tenkého střeva. Název akutní gastroenteritida je v praxi hojně užívaný pro nejrůznější akutní onemocnění projevující se střevní a žaludeční symptomatologií. Nejedná se zde ale o gastroenteritidy jako takové.(10)

Akutní gastroenteritida vzniká většinou náhle z plného zdraví. Může postihnout všechny věkové skupiny a vzhledem ke klinickému obrazu popsaném níže, jsou nejvíce ohroženy malé děti a senioři. V rozvojových zemích je dokonce akutní gastroenteritida příčinou smrti u 440 000 dětí ročně. Ve většině případů se jedná o gastroenteritidy virové. (2)

Pojmenování tohoto onemocnění akutní gastroenteritidou je však velmi nepřesné. Zánětlivá povaha tohoto onemocnění je velmi nepravděpodobná a často neprokazatelná. U většiny případů onemocnění se jedná o reflexní poruchu motility žaludku a střeva. Onemocnění trvá většinou jen krátce. Pokud se neprokáže zánětlivá povaha onemocnění, volí se raději neurčitý název, např. akutní dyspepsie. (3, 4)

1.4.1 Etiologie akutní gastroenteritidy

Příčiny tohoto onemocnění rozdělujeme na exogenní, kdy se noxa do organismu dostane perorální cestou a endogenní, kdy škodlivina pronikne do organismu krevní cestou.

K exogenním příčinám patří nejčastěji infekce. Jde o infekce bakteriální, virové, plísňové nebo parazitární. Onemocnění vznikne nejčastěji požitím kontaminované potravy. Mezi nejzávažnější gastroenteritidy řadíme gastroenteritidy virové, které způsobují rotaviry. Vyskytují se nejvíce v letních měsících. (3)

K dalším častým příčinám onemocnění patří léky. Již terapeutická dávka léků může způsobit akutní gastroenteritidu, nejčastěji však vzniká při předávkování. Jedná se především o léky ze skupin antibiotik, cytostatik, kardiotonik, nesteroidních antirevmatik, projímadel, chininu a přípravků zlata. (3)

V onkologii se často setkáváme s termínem radiační či poradiační gastroenteritida. Jednou z dalších příčin onemocnění je záření. Nejčastěji bývají postiženy ženy po léčbě gynekologických nádorů. S radiační terapií úzce souvisí stres a psychické trauma. Stres je i sám o sobě častou příčinou onemocnění. Způsobuje zvýšenou motilitu trávicího traktu, a tím tedy akutní gastroenteritidu. (3)

Nejčastější příčinou onemocnění je především kvantita potravy (přejedení) či kvalita (příprava pokrmů, zvláště kojenecké stravy). Tyto faktory hrají velmi důležitou roli při vzniku akutních gastroenteritid u dětí. Proto jsem se rozhodla přiložit jako přílohu doporučení WHO pro výživu malých dětí. (viz příloha 3) Důležitou roli zde hraje dráždivost a stravitelnost potravy. Těžkou stravitelností se rozumí námaha pro organismus, který potravu tráví tak, aby byl schopen její jednotlivé složky vstřebat a dále využívat. Typickým příkladem těžké, dráždivé stravy jsou pokrmy čínských restaurací. Běžný Evropan má s trávením takto upravené potravy potíže. Gastrointestinální problémy vzniklé v souvislosti s požitím takto upraveného pokrmu se označují jako syndrom čínské restaurace. (3, 10, 18)

U některých jedinců se můžeme setkat s alergií či nesnášenlivostí některých potravin. Nejčastější alergií je alergie na mléko a sojové výrobky. Gastrointestinální potíže se dostaví během několika minut až dvou hodin po požití alergenu.

V dnešní době je také častou příčinou onemocnění postižení chemickými látkami. Sliznice žaludku a střeva je postižena nadměrnou konzumací alkoholu, nebo při konzumaci alkoholu o vysoké koncentraci. Stejně snadno však může být akutní gastroenteritida vyvolána požitím kyseliny či zásaditých látek. (3)

Endogenní příčiny akutní gastroenteritidy jsou v podstatě přidružená onemocnění, která napomáhají vzniku akutní gastroenteritidy. Příkladem takového onemocnění může být např. diabetes mellitus. Akutní gastroenteritida může být prvním příznakem infekčních onemocnění dětského věku, jako jsou např. angína nebo záškrť.

Gastrointestinální příznaky jsou však v dětském věku přítomny u mnoha onemocnění, proto je diagnostika daného onemocnění velmi náročná. (3)

1.4.2 Ošetrovatelská péče o nemocné s akutní gastroenteritidou v ordinaci praktického lékaře

Mnoho lidí, ale i sestra si myslí, že sestra na obvodě je jen jakousi zakrnělou úřednicí. Samozřejmě to jsou jen domněnky, a skutečnost je v realitě jiná. Sestra se setkává s pacienty nejrůznějších diagnóz, kteří právě sem přicházejí pro svoji první pomoc. Povinností sestry je proto znát nejenom etiologie těchto nemocí, ale i jejich klinický obraz, léčbu a případné komplikace. Toto samozřejmě zahrnuje i provedení potřebných vyšetření, odběrů biologického materiálu, odeslání těchto vzorků do potřebné laboratoře a zhodnocení výsledků. Pacienti však nepřicházejí jen s akutními onemocněními, ale také na nejrůznější převazy, jednorázové injekce, očkování či preventivní prohlídky. Mezi další činnosti patří i vedení ošetrovatelské dokumentace a samotné zajištění chodu ordinace.

Všední den sestry probíhá asi takto. Ordinační hodiny začínají nejčastěji kolem sedmé hodiny ráno. To již má sestra nachystány pomůcky pro ranní odběry biologického materiálu, nesmějí také chybět potřebné žádanky. Hned po dokončení ranních odběrů musí vzorky pečlivě připravit na transport a již zve pacienty, kteří přicházejí na vyšetření k lékaři. Připravuje dokumentaci, s každým pacientem pohovoří o jeho starostech i radostech a již asistuje lékaři při vyšetření či edukuje pacienta o potřebě dodržování léčebného režimu. Práce se zdá velmi chaotická, ale je to právě sestra, na jejímž umění závisí chod ordinace tak, aby byly spokojeny veškeré zúčastněné strany. Kromě těchto základních činností zajišťuje také samotný chod ordinace a její zázemí. Objednává léky, potřebný materiál, objednává pacienty na potřebná vyšetření atd.

Tato práce samozřejmě nese i jisté požadavky, které by sestra měla splňovat. Patří k nim schopnosti vědomostní. Sestra v ambulanci by však měla naprosto excelovat v komunikačních schopnostech. Pacienti jsou v čekárně mnohdy i desítky minut, velmi často je jim nevolno, jsou unavení. V takových situacích stačí jen málo a sestra musí

umět zasáhnout přímo mezi pacienty. Když například upřednostní pacienta s akutním problémem, zpravidla se u ostatních pacientů setká s nepochopením, nevolí, někdy až agresí. Uměním je poté pacienta uklidnit, povzbudit ho a jen vlídným úsměvem mu dát najevo, že je tu právě pro něj a má o něj zájem. Nepříjemné situace, které sestra řeší, často píše sám život, a proto musí sestra vždy zvolit individuální řešení. (19, 20)

Pro bezproblémový chod ordinace, je také velmi důležité, aby zde fungoval vztah mezi lékařem a sestrou. Profesionální odbornost sestry vytváří pro práci lékaře optimální podmínky. Současně samostatnost sestry napomáhá k její seberealizaci, tedy k uspokojování jejích vyšších potřeb. Sestra v ambulanci je tedy nepostradatelným pracovníkem primární péče. (19, 20, 21)

K práci sestry v ordinaci praktického lékaře patří také návštěvní ošetrovatelská služba. Sestra tedy přichází za pacientem do jeho domácího prostředí, kde provádí aplikaci injekcí, odběry biologického materiálu, převazy, očkování či edukaci pacienta. Tato služba však nesmí ovlivnit chod ordinace, proto ji často sestra vykonává až po skončení ordinčních hodin. S návštěvní službou se nejčastěji setkáváme u dětských praktických lékařů, kteří v této službě provádí například i kontroly novorozenců. Sestry v ordinacích praktických lékařů často spolupracují se sestrami agentur domácí péče, proto se pacienti s touto návštěvní službou nesetkávají tak často, jako v minulých dobách. (19, 20)

1.4.3 Klinický obraz akutní gastroenteritidy

Akutní gastroenteritida vzniká z plného zdraví a náhle. Inkubační doba je závislá na infekčním agens, které je příčinou onemocnění. Projevuje se nespecifickými příznaky. Patří sem příznaky žaludeční, střevní a celkové. Mezi žaludeční příznaky řadíme bolest a tlak v epigastriu, nevolnost a zvracení (vomitus, tmesis), Příznaky celkové se projevují nechutenstvím, až odpor k jídlu, únavo, malátností, slabostí, kolapsovými stavy a pocitem žízně. Pro akutní gastroenteritidu jsou však charakteristické příznaky střevní: křečovitá bolest břicha, průjem, meteorismus a borborygmy. Právě průjem (diarea), (časté vylučování tekuté stolice), provázený zvracením (vomitum) nejvíce ohrožuje pacienty dehydratací. Nejvíce jsou ohroženi děti a starší lidé. Jedná-li se

o infekční gastroenteritidu, může stolice obsahovat příměsi krve. Onemocnění je také často provázeno teplotami. Objektivní nález bývá v podstatě nezměněn. Břicho může být palpačně lokalizovaně bolestivé. Důležité je vyloučení známek peritoneálního dráždění. Laboratorní nález bývá taktéž bez významnějších změn. Obtíže většinou trvají jen krátce a vymizí během několika hodin až dnů s postupným zmírňováním příznaků. Trvají-li obtíže déle, dochází k celkové zchvácenosti a sklony k dehydrataci. (3, 4, 10, 11, 15)

1.4.4 Anamnéza a role sestry

Cílem anamnézy je získat co nejvíce informací, které by mohly vést ke správné diagnóze a též ke správnému nasazení léčby. Informace získáváme přímo od nemocného, popřípadě jeho rodinného příslušníka. Říká se, že anamnéza je polovina diagnózy, takže by v žádném případě neměla být opomíjena.(9)

Prvním místem, kam pacient většinou přichází, když má nějaké potíže, je ambulance praktického lékaře. Zde se pacient poprvé setkává se zdravotnickým personálem. Je to právě sestra, která poprvé komunikuje s pacientem. Na jejím umění komunikovat s lidmi záleží, jaký postoj a důvěru vzbudí u nemocného, který přichází pro pomoc. Úkolem sestry je připravit potřebnou dokumentaci nemocného a po zbytek času, který stráví s nemocným v sesterské ordinaci, získává nejdůležitější informace od nemocného. Ptá se, jak dlouho příznaky onemocnění trvají, kdy začaly, v jaké souvislosti a podobně. Zjištěné informace poté sdělí lékaři, který dále pacienta vyšetřuje. Tento čas také využije pro změření fyziologických funkcí. Pro odebrání anamnézy je potřeba lékaři zajistit dostatek času a klidu na pacienta. Sestra zajišťuje chod ordinace tak, aby byla spokojenost na všech stranách, a vždy jedná ve prospěch nemocných. Nemocný nesmí v žádném případě získat dojem, že lékař spěchá, nebo je nesoustředěn na jeho osobu. Otázky musí být položeny srozumitelně, přiměřené k věku nemocného, nezapomene přihlížet též ke stavu nemocného.(9, 19 ,20)

Vzhledem k etiologii onemocnění je nejpodstatnější epidemiologická anamnéza. Získáváme údaje o kvalitě a kvantitě jídla, požití alkoholu či příjmu kontaminované nebo těžko stravitelné potravy. U farmakologické anamnézy zjišťujeme možnost

intoxikace léky a též se ptáme na pravidelně užívané medikamenty. V osobní anamnéze zjišťujeme možná onemocnění, která mohou být příčinou vzniku akutní gastroenteritidy. Je to např. diabetes mellitus, urémie nebo možnost ozáření. Důležité je samozřejmě věnovat velkou pozornost nynějšímu onemocnění. Lékař je srozuměn s informacemi, které získal z rozhovoru se sestrou a následně se ptá na další informace. (3, 9)

1.4.5 Diagnostika a role sestry

V diagnostice má nezastupitelnou roli lékař, ale neodmyslitelně sem patří také sestra. S rozvojem medicíny se rozvíjí i ošetrovatelství, ve kterém je sestra základním kamenem. Mění se i její role, její kompetence a stává se rovnocenným partnerem lékaře. V diagnostice onemocnění nastupuje sestra v roli asistenta. Připravuje pacienta na vyšetření, asistuje při něm, získává od pacienta nejrůznější informace.(23)

Diagnostika je závislá na anamnéze, fyzikálním a laboratorním nálezu, kultivačním vyšetření stolice a popřípadě dalších pomocných vyšetřeních. Klinický obraz akutní gastroenteritidy může být téměř totožný s příznaky mnoha dalších onemocnění. Diagnostika je proto velmi důležitá a mnohdy se rozpoznají onemocnění zastřená totožnými příznaky. Tato onemocnění můžeme rozdělit do dvou skupin.(3)

„1) onemocnění, která je nutno rychle diagnostikovat, protože vyžadují urgentní léčení.
2) onemocnění odlišné etiologie, ale v postupu léčby s akutní dyspepsií shodné.“(3 s.4)

Do první skupiny řadíme náhlé příhody břišní (např. akutní apendicitida, peritonitida, ileus), akutní záněty infekčního původu a akutní otravy houbami a jedy. Druhou skupinu tvoří nemoci, jejichž diagnóza je vážná, ale méně urgentní. Patří sem např. žlučnicková a ledvinová kolika, těhotenské nevolnosti nebo migréna. U dětí se akutním dyspeptickým stavem mohou projevat infekční onemocnění. (3)

Diagnostika onemocnění začíná již v prvním okamžiku příchodu pacienta do ordinace, kde se nejprve setkává se sestrou. Ta již provádí vyšetření pacienta pohledem, kde si všímá pacientovy polohy, stylu chůze, barvy kůže, zkrátka všeho, co by napovídalo známkám nějakého onemocnění. Zároveň již sestra komunikuje s pacientem, zjišťuje jeho nynější projevy onemocnění, problémy související

s onemocněním a další potřebné údaje, které poté předá lékaři. Organizace a preciznost práce sestry je přímo úměrná jejím intelektovým schopnostem, umění komunikovat a v neposlední řadě také délce její praxe.(19, 20)

1.4.6 Sestra a fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření je i v dnešní době rozvoje laboratorních a přístrojových vyšetřovacích metod nedílnou a nenahraditelnou součástí vyšetřování nemocného. Fyzikální vyšetření spolu s anamnézou je odjakživa základem správné diagnózy. Fyzikální vyšetření provádíme pomocí svých smyslů a základních vyšetřovacích pomůcek, jako např. fonendoskop, tonometr či ústní lopatky. I přes to je nezbytné, aby alespoň základy fyzikálního vyšetření ovládala také sestra. Právě ona je prvním zdravotníkem, se kterým nemocný přichází do styku, a proto také může jako první rozpoznat některé patologické jevy. Pro lékaře je také nezbytné, aby nemocného na vyšetření řádně připravila, zajistila potřebné pomůcky a po celou dobu vyšetření lékaři asistovala, pomáhala nemocnému zaujmout potřebnou polohu, svléknout či obléknout šatstvo.(9, 25)

Do fyzikálního vyšetření zahrnujeme vyšetření pohledem (aspekce), pohmatem (palpace), poklepem (perkuse), poslechem (auskultace), čichem a per rektum (toto vyšetření je pouze v kompetenci lékaře). Při tomto celkovém vyšetření posuzujeme celkový stav nemocného, vědomí, stav výživy, jeho polohu, psychický stav, stoj a chůzi, kůži a její změny, hlas a řeč. Při tomto vyšetření postupujeme vždy od hlavy k patě. Pacienta posuzujeme již při prvním kontaktu s nemocným. Při podezření na onemocnění akutní gastroenteritidou se sestra zaměří hlavně na známky možné dehydratace. Dehydrataci nasvědčuje snížený kožní turgor a vyschlé bledé sliznice. Velmi vhodné je sledovat příjem a výdej nemocného, hlavně jedná-li se o malé děti, či starší nemocné. (25)

Velkou pozornost věnujeme vyšetření břicha. Sestra pomůže pacientovi zaujmout polohu v leže na zádech s pokrčenými dolními končetinami. Všimáme si tvaru břicha, jeho souměrnosti a poměru k hrudníku. Poté břicho vyšetříme poslechem pomocí fonendoskopu. Sestra nemocného vyzve k pravidelnému, klidnému dýchání. Při akutní

gastroenteritidě slyšíme výraznou střevní peristaltiku, při zvracení si všímáme zvýšeného tonu stěny břišní. Při palpaci může být břicho citlivé až bolestivé, chybí však známky peritoneálního dráždění. (3, 9)

Vyšetření břicha by vždy mělo být zakončeno vyšetřením konečníku (per rektum). Sestra pomůže pacientovi zaujmout polohu na zádech nebo na levém boku s pokrčenými dolními končetinami. Vyšetření provádí lékař, zatímco sestra komunikuje a uklidňuje pacienta. Ještě před samotným vyšetřením věnujeme pozornost vzhledu konečníku. Poté lékař zavede prst do konečníku a krouživými pohyby prohmatá stěnu konečníku, přičemž si všímá bolestivosti a napětí svěračů. Je pravděpodobné, že po vytažení prstu z konečníku na rukavici ulpí stolice. Sestra si všímá barvy stolice, konzistence, zápachu a příměsí. Při infekčních gastroenteritidách bývá stolice s příměsí krve. (9, 11, 22)

1.5 Laboratorní a pomocná vyšetření

1.5.1 Vyšetření stolice

U infekčních gastroenteritid bývá rozhodující kultivační vyšetření stolice, které odhalí bakterie, které onemocnění způsobily. Při odběru jakéhokoli biologického materiálu musí sestra respektovat a znát správné technické provedení odběru a požadavky laboratoře. Ještě před samotným odběrem sestra vysvětlí pacientovi důvod odběru stolice a postup, jakým odběr bude probíhat. (3, 16)

Před samotným odběrem stolice sestra nejprve připraví prostředí, kde bude odběr proveden, zde si také připraví veškeré pomůcky, které bude k odběru potřebovat. Sestra se ujistí, zda pacient rozuměl předešlé edukaci. Samozřejmostí je zajištění intimity pacienta a minimalizace studu. (12)

Odběr stolice na bakteriologické vyšetření sestra provádí pomocí sterilní rektální rourky. Pacient zaujímá polohu ve stoje, v předklonu nebo v leže na boku. Před zavedením do konečníku sestra zvlhčí rourku ponořením do sterilního glycerinu. Poté rourku zavede šroubovým pohybem do konečníku a do rourky se nabere stolice. Rourka se vyjme z konečníku a uschová se do označené zkumavky, která se s průvodkou odesílá do laboratoře. (16)

Stolicí na mikrobiologické vyšetření můžeme také získat výtěrem z konečníku. Výtěr provádí sestra pomocí sterilního tamponu nebo štětičky. Pacient je v poloze ve stoje, v předklonu nebo v leže na boku. Sestra vyzve pacienta, aby si pomalu a klidně dýchal nosem. Štětičku zasune do konečníku a poté ji vloží do zkumavky s kultivačním médiem. Popsaná zkumavka se opět odešle z průvodkou do mikrobiologické laboratoře. Po každé manipulaci se stolicí si sestra pečlivě umyje a dezinfikuje ruce.(22)

1.5.2 Vyšetření krve

Při onemocnění akutní gastroenteritidou nemá laboratorní nález v krvi důležitý význam, přesto nás může upozornit na první známky rozvratu prostředí či onemocnění skryté za obrazem akutní gastroenteritidy. Sestra odebírá krev dle ordinace lékaře. Při podezření na rozvrat vnitřního prostředí odebíráme krev zejména na biochemické vyšetření krve. Pozornost sestra věnuje hlavně výsledkům natria a kalia. (3, 16)

Povinností sestry je nejen ovládnutí správné techniky odběru krve, ale musí být také seznámena s požadavky laboratoře, do které vzorky krve následně posílá. Existují však obecné zásady, které sestra zná a respektuje v zájmu pacienta. Pokud je to možné, krev by sestra měla odebírat vždy ráno nalačno, do suché, označené a k odběru určené zkumavky. Ke každé označené zkumavce sestra vypisuje žádanku na vyšetření. Užívá-li pacient léky, které by mohly výsledek vyšetření ovlivnit, je nutné toto připsat na žádanku. Sestra je také zodpovědná za transport do laboratoře. Důležité je proto vědět, jak zkumavky připravit na transport a jak odebranou krev skladovat do průběhu transportu. Po vyšetření krve laboratoř zašle výsledky, které sestra předá lékaři. Vhodné je však znát fyziologické hodnoty jednotlivých vyšetření. (16)

1.6 Role sestry při endoskopickém vyšetření

Někdy se můžeme setkat s pacienty, kteří velmi často trpí akutní gastroenteritidou. V takových případech lékaři využívají endoskopických vyšetřovacích metod, aby zjistili možnou příčinu onemocnění. U akutní gastritidy se často pomýšlí na přechod z akutní

gastritidy na gastritidu chronickou, a je proto nutné odebrání biopsie ze stěny žaludku. (17)

Při onemocnění akutní gastroenteritidou se nejčastěji provádí gastroduodenoskopie, tedy vyšetření horní části trávicího traktu pomocí endoskopu, který nám umožní prohlédnutí sliznice zrakem a popřípadě i odebrání bioptického materiálu. (16)

Vyšetření se provádí na endoskopickém sálku, kde také pracuje endoskopická sestra. Úkolem sestry je již při objednání pacienta poučit o správné přípravě na vyšetření, jak bude vyšetření probíhat a jak bude probíhat péče po výkonu. Sestra pacientovi zdůrazní, že výkon se provádí nalačno a že nebude 8 hodin před vyšetřením jíst, pít ani kouřit! Samotný výkon pacientovi vysvětlí lékař před vyšetřením, kdy také pacient podepíše informovaný souhlas, který sestra založí do endoskopické dokumentace. (3)

Těsně před vyšetřením nesmí sestra opomenout se zeptat pacienta, jestli je skutečně lačný, má-li zubní protézu, vyzvat ho, aby si ji vyndal. Sestra edukuje pacienta o nepříjemných pocitech, které může pociťovat, o pravděpodobné délce trvání výkonu a v neposlední řadě o nutnosti spolupráce při výkonu. Samozřejmostí je psychická podpora pacienta. Sestra se ujistí, že pacient je se vším srozuměn a deset minut před výkonem provede místní analgezii. (16)

Po edukaci lékařem pacient zaujme polohu vleže na pravém boku s pokrčenými dolními končetinami. Sestra vypořádá hlavu pacienta nejlépe jednorázovou podložkou, aby se zamezilo potřísnění vytékajícími slinami z úst. Poté pacientovi vloží náustek mezi zuby, aby se zabránilo skousnutí fibroskopu. Lékař pomalu zavede fibroskop do žaludku a pečlivě prohlídne sliznici žaludku a střeva, odkud odebere i vzorky sliznice. Sestra tyto vzorky vloží do zkumavky s fixačním roztokem a odešle do laboratoře. Po celou dobu vyšetření nezapomene pacienta podporovat dotykem a vlídným slovem. Každý pacient snáší vyšetření individuálně, ale ve většině případů je pacient schopen odejít do domácího ošetřování. Úkolem sestry je vysvětlit pacientovi, že ještě 2 hodiny po výkonu nesmí jíst a pít a v případě bolestí či přítomnosti krve ve stolici musí okamžitě kontaktovat lékaře. (16)

1.7 Komplikace akutní gastroenteritidy

Ve většině případů má onemocnění jen lehký průběh a pacienti jsou v domácím ošetřování. Vzniknou-li však komplikace, jako je např. dehydratace, poruchy výživy nebo přetrvávají-li průjmy, jsou pacienti hospitalizováni na interním či infekčním oddělení, v případě velmi těžkého stavu na jednotce intenzivní péče. Komplikacemi jsou ohroženy zejména děti a starší pacienti. (25)

I v případě, že je nemocný odeslán do domácího ošetřování, je úkolem sestry, aby pacienta s riziky seznámila a edukovala ho o správné péči v průběhu onemocnění. Důležité je věnovat pozornost dostatečnému příjmu tekutin a pravidelnému užívání předepsaných léků. Někteří pacienti ale ani základní péči nezvládají. Může to být z různých důvodů. Ať již to jsou důvody ekonomické, sociální či jen pacient fyzicky péči nezvládá, je důležité zvážit, jestli by nebylo vhodné využití služeb domácí péče. Služby domácí péče indikuje právě praktický lékař. Bohužel u mnoha lékařů se stále setkáváme s rozbroji mezi sestrami domácí péče a lékaři. Důsledkem může být, že pacient nemá informace o možnosti využití těchto služeb. U pacientů s akutní gastroenteritidou je velmi vhodné využít služby akutní domácí péče. Tato péče slouží jako alternativa hospitalizace. Zde záleží na naplánování péče sestrou domácí péče spolu s lékařem a pacientem. (7, 8)

Nejzávažnější komplikací akutní gastroenteritidy je dehydratace. Vzniká v důsledku velké ztráty vody a iontů při úporném zvracení a dlouhotrvajících průjmech. Naštěstí se tyto těžké formy onemocnění vyskytují v Evropě jen zřídka. I přesto je však nutné, aby sestra včas rozpoznala první známky dehydratace, což může být snížený turgor kůže, či bledé a vyschlé sliznice. Důležité je, aby i sám pacient, zvláště je-li v domácím ošetřování, rozpoznal známky dehydratace a znal opatření, jak dehydrataci zabránit. Komplikace se v žádném případě nesmějí podceňovat. Hrozí zde i zhoršení současně probíhajících onemocnění.(3, 11, 25)

Důležitá je také péče o pokožku v okolí konečníku. Časté vylučování tekuté či řídké stolice dráždí pokožku konečníku a je zde riziko vzniku intertriga nebo dekubitů. Akutní gastroenteritidou může onemocnět i starý inkontinentní pacient, který je vzhledem k náročnosti ošetrovatelské péče ohrožen nejvíce. (3, 25)

1.8 Nefarmakologická léčba akutní gastroenteritidy

Pacienti s akutní gastroenteritidou jsou ve většině případů v domácím ošetřování. Pouze nastanou-li komplikace, je nutná hospitalizace, která se většinou týká dětí a starších nemocných. Důležitá je dostatečná hydratace, která navodí podmínky potřebné pro vyloučení agens. (11, 25)

Samotným prvopočátkem léčby je pacientovi doporučit klid na lůžku, alespoň po dobu prudkých příznaků onemocnění. Sestra proto pacientovi zajistí klidný, méně lůžkový pokoj, pokud možno v blízkosti toalety. (3)

Dalším, neméně důležitým a zásadním opatřením v léčbě akutní gastroenteritidy je dodržování diety. Je úkolem sestry, aby pacienta seznámila s dietními opatřeními a upozornila ho na nevhodné potraviny. V akutní fázi onemocnění se doporučuje hladovka, avšak velmi důležitý je dostatečný příjem tekutin. Sestra doporučí vhodné tekutiny a sleduje příjem a výdej tekutin. Doporučí tedy hořký černý čaj nebo minerální vodu bez bublin.(25)

Přetrvává-li akutní fáze onemocnění déle jak 24 hodin, je potřeba hladovku dodržovat i nadále. V takovém případě sestra kontroluje výsledky krevních testů. Mezi nejdůležitější výsledky patří především hodnoty minerálů a parametrů acidobazické rovnováhy. Dle těchto výsledků sestra dále odesílá pacienty k odbornému lékaři, který ordinuje infúzní terapii a parenterální výživu. (3)

Do jídelníčku postupně zařazujeme vařenou mrkev, vařenou rýži, banán nebo jablko. Potraviny přidáváme jen v malém množství. Sestra sleduje celkový stav pacienta. Pokud příznaky ustoupí, postupně je možno přidat vařené brambory, starší pečivo, dušené kuřecí maso bez tuku atd. a postupně se pacientovi podává strava, na kterou byl zvyklý před onemocněním. Vhodné je také upozornění sestry na dodržování zásad hygieny. Zvláště po použití toalety a před jídlem je potřeba dbát na hygienu rukou. (25)

1.8.1 Farmakologická léčba akutní gastroenteritidy

Farmakologická léčba je vždy závislá na vyvolávající příčině. Při nejrůznějších otravách je důležité vyšetření žaludečního obsahu a následný výplach žaludku. Při výplachu sestra musí dokonale ovládat nejen techniku výkonu, ale musí umět uklidnit často rozrušeného až agresivního pacienta. Podle rozboru získaného vzorku lékař určí další postup léčby.(3)

Velmi častou příčinou jsou bakteriální infekce. V takovém případě se nasazují antibiotika dle kultivace a citlivosti. Sestra pacienta edukuje o důležitosti pravidelného užívání léků. V současné době se však odstupuje od plošného podávání antibiotik. Antibiotika se podávají jen u rizikových pacientů (onkologických pacientů, pacientů po transplantacích a starších lidí). (3)

Dalšími vhodnými léky jsou antidiaroeika, střevní dezinficicia a absorbencia. Sestra tyto léky podává při přetrvávajících průjmech a zvracení. Pacienti, kteří jsou v domácím ošetřování, užívají tyto léky samostatně, a je proto třeba, aby je sestra upozornila na vedlejší účinky, které tyto léky mohou způsobit (např. obstipace). Léky pacienti vždy užívají jen dle ordinace lékaře. Stěžuje-li si pacient na úporné bolesti a křeče v břiše, je možno podávat spasmolytika. Při průjmech, jejichž příčinou je užívání širokospektrých antibiotik nebo radiační terapie, je vhodná léčba střevními eubiotiky. Pacienty, kteří podstupují radiační terapii, by sestra měla dopředu informovat o možnosti vzniku těchto nežádoucích účinků. (3)

1.8.2 Rehydratace v domácí péči

Pacient, který odchází z ordinace praktického lékaře, by měl být poučen sestrou tak, aby byl schopen sám v domácím ošetřování zabránit vzniku dehydratace a rozpoznat její příznaky. I pacienty s lehkým průběhem akutní gastroenteritidy je nutné varovat před riziky, která akutní gastroenteritida nese. Z poučení by si pacient měl odnést ucelené informace a sestra se ujistí, zda pacient skutečně chápe jádro problému. Pro pacienta by například neměl být cizí pojem kožní turgor. (11, 21)

Nejjednodušší radou pro pacienty, kteří jsou ohroženi dehydratací, je pití vhodných tekutin v množství alespoň 2l/24h. Mezi vhodné tekutiny řadíme např. neperlivé

minerální vody, které obsahují potřebné množství minerálů, jež pacient ztrácí při úporném zvracení. Zároveň nejsou tyto vody sycené, a tudíž pacienta nenadýmají. Můžeme doporučit i pití hořkého černého čaje. Dnes lze také zakoupit speciální bylinné čaje, které jsou určeny pro onemocnění žaludku a střev. (11, 21)

Jak již bylo řečeno výše, akutní gastroenteritidou často trpí děti a jsou také nejvíce ohroženy dehydratací. Zde se proto sestra zaměří především na poučení matky, která o nemocné dítě pečuje v domácím prostředí. Sestra poučí i osoby pečující o staré pacienty s onemocněním akutní gastroenteritidou. (3, 11)

Velmi často se také přistupuje k perorálnímu podávání rehydratačních roztoků. Tyto roztoky mají vysoký obsah potřebných minerálů, upravují dehydrataci, ale také udržují hydrataci a korigují acidózu. Rehydratační roztoky jsou také volně prodejné v lékárnách a není na škodu, aby je obsahovala i domácí lékárníčka. Pacienty je však nutné poučit o jejich užívání a přípravě. Tyto léky lze ředit pouze vodou, protože ovocné šťávy vedou ke ztrátě léčivého efektu přípravku. (11)

1.8.3 Rehydratace ve zdravotnickém zařízení

Akutní gastroenteritida má ve většině případů lehký průběh, někdy je však nutné pacienta hospitalizovat. S těmito pacienty se nejčastěji setkáme na infekčním, interním nebo dětském oddělení či JIP. (12, 22)

Pokud sestra přijímá pacienta k hospitalizaci, nejprve určí stupeň dehydratace. (viz příloha 4) Podle tohoto výsledku je zapotřebí nasazení rehydratační léčby. Je-li pacient schopen přijímat léky perorálně, nasazují se perorální roztoky, které se běžně používají také v domácí péči. Samozřejmostí je také podpora pacienta k dostatečnému pití tekutin. Sestra pacienta povzbuzuje, ale nenutí ho. Pacientovi také doporučí, aby pil často, ale v malých dávkách. (3)

U většiny hospitalizovaných pacientů však přistupujeme k intravenózní rehydrataci. Sestra pacientovi vysvětlí, za jakým účelem jsou infúze podávány a seznámí pacienta s možnými riziky dehydratace, kterým se snažíme předejít. Nejčastěji je podáván fyziologický roztok, který je kombinován s alkalizujícími roztoky, kaliem, chloridy atd. podle typu dané dehydratace. (3)

Aby byla možná intravenózní rehydratace, sestra zajistí intravenózní vstup, o který pečuje po celou dobu hospitalizace pacienta. Sestra také sleduje celkový stav pacienta, příjem a výdej tekutin, kožní turgor a stav sliznic. Důležitá je také péče o pokožku v oblasti konečníku, kde hrozí zvýšené riziko intertriga a dekubitů. Dehydrataci v žádném případě nesmíme podceňovat! Je-li pacient dehydrovaný, hrozí i zhoršení současně probíhajícího onemocnění. (3, 12)

1.9 Prevence akutní gastroenteritidy

Mnoho lidí i zdravotníků považují akutní gastroenteritidu za banální onemocnění. V polovině minulého století však byla tomuto onemocnění věnována velká pozornost zejména kvůli vysoké úmrtnosti dětských pacientů. Ti bohužel na akutní gastroenteitidu umírají zejména v rozvojových zemích dodnes, avšak již ne v takovém množství. Velkou zásluhu na tomto faktu za podpory mnoha sesterských organizací má zejména Světová zdravotnická organizace která se podílela na rozvoji perorálních rehydratačních roztoků. (11)

Nejpodstatnějším preventivním opatřením u virových a bakteriálních gastroenteritid je dodržování osobní hygieny. Pacient s akutní gastroenteritidou by o tomto faktu měl být dostatečně poučen. Samozřejmostí je mytí rukou po použití toalety, při přípravě a konzumaci potravy. Důležitá je také zvýšená hygiena genitálu a péče o pokožku v oblasti konečníku nejenom z prevence šíření agens, ale také z hlediska zvýšeného rizika intertriga a dekubitů. (11, 12, 22)

Zvýšená hygienická opatření musí dodržovat též osoby pečující o nemocné s akutní gastroenteritidou. Pro zdravotnický personál by mělo být samozřejmostí dodržování zásad bariérové ošetřovatelské péče. Ve zdravotnických zařízeních se akutní gastroenteritida často stává nozokomiální nákazou. (12, 22)

V ČR známe gastroenteritidy způsobené nejčastěji dietní chybou. Na místě je tedy opět sestra, která informuje širokou veřejnost o zdravé výživě a výživě malých dětí. Tato edukace probíhá nejčastěji pomocí nejrůznějších informačních letáků nebo se s ní setkávají matky již v kojenecké poradně. (11)

Dalším preventivním opatřením u virových a bakteriálních gastroenteritid je zavedení bakteriálních vakcín (*V.cholerae* 103HgR a *Salmonella typhi* Ty 21A). V prevenci akutních gastroenteritid způsobených rotaviry však stále vakcína chybí. Právě rotaviry způsobují nejvíce gastroenteritid u nejmenších pacientů a nejvíce je také ohrožují. Můžeme jen doufat, že vakcíny budou v nejkratší možné době k dispozici a ubude diagnózy s názvem akutní gastroenteritida.(11)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl1: Zmapovat ošetrovatelskou péči u nemocných s akutní gastroenteritidou v ambulantní péči.

Cíl2: Vypracování edukačních materiálů pro nemocné s akutní gastroenteritidou.

2.2 Hypotézy práce

H1: Pacienti s akutní gastroenteritidou znají dietní opatření související s jejich onemocněním.

H2: Pacienti s akutní gastroenteritidou jsou seznámeni s riziky akutní gastroenteritidy.

H3: Pacienti s akutní gastroenteritidou mají k dispozici využití ošetrovatelské domácí péče.

H4: Sestry absolvují návštěvní službu u nemocných s akutní gastroenteritidou.

3. Praktická část

3.1 Metodika práce

V mé bakalářské práci jsem využila metodiky kvantitativního šetření. Rozhodla jsem se pro metodu dotazování. Jako technika sběru dat byl použit anonymní dotazník o dvaceti uzavřených otázkách (viz příloha 5), který byl vypracován na podkladě prostudované literatury. Úvod dotazníku tvoří identifikační otázky (pohlaví a věk respondentů), otázky č.3- 20 jsou zjišťovací, z toho jsou otázky č. 7, 8, 11, 12, 14 kontrolní.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

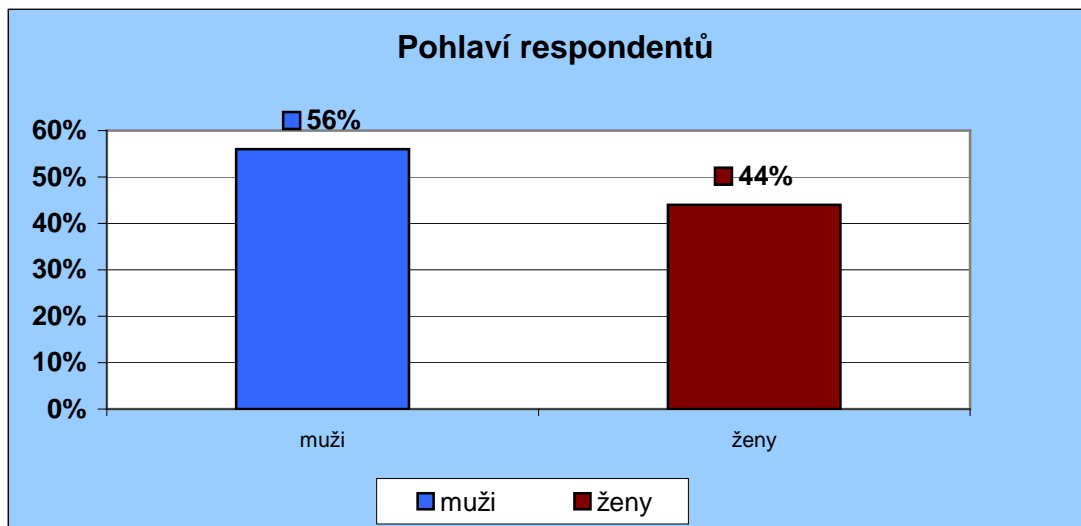
Výzkumný soubor tvořili pacienti s akutní gastroenteritidou, kteří navštívili ordinace praktických lékařů. Šetření probíhalo ve vybraných ordinacích praktických lékařů pro dospělé v Jihočeském kraji. Výzkumnému šetření předcházela pilotáž, kdy jsem zjišťovala, zda budou lékaři a sestry z ordinací praktických lékařů ochotni spolupracovat při výzkumném šetření. Samotné výzkumné šetření probíhalo sedm týdnů v březnu a dubnu 2010.

Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků. Celkem se vrátilo 93 dotazníků (77,5 %), z toho musely být vyřazeny 4 dotazníky (3 %). 27 dotazníků (22,5 %) se vrátilo nevyplněných. Návratnost byla 77,5 %.

Celkem tedy bylo ke zpracování výsledků použito 89 (100 %) dotazníků.

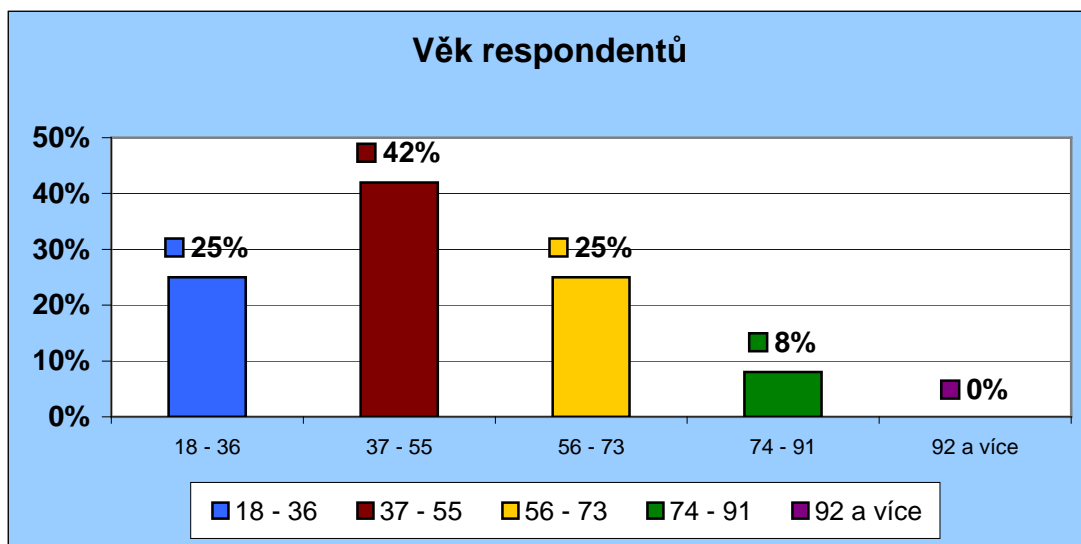
4. Výsledky šetření a jejich analýza

Graf 1



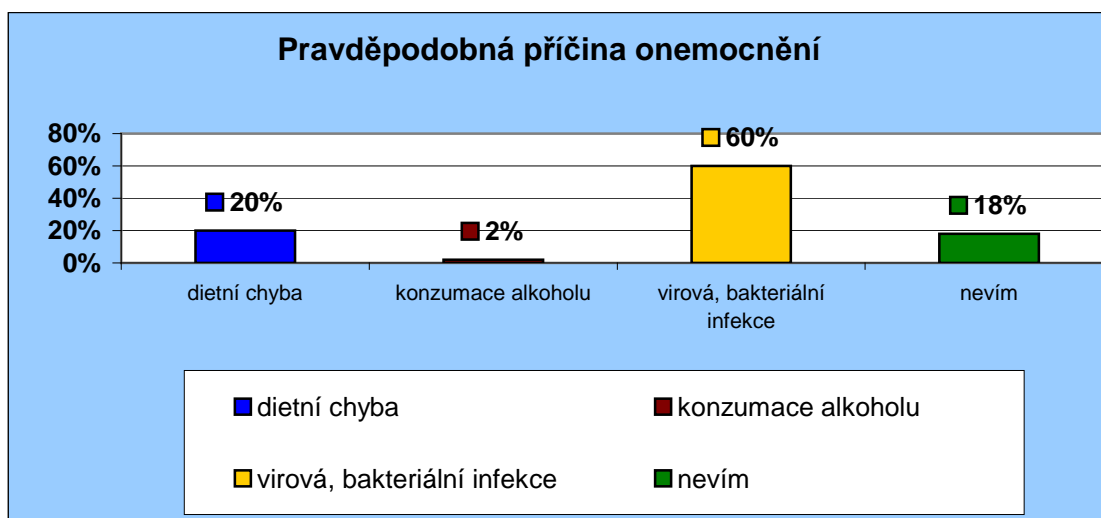
Z grafu 1 vyplývá, že z celkového počtu 93 (100 %) respondentů bylo 50 (56 %) mužů a 39 (44 %) žen.

Graf 2



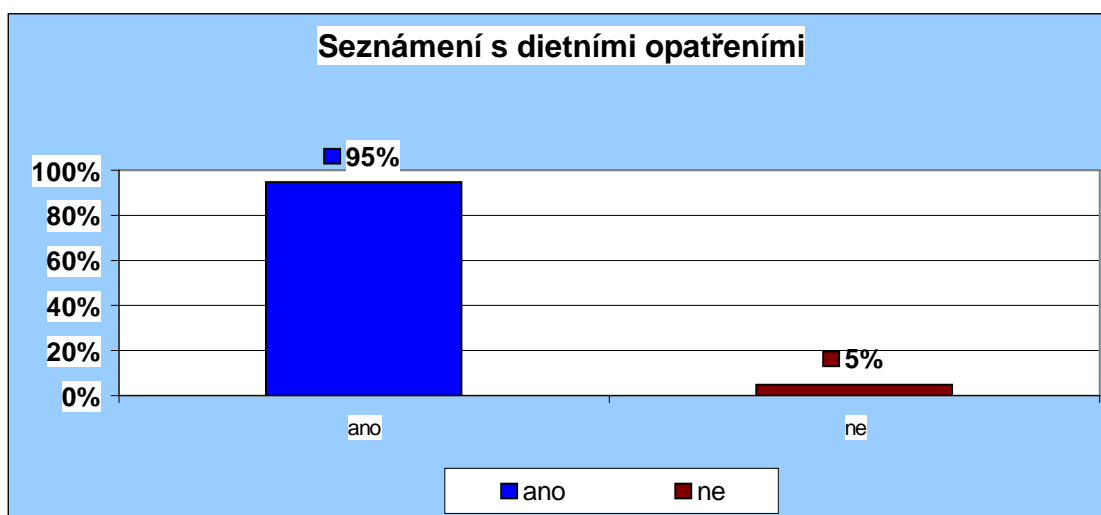
Podle grafu 2 bylo z celkového počtu 89 (100 %) respondentů 38 (42 %) ve věku 37 – 55 let, 22 (25 %) respondentů ve věku 18 – 36 let, 22 (25 %) ve věku 56 – 73 let, 7 (8 %) ve věku 74 – 91 let a ve věku 92 a více let nebyl žádný z respondentů.

Graf 3



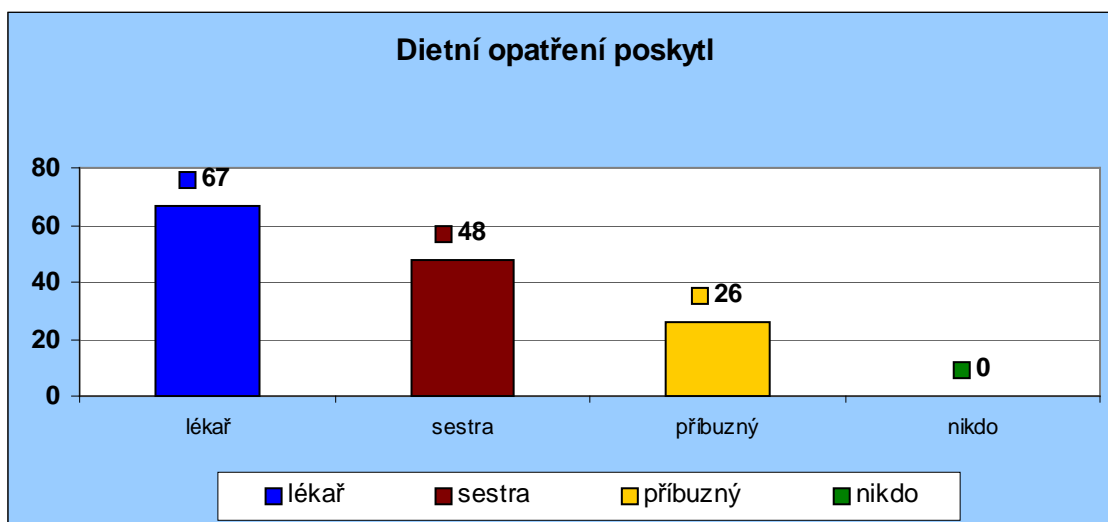
a Z grafu 3 vyplývá, že z celkového počtu 89 (100 %) respondentů, byla pravděpodobná příčina onemocnění u 53 (60 %) respondentů virová či bakteriální infekce u 18 (20 %) dietní chyba, 16 (18 %) respondentů nezná příčinu svého onemocnění a 2 (2 %) respondenti označili odpověď konzumace alkoholu.

Graf 4



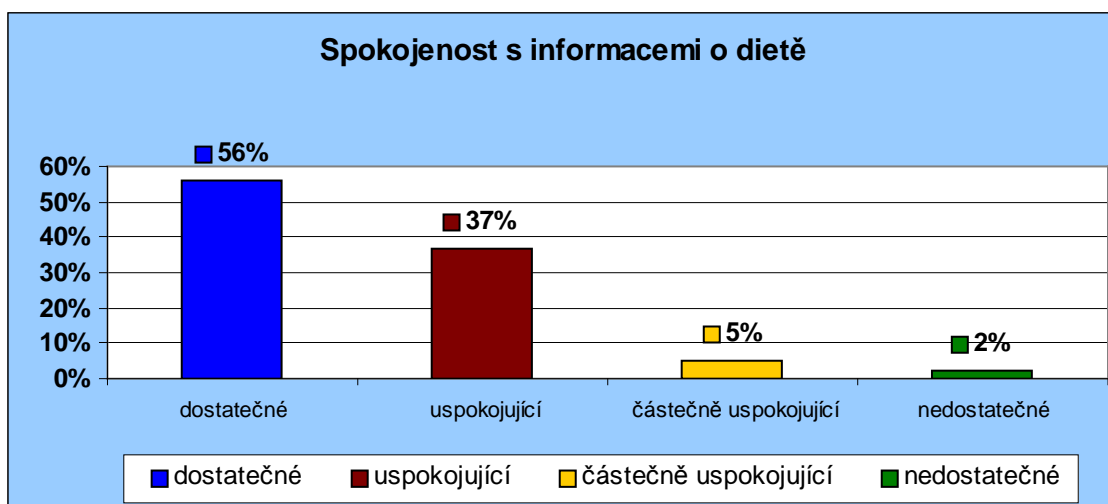
Z grafu 4 vyplývá, že z celkového počtu 89 (100 %) respondentů, bylo s dietními opatřeními při onemocnění akutní gastroenteritidou seznámeno 58 (95 %) respondentů 4 (5 %) respondenti s nimi seznámeni nebyli.

Graf 5



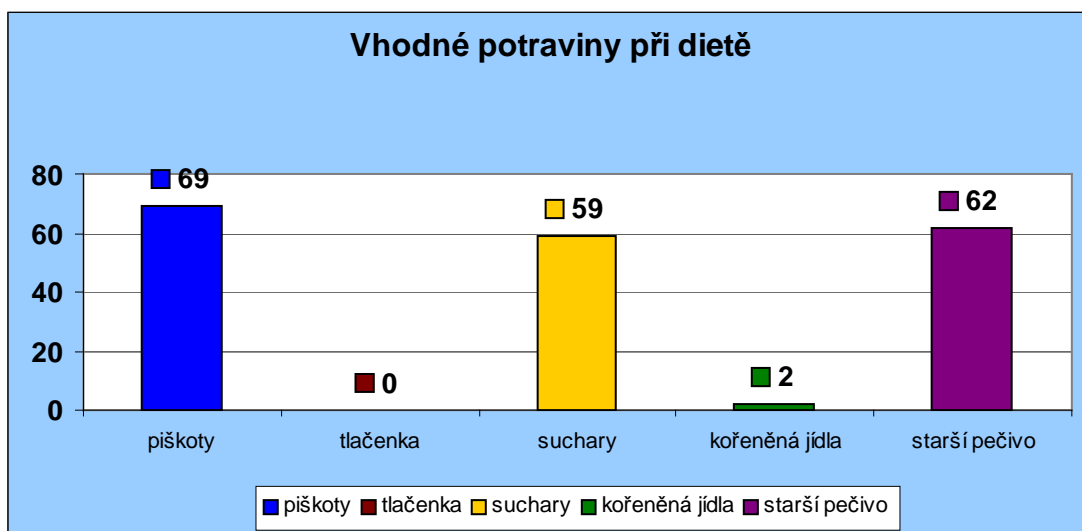
Graf 5 znázorňuje, kdo pacienty s onemocněním akutní gastroenteritidou seznámil s dietními opatřeními v průběhu onemocnění. Odpověď *lékař* byla označena 67x, odpověď *sestra* 48x, odpověď *příbuzný* 26x a odpověď *nikdo* označena nebyla.

Graf 6



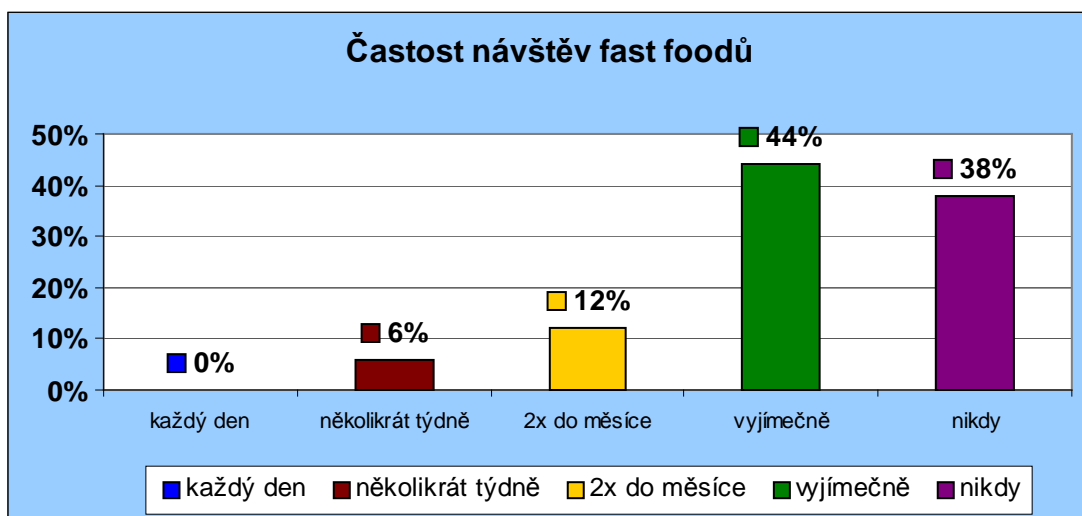
Z grafu 6 vyplývá, že z celkového počtu 89 (100 %) respondentů považuje informace o dietě při onemocnění akutní gastroenteritidou za dostatečné 50 (56 %) respondentů, za uspokojující 33 (37 %) respondentů, za částečně uspokojující 4 (5 %) respondenti a za nedostatečné 2 (2 %) respondenti.

Graf 7



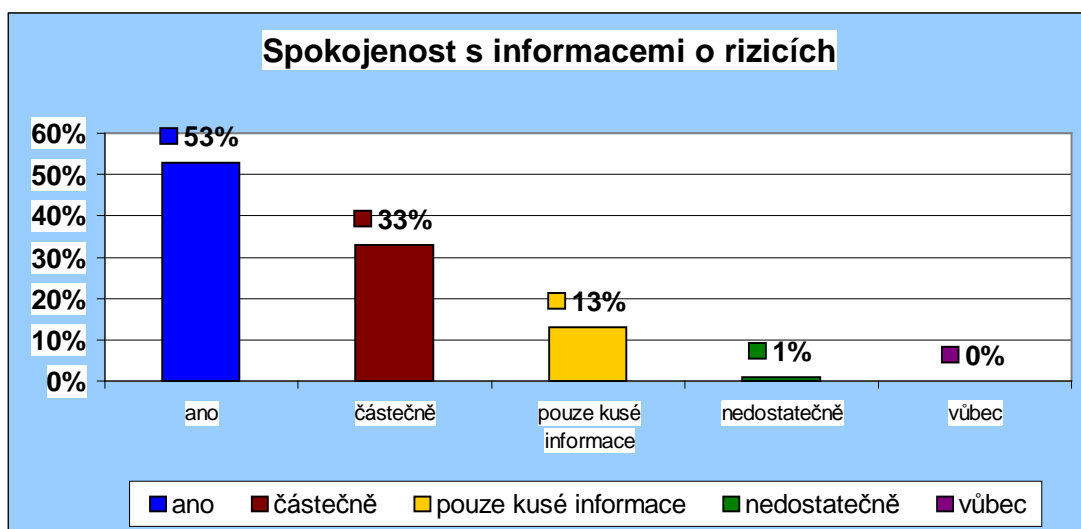
Graf 7 znázorňuje, jaké potraviny považují respondenti za vhodné ke konzumaci při onemocnění akutní gastroenteritidou. Odpověď *piškoty* byla označena 69x, odpověď *starší pečivo* byla označena 62x, odpověď *suchary* byla označena 59x, odpověď *kořeněná jídla* byla označena 2x a odpověď *tlačenka* označena nebyla.

Graf 8



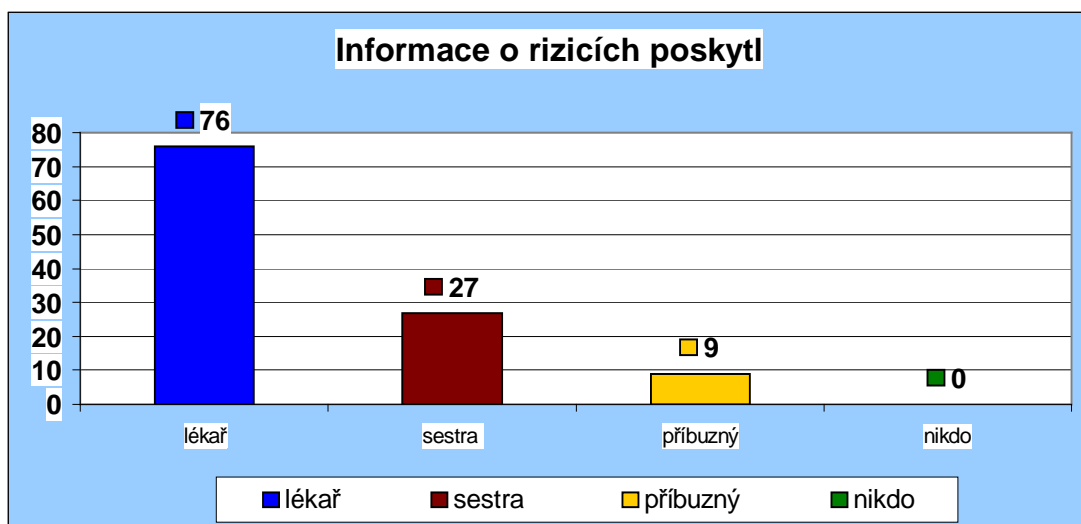
Z grafu 8 vyplývá, že z celkového počtu 89 (100 %) respondentů navštěvuje fast foody výjimečně 39 (44 %) respondentů, nikdy fast food nenavštěvuje 34 (38 %) respondentů, 2x do měsíce 11 (12 %) respondentů několikrát týdně 5 (6 %) respondentů.. Odpověď *každý den* neoznačil žádný z respondentů.

Graf 9



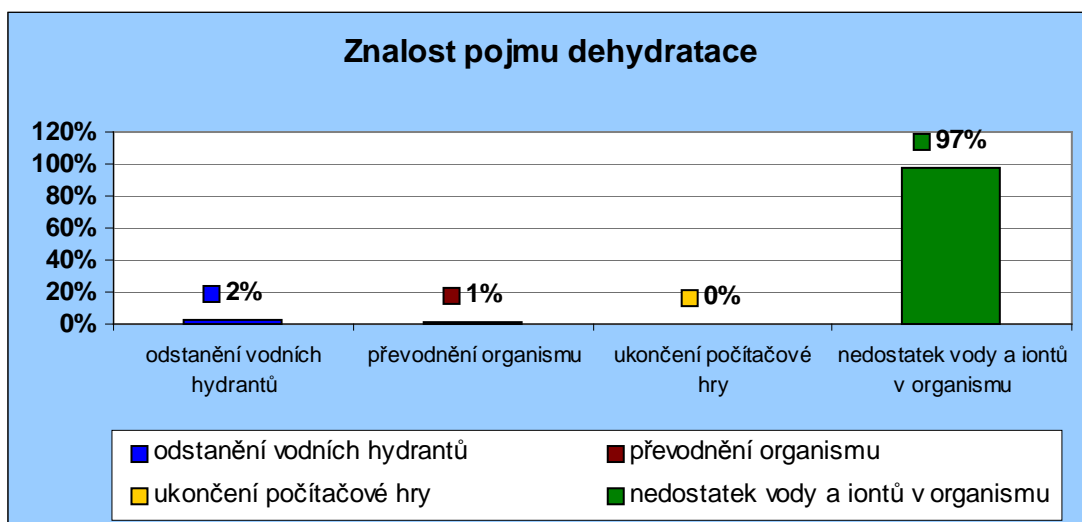
Z grafu 9 vyplývá, že z celkového počtu 89 (100 %) respondentů bylo s riziky akutní gastroenteritidy seznámeno 47 (53 %) respondentů, částečně 29 (33 %) respondentů, pouze kusé informace získalo 12 (13 %) respondentů, nedostatečně byl informován 1 (1 %) respondent a odpověď *vůbec* neoznačil žádný z respondentů.

Graf 10



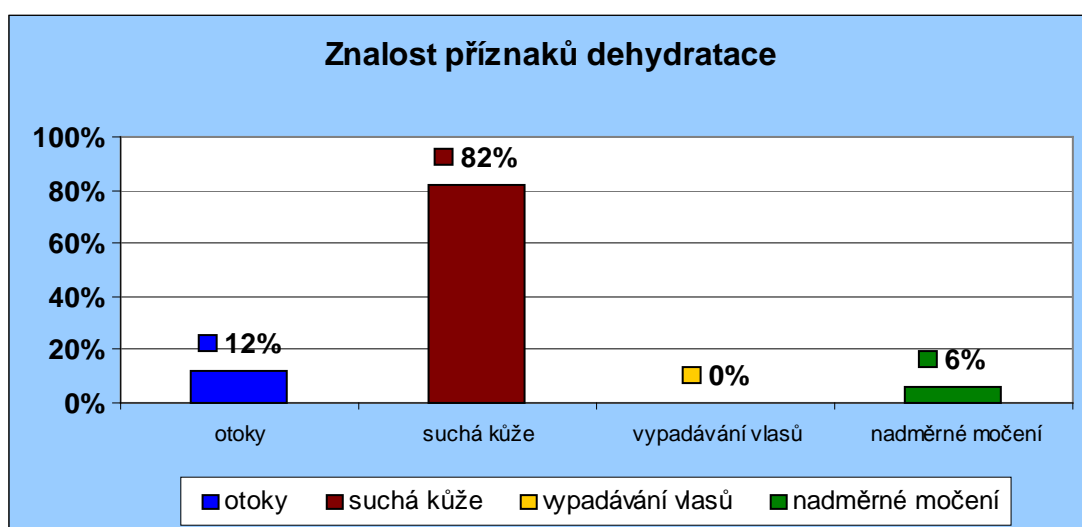
Graf 10 znázorňuje, kdo respondenty seznámil s riziky akutní gastroenteritidy. Odpověď *lékař* byla označena 76x, odpověď *sestra* 27x, odpověď *příbuzný* 9x a odpověď *nikdo* neoznačil žádný z respondentů.

Graf 11



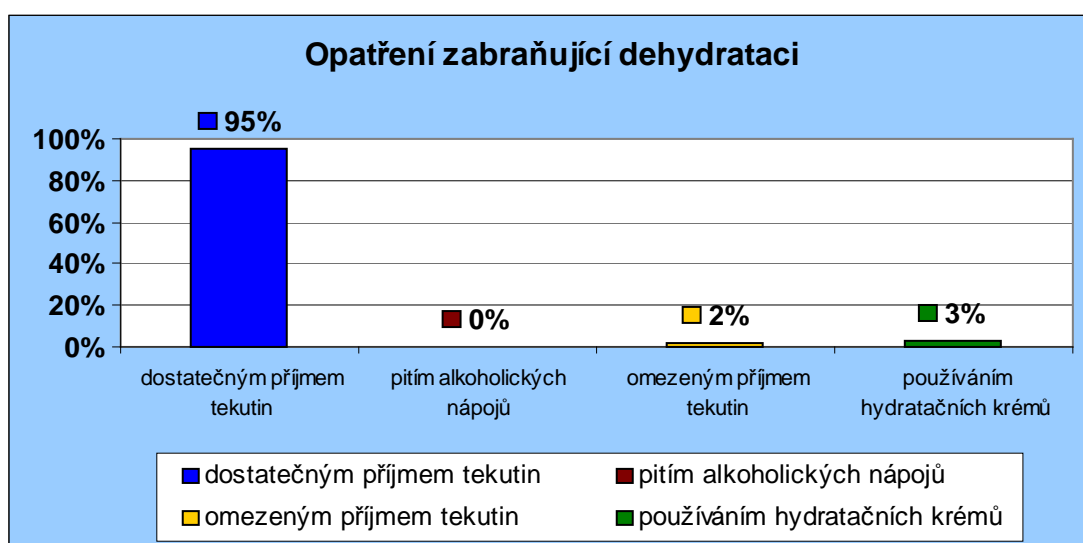
Z grafu 11 vyplývá, že z celkového počtu 89 (100 %) respondentů označilo odpověď *nedostatek vody a iontů v organismu* 86 (97 %) respondentů, odpověď *odstranění vodních hydrantů* 2 (2 %) respondenti, odpověď *převodnění organismu* 1 (1 %) respondent, odpověď *ukončení počítačové hry* neoznačil žádný respondent.

Graf 12



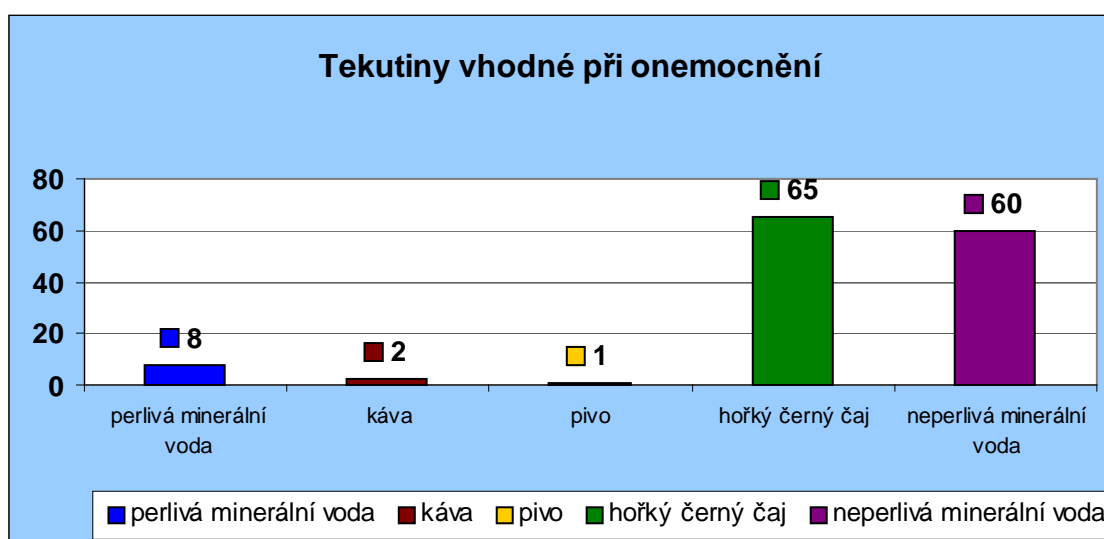
Z grafu 12 vyplývá, že z celkového počtu 89 (100 %) respondentů označilo 73 (82 %) respondentů odpověď *suchá kůže*, 11 (12 %) respondentů *odpověď otoky*, odpověď *nadměrné močení* označilo 5 (6 %) respondentů. Odpověď *vypadávání vlasů* neoznačil žádný z respondentů.

Graf 13



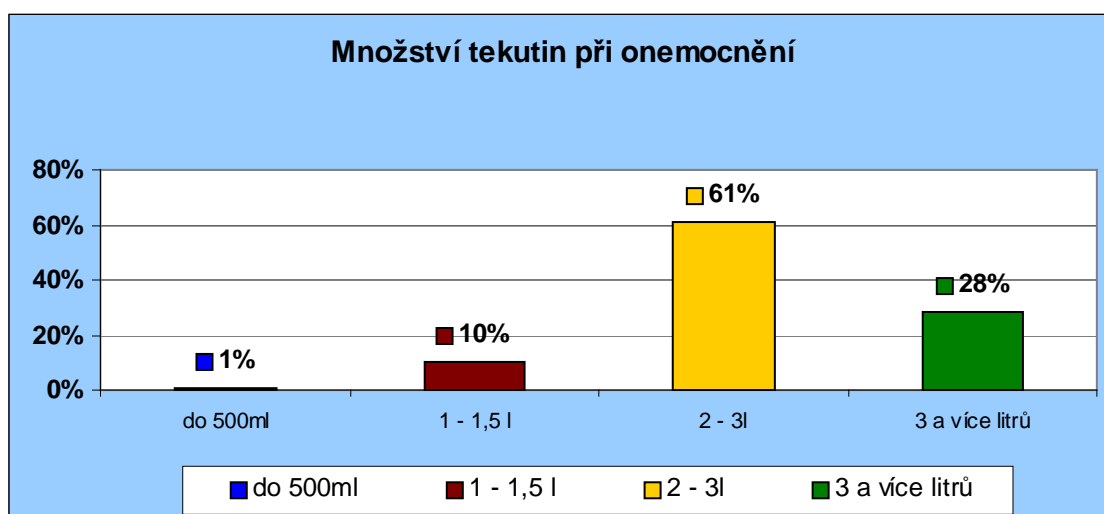
Z grafu 13 vyplývá, že z celkového počtu 89 (100 %) respondentů si 84 (95 %) respondentů myslí, že dehydrataci zabrání dostatečným příjmem tekutin, odpověď *používáním hydratačních krémů* označili 3 (3 %) respondenti a odpověď *omezeným příjmem tekutin* 2 (2 %) respondenti. Odpověď *pitím alkoholických nápojů* neoznačil žádný z respondentů

Graf 14



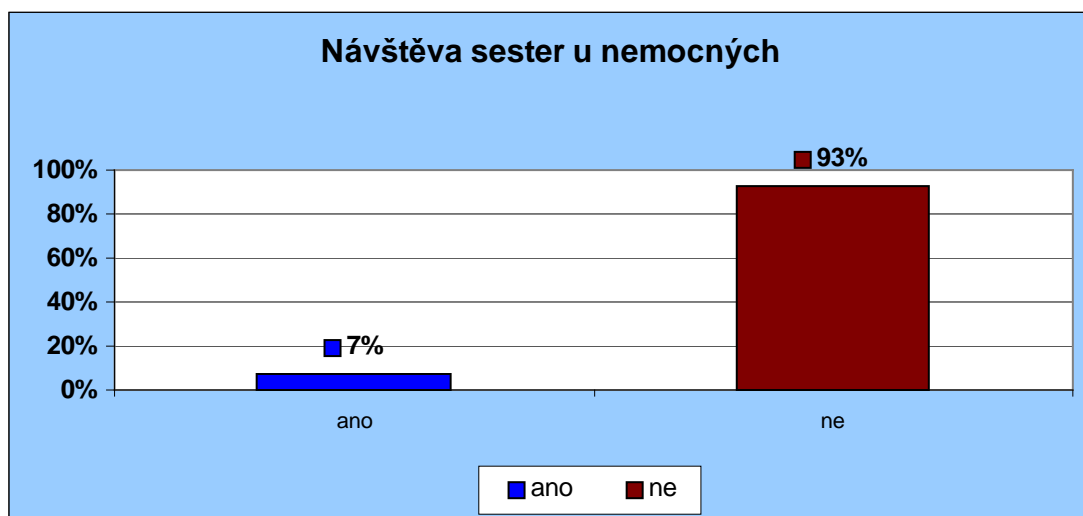
Graf 14 znázorňuje, že odpověď *hořký černý čaj* byla označena 65x, odpověď *neperlivá minerální voda* 60x, odpověď *perlivá minerální voda* byla označena 8x, odpověď *káva* 2x a odpověď *pivo* 1x.

Graf 15



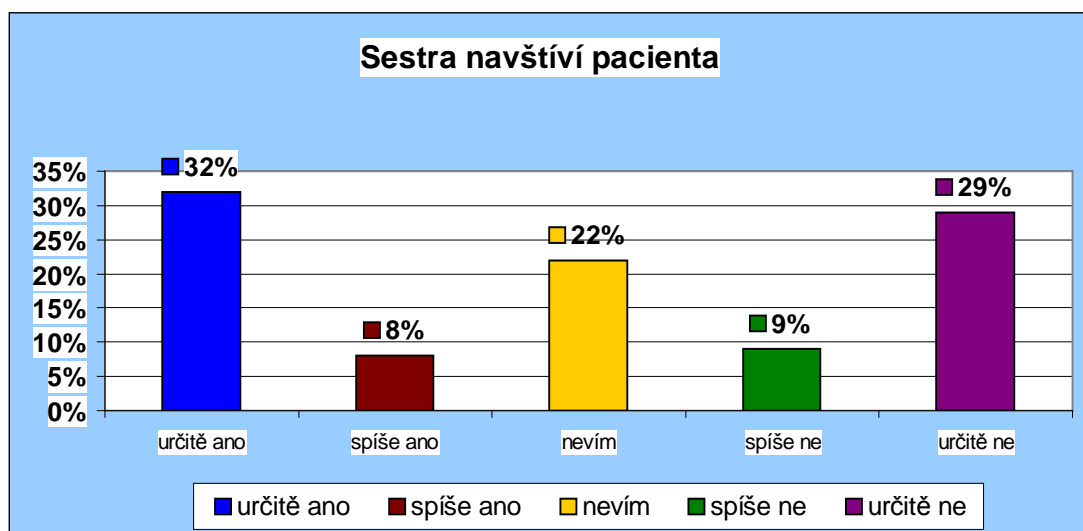
Graf 15 znázorňuje, že z celkového počtu 89 (100 %) respondentů označilo 54 (61 %) respondentů odpověď *2 - 3 l*, 25 (28 %) respondentů označilo odpověď *3 a více litrů*, 9 (10 %) respondentů označilo odpověď *1 - 1,5 l* a 1 (1 %) respondent označil odpověď *do 500 ml*.

Graf 16



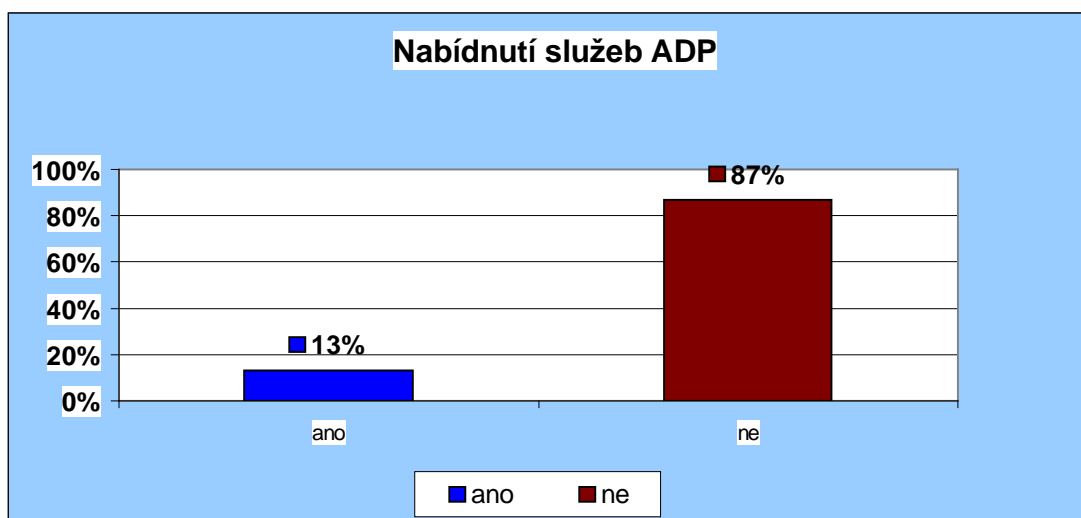
Graf 16 znázorňuje, že z celkového počtu 89 (100 %) respondentů nebylo 83 (93 %) respondentů navštíveno sestrou a 6 (7%) respondentů navštíveno bylo.

Graf 17



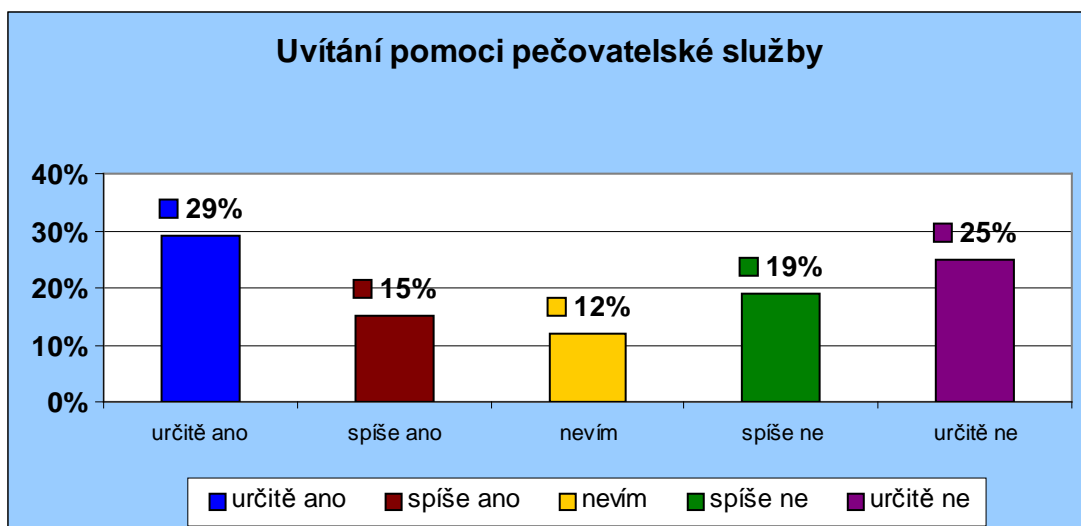
Graf 17 znázorňuje, že z celkového počtu 89 (100 %) respondentů označilo odpověď *určitě ano* 28 (32 %) respondentů, odpověď *určitě ne* 26 (29 %) respondentů, odpověď *nevím* 20 (22 %) respondentů, odpověď *spíše ne* 8 (9 %) respondentů a odpověď *spíše ano* 7 (8 %) respondentů.

Graf 18



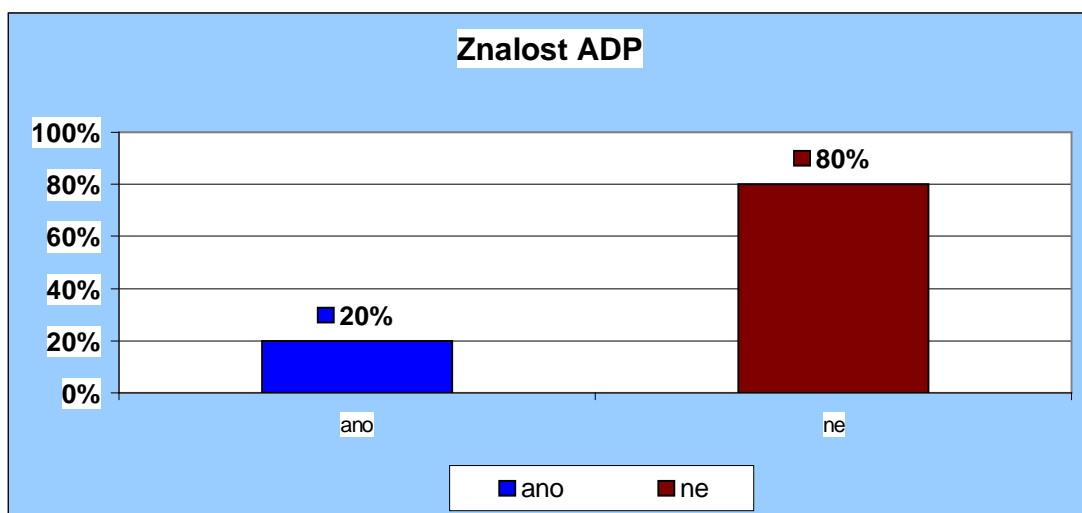
Graf 18 znázorňuje, že z celkového počtu 89 (100 %) respondentů nebyly služby ADP nabídnuty 77 (87 %) respondentům a 12 (13%) respondentům byly tyto služby nabídnuty.

Graf 19



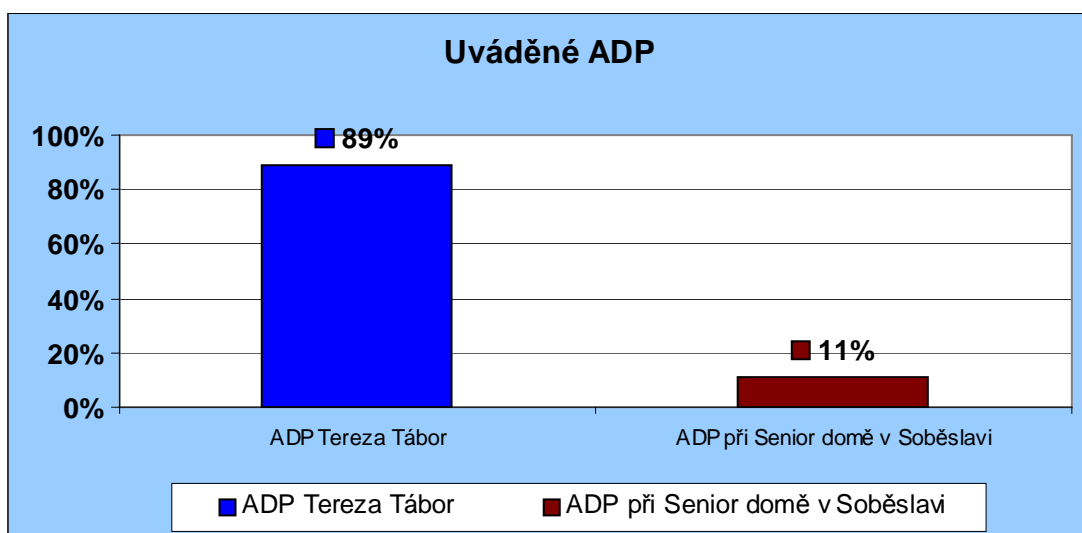
Z grafu 19 vyplývá, že z celkového počtu 89 (100 %) respondentů označilo odpověď *určitě ano* 26 (29 %) respondentů, odpověď *určitě ne* 22 (25 %) respondentů, odpověď *spíše ne* 17 (19 %) respondentů odpověď *spíše ano* 13 (15 %) respondentů a odpověď *nevím* 11 (12 %) respondentů

Graf 20



Z grafu 20 vyplývá, že z celkového počtu 89 (100 %) respondentů 71 (80 %) respondentů agentury domácí péče nezná a 18 (20 %) respondentů agentury domácí zná.

Graf 21



Graf 21 znázorňuje, že z celkového počtu respondentů, kteří znají ADP 18 (100 %) jich 16 (89 %) uvedlo ADP Tereza Tábor a 2 (11 %) respondenti uvedli ADP při Senior domě v Soběslavi.

5. Diskuse

V bakalářské práci na téma Ošetrovatelská péče o nemocné s akutní gastroenteritidou jsme se snažili zmapovat ošetrovatelskou péči o nemocné s akutní gastroenteritidou v ambulantní péči a vypracovat edukační materiál pro tyto nemocné. (viz příloha 6) Výzkumný soubor tvořili pacienti s akutní gastroenteritidou přicházející do ordinací praktických lékařů.

Výzkumné šetření probíhalo u vybraných praktických lékařů v Jihočeském kraji 7 týdnů. Celkem jsme rozdali 120 dotazníků. Z toho se vrátilo 93 (77,5 %) dotazníků, ze kterých musely být vyřazeny 4 (3 %) dotazníky. Návratnost tedy byla 77,5 %. Ke zpracování výsledků jsme použili 89 dotazníků.

Při zahájení výzkumného šetření jsme měli obavy z návratnosti rozdaných dotazníků. Při ukončování šetření jsme však byli překvapeni a s návratností velmi spokojeni. V době realizace výzkumného šetření proběhla epidemie akutní gastroenteritidy a díky tomuto jsme získali toto množství respondentů.

V bakalářské práci jsme si stanovili hypotézu: *Pacienti s akutní gastroenteritidou znají dietní opatření související s jejich onemocněním.* Dítě uvádí, že pro terapii akutní gastroenteritidy je zásadní dodržování režimových a dietních opatření, což je prakticky základem léčby onemocnění a je velmi důležité, aby byl pacient o těchto opatřeních edukován. Z výsledků šetření je zřejmé, že 95 % respondentů je s dietními opatřeními seznámeno a nejčastěji pacienty s těmito opatřeními seznamují lékaři. Výsledek nás překvapil. Spíše jsme očekávali, že pacienty v ordinacích praktických lékařů budou edukovat sestry, které by měly splňovat roli sestry edukátorky. Myslíme si, že výsledek ovlivnil fakt, že sestra, která má na starosti chod ordinace, je natolik pracovně vytížená, že edukační roli zde splňuje spíše lékař, který diagnostikuje onemocnění a zároveň pacienta edukuje o dietních opatřeních a rizicích akutní gastroenteritidy. Sestra se poté ujistí, zda pacient lékaři rozuměl a chápe veškeré souvislosti, tj. požaduje po pacientovi zpětnou vazbu, což je součástí edukace. Může nás však uspokojit, že pacienti stále získávají informace více od zdravotnického personálu než od svých příbuzných a jsou s poskytnutými informacemi spokojeni.

Výsledek jsme si potvrdili kontrolními otázkami 7, 8 a 14. Přesvědčili jsme se, že pacienti skutečně vědí, jaké potraviny jsou vhodné zařadit do jídelníčku během onemocnění akutní gastroenteritidou. Hypotézu můžeme považovat za **potvrzenou**. Myslíme si, že by se sestry v ambulancích měly více prosadit v edukaci pacientů byť jen kontrolní otázkou položenou již edukovanému pacientovi.

Další stanovená hypotéza zní: *Pacienti s akutní gastroenteritidou jsou seznámeni s riziky akutní gastroenteritidy*. Výsledky šetření ukázaly, že 53 % respondentů bylo s riziky akutní gastroenteritidy seznámeno a 33 % bylo seznámeno částečně. Z výsledku můžeme usoudit, že pacienti jsou s riziky onemocnění seznámeni a s poskytnutými informacemi jsou spokojeni. Opět jsme zjistili, že i v oblasti rizik akutní gastroenteritidy poučuje pacienty nejčastěji lékař. Výsledek byl potvrzen kontrolními otázkami 11, 12, 13, 14 a 15.

Kontrolní otázky ukázaly, že 97 % respondentů skutečně zná rizika akutní gastroenteritidy a označení příznaků dehydratace také nebylo problémem. Nepřekvapil nás ani výsledek, že pacienti vědí, jak předcházet jejímu vzniku. Myslíme si, že pacienty velmi ovlivňují média, a to nejenom ve špatném slova smyslu. Dehydratace je, zvláště v letních měsících, hojně skloňovaným pojmem. Jak zabránit dehydrataci a jaké jsou její příznaky, se často pacienti dozví třeba i ze zpráv v rádiu či televizi. Pomyslná „reklama“ dehydratace tudíž napomáhá i sestřím a lékařům při poučování o rizicích akutní gastroenteritidy.

Považujeme za důležité, aby každý pacient znal rizika akutní gastroenteritidy. Dítě uvádí, že dehydratace může vážně zhoršovat současně probíhající onemocnění, což ještě více ohrožuje pacientovo zdraví. Proto by edukace na téma rizika akutní gastroenteritidy neměla být opomíjena.

Myslíme si, že hypotézu můžeme bezesporu považovat za **potvrzenou**. Vzhledem k výsledku vyplývajícího z otázky 12 bychom však doporučili ucelení poskytovaných informací pacientům o příznacích dehydratace. K oživení a ucelení informací může sloužit edukační leták či brožurka, kterou pacient obdrží od sestry.

Další stanovená hypotéza *Pacienti s akutní gastroenteritidou mají k dispozici využití ošetrovatelské domácí péče*, se nám **nepotvrdila**. Výsledek vyplynul z grafu 18, 19

a 20. Pouze 13 % respondentům byly nabídnuty služby agentury domácí péče. Zbylým 87 % respondentů služby agentur nabídnuty nebyly.

Domníváme se, že výsledek velmi ovlivňuje vztah mezi agenturami domácí péče a lékaři. Zvláště starší lékaři vidí v ADP jakousi konkurenci v poskytování ošetrovatelské péče a tudíž služby ADP ani svým pacientům nenabízejí. Foglarová uvádí, že sestry ADP, které se snaží u praktických lékařů o prosazování novinek, často s novelami ošetrovatelské péče neuspějí a lékaři jsou neochotni se těmito novinkám podřídit. Ošetrovatelský proces se proto neinovuje a zastaralé způsoby přetrvávají.

Sestry by měli aktivně vyhledávat individuální potřeby nemocného a podle zjištěných informací spolu s pacientem naplánovat ošetrovatelskou péči v rámci ošetrovatelského procesu. Jsme přesvědčeni, že je velmi důležité ošetrovatelskou péči plánovat společně s pacientem. Můžeme tak splnit jeho přání a respektovat jeho individuální potřeby. Spolupráci sestry s pacientem Farkašová uvádí jako znak kvality ošetrovatelské péče. Možnost nechat pacienta aktivně zasahovat do plánu ošetrovatelské péče by sestra měla považovat za samozřejmost. Zároveň by sestra měla usměrňovat pacienta ke stanovení reálných cílů.

Druhou možností je také již zmiňované podceňování a banalizování akutní gastroenteritidy zdravotníky. Lékaři si tudíž myslí, že služby ADP jsou u pacientů s akutní gastroenteritidou zbytečné. Jak ale můžeme vyčíst z grafu 19, 29 % respondentů by služby ADP uvítalo. Naproti tomu 25 % respondentů by o služby ADP zájem nemělo. Názor respondentů také zcela určitě ovlivnil jejich věk. Vzhledem k tomu, že výzkumný soubor byl nejhojněji zastoupen pacienty ve věku 37 – 55 let, není vyvrácení této hypotézy zcela překvapující. Avšak zjištěná skutečnost neomlouvá fakt, že by sestra měla každému pacientovi poskytnout ucelenou ošetrovatelskou péči.

Poslední stanovená hypotéza zní; *Sestry absolvují návštěvní službu u nemocných s akutní gastroenteritidou.* Pilliarová uvádí, že sestry návštěvní ošetrovatelskou službu absolvují buď ve stanovených ordinačních hodinách nebo po skončení ordinačních hodin. Tvrzení, které uvádí literatura, však bylo vyvráceno a hypotézu považujeme za **nepotvrzenou**.

Výsledek jsme víceméně očekávali. S návštěvní ošetrovatelskou službou se u dospělých pacientů setkáme jen zřídka a stala se doménou spíše jen u pediatriů. U dospělých pacientů dnes návštěvní ošetrovatelskou službu nahrazují agentury domácí péče či pečovatelské služby. Myslíme si, že sestra v ambulanci je zcela pracovně vytížená, což Pilliarová také uvádí. Funguje-li návštěvní ošetrovatelská péče, tak jen ze strany lékařů. Návštěvní ošetrovatelskou službu lékařů a sester proplácení zdravotní pojišťovny, které mají stanoveny sazebník výkonů. Proto se návštěvní ošetrovatelská služba musí řídit výhradně sazebníkem.

Překvapující byl výsledek vyplývající z grafu 17. 32 % respondentů si myslí, že by je sestra určitě navštívila a 29 % respondentů tvrdí, že určitě ne. Přemýšleli jsme, čím byl výsledek ovlivněn. Negativní postoj pacientů lze přisoudit špatnou zkušeností, s kterou se pacient setkal. Pozitivně naopak odpověděli pacienti s dobrými zkušenostmi se spoluprací sestry nebo pacienti, kteří zatím žádnou zkušenost nemají a návštěvní ošetrovatelskou službu znají jen z dětství, filmů či vyprávění.

Zajímavý výsledek také vyplývá z grafu 21. V okolí ordinací, kde bylo výzkumné šetření prováděno, jsou 4 agentury domácí péče. Respondenti však uváděli pouze jména dvou agentur. Výsledek si vysvětlujeme tím, že uváděné agentury mají nejširší okruh působnosti nebo s nimi mají lékaři dobré zkušenosti a tyto agentury domácí péče pacientům doporučují.

6. Závěr

Říká se, že ošetřovatelství je profese stará, jako lidstvo samo. Někdo by mohl říci, že když je tato profese tak stará, může ji tedy snadno vykonávat každý z nás. Ale opak je pravdou. Aby sestra vykonávala opravdu kvalitní ošetřovatelskou péči, nestačí k tomu jen vědomosti nabyté studiem, ale pro lásku k ošetřování nemocných musí každá sestra nalézt to pravé místo ve svém srdci. Sestra, která se nedokáže vcítit do role pacienta, naslouchá a odpovídá jen z povinnosti, nemocnému pomůže jen fyzicky, nikdy ale neuspokojí jeho bio-psycho-sociálně-spirituální potřeby.

Cílem této bakalářské práce bylo zmapování ošetřovatelské péče o nemocné s akutní gastroenteritidou v ambulantní péči a vypracování edukačních materiálů pro nemocné s akutní gastroenteritidou. Cíle práce byly splněny.

V práci byly stanoveny 4 hypotézy: 1) *Pacienti s akutní gastroenteritidou znají dietní opatření související s jejich onemocněním.* Během výzkumného šetření bylo zjištěno, že pacienti s akutní gastroenteritidou jsou informováni o dietním opatření při tomto onemocnění. Roli edukátora zde nejčastěji plní lékař, který např. pacienty seznamuje s potravinami, které jsou vhodné k zařazení do jídelníčku při onemocnění a které naopak nikoli. Pacienti považují tyto informace za kvalitní a v kontrolních otázkách označovali správné odpovědi. Tato hypotéza **byla potvrzena.**

2) *Pacienti s akutní gastroenteritidou jsou seznámeni s riziky akutní gastroenteritidy.* Z výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti jsou seznamováni s riziky tohoto onemocnění. V kontrolních otázkách pacienti dokázali rizika akutní gastroenteritidy označit a rozpoznání příznaků rizik také nebylo problémem. Domníváme se, že je důležité, aby pacient znal i příznaky rizik onemocnění, aby tato rizika byla včas rozpoznána a bylo jim zabráněno. Hypotéza byla **potvrzena.**

3) *Pacienti s akutní gastroenteritidou mají k dispozici využití ošetřovatelské domácí péče.* Tato hypotéza **potvrzena nebyla.** Výzkumné šetření ukázalo, že jen minimu pacientům jsou nabízeny služby ADP, ale přitom by je pacienti uvítaly. Pro praxi bychom doporučili více spolupracovat sestram a lékařům se sestrami ADP, jelikož se domníváme, že tato spolupráce je opomíjena.

4) *Sestry absolvují návštěvní službu u nemocných s akutní gastroenteritidou.* Hypotéza též **nebyla potvrzena**. Jen zanedbatelné procento pacientů s akutní gastroenteritidou se setkalo s návštěvní ošetrovatelskou službou sestry. Pacienti jsou přesto toho názoru, že v případě potřeby by je sestra navštívila. Myslíme si, že ošetrovatelská služba je dnes zcela zastíněna agenturami domácí péče, ale výsledky výzkumného šetření tuto domněnku bohužel nepotvrdily.

Ošetrovatelskou péči o nemocné s akutní gastroenteritidou bychom zhodnotily takto. Ošetrovatelská péče probíhá nejčastěji ambulantně v ordinacích praktických lékařů. Zde se pacient dozví, jaká dietní opatření bude nutno dodržovat v průběhu onemocnění, je seznámen s riziky akutní gastroenteritidy a s receptem na antidiaroeika či střešní dezinfice a často se smíšenými pocity odchází pacient domů. S hodnocením ošetrovatelské péče, které vyplynulo z výzkumného šetření nejsme spokojeni. Myslíme si, že ošetrovatelská péče o nemocné s akutní gastroenteritidou by zasloužila více pozornosti. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pacientům nejsou nabízeny služby ADP a ani sestry z ordinací návštěvní ošetrovatelskou službu nevykonávají. Pacienti s akutní gastroenteritidou tedy musí být schopni sebezpeče, nebo mít příbuzné, kteří jsou schopni se o ně postarat. V opačném případě jsou pacienti odkázáni na hospitalizační péči.

Domníváme se, že na pomyslném stupínku mezi domácím ošetřováním a hospitalizací nemocného, stojí služby ADP, které jsou jakýmsi kompromisem hospitalizační péče. Problém vidíme opět ve spolupráci praktických lékařů se sestrami ADP. Pro praxi bychom doporučili sestram z ordinací praktických lékařů, více prosazovat ADP, a tím se pokusit prolomit tuto nežádoucí bariéru ošetrovatelské péče o nemocné s akutní gastroenteritidou.

Akutní gastroenteritida je onemocnění, které je často zlehčováno jak laiky, tak i zdravotníky. Důsledky, které mohou nést její komplikace, však leckdy již zlehčovány nejsou a pacienti s tímto onemocněním jsou často bezradní v situacích, které bereme jako samozřejmost. Měli bychom si uvědomit, že i zdánlivě banální onemocnění má svá úskalí, a proto bychom měli i proti těmto onemocněním bojovat, zvláště jsme-li zdravotníci. Z hlediska ošetrovatelské péče bychom se měli zamyslet nad důležitostmi

návštěvní ošetrovatelské péče, která by se v žádném případě neměla stát opomíjenou minulostí.

7. Seznam literatury (zdrojů)

- 1) AMBROŽOVÁ, H., Infekční průjemová onemocnění u dětí. *Pediatric pro praxi*. 2004, 5, 5, s. 238-240. ISSN 1213-0494
- 2) AMBROŽOVÁ, H; SCHRAMLOVÁ, J., Virové gastroenteritidy. *Pediatric pro praxi*. 2007, 11, 23, s. 83-91. ISSN 1213-0494.
- 3) DÍTĚ, P., et al. *Akutní stavy v gastroenterologii*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 314 s. ISBN 80-7262-305-2.
- 4) DÍTĚ, P., et al. *Vnitřní lékařství*. 2. vyd. Praha : Galén, 2007. 586 s. ISBN 976-80-7262-496-6.
- 5) ELIŠKOVÁ, M., *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.
- 6) FARKAŠOVÁ, D., et al. *Ošetrovatelství teorie*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
- 7) FOGLAROVÁ, P., Vztah agentury domácí péče a praktického lékaře. *Sestra*. 2005, 15, 11, s. 34-35. ISSN 1210-0404.
- 8) JAROŠOVÁ, D., *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- 9) KLENER, P., et al. *Vnitřní lékařství I*. 1. vyd. Praha : Informatorium, 2000. 103 s. ISBN 80-86073-53-X.
- 10) KLENER, P., et al. *Vnitřní lékařství*. 3. vyd. Praha : GALÉN, 2006. 1158 s. ISBN 80-7262-430-X.

- 11) KOTALOVÁ, R; NEVORAL, J., *Terapie akutních gastroenteritid u dětí* [online]. Praha: pediatriká klinika UK 2. LF, [2006] [cit.12.10.2009]. Dostupný z www: <<http://www.kulisek-ors.cz/pro-odborniky/kotalova-terapie.pdf>>.
- 12) KRIŠKOVÁ, A., et al. *Ošetrovatel'ské techniky : metodika sesterských činností. 2. přepracované a doplněné vyd.* Martin : Osveta, 2006. 804 s. ISBN 80-8063-202-2.
- 13) LUKÁŠ, K., et al. *Gastroenterologie a hepatologie. 1. vyd.* Praha : Grada Publishing, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
- 14) LUKÁŠ, K., et al. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry. 1. vyd.* Praha : Grada Publishing, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
- 15) MIKŠOVÁ, Z., et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I. aktualizované a doplněné vyd.* Praha : Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
- 16) MIKŠOVÁ, Z., et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II. aktualizované a doplněné vyd.* Praha : Grada Publishing, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
- 17) NAVRÁTIL, L., et al. *Vnitřní lékařství pro nelékařské obory. 1. vyd.* Praha : Grada Publishing, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
- 18) ONDRIOVÁ, I; KOLLÁROVÁ, B., Ošetrovatel'ská starostlivosť o dieťa s gastroenteritídou- kazuistika. *Ošetrovatel'ství. 2007, 9, 3-4, s. 77-79. ISSN 1212-723X.*
- 19) PILLIAROVÁ, Z., Sestra v ambulancii. *Ošetrovatel'stvo. 2006, 5, 3-4, s. 9. ISSN 1335-9444.*

- 20) PILLIAROVÁ, Z., Sestra v ambulanci : 2. část. *Ošetrovatelstvo*. 2006, 5, 5-6, s. 10. ISSN 1335-9444.
- 21) PROŠKOVÁ, E., Sestra v primární péči. *Florence*. 2009, 5, 5, s. 3-4. ISSN 1801-464X.
- 22) ROZSYPALOVÁ, M., et al. *Ošetrovatelství I.*. 1. vyd. Praha : Informatorium, 2002. 239 s. ISBN 80-86073-97-1.
- 23) STAŇKOVÁ, M., *České ošetrovatelství 11 : Sestra- reprezentant profese*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
- 24) *Střevní chřipka.cz* [online]. 2010 [cit. 10.3. 2010]. Příznaky střevní chřipky, střevní potíže, střevní viróza. Dostupné z WWW: <<http://strevni-chripka.cz/>>.
- 25) ŠAFRÁNKOVÁ, A; NEJEDLÁ, M., *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.

8. Klíčová slova

akutní gastroenteritida

sestra

nemocný

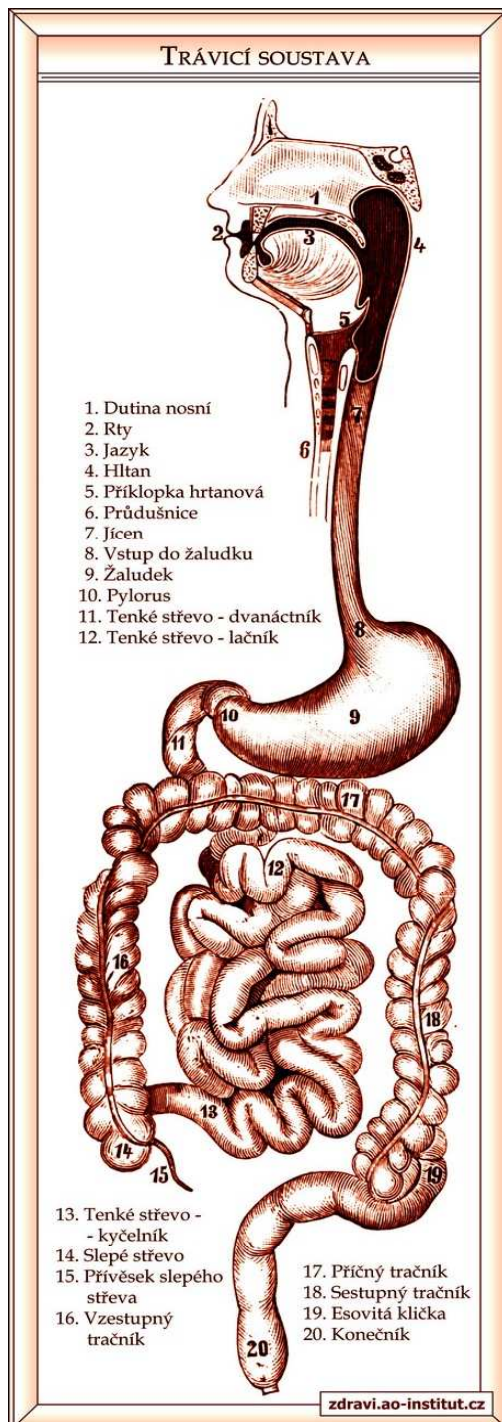
ošetrovatelská péče

gastrointestinální trakt

9. Přílohy

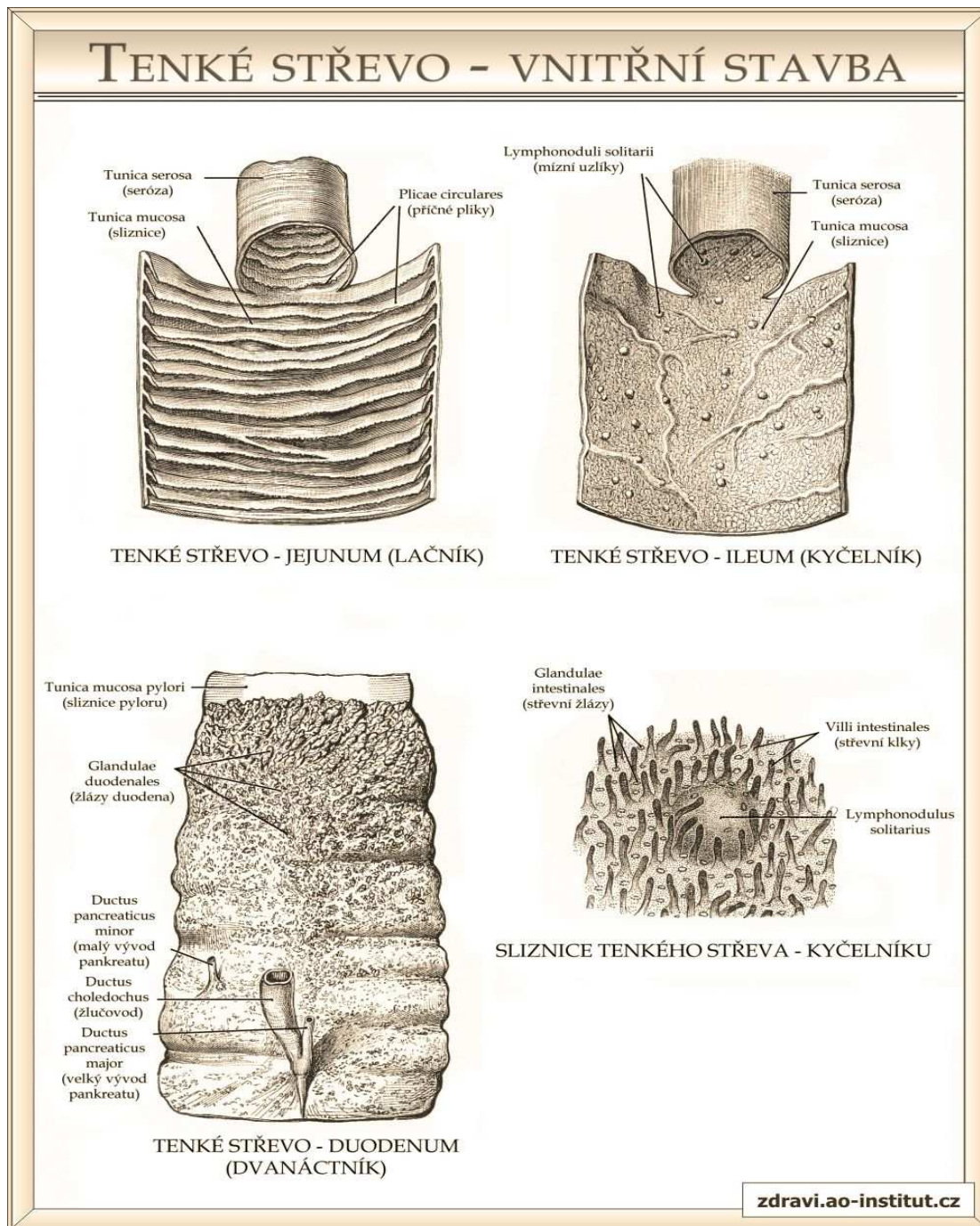
1. Trávicí soustava
2. Tenké střevo
3. Doporučení WHO pro výživu malých dětí
4. Hodnocení stupně dehydratace
5. Dotazník
6. Edukační materiál pro pacienty s akutní gastroenteritidou

Trávicí trakt



Zdroj: <http://zdravi.ao-institut.cz/images/04-Travici-soustava.jp>[cit. 10.3. 2010].

Tenké střevo



Zdroj: <http://zdravi.ao-institut.cz/images/03-Tenke-strevo-vnitni-stavba.jpg> [cit. 10.3. 2010].

Doporučení WHO pro výživu malých dětí

Okruh 1: Trvání výlučného kojení a věk zavedení příkrmu

- Dítě výlučně kojíme do 6 měsíce života.
- Od ukončení 6 měsíce začínáme s příkrmováním při pokračování kojení.

Okruh 2: Udržování kojení

- Podle potřeby dítěte pokračujeme s kojením až do dvou let věku i déle.

Okruh 3: Citlivá reakce na potřeby dítěte při kojení

- Citlivě reagujeme na známky hladu i sytosti, dítě povzbuzujeme, ale nenutíme.
- Kojence krmíme a staršímu dítěti pomáháme, když se učí jíst samo.
- Dítě krmíme pomalu a trpělivě.
- Pokud dítě odmítá mnoho druhů potravin, zkusíme jejich různé kombinace, různé chuti a struktury a různé způsoby povzbuzování k jídlu.
- Dítě krmíme v klidném prostředí, kde je nic nevyrušuje.
- Nezapomeneme, že doba krmení je také dobou učení a lásky – na dítě během jídla mluvíme a nezapomeneme na zrakový kontakt.

Okruh 4: Bezpečná příprava a uchování jídla

Zachováváme správnou hygienu zacházení s potravinami.

- Před přípravou jídla a krmením dítěte vždy umyjeme ruce sobě i dítěti.
- Skladujeme potraviny vhodným způsobem a servírujeme jídlo bezprostředně při přípravě.
- K přípravě a servírování používáme čisté kuchyňské nádobí a nástroje.
- Nepoužíváme kojenecké lahve, protože se špatně udržují čisté.

Okruh 5: Potřebné množství příkrmu

- V šesti měsících věku začneme s malým množstvím příkrmu a s věkem dítěte zvyšujeme jeho množství. Současně pokračujeme v kojení.
- Průměrná denní potřeba energie z příkrmu v industrializovaných zemích je u kojeného dítěte 0,54 MJ (130 kcal) v 6.- 8. měsíci, 1,3 MJ (310 kcal) v 9.- 11. měsíci věku a 2,4 MJ (580 kcal) v 12. – 23. měsíci.
- Nekojené dítě potřebuje denně přibližně 2,5 MJ (600kcal)/den v 6.- 8. měsíci, 2,9 MJ(700 kcal)/den v 9.- 11. měsíci a 3,8 MJ (900 kcal)/den v 12.- 24. měsíci.

Okruh 6: Konzistence stravy

Jak dítě roste, zvyšujeme postupně konzistenci a různorodost nabízené stravy podle jeho potřeb a schopností.

- V šesti měsících věku může dítě jíst pyré a kaše.
- Do osmi měsíců je většina dětí schopna jíst „jídlo do ruky“, kterým se krmí samy.

- Kolem 12. měsíce jsou děti většinou schopny jíst stejný typ stravy jako rodina, bereme v úvahu, že dítě potřebuje stravu bohatou na všechny živiny.
- Nepodáváme potraviny, které mohou způsobit, že se dítě začne dusit (nerozpustné kousky potravy, které mohou uvíznout v průdušnici, jako jsou oříšky, zrnka vína, syrová mrkev).

Okruh 7: Četnost a energetická hustota jídel

- Jak dítě roste, zvyšujeme denní frekvenci podávání příkrmu.
- Vhodný počet jídel záleží na energetické hustotě stravy a obvyklém množství jídla, které dítě sní při každém krmení.
- Průměrné, zdravé kojené dítě by mělo dostávat příkrm:
 - Ve věku 6 – 8 měsíců 2 – 3x denně
 - Ve věku 9 – 11 měsíců 3 – 4x denně
 - Ve věku 12 – 24 měsíců rovněž 3 – 4x denně s 1 – 2 výživnými svačinami podle potřeby.
- Nekojené děti průměrně potřebují 4 – 5 jídel denně s 1 – 2 výživnými svačinami podle potřeby. Tato jídla může tvořit pouze mléko, nemléčné pokrmy nebo pokrmy, v nichž je kombinováno mléko s jinými potravinami.
- Dítě může potřebovat krmít častěji, pokud je energetická hustota jídla nízká nebo množství zkonsumovaného jídla malé.

Výše uvedená doporučení jsou založena na teoretických odhadech počtu potřebných krmení vypočítaných z energetické potřeby, kterou má pokrýt příkrm, kapacity žaludku 30 ml/kg hmotnosti dítěte a minimální energetické hustoty příkrmu 3,3 kJ (0,8 kcal)/g.

Okruh 8: Obsah živin v příkrmu

Podáváme dítěti pestrou stravu k zajištění příjmu všech potřebných živin:

- Maso, ryby nebo vejce by mělo dítě dostávat denně nebo tak často, jak je to možné.
- Vegetariánská strava v tomto věku nepokrývá výživové potřeby dítěte, pokud nedostává výživové doplňky nebo obohacené potraviny.
- Dáváme denně ovoce a zeleninu, které obsahují velké množství vitamínu A.
- Dáváme stravu s dostatečným množstvím tuku.
- Nedáváme dětem tekutiny s nízkou výživovou hodnotou, jako je čaj a slazené limonády.
 - Omezíme podávání džusů, které by nahrazovaly výživnější potraviny.
 -

Okruh 9: Používejte pro matku a dítě v případě potřeby doplňky vitamínů a minerálů nebo obohacené potraviny

- Dáváme kojenci příkrm obohacený (fortifikovaný) vitaminy a minerály nebo minerálové a vitaminové doplňky podle potřeby.
- Pro zajištění potřeby je zbytečné vyhodnocení deficitů živin vyskytujících se v dané dětské populaci. V některých populacích potřebují kojící matky obohacené potraviny či

vitaminové a minerálové doplňky pro ochranu vlastního zdraví a aby jejich mléko mělo dostatečnou koncentraci živin, zejména vitaminů. Tyto preparáty mohou být užitečné i pro ženy, které těhotenství plánují nebo jsou těhotné.

Okruh 10: Krmení během nemoci a po nemoci

- Během onemocnění dítěte zvýšíme podávání tekutin, častěji kojíme a povzbuzujeme, ale nenutíme dítě, podáváme jídla oblíbená, pestrá, lákavá.
- Po uzdravení dáváme dítěti jídlo častěji než obvykle a povzbuzujeme je, aby více jedlo, ale nenutíme.

Zdroj: MIKŠOVÁ, Z, et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I.* aktualizované a doplněné vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

Hodnocení stupně dehydratace

dehydratace	lehká	střední	těžká
ztráta hmotnosti	< 5 %	5 – 10 %	>10 %
celkový stav	při vědomí žízeň, neklid	velký neklid nebo ochablost	somnolence, chladná periferie
kožní turgor	normální až lehce snížený	snížený	stojící kožní řasy
sliznice	vlhké	suché	výrazně suché
fontanela	v niveau	pod niveau	výrazně pod niveau
oči	v niveau ev. lehce halonované	halonované	výrazně halonované
slzy	přítomny	chybějí	chybějí
množství moči	normální	oligurie	oligurie nebo anurie
krvní tlak	normální	normální	snížený
radiální puls	normální	zrychlený	zrychlený, nitkovitý

Zdroj: KOTALOVÁ, R; NEVORAL, J., *Terapie akutních gastroenteritid u dětí* [online]. Praha: pediatriká klinika UK 2. LF, [2006] [cit.12.10.2009]. Dostupný z www: <<http://www.kulisek-ors.cz/pro-odborniky/kotalova-terapie.pdf>>.

Dotazník

Dobrý den.

Milý paciente, jmenuji se Alena Nevolová a jsem posluchačkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty oboru Všeobecná sestra. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma Ošetrovatelská péče o nemocného s akutní gastroenteritidou. Dotazník je zcela anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné. Děkuji za Váš cenný čas a informace, které poslouží výhradně jen k výzkumu mé práce. **Označte prosím vždy jen jednu odpověď, není-li uvedeno jinak.**

1. Jaké je vaše pohlaví?

- a) mužské b) ženské

2. Kolik vám je let?

- a) 18 - 36
b) 37 - 55
c) 56 - 73
d) 74 - 91
e) 92 a více

3. Jaká je pravděpodobná příčina vašeho onemocnění?

- a) dietní chyba
b) konzumace alkoholu
c) virová, bakteriální infekce
d) nevím

4. Byl/a jste seznámen/a s dietními opatřeními v průběhu onemocnění?

- a) ano b) ne

(Pokud jste odpověděl/a b), pokračujte otázkou číslo 6.

5. Kdo vás seznámil s dietními opatřeními? (můžete označit více odpovědí)

- a) lékař
- b) sestra
- c) příbuzný
- d) nikdo

6. Informace, které jste získal/a o stravování během onemocnění akutní gastroenteritidou považuje za:

- a) dostatečné
- b) uspokojující
- c) částečně uspokojující
- d) nedostatečné

7. Jaké potraviny jsou podle vás vhodné při onemocnění akutní gastroenteritidou? (můžete označit více odpovědí)

- a) piškoty
- b) tlačenka
- c) suchary
- d) kořeněná jídla
- e) starší pečivo

8. Jak často navštěvujete fast foody? (rychlé občerstvení)

- a) každý den
- b) několikrát týdně
- c) 2x do měsíce
- d) výjimečně
- e) nikdy

9. Byl/a jste seznámen/a s riziky akutní gastroenteritidy?

- a) ano
- b) částečně
- c) pouze kusé informace
- d) nedostatečně
- e) vůbec

(Pokud jste odpověděl/a d, e), pokračujte otázkou číslo 11.

10. Kdo vás seznámil s riziky akutní gastroenteritidy? (můžete označit více odpovědí)

- a) lékař
- b) sestra
- c) příbuzný
- d) nikdo

11. Co podle vás znamená pojem dehydratace?

- a) odstranění vodních hydrantů
- b) převodnění organismu
- c) ukončení počítačové hry
- d) nedostatek vody a iontů v organismu

12. Co podle vás patří mezi příznaky dehydratace?

- a) otoky
- b) suchá kůže
- c) vypadávání vlasů
- d) nadměrné močení

13. Jak předejdete vzniku dehydratace?

- a) dostatečným příjmem tekutin
- b) pitím alkoholických nápojů

- c) omezeným příjmem tekutin
- d) používáním hydratačních krémů

14. Jaké tekutiny je podle vás vhodné přijímat v průběhu onemocnění akutní gastroenteritidou? (můžete označit více odpovědí)

- a) perlivá minerální voda
- b) káva
- c) pivo
- d) hořký černý čaj
- e) neperlivá minerální voda

15. Jaké množství tekutin je podle vás vhodné přijímat v průběhu onemocnění akutní gastroenteritidou?

- a) do 500 ml
- b) 1 - 1,5 l
- c) 2 - 3 l
- d) 3 a více litrů

16. Navštěvuje vás doma sestra z ordinace v průběhu onemocnění akutní gastroenteritidou?

- a) ano
- b) ne

17. Myslíte si, že by vás sestra z ordinace v případě potřeby navštívila v průběhu vašeho onemocnění u vás doma?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

18. Byly vám nabídnuty služby agentury domácí péče v době vašeho onemocnění akutní gastroenteritidou?

- a) ano
- b) ne

19. Uvítali byste pomoc sestry z pečovatelské služby v průběhu onemocnění?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

20. Znáte některou agenturu domácí péče ve vašem okolí? Pokud ano, uveďte její název.

- a) ano kterou?.....
- b) ne

Edukační materiál pro pacienty s akutní gastroenteritidou

Střevní chřipka?

Střevní chřipka (akutní gastroenteritida) je nepříjemné zánětlivé onemocnění sliznice žaludku a tenkého střeva. Přes svůj název nemá toto onemocnění s chřipkou nic společného!

Jaká je příčina onemocnění?

Nejčastější příčinou tohoto onemocnění je virová či bakteriální infekce. Příčinou onemocnění však může být i dietní chyba nebo některé druhy léků.

Projevy střevní chřipky

Kromě klasických chřipkových příznaků (bolest kloubů, únava, zvýšená teplota) se onemocnění projevuje průjmy, nechutenstvím, zvracením, křečovitými bolestmi břicha a zvýšenou plynatostí.

Diagnostika a léčba

Lékař onemocnění diagnostikuje z odebrané anamnézy, popřípadě provede výtěr z rektu k laboratornímu vyšetření. Pacient je většinou odeslán do domácího ošetřování.

Základem léčby je dieta spolu se střevními desinfeciemi (Endiaron, Živočišné uhlí). **(Vždy konzultujte s lékařem!)**

Při těžším průběhu onemocnění je nutná hospitalizace a intravenózní rehydratace.

Dieta:

1. den nejzte. Je však důležité hodně pít nejlépe černý nebo bylinný čaj nebo neperlivou vodu. (Množství tekutin by mělo být alespoň 2 l/24 h)

2. a 3. den přidáme suchary, suché pečivo, nemastnou rýži nebo dušenou mrkev. Jíme po malých porcích.

4. a 5. den do jídelníčku zařadíme brambory, dušené maso, jablka, banány.

Další dny postupně přecházíme na běžnou stravu.

Doporučení

Střevní chřipka je onemocnění, které s sebou nese určitá rizika např. dehydratace, proto je důležité vždy dodržet léčebný režim a onemocnění doléčit.

V průběhu onemocnění dbáme na zvýšenou hygienu rukou, zvláště po použití WC a při přípravě a konzumaci potravy. Velkou pozornost také věnujeme hygieně konečníku, kde je velké riziko vzniku opruzenin.

Co je dehydratace?

Dehydratace je nejčastější komplikací střevní chřipky. Jedná se o nedostatek vody a iontů v organismu. Mezi příznaky dehydratace patří suchá kůže, bledé sliznice, ale také únavy, malátnost či bolest hlavy. Dehydrataci při onemocnění střevní chřipkou jde předejít dostatečným příjmem tekutin a užíváním rehydratačních roztoků.

Tento edukační materiál slouží jen jako informační materiál, proto prosím vždy konzultujte onemocnění s lékařem!