

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství (13-342)

Eliška Kulinová

**Bariérový ošetrovatelský režim u
pediatrických pacientů s akutní
gastroenteritidou**

Bakalářská práce

Praha 2024

Autor práce: **Eliška Kulinová**

Vedoucí práce: **MUDr. Milan Trojánek, Ph.D.**

Datum obhajoby: **6.6.2024**

Bibliografický záznam

KULINOVÁ, Eliška. Bariérový ošetrovatelský režim u pediatrických pacientů s akutní gastroenteritidou. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2024. 58 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Milan Trojáněk, Ph.D.

Abstrakt

Bakalářská práce na téma „Bariérový ošetrovatelský režim u pediatrických pacientů s akutní gastroenteritidou“ se zabývá použitím vybraných zásad při prevenci šíření akutního průjmového onemocnění jako nozokomiálních nákaz. Věnuje se znalostem a návykům zdravotních sester vykonávajících ošetrovatelskou péči u hospitalizovaných dětí na dětském oddělení, zdůrazňuje důležitost používání osobních ochranných prostředků a celkovému dodržování bariérového ošetrovatelského režimu.

Cíl práce: Záměrem práce bylo zjistit a zhodnotit znalosti a postoj zdravotních sester k dodržování bariérového ošetrovatelského režimu. V rámci této bakalářské práce bylo cílem zjistit, zda respondenti s vysokoškolským vzděláním prokazují větší znalosti a důraznější postoj k dodržování nastavených zásad než respondenti se středoškolským vzděláním. Soubor respondentů byl porovnáván také podle věku a délky praxe.

Soubor a metody: Vlastní šetření proběhlo formou dotazníku vlastní konstrukce. Sběr dat se konal v devíti nemocnicích okresního typu po celé České republice. Výzkumný soubor tvořilo 87 respondentů.

Výsledky: Jednotlivé odpovědi na každou z otázek jsou popsány tabulkou nebo obrázkem, kde jsou jasně čitelné rozložení odpovědí. Po analýze dat bylo zjištěno, že nejvíce statisticky významných rozdílů se vyskytuje práce v posuzování nejvyššího dosaženého vzdělání a dodržování zásad bariérového ošetrovatelského režimu.

Závěry: Výzkum odhalil, že zdravotní sestry mají znalosti velmi dobré úrovně a povětšinou svědomitě dodržují zásady ošetrovatelského režimu, ale stále se setkávají s nozokomiálním přenosem akutního průjmového onemocnění.

Klíčová slova

Akutní gastroenteritida, průjem, bariérová ošetrovatelská péče, infekce spojené se zdravotní péčí, rotaviry, noroviry, osobní ochranné pomůcky

Abstract

The bachelor's thesis on the topic "Barrier nursing regime in pediatric patients with acute gastroenteritis" deals with the use of certain principles in the prevention of the spread of acute diarrheal diseases as nosocomial infections. It focuses on the knowledge and habits of nurses providing nursing care for hospitalized children in the children's ward, emphasizing the importance of using personal protective equipment and overall compliance with the barrier nursing regime.

Objective of the work: The aim of the work was to find out and evaluate the knowledge and attitude of nurses towards compliance with the barrier nursing regime. The aim of this bachelor's thesis was to find out whether respondents with a university education demonstrate greater knowledge and a stronger attitude towards compliance with set principles than respondents with a secondary education. The set of respondents was also compared according to age and length of practice.

Sample and methods: The actual investigation took place in the form of a self-constructed questionnaire. Data collection took place in nine district-type hospitals throughout the Czech Republic. The research group consisted of 87 respondents.

Results: Individual answers to each of the questions are described by a table or a picture, where the distribution of the answers is clearly legible. After analyzing the data, it was found that the most statistically significant differences occur in work assessing the highest level of education achieved and compliance with the principles of the barrier nursing regime.

Conclusions: The research revealed that nurses have a very good level of knowledge and mostly conscientiously follow the principles of the nursing regimen, but they still encounter nosocomial transmission of acute diarrheal disease.

Keywords

Acute gastroenteritis, diarrhoea, contact precautions, health-care associated infections, rotavirus, norovirus, personal protective equipment

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Eliška Kulinová**

Studijní obor: **Pediatrické ošetrovatelství**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Bariérový ošetrovatelský režim u pediatrických pacientů s akutní gastroenteritidou**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Datum zadání bakalářské práce: 19.3.2023

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 24.3.2023


.....
Děkan

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval(a) samostatně pod vedením MUDr. Milana Trojánka, Ph.D., uvedl(a) všechny použité literární a odborné zdroje a dodržoval(a) zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 24.4.2024

Eliška Kulinová

Poděkování

Chtěla bych vyjádřit své upřímné díky mému vedoucímu mé práce, MUDr. Milanu Trojánkovi, Ph.D, za jeho neustálou podporu, vedení a cenné rady během celého procesu výzkumu a psaní. Jsem nesmírně vděčná za jeho podporu a povzbuzení. Dále bych ráda poděkovala svým přátelům a rodině za morální oporu a trpělivost během mého výzkumu. Ráda bych též vyjádřila vděčnost všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumu. Bez jejich ochoty a spolupráce by tato práce nebyla možná.

OBSAH

1	ÚVOD	7
1.1	CÍLE PRÁCE.....	7
2	TEORETICKÁ A PRAKTICKÁ VÝCHODISKA	8
2.1	EPIDEMIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ.....	8
2.2	ETIOPATOGENEZE ONEMOCNĚNÍ.....	8
2.3	KLINICKÝ OBRAZ.....	9
2.3.1	Základní klinické příznaky.....	9
2.4	DIAGNOSTIKA.....	10
2.4.1	Anamnéza.....	10
2.4.2	Klinické vyšetření.....	11
2.4.3	Laboratorní vyšetření.....	11
2.5	DEHYDRATACE JAKO KOMPLIKACE.....	12
2.6	LÉČBA.....	12
2.6.1	Farmakoterapie.....	13
2.6.2	Rehydratace a realimentace.....	13
2.7	BARIÉROVÝ OŠETŘOVATELSKÝ REŽIM JAKO PREVENCE ŠÍŘENÍ GASTROENTERITID.....	14
2.7.1	Nozokomiální nákazy.....	15
2.7.2	Izolační režim a bariérový ošetrovatelský režim.....	15
2.7.3	Osobní ochranné pomůcky.....	16
2.7.4	Hygiena rukou zdravotníků.....	17
3	EMPIRICKÁ ČÁST	18
3.1	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	18
3.2	METODIKA.....	18
3.3	ORGANIZACE VLASTNÍHO ŠETŘENÍ A SBĚR DAT.....	19
3.4	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	20
3.5	VÝSLEDKY PRÁCE.....	24
3.6	DISKUZE.....	40
	ZÁVĚR	48
	REFERENČNÍ SEZNAM	50
	SEZNAM TABULEK	55
	SEZNAM OBRÁZKŮ	57
	SEZNAM PŘÍLOH	58
	PŘÍLOHY	59

1 ÚVOD

Téma svojí bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu, že akutní gastroenteritida u pediatrických pacientů představuje stále významný zdravotní problém. Toto infekční onemocnění charakterizované zánětem gastrointestinálního traktu doprovází průjem, zvracení a dehydratace, která může představovat významnou komplikaci tohoto onemocnění. V kontextu péče o pediatrické pacienty získává klíčový význam bariérový ošetrovatelský režim, což je soubor preventivních opatření, která mají minimalizovat přenos infekcí a zajišťovat optimální podmínky pro rychlejší a účinnější uzdravení pacienta.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na analýzu a hodnocení bariérového ošetrovatelského režimu u pediatrických pacientů s akutní gastroenteritidou. Cílem této studie je nejen porozumět současným postupům v péči poskytované nemocným dětem, ale i zkoumat faktory, které ovlivňují dodržování bariérových opatření. Zhodnocení účinnosti těchto opatření představuje zdokonalení ošetrovatelské praxe a zlepšení výsledků léčby u pediatrických pacientů s akutní gastroenteritidou.

1.1 Cíle práce

Záměrem bakalářské práce je zmapovat znalost zdravotních sester pracujících na dětských lůžkových odděleních o dodržování bariérového ošetrovatelského režimu při ošetrování pediatrických pacientů s akutní gastroenteritidou. Zhodnotit a posoudit, zda se vyskytují odlišnosti v přístupu zdravotních sester s ohledem na rozdílnou úroveň vzdělání a délku praxe v oboru. K naplnění záměru byli stanoveny tyto cíle:

1. Prostudovat odbornou českou a zahraniční literaturu týkající se problematiky bariérového ošetrovatelského režimu.
2. Předložit teoretické souhrny poznatků o akutním průjmovém onemocnění a bariérovém ošetrovatelského režimu.
3. Prozkoumat na základě strukturovaného dotazníku postoj jednotlivých zdravotních sester k dodržování bariérového ošetrovatelského režimu.
4. Data z dotazníkového šetření utřídit, zpracovat a statisticky posoudit.
5. Na základě získaných výsledků vyhodnotit závěry.

2 TEORETICKÁ A PRAKTICKÁ VÝCHODISKA

2.1 Epidemiologie onemocnění

Akutní gastroenteritida patří společně s respiračními infekty k nejčastějším infekčním onemocněním. Obecně akutní průjemové onemocnění je velmi časté, a to obzvláště u dětí do 5 let věku. Kojenci a malé děti jsou náchylnější k infekcím, zejména rotavirům. Věkově postihuje, ale nejvíce batolecí věk. Akutní gastroenteritida je globálně rozšířeným problémem, a to zejména v rozvojových zemích. Obecně průjemové onemocnění už nejsou, tak nebezpečná jako dříve, ale v zemích s nižším hygienickým standardem a hůře dostupnou zdravotní péčí, stále významná část akutních gastroenteritid může skončit fatálně, hlavně následkem dehydratace. Různé patogeny akutních gastroenteritid mají sezonní výskyt, například rotaviry mají tendenci se vyskytovat více v chladnějších měsících, zatímco některé bakteriální infekce mohou být častěji v letním období (1, 16, 33, 39, 40, 43).

2.2 Etiopatogeneze onemocnění

Akutní gastroenteritida je jedno z onemocnění trávicího systému, přičemž k přenosu infekce dochází buď fekálně-orálně či alimentárně. K nákaze může dojít při porušení preventivních hygienických standardů jako nedostatečné mytí rukou či nevhodné skladování potravin. Řada infekcí se může šířit epidemicky v rámci kolektivu (1, 24).

Etiologie akutní gastroenteritidy zahrnuje viry, bakterie a parazity, přičemž u kojenců a batolat dominují rotaviry či noroviry. Virová průjemová onemocnění převažují nad bakteriálními, přičemž rotaviry a vybrané typy *Escherichia coli* jsou podle WHO nejčastějšími původci středně těžkých až těžkých průjmů (40).

Rotaviry jsou významnými původci gastroenteritid u kojenců a malých dětí, s častým opakováním infekcí několikrát za lidský život. U dospělých většinou probíhají asymptomaticky nebo s mírnými příznaky. Infekčnost stolice u pacientů s RVGE (rotavirová gastroenteritida) je vysoká, 1 ml stolice obsahuje až 1 bilion virionů. Rotaviry jsou velmi odolné, na kůži přetrvávají několik hodin a na běžných površích až několik týdnů. Tyto viry jsou odolné a jejich výskyt dosahuje vrcholu v chladnějších měsících, s největším výskytem v České republice v březnu a dubnu. Rotaviry jsou též častým zdrojem nozokomiálních infekcí. Přenos probíhá zejména přímým kontaktem a inkubační

doba činí 24-72 hodin. Prevence spočívá v osobní a provozní hygieně a efektivním protiepidemickém režimu ve zdravotnických zařízeních. Rotavirové infekce jsou jako jedny z mála střevních onemocnění preventabilní očkováním. K dispozici je perorální živá atenuovaná vakcína, která sice není součástí hrazeného očkování, avšak její užití je doporučeno Českou vakcinologickou společností ČLS JEP (1, 16, 25, 29, 33, 40, 42).

Vybrané typy *Escherichia coli* mohou vyvolat infekci gastrointestinálního traktu. Tyto infekce byly časté v minulosti, v současnosti se s nimi setkáváme zejména u cestovatelů (3, 14).

Salmonelové gastroenteritidy postihují osoby kteréhokoli věku a jsou způsobeny zvířecími salmonelami. Přenos probíhá nejčastěji konzumací infikovaných potravin, protože k vyvolání infekce je nutná poměrně vysoká infekční dávka. Přímý přenos je vzácný (32, 41).

Bacilární dyzentérie, shigellóza, je nakažlivé bakteriální střevní onemocnění charakterizované krvavými průjmy a tenesmy. Přenos probíhá kontaktem s počátečními symptomy, jako je slabost, pocení a křeče, následovanými krvavým průjmem s hlenem (39).

2.3 Klinický obraz

Akutní gastroenteritida je charakterizovaná zánětem gastrointestinálního traktu, který se projevuje různými symptomy, jako jsou průjmy, zvracení, bolest břicha a celková únava. Klinický obraz tohoto onemocnění může být různorodý a je individuální. Průběh začíná náhlým nástupem příznaků a u některých pacientů může dojít k dehydrataci v důsledku nadměrných ztrát tekutin (15, 33).

2.3.1 Základní klinické příznaky

Hlavním příznakem akutní gastroenteritidy je průjem. Jedná se o charakteristickou změnu konzistence stolice, projevující se vyprazdňováním vodnaté stolice častěji než třikrát během 24 hodin. U kojenců se jedná o průjem tehdy, kdy dojde postupně nebo náhle k vzestupu počtu stolic a změně její konzistence. Normální množství tekutin ve stolici u dětí je 10 ml/kg a den. Akutní průjem obvykle trvá pár dní, maximálně 14 dní. Při akutní gastroenteritidě je většinou průjem doprovázený zvracením. Zvracení

je koordinovaný obranný reflex, řízený centrem zvracení v prodloužené míše. Zvracení je reflexní vyprázdnění žaludečního obsahu ústy. V dětském věku je zvracení velmi častým příznakem různého charakteru a etiopatogeneze. Jednou z nejčastějších příčin zvracení v dětství je právě akutní gastroenteritida. Před samotným zvracením často přichází pocit nauzey, který mu často předchází a provází. Zvracení dominuje hlavně u infekcí způsobených noroviry a rotaviry (15, 33, 37).

Jedním z častých symptomů, které děti udávají, jsou bolesti břicha. U bolesti břicha je vždy nutné vyloučit náhlou příhodu břišní. U akutní gastroenteritidy jsou typické migrující křečovitě bolesti břicha, které nejsou doprovázeny tenesmy. Křečovitě bolesti břicha vedou k nepohodlí a úzkosti nemocných dětí, vznikají v důsledku svalových kontrakcí vlivem zánětu nebo dráždění střevní stěny. Migrující bolesti nemají jednoznačně vymezené místo a mohou se pohybovat v břišní oblasti (15, 33).

Zvýšená teplota až horečka nemusí být vždy symptomem akutní gastroenteritidy. Výskyt vysokých horeček je charakteristický pro specifické formy gastroenteritid jako jsou rotavirové infekce, salmonelózy a kampilobakterií. Přesto, ale i u některých případech těchto infekcí může být afebrilní nebo subfebrilní průběh (15, 33).

2.4 Diagnostika

Akutní gastroenteritida, charakterizována zánětem trávicího traktu, představuje rozsáhlý problém ve zdraví v oblasti pediatrie. Rychlá diagnóza tohoto onemocnění je důležitá v poskytnutí odpovídající léčby a prevenci dehydratace. Různorodost klinických symptomů a etiologických původců dělá diagnostiku akutní gastroenteritidy někdy obtížnou, právě proto vyžaduje pečlivý přístup a komplexní hodnocení klinických a laboratorních dat. Přístup k diagnostice akutní gastroenteritidy se stále vyvíjí, a proto je klíčové sledovat nejnovější trendy a výzkumné poznatky v oblasti diagnostiky (33).

2.4.1 Anamnéza

Zahájení správné diagnózy u každého onemocnění, tedy včetně akutní gastroenteritidy, vyžaduje pečlivý sběr anamnestických údajů. V pediatrii se běžně uplatňuje nepřímá forma získávání anamnézy, která vychází především z informací poskytovaných rodiči nebo jinou osobou doprovázející dítě. V rámci epidemiologické anamnézy se zaměřujeme na údaje týkající se stravy, stravovacích návyků, možné dietní chyby, užití antibiotik v poslední době, cestování či kontaktu s infekcí. Sběr informací začíná záznamem data začátku nemoci, kdy obtíže začaly a jak dlouho trvají. Ptáme se na

charakter, progresem frekvenci a další aspekty symptomů. Zjišťujeme podrobnosti o stolici, včetně počtu, konzistence a zápachu. Stejně jako detaily o zvracení, jeho četnost a charakter zvratků. Je třeba doplnit údaj o močení, dodržování diety a dosavadní léčbě (3, 33, 37).

2.4.2 Klinické vyšetření

Klinické vyšetření při akutní gastroenteritidě hraje velkou roli v celém diagnostickém procesu. Umožňuje lékaři získat komplexní pohled na zdravotní stav dítěte. Především je nutné posoudit známky dehydratace, která je častou komplikací akutní gastroenteritidy. Vyšetření břicha palpací je nezbytné pro vyloučení náhlé příhody břišní a odhalení případných bolestí a napětí břišní stěny. Pozornost se věnuje i distenzi břicha, která může být výsledkem nadměrného plynatého obsahu v trávicím traktu. Břicho se vyšetřuje rovněž poslechem, který je klíčový pro detekci peristaltiky, což poskytne informace o pohybu střevního obsahu (8).

2.4.3 Laboratorní vyšetření

V diagnostice akutní gastroenteritidy hraje klíčovou roli laboratorní vyšetření, která poskytují informace o stavu pacienta. Základní laboratorní vyšetření u pacientů zahrnuje krevní obraz a vybrané biochemické parametry, zejména CRP, iontogram, glykémii, parametry acidobazické rovnováhy a renálních funkcí. Měření hladin elektrolytů, jako jsou sodík, draslík a chloridy, je klíčové při hodnocení stavu vnitřního prostředí. Zvýšené hladiny C-reaktivního proteinu v krvi mohou naznačovat aktivní infekční proces bakteriální etiologie (26).

Odběr stolice je nedílnou součástí diagnostiky a může být proveden různými metodami. Bakteriologické vyšetření stolice probíhá pomocí sterilně balené odběrové sady obsahující transportní médium s Amiesovou půdou a odběrovým tamponkem na plastové tyčce. Odběr se provádí rotačním pohybem odběrového tamponku z rekta, zajišťující zachování aseptických postupů po celou dobu odběru (26). V případě virologického vyšetření se k vyšetření odebírá vzorek stolice. Analýza se provádí pomocí imunochromatografických testů či PCR (10).

Mikrobiologické vyšetření stolice se provádí u hospitalizovaných dětí nebo u dětí, které mají stolicí s příměsí krve. Nejčastěji používaným vyšetřením je kultivace stolice, která prokazuje bakteriální patogeny, nejčastěji se provádí výtěrem z rekta. Většina bakteriálních původů průjmů může být kultivována na standardních půdách, avšak

některé bakterie jako například *Campylobacter spp.* či *Yersinia spp.*, vyžaduje specifické kultivační podmínky (10).

2.5 Dehydratace jako komplikace

Dehydratace představuje nejčastější a nejzávažnější komplikaci akutní gastroenteritidy. Dehydratace je stav, kdy dochází ke snížení celkového objemu tekutin v organismu. Zvláště novorozenci a kojenci jsou vystaveni většímu riziku, protože jejich denní příjem a výdej tekutin je vzhledem k jejich tělesné hmotnosti významně větší (27).

Klinické projevy dehydratace zahrnují celkové nespecifické symptomy, jako je slabost, únava a u kojenců propadá fontanela. Při střední a těžké dehydrataci může dojít ke snížené denní diurézy a na obličeji dehydratovaného dítěte se projeví bledost, halonové vkleslé oči, propadlé tváře, suché rty a jazyk. Stupeň dehydratace se hodnotí porovnáním aktuální hmotnosti s hmotností dítěte před onemocněním. Ztráta se vyčísluje v procentech, od lehké dehydratace (2-5 %) přes střední (5-10 %) až po těžkou (více než 10 %). Častěji se hodnotí pomocí klinických příznaků, jako jsou kožní turgor, vlhkost sliznic, úroveň fontanely, halonované oči, přítomnost slz, celkový stav dítěte a množství moči. Stupeň dehydratace se hodnotí dle kombinace těchto klinických ukazatelů. Se zvyšujícím stupněm dehydratace se zesiluje počet a závažnost klinických projevů. Těžká dehydratace je spojena s velkým rizikem rozvoje šoku (19, 22, 23, 33, 37).

Ztráta tekutin vždy souvisí se ztrátou elektrolytů, zejména sodíku a chloridů. Dehydratace je klasifikována jako izotonická, hypertonická nebo hypotonická. Izotonická dehydratace je nejčastějším typem dehydratace u dětí s akutní gastroenteritidou, vzniká ztrátou tekutin a sodíku v podobném rozsahu. Tento typ dehydratace je charakterizován ztrátou tekutin především trávicím traktem (zvracením a průjmem) a také potom potem při horečce (44).

2.6 Léčba

Ve většině případů akutní gastroenteritidy se projevuje přechodným průběhem a během několika dní ustupuje bez použití farmakoterapie. Farmakologická terapie je spíše doplňkem k hlavním opatřením, kterými jsou realimentace a rehydratace. Většina dětí s akutní gastroenteritidou nemá obvykle potřebu farmakoterapie. Hlavním prvkem péče je sledování celkového stavu a vitálních funkcí, frekvence zvracení, charakteristiky stolic

a udržování normální tekutinové bilance. Hospitalizace není vždy nutná, když nenastává vyšší stupeň dehydratace a pacient toleruje orální rehydrataci. V některých případech může být indikací k hospitalizaci i nejistota ohledně diagnózy, neúspěch terapie nebo neschopnost rodičů zajistit adekvátní perorální rehydrataci pro své dítě (3, 26).

2.6.1 Farmakoterapie

Většina případů akutní gastroenteritidy spontánně ustupuje, ale i tak existují situace, ve kterých může být vhodné zvážit použití farmakoterapie. Při rozhodování o použití farmakoterapie je nezbytné zvážit věk dítěte, kontraindikace a vedlejší účinky léků. Při úporném zvracení mohou být antiemetika použita jako součást symptomatologické léčby. V pediatrii se používá především ondansetron, který snižuje frekvenci a intenzitu zvracení (5).

Pro kojence a děti není vhodné používat léky, které ovlivňují motilitu střeva jako je loperamid. Místo toho se volí léky, které snižují zvýšenou střevní sekreci a objem stolice, aniž by ovlivňovaly střevní motilitu. Racecadotril a adsorbencia, například černé uhlí a diosmectit, patří mezi bezpečné možnosti pro děti (5).

Antibiotika se indikují velmi zřídka, protože většina akutních gastroenteritid u dětí je virového původu. Indikace antibiotické léčby závisí na etiologii a tíži onemocnění. Sallmonellóza či kampylobateriόza jsou mnohdy samoúdravné infekce a ve většině případů není zahájení antibiotické terapie nutné. V případě probiotik nebyl prokázán v nekomerčních studiích dostatečná efekt na zkrácení obtíží či snížení nutnosti hospitalizace, proto jejich rutinní doporučení je spíše otazné (5, 39).

2.6.2 Rehydratace a realimentace

Terapie akutní gastroenteritidy je založena na rychlé perorální rehydrataci a následně časně realimentaci. Rehydratace je nezbytnou součástí péče u každého průjmu. Denní příjem tekutin závisí na věku, stupni dehydratace a celkovém zdravotním stavu dítěte. U kojenců se bazální příjem pohybuje kolem 150 ml/kg/den, u batolat je optimální hodnota 100-120 ml/kg/den, s klesající potřebou tekutin s věkem. Při lehké či střední dehydrataci je preferována perorální rehydratační terapie podle doporučení European Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition (ESPGHAN), American Academy of Pediatrics (AAP) a World Health Organization (WHO). Kontraindikací perorální rehydratace je těžký celkový stav nebo intenzivní zvracení. U nás je na trhu výběr

přípravků jako je Kulíšek Forte, Vodníček nebo HIPP ORS 200. Pro lepší chuť jsou často dětem přidávány klasické příchutě nápojů. V případě neúspěšnosti perorální rehydratace a nutnosti hospitalizace lze použít enterální rehydrataci. Enterální rehydratace je stejně účinná jako parenterální, ale má méně nežádoucích účinků a zkracuje dobu hospitalizace dítěte. Nápoje jako cola nebo džusy nejsou doporučovány kvůli své hyperosmolalitě. Dávkování orálního rehydratačního roztoku (ORS) závisí na stupni dehydratace a je důležité dodržovat potřeby dítěte. Rehydratační roztok se podává po malých množstvích v dávkách 30-80 ml/kg během 3-4 hodin. V některých případech je nezbytná parenterální rehydratace, kdy se používají balancované krystaloidy (např. Benelyte či Plasmalyte), které slouží k doplnění objemu tekutin v krevním řečišti a k úpravě iontové rovnováhy (4, 16, 19, 23).

Realimentace, včasné podání dobře tolerovaných potravin, je důležitá pro zhojení změn na střevní sliznici způsobených infekcí. U kojených dětí je mateřské mléko podáváno i v případě akutní gastroenteritidy, rovněž u kojenců s umělou výživou se nedoporučuje měnit mléko, na které bylo dítě před onemocněním zvyklé. U starších dětí začínáme s potravinami obsahujícími škroby a nezatíží střevo, jako jsou rýže, brambory, pečivo, libové maso a jablečné pyré. S realimentací se začíná zhruba 4 hodiny po zahájení rehydratace. Nicméně tato strava je nízkoenergetická nízkým obsahem živin, a proto děti mají být, co nejdříve převedeny na svou běžnou léčbu (4, 16, 19, 23).

2.7 Bariérový ošetrovatelský režim jako prevence šíření gastroenteritid

Základem prevence přenosu infekce akutní gastroenteritidy je zamezení kontaktu s již nemocným pacientem a jeho okolím, tedy izolace nemocného dítěte. V případě hospitalizace nemocného dítěte je nezbytný bariérový ošetrovatelský režim. Bariérový ošetrovatelský režim představuje systém postupů a režimových opatření, které minimalizují přenos patogenních mikroorganismů mezi pacienty a personálem. Akutní gastroenteritida, která je způsobená virem, je typická výrazným vylučováním virů stolicí, jak v počáteční fázi, tak i po dobu několika týdnů v menším množství (13, 26).

Hygiena ve zdravotnických zařízeních je orientována na ochranu jak pacientů, tak i personálu zdravotnických zařízeních. Během ošetrovatelské péče se používá bariérový ošetrovatelský režim, který klade důraz na používání jednorázových pomůcek a

personalizaci osobních předmětů, jako jsou například teploměry. Hygienicko-epidemiologický režim klade důraz na dodržování principů stanovených ve zdravotnických zařízeních, který zahrnuje využívání osobních ochranných pomůcek, správné postupy dekontaminace, manipulace s biologickým materiálem, odpady, stravou, ložním prádlem a úklidem. Primárním cílem zavedení hygienicko-epidemiologického režimu je prevence šíření nozokomiálních nákaz. Součástí je právě i bariérový ošetrovatelský režim (3, 12).

2.7.1 Nozokomiální nákazy

Nozokomiální neboli nemocniční nákazy představují infekce, které vznikají v souvislosti s pobytem pacienta ve zdravotnickém zařízení. Jejich projevy se mohou objevit už během hospitalizace, tak i po propuštění pacienta domů. Akutní gastroenteritida se právě řadí mezi nozokomiální nákazy. Ošetrovatelská prevence před těmito nozokomiálními infekcemi zahrnuje široké spektrum ošetrovatelských činností, které vykonává zdravotní sestra a jiný ošetřující personál. Klíčovou zásadou je pečlivé využívání a striktní dodržování všech možných bariérových pomůcek, včetně používání jednorázových pomůcek, osobních ochranných pomůcek, důsledné osobní hygieny, mytí a dezinfekce rukou a účinná sterilizace. Při výskytu nozokomiální infekce má ošetřující lékař povinnost pečlivě evidovat každý případ nemocniční nákazy. Ošetřující lékař informuje ústavního hygienika a identifikuje zdroj nákazy, způsob šíření a prevenci dalšího šíření. Hlavní ústavní hygienik zdravotnického zařízení má povinnost pečlivě evidovat každý případ nemocniční nákazy (Petrášková, 2016).

2.7.2 Izolační režim a bariérový ošetrovatelský režim

Při léčbě infekčních onemocnění, včetně akutní gastroenteritidy je základním opatřením izolace pacienta. Izolační opatření se zavádějí v situacích s epidemiologicky významným původcem, který by mohl snadno šířit infekci mezi dalšími pacienty a personálem. V případě akutní gastroenteritidy se používá kontaktní izolace. Při každém přímém kontaktu s infekčním pacientem je nebytné, aby ošetřující personál nosil jednorázový plášť, ústenku, prováděl hygienickou dezinfekci rukou a použil rukavice. Po opuštění pokoje je nezbytné všechny použité osobní ochranné pomůcky zlikvidovat v PVC pytlí určeném pro infekční odpad a následně provést hygienickou dezinfekci rukou. Správná izolace musí být zajištěna ihned u prvního pacienta s výskytem akutní

gastroenteritidy virového původu, aby se správně předešlo šíření nákazy. Kontaktní izolace by měla trvat ještě dva dny po odeznění klinických projevů (13, 18).

I správná manipulace s prádlem je součástí bariérového ošetrovatelského režimu. Prádlo je zdravotnický materiál, který je určený pro opakované použití. Prádlo, které se zařazuje do prádla infekčního, je kontaminované biologickým materiálem a všechno prádlo používané na infekčních odděleních. Dopravní a manipulační cesty čistého a použitého prádla se nesmí křížit. I při manipulaci s použitým prádlem se používají osobní ochranné pracovní prostředky, kterými jsou ochranný oděv, rukavice a ústenka, a po skončení se provede hygienická dezinfekce rukou (7, 9, 36).

Při akutní gastroenteritidě je dezinfekce a sterilizace dalším druhem prevence šíření infekce. Dezinfekce je proces, kterým se snižuje počet patogenních mikroorganismů na povrchu předmětů či povrchů za pomoci chemických látek. Dezinfekci je nutné provádět ve všech prostorách, kde dochází k péči o pacienty, včetně pracovních ploch, povrchů a předmětů. Sterilizace je proces, při kterém jsou kompletně zničeny všechny formy mikroorganismů. Nezbytné je sterilizovat nástroje a předměty, které přicházejí do kontaktu s tělesnými tekutinami infikovaného pacienta. Ve zdravotnických zařízeních jsou jasně definované postupy pro dezinfekci i sterilizaci v aktuálních směrnících (36).

2.7.3 Osobní ochranné pomůcky

Osobní ochranné pracovní prostředky slouží k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při vykonávání nebezpečné pracovní činnosti v rámci pracovního prostředí. Všechny tyto prostředky představují nezbytnou součást Bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP). V rámci zdravotnických zařízení je i ochranný oděv část bezpečnostního opatření. Cílem těchto prostředků je vytvořit efektivní bariéru proti infekčním původům a minimalizovat nozokomiální přenos infekcí. Během bariérového ošetrovatelského režimu zdravotnický personál používá různé typy osobních ochranných prostředků jako jsou rukavice, ústenky, čepice, ochranné štíty, empíry nebo zástěry. Ze všech osobních ochranných pracovních prostředků jsou zásadním prostředkem rukavice, které poskytují mechanickou bariéru, která snižuje riziko kontaminace rukou zdravotnického personálu biologickým materiálem, a tím se zároveň potlačuje možnost šíření mikroorganismů v nemocničním prostředí. Používání rukavic není doporučeno tehdy, když nepředpokládáme kontakt s tělesnými tekutinami nebo kontaminovaným prostředím. Jeden pár rukavic je určen pro péči pouze o jednoho pacienta, a to pouze pro jednu

konkrétní činnost. Použité rukavice jsou likvidovány jako nebezpečný infekční odpad ze zdravotnického zařízení. Rukavice samotné neposkytují kompletní ochranu před kontaminací rukou, takže vždy po sejmutí je nutná důkladná hygienická dezinfekce rukou (11, 38).

2.7.4 *Hygienu rukou zdravotníků*

Na našich rukou, nejen na rukou zdravotníků se nachází velké množství bakterií a dalších mikroorganismů, kterých se jen umytím rukou vodou s mýdlem nezbavíme. Obzvláště při akutní gastroenteritidě, i u dalších infekcí je přenos mikroorganismů na lidských rukou hlavním mechanismem šíření. Právě proto může správná hygiena rukou zabránit jejich šíření a významně ovlivnit prevenci těchto nemocí. Ve všech zdravotnických zařízeních je nutné, aby veškerý personál byl edukován o správné péči o své ruce. Důkladná hygiena rukou by měla být podporována umístěním dávkovačů dezinfekce v halách nemocnic, u vstupu na oddělení a na každém pokoji. Na správnou metodiku mytí rukou v průběhu poskytování zdravotní péče stanovuje směrnice WHO, která vymezuje pět momentů, kdy je třeba provést hygienu rukou: před dotykem pacienta, před aseptickými postupy, po expozici biologického materiálu, po kontaktu s pacientem a po kontaktu s prostředím pacienta. Mytí rukou mýdlem a vodou je indikováno při viditelném znečištění a po použití toalety. Hygienická dezinfekce je indikována ve všech ostatních situacích a při používání bariérových ošetřovatelských technik. Správné hygienické mytí rukou by mělo probíhat přibližně 40-60 sekund (2, 12, 38, 39).

3 EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 Cíle práce a hypotézy

Cílem pro empirickou část bakalářské práce bylo vytvořit dotazník vlastní konstrukce a zadat jej zdravotním sestřím pracujícím na dětských odděleních následně jej vyhodnotit a statisticky analyzovat znalost a dodržování bariérového ošetrovatelského režimu zdravotních sester na dětských lůžkových odděleních u pediatrických pacientů s akutní gastroenteritidou.

Hypotézy: Lze předpokládat, že nebudou zjištěny statisticky významné rozdíly ve většině odpovědí mezi mladšími a staršími respondenty. Předpokládanou hypotézou je, že ve výsledcích nebudou zjištěny statisticky významné rozdíly v odpovědích mezi respondenty s delší a kratší praxí na dětském lůžkovém oddělení. Třetí předpokládanou hypotézou je, že ve výsledcích nebudou statisticky významné rozdíly v odpovědích mezi respondenty s jinou úrovní vzdělání.

3.2 Metodika

Postoj a informovanost jednotlivých zdravotních sester pracujících na dětských lůžkových odděleních jsem posuzovala ve výzkumné části mé bakalářské práce pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl určen pro zdravotní sestry pracující na dětských lůžkových odděleních v nemocnicích okresního typu.

Jedná se o dotazník vlastní konstrukce, který se skládá z 31 otázek, z nichž jsou čtyři otevřené, devět obsahuje více možností odpovědí a jedna otázka navazuje na předchozí. V otevřených otázkách je odpovědí určitý číselný údaj. Dotazník je strukturován do tří hlavních oddílů.

První oddíl slouží k získání demografických údajů respondentů, jako jsou pohlaví, věk a dosažené vzdělání. Dále se zaměřuje na délku praxe na dětském lůžkovém oddělení a na počet pacientů hospitalizovaných s akutním průjmovým onemocněním infekčního původu.

Druhý oddíl se věnuje obecným aspektům akutních průjmových onemocnění, jejich původcům a způsobům léčby. Poslední třetí oddíl se zaměřuje na bariérový ošetrovatelský režim obecně a na osobní přístup k jeho správnému dodržování.

3.3 Organizace vlastního šetření a sběr dat

Dotazníkové šetření jsem zadávala v devíti nemocnicích v České republice na dětském lůžkovém oddělení. Oslovila jsem pro dotazníkové šetření dvacet různých nemocnic okresního typu. Jedenáct z nich mi vyhovělo při žádosti o dotazníkové šetření u nich na dětském oddělení. Z tohoto výběru jsem musela dvě nemocnice z výzkumného šetření vyloučit z důvodu nedostatku respondentů. Ve zbylých 9 nemocnicích následovně výzkumné šetření probíhalo. Nemocnice, kde bude probíhat dotazníkové šetření jsem volila dle velikosti daného zdravotnického zařízení. Zvolila jsem si nemocnice, které nejsou fakultní, takže oblastní, okresní nebo městské nemocnice. Jedná se o: Nemocnice Rudolfa a Stefanie, Benešov, a.s.; Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.; Nemocnice Třebíč; Oblastní nemocnice Kolín, a.s.; Klatovská nemocnice a.s.; Oblastní nemocnice Kladno, a.s.; Oblastní nemocnice Trutnov, a.s.; Masarykova městská nemocnice v Jilemnicích a o Oblastní nemocnice v Náchodě. V každé z nich jsem požádala náměstkyni pro ošetrovatelskou péči o povolení k provedení výzkumného šetření (viz Příloha) Pro vyplnění dotazníků jsem oslovila pouze zdravotní sestry pracující na dětských standardních lůžkových odděleních.

Ve třech nemocnicích jsem osobně rozdala přímo zdravotním sestřím na oddělení papírovou verzi dotazníků. Pro zachování anonymity byla ke každému dotazníku přiložena obálka, která se následně zapečetila po samotném vyplnění dotazníku. V těchto nemocnicích bylo celkem zadáno 60 dotazníků a navrátilo se jich 36 vyplněných.

Ve zbylých šesti nemocnicích jsem zadávala dotazník zdravotním sestřím na dětských standardních lůžkových odděleních v elektronické formě v podobě odkazu. Zde jsem prosila vrchní sestry jednotlivých odděleních o předání elektronického odkazu jednotlivým zdravotním sestřím. I v elektronické podobě byl dotazník plně anonymní, respondenti neudávali svoje jméno ani žádné osobní kontaktní údaje. V elektronické podobě se mi navrátilo 51 vyplněných dotazníků.

Pro samotné vyplnění dotazníků nebyla jiná podmínka, než pracovní pozice na dětském lůžkovém oddělení ve zvoleném zdravotnickém zařízení a ochota se zúčastnit mého dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření probíhalo v době od 20.12.2023 do 12.3.2024 a celkem se mi podařilo najít 87 respondentů, kteří byli ochotni vyplnit tento dotazník. Všech 87 dotazníků bylo použito pro analýzu dat. K třídění a základnímu zpracování dat byl použit program Microsoft Excel. Jednotlivé odpovědi byly zpracovány do datového listu (viz. Příloha na CD-ROM) a tato data byla následně exportována do

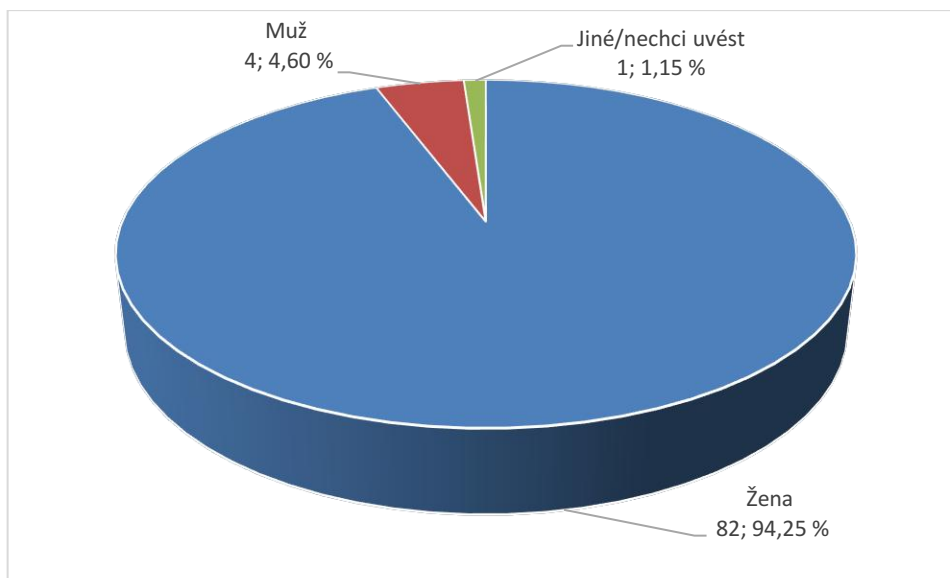
statistického programu Statistika CZ 14 (StatSoft CR s.r.o.), v němž byla data statisticky testována.

3.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Vlastní šetření proběhlo formou dotazníku anonymního dotazníků. Sběr dat probíhal v devíti nemocnicích. Výzkumný soubor celkem tvořilo 87 respondentů ze všech devíti nemocnic.

Otázka č. 1: Pohlaví

Z následujícího výsečového diagramu vyplývá, že se výzkumného šetření účastnilo celkem 82 žen (94,25 %) a 4 muži (4,60 %). Jeden z respondentů nechtěl uvádět své pohlaví (1,15 %).



Obrázek č. 1: Výsečový diagram pohlaví respondentů

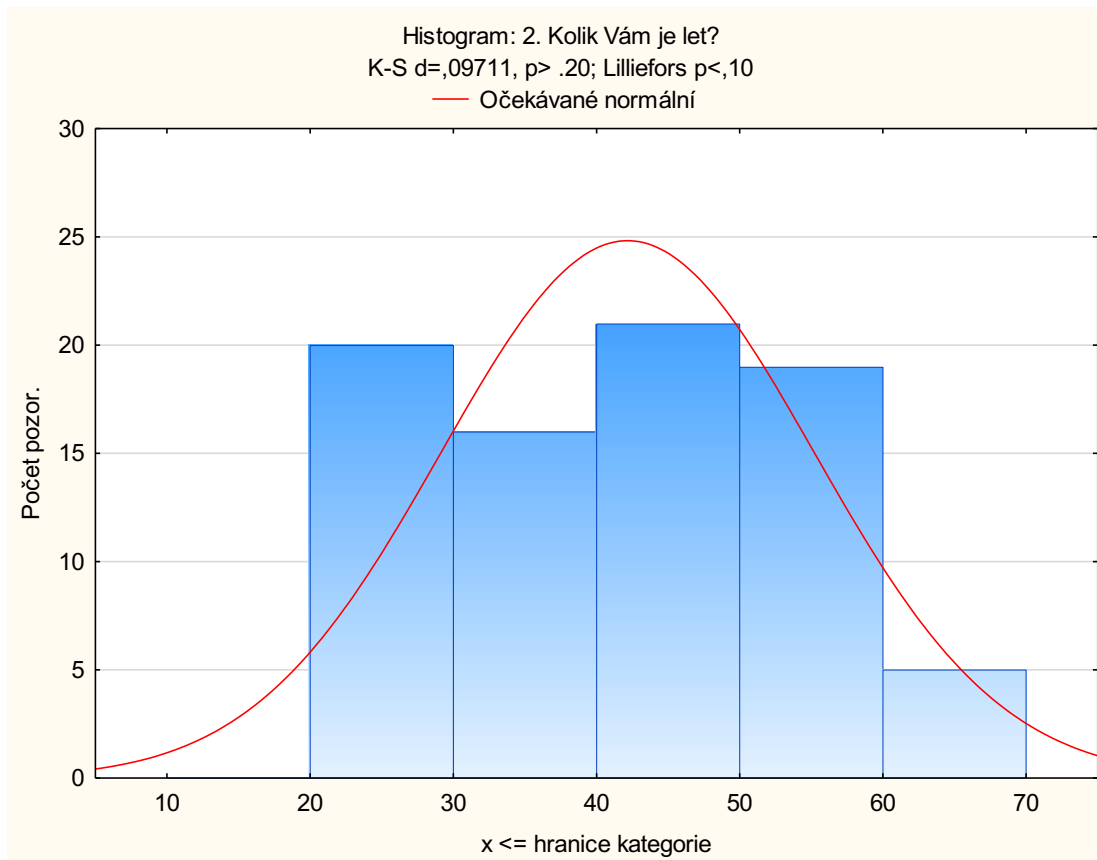
Otázka č.2: Kolik Vám je let?

Svůj věk uvedlo 81 respondentů. Aritmetický průměr věku zkoumaného vzorku je 42,17 let, medián věku respondentů je 45 let. Nejmladšímu respondentovi bylo 21 let, nejstarší respondent byl ve věku 67 let. Nelze určit nejčastěji opakovaný uváděný věk, z důvodu vícenásobných stejných hodnot.

Proměnná	platných N	Průměr	Medián	Mód	Četnost modu	Min.	Max.	Směr. Odch.	Var. Koef.
Věk	81,00	42,17	45,00	Vícenás.	5,00	21,00	67,00	13,02	30,86

Tabulka č. 1: Popisná statistika (věk respondentů)

Níže zobrazený histogram četnosti znázorňuje věkové rozložení zkoumaného vzorku.



Obrázek č. 2: Histogram četnosti rozložení věku respondentů

Pro další analýzu budou využity testy neparametrické a respondenti budou rozděleni do dvou skupin dle hodnoty mediánu a vrcholu Gaussovy křivky na respondenty mladší 45 let včetně a respondenty ve věku 46 let a více.

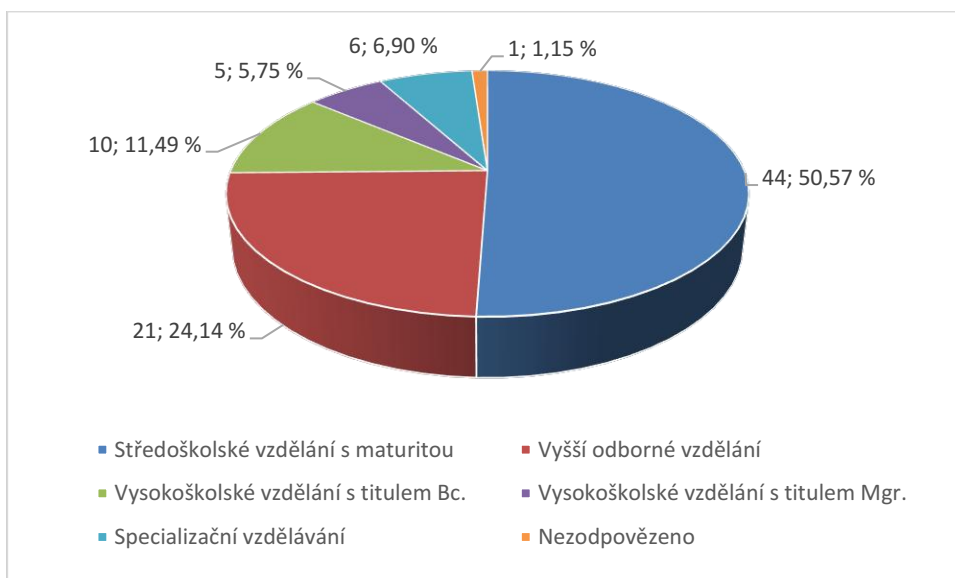
Proměnná	n	%
Respondenti do 45 let věku	40	52,63
Respondenti nad 46 let a více	36	47,37
Celkem	76	100,00

Tabulka č.2: Rozdělení respondentů dle věku do dvou skupin

Otázka č.3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Z níže uvedeného grafu vyplývá, že nejpočetnější skupinu tvoří 43 (50,57 %) respondentů se středoškolským vzdělání. Druhou nejčastější odpovědí bylo vyšší odborné vzdělání s počtem 21 (24,14 %) respondentů. Vysokoškolské s titulem Bc. má 10 (11,49 %) respondentů a vysokoškolské magisterské studium 5 (5,75 %) zdravotních sester. Specializační vzdělání absolvovalo 6 (6,90 %) respondentů. Jeden z respondentů na

otázku o nejvyšším dosaženém vzdělání neodpověděl (1,15 %). Pro statistickou analýzu dat byla tato kategorie rozdělena do dvou oddílů – středoškolské vzdělání s maturitou (44 zdravotních sester) a ostatní nabízené vzdělání jako je vyšší odborné, vysokoškolské (bakalářský a magisterský titul dohromady) a specializační vzdělání, které činí 43 zdravotních sester.



Obrázek č. 3: Výšečový diagram nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů

Pro statistickou analýzu odpovědí respondentů budou využity neparametrické testy. Respondenti jsou rozděleni do dvou skupin dle nejvyššího dosaženého vzdělání. První skupinou jsou respondenti, které mají středoškolské vzdělání s maturitou a vyšší odborné vzdělání. Druhou skupinou jsou respondenti s vysokoškolským vzděláním s titulem bakalářským i magisterských a s dokončeným specializačním vzděláním.

Proměnná	n	%
Středoškolské vzdělání a VOŠ	65	75,58
VŠ s titulem Bc. a Mgr. a specializační vzdělání	21	24,42
Celkem	86	100,00

Tabulka č.3: Rozdělení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Otázka č.4: Jak dlouho pracujete na dětském lůžkovém oddělení?

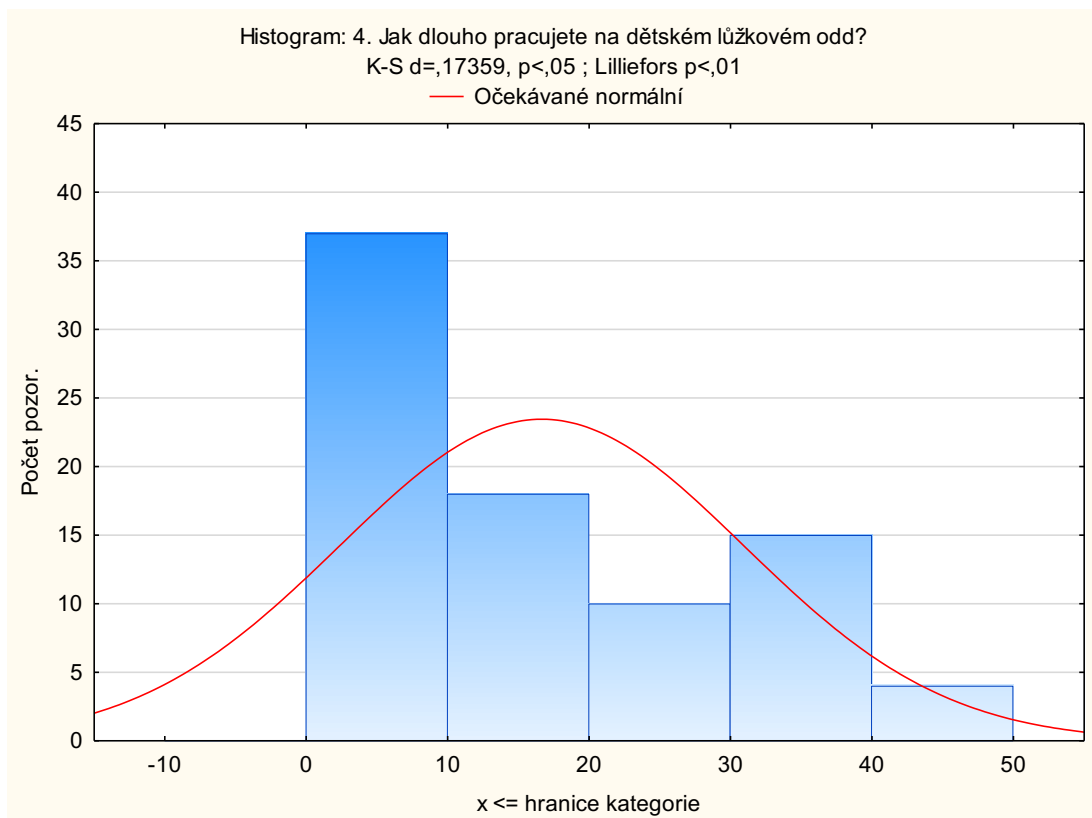
Dobu své praxe na dětském lůžkovém oddělení znázorňuje následující tabulka. Průměrná doba praxe celkového počtu respondentů, kteří uvedli údaj o své praxi (n=84) je 16,65 let. Respondent s nejkratší délkou praxe nepracuje ani jeden celý rok, maximum

délky praxe uvedl respondent ve výši 48 let. Medián doby praxe respondentů je 15 let. Do výzkumného šetření se zapojili respondenti s dobou praxe mezi půl rokem a 48 lety. Nejčtenější odpovědi bylo 15 let, které se opakovaly osmkrát.

Proměnná	platných N	Průměr	Medián	Mód	Četnost modu	Min.	Max.	Směr. Odch.	Var. koef.
Doba praxe	84	16,65	15	15	8	0,5	48	14,29	85,80

Tabulka č. 4: Popisná statistika délky praxe na dětském lůžkovém oddělení respondentů

Druhý histogram četnosti poukazuje na znázornění délky praxe respondentů, které nenaplnuje parametry normálního rozdělení. Během statistické analýzy nelze použít parametrický test významnosti.



Obrázek č. 4: Histogram četnosti rozdělení délky praxe respondentů

Výzkumný vzorek je rozdělen do dvou skupin podle hodnoty mediánu a vrcholy Gaussovy křivky na respondenty s kratší délkou praxe (do 15 let včetně) a na respondenty s delší délkou praxe (trvajících 16 a více let).

Proměnná	n	%
Délka praxe do 15 let	41	53,95
Délka praxe nad 16 let	35	46,05
Celkem	76	100,00

Tabulka č.5: Rozdělení respondentů dle délky praxe

Otázka č. 5: Kolik pacientů je na Vašem oddělení průměrně hospitalizováno každý měsíc s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu)?

Na tuto otázku odpovědělo 77 respondentů (88,51 %) z 87. Aritmetický průměr hospitalizovaných pacientů je 10,32. Nejčastější odpovědí je, že na oddělení bývá hospitalizováno průměrně 10 pacientů za měsíc s akutním průjmovým onemocněním infekčního původu, tato odpověď se opakovala 21x. Odpovědi se pohybují v rozmezí od 1 do 30 pacientů průměrně za měsíc.

Proměnná	platných N	Průměr	Medián	Mód	Četnost modu	Min.	Max.	Směr. Odch.	Var. Koef.
Pacientů/ měsíc	77	10,32	10	10	21	1	30	6,57	63,66

Tabulka č. 6: Popisná statistika (počet hospitalizovaných pacientů průměrně za každý měsíc na oddělení)

3.5 Výsledky práce

V následující kapitole empirické části bakalářské práce se nacházejí otázky, které zjišťují znalosti a osobní postoje k akutnímu průjmovému onemocnění infekčního původu a bariérovém ošetrovatelském režimu právě u tohoto onemocnění.

Otázka č. 6: Které původce akutních průjmových onemocnění považujete podle Vašich zkušeností a znalostí za nejrizikovější z hlediska klinického průběhu?

Na tuto otázku měli respondenti možnost výběru více odpovědí, a to z nabídky deseti různých. Tabulka uvedená níže prezentuje, že 68 (22,37 %) respondentů považuje za nejrizikovějšího původce z hlediska klinického průběhu rotaviry. Těsně za rotaviry označilo 58 (19,08 %) respondentů salmonelu. Adenoviry zvolilo 44 (14,47 %) respondentů a noroviry 40 (13,16 %) respondentů. Celkem 28 (9,21 %) zdravotníků se domnívá, že nejrizikovějším původcem z hlediska klinického průběhu je *Campylobacter*. Klostridiovou kolitidu považuje za nejrizikovější v tomto ohledu 21

(6,91 %) respondentů. O něco méně a to 14 (6,25 %) zdravotních sester označilo *E. coli*. Shigellózu uvedlo za nejrizikovější 14 (4,61 %) respondentů. Nejméně jsou zastoupené odpovědi respondentů u *Yersinia* a to 28 (9,21 %) odpověďmi. U astrovirů, kde odpověděli 4 (1,32 %) respondenti. Tato otázka dělala problém 2 (0,66 %) respondentům.

6. Nejrizikovější původci z hlediska klinického průběhu		
Proměnná	n	%
<i>Salmonella</i> (salmonelóza)	58	19,08
<i>Campylobacter</i> (kampylobakteriόza)	28	9,21
<i>Yersinia</i> (yersiniόza)	6	1,97
<i>Shigella</i> (shigellόza)	14	4,61
<i>E. coli</i>	19	6,25
Rotaviry	68	22,37
Noroviry	40	13,16
Adenoviry	44	14,47
Astroviry	4	1,32
<i>C. difficile</i> (klostridiová kolitida)	21	6,91
Nevím	2	0,66

Tabulka č. 7: Nejrizikovější původci z hlediska klinického průběhu

Otázka č.7: Které původce akutních průjemových onemocnění považujete podle Vašich zkušeností a znalostí za nejrizikovější z hlediska rizika dalšího přenosu a šíření infekce?

U této otázky měli respondenti možnost více odpovědí u 10 možností. Nejvíce zastoupená skupina 70 (28,23 %) respondentů zvolila rotaviry za nejrizikovějšího dalšího přenosu a šíření infekce. Stejně početně jsou voleny noroviry a adenoviry a to 42 (16,94 %) respondenty. Z celkového počtu se 36 (14,52 %) respondentů domnívá, že nejrizikovějším původcem v tomto ohledu je *Salmonella*. Celkem 15 (6,05 %) respondentů volilo klostridiovou kolitidu a 13 (5,24 %) respondentů zvolilo *E. coli*. Stejně 9 (3,63 %) respondentů se domnívá, že nejrizikovějším původcem je *Campylobacter* a astroviry. Osm (3,23 %) zdravotních sester si myslí, že nejrizikovějším původcem je *Yersinia*. Nejméně 2 (0,81 %) respondenti uvedli *Shigellu*. Dva (0,81 %) respondenti nevěděli, jakého původce považují za nejrizikovější v tomto ohledu.

7. Nejrizikovější původci z hlediska rizik dalšího přenosu a šíření		
Proměnná	n	%
<i>Salmonella</i> (salmonelóza)	36	14,52
<i>Campylobacter</i> (kampylobakteriíza)	9	3,63
<i>Yersinia</i> (yersiniíza)	8	3,23
<i>Shigella</i> (shigellíza)	2	0,81
<i>E. coli</i>	13	5,24
Rotaviry	70	28,23
Noroviry	42	16,94
Adenoviry	42	16,94
Astroviry	9	3,63
<i>C. difficile</i> (klostridiová kolitida)	15	6,05
Nevím	2	0,81

Tabulka č. 8: Nejrizikovější původci z hlediska rizik dalšího přenosu a šíření

Otázka č. 8: Jak se podle Vás přenáší rotavirová či norovirová enteritida?

V této otázce měli respondenti možnost více odpovědí ze čtyř různých možností. Nejvíce 74 (42,77 %) respondentů zvolilo za přenos infekce přímým kontaktem infikovanou osobou. Přesně 42 (24,28 %) respondentů zvolilo přenos nepřímým kontaktem s kontaminovanými předměty. Podobný počet 38 (21,97 %) zdravotních sester si myslí, že se rotavirová a norovirová enteritida přenáší aerosolem. Nejméně 19 (10,98 %) respondentů zvolilo přenos jídlem.

8. Jak se přenáší rotavirová či norovirová enteritida?		
Proměnná	n	%
Přímým kontaktem s infikovanou osobou	74	42,77
Nepřímým kontaktem s kontaminovanými předměty	42	24,28
Jídlem	19	10,98
Aerosolem	38	21,97

Tabulka č. 9: Jak se přenáší rotavirová či norovirová enteritida?

Otázka č. 9: Jak se podle Vás přenáší salmonelóza či kampylobakteriíza?

U této otázky měli respondenti možnost uvést více odpovědí. Volili ze čtyř možností odpovědi. Nejvíce a to 72 (48,00 %) respondentů se domnívá, že salmonelóza či kampylobakteriíza se přenáší jídlem. V následující tabulce je zřejmé, že 40 (26,27 %) respondentů uvádí přenos přímým kontaktem s infikovanou osobou. Celkem 34 (22,67 %) respondentů zvolilo přenos nepřímým kontaktem kontaminovanými předměty. Čtyři

(2,67 %) zdravotní sestry se domnívají, že se salmonelóza a kampylobakteriíza přenáší aerosolem.

9. Jak se přenáší salmonelóza či kampylobakteriíza?		
Proměnná	n	%
Přímým kontaktem s infikovanou osobou	40	26,67
Nepřímým kontaktem s kontaminovanými předměty	34	22,67
Jídlem	72	48,00
Aerosolem	4	2,67

Tabulka č. 10: Jak se přenáší salmonelóza či kampylobakteriíza?

Otázka č. 10: Jaké jsou nejčastější důvody hospitalizace pacientů s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu) dle Vaší zkušenosti?

Na tuto otázku měli respondenti možnost vybrat 1-3 nejčastější důvody podle jejich zkušeností. V níže zobrazeném sloupcovém grafu je zobrazeno, že 81 (29,03 %) respondentů si myslí, že nejčastějším důvodem hospitalizace je dehydratace. Celkem 65 (23,30 %) respondentů odpovědělo, že nejčastějším důvodem hospitalizace je intolerance perorálního příjmu a rozvoj dehydratace. Přesně 56 (20,07 %) zdravotních sester se domnívá, že nejčastější důvod je rozvrat vnitřního prostředí. Z celku 27 (9,68 %) respondentů zvolilo jako nejčastější důvod obavy rodiny nebo neschopnost zajistit rehydrataci v domácím prostředí. Prozánětlivý stav zvolilo 9 (3,23 %) respondentů a jiné komplikace onemocnění 6 (2,15 %) respondentů.

10. Nejčastější důvody hospitalizace		
Proměnná	n	%
Dehydratace	81	29,03
Rozvrat vnitřního prostředí	56	20,07
Prozánětlivý stav	9	3,23
Jiné komplikace onemocnění	6	2,15
Diferenciálně diagnostická nejistota	35	12,54
Intolerance perorálního příjmu a rozvoj dehydratace	65	23,30
Obavy rodiny/neschopnost zajistit rehydrataci doma	27	9,68

Tabulka č. 11: Nejčastější důvody hospitalizace

Otázka č.11: Jak často podle Vaší zkušenosti jsou pacienti hospitalizovaní s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu) léčeni antibiotiky?

V níže zobrazené tabulce relativní četnosti je zřejmé, že 43 (49,43 %) respondentů uvádí, že téměř nikdy či výjimečně jsou pacienti léčeni antibiotiky. Další nejčastější

skupina 25 (28,74 %) respondentů odpovědělo, že občas ve 25-49 % jsou pacienti s akutním průjmovým onemocněním léčeni antibiotiky. Celkem 18 (20,69 %) respondentů uvedlo, že jsou pacienti často léčeni touto léčbou. Pouze jeden (1,15 %) respondent uvedl, že pacienti jsou velmi často léčeni antibiotiky.

Jak často jsou hospitalizovaní pacienti s akutním průjmovým onemocněním léčeni antibiotiky?	n	%
Téměř nikdy či výjimečně (0-24 %)	43	49,43
Občas (25-49 %)	25	28,74
Často (50-74 %)	18	20,69
Velmi často (75-100 %)	1	1,15

Tabulka č. 12: Jak často jsou hospitalizovaní pacienti s akutním průjmovým onemocněním léčeni antibiotiky?

Otázka č.12: Která léčiva považujete za vhodná a účinná a doporučil(a) byste u akutního průjmového onemocnění (infekčního původu) v dětském věku?

U této otázky si mohli respondenti vybrat z více možných odpovědí a uváděli všechny možnosti, o kterých si myslí, že jsou vhodná a účinná. Nejvíce 51 (26,70 %) respondentů by doporučilo probiotika. Přesně 43 (22,51 %) zdravotních sester si myslí, že vhodný je tannát želatiny. Podobně by 41 (21,47 %) respondentů nedoporučilo žádné léčivo, ale pouze dietní opatření a rehydrataci. Racecadotril (Hidrasec) by doporučilo 28 (14,66 %) zdravotních sester. Dalším léčivem, které by doporučilo 18 (9,42 %) respondentů, je černé (aktivní) uhlí. Posledními voleným léčivem je diosmektit a loperamid, které obě volilo 5 (2,62 %) respondentů.

12. Která léčiva považujete za vhodná a účinná v dětském věku?		
Proměnná	n	%
Diosmektit	5	2,62
Černé (aktivní) uhlí	18	9,42
Racecadotril (Hidrasec)	28	14,66
Loperamid (Imodium)	5	2,62
Tannát želatiny (Tasectan)	43	22,51
Probiotika	51	26,70
Žádná, pouze dietní opatření a rehydratace	41	21,47

Tabulka č. 13: Která léčiva považujete za vhodná a účinná v dětském věku?

Otázka č.13: Je podle Vás v případě akutního průjmového onemocnění (infekčního původu) dodržovat izolaci pacienta a izolační režim?

V této otázce respondenti uváděli, zda si myslí, že je potřeba dodržovat izolaci pacienta a izolační režim. Respondenti uvažují nad situací, tak že zatím neznáte původce onemocnění. Nejvíce respondentů 85 (97,70 %) zvolilo, že si myslí je potřeba dodržovat izolaci pacienta a izolační režim. Pouze jeden (1,15 %) odpověděl, že není nutné dodržovat izolaci pacienta a izolační režim. Jeden respondent (1,15 %) si nedovedl poradit s touto otázkou a označili možnost nevím.

Je podle Vás potřeba dodržovat izolaci a izolační režim?	n	%
Ano	85	97,70
Ne	1	1,15
Nevím	1	1,15

Tabulka č. 14: Je podle Vás potřeba dodržovat izolaci a izolační režim?

Otázka č.14: Jak často podle Vaší zkušenosti má pacient s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu) hospitalizovaný na Vašem oddělení zavedený izolační režim?

Na tuto otázku měli respondenti výběr ze čtyř odpovědí, když uvažují situaci, že neznají původce onemocnění. U 63 (72,41 %) respondentů má hospitalizovaný pacient velmi často zavedený izolační režim. Celkem 13 (14,94 %) respondentů odpovědělo, že u nich na oddělení má pacient často v 50-74 % zavedený izolační režim. V menšině pak 7 (8,05 %) respondentů uvedlo, že hospitalizovaný pacient má u nich na dětském oddělení jen občas v 25-49 % má pacient zavedený izolační režim. Pouze 4 (4,60 %) respondentů uvedlo, že téměř nikdy či výjimečně zavádí izolační režimu hospitalizovaného pacienta s akutním průjmovým onemocněním.

Jak často má hospitalizovaný pacient zavedený izolační režim?	n	%
Téměř nikdy či výjimečně	4	4,60
Občas (25-49%)	7	8,05
Často (50-74%)	13	14,94
Velmi často (75-100%)	63	72,41

Tabulka č. 15: Jak často má hospitalizovaný pacient zavedený izolační režim?

Otázka č. 15: Jak často podle Vás nastane situace, kdy samotný izolační pokoj nelze vytvořit (např. z kapacitních důvodů) a pacient, který by měl mít izolační režim sdílí pokoj s jiným pacientem?

Nejvíce 33 (37,93 %) respondentů volilo, že velmi vzácně/výjimečně (jednotky případů za rok) nelze vytvořit samotný izolační pokoj a pacient sdílí pokoj s jiným pacientem. Druhou nejčetnější skupinou 23 (26,44 %) respondentů nikdy tuto situaci nezažil(a). Celkem 23 (14,94 %) respondentů uvedlo, že občasně (jednotky případů za měsíc) tato situace nastane. Stejný počet respondentů uvedlo, že tato situace v reálné klinické praxi nastává (jednotky případů týden). Nejméně 4 (4,60 %) respondenti udávají, že tato situace v klinické praxi nastává (jednotky případů týdně), ale vždy se pacient dává na pokoj s nemocným, který má stejné onemocnění (akutní gastroenteritida). Pouze jeden (1,15 %) respondent uvedl, že tato situace v klinické praxi nastává (jednotky případů týdně), ale vždy se pacient dává na pokoj s nemocným, až po průkazu infekčního agens (např. rotaviry).

Jak často nastane situace, kdy nelze vytvořit samostatný izolační pokoj?	n	%
Nikdy jsem tuto situaci nezažil/a	23	26,44
Velmi vzácně/výjimečně (jednotky případů za rok)	33	37,93
Občasně (jednotky případů za měsíc)	13	14,94
Tato situace v reálné klinické praxi nastává (jednotky případů za týden)	13	14,94
Tato situace v klinické praxi nastává (jednotky případů týdně), ale vždy se pacient dává na pokoj s nemocným, který má stejné onemocnění (akutní gastroenteritida)	4	4,60
Tato situace v klinické praxi nastává (jednotky případů týdně), ale vždy se pacient dává na pokoj s nemocným, až po průkazu infekčního agens (např. rotaviry)	1	1,15

Tabulka č. 16: Jak často nastane situace, kdy nelze vytvořit samostatný izolační pokoj?

Otázka č.16: Je podle Vás potřeba v případě akutního průjmového onemocnění (infekčního původu) dodržovat bariérový ošetrovatelský režim?

Převážná většina 82 (94,25 %) respondentů si myslí, že je potřeba dodržovat bariérový ošetrovatelský režim. Pouze 2 (2,30 %) respondenti odpověděli, že není potřeba dodržovat bariérový ošetrovatelský režim v případě akutního průjmového onemocnění. Pouze jeden (1,15 %) z respondentů uvedl, že neví zda je tento režim důležité dodržovat a 2 (2,30 %) zdravotní sestry tuto otázku nezodpověděli.

Je potřeba dodržovat bariérový ošetrovatelský režim?	n	%
Ano	82	94,25
Ne	2	2,30
Nevím	1	1,15
Nezodpovězeno	2	2,30

Tabulka č. 17: Je potřeba dodržet bariérový ošetrovatelský režim?

Otázka č.17: Jak často podle Vaší zkušenosti má pacient s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu) hospitalizovaný na Vašem oddělení zavedený bariérový ošetrovatelský režim?

Více než polovina 52 (59,77 %) respondentů uvedlo, že na jejich oddělení mají pacienti velmi často zavedený bariérový ošetrovatelský režim a 18 (20,69 %) respondentů odpovědělo, že na svém oddělení mají pacienti v 50-74 % zavedený tento režim. Malé procento a to 3 (3,45 %) respondenti uvedli, že téměř nebo jen výjimečně má hospitalizovaný pediatrický pacient zavedený bariérový ošetrovatelský režim. Pouze 4 (4,60 %) respondenti nezodpověděli tuto otázku.

Jak často má pacient zavedený bariérový ošetrovatelský režim?	n	%
Téměř nikdy či výjimečně (0-24 %)	3	3,45
Občas (25-49 %)	10	11,49
Často (50-74 %)	18	20,69
Velmi často (75-100 %)	52	59,77
Nezodpovězeno	4	4,60

Tabulka č. 18: Jak často má pacient zavedený bariérový ošetrovatelský režim?

Otázka č.18: Které osobní ochranné pomůcky považujete za důležité při poskytování ošetřovatelské péče o pacienta s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu).

V této otázce měli možnost respondenti uvést všechny možnosti, které považují za důležité. Nejvíce 86 (33,08 %) respondentů uvedlo, že považují rukavice za důležitou osobní ochrannou pomůcku. Druhou nejčastější doporučovanou ochrannou pomůckou je ústenka, kterou zvolilo 63 (24,23 %) respondentů. Podobně je volenou pomůckou empír, který označilo 58 (22,31 %) respondentů. Celkem 30 (11,54 %) zdravotních sester by doporučilo respirátor. Nejméně doporučovanými i používanými dle respondentů jsou návleky na obuv, které označilo 12 (4,62 %) respondentů, a pokrývka hlavy (jednorázová čepice), kterou označilo 10 (3,85 %) respondentů. Pouze jeden (0,38 %) respondentů zvolilo jako odpověď ochranný štít.

18. Které osobní ochranné pomůcky považujete za důležité?		
Proměnná	n	%
Ústenka	63	24,23
Respirátor	30	11,54
Empír	58	22,31
Návleky na obuv	12	4,62
Rukavice	86	33,08
Pokrývka hlavy (jednorázová čepice)	10	3,85
Ochranný štít	1	0,38

Tabulka č. 19: Které osobní ochranné pomůcky považujete za důležité?

Otázka č.19: Jak často používáte při poskytování ošetřovatelské péče o pacienta s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu) osobní ochranné pomůcky?

Na tento dotaz převážná většina zdravotních sester na dětských odděleních, přesně 62 (71,26 %) respondentů používají ochranné osobní pomůcky velmi často. Celkem 18 (20,69 %) respondentů, že využívají osobní ochranné pomůcky často a to v 50-74 %. Nejméně 7 (8,05 %) respondentů používají osobní ochranné pomůcky jen občas. Žádný z respondentů nevedl, že osobní ochranné pomůcky při poskytování ošetřovatelské péče nepoužívá.

Jak často používáte osobní ochranné pomůcky?	n	%
Téměř nikdy či výjimečně (0-24 %)	0	0,00
Občas (25-49 %)	7	8,05
Často (50-74 %)	18	20,69
Velmi často (75-100 %)	62	71,26

Tabulka č. 20: Jak často používáte osobní ochranné pomůcky?

Otázka č.20: Kde jste podle Vás získal(a) nejvíce informace o bariérovém ošetrovatelském režimu?

V této otázce 28 (32,18 %) respondentů uvedlo, že nejvíce informací o bariérovém ošetrovatelském režimu získalo při kvalifikačním studiu. Druhým nejčastějším zdrojem informací uvedlo 24 (27,59 %) respondentů možnost získání informací při školeních a seminářích na pracovišti. Možnost získání informací v rámci adaptačního procesu při nástupu do zaměstnání označilo 15 (17,24 %) respondentů. Devět (10,34 %) označilo, že nejvíce informací získali odborným vedením nadřízenými pracovníky. Téměř stejný výsledek má i možnost získání informací z rad a zkušeností spolupracovníku, které volilo 8 (9,20 %) respondentů. Pouze 3 (3,45 %) respondenti si myslí, že nejvíce informací o bariérovém ošetrovatelském režimu získalo při specializačním studiu. Žádný z respondentů neodpověděl, že informace získal ze samostatného studia na internetu nebo z odborné literatury.

Kde jste získal(a) nejvíce informace o bariérovém ošetrovatelském režimu?	n	%
Při kvalifikačním studiu (SZ, VŠ)	28	32,18
Při specializačním studiu	3	3,45
V rámci adaptačního procesu při nástupu do zaměstnání	15	17,24
Při školeních a seminářích na pracovišti	24	27,59
Odborným vedením nadřízenými pracovníky	9	10,34
Z rad a zkušeností spolupracovníků	8	9,20
Ze samostatného studia - internet, odborná literatura	0	0,00

Tabulka č. 21: Kde jste získal(a) nejvíce informace o bariérovém ošetrovatelském režimu?

Otázka č. 21: Existují nějaké překážky, které Vám brání v dodržování zásad bariérového ošetrovatelského režimu?

Na tuto otázku 46 (52,87 %) respondentů uvedlo, že neexistují žádné překážky, které jim brání v dodržování zásad bariérového ošetrovatelského režimu. Celkem 35 (40,23 %) respondentů odpovědělo, že spíše neexistují žádné překážky v dodržování zásad. Čtyři (4,60 %) respondenti odpověděli, že spíše existují nějaké překážky, které jim brání v dodržování zásad. Pouze jeden (1,15 %) respondent uvedl, že existuje nějaká překážka a jeden (1,15 %) respondent odpověděl, že neví zda mu brání nějaká překážka v dodržování tohoto režimu.

Existují nějaké překážky, které Vám brání v dodržování zásad bariérového ošetrovatelského režimu?	n	%
Ano	1	1,15
Spíše ano	4	4,60
Spíše ne	35	40,23
Ne	46	52,87
Nevím	1	1,15

Tabulka č. 22: Existují nějaké překážky, které Vám brání v dodržování zásad bariérového ošetrovatelského režimu?

Otázka č. 22: Pokud jste v přechozí otázce zvolili odpověď ano nebo spíše ano, zvolte z nabízených překážek, která má podle Vás největší význam:

Tento dotaz navazuje na předchozí otázku č. 21, kde respondenti, které zvolili odpověď ano nebo spíše ano, uvádí, jaká překážka pro ně má největší význam, proč nedodrží bariérový ošetrovatelský režim. Na tento dotaz odpovídalo jen 5 respondentů. Tři (3,45 %) z respondentů uvedlo, že největší překážkou pro ně je nedostatek personálu na oddělení. Pouze jeden (1,15 %) respondentů uvedlo, že překážkou s největším významem pro něj je nedostatek času pro používání a jeden (1,15 %) respondentů uvedlo, že není dostatek osobních ochranných pomůcek na oddělení. Odpovědi, které nikdo nezvolil, jsou nedostatečné znalosti v tomto oboru a nezájem o dané téma.

Jaká překážka má podle Vás největší význam?	n	%
Nedostatečné znalosti	0	0,00
Nedostatek času	1	1,15
Nedostatek osobních ochranných pomůcek	1	1,15
Nezájem o dané téma (zdravotníci v tom nevidí význam)	0	0,00
Nedostatek personálu a jeho vytíženost	3	3,45
Jiné	0	0,00
Nezodpovězeno	82	94,25

Tabulka č. 23: Jaká překážka má podle Vás největší význam?

Otázka č. 23: Myslíte si, že na Vašem oddělení je dostatek pomůcek ke správnému dodržování bariérového ošetrovatelského režimu?

Většina respondentů a to 63 (72,41 %) respondentů si myslí, že na jejich oddělení je dostatek pomůcek ke správnému dodržování bariérového ošetrovatelského režimu. Celkem 16 (18,39 %) respondentů uvedlo, že spíše je dostatek všech pomůcek na oddělení a 5 (5,75 %) respondentů uvedlo, že na jejich oddělení spíše není dostatek pomůcek pro správné dodržování bariérového ošetrovatelského režimu. Pouze 1 (1,15 %) z respondentů odpověděl, že na jejich oddělení není dostatek pomůcek správným dodržováním tohoto režimu. Celkem 2 (2,30 %) respondenti na tuto otázku vůbec neodpovědělo.

Myslíte si, že na Vašem oddělení je dostatek pomůcek ke správnému dodržování bariérového ošetrovatelského režimu?	n	%
Ano	63	72,41
Spíše ano	16	18,39
Spíše ne	5	5,75
Ne	1	1,15
Nezodpovězeno	2	2,30

Tabulka č. 24: Myslíte si, že na Vašem oddělení je dostatek pomůcek ke správnému dodržování bariérového ošetrovatelského režimu?

Otázka č. 24: Myslíte si, že ostatní zdravotníci (lékaři, ošetrovatelé...) řádně dodržují zásady bariérového režimu?

V této otázce 40 (45,98 %) respondentů si myslí, že spíše ostatní zdravotníci řádně dodržují zásady bariérového režimu. Podobně s odpovědí na tom bylo i 32 (36,78 %) respondentů, kteří si myslí, že ostatní zdravotníci určitě řádně dodržují všechny zásady tohoto režimu. Z celku si 10 (11,49 %) zdravotních sester myslí, že ostatní zdravotníci spíše nedodržují tyto zásady. Pouze 3 (3,45 %) respondenti uvedli, že si myslí, že ostatní zdravotníci nedodržují zásady bariérového ošetrovatelského režimu. Dva (2,30 %) respondenti tuto otázku nezodpověděli vůbec.

Myslíte si, že ostatní zdravotníci řádně dodržují zásady bariérového ošetrovatelského režimu?	n	%
Ano	32	36,78
Spíše ano	40	45,98
Spíše ne	10	11,49
Ne	3	3,45
Nezodpovězeno	2	2,30

Tabulka č. 25: Myslíte si, že ostatní zdravotníci řádně dodržují zásady bariérového ošetrovatelského režimu?

Otázka č. 25: Myslíte si, že návštěvy pacientů řádně dodržují zásady bariérového režimu?

V této otázce zdravotní sestry odpovídaly na dotaz, zda si myslí, že návštěvy řádně dodržují zásady bariérového ošetrovatelského režimu. Nejvíce 38 (43,68 %) respondentů si myslí, že návštěvy ve většině případů řádně dodržují všechny pokyny. Druhou nejčastější volenou odpovědí bylo, že se 28 (32,18 %) respondentů domnívá, že návštěvy spíše nedodržují zásady bariérového ošetrovatelského režimu. Celkem 10 (11,49 %) zdravotních sester si myslí, že nedodržují tyto zásady. Statisticky na tom bylo podobně 7 (8,05 %) respondentů, kteří si myslí, že návštěvy řádně dodržují zásady bariérového ošetrovatelského režimu. Pouze 1 (1,15 %) respondent uvedl, že neví odpověď na dotazovanou otázku. Jen 3 (3,45 %) respondenti dotaz ponechali bez odpovědi.

Myslíte si, že návštěvy pacientů řádně dodržují zásady bariérového ošetrovatelského režimu?	n	%
Ano	7	8,05
Spíše ano	38	43,68
Spíše ne	28	32,18
Ne	10	11,49
Nevím	1	1,15
Nezodpovězeno	3	3,45

Tabulka č. 26: Myslíte si, že návštěvy pacientů řádně dodržují zásady bariérového ošetrovatelského režimu?

Otázka č. 26: Kdo podle Vás nejčastěji při kontaktu s pacienty nedodržuje nastavené zásady bariérového režimu a doporučeného užívání osobních ochranných pomůcek?

Na tuto otázku respondenti měli možnost uvést 1-3 kategorie z vybraných možností. Převážná většina zdravotních sester, 62 (45,26 %) z nich, uvedlo že nejvíce nedodržují nastavené zásady návštěvy pacientů. Druhou nejčastější skupinou 28 (20,44 %) respondentů vybralo jako možnost nejčastějších osob, které nedodržují nastavený režim, pomocný technický personál (např. uklízečky). Podobně na tom bylo 26 (18,98 %), které označilo lékaře. Sanitáře a ošetrovatelé zvolilo jako odpověď 7 (5,11 %) respondentů. Čtyři (2,92 %) respondenti si myslí, že nedodržuje nastavené zásady a doporučené užívání osobních ochranných pomůcek zdravotní sestry. Posledních 10 (7,30 %) respondentů uvedlo, že si myslí, že tyto nastavené zásady dodržují všichni z uvedených možností.

26. Kdo při kontaktu nedodržuje nastavené zásady a používání OOP?		
Proměnná	n	%
Lékaři	26	18,98
Zdravotní sestry	4	2,92
Sanitáři, ošetrovatelé	7	5,11
Pomocný technický personál (např. uklízečky)	28	20,44
Návštěvy pacientů	62	45,26
Dodržují všichni uvedení	10	7,30

Tabulka č. 27: Kdo při kontaktu nedodržuje nastavené zásady a používání OOP?

Otázka č. 27: V jaké oblasti této problematiky si myslíte, že mají zdravotníci největší problém zásady dodržet?

Nejvíce respondentů si myslí, že největší problém mají zdravotníci v používání osobních ochranných pomůcek, kdy tuto možnost zvolilo 63 (72,41 %) respondentů. Celkem 12 (13,79 %) respondentů si myslí, že největší problém mají zdravotníci v dodržování hygieny rukou. Pouze jeden (1,15 %) respondent odpověděl slovně. Respondentka se domnívá, že největší problém mají uklízečky v systematičnosti (infekční pokoj mnohdy vytřou dřív než pokoje neinfekční). Celkem 11 (12,64 %) respondentů neodpověděli na otázku a ponechali ji bez označené odpovědi.

V jaké oblasti této problematiky si myslíte, že mají zdravotníci největší problém zásady dodržet?	n	%
Hygiena rukou	12	13,79
Používání osobních ochranných pomůcek	63	72,41
Jiné	1	1,15
Nezodpovězeno	11	12,64

Tabulka č. 28: V jaké oblasti této problematiky si myslíte, že mají zdravotníci největší problém zásady dodržet?

Otázka č. 28: Kdy provádíte dezinfekci rukou?

V této otázce měli respondenti na výběr ze čtyř odpovědí, kde mohli označit více možných. Nejvíce zdravotních sester 79 (27,62 %) uvedlo, že dezinfekci rukou provádí po každém kontaktu s pacientem. Před kontaktem s pacientem si dezinfikuje ruce 73 (25,52 %) respondentů. Stejný počet respondentů, přesně 67 (23,43%), provádí dezinfekci rukou po rizikovém kontaktu s tělními tekutinami pacienta a po kontaktu s prostředím pacienta.

28. Kdy provádíte dezinfekci rukou?		
Proměnná	n	%
Před kontaktem s pacientem	73	25,52
Po rizikovém kontaktu s tělními tekutinami pacienta	67	23,43
Po kontaktu s pacientem	79	27,62
Po kontaktu s prostředím pacienta	67	23,43

Tabulka č. 29: Kdy provádíte dezinfekci rukou?

Otázka č. 29: Kolikrát denně si odhadem dezinfikujete ruce?

V této otázce jsem respondenti prosila o uvedení průměrného číselného odhadu. Na tuto otázku odpovědělo 65 respondentů. Průměrně si respondenti dezinfikují ruce 62,71x za den. Nejčastěji respondenti odpověděli, že si dezinfikují odhadem ruce 20x denně. Minimální počet byl 6 a maximální 586. Mnoho respondentů k této odpovědi doplnili, že záleží na počtu pacientů na oddělení nebo uvádí, že si dezinfikují ruce mnohokrát za den a nelze uvést číselný odhad.

Proměnná	n	Průměr	Medián	Mód	Četnost modu	Min.	Max.	Směr. Odch.	Var. Koef.
Průměrně za den	65	62,71	30	20	13	6	586	99,38	158,49

Tabulka č. 30: Popisná statistika k otázce č.29 – Kolikrát denně si odhadem dezinfikujete ruce?

Otázka č. 30: Máte na Vašem oddělení u každého lůžka umístěný dávkovač s dezinfekčním roztokem k hygienické dezinfekci rukou?

Při této otázce měli respondenti na výběr ze dvou odpovědí. Počet odpovědí byl velmi vyrovnaný. Nejvíce 48 (55,17 %) respondentů má umístěný dávkovač s dezinfekčním roztokem u každého lůžka. Druhou možností odpovědi zvolilo 37 (42,53 %) respondentů, takže tento počet respondentů nemá umístěný dávkovač s dezinfekčním roztokem u každého lůžka. Pouze 2 (2,30 %) respondenti nezanechali žádnou odpověď na otázku.

Máte na Vašem oddělení u každého lůžka umístěný dávkovač s dezinfekčním roztokem k hygienické dezinfekci rukou?	n	%
Ano	48	55,17
Ne	37	42,53
Nezodpovězeno	2	2,30

Tabulka č. 31: Máte na Vašem oddělení u každého lůžka umístěný dávkovač s dezinfekčním roztokem k hygienické dezinfekci rukou?

Otázka č. 31: Setkal/a jste se někdy na Vašem oddělení s nozokomiálním přenosem akutního průjmového onemocnění?

V této otázce byly počty odpovědí velmi podobné. Téměř polovina 42 (48,28 %) respondentů se setkala někdy na jejich oddělení s nozokomiálním přenosem akutního

průjmového onemocnění. O něco méně, 34 (39,08 %) respondentů uvedlo, že tato situace občas nastane, ale je to méně jak 1x měsíčně. Pouze 3 (3,45 %) zdravotní sester se setkávalo s touto situací více jak 1x měsíčně. Také 8 (9,20 %) respondentů na tuto otázku neodpověděli.

Setkal/a jste se někdy na Vašem oddělení s nozokomiálním přenosem akutního průjmového onemocnění?	n	%
Ano	42	48,28
Ano, tato situace občas nastává (méně jak 1krát měsíčně)	34	39,08
Ano, tato situace nastává (více jak 1krát měsíčně)	3	3,45
Nezodpovězeno	8	9,20

Tabulka č. 32: Setkal/a jste se někdy na Vašem oddělení s nozokomiálním přenosem akutního průjmového onemocnění?

3.6 Diskuze

V této podkapitole jsou uvedeny výsledky dotazníkového šetření dané do souvislosti se stanovenými hypotézami. Ke statistickému vyhodnocení dat z dotazníkového šetření byl použit statistický test významnosti Pearsonův chí-kvadrát. Tento neparametrický statistický test významnosti určí, zda lze s ohledem na zkoumaný vzorek hypotézu přijmout nebo existuje statisticky významný rozdíl a je nutné přijmout alternativní hypotézu. Odpovědi respondentů byly posuzovány vzhledem ke stanoveným hypotézám dle věku, délky praxe a nejvyššího dosaženého vzdělání. V těchto třech kategoriích byl soubor respondentů rozdělen do dvou skupin, mezi nimiž probíhalo porovnávání odpovědí.

Níže uvedená tabulka zobrazuje hodnoty p z vypočítaného Pearsonova chí-kvadrátu. Tyto hodnoty jsou uvedeny ve třech sloupcích dle jednotlivých zvolených kategorií. V případě, že je hodnota p menší než 0,05 je statisticky významná a je odlišena tučným písmem a barevnou buňkou tabulky.

Výsledky Pearsonova chí-kvadrátu			
Proměnná	Věk	Doba praxe	Vzdělání
Je potřeba dodržovat izolaci pacienta a izolační režim?	0,67044	0,79738	0,95221
Jak často má pacient zavedený izolační režim?	0,12991	0,15299	0,68109
Jak často nelze vytvořit samostatný izolační pokoj?	0,19283	0,93039	0,739
Je potřeba dodržovat bariérový ošetrovatelský režim?	0,43857	0,78746	0,93751
Jak často má pacient zavedený bariérový ošetrovatelský režim?	0,03637	0,1283	0,00086
Jak často používáte osobní ochranné pomůcky?	0,30938	0,53327	0,77497
Existují nějaké překážky, které Vám brání v dodržování zásad?	0,87725	0,6611	0,57285
Je na Vašem oddělení dostatek pomůcek ke správnému dodržování režimu?	0,01847	0,00435	0,76274
Dodržují ostatní zdravotníci zásady bariérového ošetrovatelského režimu?	0,00474	0,00538	0,23122
Dodržují návštěvy zásady bariérového ošetrovatelského režimu?	0,16493	0,07854	0,40468
V jaké oblasti mají zdravotníci největší problém zásady dodržet?	0,14813	0,05237	0,32058
Setkal(a) jste se někdy na oddělení s nozokomiálním přenosem?	0,58826	0,72398	0,92726

Tabulka č.33: Výsledky Pearsonova chí-kvadrátu

H1: Předpokládám, že případné rozdíly v odpovědích respondentů na jednotlivé položky dotazníku, se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na věku respondentů.

Bylo zjištěno, že u většiny položek dotazníku není statisticky významný rozdíl v odpovědích respondentů mezi jednotlivými proměnnými v závislosti na jejich věku. Výjimkou jsou 3 položky dotazníku:

1. „Jak často podle Vaší zkušenosti má pacient s akutním průjemovým onemocněním (infekčního původu) hospitalizovaný na Vašem oddělení zavedený bariérový ošetrovatelský režim?“

Jak často podle Vaší zkušenosti má pacient s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu) hospitalizovaný na Vašem oddělení zavedený bariérový ošetrovatelský režim?	Pozorované četnosti			
	Věk do 45 let včetně	Věk nad 45 let	Nezod.	Řádkové součty
Téměř nikdy či výjimečně	2	1	0	3
Sloupcová relativní četnost	4,88%	2,56%	0,00%	
Řádková relativní četnost	66,67%	33,33%	0,00%	
Občas (25-49%)	8	2	0	10
Sloupcová relativní četnost	19,51%	5,13%	0,00%	
Řádková relativní četnost	80,00%	20,00%	0,00%	
Často (50-74%)	9	8	1	18
Sloupcová relativní četnost	21,95%	20,51%	14,29%	
Řádková relativní četnost	50,00%	44,44%	5,56%	
Velmi často (75-100%)	22	26	4	52
Sloupcová relativní četnost	53,66%	66,67%	57,14%	
Řádková relativní četnost	42,31%	50,00%	7,69%	
Nezodpovězeno	0	2	2	4
Sloupcová relativní četnost	0,00%	5,13%	28,57%	
Řádková relativní četnost	0,00%	50,00%	50,00%	
Celkem	41	39	7	87

Tabulka č. 34: Jak často podle Vaší zkušenosti má pacient s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu) hospitalizovaný na Vašem oddělení zavedený bariérový ošetrovatelský režim? X věk respondentů

V případě, že bychom spojili odpovědi „Téměř nikdy či výjimečně“ a „Občas“ dostaneme u skupiny respondentů mladších 45 let včetně 10 odpovědí. A u druhé skupiny respondentů starších 45 let 3 respondenty. U druhé možnosti spojení možností „Často“ a „Velmi často“ vidíme výrazný nárůst respondentů, kteří uvedli tyto možnosti. Ve skupině respondentů mladších 45 let včetně je 31 respondentů a ve druhé skupině je 34 respondentů starších 45 let. Na základě těchto dat lze přijmout pro tuto otázku alternativní hypotézu:

HA: Na 5% hladině významnosti existuje statisticky významná závislost mezi častějším zaváděním bariérového ošetrovatelského režimu a věkem respondentů. Dle zkušeností více zavádí bariérový ošetrovatelský režim zdravotní sestry mladší 45ti let věku.

2. „Myslíte si, že na Vašem oddělení je dostatek pomůcek ke správnému dodržování bariérového ošetrovatelského režimu?“

Myslíte si, že na Vašem oddělení je dostatek pomůcek ke správnému dodržování bariérového ošetrovatelského režimu?	Pozorované četnosti			
	Věk do 45 let včetně	Věk nad 45 let	Nezod.	Řádkové součty
Ano	23	34	6	63
Sloupcová relativní četnost	56,10%	87,18%	85,71%	
Řádková relativní četnost	36,51%	53,97%	9,52%	
Spíše ano	11	5	0	16
Sloupcová relativní četnost	26,83%	12,82%	0,00%	
Řádková relativní četnost	68,75%	31,25%	0,00%	
Spíše ne	5	0	0	5
Sloupcová relativní četnost	12,20%	0,00%	0,00%	
Řádková relativní četnost	100,00%	0,00%	0,00%	
Ne	1	0	0	1
Sloupcová relativní četnost	2,44%	0,00%	0,00%	
Řádková relativní četnost	100,00%	0,00%	0,00%	
Nezodpovězeno	1	0	1	2
Sloupcová relativní četnost	2,44%	0,00%	14,29%	
Řádková relativní četnost	50,00%	0,00%	50,00%	
Celkem	41	39	7	87

Tabulka č. 35: Myslíte si, že na Vašem oddělení je dostatek pomůcek ke správnému dodržování bariérového ošetrovatelského režimu? X věk respondentů

Z vypsanych dat v tabulce lze vyčíst, že nejvíce respondentů zvolilo možnost „Ano“ a to přesně 63 respondentů, z toho 34 respondentů bylo starších 45 let. „Spíše ano“ zvolilo 16 respondentů a z toho 11 respondentů bylo mladších 45 let. V dalších dvou možnostech respondenti starší 45ti let už neodpovídali. Odpověď „Spíše ne“ zvolilo 5 respondentů mladších 45 let. „Ne“ jako možnost zvolil pouze jeden respondent. 7 respondentů na tuto otázku neodpověděli. Na základě těchto dat lze přijmout pro tuto otázku alternativní hypotézu.

HA: Na 5% hladině významnosti existuje statisticky významná závislost mezi respondenty staršími 45ti let, kteří si myslí, že mají určitě dostatek pomůcek na svém oddělení ke správnému dodržování bariérového ošetrovatelského režimu. A respondenty mladších 45ti let, kteří si z většiny myslí, že mají dostatek pomůcek, ale už si nejsou všichni tak jisti.

3. „Myslíte si, že ostatní zdravotníci (lékaři, ošetrovatelé...) řádně dodržují zásady bariérového režimu?“

Myslíte si, že ostatní zdravotníci (lékaři, ošetrovatelé...) řádně dodržují zásady bariérového režimu?	Pozorované četnosti			
	Věk do 45 let včetně	Věk nad 45 let	Nezod.	Řádkové součty
Ano	17	12	3	32
Sloupcová relativní četnost	41,46%	30,77%	42,86%	
Řádková relativní četnosti	53,13%	37,50%	9,38%	
Spíše ano	12	25	3	40
Sloupcová relativní četnost	29,27%	64,10%	42,86%	
Řádková relativní četnosti	30,00%	62,50%	7,50%	
Spíše ne	9	1	0	10
Sloupcová relativní četnost	21,95%	2,56%	0,00%	
Řádková relativní četnosti	90,00%	10,00%	0,00%	
Ne	3	0	0	3
Sloupcová relativní četnost	7,32%	0,00%	0,00%	
Řádková relativní četnosti	100,00%	0,00%	0,00%	
Nezodpovězeno	0	1	1	2
Sloupcová relativní četnost	0,00%	2,56%	14,29%	
Řádková relativní četnosti	0,00%	50,00%	50,00%	
Celkem	41	39	7	87

Tabulka č. 36: Myslíte si, že ostatní zdravotníci řádně dodržují zásady bariérového ošetrovatelského režimu? X věk respondentů

Z přiložených dat vyplývá, že 32 respondentů, z nich 17 je mladší 45 let, si myslí, že ostatní zdravotníci řádně dodržují zásady bariérového ošetrovatelského režimu. 40 respondentů zvolilo odpověď „Spíše ano“, kdy takto odpovědělo 25 respondentů starších 45 let. „Spíše ne“ zvolilo 9 respondentů mladších 45 let a pouze jeden respondent starší 45 let. Odpověď „Ne“ zvolili pouze 3 respondenti a to všichni 3 mladší 45 let. 7 respondentů nezodpovědělo otázku. Na základě těchto dat lze přijmout pro tuto otázku alternativní hypotézu:

HA: Na 5% hladině významnosti existuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a pohledem na dodržování bariérového ošetrovatelského režimu u ostatních zdravotníků, kdy respondenti starší 45 let si myslí, že ostatní zdravotníci dodržují správně zásady.

H2: Předpokládám, že nebudou zjištěny statisticky významné rozdíly ve většině odpovědí na jednotlivé položky dotazníku mezi respondenty s kratší praxí a respondenty s delší praxí.

Většina položek dotazníku nevykazovala statisticky významný rozdíl v odpovědích mezi jednotlivými proměnnými v závislosti na délce jejich praxe. Pouze u jedné položky byla zjištěna výjimka:

„Myslíte si, že na Vašem oddělení je dostatek pomůcek ke správnému dodržování bariérového ošetrovatelského režimu?“

Myslíte si, že na Vašem oddělení je dostatek pomůcek ke správnému dodržování bariérového ošetrovatelského režimu?	Pozorované četnosti			
	Délka praxe do 16ti let	Délka praxe nad 16 let	Nezod.	Řádkové součty
Ano	29	32	2	63
Sloupcová relativní četnost	60,42%	88,89%	66,67%	
Řádková relativní četnost	46,03%	50,79%	3,17%	
Spíše ano	13	3	0	16
Sloupcová relativní četnost	27,08%	8,33%	0,00%	
Řádková relativní četnost	81,25%	18,75%	0,00%	
Spíše ne	4	1	0	5
Sloupcová relativní četnost	8,33%	2,78%	0,00%	
Řádková relativní četnost	80,00%	20,00%	0,00%	
Ne	1	0	0	1
Sloupcová relativní četnost	2,08%	0,00%	0,00%	
Řádková relativní četnost	100,00%	0,00%	0,00%	
Nezodpovězeno	1	0	1	2
Sloupcová relativní četnost	2,08%	0,00%	33,33%	
Řádková relativní četnost	50,00%	0,00%	50,00%	
Celkem	48	36	3	87

Tabulka č. 37: Myslíte si, že je dostatek pomůcek ke správnému dodržování bariérového ošetrovatelského režimu? X délka praxe respondentů

V případě, kdy spojíme odpovědi „Ano“ a „Spíše ano“ dostaneme u skupiny s délkou praxe delší než 16 let 35 respondentů, na druhé straně ve skupině s délkou praxe do 16 let včetně máme 42 respondentů. Při srovnání zbylých dvou možností „Spíše ne“ a „Ne“ vidíme u obou skupin pokles, ve skupině s méně lety praxe je 5 zdravotních sester. Ve druhé skupině s více lety praxe je pouze 1 respondent. Na základě těchto dat lze přijmou pro tuto otázku alternativní hypotézu:

HA: Na 5% hladině významnosti existuje statisticky významná závislost mezi vlastním pohledem sester na dostatek pomůcek na jejich odděleních a délkou jejich praxe v tom smyslu, že respondenti s kratší délkou praxe si více myslí, že na oddělení nemají dostatek pomůcek ke správnému dodržování tohoto režimu na rozdíl od zdravotních sester s delší dobou praxe.

H3: Předpokládám, že ve většině odpovědí na jednotlivé položky dotazníku mezi respondenty s vyšším dosažením vzděláním budou nalezeny statisticky významné rozdíly.

Bylo zjištěno, že u většiny položek dotazníku není statisticky významný rozdíl v distribuci odpovědí respondentů mezi jednotlivými proměnnými v závislosti na jejich nejvyšším dosaženém vzdělání. Pouze v jedné otázce se hypotéza potvrdila.

„Jak často podle Vaší zkušenosti má pacient s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu) hospitalizovaný na Vašem oddělení zavedený bariérový ošetrovatelský režim?“

Jak často podle Vaší zkušenosti má pacient s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu) hospitalizovaný na Vašem oddělení zavedený bariérový ošetrovatelský režim?	Pozorované četnosti			
	Vzdělání SZŠ a VOŠ	Vzdělání VŠ a spec.	Nezod.	Řádkové součty
Téměr nikdy či výjimečně	3	0	0	3
Sloupcová relativní četnost	4,62%	0,00%	0,00%	
Řádková relativní četnost	100,00%	0,00%	0,00%	
Občas (25-49%)	8	2	0	10
Sloupcová relativní četnost	12,31%	9,52%	0,00%	
Řádková relativní četnost	80,00%	20,00%	0,00%	
Často (50-74%)	16	2	0	18
Sloupcová relativní četnost	24,62%	9,52%	0,00%	
Řádková relativní četnost	88,89%	11,11%	0,00%	
Velmi často (75-100%)	35	17	0	52
Sloupcová relativní četnost	53,85%	80,95%	0,00%	
Řádková relativní četnost	67,31%	32,69%	0,00%	
Nezodpovězeno	3	0	1	4
Sloupcová relativní četnost	4,62%	0,00%	100,00%	
Řádková relativní četnost	75,00%	0,00%	25,00%	
Celkem	65	21	1	87

Tabulka č. 38: Jak často podle Vaší zkušenosti má pacient s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu) hospitalizovaný na Vašem oddělení zavedený bariérový ošetrovatelský režim? X nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Výše uvedená tabulka zobrazuje odpovědi respondentů na tuto otázku, dle rozdělení do dvou skupin dle nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů. Když spojíme odpověď „Téměř nikdy či výjimečně“ a „Občas“ vzniknou nám dvě skupiny, kdy v první z nich odpovědělo 11 respondentů se středním odborným vzděláním nebo s vyšším odborným vzděláním. V druhé skupině odpověděli 2 respondenti s vzděláním na vysoké škole. Zbylé dvě možnosti odpovědi „Často“ a „Velmi často“ sloučíme také a v první skupině odpovědělo 35 respondentů s nižším vzděláním a 19 respondentů se vzděláním na vysoké škole nebo specializačním vzděláním. V tomto případě tedy můžeme hypotézu přijmout.

ZÁVĚR

Bariérový ošetrovatelský režim je klíčový v prevenci šíření průjmových infekcí ve zdravotnických zařízeních. Zdravotní sestry a celkově zdravotnický personál hraje významnou roli v jeho dodržování. Jejich úkolem je zajistit, aby byla veškerá preventivní opatření striktně dodržována během poskytování péče pacientům. Tato práce se zaměřuje na zhodnocení znalostí zdravotních sester o této problematice a zjištění, zda jsou opatření reálně dodržována, případně jaké jsou nejčastější důvody pro jejich nedodržování.

K naplnění cíle práce bylo potřeba posoudit základní znalosti a postoje zdravotních sester dotazníkem vlastní konstrukce. Získaná data se musela utřídit a zanalyzovat. Posledním úkolem bylo vyhodnotit sesbírané dotazníky vzhledem k pracovním hypotézám a zaznamenat statisticky významné údaje.

Zvolené cíle se podařilo splnit a po provedení testů statistické významnosti byly zachyceny pozitivní výsledky pro dodržování bariérového ošetrovatelského režimu. Zachyceno bylo celkem 5 statisticky významných odchylek od stanovených hypotéz. Když jsem porovnávala jednotlivé odpovědi v korelaci s věkem a nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů, pozorovala jsem dva statisticky významné výsledky.

Z výsledků musím přiznat, že bylo překvapivé kolik zdravotních sester v různých nemocnicích napříč Českou republikou opravdu dodržuje svědomitě bariérový ošetrovatelský režim. Z výsledků tedy vyplývá, že zdravotní sestry pracující na dětských lůžkových odděleních jsou dostatečně informované o zásadách dodržování bariérového ošetrovatelského režimu, přesto však v otázce č. 31 odpovídali, že se již někdy setkali na jejich oddělení s nozokomiálním přenosem právě akutního průjmového onemocnění. Nastává tedy otázka, zda všichni respondenty odpovídali pravdivě a svědomitě dle svého reálného chování při dodržování nastavených zásad pro tento režim. Kdyby všechny přistupovali takto svědomitě k bariérové ošetrovatelské péči, jak je možné, že se setkávají s nozokomiálním přenosem tohoto onemocnění.

Mnoho respondentů v odpovědi na otázku č. 6 uvádělo, že nejrizikovějším původcem z hlediska klinického průběhu jsou například rotaviry či *Salmonella*. Jen zlomek z nich zvolili *Shigellu*, což je překvapující informace. Mnoho z nich si tedy myslí, že shigellóza není klinicky závažná.

K podobnému překvapení došlo i v otázce č. 7, kdy respondenti uváděli jako nejrizikovějšího původce z hlediska rizik dalšího přenosu rotaviry, noroviry, adenoviry a *Salmonellu*. Právě *Salmonellu* volili i přes to, že její šíření neprobíhá mezilidsky.

Je nutno dodat, že dotazník byl zadán pouze zlomku zdravotních sester z dětských lůžkových oddělení. Možnost vyplnit dotazník měli jen sestry z devíti nemocnic a nemůžeme také zajistit pravdivost odpovědí. Proto získané výsledky nelze generalizovat na všechna pracoviště nemocnic a v žádném případě na všechny nemocnice obecně.

Celá problematika bariérového ošetrovatelského režimu a ošetrování pediatrických pacientů s akutní gastroenteritidou byla pro mě velice příjemným a zajímavým tématem. Vypracování této odborné práci mi rozšířilo mé odborné znalosti v šíření infekcí a bariérového ošetrovatelského režimu, které následně mohu využít v rámci výkonu mé profese.

Na základě zjištěných informací je mým cílem kontinuálně zvyšovat povědomí o bariérovém ošetrovatelském režimu, i přes skvěle rozšířené znalosti o něm, a prevenci šíření infekci v pediatrické populaci. Jednoznačným doporučením pro veškeré zdravotnické pracovníky je nutnost dodržování správných a nastavených zásad v prevenci šíření patogenů.

Závěrem lze říci, že smyslem bakalářské práce nebylo detailním způsobem popsat problematiku přenosu akutní gastroenteritidy u pediatrických pacientů, ale pouze přispět k dalšímu vzdělávání zdravotních sester a jejich podpoře ke kvalitně poskytovanému bariérovému ošetrovatelského režimu na dětských lůžkových odděleních.

REFERENČNÍ SEZNAM

- 1 AMBROŽOVÁ, Helena. Rotavirové infekce pohledem klinika, kazuistiky z nemocniční praxe. Kazuistiky v alergologii, pneumologii a ORL. Rotavirové gastroenteritidy u dětí. Zkušenosti našich pediatrů. 2019, 16(mimoř. supl. MS1), 4-7. ISBN 978-80-87969-48-9. ISSN 1802-0518. Dostupné také z: <https://www.geum.org/files/shop-archiv-casopisu/pdf/323.pdf>
- 2 B. Braun, 2016. Krok za krokem, jak si správně mýt a dezinfikovat ruce. lepsipecce.cz [online]. 5.5. [cit. 19.02.2022]. Dostupné z: <https://www.lepsipecce.cz/hygiena-dezinfekce/krok-zakrokem-jak-si-spravne-myt-dezinfikovat-ruce>
- 3 BARTŮŇEK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ J., NALOS, D., ed., 2016. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.
- 4 BĚLOHLÁVKOVÁ, Simona, Jiří BRONSKÝ, Iva BURIANOVÁ, et al. 9 – Dietní opatření při léčbě akutních infekčních gastroenteritid (AG). Česko-slovenská pediatrie. Doporučení pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat. 2014, 69(Suppl 1), 31-33. ISSN 0069-2328. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2014-suppl-1/9-dietni-opatreni-pri-lecbe-akutnich-infekcnich-gastroenteritid-ag-48783>
- 5 BOŽENSKÝ, Jan a Jana GERŽOVÁ. Tak trochu jiná gastroenteritida. Pediatrie pro praxi. 2015, 16(6), 427-429. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2015/06/19.pdf>
- 6 BRONSKÝ, Jiří. Průjem – náhle vzniklý. Česko-slovenská pediatrie. 2014, 69(5), 313-314. ISSN 0069-2328. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2014-5/prujem-nahle-vznikly-50395>
- 7 BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5333-1

- 8 COLLINS, J. S. A., 2017. Průjmy. In: THAM, T. C. K., COLLINS, J. S. A., SOETIKNO, R. Urgentní gastroenterologie: Překlad 3. vydání. Přeložila H. HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing, s. 50-53. ISBN 978-80-271-0157-3.
- 9 ČESKO, 2012. § 9 vyhlášky č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče-znění od 30. 8. 2017. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010- 2022 [cit. 15. 4. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-306#p9>
- 10 DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., VRABELOVÁ, L., LIDICKÁ, L., 2018. Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0717-9.
- 11 Dokumentace BOZP, 2016. OOPP-poskytování, směrnice, evidenční listy, práva a povinnosti. [online]. Copyright © 2022 CRDR spol. s. r.o. [cit. 8.2.2022]. Dostupné z: <https://www.dokumentacebozp.cz/aktuality/oopp-poskytovani-smernice-evidencni-listyprava-a-povinnosti/>
- 12 DRNKOVÁ, Barbora, 2019. Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie a hygiena: pro zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). 134 s. ISBN 978-80-271- 0693-6.
- 13 DVOŘÁKOVÁ, H., R/4/2/2018. Řád Hygienicko-protiepidemický. Verze: 2. Jičín: Oblastní nemocnice Jičín, 2018, 18 s.
- 14 FDA, 2019. Escherichia coli (E. coli) In: FDA U.S. Food and Drug: Administration [online]. United States: FDA, 03/28/2019 [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: <https://www.fda.gov/food/foodborne-pathogens/escherichia-coli-ecoli>
- 15 FREMUTH, Jiří, František STOŽICKÝ a Josef SÝKORA. Propedeutika dětského lékařství. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021, 141 s. ISBN 978-80-246-4741-8.
- 16 GREGORA, Martin. Časté a vzácné komplikace gastroenteritid. Pediatrie pro praxi. 2021, 22(2), 125-128. ISSN 1213-0494. Dostupné také z:

https://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-202102_0009_caste_a_vzacne_komplikace_gastroenteritid.php

- 17 HOROVÁ, Jana, Zuzana ŠAFRÁNKOVÁ a Lukáš ŠTICH. Hygiena rukou jako prevence nozokomiálních nákaz. Florence. 2017, 13(4), 28-29. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/>
- 18 KAPOUNOVÁ, G., 2020. Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271- 0130-6.
- 19 KRAČMAROVÁ, Renata. Komplikace rotavirové infekce u kojence. Pediatrie pro praxi. 2014, 15(1), 47-48. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2014/01/13.pdf>
- 20 KRBKOVÁ, Lenka, Peter MIKOLÁŠEK a Václav MUSIL. Terapie průjmových onemocnění dětí (aneb co se změnilo v průběhu 70 let). Česko-slovenská pediatrie. 2016, 71(3), 150-155. ISSN 0069-2328. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2016-3/terapie-prujmovych-onemocneni-deti-aneb-co-se-zmenilo-v-prubehu-70-let-58586>
- 21 KUCHAROVÁ, Eliška a Emília BIBOROVÁ. Program prevence a kontroly infekcí. Hygiena. 2017, 62(1), 24-26. ISSN 1802-6281. Dostupné z: doi:10.21101/hygiena.a1487
- 22 LUKÁŠ, K., ŽÁK, A., 2014. Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5067-5.
- 23 MIKOLÁŠEK, Peter. Dehydratace u dětí. Pediatrie pro praxi. 2018, 19(5), 252-255. ISSN 1213-0494. Dostupné z: doi:10.36290/ped.2018.050
- 24 MÜLLEROVÁ, D., AUJEZDSKÁ, A., 2014. Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2510-2
- 25 MUNTAU, A., 2014. Pediatrie. 2. české vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024745886.

- 26 NEVORAL, J., 2018. Akutní průjmové onemocnění u dětí a jeho léčba. LUKÁŠ, K., J. HOCH, J. NEVORAL, et al. Nemoci střev. Praha: Grada Publishing, s. 555-558. ISBN 978-80-271-0353-9.
- 27 PAJEREK, J., 2016. Poruchy hospodaření s vodou. KLÍMA, Jiří a A KOLEKTIV. Pediatrie pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing, s. 290. ISBN 978-80-247-5014-9.
- 28 PECL, Jakub. Léčba akutních průjmů u dětí. Vox pediatryae. 2020, 20(6), 24-26. ISSN 1213-2241.
- 29 POLANECKÝ, V., GÖPFERTO VÁ, D., 2015, Manuál praktické epidemiologie. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80- 87023-37-2.
- 30 Rotaviry ročně potrápí tisíce dětí, pro dehydrataci končí každé desáté v nemocnici. Profí medicína. 2019, 4(22), 30. ISSN 2571-2527.
- 31 ROZSY PAL, H., 2015. Základy infekčního lékařství. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2932-2.
- 32 ROZSY PAL, H., HOLUB, M., KOSÁKOVÁ, M., 2013. Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2197-5.
- 33 STOŽICKÝ, František. Základy dětského lékařství. Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3016-8.
- 34 ŠIRŮČEK, Petr. Kazuistika sedmiměsíčního chlapce s nozokomiální rotavirovou gastroenteritidou. Kazuistiky v alergologii, pneumologii a ORL. Rotavirové gastroenteritidy u dětí. Zkušenosti našich pediatrů. 2019, 16(mimoř. supl. MS1), 17-18. ISBN 978-80-87969-48-9. ISSN 1802-0518. Dostupné také z: <https://www.geum.org/files/shop-archiv-casopisu/pdf/323.pdf>
- 35 TRNKOVÁ, Marta. Průjmová onemocnění v dětském věku. Angis revue. 2014, 7(3), 22-25. ISSN 2464-5435.
- 36 TUČEK, Milan. Hygiena a epidemiologie pro bakaláře. Karolinum, 2022. ISBN 978-80-246-5279-5.

- 37 VELEMÍNSKÝ, M., HAK, J., VERDÁNOVÁ, D., ed., 2019. Nemocné dítě: průvodce pro rodiče. Praha: Mladá fronta. Medical services. ISBN 978-80-204- 5437-9.
- 38 VEPŘEK, Pavel. Chvála čistých rukou. Medical tribune. 2018, 14(10). ISSN 1214-8911. Dostupné také z: <http://www.tribune.cz/tituly/mtr>
- 39 VRABLÍK, M., MAREK, J., ed., 2019. Markova farmakoterapie vnitřních nemocí. 5., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5078-1.
- 40 WHO, 2017. Diarrhoeal disease, In: World Health Organization [online]. © 2020 WHO [cit. 2021-01-02]. Dostupné z: <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/diarrhoeal-disease>
- 41 WHO, 2018. Salmonella (non-typhoidal). World Health Organization [online]. © 2020 WHO [cit. 2020-11-28]. Dostupné z: [https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/salmonella-\(non-typhoidal\)](https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/salmonella-(non-typhoidal))
- 42 WHO, 2020. Rotavirus. In: World Health Organization [online] © 2020 WHO [cit. 2020-12-30]. Dostupné z: <https://www.who.int/immunization/diseases/rotavirus/en/>
- 43 WYLLIE, R., HYAMS, J.S., KAY, M., 2016. Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease [online]. 5. United States of America: Elsevier, [cit. 2020-12-25]. ISBN 978-0-323-24099-4. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=9vFwCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=pediatric+gastrointestinal+disease&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKewj0q7mEiITsAhVPDuwKHVx2CYoQ6AEwBHoECAMQAg#v=onepage&q=gastroenteritis&f=false>
- 44 ZADÁK, Z., HAVEL, E., 2017. Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0282-2.

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1: Popisná statistika (věk respondentů)**
- Tabulka č. 2: Rozdělení respondentů dle věku do dvou skupin**
- Tabulka č. 3: Rozdělení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání**
- Tabulka č. 4: Popisná statistika (délka praxe na dětském lůžkovém oddělení respondentů)**
- Tabulka č. 5: Rozdělení respondentů dle délky praxe**
- Tabulka č. 6: Popisná statistika (počet hospitalizovaných pacientů průměrně za každý měsíc na oddělení)**
- Tabulka č. 7: Nejrizikovější původci z hlediska klinického průběhu**
- Tabulka č. 8: Nejrizikovější původci z hlediska rizik dalšího přenosu a šíření**
- Tabulka č. 9: Jak se přenáší rotavirová či norovirová enteritida:**
- Tabulka č. 10: Jak se přenáší salmonelóza či kampylobakterioza?**
- Tabulka č. 11: Nejčastější důvody hospitalizace**
- Tabulka č. 12: Jak často jsou hospitalizovaní pacienti s akutním průjemovým onemocněním léčeni antibiotiky?**
- Tabulka č. 13: Která léčiva považujete za vhodná a účinná v dětském věku?**
- Tabulka č. 14: Je podle Vás potřeba dodržovat izolaci a izolační režim?**
- Tabulka č. 15: Jak často má hospitalizovaný pacient zavedený izolační režim?**
- Tabulka č. 16: Jak často nastane situace, kdy nelze vytvořit samostatný izolační pokoj?**
- Tabulka č. 17: Je potřeba dodržet bariérový ošetrovatelský režim?**
- Tabulka č. 18: Jak často má pacient zavedený bariérový ošetrovatelský režim?**
- Tabulka č. 19: Které osobní ochranné pomůcky považujete za důležité?**
- Tabulka č. 20: Jak často používáte osobní ochranné pomůcky?**
- Tabulka č. 21: Kde jste získal(a) nejvíce informace o bariérovém ošetrovatelském režimu?**
- Tabulka č. 22: Existují nějaké překážky, které Vám brání v dodržování zásad bariérového ošetrovatelského režimu?**
- Tabulka č. 23: Jaká překážka má podle Vás největší význam?**
- Tabulka č. 24: Myslíte si, že na Vašem oddělení je dostatek pomůcek ke správnému dodržování bariérového ošetrovatelského režimu?**

Tabulka č. 25: Myslíte si, že návštěvy pacientů řádně dodržují zásady bariérového ošetrovatelského režimu?

Tabulka č. 26: Myslíte si, že návštěvy pacientů řádně dodržují zásady bariérového ošetrovatelského režimu?

Tabulka č. 27: Kdo při kontaktu nedodržuje nastavené zásady a používání OOP?

Tabulka č. 28: V jaké oblasti této problematiky si myslíte, že mají zdravotníci největší problém zásady dodržet?

Tabulka č. 29: Kdy provádíte dezinfekci rukou?

Tabulka č. 30: Popisná statistika k otázce č.29 – Kolikrát denně si odhadem dezinfikujete ruce?

Tabulka č. 31: Máte na Vašem oddělení u každého lůžka umístěný dávkovač s dezinfekčním roztokem k hygienické dezinfekci rukou?

Tabulka č. 32: Setkal/a jste se někdy na Vašem oddělení s nozokomiálním přenosem akutního průjmového onemocnění?

Tabulka č. 33: Výsledky Pearsonova chí-kvadrátu

Tabulka č. 34: Jak často podle Vaší zkušenosti má pacient s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu) hospitalizovaný na Vašem oddělení zavedený bariérový ošetrovatelský režim? X věk respondentů

Tabulka č. 35: Myslíte si, že na Vašem oddělení je dostatek pomůcek ke správnému dodržování bariérového ošetrovatelského režimu? X věk respondentů

Tabulka č. 36: Myslíte si, že ostatní zdravotníci řádně dodržují zásady bariérového ošetrovatelského režimu? X věk respondentů

Tabulka č. 37: Myslíte si, že je dostatek pomůcek ke správnému dodržování bariérového ošetrovatelského režimu? X délka praxe respondentů

Tabulka č. 38: Jak často podle Vaší zkušenosti má pacient s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu) hospitalizovaný na Vašem oddělení zavedený bariérový ošetrovatelský režim? X nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Výsečový diagram pohlaví respondentů

Obrázek č. 2: Histogram četnosti rozložení věku respondentů

Obrázek č. 3: Výsečový diagram nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů

Obrázek č. 4: Histogram četnosti rozložení délky praxe respondentů

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník vlastní konstrukce

Příloha č. 2: Žádost o povolení dotazníkového šetření – Nemocnice Jablonec nad Nisou p.o.

Příloha č. 3: Žádost o povolení dotazníkového šetření – Klatovská nemocnice a.s.

Příloha č. 4: Žádost o povolení dotazníkového šetření – Nemocnice Rudolfa a Stefanice Benešov, a.s.

Příloha č. 5: Žádost o povolení dotazníkového šetření – Oblastní nemocnice Kladno, a.s.

Příloha č. 6: Žádost o povolení dotazníkového šetření – Nemocnice Třebíč

Příloha č. 7: Žádost o povolení dotazníkového šetření – Oblastní nemocnice Kolín, a.s.

Příloha č. 8: Žádost o povolení dotazníkového šetření – Masarykova městská nemocnice v Jilemnici

Příloha č. 9: Žádost o povolení dotazníkového šetření – Oblastní nemocnice Trutnov, a.s.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník vlastní konstrukce

Vážení,

dovolte mi prosím, abych se na Vás obrátila s prosbou o vyplnění dotazníku zaměřeného na ošetrovatelskou péči u pacientů s akutní gastroenteritidou. Chtěla bych Vás o spolupráci požádat, protože studuji bakalářský obor Pediatrické ošetrovatelství na 2. LF UK a dané téma jsem si vybrala pro svoji bakalářskou práci. Jejím cílem je zjistit, jak je dodržován bariérový ošetrovatelský režim u pacientů s akutní gastroenteritidou a jaké jsou hlavní důvody spojené s jeho nedodržováním.

Chtěla bych Vás poprosit, zda byste nezodpověděl/a níže uvedené otázky. Dotazník je anonymní a nebude možné jej přiřadit ke konkrétnímu respondentovi.

Moc Vám děkuji za pomoc a vyplnění dotazníku.

1. Pohlaví

- Žena
- Muž
- Jiné/nechci uvést

2. Kolik Vám je let?

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Středoškolské vzdělání s maturitou
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání s titulem Bc.
- Vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr.

4. Jak dlouho pracujete na dětském lůžkovém oddělení (jaká je délka Vaší dosavadní praxe)?

5. Kolik pacientů je na Vašem oddělení průměrně hospitalizováno každý měsíc s akutním průjemovým onemocněním (infekčního původu)? Uvedte prosím Váš číselný odhad

6. Které původce akutních průjemových onemocnění považujete podle Vašich zkušeností a znalostí za nejrizikovější z hlediska klinického průběhu onemocnění? (můžete označit více odpovědí)

- Salmonella (salmonelóza)
- Campylobacter (kampylobakteriόza)
- Yersinia (yersiniόza)
- Shigella (shigellόza)
- E. coli
- Rotaviry
- Noroviry
- Adenoviry
- Astroviry
- C. difficile (klostridiová kolitida)
- Nevím

7. Které původce akutních průjmových onemocnění považujete podle Vašich zkušeností a znalostí za nejrizikovější z hlediska rizika dalšího přenosu a šíření infekce? (můžete označit více odpovědí)
- Salmonella (salmonelóza)
 - Campylobater (kampylobakteriόza)
 - Shigella (shigellόza)
 - Yersinia (yersiniόza)
 - E. coli
 - Rotaviry
 - Noroviry
 - Adenoviry
 - Astroviry
 - C. difficile (klostridiová kolitida)
 - Nevím
8. Jak se podle Vás přenáší rotavirová či norovirová enteritida? (můžete označit více odpovědí)
- Přímým kontaktem s infikovanou osobou
 - Nepřímým kontaktem s kontaminovanými předměty
 - Jídlem
 - Aerosolem
 - Nevím
9. Jak se podle Vás přenáší salmonelόza či kampylobakteriόza? (můžete označit více odpovědí)
- Přímým kontaktem s infikovanou osobou
 - Nepřímým kontaktem s kontaminovanými předměty
 - Jídlem
 - Aerosolem
 - Nevím
10. Jaké jsou nejčastější důvody pro hospitalizaci pacientů s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu) dle Vaší zkušenosti? (vyberte prosím 1-3 nejčastější důvody podle Vaší zkušenosti)
- Dehydratace (klinicky přesvědčivé známky)
 - Rozvrat vnitřního prostředí (změny v iontogramu, hypoglykémie...)
 - Prozápětlivý stav (elevace CRP)
 - Jiné komplikace onemocnění
 - Diferenciálně diagnostická nejistota (např. pacient s horečkou, bolestmi břicha a obavy z dalšího průběhu)
 - Intolerance perorálního příjmu a hrozící rozvoj dehydratace
 - Obavy rodiny/neschopnost zajistit adekvátní rehydrataci v domácím prostředí (u pacienta, který klinicky zatím nevyžaduje hospitalizaci)
11. Jak často podle Vaší zkušenosti jsou pacienti hospitalizováni s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu) léčení antibiotiky?
- Téměř nikdy či výjimečně (0-24 %)
 - Občas (25-49 %)
 - Často (50-74 %)
 - Velmi často (75-100 %)

12. Která léčiva považujete za vhodná a účinná a doporučil(a) byste je u akutního průjmového onemocnění (infekčního původu) v dětském věku? Vyberte prosím všechny možnosti.
- Diosmektit
 - Černé (aktivní) uhlí
 - Racecadotril (Hidrasec)
 - Loperamid (Imodium)
 - Tannát želatiny (Tasectan)
 - Probiotika
 - Žádná, pouze dietní opatření a rehydratace
13. Je podle Vás potřeba v případě akutního průjmového onemocnění (infekčního původu) dodržovat izolaci pacienta a izolační režim? Uvažujte situaci, že zatím neznáte původce onemocnění.
- Ano
 - Ne
 - Nevím
14. Jak často podle Vaší zkušenosti má pacient s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu) hospitalizovaný na Vašem oddělení zavedený izolační režim? Uvažujte situaci, že zatím neznáte původce onemocnění.
- Téměř nikdy či výjimečně (0-24 %)
 - Občas (25-49 %)
 - Často (50-74 %)
 - Velmi často (75-100 %)
15. Jak často podle Vás nastane situace, kdy samostatný izolační pokoj nelze vytvořit (např. z kapacitních důvodů) a pacient, který by měl mít izolační režim sdílí pokoj s jiným pacientem?
- Nikdy jsem tuto situaci nezažil/a
 - Velmi vzácně/výjimečně (jednotky případů za rok)
 - Občasně (jednotky případů za měsíc)
 - Tato situace v reálné klinické praxi nastává (jednotky případů za týden)
 - Tato situace v klinické praxi nastává (jednotky případů týdně), ale vždy se pacient dává na pokoj s nemocným, který má stejné onemocnění (akutní gastroenteritida)
 - Tato situace v klinické praxi nastává (jednotky případů týdně), ale vždy se pacient dává na pokoj s nemocným, až po průkazu infekčního agens (např. rotaviry)
16. Je podle Vás potřeba v případě akutního průjmového onemocnění (infekčního původu) dodržovat bariérový ošetrovatelský režim? Uvažujte situaci, že zatím neznáte původce onemocnění.
- Ano
 - Ne
 - Nevím

17. Jak často podle Vaší zkušenosti má pacient s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu) hospitalizovaný na Vašem oddělení zavedený bariérový ošetrovatelský režim?

- Téměř nikdy či výjimečně (0-24 %)
- Občas (25-49 %)
- Často (50-74 %)
- Velmi často (75-100 %)

18. Které osobní ochranné pomůcky považujete za důležité při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu)? (vyberte všechny možnosti, které považujete za důležité)

- Ústenka
- Respirátor
- Empír
- Návleky na obuv
- Rukavice
- Pokrývka hlavy (jednorázová čepice)
- Ochranný štít

19. Jak často používáte při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta s akutním průjmovým onemocněním (infekčního původu) osobní ochranné pomůcky?

- Téměř nikdy či výjimečně (0-24 %)
- Občas (25-49 %)
- Často (50-74 %)
- Velmi často (75-100 %)

20. Kde jste podle Vás získal(a) nejvíce informace o bariérovém ošetrovatelském režimu?

- Při kvalifikačním studiu (SZ, VZŠ, vysokoškolské studium)
- Při specializačním studiu
- V rámci adaptačního procesu při nástupu do zaměstnání
- Při školeních a seminářích na pracovišti
- Odborným vedením nadřízenými pracovníky
- Z rad a zkušeností spolupracovníku
- Ze samostatného studia – internet, odborná literatura

21. Existují nějaké překážky, které Vám brání v dodržování zásad bariérového ošetrovatelského režimu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

22. Pokud jste v přechodí otázce zvolili odpověď ano nebo spíše ano, zvolte z nabízených překážek, která má podle Vás největší význam:

- Nedostatečné znalosti
- Nedostatek času
- Nedostatek osobních ochranných prostředků na oddělení
- Nezájem o dané téma (zdravotníci v tom nevidí význam)

- Nedostatek personálu a jeho vytíženost
- Jiné (prosíme uveďte, jaké)

23. Myslíte si, že na Vašem oddělení je dostatek pomůcek ke správnému dodržování bariérového ošetrovatelského režimu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

24. Myslíte si, že ostatní zdravotníci (lékaři, ošetrovatelé...) řádně dodržují zásady bariérového režimu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

25. Myslíte si, že návštěvy pacientů řádně dodržují zásady bariérového režimu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

26. Kdo podle Vás nejčastěji při kontaktu s pacienty nedodržuje nastavené zásady bariérového režimu a doporučeného užívání osobních ochranných pomůcek? (vyberte 1-3 kategorie)

- Lékaři
- Zdravotní sestry
- Sanitáři, ošetrovatelé
- Pomocný technický personál (např. uklízečky...)
- Návštěvy pacientů
- Dodržují všichni uvedení

27. V jaké oblasti této problematiky si myslíte, že mají zdravotníci největší problém zásady dodržet?

- Hygiena rukou
- Používání osobních ochranných pomůcek
- Jiné (doplňte)....

28. Kdy provádíte dezinfekci rukou? (možnost více odpovědí)

- Před kontaktem s pacientem
- Po rizikovém kontaktu s tělními tekutinami pacienta
- Po kontaktu s pacientem
- Po kontaktu s prostředím pacienta

29. Kolikrát denně si odhadem dezinfikujete ruce? (uveďte průměrný číselný odhad)

30. Máte na Vašem oddělení u každého lůžka umístěný dávkovač s dezinfekčním roztokem k hygienické dezinfekci rukou?

- Ano
- Ne

31. Setkal/a jste se někdy na Vašem oddělení s nozokomiálním přenosem akutního průjmového onemocnění?

- Ano
- Ano, tato situace občas nastává (méně jak 1krát měsíčně)
- Ano, tato situace nastává (více jak 1krát měsíčně)

Ještě jednou Vám velice děkuji za vyplnění mého dotazníku a přeji Vám hezký den.

