

Multikulturní přístupy k problematice horečky u dětí

Veronika Pospíšilová

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika Pospíšilová**

Osobní číslo: **H12636**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Multikulturní přístupy k problematice horečky u dětí**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury a časopisů.

Stanovení cílů.

Vypracování teoretické části.

Příprava metodiky praktické části.

Realizace dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BUCHANEC, Ján. Horúčka a jej liečba u detí. Martin: Osveta, 1998, 79 s., obr., grafy. ISBN 80-888-2477-X.

DYLEVSKÝ, Ivan. Somatologie. Vyd. 2. (přepřac. a dopl.). Olomouc: Epava, 2000, 480 s. ISBN 80-86297-05-5.

KLENER, Pavel. Propedeutika ve vnitřním lékařství. 2., nezm. vyd. Praha: Galén, c2006, 325 s. ISBN 80-246-1254-2.

KLIEGMAN, Robert M., Karen J. MARCDANTE a Hal B. JENSON. Nelson essentials of pediatrics. 5. ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2006. ISBN 9780808923251.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Multikulturní ošetrovatelství pro praxi. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.

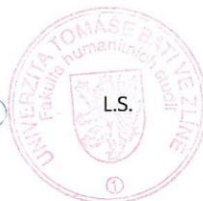
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Gabriela Gajzlerová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **13. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 18.2.2016

Posuzitelka: Veronika

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

²⁾ Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odprá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Ve své bakalářské práci se věnuji problematice dětských horeček. V teoretické části popisuji význam teploty, problematiku termoregulace, možnosti měření teploty, léčbu a komplikace horečky. Tělesná teplota je nejčastěji monitorovaná fyziologická funkce. Především u dětí je velmi důležité, aby teplota byla změřena šetrně, rychle, ale přesně.

V praktické části se zjišťovalo, jaké metody monitorování a tlumení teploty používají rodiče České, Romské a Vietnamské národnosti. Výsledky dotazníkové šetření jsou zpracovány ve formě tabulek a grafů.

Klíčová slova: termoregulace, tělesná teplota, horečka, měření tělesné teploty

ABSTRACT

In my thesis I deal with the issue of child actresses. The theoretical part describes the meaning of temperature, thermal management issues, the possibility of temperature measurement, treatment and complications of fever. Body temperature is the most frequently monitored physiological functions. Especially in children it is very important that the temperature was measured gently quickly but accurately.

In the practical part of finding out what methods of monitoring and controlling temperature using parents Czech, Roma and Vietnamese nationalities. The results of a questionnaire survey are presented in the form of tables and graphs.

Keywords: thermoregulation, body temperature, fever, temperature measurement

Touto cestou bych ráda poděkovala paní Mgr. Gabriele Gajzlerové za odborné vedení mé práce a za cenné rady, které mi byly přínosem. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří byly ochotni účastnit se výzkumného šetření. V neposlední řadě děkuji své rodině a svým známým za trpělivost, kterou mi věnovali po celou dobu studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 VÝZNAM TEPLoty A HOREČKY	12
1.1 TERMOREGULACE U DĚTÍ.....	12
1.2 FÁZE HOREČKY.....	14
1.3 TYPY HOREČKY	14
1.4 PŘÍČINY HOREČKY V DĚTSKÉM VĚKU	15
1.4.1 Novorozenecké období.....	15
1.4.2 Kojenecké období.....	17
1.4.3 Batolecí období	17
1.4.4 Předškolní věk.....	18
1.4.5 Kawasaki syndrom	20
1.4.6 Horečka neznámého původu	21
1.4.6.1 Tyreotoxikóza	21
1.4.6.2 Tularémie	21
1.4.7 Periodická horečka batolat	22
1.5 KLINICKÉ PROJEVY HOREČKY	22
1.6 KOMPLIKACE HOREČKY – FEBRILNÍ KŘEČE	23
1.7 DIAGNOSTIKA.....	25
1.7.1 Anamnéza.....	25
1.7.2 Fyzikální vyšetření	25
1.7.3 Laboratorní vyšetření.....	25
1.7.3.1 Hemokultura	25
1.7.4 Zobrazovací metody	26
1.8 LÉČBA HOREČKY	26
1.8.1 Historie léčby	26
1.8.2 Možnosti snižování teploty	27
1.8.2.1 Hydratace	27
1.8.2.2 Kyselina acetylsalicylová.....	27
1.8.2.3 Paracetamol.....	27
1.8.2.4 Nesteroidní antirevmatika.....	27
1.8.3 Fyzikální způsoby.....	28
2 MĚŘENÍ TĚLESNÉ TEPLoty	29
2.1 DRUHY TEPLOMĚRŮ	29
2.1.1 Skleněné rtuťové teploměry	29
2.1.2 Skleněné teploměry bezrtuťové.....	30
2.1.3 Digitální teploměry.....	30
2.2 ZPŮSOBY MĚŘENÍ	30
2.2.1 Neinvazivní metody	30
2.2.2 Invazivní metody.....	32
3 MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ	34

3.1	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ ROMSKÉ PŘÍSLUŠNOSTI	34
3.2	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ VIETNAMSKÉ POPULACE	35
II	PRAKTICKÁ ČÁST	36
4	CÍLE PRÁCE	37
5	METODIKA	38
6	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	39
	ZÁVĚR	59
	DISKUZE	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	62
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	69
	SEZNAM OBRÁZKŮ	70
	SEZNAM TABULEK.....	71
	SEZNAM GRAFŮ	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

Samotná horečka není nemoc, ale je to příznak, který doprovází řadu onemocnění, ať infekčních tak neinfekčních. Horečka jako obrana těla urychluje látkovou výměnu a nutí imunitní systém, aby zvýšil svůj výkon. Bylo prokázáno, že většina mikroorganismů při vyšší teplotě umírá. A tady nastává otázka, kdy začít teplotu snižovat. Každý lidský organismus je individuální a podle toho se projevují i klinické příznaky a proto nemusí být stejné. V práci jsem se záměrně zabývala dětmi ve věkové kategorii od narození do 5 let, protože jejich mechanismus udržování stálé tělesné teploty je odlišný od starších dětí a dospělých. Vývoj termoregulačního centra probíhá přibližně do prvního roku.

V úvodu teoretické části popisuji význam teploty a termoregulaci. Termoregulace znamená schopnost udržovat stálou tělesnou teplotu. Tato schopnost patří mezi tzv. esenciální hodnoty, což znamená, že i drobná odchylka může ohrozit funkční i metabolické pochody v lidském organismu. V průběhu dne může tělesná teplota kolísat a to v rozmezí přibližně $0,5 - 0,7$ °C. Hodnota tělesné teploty závisí také na věku. U malých dětí, kde není termoregulace ještě dokonale vyvinutá, je teplota o něco vyšší. Naopak u starších jsou hodnoty o něco nižší (Mourek, 2005). Dále popisuji v krátkosti fáze a typy horečky, zabývám se i příčinami, klinickými projevy, diagnostikou a léčbou. Další kapitola popisuje typy teploměru a možnosti měření. Je velice důležité, aby teploměr byl spolehlivý, rychlý, přesný a šetrný. V poslední kapitole teoretické části se v krátkosti zmiňuji o problematice multikulturního ošetřovatelství. U Romských jedinců je důležité získat si jejich důvěru.

Cílem práce bylo zjistit jaké metody monitorování a tlumení teploty u dětí se na území České republiky používají a jaké jsou rozdíly mezi českými, romskými a vietnamskými rodinami.

Praktická část obsahuje výsledky dotazníkového šetření, získaná data byla následně zpracována pomocí programu Microsoft Office Excel.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝZNAM TEPLoty A HOREČKY

„Z patofyziologického hlediska lze horečku definovat jako komplexní fyziologickou reakci na nemoc, která zahrnuje zvýšení teploty jádra prostřednictvím cytokinů, produkci reaktantů akutní fáze a aktivaci řady fyziologických endokrinních a imunologických mechanismů“ (Zadák, 2007, s. 125).

Vzestup tělesné teploty nad 38⁰C označujeme jako horečku. Horečka má velký význam, neboť je to jeden z prvních příznaků, že v organismu dochází k patologiím. Zvýšená teplota (nad 37⁰ C) je obranná reakce organismu. Hlavním významem je boj proti infekčnímu původci. Vyšší teplota napomáhá množení a práci bílých krvinek, na druhou stranu je vyšší teplota nepříjemná pro bakterie a snižuje schopnost jejich množení. Na vznik horečky mají vliv monocyty, neutrofilny, lymfocyty, mezenchymové a gliové buňky, které vlivem stimulů uvolňují cytokiny, což jsou endogenní pyrogeny. Účinkem těchto pyrogenních látek se termoregulační centrum v hypotalamu nastaví na vyšší teplotu. Tím dochází k aktivaci mechanismů, které zvyšují tvorbu tepla a snižují jeho výdej. K těmto mechanismům patří vazokonstrikce, chladový třes (třesavka se zimnicí) a metabolická termogeneze (Bartůňková, 2006; Zadák 2007; Mourek, 2012).

Drobná odchylka od fyziologické hodnoty může způsobit změny či dokonce ohrožení funkčních a metabolických procesů. Tělesnou teplotu dělíme na teplotu hlubokou, která je 37 °C a teplotu povrchovou (kůže, podkožní vazivo, tuk), která se pohybuje mezi 36 až 36,9 °C. Teplota obalu není všude stejná, liší dle jeho prokrvení. Největším kolísáním v prokrvení se vyznačují prsty (Mourek, 2012; Mikšová a kol., 2006; Rosina, 2006).

1.1 Termoregulace u dětí

Termoregulace znamená schopnost těla udržet si stálou tělesnou teplotu i přes to, že je vystavováno neustálému kolísání příjmu a výdeje teploty. Termoregulační centrum je v hypotalamu, kde se vyhodnocují informace z termoreceptorů. V přední části hypotalamu leží area praeoptica, centrum zodpovědné za monitorování teploty těla, v zadní části se nachází area hypotalamica posterior, která nemonitoruje přímo tělesnou teplotu, ale zpracovává informace z centrálních a periferních receptorů a aktivuje výkonné funkce termoregulace. Na základě vyhodnocení těchto signálů je kontrolována produkce a výdej tepla. Povrchové termoreceptory jsou uloženy na kůži. Teplu se tvoří při svalové práci, při trávení a při che-

mických reakcích bazálního metabolismu K základním termoregulačním mechanismům patří vazodilatace – rozšíření kožních cév a to má za následek zvýšený přenos tepla do kůže a pocení. Svou roli hrají při tvorbě tepla také kalorigenní hormony (tyroxin), které produkuje štítná žláza a zvyšuje metabolismus buněk. Dále se na tvorbě tepla podílejí hormony nadledvinek (adrenalin a noradrenalin), které ovlivňují jaterní a svalové buňky zvýšením jejich aktivity (Zadák, 2007, Mikšová, 2006, Mourek, 2012; Čihák, 2002).

V průběhu dne dochází ke kolísání teploty a to v rozmezí 0,5 – 2 °C. Toto kolísání nazýváme cirkadiální rytmus. Tělesnou teplotu můžou ovlivňovat hormony (estrogeny, tyroxin, adrenalin a noradrenalin) produkované do organismu při zvýšené funkci štítné žlázy, stresu či rozčílení (Mikšová a kol., 2006; Mourek, 2012).

Mezi ovlivňující faktory můžeme zařadit věk, denní dobu, tělesnou aktivitu, stres, teplotu a vlhkost okolí. Nejnižší hodnoty naměříme v brzkých ranních hodinách, přibližně kolem páté hodiny. Naopak nejvyšší hodnoty naměříme v pozdních odpoledních hodinách, kolem 17 hodiny (Vytejková, 2013; Kelnarová, 2009).

Při nitroděložním vývoji je teplota plodu ovlivněna tělesnou teplotou matky. Plod má tělesnou teplotu o 1 – 3 °C vyšší než matka. Při narození novorozence nejsou ještě termoregulační funkce dokonalé, zvláště pak u předčasně narozených dětí. Proto je v tomto období nutné zabránit prochladnutí či přehřátí organismu dítěte. V prvních chvílích po narození naměříme novorozenci v konečniku teplotu v rozmezí 37,5 – 38,2 °C. Za pár hodin tato hodnota klesne na 36 – 37 °C. přibližně za 24 hodin se teplota znovu vyrovná na 37 °C. Během novorozeneckého a kojeneckého období teplota kolísá až o 0,5 °C. Novorozenec má nedostatek podkožní tukové tkáně a není u něj vyvinutý svalový třes. Při hypotermii dochází k útlumu dýchacího centra a k poklesu srdečního výdeje. Ideální teplota pro nahého novorozence je přibližně 32 °C. Při udržování tělesné teploty je pro novorozence a kojence důležitá netřesová termogeneze v tukové tkáni. Hnědá tuková tkáň se podílí 10 % na celkové produkci tepla a zaniká do jednoho roku od narození. Tato hnědá tuková tkáň se začíná tvořit přibližně v 19 týdnu nitroděložního vývoje. Vývoj termoregulace probíhá do prvního roku dítěte. (Dylevský, 2000).

1.2 Fáze horečky

U horečky rozeznáváme čtyři fáze. První je prodromální stádium, které je charakteristické tím, že se tělesná teplota nemění. V této fázi můžeme pozorovat únavu a malátnost. Druhou fází je stádium incrementi, kdy dochází ke zvýšení teploty, pozorujeme svalový třes, do věku 5 týdnů věku bez třesu – produkce tepla hnědým tukem, kůže je bledá a studená. Třetí je plateau – vrchol a toto stádium nastává po dosažení maximální teploty, dochází k vazodilataci cév v kůži, která je suchá, teplá a červená. Poslední fází je decrementi – ústup, kdy se teplota vrací pomalu k normě, dítě se potí, kůže je červená a vlhká, má žízeň (Buchanec, Javorka, 1998; Ferenčík, c 1997).

1.3 Typy horečky

Febris continua (kontinuální horečka) – teplota je stále nad 38°C , rozdíly teplot během dne jsou menší než 1°C . Tento typ horečky se vyskytuje při zápalu plic, při virových a streptokokových onemocněních (Klener, 2006; Mikšová a kol., 2006).

Febris intermittens (střídavá horečka) – během dne se střídá období vysoké horečky a normální tělesné teploty. Příznak septických stavů (Klener, 2006).

Febris remittens (kolísavá horečka) – v průběhu dne horečka kolísá v rozmezí $\pm 3^{\circ}\text{C}$, ale nikdy neklesne na fyziologickou hodnotu. Vyskytuje se u revmatické horečky, bronchopneumonie a septických stavů (Mikšová a kol., 2006; Klener, 2009).

Febris recurrens (návratná horečka) – u tohoto typu horečky dochází k pravidelnému střídání afebrilních stavů s febrilními. Tento typ horečky je typický pro malárii (Klener, 2006).

Febris undulans (vlnovitá horečka) – nepravidelná horečka, která se projevuje několika denními subfebriliemi a následně několikadenními afebrilními stavy. Po bezhorečnatém období následuje nová vlna. (Hehlmann, 2010; dle Machyánová, 2012; Klener, 2006).

Febris bifasica (dvoufázová horečka) – tento typ horečky má 2 vrcholy oddělené obdobím s fyziologickou hodnotou tělesné teploty, což je časté u neuroinfekcí (Klener, 2006; Šamánková, 2006).

Febris septica – při septických stavech, velké výkyvy teploty (3 až 5°C) (Buchanec, Javorka, 1998).

Febris inversa – tělesná teplota je ráno vyšší než večer (Buchanec, Javorka, 1998).

Horečku můžeme dále rozdělit dle průběhu poklesu. Pokles teploty může být pozvolný během několika dnů (lytický pokles) nebo prudký, kdy teplota klesne během několika hodin (kritický pokles). Při tomto prudkém poklesu můžeme pozorovat silné pocení, zvracení, malátnost a je zde velké riziko dehydratace (Šamánková, 2006)

Akutní horečka se vyskytuje při infekcích či při zánětech a je zde typická zimnice s třesavkou. Pokud horečka trvá déle jak 3 týdny, pak hovoříme o chronické horečce, která může být způsobena chronickou infekcí, onemocněním pojiva, léky, hypertyreózou či nádorovým onemocněním. Při recidivujících horečkách, které trvají déle než 3 týdny a nebyla nalezena příčina ani po týdnu hospitalizace, můžeme hovořit o horečce neznámého původu (Lukáš, 2010).

1.4 Příčiny horečky v dětském věku

Příčiny horečky můžeme rozdělit na 2 základní skupiny – infekční a neinfekční. Infekční onemocnění jsou způsobena mikroorganismy (viry, bakterie, houby, parazity a priony) a tvoří 90% febrilních stavů u dětí. Zdrojem těchto mikroorganismů jsou lidé, zvířata, ale i přírodní rezervoáry (voda, půda). Mezi závažné a život ohrožující bakteriální infekce patří sepsa způsobená bakterií rodu *Streptococcus B* a u dětí do jednoho měsíce i *E. Colli*, dále zde patří meningitis (*Haemophilus*, *Meningococcus*, *Pneumococcus*), enteritis (*Salmonella*), pyelonefritis (*E. Colli*) a pneumonie (*Pneumococcus*, *Haemophilus*). K vzácnějším příčinám závažných bakteriálních infekcí patří okultní abscesy (hepatální, mozkový) a endokarditida. K neinfekčním příčinám patří metabolicko – endokrinní poruchy (např. iontová dysbalance a diabetes insipidus), gastrointestinální afekce (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida), onkologické onemocnění (leukemie, lymfomy), neurologická příčina (intoxikace, trauma a krvácení do centrální nervové soustavy), autoimunitní onemocnění (idiopatická revmatoidní artritida, systémový lupus erytematodes). Mezi vzácné neinfekční příčiny horečky můžeme zařadit Kawasaki syndrom a Stevens-Johnson syndrom (při tomto onemocnění dochází k imunopatologické reakci v kůži, při níž dochází k edému, nekróze epidermis a zánětlivé infiltraci cév) (Beneš, 2009).

1.4.1 Novorozenecké období

Novorozenec, který se narodil v termínu, po propuštění z porodnice je již plně adaptovaný na zevní prostředí. Hůře jsou na tom předčasně narozené děti, které nedostali protilátky od

matky. K infekcím novorozeneckého věku můžeme zařadit novorozeneckou sepsi, meningitidu a konjunktivitidu. Nejčastější původce vrozených infekcí lze shrnout zkratkou STORCH. Pod touto zkratkou rozumíme syfilis, toxoplazmózu, ostatní (parvovirus, varicella, virus hepatitidy B, HIV, chlamydie, borelie, enteroviry, listerie), rubeola, cytomegalovirus, herpes simplex. Diagnostika vrozené infekce se opírá o průkaz protilátek IgM v séru novorozence (Hrodek, 2002).

Sepse u novorozence je bakteriální onemocnění, které se přibližně v 25% projevuje jako meningitida. Klinické projevy jsou nespecifické, z pohledu termoregulace je projevuje výrazná termonestabilita (hypotermie či hypertermie), u dýchání můžeme pozorovat tachypnoi, apnoi či Cheyneovo-Stokesovo dýchání (dechová frekvence novorozence je 30 – 50 dechů za minutu). Novorozenec je apatický, hypoxický, kůže je mramorovaná, dochází k centralizaci oběhu a k rozvoji septické šoku. Z gastrointestinálních příznaků je může objevit intolerance stravy, zvracení a ileus. Dále dochází k oligurii až anurii. V krevním obraze se objeví anemie, leukocytóza nebo leukopenie a trombocytopenie; dále laboratorně můžeme zjistit poruchy koagulace (trombocytopenie, stoupá INR, aPTT). Před nasazením ATB se odebírá krev na hemokulturu. Jedná-li se o časnou sepsi, která se rozvíjí do 3. dne a mívá fulminantní průběh, pak se nasazují aminopeniciliny + aminoglykosidy (například augmentin s gentamycinem) po dobu 7–10 dní s intravenózní aplikací. Je-li to pozdní novorozenecká sepsi (od 3. dne, často jako meningitida, pneumonie či pyelonefritida) nasazujeme cílenou antibiotickou léčbu dle osídlení. Antibiotickou léčbu doplňujeme symptomatickou léčbou (Hrodek, 2002; Šašinka, 2007).

Druhým život ohrožujícím onemocněním, které se objevuje především během prvního měsíce života, je meningitida. Mortalita tohoto onemocnění je až 60%. Nejčastějším původcem je streptokok skupiny B a E. Colli. Klinické příznaky jsou podobné jako u novorozenecké sepse. Lékem první volby je dvojkombinace antibiotik (ve vysokých dávkách ampicilin s gentamycinem nebo cefalosporiny III. a IV. generace) (Beneš).

Původcem zarděnek je togavirus, který se šíří kapénkovou infekcí. Inkubační doba je 2 -3 týdny. Prodromální stádium může u dětí chybět nebo se projevuje jen mírně. Pozorujeme nevolnost, zduření krčních mízních uzlin a teplotu dosahující až ke 40⁰C (Poláčková, 2011).

1.4.2 Kojenecké období

Kojenecké období je od 29. dne do 1 roku. Dochází k výraznému somatickému, neuropsychickému a motorickému vývoji. Sigmund Freud označil první rok života jako orální stádium. V tomto období se mohou projevit vrozené vývojové vady. Kojenec je velmi citlivý na ztrátu tekutin a proto může velmi rychle dojít k rozvoji dehydratace (Švejcar, 2009).

Častým virovým onemocněním, které se nejvíce vyskytuje od 6 měsíce do 3 let, je akutní laryngitida. U tohoto onemocnění dochází k otoku hrtanu, v oblasti hlasivek. Pro toto onemocnění je typický náhlý začátek z plného zdraví. Nejčastěji začíná v noci a projevuje se záchvatovitým štěkavým kašlem (Rami, 2011).

Nespecifické virové exantémy jsou nejčastější infekční onemocnění dětského věku. Nejčastějšími původci jsou rhinoviry, adenoviry, virus influenzy A a B, virus parainfluenzy a enteroviry. Doprovodnými příznaky bývají subfebrilie, únava, bolesti svalů, příznaky respiračních a střevních infekcí (Kelblerová, 2009).

Další příčinou horečky v kojeneckém věku může být prořezávání zoubků nebo se může jednat o reakci na očkování.

1.4.3 Batolecí období

Toto období je od 1 do 3 let. U batolat je nejčastější příčinou nemocí infekce dýchacích cest a to od nachlazení až po pneumonii. Příznaky rhinitis a zánětu nosohltanu jsou u kojenců a batolat výraznější než u starších dětí. Patří k nim dráždivost a neklid, nechutenství a problémy s pitím, později výtok z nosu, teplota být může, ale nemusí. Na toto onemocnění může navazovat akutní zánět středního ucha, který se nejvíce vyskytuje právě v kojeneckém a batolecím období. Je to hnisavý zánět středouší, který má rychlý a náhlý začátek. V čím nižším věku vznikne první zánět, tím vyšší je frekvence recidiv. U těchto malých dětí velmi často probíhá oboustranně (Rami, 2011).

Velmi častým onemocněním kojeneckého a batolecího období je šestá nemoc. Jedná se o infekční virové onemocnění, jehož původcem je virus z rodu herpes. Inkubační doba od 5 do 12 dnů. Onemocnění začíná náhle vysokou horečkou přes 39⁰C, která může trvat i několik dnů. Po poklesu horečky dochází k výsevu generalizované vyrážky. V některých případech může probíhat i bez vyrážky. Relativně častou komplikací je výskyt febrilních křečí.

Léčba je symptomatická (antipyretika, antihistaminika, benzodiazepiny, dostatečný pitný režim) (Beneš, 2007; Beneš, 2009; Kelblerová, 2009; Poláčková, 2011).

Závažným onemocněním batolecího období je akutní epiglotitida, která se nejvíce vyskytuje mezi 3 – 4 rokem. Toto onemocnění začíná náhle. Příznakem je vysoká horečka, která může dosahovat až ke 40°C. Dítě má potíže s dýcháním, je dušné, bledé, unavené. Bolí ho v krku, mluví šeptem, dále pozorujeme povrchní dýchání, kašel je mírný. Dítě zaujímá polohu v předklonu, protože se mu tak lépe dýchá (Novák, 2007; Rami, 2011).

V batolecím období se často objevují průjmovitá onemocnění doprovázená horečkou. Z virových gastroenteritid se jedná nejčastěji o rotaviry. U novorozenců a kojenců do 2 měsíců se vyskytují rotavirové infekce ojediněle. Inkubační doba je krátká, 1 – 3 dny. Probíhat může bezpříznakově, s lehkým nebo závažným průběhem. K příznakům patří časté, objemné, vodnaté stolice, zvracení, horečka. Onemocnění trvá přibližně 5 – 8 dní (Beneš, 2007).

Juvenilní idiopatická artritida je nejčastější systémové onemocnění dětí, které propuká před 16. rokem. Nejvyšší výskyt je u dětí do 3 let. Etiologie je neznámá. U tohoto onemocnění dochází k hypertrofii a zduření synoviální výstelky. Může probíhat jako forma systémová, oligoartritida, polyartritida, psoriatická artritida, artritida s entezitidou, ostatní artritidy. Příznakem toho onemocnění může být horečka, která trvá minimálně 2 týdny a má skákavý charakter s teplotní špičkou přes 39°C a následně se vrací k normálu, tedy pod 37°C (Beneš; Hrodek, 2002; Dungl, 2005; Šašinka, 2007).

1.4.4 Předškolní věk

Věkoví období od 3 do 6 let. Stejně jako u batolat je velmi častou příčinou nemoci infekcí dýchacích cest. Na rozdíl od kojenců a batolat, kde je častou komplikací zánět středního ucha, u této věkové kategorie je častou komplikací zánět vedlejších nosních dutin. Toto onemocnění se projevuje zvýšenou neprůchodností nosu, horečkou a kašlem. Na rozdíl od dospělých se u dětí nevyskytuje bolest hlavy (Zahálková, 2005).

Chřipka je vysoce infekční onemocnění projevující se vysokou horečkou, kašlem, bolestmi hlavy, svalů a kloubů. Chřipku nelze cíleně léčit, dítě by mělo být v klidu, podáváme antipyretika a analgetika, dítě musí mít dostatečný pitný režim (Vejrostová, 2015).

Spála je infekční onemocnění vyvolané beta-hemolytickým streptokokem skupiny A – *Streptococcus pyogenes*. Inkubační doba je 2 – 3 dny. Nejvyšší výskyt je mezi 3 a 10 rokem. Je to streptokoková angína se spálovým exantémem, který je především v podbřišku, tříselech, na vnitřní straně stehén, v podpaží a v loketních jamkách. Dále se může objevit malinový jazyk a petechie na patře. Diagnostikuje se na základě výtěru z mandlí a následné kultivace (Kelblerová, 2009).

Dalším infekčním onemocněním, které se vyskytuje v předškolním věku, jsou příušnice. Inkubační doba této nemoci je 14 – 24 dní. Prvním příznakem je otok hlavní příušní žlázy. Otok se postupně zvětšuje, dítě má potíže při polykání, dalším příznakem je horečka. Léčba tohoto onemocnění je symptomatická, v tomto případě to znamená antipyretika, analgetika, klid na lůžku, vlažné obklady. Komplikací může být aseptická meningitida, meningoencefalitida, poruchy sluchu a zraku (Vejrostová, 2015).

Plané neštovice se typicky vyskytují mezi prvním a šestým rokem. Původcem je varicella-zoster virus. Inkubační doba 14 – 16 dní. Po prodělaném onemocnění vzniká dlouhodobá imunita. Projevují se vyrážkou, která obvykle začíná na hlavě a trupu, odtud se postupně šíří na celé tělo. Vývoj vyrážky: červené makuly → papuly → vezikuly → pustuly → krusty. Typický je výskyt více stupňů najednou. K dalším klinickým příznakům patří svědění a horečka. Těžší průběh je u novorozenců a kojenců matek, které neměly varicelu. Léčba je symptomatická, a to místní (tekutý pudr, antiseptická mast) a celková (paracetamol od bolesti a teploty, antihistaminika proti svědění a při bakteriální infekci antibiotika) (Kelblerová, 2009).

Pátá nemoc je infekční onemocnění, jehož původcem je parvovirus. Nejčastěji se přenáší kapénkovou infekcí. Toto onemocnění se projeví horečkou, bolestí hlavy a svalů. Přibližně po týdně dojde k výsevu vyrážky, nejčastěji na v podbřišku, v tříselech, na vnitřní straně stehén a v podpaží. Léčba je symptomatická. Po prodělaném onemocnění zůstává dlouhodobá imunita (Kelblerová, 2009; Poláčková, 2011).

Ewingův sarkom je druhý nejčastější maligní nádor, jehož nejvyšší výskyt je mezi 5 a 30 rokem. Nejčastěji postihuje diafýzu dlouhých kostí. Projevuje se bolestmi, subfebriliemi, leukocytózou a zvýšenou sedimentací. Kromě těchto příznaků se mohou často vyskytovat patologické zlomeniny. Klinický obraz může připomínat akutní osteomyelitidu. Vytváří časné plicní metastázy. Tento typ nádoru může být chemosenzitivní, ale i resistantní, stejně

tak může být radiosenzitivní nebo radioresistentní. Léčba se začíná předoperační chemoterapií a následuje radikální chirurgický zákrok (Gallo, 2011).

1.4.5 Kawasaki syndrom

Vzácné akutní onemocnění, při kterém dochází k zánětu malých a středně velkých tepen. Velmi často postihuje koronární tepny (*Arteriae coronariae dx.et.sin.*), které vyživují srdce. Vyskytuje se především u dětí do 4 let, častěji postihuje chlapce. Nejvíce případů se vyskytuje v Japonsku. Z příznaků můžeme pozorovat horečku, zduření lymfatických uzlin, zarudnutí sliznice ústní, popraskané rty, otoky, olupující se kůži, bolesti břicha, oboustranný zánět spojivek, zvýšený počet krevních destiček (trombocytů). V pokročilém stádiu bývají postiženy koronární tepny. Syndrom popsal v roce 1967 Tomisaku Kawasaki jako akutní vaskulitidy s horečkou a exantémem nejasné etiologie. O několik let později bylo v Japonsku zaznamenán o úmrtí dětí, které z původního onemocnění vyléčily. Při pitvě se prokázaly aneuryzmatické změny koronárních tepen. Nejvyšší výskyt onemocnění je v zimních a jarních měsících. Během prvních 10 dnů (akutní fáze) probíhá onemocnění ve formě generalizované mikrovaskulitidy. Přibližně u 20 % neléčených pacientů může nález přetrvávat nebo progredovat v aneuryzma. Během akutní fáze se přibližně v polovině případů projeví známky akutní myokarditidy. Asi u 1/3 případů se vyskytují známky perikarditidy, vzácně perikardiální tamponáda. Následuje subakutní fáze (mezi 2 a 4 týdnem) ve které se u většiny postižených projevuje deskvamace (olupování) kůže od nehtových lůžek až po dlaně či plosky. Nejhorším projevem je gangréna (druhotně změněná nekróza) prstů. V této fázi můžeme také pozorovat postižení hepatobiliárního systému (hepatomegalie, elevace jaterních testů, hydrops žlučníku). Přibližně u třetiny pacientů se projeví gastrointestinální příznaky (bolest břicha, zvracení, poruchy vyprazdňování stolice). Poslední fází je rekonvalescence. Toto období je od vymizení klinických příznaků do poklesu zánětlivých parametrů do normálu. Při diagnostice se můžeme opřít o hematologické a biochemické vyšetření, kdy pozorujeme přechodnou anémii a leukocytózu, zvýšenou sedimentaci a CRP. Trombocyty stoupají ve 2 týdnů. Při elektrokardiografii pozorujeme sinusovou tachykardii, prodloužený PQ interval a oploštění T vln. Dále se při diagnostice uplatňuje ECHO, RTG srdce, scintigrafie a koronarografie, magnetická rezonance a počítačová tomografie. Včasné zahájení terapie je podmíněno brzkým stanovením terapie (Jehlička, 2008).

1.4.6 Horečka neznámého původu

Pokud nastane situace, kdy tělesná teplota je vyšší než 38⁰C a trvá déle než 14 dní a příčina není zřejmá navzdory pečlivé anamnéze, fyzikálnímu vyšetření a běžnému laboratornímu screeningu, pak hovoříme o horečce neznámého původu. Nejčastější příčinou je neobvyklý průběh běžného onemocnění – lokalizované a systémové infekce (salmonelóza, brucelóza, tularemie, leptospiróza, lymfatická borelióza, hepatitida, sinusitida, infekční endokarditida, osteomyelitida, pneumonie, pyelonefritida), Kawasakiho nemoc, juvenilní revmatoidní artritida, systémový lupus erythematosus, polyarteritis nodosa, revmatická horečka, nespecifické střevní záněty a malignity (Kliegman a kol., 2006).

Při diagnostice horečky neznámého původu se musíme zajímat o anamnézu (délka trvání a průběh horečky, sledované nemoci, trvalá medikace, kontakt se zvířaty a cestování), důležité je fyzikální vyšetření, které se doplňuje laboratorními a zobrazovacími metodami. Z laboratorních vyšetření nás zajímá krevní obraz, sedimentace, CRP, jaterní testy, hemokultura, acidobazická rovnováha, autoprotilátky, kompletní vyšetření moči včetně kultivace, výtěr z krku. Ze zobrazovacích metod se provádí RTG srdce a plic, sono břicha a malé pánve, CT vyšetření a magnetická rezonance (Smíšková, 2010).

1.4.6.1 Tyreotoxikóza

Vzniká při onemocnění štítné žlázy a je to jedna z neinfekčních příčin, u které může být příznakem hypertermie. U tohoto stavu je vysoká hladina hormonu štítné žlázy v krvi. Nejčastější příčinou je hypertyreóza, kterou může vyvolat Gravesova-Basedowova nemoc, hyperfunkční struma, adenom štítné žlázy a adenom hypofýzy. U novorozenců může být tyreotoxikóza způsobená přenosem imunoglobulinů od matky s Gravesovou-Basedowovou nemocí (Klener, 2006).

1.4.6.2 Tularémie

Jedná se zoonózu, jde tedy o onemocnění přenosné ze zvířete na člověka. Jedná se o bakteriální onemocnění, jehož původcem je *Francisella tularensis*. Je to gramnegativní, krátká, opouzdřená tyčinka. Člověk se nejčastěji nakazí hmyzím kousnutím (komár, klíště). První známky o možném postižení člověka se začaly objevovat kolem 18. století především v Japonsku a Rusku. V České republice je nejvyšší výskyt na jižní Moravě a v Polabí. Infekce může do organismu proniknout drobným poraněním na kůži nebo neporušenou sliz-

nicí a to přímým kontaktem nebo zprostředkovaně klíšťaty či komáry. Inkubační doba 2-10 dnů. Klinický obraz se odvíjí od virulence bakterie, odolnosti jedince, na místě a způsobu proniknutí infekce do těla. Po uplynutí inkubační doby se v místě proniknutí vytvoří puchýřek, následně dojde ke zduření lymfatických uzlin. V 70% případů se projeví jako ulceroglandulární forma – v místě průniku se objeví ulcerace. Doprovodnými příznaky je horečka, zimnice, malátnost a únava. Dále může probíhat jako stěvná nebo plicní forma, zevní forma (glandulární, okuloglandulární, oroglandulární (tularemická angína)). Diagnostika u zevních forem je poměrně jednoduchá. Dále se k diagnostice používá aglutinační reakce. Průkazné titry se objevují kolem 3. týdne. Mikroskopický průkaz je náročný a kultivace vyžaduje speciální půdy. Francisella je rezistentní na penicilinová a cefalosporinová antibiotika 1. a 2. generace. Nejčastěji se nasazuje streptomycin (7,5 – 10mg im, 2x denně) a gentamicin (3 – 5 mg iv, 1x denně) na 14 dní (Beneš, 2009).

1.4.7 Periodická horečka batolat

Samostatnou skupinou jsou periodické horečky batolat. Jedná se o skupinu dědičných syndromů, které se projevují různě dlouhými, periodicky se opakujícími febriliemi a zánětlivými atakami, mezi nimiž pacient neprojevuje známky onemocnění. Syndrom PFAPA byl poprvé popsán v roce 1987 Gary Marshalllem. Jedná se o ataky febrilií se stomatitidou, tonzilofaryngitidou a krční lymfadenitidou. Vzácněji se mohou vyskytnout i jiné příznaky (artralgie, bolesti hlavy, břicha nebo zvracení). Začátek onemocnění bývá obvykle mezi 2. a 4. rokem. Neexistuje žádný laboratorní test k potvrzení diagnózy. Laboratorní markery zánětu (FW, CRP, leukocyty) bývají během ataky zvýšené. Diagnostická kritéria nejsou zatím jednoznačně standardizovaná. Ke stanovení diagnózy pomůže dramatická odpověď na jednorázové podání kortikoidů. Frekvence epizod se s věkem snižuje a nemoc postupně vymizí přibližně kolem 10. roku (Król, 2013).

1.5 Klinické projevy horečky

U dětí do 3 měsíců bývají příznaky velmi chudé. Je to způsobeno tím, že u těchto dětí je částečná neurologická nezralost. Klinické projevy se mění se podle stádia horečky. V počáteční fázi můžeme pozorovat pocit chladu a třes, dalším projevem je studená kůže a ruce. Mezi poměrně časté projevy můžeme zařadit tachykardii (není u brucelózy, leptospirózy, polékové horečky), podrážděnost nechutenství a u malých dětí pláč. S každým narůsta-

jícím stupněm teploty se zvedá tepová frekvence o 10 – 15 tepů za minutu. Dále se vyčerpají zásoby cukru a mobilizují se tuky. Horečka má nepříznivý vliv i na funkce trávicího traktu. Klesá sekrece slin v ústech, nemocný má pocit suchosti v ústech, povleklý jazyk. U malých dětí, nejčastěji mezi 1. – 4. rokem, mohou při horečce nad 39,7⁰C vzniknout febrilní křeče. Mezi další příznaky můžeme zařadit zvýšené pocení, kašel, bolest v krku a hlavy, bolesti břicha a nauzea. Dále je u dětí nápadná změna chování, jsou spavé, unavené, ale mohou být i podrážděné či neklidné (Kelarová, 2009; Izakovičová-Hollá, 2003; Hehlmann, 2010; Lukáš, 2010; Srnský, 2007; Buchanec, Javorka, 1998).

K vytipování ohrožených kojenců v časných stádiích byly vytvořeny skórovací systémy, např. Yalská observační škála, která odráží niterný komfort či základní ladění malých dětí. Hodnotí se pláč, reakce na podněty, změna chování, barva kůže, hydratace a sociální kontakt. Při zisku méně než 10 bodů je riziko závažného onemocnění nízké, ale naopak při zisku alespoň 16 bodů riziko závažného onemocnění přesahuje 90%. Škála je uvedena v příloze 2 (Hoza a Gut, 2004).

1.6 Komplikace horečky – febrilní křeče

Etiologie není dodnes zcela jasná. Nejčastěji se vyskytují ve věku od 6 měsíců do 5 let, ojediněle se může záchvat objevit i u starších dětí. V Evropě a Spojených státech amerických postihnou FK asi 3% dětí, v Asii 6 – 9 % dětí. Podle posledních studií se ukázalo, že geny pro vnímavost k FK se vyskytují na 8. a 19. chromozomu. Většina FK má jednoduchý a nekomplikovaný průběh. Recidivy FK, které se objevily před 1. rokem, lze předpokládat až v 50% (Goldmund, 2001).

Nekomplikované křeče se vyskytují mezi 6. měsícem a 5. rokem, záchvat netrvá déle než 10 maximálně 15 minut, záchvat se neopakoval a pozáchvatový stav byl bez komplikací. Rodinná a osobní anamnéza bývá bezvýznamná. Péče o tyto děti je na standardním oddělení nebo jsou v péči obvodního pediatra. Při recidivě je na zvážení zavedení profylaktické léčby (Goldmund, 2001).

O komplikovaných křečích mluvíme tehdy, je – li výskyt před 6. měsícem a po 5 roce. Záchvat trvá déle než 15 minut. Během 24 hodin dohází k recidivám. V rodinné anamnéze je výskyt epilepsie u prvního stupně příbuzenstva. Péče v rámci JIP – sledujeme vitální funkce, zavedeme žilní linku, pokračujeme v protikřečové terapii, zajistíme EEG, neurologické

a oční vyšetření, z laboratorních vyšetření se provádí krevní obraz, sedimentace, CRP, mineralogram, glykémie, jaterní enzymy, urea, kreatinin, ASTRUP. Při podezření na neuroinfekci nebo sepsi provádíme lumbální punkci, bakteriální vyšetření moči a odběr hemokultury. Při výskytu komplikovaných křečí je dítě dlouhodobě sledováno neurologem (kontrolní EEG vyšetření, vyloučení epilepsie a zavedení profylaktické léčby) (Goldmund, 2001).

K obecným opatřením řadíme snižování teploty chladivými zábaly, dostatek tekutin a podávání antipyretik. Během křečí se snažíme zabránit poranění a po odeznění dítě sledujeme v poloze na boku a to z důvodu prevence aspirace (Goldmund, 2001).

Po přijetí nouzového volání a následném vyhodnocení stavu se závěrem „febrilní křeče“ dispečink záchranné služby doporučí odstranit veškeré předměty, o které by se mohlo dítě poranit. Pravidelně kontrolovat stav vědomí a dýchání. Doporučuje se dítě chladit a to v oblasti hrudníku a břicha. Po příjezdu posádky zdravotnické záchranné služby se zahajuje antipyretická léčba paracetamolem v dávce 10 mg/kg nebo ibuprofenem 20 mg/kg a anti-convulzivní léčbu Diazepamem per rectum v dávce 5 mg u dětí do 15 kg a v dávce 10 mg u dětí nad 15 kg opakovaně, jestliže křeče budou trvat déle než pět minut, avšak neměla by být překročena dávka 1 mg/kg. Přetrvávají-li křeče i nadále, postupuje posádka záchranné služby jako u status epilepticus (Goldmund, 2001).

Dítě s prvním záchvatem křečí při teplotě by mělo být vždy následně vyšetřeno dětským lékařem a v rámci krátké hospitalizace i dětským neurologem, který na základě neurologického nálezu doporučí případná další vyšetření k vyloučení neurologické příčiny či komplikací (Goldmund, 2001).

V případě komplikovaného záchvatu je nutná hospitalizace na dětské jednotce intenzivní péče. V průběhu hospitalizace se provádí základní biochemické vyšetření (iontogram, glykemie, AST, ALT, acidobazická rovnováha a krevní plyny, při podezření na zánětlivé poškození CNS nebo sepsi s drážděním CNS, FW, KO, CRP, hemokultura, stolice, moč) a EEG (Goldmund, 2001).

1.7 Diagnostika

1.7.1 Anamnéza

Velmi důležitá pro určení přesné příčiny vyvolávající horečku. Je nutné zjistit chronologii potíží, nejvyšší naměřenou teplotu a další symptomy (bolest, zvracení, kašel, průjem, vyrážka). Dále je důležité zjistit předchozí infekční onemocnění, alergie, výskyt nádorového onemocnění v rodině. Dále by nás měl zajímat kontakt se zvířaty, pobyt v zahraničí (až 6 měsíců před rozvojem horečky), farmakologická anamnéza (Lukáš, 2010)

1.7.2 Fyzikální vyšetření

Jedná se o vyšetření pomocí smyslů – pohled, poslech, pohmat, poklep a per rectum. Nejvíce nás zajímá stav vědomí a hodnoty základních fyziologických funkcí (krevní tlak, puls, teplota, dech, saturace). Tepová frekvence ihned po porodu se pohybuje kolem 160/min, novorozenec má 140/min, kojeneček 100 – 120/min. Puls měříme palpačně nejčastěji na arteria temporais, a. brachialis, a. femoralis. S každým narůstajícím stupněm teploty se zvedá tepová frekvence. U dýchání hodnotíme frekvenci, hloubku, rytmus a vedlejší dechové fenomény (Tóthová, 2009; Nejedlá, 2006).

1.7.3 Laboratorní vyšetření

Je nedílnou součástí zhodnocení celkového stavu. Odběr materiálu se řídí ordinací lékaře, který, požadovaná vyšetření označí na žádankách. Při vyšetření krve se jedná o vyšetření krevního obrazu + diferenciál, dále markery zánětu (CRP, FW, prokalcitonin), elektrolyty, urea, kreatinin, glykemie a jaterní testy. Při vyšetření moči se nejčastěji provádí biochemický rozbor močového sedimentu a kultivace moči. Stolice se vyšetřuje kultivačně. Mezi základní vyšetření při horečce patří hemokultura (Lukáš, 2010; Hoza a Gut, 2004).

1.7.3.1 Hemokultura

Je to mikrobiologické kultivační vyšetření krve, jehož cílem je prokázání anaerobních či aerobních bakterií v krvi. Cílem je prokázat původce onemocnění a citlivost na antibiotika. Citlivost ne neprokazuje z hemokultury, ale až z následného kultivačního vyšetření na živných půdách. Při pozitivním nálezu se vzorek přenesse na živné kultivační půdy a následně se obarví dle Gramma. Podle tohoto barvení můžeme rozeznat gramnegativní (*Escheria*

coli, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter species) a grampozitivní (Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae, Enterococcus species) bakterie (Šenkýřová, 2012; Zdravotní ústav, 2013).

1.7.4 Zobrazovací metody

Používají se jako pomocné diagnostické metody. Nejčastěji se používá RTG paranazálních dutin a plic, otoskopie, sono, CT a MR. Tyto metody mohou pomoci lokalizovat infekční fokus či tumor (Lukáš, 2010; Doležel, 2007).

1.8 Léčba horečky

1.8.1 Historie léčby

První terapeutické postupy se datují do dob starého Egypta. Galén i Hippokrates měly postupy, které byly založeny na použití vrbové kůry. Kolem roku 1600 se začal používat chinovník (krytosemenná vyšší rostlina), jehož původní výskyt je v Jižní Americe v Andách (Doležal, 2003).

Moderní farmakologické postupy se užívají od roku 1838, kdy byla poprvé izolována kyselina salicylová. Roku 1853 byla provedena první úspěšná syntéza kyseliny acetylsalicylové (aspirinu). První využití aspirinu jako antipyretika bylo v roce 1899. Vlastnosti paracetamolu byly rozpoznány až kolem roku 1950, přibližně 50 let po jeho objevení. Teprve v 60. a 70. letech přichází éra nesteroidní antirevmatik. Při léčbě horečky jsou velmi důležitá režimová opatření (Doležal, 2003).

Na lékaře se obrátíme v případě, že horečka trvá déle než tři dny, postihla dítě mladší tří měsíců, pokud postižený více než 12 hodin nemočí, když je teplota více než 39,5 °C a nedaří se srazit, pokud dítě výrazně málo pije, opakovaně zvrací či má průjem (Seifertová, ©2014).

Také je důležité znát alarmující příznaky, kdy neváháme a ihned vyhledáme lékaře. K těmto alarmujícím příznakům můžeme zařadit špatnou reakci na běžné oslovení a bolestivější podnět, poruchy hybnosti, ztuhlou šíji, mramorovanou kůži, výrazně chladné končetiny, nafialovělé rty, malé modřinky, výraznou bolest hlavy se světloplachostí a silným zvracením (Seifertová, © 2014).

1.8.2 Možnosti snižování teploty

1.8.2.1 Hydratace

Je nutné zajistit dostatečný příjem tekutin. Při každém stupni nad 37⁰C se zvyšuje potřeba vody o 100ml/m²/den. Tekutiny nabízejte v malých, ale častých dávkách. Přidá – li se k teplotě zvracení či průjem může dojít velmi rychle k dehydrataci (Buchanec, 1992).

1.8.2.2 Kyselina acetylsalicylová

Přestože se jedná o velmi účinné antipyretikum, nedoporučuje se u dětských pacientů z důvodu rizika Reyova syndromu. V porovnání s nesteroidními antirevmatiky má vyšší gastrotoxicitu. Věková hranice byla nastavena na 12 let, ve Velké Británii na 15 let (Doležal, 2003).

1.8.2.3 Paracetamol

Není gastrotoxický a má výrazně nižší riziko alergické reakce. Jeho nevýhodou je hepatotoxicita, v dávkách mnohonásobně převyšujících terapeutické. Dává se v dávce 10-15 mg/kg po 6 hodinách perorálně, při celkové denní dávce 60mg/kg (Doležal, 2003; Kršiak, 2009).

1.8.2.3.1 Dostupné přípravky

Suspenze - Panadol baby a Paralen – vhodné pro děti od 3 měsíců, v 1 ml je 24 mg účinné látky.

Čípky – paralen 100 se používá u dětí s váhou nad 7 kg, panadol baby čípky 125mg (přípravek je určen pro děti o tělesné hmotnosti nad 9 kg, max 4x denně), panadol junior čípky 250mg (přípravek je určen pro děti o tělesné hmotnosti nad 15 kg, maximálně 4 denně).

Tablety – paralen 125 mg (lze podávat od ukončeného 9 měsíce, vzhledem k lékové formě se doporučuje u dětí až od 3 let, jedna tableta se dává na hmotnost 9 – 12 kg).

1.8.2.4 Nesteroidní antirevmatika

Antipyretická účinnost je o něco vyšší než u paracetamolu. Nejpoužívanějším zástupcem je ibuprofen v dávce 5-10 mg/kg po 8 hodin, nedává se u dětí do 3 měsíců (Doležal, 2003).

1.8.3 Fyzikální způsoby

K základním fyzikálním způsobům patří sprchování, zábaly a omývání hubkou - sponging.

Omývání hubkou se provádí tak, že do vaničky napustíme přibližně 5 cm mírně teplé vody. Dítě položíme do vody a hubkou omýváme trup a končetiny přibližně 10 – 30 minut, délka je závislá na reakci dítěte (Seifertová, © 2014).

Zábal se provádí tak, že do vody o teplotě 18 - 25 °C namočíme osušku a dítě do ní zabalíme na 10 – 15 minut a to tak, aby mělo zakryté břicho a hrudník. Ruce a nohy a necháme volné. Přikryjeme ho pouze tenkou dekou. Teplota v místnosti by měla být přibližně 24 °C. Po sundání zábalu, necháme dítě chvíli odpočinout, přikryjeme ho tenkou dekou a asi za 20 minut změříme teplotu. Zábal můžeme opakovat přibližně třikrát za 2 hodiny. Nesnažíme se srazit teplotu do normálu, stačí, když klesne o 1 – 2 °C. U dětí by měl mít zábal přednost před použitím léků proti horečce. Pokud je horečka příliš vysoká, můžeme vyzkoušet lýtkové zábaly. Každé lýtko zabalíme zvlášť od kotníku pod koleno. Opakujeme třikrát po 10 minutách (Doležel, 2007).

Další možností je přikládání ledových kostek. Je to poměrně efektivní způsob snižování teploty, ale dnes se moc nepoužívá. Do oblasti třísel dáme tenkou látku, např. kapesník, a na ni dáme 2 – 3 kostky ledu v mikrotenovém sáčku. Ponecháme to tam asi 10 minut a po 20 minutách změříme teplotu. Tuto metodu děti dobře snášejí, ale kvůli anatomickým poměrům se nedá použít u kojenců. Je efektivní, protože v tříselech prochází velké tepny (Martinová, 2007 – 2016).

Sprcha je další z možností nefarmakologického tlumení teploty. Je vhodná u dětí od 4 let, kdy můžete třikrát denně opakovat 3-4minutové sprchování vlažnou vodou. Fyzikální metody nepoužíváme, pokud má dítě mramorovanou kůži, pupínky, studené ruce a nohy nebo pokud klade příliš velký odpor (Šamánková, 2006; Vytejková, 2013; Kelnarová, 2009).

2 MĚŘENÍ TĚLESNÉ TEPLOTY

První zmínky o roztažnosti kapalin pocházejí ze starověku. Autorem nejstaršího doloženého zařízení je Hérón Alexandrijský. První zmínky o měření teploty pocházejí z 18. století, ovšem lékařský význam začalo mít toto měření až kolem roku 1868. V současné době lze tělesnou teplotu měřit metodami invazivními, částečně invazivními, kontaktními a nejnovější metodou je bezkontaktní měření (Vojtíšek, 2011).

První teploměr vynalezl univerzitní profesor Ital Galileo Galilei v roce 1603. První kdo se pokusil změřit tělesnou teplotu, byl anglický fyziolog Richard Lower (1631 – 1691). Roku 1641 byl sestrojen teploměr na principu lihu, jeho autorem byl toskánský vévoda Ferdinand II. Poměrně zdařilý pokus o sestrojení teploměru, provedl německý fyzik Gabriel Daniel Fahrenheit v roce 1714. Ten použil jako teploměrnou látku rtuť. Další pokus o sestrojení teploměru provedl švédský vědec, fyzik a astronom Anders Celsius v roce 1742. Až Carl Linné, švédský fyzik, vynalezl teploměr v takové podobě, jak ho známe dnes. První lékař, který využíval měření tělesné teploty u pacientů, byl James Curie (Jílek, 1977; Štoll, 2001; Augustynek, 2010; Kuklová 2008/2009).

Z neinvazivních metod se v České republice nejvíce používá měření v axile (podpažní jamce). Měření v konečnicku (v rektu) se používá zejména u novorozenců a kojenců. Teplota naměřená v rektu je o 0,5°C vyšší než v axile. Přesnou metodou, která je stále častěji využívána, je měření teploty v zevním zvukovodu, v blízkosti ušního bubínku (tzv. tympanální měření), teplota je vyšší o 0,5°C než v axile (Zadák, 2007).

Metoda zvolená pro měření tělesné teploty by měla být pohodlná i bezpečná pro dítě a měla by poskytnout co nejpřesnější výsledky. Má – li dítě teplotu, je vhodné ji měřit pravidelně každé 2 – 3 hodiny. Je také důležité vědět, kdy dítěti změřit teplotu. Měli bychom si všimnout změn v chování, pláče, únavy, odmítání jídla a pití, bolestí hlavy, uší, břicha. (Vytejková, 2013).

2.1 Druhy teploměrů

2.1.1 Skleněné rtuťové teploměry

Dlouhou dobu to byl nejpoužívanější typ teploměru. Využíval se pro měření v axile a konečnicku. Dnes je jeho používání ve zdravotnických zařízeních zakázané na základě Směr-

nice Evropského parlamentu a rady 2007/51/ES . Dodnes se s ním, ale můžeme setkat. Prvním typem je tzv. maximální teploměr. U něho rtuťový sloupec po naměření hodnoty neklesá a proto je nutné před dalším měřením rtuť sklepat. Druhou variantou je tzv. rychloběžka, která se používala především pro měření teploty v konečniku u dětí. Odečet teploty se musel provést ještě při zavedeném teploměru, ihned po tom co teplota přestala stoupat, protože po vyjmutí teploměru začne naměřená hodnota rychle klesat. (Mlýnková, 2010; Navrátil, 2005; Krišková a kol., 2006).

2.1.2 Skleněné teploměry bezrtuťové

Jedná se o alternativní náhradu rtuťového teploměru. Jako měřící kapalina se používá netoxická látka zvaná Galinstan, což je slitina kovů galia, india a cínu. Stříbrná slitina kovů je bez jakéhokoliv zápachu. Bylo vyzkoumáno, že vřít začne při 1300 °C a je nehořlavá. Při výzkumu nebyly zjištěny žádné nežádoucí účinky na zdraví. Před začátkem měření se musí zkontrolovat, aby látka byla pod 36 °C, také je nutná kontrola celistvosti. Při axilárním měření dostaneme správný výsledek za 5 – 10 minut, při orálním měření za 3 minuty a při rektálním za 2 minuty. Rozsah stupnice je + 35 až + 42 °C (Augustynek, 2010; RG Medical Diagnostics, 2013; Exatherm; Nejedlá, 2006).

2.1.3 Digitální teploměry

Tento typ teploměrů je poměrně rychlý, teplotu dokáže změřit již za 60 sekund. Mají akustický projev, to znamená, že zvukem ohlásí ukončení doby měření. Naměřená hodnota se zobrazí na displeji. Výhodou je, že poslední naměřená hodnota se automaticky ukládá do paměti. S digitálními teploměry můžeme teplotu měřit axilárně, thympanálně, orálně, na čele a rektálně. Uvádí se, že maximální odchylka je 0,1 °C. Vyrábějí se z plastu, jsou snadno udržovatelné a méně se rozbíjejí. (Thermoval, 2013; Mlýnková, 2010; Vojtíšek, 2011).

2.2 Způsoby měření

2.2.1 Neinvazivní metody

Axilární měření – v současné době se tato metoda nejvíce používá u větších dětí a dospělých. Pouze u novorozenců je axilární teplota srovnatelná s teplotou rektální. Je to méně

přesný způsob a to z důvodu, že v blízkosti axily neprochází žádné velké cévy, jen pažní tepna. Axilární teplotu může ovlivnit prostředí, periferní vazokonstrikce, pot a hustota ochlupení. K axilárnímu měření se používají teploměry skleněné nebo digitální. Kůže v podpaží musí být suchá. Špičku teploměru vsuneme do nejhlubšího místa v podpažní jamce. Teploměr musí být po celou dobu měření v kontaktu s kůží a nesmí se s ním hýbat. Paži na stejné straně, kde měříme, přitáhneme k tělu a tím teploměr fixujeme. Pokud dítě není schopno samo udržet teploměr, tak mu ruku můžeme přidržet. Dítě nenecháváme bez dozoru. Při použití skleněného teploměru hrozí jeho rozbití a následné poranění dítěte. Výhodou je bezpečnost, pohodlnost a snadný přístup. Pro axilární měření se používají teploměry skleněné a digitální (Mikšová, 2006; Bennett, 2006; Vojtíšek, 2011).

Orální měření – tento způsob je oblíbený především v Anglii a Spojených státech amerických. U malých dětí se toto měření provádí pomocí dudlíku, ve kterém je zabudovaný teploměr. Je důležité, aby minimálně 15 minut před měřením dítě nejedlo a nepilo. Teplota naměřená v ústech je o 0,3 °C vyšší než teplota naměřená v podpaždí. V případě běžného digitálního teploměru se tento způsob měření považuje za nej přesnější a nejpohodlnější. Špička teploměru se umístí nalevo nebo napravo od uzdičky jazyka. Špičkou nesmíme hýbat a musí zůstat v kontaktu se sliznicí po celou dobu měření. Doporučuje se měřit 20 – 30 minut po jídle. Nevýhodou je, že tento způsob nelze používat u neklidných jedinců. Kontraindikací je zánět či chirurgický zákrok v dutině ústní (Mikšová a kol., 2006; Rozsypalová a kol., 2002; Krišková, 2006; Bennett, 2006; Mlýnková, 2010). Pro tento způsob měření se u dětí používají teploměry zabudované v dudlíku. Toto měření je zcela bezpečné, spolehlivé a pro dítě je nejméně stresující. Měření by se mělo provádět přibližně 3 minuty. Teploměr obsahuje drobné částičky, proto nesmíme dítě nechat bez dozoru po dobu měření (Mlýnková, 2010; Vojtíšek, 2011).

Tympanické měření - bubínkový teploměr funguje na základě snímání energie infračerveného záření z ušního bubínku. Postup měření se liší podle věku dítěte. U dítěte mladšího tří let jemně táhneme ušní lalůček směrem dolů dozadu. U starších dětí táhneme ušní lalůček nahoru a dozadu, docílíme tím napřímení zvukovodu a následně přesnějšího měření. Zánět středního ucha, nahromadění ušního mazu nebo delší ležení na měřené straně může ovlivnit naměřenou hodnotu. Přibližně 30 minut před měřením by mělo být dítě v klidu. Teplotu měříme v blízkosti hypotalamu (poblíž centra termoregulace). Většina těchto přístrojů má signalizační funkci, takže v případě horečky se spustí zvukový alarm (Kapounová, 2007;

Handl, 2004; Leifer, 2004; Bennett, 2006; Krišková a kol., 2006). Jedná se o přesné, rychlé měření, které vyhovuje hygienickým zásadám. Délka měření je přibližně 2 – 3 sekundy. Pro svou rychlost je vhodný k měření teploty u dětí a u neklidných pacientů. Teplota je 0,5^o C vyšší než při axilárním měření. Pro přesnost měření je důležité dodržovat nařízení výrobce z jaké vzdálenosti, lze správně měřit. Množství funkcí se liší dle výrobce, k základním patří funkce uložení naměřených hodnot, signalizační zařízení a stav baterie (Mlýnková, 2010; Vojtíšek, 2011).

Rektální měření – dříve se tento způsob používal častěji, bylo zjištěno, že je přesnější než axilární měření. Později se zjistilo, že rektální měření je stejně přesné jako tympanické měření tělesné teploty, a bylo jím postupně nahrazeno. Dnes se rektální měření používá u malých dětí a při podezření na zánětlivé onemocnění v břišní dutině. Teplota v rektu je o 0,5 °C vyšší než teplota v axile. U kojenců a malých dětí je vhodná poloha na zádech, pevně uchopit a zdvihnout dolní končetiny. U starších dětí je vhodná poloha naboku. Pro rektální měření se používají teploměry skleněné a digitální. Konec teploměru potřeme vazelinou. Rektální teplotu měříme vždy jako poslední z fyziologických funkcí, protože vyvolá u dítěte pláč a tím ovlivní i další fyziologické hodnoty (Leifer, 2004; Bennett, 2006; Krišková, 2006; Mikšová, 2006).

2.2.2 Invazivní metody

Provádí se pomocí čidel zavedených do těla. Tento způsob měření se využívá především v intenzivní a anesteziologicko – resuscitační péči. Existuje několik způsobů invazivního měření a to pomocí:

- jícnového čidla
- intravaskulární čidlo
- permanentního močového katetru

Jícnové čidlo snímá teplotu v hltanu a může být ovlivněna únikem vzduchu kolem. Pokud je čidlo zavedeno až do dolní čtvrtiny jícnu, pak teplota odpovídá teplotě krve v aortě. Tento způsob měření není vhodný u pacientů, kteří jsou při vědomí, spontánně ventilují a je u nich zachovaný kašlací reflex. Nevýhodou je poměrně velké riziko vzniku dekubitu. Dalším rizikem je nechtěné odstranění čidla při odstranění či výměně nasogastrické sondy nebo při extubaci (Hůskova, 2009; Kapounová, 2007; Tůmová, 2012).

Intravaskulární čidlo je dnes považováno v intenzivní péči za standard, ačkoli jeho zavedení má svá rizika. Katetrizace se provádí, je-li nutno kontinuální sledování hemodynamického stavu. Tento typ čidla musí zavádět provádět pouze zkušení lékaři, kteří jsou obeznámeni s anatomii, bezpečnými technikami a možnými komplikacemi. Je nutné provést RTG kontrolu správného uložení katétru. Úkolem sestry je připravit sterilní prostředí před zavedením intravaskulárního čidla, sterilní instrumentální stůl. Sestra musí zavedený katetr asepticky ošetřovat a okamžitě řešit případné komplikace, které jsou spojeny s kanylací, jako např. pneumotorax, hemotorax, krvácení do měkkých tkání či případná katérová seps. (Adams, 1999; Drábková, 2002; Handl, 2009).

Čidlo umístěné na permanentním močovém katetru je umístěno blízko balónku PMK a je napojen kabelem na monitor. Je nutné PMK důkladně ošetřovat za aseptických podmínek a předcházet vzniku případných dekubitů. (Tůmová, 2012 Ševčík, 2000; Zadák, 2007).

3 MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

3.1 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů romské příslušnosti

„Slovo Rom je velmi starého původu a má patrně základ ve slově dom, které bylo souhrnným označením příslušníků indických kast s podobným sociálním statusem. Cikán – tedy jeden z nejrozšířenějších názvů příslušníků této etnické skupiny v Evropě - se nejčastěji odvozuje ze slova athingan – atsigan“ (Horváthová, 1999, s. 16).

Podle odhadů žije v dnešní době v ČR 280 – 320 tisíc Romů rozdělených do několika sub-etnických romských skupin. Pozůstatky kastovního systému můžeme dodnes pozorovat u jednotlivých romských skupin v různých formách a životních situacích. Romové jsou považováni za největší etnickou skupinu v České republice. Jejich životní způsob vyplývá z pojetí života a životních hodnot. Na prvním místě je pro ně život. Vše co život ohrožuje nebo omezuje, vnímají jako negativní. Na druhém místě je pro Romy rodina. Pro Romskou rodinu jsou charakteristické silné rodinné vazby. Je pro ně charakteristické, že nerozlišují stupně příbuznosti. Hlavou rodiny je zde muž, který nese odpovědnost. Ženy se starají o domácnost, o výchovu dětí. V romské rodině si všichni pomáhají. Vyhnání z rodiny považují za největší trest. Největším bohatstvím pro romskou rodinu jsou děti. Malé děti nejsou příliš vedeny k samostatnosti. Bohužel i v dnešní době se najdou jedinci, kteří nepovažují školní vzdělání za důležité. Tento odpor ke vzdělávání je pravděpodobně způsoben pocitem, že dítě, které dosáhne určitého vzdělání, se může rodině odcizit (Kelnarová, 2008; Říčan, 1998).

Stává se, že při setkání s některými nemocemi se pacient projeví jinak než u jiné nemoci. Díky blízkému vztahu k rodině, se mohou bez přítomnosti své rodiny cítit nesamostatní a to se může projevit jako méněcennost, která může vyústit v agresivitu nebo nespolupráci se zdravotníky. Při ošetřování je velkým problémem nedůvěřivost vůči zdravotnickému personálu. Je nutné získat důvěru a respektovat početný doprovod. Informace o zdravotním stavu podat tomu, kdo za rodinu jedná. Pociťují značný strach z bolesti, ze smrti. Jsou velmi emotivní a nahlas sténají. V léčbě nemocí mají hlavní slovo nejstarší ženy. Věřily a dodnes někteří věří, že za nemoc může uhrnutí (Ivanová, Kutnohorská, Špidurová, 2005).

3.2 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů vietnamské populace

Vietnam je stát v jihovýchodní Asii při pobřeží Jihočínského moře. S Vietnamem sousedí Kambodža, Čína, Laos. Hlavní město je Hanoj. Do poloviny 19. století to byla francouzská kolonie. Z náboženství se zde uplatňuje buddhismus, konfucianismus, taoismus a křesťanství. První Vietnamci přišly do ČR v 50. letech, důvodem byla poválečná krize. Druhá vlna přišla po sametové revoluci (1989). Pro vietnamskou společnost je typická uzavřenost, začleňování je tedy značně obtížné. Mezi základní znaky, vycházející z konfuciánských tradic, vietnamské rodiny patří: „poslušnost dětí, pevný řád uvnitř rodiny, široká solidarita s blízkými i vzdálenými příbuznými, vzájemná pomoc v rámci široké rodiny (Tollarová, 2010).

Vietnamci preferují patriarchální strukturu rodiny. V rodině rozhodují otcové či nejstarší synové. Muži vykonávají těžké práce a musejí být silní v kritických situacích. Když se žena vdá, musí poslouchat manžela, pokud manžel zemře a vdova žije se synem, musí poslouchat jeho. Žena se má starat o domácnost, rodinu a obřady. V rodině často žijí i tři generace dohromady, domovy důchodců a jiná podobná zařízení jsou pro ně nepředstavitelná. Respektují prvorozené dítě, prvorozený syn dědí veškerý majetek a musí se postarat o rodiče. Při výchově kladou důraz na vzdělání. Považují za nevhodné, když se muž dotkne cizí ženy. V nonverbální komunikaci převažuje projev velkorysosti a přátelství, kdy je zvykem při podání ruky podat pravici a levou rukou ji ještě lehce stisknou. Za nezdvořilost se považuje přímý oční kontakt. Za nezdvořilost také považují hlazení a dotýkání se hlavy. Smrkání na veřejnosti je považováno za neslušné a směšné. Kladou důraz na čisté a upravené oblečení. Odmítají mléčné výrobky, stravují se pomocí tyčinek, nepřejí si dobrou chuť, mlaskání a potřísněný ubrus je projevem úcty. Základem pokrmu je rýže, dále maso a ryby, těstoviny, zelenina a kandované ovoce. Zdraví chápou jako rovnováhu mezi jang (světlo, teplo) a jing (tma, chlad). Udržují lidové praktiky, které zanechávají stopy na těle. Vietnamci bývají často stydliví a skromní, především ženy. Často je důležitý tlumočník, zejména pro starší pacienty, může to být člen rodiny, jelikož pacienti chtějí rodinné příslušníky u každého ošetrovatelského výkonu. Preferují každodenní sprchu v brzkých hodinách. Kvůli soukromí používají raději toaletu než podložní mísu či močovou lahev. Dobrovolně si neřeknou o léky proti bolesti kvůli obavám ze závislosti. Je – li potřebná transfuze, členové rodiny jsou ochotni darovat krev. Nejprve zkouší domácí léčení, stav onemocnění přiznají, až když je pokročilý nebo velmi bolestivý (Pernicová, 2013; Kelnarová, 2009).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE PRÁCE

Cíl 1: zmapovat používané metody monitorování horečky u dětí na území ČR a následně porovnat získané údaje (česká národnost x romská etnika x vietnamská etnika)

Cíl 2: zmapovat používané metody snižování teploty u dětí a následně porovnat získané údaje (česká národnost x romská etnika x vietnamská etnika)

5 METODIKA

Ve výzkumné části jsem použila kvantitativní výzkum. Pro sběr dat byl vytvořen nestandardizovaný dotazník, který obsahoval 20 otázek. Byly použity otázky identifikační. Výzkumný vzorek tvořila široká veřejnost. Respondenti neuváděli svá jména a ani jsem nebyla přítomna při vyplňování dotazníků, výzkum je tedy zcela anonymní.

Průzkum se prováděl na území celé České republiky a probíhal od poloviny března do poloviny dubna 2016. Z celkového počtu 147 dotazníků jsem musela 23 dotazníků vyřadit. Výzkumný vzorek tvořily respondenti z řad široké veřejnosti. Výzkum probíhal pomocí elektronického dotazníku, který byl vytvořen pomocí stránek survio. Odkaz na elektronický dotazník jsem následně rozesílala pomocí sociálních sítí.

Získaná data jsou uvedena v tabulkách. Data jsem zpracovala a vyhodnotila v programu Microsoft Office Excel. V tabulkách jsou zobrazeny hodnoty v absolutní (n) i relativní četnosti (f v %) mimo položku 1, ta je pouze v absolutní četnosti.

Kritéria pro výběr respondentů byla následující:

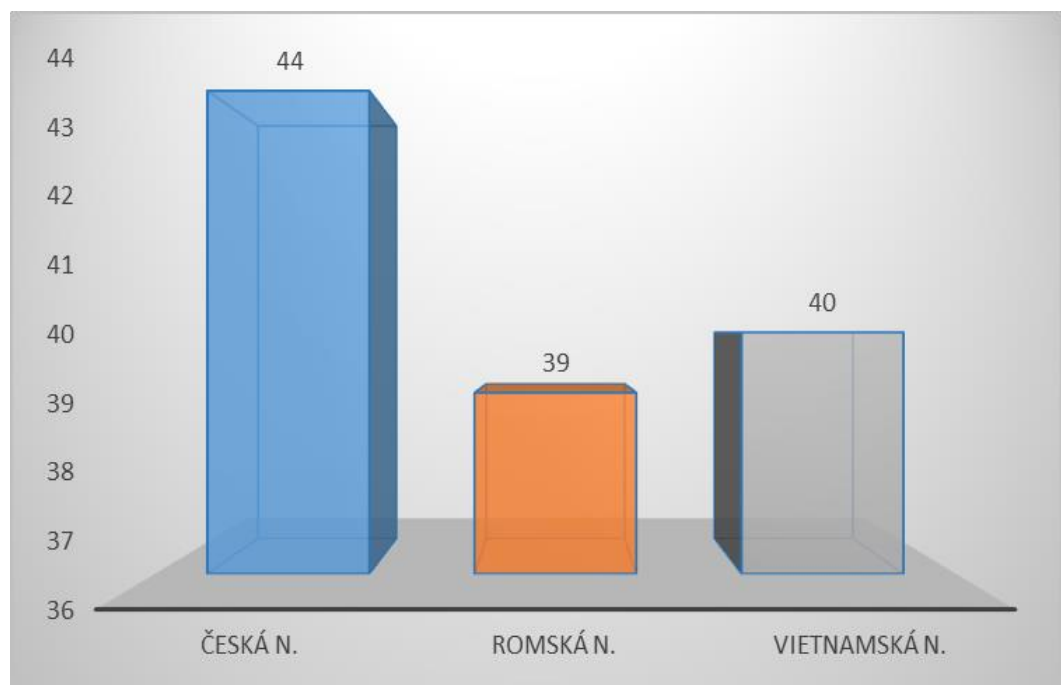
- respondenti musí být České, Romské a Vietnamské národnosti
- musí umět česky
- musí mít alespoň jedno dítě ve věku do 5 let

6 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

1) Národnost respondentů

národnost	počet respondentů (n)
Česká n.	44
Romská n.	39
Vietnamská n.	40

tabulka 1: národnost respondentů



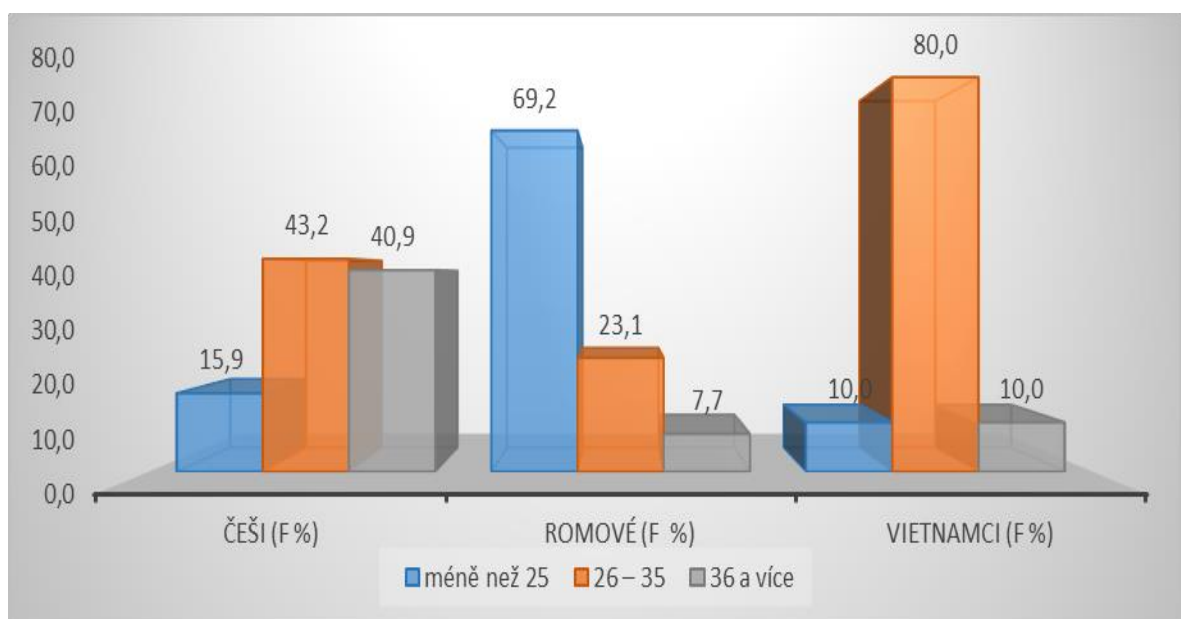
graf 1: národnost respondentů

Z celkového počtu 123 respondentů bylo 40 zástupců České, 39 Romské a 40 Vietnamské národnosti.

2) Věk respondentů

Věk	Češi	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
méně než 25	7	15,9	27	69,2	4	10,0
26 – 35	19	43,2	9	23,1	32	80,0
36 a více	18	40,9	3	7,7	4	10,0

Tabulka 2: věk respondentů



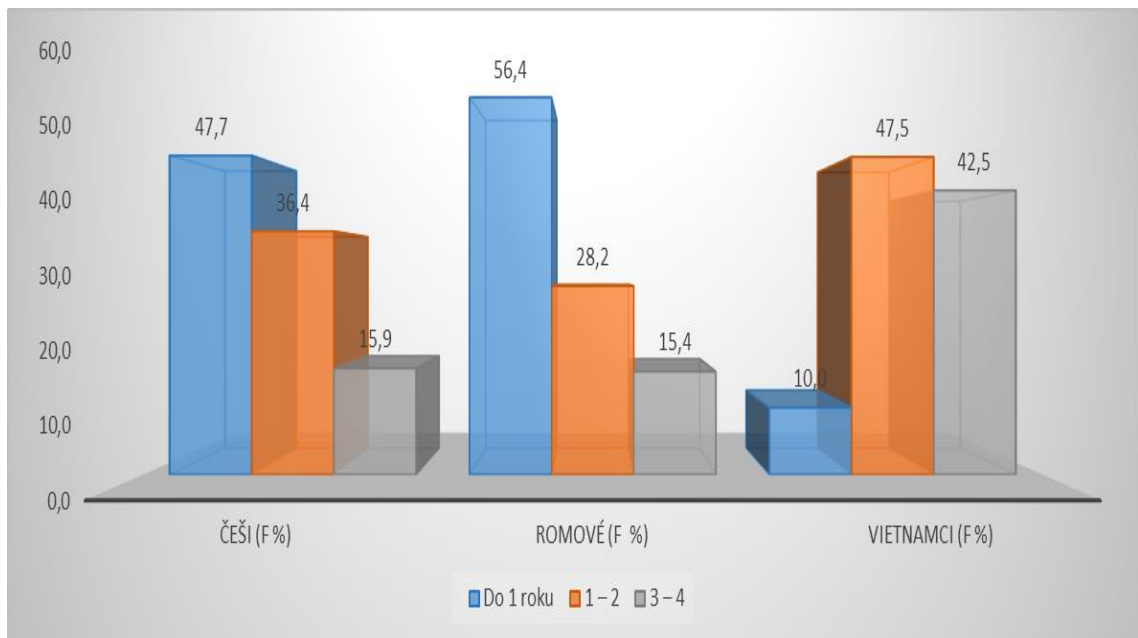
graf 2: věk respondentů

Romská populace byla nejvíce zastoupená (69,2%) ve věkové kategorii pod 25 let. Česká (43,2%) a Vietnamská (80%) populace byla nejvíce zastoupená ve věkové kategorii 25 – 35 let.

3) Věk dětí

věk dětí	Češi	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
do 1 ro-ku	21	47,7	22	56,4	4	10,0
1 – 2	16	36,4	11	28,2	19	47,5
3 – 4	7	15,9	9	15,4	17	42,5

Tabulka 3: věk dětí



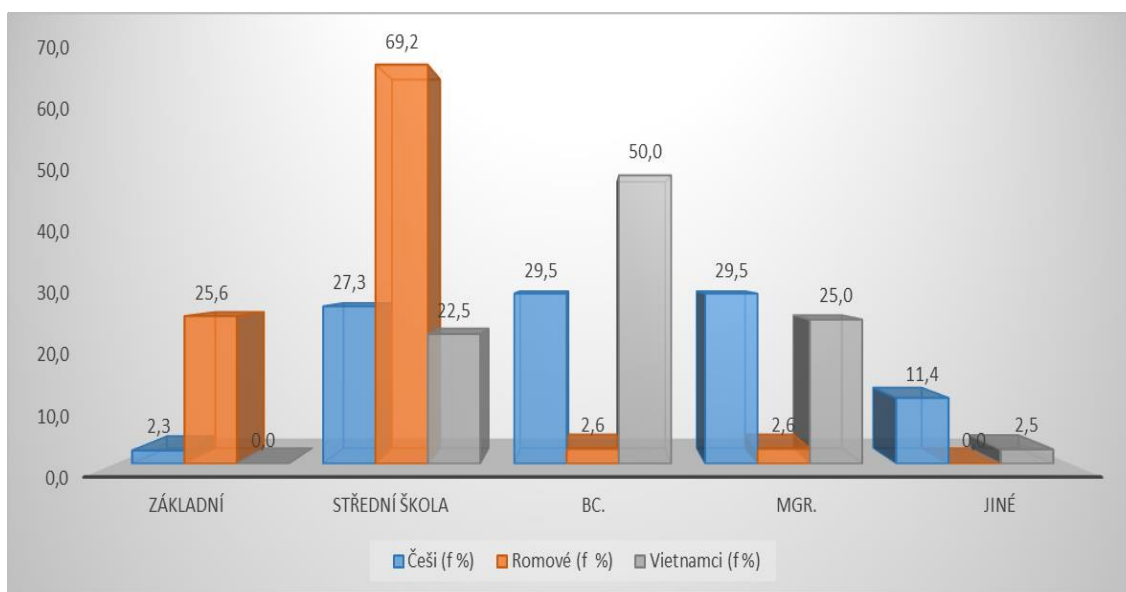
graf 3: věková kategorie dětí

V práci jsem se zabývala horečkami u dětí od narození do 5 let. Nejpočetnější skupina, která měla dítě do 1 roku, byla romská populace (56,4%) a česká populace (47,7%). U vietnamské populace uvedlo 47,5% dotazovaných, že má dítě ve věkové kategorii 1 -2 roky a 42,5% mělo dítě ve věku 3 – 4 roky.

4) nejvyšší dosažené vzdělání

Vzdělání	Češi	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
základní	1	2,3	10	25,6	0	0,0
střední škola	12	27,3	27	69,2	9	22,5
Bc.	13	29,5	1	2,6	20	50,0
Mgr.	13	29,5	1	2,6	10	25,0
Jiné	5	11,4	0	0,0	1	2,5

Tabulka 4: vzdělání



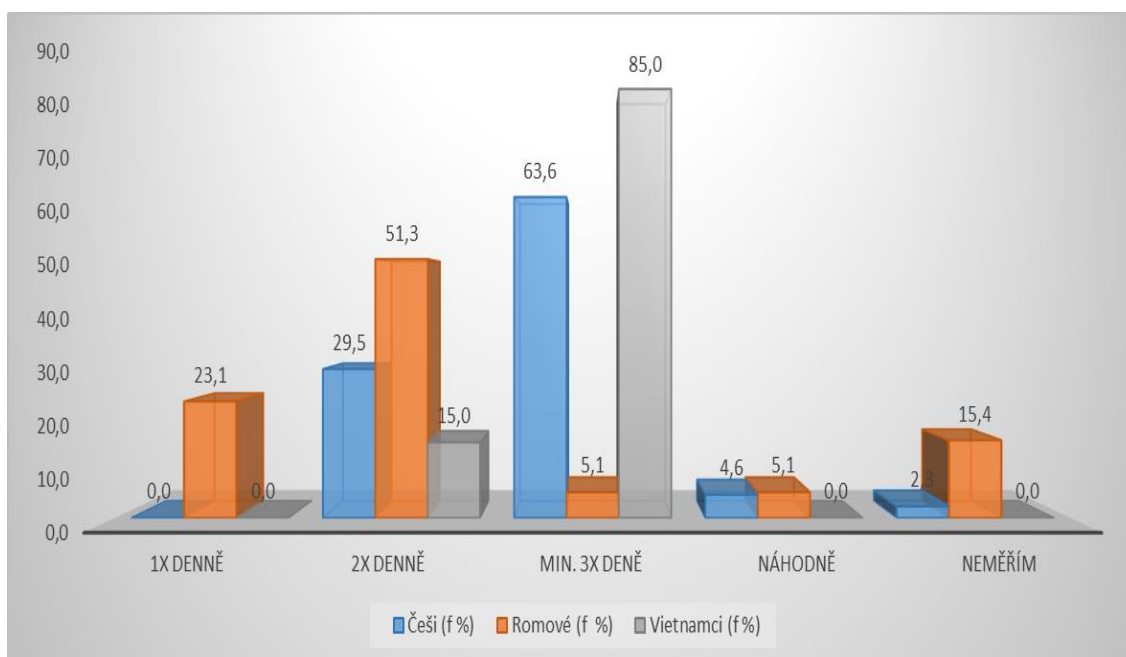
graf 4: nejvyšší dosažené vzdělání

V tabulce 4 jsou uvedeny údaje o nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů. U českých respondentů byly nejvíce zastoupeni lidé s vysokoškolským bakalářským (29,5%) a magisterským (29,5%) titulem. Naproti tomu u Romů, byla nejpočetnější skupina u odpovědi středoškolské vzdělání. Nejpočetnější skupina Vietnamských respondentů měla vystudovaný vysokoškolský bakalářský titul.

5) Četnost měření

Četnost měření	Češi	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
1x denně	0	0,0	9	23,1	0	0,0
2x denně	13	29,5	20	51,3	6	15,0
min. 3x denně	28	63,6	2	5,1	34	85,0
náhodně	2	4,6	2	5,1	0	0,0
neměřím	1	2,3	6	15,4	0	0,0

Tabulka 5: četnost měření



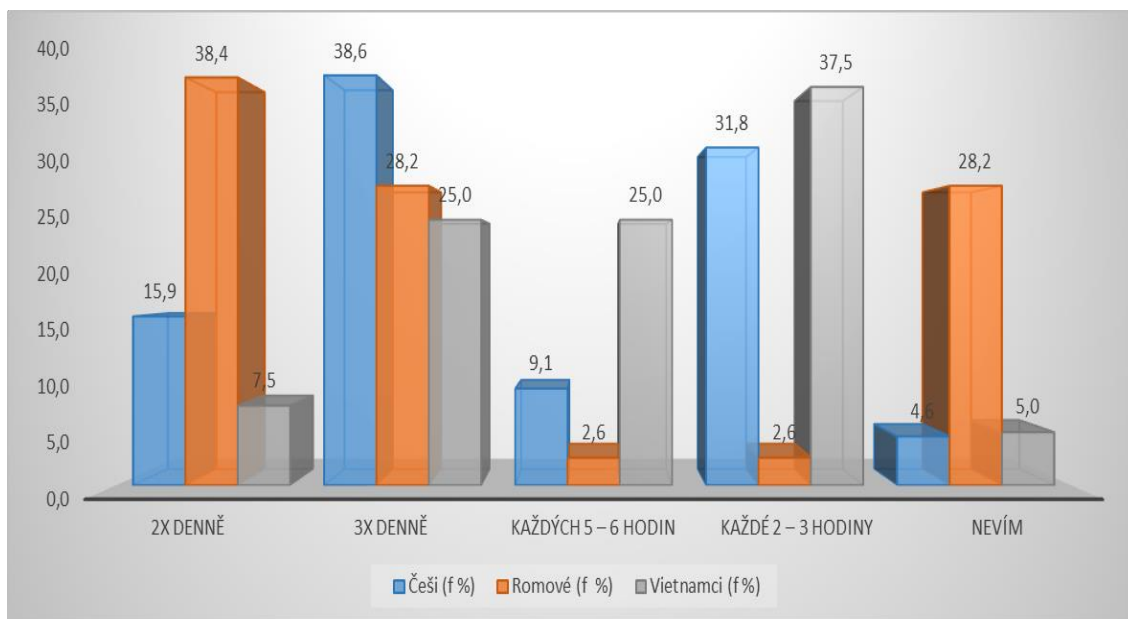
graf 5: četnost měření

V tabulce 5 je uveden přehled, jak často respondenti měří teplotu. 63,6 Čechů uvedlo, že měří teplotu minimálně třikrát denně. Stejnou odpověď zvolilo i 85% Vietnamců. U romských rodičů nejpočetnější skupina (51,3%) měřila teplotu dvakrát denně.

6) Jak často by se teplota měla měřit

Četnost měření správně	Češi	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
2x denně	7	15,9	15	38,4	3	7,5
3x denně	17	38,6	11	28,2	10	25,0
Každých 5 – 6 hodin	4	9,1	1	2,6	10	25,0
Každé 2 – 3 hodiny	14	31,8	1	2,6	15	37,5
Nevím	2	4,6	11	28,2	2	5,0

Tabulka 6: správná četnost měření teploty u dětí



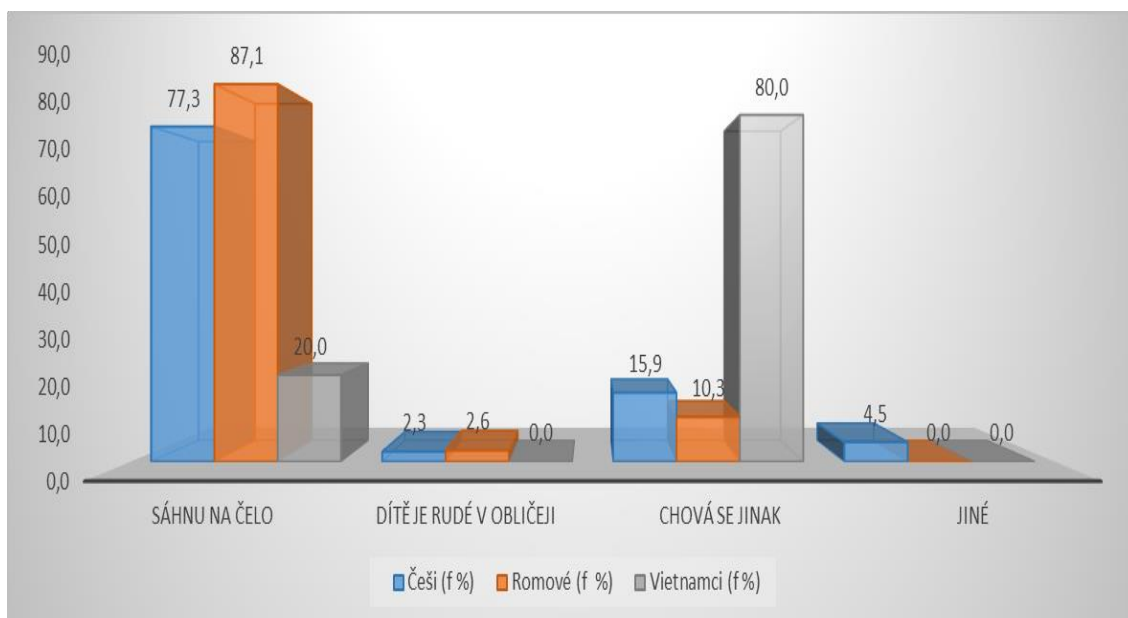
graf 6: správná četnost měření

U otázky, zda respondenti vědí, jak často by se měla měřit teplota u dětí, odpovědělo správně 31,8% Čechů a 37,5% Vietnamců. 28,2% Romů uvedlo, že neví jaká je správná frekvence měření.

7) Jak lze zjistit, že má dítě teplotu bez teploměru?

alternativní metody	alternativní metody měření teploty	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
sáhnú na čelo	34	77,3	34	87,1	8	20,0
dítě je rudé v obličejí	1	2,3	1	2,6	0	0,0
chová se jinak	7	15,9	4	10,3	32	80,0
jiné	2	4,5	0	0,0	0	0,0

Tabulka 7: alternativní metody určení teploty u dětí



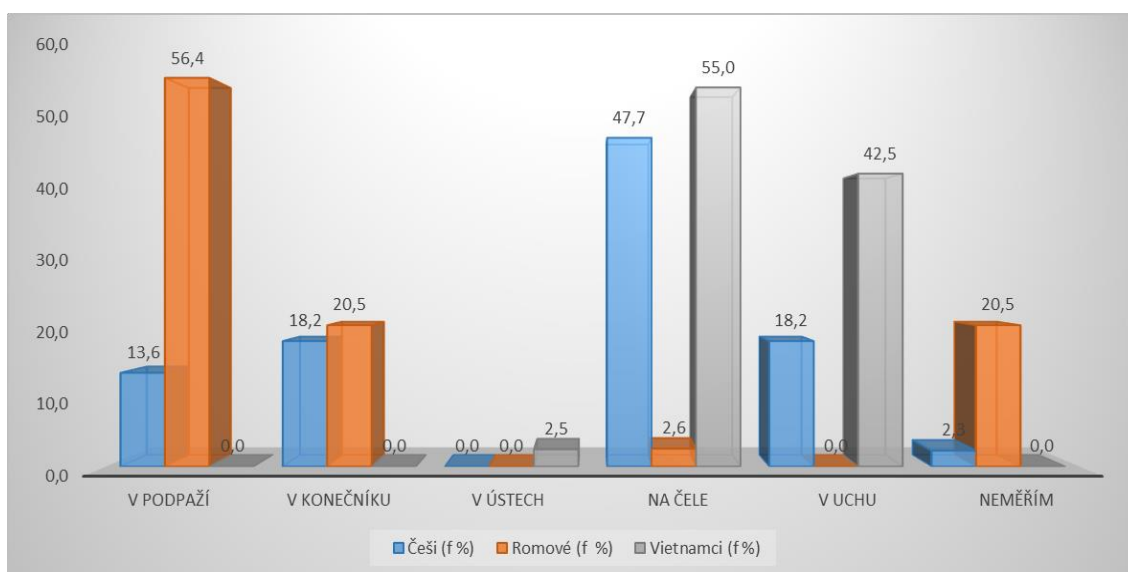
graf 7: alternativní metody určení teploty

V tabulce 7 je uveden přehled alternativních možností, jak lze zjistit u dítěte teplotu. U této otázky uvedlo 77,3% Čechů a 87,1% Romů, že sáhne dítěti na čelo. Naproti tomu 80% Vietnamců uvedlo, že se dítě začne chovat jinak než obvykle.

8) Místo měření

	Češi	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
v podpaží	6	13,6	22	56,4	0	0,0
v konečníku	8	18,2	8	20,5	0	0,0
v ústech	0	0,0	0	0,0	1	2,5
na čele	21	47,7	1	2,6	22	55,0
v uchu	8	18,2	0	0,0	17	42,5
neměřím	1	2,3	8	20,5	0	0,0

Tabulka 8: místo měření TT



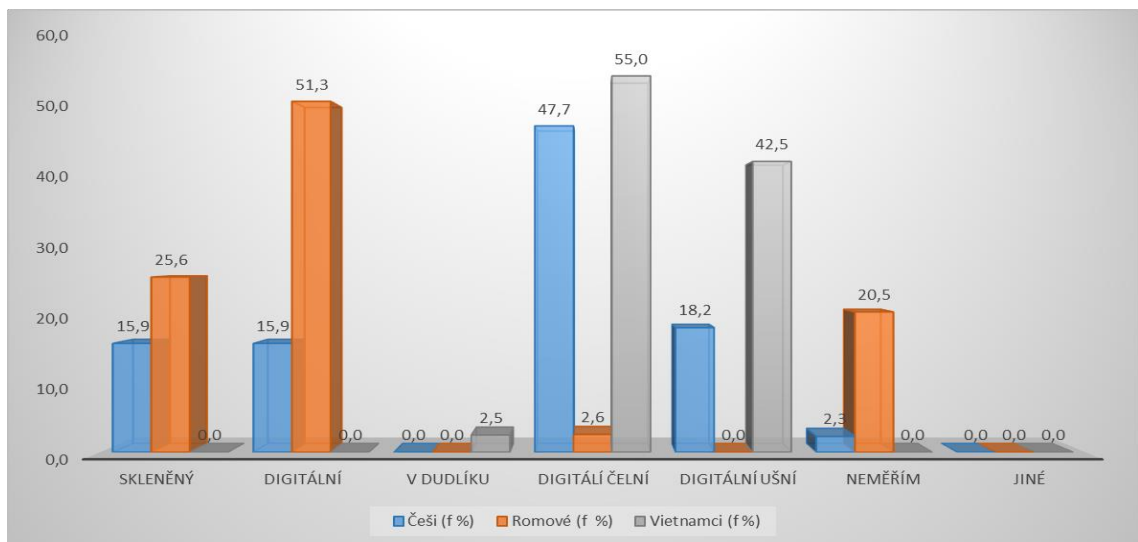
graf 8: místa měření

U otázky kde měří teplotu, mi odpovědělo 47,7% Čechů, že na čele. Stejnou odpověď uvedlo i 55% Vietnamských rodičů. Romové nejčastěji měří teplotu axilárně, tuto možnost zvolilo 56,4% dotazovaných. V mém průzkumu uvedlo 20,5% Romů, že teplotu neměří vůbec.

9) Typ teploměru

typy tep- loměrů	Češi	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
skleněný	7	15,9	10	25,6	0	0,0
digitální	7	15,9	20	51,3	0	0,0
v dudlíku	0	0,0	0	0,0	1	2,5
digitální čelní	21	47,7	1	2,6	22	55,0
digitální ušní	8	18,2	0	0,0	17	42,5
neměřím	1	2,3	8	20,5	0	0,0
jiné	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tabulka 9: používané typy teploměrů



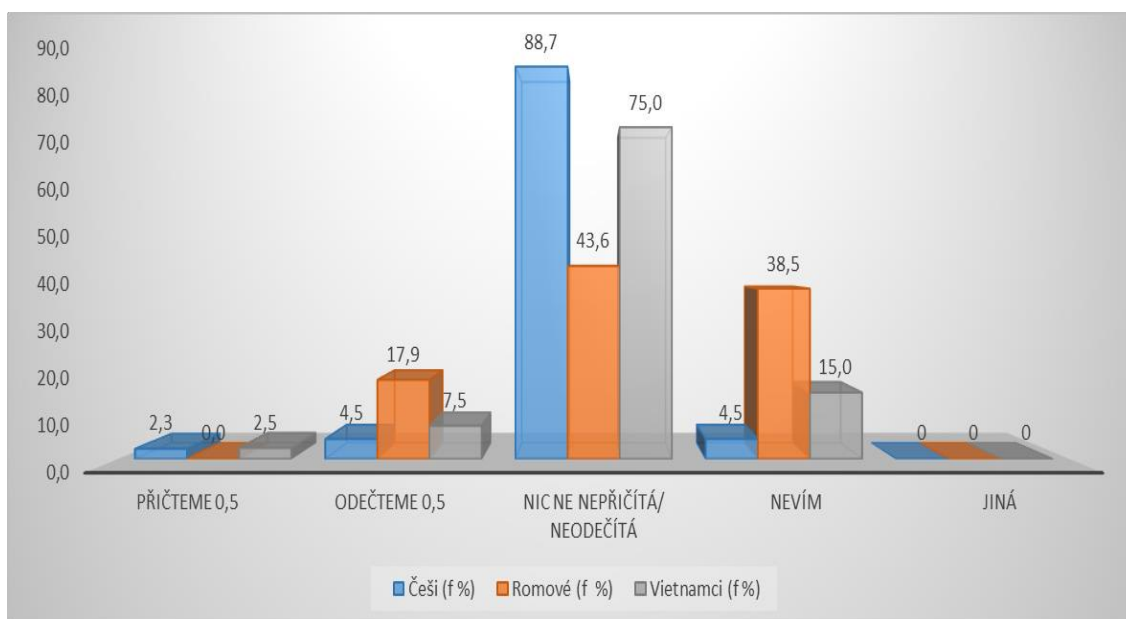
graf 9: typy teploměrů

Graf 9 znázorňuje četnost používání jednotlivých teploměrů. Z mého průzkumu vyšlo, že nejpoužívanějším teploměrem u Čechů, je bezdotykový čelní teploměr. U Romské populace byl nejvíce zastoupený běžný digitální teploměr, tuto odpověď zvolilo něco málo přes 51% dotazovaných. Respondenti vietnamské národnosti uvedli, že nejvíce používají bezdotykový čelní teploměr (55%) a ušní teploměr (42,5%).

10) Při měření v podpaží

axilární	Češi	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
přičteme 0,5	1	2,3	0	0,0	1	2,5
odečteme 0,5	2	4,5	7	17,9	3	7,5
nic ne nepřičítá/ neodečítá	39	88,7	17	43,6	30	75,0
nevím	2	4,5	15	38,5	6	15,0
jiná	0	0	0	0	0	0

Tabulka 10: přičítání/ odečítání hodnoty TT při axilárním měření



graf 10: přičítání/ odečítání hodnoty TT při axilárním měření

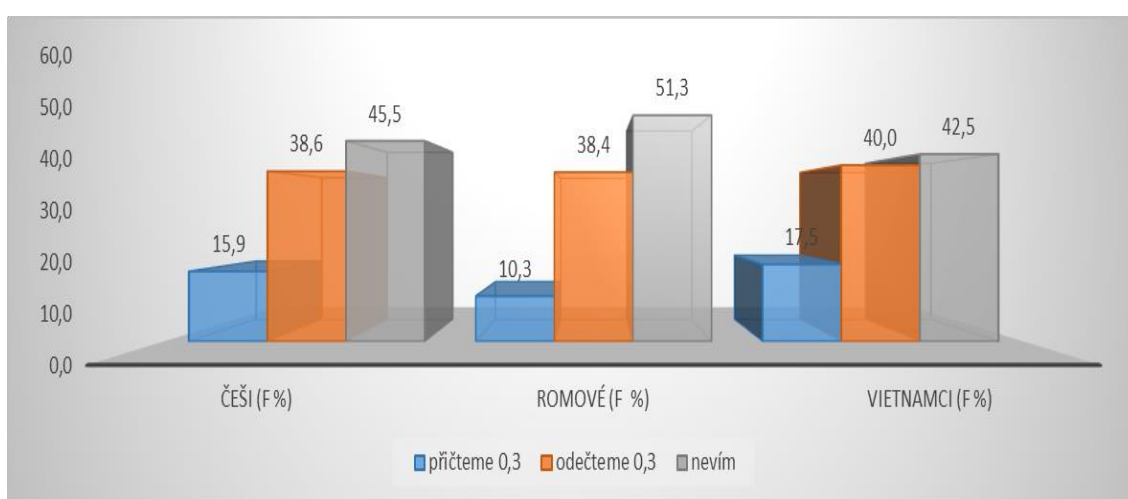
V této otázce se zjišťovalo, zda respondenti vědí, jak je to s přičítáním nebo odečítáním hodnot při axilárním měření. Počet odpovědí je uveden v tabulce 10.

88,7% českých respondentů vědělo, že při axilárním měření se naměřená hodnota nemění. Tuto odpověď, tedy že se nic nepřičítá ani neodečítá, zvolilo i 75% vietnamských a 43,6% romských rodičů. U této položky uvedlo 38,5% Romů, že neví.

11) Při měření v ústech

orální	Češi	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
přičteme 0,3	7	15,9	4	10,3	7	17,5
odečteme 0,3	17	38,6	15	38,4	16	40,0
nevím	20	45,5	20	51,3	17	42,5

Tabulka 11: přičítání/ odečítání hodnoty TT při orálním měření



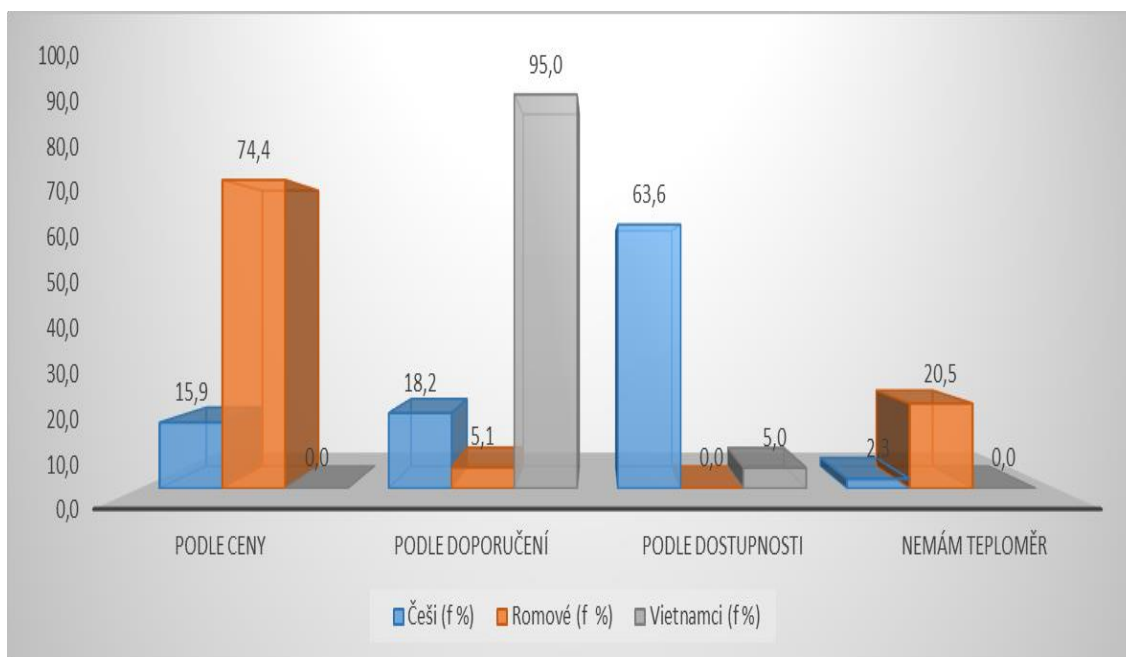
graf 11: přičítání/ odečítání hodnoty TT při orálním měření

V tabulce 11 jsou odpovědi respondentů na otázku, jaká hodnota se přičítá nebo naopak odečítá při orálním měření. 45,5% Čechů, 51,3% Romů a 42,5% Vietnamců uvedlo, že neví, jaká hodnota se přičítá či odečítá. Správnou odpověď, že se odečítá 0,3⁰C uvedlo 38,6% Čechů, 38,4% Romů a 40% Vietnamských respondentů.

12) Kritéria při koupi teploměru

kritéria při koupi teploměru	Češi	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
podle ceny	7	15,9	29	74,4	0	0,0
podle doporučení	8	18,2	2	5,1	38	95,0
podle dostupnosti	28	63,6	0	0,0	2	5,0
nemám teploměr	1	2,3	8	20,5	0	0,0

Tabulka 12: kritéria při koupi teploměru



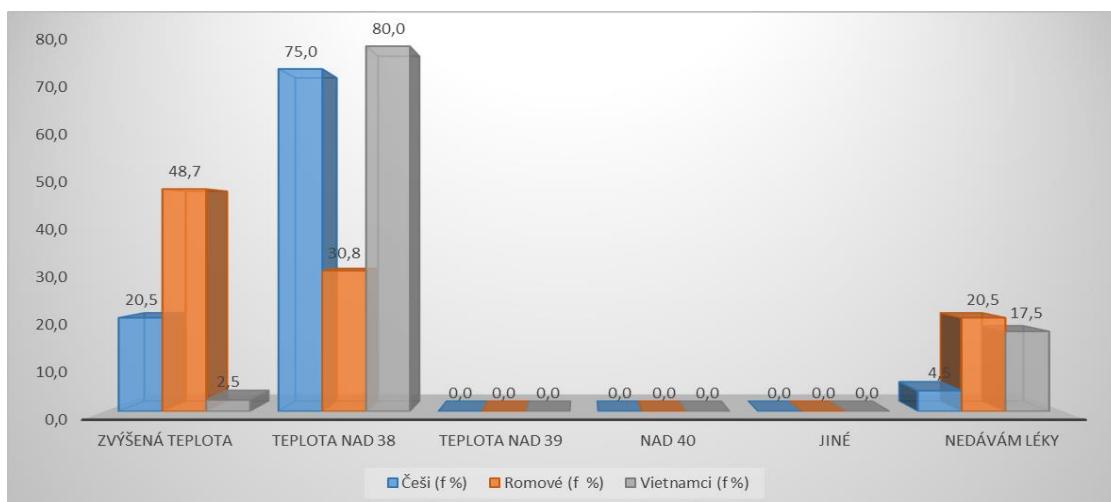
graf 12: kritéria při koupi teploměru

V tabulce 12 jsou uvedeny kritéria, která jsou pro respondenty důležitá při koupi nového teploměru. Pro romskou populaci je nejdůležitějším kritériem cena, pro tuto možnost se rozhodlo 74,4% dotazovaných romských rodičů. Vietnamci se rozhodují především podle doporučení či recenzí a tuto odpověď si vybralo 95% dotazovaných. Češi se rozhodují především podle dostupnosti a tuto možnost zvolilo 63,6%.

13) Podávání antipyretik

podávání léků	Češi	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
Zvýšená teplota	9	20,5	19	48,7	1	2,5
teplota nad 38	33	75,0	12	30,8	32	80,0
teplota nad 39	0	0,0	0	0,0	0	0,0
nad 40	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Jiné	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nedávám léky	2	4,5	8	20,5	7	17,5

Tabulka 13: aplikace antipyretik



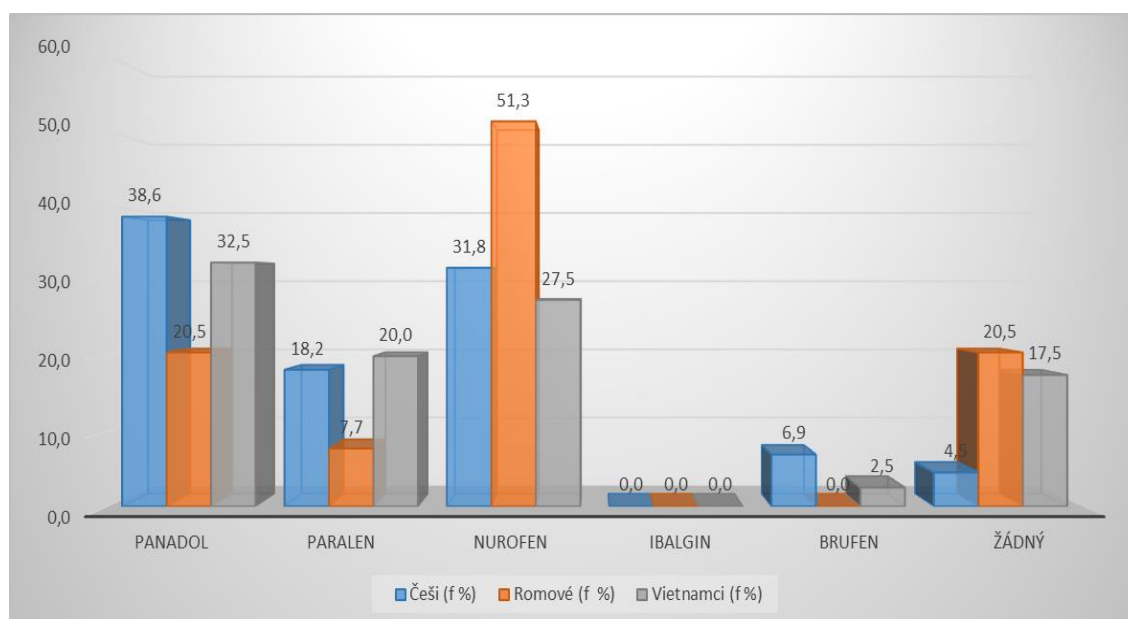
graf 13: aplikace antipyretik

U otázky 13 jsem zjišťovala, kdy rodiče dávají léky na snížení teploty. Do 38⁰C není zapotřebí teplotu snižovat, přesto necelých 49% Romů a 20,5% Čechů dává léky hned při zvýšené teplotě. 75% Čechů, 30,8% Romů a 80% Vietnamských rodičů podává antipyretika, pokud teplota přesáhne 38⁰C. V současné době, nepoužívá antipyretika 4,5% dotazovaných Čechů, 20,5% Romů a 17,5% Vietnamských rodičů.

14) Antipyretika zástupci

	Češi	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
Panadol	17	38,6	8	20,5	13	32,5
Paralen	8	18,2	3	7,7	8	20,0
Nurofen	14	31,8	20	51,3	11	27,5
Ibalgin	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brufen	3	6,9	0	0,0	1	2,5
žádný	2	4,5	8	20,5	7	17,5

Tabulka 14: používaná antipyretika



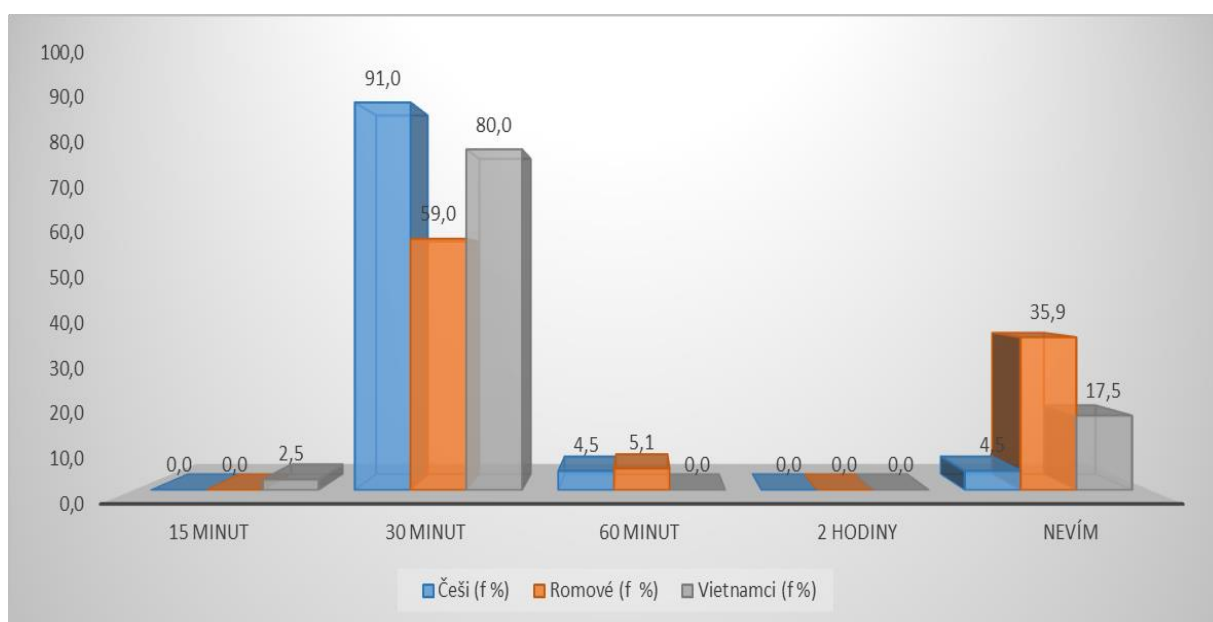
graf 14: používaná antipyretika

Nejpoužívanějším antipyretikem v České republice je Panadol a Nurofen. Panadol používá 38,6% Čechů a 32,5% Vietnamců. Nurofen dává 31,8% dotazovaných Čechů, 51,3% Romů a 27,5% Vietnamských rodičů. 4,5% respondentů české národnosti uvedlo, že nepoužívá žádné farmakologické prostředky. Stejnou odpověď zvolilo i 20,5% Romských a 17,5% Vietnamských rodičů.

15) Za jak dlouho začne působit tableta

působení tablety	Češi	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
15 minut	0	0,0	0	0,0	1	2,5
30 minut	40	91,0	23	59,0	32	80,0
60 minut	2	4,5	2	5,1	0	0,0
2 hodiny	0	0,0	0	0,0	0	0,0
nevím	2	4,5	14	35,9	7	17,5

Tabulka 15: začátek působení tablety



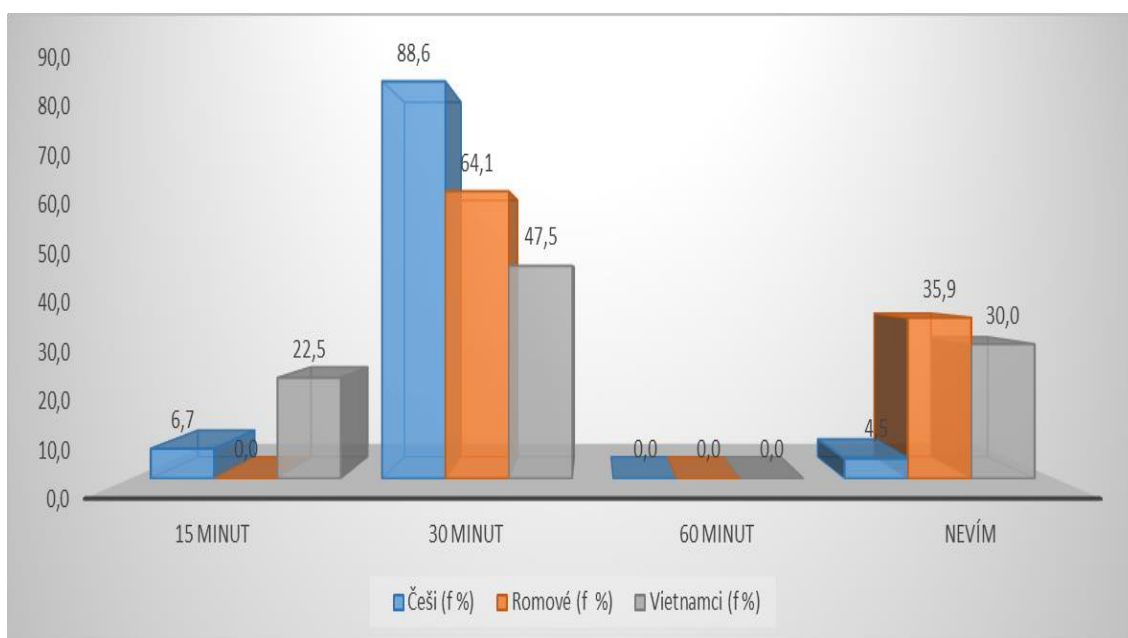
graf 15: začátek působení tablety

U této otázky jsem se snažila zjistit, zda respondenti vědí, za jak dlouho, začíná působit lék proti teplotě podaný ve formě tablety. 91% dotazovaných Čechů, uvedlo, že tableta začíná působit přibližně za 30 minut. Stejnou odpověď zvolilo i 59% Romů a 80% Vietnamských rodičů. 4,5% Čechů, 35,9% Romů a 17,5% Vietnamců uvedli, že neví.

16) Za jak dlouho začne působit čípek

působení čípku	Češi	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
15 minut	3	6,7	0	0,0	9	22,5
30 minut	39	88,6	25	64,1	19	47,5
60 minut	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nevím	2	4,5	14	35,9	12	30,0

Tabulka 16: začátek působení čípku



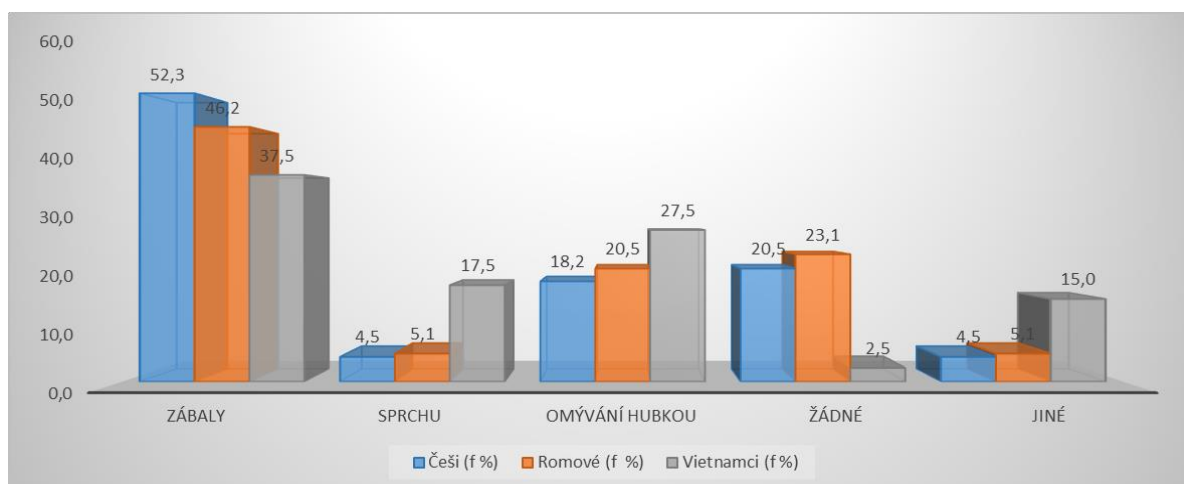
graf 16: začátek působení čípku

U otázky 16 se zjišťovalo, zda respondenti vědí, za jak dlouho začíná působit lék podaný ve formě čípku. 30%. 6,7% Čechů a 22,5% Vietnamských rodičů uvedlo, že čípek začíná působit asi za 15 minut. Nejpočetnější skupina uvedla, že čípek začíná působit za 30 minut. Tuto možnost zvolilo 88,6% dotazovaných Čechů, 64,1% Romských a 47,5% Vietnamských rodičů.

17) Alternativní metody snižování teploty

alternativní metody	Češi	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
zábaly	23	52,3	21	46,2	15	37,5
sprchu	2	4,5	2	5,1	7	17,5
omývání hubkou	8	18,2	8	20,5	11	27,5
žádné	9	20,5	9	23,1	1	2,5
Jiné	2	4,5	2	5,1	6	15,0

Tabulka 17: alternativní možnosti snižování TT u dětí



graf 17: alternativní metody snižování TT u dětí

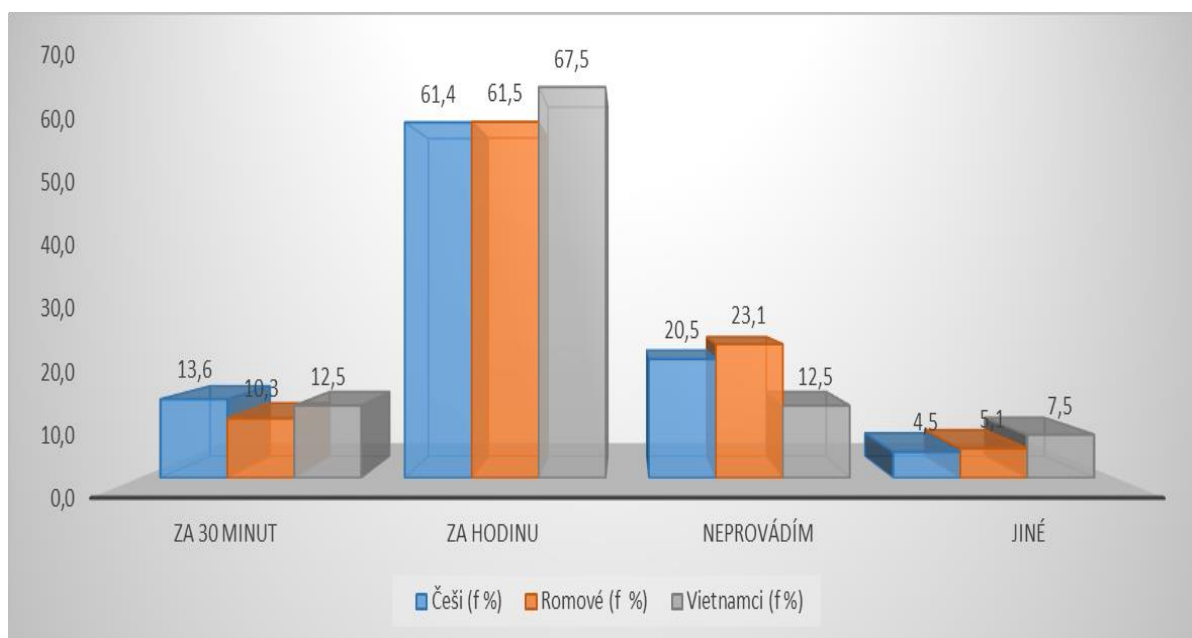
Nejpoužívanějším alternativním způsobem snižování teploty na území České republiky je zábal. Tuto možnost si vybralo 52,3% respondentů České, 46,2% Romské a 37,5% Vietnamské národnosti. 15% dotazovaných respondentů Vietnamské národnosti zvolilo možnost jiná. U této položky byly uvedeny odpovědi jako tinktura s medvědího česneku, zábaly s citronem nebo octem.

U dětí při snižování teploty je nejlepší využít kombinaci léků a nefarmakologických metod. V průzkumu uvedlo 20,5% Čechů a 23,1% romských rodičů, že nepoužívá alternativní postupy snižování teploty.

18) Kontrolní měření

kontrolní měření	Češi	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
Za 30 minut	6	13,6	4	10,3	5	12,5
Za hodinu	27	61,4	24	61,5	27	67,5
Neprovádím	9	20,5	9	23,1	5	12,5
Jiné	2	4,5	2	5,1	3	7,5

Tabulka 18: kontrolní měření po podání antipyretika



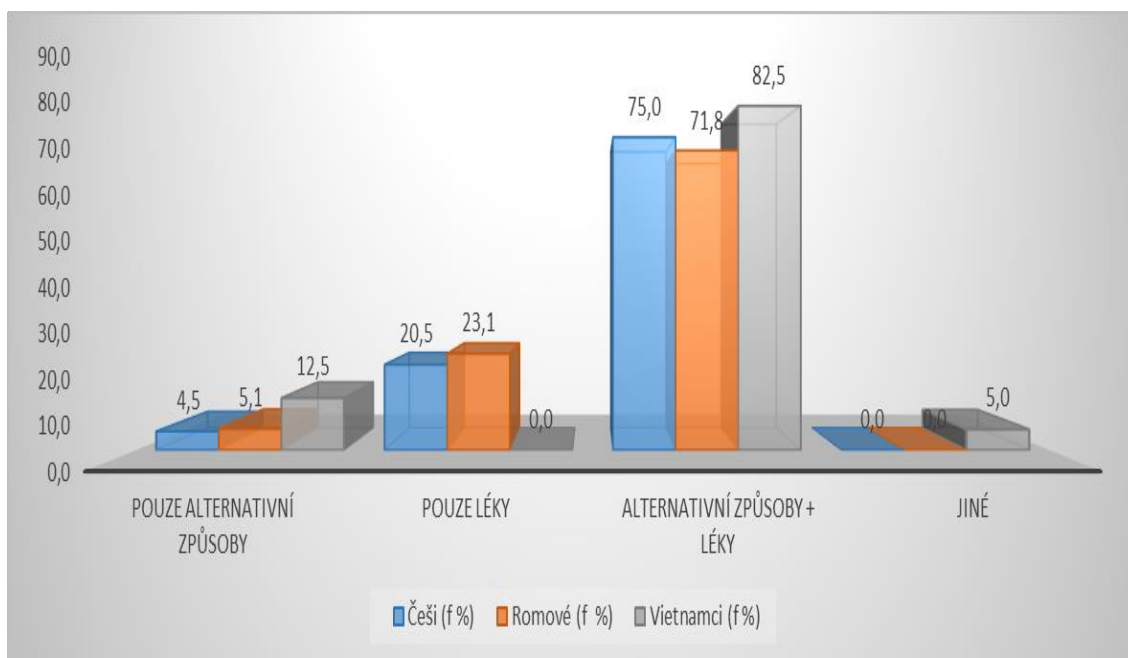
graf 18: kontrolní měření

Kontrolní měření po podání léků na snížení teploty provede 61,4% českých rodičů, 61,5% Romů a 67,5% vietnamských rodičů za hodinu. 20,5% Čechů, 23,1% Romů a 12,5% Vietnamců neprovádí kontrolní měření.

19) Postup snižování teploty

	Češi	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
pouze alternativní způsoby	2	4,5	2	5,1	5	12,5
pouze léky	9	20,5	9	23,1	0	0,0
alternativní způsoby + léky	33	75,0	28	71,8	33	82,5
Jiné	0	0,0	0	0,0	2	5,0

Tabulka 19: postupy používané ke snižování teploty u dětí na území ČR



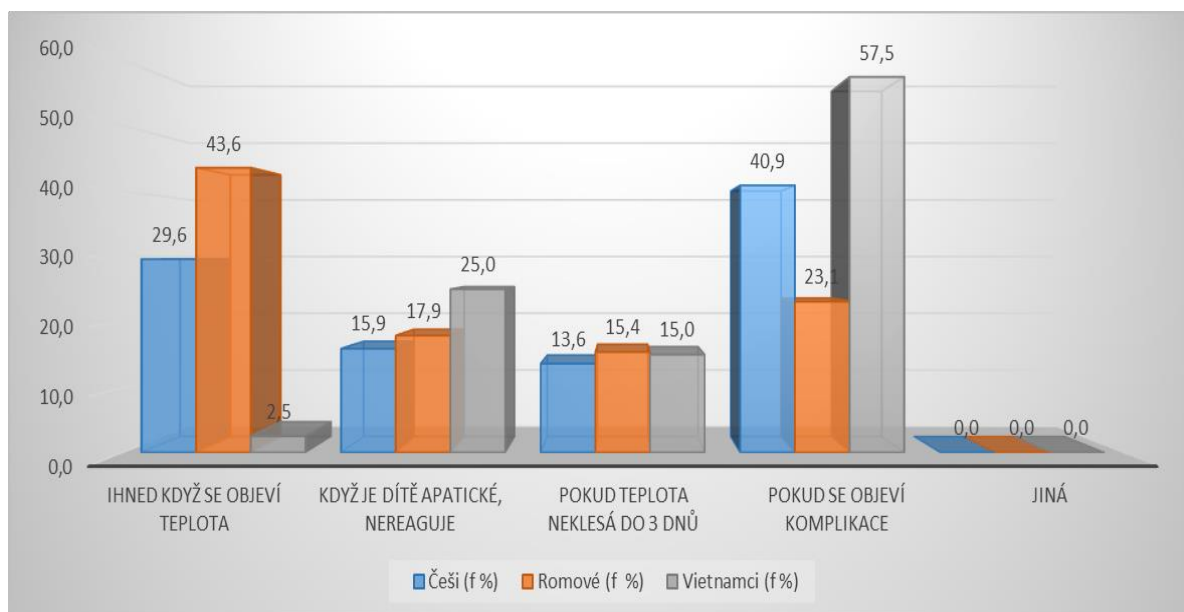
graf 19: postupy používané ke snižování teploty u dětí na území ČR

U otázky jakým způsobem snižují respondenti teplotu u dětí, uvedlo 75% Čechů, že používá kombinaci alternativních způsobů a léků. Tuto možnost zvolilo i 71,8% Romů a 82,5% Vietnamců. V průzkumu uvedlo 20,5% Čechů a 23,1% Romů, že používá ke snížení teploty pouze léky. Naproti tomu 12,5% vietnamských rodičů uvedlo, že používají pouze alternativní způsoby snižování teploty.

20) Kdy vyhledáte lékaře

	Češi	Češi (f %)	Romové	Romové (f %)	Vietnamci	Vietnamci (f %)
ihned když se objeví teplota	13	29,6	17	43,6	1	2,5
když je dítě apatické, nereaguje	7	15,9	7	17,9	10	25,0
pokud teplota neklesá do 3 dnů	6	13,6	6	15,4	6	15,0
Pokud se objeví komplikace	18	40,9	9	23,1	23	57,5
Jiná	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tabulka 20: návštěva lékaře



graf 20: návštěva lékaře

U této otázky se zjišťovalo, kdy rodiče vyhledají lékaře, pokud se objeví u jejich dítěte teplota. Necelých 41% rodičů České národnosti uvedlo, že lékaře vyhledá, pokud se objeví komplikace, jako například zvracení, průjem, bolesti v krku, hlavy, svalů. Tuto možnost zvolilo i 57,5% vietnamských rodičů. 43,6% respondentů Romské národnosti vyhledá lékaře ihned, když zjistí teplotu u dítěte.

ZÁVĚR

V teoretické části jsem se pokusila shrnout informace o tělesné teplotě, o příčinách jejího zvýšení, o možnostech měření teploty a o léčbě. Tělesná teplota je nejčastěji monitorovaná fyziologická funkce. Zejména u dětí je přesné změření teploty hodně důležité. Horečka je považována za problém, který ale lze včasnou léčbou zvládnout bez výraznějších komplikací.

Cílem této práce bylo zjistit jaké metody monitorování a snižování teploty u dětí se v současné době používají na území České republiky a jaké jsou rozdíly mezi Českými, Romskými a Vietnamskými rodinami.

Prvním cílem bylo zjistit, jak se v současné době monitoruje teplota u dětí. Z mého průzkumu vyšlo, že 47,7% dotazovaných respondentů české národnosti používá digitální čelní teploměr, který představuje šetrný a rychlý způsob změření teploty. Naopak u romských rodin je nejpoužívanějším typem teploměru běžný digitální teploměr a nejčastěji měří teplotu axilárním způsobem. Bohužel i v současné době 20,5% Romských rodičů neměří teplotu u dětí. U rodičů vietnamské národnosti zvolilo 55% dotazovaných respondentů možnost digitálního čelního teploměru a 42,5% zvolilo možnost digitální ušní teploměr.

Dále jsem zjišťovala, jak často měří teplotu a zda vědí, jak často by se měla teplota měřit. 63,6% Čechů uvedlo, že měří teplotu minimálně 3x denně, ale pouze necelých 32% dotazovaných vědělo, že když má dítě teplotu, tak by se měla měřit každé 2 – 3 hodiny. 51,3% Romů uvedlo, že měří teplotu dvakrát denně, ale pouze 1 respondent uvedl, že by se teplota měla měřit každé 2 – 3 hodiny. Rodiče vietnamské národnosti měří teplotu minimálně třikrát denně, tuto možnost zvolilo 85% dotazovaných a 37,5% si myslí, že by se mělo měřit každé 2 – 3 hodiny.

V jedné otázce jsem se ptala respondentů, podle čeho se rozhodují při koupi teploměru. U této otázky měli respondenti na výběr ze 4 možností. 63,6% Čechů si vybírá teploměr podle dostupnosti. Pro romskou populaci je důležitým kritériem cena. Tuto možnost zvolilo 74,4 dotazovaných romských rodičů. Vietnamská populace si vybírá teploměr podle recenzí. Tuto odpověď zvolilo 95% respondentů.

V dotazníku byla i otázka jak lze zjistit, že má dítě teplotu bez použití teploměru. 77,3% Čechů uvedlo, že sáhne dítěti na čelo. Stejnou možnost zvolilo 87,1% romských rodičů.

Naproti tomu 80% Vietnamských rodičů zvolilo variantu, že se dítě začne chovat jinak než obvykle.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké jsou rozdíly při snižování teploty u dětí. Respondentů jsem se ptala na, kdy podávají léky proti teplotě. Většina českých rodičů odpověděla, že dávají léky proti teplotě, pokud se teplota dostane nad 38^oC. Stejnou možnost zvolilo i 80% dotazovaných vietnamských rodičů. Necelých 49% romských respondentů uvedla, že léky podává ihned, když má dítě zvýšenou teplotu a 20,5% léky nepoužívá vůbec.

V otázce 19 jsem se respondentů ptala na to, jakým způsobem snižují teplotu u svého dítěte oni. Na území České republiky je nejpoužívanější kombinace spojení léků a alternativních metod. Tuto možnost si zvolilo 75% českých, 71,8% romských a 82,5% vietnamských rodičů. Naproti tomu necelých 21% dotazovaných Čechů a 23,1 Romů používá ke snížení teploty pouze léky. Nejpoužívanějšími antipyretiky jsou Panadol a Nurofen. Z mého průzkumu vyšlo, že Panadol používá necelých 39% Čechů a 32,5% Vietnamských rodičů. Naproti tomu u romské populace je nejpoužívanějším antipyretikem Nurofen, který používá 51,3 % dotazovaných romských rodičů. I v současné době se najdou jedinci, kteří na snížení teploty používají pouze alternativní metody. Tuto možnost si vybralo 12,5 % vietnamských, 5,1% romských a 4,5% českých rodičů. Nejpoužívanější alternativní metodou snižování teploty používanou na území České republiky jsou zábaly. Tuto možnost zvolilo 52,3% dotazovaných českých rodičů, 46,2% romských a 37,5% vietnamských respondentů. Po pokusu o snížení teploty by se mělo provést kontrolní měření.

V poslední otázce jsem se rodičů ptala, kdy vyhledají lékaře, pokud zjistí u svého dítěte teplotu. Necelých 44% dotazovaných romských rodičů vyhledá pediatra ihned, když se objeví zvýšená teplota. Naproti tomu 57,5% vietnamských respondentů a necelých 41% českých rodičů vyhledá lékaře, pokud se k teplotě přidají komplikace jako zvracení, průjem.

Myslím si, že by bylo vhodné zaměřit se více na edukaci rodičů o problematice dětských horeček (zaměřit se na to kdy a jak často měřit teplotu, kdy začít teplotu snižovat a jaké metody jsou vhodné a naopak, kdy nepoužívat fyzikální způsoby snižování teploty, dále je důležité, aby rodiče věděli, kdy vyhledat lékařské ošetření). Výstupem práce je informační materiál „*Horečka v dětském věku*“ a „*Snižování teploty u dětí*“. Materiál lze využít jako studijní podklady pro širokou veřejnost.

DISKUZE

Iveta Machyánová (2012) ve své bakalářské práci zjišťovala, jak jsou dětské sestry spokojeny s používanými teploměry. Z jejího průzkumu vyšel jako nejlépe hodnocený teploměr bezdotykový čelní, nejhůře pak sestry hodnotily skleněný bezrtuťový. Souhlasím s jejím názorem, že stále na trhu chybí odpovídající náhrada za skleněný rtuťový teploměr, jehož používání ve zdravotnických zařízeních zakazuje Směrnice Evropského parlamentu a rady 2007/51/ES. Myslím si, že aby mohla být poskytnuta kvalitní péče, je třeba nabídnout zdravotnickému personálu takové teploměry, které budou bezpečné, spolehlivé, přesné, rychlé a bezporuchové.

Domnívám se, že doposud se v bakalářské práci touto problematikou nikdo nezajímal. Podle mého názoru by bylo vhodné do budoucna rozšířit výzkum a zaměřit se hlouběji na zkušenosti a používané postupy u jednotlivých etnických skupin.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADAMS, B.; HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. AUGUSTYNEK, Martin; ADAMEC, Ondřej; PENHAKER, Marek. *Přístrojová zdravotnická technika I*. 1. vyd. Ostrava: Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava, 2010. ISBN 978-80-248-2364-5
3. BARTŮŇKOVÁ, Staša, 2006. *Fyziologie člověka a tělesných cvičení*. (učební texty Univerzity Karlovy v Praze). 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1171-6.
4. BENEŠ Jiří. *Studijní materiály* [online]. ©2007. [cit. 2016]. http://jirben2.chytrak.cz/materialy/orl_jb.doc.
5. BENEŠ, Jiří, et al. *Infekční lékařství*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. 651 s. ISBN 978-80-7262-644-1.
6. BENEŠ, Jiří. *Studijní materiály* [online]. [cit. 2016]. <http://www.jirben2.chytrak.cz/>
7. BENNETT, C., L.; WORKMAN, A. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2006. ISBN 80-247-1714-x.
8. BUCHANEC, J, Javorka K. *Poruchy termoregulácie u detí*. Slov Lekár 1992; 2:51–6.
9. BUCHANEC, Ján a Kamil JAVORKA. *Horúčka a jej liečba u detí*. [1. vyd.]. Martin: Osveta, 1998. ISBN 80-888-2477-X.
10. ČIHÁK, R. *Anatomie*. 2. doplněné a upravené vydání. Sv. 1. Praha: Grada, 2002. 516 s. ISBN 80-247-0143-X.
11. DLEŽAL, Tomáš. *Farmakoterapie horečky u dětí*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2003, 4, 202 - 204 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2003/04/06.pdf>
12. DOLEŽAL, Zdeněk, 2007. *Horečka u dětí*. *Pediatric pro praxi* [online]. [cit. 2013-9-20]. Dostupné z: <http://pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200701/>.
13. DRÁBKOVÁ, J. *Polytrauma v intenzivní medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 307 s. ISBN 80-247-0419-6.

14. DUNGL, P., et al. *Ortopedie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0550-8.
15. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: EPAVA, 2000. ISBN 80-86297-05-5.
16. EXATHERM, s. r. o., Bořivojova 878/35, 130 00, Praha 3, www.Exatherm.cz
17. FERENČÍK, Miroslav. *Zápal, horúčka, bolesť*. [1. vyd.]. Bratislava: Slovart, c1997. ISBN 80-856-6581-6.
18. GALLO, Jiří, et al. *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2486-6.
19. GOLDEMUND, Karel. *Febrilní křeče* [online]. 2001, (4), 177 - 179 [cit. 2016-03-16]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2001/04/05.pdf>
20. GUT, Josef a Jozef HOZA. *Horečka u dětí*. *Pediatriepropraxi.cz* [online]. 2004, roč. 5, č. 2, s. 99-102 [cit. 2014-12-14]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2004/02/15.pdf>
21. HANDL, Zdeněk. *Monitorování pacientů v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči - vybrané kapitoly*. Vyd. 4., dopl. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-408-9.
22. HEHLMANN, Annemarie, 2010. *Hlavní symptomy v medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2612-0.
23. HORVÁTHOVÁ, J.: *Romové: tradice a současnost*. Brno: Moravské zemské muzeum, 1999.
24. HOZA, J.; GUT, J. *Horečka u dětí*. *Pediatric pro praxi*. 2004, roč. 5, č. 2, s. 101. ISSN 1803-5264.
25. HOZA, J.; GUT, J. *Naléhavé situace v pediatrii*. 1.vyd. SOLEN PRINT, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-903776-1-5.
26. HRODEK, Otto a Jan VAVŘINEC, et al. *Pediatric*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-178-5.

27. HŮSKOVÁ, Jitka a Petra KAŠNÁ. *Ošetrovatelství - ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty: pracovní sešit II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2853-7.
28. IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIDUROVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ, 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
29. IZAKOVIČOVÁ-HOLLÁ, L. *Obecné projevy nemocí – horečka, bolest a zánět*. In: KAŇKOVÁ, Katerina a spolupracovníci, 2003. *Patologická fyziologie pro bakalářské studijní programy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. ISBN 80-210-3112-3.
30. JEHLIČKA, Petr, Václav LÁD a Dalibor SEDLÁČEK. *Kawasakiho syndrom*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, roč. 9, s. 12-14, dostupné také z <<http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200801-0003.php>>. ISSN 1803-5264.
31. JÍLEK, F.; KUBA, J.; JÍLKOVÁ, J. *Světové vynálezy v datech*. 1. vyd. Praha: v edici Malé encyklopedie Mladé Fronty, 1977. ISBN 23-071-77.
32. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
33. KELBLEROVÁ, Aneta. *Infekční exantémová onemocnění v dětském věku*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2009, 10(3), 176 - 179 [cit. 2016-04-17]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2009/03/09.pdf>
34. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva Matějková, 2008. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty 4. Ročník*. Praha: Grada, 135 s. ISBN 978-80-247-2831-5
35. KELNAROVÁ, Jarmila a kolektiv, 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 2 ročník, 1 díl*. 1 vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3105-6.
36. KLENER, Pavel et al., 2006. *Vnitřní lékařství*. 3. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-430-X.
37. KLENER, Pavel et al., 2009. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. 3. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-643-4.

38. KLIEGMAN, Robert M., Karen J. MARCDANTE a Hal B. JENSON. *Nelson Essentials of Pediatrics*. 1. vydání. China: Elsevier Saunders, 2006. 5; s. 460-462. ISBN 978-0-8089-2325-1.
39. KRIŠKOVÁ, Anna a kol. *Ošetrovatelské techniky*. 2. vyd. Martin: Osveta. 2006. ISBN 80-8063-202-2.
40. KRÓL, Petra. *Recidivující febrilie u dětí*. *Pediatricie pro praxi* [online]. 2013, 14(4), 221 - 224 [cit. 2016-03-16]. Dostupné z: <http://www.pediatriciepropraxi.cz/pdfs/ped/2013/04/02.pdf>
41. KRŠIAK, Miloslav. *Optimální dávkování paracetamolu při léčbě bolesti a horečky*. *Praktické lékařství* [online]. 2009, 5(4), 171 - 174 [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/0>
42. KUKLOVÁ, Jana. *Historie bezdotykového měření teplot* [online]. 2008/2009 [cit. 2013-02-24]. Dostupné z: http://www.fd.cvut.cz/projects/k611x1s/doc/works/termo_historie.pdf
43. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-4413-1.
44. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2004. ISBN 80-247-0668-7.
45. LUKÁŠ, Karel; ŽÁK, Aleš, 2010. *Chorobné znaky a příznaky*. 1.vyd. Praha: Grada, 520 s. ISBN 978-80-247-5226-0.
46. MACHYÁNOVÁ, Iveta. *Využívání teploměrů v ošetrovatelské praxi na pediatrických pracovištích*. [online]. 2012 Bakalářské práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce. Mgr. Eva Hlaváčková, PhD. Dostupné z: http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/46183/3/MachyanovaI_VyuzivaniTeplomeru_EH_2012.pdf
47. MARTINCOVÁ, Jana. *Horečka u dětí*. In: *Babyonline* [online].(2007 – 2016) [cit. 2016-05-14]. Dostupné z: <http://www.babyonline.cz/nemoci-deti/horecka-u-deti>
48. MIKŠOVÁ, Z. a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada Publishing a. s., 2006. ISBN 80-247-1442-6.

49. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství 1. díl*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.
50. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3918-2.
51. NAVRÁTIL, Leoš; ROSINA, Jozef. *Medicínská biofyzika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1152-4
52. NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada 2006. 264s. ISBN 978-80-247-1150-8
53. NOVÁK, Ivan. *Léčba akutní subglotické laryngitidy*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2007, 8(6), 401-402 [cit. 2016-04-17]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/06/19.pdf>
54. PERNICOVÁ, Markéta. *Péče o klienty vietnamského etnika v českých nemocnicích* [online]. Zlín, 2013 [cit. 2016-04-04]. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/20980/pernicov%C3%A1_2013_bp.pdf?sequence=1. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati. Vedoucí práce Doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.
55. POLÁČKOVÁ, Zora. *Stručný přehled virových exantémů*. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2011, 5(4), 199-202 [cit. 2016-04-17]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/der/2011/04/05.pdf>
56. RAMI, Katra. *Nejčastější záněty horních cest dýchacích u dětí*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2011, 12(6), 385-388 [cit. 2016-04-17]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/06/03.pdf>
57. RG MEDICAL DIAGNOSTICS. *The accuracy of mercury without the risk* [online]. 2013. [cit. 2013-03-1]. Dostupné z: http://rgmd.com/retail_thermometers_glass.html
58. ROSINA, J.; KOLÁŘOVÁ, H.; STANĚK, J, 2006. *Biofyzika pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978 -80-247-1383-0.
59. ROZSYPALOVÁ, M.; HALADOVÁ, E.; ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetřovatelství II.- pro 2. ročník středních zdravotnických škol*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80-86073-97-1.

60. ŘÍČAN, Pavel. *S Romy žít budeme - jde o to jak: dějiny, současná situace, kořeny problémů, naděje společné budoucnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 143 s. ISBN 80-7178-250-5
61. SIEFERTO VÁ, Jarmila. *Horečka u dětí*. In: [Http://www.ordinace-seifertova.cz/\[online\]](http://www.ordinace-seifertova.cz/). Kladno, 2014 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.ordinace-seifertova.cz/informace-pro-pacienty/kdy-s-horeckou-k-lekari.html>
62. SMÍŠKOVÁ, Dita. *Diferenciální diagnostika a léčba nejasných horečnatých stavů*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2010, 7(1), 41 - 43 [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/01/11.pdf>
63. SRNSKÝ, Pavel, 2007. *První pomoc u dětí*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1824-8.
64. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kolektiv, 2006. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. 142-149 s. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.
65. ŠAŠINKA, Miroslav, Tibor ŠAGÁT a László KOVÁCS, et al. *Pediatrica*. 2. vydání. Bratislava : Herba, 2007. ISBN 978-80-89171-49-1.
66. ŠENKÝŘOVÁ, Vladislava, 2012. *Hemokultura*. *Urologie pro praxi*. Roč. 13, č. 3, 135 –136 s. ISBN 1213-1768.
67. ŠEVČÍK, Pavel. *Intenzivní medicína*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-042-8.
68. ŠTOLL, I. *Fyzika pro netechnické obory SOŠ a SOU*. 1. vyd. Praha: Prometheus, 2001. ISBN 80-7196-223-6.
69. ŠVEJCAR, Josef a kolektiv. *Péče o dítě: nové, přepracované vydání*. Vyd. 1. Praha: HBT, 2009. ISBN 978-80-87109-14-4.
70. TOLLAROVÁ, Blanka. *Vietnam* [online]. Vydáno: 2010. [cit.2012-12-17]. Dostupné také z WWW:<<http://www.inkluzivniskola.cz/sites/default/files/uploaded/Vietnam.pdf>>.
71. TÓTHOVÁ, Valérie a kol. 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-286-1.

72. TŮMOVÁ, Pavlína. *Problematika monitorace tělesné teploty ve zdravotnických zařízeních na JIP a ARO* [online]. 2012. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Andrea Hudáčková, PhD. Dostupné z: <http://docplayer.cz/8363859-Jihoceska-univerzita-v-ceskych-budejovicich-zdravotne-socialni-fakulta-bakalarska-prace-2012-pavlina-tumova.html>
73. VEJROSTOVÁ, Leona. *Prevence infekčních a neinfekčních chorob u dětí mladšího školního věku* [online]. Brno, 2015 [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/43441/pedf_m/DP_Leona_Vejrostova.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce PhDr. Jitka Reissmannová, Ph.D.
74. VOJTÍŠEK, J. *Měření tělesné teploty- známá neznámá*. Metrologie v praxi. 2011, č. 2, s. 34- 43. ISSN 1210-3542.
75. VYTEJČKOVÁ, R.; SEDLÁŘOVÁ, P.; WIRTHOVÁ, V.; OTRADOVCOVÁ, I.; PAVLÍKOVÁ, P., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II, speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
76. ZADÁK, Zdeněk; HAVEL, Eduard a kolektiv, 2007. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2099-9.
77. ZAHÁLKOVÁ, Milada. *Pediatric pro speciální pedagog*. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3811-X.
78. ZDRAVOTNÍ ÚSTAV se sídlem v Ostravě, 2013. *Hemokultura – krev na hemokultivaci*. Inflow: Laboratorní příručka [online].[cit. 2013-9-22]. Dostupné z: <http://prirucka.zouva.cz/prirucka/page/21>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

FW Rychlost sedimentace erytrocytů

CRP C reaktivní protein

FK Febrilní křeče

TT Tělesná teplota

ECHO Echokardiografie

RTG Rentgenové vyšetření

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: typy horeček	74
Obrázek 2: teplotní zóny lidského těla (zdroj: František Kislinger Základy biologie člověka-Gymnázium Klatovy, Klatovy, 1994).....	77
Obrázek 3: kolísání teploty během dne (zdroj: František Kislinger Základy biologie člověka-Gymnázium Klatovy, Klatovy, 1994).....	79

SEZNAM TABULEK

tabulka 1: národnost respondentů	39
Tabulka 2: věk respondentů	40
Tabulka 3: věk dětí	41
Tabulka 4: vzdělání.....	42
Tabulka 5: četnost měření.....	43
Tabulka 6: správná četnost měření teploty u dětí	44
Tabulka 7: alternativní metody určení teploty u dětí	45
Tabulka 8: místo měření TT	46
Tabulka 9: používané typy teploměru.....	47
Tabulka 10: přičítání/ odečítání hodnoty TT při axilárním měření	48
Tabulka 11: přičítání/ odečítání hodnoty TT při orálním měření	49
Tabulka 12: kritéria při koupi teploměru.....	50
Tabulka 13: aplikace antipyretik.....	51
Tabulka 14: používaná antipyretika.....	52
Tabulka 15: začátek působení tablety.....	53
Tabulka 16: začátek působení čípku	54
Tabulka 17: alternativní možnosti snižování TT u dětí	55
Tabulka 18: kontrolní měření po podání antipyretika.....	56
Tabulka 19: postupy používané ke snižování teploty u dětí na území ČR	57
Tabulka 20: návštěva lékaře.....	58
Tabulka 21: Yalská observační škála.....	75
Tabulka 22: Riziko vzniku FK.....	76
Tabulka 23: diagnostická kritéria PFAPA	78

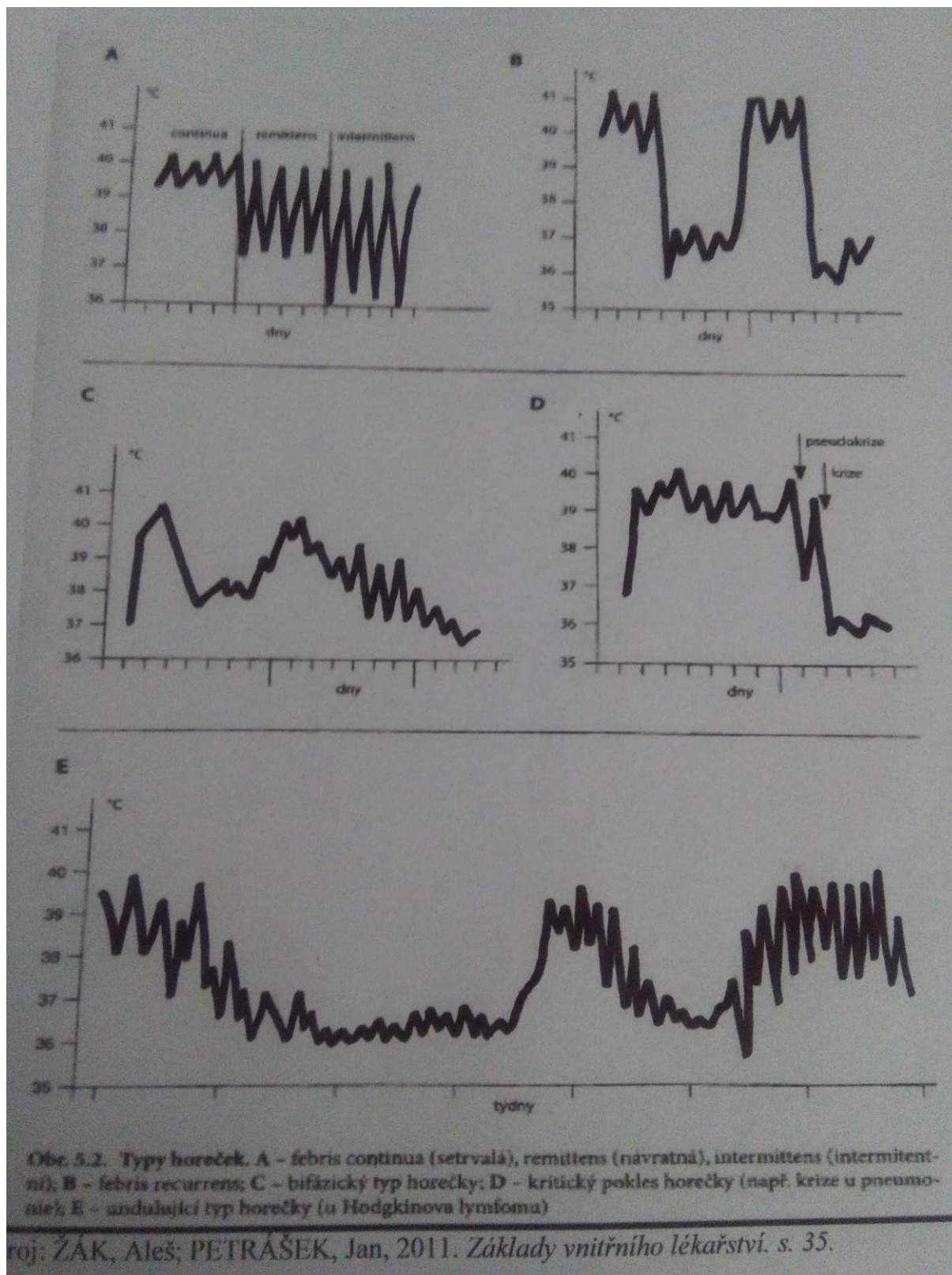
SEZNAM GRAFŮ

graf 1: národnost respondentů.....	39
graf 2: věk respondentů.....	40
graf 3: věková kategorie dětí.....	41
graf 4: nejvyšší dosažené vzdělání.....	42
graf 5: četnost měření.....	43
graf 6: správná četnost měření	44
graf 7: alternativní metody určení teploty	45
graf 8: místa měření	46
graf 9: typy teploměrů.....	47
graf 10: přičítání/ odečítání hodnoty TT při axilárním měření	48
graf 11: přičítání/ odečítání hodnoty TT při orálním měření	49
graf 12: kritéria při koupi teploměru.....	50
graf 13: aplikace antipyretik	51
graf 14: používaná antipyretika.....	52
graf 15: začátek působení tablety.....	53
graf 16: začátek působení čípku.....	54
graf 17: alternativní metody snižování TT u dětí.....	55
graf 18: kontrolní měření	56
graf 19: postupy používané ke snižování teploty u dětí na území ČR	57
graf 20: návštěva lékaře	58

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1: TYPY HOREČEK.....	74
PŘÍLOHA 2: YALSKÁ ŠKÁLA.....	75
PŘÍLOHA 3: RIZIKO VZNIKU FEBRILNÍCH KŘEČÍ.....	76
PŘÍLOHA 4: TEPLOTNÍ ZÓNY	77
PŘÍLOHA 5: DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PFAPA	78
PŘÍLOHA 6: KOLÍSÁNÍ TEPLoty BĚHEM DNE.....	79
PŘÍLOHA 7: DOTAZNÍK.....	80

PŘÍLOHA 1: TYPY HOREČEK



Obrázek 1: typy horeček

PŘÍLOHA 2: YALSKÁ ŠKÁLA

	1	2	3
PLÁČ	SILNÝ	VZLYKÁNÍ	STÉNÁNÍ, PIŠTĚNÍ
REAKCE NA PODNĚTY RODIČŮ	PŘIMĚŘENÉ ZKLIDNĚNÍ	NEMOŽNOST ZKLIDNĚNÍ	TRVALÝ PLÁČ, CHABÁ REAKCE
PROMĚNY STAVU	LEHCE PROBUDITELNÉ	SPAVOST	SOMNOLENCE AŽ SOPOR
BARVA KŮŽE	RŮŽOVÁ	BLEDEST, CYANOTICKÁ	NAŠEDLÁ
HYDRATACE	NORMÁLNÍ	LEHCE SUCHÉ SLIZNICE	SLIZNICE SUCHÉ, SNÍŽENÝ TURGOR
SOCIÁLNÍ KONTAKT	POZORUJE, SMĚJE SE	KRÁTKÁ POZORNOST, KRÁTKÝ ÚSMĚV	BEZ ZÁJMU

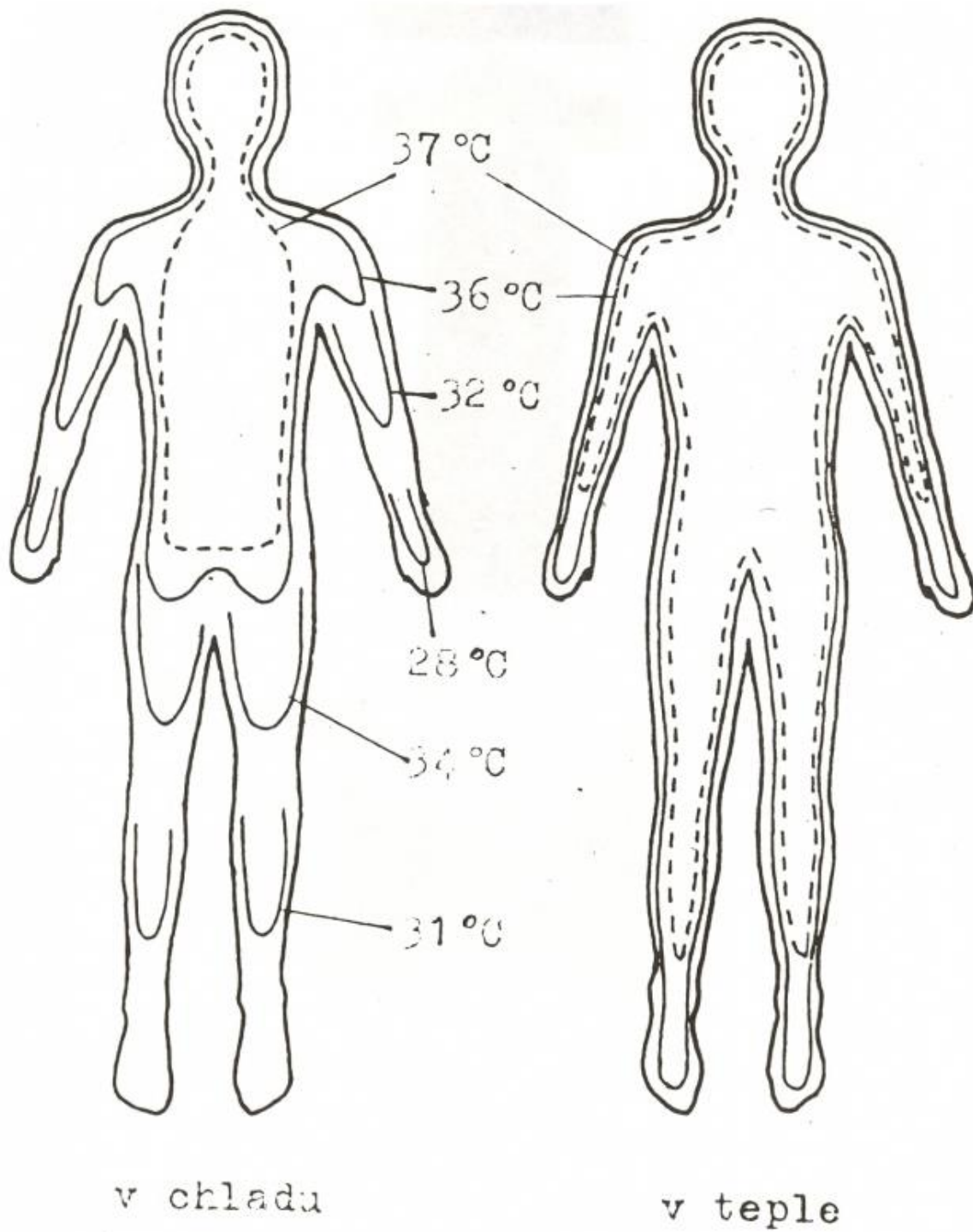
Tabulka 21: Yalská observační škála

PŘÍLOHA 3: RIZIKO VZNIKU FEBRILNÍCH KŘEČÍ

40 – 50%	FK U NĚKTERÉHO Z RODIČŮ A SOUROZENCŮ
10%	FK U SOUROZENCŮ
15%	FK U JEDNOHO Z RODIČŮ
0 – 5 %	JEDEN Z RODIČŮ MÁ NEBO TRPĚL EPILEPSIÍ
5 – 10 %	SOUROZENEC MĚL/ MÁ EPILEPSII

Tabulka 22: Riziko vzniku FK

PŘÍLOHA 4: TEPLOTNÍ ZÓNY



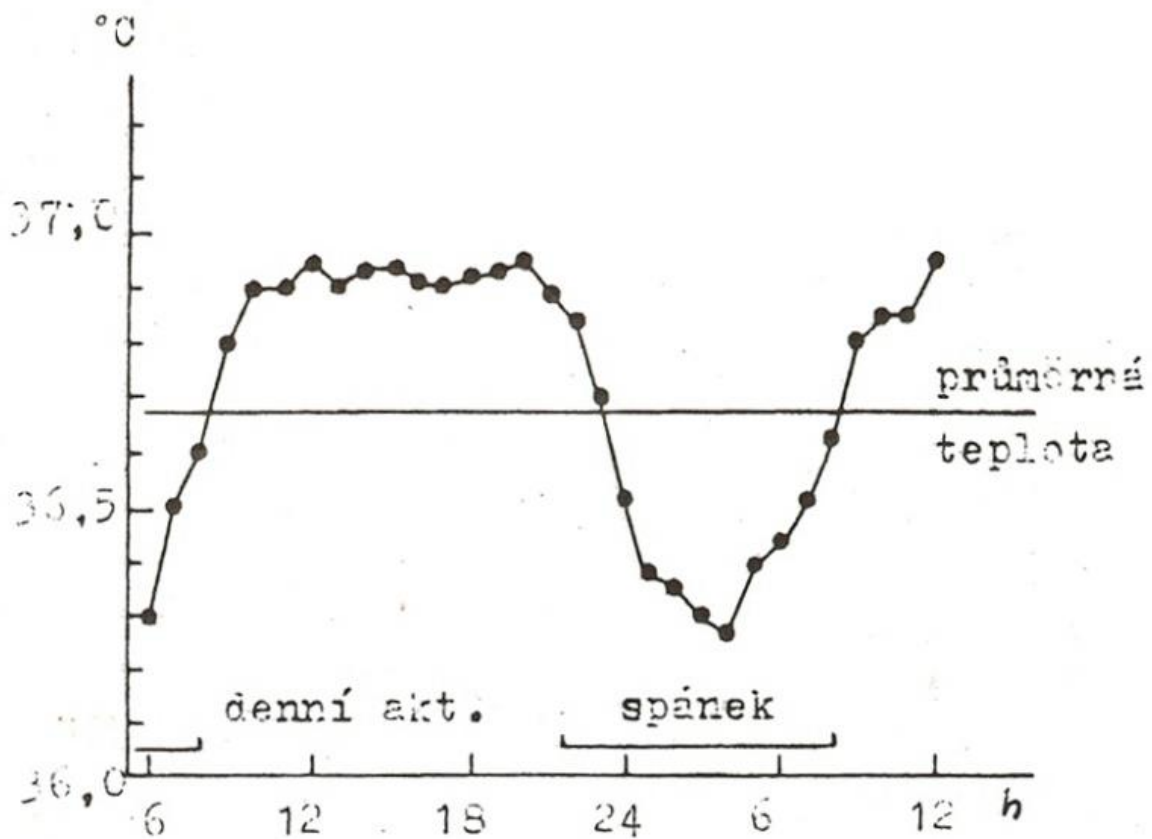
Obrázek 2: teplotní zóny lidského těla (zdroj: František Kislinger Základy biologie člověka-Gymnázium Klatovy, Klatovy, 1994)

PŘÍLOHA 5: DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PFAPA

HOREČKA 3 – 7 DNÍ	POZITIVNÍ MARKERY ZÁNĚTU
TONZILOFARYNGITIDA	PERIODICITA 3-10 TÝDNŮ
STOMATITIDA	ASYMPTOMATICKÉ OBDOBÍ MEZI ATAKAMI
KRČNÍ LYMFADENITIDA	NEGATIVNÍ MIKROBIOLOGICKÝ NÁLEZ
POČÁTEK CHOROBY PŘED 5 ROKEM	CHYBÍ KLINICKÉ I LABORATORNÍ ZNÁMKY CHRONICKÉ NEMOCI

Tabulka 23: diagnostická kritéria PFAPA

PŘÍLOHA 6: KOLÍSÁNÍ TEPLoty BĚHEM DNE



Obrázek 3: kolísání teploty během dne (zdroj: František Kislinger Základy biologie člověka-Gymnázium Klatovy, Klatovy, 1994)

PŘÍLOHA 7: DOTAZNÍK

Dobrý den

Jmenuji se Veronika Pospíšilová a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulty humanitních studií, oboru všeobecná sestra. Prosím Vás o vyplnění krátkého dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma Multikulturní přístupy k problematice horečky u dětí. Cílem práce je zmapovat používané metody monitorování a tlumení teploty u dětí na území České republiky. Dotazník je zcela anonymní.

Předem Vám děkuji za vyplnění tohoto dotazníku.

1) JAKÁ JE VAŠE NÁRODNOST

- Česká
- Romská
- Vietnamská
- jiná

2) JAKÝ JE VÁŠ VĚK

- méně než 25 let
- 26 – 35 let
- 36 a více

3) JAK STARÉ JE VAŠE DÍTĚ/ JSOU VAŠE DĚTI (může být více odpovědí)

- nemám děti
- do 1 roku
- 1 – 2 roky
- 3 – 4 roky
- 5 a více

4) JAKÉ JE VAŠE NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ?

- základní škola
- střední škola
- vysoká škola – Bc.
- vysoká škola – Mgr.
- jiné

5) POKUD MÁ VAŠE DÍTĚ HOREČKU, JAK ČASTO JI MĚŘÍTE?

- 1x denně
- 2x denně
- minimálně 3x denně
- náhodně
- neměřím

6) VÍTE, JAK ČASTO BY SE MĚLA MĚŘIT TEPLOTA U DĚTÍ?

- 3x denně
- 2 x denně
- každých 5 -6 hodiny
- Každé 2 – 3 hodny
- Nevím

7) JAK ZJISTÍTE, ŽE MÁ DÍTĚ TEPLOTU BEZ POUŽITÍ TEPLoměRU?

- sáhnu na čelo
- dítě je rudé v obličeji
- chová se jinak než obvykle (pláče, je unavené,...)
- jiné:

.....
.....
.....

8) KDE TEPLOTU MĚŘÍTE?

- v podpaží
- v konečnicku
- v ústech
- na čele
- v uchu
- neměřím

9) JAKÝ TEPLoměR POUŽÍVÁTE?

- skleněný
- digitální
- v dudlíku
- digitální čelní
- digitální ušní
- neměřím
- jiné

10) PŘI MĚŘENÍ TEPLoty V PODPAŽÍ K NAMĚŘENÉ HODNOTĚ

- přičteme $0,5^{\circ}\text{C}$
- odečteme $0,5^{\circ}\text{C}$
- nic nepřičítá ani neodečítá
- nevím

11) PŘI MĚŘENÍ TEPLoty V ÚSTECH SE K NAMĚŘENÉ HODNOTĚ

- přičte $0,3^{\circ}\text{C}$
- odečte $0,3^{\circ}\text{C}$
- nevím

12) PODLE ČEHO SE ROZHODUJETE PŘI KOUPI TEPLoměRU?

- podle ceny
- podle doporučení/ recenzí
- podle dostupnosti
- nemám teploměř

13) KDY DÁVÁTE LÉKY NA SNÍŽENÍ TEPLoty?

- hned když má dítě zvýšenou teplotu
- pokud je teplota více než 38°C
- pokud je teplota více než 39°C
- pokud je teplota více než 40°C
- nedávám léky
- jiné:.....

14) KTERÝ LÉK POUŽÍVÁTE KE SNÍŽENÍ TEPLoty?

.....
.....

15) VÍTE, ZA JAK DLOUHO (PŘIBLIŽNĚ) ZAČNE PŮSOBIT TABLETA?

- 15 minut
- 30 minut
- 60 minut
- 2 hodiny
- nevím

16) VÍTE, ZA JAK DLOUHO ZAČNE PŮSOBIT ČÍPEK?

- za 15 minut
- za 30 minut
- za hodinu
- nevím

17) JAKÉ ALTERNATIVNÍ METODY POUŽÍVÁTE KE SNIŽOVÁNÍ TEPLoty?

- zábaly
- sprchu
- omývání hubkou
- žádné
- jiné:

18) ZA JAK DLOUHO PROVEDETE KONTROLNÍ MĚŘENÍ PO PODÁNÍ LÉKU?

- za 30 minut
- za hodinu
- neprovádím
- jiné:

19) JAK SNIŽUJE TEPLotu U SVÉHO DÍTĚTE VY, JAKÝ JE VÁŠ POSTUP

- používám pouze alternativní způsoby (zábaly, sprchu, omývání hubkou,...)
- pouze léky
- nejdříve vyzkouším alternativní způsoby, pokud to nestačí tak léky
- jiné:

20) KDY VYHLEDÁTE LÉKAŘE?

- ihned pokud se objeví teplota
- když je dítě apatické
- pokud má teplotu i přes snižování déle než 3 dny
- pokud se objeví komplikace (febrilní křeče, zvracení, průjem,...)
- jiné:

