

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DÍTĚTE S AKUTNÍ  
GASTROENTERITIDOU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ŽANETA KANTKOVÁ**

**Praha 2018**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DÍTĚTE S AKUTNÍ  
GASTROENTERITIDOU**

Bakalářská práce

ŽANETA KANTKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová

Praha 2018



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

KANTKOVÁ Žaneta

3VSV

### Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u dítěte s akutní gastroenteritidou

*Nursing Process for the Child Patient with Acute Gastroenteritis*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jarmila Verešová

V Praze dne: 31. října 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne: 31. 05. 2018

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Jarmile Verešové za odborné vedení, rychlou komunikaci, skvělou spolupráci a profesionální přístup, který mi při našich konzultacích věnovala. Dále bych ráda poděkovala své rodině, přáteli a spolupracovnícům z oddělení, kde pracuji, za podporu po celou dobu studia.

## ABSTRAKT

KANTKOVÁ, Žaneta. *Ošetrovatelský proces u dítěte s akutní gastroenteritidou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová. Praha. 2018. 69 s.

Tématem bakalářské práce je Ošetrovatelský proces u dítěte s akutní gastroenteritidou. Teoretická část se zabývá akutní gastroenteritidou, její epidemiologií, příčinami onemocnění, klinickým obrazem, diagnostikou, léčbou, možnou prevencí a také komplikacemi onemocnění. Samostatná kapitola je věnována specifickým ošetrovatelské péče o dítě s akutní gastroenteritidou. Najdeme zde podkapitolu průjem u dětí, dále pak dehydratace, následuje podkapitola infuzní terapie a poslední podkapitola nese název péče o pokožku v plenkové oblasti. Nedílnou součástí této práce jsou specifika práce sestry na dětském oddělení. Bakalářská práce obsahuje také charakteristiku ošetrovatelského procesu a jeho pěti fází. Podstatou praktické části práce je vypracovaný ošetrovatelský proces u vybraného dítěte s tímto onemocněním. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, cíle, navrhnuty intervence a nakonec zpracovány jejich realizace. Ošetrovatelský proces byl následně vyhodnocen. V závěru práce jsou zmíněna doporučení pro praxi určená pro všeobecné sestry a studenty zdravotnických oborů.

Klíčová slova

Akutní gastroenteritida. Dehydratace. Dětský pacient. Ošetrovatelská péče. Sestra.

## ABSTRACT

KANTKOVÁ, Žaneta. *Nursing Process for the Child Patient with Acute Gastroenteritis*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jarmila Verešová. Prague. 2018. 69 pages.

The bachelor thesis deals with the nursing process for the child with acute gastroenteritis. The theoretical part deals with acute gastroenteritis, its epidemiology, causes of illness, clinical picture, diagnosis, treatment, possible prevention as well as complications of the disease. A separate chapter is dedicated to the specifics of nursing care for a child with acute gastroenteritis. In this thesis we can also find the subchapter diarrhea in children, followed by dehydration, infusion therapy and the last subchapter is called skin care in the diaper area. An integral part of this work is called the specifics of nurse work in the children's ward. The bachelor thesis also contains the characterization of the nursing process and its five phases. The gist of the practical part is the nursing process of the selected child with this disease. Nursing diagnosis and goals have been established interventions have been proposed and finally the implementation of interventions have been processed. The nursing process was subsequently evaluated. At the end of the thesis are mentioned the recommendations for practice intended for general nurses and students of health care disciplines.

Acute gastroenteritis. Child patient. Dehydration. Nurse. Nursing care.

## PŘEDMLUVA

Akutní gastroenteritida může postihnout každého člověka napříč všemi věkovými skupinami. Jedná se o velice časté onemocnění, které má většinou krátký a mírný průběh. U dětí a starších lidí však může skončit i selháním organismu a smrtí.

Jelikož již přes dva roky pracuji na dětské jednotce intenzivní péče, setkávám se s touto diagnózou velice často. Samotnou mě překvapilo, jak rychle může organismus dítěte reagovat na větší ztrátu tekutin a iontů. Naučila jsem se, že onemocnění, které většina lidí nazývá obyčejnou střevní chřipkou, dokáže být zejména pro děti život ohrožující a to hlavně při pozdním zahájení léčby. Velice mě zasáhl případ desetiletého chlapce, přijatého na naše oddělení, který v půl roce svého života onemocněl akutní gastroenteritidou a vlivem závažných komplikací se i přes veškerou intenzivní léčbu z původně zdravého miminka probudil do apalického syndromu. Myslím si, že povědomí o tomto onemocnění by měli mít zejména rodiče, aby příznaky onemocnění rozeznali a věděli, jak mají postupovat.

Smyslem naší práce je nejen obohatit znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v tomto oboru nepracují, ale aby byla přínosem třeba i pro rodiče dětí s tímto onemocněním. Tohoto cíle bychom velmi rádi dosáhli.



# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

|   |               |
|---|---------------|
| ÚVOD.....                                       | - 13 -        |
| <b>1 AKUTNÍ GASTROENTERITIDA .....</b>          | <b>- 16 -</b> |
| <b>1.1 EPIDEMIOLOGIE .....</b>                  | <b>- 16 -</b> |
| <b>1.2 PŘÍČINY ONEMOCNĚNÍ.....</b>              | <b>- 17 -</b> |
| 1.2.1 VIRY .....                                | - 17 -        |
| 1.2.2 BAKTERIE .....                            | - 18 -        |
| 1.2.3 PARAZITI.....                             | - 20 -        |
| 1.2.4 NEINFEKČNÍ PŘÍČINY.....                   | - 20 -        |
| <b>1.3 KLINICKÝ OBRAZ NEMOCI .....</b>          | <b>- 20 -</b> |
| 1.3.1 VIROVÉ GASTROENTERITIDY.....              | - 20 -        |
| 1.3.2 BAKTERIÁLNÍ GASTROENTERITIDY .....        | - 20 -        |
| <b>1.4 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ.....</b>          | <b>- 21 -</b> |
| <b>1.5 LÉČBA ONEMOCNĚNÍ.....</b>                | <b>- 22 -</b> |
| 1.5.1 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA .....              | - 22 -        |
| 1.5.2 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA .....                | - 24 -        |
| <b>1.6 PREVENCE ONEMOCNĚNÍ.....</b>             | <b>- 24 -</b> |
| <b>1.7 KOMPLIKACE ONEMOCNĚNÍ .....</b>          | <b>- 25 -</b> |
| <b>2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U DÍTĚTE</b> |               |
| <b>S GASTROENTERITIDOU .....</b>                | <b>- 26 -</b> |
| 2.1 PRŮJEM U DĚTÍ.....                          | - 26 -        |
| 2.2 DEHYDRATACE.....                            | - 27 -        |
| 2.3 INFUZNÍ TERAPIE .....                       | - 28 -        |
| 2.4 PÉČE O POKOŽKU V PLENKOVÉ OBLASTI.....      | - 29 -        |
| <b>3 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY NA DĚTSKÉM</b>      |               |
| <b>ODDĚLENÍ.....</b>                            | <b>- 32 -</b> |

|            |   |               |
|------------|---|---------------|
| <b>3.1</b> | <b>KOMUNIKACE S DĚTSKÝM PACIENTEM .....</b>                               | <b>- 32 -</b> |
| <b>3.2</b> | <b>PODÁVÁNÍ LÉKŮ DĚTEM .....</b>  | <b>- 33 -</b> |
| <b>3.3</b> | <b>SPOLUPRÁCE S RODIČI A EDUKACE.....</b>                                 | <b>- 34 -</b> |
| <b>3.4</b> | <b>KRMENÍ DĚTÍ.....</b>   | <b>- 34 -</b> |
| <b>4</b>   | <b>OŠETŘOVATELSKÝ PROCES .....</b>  | <b>- 36 -</b> |
| <b>5</b>   | <b>OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DÍTĚTE S AKUTNÍ<br/>GASTROENTERITIDOU.....</b> | <b>- 38 -</b> |
| <b>5.1</b> | <b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>  | <b>- 64 -</b> |
|            | <b>ZÁVĚR .....</b>  | <b>- 66 -</b> |
|            | <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>                                    | <b>- 67 -</b> |
|            | <b>PŘÍLOHY</b>  |               |

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

|               |                                      |
|---------------|--------------------------------------|
| <b>AGE</b>    | akutní gastroenteritida              |
| <b>ABKM</b>   | alergie na bílkovinu kravského mléka |
| <b>GER</b>    | gastroezofageální reflux             |
| <b>HCD</b>    | horní cesty dýchací                  |
| <b>mmol/l</b> | milimolů na litr                     |

(VOKURKA, HUGO, 2009)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Aerobní** žijící, probíhající za přítomnosti kyslíku
- Adultní** týkající se dospělého
- Agens** původce, činitel
- Aldosteron** hormon kůry nadledvin
- Alterace** změna, poškození
- Anaerobní** žijící, probíhající za nepřítomnosti kyslíku
- Antirefluxní** působící proti refluxu
- Apalický syndrom** soubor příznaků funkčního výpadku mozkové kůry pallia při zachované funkci mozkového kmene
- Digestce** proces, jímž se požitá potrava rozkládá na jednodušší složky, které mohou být vstřebány
- Elektrolytová disbalance** porucha rovnováhy elektrolytů v organismu
- Erytema nodosum** zánětlivé poškození podkožních tkání
- Extrarenální urémie** náhlé selhání ledvin, kdy příčina není primárně v poškození ledvin
- Fragilní** křehké
- Genoskupiny** způsob klasifikace virů
- Gramnegativní** označuje skupinu bakterií, které se Gramovým barvením neobarví
- Halonované oči** našedlé kruhy kolem očí, oči široce otevřené, upřené do prázdna, bez mrknutí
- Hemoliticko-uremický syndrom** je onemocnění, pro které je charakteristické akutní selhání ledvin, anémie, snížený počet krevních destiček a různý stupeň orgánového poškození
- Hydrolyza bílkovin** způsob štěpení bílkovin
- Imunodeficiencie** oslabený imunitní systém

**Intususcepce** vchlípení jedné části střeva do části následující

**Otitis media** zánět středouší

**Proteáza** enzym rozkládající bílkoviny na menší části

**Protrahovaný** trvající dlouho, déle než obvykle

**Realimentace** obnovení výživy po jejím předchozím delším nedostatku

**Septikémie** stav, při němž v krvi dochází k rozsevu bakterií

(VOKURKA, HUGO, 2009)

# ÚVOD

Akutní gastroenteritida je velmi časté onemocnění. V četnosti zaujímá místo hned za respiračními infekty. V rozvojových zemích je toto onemocnění jednou z nejčastějších příčin dětských úmrtí. V rozvinutých zemích takto tragický konec není zdaleka tak častý, každoročně je však zaznamenáno několik případů, které končí letálně.

Toto téma je velmi aktuální a do budoucna nejspíš stále bude, jelikož na soubor těchto onemocnění neexistuje stoprocentně účinná prevence. Navíc se s tímto onemocněním velice pravděpodobně setká v průběhu života každý z nás a to i opakovaně.

O tomto onemocnění by měli mít kromě zdravotníků povědomí i rodiče malých dětí, aby dokázali rozpoznat příznaky této nemoci provázející a uměli adekvátně reagovat. Akutní gastroenteritidy jsou jedním z nejčastějších důvodů hospitalizace dětí i v naší republice. Důležitým objevem v této problematice bylo vytvoření orálního rehydratačního roztoku, který při mírnějším průběhu onemocnění umožňuje léčbu dětí v domácím prostředí a odstraňuje tak nepříjemné zážitky spojené s hospitalizací dítěte.

Nejdůležitější pro včasnou léčbu a co nejmírnější průběh onemocnění je zahájení včasné rehydratace. Obnovení správné hydratace organismu a úprava vnitřního prostředí je podstatou léčby tohoto onemocnění.

## **Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Popsat onemocnění akutní gastroenteritida na základě odborné literatury

z provedené rešerše literatury.

**Cíl 2:** Uvést specifika ošetrovatelské péče o dětského pacienta na základě provedené rešerše literatury.

**Cíl 3:** Zpracovat teoretická východiska ošetrovatelského procesu.

## **Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Vypracovat ošetrovatelský proces u pacienta s akutní gastroenteritidou.

**Cíl 2:** Navrhnout doporučení pro praxi.

## Vstupní literatura

1. GÖPFERTO VÁ, D. a P. PAZDIORA, 2015, 100 *infekcí: (epidemiologie pro praxi)*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7387-846-7.
2. MUNTAU, A, 2014. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4588-6.
3. NEVORAL, J, 2013. *Praktická pediatrická gastroenterologie, hepatologie a výživa*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2863-9.
4. NĚMCOVÁ, J. a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 4., dopl. vyd. Praha. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. ISBN 978-80-905728-1-2.
5. PLEVOVÁ, I. a R. SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.
6. SLEZÁKOVÁ, L, 2010. *Ošetrovatelství v pediatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3286-2

## Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u dítěte s akutní gastroenteritidou, probíhalo v časovém rozmezí od listopadu 2017 do ledna 2018.

Rešerše byla zadána k vypracování v Moravskoslezské vědecké knihovně v Ostravě. Zpracovala ji paní Bc. Seberová Radmila. Informace a zdroje byly poté dále vyhledávány na internetu, znovu samostatně v databázi knihovny a také v databázi Medvik a ÚZIS.

Klíčová slova použita pro vyhledávání byla: akutní gastroenteritida, infekční průjem, rotaviry, noroviry, salmonelóza, campylobacter, očkování proti rotavirům, průjem u dětí, dehydratace u dětí, komunikace s dětským pacientem, specifika práce sestry na dětském oddělení, infusní terapie dítěte, ošetrovatelský proces, komunikace s rodiči.

Kritériem pro zařazení zdrojů bylo časové rozmezí od roku 2008 po současnost, dále pak aby informace odpovídaly cílům práce a také, aby zdroje byly vydány odbornými recenzovanými periodiky. Vyřazovacími kritérii byla obsahová nekompatibilita se stanovenými cíli, opakující se informace či nedohledatelnost zdroje.



# 1 AKUTNÍ GASTROENTERITIDA

Akutní gastroenteritida (dále v textu AGE) je souhrnné označení pro akutní záněty trávicího traktu. Dělí se na infekční a neinfekční, jelikož se tato práce zaměřuje na infekční AGE zmíníme neinfekční příčiny jen okrajově v kapitole příčiny a v práci se celkově budeme zabývat infekčními AGE.

## 1.1 EPIDEMIOLOGIE

V pediatrické pohotovosti připadá 16% případů ošetřených dětí právě na AGE, jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí dětí do pěti let a třetí nejčastější příčinou hospitalizace. Díky používání perorálních rehydratačních roztoků se morbidita a mortalita celosvětově snižuje, avšak stále je vysoká. AGE jsou po respiračních infekcích nejčastějším infekčním onemocněním vůbec a to celosvětově. V zemích s teplejším klimatem a špatně dostupnou zdravotní péčí se podílí na celkové úmrtnosti až 30. procenty. Četnost akutních průjemových onemocnění je nejvyšší v prvních třech letech života, ale mohou postihnout všechny věkové skupiny (MUNTAU, 2014); (NEVORAL, 2013).

*Alimentární infekční onemocnění. V roce 2013 bylo zaznamenáno 45 548 případů střevních infekčních nákaz (dg. A00 – A09), tj. 433,3 případů na 100 tisíc obyvatel, pouze o 3,5 % více než v předchozím roce. K nárůstu nejvíce přispělo zvýšení výskytu hlášených virových enteritid (A08) o 13,1 % z 65,4 na 74,0 případů na 100 tisíc obyvatel. Nárůst podpořila také skupina jiných bakteriálních střevních infekcí (A04), se 76 % převahou kampylobakterióz, u nichž incidence dosáhla 230 případů na 100 tisíc obyvatel. U salmonelóz (A02) se od roku 2008 incidence stabilizovala na úrovni nepřesahující cca 100 případů na 100 tisíc obyvatel. V roce 2013 byly dále hlášeny 2 případy paratyfu A (A01.1) a 1 případ paratyfu B (A01.2), které patří také mezi infekce způsobené salmonelami. Z méně častých střevních infekcí bylo zaznamenáno 257 případů shigelóz (A03) a 207 případů otrav přenesených potravinami (A05). Dále bylo hlášeno 2 748 případů neurčených gastroenteritid a kolitid infekčního původu (A09). Z celkového počtu hlášených střevních infekčních onemocnění v roce 2013 se 469 případů týkalo cizinců. Tato onemocnění si vyžádala 16 973 hospitalizací, což*

*představuje podíl 37 % hlášení v systému EPIDAT. V důsledku střevních infekcí došlo ke 247 úmrtím, převážně se jednalo o seniory (ANON, 2013).*

## 1.2 PŘÍČINY ONEMOCNĚNÍ

Akutní gastroenteritidy jsou nejčastěji způsobeny infekčním agens. Po vniknutí do organismu dochází po krátké inkubační době k rozvoji příznaků. Riziko nákazy je vyšší u malých dětí a to jak z důvodu nedostatečné imunity, tak i nižší úrovně uvědomělé hygieny oproti dospělým.

### 1.2.1 VIRY

Jsou nejčastějším vyvolavatelem AGE a jsou poměrně odolná agens. Často se uplatňují při vzniku nozokomiálních nákaz. Jsou velmi dobře přenosné a k propuknutí infekce stačí velmi málo virových jednotek.

#### ROTAVIRY

Jsou nejčastějšími původci AGE. Průběh infekce rotaviry může být lehký až velmi vážný s následkem smrti.

**Výskyt:** Je celosvětový, obzvláště v rozvojových zemích se dokáže rychle šířit z důvodu nižších hygienických standardů. Rotaviry se vyskytují celoročně, největší výskyt je od prosince do dubna. V naší republice jsou úmrtí na toto onemocnění výjimečná, ale ne vyloučena. Nejrizikovější skupinou jsou kojenci a staří lidé.

**Původce:** Virus má 5 hlavních kmenů, v běžné praxi se ale v diagnostice jejich typizace neprovádí, jelikož to nemá pro léčbu další význam. Rotaviry jsou rezistentní vůči zevnímu prostředí. Dokáží dlouho přežívat na ruce, hladkém povrchu, ve vodě. Jsou odolné dokonce i vůči zmrazení, naopak jsou citlivé na vysoké teploty a vysušení.

**Zdroj:** Zdrojem infekce jsou lidé a zvířata (psi, kočky, krávy, prasata, koně, kozy).

Inkubační doba: 1 – 3 dny.

**Vnímavost:** Všeobecná, po opakovaných infekcích vzniká dlouhodobá imunita.

**Přenos:** Virus se velmi dobře šíří, nejčastěji se uplatňuje fekálně-orální cesta přenosu. K prvonákaze u kojence stačí už 10 virů, přičemž ve stolici infikovaných osob

může být přítomno až  $10^{12}$  virů v gramu stolice. Infekční množství virů je tedy přítomno už v 0,001 ml filtrátu stolice. Tento virus je tudíž enormně přenosný. Šíření se uskutečňuje také přenosem z kontaminovaných potravin a vody, méně často poté kapénkami a prachem vzdušnou cestou (GÖPFERTO VÁ, PAZDIORA, 2015).

## NOROVIRY

Noroviry mají svůj velký podíl v příčinách průjmů vedoucích k hospitalizaci (v ČR cca 6 % hospitalizovaných dětí s průjmem).

**Výskyt:** Celosvětový. Největší počet nakažených je v zimních měsících. K hromadné nákaze dochází hlavně v kolektivech (školky, školy, nemocnice, svatby).

**Původce:** Infekční agens jsou kaliciviry z rodu Norovirus a mají 6 genoskupin. Tento typ virů je odolný vůči teplotám do 60 °C a přežije i běžnou koncentraci chloru ve vodě v bazénech

**Zdroj:** Zdrojem nákazy je člověk, který může vylučovat původce 2-6 týdnů, imunodeficientní jedinci někdy i roky. Zdrojem však může být i zvíře (telata, prasata).

**Přenos:** Podobný jako u rotavirů.

**Vnímavost:** Všeobecná. Po prodělání infekce vzniká pouze krátkodobá imunita, nejspíš jen proti jednotlivým genotypům (GÖPFERTO VÁ, PAZDIORA, 2015).

## ASTROVIRY

Tento původce způsobuje infekci velmi podobnou rotavirové nákaze, avšak s mírnějším průběhem.

## ADENOVIRY

Dalším původcem z řad virů mohou být Adenoviry (GÖPFERTO VÁ, PAZDIORA, 2015).

### 1.2.2 BAKTERIE

#### SALMONELOZY

Jedněmi z nejčastějších bakteriálních původců AGE jsou salmonely. Toto onemocnění probíhá většinou několik hodin až dní. Úmrtí na toto onemocnění jsou výjimečná, jedná se většinou osoby v pokročilém věku. Nejzávažnější stavy jsou způsobeny spíše komplikacemi, které mohou výjimečně vzniknout. Jedná se například o zánět mozkových blan, srdečních chlopní, kostí, plic aj. Stav může být také komplikován septikémií, dehydratací či selháním ledvin.

**Výskyt:** Celosvětově. Paradoxně vyšší výskyt je v zemích vyspělých, což zřejmě souvisí s hromadnou výrobou, skladováním a distribucí potravin. Počet hlášených nálezů v ČR je 9000-13000 ročně. U nás má onemocnění sezonní charakter, nejvíce nálezů proběhne v teplých letních měsících.

**Původce:** Bakterie má značné množství sérotypů. Jedná se o gramnegativní bakterie. Tyto bakterie jsou vcelku odolné, dokáží růst v aerobním i anaerobním prostředí, nevadí jim vyschnutí, ve vlhkém prostředí vydrží týdny a ve zmrazeném stavu vydrží v rámci měsíců. Ničeny jsou teplotami nad 70°C, běžnými dezinfekčními prostředky a kyselým prostředím.

**Zdroj:** Nejvýznamnějším zdrojem jsou hospodářská zvířata (drůbež, skot). Člověk je spíše přenašeč, jelikož salmonely vylučuje i po uzdravení ještě 4-6 týdnů.

**Přenos:** Nejčastěji probíhá pomocí potravin, ve kterých měly salmonely příznivé prostředí a čas na pomnožení. Nejčastěji vejce, majonézy, drůbež, výrobky z masa, cukrářské výrobky.

**Inkubační doba:** 6-72 hodin

**Vnímavost:** Všeobecná. Po prodělání infekce vznikne pouze krátkodobá imunita. Věková skupina, ve které je hlášena nejvyšší nemocnost, je 1-4 roky.

Další bakteriální původci enteritid, kteří se v našich podmínkách běžně vyskytují mohou být Shigely, Kampylobaktery a enteropatogenní E. coli.

V rozvojových zemích jsou stále aktuální nákazy Cholerou a Břišním tyfem. Tyto se u nás mohou vyskytnout spíše u lidí, kteří navštívili rizikové státy (Asie, Afrika, Latinská Amerika) (GÖPFERTOVIČ, PAZDIORA, 2015).

### **1.2.3 PARAZITI**

Výjimečně může být akutní gastroenteritida způsobena parazitem *Giardia lamblia*. Přenáší se přímým kontaktem, tedy vodou či jídlem které je kontaminováno výkaly obsahujícími tohoto parazita. Vyskytuje se převážně v oblastech s teplým klimatem (ANON, 2017).

### **1.2.4 NEINFEKČNÍ PŘÍČINY**

Mezi neinfekční příčiny akutního průjmového onemocnění patří mimostřevní infekce, jako například respirační, močové či otitis media. Někdy bývají na vině léky, nejčastěji antibiotika a nesteroidní antiflogistika, výjimečně i jiné lékové skupiny. Dalším ze spouštěčů mohou být potravinové alergie nejčastěji pak na sóju, celiakie, ABKM a vícečetné alergie. Dráždivý tračník a adultní typ hypolaktázie patří do skupiny poruch digesce a absorpce (NEVORAL, 2013).

## **1.3 KLINICKÝ OBRAZ NEMOCI**

AGE se typicky projeví jako náhle vzniklá nevolnost, nechutenství, pocity těžkosti v oblasti žaludku následované zvracením, křečemi a bolestí břicha. Poté se rozvinou četné průjmy. Tento klinický obraz se ale nemusí vyskytovat vždy. Někdy průjem předchází zvracení či se objeví jen jeden z těchto symptomů. V některých případech toto onemocnění začíná pod obrazem běžného nachlazení s febrilním průběhem (NEVORAL, 2013); (SLEZÁKOVÁ, 2010); (TÁBORSKÁ, 2013).

### **1.3.1 VIROVÉ GASTROENTERITIDY**

Mohou se z počátku projevit jako zánět HCD (rýma, kašel). Dále většinou přichází na řadu opakované zvracení, doprovázené křečemi břicha, bolestí a meteorismem. Malé děti jsou neklidné a mají vzduchaté břicho. Poté se objeví průjem, který je často vodnatý, zapáchající a objemný. Většinou bez patologické příměsi. Mohou se objevit subfebrilie a závrať. Tento stav trvá průměrně 2-3 dny (FRÜHAUF, 2013); (RAINETOVÁ, 2017); (TÁBORSKÁ, 2013).

### **1.3.2 BAKTERIÁLNÍ GASTROENTERITIDY**

Typický klinický obraz pro bakteriální AGE je provázen febriliemi, zimnicí, úpornými průjmy s bolestí břicha, ve stolici se může objevit hlen či krev. Bolesti hlavy a celková slabost také provázejí toto onemocnění. Zvracení často nebývá. Onemocnění

trvá déle než u virové příčiny, v průměru 1-2 týdny (FRÜHAUF, 2013); (MUNTAU, 2014); (NEVORAL, 2013).

## 1.4 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ

**Anamnéza:** Již důkladná anamnéza může vcelku jasně poukazovat na AGE. Důležité informace jsou především: Kontakt dítěte s osobou či kolektivem, ve kterém se vyskytlo akutní průjemové onemocnění, konzumace rizikových potravin, nedávný pobyt v rizikových zemích či jestli dítě v posledních dvou měsících nežívalo antibiotika

**Klinické příznaky:** Důležitá je spolupráce s rodičem či zákonným zástupcem, který nám sdělí charakter potíží. Lékař se ptá na počet a vzhled stolic a patologické příměsi v ní, počet zvracení, vzhled a množství moči, případné febrilie, jestli dítě v posledních dvou měsících nežívalo antibiotika

**Fyzikální vyšetření:** Pohledem: lékař si na dítěti všímá především známek dehydratace. Halonované oči, snížený kožní turgor, prodloužený kapilární návrat, vpadlá fontanela, vyschlé sliznice či nepřítomnost slz při pláči jsou varovnými signály dehydratace. Poklepem: bubínkový zvuk při meteoristickém břichu. Poslechem: fonendoskopem slyšitelná zrychlená peristaltika.

**Hodnocení fyziologických funkcí:** TT- Subfebrilie až febris. DF- Tachypnoe, TF- Tachykardie. U rozvinuté dehydratace Kussmaulovo dýchání. Vědomí- Dítě může být nezvykle klidné, apatické a zchvácené což může být příznak dehydratace, nebo naopak velmi neklidné a plačtivé při křečích a bolestech břicha (CONSOLINI, 2016).

### Laboratorní vyšetření:

#### *Vyšetření stolice*

**Na viry:** Nejčastěji se v praxi používá metody ELISA, tedy detekce antigenu. Provádí se z kusové stolice a po dodání do laboratoře je výsledek hotov do 15. minut.

**Výtěr z rekta:** Provádí se pro kulturační průkaz bakterií. Štětíčka se po vytření rekta vloží do připravené transportní živné půdy a po dodání do laboratoře je výsledek znám nejdříve za 48 hodin.

**Na parazity:** Na tento odběr je potřeba kusová stolice o velikosti nejméně vlašského ořechu. Odběr se musí opakovat minimálně 2x, jelikož bývá často falešně negativní (LEBL, et al, 2014a).

#### *Vyšetření krve*

Vyšetření acidobazické rovnováhy, minerálů a krevních ukazatelů funkce ledvin. CRP (význam při rozlišení bakteriální či virové etiologie) (LEBL, et al, 2014).

## **1.5 LÉČBA ONEMOCNĚNÍ**

Patogeny způsobující AGE samy o sobě nejsou život ohrožující, avšak svým působením a následnými změnami v napadeném organismu mohou způsobit těžkou dehydrataci, metabolický rozvrat a multiorgánové selhání vedoucí ke smrti. Naprosto nejdůležitější je proto léčba dehydratace a případné elektrolytové disbalance. Současně je důležitá podpůrná léčba, která má napomoci organismu s vyloučením patogenu. Vyloučení patogenu ven z těla je podstatou uzdravení, co se akutních gastroenteritid týče. Dostatečné zavodnění organismu zajistí optimální podmínky pro vyloučení patogenu (AMBROŽOVÁ, 2015).

### **1.5.1 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA**

#### **REHYDRATACE**

Rehydratace znamená znovunapravení vodního a elektrolytového prostředí organismu z dehydratace.

#### *Perorální rehydratace*

Nejvýznamnějším počinem bylo objevení perorálního rehydratačního roztoku (ORS). Vytvoření ORS předcházelo zjištění, že sliznice tenkého střeva při AGE neztrácí svou absorpční schopnost a následně objev glukózo-sodíkového kotransportu (transport jedné molekuly glukózy zajistí přesun dvou molekul sodíku a tím i vody skrze střevní stěnu).

**Složení ORS:** 60 mmol/l natria, 20 mmol/l kalia, 25 mmol/l chloridů, 10 ml/l citrátu, 74-111mmol/l glukózy. Osmolalita je v rozmezí 200-250mOsm/kg.

**Výhody:** Jednoduché použití, možnost využití v domácích podmínkách i v nemocničním zařízení, dostupnost bez lékařského předpisu, bezpečnost a efektivita léčby.

**Způsob použití:** Podávání roztoku ústy: doporučuje se podávat po lžičkách či stříkačkou vychlazený roztok z lednice v krátkých časových intervalech.

Podávání roztoku nazogastrickou sondou: pokud dítě roztok netoleruje, přijímá pouze v malém množství, anebo neutišitelně zvrací (NEVORAL, 2013).

#### *Intravenózní rehydratace*

K intravenózní rehydrataci většina lékařů přistupuje až po selhání pokusů o perorální rehydrataci, nebo pokud se dítě již nachází ve fázi středně těžké či těžké dehydratace. Ve většině případů se jako přístup využívá kanylace periferní žíly, v kritických stavech je skvělým řešením přístup intraoseální či zajištění centrálního žilního katetru. Běžnou praxí již je využívání infuzních pump, se kterými můžeme přesně korigovat rychlost aplikace roztoku. Při zahájení léčby se postupuje tak, že se začíná aplikací plného fyziologického roztoku v dávce 20 ml/kg během první hodiny. Poté, dle výsledků hodnot z krevních odběrů (hlavně hladin natria, kalia a chloridů), lékař volí další z druhů infuzních roztoků (HAVRÁNEK, et al, 2009); (NEVORAL, 2013).

#### REALIMENTACE

Realimentaci, čili znovu zatížení trávicího traktu potravou, je vhodné zahájit co nejdříve, nejlépe již v prvních 24 hodinách nemoci, nebo okamžitě po rehydratační fázi. Po četných studiích se již ustoupilo od „čajových pauz“ a hladovění, neboť bylo zjištěno, že včasná realimentace je důležitá pro udržení integrity epitelu střevní sliznice, jelikož ta je z velké části závislá na přísunu výživy ze střevního lumen. Přítomnost stravy ve střevech také ochraňuje sliznici před agresivním působením patogenu, dochází k rychlejší úpravě střevní permeability a tímto i minimalizaci ztrát bílkovin a energie. U kojených dětí by kojení nemělo být omezováno ani u zvracení a průjmů, naopak má velice příznivý účinek. Děti krmené umělým mlékem by měly dostávat mléko, na které jsou zvyklé. Od ředění mléka na nižší koncentrace se již ustupuje, neboť se neprokázal jeho příznivý účinek. Starší děti, které již jsou zvyklé na příkrmy, mohou dostávat



kromě ORS také ovocné přesnídávky (jablko, banán), rýžovo - mrkvové odvary, masové vývary, bramborovou kaši, suchary, starší pečivo, piškoty (NEVORAL, 2013).

### **1.5.2 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA**

Mezi nejčastěji využívaná farmaka při AGE patří zejména probiotika, jelikož mírně zkracují trvání průjmů, a to hlavně pokud se s jejich podáváním začne co nejdříve od počátku potíží. Antibiotika se v léčbě virových AGE neužívají vůbec, mohou dokonce způsobit těžší či protražovaný průběh. Antibiotická léčba je ordinována při prokázání bakteriálního původce na základě kultivačního vyšetření stolice. U dalších farmak nebyl prokázán pozitivní účinek na průběh onemocnění. Léky používané k léčbě běžného neinfekčního průjmu mohou naopak uškodit. Například léky zpomalující střevní motilitu umožňují patogenu ve střevě déle působit a zpomalují vylučování patogenu ven z organismu. Antiemetika zase mívají řadu vedlejších účinků, neměly by se proto používat hlavně u kojenců a malých dětí při akutním průjmovém onemocnění, které je provázené zvracením (NEVORAL, 2013); (MUNTAU, 2014).

### **1.6 PREVENCE ONEMOCNĚNÍ**

V současné době existuje preventivní očkování pouze proti rotavirovým nákazám. Jedná se o živé perorální vakcíny. K dispozici jsou dvě vakcíny. RotaTeq, která chrání proti pěti sérotypům a aplikuje se ve třech dávkách, které musí být podány v rozmezí od 6 do 32 týdne věku dítěte. Mezi dávkami musí být intervaly nejméně 4 týdny. Vakcína Rotarix chrání proti 4 sérotypům. Aplikuje se od 6 do 24 týdne věku. Mezi jednotlivými dávkami musí být také odstup 4 týdnů. Dle výsledků klinických studií mají vakcíny preventivní účinek u 74-78 % všech rotavirových infekcí. Plošné očkování v některých státech mělo pozitivní výsledek, jelikož výrazně poklesl počet hospitalizací i úmrtí. V naší republice se proočkovanost pohybuje pouze kolem sedmnácti procent v populačním ročníku (AMBROŽOVÁ, 2015); (NEVORAL, 2013).

Prostá prevence spočívá zejména v dodržování správných hygienických návyků. Důležité je dbát na dodržování zásad při přípravě kojenecké stravy. Zabránění epidemickému šíření infekčních průjmů v nemocnicích a kolektivních zařízeních. Při ošetřování dětí s prokázanou střevní infekcí striktně dodržovat izolační režim, používat zejména jednorázové pracovní pomůcky, dbát zvýšené hygieny rukou (KLÍMA, 2016).

## **1.7 KOMPLIKACE ONEMOCNĚNÍ**

Komplikace při probíhající gastroenteritidě jsou relativně vzácné. Nejčastěji vzniká intususcepce střeva, křeče z důvodu elektrolytové disbalance či hypoglykémie, rozvoj malabsorbčního syndromu, toxický nebo hypovolemický šok a urémie jako důsledek těžké dehydratace. U bakteriálních původců AGE mohou vzniknout komplikace jako je artritida, erytema nodosum, ložiskové infekce (meningitida, endokarditida, osteomyelitida a další), sepse, hemolyticko-uremický syndrom (AMBROŽOVÁ, 2010); (NEVORAL, 2013).

## 2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U DÍTĚTE S GASTROENTERITIDOU

U malých pacientů s touto diagnózou je velice důležité správné vedení bilance tekutin. Sestra pečuje o správnou hydrataci pacienta, sleduje množství moče, vzhled a charakter stolice. Pokud je u dítěte přítomen rodič, edukuje taktéž rodiče o nutnosti správné kontroly bilance tekutin. Při častém zvracení a průjmu sestra musí pečovat o zvýšenou hygienu dítěte, zvláště pak v plenkové oblasti. Vysoké důležitosti zde nabývá infusní terapie, jelikož dehydratace je pro dětského pacienta život ohrožující stav.

### 2.1 PRŮJEM U DĚTÍ

Průjem není samostatné onemocnění, ale příznak mnoha různých nemocí. Za průjem se obvykle považuje vyprazdňování řídké stolice více než 3x denně, či každá stolice obsahující krev a hnis. Výjimku tvoří hlavně kojenci, jelikož je zcela normální, že mívají stolici klidně po každém kojení. Pak je důležité zaznamenat změnu konzistence a frekvence stolice. Průjem je tím nebezpečnější, čím je dítě mladší. Především infekční průjmy s četností i několikrát za hodinu jsou nebezpečné kvůli rychlému rozvoji dehydratace (KIKALOVÁ, KOPECKÝ, 2014).

Při vzniku průjmu se uplatňují dva mechanismy. Průjem sekreční vzniká zvýšenou sekrecí vody a elektrolytů do lumen střev, což je způsobeno toxiny a neodezní po hladovění. Průjem osmotický je způsoben výskytem neabsorbovaných osmoticky aktivních látek ve střevě a po hladovění odeznívá. Často se tyto mechanismy kombinují. U většiny virových a bakteriálních enteritid se uplatňuje průjem sekreční. V patogenezi průjmu se uplatňuje i změna střevní peristaltiky (LEVINE, 2017); (PLOIER, JANDA, 2015); (STOŽICKÝ, SÝKORA, 2015).

Nejlehčí formou průjmu je průjem prostý (dyspepsia simplex). Ten je charakterizován přítomností průjmových stolic, není však přítomno zvracení a nevyústí v závažné zhoršení celkového stavu dítěte. Středně těžký průjem mívá již další přidružené symptomy a to například subfebrilie, neklid, mrzutost a častější průjmové ataky. Pokud je průjem provázen i zvracením, označujeme ho spíše jako

gastroenteritidu, jestliže převažují tenesmy a příměs krve či hlenu jedná se spíše o enterokolitidu. Nejzávažnější formou průjmu je průjem toxický (dyspepsia toxica). U něj jsou již průjmy velice závažné, zvracení je intenzivní. Tímto nastává rozvrat vnitřního prostředí a hypovolemický šok. Projevuje se také úbytkem na váze a různými stupni dehydratace. Nastává alterace celkového stavu, kterou lze vidět po požití toxických látek. Nezřídka je provázen také febriliemi až hyperpyrexiami a dokonce mohou nastat poruchy vědomí až po kóma (STOŽICKÝ, SÝKORA, 2015).

## 2.2 DEHYDRATAČE

Dehydratace může být zvláště u dítěte život ohrožujícím stavem a její stupeň je hlavní rozhodující indikací pro hospitalizaci. Ztráta tekutin z organismu je provázena ztrátou iontů, natria a chloridů. Většinou je u nemocných ztráta vody a iontů rovnoměrná a dochází ke vzniku izotonické dehydratace. Pokud výdej vody převyšuje výdej iontů, nazývá se dehydratace hypertonická. V opačném případě, tedy pokud jsou ztráty iontů větší než vody, nazýváme dehydrataci hypotonickou. Patofyziologie dehydratace je následující. Ve fázi první reaguje organismus vyplavením antidiuretického hormonu a aldosteronu, což způsobí restrikci diurézy. V následující fázi ledviny nejsou schopny dostatečně vylučovat dusíkaté katabolity, hladina urey stoupá, dochází k vývoji extrarenální urémie. Následně dochází k centralizaci oběhu a důsledkem ischemizace ledvin klesá jejich funkční schopnost. Postupně se rozvíjí urémie a metabolická acidóza (LEBL, et al, 2014b); (PAZDIORA, TÁBORSKÁ, 2004).

### *Hodnocení stupně dehydratace.*

Nejsnáze lze posoudit stupeň dehydratace porovnáním nynější aktuální hmotnosti dítěte s hmotností před počátkem onemocnění. Podle ztráty hmotnosti v procentech rozlišujeme dehydrataci na mírnou (<5 %), střední (5-10 %) a těžkou (>10 %). V praxi však toto posouzení není vždy realizovatelné, proto je odhad tíže dehydratace uskutečňován na základě klinických příznaků (NEVORAL, 2013).

Lehká dehydratace se v celkovém stavu dítěte projevuje neklidem, zvýšenou žíznivostí, kožní turgor je normální nebo lehce snížený, sliznice jsou vlhké, fontanela v úrovni, oči normálního vzhledu či lehce halonované, při pláči dítěte jsou slzy přítomny a množství moči normální.

Středně těžká dehydratace se projeví na dítěti velkým neklidem, kožní turgor je snížený, sliznice jsou suché, fontanela pod úrovní, oči jsou halonované, žízeň zvýšená, při pláči chybějí slzy, objevuje se oligurie.

Těžká dehydratace se na dítěti projeví somnolencí, chladnými periferiemi, stojícími kožními řasami, sliznice jsou výrazně vyschlé, fontanela výrazně pod úrovní, oči jsou značně halonované, žízeň bývá většinou snižená, při pláči se neobjevují slzy a projevuje se také oligurií až anurií (NEVORAL, 2013); (LEBL, et al, 2014).

Vyrovňávání kožní řasy na břicho je klinický test tíže dehydratace. Provádí se stlačením kožní řasy dítěte mezi palec a ukazovák. Pokud se po puštění kožní řasa ihned vyrovná, je výsledek v pořádku, pokud se kožní řasa vyrovná po 1-2 vteřinách, jedná se o lehkou až střední dehydrataci. Pro těžkou dehydrataci svědčí vyrovňování řasy po více než 2 vteřinách (MUNTAU, 2014).

## **2.3 INFUZNÍ TERAPIE**

Rehydratační terapie má v oblasti pediatrie velký význam, jelikož denní potřeba příjmu vody a iontů u dětí, zvláště kojenců, je při přepočtu na kilogram hmotnosti několikanásobně vyšší v porovnání s dospělou osobou. Potřeba denního příjmu tekutin u kojence se rovná 25 % objemu celkové tělesné vody jeho těla. K těžké dehydrataci dítěte může tedy dojít i v rámci hodin a tento stav je život ohrožující. Nejčastěji se jako vstup infuzní terapie využívá kanylace periferní žíly. Ne vždy se ale tento přístup i po opakovaných pokusech podaří zajistit, jelikož periferní žíly již mohou být vlivem dehydratace značně zkolabované, a jsou-li přítomny i horečnaté stavy také dosti fragilní. Proto se hlavně u akutních případů volí přístup intraoseální. Tento přístup se zavádí na vnitřní straně tibie v místě mezi její horní a střední třetinou. Tento přístup má dále své výhody, například se dá využít k aplikaci koloidních roztoků, plazmy či erytrocytární masy. Léčba dehydratace se zahajuje ihned po určení této diagnózy a poté, po získání krevních a močových testů z laboratoře, se infuzní terapie dále upravuje dle typu dehydratace. V iniciační fázi léčby se nahrazuje polovina až dvě třetiny ztráty tekutin. Například když 5 kilové dítě ztratí 10 % své původní váhy průjmem, akutní deficit se rovná 500 mililitrům s největší pravděpodobností izotonické tekutiny (stolice je většinou bohatá na ionty), nahradíme v úvodu rehydratace 250–330 ml izotonickým roztokem. Po této fázi se pokračuje dodávkou denní potřeby vody, draslíku a sodíku. Toto množství se vypočítává dle hmotnosti dítěte a to 120–130 ml na kilogram za den.

Celková potřeba vody za 24 hodin se vypočítá součtem aktuálního deficitu tekutin, plus denní potřeba tekutin, plus průběžné patologické ztráty. Patologické ztráty vznikají opakovaným zvracením, průjmovitou stolicí, horečkou, pocením, hyperventilací, a potřebu zvýšeného příjmu tekutin zapříčiňuje i fototerapie či vyhřívané otevřené lůžko. Je potřeba důsledně sledovat bilanci tekutin a adekvátně navyšovat i příjem tekutin parenterální cestou. U hyponatremické a hypernatremické dehydratace je také zásadní řešit kromě dodávky deficitu tělesné vody i hladinu natria. Úprava této hladiny musí probíhat pozvolně, nelze tedy navýšit nebo snížit hladinu natria co nejrychleji, jelikož může dojít k závažným komplikacím (například zmatenosti a křečím, které jsou způsobeny edémem mozku). Lékař musí velice důsledně volit druh roztoku a rychlost podání. Změna koncentrace natria v séru by neměla překročit 12mmol/l za den (HAVRÁNEK, et al, 2009); (LEBL, et al, 2014b).

## **2.4 PÉČE O POKOŽKU V PLENKOVÉ OBLASTI**

Nejrizikovějším obdobím pro vznik opruzenin je věk novorozenecký a kojenecký. Mohou se ale objevit v jakémkoli věku. Pokožka dítěte je velmi citlivá, morfologicky i funkčně se odlišuje od pokožky dospělého. Je náchylná na mechanické poškození, její kyselý ochranný plášť ještě není dostatečně vytvořen a tak pokožka není chráněna před působením plísní a mikrobů. Často se vyskytujícími formami opruzenin jsou intertrigo a plenková dermatitis. Intertrigo vzniká působením více faktorů a postihuje záhyby kůže. Mezi tyto faktory patří nesprávná či nedostatečná hygiena, mechanické tření, zvýšené pocení, příliš těsné oblečení. Projevuje se červenými ohraničenými flíčky, nepříjemně dítě pálí a tyto plochy mohou i mokvat. Plenková dermatitida je obecný pojem, který zahrnuje změny na kůži zánětlivého charakteru, lokalizované v oblasti pod dětskou plenkou. Jejich vznik přímo či nepřímo souvisí s nošením plen. Kontaktní dermatitida se projeví nejprve v oblasti vypouklých ploch, které jsou v těsném kontaktu s plenkou. Později se rozšíří také do rýh kožních řas. Příčina je v působení chemických nebo fyzikálních faktorů a následném poškození kůže. Dále se tento stav komplikuje působením vlhkého prostředí, bakterií, tření, kontaktu s močí a stolicí. Dermatitida se šíří i do kožních záhybů, zarudne a může i mokvat. Nejagresivněji na pokožku působí enzymy stolice proteáza a lipáza. Jejich aktivita stoupá s rostoucím pH a také se zvýšenou činností trávicího traktu (průjem s alkalickou stolicí) (KOLÁŘOVÁ, WIEDERMANNOVÁ, 2010).

Desatero prevence a ošetřování opruzenin je následující.

**Adekvátní hygiena.** Tak jako nedostatečná hygiena může vést ke vzniku opruzenin, stejně tak nadměrná a příliš agresivní hygienická péče může citlivé pokožce škodit. Zejména parfemované kosmetické přípravky jsou nevhodné. Je potřeba věnovat pozornost místům s větším rizikem zapaření (oblast pod krkem, záhyby v tříselech, u chlapců pod penisem) a plenkovou oblast nejlépe při každé výměně plenky omýt pod tekoucí vodou. Komerčně vyráběné ubrousky jsou méně vhodné, jelikož chemické látky v nich obsažené mohou také pokožku dráždit. Po omytí je nezbytné důkladné osušení a to spíše než třením jemným přikládáním bavlněné plenky či ručníku.

**Správná volba dětské kosmetiky.** Je potřeba pečlivě vybírat kosmetiku dle jejího složení. Na trhu již je spousta značek i zcela přírodní kosmetiky, a pokud dítěti vyhovuje určitý výrobek, není třeba kosmetiku měnit a příliš experimentovat.

**Přiměřená velikost plen.** Nejsou vhodné příliš těsné nebo naopak nadměrné pleny.

**Frekvence přebalování.** Častá výměna plenek je tou nejlepší prevencí vzniku opruzenin. Někdy se však ani při nejlepší péči nedá opruzeninám zabránit, jelikož zde působí i faktory, které nemůžeme ovlivnit.

**Eliminace dráždivých podnětů.** Znamená včasné odstranění stolice a moči z pokožky dítěte.

**Sucho.** Je-li to možné, necháváme po každém přebalení dítě chvíli nahé, třeba na jednorázové přebalovací podložce. Tím umožníme pokožce „dýchat“, stihne trochu vyschnout a také alespoň na chvíli eliminujeme vliv tření.

**Lokální léčba.** Po každém přebalení aplikujeme na čistou a suchou pokožku speciální krémy s obsahem zinku, vitamínem E a panthenolem, které vytvoří ochrannou bariéru proti působení agresivních faktorů.

**Edukace rodičů.** Edukace rodičů o správné péči je důležitá, stejně tak budme trpěliví, pokud je dítě rozmrzelé a neklidné. Opruzený genitál a okolí konečníku nepříjemně pálí a svědí.

**Opakované opruzeniny.** Pokud i při správné péči dochází opakovaně ke vzniku opruzenin, je třeba zvážit změnu značky plen či změnu práškového prášku u plen látkových. Aviváž není vhodné používat vůbec. Tyto látky totiž zbytečně dráždí pokožku a narušují její obranyschopnost.

**Kdy již navštívit lékaře?** Pokud se stav spíše zhoršuje, než zlepšuje, objevují se prasklinky a kůže mokvá, došlo již pravděpodobně ke kvasinkové či bakteriální infekci. V tomto případě lékař předepíše vhodnou léčbu a to mast s antimykotickým či antibiotickým účinkem (KOLÁŘOVÁ, WIEDERMANNOVÁ, 2010).



## **3 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY NA DĚTSKÉM ODDĚLENÍ**

Na oddělení zaměřujícím se na péči o děti by měla pracovat sestra trpělivá, vyrovnaná, vstřícná a nepochybně s přirozenou láskou k dětem. Dětský organismus není malý dospělý a při péči o dítě je třeba tento fakt znát a respektovat. Práce na dětském oddělení se oproti jednotkám pro dospělé v mnohém liší a má svá specifika.

### **3.1 KOMUNIKACE S DĚTSKÝM PACIENTEM**

Základem úspěšné komunikace s dětským pacientem je znalost jednotlivých období vývoje dítěte a specifik s nimi spojených. Sestra na dětském oddělení musí být vždy empatická a vstřícná. Každé dítě je individuální a je také potřeba se k němu tak chovat. Základní práva dítěte jsou obsažena v Chartě práv dětí. Tato listina musí být vyvěšena ve společných prostorách a přístupná jak dětem, tak rodičům. Aktivní komunikace s dítětem je základním předpokladem úspěšného průběhu léčby a hospitalizace. Sestra musí přizpůsobit způsob komunikace jak věku dítěte, tak psychickému stavu a rozumovým dovednostem. Každé dítě prožívá období své nemoci jinak, úlohou sestry je profesionálním ale i lidským způsobem provádět dítě průběhem celé hospitalizace. Hospitalizace pro dítě znamená vytržení z jeho známého prostředí, z jeho běžného života a způsobuje mu značný stres z neznáma. Proto bychom měli vždy s dítětem komunikovat a vždy se mu s ohledem na jeho úroveň chápání snažit sdělit co s ním budeme dělat. Je naprosto nevhodné mluvit o dítěti jen s jeho zákonným zástupcem a dítě přehlížet jako nesvéprávního jedince. Dítěti bychom neměli v žádném případě lhát (například, že výkon nebude vůbec bolet, nebo že maminka šla pouze na WC, i když už šla domů).

Při přijetí dítěte k hospitalizaci se sestra nejdříve s pozdravem obrací k dítěti a poté až k doprovodu. Zeptá se jej na jméno a na to, jak si dítě přeje být oslovováno. Snaží se hned od počátku navázat pozitivní kontakt s dítětem. Použít k tomu může například i jeho oblíbenou hračku, kterou má dítě s sebou. Ukáže mu oddělení a představí případné spolupacienty. Snaží se vyzdvihovat pozitiva hospitalizace (noví kamarádi, odměna za statečnost), ale nelže dítěti v zásadních faktech. Dále se od

zákonného zástupce snaží zjistit co nejvíce o denním režimu dítěte, jeho zvyklostech, co má rádo a podobně. Dáme dítěti prostor na otázky a trpělivě mu na ně odpovídáme (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010).

### **3.2 PODÁVÁNÍ LÉKŮ DĚTEM**

Podávání léků dětem je mnoha ohledech odlišné od podávání léků dospělým. Je potřeba dbát zvýšené opatrnosti a pozornosti co se dávky léku týče. I malá odchylka v rámci desetin mililitru může představovat riziko předávkování a to hlavně u nejmenších dětí. Velmi důležité je to, aby děti neměly v žádném případě přístup k lékům. Ty by měly být dobře uschované, a nesmí se nechávat bez dozoru. Mezi další zásady patří fakt, že i malé dítě by mělo být přiměřeně jeho věku informováno, proč a jak mu bude lék podán. Za dobrou spolupráci má být dítě pochváleno. Pokud je v nemocničním zařízení přítomen rodič, je vhodné a pro dítě příznivé spolupracovat při podávání léku s ním. Rodiče však musí být řádně poučeni. Léky ordinuje vždy lékař a to písemně. Je nutné dodržovat doporučení, jestli podávat lék před jídlem nebo po jídle a to z důvodu správného vstřebávání léku a také faktu, že některé, hlavně hořké léky, mohou u dětí při podání po jídle vyvolat zvracení. Dítě je také více náchylné ke vzniku alergických reakcí. Je tedy nutné sledovat projevy jako vyrážka, svědění, otoky atd. a nebrat je na lehkou váhu. Vždy se snažíme najít nejvhodnější způsob podání léku pro dítě (některé dítě lépe toleruje čípky, jiné sirupy) a pokud to lze, přizpůsobit lékovou formu dítěti individuálně (KŘÍVÁKOVÁ, ČÍKOVÁ, 2016); (SEDLÁŘOVÁ, 2008).

Dávkování léků se u dětí značně liší. Neexistuje žádná průměrná dávka jako u dospělých. U dětí se dávka léku vypočítá podle jejich hmotnosti, nebo ještě lépe podle plochy jejich tělesného povrchu. Doporučené dávky jsou proto uváděny v miligramech na kilogram tělesné váhy a také je stanovena minimální a maximální denní dávka. V dnešní době jsou již léky často připravovány přímo pro děti se speciálními dávkovači, které usnadňují naměření správné dávky. Některé léky určené pro dospělé nejsou pro děti vhodné vůbec. Vždy je nutné se řídit doporučením výrobce (například pro děti od 2 let). Sestra musí správně naředit množství léku, které má dítěti podat (SEDLÁŘOVÁ, 2008).

### **3.3 SPOLUPRÁCE S RODIČI A EDUKACE**

To, jak dítě vnímá svou nemoc, je z velké části ovlivněno výchovou a chováním svých rodičů. Dítě v období své nemoci potřebuje zejména správně fungující rodinu. Rodina dobře adaptovaná na nemoc dítěte je jeho největší podporou. Nejčastější poruchou adaptace bývá hyperprotektivita, nejčastěji matky. Usilovná a přehnaná péče a strach může při léčebném procesu spíše škodit a také ostatní členové rodiny se mohou cítit odstrčeni. V zájmu dítěte je důležité, aby zdravotnický personál úzce spolupracoval s jeho rodinou. Zdravotníci musí respektovat individualitu každé rodiny. Je velmi důležité rodinu zapojit do léčebného procesu, neboť laikové se cítí být vyřazeni z léčby svého dítěte a cítí se být bezmocní., protože neví, jak by mohli pomoci. Rodiče by měli být řádně informováni o stavu a léčbě svého dítěte. Pokud je to nutné, informace podáváme opakovaně a s trpělivostí. Při komunikaci nepoužíváme příliš odborných výrazů, ale zároveň, když hovoříme o konkrétním onemocnění, musíme ho správně pojmenovat, jelikož později musí být matka schopna sdělit například dalším lékařům přesnou diagnózu. Každý člen zdravotnického týmu má své kompetence i co se týče podávání informací. Dále dbáme především na to, aby informace podané rodičům byly ucelené a nebyly rozdílné. Trendem poslední doby je hospitalizace rodinného příslušníka, nejčastěji matky, spolu s dítětem. Malému pacientovi přítomnost známé osoby velice pomáhá, má větší pocit jistoty a bezpečí. Edukace rodičů by měla probíhat již za hospitalizace a při propouštění dítěte do domácí péče by měli obdržet veškeré informace (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010).

### **3.4 KRMENÍ DĚTÍ**

Na rozdíl od oddělení pro dospělé, kde se většina pacientů nají sama, musí sestra na dětském oddělení pečovat i o celodenní výživu dětí. Strava dětí se výrazně liší dle věku. Sestra musí znát zásady krmení dětí a specifika dětské stravy od narození do přechodu na běžnou stravu dospělých. Výživu dětí do jednoho roku rozdělujeme do tří období. Období výhradně mléčné výživy, období přechodné a období smíšené kojenecké stravy. Do 6 měsíců věku stačí dítěti pouze mateřské mléko či umělá výživa nahrazující mateřské mléko. To však nikdy nedosáhne kvality a benefitů mléka mateřského. Kojení by se mělo podporovat vždy a to i při hospitalizaci. Kojící matka musí mít vždy možnost být hospitalizována spolu s dítětem. Pokud dítě kojeno není, je mu v mléčné kuchyňce připravováno počáteční mléko. Potřeba mléka u dítěte je cca

1/6 jeho hmotnosti za den, to je asi 150-170 ml/kg/den. Někdy dítě potřebuje speciální výživu. Ta je zajišťována speciálně upravenými mléky. Antirefluxní mléko je určeno pro děti s GER, hypoalergenní mléko pro děti například s atopickým ekzémem. Některé děti mají alergii na bílkovinu kravského mléka, pro ty je vyráběno speciálně upravené mléko s vysokým stupněm hydrolyzy bílkovin. Děti s velmi těžkým malabsorpčním syndromem jsou krmeny přípravky na bázi aminokyselin. Dále se vyrábějí mléka bezlaktózová, pro nedonošené děti a jiné. Přechodné období je období zařazování prvních nemléčných příkrmů. U dětí na umělém mléku můžeme začít s prvními příkrmy již od ukončení 4 měsíce, u dětí plně kojených se doporučuje od ukončení 6. měsíce. Nejdříve se začíná s jednoduchým zeleninovým pyré. Poté, co dítě tento druh toleruje, zařadíme další druh a znovu vyčkáme. Dále přidáváme kaši, která musí být do konce 6 měsíce bezlepková (nejčastěji rýžová). Na řadu přichází ovocné pyré a masové příkrmy. Výživa batolat a dětí předškolního věku. V tomto období dochází k postupnému přechodu na stravu dospělých pouze s omezením soli, koření a velice tučných a nezdravých jídel. Dítě by mělo jíst 5 x denně, strava musí být pestrá s dostatečným obsahem všech živin. V tomto období se také dítě učí jíst samo. I v nemocnici podporujeme dítě v samostatnosti. Výživa dětí školního věku a adolescentů je již srovnatelná s výživou dospělých. V nemocnici musíme dbát na dodržování léčebného režimu, i co se týče diety. Je nutná edukace dětí o nutnosti dočasně dodržovat speciální dietu, ale i rodičů, aby dítěti do nemocnice nenosili nevhodné potraviny (SEDLÁŘOVÁ, 2008).

## 4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je jako metoda práce sestry neodmyslitelnou součástí její profese. Je to metoda racionální, systematická, jejím cílem je zhodnotit stav pacienta, aby mohly být dále uspokojeny jeho potřeby. Ošetřovatelský proces se zabývá problémy pacienta a to jak aktuálními, tak potenciálními. Skládá se z 5 kroků, které nejsou samostatné, ale jsou na sobě závislé. Tyto kroky jsou cyklické a současně může být v tomto procesu více složek a také více ošetřovatelských problémů. Ošetřovatelský proces individualizuje přístup k pacientovi, a jelikož se na něm podílí celý ošetřovatelský tým včetně pacienta, nazýváme ho také interpersonálním.

Výhody ošetřovatelského procesu jsou zjevné a to jak pro pacienta, tak pro personál. Pacientovi přináší kvalitní, soustavnou a plánovanou péči a tím, že se snaží zdůrazňovat důležitost účasti pacienta při péči o své zdraví, umožňuje nemocnému zasahovat do průběhu péče o jeho osobu. Sestře pomáhá při její práci, šetří její čas a energii, při dodržování všech kroků pomáhá vyhnout se problémům se zákonem, umožňuje odborný růst a v neposlední řadě má vliv na její uspokojení v zaměstnání, jelikož jasně vidí výsledky své práce.

### 5 kroků ošetřovatelského procesu

#### POSUZOVÁNÍ

V tomto kroku je stěžejní získání údajů o pacientovi, provádí se tedy sběr informací. Tyto může sestra získat vlastním pozorováním a fyzikálním vyšetřením, rozhovorem s pacientem či doprovázející osobou, sestra používá také dokumentaci a přínosné informace můžeme získat i od členů rodiny nemocného.

#### DIAGNOSTIKA

Diagnóza je závěr vytvořený na základě určitého jevu a příznaků. K jejímu určení potřebujeme informace, které jsme v předešlém kroku získali. Vedle medicínských diagnóz existují také diagnózy ošetřovatelské, tedy sesterské. Ošetřovatelská diagnóza se zaměřuje na problémy pacienta a to ve všech oblastech. Hovoříme zde o fyzické, psychické, sociální a spirituální potřebě jednotlivce.

## PLÁNOVÁNÍ

Plánováním se snažíme vytvořit takové kroky, které povedou k našemu cíli a to k uspokojení potřeby pacienta. Snažíme se nalézt řešení a vytvořit vhodné intervence. Při plánování péče si musíme nejdříve stanovit priority, cíle, kterých chceme dosáhnout, stanovíme si výsledná kritéria, naplánujeme ošetrovatelské intervence, tyto napíšeme do plánu ošetrovatelských intervencí a dále následuje krok konzultování.

## REALIZACE

Realizací rozumíme vykonání naplánovaných intervencí. Sestra zde uplatňuje své dovednosti a kritické myšlení.

## HODNOCENÍ

Zpětné posouzení celého procesu je velice důležitou složkou. Umožňuje sestře zhodnocení všech svých činností a také vidí výsledky své práce. Hodnocení je procesem souběžným, tedy probíhajícím v průběhu celého procesu a také terminálním, který se uskutečňuje po skončení ošetrovatelských činností. Sestra si ke každému bodu procesu může klást otázky a také zjišťuje, do jaké míry byly splněny cíle naplánované péče (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011).

## **5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DÍTĚTE S AKUTNÍ GASTROENTERITIDOU**

Ošetřovatelský proces byl vytvořen u dítěte, které bylo přijato do Vítkovické nemocnice Ostrava na dětskou jednotku intenzivní péče s hlavní lékařskou diagnózou gastroenteritida a kolitida NS původu. V anamnéze nejsou z důvodu ochrany osobních údajů uvedena jména, příjmení, adresy, rodné číslo a telefon. Informace byly čerpány z lékařské a ošetřovatelské dokumentace, nemocničního informačního systému a vlastního pozorování.

### **IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE:**

**Jméno a příjmení:** D. CH.

**Pohlaví:** muž

**Věk:** 9 měsíců

**Státní příslušnost:** ČR

**Datum přijetí:** 9. 1. 2018

**Typ přijetí:** Urgentní

**Oddělení:** Dětská JIP

### **Hlavní medicínská diagnóza:**

A099, Gastroenteritida a kolitida NS původu

### **Vedlejší medicínské diagnózy:**

E86 Snížení objemu plazmy nebo extracelulární tekutiny

J029 Akutní zánět hltanu NS

L22 Plenková dermatitida

B850 Zavšivení- pediculosis

H103 Akutní konjunktivitida NS

### **VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ 9. 1. 2018**

**TK:** 92/50

**P:** 153 za min.

**D:** 32 za min.

**SpO2:** 97 %

**TT:** 37,8 °C

**Stav vědomí:** GCS 15

**Výška:** 74 cm

**Hmotnost:** 9850g

**Percentily:** nad 50

**PMR:** v normě

### **NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:**

Od včerejška (tj. 8. 1. 2018) se zhoršila rýma trvající již 3 dny, přidala se hnisavá sekrece z očí. Dítě je mrzuté, nechce pít, ani přijímat stravu. Matka se snaží dítě nutit, ale večeri již vyzvracelo. Matce se zdá být schvácené, plačtivé. Dnes během dne opakovaně zvrací cca 5-6x. Od včerejška večera pouze jedna mírně pomočená plena. Dnes ráno vyšetřen na středisku, při trvání obtíží odeslán k hospitalizaci, přichází dnes 13:15. Dietní chybu i úraz matka neguje.

### **Informační zdroje:**

Matka, dokumentace z předešlé hospitalizace.

### **ANAMNÉZA**

#### **Rodinná anamnéza:**

*Matka:* zdráva

*Otec:* hypertenze, diabetes mellitus

*Sourozenci:* Damián 2009- Astma bronchiale. Sebastian 2012- Zdráv, nyní akutní respirační infekce. Liliana 2015- zdráva.

#### **Osobní anamnéza:**

Z fyziologické gravidity, 5 gravidita, 4 porod. V termínu, záhlavím, nekříšen. Ph. 3260g, pd. 49 cm. Ikterus ano, foto ne, kojení 3 měsíce, kyčle bpn., PMV norma.

*Operace:* žádné

*Hospitalizace:* v 5. měsících věku- Dušnost při spastické bronchitidě- ve VTN.

*Transfuze:* žádné

*Očkování:* řádné



Úrazy: 0

Sledování: 0

**Léková anamnéza:** Vigantol

**Alergologická anamnéza:**

Léky: ne

Potraviny: ne

Chemické látky: ne

Jiné: ne

**Sociální anamnéza:**

Bydlí v bytě 3+1 s rodiči a sourozenci. Rodiče kouří na balkoně. Zvířata 0.

### POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 9. 1. 2018 (1. den hospitalizace)

Vzhledem ke kojeneckému věku pacienta subjektivní údaje nelze zjistit. Některé informace byly při přijetí zjištěny od matky, dále byla matka nepřítomna.

| Popis fyzického stavu – Fyzikální assessment |                    |  |
|--|--------------------|--|
| SYSTÉM                                       | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE: | OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:  |
| <b>Hlava a krk:</b>                          | Nelze zjistit      | <b>Lebka:</b> normocefalická. Ve vlasové části hlavy nalezeny vši.<br><b>Oči:</b> zornice izokorické, skléry bez ikteru, ze spojivek žlutá sekrece, mírně halonované.<br><b>Uši a nos:</b> uši bez patologické sekrece, pouze zanedbaná hygiena. Z nosu hlenová sekrece.<br><b>Rty:</b> mírně oschlé.<br><b>Hrdlo:</b> mírně zarudlé, prosáklé.<br><b>Dutina ústní:</b> jazyk lehce povleklý, bukální sliznice spíše oschlé, 6 prořezaných zubů.<br><b>Krk:</b> štítná žláza nezvětšena, lymfatické uzliny hmatné, pulzace obou karotid hmatná, náplň žil v normě. |

|                                  |               |  |
|----------------------------------|---------------|--|
| <b>Hrudník a dýchací systém:</b> | Nelze zjistit | <b>Hrudník:</b> symetrický.<br><b>Dýchání:</b> frekvence mírně zrychlená, nádech lehce ztížený hlenovou sekrecí.   |
| <b>Srdečně cévní systém:</b>     | Nelze zjistit | <b>Srdeční akce:</b> pravidelná, mírná tachykardie.<br><b>TK: 92/50</b> mmHg<br><b>P: 153/</b> min.<br><b>DKK:</b> bez patologických změn.<br><b>HKK:</b> bez patologických změn, na pravém předloktí větší modřina staršího data. |
| <b>Břicho a GIT:</b>             | Nelze zjistit | <b>Břicho:</b> játra a slezina nezvětšena, břicho mírně vzedmuté, slyšitelná hyperaktivní peristaltika.<br><b>Defekace:</b> průjmovitá stolice bez patologické příměsi, která se objevila krátce po hospitalizaci.                 |
| <b>Močový a pohlavní systém:</b> | Nelze zjistit | <b>Moč:</b> Koncentrovaná, sytě jantarové barvy, malého množství.<br><b>Genitál:</b> Mužský, obě varlata sestouplá v šourku, pokožka opruzená.   |

|                                   |               |   |
|-----------------------------------|---------------|---|
| <b>Kosterní a svalový systém:</b> | Nelze zjistit | <b>Celkový vzhled a poloha:</b> páteř a končetiny bez asymetrií. Polohav leže na zádech kvůli vedené infuzní terapii s mírně zvednutou horní polovinou těla.<br><b>Svalová síla:</b> dítě unavené, slabé. |
| <b>Nervový systém a smysly:</b>   | Nelze zjistit | GCS 15, ospává.   |
| <b>Endokrinní systém:</b>         | Nelze zjistit | Bez patologie   |
| <b>Imunologický systém:</b>       | Nelze zjistit | Pacient bez pozitivní alergické anamnézy. Mírně zvětšeny lymfatické uzliny. Tělesná teplota 37,8°C.   |
| <b>Kůže a její</b>                | Nelze zjistit | <b>Kůže:</b> mírně snížený kožní turgor,  |

|                |  |   |
|----------------|--|---|
| <b>adnexa:</b> |  | <p>pokožka spíše suchá, kůže v plenkové oblasti opružená, bez cyanózy, okolí invazivního vstupu klidné, bez známek infekce.</p> <p><b>Vlasy:</b> velmi husté, místy zacuchané. v oblasti kolem uší četné hnidy, na pokožce hlavy živé vši.</p> <p><b>Nehty:</b> na dítě spíše delší, špinavé.</p> |
|----------------|--|---|

| Aktivity denního života |             |  |   |
|-------------------------|-------------|--|---|
|                         |             | SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE  | OBJEKTIVNÍ ÚDAJE  |
| <b>Stravování:</b>      | doma        | Dle matky jí velmi dobře, chutná mu hlavně sladké jídlo, jogurty, večer a ráno pije mléko. | <p><b>Váha:</b> 9850 g</p> <p><b>Výška:</b> 74 cm</p> <p><b>Percentily:</b> nad 50</p>        |
|                         | v nemocnici | Nelze zjistit  | Odmítá jakoukoliv nabízenou stravu. První den do stravy není nucen.                           |
| <b>Příjem tekutin:</b>  | doma        | Dle matky pije pouze sladká dětská pitíčka, občas slazený čaj. Voda mu nechutná.           | Nelze hodnotit  |
|                         | v nemocnici | Nelze zjistit  | Zcela odmítá jakékoliv tekutiny. Při podání čaje do dutiny ústní stříkačkou tekutinu spolkne. |
| <b>Vylučování moče:</b> | doma        | Močí do plen, denně cca 5 pomočených plen.   | Nelze hodnotit  |

|                              |             |  |  |
|------------------------------|-------------|--|--|
|                              | v nemocnici | Dle matky současně nasazená plena již od rána suchá.   | Po cca 2 hodinách od hospitalizace vymočil 30 ml koncentrované moči.         |
| <b>Vylučování stolice:</b>   | doma        | Dle matky 1 – 2 x denně kašovitá až formovaná stolice bez patologické příměsi.   | Nelze hodnotit   |
|                              | v nemocnici | Nelze zjistit  | Krátce po hospitalizaci se objevila opakovaná průjmovitá stolice.            |
| <b>Spánek a bdění:</b>       | doma        | Dle matky již spí celou noc, nikdy neměl problémy se spánkem.  | Nelze hodnotit   |
|                              | v nemocnici | Nelze zjistit  | Dítě je spavé, usíná okamžitě po všech výkonech.                             |
| <b>Aktivita a odpočinek:</b> | doma        | Dle matky je velmi hravý a aktivní, přes den spí již jen jednou po obědě cca 2,5 hodiny.   | Nelze hodnotit   |
|                              | v nemocnici | Nelze zjistit  | Není aktivní, hračky jej nezajímají, pospává.                                |
| <b>Hygiena:</b>              | doma        | Dle matky se koupe večer před spaním, zoubky mu ještě nečistí  | Dítě je viditelně zanedbané, je evidentní nižší standard hygieny v rodině.   |
|                              | v nemocnici | Nelze hodnotit   | Ihned po stabilizaci stavu je v plánu ošetřit zavšivení a celkově dítě umýt. |
| <b>Soběstačnost:</b>         | doma        | Dle matky se snaží sám držet lžičku, ale krmí ho druhou lžičkou ona. Jinak vzhledem ke kojeneckému věku zcela závislý na pečovateli. | Nelze hodnotit   |

|   |             |  |   |
|---|-------------|--|---|
|   | v nemocnici | Nelze zjistit  | Vzhledem ke kojeneckému věku plně závislý na personálu.   |
| <b>Posouzení psychického stavu</b>  |             |  |   |
|   |             | <b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>   | <b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>   |
| <b>Vědomí:</b>  |             | Nelze zjistit  | Plně při vědomí, pouze unavený.   |
| <b>Orientace:</b>   |             | Nelze zjistit  | Nelze hodnotit.   |
| <b>Nálada:</b>  |             | Nelze zjistit.   | Při vyšetření vyčerpaně kouká, zjevně se necítí dobře.  |
| <b>Paměť:</b>   | staropaměť  | Nelze hodnotit.  | Nelze hodnotit.   |
|   | novopaměť   | Nelze hodnotit.  | Nelze hodnotit.   |
| <b>Myšlení:</b>   |             | Nelze hodnotit.  | Nelze hodnotit  |
| <b>Temperament:</b>   |             | Dle maminky je velmi čilý, má rád společnost, nevadí mu cizí lidé, je dosti svérázný když něco chce. | Zde se zatím neprojevil, nelze hodnotit.  |
| <b>Sebehodnocení:</b>   |             | Nelze hodnotit.  | Nelze hodnotit.   |
| <b>Vnímání zdraví:</b>  |             | Nelze hodnotit.  | Nelze hodnotit.   |
| <b>Vnímání zdravotního stavu:</b>   |             | Nelze hodnotit.  | Nelze hodnotit.   |
| <b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:</b>                               |             | Nelze hodnotit.  | Nelze hodnotit.   |
| <b>Reakce na hospitalizaci:</b>   |             | Nelze hodnotit.  | Nelze hodnotit.   |
| <b>Adaptace na onemocnění:</b>  |             | Nelze hodnotit.  | Nelze hodnotit.   |
| <b>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):</b>                |             | Nelze hodnotit.  | Při vyšetřování občas pláče, bojí se, že se mu bude něco bolestivého provádět (zkušenost z kanylace hned na počátku hospitalizace). |
| <b>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie):</b> |             | Nelze hodnotit.  | Nelze hodnotit.   |

| <b>Posouzení sociálního stavu</b>  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>                              | <b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>  |
| <b>Komunikace:</b>   | verbální   | Dle matky při pláči volá „mama“, jinak ještě nemluví. | Při pláči volá „mama“.   |
|  | neverbální   | Nelze zjistit.  | Při nevoli ukazuje hlavičkou „nene“. Ukazuje prstem na dudlík. |
| <b>Informovanost:</b>  | o onemocnění   | Nelze hodnotit.                                       | Nelze hodnotit.  |
|  | o diagnostických metodách  | Nelze hodnotit.                                       | Nelze hodnotit.  |
|  | o specifikách ošetrovatelské péče  | Nelze hodnotit.                                       | Nelze hodnotit.  |
|  | o léčbě a dietě  | Nelze hodnotit.                                       | Nelze hodnotit.  |
|  | o délce hospitalizace  | Nelze hodnotit.                                       | Nelze hodnotit.  |
| <b>Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:</b> | <b>primární role</b> (související s věkem a pohlavím):                   | Nelze hodnotit.                                       | Devítiměsíční kojeneček bez anomálií.                          |
|  | <b>sekundární role</b> (související s rodinou a společenskými funkcemi): | Nelze hodnotit.                                       | Syn, bratr.  |
|  | <b>terciální role</b> (související s volným časem a zálibami):           | Nelze hodnotit.                                       | Nelze hodnotit.  |

## **MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:**

### **Ordinovaná vyšetření:**

*Odběr krve:* ABR, KO, CRP, urea, kreatinin, ALT, AST, Na, K, Cl, glukóza.

Odběr moči: chemicky + sediment.

Odběr stolice: stolice na viry, stolice na BV.

### Zajištění invazivních vstupů:

Periferní žilní katetr v pravé kubitě.

**Výsledky (mimo normu):** ABR: Base excess aktuální -7,2; CRP: 5,8; AST: 0,86; Monocyty: 0,19; Neutrofily: 0,54; Specifická hustota moči: 1,03.

**Monitorace:** VF á 1 hod. (TK, D, P, SpO2), bilance tekutin, monitor dechu, sledovat zvracení.

### KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

**Dieta:** SKS (smíšená kojenecká strava)

**Výživa:** per os

**Pohybový režim:** klid na lůžku

### MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA:

**Per os:**

| Název léku    | Forma | Síla          | Dávkování                          | Skupina                                      |
|---------------|-------|---------------|------------------------------------|--|
| Biopron forte | Cps.  | 5 miliard CFU | 0-1-0-0                            | Probiotikum                                  |
| Fenistil      | Gtt.  | 1mg v 1ml     | 0-5-5-5                            | Antihistaminikum                             |
| Brufen        | Sir.  | 100 mg v 5 ml | 3,5ml<br>Při TT nad 38°C           | Antipyretikum<br>Analgetikum                 |
| Diazepam      | Tbl.  | 5mg           | ¼ tbl při TT nad 38°C max á 8 hod. | Antipsychotikum<br>Sedativum<br>Anxiolytikum |
| ORS           | Sol.  |               | 100 ml po každé stolici            | Antidiarrhoikum                              |

**Nasálně:**

| Název léku | Forma | Síla  | Dávkování | Skupina                |
|------------|-------|-------|-----------|------------------------|
| Nasivin    | Gtt.  | 0,01% | 1-1-1-1   | Otorhinolaryngologikum |
| Sterimar   | Spray |       | Dlp.      |                        |

**Do očí:**

| Název léku | Forma | Síla | Dávkování | Skupina         |
|------------|-------|------|-----------|-----------------|
| Tobrex     | Gtt.  |      | 0-1-1-1   | Kortikosteroidy |

**Rektálně:**

| Název léku | Forma | Síla   | Dávkování                | Skupina                      |
|------------|-------|--------|--------------------------|------------------------------|
| Paralen    | Supp. | 100 mg | 1 supp. Při TT nad 38 °C | Antipyretikum<br>Analgetikum |

#### K ošetření vlasů:

| Název léku | Forma | Síla | Dávkování | Skupina                                    |
|------------|-------|------|-----------|--|
| Diffusil   | Spray |      |           | Dermatologiku<br>m, zevní<br>dezinsectiens |

**K ošetření opruzenin v oblasti konečníku:** Imazol crm.

**Infuzní terapie:** F1/1- 50ml/hod. a následně F1/2- 40ml/hod.

#### SITUAČNÍ ANALÝZA ze dne 9. 1. 2018

Kojenec 9 měsíců přinesen matkou na naši ambulanci pro opakované zvracení a intoleranci per os příjmu při probíhajícím kataru HCD. Matce se dítě zdá schvácené a unavené. Na ambulanci při vyšetřování ještě 1x zvracelo. Chlapec je i při vyšetřování značně unavený, apatický. Bukální sliznice spíše oschlé, oči mírně podkroužené. Z obou očí hnisavá sekrece. Ve vlasové části hlavy nalezeny živé vši. Lékařem bylo rozhodnuto o hospitalizaci dítěte vzhledem k počínající dehydrataci. Dítě přeneseno na dětskou JIP, kde byl zaveden PŽK, přes katetr i odebrána krev na vyšetření. Proveden odběr krve na ABR a nalepen močový sáček pro odběr moči. Proveden také výtěr z rekta. Dítě je spíše apatické, při výkonech téměř nepláče. Z indikace lékaře zahájena infuzní terapie. Chlapec odmítá nabízený čaj i mléko a brzy po kanylaci usíná. Dítě je celkově dosti zanedbané, špinavé, má opruzeniny v plenkové oblasti. Matka nevyžaduje hospitalizaci spolu s dítětem, má doma další děti. Po stabilizaci akutního stavu je v plánu ošetření vlasové části hlavy diffusilem. Po asi 2 hodinách od hospitalizace se u dítěte objevil průjem, stolice velmi zapáchající, bez patologické příměsi. Vzhledem ke zvracení a průjmu lékař zavedl u dítěte zvýšený hygienický režim – izolaci.

#### STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE II 2012-2014 A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT:



Ošetrovateľské diagnózy byly stanoveny dle NANDA INTERNATIONAL, 2013. Ošetrovateľské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

## **AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:**

### **1. Snížený objem tekutin v organismu (00027)**

[Snížený objem tekutin v organismu z důvodu zvýšených ztrát zvracením a průjmem a zároveň sníženého per os příjmu projevující se sníženou produkcí moči, sníženým kožním turgorem, halonovanými očima a slabostí].

### **2. Průjem (00013)**

[Průjem z důvodu infekčních procesů v trávicím traktu projevující se tekutou stolicí, zvýšenou frekvencí vyprazdňování a hyperaktivními střevními zvuky].

### **3. Hypertermie (00007)**

[Hypertermie z důvodu infekčního onemocnění a dehydratace projevující se teplou pokožkou na dotek, tachykardií, tachypnoe a naměřenou tělesnou teplotou vyšší než je fyziologická norma].

### **4. Narušená integrita kůže (00046)**

[Narušená integrita kůže z důvodu působení vlhka a mechanických faktorů na kůži projevující se zarudnutím kůže v plenkové oblasti].

### **5. Dysfunkční gastrointestinální motilita (00196)**

[Zvracení z důvodu infekčních procesů v trávicím traktu projevující se nauzeou a zvrácením žaludečního obsahu].

### **6. Únava (00093)**

[Únava z důvodu akutního onemocnění projevující se letargií, ospalostí a pospáváním].

### **7. Akutní bolest (00132)**

[Akutní bolest z důvodu působení infekčních agens v trávicím traktu projevující se pláčem, neklidem a mimickými projevy].

### **8. Úzkost (00146)**

[Úzkost z důvodu neznámého prostředí a akutního onemocnění a stresu projevující se vyděšeností a neklidem].

## **POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:**

### **1. Riziko nerovnováhy elektrolytů (00195)**

[Riziko nerovnováhy elektrolytů z důvodu průjmu, zvracení a nedostatečného objemu tekutin].

### **2. Riziko infekce (00004)**

[Riziko infekce z důvodu zavedeného invazivního vstupu].

### **3. Riziko pádu (00155)**

[Riziko pádu z důvodu nízkého věku a z důvodu vyvýšeného povrchu (postel, přebalovací pult)].

### **4. Riziko narušení vztahu (00058)**

[Riziko narušení vztahu z důvodu separace rodiče a dítěte].

## **1. Ošetrovatelská diagnóza:**

### **Snížený objem tekutin v organizmu (00027)**

[Snížený objem tekutin v organizmu z důvodu zvýšených ztrát zvracením a průjmem a zároveň sníženým per os příjmem projevující se sníženou produkcí moči, sníženým kožním turgorem, halonovanými očima a slabostí].

**Doména 2:** Výživa

**Třída 5:** Hydratace

**Definice:** Snížení intravaskulárních, intersticiálních anebo intracelulárních tekutin. Vztahuje se k dehydrataci, samotná ztráta vody je beze změn (koncentrace) sodíku.

**Určující znaky:** slabost, suchá kůže a sliznice, zvýšená koncentrace moči, zvýšená tělesná teplota, zrychlený pulz, snížený turgor.

**Související faktory:** aktivní ztráta tělesných tekutin, selhání regulačních mechanismů hydratace.

**Priorita:** vysoká

**Cíl dlouhodobý:**

Pacient má normální objem tělesných tekutin do 24 hodin.

**Cíl krátkodobý:**

Pacient má částečně vykompenzován deficit tekutin v organizmu do 12 hodin.

**Výsledná kritéria:**

Pacient má v normě hodnoty ABR do 24 hodin.

Pacient má vlhké a růžové bukalní sliznice do 24 hodin.

Pacient má normální kožní turgor do 12 hodin.

Pacient má pozitivní bilanci tekutin do 12 hodin.

Pacient má normální specifickou hustotu moče do 24 hodin.

Pacient má normální hodnoty vitálních funkcí do 12 hodin.

Pacient nemá halonované oči do 24 hodin.

Pacientovi se tvoří slzy při pláči do 12 hodin.

Pacient není apatický a unavený do 24 hodin

**Plán intervencí:**

Podávej infuzní terapii dle ordinace lékaře – všeobecná sestra – po celý den.

Aktivně nabízej pacientovi tekutiny – všeobecná sestra – po celý den.

Prováděj denně vážení pacienta, sleduj jeho hmotnost – všeobecná sestra – 1x denně.

Sleduj hodnoty laboratorních výsledků – lékař, všeobecná sestra – v čase po uskutečněném odběru.

Měř bilanci tekutin a zapisuj ji do dokumentace – všeobecná sestra – po celý den, zápis co 1. hodinu, sečti v 12:00 a 24:00.

Měř vitální funkce – všeobecná sestra – co 1 hodinu, dále co 3 hodiny.

Sleduj stav kůže a sliznic – všeobecná sestra – po celý den.

**Realizace ze dne 9. 1. 2018**

|       |   |                 |
|-------|---|-----------------|
| 14:05 | Oslovení dítěte, změřeny VF: TK – 92/50 mmHg, P – 153/minutu, D – 32/minutu, TT – 37,8 °C, SpO2 – 97 %. Posouzen stav kůže a sliznic. | Ž. K.           |
| 14:07 | Zapsání naměřených hodnot VF do dokumentace.  | Ž. K.           |
| 14:19 | Zaveden PŽK a odebrány vzorky krve.   | J. B a<br>Ž. K. |
| 14:20 | Napojena infuze.  | Ž. K.           |
| 14:22 | Nalepen močový sáček.   | Ž. K.           |
| 14:23 | Nabídnut čaj a mléko – odmítá.  | Ž. K.           |
| 14:25 | Stříkačkou podáno per os 20 ml čaje – toleruje.   | Ž. K.           |
| 14:45 | Stříkačkou podáno per os 20 ml čaje – toleruje.   | Ž. K.           |
| 14:58 | Zhodnoceny výsledky odběrů lékařem – zrychlena infuze.  | Ž. K.           |
| 14:59 | Proveden záznam bilance tekutin do dokumentace  | Ž. K.           |
| 15:00 | Změřeny VF: TK – 93/48 mmHg, P – 146/minutu, D – 30/minutu, TT – 38,1 °C, SpO2- 98 % a proveden záznam do dokumentace.                | Ž. K.           |
| 15:20 | Stříkačkou podáno per os 20 ml čaje – toleruje.   | Ž. K.           |
| 15:40 | Stříkačkou podáno per os 20 ml čaje – toleruje.   | Ž. K.           |
| 15:42 | Kontrola močového sáčku – obsah moči v něm 30 ml – odebrán vzorek moči.   | Ž. K.           |
| 15:55 | Dítě má průjmovitou stolicí – zvážení pleny, odebrán vzorek stolice.  | Ž. K.           |
| 15:59 | Změřeny VF: TK 89/46 mmHg, P – 122/minutu, D – 26/minutu, TT – 37,6 °C, SpO2 – 98 %.  | Ž. K.           |
| 16:02 | Proveden záznam bilance tekutin a VF do dokumentace   | Ž. K.           |
| 16:10 | Podáno 100 ml ORS roztoku   | Ž. K.           |

|       |  |       |
|-------|--|-------|
| 16:30 | Stříkačkou podáno per os 20 ml čaje – toleruje.  |       |
| 16:45 | Stříkačkou podáno per os 20 ml čaje – toleruje.  | Ž. K. |
| 16:58 | Změřeny VF: TK – 90/50 mmHg, P – 111/minutu, D – 26/minutu, TT – 36,8 °C, SpO2- 99 % a proveden záznam do dokumentace  | Ž. K. |
| 17:00 | Proveden záznam VF a bilance tekutin do dokumentace.   | Ž. K. |
| 17:30 | Stříkačkou podáno per os 50 ml čaje – toleruje.  | Ž. K. |
| 18:00 | Změřeny VF: TK – 93/51 mmHg, P – 115/minutu, D – 26/minutu, TT – 36,9 °C, SpO2- 98 % a proveden záznam do dokumentace. | K. K. |
| 18:00 | Proveden záznam bilance tekutin do dokumentace.  | K. K. |
| 18:35 | Podáno 100 ml ORS roztoku  | K. K. |
| 18:50 | Stříkačkou podáno per os 20 ml čaje – toleruje.  | K. K. |
| 19:00 | Proveden záznam bilance tekutin do dokumentace.  | K. K. |
| 19:45 | Podáno 130 ml mléka přes savičku – toleruje.   | K. K. |
| 20:00 | Proveden záznam bilance tekutin do dokumentace   | K. K. |
| 21:00 | Změřeny VF: TK – 91/46 mmHg, P – 109/minutu, D – 25/minutu, TT – 36,9 °C, SpO2- 99 % a proveden záznam do dokumentace. | K. K. |
| 21:38 | Podáno 100 ml ORS roztoku.   | K. K. |
| 22:00 | Proveden záznam bilance tekutin do dokumentace.  | K. K. |
| 23:00 | Proveden záznam bilance tekutin do dokumentace.  | K. K. |
| 23:45 | Stříkačkou podáno per os 20 ml čaje – toleruje.  | K. K. |
| 23:55 | Změřeny VF: TK – 93/51 mmHg, P – 115/minutu, D – 26/minutu, TT – 38,3 °C, SpO2- 98 % a proveden záznam do dokumentace. | K. K. |
| 24:00 | Proveden záznam a sečtení bilance tekutin za 10 hodin. Příjem 1133 ml. Výdej 520.                                      | K. K. |

**Realizace ze dne 10. 1. 2018**

|      |  |       |
|------|--|-------|
| 1:00 | Proveden záznam bilance tekutin do dokumentace.  | K. K. |
| 1:20 | Napojena nová láhev infuze.  | K. K. |
| 1:55 | Změřena TT – 37,4 °C.  | K. K. |
| 2:00 | Proveden záznam bilance tekutin do dokumentace. Zhodnocen stav kůže a sliznic.   | K. K. |
| 2:12 | Podáno 100 ml ORS roztoku.   | K. K. |
| 3:00 | Změřeny VF: TK – 87/46 mmHg, P – 102/minutu, D – 24/minutu, TT – 36,7 °C, SpO2- 97 % a proveden záznam do dokumentace. Proveden záznam bilance tekutin do dokumentace. | K. K. |
| 3:05 | Přes lahev se savičkou podáno 60 ml čaje.  | K. K. |
| 4:00 | Proveden záznam bilance tekutin do dokumentace.  | K. K. |
| 5:00 | Proveden záznam bilance tekutin do dokumentace.  | K. K. |
| 6:00 | Změřeny VF: TK – 89/46 mmHg, P – 108/minutu, D – 25/minutu, TT – 36,8 °C, SpO2- 98 % a proveden záznam do dokumentace. Proveden záznam bilance tekutin do dokumentace. | Ž. K. |
| 6:05 | Změřena hmotnost pacienta – 10240 g.   | Ž. K. |
| 6:25 | Podáno 150 ml mléka přes lahev se savičkou.  | Ž. K. |
| 7:00 | Proveden záznam bilance tekutin do dokumentace.  | Ž. K. |
| 8:00 | Přes lahev se savičkou podáno 90 ml mléka. Proveden záznam bilance tekutin do dokumentace  | Ž. K. |
| 8:45 | Podáno 40 ml čaje  | Ž. K. |
| 9:00 | Změřeny VF: TK – 93/50 mmHg, P – 116/minutu, D – 26/minutu, TT – 36,7 °C, SpO2- 99 % a proveden záznam do dokumentace. Proveden  | Ž. K. |

|       |   |       |
|-------|---|-------|
|       | záznam bilance tekutin do dokumentace.  |       |
| 9:25  | Podáno 50 ml čaje   | Ž. K. |
| 10:40 | Podáno 50 ml čaje + 150 ml přesnídávky  | Ž. K. |
| 11:20 | Napojena nová lahev infuze  | Ž. K. |
| 11:50 | Odebráno kontrolní ABR  | Ž. K. |
| 12:00 | Změřeny VF: TK – 92/47 mmHg, P – 123/minutu, D – 28/minutu, TT – 36,8 °C, SpO2- 97 % a proveden záznam do dokumentace. Proveden záznam bilance tekutin do dokumentace. Sečtena bilance tekutin za 12 hodin. Příjem: 1290 ml Výdej: 630 ml | Ž. K. |
| 12:10 | Podáno 100 ml polévky a 30 ml čaje.   | Ž. K. |
| 13:15 | Podáno 50 ml čaje.  | Ž. K. |
| 14:00 | Podáno 10 ml čaje, změřena TT – 36,8 °C.  | Ž. K. |
| 14:05 | Zhodnocení výsledků ABR, zhodnocení stavu kůže a sliznic, zhodnocení celkového stavu.   | Ž. K. |

#### **Hodnocení 10. 1. 2018 2:05 hodin:**

Pacient má v normě všechny hodnoty VF kromě TT. Ošetrovatelský problém přetrvává jako diagnóza hypertermie.

Pacient má pozitivní bilanci tekutin

Pacient má normální kožní turgor

Pacientovi se při pláči tvoří slzy

Krátkodobý cíl byl splněn.

#### **Hodnocení 10. 1. 2018 14:05 hodin:**

Pacient má v normě hodnoty ABR

Pacient má vlhké bukalní sliznice

Pacient má čirou moč fyziologického zbarvení, bez zápachu, vyšetření specifické hustoty moče již nebylo lékařem vyžadováno.

Pacient nemá halonované oči

Pacient je čilejší

Dlouhodobý cíl splněn

## **2. Ošetrovatelská diagnóza:**

### **00013 PRŮJEM**

[Průjem z důvodu infekčních procesů v trávicím traktu projevující se tekutou stolicí, zvýšenou frekvencí vyprazdňování a hyperaktivními střevními zvuky].

**Doména 3:** Vylučování a výměna.

**Třída 2:** Funkce gastrointestinálního systému.

**Definice:** Průchod volné, neformované stolice.

**Určující znaky:** Tekutá stolice minimálně třikrát za den, hyperaktivní střevní zvuky.

**Související faktory:** Infekční procesy.

**Priorita:** Střední.

#### **Cíl dlouhodobý:**

Pacient má fyziologickou stolicí a normální frekvenci vyprazdňování do 4 dnů.

#### **Cíl krátkodobý:**

Pacient má průběžně po každé stolici dostatečně hrazeny ztráty tekutin a iontů způsobené průjmem – po dobu trvání průjmu.

#### **Výsledná kritéria:**

Pacient má fyziologickou konzistenci stolice s ohledem na jeho věk do 4 dnů.

Pacient má normální frekvenci vyprazdňování stolice s ohledem na jeho věk do 4 dnů.

Pacient má průběžně hrazeny ztráty vody a iontů po každé stolici do 1 hodiny.



**Plán intervencí:**

Podávej léky dle ordinace lékaře – všeobecná sestra – v určený čas podání léku.

Podávej ORS roztok vždy po každé objemné stolici – všeobecná sestra – po průjmovité stolici.

Sleduj konzistenci, množství, zápach a patologické příměsi stolice a charakter stolice zapisuj příslušnými symboly do dokumentace – všeobecná sestra – po celý den.

Važ pokálené pleny a hodnotu zapisuj do dokumentace do bilance tekutin – všeobecná sestra – po celý den.

Proveď odběr stolice na vyšetření ordinovaná lékařem – všeobecná sestra

Sleduj výsledky odběru – lékař, všeobecná sestra – po zaslání výsledku z laboratoře.

Vše zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra – po celý den.

**Realizace ze dne 9. 1. 2018**

|       |   |       |
|-------|---|-------|
| 14:22 | Odebrán vzorek stolice (výtěr z rekta) na bakteriologické vyšetření                                   | Ž. K. |
| 15:55 | Z první průjmovité stolice odebrán vzorek na virologické vyšetření.<br>Zhodnocení charakteru stolice. | Ž. K. |
| 15:59 | Zvážení pokálené pleny a zápis do dokumentace – 130 ml.   | Ž. K. |
| 16:10 | Podán ORS roztok.   | Ž. K. |
| 14:00 | Podána probiotika rozpuštěná v čaji.  | Ž. K. |
| 18:30 | Zvážení pokálené pleny a zápis do dokumentace – 120 ml. Zhodnocení charakteru stolice.                | K. K. |
| 18:35 | Podán ORS roztok.   |       |

**Realizace ze dne 10. 1. 2018**

|      |   |       |
|------|---|-------|
| 2:05 | Zvážení pokálené pleny, zhodnocení charakteru stolice, zápis do dokumentace – 160 ml. | K. K. |
|------|---|-------|

|       |  |       |
|-------|--|-------|
| 2:12  | Podán ORS roztok.  | K. K. |
| 9:16  | Z laboratoře volán výsledek stolice na viry – pozitivní Rotaviry. Okamžitě telefonicky informován lékař. Zápis do dokumentace. | Ž. K. |
| 14:00 | Podána probiotika rozpuštěná v čaji.   | Ž. K. |
| 15:45 | Zvážení pokálené pleny, zhodnocení charakteru stolice, zápis do dokumentace – 140 ml.  | Ž. K. |
| 15:58 | Podán ORS roztok   | Ž. K. |
| 16:22 | Zvážení pokálené pleny, zhodnocení charakteru stolice, zápis do dokumentace – 90 ml.   | Ž. K. |
| 16:30 | Podán ORS roztok   | Ž. K. |
| 22:37 | Zvážení pokálené pleny, zhodnocení charakteru stolice, zápis do dokumentace – 170 ml.  | L. M. |
| 22:42 | Podán ORS roztok   | L. M. |

#### **Realizace ze dne 11. 1. 2018.**

|       |  |       |
|-------|--|-------|
| 4:05  | Zvážení pokálené pleny, zhodnocení charakteru stolice, zápis do dokumentace – 50 ml. | L. M. |
| 4:13  | Podán ORS roztok   | L. M. |
| 10:35 | Zvážení pokálené pleny, zhodnocení charakteru stolice, zápis do dokumentace – 80 ml. | M. K. |
| 10:40 | Podán ORS roztok   | M. K. |
| 14:00 | Podána probiotika rozpuštěná v čaji.   | M. K. |
| 14:35 | Vyvolání výsledku z laboratoře na bakteriologické vyšetření stolice – vše negativní. | M. K. |
| 15:58 | Podán ORS roztok   | M. K. |

|       |   |       |
|-------|---|-------|
| 16:22 | Zvážení pokálené pleny, zhodnocení charakteru stolice, zápis do dokumentace – 60 ml.  | M. K. |
| 16:30 | Podán ORS roztok  | M. K. |
| 22:37 | Zvážení pokálené pleny, zhodnocení charakteru stolice, zápis do dokumentace – 100 ml. | Ž. K. |
| 22:42 | Podán ORS roztok  | Ž. K. |

### **Realizace ze dne 12. 1. 2018.**

|       |  |       |
|-------|--|-------|
| 5:10  | Zvážení pokálené pleny, zhodnocení charakteru stolice – první formovaná stolice. Zápis do dokumentace – 50 ml. | Ž. K. |
| 14:00 | Podána probiotika rozpuštěná v čaji  | S. G. |

### **Realizace ze dne 13. 1. 2018**

|       |   |       |
|-------|---|-------|
| 11:20 | Zvážení pokálené pleny, zhodnocení charakteru stolice – opět formovaná stolice. Zápis do dokumentace – 70 ml. | K. T. |
| 14:00 | Podána probiotika rozpuštěná v čaji   | K. T. |

### **Hodnocení 12. 1. 2018 5:10 hodin:**

Pacientovi byly vždy bezprostředně po průjmu hrazeny ztráty vody a iontů.

Krátkodobý cíl splněn.

### **Hodnocení 13. 1. 2018 14:00 hodin**

Pacient má normální konzistenci stolice a normální frekvenci stolice.

Dlouhodobý cíl byl splněn.

### **3. Ošetřovatelská diagnóza:**

**Hypertermie (00007)**

[Hypertermie z důvodu infekčního onemocnění a dehydratace projevující se teplou pokožkou na dotek, tachykardií, tachypnoe a naměřenou tělesnou teplotou vyšší než je fyziologická norma].

**Doména 11:** Bezpečnost/ochrana

**Třída 6:** Termoregulace

**Definice:** Tělesná teplota nad normálním rozmezím.

**Určující znaky:** Zvýšení tělesné teploty nad normální rozpětí, teplo na dotek, tachykardie, tachypnoe.

**Související faktory:** Onemocnění, dehydratace.

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** U pacienta nedojde k záchvatům, křečím – po celou dobu průběhu febrilií.

**Cíl krátkodobý:** Pacientovi bude sražena teplota na normální fyziologické hodnoty – do 2 hodin.

**Výsledná kritéria:**

U pacienta nedojde k záchvatům, křečím – po celou dobu průběhu febrilií.

U pacienta dojde ke snížení tělesné teploty na normu – vždy do 2 hodin od zjištění febrilie.

**Plán intervencí:**

Monitoruj tělesnou teplotu pacienta – všeobecná sestra – při každém měření vitálních funkcí a po podání antipyretik po 2 hodinách od podání.

Podávej léky dle ordinace lékaře – všeobecná sestra – ihned po naměření febrilie.

Při febrilii prováděj fyzikální chlazení pacienta (podávej infuzi přes led) – všeobecná sestra – po celou dobu průběhu febrilie.

Všímej si, zda se pacient potí - všeobecná sestra, po celý den.

Zajisti příjemné prostředí pacientovi (teplota v pokoji, suché oblečení) – všeobecná sestra – po celý den.

Vše zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra – po celý den.

**Realizace ze dne 9. 1. 2018**

|       |   |       |
|-------|---|-------|
| 14:05 | Změřena tělesná teplota – 37,8 °C. Zapsání do dokumentace.        | Ž. K. |
| 15:00 | Změřena tělesná teplota – 38,1 °C. Zapsání do dokumentace.        | Ž. K. |
| 15:05 | Podání kombinace léků Brufen + Diazepam. Zapsání do dokumentace   | Ž. K. |
| 15:06 | Infuzní terapie podána přes led.                                  | Ž. K. |
| 15:59 | Změřena tělesná teplota – 37,2. Dítě je velmi opocené.            | Ž. K. |
| 16:20 | Převlečení dítěte do suchého oblečení.                            | Ž. K. |
| 16:58 | Změřena tělesná teplota – 36,8 °C. Zapsání do dokumentace.        | Ž. K. |
| 18:00 | Změřena tělesná teplota – 36,9 °C.                                | K. K. |
| 21:00 | Změřena tělesná teplota – 36,9 °C.                                | K. K. |
| 23:55 | Změřena tělesná teplota – 38,3 °C.                                | K. K. |
| 23:58 | Podání kombinace léků Paralen + Diazepam. Zapsání do dokumentace. | K. K. |
| 23:59 | Infuzní terapie podána přes led.                                  | K. K. |

**Realizace ze dne 10. 1. 2018**

|       |   |       |
|-------|---|-------|
| 1:55  | Změřena tělesná teplota – 37,4° C.  | K. K. |
| 3:00  | Změřena tělesná teplota – 36,7 °C. Dítě velmi opocené. Převlečení dítěte do suchého oblečení. | K. K. |
| 6:00  | Změřena tělesná teplota – 36,8 °C.  | Ž. K. |
| 9:00  | Změřena tělesná teplota – 36,7 °C.  | Ž. K. |
| 12:00 | Změřena tělesná teplota – 36,8 °C.  | Ž. K. |
| 14:00 | Změřena tělesná teplota – 36,8 °C.  | Ž. K. |

#### **Hodnocení 9. 1. 2018 17:00**

Tělesná teplota poklesla na normální hodnotu.

Krátkodobý cíl splněn.

#### **Hodnocení 10. 1. 2018 2:00**

Tělesná teplota poklesla na 37,4 °C.

Krátkodobý cíl částečně splněn.

#### **Hodnocení 10. 1. 2018 2:00 (Dále již pacient nebyl febrilní)**

Po celou dobu trvání febrilií nevznikly u pacienta křečové stavy.

Dlouhodobý cíl splněn.

#### **4. Ošetrovatelská diagnóza:**

##### **Narušená integrita kůže (00046)**

[Narušená integrita kůže z důvodu působení vlhka a mechanických faktorů na kůži projevující se zarudnutím kůže v plenkové oblasti].

**Doména11:** Bezpečnost/ochrana

**Třída 2:** Fyzické poškození.

**Definice:** Změna v epidermis anebo dermis.

**Určující znaky:** Narušení kožního povrchu.

**Související faktory:** Vlhkost, mechanické faktory.

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientovi nevnikne do porušeného kožního povrchu infekce – do 24 hodin.

**Cíl krátkodobý:** Pacient má vhodně ošetřenou porušenou pokožku – do 2 hodin.

**Výsledná kritéria:**

Pacient bude mít vhodně ošetřenou poškozenou pokožku – do 2 hodin.

U pacienta nedojde ke zhoršení stavu pokožky vlivem průjmu – do 24 hodin.

Pacient má pokožku udržovanou v suchém prostředí – po celou dobu hospitalizace.

**Plán intervencí:**

Ošetřuj pravidelně pokožku vhodnými krémy – všeobecná sestra – po každém přebalení.

Udržuj pacientovu pokožku co nejvíce času v suchu, přebaluj okamžitě po močení a defekaci – všeobecná sestra – po celý den.

Kontroluj a hodnot' stav pokožky v průběhu hospitalizace – všeobecná sestra – po celý den.

Používej pro mytí pokožky zejména čistou vodu a nedráždivé kosmetické přípravky – všeobecná sestra – po celý den.

### **Realizace ze dne 9. 1. 2018**

|       |  |       |
|-------|--|-------|
| 15:45 | Po sejmutí močového sáčku pokožka ošetřena imazolem.   | Ž. K. |
| 15:56 | Přebalení, omytí plenkové oblasti, zhodnocení stavu pokožky, aplikována nová vrstva imazolu. | Ž. K. |
| 18:25 | Přebalení, omytí plenkové oblasti, zhodnocení stavu pokožky, aplikována nová vrstva imazolu. | K. K. |
| 19:45 | Přebalení pleny, omytí, zhodnocení stavu pokožky, ošetření krémem s obsahem zinku.           | K. K. |
| 21:38 | Přebalení pleny, omytí, zhodnocení stavu pokožky, ošetření krémem s obsahem zinku.           | K. K. |
| 23:55 | Přebalení pleny, omytí, zhodnocení stavu pokožky, ošetření krémem s obsahem zinku.           | K. K. |

### **Realizace ze dne 10. 1. 2018.**

|      |  |       |
|------|--|-------|
| 2:02 | Přebalení, omytí plenkové oblasti, zhodnocení stavu pokožky, aplikována nová vrstva imazolu. | K. K. |
| 4:30 | Přebalení pleny, omytí, zhodnocení stavu pokožky, ošetření krémem s obsahem zinku.           | K. K. |

|       |  |       |
|-------|--|-------|
| 8:00  | Přebalení pleny, omytí, zhodnocení stavu pokožky, ošetření krémem s obsahem zinku. | Ž. K. |
| 10:40 | Přebalení pleny, omytí, zhodnocení stavu pokožky, ošetření krémem s obsahem zinku. | Ž. K. |
| 12:10 | Přebalení pleny, omytí, zhodnocení stavu pokožky, ošetření krémem s obsahem zinku. | Ž. K. |
| 14:00 | Přebalení pleny, omytí, zhodnocení stavu pokožky, ošetření krémem s obsahem zinku. | Ž. K. |
| 15:42 | Přebalení pleny, omytí, zhodnocení stavu pokožky, ošetření krémem s obsahem zinku. | Ž. K. |

#### **Hodnocení 9. 1. 2018 16:05**

Pokožka po sejmutí močového sáčku ihned ošetřena krémem ordinovaným lékařem – imazol crm.

Krátkodobý cíl splněn.

#### **Hodnocení 10. 1. 2018 15:00**

Nedošlo ke zhoršení stavu pokožky při probíhajícím průjmu, naopak lze vidět mírné zlepšení.

Pokožka nejeví známky vniknutí infekce.

Dlouhodobý cíl splněn.

#### **Celkové zhodnocení stavu:**

Devítiměsíční kojeneček přijat na dětskou jednotku intenzivní péče pro iniciální dehydrataci při podezření na infekční gastroenteritis. Současně probíhá mírný katar horních cest dýchacích, konjunktivitida, dítě je také zavšivené a celkově zanedbané. Matka odešla domů za ostatními dětmi, nevyžaduje hospitalizaci spolu s dítětem. Ihned po hospitalizaci byla po posouzení stavu zavedena periferní žilní linka a zahájena intravenózní rehydratace. Pro podezření na infekční onemocnění je u dítěte zavedena izolace a zvýšený hygienický režim. O dítě se pečuje bariérovou metodou. Dítě zvracelo naposledy na příjmové ambulanci, na oddělení již ne, ale po cca 2 hodinách se u dítěte



objevil vodnatý průjem. Dítě je apatické, pláče pouze krátce a poté vždy usíná. Zcela odmítá tekutiny i stravu per os, ale po propuknutí průjmu je zahájena i enterální rehydratace ORS roztokem po každé stolici. Roztok i čaj je z počátku dítěti podáván do úst stříkačkou. Po intenzivní rehydratační terapii se u dítěte po pár hodinách rozjela i diuréza. Přísně se měří bilance tekutin a zaznamenává se do dokumentace. Stav je komplikován i febrilními stavy dítěte, které se ale daří velmi dobře zvládat a febrilie srážet na normální fyziologické hodnoty. Druhého dne je z laboratoře volán pozitivní průkaz Rotavirů. Na dítě má rehydratační terapie velice dobrý vliv, po 12 hodinách se stírají známky dehydratace a po 24 hodinách je dítě čilejší a zcela bez známek dehydratace. Podávají se podpůrné léky, symptomatika na probíhající katar HCD, zároveň se léčí konjunktivitida a opruzeniny v plenkové oblasti. Druhý den po stabilizaci stavu bylo u dítěte provedeno i ošetření zavšivení. Dítě hospitalizaci zvládá vcelku dobře, občas pláče, ale rozumí si i s personálem, na který se ve chvílích hry usmívá. Po třech dnech průjmovitých stolic se stolice upravila a stolice již dále byla formovaná. Febrilie probíhaly pouze v počátku hospitalizace, poté už dítě bylo pouze subfebrilní, ale teplota vždy poklesla k normě bez nutnosti medikamentů. Ihned po zjištění rotavirové nákazy bylo požadováno přeložení na infekční kliniku, ale z důvodu nedostatku míst zůstalo dítě na stávajícím oddělení až do úpravy stavu, poté bylo přímo z JIP přeloženo do domácí péče.

## 5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vzhledem k velmi častému výskytu tohoto onemocnění je důležité, aby i rodiče laikové měli základní dovednosti a informace, které by mohli uplatnit při onemocnění jejich dítěte. Snížila by se tak četnost hospitalizací dětí s rozvinutou dehydratací.

### **Doporučení pro rodiče:**

- Aktivní vyhledávání dostupných informací (praktický lékař, ověřené internetové zdroje)
- Mít doma základně vybavenou lékárníčku volně prodejnými léky a vědět v jakém případě lék použít a umět správně vyměřit dávku.
- Při opakovaném zvracení a průjmu dítěte neodkladně navštívit lékaře.

- Dbát zvýšené hygieny při péči o nemocné dítě.
- Chránit a nejlépe na čas odizolovat ostatní členy rodiny.
- Neposílat bezprostředně po vyléčení dítě do kolektivů.

**Doporučení pro všeobecné sestry:**

- Důsledně dodržovat izolaci a zvýšený hygienický režim.
- Informovat rodinu o správné a vhodné péči, dostupných možnostech léčby v domácím prostředí.
- Přístupovat k dítěti a rodině empaticky.
- Efektivně zvládat využívat pomůcky a přístrojové vybavení na jednotce intenzivní péče.
- Rozvíjet své znalosti o problematice akutní gastroenteritidy.
- S uvážeností volit typ přípravků k ošetření pokožky.
- S velkou pečlivostí dbát o zvýšenou potřebu hygieny dítěte.
- Pečovat o blaho dítěte i přes omezení způsobená nutností léčby.

## ZÁVĚR

Akutní gastroenteritida je velice časté onemocnění, které postihuje všechny věkové skupiny a především u dětí a seniorů může být následkem komplikací onemocněním smrtelným. V průběhu života se s ní jistě na vlastní kůži setká každý z nás. Zatímco pro dospělého člověka může toto onemocnění znamenat jen nepříjemně strávených pár dní, pro malé děti je nebezpečné hlavně kvůli rychlému rozvoji dehydratace. V rozvojových zemích je toto onemocnění zásadním problémem, co se dětské morbidity a bohužel i mortality týče. Podstatou léčby je udržení normální hydratace organismu a normální elektrolytové balance organismu. Velice významným objevem v oblasti léčby bylo vynalezení perorálního rehydratačního roztoku, který lze použít i v domácích podmínkách, ale s úspěchem se běžně využívá i v nemocničních zařízeních. V naší republice s dobrou úrovní zdravotní péče se většina nemocných daří úspěšně a bez následků léčit, avšak i přes to dochází ročně k několika úmrtím v souvislosti s akutní gastroenteritidou.

Teoretická část práce byla sepsána za účelem seznámení čtenáře s problematikou akutních gastroenteritid a vytvoření uceleného souboru informací z různých zdrojů. Splněním druhého cíle se zabývala část práce s názvem specifika ošetrovatelské péče o dítě s gastroenteritidou. Dalším cílem bylo upozornit na specifika práce sestry na dětském oddělení. Cílem praktické části bylo vytvořit ošetrovatelský proces u konkrétního dítěte s tímto onemocněním. Popsali jsme problémy pacienta a rozpracovali některé aktuální ošetrovatelské diagnózy, navrhli doporučení pro praxi.

Věříme, že tato bakalářská práce bude přínosem nejen pro všeobecné sestry na dětských odděleních ale i studentům zdravotnických oborů.

Cíle bakalářské práce byly splněny.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AMBROŽOVÁ, H, 2010. Průjmová onemocnění z pohledu klinika. *Medicina pro praxi*. **7**(10), 372-375. ISSN 1803-5310.
- AMBROŽOVÁ, H, 2015. Akutní průjmy u dětí. *Pediatric pro praxi* **16**(2), 82-85. ISSN 1803-5264.
- ANON, 2017. Giardiáza. *Alere.com* [online]. Praha, 2017 [cit. 2017-12-02].  
Dostupné z: [https://www.alere.com/cz/cs\\_cz/area-of-interest/infectious/giardiasis.html](https://www.alere.com/cz/cs_cz/area-of-interest/infectious/giardiasis.html)
- ANON, 2013. Infekční nemoci 2013. *ÚZIS* [online]. Praha, 2013 [cit. 2017-12-04]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/infekcni-nemoci-2013>
- CONSOLINI, D. M, 2016. Diarrhea in children. *Msdmanual professional version*. [online]. [cit. 2017-12-30]. Dostupné z:  
<http://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/diarrhea-in-children>
- FRÜHAUF, P, 2013. Akutní gastroenteritida u kojenců a batolat. *Pediatric pro praxi*. **14**(1), 13-14. ISSN 1803-5264.
- GÖPFERTO VÁ, D. a P. PAZDIORA, 2015, 100 *infekcí: (epidemiologie pro praxi)*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7387-846-7.
- HAVRÁNEK, J., et al, 2009. Základní principy parenterální rehydratace v pediatrii. *Pediatric pro praxi*. **10**(2), 92-97. ISSN 1803-5264.
- HLOCH, O, 2017. Metody při vyšetření stolice. *Propedeutika.cz* [online]. 2017 [cit. 2017-11-24]. Dostupné z: <http://new.propedeutika.cz/?p=489>
- KIKALOVÁ, K. a M. KOPECKÝ, 2014. *Biologie a nemoci dětí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4020-0.
- KLÍMA, J, 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.
- KOLÁŘOVÁ, R. a H. WIEDERMANNOVÁ, 2010. Desatero v péči o opruzeniny novorozenců a kojenců. *Pediatric pro praxi*. **11**(3), 196-198. ISSN 1803-5329.

- KŘIVÁKOVÁ, M. a Z. ČÍKOVÁ, 2016. *Pečovatelství: péče o zdravé a nemocné dítě*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-263-3.
- LEBL, J, et al, 2014a. *Diferenciální diagnostika v pediatrii*. 2., dopl. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-148-3.
- LEBL, J, et al, 2014b. *Klinická pediatrie*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-131-5.
- LEVINE, A.C, 2017. Pediatric Gastroenteritis in Emergency Medicine. *Medscape* [online]. [cit. 2018-01-03]. Dostupné z: <https://emedicine.medscape.com/article/801948-overview>
- MUNTAU, A, 2014. *Pediatrie*. 2. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4588-6.
- NEVORAL, J, 2013. *Praktická pediatrická gastroenterologie, hepatologie a výživa*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2863-9.
- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 4., dopl. vyd. Praha. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. ISBN 978-80-905728-1-2.
- PAZDIORA, P. a J. TÁBORSKÁ. *Průjmová onemocnění vyvolaná rotaviry*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0626-1.
- PLEVOVÁ, I. a R. SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.
- PLOIER, R a J. JANDA ed, 2015. *Diferenciální diagnóza v pediatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5007-1.
- REINETOVÁ, P, 2017 Virové střevní infekce – virové gastroenteritidy. *Pediatrie pro praxi*. **18**(1), 44-49. ISSN 1803-5264.
- SEDLÁŘOVÁ, P, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1613-8.
- SLEZÁKOVÁ, L, 2010. *Ošetrovatelství v pediatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3286-2.

STOŽICKÝ, F. a J. SÝKORA, 2015. *Základy dětského lékařství*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2997-1.

SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MÁŠÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. EU: Tribun. ISBN 978-80-7399-289-7

TÁBORSKÁ, J, 2013 Virové gastroenteritidy, léčba. *Interní medicína pro praxi*. **15**(1), 11-14. ISSN 1803-5256.

VOKURKA, M. a J. HUGO et al, 2009. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

## **PŘÍLOHY**

Příloha A – Protokol k provádění sběru podkladů ke zpracování bakalářské práce ...I

Příloha B – Literární rešerše .....II

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



## PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

|   |  |                           |
|---|--|---------------------------|
| Příjmení a jméno studenta   | Žaneta Kantková  |                           |
| Studijní obor   | Všeobecná sestra   | Ročník 3VSV               |
| Téma práce  | Ošetrovatelský proces u dítěte s akutní gastroenteritidou  |                           |
| Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů   | Dětské oddělení- JIP, Vítkovická nemocnice a.s   |                           |
| Jméno vedoucího práce   | PhDr. Jarmila Verešová   |                           |
| Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci ošetrovatelského procesu | Ošetrovatelský proces<br><input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště<br><input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště |                           |
| Souhlas vedoucího práce   | <input checked="" type="radio"/> souhlasím   |                           |
|   | <input type="radio"/> nesouhlasím  | podpis <i>Kantková</i>    |
| Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči   | <input checked="" type="radio"/> souhlasím   |                           |
|   | <input type="radio"/> nesouhlasím  | podpis <i>[Signature]</i> |

V OSTRAVĚ dne 12.12.2014

*[Signature]*  
podpis studenta



**Číslo rešerše:** 8386  
**Název rešerše:** Ošetrovatelský proces u dítěte s akutní gastroenteritidou  
**Jazykové omezení:** čeština, angličtina  
**Časové omezení:** 2008-2017  
**Klíčová slova:** akutní gastroenteritida, infekční průjem, rotaviry, noroviry, salmonelóza, campylobacter, očkování proti rotavirům, průjem u dětí, dehydratace u dětí, komunikace s dětským pacientem, specifika práce sestry na dětském oddělení, infusní terapie dítěte, ošetrovatelský proces, komunikace s rodiči.

Zpracovala: Bc. Seberová Radmila

Záznamy jsou řazeny v pořadí monografie, články (z tisku, z časopisů) - abecedně dle autorů. U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz [http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file\\_name=find-b&local\\_base=SKC](http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC) Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovni výpůjční služby v naší knihovně). U článků je nutné vyhledat celý časopis.