

# Specifika ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním horních cest dýchacích

Lenka Picková<sup>1</sup>, Mgr. Alena Machová<sup>2</sup>

<sup>1</sup>FN Motol Praha, Dermatovenerologické oddělení, <sup>2</sup>Jihočeská univerzita České Budějovice, Zdravotně sociální fakulta

## Abstrakt

První část bakalářské práce, na téma Specifika ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním horních cest dýchacích, je zaměřena na anatomii a fyziologii dýchacího systému, zánětlivá onemocnění horních cest dýchacích a na ošetrovatelskou péči. Druhá část práce je výzkumná. Pro výzkumné šetření byly stanoveny dva cíle a dvě výzkumné otázky. Cílem práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním akutní laryngitida a nejčastěji se vyskytující ošetrovatelské diagnózy u dětí s onemocněním akutní laryngitida. Výzkumné otázky byly stanoveny takto: 1. Jaká specifika ošetrovatelské péče vyžadují děti s onemocněním akutní laryngitida? 2. Jaké ošetrovatelské diagnózy se nejčastěji vyskytují u dětí s onemocněním akutní laryngitida? Ke sběru dat bylo využito kvalitativní výzkumné šetření metodou dotazování technika rozhovoru, pozorování a obsahová analýza dokumentace. 1. výzkumný soubor tvořily sestry pracující na dětském oddělení Nemocnice Strakonice, a. s. 2. výzkumný soubor tvořily děti, s onemocněním akutní laryngitida, hospitalizované na dětském oddělení stejné nemocnice. Na základě zhodnocení výsledků z rozhovoru se sestrami a pozorování byla stanovena odpověď na první výzkumnou otázku: Ošetrovatelská péče, u dětí s onemocněním akutní laryngitida, má svá specifika spočívající v zajištění průchodnosti dýchacích cest podáním inhalací a léků dle ordinace lékaře, zabezpečením zvýšené polohy dítěte a přívodem čerstvého studeného vzduchu na pokoj, kde je dítě uloženo. Na základě zhodnocení výsledků z obsahové analýzy ošetrovatelské dokumentace a pozorování vyplynula odpověď na druhou výzkumnou otázku: Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy, u dětí s onemocněním akutní laryngitida, patří diagnóza Neefektivní průchodnost dýchacích cest, Riziko aspirace, Porušený spánek. Výsledky výzkumného šetření budou poskytnuty sestram na oddělení, kde bylo šetření realizováno, mohou přispět ke zlepšení ošetrovatelské péče. Výstupem bakalářské práce pro praxi jsou dvě ošetrovatelské diagnózy rozpracované metodou ošetrovatelského procesu.

## Abstract

The first part of the Thesis on the topic Specifics of Nursing Care of Children with Upper Respiratory Disorders is aimed at upper respiratory tract anatomy and physiology, inflammatory diseases of upper respiratory tract and nursing care. The second part is a research one. Two research goals and two questions were set for the research. The aim of the work was to find out the specifics of nursing care of children with acute laryngitis and the most frequently occurring nursing diagnoses in children with acute laryngitis. The research questions were formulated as follows: 1 – What nursing care specifics are required for children with acute laryngitis? 2 – What are the most frequent nursing diagnoses in children with acute laryngitis? Qualitative research methods of interview, observation and documentation content analysis were applied on data collection. The first research sample consisted of nurses working at the paediatric department of the Strakonice Hospital. The second research sample consisted of children suffering from acute laryngitis hospitalized at the paediatric ward of the same hospital. An answer to the first question was formed upon evaluation of the results of interviews with nurses and upon observation: Nursing care of children suffering from acute laryngitis has its specifics based on ensuring upper respiratory tract clearance by dosing inhalation and medicaments according to practitioner's order, ensuring child's elevated position of and supply of fresh air to the room where the child lies. An answer to the second question was based on evaluation of nursing documentation analysis and on observation: The most frequent diagnoses in children with acute laryngitis are particularly Ineffective clearance of respiratory tract, Aspiration risk, Sleep disorder. The research results will be made available to nurses of the ward where the research took place as they may contribute to nursing care improvement. The practical output of the thesis involves two nursing diagnoses elaborated by the nursing process method.

## Citace

Picková L. Specifika ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním horních cest dýchacích. *Zdravotníci sobě*. 2016; 2: 1–28. ISBN: 978-80-905751-1-0.

## KLÍČOVÁ SLOVA

Dítě, horní cesty dýchací, nemoc, ošetrovatelské diagnózy, ošetrovatelská péče, sestra

## KEYWORDS

Child, upper respiratory tract, illness, nursing diagnosis, nursing care, nurse

## ÚVOD

Nemoci respiračního systému představují nejčastější příčinu nemoci u dětí všech věkových skupin. V praxi dělíme onemocnění dýchacích cest na onemocnění horních cest dýchacích a onemocnění dolních cest dýchacích, dále na onemocnění akutní, recidivující a chronická. Klinický obraz všech onemocnění dýchacích cest je závislý na věku pacienta. Mezi nejčastější onemocnění v dětském věku patří infekce horních cest dýchacích. Tyto infekce postihují děti, batolata a kojence i několikrát do roka. Je to dáno anatomickými a funkčními odlišnostmi dýchacích cest u dětí. Velikou roli sehraává i obranyschopnost organismu každého dítěte. U těchto onemocnění je důležitá správná diagnostika, léčba a ošetrovatelská péče, aby se předcházelo případným komplikacím. I přes veškerou ambulantní péči vyžaduje průběh tohoto onemocnění u některých dětí hospitalizaci. Je důležité, aby každá dětská sestra velmi dobře ovládala ošetrovatelskou péči o dýchací cesty. Její součástí je nejen hygiena horních cest dýchacích, zejména péče o jejich průchodnost, ale i péče o psychiku hospitalizovaného dítěte. I krátký pobyt v nemocnici může negativně ovlivnit nejen dítě, ale i rodiče. Přítomnost matky nebo otce napomáhá dítěti zátěžové situace lépe zvládnout. Během hospitalizace rodiče představují pro dítě nenahraditelný zdroj bezpečí a jistoty. Přítomnost rodičů má vliv na celý průběh hospitalizace, na léčbu i na ošetrovatelskou péči o dítě.

Téma bakalářské práce „Specifika ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním horních cest dýchacích“ jsem si vybrala proto, že mne zajímá ošetrovatelská péče poskytovaná na dětských odděleních, se kterou se v ambulantní péči setkávám velice málo. Každé nemocné dítě vyžaduje specifickou ošetrovatelskou péči. Proto by měly sestry na dětských odděleních pracovat metodou ošetrovatelského procesu. Na základě sběru subjektivních i objektivních dat zjistit potřeby dětského pacienta, stanovit ošetrovatelské diagnózy, poté stanovit ošetrovatelské cíle, které umožňují plánovat a realizovat péči zaměřenou na zmírnění nebo prevenci konkrétních problémů nemocného dítěte. Výsledky bakalářské práce by měly posloužit k odhalení případných nedostatků v ošetrovatelské péči poskytované dětem s onemocněním horních cest dýchacích, a tím napomoci ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Anatomie a fyziologie dýchacích cest

Dýchání řadíme mezi základní fyziologické funkce. Bez dýchání není život možný, na dýchání jsou závislé další vitální funkce. Dýchání představuje základní biologickou potřebu člověka. Dýchací systém zajišťuje výměnu dýchacích plynů, a to výměnu dýchacích plynů mezi vnějším prostředím a krví, což nazýváme vnějším dýcháním a výměnu kyslíku a oxidu uhličitého mezi krví a tkáněmi, což nazýváme vnitřním dýcháním. Buňky dětského organismu jsou velice citlivé a náročné na tuto výměnu plynů (Elišková a Naňka, 2007, s. 167; Sedlářová a kol., 2008, s. 98; Trachtová a kol., 2006, s. 110).

„Dýchací soustavu tvoří dýchací cesty a plíce. Její nedílnou součástí je plicní (malý) krevní oběh, který je: převážně funkční – slouží výměně dýchacích plynů, z menší části je nutritivní (vyživovací) - přivádí plicní tkáni O<sub>2</sub> a živiny a odvádí zplodiny metabolismu“ (Merkunová a Orel, 2008, s. 115).

Dýchací cesty dělíme na horní a dolní dýchací cesty. Dutina nosní, dutina ústní, hltan, hrtan a vedlejší obličejové dutiny představují horní cesty dýchací. Průdušnice, průdušky a jejich další větvení představují dolní cesty dýchací (Klíma a kol., 2003, s. 111).

Dutina nosní je začátkem dýchacích cest. Je rozdělena na předsíň a vlastní dutinu nosní. Vlastní dutina nosní je rozdělena nosní přepážkou na dvě poloviny. Dutina nosní je spojena s vedlejšími nosními dutinami v horní čelisti, v čelní kosti, v čichové kosti a v klínové kosti. Je vystlána sliznicí, která je silná a prokrvená. Mezi funkce dutiny nosní patří předehřívání a zvlhčování vdechovaného vzduchu, dále vdechovaný vzduch očišťuje od mechanických nečistot, dráždí čichové buňky nacházející se v čichovém poli ve stropu dutiny nosní, lymfatická tkáň představuje první bariéru proti vstupu infekce do organismu. Sliznice dutiny nosní je bohatě vybavena rozpoznávacími i efektorovými strukturami imunitního systému, je značně rezistentní a adaptabilní vůči bakteriální infekci, snadněji podléhá fyzikálním a chemickým noxám a virům. Má schopnost získávat odolnost nespécifickými podněty například otužováním. Její dobrá resorpční schopnost pro vodné roztoky je využívána ve farmakologii (Elišková a Naňka, 2007, s. 168; Markalous a kol., 2009, s. 26; Nováková, 2011, s. 134).

Nosohltn má nálevkovitý tvar, navazuje na dutinu nosní. Převádí vzduch z nosní dutiny do ústní části hltanu, zde se kříží dýchací a trávicí cesty, dále do hrtanové části hltanu. Hltan se otevírá směrem vzad do jícnu a směrem vpřed do hrtanu. Do nosohltnu ústí pravá a levá Eustachova trubice, která spojuje nosohltn s dutinou středoušní, což umožňuje vyrovnávat tlak ve středouši s tlakem atmosférickým. Eusta-

chova trubice zároveň představuje cestu šíření infekce z nosohltanu do středouší. Hltanová mandle je umístěna na zadní stěně nosohltanu, je tvořená nakupenou mízní tkání a představuje první ochrannou bariéru dýchacích cest (Merkunová a Orel, 2008, s. 117).

Hrtan je součástí horních cest dýchacích, je uložen na přední straně krku. Má trubicovitý tvar, je tvořen chrupavkami, které jsou mezi sebou spojené klouby. Skládá se ze tří anatomických oblastí. První oblast, supraglottická, je vchodová část hrtanu, nachází se nad hlasivkami a obsahuje příklopku hrtanovou, epiglottis, která uzavírá vchod do hrtanu při polykání. Druhá oblast, glottická, představuje pravé hlasové vazy, hlasivky, mezi kterými je hlasová šterbina. Hlasová šterbina se buď zužuje, nebo rozšiřuje. Při řeči je šterbina úzká, vazy jsou napjaté a proud vydechovaného vzduchu je rozkmitává. Třetí oblast, subglottická, se nachází pod hlasivkami a navazuje na průdušnici (Nováková, 2011, s. 135; Vokurka a Hugo, 2004, s. 252).

Průdušnice je tvořena chrupavkami spojenými vazivem. Je uložena pod hrtanem před jícnem a ve výši 4. – 5. hrudního obratle se dělí na pravou a levou průdušku. Každá průduška vstupuje brankou do příslušné plicce a postupně se dělí na menší průdušky až průdušinky a vytváří průduškový strom (Merkunová a Orel, 2008, s. 118; Nováková, 2011, s. 135).

Plicce představují vlastní funkční parenchym. Dělí se na pravou a levou. V plicích se dělí průdušky na průdušinky, ty jsou zakončené plicními váčky v tzv. plicních sklípcích. Zde dochází k výměně plynů mezi vzduchem a krví. Plicce i dutina hrudní jsou kryty po celém povrchu plicní a nástěnou pleurou. Při pohybu plic po sobě obě hladce kloužou. Prostor mezi oběma pleurami je vyplněn tekutinou a nazývá se pohrudniční dutina. Pravá plicce je rozdělena na tři laloky, levá na dva laloky. Plicnice, plicní kapiláry a plicní žíly představují plicní cévní systém. Ke stěnám alveolů těsně přiléhají plicní kapiláry, zde probíhá vlastní výměna plynů. Plicní žíly vedou okysličenou krev do levé srdeční síně. K výživě průdušek a plicní tkáně slouží cévní zásobením, vycházející z hrudní aorty. Při dýchání se opakují cykly vdech, výdech a inspirační pauza. Dýchací pohyby zabezpečují dýchací svaly. Mezi hlavní dýchací svaly patří bránice a mezižeberní svaly, mezi pomocné dýchací svaly řadíme svaly krku, svaly pletence pažního a zad a svaly břišní stěny. Dýchání je řízeno z dýchacího centra uloženého v prodloužené míše (Fendrychová a Klimovič, 2005, s. 141; Merkunová a Orel, 2008, s. 119).

## 1.2 Anatomicko-fyziologické rozdíly dýchacích cest u dětí a dospělých

Pro poskytování ošetrovatelské péče o dýchací cesty u dětí je důležité dobře znát anatomicko-fyziologické odlišnosti dýchacích cest u dětí a dospělých. Rostoucí dětský organismus má v důsledku intenzivní látkové výměny vysoké nároky na spotřebu kyslíku. Dechová frekvence je u dětí vyšší než u dospělého (příloha 1). Novorozenci dýchají nepravidelně, někdy se u nich mohou objevit apnoické pauzy. Novorozenci a kojenci dýchají nosem. Pro novorozence, kojence a batole je typické diafragmatické abdominální dýchání, ve třech letech začíná dítě dýchat i pomocí svalstva na hrudníku a okolo sedmého roku dítě dýchá jako dospělý člověk. Dýchací cesty u dětí jsou úzké, v průběhu růstu se rozšiřují a zvětšují. U novorozence má vyšší postavení bránice. U dětí je v klenbě

zadní části nosohltanu uložena nosohltanová mandle. Podílí se na obranyschopnosti organismu a okolo desátého roku se začíná zmenšovat. Dítě má krátkou a širokou Eustachovu trubici, úzké nozdry, velký jazyk, vysoko postavenou glottis. Hrtan novorozence je v úrovni třetího krčního obratle, do dvou let sestoupí ke čtvrtému krčnímu obratli a ve starším školním věku sahá k šestému krčnímu obratli. U dětí je nedokončená osifikace patra. Během růstu a vývoje se rozděluje a ztenčují alveoly. Zvětšuje se také povrch, na kterém může docházet k výměně plynů (Kubíková, 2011, s. 38; Sedlářová a kol., 2008, s. 98; Vacušková, 2009, s. 59).

## 1.3 Zánětlivá onemocnění horních cest dýchacích u dětí

„Zánět je komplexní obranná a reparativní reakce vyšších organismů na poškození“ (Šafránková, 2006, s. 42). Zánětlivé obstrukce dýchacích cest jsou charakteristické zánětlivým procesem, hyperrémií sliznice dýchacích cest a edémem. Zánětlivý proces vzniká jako důsledek působení virových a bakteriálních infekcí (Torišková a Bratová, 2011, s. 54).

Dle lokalizace dělíme záněty na záněty horních cest dýchacích, záněty dolních cest dýchacích a na záněty plic. Za hranici mezi horními a dolními cestami je zpravidla považován hrtan. Dle délky trvání dělíme záněty na akutní, subakutní a chronické. Podle imunitní reakce dělíme záněty na nespecifické a specifické. Dle charakteru exudátu na serózní, hnisavé a fibrinózní. Mezi velice častá onemocnění patří infekce horních cest dýchacích, charakterizované sezónním epidemickým výskytem. K těmto infekcím patří rýmy, na ně často navazují infekce středního ucha, záněty vedlejších nosních dutin, záněty nosohltanu a hltanu, angíny a záněty hrtanu. Komplikací zánětu hrtanu je zánět hrtanové příklopky epiglottitida (Astl, 2010; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 44).

### 1.3.1 Akutní rýma (rinitida)

Akutní rýma je nejčastější typ zánětu horních cest dýchacích nejčastěji virového původu. Rýmu mohou vyvolat bakterie a pyl. Rýma bývá součástí onemocnění dalších částí dýchacího systému. Projevuje se kýchním, pálením v nosohltanu, ztíženým dýcháním nosem. Z toho plynou problémy při krmení dítěte. Dítě může mít zvýšenou teplotu, je patrná sekrece z nosu, zprvu vodová a postupně se mění na hnisavou, dítě může poklašlávat. V terapii se u kojenců doporučuje odsávání sekretu, u větších dětí častější smrkání, dle ordinace lékaře použití nosních kapek. Důležitá jsou preventivní opatření, kterým patří otužování dítěte, pohyb na čerstvém vzduchu, vyloučení infekčního fokusu v podobě adenoidní vegetace. Ke komplikacím patří zánět středního ucha (Karen a kol., 2011, s. 5; Klíma a kol., 2003, s. 124).

### 1.3.2 Zánět vedlejších nosních dutin (sinusitida)

Zánět vedlejších nosních dutin vzniká jako komplikace rýmy proniknutím infekce do vedlejších nosních dutin. Projevuje se zvýšenou únavou, bolestí hlavy, teplotou, nechutenstvím, u dětí nauzeou a zvracením. Sekrece z nosu je hnisavá. Podle dutiny, do které zánět proniká, se rozlišuje *sinusitis frontalis*, u kterého je hlavním příznakem bolest hlavy v čele a jenž se vyskytuje u dětí od šestého roku věku až do dospělosti. Oproti tomu *sinusitis maxillaris* se nejčastěji objevuje u

děti ve školním věku. U dětí je přítomna bolest nad dutinou. Bolest za okem, vertigo a slzení očí je typické pro *sinusitis sphenoidalis*. Vyskytuje se u dětí od devátého roku věku. U nejmenších dětí se vyskytuje *sinusitis ethmoidalis*, provázená bolestí za kořenem nosu a slzením očí. Dochází-li k blokáci přirozeného ústí z vedlejší nosní dutiny do nosu, sekret se hromadí a vzniká empyém. Další komplikací může být orbitocelulitida, při které přechází zánět do orbity. Při zánětu vedlejších nosních dutin se aplikují antibiotika, dále se podávají antipyretika. Při orbitocelulitidě se doporučují antibiotika v parenterální formě za hospitalizace dítěte. Vzniká nebezpečí přestupu infekce na mozkové pleny (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 45; Velemínský a kol., 2009, s. 101).

### 1.3.3. Zánět středního ucha (otitis media)

Zánět středního ucha velice často vzniká jako komplikace jiného onemocnění horních cest dýchacích, ale může se objevovat i samostatně. Je způsoben proniknutím zánětu z nosohltanu Eustachovou trubicí do středoušní dutiny. Zánět středního ucha může být způsoben virem, bakteriemi, plísněmi popř. uvíznutím cizího tělesa. Projevuje se tepavou bolestí v uchu, zvýšenou teplotou, malé děti si většinou sahají na ucho a pláčou. Celková léčba spočívá v podávání antibiotik, antipyretik a analgetik. Místní terapie spočívá v aplikaci nosních kapek ke snížení otoku sliznice. Při silném vyklnutí bubínku, přetrvávající horečce a při velkých bolestech se provádí paracentéza (propíchnutí bubínku) k uvolnění tlaku z nahromaděného sekretu. V akutní fázi jsou vhodné studené obklady a ušní kapky s analgetickým účinkem. Při sekreci ze středoušní dutiny je vhodné léčit zánět otevřeně, tzn. nedávat nic do zvukovodu (Nováková, 2011, s. 160; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 40).

### 1.3.4 Zánět nosohltanu (nasofaryngitida), zánět hltanu (faryngitida), adenoidní vegetace

Zánět nosohltanu a zánět hltanu bývá provázen pálením v nosohltanu, rýmou, bolestmi a škrábáním v krku, nutkavým odkásláváním, dysfágií. Léčba spočívá v aplikaci léků uvolňujících hlen, indikovány jsou inhalace. Antibiotika se podávají v případě komplikací. Adenoidní vegetace představuje hyperplazii nosohltanové mandle, při které dochází ke zhoršování nosního dýchání. Ke vzniku vedou opakované záněty a infekce (rýmy, záněty středního ucha). Dochází ke zhoršené průchodnosti až úplné neprůchodnosti vdechovaného a vydechovaného vzduchu nosem. Dítě dýchá ústy hlavně v noci, chrápe, má přerušovaný spánek, huhňavou řeč, pocit plného nosu a má typický výraz tváře – facies adenoidea. Mandle utlačuje ústí Eustachovy trubice, což má za následek nedoslýchavost, poruchy spánku, únavu. Adenoidní vegetace se vyšetřuje čtrnáct dní po vyléčení akutní infekce. Důležitá je anamnéza, základní fyzikální vyšetření a zadní nebo přední rhinoskopie. Z konzervativní terapie je důležitá přiměřená výživa s dostatkem vitamínů, tělesný pohyb, klimatoterapie v horském prostředí nebo u moře, léčba infekcí horních cest dýchacích. Možná a velice častá je i chirurgická terapie, adenotomie, která představuje operativní snesení lymfoepiteliální tkáně bující v nosohltanu v klidovém období pacienta (Nováková, 2011, s. 155; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 44; Velemínský a kol., 2009, s. 101).

### 1.3.5 Zánět krčních mandlí (tonzilitida)

Zánět krčních mandlí velice často provází záněty horních cest dýchacích, i když tonsily nepatří anatomicky do dýchacího ústrojí, náleží k lymfatické tkáni a tvoří protiinfekční filtr dýchacích cest. Zánět se nazývá tonsilitida. Nejčastějším vyvolavatelem tonzilitidy je beta-hemolytický streptokok skupiny A. Toto onemocnění se vyskytuje především u dětí školního věku. Projevuje se bolestí v krku, bolestí kloubů, teplotou, únavou, krční uzliny bývají zduřelé a bolestivé. Charakteristická je tvorba čepů v mandlích. K rozlišení angíny virové a bakteriální se provádí výtěr z mandlí. V případě bakteriální angíny se podávají cíleně antibiotika, nejčastěji Penicilin.

Důležitý je klid na lůžku, podávání antipyretik, kloktadel, dostatek tekutin, a přikládání Priessnitzových obkladů na krk. Mezi nejčastější komplikace angíny patří, při neohraničeném zánětu bez nahromadění hnisu, peritonzilární flegmóna a při ohraničeném zánětu s kolikvaci peritonzilární absces. Při neúspěšné konzervativní léčbě se přistupuje k léčbě chirurgické. Provádí se odstranění patrových mandlí, tonzilektomie, kterou lze provést v místní i celkové anestezii. U neléčené angíny je nebezpečí vzniku pozdních komplikací v podobě zánětu ledvin, srdce a kloubů. (Nováková, 2011, s. 149; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 44; Velemínský a kol., 2009, s. 101).

### 1.3.6 Zánět hrtanu (laryngitida)

„Laryngitis akuta je jedna z nejčastějších příčin obstrukce horních cest dýchacích u dětí zejména ve věku od 6 měsíců do 3 let“ (Fendrychová a Klimovič, 2005, s. 147). Jedná se o sezónní onemocnění s maximem výskytu koncem podzimu a na začátku jara. Původcem je virová někdy bakteriální infekce. Syndrom laryngitidy může vyvolat alergie například na pyl či prach. Infekce způsobí otok hrtanu těsně pod vazy hlasovými v subglotickém prostoru. Projevuje se bolestí v krku, chraptotem, často dráždivým kašlem. Nemoc může začít z plného zdraví, projeví se většinou v noci, dítě uléhá zdravé, následuje náhlé probuzení. Dítě štěkavě kašle, je neklidné, vyděšené, pláče, dusí se. Je přítomný inspirační stridor a dysfonie. Může probíhat i bez zvýšené teploty. Poloha v leže nezhoršuje dušení, při polykání nejsou obtíže. Velmi často stačí na dítě otevřít okno, studený vzduch způsobí oplasknutí edému v dýchacích cestách a dítěti se uleví. Při progresi příznaků obstrukce horních cest dýchacích se vlivem hypoxémie velmi rychle klinický stav pacienta zhoršuje, objeví se dyspnoe, tachypnoe, tachykardie a laryngitida je život ohrožující stav, který může při nekvalitní diagnostice a léčbě skončit smrtí dítěte (Fendrychová a Klimovič, 2005, s. 145; Pokorný, 2004, s. 299).

Pro příznivou prognózu je důležitá včasná diagnostika, rozhodnutí o hospitalizaci a adekvátní léčba. V pediatrické praxi se nejčastěji používá hodnocení dle Downese (příloha 2). U virové laryngitidy neexistuje specifická léčba. Dítě je zpravidla ponecháno v domácím prostředí, pouze v případě komplikací je hospitalizováno. Doporučuje se chladný, vlhký vzduch, zvýšit příjem tekutin asi o 20% nad fyziologickou potřebu. Z podpůrných metod je využívána inhalace vodních par a solí, důležitý je hlasový klid. Lze použít elektrické inhalátory, nebo postačí otevřená nádoba s ohřátým vodním

roztokem. Osoby, které o děti pečují v domácím prostředí, musí sledovat tělesnou teplotu, charakter kašle, výskyt bolestí, případně výskyt dušnosti a příjem tekutin. Děti zaujmají klid na lůžku, doporučená je poloha v polosedě nebo s podloženou horní částí lůžka. Důležité je užívání naordinovaných léků. V domácím prostředí je nutné pečovat o vlhkost vzduchu, pravidelně větrat a udržovat optimální teplotu vzduchu. Pokud nejsou k dispozici elektrické zvlhčovače, lze použít různé druhy odpařovačů nebo improvizované prostředky, například namočená a pověšená prostěradla nad topení v pokoji nemocného. V prvních dnech nemoci nemají děti velkou chuť k jídlu. Je vhodná lehce stravitelná strava s dostatkem vitamínů, hlavně vitamínu C a dostatek tekutin (Karen a kol., 2011, s. 5; Novák, 2008, s. 303; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 44).

Děti, u kterých se vyskytly komplikace, nebo jsou ohroženy vznikem komplikací, jsou přijímány k hospitalizaci. Při ní platí podobné ošetrovací postupy jako v domácím ošetřování. Tyto činnosti zajišťuje zdravotnický personál s patřičným materiálem a technickým vybavením. Sestra dítě uloží do Fowlerovy polohy. Zjištěné informace o dítěti zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. Na základě těchto informací zapracuje ošetrovatelský plán. V pravidelných intervalech sleduje fyziologické funkce dítěte, zejména frekvenci, hloubku a charakter dýchání. Dále sleduje vyprazdňování, hydrataci, subjektivní potíže a psychický stav dítěte. Dle ordinace lékaře podává ordinované léky. Sleduje projevy dechové nedostatečnosti, neklid, zapojení pomocných dýchacích svalů, výsledky laboratorních vyšetření, zejména krevní obraz a acidobazickou rovnováhu. Dbá o vlhkost a teplotu vzduchu v pokoji dítěte. V případě, že je s dítětem hospitalizovaný některý z rodičů, zapojuje je do péče o dítě. Edukuje rodiče o vyvolávajících příčinách onemocnění, možnosti recidivy onemocnění, první pomoci, o podávání léků a o preventivních opatřeních. Laryngitida se často opakuje a každá další ataka může být různě závažná (Boledovičová, 2010, s. 88, 89; Hrodek a Vavřinec, 2002, s. 49; Novák, 2008, s. 305).

### 1.3.7 Zánět příklopky hrtanové (epiglottitida)

„Epiglottitida – zánět sliznice epiglottis. Její zduření, zejména u malých dětí, způsobuje zúžení vstupu do hrtanu a následné dušení“ (Vokurka a Hugo, 2004, s. 110).

Akutní epiglottitida je bakteriálního původu. Nejčastějším vyvolatelem tohoto onemocnění je bakterie *Haemophilus influenzae* typu B. Proti této baktérii bylo v České republice zahájeno 1. července 2001 očkování. Od této doby se onemocnění u dětí vyskytuje méně. Nemoc probíhá velice rychle. Rozvinutý klinický obraz epiglottitidy je většinou otázkou několika hodin nebo i desítek minut. Pokud není poskytnuta adekvátní léčba, může dušení dítěte způsobit až smrt. Epiglottitida se projevuje dušností, dále je nápadná bolest při polykání, stridor, dítě odmítá jíst i pít, z úst mu vytékají sliny. Dítě je nápadně klidné, schvácené, s horečkou. Zaujímá polohu v polosedě, s mírným předklonem, chybí laryngální kašel. Při primárním ošetření lze podat kyslík maskou. Konzervativní léčba spočívá v monitoraci fyziologických funkcí (srdeční frekvence, počet dechů, krevní tlak, saturace O<sub>2</sub>), opakované klinické vyšetření dítěte, podávání kyslíku, zajištění i. v. přístupu a podávání tekutin. Vzhledem k etiologii jsou nutná antibiotika, citlivá na předpokládaného původce onemoc-

nění. Prognóza u epiglottitidy je vážná, ale při jejím včasném rozpoznání a správném postupu velmi dobrá (Kabelka, 2008; Novák 2008, s. 306; Ó Calaghan a Stephenson, 2005, s. 108).

## 1.4 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelství je zaměřeno na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení u nevléčitelně nemocných a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetrovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. Mezi hodnoty, na kterých si moderní ošetrovatelství zakládá, patří uznání a respektování každé lidské bytosti, chápání člověka v jeho komplexnosti, uznání faktorů, které ovlivňují prožívání zdraví a nemoci, uznání potřeby podporovat a udržovat zdraví po celý život, přesvědčení, že lidé mají právo spolurozhodovat o své péči. Pacienti jsou chápáni jako aktivní účastníci péče. Metodou moderního ošetrovatelství je ošetrovatelský proces (Farkašová a kol., 2006, s. 13; Tóthová a kol., 2009, s. 15, 16).

Rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovitě uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Potřeba je projevem určitého nedostatku, chybění něčeho. Odstranění tohoto nedostatku je žádoucí. Potřeba je něčím, co lidská bytost potřebuje pro svůj život a vývoj. Lidské potřeby se vyvíjejí, kultivují, nejsou neměnné. Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému dle naléhavosti. Toto hierarchické uspořádání vede k tomu, že neuspokojené nižší potřeby (potřeby fyziologické a potřeby jistoty a bezpečí) převládají nad neuspokojenými vyššími potřebami (potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby uznání a sebeúcty, potřeby estetické a potřeby seberealizace). Všichni lidé mají společné potřeby. Prožívání nedostatku něčeho ovlivňuje psychickou činnost člověka, zejména myšlení, pozornost, emoce a tím vytváří vzorec chování jednotlivce (Farkašová a kol., 2006, s. 13; Trachtová a kol., 2006, s. 13).

Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby jiným způsobem. V průběhu života se potřeby člověka mění z hlediska kvantity i kvality. Uspokojování potřeb člověka znemožňuje nebo narušuje celá řada faktorů. Mezi tyto faktory patří nemoc, individualita člověka, mezilidské vztahy, vývojové stadium člověka, okolnosti, za kterých nemoc vznikla. Nemoc často brání lidem v uspokojování potřeb a sama modifikuje způsob jejich uspokojování. Nemocní zaměřují svou pozornost především na uspokojování potřeb fyziologických a přechodně se nezabývají potřebami vyššími. V uspokojování fyziologických a psychických potřeb napomáhají nemocným sestry. S postupným uzdravováním pacienta klesá i potřeba sestry pomoci. Hodnocení potřeb představuje základ pro hodnocení nemocného, zařazení problémů do priorit a plánování ošetrovatelských zásahů. Znalosti o lidských potřebách může sestra využít i při edukaci pacienta, může napomoci nemocnému pochopit jeho situaci a najít způsob, jak této situaci čelit (Trachtová a kol., 2006, s. 14).

### 1.4.1 Fáze a realizace ošetrovatelského procesu

Uspokojování potřeb člověka je realizováno prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je myšlenkovým algoritmem sestry při plánování ošetrovatelských aktivit a zároveň systémem kroků a postupů při ošetrování nemocného. Sestry se zabývají člověkem jako bytostí bio-

-psycho-sociální, bytostí holistickou. Termín holistický či holismus znamená celek. „Koncepte holismu aplikovaná na lidi a jejich zdraví zdůrazňuje skutečnost, že sestry musí brát na zřetel osobu jako celek v její bio-psycho-sociální jednotě“ (Trachtová, 2006, s. 9). Lidský organismus je v pojetí holismu integrovaná a organizovaná jednotka, ve které porucha jedné části celku vede k poruše jiné části, popř. celého systému. Samotný proces představuje plánované činnosti a tyto činnosti jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. Ošetrovatelský proces je racionální, systematická metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jedná se o pětifázový proces, jehož jednotlivé fáze jsou zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (Tóthová a kol., 2009, s. 16; Trachtová a kol., 2006, s. 9).

Ve fázi zhodnocení sbírá sestra informace a hodnotí zdravotní stav pacienta. Zaměřuje se nejen na patologické procesy a rizikové faktory, které by mohly negativně ovlivnit jeho zdravotní stav, ale i na pacientovy silné stránky. Ve druhé fázi ošetrovatelského procesu, zvané diagnostika, sestra provádí analýzu získaných dat a stanoví existující a potenciaální problémy, které tvoří základ plánu péče. Identifikuje silné stránky potřebné k vytvoření úspěšného plánu. Ve fázi plánování sestra společně s pacientem určí, které problémy vyžadují okamžitou pozornost a které mohou počkat nebo nemusí být okamžitě řešeny, na které se musí sestra soustředit či které lze delegovat na další členy ošetrovatelského týmu. Dále v této fázi stanoví cíle a výsledky např. co očekává od pacienta a za jakou dobu, určí, jaké činnosti jsou potřebné k dosažení stanovených cílů. Plán péče zaznamenává a zároveň zjišťuje, zda jsou respektovány individuální zvláštnosti pacienta při stanovení plánu péče. Během čtvrté fáze ošetrovatelského procesu dochází k realizaci plánu péče. Při realizaci plánu nelze postupovat automaticky. Před vykonáním každé činnosti sestra znovu posoudí momentální stav pacienta, zjistí, zda se nevyskytl nový problém, který by vyžadoval změnu plánu péče. Jednotlivé činnosti sestra realizuje nepřetržitě, přitom pečlivě pozoruje pacienta, popř. odpovídajícím způsobem změni postup. Informace zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. V poslední fázi ošetrovatelského procesu sestra hodnotí, zda bylo dosaženo vytyčených cílů a posoudí pacientovy reakce na ošetrovatelské zásahy. Může dojít k ukončení ošetrovatelského procesu popř. k revizi plánu péče (Mastiliáková, 2003, s. 121, 127, 133; Tóthová a kol., 2009, s. 16, 17).

Realizace ošetrovatelského procesu umožňuje reagovat na aktuální i potenciaální problémy pacienta. Ošetrovatelský proces klade důraz i na požadavky přesné dokumentace. Cílem je zlepšení komunikace, snížení počtu chyb a zbytečné opakování určitých postupů. Péče o pacienta je kvalitní a plánovaná, je zaměřena na uspokojování všech potřeb jednotlivce, rodiny, komunity i společnosti. Neustálá vyhodnocování a posuzování pacientových měnících se potřeb zabezpečuje odpovídající úroveň péče. Zaznamenaný plán péče je dostupný všem zainteresovaným osobám na péči o pacienta, což znamená možnost získat potřebnou informační bázi v multidisciplinárním týmu. Účast pacienta na péči zajišťuje rozvíjení zručnosti ve vztahu k péči o sebe sama. Moderní ošetrovatelská péče umožňuje větší plnohodnotnější seberealizaci sestry, danou samostatnějším uplatněním jejích vědomostí a zkušeností. Ošetrovatelský proces má za následek odborný růst sestry. Dodržováním všech fází ošetrovatelského proces-

su jsou splněny všechny zákonné povinnosti vůči pacientovi (Mastiliáková, 2003, 132; Tóthová a kol., 2009, s. 27, 28).

#### 1.4.2 Ošetrovatelský proces v pediatrii

Ošetrovatelská péče poskytovaná dětem vychází z teoretických základů vědeckého ošetrovatelství a využívá stěžejních prvků koncepčních modelů ověřených v praxi. Samozřejmostí se stává poskytování ošetrovatelské péče dětem metodou ošetrovatelského procesu. Poskytování ošetrovatelské péče dětem je podmíněno nejen dosažením odborné způsobilosti pro výkon povolání všeobecné sestry, ale vyžaduje i osobnostní vlastnosti a předpoklady jakými jsou například láska k dětem, obrovská míra trpělivosti, vytříbené pozorovací schopnosti, citlivost k dětskému trápení a bolesti, ale i předpoklady pro výchovnou práci s dětmi, estetické cítění, hudební a výtvarné schopnosti (Vacušková a kol., 2009, s. 14).

Hospitalizace znamená umístění dítěte v nemocnici a zároveň znamená narušení normálního života dítěte. Sestra může pozitivně ovlivnit adaptaci dítěte na hospitalizaci, po dobu hospitalizace s ním stráví nejvíce času. Postoj rodiny k hospitalizaci může zvýšit efektivitu jak ošetrovatelského procesu, tak práce sestry. Důležitým předpokladem úspěšně poskytované péče metodou ošetrovatelského procesu je aktivní komunikace sestry s hospitalizovaným dítětem, která vyžaduje velkou dávku trpělivosti, důslednosti, schopnosti naslouchat a profesionální vystupování. Dojem, který ošetřující personál vyvolá při prvním kontaktu s dítětem a rodiči, předurčuje úspěšnost přizpůsobení se dítěte na pobyt v nemocnici (Boledovičová, 2010, s. 47, 48). Hospitalizované dítě vždy vyžaduje individuální přístup zdravotnického personálu. Realizace ošetrovatelského procesu v pediatrii umožňuje zdravotnickému personálu organizovaný a systematický přístup nejen k dítěti ale i k doprovodu. Hospitalizace dítěte se dotýká i ostatních členů rodiny, proto je důležité, aby se sestra povzbuzovala k aktivní účasti na léčbě a tím zajistila důvěru rodičů ke členům ošetrovatelského týmu (Plevová a Slowik, 2010, s. 63; Sedlářová a kol. 2008, s. 18).

V první fázi ošetrovatelského procesu sestra sbírá anamnestická data, ověřuje a třídí údaje o zdravotním stavu dítěte, zaměřuje se na rodinu a prostředí, ve kterém dítě žije. Zdrojem údajů je, s ohledem na věk, sám pacient, rodiče, nebo jiné pečující osoby. Dále sestra čerpá informace ze zdravotních záznamů např. z překladové zprávy. K získávání údajů sestra využívá metodu pozorování, rozhovoru a fyzikální vyšetření. Ošetrovatelská anamnéza je zásadním východiskem pro systematickou péči o dítě v nemocnici. Důležitý je dostatek času pro písemné zpracování ošetrovatelské anamnézy. Pro dítě i doprovázející osobu je důležitý čas, potřebný k alespoň částečné adaptaci v novém prostředí. Ve druhé fázi sestra stanoví, na základě analýzy informací, ošetrovatelské diagnózy. Ve třetí fázi sestra stanoví priority v péči o dítě. Ošetrovatelský plán musí být v souladu s plánem léčebným. Ve čtvrté fázi ošetrovatelského procesu je kladen velký důraz na propojení plánu péče s realizací. Všechny naplánované činnosti se musí objevit v záznamu realizace. Činnosti jsou rozděleny na závislé, vycházející z ordinace lékaře. Dále na činnosti nezávislé, vycházející z aktivit sestry a činnosti vzájemné, vycházející ze spolupráce zdravotnického týmu. V poslední fázi se hodnotí, zda bylo na základě ošetrovatelského plánu dosaženo

vytyčeného cíle. Metoda ošetrovatelského procesu umožňuje individuální komplexní přístup k dítěti i k jeho rodině. Na prvním místě je vždy pacient. Všechny fáze ošetrovatelského procesu jsou součástí kontaktní péče o dítě (Sedlářová a kol., 2008, s. 18, 19).

### 1.4.3 Ošetrovatelská anamnéza u dětí s onemocněním dýchacích cest

Podrobná anamnéza je základem každého vyšetření. Začíná současným onemocněním. U onemocnění dýchacího systému může být důvodem návštěvy lékaře rýma, kašel, zvýšená teplota, horečka, dušnost, abnormální zvukové projevy při dýchání, únava. Další příčinou mohou být zvětšené krční uzliny, bolest v krku, abnormální vykašlávání, změna chování dítěte atd. Důležitá je rodinná anamnéza, při které se zjišťuje výskyt alergie, astmatu, tuberkulózy či cystické fibrózy v rodině. Pátrá se po probíhajících akutních respiračních onemocněních u ostatních členů rodiny. Sociální anamnéza má za úkol zjistit, v jakém prostředí dítě žije, jaký typ školy navštěvuje. Epidemiologickou anamnézou se rozumí dotazy na infekční respirační onemocnění u osob, se kterými se dítě setkalo. Osobní anamnéza se zaměřuje na průběh novorozeneckého období, dýchací obtíže, již prodělaná onemocnění dýchacích cest a jejich léčbu, očkování, alergie. Důležité jsou informace o předcházejících hospitalizacích (Boledovičová, 2010, s. 87; Klíma a kol., 2003, s. 116; Lebl a kol., 2003, s. 103).

Fyzikální vyšetření dává obraz o současném stavu dítěte. Opírá se o vyšetření pohledem, poslechem, pohmatem, poklepem. Sestra hodnotí způsob, frekvenci, pravidelnost dýchání, zvuky při dýchání, chrčení, stridor, vrzoty, pískoty, typy a poruchy dýchání (apnoe, tachypnoe, dyspnoe). Dále hodnotí tvar hrudníku, barvu kůže a sliznic, tělesnou teplotu, chování dítěte (nepokoj, strach, úzkost, apatie, podráždění, stav vědomí). Má-li dítě kašel, hodnotí charakter kašle, časový výskyt kašle, změny hlasu (Boledovičová, 2010, s. 87; Klíma a kol., 2003, s. 105).

„Rytmus dýchání je pravidelný, fyziologické kolísání je závislé na srdeční práci a stavu vědomí (bdělosti), klidu, pohybu“ (Trachtová a kol., 2006, s. 113). Tachypnoe je zrychlené dýchání, představuje kompenzační mechanismus zajištění dostatečného množství kyslíku. Mezi základní příčiny způsobující tachypnoe patří omezení dýchací plochy, nedostatek transportu při anémii nebo zvýšené nároky na kyslík při febrilii, námaze apod. Dyspnoe (dušnost) je subjektivní pocit nedostatku vzduchu. Při dušnosti je dech krátký, bývá zpravidla ztížený nádechem, inspirační dušnost, u astmatu je ztížený výdechem, expirační dušnost. Nejtěžší forma dušnosti, nazývající se apnoe, znamená zástavu dýchání. Dýchací šelesty jsou zvuky slyšitelné sluchem jako chrčivé dýchání. Při překážce v horních cestách dýchacích je slyšitelný pronikavý, drsný zvuk při vdechu, zvaný inspirační stridor. Při astmatu je slyšitelný expirační stridor. Zvukové fenomény jsou typické při zvýšené tvorbě sekretu v dýchacích cestách. Mezi zvuky slyšitelné fonendoskopem patří chropy suché vznikající rozechvěním vazkého sekretu, chropy vlhké vznikající při rozepínání a protrhávání vlhkých překážek uvnitř bronchu s tekutým obsahem. Při dechovém posouvání viscerální a parietální pleury vznikají jemné chrůpky a třecí šelesty zvané třaskání (Trachtová a kol., 2006, s. 113, 114).

### 1.4.4 Ošetrovatelské diagnózy a očekávané cíle u dětí s onemocněním dýchacích cest

#### 1.4.4.1 Porušená výměna plynů 00030

Ošetrovatelská diagnóza Porušená výměna plynů je stav, při kterém v organismu vzniká nerovnováha mezi příjmem kyslíku a vylučováním kysličníku uhličitého mezi plicními alveoly a vaskulárním systémem. Příčinou vzniku tohoto stavu je nerovnováha mezi plicní ventilací a perfúzí, snížený přívod kyslíku ve vdechované směsi, obstrukce dýchacích cest. Projevem je snížená schopnost odstraňovat sekrety, únava, letargie, zvýšená nervozita a podrážděnost, tachypnoe, cyanóza. Dochází ke změně acidobazické rovnováhy a krevního obrazu. Je patrná změna poměru kyslíku a kysličníku uhličitého v krevních plynech. Ošetrovatelským cílem je zlepšení ventilace plic s normalizací tkáňové oxygenace, dítě nebude mít cyanózu, dýchací pohyby budou rytmické, dostatečně hluboké, v normálním rozmezí budou fyziologické funkce, krevní plyny, krevní obraz a acidobazická rovnováha (Fendrichová a kol., 2005, s. 25; Marečková, 2006, s. 25; Trachtová a kol., 2006, s. 117).

#### 1.4.4.2 Neefektivní průchodnost dýchacích cest 00031

K ošetrovatelským diagnózám vztahujícím se k problematice dýchání patří Neefektivní průchodnost dýchacích cest. Jedná se o stav, při kterém dítě není schopno odstranit sekreci nebo obstrukci z dýchacích cest, aby byla udržena jejich průchodnost. Mezi hlavní příčiny vzniku patří zvýšená sekrece hlenů, ke které dochází vlivem mechanického dráždění, infekce a alergie. Další příčinou může být adenoidní vegetace, omezení samočisticí schopnosti pro nemožnost spontánního pohybu a změny polohy, vazká sekrece z důvodu vrozených onemocnění. Charakteristickými klinickými projevy jsou známky dušení, dyspnoe, inspirační vtahy sternu, tachypnoe, aponické pauzy, pískoty a vrzoty na plicích. Objevuje se zvýšená centrální tělesná teplota, tachykardie, celkový neklid dítěte, změna prokrvení (bledost, akralní nebo celková cyanóza). K laboratorním projevům patří pokles saturace krve kyslíkem, změna poměru krevních plynů, změna acidobazické rovnováhy (acidóza). Při tomto stavu dochází ke zvýšenému hromadění hlenů v dutině ústní a v dýchacích cestách. Na tomto stavu se podílí porucha polykání, zvýšená vazkost hlenů, nedostatečná eliminace hlenů z důvodu neschopnosti vykašlávání, nemožnosti polohování. K projevům patří znečištěná pokožka kolem nosu a úst, děti obtížně dýchají, nemají chuť k jídlu, odmítají podávanou stravu. Jsou mrzuté, neklidné a jsou u nich patrné poslechové chrůpky, vrzoty a chropy. K laboratorním projevům patří změna saturace krve kyslíkem, hypoxémie a hypoxie. Z očekávaných výsledků jsou nejdůležitější průchodné dýchací cesty dítěte, normalizované laboratorní hodnoty a klidné dítě bez projevů dušnosti. Důležité je minimalizovat riziko infekce, edukovat rodiče dítěte tak, aby ovládali techniku odsávání (Boledovičová, 2010, s. 88; Fendrychová a kol., 2005, s. 21; Marečková, 2006, s. 25).

#### 1.4.4.3 Neefektivní dýchání 00032

Při onemocnění dýchacích cest u dětí se objevuje také

ošetřovatelská diagnóza Neefektivní dýchání. To je stav, kdy vdech a výdech nezajistí přiměřenou plicní ventilaci. Hlavní příčinou vzniku je celková slabost a únava organismu, zá-  
nětlivý proces, bolest, stres a nesprávná poloha dítěte. Mezi základní projevy patří ztížené dýchání, úzkost a strach, kašel, inspirační stridor, tachykardie, změny prokrvení kůže, porucha hloubky dýchání. Dále dochází ke změně poměru kyslíku a kysličníku uhličitého v krevních plynech, ke změně acidobazické rovnováhy, k poklesu saturace krve kyslíkem. K očekávaným cílům patří volné dýchání dítěte bez námahy a bez zapojování pomocných dýchacích svalů, dítě bude bez cyanózy. Dalším cílem jsou fyziologické funkce v normálním rozmezí, dítě bude mít v normě krevní plyny, acidobazickou rovnováhu, spirometrické vyšetření. Celkově bude dítě klidné bez známek úzkosti a strachu (Fendrychová a kol., 2005, s. 23; Marečková, 2006, s. 25; Mikšová a kol., 2006a, s. 81, 82).

#### 1.4.4.4 Porušené polykání 00103, Nedostatečná výživa 00002

Ošetřovatelské diagnózy Porušené polykání a Nedostatečná výživa spolu úzce souvisí. Porušené polykání představuje sníženou schopnost vědomé pasáže tekutin a pevných složek potravy z dutiny ústní do žaludku. Příčiny mohou být nervové, psychické, poruchu polykání mohou dále vyvolat mechanické překážky či změny na sliznici dutiny ústní. Sousto vážne v dutině ústní nebo v hltanu, k možným projevům patří i kašláni, slintání, odmítání stravy, neprospívání. Nedostatečná výživa představuje stav, kdy u dítěte dochází ke sníženému nebo nedostatečnému příjmu živin a nemohou být uspokojeny metabolické potřeby. Příčinou může být neschopnost přijímat a zpracovávat potravu na základě somatických, psychických a jiných poruch (nemoc, vyčerpání). Charakteristickými projevy jsou nezáměr o jídlo, nechut, averze k jídlu, nepřibývání na váze, únava, zánětlivé změny v dutině ústní, zvracení, bolesti břicha. K laboratorním projevům patří snížená hladina albuminu, celkové bílkoviny, anémie či porucha rovnováhy elektrolytů. K očekávaným výsledkům ošetřovatelské péče u obou ošetřovatelských diagnóz patří schopnost dítěte přijímat potravu a tekutiny, dítě nebude mít bolest při polykání a nedojde k aspiraci. Důležité je dítěti zajistit vhodný způsob krmení a tím i dostatečnou hydrataci a výživu organismu. Dítě bude mít normální kožní turgor a přiměřenou vlhkost sliznic, bude mít odpovídající tělesnou hmotnost, laboratorní hodnoty se upraví a budou normalizovány. Důležitým cílem je dostatečná informovanost dítěte i rodičů o vyvolávajících příčinách a léčebných opatřeních (Fendrychová a kol., 2005, s. 63; Herdman, 2010, s. 72; Marečková, 2006, s. 24).

#### 1.4.4.5 Akutní bolest 00132

Velice častou ošetřovatelskou diagnózou je Akutní bolest. Jedná se o nepříjemný smyslový a emocionální prožitek dítěte, spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně. Akutní bolest je stav, kdy pacient vyjadřuje přítomnost silného prudkého nepohodlí. Prožívání, projevy a následky neléčené bolesti i adaptivní chování a zvládání bolesti je závislé na věku dítěte. Na vzniku bolesti se podílí příčiny biologické (mikroorganismy), chemické (dezinfekční prostředky, různé toxiny), psychosociální (hospitalismus, emoční strádá-

ní, stres) a fyzikální (tlak, teplo). K projevům akutní bolesti u dětí patří pláč, křik, neklid, slovní vyjádření pocitů bolesti, poruchy spánku, strach, úzkost. Významným projevem jsou změny tělesné aktivity, jako je odtahování končetin, zaujímání obranných postojů a poloh, trhavé pohyby. Při bolesti dochází ke změně fyziologických funkcí, objevuje se tachykardie, zvýšení nebo snížení dechové frekvence. K vegetativním projevům patří bledost, pocení a zarudnutí. Očekávaným výsledkem je klidné a spokojené dítě, u kterého nebudou žádné projevy bolesti. Chování dítěte bude odpovídat věku a dané situaci, dítě bude seznámeno s příčinou bolesti a bude schopno ji sledovat s použitím naučených dovedností. Případná bolest bude tlumena a odstraněna. Péče o nemocné dítě a léčba bolesti musí probíhat ve spolupráci s rodinou. Základem spolupráce mezi rodinou a zdravotníky je jasná komunikace a vstřícnost. Rodině musí být poskytnuty veškeré informace a podpora. Rodiče, kteří jsou vhodně poučeni, mohou svému dítěti pomoci snést bolestivý zákrok s menším stresem (Fendrychová a kol., 2005, s. 17; Marečková, 2006, s. 27; Sedlářová a kol., 2008, s. 120).

#### 1.4.4.6 Riziko infekce 00004

S každou hospitalizací dítěte souvisí ošetřovatelská diagnóza Riziko infekce. Jedná se o stav, kdy je dítě ohroženo patogenními mikroorganismy nebo dochází ke zvýšenému nebezpečí zaplavení organismu. K příčinám vzniku patří poruchy primárních a sekundárních obranných mechanismů, nedostatečná imunita, invazivní výkony, léky a poškození jako následek jejich podávání (imunopresiva, antibiotika, kortikoidy). Další příčinou jsou stavy spojené s narušením celistvosti kůže a sliznic, nedostatečné znalosti o ochraně před patogenními mikroorganismy, nozokomiální nákazy a nedostatečná hygiena. Charakteristickými projevy vzniklé infekce jsou hypertermie, změna barvy kůže celková i místní, únava, neklid, třesavka, zimnice pocení, změny v krevním obrazu, zvýšené CRP (C-reaktivní protein) a FW (sedimentace), pozitivní hemokultura, pozitivní bakteriologické vyšetření a pozitivní výtěry. Očekávaným výsledkem je spokojené klidné dítě, které má normální tělesnou teplotu, normální dýchání i činnost srdce. Při manipulaci dítě nepociťuje bolest, při močení nemá pálení ani řezání, dobře snáší stravu a přibývá na váze. Žilní vstupy dítěte jsou bez známek infekce, laboratorní hodnoty jsou v normě (Fendrychová a kol., 2005, s. 31; Marečková, 2006, s. 24).

#### 1.4.4.7 Hypertermie 00007

Ke změně tělesné teploty může dojít v důsledku choroby. Hypertermie, tělesná teplota nad normálním rozpětím, může nastat z důvodu působení infekční nemoci, dehydratace nebo vystavení vysoké teplotě okolí. Charakteristickými projevy na počátku jsou pocit zimy a chladu, třesavka, studená kůže, cyanotická lůžka nehtů, tachykardie. V průběhu horečky patří mezi příznaky teplá kůže na dotyk, sucho v ústech, ospalost, napětí, ztráta chuti k jídlu, nevolnost, pocit žízně. Při ústupu horečky se objevuje pocení, snížení třesavky, možná dehydratace, teplá narůžovělá kůže. Očekávaným cílem je fyziologická tělesná teplota, dítě nebude mít známky dehydratace ani jiné projevy hypertermie (Herdman, 2010, s. 334; Marečková, 2006, s. 24; Mikšová a kol., 2006a, s. 61).

### 1.4.5 Ošetrovatelské intervence u dětí s onemocněním dýchacích cest

#### 1.4.5.1 Laboratorní vyšetření, zobrazovací metody

Laboratorní vyšetření zahrnuje mikrobiologické vyšetření výtěru z nosních průduchů, nosohltanu, z hrtanu a výtěr z mandlí, vyšetření sputa či ostátého sekretu z horních cest dýchacích. U krve se provádí vyšetření biochemické, vyšetření krevního obrazu a acidobazické rovnováhy. Důležité je i vyšetření imunologické, sérologické, vyšetření molekulárně-genetické (Lebl a kol., 2003, s. 107; Mikšová a kol., 2006b, s. 45, 46).

Výtěry se provádí ráno nalačno, nebo alespoň 2-3 hodiny po jídle. Výtěr z nosních průduchů se provádí tamponkem na špejli. Tamponěk se zavádí šroubovým pohybem při spodině nosní dutiny asi 1-2 cm hluboko, zpět se vytahuje při stropu nosního průduchu dutiny. Výtěr z nosohltanu se provádí pomocí sterilního tamponku na drátě, který se ohne o okraj zkumavky, asi 2 cm od konce, téměř do pravého úhlu. Dřevěnou lopatkou se stlačí kořen jazyka, tampon se opatrně zavede za měkké patro a otre se sliznice nosohltanu. Drát se vyrovná sterilní pinzetou a poté se zasune do zkumavky. Podobným způsobem se provádí výtěr z hrtanu. Drát s tamponkem se ohne do úhlu 120°, zvlhčí se sterilním fyziologickým roztokem a zavede se za epiglottis do ústí hrtanu. Po vyvolání kašlacího reflexu se na tamponku zachytí kapénky sekretu z dýchacích cest. Tampon se opatrně vyjme, vyrovná sterilní pinzetou a zasune do zkumavky. Výtěr z mandlí je získáván tamponem na špejli. Ústní lopatkou se stlačí kořen jazyka a otáčivým pohybem shora dolů se setře povrch jedné a pak druhé mandle. Je nutné dbát na to, aby se tamponkem nesetřel kořen jazyka, sliznice dutiny ústní a aby se nesmočil ve slinách. Při odběru je nutné dodržovat bezpečnostní předpisy, používat osobní ochranné pomůcky, pomůcky na jedno použití. Hygiena rukou se provádí před i po odběru. Důležité je materiál správně označit, vyplnit průvodku a co nejdříve odeslat do mikrobiologické laboratoře (Mikšová a kol., 2006b, s. 45, 46).

K zobrazovacím metodám patří endoskopie, rentgenové vyšetření a scintigrafie. Detailní přehlednutí nosních průduchů, stavu sliznice, určení rozsahu patologických změn umožňuje endoskopické vyšetření dutiny nosní, rinoskopie. Endoskop se využívá k vyšetření nosohltanu. Zavedením endoskopu přes dutinu nosní se překoná problém dávivého reflexu u indirektní zadní rinoskopie u dráždivých pacientů. Tato metoda umožňuje kontrolu ústí Eustachovy trubice i klenby nosohltanu (Kříčková, 2010, s. 68; Lebl a kol., 2003, s. 108).

#### 1.4.5.2 Podávání léků dětem

Podávání léků dětem se od podávání léků dospělým liší. V nemocnici léky vždy ordinuje lékař, podává je sestra, pokud možno ve spolupráci s rodiči. Léky je nutné podávat dítěti velmi přesně. Důležité je i malé dítě dostatečně informovat o způsobu podání léku. Při podávání léků musí být sestra trpělivá, nikdy nesmí použít násilí. Dítě nesmí mít přístup k lékům, lékárna musí být vždy zamčená a vozíky s léky se nesmí nechávat na chodbě nebo na pokoji bez dozoru. Dávku léku vždy určuje lékař. Léky určené pro děti jsou zpravidla

vybaveny vlastním dávkovacím schématem (Sedlářová a kol., 2008, s. 41).

Nejčastějším způsobem podávání léků je podávání léků ústy (per os). U malých dětí se ústy podávají léky ve formě suspenze, kapek a roztoku, u větších dětí to jsou tablety, kapsle a dražé. Léky se malým dětem podávají na lžičce, novorozencům a kojencům ze stříkačky nebo přes savičku. Suspenzi je důležité před podáním protřepat. Perorální léky se podávají v závislosti na jídle vždy dle doporučení uvedeného v příbalovém letáku. Antibiotika je nutné podávat v pravidelných intervalech, vždy musí dítě využívat celou naordinovanou dávku. Podávání antibiotik se řídí závislostí na jídle, důležité je dostatečné zapiť vhodným nápojem. Antibiotika v sirupu se před podáváním ředí (Sedlářová a kol., 2008, s. 43).

U novorozenců, kojenců a malých dětí je velice často využíváno podávání léků konečníkem (per rektum). Pro dítě je tento způsob podávání léku spolehlivý, bezbolestný, lék začíná působit do 15 minut. Rektálně se podávají léky ve formě čípku a roztoku. V pediatrii patří mezi nejčastější léky podávané rektálně antipyretika, analgetika, sedativa, kortikoidy, bronchodilatancia (Sedlářová a kol., 2008, s. 44).

#### 1.4.5.3 Péče o dýchací cesty

Péče o dýchací cesty je samozřejmostí a nedílnou součástí ošetrovatelské péče u všech dětí. Mezi stavy, které vyžadují zvýšenou péči o dýchací cesty u dětí, patří i onemocnění horních cest dýchacích (Kapounová, 2007, s. 214; Sedlářová a kol., 2008, s. 98).

Hygiena horních cest dýchacích zahrnuje především nácvik správného dýchání a nácvik správného smrkání. S nácvikem správného dýchání souvisí i nácvik správného držení těla, zejména hrudníku, páteře a pánve. Špatné držení těla má za následek stlačení plic a z toho plynoucí špatný nádech. S nácvikem správného dýchání a správného držení těla by se mělo začínat již v předškolním věku. Lze k tomu použít různých her, např. hra na flétnu, foukání ústy do brčka, do peříčka. Cvičení by mělo být pravidelné, mělo by probíhat společně s rodiči a s fyzioterapeutem, který vybere pro dítě nejvhodnější cviky a zároveň zkontroluje jejich správné provádění. S nácvikem správného smrkání se začíná okolo jednoho roku. Dítě by mělo smrkat se vzpřímenou hlavou, z obou nosních průduchů a poté z každého zvlášť. Sekret z nosu se odstraňuje dlouhým výdechem z nosu, přičemž ústa jsou zavřená. Nos se utírá tahem dolů (Sedlářová a kol., 2008, s. 99).

Udržování průchodnosti dýchacích cest zahrnuje polohování, inhalaci, rehabilitaci a odstranění sekretu z dýchacích cest. Při těžkém průběhu akutního onemocnění dýchacích cest se v intenzivní péči k zajištění průchodnosti dýchacích cest používají různé pomůcky například ústní nebo nosní vzduchovod, endotracheální popřípadě tracheostomická kanýla. Děti s onemocněním dýchacích cest se nejčastěji ukládají do zvýšené polohy (Fowlerovy, anti-Trendelenburgovy). Výběr pomůcek k polohování závisí na stavu a věku dítěte. U novorozenců a kojenců se často používají válečky z plen a sáčky s pískem. K polohování malých i velkých dětí jsou vhodná polohovací lůžka. Pokud není k dispozici polohovací lůžko, lze pod matraci vložit klín. Někdy děti sami zaujímají vynucenou polohu, ve které se jim lépe dýchá. U těchto dětí se poloha nemění (Kapounová, 2007, s. 215; Sedlářová a kol.,

2008, s. 99, 100).

Inhalace je účelné vdechování léčebných látek. Sliznice dýchacích cest snadno vstřebává léčivé látky a dochází k jejich rychlému účinku a to po 2–3 minutách.

Důvodem aplikace léků do dýchacích cest je uvolnění hlenu z dýchacích cest, snížení nebo zvýšení sekrece sliznice, uvolnění svalstva průdušek a jejich rozšíření, dezinfekce sliznice dýchacích cest. V nemocnicích se k inhalaci používají přístroje – inhalátory (nebulizátory). Tyto přístroje mohou být tryskové, které rozprašují mlhu pomocí kompresorů, nebo ultrazvukové. U dětí se inhalace podává volně, kdy inhalátor stojí vedle postýlky, nebo maskou popř. náustkem. Při inhalaci je důležité dítě zabavit, inhalace trvá 10 – 15 minut. Při inhalaci by nemělo mít dítě předkloněnou hlavu, protože to vede ke snížení průchodnosti dýchacích cest. Důležité je vždy vyinhalovat celý obsah nádoby, protože koncentrace léčivé látky je na konci inhalace největší. Po inhalaci podávané ke zkapalnění hlenu musí následovat jeho odstranění. Při laryngitidách se používá chladná inhalace (25 – 36 °C), která snižuje překrvení sliznice (Mikšová a kol., 2006a, s. 204; Sedlářová a kol., 2008, s. 102, 103).

Sekrece z dýchacích cest lze odstranit kašláním, smrkáním a odsáváním. U dětí, které neumí nebo nemohou hlen vykašlat a vyplivnout a neumí smrkat, se musí sekret odsávat. K tomuto účelu se používá sterilní cévka s centrálním otvorem přiměřené velikosti. Nejprve se odsává z úst, pak z nosu. Odsává se přerušovaně při vytahování cévky, ne při jejím zavádění. Po ukončení odsávání se cévka propláchně dezinfekčním roztokem a znehodnotí (Boledovičová, 2010, s. 89; Sedlářová a kol., 2008, s. 103).

Dechová rehabilitace je taktéž nedílnou součástí péče o udržování průchodnosti dýchacích cest. Rehabilitace může být aktivní nebo pasivní. Aktivní rehabilitace, využívána u batolat, je zaměřena na nácvik odkašlávání, výdech proti odporu. Tyto techniky děti provádějí samy. Vhodné je použití jednoduchých dechových nástrojů. Pasivní rehabilitace, využívaná nejvíce u dětí v kojeneckém věku, zahrnuje polohové drenáže, vibrační masáže stěny hrudníku, kontaktní dýchání. Kontaktní dýchání je metoda, při které jsou ruce cvičitele položeny na hrudníku dítěte, přizpůsobují se dýchacím pohybům dítěte a prohlubují je. Tato metoda se provádí delší čas na jednom místě hrudníku v kombinaci se změnami polohy. Tuto techniku lze snadno naučit rodiče. Vibrační masáž je podobná metoda jako kontaktní dýchání, při výdechu se provádí vibrace. Při vibrační masáži dochází k prohloubenému dýchání, k odstraňování sekretu z dýchacích cest, ke zmenšení dechové práce a ke zlepšení pohyblivosti hrudníku. I tuto metodu lze snadno naučit rodiče (Sedlářová a kol., 2008, s. 103, 104). Oxygenoterapie je léčba kyslíkem. Vzhledem k tomu, že se jedná o hořlavý plyn, je nutná velká opatrnost při podávání kyslíku a je nezbytně nutné dodržovat zásady pro podávání kyslíku. Při jejich nedodržení mohou nastat komplikace vedoucí k poškození sliznic dýchacích cest, k poškození plic i k poškození centrální nervové soustavy. Kyslík lze podávat z centrálního rozvodu plynů nebo z kyslíkové láhve. Podávání kyslíku zajišťují sestry na základě ordinace lékaře. Koncentrace kyslíku a způsob jeho podání musí být zaznamenáno v dokumentaci. Kyslík se podává zvlhčený a ohřátý na 35 – 37 °C. Důležité je dodržovat stálou koncentraci kyslíku. Při podávání kyslíku sestra sleduje u dítěte fyziologické funkce, celkový stav, prokrvení kůže a sliznic, příznaky

dechové tísně. Dle ordinace lékaře se provádí vyšetření acidobazické rovnováhy. U dětí se kyslík podává inhalací. K tomuto účelu slouží inkubátor, kyslíkový box, kyslíkové brýle, kyslíková maska, nosohltanový katétr. Klidným dětem, které se od přívodu dýchací směsi neotáčejí, lze kyslík podávat volně. Nevýhodou tohoto podávání je nízká a nestálá koncentrace kyslíku v dýchací směsi (Kapounová, 2007, s. 214; Richchards a Edwards, 2004, s. 103; Sedlářová a kol., 2008, s. 105).

## 2. CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

### 2. 1 Cíl práce

Cíl 1:

Zjistit specifika ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním akutní laryngitida.

Cíl 2:

Zjistit nejčastěji se vyskytující ošetrovatelské diagnózy u dětí s onemocněním akutní laryngitida.

### 2. 2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1:

Jaká specifika ošetrovatelské péče vyžadují děti s onemocněním akutní laryngitida?

Výzkumná otázka 2:

Jaké ošetrovatelské diagnózy se nejčastěji vyskytují u dětí s onemocněním akutní laryngitida?

## 3. METODIKA

### 3. 1 Použité metody a techniky

Ke sběru dat bylo využito kvalitativní výzkumné šetření metodou dotazování, technika rozhovoru, pozorování a obsahové analýzy dokumentace. O povolení výzkumného šetření byla písemně požádána náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Nemocnice Strakonice a. s., dále vrchní sestra dětského oddělení a primář dětského oddělení. U výzkumného šetření technikou rozhovoru byla požádána osobně každá sestra. Sběr dat, metodou obsahová analýza dokumentace, probíhal od září 2011 do ledna 2012 včetně. Veškerá data byla zpracovávána anonymně, s ohledem na ochranu osobních údajů jednotlivých dětských pacientů.

Informace od sester, pracujících na dětském oddělení, byly získány technikou rozhovoru a pozorováním během měsíce prosince 2011 a ledna 2012. Rozhovory s jednotlivými sestrami byly vedeny podle předem připravených otázek. Byly zaznamenávány písemně a probíhaly po pracovní době na příslušném oddělení. Následně byly zpracovány pomocí programu Microsoft Office Word do přehledných tabulek. Dále byly pro zpracování vybrány děti, s onemocněním akutní laryngitida, hospitalizované na dětském oddělení stejné nemocnice, v období září 2011 až leden 2012. U těchto dětí byla použita metoda analýza ošetrovatelské dokumentace. Výsledky šetření byly zpracovány pomocí programu Microsoft Office Excel do grafů. U 4 dětí byly na základě přímého nezúčastněného pozorování a sekundární obsahové analýzy ošetrovatelské dokumentace vytvořeny kazuistiky.

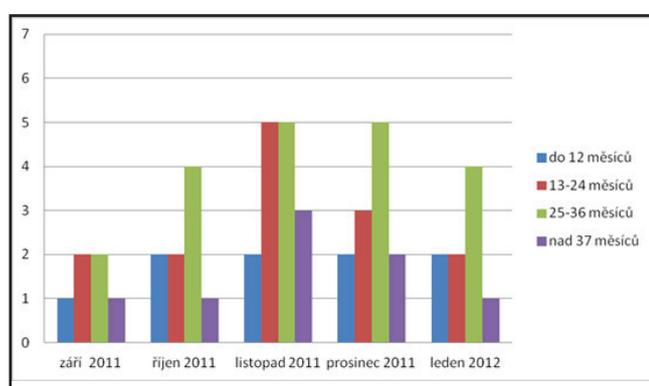
### 3. 2 Charakteristika zkoumaného souboru

První výzkumný soubor, na který bylo zaměřeno výzkumné šetření metodou dotazování a pozorování, tvořilo šest sester pracujících na dětském oddělení Nemocnice Strakonice a. s. Druhým výzkumným souborem, na který bylo zaměřeno šetření metodou analýzy dokumentace, bylo 51 dětí s onemocněním akutní laryngitida, hospitalizovaných na dětském oddělení stejné nemocnice. U 4 dětí byly vytvořeny na základě pozorování a obsahové analýzy ošetrovatelské dokumentace kazuistiky.

## 4. VÝSLEDKY

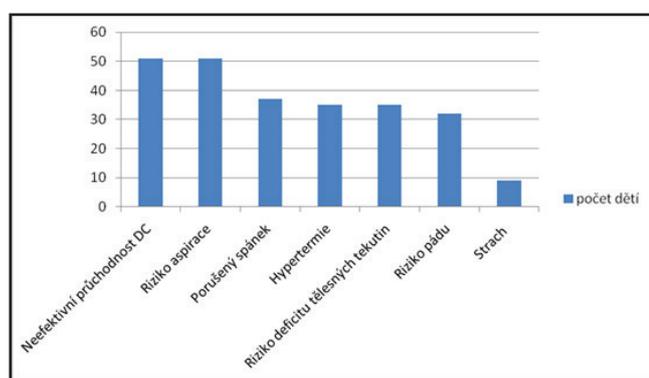
### 4. 1 Obsahová analýza dokumentace

Graf 1 Počet hospitalizovaných dětí s akutní laryngitidou za sledované období, dle věku dětí



Graf 1 znázorňuje výsledky obsahové analýzy dokumentace zaměřené na počet dětí hospitalizovaných s akutní laryngitidou ve sledovaném období, dle věku dítěte. Celkem bylo hospitalizováno 51 dětí. 20 dětí (nejvíce) bylo ve věku do 25 do 36 měsíců, 14 dětí bylo ve věku od 13 do 24 měsíců, 9 dětí bylo ve věku do 12 měsíců, 8 dětí (nejméně) bylo ve věku nad 37 měsíců. 15 dětí (nejvíce) bylo hospitalizováno v listopadu 2011, 12 dětí bylo hospitalizováno v prosinci 2011, 9 dětí bylo hospitalizováno v lednu 2012, 6 dětí (nejméně) bylo hospitalizováno v září 2011.

Graf 2 Výskyt nejčastějších ošetrovatelských diagnóz



Ošetrovatelská diagnóza 00031 Neefektivní průchodnost dýchacích cest byla stanovena u všech 51 dětí, ošetrovatelská diagnóza 00039 byla stanovena také u všech 51 dětí, ošet-

řovatelská diagnóza 00095 Porušený spánek byla stanovena u 37 dětí, ošetrovatelská diagnóza 00007 Hypertermie byla stanovena u 35 dětí, ošetrovatelská diagnóza 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin byla stanovena u 35 dětí, ošetrovatelská diagnóza 00155 Riziko pádu byla stanovena u 32 dětí, ošetrovatelská diagnóza 00148 Strach byla stanovena u 9 dětí.

### 4. 2. Kazuistiky (pozorování a sekundární analýza dat)

#### 4. 2. 1 Kazuistika 1

1. den

Na dětské oddělení byla, v 19.30 hodin, přijata 18 ti měsíční holčička společně s matkou. 4 dny měla zvýšené teploty, poté kašel, později laryngeální. Dušná doma zpočátku nebyla. Dnes, kolem 16. hodiny, byla s matkou na LSPP (lékařská služba první pomoci), kde CRP pod 8 mg/l. Lékařem byl doporučen Rectoldelt 100 čípek při dušnosti, dále antipyretika, antitusika. Večer před 18. hodinou matka preventivně podala ½ Rectoldeltu 100 a až poté se projevila dušnost. K večeru měla stridor. Holčička byla přijata pro akutní laryngitidu. Při příjmu byla orientovaná, chodící, uplakaná, přiměřené výživy a hydratace, bez exantému, měla stridor. Jazyk nebyl povleklý, sliznice byly vlhké, hrdlo klidné, uši a nos bez sekretu. Tělesnou teplotu měla 37,1 °C, pulsů 100 za minutu, 26 dechů za minutu. Hmotnost při příjmu 10,78 kg, oblečená do domácího úboru, čistá, nehty krátké, vlasy učesané, nakrátko ostříhané, v uších měla náušnice z bílého kovu, které jí byly ponechány, na ruku byla nasazena identifikační páska. Pacientka má pleny, vyprazdňování stolice je pravidelné, 2x denně. Při výživě je nesoběstačná (dieta č. 12), pije z hrnku. Nemá žádný významný handicap ani postižení. Pacientka se narodila ze třetího fyziologického těhotenství, porod byl fyziologický. Porodní hmotnost 2.960 g, délka 51 cm. Křížena nebyla, ikterus nebyl, kyčle v pořádku, poporodní adaptace v normě, kojena byla 7 měsíců, z toho plně do 4. měsíce, PMV (psychomotorický vývoj) v normě, očkování absolvovala dle harmonogramu, navíc byla očkována proti Meningokoku C a dále byl aplikován Sinflorix Rotarix. Jedná se o první hospitalizaci, úraz neměla, operace nebyly žádné, není sledována v žádné odborné ordinaci, s ničím se dlouhodobě neléčí, užívá Vigantol, alergická není. Žije s rodiči a se staršími sestrami v rodinném domě.

Lékařem naordinovaná medikace: Inhalace Adrenalinu a fyziologického roztoku v poměru 3:3 – při dušnosti. Fortecortin 4 mg tbl. p.o. 1 tableta večer, Stoptusin gtt. p. o. 3x denně 8 kapek, Nasivin nosní kapky 0,01% 3 denně 1 kapka do každé nosní dírky, Panadol 125 mg p. o. večer 1 tableta při teplotě vyšší než 38°C, Brufen sirup 3x denně 3 ml při neklesající teplotě, zvýšená poloha, větrání. Hned při příjmu byla sestrou odebrána ošetrovatelská anamnéza, vše bylo zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace. Dítě i zákonný zástupce byl sestrou seznámen s Provozním řádem oddělení a s Chartou práv hospitalizovaného dítěte. Dítě musí být trvale pod dohledem doprovázející osoby. Zdrojem informací při odběru ošetrovatelské anamnézy byla matka dítěte a zpráva z LSPP.

Na základě sběru dat při příjmu holčičky byly stanoveny tyto ošetrovatelské diagnózy:

*Neefektivní průchodnost dýchacích cest* v souvislosti se základním onemocněním projevující se stridorem, suchým

dráždivým kašlem, neklidem pacientky.

Cíl: Dítě má obnovené účinné dýchání, není cyanotické, má volné dýchací cesty, snadno odkašlává sekret, má čisté sklípkové dýchání.

Plán ošetrovatelské péče: Zajištění podání léků na kašel dle ordinace lékaře, uložení do vhodné polohy, zajištění dostatečného příjmu tekutin.

*Porušený spánek* v souvislosti se suchým dráždivým kašlem projevující se probuzením při každém zakašlání.

Cíl: Dítě spí klidně bez probuzení 4-6 hodin.

Plán ošetrovatelské péče: Sledovat pravidelně spánek, zajistit úpravu lůžka, vyvětrání pokoje, zajistit noční klid.

*Hypertermie* v souvislosti se základním onemocněním projevující se vyššími naměřenými hodnotami (37,1 °C), opocnou pokožkou a tachykardií.

Cíl: Holčička má fyziologickou tělesnou teplotu.

Plán ošetrovatelské péče: Včas diagnostikovat zvýšenou tělesnou teplotu, sledovat stav vědomí, fyziologické funkce, barvu kůže, kožní turgor, stav sliznic, účinnost ordinovaných antipyretik.

Realizace ošetrovatelského plánu: Osobní hygiena, pohybová aktivita, výživa, vylučování – přijata s matkou.

Hodnocení – hlášení sestry (noční služba): Holčička byla přijata pro akutní laryngitidu, při pláči měla lehký stridor, byla mírně dušná. Dle ordinace lékaře byla podána inhalace a léky. Po podání nastala úleva, holčička dýchala volně, ale laryngálně pokašlávala.

Dnes budou provedeny oděry krve, moče a výtěr z krku. Inhalace podávat dle teploty, podle matky je holčička bez teplot.

Další stanovené ošetrovatelské diagnózy: *Riziko pádu* v souvislosti s věkem dítěte a *Riziko aspirace* v souvislosti se základním onemocněním.

## 2. den

Dnes ráno byly provedeny odběry krve a moče (CRP, KO, bilirubin, ALT, AST, glykémii, kreatinin), dále byl proveden výtěr z krku. Sestra změřila fyziologické funkce (tělesnou teplotu, puls, dech). Dle ordinace lékaře podala léky (Stoptusin 8 kapek, Nasivin 1 kapku do každé nosní dírky. Před každým výkonem informovala matku, co bude s dítětem dělat, za jakým účelem dané výkony provádí. K dítěti přistupovala velice mile, klidně, dítě o všem pravdivě informovala. Na zavedené terapii došlo ke zlepšení stavu. Laboratoř potvrdila virovou infekci, nález v krku odpovídá normální fyziologické flóře. Od rána je holčička afebrilní, bez potíží, bez stridoru, bez dušnosti, hlas má jasný. Matka byla sestrou edukována o další domácí péči. Bylo jí doporučeno dále pokračovat v zavedené terapii (nosní kapky, kapky na kašel, léky na teplotu), dále byla matce doporučena úprava domácího prostředí (čerstvý vlhký vzduch, nekuřácké prostředí). Kontrola u dětského lékaře do týdne. V 12.30 hodin byla holčičce sundána identifikační páska a s matkou odchází domu, odvoz mají vlastní.

## 4. 2. 2 Kazuistika 2

### 1. den

Na dětské oddělení byla, v 20.30 hodin, přijata 20 ti měsíční holčička společně s matkou. Včera byla ještě zdravá, v noci na dnešek začala laryngitida, kvůli které byla dnes vyšetře-

na na LSPP a následně na dětském oddělení. 2x inhalovala s Adrenalinem a Solu-Medrol i. m. Byla doporučena hospitalizace, kterou matka odmítla a podepsala revers. Nyní přichází k přijetí pro zhoršující se inspirační stridor a dušnost. Při příjmu byla orientovaná, chodící, uplakaná, přiměřené výživy a hydratace, bez exantému, měla inspirační stridor, byla dušná. Jazyk nebyl povleklý, sliznice byly vlhké, hrdlo zarudlé, tonsily bez povlaků, epiglottis štíhlá, krční uzliny do 1 cm, uši a nos bez sekretu. Tělesnou teplotu měla 37,6 °C, pulsů 120 za minutu, 27 dechů za minutu. Hmotnost při příjmu 12,18 kg. Holčička byla oblečená do pyžama, čistá, nehty krátké, vlasy učesané, nakrátko ostříhané, v uších měla náušnice ze žlutého kovu, které jí byly ponechány, na ruku jí byla nasazena identifikační páska. Pacientka má pleny, vyprazdňování stolice je pravidelné, 1x denně. Při výživě je nesoběstačná (dieta č. 12), pije z hrnku. Nemá žádný významný handicap ani postižení.

Pacientka se narodila z druhého fyziologického těhotenství, porod byl v termínu, fyziologický, hlavičkou. Porodní hmotnost 3.000 g, délka 49 cm. Kříšena nebyla, ikterus nebyl, kyčle v pořádku, poporodní adaptace v normě, kojena byla 14 dní. PMV v normě, očkování absolvovala dle harmonogramu, navíc podán Prevenar. Občas má rýmu, vážněji nestonala. Jedná se o první hospitalizaci, úraz neměla, operace nebyly žádné, není sledována v žádné odborné ordinaci, s ničím se dlouhodobě neléčí, chronickou medikací nemá, alergická není. Žije s rodiči a starším bratrem v bytě v panelovém domě. Starší bratr prodělat minulý týden respirační infekci.

Lékařem naordinovaná medikace: Inhalace Adrenalinu a fyziologického roztoku v poměru 3:3 – při stridoru. Robitussin Junior sir. 4x denně 5 ml, Nasivin 0,025% 4x denně 1 kapka do každé nosní dírky, Panadol 125 mg supp. při teplotě vyšší než 38 °C, zvýšená poloha, větrat. Při příjmu byla sestrou odebrána ošetrovatelská anamnéza, vše bylo zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace. Dítě i zákonný zástupce byl sestrou seznámen s Provozním řádem oddělení a s Chartou práv hospitalizovaného dítěte. Dítě musí být trvale pod dohledem doprovázející osoby. Zdrojem informací při sběru ošetrovatelské anamnézy byla pro sestru matka, která dále předložila zprávu s LSPP.

Na základě sběru dat při příjmu pacientky byly stanoveny tyto ošetrovatelské diagnózy:

*Neefektivní průchodnost dýchacích cest* v souvislosti se základním onemocněním projevující se stridorem, suchým dráždivým kašlem, neklidem pacientky.

Cíl: Dítě má obnovené účinné dýchání, není cyanotické, má volné dýchací cesty, snadno odkašlává sekret, má čisté sklípkové dýchání.

Plán ošetrovatelské péče: Zajištění podání léků na kašel dle ordinace lékaře, vhodné polohy, zajištění příjmu tekutin.

*Porušený spánek* v souvislosti se suchým dráždivým kašlem projevující se probuzením při každém zakašlání.

Cíl: Dítě spí klidně bez probuzení 4-6 hodin.

Plán ošetrovatelské péče: Sledovat pravidelně spánek, zajistit úpravu lůžka, vyvětrání pokoje, zajistit noční klid.

*Hypertermie* v souvislosti se základním onemocněním projevující se vyššími naměřenými hodnotami (37,6 °C), opocnou pokožkou a tachykardií.

Cíl: Holčička má fyziologickou tělesnou teplotu.

Plán ošetrovatelské péče: Včas diagnostikovat zvýšenou tělesnou teplotu, sledovat stav vědomí, fyziologické funkce,

barvu kůže, kožní turgor, stav sliznic, účinnost ordinovaných antipyretik.

Realizace ošetrovatelského plánu: Osobní hygiena, pohybová aktivita, výživa, vylučování – přijata s matkou.

Hodnocení – hlášení sestry (noční služba): Holčička byla přijata pro akutní laryngitidu, při příjmu měla lehký stridor, byla mírně dušná. Dle ordinace lékaře byla podána inhalace a léky. Poté dochází ke zlepšení stavu, holčička dýchá volně, je bez stridoru, občas dráždivě zakašle, je bez teploty. Dnes ráno náběry (FW, CRP, KO, bilirubin, ALT, AST, glykémie, kreatinin, odběr moče (chemicky + sediment), výtěr z krku, inhalace dle teploty.

Další stanovené ošetrovatelské diagnózy: *Riziko pádu* v souvislosti s věkem dítěte *Riziko aspirace* v souvislosti se základním onemocněním.

## 2. den

Ráno byly provedeny odběry krve (FW, CRP, KO, bilirubin, ALT, AST, glykémii, kreatinin), moč nebyla nenabrána, byl proveden výtěr z krku. Sestra změřila fyziologické funkce (tělesnou teplotu, puls, dech). Dle ordinace lékaře podala léky (Robitusin Junior sir. 4x denně 5 ml, Nasivin 0,025% 4x denně 1 kapka do každé nosní dírky). Před každým výkonem sestra informovala matku, co bude s holčičkou dělat, za jakým účelem dané výkony provádí. K dítěti přistupovala velice mile, klidně, dítě o všem pravdivě informovala. Na zavedené terapii došlo k výraznému zlepšení stavu. Laboratoř potvrdila virovou infekci (CRP 4,1, Leukocyty 7,7), nález v krku odpovídá normální fyziologické flóře. Od rána je holčička afebrilní, bez potíží, bez známek stridoru, bez dušnosti, bez cyanózy, poslechové dýchání je čisté sklípkové bez oslabení, při neklidu má mírně zastřený hlas. Matka byla sestrou edukována o další domácí péči. Bylo jí doporučeno dále pokračovat v zavedené terapii (nosní kapky, sirup na kašel, léky na teplotu), dále byla matce doporučena úprava domácího prostředí (dostatečné větrání, čerstvý vlhký vzduch, nekuřácké prostředí). Nutno dodržovat klidovější režim, dostatečný příjem tekutin, zvýšená poloha. Byla doporučena kontrola u dětského lékaře do týdne. V 13.30 hodin byla holčičce sundána identifikační páska a s matkou odchází domu, odvoz mají vlastní.

### 4. 2. 3 Kazuistika 3

#### 1. den

Na dětské oddělení byl, v 13.30 hodin, přijat 30 ti měsíční chlapec společně s matkou. V noci začal dráždivě kašlat, chraptěl. Dopoledne byl vyšetřen PLDD. Dostal Prednison, Sumetrolin 1 dávku, Ditustat, Stoptusin. Po dvou hodinách se objevil laryngální kašel, proto přijíždí na dětské oddělení a zde přijímán k hospitalizaci pro akutní laryngitidu. Při příjmu je chlapec plně orientován, chodící, přiměřené výživy a hydratace, bez exantému. Při pláči chraptí a má náznak stridoru. Jazyk není povleklý, sliznice jsou vlhké, hrdlo klidné, uši a nos bez sekretu. Tělesná teplota 36,1 °C, pulsů 88 za minutu, 24 dechů za minutu. Hmotnost při příjmu je 17,5 kg. Chlapec je oblečen do zimní kombinézy, pod ní má bavlněné tričko a punčocháče. Je čistý, nehty má krátké, vlasy učešané, nakrátko ostříhané. Na ruku byla chlapci nasazena identifikační páska. Chlapec chodí na noční, pleny nemá, vyprazdňování stolice je pravidelné, 2x denně. Při výživě je

nesoběstačný (dieta č. 12), pije z hrnku. Významný handicap ani postižení nemá.

Pacient se narodil z druhého fyziologického těhotenství, porod byl fyziologický, v termínu, hlavičkou. Porodní hmotnost 4.050 g, délka 50 cm. Kříščen nebyl, ikterus neměl, kyčle v pořádku, poporodní adaptace v normě, kojen byl 10 měsíců, z toho plně do 3. měsíce, PMV v normě, očkování absolvoval dle harmonogramu. Jedná se o první hospitalizaci, úraz neměl, operace nebyly žádné, není sledován v žádné odborné ordinaci, s ničím se dlouhodobě neléčí, chronickou medikací nemá, alergický není. Žije s rodiči a starším bratrem v rodinném domě.

Lékařem naordinovaná medikace: Inhalace Adrenalinu a fyziologického roztoku v poměru 3:3 – při zahlenění, Fortecortin 4 mg tbl. p.o. 1 tableta při stridoru, Stoptusin gtt. p. o. 3x denně 12 kapek, Sumetrolin 4 ml po 10 hodinách (18.00 – 6.00), Panadol 250 mg supp. o. při teplotě vyšší než 38°C, zvýšená poloha, větrání. Při příjmu byla sestrou odebrána ošetrovatelská anamnéza, vše bylo zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace. Dítě i zákonný zástupce byl sestrou seznámen s Provozním řádem oddělení a s Chartou práv hospitalizovaného dítěte. Dítě musí být trvale pod dohledem doprovázející osoby. Zdrojem informací při odběru ošetrovatelské anamnézy byla matka, která dále předložila zprávu od dětského lékaře.

Na základě sběru dat při příjmu pacienta byly stanoveny tyto ošetrovatelské diagnózy:

*Neefektivní průchodnost dýchacích cest* v souvislosti se základním onemocněním projevující se stridorem, suchým dráždivým kašlem, neklidem pacienta.

Cíl: Dítě má obnovené účinné dýchání, není cyanotické, má volné dýchací cesty, snadno odkašlává sekret, má čisté sklípkové dýchání.

Plán ošetrovatelské péče: Zajištění podání léků na kašel dle ordinace lékaře, vhodné polohy, zajištění příjmu tekutin, sledování barvy a příměsí sputa.

Realizace ošetrovatelského plánu: Osobní hygiena, pohybová aktivita, výživa, vylučování – přijat s matkou.

Hodnocení – hlášení sestry (denní služba): Chlapec byl přijat pro akutní laryngitidu, dle ordinace lékaře byly podány léky (inhalace, Stoptusin 12 kapek, Sumetrolin sirup 4ml). Nyní je bez teploty, dýchá volně, občas zakašle, je bez stridoru. Identifikační pásku si chlapec sundal, matka si nepřeje nasazovat jinou. Dnes byly provedeny odběr krve (KO, CRP), moče a výtěr z krku.

Hodnocení - hlášení sestry (noční služba): Chlapec spal celou noc, byl bez stridoru, dýchal volně.

Další stanovené ošetrovatelské diagnózy: *Riziko pádu* v souvislosti s věkem dítěte, *Riziko aspirace* v souvislosti se základním onemocněním.

#### 2. den

Sestra změřila fyziologické funkce (tělesnou teplotu, puls, dech). Ráno po probuzení měl stridor, po inhalaci došlo ke zlepšení. Během dne chlapec nekašle, večer opět náznak stridoru. Dle ordinace lékaře sestra podávala léky (Stoptusin kapky, Sumetrolin sirup). Před každým výkonem informovala matku, co bude s dítětem dělat, za jakým účelem dané výkony provádí. K dítěti přistupovala velice mile, klidně, dítě o všem pravdivě informovala. Na zavedené terapii došlo ke zlepšení stavu. Laboratoř potvrdila virovou infekci (CRP

méně než 2, Leuko 4,4), nález v krku odpovídá normální fyziologické flóře.

Hodnocení - hlášení denní služba: Od rána je chlapec afebrilní, nekašle, večer opět náznak stridoru. Dle ordinace lékaře podána inhalace a léky, poté je chlapec bez potíží, bez stridoru.

Hodnocení - hlášení noční služba: Chlapec spal do 23.15 hodin, pak se probudil, objevil se stridor a laryngální kašel. Dle ordinace lékaře byla podána inhalace a léky (Prednison forte ½ tbl), poté došlo ke zlepšení, chlapec usnul a spal do rána do 5.20 hodin.

### 3. den

Ráno sestra změnila fyziologické funkce (tělesnou teplotu, puls, dech). I dnes o všech výkonech matku dostatečně informovala, k chlapci se chovala velice klidně, kamarádsky. Chlapec je od podání Prednisonu (v 23.15) bez obtíží. V 10.15 byl chlapec s matkou propuštěn do domácí péče. Matka byla lékařem edukována o dalším léčebném postupu. Byly vydány pokyny pro úpravu domácího prostředí a dále vydány pokyny při objevení prvních příznaků laryngitidy (zvlhčený čerstvý vzduch v místnosti, kde dítě přebývá, nekouřit v prostorách, kde se dítě pohybuje, nenavštěvovat místa s výskytem většího množství lidí, při prvních příznacích otevřít na dítě okno, popř. zavést Rectodelt supp.). Do týdne doporučena kontrola u PLDD.

## 4. 2. 4 Kazuistika 4

### 1. den

Na dětské oddělení byl, v 22.15 hodin, přijat 28 ti měsíční chlapec, společně s matkou. Před 10 dny byl febrilní, měl chrapot, ústup nastal bez antibiotik, byl vyšetřen u PLDD. Chlapci byl nasazen Aeries sirup, po kterém došlo ke zlepšení. Poté byl v pořádku. Nyní, asi 2 dny, má rýmu, je afebrilní, dnes večer se probudil, začal štěkavě kašlat, měl inspirační stridor. Matka chlapci podala ¼ čípku Rectodelt a dále Aeries sirup. Došlo k velmi mírnému zlepšení, proto přichází na dětské oddělení, zde jsou přijati k hospitalizaci s diagnózou akutní laryngitida. Při příjmu byl chlapec plně orientován, chodící, přiměřené výživy a hydratace, bez exantému. V klidu je bez dušnosti, růžový, při pláči má inspirační stridor, byla patrná dysfonie. Jazyk nebyl povleklý, sliznice byly vlhké, hrdlo zarudlé, tonzily větší, ale klidné, epiglottis stíhla růžová, bez povlaků, krční uzliny nezvětšeny, uši a nos bez sekretu. Tělesná teplota 37,3 °C, pulsů 110 za minutu, 26 dechů za minutu. Hmotnost při příjmu je 13,65 kg. Chlapec je oblečen do zimní kombinézy, pod ní má bavlněné pyžamo. Je čistý, nehty má krátké, vlasy učesané, nakrátko ostříhané. Na ruku byla chlapci nasazena identifikační páska. Chlapeček chodí na nočník i v noci, pleny nemá, vyprazdňování stolice je pravidelné, 2x denně, při výživě je nesoběstačný (dieta č. 12), pije z hrnku. Nemá žádný významný handicap ani postižení.

Pacient se narodil z druhého fyziologického těhotenství, donošený, porod byl, v termínu, hlavičkou. Porodní hmotnost 3.920 g, délka 50 cm. Kříšen nebyl, ikterus neměl, kyčle v pořádku, poporodní adaptace v normě, kojen byl 8 měsíců, z toho plně do 4. měsíce, PMV v normě, očkování absolvoval dle harmonogramu. Jedná se o první hospitalizaci, úraz neměl, operace nebyly žádné, není sledován v žádné odborné ordinaci, s ničím se dlouhodobě neléčí, chronickou medikací

nemá, alergický není. Žije s rodiči a starším bratrem v rodinném domě.

Lékařem naordinovaná medikace: Inhalace Adrenalinu a fyziologického roztoku v poměru 3:3 – při dušnosti, Panadol 250 mg čípek při teplotě vyšší než 38°C, Robitusin Junior sirup 5 ml 3x denně, Nasivin nosní kapky 0,01% 3x denně 1 kapka do každé nosní dírky, zvýšená poloha, větrání. Při příjmu byla sestrou odebrána ošetrovatelská anamnéza, vše bylo zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace. Dítě i zákonný zástupce byl sestrou seznámen s Provozním řádem oddělení a s Chartou práv hospitalizovaného dítěte. Dítě musí být trvale pod dohledem doprovázející osoby.

Při sběru ošetrovatelské anamnézy byla zdrojem informací pro sestru matka.

Na základě sběru dat při příjmu pacienta byly stanoveny tyto ošetrovatelské diagnózy:

*Neefektivní průchodnost dýchacích cest* v souvislosti se základním onemocněním projevující se stridorem, suchým dráždivým kašlem, neklidem pacienta.

Cíl: Dítě má obnovené účinné dýchání, není cyanotické, má volné dýchací cesty, snadno odkašlává sekret, má čisté sklípkové dýchání.

Plán ošetrovatelské péče: Zajištění podání léků na kašel dle ordinace lékaře, vhodná poloha, zajištění příjmu tekutin, sledování barvy a příměsi sputa.

*Porušený spánek* v souvislosti se suchým dráždivým kašlem projevující se probuzením při každém zakašlání.

Cíl: Dítě spí klidně bez probuzení 4-6 hodin.

Plán ošetrovatelské péče: Sledovat pravidelně spánek, zajistit úpravu lůžka, vyvětrání pokoje, zajistit noční klid.

*Hypertermie* v souvislosti se základním onemocněním projevující se vyššími naměřenými hodnotami (37,3 °C), opocnou pokožkou a tachykardií.

Cíl: Chlapec má fyziologickou tělesnou teplotu.

Plán ošetrovatelské péče: Včas diagnostikovat zvýšenou tělesnou teplotu, sledovat stav vědomí, fyziologické funkce, barvu kůže, kožní turgor, stav sliznic, účinnost ordinovaných antipyretik.

Další stanovené ošetrovatelské diagnózy: *Riziko pádu* v souvislosti s věkem dítěte, *Riziko aspirace* v souvislosti se základním onemocněním.

Realizace ošetrovatelského plánu: Osobní hygiena, pohybová aktivita, výživa, vylučování – přijat s matkou.

Hodnocení - hlášení sestry (noční služba): Chlapec byl přijat pro akutní laryngitidu, při pláči se objevil inspirační stridor. Dle ordinace lékaře byly podány léky (inhalace, Panadol, Robitusin, Nasivin). Po podání léků došlo ke zlepšení stavu. Dnes ráno budou provedeny odběry krve (KO, CRP, glukóza), moče, výtěr z krku.

### 2. den

Sestra změnila fyziologické funkce (tělesnou teplotu, puls, dech). Vše zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace. Dle ordinace lékaře podávala léky. Matce podala dostatečné informace o všech výkonech, které u chlapce prováděla, dále ji informovala o ošetrovatelské péči, která spočívá v dostatečném dodávání tekutin, větrání na pokoji, ukládání chlapce do zvýšené polohy. Upozornila matku na nutnost dodržování klidového režimu. K chlapečkovi se sestra chovala velice laskavě, přátelsky.

Ráno, po probuzení, chlapec chraptěl, byl bez stridoru,

bez dušnosti, nekašlal.

Hodnocení – hlášení sestry (denní služba): Na zavedené terapii došlo ke zlepšení stavu. Hodnocení - hlášení sestry (noční služba): Chlapec večer trochu chraptěl, jinak celou noc spal, dýchal volně, byl bez stridoru.

### 3. den

Ráno sestra změnila fyziologické funkce (tělesnou teplotu, puls, dech). Dle ordinace lékaře podávala léky. I dnes byla matka sestrou o všech výkonech dostatečně informována. K chlapci se sestra chovala velice klidně, kamarádsky. Laboratoř potvrdila virovou infekci (CRP 3,9), výtěr z krku byl negativní. Chlapci byla sundána identifikační páska a v 9.15 byl chlapec s matkou propuštěn do domácí péče. Při propuštění byl u chlapce ještě patrný mírný chraptot. Matka byla lékařem edukována o dalším léčebném postupu. Při rýmě dále podávat nosní kapky 3x denně 1 kapka do každé nosní dírky, na suchý kašel Robitusin sirup 5 ml 3x denně, po zvlhčení přejít na Mucosolvan sirup 2,5 ml 3x denně po dobu 1 týdne. Dále byly vydány pokyny na úpravu domácího prostředí (v místnosti, kde dítě spí dostatečně větrat, zajistit studený vlhký vzduch, ukládat chlapce do zvýšené polohy). Při náznaku stridoru dnes v noci podat ½ tbl Prednisonu 5 mg. Po dobu 1 týdne klidový režim, bez zvýšené fyzické námahy, mimo dětský kolektiv.

## 4.3 Přepisy rozhovorů s dětskými sestrami

### 4.3.1 Rozhovor 1 (S1)

První oslovenou byla žena ve věku 30 roků, vystudovala střední zdravotnickou školu a vyšší odbornou školu zdravotnickou, obor Dětská sestra. Ve zdravotnictví pracuje 9 let, po celou dobu pracuje na dětském oddělení.

V jakém ročním období se vyskytuje onemocnění akutní laryngitida?

*„Akutní laryngitida se vyskytuje nejvíce na podzim a na jaře, ale není výjimkou se s tímto onemocněním setkat i v létě.“*

Kolik dětí, s diagnózou akutní laryngitida, je na vašem oddělení přibližně hospitalizováno v době největšího výskytu?

*„V době největšího výskytu (v říjnu) u nás na oddělení bylo hospitalizováno asi tak 10 - 12 dětí měsíčně.“*

Specifikujte, prosím, ošetrovatelskou péči o dítě s tímto onemocněním v oblasti dýchání, v oblasti výživy a příjmu tekutin, v oblasti péče o hygienu a vyprazdňování, v oblasti spánku a odpočinku a v oblasti rehabilitace.

*„Péče v oblasti dýchání je zaměřena na zajištění zvlhčeného chladného vzduchu na pokoji dítěte, důležité je dostatečné větrání. Dále, dle ordinace lékaře, podáváme inhalace. Do jídla děti nenutíme, nutný je dostatek tekutin, obzvláště má-li dítě zvýšenou teplotu. Zde oceňuji přítomnost rodičů, protože mohou dítěti nabízet tekutiny podstatně častěji. Snažím se navázat přátelský vztah s dítětem, vstřícný přístup. Dle věku dítěte mu vysvětlím situaci spojenou s nedostatečným dýcháním, snažím se pozvednout jeho sebevědomí. To vše vede ke zlepšení celkového stavu dítěte. Důležité je fyzicky dítě nezatěžovat, o hygienu se stará maminka, ta i neustále kontroluje, aby bylo dítě ve zvýšené poloze.“*

Jaká režimová opatření používáte ke zmírnění příznaků tohoto onemocnění?

*„Uložení dítěte na lůžko, inhalace (fyziologický roztok a*

*Adrenalin), zvýšená poloha, uklidnění dítěte, dostatek klidu a ticha.“*

Jak vnímáte rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním akutní laryngitida a u dětí s jiným onemocněním?

*„Určitě rozdíl v péči vnímám, každé onemocnění má svá specifika ošetrovatelské péče a hlavně každé dítě vyžaduje jiný přístup.“*

Jak může přítomnost rodičů ovlivnit průběh tohoto onemocnění?

*„Pokud je to možné, je přítomnost jednoho z rodičů určitě vhodná, troufnu si říci žádoucí. Dítě, které je umístěno do nemocnice bez rodičů, hospitalizaci zvládá obtížněji. Psychický stav ovlivňuje dýchání a v tomto případě i průběh onemocnění. Hospitalizace samotného dítěte je velice ojedinelá. Určitě má přítomnost rodičů pozitivní vliv na průběh onemocnění.“*

Jak edukujete rodiče při propuštění dítěte do domácího ošetření ohledně doléčení, prevence, recidivy?

*„Určitě rodiče edukujeme. Vysvětlíme jim, že při dechových obtížích je nevhodné těsné oblečení. Doporučíme rodičům, aby dítě otužovali, ve stravě mu zajistili dostatek vitamínů, vždy zdůrazníme čisté nekuřácké prostředí.“*

V čem je pro vás ošetrovatelská péče o dítě s onemocněním akutní laryngitida náročnější než ošetrovatelská péče o dítě s jiným onemocněním?

*„Nevnímám ošetrovatelskou péči o dítě s akutní laryngitidou jako náročnou, ale jako specifickou. Náročnější bývala ošetrovatelská péče o dítě s akutní epiglottidou, ale díky očkování se už vyskytuje velice vzácně a to ještě u velkých dětí nebo u dospělých.“*

Provádíte na oddělení sesterské vizity?

*„Neprovádíme.“*

Kdy odeberáte ošetrovatelskou anamnézu?

*„Většinou při příjmu, ale i v průběhu hospitalizace.“*

Od koho získáváte informace při sběru ošetrovatelské anamnézy dítěte?

*„Záleží na věku dítěte. S akutní laryngitidou jsou většinou hospitalizované děti ve věku do 3 let a s rodiči, takže informace získáváme od rodičů. V případě, že samotné dítě přiveze sanitu, získáváme informace od předávajícího zdravotnického personálu.“*

Co používáte k tvorbě ošetrovatelských diagnóz (Nanda II, vlastní diagnózy)?

*„Nevím, máme je vypsáno na formuláři a jen zaškrťujeme.“*

Jaké ošetrovatelské diagnózy se nejčastěji objevují u dětí s onemocněním akutní laryngitida?

*„K nejčastějším ošetrovatelským problémům, u dětí s akutní laryngitidou, patří Omezená průchodnost dýchacích cest, Porucha spánku, Hypertermie.“*

Jaké ošetrovatelské intervence se nejčastěji vyskytují u dětí s onemocněním akutní laryngitida?

*„Mezi nejčastější intervence patří zklidnění dítěte, ale i matky, uložení dítěte do zvýšené polohy, dle ordinace lékaře podávání inhalací a dalších ordinovaných léků /antipyretika, antitusika), zajištění dostatečného množství tekutin, sledování fyziologických funkcí, zajistit pravidelné větrání, provádění dechové rehabilitace, poklepové masáže.“*

Jakým způsobem se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče o děti s onemocněním horních cest dýchacích u dětí?

*„Informace získávám z odborného časopisu „Sestra“, občasně se zúčastním semináře.“*

#### 4. 3. 2 Rozhovor 2 (S2)

Druhou oslovenou byla žena ve věku 36 roků, vystudovala střední zdravotnickou školu, vysokou školu – bakalářské studium, obor Všeobecná sestra. Ve zdravotnictví pracuje 17 roků, na dětském oddělení pracuje 7 roků.

V jakém ročním období se vyskytuje onemocnění akutní laryngitida?

„Jedná se o sezónní onemocnění s nejčastějším výskytem od října do prosince.“

Kolik dětí, s diagnózou akutní laryngitida, je na vašem oddělení přibližně hospitalizováno v době největšího výskytu?

„V tomto období, od října do prosince, u nás bylo přibližně hospitalizováno 30 dětí, tzn. asi 10 dětí měsíčně.“

Specifikujte, prosím, ošetrovatelskou péči o dítě s tímto onemocněním v oblasti dýchání, v oblasti výživy a příjmu tekutin, v oblasti péče o hygienu a vyprazdňování, v oblasti spánku a odpočinku a v oblasti rehabilitace.

„V oblasti dýchání je důležité zajistit dostatečné větrání na pokoji, aby vdechovaný vzduch byl chladný a vlhký. Na základě ordinace lékaře podáváme inhalace Adrenalinu a fyziologického roztoku. Velice důležité je udržet dítě ve zvýšené poloze. Do jídla dítě zpravidla nenutíme, důležitý je dostatek tekutin, zvláště má-li dítě zvýšenou teplotu. Pro dítě není vhodná fyzická zátěž, musíme je udržet v klidu. Hygienickou péči většinou vykonáváme my, je-li přítomna matka nebo otec, tak ji zajišťují rodiče. Dítěti dopřejeme klid, zajistíme klid na pokoji. Není vhodné dítě zatěžovat ani psychicky ani fyzicky. V oblasti rehabilitace je důležité naučit dítě klidně dýchat, provádíme pokleповou masáž.“

Jaká režimová opatření používáte ke zmírnění příznaků tohoto onemocnění?

„Je vhodný hlasový klid, aby dítě zbytečně nemluvalo. Na pokoji zajistit čerstvý vlhký vzduch, dle lékaře podávat antipyretika, antitusika.“

Jak vnímáte rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním akutní laryngitida a u dětí s jiným onemocněním?

„Určitě rozdíl vnímám, protože každé onemocnění má svá specifika. V tomto případě se jedná o akutní stav a na rozmyšlení není mnoho času, ale velice rychle dochází ke zlepšení zdravotního stavu dítěte. Hospitalizace dětí s tímto onemocněním je krátká, trvá zpravidla 1- 3 dny.“

Jak může přítomnost rodičů ovlivnit průběh tohoto onemocnění?

„Přítomnost rodičů hodnotím velice kladně. Dítě je klidnější, méně se bojí. Stres, strach i pláč zhoršuje dýchání. Určitě je pro dítě lepší, když hygienickou péči zajišťuje maminka. Dítě raději přijme potravu i tekutiny od matky než od cizí osoby. Myslím si, že přítomnost rodičů ovlivňuje i délku hospitalizace. Dítě, které je hospitalizované s matkou většinou odchází druhý nebo třetí den domů, na rozdíl od dítěte, které je hospitalizované bez rodičů. Zde sehrává velkou roli právě stres a pláč, hospitalizace trvá déle.“

Jak edukujete rodiče při propuštění dítěte do domácího ošetření ohledně doléčení, prevence, recidivy?

„Rodiče zpravidla edukuje lékař. Většinou se doporučuje úprava domácího prostředí, poradí rodičům, jakým způsobem zajistit dítěti v pokoji dostatečně vlhký vzduch, doporučí jim zvlhčovače vzduchu, připomene jim dostatečné větrání, ke zmírnění otoku dýchacích cest doporučí podávání Prissnitzova

obkladu. V případě zvýšené teploty doporučí podat antipyretika, při kašli antitusika a zdůrazní, aby rodiče dbali na dodržování hlasového klidu dítěte. Někdy je rodičům doporučeno mít doma Rectodelt čípek a při prvních příznacích jej dítěti zavést.“

V čem je pro vás ošetrovatelská péče o dítě s onemocněním akutní laryngitida náročnější než ošetrovatelská péče o dítě s jiným onemocněním?

„Nemyslím si, že by byla ošetrovatelská péče náročná. Jak jsem řekla, jedná se o akutní stav, jednáte automaticky, bez dlouhého přemýšlení. Je to onemocnění, které se vyskytuje velice často, hospitalizované jsou většinou děti určité věkové kategorie a to děti do 3 let. Větší děti jsou s touto chorobou hospitalizované výjimečně, zpravidla onemocnění zvládnou v domácím prostředí. Myslím si, že náročnější ošetrovatelská péče bývala u dětí s onemocněním akutní epiglottitida, ale ta už se naštěstí u takto malých dětí nevyskytuje.“

Provádíte na oddělení sesterské vizity?

„Provádíme hlášení u lůžka nemocného.“

Kdy odebíráte ošetrovatelskou anamnézu?

„Snažím se odebírat ošetrovatelskou anamnézu vždy při příjmu pacienta.“

Od koho získáváte informace při sběru ošetrovatelské anamnézy dítěte?

„Informace zpravidla získáváme od rodičů, v případě, že dítě přiveze sanita, získáváme informace od předávajícího zdravotnického personálu. Jedná se zpravidla o děti, od kterých se informace získat nedají díky věku. U větších dětí získáváme informace od nich.“

Co používáte k tvorbě ošetrovatelských diagnóz (Nanda II, vlastní diagnózy)?

„K tvorbě ošetrovatelských diagnóz používáme předtisknutý formulář, nevím, zda se jedná o vlastní diagnózy oddělení nebo zda jsou stanoveny podle taxonomie Nanda II.“

Jaké ošetrovatelské diagnózy se nejčastěji objevují u dětí s onemocněním akutní laryngitida?

„S akutní laryngitidou jsou zde většinou hospitalizovány děti ve věku do 3 let. Zpravidla je přítomna i matka. Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy patří Hypertermie z důvodu zánětu, Porucha spánku z důvodu bolesti, hospitalizace, provozu na pokoji, dále Omezení průchodnosti dýchacích cest.“

Jaké ošetrovatelské intervence se nejčastěji vyskytují u dětí s onemocněním akutní laryngitida?

„Mezi nejčastější intervence patří sledování fyziologických funkcí, tělesné teploty, zajištění vhodné polohy a dostatku tekutin. Je nutné sledovat laboratorní hodnoty, dle ordinace lékaře zajistit inhalaci a podání ostatních léků na odkašláni, na snížení teploty. Vhodné je dostatečné větrání na pokoji.“

Jakým způsobem se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče o děti s onemocněním horních cest dýchacích u dětí?

„Občas navštívím nějaký seminář na toto téma, nejvíce informací čerpám z odborných článků na internetu.“

#### 4. 3. 3 Rozhovor 3 (S3)

Sestra ve věku 42 roků vystudovala střední zdravotnickou školu a pomaturitní specializační studium v oboru ARIP. Ve zdravotnictví pracuje 22 roků, po celou tuto dobu pracuje na dětském oddělení.

V jakém ročním období se vyskytuje onemocnění akutní laryngitida?

„Akutní laryngitida se vyskytuje od září do května.“

Kolik dětí, s diagnózou akutní laryngitida, je na vašem oddělení přibližně hospitalizováno v době největšího výskytu?

„Nemám to přesně spočítáno, ale myslím si, že tak 12 -15 dětí měsíčně. Někdy se vyskytne i v létě, ale v podstatně menším počtu.“

Specifikujte, prosím, ošetrovatelskou péči o dítě s tímto onemocněním v oblasti dýchání, v oblasti výživy a příjmu tekutin, v oblasti péče o hygienu a vyprazdňování, v oblasti spánku a odpočinku a v oblasti rehabilitace.

„Ošetrovatelská péče u dětí s akutní laryngitidou spočívá v uložení dítěte do polohy v sedě - zvýšené polohy, v aplikaci léků a inhalací dle ordinace lékaře. Dále sledujeme saturaci, fyziologické funkce a celkový stav dítěte. Zajistíme dostatečný přísun tekutin, do jídla dítě nenutíme. Sledujeme výsledky laboratorních vyšetření, někdy je nutné konzilium ORL lékaře. O hygienu se většinou postará matka. Pro dítě je důležitý klid a dostatek spánku.“

Jaká režimová opatření používáte ke zmírnění příznaků tohoto onemocnění?

„Pro dítě je důležitý dostatek klidu, spánku, hlasový klid, studený čistý zvlhčený vzduch, dostatek tekutin.“

Jak vnímáte rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním akutní laryngitida a u dětí s jiným onemocněním?

„Ošetrovatelská péče je u všech pacientů stejná, mění se určité postupy dle diagnóz a aktuálního stavu pacientů. Každá diagnóza má svá specifika.“

Jak může přítomnost rodičů ovlivnit průběh tohoto onemocnění?

„Přítomnost rodičů je vhodná. Je-li s dítětem hospitalizovaná například matka, je méně stresovaná a vyděšená, vedle matky se cítí bezpečněji, což se odráží na celkovém průběhu tohoto onemocnění. Psychický stav je jedním z faktorů, které z velké míry ovlivňuje dýchání.“

Jak edukujete rodiče při propuštění dítěte do domácího ošetření ohledně doléčení, prevence, recidivy?

„Při edukaci klademe důraz na prevenci, která spočívá v otužování dítěte, v přísunu dostatečného množství vitamínů, doporučujeme i klimatoterapii, pobyt dítěte v čistém prostředí. Opakovaně zdůrazňujeme nevhodnost kouření v prostředí, kde dítě pobývá.“

V čem je pro vás ošetrovatelská péče o dítě s onemocněním akutní laryngitida náročnější než ošetrovatelská péče o dítě s jiným onemocněním?

„Jakoukoliv ošetrovatelskou péči o dítě nevnímám jako více či méně náročnou. Každé dítě, a každá nemoc vyžaduje specifickou péči. U akutní laryngitidy spočívají specifika ošetrovatelské péče v zajištění dostatečné průchodnosti dýchacích cest. Cílem je dosáhnout účinného dýchání.“

Provádíte na oddělení sesterské vizity?

„Ano provádíme, přímo u lůžka dítěte.“

Kdy odebíráte ošetrovatelskou anamnézu?

„Ošetrovatelská anamnéza má být odebrána do 24 hodin, ale snažíme se ji odebrat hned při příjmu dítěte a v průběhu hospitalizace.“

Od koho získáváte informace při sběru ošetrovatelské anamnézy dítěte?

„Většina dětí s akutní laryngitidou přichází v doprovodu rodičů. Od těch získáváme potřebné informace.“

Co používáte k tvorbě ošetrovatelských diagnóz (Nanda II, vlastní diagnózy)?

„Na oddělení máme vlastní ošetrovatelské diagnózy, vybíráme je z předtisknutého formuláře.“

Jaké ošetrovatelské diagnózy se nejčastěji objevují u dětí s onemocněním akutní laryngitida?

„Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy u dětí s akutní laryngitidou patří Omezená průchodnost dýchacích cest z důvodu zánětu, Snížený objem tělesných tekutin z důvodu obtížného polykání.“

Jaké ošetrovatelské intervence se nejčastěji vyskytují u dětí s onemocněním akutní laryngitida?

„Mezi intervence u dětí s akutní laryngitidou patří uložení dítěte do zvýšené polohy, aplikace inhalací a léků na odkašlávání (dle ordinace lékaře), zklidnění dítěte, zajištění dostatečného množství tekutin, odsávání sekretu, pravidelné větrání na pokoji.“

Jakým způsobem se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním horních cest dýchacích u dětí?

„Nejvíce informací čerpám z časopisu „Sestra“. Články jsou velice poučné přímo z prostředí ošetrovatelských jednotek. Ráda se účastním i seminářů, kde si předáváme vlastní zkušenosti.“

#### 4. 3. 4 Rozhovor 4 (S4)

Čtvrtou oslovenou byla sestra ve věku 42 roků, vystudovala střední zdravotnickou školu, dále vysokou školu – bakalářské studium, obor Všeobecná sestra a magisterské studium, obor Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory. Ve zdravotnictví pracuje 22 roků, na dětském oddělení 3 roky.

V jakém ročním období se vyskytuje onemocnění akutní laryngitida?

„Akutní laryngitida se nejvíce vyskytuje na podzim, hlavně v říjnu a v listopadu.“

Kolik dětí, s diagnózou akutní laryngitida, je na vašem oddělení přibližně hospitalizováno v době největšího výskytu?

„V době největšího výskytu, tedy v říjnu a v listopadu je na našem oddělení hospitalizováno přibližně 12 – 15 dětí za měsíc. V září, v prosinci, v lednu a v únoru jich je méně, většinou kolem 10 dětí. Jsou to ale čísla přibližná.“

Specifikujte, prosím, ošetrovatelskou péči o dítě s tímto onemocněním v oblasti dýchání, v oblasti výživy a příjmu tekutin, v oblasti péče o hygienu a vyprazdňování, v oblasti spánku a odpočinku a v oblasti rehabilitace.

„Ošetrovatelská péče spočívá ve sledování dýchání, všímáme si projevů dušnosti, dále sleduje kašel, jeho charakter, hlas a chrapot. Úloha sestry spočívá hlavně v psychickém zklidnění dítěte, podávání léků dle ordinace lékaře, zpravidla se jedná o inhalace Adrenalinu, na krk přikládáme Priessnitzův obklad, který urychlí průběh zánětu a odkašlávání. Sledujeme hydrataci dítěte, do jídla děti nenutíme. Spánek a odpočinek je pro dítě velice důležitý, dítě ukládáme do zvýšené polohy, pravidelně na pokoji větráme. Chladný vzduch zmírňuje příznaky onemocnění.“

Jaká režimová opatření používáte ke zmírnění příznaků tohoto onemocnění?

„Ke zmírnění příznaků přispívá zvýšená poloha dítěte, dostatek čerstvého studeného vzduchu, dostatek tekutin, hlasový klid. Zde sehrává velkou roli přítomnost matky nebo otce, dítě je klidnější, což se odráží i na průběhu onemocnění. Jakýkoliv stres dýchání nejen u dětí zhoršuje.“

Jak vnímáte rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u

děti s onemocněním akutní laryngitida a u dětí s jiným onemocněním?

„Jedná se o akutní stav, musíte jednat rychle, není mnoho času na rozmyšlení. Na druhou stranu je to velice časté onemocnění, takže jednáte automaticky, aniž byste si uvědomovala náročnost ošetrovatelské péče. Při včasné diagnostice, správné léčbě a ošetrovatelské péči dochází k rychlému zlepšení zdravotního stavu dítěte. Délka hospitalizace se pohybuje okolo 2-3 dnů.“

Jak může přítomnost rodičů ovlivnit průběh tohoto onemocnění?

„Dítě je většinou přijímáno s matkou. V přítomnosti matky se lépe adaptuje na cizí prostředí, cítí se bezpečněji a lépe spolupracuje s ošetrovatelským personálem. Sestra informuje rodiče o všem co se s dítětem děje, i oni potřebují uklidnit. Informace o zdravotním stavu dítěte dává rodičům lékař. Je to velice důležité, protože někdy tento stav vypadá děsivě, zvláště jedná-li se o první laryngitidou.“

Jak edukujete rodiče při propuštění dítěte do domácího ošetření ohledně doléčení, prevence, recidivy?

„Rodiče dostávají doporučení dále pokračovat v zavedené léčbě. Doporučuje se jim kontrola u dětského lékaře do týdne. Dále dostávají informace o úpravě domácího prostředí, vhodné je časté krátké intenzivní větrání, doma nesmí být přetopeno, nesmí být v místnosti suchý vzduch. Rodiče – kuřáci by neměli kouřit v místnostech, kde se dítě pohybuje. Je vhodné s dítětem chodit pravidelně na čerstvý vzduch, i za špatného počasí, volit správné oblečení. Imunitu u dítěte posilovat zdravou výživou s dostatečným množstvím vitamínů, pohybem a otužováním. Rodiče jsou informováni o tom, že se laryngitida může opakovat a jak se zachovat v případě výskytu prvních příznaků tohoto onemocnění. První pomoc by měla být následující: otevřít okno, dostatečně zvlhčit vzduch (mokrý ručník, zvlhčovač), zavést čípek Rectodelt 100, který rodičům předepíše dětský lékař, dále podávat léky proti kašli a nosní kapky při rýmě.“

V čem je pro vás ošetrovatelská péče o dítě s onemocněním akutní laryngitida náročnější než ošetrovatelská péče o dítě s jiným onemocněním?

„Jedná se o akutní stav, musíte jednat rychle. Je to ale velice časté onemocnění u určité věkové skupiny, takže si ani neuvědomujete náročnost. Bývala náročnější péče o děti s epiglottidou, ale u takto malých dětí se již nevyskytuje.“

Provádíte na oddělení sesterské vizity?

„Ano, provádíme formou hlášení u lůžka pacienta.“

Kdy odebíráte ošetrovatelskou anamnézu?

„Ošetrovatelskou anamnézu odebíráme ihned při příjmu pacienta.“

Od koho získáváte informace při sběru ošetrovatelské anamnézy dítěte?

„Děti s akutní laryngitidou jsou většinou hospitalizované s matkou. Informace získáváme tedy od matky. Hospitalizaci někdy předchází návštěva u dětského lékaře, tudíž některé informace získáváme z lékařské zprávy od tohoto lékaře.“

Co používáte k tvorbě ošetrovatelských diagnóz (Nanda II, vlastní diagnózy)?

„Sestry vybírají ošetrovatelské diagnózy z předtištěného formuláře, tyto diagnózy byly vytvořené podle taxonomie NANDA II.“

Jaké ošetrovatelské diagnózy se nejčastěji objevují u dětí s onemocněním akutní laryngitida?

„Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy vyskytující se u

děti s akutní laryngitidou patří Omezená průchodnost dýchacích cest z důvodu zánětu, Porušený spánek z důvodu zhoršené adaptace na nemocniční prostředí, rušení ostatních pacientů, z důvodu dráždivého kašle, Hypertermie z důvodu základního zánětlivého onemocnění, Riziko pádu v souvislosti s věkem dítěte, Riziko aspirace v souvislosti se základním onemocněním.“

Jaké ošetrovatelské intervence se nejčastěji vyskytují u dětí s onemocněním akutní laryngitida?

„Mezi nejčastější ošetrovatelské intervence patří sledování vitálních funkcí, zejména parametrů dýchání, podávání inhalací a léků dle ordinace lékaře, zajištění vhodné polohy, zajištění čistého zvlhčeného vzduchu na pokoji, psychické zklidnění pacienta, zajištění klidného pokoje, omezení nočního pohybu na pokoji dítěte.“

Jakým způsobem se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče o děti s onemocněním horních cest dýchacích u dětí?

„Informace čerpám z článků odborných časopisů, které pravidelně na oddělení odebíráme, dále navštěvuji odborné semináře, kde si předáváme vlastní praktické zkušenosti.“

#### 4. 3. 5 Rozhovor 5 (S5)

Pátou oslovenou byla sestra ve věku 48 roků, vystudovala střední zdravotnickou školu, ve zdravotnictví pracuje celkem 29 roků, na dětském oddělení pracuje 24 roků.

V jakém ročním období se vyskytuje onemocnění akutní laryngitida?

„Akutní laryngitida se nejvíce vyskytuje v zimě, ale můžeme se s ní setkat i v létě, ale v menším počtu.“

Kolik dětí, s diagnózou akutní laryngitida, je na vašem oddělení přibližně hospitalizováno v době největšího výskytu?

„Jak jsem řekla, nejvíce se vykytuje v zimních měsících. V těchto měsících u nás bývá hospitalizováno přibližně 12-15 dětí měsíčně.“

Specifikujte, prosím, ošetrovatelskou péči o dítě s tímto onemocněním v oblasti dýchání, v oblasti výživy a příjmu tekutin, v oblasti péče o hygienu a vyprazdňování, v oblasti spánku a odpočinku a v oblasti rehabilitace.

„Péče v oblasti dýchání spočívá v podávání inhalací, dítě je uloženo do zvýšené polohy, dále péče spočívá v dostatečném zvlhčování vzduchu v místnosti a v dostatečném větrání. Péče v oblasti výživy a příjmu tekutin spočívá především v dostatečném příjmu tekutin. Do jídla děti nenutíme. Výhodou je přítomnost rodičů během hospitalizace, protože dítěti nabízí tekutiny podstatně častěji než zdravotnický personál. Co se týká psychiky dítěte, důležitý je klid. Zde opět hraje roli přítomnost matky nebo otce. Dítě je s rodičem mnohem klidnější, cítí se bezpečněji. Hygienickou péči většinou zajišťují také rodiče. Spánek je pro dítě důležitý, dítě nezatěžujeme fyzicky ani psychicky. Během rehabilitace se snažíme dítě naučit klidně dýchat, provádíme poklepovou masáž.“

Jaká režimová opatření používáte ke zmírnění příznaků tohoto onemocnění?

„Především chladný vlhký vzduch, hlasový klid, tělesný klid, podávání antipyretik a antitusik.“

Jak vnímáte rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním akutní laryngitida a u dětí s jiným onemocněním?

„Nevím jak ostatní, ale já nehledám rozdíly v ošetrovatelské péči. Jednám automaticky, protože se jedná o akutní stav a velice časté onemocnění u určité věkové skupiny dětí.“

Jak může přítomnost rodičů ovlivnit průběh tohoto onemocnění?

„Přítomnost rodičů určitě působí na dítě pozitivně, dítě je klidnější, méně se bojí. I když někdy opak je pravdou.“

Jak edukujete rodiče při propuštění dítěte do domácího ošetření ohledně doléčení, prevence, recidivy?

„Rodiče jsou edukováni lékařem při propuštění z oddělení. Edukace se týká úpravy domácího prostředí, lékař doporučí používat domácí zvlhčovače vzduchu, dále doporučí časté větrání. Edukace se týká pomoci při prvních příznacích, kdy lékař rodičům doporučí zavést dítěti Rectodelt čípek, podávat antitusika, antipyretika a dostatek tekutin.“

V čem je pro vás ošetrovatelská péče o dítě s onemocněním akutní laryngitida náročnější než ošetrovatelská péče o dítě s jiným onemocněním?

„Nepovažuji péči o dítě s laryngitidou za náročnější. Myslím, že jsou onemocnění vyžadující náročnější ošetrovatelskou péči, například epiglottitida. Ta už se ale u této věkové skupiny dětí nevyskytuje.“

Provádíte na oddělení sesterské vizity?

„Provádíme hlášení u lůžka dítěte, asi se tomu dnes říká sesterské vizity.“

Kdy odebíráte ošetrovatelskou anamnézu?

„Ošetrovatelskou anamnézu odebíráme většinou při příjmu dítěte, ale i během hospitalizace.“

Od koho získáváte informace při sběru ošetrovatelské anamnézy dítěte?

„Je-li dítě, ve věku, kdy je schopno poskytovat adekvátní informace, tak od něho. Dále získáváme informace samozřejmě od rodičů a od zdravotnického personálu, když je dítě přivezeno bez rodičů sanitkou.“

Co používáte k tvorbě ošetrovatelských diagnóz (Nanda II, vlastní diagnózy)?

„Na oddělení máme vlastní ošetrovatelské diagnózy již předtištěné na formuláři.“

Jaké ošetrovatelské diagnózy se nejčastěji objevují u dětí s onemocněním akutní laryngitida?

„Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy vyskytující se u dětí s akutní laryngitidou patří Omezení průchodnosti dýchacích cest, Snížený objem tělesných tekutin při vysoké teplotě a při bolestivém polykání, dále Riziko aspirace v souvislosti se základním onemocněním a Riziko pádu v souvislosti s věkem dítěte.“

Jaké ošetrovatelské intervence se nejčastěji vyskytují u dětí s onemocněním akutní laryngitida?

„Mezi nejčastější intervence patří sledování stavu dýchání, sledování psychického stavu, zajištění klidu, hodnocení bolesti, podávání léků a inhalací dle ordinace lékaře, zajistit dostatečné množství tekutin, větrání na pokoji, uložení dítěte do zvýšené polohy.“

Jakým způsobem se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče o děti s onemocněním horních cest dýchacích u dětí?

„Navštěvuji odborné semináře, dále čerpám informace z internetu a z odborných časopisů.“

#### 4. 3. 6 Rozhovor 6 (S6)

Šestou oslovenou byla sestra ve věku 60 roků, vystudovala střední zdravotnickou školu, a pomaturitní specializační studium v oboru ARIP. Délka praxe ve zdravotnictví činí šesté oslovené sestry 41 roků. Po celou tuto dobu pracuje na dět-

ském oddělení.

V jakém ročním období se vyskytuje onemocnění akutní laryngitida?

„Akutní laryngitida se nejvíce vyskytuje na jaře a na podzim.“

Kolik dětí, s diagnózou akutní laryngitida, je na vašem oddělení přibližně hospitalizováno v době největšího výskytu?

„V těchto měsících je na našem oddělení přibližně hospitalizováno 12-15 dětí měsíčně.“

Specifikujte, prosím, ošetrovatelskou péči o dítě s tímto onemocněním v oblasti dýchání, v oblasti výživy a příjmu tekutin, v oblasti péče o hygienu a vyprazdňování, v oblasti spánku a odpočinku a v oblasti rehabilitace.

„Ošetrovatelská péče v oblasti dýchání spočívá v podávání léků a inhalace, dle ordinace lékaře, dítě uložíme do zvýšené polohy, dostatečně vyvětráme pokoj a tím zajistíme chladný a vlhký vzduch. Ošetrovatelská péče v oblasti výživy spočívá v podávání lehčí stravy, ale dítě do jídla nenutíme, důležitější je příjem dostatečného množství tekutin, obzvláště má-li dítě zvýšenou teplotu. Péče o psychiku spočívá ve zklidnění dítěte někdy i matky. Stres zhoršuje celkový zdravotní stav dítěte. Hygienu většinou zajišťují u dítěte rodiče. Pro dítě je důležitý klid, dostatek spánku, hlasový klid. Při jakékoliv zátěži ať už fyzické či psychické se dýchání zhoršuje. Při rehabilitaci s dětmi děláme dechová cvičení.“

Jaká režimová opatření používáte ke zmírnění příznaků tohoto onemocnění?

„V době akutního onemocnění je důležitý hlasový klid, uložení dítěte do zvýšené polohy, dostatek zvlhčeného studeného vzduchu na pokoji dítěte. V období rekonvalescence je důležité vyvarovat se styku s nemocnými dětmi. Nenavštěvovat místa s velkým počtem osob v období největšího výskytu onemocnění, například kina, supermarkety ale i mateřskou školu. Vhodný je častý pobyt v přírodě, v čistém zdravém ovzduší, pobyt na horách či u moře. Děti fyzicky nezatěžovat.“

Jak vnímáte rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním akutní laryngitida a u dětí s jiným onemocněním?

„Jde o akutní onemocnění, kde čas hraje roli. Nemáme čas vnímat rozdíly v ošetrovatelské péči, jednáme rychle, automaticky, rutinně, protože se s tímto onemocněním na dětském oddělení setkáváme poměrně často.“

Jak může přítomnost rodičů ovlivnit průběh tohoto onemocnění?

„V případě, že je s dítětem hospitalizovaná matka či otec, má pocit většího bezpečí, rychleji se zklidní, což pozitivně působí nejen na dýchání dítěte ale i na celkový stav.“

Jak edukujete rodiče při propuštění dítěte do domácího ošetření ohledně doléčení, prevence, recidivy?

„Doporučujeme rodičům vyvarovat se prostředí s velkým výskytem lidí, dítě nechat dostatečně dlouhou dobu mimo kolektiv svých vrstevníků. Dále rodičům dáváme různé letáky, kde najdou rady jak se zachovat v případě prvních příznaků tohoto onemocnění (mít doma čípek Rectodelt a umět ho včas použít, na dítě, které má příznaky akutní laryngitidy otevřít okno, nechat ho dýchat studený vlhký vzduch, zajistit dítěti dostatek tekutin)“

V čem je pro vás ošetrovatelská péče o dítě s onemocněním akutní laryngitida náročnější než ošetrovatelská péče o dítě s jiným onemocněním?

„Ošetrovatelská péče o dítě s akutní laryngitidou není ná-

ročná, je specifická. Jedná se o akutní stav, kde čas hraje roli, dítě je vydešené, dusí se, mívá horečku. Tyto příznaky je nutno zmírnit ve velice krátké době. Vzhledem k častému výskytu tohoto onemocnění u určité věkové kategorie jednáme automaticky, bez dlouhého přemýšlení.“

Provádíte na oddělení sesterské vizity?

„Ano, provádíme hlášení u lůžka pacienta, což považuji za sesterskou vizitu.“

Kdy odebíráte ošetrovatelskou anamnézu?

„Ošetrovatelskou anamnézu se snažím odebrat hned při příjmu a dále během hospitalizace.“

Od koho získáváte informace při sběru ošetrovatelské anamnézy dítěte?

„Děti bývají, zpravidla, hospitalizováni s matkou, někdy s otcem, takže informace získáváme od nich.“

Co používáte k tvorbě ošetrovatelských diagnóz (Nanda II, vlastní diagnózy)?

„Nevím, co používáme k tvorbě ošetrovatelských diagnóz, máme je předtištěné a zaškrtaváme je na formuláři.“

Jaké ošetrovatelské diagnózy se nejčastěji objevují u dětí s onemocněním akutní laryngitida?

„Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy patří Neefektivní dýchání, Porušený spánek, Hypertermie.“

Jaké ošetrovatelské intervence se nejčastěji vyskytují u dětí s onemocněním akutní laryngitida?

„Mezi nejčastější intervence patří inhalace, podávání léků dle ordinace lékaře, dítě uložit do zvýšené polohy, zajistit studený vlhký vzduch, dostatek tekutin, dostatek klidu a spánku, u mladších dětí zajistit odsávání sekretu z horních cest dýchacích, starší děti naučit smrkat.“

Jakým způsobem se vzděláváte v oblasti ošetrovatelské péče o děti s onemocněním horních cest dýchacích u dětí?

„Ráda navštěvuji semináře, informace dále získávám z odborných časopisů a novin.“

#### 4. 4 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

**Tabulka 1** Roční období, ve kterém se objevuje akutní laryngitida nejvíce

Období	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Jaro	x		x			
Léto						
Podzim	x		x			x
Zima		x	x	x	x	

S1 uvedla, že se onemocnění vyskytuje nejvíce na jaře a na podzim, S2 uvedla největší výskyt tohoto onemocnění v zimě, S3 uvedla nejčastější výskyt akutní laryngitidy na jaře, na podzim a v zimě, S4 uvedla, že se akutní laryngitida nejvíce objevuje v zimě, S5 uvedla jako období s největším výskytem akutní laryngitidy zimu a S6 uvedla podzim, jako období ve kterém se nejvíce objevuje onemocnění akutní laryngitida.

**Tabulka 2** Přibližný počet dětí hospitalizovaných v období největšího výskytu (za měsíc)

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Do 10		x				
10-12	x					
12-15			x	x	x	x

S1 uvedla, že přibližný počet hospitalizovaných dětí, v období největšího výskytu, je 10 až 12 dětí za měsíc, S2 uvedla, že je přibližně hospitalizováno 10 dětí měsíčně, v období jejího největšího výskytu, S3, S4, S5, S6 uvedly, že v období největšího výskytu se počet hospitalizovaných dětí pohybuje mezi 12 až 15 dětmi měsíčně.

**Tabulka 3** Specifika ošetrovatelské péče v oblasti dýchání

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Zvlhčený vzduch	x	x			x	x
Dostatečné větrání	x	x		x	x	x
Zvýšená poloha			x	x	x	x
Podávání léků a inhalací			x	x	x	x
Sledování dýchání, dušnosti				x		
Sledování kašle, hlasu				x		
Priessnitzova obkladu				x		

S1 a S2 uvedly, že specifika ošetrovatelské péče v oblasti dýchání spočívají v zajištění zvlhčeného vzduchu, v dostatečném větrání na pokoji, S3 uvedla, že specifika v oblasti dýchání spočívají v uložení dítěte do zvýšené polohy, a v podávání léků a inhalací, S4 vidí specifika ošetrovatelské péče v oblasti dýchání v zajištění dostatečného větrání na pokoji, v uložení dítěte do zvýšené polohy, podávání léků a inhalací, dále ve sledování dýchání, dušnosti, kašle a hlasu a v příloženém Priessnitzova obkladu. S5 a S6 spatřují specifika ošetrovatelské péče v oblasti dýchání v zajištění zvlhčeného vzduchu, dostatečného větrání, uložení dítěte do zvýšené polohy a v podávání léků a inhalací.

**Tabulka 4** Specifika ošetrovatelské péče v oblasti výživy a příjmu tekutin

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Do jídla dítě nenutí	x	x	x	x	x	x
Důležitý je dostatek tekutin	x	x	x	x	x	x

S1, S2, S3, S4, S5, S6 uvedla, že děti do jídla nenutí, důležitý je dostatek tekutin.

**Tabulka 5 Režimová opatření zmírňující popř. odstraňující příznaky akutní laryngitidy**

Režimová opatření	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Chladný čerstvý vzduch		x	x	x	x	x
Hlasový klid		x	x	x	x	x
Tělesný klid	x		x		x	
Zvýšená poloha dítěte	x			x		x
Dostatek tekutin			x	x		
Podávání léků	x	x			x	

S1 uvádí jako režimová opatření, zmírňující popř. odstraňující příznaky akutní laryngitidy, tělesný klid, uložení dítěte do zvýšené polohy, podávání tekutin. S2 uvádí jako režimová opatření zmírňující popř. odstraňující příznaky akutní laryngitidy přívod chladného čerstvého vzduchu a hlasový klid dítěte. S3 jako režimová opatření uvádí přívod chladného čerstvého vzduchu, hlasový klid, tělesný klid, dostatek tekutin. S4 uvádí tato režimová opatření chladný čerstvý vzduch, hlasový klid, zvýšená poloha dítěte, dostatek tekutin, S5 uvádí jako režimová opatření chladný čerstvý vzduch, hlasový klid, tělesný klid, podávání léků, S6 uvádí tato režimová opatření zmírňující popř. odstraňující příznaky akutní laryngitidy chladný čerstvý vzduch, hlasový klid, zvýšená poloha dítěte.

**Tabulka 6 Jak může přítomnost rodičů, během hospitalizace dítěte, ovlivnit průběh tohoto onemocnění**

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Přítomnost rodičů je vhodná	x		x			
Bez rodičů zvládá dítě hospitalizaci obtížněji	x					
Pozitivní vliv na průběh onemocnění	x	x			x	x
Dítě je klidnější		x	x		x	x
Doba hospitalizace je kratší		x				
Stres, pláč prodlužují hospitalizaci		x				
Dítě se cítí bezpečněji			x	x		x
S matkou se dítě lépe adaptuje na cizí prostředí				x		
Dítě lépe spolupracuje s ošetřovatelským personálem				x		
Dítě se méně bojí					x	
Někdy negativní vliv na dítě					x	

S1 uvádí, že přítomnost rodičů je vhodná, bez rodičů zvládá dítě hospitalizaci obtížněji, má pozitivní vliv na průběh

hospitalizace. S2 uvádí, že má přítomnost rodičů pozitivní vliv na hospitalizaci, dítě je klidnější, doba hospitalizace je kratší, stres a pláč hospitalizaci prodlužují. S3 uvádí, že přítomnost rodičů je vhodná, dítě je klidnější, cítí se bezpečněji. S4 uvádí, že se dítě cítí bezpečněji, s matkou se lépe adaptuje na cizí prostředí a lépe spolupracuje s ošetřovatelským personálem. S5 uvádí, že přítomnost rodičů během hospitalizace má pozitivní vliv na průběh onemocnění, dítě je klidnější, méně se bojí, ale někdy může mít přítomnost rodičů negativní vliv na dítě.

**Tabulka 7 Způsob edukace rodičů při propuštění dítěte do domácí péče**

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Nekouřit v prostorách, kde je dítě	x		x	x		
Správné oblečení	x			x		
Úprava domácího prostředí		x		x		
Rodiče edukuje i lékař		x			x	
Rady, jak postupovat při prvních příznacích onemocnění		x		x		x
Posilovat imunitu (strava, otužování)	x		x	x		
Dostatečně dlouhá doba mimo dětský kolektiv						x

S1 upozorňuje rodiče při propuštění dítěte do domácí péče, že by neměly kouřit v prostorách, kde dítě je, měli volit správné oblečení a posilovat imunitu dítěte vhodnou stravou a otužováním. S2 doporučuje rodičům úpravu domácího prostředí, také uvádí, že rodiče edukuje lékař, dále dává rodičům rady jak postupovat při prvních příznacích onemocnění. S3 doporučuje rodičům nekouřit v prostorách, kde je dítě a doporučuje posilovat imunitu dítěte. S4 doporučuje rodičům nekouřit v prostorách, kde je dítě, volit správné oblečení, dále doporučuje úpravu domácího prostředí, dává rodičům rady, jak postupovat při prvních příznacích onemocnění, doporučuje i posilování imunity dítěte. S5 uvádí, že rodiče edukuje lékař. S6 dává rodičům rady jak postupovat při prvních příznacích onemocnění a doporučuje rodičům, aby dítě drželi dostatečně dlouhou dobu mimo dětský kolektiv.

**Tabulka 8 Zdroj informací při sběru ošetřovatelské anamnézy dítěte**

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Rodiče	x	x	x	x	x	x
Zdravotnický personál (ZZS)	x	x			x	
Od dítěte (je-li schopno je poskytnout)		x			x	
Lékařská zpráva (PLDD)				x		

S1 čerpá informace při sběru ošetrovatelské anamnézy dítěte od rodičů a od zdravotnického personálu. S2 uvádí jako zdroj informací rodiče, zdravotnický personál a dítě, je-li schopno informace poskytnout. S3 čerpá informace od rodičů. S4 čerpá informaci od rodičů a z lékařských zpráv. S5 uvádí jako zdroj informací rodiče, zdravotnický personál a dítě, je-li schopno informace poskytnout. S6 uvádí jako zdroj rodiče.

**Tabulka 9 Provádění sesterské vizity na oddělení**

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Ano, formou hlášení u lůžka pacienta		x	x	x	x	x
Ne	x					

S1 uvádí, že na oddělení neprovádí sesterské vizity. S2, S3, S4, S5, S6 uvádí, že na oddělení provádí sesterské vizity formou hlášení u lůžka pacienta.

**Tabulka 10 Odebírání ošetrovatelské anamnézy**

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Při příjmu pacienta	x	x	x	x	x	x
I během hospitalizace		x		x	x	

S1 odebírá ošetrovatelskou anamnézu při příjmu pacienta. S2 odebírá ošetrovatelskou anamnézu při příjmu pacienta i během hospitalizace. S3 odebírá ošetrovatelskou anamnézu při příjmu pacienta. S4 odebírá ošetrovatelskou anamnézu při příjmu pacienta i během hospitalizace. S5 odebírá ošetrovatelskou anamnézu při příjmu pacienta i během hospitalizace. S6 odebírá ošetrovatelskou anamnézu při příjmu pacienta.

**Tabulka 11 Způsob tvorby ošetrovatelských diagnóz na oddělení**

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Nanda II				x		
Vlastní			x		x	
Nevím	x	x				x

S1 a S2 neví, jakým způsobem jsou na oddělení tvořeny ošetrovatelské diagnózy. S3 uvádí, že mají na oddělení vlastní ošetrovatelské diagnózy. S4 uvádí, že k tvorbě ošetrovatelských diagnóz používají na oddělení taxonomii Nanda II. S5 uvádí, že mají na oddělení vlastní ošetrovatelské diagnózy. S6 uvádí, že neví, jakým způsobem na oddělení tvořeny ošetrovatelské diagnózy.

**Tabulka 12 Nejčastěji se vyskytující ošetrovatelské diagnózy u dětí s onemocněním akutní laryngitida**

Ošetrovatelské diagnózy	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Omezená průchodnost dýchacích cest	x	x	x	x	x	
Porušený spánek	x	x		x		x
Hypertermie	x	x		x		x
Snížený objem tělesných tekutin			x		x	
Riziko pádu				x	x	
Riziko aspirace				x	x	
Neefektivní dýchání						x

S1 a S2 uvádí jako nejčastěji se vyskytující ošetrovatelské diagnózy Omezená průchodnost dýchacích cest, Porušený spánek, Hypertermie. S3 uvádí jako nejčastěji se vyskytující ošetrovatelské diagnózy Omezená průchodnost dýchacích cest, Snížený objem tělesných tekutin. S4 uvádí jako nejčastěji se vyskytující ošetrovatelské diagnózy Omezená průchodnost dýchacích cest, Porušený spánek, Hypertermie, Riziko pádu, Riziko aspirace. S5 uvádí jako nejčastěji se vyskytující ošetrovatelské diagnózy Omezená průchodnost dýchacích cest, Snížený objem tělesných tekutin, Riziko pádu, Riziko aspirace. S6 uvádí jako nejčastěji se vyskytující ošetrovatelské diagnózy Porušený spánek, Hypertermie a Neefektivní dýchání.

**Tabulka 13 Nejčastější intervence používané u dětí s onemocněním akutní laryngitida**

Intervence	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Zklidnit dítě	x		x	x	x	x
Uložit dítě do zvýšené polohy	x	x	x	x	x	x
Podávat inhalace a léky	x	x	x	x	x	x
Zajistit dostatek tekutin	x	x	x		x	x
Sledovat fyziologické funkce (dech, tělesnou teplotu, puls)	x	x		x	x	
Zajistit pravidelné větrání na pokoji	x	x	x	x	x	x
Provádět dechovou rehabilitaci a poklepovou masáž	x					
Sledovat laboratorní výsledky		x				
Odsávat sekret			x			x
Zajistit klid na pokoji				x	x	x
Hodnotit bolest					x	

S1 uvádí jako nejčastější intervence zklidnit dítě, uložit dítě do zvýšené polohy, podávat inhalace a léky, zajistit dostatek tekutin, sledovat fyziologické funkce, zajistit pravidelné větrání na pokoji, provádět dechovou rehabilitaci a poklepuovou masáž. S2 uvádí uložit dítě do zvýšené polohy, podávat inhalace a léky, zajistit dostatek tekutin, sledovat fyziologické funkce, sledovat laboratorní výsledky. S3 uvádí zklidnit dítě, uložit dítě do zvýšené polohy, podávat inhalace a léky, zajistit dostatek tekutin, zajistit pravidelné větrání na pokoji, odsávat sekret. S4 uvádí jako nejčastější intervence zklidnit dítě, uložit dítě do zvýšené polohy, podávat inhalace a léky, sledovat fyziologické funkce, zajistit pravidelné větrání na pokoji, zajistit klid na pokoji. S5 uvádí zklidnit dítě, uložit dítě do zvýšené polohy, podávat inhalace a léky, zajistit dostatek tekutin, sledovat fyziologické funkce, zajistit pravidelné větrání na pokoji, zajistit klid na pokoji, hodnotit bolest. S6 jako nejčastější intervence uvádí zklidnit dítě, uložit dítě do zvýšené polohy, podávat inhalace a léky, zajistit dostatek tekutin, zajistit pravidelné větrání na pokoji, odsávat sekret, zajistit klid na pokoji.

**Tabulka 14 Způsob dalšího vzdělávání v oblasti ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním horních cest dýchacích u dětí**

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Odborný časopis	x		x	x	x	x
Seminář	x	x	x	x	x	x
Internet		x			x	

S1 uvádí jako způsob dalšího vzdělávání v oblasti ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním horních cest dýchacích odborný časopis a seminář. S2 uvádí jako způsob dalšího vzdělávání seminář a internet. S3 uvádí jako způsob dalšího vzdělávání odborný časopis, seminář. S4 uvádí jako způsob dalšího vzdělávání odborný časopis a seminář. S5 uvádí jako způsob dalšího vzdělávání odborný časopis, seminář a internet. S6 uvádí jako způsob dalšího vzdělávání odborný časopis a seminář.

## 5. DISKUSE

Prvním cílem bakalářské práce na téma Specifika ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním horních cest dýchacích bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním akutní laryngitida. Druhým cílem bylo zjistit nejčastěji se vyskytující ošetrovatelské diagnózy u dětí s onemocněním akutní laryngitida. Výsledky výzkumného šetření vycházejí z pozorování a rozhovorů se šesti sestrami pracujícími na dětském oddělení Nemocnice Strakonice a. s. Současně byla využita metoda obsahová analýza dokumentace u dětí s onemocněním akutní laryngitida hospitalizovaných na dětském oddělení stejné nemocnice. U čtyř dětí byla využita metoda analýza ošetrovatelské dokumentace a pozorování pro vytvoření kazuistik.

Nejprve nás zajímalo, v jakém ročním období se akutní laryngitida vyskytuje nejvíce. Čtyři sestry uvádí jako období s největším výskytem tohoto onemocnění zimu. Jako další období s velkým výskytem akutní laryngitidy uvedly tři sestry podzim. Dvě sestry uvedly jako další období s největším výskytem akutní laryngitidy jaro. Z výsledků obsahové analýzy

(graf 1) je patrné, že ve sledovaném období bylo nejvíce dětí s akutní laryngitidou hospitalizováno v listopadu, a sice 15 dětí. Nejméně dětí (šest) bylo hospitalizováno v září. Novák (2008) píše, že akutní laryngitida má sezonní výskyt s maximum koncem podzimu a počátkem jara, což plně koresponduje s našimi výsledky.

V tabulce 2 jsou zobrazeny odpovědi sester na otázku týkající se přibližného počtu dětí hospitalizovaných za měsíc v období největšího výskytu akutní laryngitidy. S1 udává, že nejvíce dětí s tímto onemocněním je hospitalizováno na jaře a na podzim, počet hospitalizovaných dětí se pohybuje okolo 10 až 12 dětí za měsíc. S2 udává, že v období největšího výskytu, dle jejího názoru v zimě, je přibližně hospitalizováno 10 dětí za měsíc. Čtyři sestry odhadují počet dětí hospitalizovaných pro akutní laryngitidu od 12 do 15 dětí za měsíc, a to hlavně v zimním období. Z grafu 1, vypracovaného na základě obsahové analýzy dokumentace za období září 2011 až leden 2012 vyplývá, že za toto období bylo celkem hospitalizováno 51 dětí. Nejvíce dětí bylo hospitalizováno v listopadu 2011, a to 15 dětí, na rozdíl od září 2011, kdy bylo hospitalizováno 6 dětí.

V říjnu 2011 a v lednu 2012 bylo hospitalizováno 9 dětí, v prosinci 2011 bylo hospitalizováno 12 dětí. Z grafu je také patrné věkové zastoupení hospitalizovaných dětí. Ze všech 51 dětí bylo 20 dětí ve věku 25 – 36 měsíců, 14 dětí bylo ve věku 13 – 24 měsíců, 9 dětí bylo ve věku do 12 měsíců a nejméně, 8 dětí, bylo ve věku nad 37 měsíců. Novák (2008) uvádí, že akutní laryngitida se vyskytuje u dětí zejména ve věku od 6 měsíců do 3 let.

*První výzkumná otázka zněla: Jaká specifika ošetrovatelské péče vyžadují děti s onemocněním akutní laryngitida?* Nejprve nás zajímala specifika ošetrovatelské péče v oblasti dýchání. Pět sester uvádí, že je důležité dbát na dostatečné větrání v pokoji, kde dítě přebývá. Čtyři sestry dále spatřují specifika v podávání zvlhčeného vzduchu. Dále čtyři sestry uvádí jako specifika ošetrovatelské péče v oblasti dýchání uložení dítěte do zvýšené polohy a podávání léků a inhalací dle ordinace lékaře. Jedna sestra řadí mezi specifika ještě sledování dýchání a dušnosti, sledování kašle a hlasu a přiložení Prissnitzova obkladu. Slezáková a kol. (2007) ve své publikaci píše, že je nutné sledovat dýchání dítěte, projev dušnosti, hlas a chraptot, kašel, stridor. Odpovědi sester jsou shodné s výkony a intervencemi uvedenými v ošetrovatelských záznamech. Ze záznamů vyplývá, že všem čtyřem dětem sestra podala, dle ordinace lékaře, inhalaci Adrenalinu s fyziologickým roztokem, léky na teplotu a na kašel. Dítě uložila do zvýšené polohy a matku dítěte upozornila, že je vhodné v této zvýšené poloze dítě udržet. Dále sestra zajistila dostatečné větrání na pokoji. Boledovičová (2010) ve své publikaci zmiňuje intervence sestry pečující o dítě s onemocněním dýchacího systému, mezi které mimo jiné patří zabezpečení zvýšené polohy dítěte, sledování fyziologických funkcí, podávání naordinovaných léků, větrání a podávání inhalací.

Všech šest sester se shoduje v odpovědi na otázku týkající se specifík ošetrovatelské péče v oblasti výživy. Ani jedna sestra nenutí dítě do jídla. Za důležité považují dostatečný příjem tekutin, obzvláště má-li dítě zvýšenou teplotu. Mikšová a kol. (2006a) uvádí, že jednou z aktivit sestry, při sledování tělesné teploty, je zajišťování vhodné hydratace, aktivní nabízení tekutin pacientovi. Myslím, že právě v tomto případě sehrává velkou roli přítomnost jednoho z rodičů během hos-

pitalizace, který může dítěti nabízet tekutiny podstatně častěji než ošetřovatelský personál. Novák (2008) doporučuje při tomto onemocnění zvýšit příjem tekutin asi o 20 % více nad fyziologickou potřebu.

Dále nás zajímala režimová opatření zmírňující popřípadě odstraňující příznaky akutní laryngitidy. Pět sester udává jako režimové opatření přívod chladného čerstvého vzduchu a hlasový klid. Hlasový klid doporučuje i Karen (2011). Ve svém článku uvádí, že příčinou laryngitidy mohou být viry, syndrom laryngitidy se může vyvinout při alergii, ale i při nadměrném užívání hlasu. Tři sestry mezi další režimová opatření řadí tělesný klid dítěte, uložení dítěte do zvýšené polohy a také podávání naordinovaných léků. Dvě sestry jako další režimová opatření zmiňují zajištění dostatku tekutin. V případech, že je dítě ponecháno v domácí péči, doporučuje se rodičům zajistit pro dítě shodná režimová opatření.

Dále nás zajímalo, jak z pohledu sester může přítomnost rodičů během hospitalizace dítěte ovlivnit průběh tohoto onemocnění. Čtyři sestry tvrdí, že přítomnost rodičů má pozitivní vliv na průběh onemocnění, že je dítě, v přítomnosti rodičů, klidnější. Tři sestry uvádí, že se v přítomnosti rodičů dítě cítí bezpečněji. Dvě sestry považují přítomnost rodičů za vhodnou. Jedna sestra dále uvádí, že dítě, které je hospitalizováno bez rodičů, ji zvládá obtížněji. Jiná sestra říká, že stres a pláč hospitalizaci prodlužuje a další sestra uvádí, že se dítě, v přítomnosti rodičů, lépe adaptuje na cizí prostředí a lépe spolupracuje s ošetřovatelským personálem. Z ošetřovatelských záznamů je patrné, že sestra vždy vysvětlila nejen dítěti, ale i matce co a proč s dítětem bude dělat. K oběma přistupovala velice klidně a přátelsky. Já sama si myslím, že slova „*rychle se zklidní*“ platí, v případě hospitalizace dítěte, nejen pro dítě, ale i pro rodiče. Osobně spatřuji v přítomnosti rodičů ve zdravotnickém zařízení během hospitalizace dítěte velká pozitiva jak pro dítě, tak pro rodiče a v neposlední řadě i pro zdravotnický personál. Plevová a Slowik (2010) uvádí, že pro většinu dětí je pobyt v nemocnici stresující a i krátký pobyt v nemocnici může mít negativní dopad na celou rodinu. Rodiče své dítě znají nejlépe a nejlépe mohou reagovat na jeho měnění se potřeby.

Myšlím, že důležitou složkou jak léčebné, tak i ošetřovatelské strategie je edukace pacienta popřípadě rodičů. Edukace by se měla týkat doléčení, prevence a dále by měli rodiče dostat informace jak postupovat v případě prvních příznaků laryngitidy. Zajímalo nás, jakým způsobem jsou edukováni rodiče dítěte před jeho propuštěním do domácí péče. Dvě sestry uvádí, že rodiče edukuje lékař. Tři dotázané doporučují rodičům při edukaci vhodným způsobem posilovat imunitu dítěte. Tři sestry dávají rodičům rady, co dělat při prvních příznacích laryngitidy. Další tři dotázané zdůrazňují nevhodnost kouření v prostorách, kde dítě pobývá. Dvě sestry dále doporučují vhodné oblečení. Dvě sestry doporučují úpravu domácího prostředí. Jedna sestra rodičům doporučuje udržovat dítě dostatečně dlouhou dobu mimo dětský kolektiv. I z ošetřovatelských záznamů je patrné, že se na edukaci rodičů podílí jak lékař, tak sestra. Oblasti edukace uvedené v rozhovorech se sestrami se shodují s oblastmi edukace uvedených v ošetřovatelských záznamech. Stejně informace jsou poskytovány rodičům i v případech, že je dítě ponecháno v domácí péči. Velemínský a kol. (2009) uvádí, že velmi často postačí na dítě s prvními příznaky akutní laryngitidy otevřít okno a studený vzduch způsobí splasknutí edému v dýchacích ces-

tách a dítěti se uleví. Hrodek a Vavřinec (2002) ve své publikaci upozorňuje na možnost opakování

laryngitidy s tím, že každá ataka může být jinak závažná.

První fází ošetřovatelského procesu je zhodnocení zdravotního stavu pacienta. Nedílnou součástí této fáze je sběr ošetřovatelské anamnézy. Zjišťovali jsme, od koho sestry čerpají informace při sběru ošetřovatelské anamnézy dítěte. Všechny dotázané čerpají informace o dítěti od rodičů. Tři sestry dále čerpají informace od dalšího zdravotnického personálu a dvě sestry uvádí jako další zdroj informací samotné dítě, jeli schopno informace podat. Pro jednu sestru jsou zdrojem informací také lékařské zprávy, např. od PLDD. Odpovědi sester jsou shodné se zdroji, které uvádí ve své publikaci Sedlářová a kol. (2008), při posuzování dětského pacienta je zdrojem údajů, s ohledem na věk, sám pacient, rodiče, jiné pečující osoby, dále zdravotnické záznamy (ambulantní karta, překladová zpráva) a výsledky vyšetření.

Dále nás zajímalo, kdy sestry ošetřovatelskou anamnézu odebírají. Všechny šest dotázaných sester odebírá ošetřovatelskou anamnézu hned při příjmu pacienta. Tři sestry se zabývají ošetřovatelskou anamnézou i během hospitalizace. Tóthová a kol. (2009) uvádí, že nepřetržitým a systematickým sběrem dat lze zajistit aktuálnost údajů vzhledem k měnícímu se zdravotnímu stavu pacienta. Sběr dat je součástí všech činností, které sestra, v rámci ošetřovatelského procesu, s pacientem dělá. Sběr dat začíná prvním setkáním sestry s pacientem, pokračuje jejich každým dalším kontaktem a trvá do propuštění pacienta. I z ošetřovatelských záznamů je patrné, že se sestry zabývaly sběrem dat nejen při příjmu pacienta, ale i v průběhu hospitalizace. V publikaci Sedlářové a kol. (2008) je uvedeno, že není vhodné během několika minut po příjmu dítěte odebrat ošetřovatelskou anamnézu. Jak dítě, tak i rodiče potřebují čas pro zvládnutí částečné adaptace v novém prostředí a teprve pak mohou poskytnout potřebné informace.

Ve druhé fázi ošetřovatelského procesu sestra stanoví, na základě analýzy informací, ošetřovatelské diagnózy.

*Druhá výzkumná otázka zněla: Jaké nejčastější ošetřovatelské diagnózy se vyskytují u dětí s onemocněním akutní laryngitida?*

Nejprve jsme se zajímali o způsob tvorby ošetřovatelských diagnóz na oddělení. Tři sestry neví, co na oddělení k tvorbě ošetřovatelských diagnóz používají. Dvě sestry uvedly, že má oddělení své vlastní ošetřovatelské diagnózy. Z odpovědi jedné sestry je zřejmé, že na oddělení používají k tvorbě ošetřovatelských diagnóz Nanda taxonomii II. Tóthová a kol. (2009) píše, že komunikaci mezi profesionály usnadňuje i vedení standardní ošetřovatelské dokumentace a používání ošetřovatelských diagnóz ulehčuje komunikaci v ošetřovatelském týmu.

V tabulce 12 jsou uvedeny odpovědi sester na otázku týkající se nejčastějších ošetřovatelských diagnóz stanovených u dětí s akutní laryngitidou. Pět sester uvedlo jako nejčastější ošetřovatelskou diagnózu Omezená průchodnost dýchacích cest. Z analýzy dokumentace (graf 2) vyplývá, že tato ošetřovatelská diagnóza byla stanovena u všech 51 hospitalizovaných dětí. Tato ošetřovatelská diagnóza byla, dle ošetřovatelských záznamů, stanovena i u všech pozorovaných dětí. Jako další nejčastější ošetřovatelskou diagnózu uvedly čtyři sestry diagnózu Porušený spánek a Hypertermie. Ošetřovatelská diagnóza Porušený spánek byla stanovena u 3 pozorovaných

děti a dle grafu 2 u 37 dětí z 51 hospitalizovaných. Hypertermie byla dle ošetrovatelských záznamů stanovena u 3 pozorovaných dětí, dle grafu 2 byla stanovena u 35 dětí. Jako další častou ošetrovatelskou diagnózu uvedly dvě sestry Snížený objem tělesných tekutin a dvě sestry dále uvedly jako častou ošetrovatelskou diagnózu Riziko pádu a Riziko aspirace. Další častou diagnózou je, dle jedné sestry, Neefektivní dýchání. Tyto odpovědi sester se s výsledky získanými pozorováním a obsahovou analýzou dokumentace shodují částečně. Ošetrovatelská diagnóza Riziko aspirace byla, dle grafu 2, stanovena u všech 51 hospitalizovaných dětí i u všech 4 sledovaných dětí. Ošetrovatelská diagnóza Riziko pádu byla stanovena u 32 dětí (viz graf 2) a dle ošetrovatelských záznamů byla stanovena u všech 4 pozorovaných dětí. Ošetrovatelská diagnóza Riziko sníženého objemu tělesných tekutin byla stanovena u 35 dětí (viz graf 2), ale neobjevila se u žádného ze sledovaných dětí. Z analýzy ošetrovatelské dokumentace dále vyplývá, že u 9 hospitalizovaných dětí byla stanovena ošetrovatelská diagnóza Strach (viz graf 2). Tyto výsledky potvrzuje také odborná literatura. Jedním z příkladů může být publikace Mikšové a kol. (2006a), ve které se mimo jiné autorka zabývá právě uvedenými diagnózami v ošetrovatelském procesu při sledování fyziologických funkcí, při zajištění výživy dospělých a dětí a při zajištění pohody pacienta.

Po zhodnocení zdravotního stavu a stanovení ošetrovatelských diagnóz následuje vytyčení ošetrovatelských intervencí (Tóthová a kol., 2009, s. 91, 92). Všechny dotazované sestry uvedly jako nejčastější intervence uložení dítěte do zvýšené polohy, podávání inhalací a léků, pravidelné větrání na pokoji. Pět sester uvádí jako další častou intervenci zklidnění dítěte. Pět dotázaných dále uvedlo zajištění dostatku tekutin. Sledování fyziologických funkcí udávají jako častou intervenci čtyři sestry. Jako další intervence bylo uvedeno třemi sestrami zajištění klidu na pokoji. Dvě sestry uvedly jako častou intervenci odsávání sekretu a vždy jedna sestra zmínila provádění dechové rehabilitace, sledování laboratorních výsledků a hodnocení bolesti. Odpovědi sester se shodují s intervencemi, které uvádí ve své publikaci Boledovičová (2010). Uvedené intervence se shodují i s intervencemi uvedenými v ošetrovatelských záznamech.

Kvalitu realizace ošetrovatelského procesu ovlivňují manuální, intelektuální, interpersonální dovednosti sestry, mezi které patří kritické myšlení sestry. Kriticky myslící sestra umí předvídat, předcházet problémům, nedělá ukvapené závěry, protože je její myšlení založeno na faktech a dostupných informacích (Tóthová a kol., 2009, s. 29). Zajímalo nás, jakým způsobem se sestry vzdělávají a kde čerpají nové informace v oblasti poskytování ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním horních cest dýchacích. Všechny dotázané sestry využívají k dalšímu vzdělávání a čerpání nových informací odborné semináře. Pět sester dále čerpá nové informace z odborných časopisů a dvě sestry využívají jako zdroj nových informací internet. K aplikaci ošetrovatelského procesu je nutné, aby sestra měla dostatečné vědomosti o ošetrovatelském procesu (Tóthová a kol., 2009, s. 36).

## 6. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřuje na specifika ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním horních cest dýchacích. Pro výzkumné šetření byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem

bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u dětí s onemocněním akutní laryngitida. Druhým cílem bylo zjistit nejčastěji se vyskytující ošetrovatelské diagnózy u dětí s onemocněním akutní laryngitida. K uvedeným cílům byly stanoveny dvě výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1 zněla: Jaká specifika ošetrovatelské péče vyžadují děti s onemocněním akutní laryngitida?

Výzkumná otázka 2 zněla: Jaké ošetrovatelské diagnózy se nejčastěji vyskytují u dětí s onemocněním akutní laryngitida?

Ke sběru dat bylo využito kvalitativní výzkumné šetření metodou dotazování, technika rozhovoru, pozorování a obsahové analýzy dokumentace. Informace od sester, pracujících na dětském oddělení, byly získány technikou rozhovoru a pozorováním během měsíce prosince 2011 a ledna 2012. Dále byly pro výzkumné šetření vybrány děti s onemocněním akutní laryngitida, hospitalizované na dětském oddělení stejné nemocnice, a sice v období od září 2011 do ledna 2012. U těchto dětí byla použita metoda analýza ošetrovatelské dokumentace a u čtyř dětí byly na základě pozorování a obsahové analýzy ošetrovatelské dokumentace vytvořeny ošetrovatelské záznamy.

Na základě zhodnocení výsledků rozhovorů se sestrami a pozorování byla stanovena odpověď na první výzkumnou otázku: Ošetrovatelská péče, u dětí s onemocněním akutní laryngitida, má svá specifika. Tato specifika spočívají především v zajištění průchodnosti dýchacích cest podáním inhalací a léků dle ordinace lékaře, zabezpečením zvýšené polohy dítěte a přívodem čerstvého studeného vzduchu do pokoje, kde je dítě uloženo.

Na základě zhodnocení výsledků z obsahové analýzy ošetrovatelské dokumentace hospitalizovaných dětí a z pozorování vyplynula odpověď na druhou výzkumnou otázku: Mezi nejčastěji se vyskytující ošetrovatelské diagnózy patří diagnóza Neefektivní průchodnost dýchacích cest, Riziko aspirace, Porušený spánek.

K dalším častým ošetrovatelským diagnózám patří diagnóza Hypertermie, Riziko deficitu tělesných tekutin, Riziko pádu a Strach.

Na závěr lze zkonstatovat, že sestry na dětském oddělení pracují metodou ošetrovatelského procesu a na základě ošetrovatelských diagnóz plánují ošetrovatelskou péči. Výsledky výzkumného šetření budou poskytnuty sestram na oddělení, kde bylo výzkumné šetření realizováno. Mohou přispět ke zlepšení ošetrovatelské péče o děti s onemocněním horních cest dýchacích. Některé výsledky bakalářské práce mohou posloužit i veřejnosti, především osobám pečujícím o děti, které jsou akutní laryngitidou ohroženy nejvíce či opakovaně. Výstupem bakalářské práce pro praxi jsou dvě ošetrovatelské diagnózy rozpracované metodou ošetrovatelského procesu (příloha 5, 6).

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ASTL, J., Lokální aplikace léčiv u dětí při onemocnění horních cest dýchacích v otorinolaryngologii. [online], [cit. 2011-10-10]. Dostupné z: < www.pediatricpropraxi, 2010, 11(5)>.
- BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol., 2010. *Pediatrické ošetrovatelstvo*. 3. Vydání. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-331-8.
- ELIŠKOVÁ, N., NAŇKA, O., 2007. *Přehled anatomie*. 1. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1216-4.
- FAJT, M., 2004. *Dušení při postižení v oblasti horních cest dýchacích*. [online], [cit. 2011-10-10]. Dostupné z: < http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2004/01/08.pdf>.
- FARKAŠOVÁ, D. a kol., 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vydání. Martin:

Osveta. ISBN 80-8063-227-8.

FENDRYCHOVÁ, J., VACUŠKOVÁ, M., ZOUHAROVÁ, A., 2005. Ošetřovatelské diagnózy v pediatrii. 2. rozšířené vydání. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-489-4.

FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M., 2005. Péče o kriticky nemocné dítě. 1. vydání. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-427-5.

HERDMAN, T., 2010. Nanda international, Ošetřovatelské diagnózy definice, klasifikace 2009-2011. 1. Vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3423-1.

HRODEK, O., VAVŘINEC, J., 2002. Pediatrie. 1. vydání. UK Praha: Galén. ISBN 807262-178-5.

KABELKA, Z., Laryngitis a epiglotitis u dětí [online], [cit. 2011-10-08]. Dostupné z: < www.lf2.cuni.cz/info2lf/ustavy/orl/led.doc >.

KAPOUNOVÁ, G., 2007. Ošetřovatelství v intenzivní péči. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KAREN, I., HAVLÍK, J., KOLEK, V., 2011. Antibiotická léčba respiračních infekcí v ordinacích VPL – doporučený postup. Lékařské listy, odborná příloha zdravotnických novin. 2011, č. 1 – Speciál (Otorinolaryngologie).

KLÍMA, J., a kol., 2003. Pediatrie. 1. vydání. Praha: EUROLEX BOHEMIA. ISBN 8086432-38-6.

KŘÍČKOVÁ, J., Moderní endoskopické vyšetřovací metody v ORL. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2010. Ročník 20, č. 11, s. 68. ISSN 1210-0404.

KUBÍKOVÁ, J., Dítě není malý dospělý aneb dětská sestra v anestezií. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2011. Ročník 21, č. 2, s. 38. ISSN 1210-0404.

LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L., 2003. Preklinická pediatrie. 2. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-438-6.

LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L., 2008. Praktická pediatrie. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-578-9.

MAREČKOVÁ, J., 2006. Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1399-3.

MARKALOUS, B., CHARVÁT, F., NEJEDLÝ, J., ZÝKOVÁ, E., 2009. Rinitidy, sinusitidy a nosní polypy. 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-260-1.

MASTILIAKOVÁ, D., 2003. Úvod do ošetřovatelství II. díl 1. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0429-9.

MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2008. Anatomie a fyziologie člověka. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1521-6.

MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M., 2006a. Kapitoly z ošetřovatelské péče I. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 80-2471442-6.

MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M., 2006b. Kapitoly z ošetřovatelské péče II. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1443-4.

NOVÁK, I., 2008. Intenzivní péče v pediatrii. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-807262-512-3.

NOVÁKOVÁ, I., 2011. Ošetřovatelská péče ve vybraných oborech. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3422-4.

Ó CALLAGHAN, CH., STEPHENSON, T., 2005. Pediatrie do kapsy. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-0933-3.

PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. Komunikace s dětským pacientem. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.

POKORNÝ, J. a kol., 2004. Urgentní medicína. 1. Vydání. Praha: Galén. ISBN 807262-2595.

RICHARDS, A., EDWARDS, S., 2004. Repetitorium pro zdravotní sestry. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-0932-5.

RUCKI, Š., VÍT, P., 2006. Kardiologické minimum pro praktické dětské lékaře. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1120-6.

SEDLÁŘOVÁ, P., Základní ošetřovatelská péče v pediatrii. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2007. Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty II – Pediatrie a chirurgie. 1. vydání Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2040-1.

ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. Interní ošetřovatelství I. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1148-6.

TORIŠKOVÁ, J., BRATOVÁ, A., Standardy postupů v urgentní péči. Sestra. Praha: Mladá fronta a. s., 2011. Ročník 21, č. 7/8, s. 54. ISSN 1210-0404.

TÓTHOVÁ, V. a kol., 2009. Ošetřovatelský proces a jeho realizace. 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 13-978-80-7387-286-1.

TRACHTOVÁ, E. a kol., 2006. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. 2. vydání. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-324-4.

VACUŠKOVÁ, M. a kol., 2009. Vybrané kapitoly z ošetřovatelské péče v pediatrii 1. část. 1. vydání. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-491-7.

VELEMÍNSKÝ, M., TOMŠÍKOVÁ, Z., KUKLA, L., KOLÁŘOVÁ, J., 2009. Vybrané kapitoly z pediatrie. 6. vydání. České Budějovice: ZSF JU. ISBN 978-80-7394-182-6.

VOKURKA, M., HUGO, J., 2004. Praktický slovník medicíny. 7. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-009-7.

## 8. KLÍČOVÁ SLOVA

Dítě  
Horní cesty dýchací  
Nemoc  
Ošetřovatelské diagnózy  
Ošetřovatelská péče  
Sestra

## 9. PŘÍLOHY

### 9. 1 Seznam příloh

Příloha 1: Dechová frekvence u dětí a kojenců

Příloha 2: Skórovací systém podle Downese při obstrukci HDC

Příloha 3: Pozorovací arch

Příloha 4: Okruhy otázek k rozhovoru se sestrami

Příloha 5: Ošetřovatelská diagnóza 00031 Neefektivní průchodnost dýchacích cest

Příloha 6: Ošetřovatelská diagnóza 00007 Hypertermie

#### Příloha 1: Dechová frekvence u dětí a kojenců

Věk	Dechová frekvence (za min)
Narození – 6 týdnů	45 – 60
6 týdnů – 2 roky	40
2 – 6 let	30
6 – 10 let	25
Nad 10 let	20

Zdroj: RUCKI, Š., VÍT, P., 2006. *Kardiologické minimum pro praktické dětské lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1120-6

#### Příloha 2: Skórovací systém podle Downese při obstrukci HDC

Příznaky	0 bodů	1 bod	2 body
Kašel	není	dráždivý, drsný, neproduktivní	štěkavý
Stridor	není	inspirační	Inspiračněexpirační
Inspirační šelesty	normální	drsné	oslabené
Dechová námaha	není	zatahuje jugulum a nadklíčkové jamky, má alární souhyb	jako v bodě 1, navíc zatahuje mezižebří i podžebrí, dýchá otevřenými ústy
cyanóza	není	přítomna při $FiO_2=0,21$	přítomna při $FiO_2=0,4$

Zdroj: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2004/01/08.pdf> staženo 27. 1. 2012

**Příloha 3: Pozorovací arch**

	Dítě 1	Dítě 2	Dítě 3	Dítě 4
Dýchání				
Puls				
Tělesná teplota				
Projev dušnosti				
Hlas dítěte (chrapot)				
Kašel, stridor				
Hydratace				
Barva kůže a sliznic				
Osobní anamnéza				
Rodinná anamnéza				
Farmakologická anamnéza				
Léky ordinované lékařem				
Sběr dat setrou - kdy				
Zdroj informací při sběru dat				
Stanovené ošetřovatelské diagnózy				
Stanovené cíle				
Plán ošetřovatelské péče				
Provedené odborné výkony a intervence				
Popis průběhu onemocnění				
Hodnocení (hlášení) sester				
Edukace rodičů před propuštěním dítěte				

Zdroj: vlastní

**Příloha 4: Okruhy otázek k rozhovoru se sestrami**

1. Váš věk:
2. Vaše dosažené vzdělání:
3. Délka Vaší praxe ve zdravotnictví:
4. Délka praxe na dětském oddělení:
5. V jakém ročním období se nejvíce vyskytuje onemocnění akutní laryngitida?
6. Kolik dětí, s diagnózou akutní laryngitida, je na Vašem oddělení přibližně hospitalizováno, během období největšího výskytu (např. za měsíc)?
7. Specifikujte, prosím, ošetřovatelskou péči u dětí s tímto onemocněním v oblasti dýchání, v oblasti výživy a příjmu tekutin, v oblasti péče o hygienu a vyprazdňování, v oblasti spánku a odpočinku a v oblasti rehabilitace, hygienu a vyprazdňování, v oblasti spánku a odpočinku, v oblasti rehabilitace:
8. Jaká režimová opatření používáte ke zmírnění popř. odstranění příznaků tohoto onemocnění?
9. Jak vnímáte rozdíl v poskytování ošetřovatelské péče u dětí s onemocněním akutní laryngitida a u dětí s jiným onemocněním?
10. Jak může přítomnost jednoho z rodičů ovlivnit průběh tohoto onemocnění?
11. Jak edukujete rodiče při propuštění dítěte do domácí péče (ohledně doléčení, prevence, recidivy)?
12. V čem je pro Vás ošetřovatelská péče o dítě s onemocněním akutní laryngitida náročnější než ošetřovatelská péče o dítě s jiným onemocněním?
13. Provádíte na oddělení sesterské vizity?

14. Kdy odebíráte ošetřovatelskou anamnézu?
15. Od koho získáváte informace při sběru ošetřovatelské anamnézy dítěte?
16. Co používáte k tvorbě ošetřovatelských diagnóz (Nanda II, oddělení má vlastní ošetřovatelské diagnózy)?
17. Jaké ošetřovatelské diagnózy se nejčastěji vyskytují u dětí s tímto onemocněním?
18. Jaké ošetřovatelské intervence se nejčastěji používají v péči o děti s onemocněním akutní laryngitida?
19. Jakým způsobem se vzděláváte v oblasti ošetřovatelské péče o děti s onemocněním horních cest dýchacích u dětí?

Zdroj: vlastní

**Příloha 5:****00031 Neefektivní průchodnost dýchacích cest v souvislosti s onemocněním horních cest dýchacích projevující se dráždivým kašlem, inspiračním stridorem****Cíl:**

Dítě má volné dýchací cesty do 2 dnů a dále po celou dobu hospitalizace.

**Kritéria:**

1. Dítě volně dýchá, není dušné, je klidné do 20 minut a po celou dobu hospitalizace.
2. Doprovod dítěte je poučen o nutnosti podávání dostatečného množství tekutin dítěti do 25 minut.
3. Doprovod dítěte je edukován o vhodnosti odsávání sekretu z horních cest dýchacích do 30 minut.

**Ošetřovatelské intervence:**

1. Ulož dítě do zvýšené polohy ihned.
2. Podej dítěti inhalaci a léky dle ordinace lékaře.
3. Zajisti dostatečné větrání na pokoji dítěte během celého dne.
4. Edukuj doprovod dítěte o vhodnosti odsávání sekretu z horních cest dýchacích.
5. Sleduj účinek léků do 30 minut od podání.
6. Denně zajisti dostatečné množství tekutin.
7. Zajisti a sleduj výsledky laboratorních vyšetření dle ordinace lékaře.
8. Monitoruj a zaznamenávej fyziologické funkce 3krát denně.
9. V případě zhoršení stavu ihned informuj lékaře.

**Příloha 6:****00007 Hypertermie v souvislosti se zánětlivým onemocněním projevující se horečkou****Cíl:**

Dítě má fyziologickou TT 1 hodinu po podání antipyretika a po celou dobu hospitalizace.

**Kritéria:**

1. Doprovod dítěte zná důvody hypertermie do 10 minut.
2. Doprovod dítěte zná projevy komplikací hypertermie do 15 minut.
3. U pacienta se nevyskytují během hypertermie žádné komplikace.

**Ošetrovatelské intervence:**

1. Včas diagnostikuj zvýšenou TT.
2. Podej antipyretika dle ordinace lékaře.
3. Informuj doprovod dítěte o důvodech hypertermie do 10 minut.
4. Pouč doprovod dítěte o projevech komplikací hypertermie do 15 minut.
5. Zdůrazni doprovodu dítěte nutnost okamžité intervence při komplikacích do 20 minut.
6. Pouč doprovod dítěte o nutnosti podávání dostatečného množství tekutin dítěti do 25 minut.
7. Sleduj účinek podaných léků do 30 minut.
8. Ověř, zda doprovod dítěte rozumí podaným informacím do 24 hodin.
9. Změř a zaznamenej TT 3x denně.
10. Pravidelně sleduj orientaci, vědomí, FE, barvu kůže, kožní turgor a stav sliznic.