

# Multikulturní přístupy k problematice horečky u dětí

Veronika Pospíšilová

---

Bakalářská práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika Pospíšilová**

Osobní číslo: **H12636**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

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

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury a časopisů.**

**Stanovení cílů.**

**Vypracování teoretické části.**

**Příprava metodiky praktické části.**

**Realizace dotazníku.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

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

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

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

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

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Gabriela Gajzlerová**

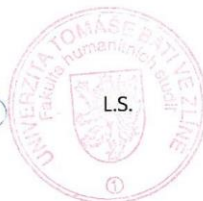
Ústav zdravotnických věd

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

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

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016

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



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 18. 9. 2016

*Božena Vernerová*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Ve své bakalářské práci se věnuji problematice dětských horeček. V teoretické části popisuji význam teploty, problematiku termoregulace, příčiny horečky u jednotlivých věkových kategorií, možnosti měření teploty, léčbu a komplikace horečky. V kapitole *1.8 Léčba horečky* představuji v krátkosti medikamentózní a fyzikální možnosti a také možnost homeopatie. Homeopatie je v České republice uznávanou léčebnou metodou od roku 1993, kdy ji přijala Česká lékařská komora. Cíle práce bylo porovnat používané metody monitorování a tlumení teploty u dětí u Romských a Vietnamských rodičů. Výzkum probíhal prostřednictvím rozhovorů, pro které byly předem stanoveny otázky. Tyto dvě skupiny jsem zvolila záměrně, protože se domnívám, že jsou to nejpočetnější skupiny žijící na území České republiky

Tělesná teplota je nejčastěji monitorovaná fyziologická funkce. Především u dětí je velmi důležité, aby teplota byla změřena šetrně, rychle, ale přesně.

Klíčová slova: Romové, Vietnamci, tělesná teplota, měření teploty, snižování teploty

## **ABSTRACT**

In my bachelor thesis I focus on children's fevers. The theoretical part describes the importance of temperature, thermal management issues, causes of fever in individual age category, the possibility of temperature measurement, treatment and complications of fever. In Chapter *1.8 Treatment of fever* introduce a brief medical and physical capabilities and also the possibility of homeopathy. Homeopathy is in the Czech Republic recognized form of treatment since 1993, when it adopted the Czech Medical Chamber. The aim was to compare the methods used for monitoring and control of temperature in children with Roma and Vietnamese parents. The research was conducted through interviews, for which pre-determined questions. These two groups I have chosen deliberately because I believe that they are the largest group living in the Czech Republic

Body temperature is usually monitored physiological functions. Especially in children it is very important that the temperature was measured gently rapidly but accurately.

Keywords: Roma, Vietnamese, body temperature, temperature measurement, decrease the air temperature

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

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



# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 VÝZNAM TEPLoty A HOREČKY</b> .....	<b>13</b>
1.1 TERMOREGULACE U DĚTÍ.....	13
1.2 FÁZE HOREČKY.....	15
1.3 TYPY HOREČKY .....	15
1.4 PŘÍČINY HOREČKY V DĚTSKÉM VĚKU .....	16
1.4.1 Novorozenecké období.....	16
1.4.2 Kojenecké období.....	18
1.4.3 Batolecí období .....	18
1.4.3.1 Periodická horečka batolat.....	19
1.4.3.2 Kawasaki syndrom.....	20
1.4.4 Předškolní věk.....	21
1.4.5 Horečka neznámého původu .....	22
1.4.5.1 Tyreotoxikóza .....	23
1.4.5.2 Tularémie .....	23
1.5 KLINICKÉ PROJEVY HOREČKY .....	23
1.6 KOMPLIKACE HOREČKY – FEBRILNÍ KŘEČE .....	24
1.7 DIAGNOSTIKA.....	26
1.7.1 Anamnéza.....	26
1.7.2 Fyzikální vyšetření .....	26
1.7.2.1 Měření pulzu u dětí.....	26
1.7.3 Laboratorní vyšetření.....	27
1.7.3.1 Hemokultura .....	27
1.7.4 Zobrazovací metody .....	27
1.8 LÉČBA HOREČKY .....	27
1.8.1 Historie léčby .....	27
1.8.2 Způsoby léčby .....	28
1.8.2.2 Prostředí.....	28
1.8.2.4 Paracetamol.....	29
1.8.2.5 Dostupné přípravky.....	29
1.8.2.6 Nesteroidní antirevmatika.....	29
1.8.3 Homeopatie .....	29
1.8.3.1 Doporučované homeopatické léky.....	31
1.8.4 Fyzikální způsoby.....	32
<b>2 MĚŘENÍ TĚLESNÉ TEPLoty</b> .....	<b>34</b>
2.1 DRUHY TEPLOMĚRŮ .....	34
2.1.1 Skleněné rtuťové teploměry .....	34
2.1.2 Skleněné teploměry bezrtuťové.....	35
2.1.3 Digitální teploměry.....	35

2.2	ZPŮSOBY MĚŘENÍ .....	35
2.2.1	Neinvazivní metody .....	35
2.2.2	Invazivní metody .....	37
<b>3</b>	<b>MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ.....</b>	<b>39</b>
3.1	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ ROMSKÉ PŘÍSLUŠNOSTI .....	39
3.2	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ VIETNAMSKÉ POPULACE .....	40
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>43</b>
<b>4</b>	<b>CÍLE PRÁCE .....</b>	<b>44</b>
<b>5</b>	<b>METODIKA .....</b>	<b>45</b>
5.1	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ .....	46
<b>6</b>	<b>PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT .....</b>	<b>48</b>
	<b>DISKUZE .....</b>	<b>52</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>54</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>56</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>64</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>65</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>66</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>67</b>

## ÚVOD

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

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

Tato práce se zabývá přístupem cizinců k horečce u dětí. Toto téma jsem si zvolila, protože se domnívám, že pro poskytování kvalitní ošetrovatelské i léčebné péče je důležité znát tradice, jednání a prožívání jednotlivých etnických skupin. Mareš (2001) uvádí „*každá kultura a etnikum mívá své pojetí toho, co považuje za „normální jednání“ v případě akutní či chronické nemoci, ale také ve vypjatých situacích.*“ (MAREŠ, 2001).

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 VÝZNAM TEPLoty A HOREČKY

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

Vzestup tělesné teploty nad 38<sup>0</sup>C označujeme jako horečku. Horečka má velký význam, neboť je to jeden z prvních příznaků, že v organismu dochází k patologiím. Zvýšená teplota (nad 37<sup>0</sup> C) je obranná reakce organismu. Hlavním významem je boj proti infekčnímu původci. Vyšší teplota napomáhá množení a práci bílých krvinek, na druhou stranu je vyšší teplota nepříjemná pro bakterie a snižuje schopnost jejich množení. Na vznik horečky mají vliv monocyty, neutrofilny, lymfocyty, mezenchymové a gliové buňky, které vlivem stimulů uvolňují cytokininy, což jsou endogenní pyrogeny. Účinkem těchto pyrogenních látek se termoregulační centrum v hypotalamu nastaví na vyšší teplotu. Tím dochází k aktivaci mechanismů, které zvyšují tvorbu tepla a snižují jeho výdej. K těmto mechanismům patří vazokonstrikce, chladový třes (třesavka se zimnicí) a metabolická termogeneze (Bartůňková, 2006; Zadák 2007; Mourek, 2012).

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

### 1.1 Termoregulace u dětí

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

mických reakcích bazálního metabolismu K základním termoregulačním mechanismům patří vazodilatace – rozšíření kožních cév a to má za následek zvýšený přenos tepla do kůže a pocení. Svou roli hrají při tvorbě tepla také kalorigenní hormony (tyroxin), které produkuje štítná žláza a zvyšuje metabolismus buněk. Dále se na tvorbě tepla podílejí hormony nadledvinek (adrenalin a noradrenalin), které ovlivňují jaterní a svalové buňky zvýšením jejich aktivity (Zadák, 2007, Mikšová, 2006, Mourek, 2005; Čihák, 2002).

V průběhu dne dochází ke kolísání teploty a to v rozmezí 0,5 – 0,7 °C. Toto kolísání nazýváme cirkadiální rytmus. Tělesnou teplotu můžou ovlivňovat hormony (estrogeny, tyroxin, adrenalin a noradrenalin produkované do organismu při zvýšené funkci štítné žlázy, stresu či rozčílení) (Mikšová a kol., 2006; Mourek, 2005).

Mezi ovlivňující faktory můžeme zařadit věk, denní dobu, tělesnou aktivitu, stres, teplotu a vlhkost okolí. Během dne může teplota kolísat až o 2°C. Nejnížší hodnoty naměříme v brzkých ranních hodinách, přibližně kolem páté hodiny. Naopak nejvyšší hodnoty naměříme v pozdních odpoledních hodinách, kolem 17 hodiny. (Vytejková, 2013; Kelnarová, 2009).

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

## 1.2 Fáze horečky

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

## 1.3 Typy horečky

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

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

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

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

Febris undulans (vlnovitá horečka) – nepravidelná horečka, která se projevuje několika-denními subfebriliemi a následně několik dní trvající normální hodnotou (Hehlmann, 2010; dle Machyánová, 2012). Po bezhorečnatém období následuje nová vlna. (Klener, 2006).

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

Febris septica – při septických stavech, velké výkyvy teploty ( $3$  až  $5^{\circ}\text{C}$ ) (Buchanec, Javorka, 1998).

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

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

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

## 1.4 Příčiny horečky v dětském věku

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

### 1.4.1 Novorozenecké období

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



matky. K infekcím novorozeneckého věku můžeme zařadit novorozeneckou sepsi, meningitidu a konjunktivitidu. Nejčastější původce vrozených infekcí lze shrnout zkratkou STORCH. Pod touto zkratkou rozumíme syfilis, toxoplazmózu, ostatní (parvovirus, varicella, virus hepatitidy B, HIV, chlamydie, borelie, enteroviry, listerie), rubeola, cytomegalovirus, herpes simplex. Diagnostika vrozené infekce se opírá o průkaz protilátek IgM v séru novorozence (Sedláček, 2007; Švejcar, 2009).

Sepse u novorozence je bakteriální onemocnění, které se přibližně v 25% projevuje jako meningitida. Klinické projevy jsou nespecifické, z pohledu termoregulace je projevuje výrazná termonestabilita (hypotermie či hypertermie), u dýchání můžeme pozorovat tachypnoi, apnoi či Cheyneovo -Stokesovo dýchání (dechová frekvence novorozence je 30 – 50 dechů za minutu). Novorozenec je apatický, hypoxický, kůže je mramorovaná, dochází k centralizaci oběhu a k rozvoji septické šoku. Z gastrointestinálních příznaků je může objevit intolerance stravy, zvracení a ileus. Dále dochází k oligurii až anurii. V krevním obraze se objeví anemie, leukocytóza nebo leukopenie a trombocytopenie; dále laboratorně můžeme zjistit poruchy koagulace (trombocytopenie, stoupá INR, aPTT). Před nasazením ATB se odebírá krev na hemokulturu. Jedná - li se o časnou sepsi, která se rozvíjí do 3. dne a mívá fulminantní průběh, pak se nasazují aminopeniciliny + aminoglykosidy (například augmentin s gentamycinem) po dobu 7–10 dní s intravenózní aplikací. Je – li to pozdní novorozenecká sepsi (od 3. dne, často jako meningitida, pneumonie či pyelonefritida) nasazujeme cílenou antibiotickou léčbu dle osídlení. Antibiotickou léčbu doplňujeme symptomatickou léčbou (Beneš; Hrodek, Vavřinec, 2002; Švejcar, 2009).

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

Původcem zarděnek je togavirus, který se šíří kapénkovou infekcí. Inkubační doba je 2 -3 týdny. Prodromální stádium může u dětí chybět nebo se projevuje jen mírně. Pozorujeme nevolnost, zduření krčních mízních uzlin a teplotu dosahující až ke 40<sup>0</sup>C (Poláčková, 2011).

### 1.4.2 Kojenecké období

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

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

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

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

### 1.4.3 Batolecí období

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

Velmi častým onemocněním kojeneckého a batolecího období je šestá nemoc. Jedná se o infekční virové onemocnění, jehož původcem je virus z rodu herpes. Inkubační doba od 5 do 12 dnů. Onemocnění začíná náhle vysokou horečkou přes 39<sup>0</sup>C, která může trvat i několik dnů. Po poklesu horečky dochází k výsevu generalizované vyrážky. V některých případech může probíhat i bez vyrážky. Relativně častou komplikací je výskyt febrilních křečí. Léčba je symptomatická. (Beneš, 2007; Beneš, 2009; Kelblerová, 2009; Poláčková, 2011).

Závažným onemocněním batolecího období je akutní epiglottitida, která se nejvíce vyskytuje mezi 3 – 4 rokem. Toto onemocnění začíná náhle. Příznakem je vysoká horečka, která může dosahovat až ke 40<sup>0</sup>C. Dítě má potíže s dýcháním, je dušné, bledé, unavené. Bolí ho v krku, mluví šeptem, dále pozorujeme povrchní dýchání, kašel je mírný. Dítě zaujímá polohu v předklonu, protože se mu tak lépe dýchá (Novák, 2007; Rami, 2011).

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

Juvenilní idiopatická artritida je nejčastější systémové onemocnění dětí, které propuká před 16. rokem. Nejvyšší výskyt je u dětí do 3 let. Etiologie je neznámá. U tohoto onemocnění dochází k hypertrofii a zduření synoviální výstelky. Může probíhat jako forma systémová, oligoartritida, polyartritida, psoriatická artritida, artritida s entezitidou, ostatní artritidy. Příznakem toho onemocnění může být horečka, která trvá minimálně 2 týdny a má skákavý charakter s teplotní špičkou přes 39<sup>0</sup>C a následně se vrací k normálu, tedy pod 37<sup>0</sup>C.

#### ***1.4.3.1 Periodická horečka batolat***

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

### 1.4.3.2 *Kawasaki syndrom*

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

#### 1.4.4 Předškolní věk

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

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

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

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

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

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

Ewingův sarkom je druhý nejčastější maligní nádor, jehož nejvyšší výskyt je mezi 5 a 30 rokem. Nejčastěji postihuje diafýzu dlouhých kostí. Projevuje se bolestmi, subfebriliemi, leukocytózou a zvýšenou sedimentací. Kromě těchto příznaků se mohou často vyskytovat patologické zlomeniny. Klinický obraz může připomínat akutní osteomyelitidu. Vytváří časné plicní metastázy. Tento typ nádoru může být chemosenzitivní, ale i resistantní, stejně tak může být radiosenzitivní nebo radioresistentní. Léčba se začíná předoperační chemoterapií a následuje radikální chirurgický zákrok (Gallo, 2011).

#### 1.4.5 Horečka neznámého původu

Pokud nastane situace, kdy tělesná teplota je vyšší než 38<sup>0</sup>C a trvá déle než 14 dní a Příčina není zřejmá navzdory pečlivé anamnéze, fyzikálnímu vyšetření a běžnému laboratornímu screeningu, pak hovoříme o horečce neznámého původu. Nejčastější příčinou je neobvyklý průběh běžného onemocnění – lokalizované a systémové infekce (salmonelóza, brucelóza, tularemie, leptospiróza, limská borelióza, hepatitida, sinusitida, infekční endokarditida, osteomyelitida, pneumonie, pyelonefritida), Kawasakiho nemoc, juvenilní revmatoidní artritida, systémový lupus erythematoses, polyarteritis nodosa, revmatická horečka, nespecifické střevní záněty a malignity (Kliegman a kol., 2006).

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

#### **1.4.5.1 Tyreotoxikóza**

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

#### **1.4.5.2 Tularémie**

Jedná se zoonózu, jde tedy o onemocnění přenosné ze zvířete na člověka. Jedná se o bakteriální onemocnění, jehož původcem je *Francisella tularensis*. Je to gramnegativní, krátká, opouzdřená tyčinka. Člověk se nejčastěji nakazí hmyzím kousnutím (komár, klíště). První známky o možném postižení člověka se začaly objevovat kolem 18. století především v Japonsku a Rusku. V České republice je nejvyšší výskyt na jižní Moravě a v Polabí. Infekce může do organismu proniknout drobným poraněním na kůži nebo neporušenou sliznicí a to přímým kontaktem nebo zprostředkovaně klíšťaty či komáry. Inkubační doba 2-10 dnů. Klinický obraz se odvíjí od virulence bakterie, odolnosti jedince, na místě a způsobu proniknutí infekce do těla. Po uplynutí inkubační doby se v místě proniknutí vytvoří puchýřek, následně dojde ke zduření lymfatických uzlin. V 70% případů se projeví jako ulceroglandulární forma – v místě průniku se objeví ulcerace. Doprovodnými příznaky je horečka, zimnice, malátnost a únava. Dále může probíhat jako střevní nebo plicní forma, zevní forma (glandulární, okuloglandulární, oroglandulární (tularemská angína)). Diagnostika u zevních forem je poměrně jednoduchá. Dále se k diagnostice používá aglutinační reakce. Průkazné titry se objevují kolem 3. týdne. Mikroskopický průkaz je náročný a kultivace vyžaduje speciální půdy. *Francisella* je rezistentní na penicilinová a cefalosporinová antibiotika 1. a 2. generace. Nejčastěji se nasazuje streptomycin (7,5 – 10mg im, 2x denně) a gentamicin (3 – 5 mg iv, 1x denně) na 14 dní (Beneš, 2009).

### **1.5 Klinické projevy horečky**

U dětí do 3 měsíců bývají příznaky velmi chudé. Je to způsobeno tím, že u těchto dětí je částečná neurologická nezralost. Klinické projevy se mění se podle stádia horečky. V počáteční fázi můžeme pozorovat pocit chladu a třes, dalším projevem je studená kůže a

ruce. Mezi poměrně časté projevy můžeme zařadit tachykardii (není u brucelózy, leptospirózy, polékové horečky), podrážděnost nechutenství a u malých dětí pláč. S každým narůstajícím stupněm teploty se zvedá tepová frekvence o 10 – 15 tepů za minutu. Dále se vyčerpávají zásoby cukru a mobilizují se tuky. Horečka má nepříznivý vliv i na funkce trávicího traktu. Klesá sekrece slin v ústech, nemocný má pocit suchosti v ústech, povleklý jazyk. U malých dětí, nejčastěji mezi 1. – 4. rokem, mohou při horečce nad 39,7<sup>0</sup>C vzniknout febrilní křeče. Mezi další příznaky můžeme zařadit zvýšené pocení, kašel, bolest v krku a hlavy, bolesti břicha a nauzea. Dále je u dětí nápadná změna chování, jsou spavé, unavené, ale mohou být i podrážděné či neklidné (Kelnarová, 2009; Izakovičová-Hollá, 2003; Hehlmann, 2010; Lukáš, 2010; Srnský, 2007; Buchanec, Javorka, 1998).

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

## 1.6 Komplikace horečky – febrilní křeče

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

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

O komplikovaných křečích mluvíme tehdy, je – li výskyt před 6. měsícem a po 5 roce. Záchvat trvá déle než 15 minut. Během 24 hodin dohází k recidivám. V rodinné anamnéze je



výskyt epilepsie u prvního stupně příbuzenstva. Péče v rámci JIP – sledujeme vitální funkce, zavedeme žilní linku, pokračujeme v protikřečové terapii, zajistíme EEG, neurologické a oční vyšetření, z laboratorních vyšetření se provádí krevní obraz, sedimentace, CRP, mineralogram, glykémie, jaterní enzymy, urea, kreatinin, AST, ALT. Při podezření na neuroinfekci nebo sepsi provádíme lumbální punkci, bakteriální vyšetření moči a odběr hemokultury. Při výskytu komplikovaných křečí je dítě dlouhodobě sledováno neurologem (kontrolní EEG vyšetření, vyloučení epilepsie, zavedení profylaktické léčby) (Goldmund, 2001).

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

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

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

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

## 1.7 Diagnostika

### 1.7.1 Anamnéza

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

### 1.7.2 Fyzikální vyšetření

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

#### 1.7.2.1 Měření pulzu u dětí

Pulz patří k základním fyziologickým funkcím společně s tlakem, dechem, teplotou a vylučováním. Vzniká nárazem krevního proudu na stěny kapilár. Tepová frekvence novorozence je 120 – 140 za minutu. U kojence jsou hodnoty o něco nižší, pohybují se mezi 100 – 120/ minuta. U dětí od dvou do pěti let je fyziologická hodnota pulsu přibližně 100/minuta. Hodnotu ovlivňuje věk, pohlaví, teplota, léky, krvácení nebo přetížení oběhu nebo stres. Při měření hodnotím frekvenci, pravidelnost a kvalitu. Po stránce rychlosti můžeme pozorovat tachykardii nebo bradykardii, dále může být puls pravidelný nebo nepravidelný. Posledním kritériem, které sledujeme je kvalita, podle toho můžeme puls označit jako plný, nitkovitý nebo nehmatný. Pulz můžeme měřit pohmatem pomocí dvou prstů a po dobu 1 minuty (bříšky prstů stlačíme tepnu proti kosti, další možností je poslechem na arteria carotis, arteria radialis, arteria dorsalis pedis, arteria temporalis, arteria brachialis a arteria femoralis. Třetí možností je elektronické měření přímé z arteriální kanyly nebo nepřímé z EKG nebo při měření saturace (Kellnarová, 2009).

### 1.7.3 Laboratorní vyšetření

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

#### 1.7.3.1 Hemokultura

Je to mikrobiologické kultivační vyšetření krve, jehož cílem je prokázání anaerobních či aerobních bakterií v krvi. Cílem je prokázat původce onemocnění a citlivost na antibiotika. Citlivost ne neprokazuje z hemokultury, ale až z následného kultivačního vyšetření na živých půdách. Při pozitivním nálezů se vzorek přenesne na živné kultivační půdy a následně se obarví dle Gramma. Podle tohoto barvení můžeme rozeznat gramnegativní (*Escheria coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter species*) a grampozitivní (*Staphylococcus aureus*, koagulazaneaktivní stafylokoky, *Streptococcus pneumoniae*, *Enterococcus species*) bakterie (Šenkýřová, 2012; Zdravotní ústav, 2013).

### 1.7.4 Zobrazovací metody

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

## 1.8 Léčba horečky

### 1.8.1 Historie léčby

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

Moderní farmakologické postupy se užívají od roku 1838, kdy byla poprvé izolována kyselina salicylová. Roku 1853 byla provedena první úspěšná syntéza kyseliny acetylsalicylové

(aspirinu). První využití aspirinu jako antipyretika bylo v roce 1899. Vlastnosti paracetamolu byly rozpoznány až kolem roku 1950, přibližně 50 let po jeho objevení. Teprve v 60. a 70. letech přichází éra nesteroidní antirevmatik. Při léčbě horečky jsou velmi důležitá režimová opatření (Doležal, 2003).

Na lékaře se obrátíme ihned, postihla-li horečka dítě mladší tří měsíců, pokud dítě nemočí, když je teplota více než 39,5 °C a nedaří se srazit, pokud dítě výrazně málo pije, opakovaně zvrací či má průjem (Seifertová, ©2014).

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

## **1.8.2 Způsoby léčby**

### ***1.8.2.1 Hydratace***

Je nutné zajistit dostatečný příjem tekutin. Při každém stupni nad 37<sup>0</sup>C se zvyšuje potřeba vody o 100ml/m<sup>2</sup>/den. Tekutiny nabízejte v malých, ale častých dávkách. Přidá – li se k teplotě zvracení či průjem může dojít velmi rychle k dehydrataci (Buchanec, 1992).

### ***1.8.2.2 Prostředí***

U dětí je velmi důležité udržovat optimální teplotu okolního prostředí, jelikož u nich může snadno dojít k přehřátí nebo naopak k podchlazení.

### ***1.8.2.3 Kyselina acetylsalicylová***

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

#### **1.8.2.4 Paracetamol**

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

#### **1.8.2.5 Dostupné přípravky**

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

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

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

#### **1.8.2.6 Nesteroidní antirevmatika**

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

### **1.8.3 Homeopatie**

Homeopatie je léčebná holistická metoda, která je známá již přes 200 let. Počátky se datují do 18. století. První zmínky však pocházejí již ze starověku. Princip homeopatie formuloval její zakladatel Samuel Hahnemann takto: "*Podobné necht' se léčí podobným*". Narodil se v Míšni a pocházel z chudého prostředí. Medicínu začal studovat v Lipsku, pokračoval ve Vídni a lékařský diplom získal na univerzitě v Erlangenu. Během studií vyučoval cizí jazyky, překládal knihy a působil jako lékárenský pomocník. Od roku 1811 Hahnemann přednášel lékařům i studentům medicíny homeopatii na univerzitě v Lipsku. Tato odlišná koncepce léčby byla chápána jako velmi odvážná. Někteří univerzitní profesori hrozili studentům sankcemi, za navštěvování jeho přednášek. Účinnost nové léčebné metody se projevila až po slavné Bitvě národů u Lipska r. 1813. Po této bitvě propukla epidemie skvrnitého tyfu během níž jiným lékařům, umírala téměř jedna třetina nemocných. Hahnemanno-

vi zemřela pouze jedna stará žena ze 183 léčených pacientů. Zlomové pro něj bylo období 1811 až 1821. V těchto letech vydal šest svazků první homeopatické Materie mediky (Kuchaříková, 2014).

Homeopatická nemocnice v Neuilly fungovala jen krátkou dobu, od konce roku 1914 do března 1916. Během této doby bylo v nemocnici, která byla pod vojenskou kontrolou a spolupracovala s francouzským Červeným křížem, řešeno 202 případů, z nichž 122 bylo chirurgických. Stavba nemocnice byla s ohledem na stále náročnější požadavky na lékařskou péči o nemocné a zraněné z rané fáze 1. světové války, umístěna co nejbližší k přední bojové linii. Nemocnice byla uznávanou homeopatickou nemocnicí a byla v ní praktikována terapie školy Hahnemanna.

Léčebná homeopatie byla v České republice využívána již před druhou světovou válkou. V 50. letech nastal výrazný útlum a politickým režimem byla vytlačena mimo oficiální linii medicíny. Rozmach nastal v 90. letech. Do Čech začali přicházet informace z Francie, Rakouska, Německa, vyskytovala se i díla anglické homeopatické školy, v pozdějších letech i školy indické a holandské. V Německu i Francii je homeopatie částečně hrazena z prostředků zdravotní pojišťovny. Do evropských směrnic se statut homeopatického léku zaspal oficiálně v letech 1992 až 2004 v rámci Evropské unie. Legislativa se stále vyvíjí a postupně je začleňována do směrnic jednotlivých států. Značný počet odborníků, kteří praktikují homeopatii, můžeme najít v Indii i Jihoafrické republice, dále pak v severní Africe, jižní Americe (především Brazílie, Venezuela a Argentina) (Kuchaříková, 2014).

Nejlepším důvodem, proč při péči o vlastní zdraví používat homeopatické léky, je právě to, že dokáží vyléčit bez škodlivých vedlejších účinků a navíc jsou vhodné pro všechny věkové kategorie- od novorozenců až po seniory. Další výhodou je, že homeopatický lék nezpůsobuje alergii. Pacienti s chronickým onemocněním jater nebo ledvin můžou u běžných akutních nemocí užívat homeopatické léky bez obav z jejich toxicity na rozdíl od klasických léků. To stejné platí i pro diabetiky a další chronická onemocnění. Homeopatické léky mohou být prodávány ve formě granulí (kuliček), tablet, sirupů nebo v alkoholovém roztoku. Rozpouštějí se v ústech. Léky není vhodné užívat bezprostředně před jídlem a pitím nebo těsně po něm. Doporučován je časový odstup od jídla cca 15-20 minut. U kojenců a malých dětí se homeopatický lék rozpouští v malém množství čisté (neperlivé) vody. Dítěti se podává buď po lžičkách, nebo postupně dítě vodu s lékem upíjí (MUDr. Eva Kettmanová)

V Dětské fakultní nemocnici v Mnichově se za posledních dvanáct let podařilo úspěšně integrovat homeopatii do každodenní praxe. V současné době je homeopatická léčba dostupná všem oddělením této nemocnice, jak hospitalizovaným, tak ambulantním pacientům, a stala se uznávaným pomocníkem k zajištění té nejlepší možné terapie pro každé dítě. Homeopatie zde pomáhá třeba na pohotovosti, kam často přichází rodiče s dětmi trpícími horečnatými virovými onemocněními jako je rýma, zánět průdušek, průdušnice, hltanu, střevní a žaludeční obtíže, homeopatika zmírňuje bolesti břicha miminek a tiší bolesti při prořezávání zoubků, pomůžou i při bodnutí hmyzem či svědění u planých neštovic. Pozoruhodných výsledků bylo dosaženo také na novorozeneckém oddělení, kde jsou homeopatika používána v léčbě krvácení do mozku u novorozenců. Své místo má tato alternativní medicína ale i na onkologickém oddělení, kde vykazuje zajímavé výsledky při léčbě zánětu ústní dutiny, jež se často objevuje jako následek chemoterapie. Homeopatie má úspěchy ale i v léčbě chronických obtíží jako je senná rýma, astma, migréna, tiky, epilepsie, vývojová retardace, opakované záněty středního ucha, močových cest nebo průdušek a další. Projekt integrace byl v prvních letech sponzorován Nadací Karla a Veroniky Carstenových, jejímž cílem je zavádění alternativní medicíny - zvláště homeopatie - do praxe. Lékařkou – homeopatkou, která se ujala tohoto nelehkého úkolu, byla Sigrid Kruse. Práce se zdařila a v roce 2002 byla Sigrid Kruse nadací oceněna za první úspěšnou integraci homeopatie do dětské fakultní nemocnice. Když po šesti letech vypršela finanční podpora Nadace Karla a Veroniky Carstenových, bylo nutné najít nového sponzora. Zcela překvapivě se zapojily pojišťovny AOK a TK a dodnes financují dvě pracovní místa pro lékaře s homeopatickým vzděláním. Tento jejich krok jasně ukazuje, že dokonce i v očích pojišťoven je homeopatie součástí optimální terapie pro malé pacienty (Redakce).

### *1.8.3.1 Doporučované homeopatické léky*

- *aconitum napellus* (oměj šalamounek) – okrasná bylina asi 150 cm vysoká; z čeledi pryskyřníkovitých s mnoha krásnými modrofialovými květy; indikace: akutní infekční onemocnění (rýma, chřipka, angína, bolesti ucha, bolesti hlavy, chrapot), dále onemocnění horních cest dýchacích (svět smrtících rostlin, 2005). v léčitelství se využívá sušená hlíza, která v přiměřených dávkách snižuje horečku. Vysoké dávky jsou, ale nebezpečné. Všechny části rostliny obsahují alkaloidy. Pro svou jedovatost se používá pouze pod lékařským dozorem.

- belladonna (rulík zlomocný) - 50 cm vysoká trvalka z čeledi lilkovitých se zvonkovitými květy, které se mění zpočátku na zelené a poté na černé, lesklé bobule; pochází z Evropy, ale rozšířila se i do Asie a Afriky; pozor, tato bylina je silně jedovatá; indikace: akutní horečnaté onemocnění jakéhokoliv původu s prudkým nástupem, dále se používá jako prevence febrilních křečí (Svět smrtících rostlin, 2005). tato rostlina obsahuje alkaloidy a glykosidy. Ze sušených listů a kořenů se získává atropin a z toho se vyrábí atropinové oční kapky, které se používají k rozkapávání očí. Za stejným účelem si již ve starověku ženy vtíraly šťávu z rulíku do očí, aby je měli veliké. Odtud pochází druhové jméno bella donna nebo – li krásná paní (Květena České republiky, 2000).
- gelsemium serpervirens (jasmín virginský neboli planý jasmín) - Plazivý keř volně rostoucí na jihovýchodě USA; do Evropy byl přivezen v 17. století a pro své krásné vonné žluté květy je oblíbenou ozdobou zahrad; indikace: chřipka a virové infekce, postupně narůstající horečka, sluneční úpal s vysokou horečkou (Vodičková, 2013).
- chamomilla vulgaris (heřmánek pravý) – jednoletá, aromaticky vonící rostlina, jedna z nejnámějších léčivých rostlin; indikace: záněty středního ucha, prořezávání zubů, záněty horních i dolních cest dýchacích
- pulsatilla vulgaris (koniklec) – trvalá bylina z čeledi pryskyřníkovitých, květy vždy jednotlivé a velké; všechny druhy (otevřený, velký, německý, pravý) rostoucí v České republice jsou zákonem chráněné; indikace: onemocnění horních cest dýchacích, akutní zánět spojivek, zažívací obtíže, gynekologické potíže, cévní onemocnění a úzkost u dětí, která se projeví plachostí, plačtivostí a podrážděností

#### 1.8.4 Fyzikální způsoby

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

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

Zábal se provádí tak, že do vody o teplotě 18 - 25 °C namočíme osušku a dítě do ní zabalíme na 10 – 15 minut a to tak, aby mělo zakryté břicho a hrudník. Ruce a nohy a necháme volné. Přikryjeme ho pouze tenkou dekou. Teplota v místnosti by měla být přibližně 24 °



C. Po sundání zábalu, necháme dítě chvíli odpočinout, přikryjeme ho tenkou dekou a asi za 20 minut změříme teplotu. Zábal můžeme opakovat přibližně třikrát za 2 hodiny. Nesnažíme se srazit teplotu do normálu, stačí, když klesne o  $1 - 2^{\circ}\text{C}$ . U dětí by měl mít zábal přednost před použitím léků proti horečce. Pokud je horečka příliš vysoká, můžeme vyzkoušet lýtkové zábaly. Každé lýtko zabalíme zvlášť od kotníku pod koleno. Opakujeme třikrát po 10 minutách (Doležel, 2007).

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

## 2 MĚŘENÍ TĚLESNÉ TEPLOTY

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

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

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

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

### 2.1 Druhy teploměrů

#### 2.1.1 Skleněné rtuťové teploměry

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

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

### 2.1.2 Skleněné teploměry bezrtuťové

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

### 2.1.3 Digitální teploměry

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

## 2.2 Způsoby měření

### 2.2.1 Neinvazivní metody

Axilární měření – v současné době se tato metoda nejvíce používá u větších dětí a dospělých. Pouze u novorozenců je axilární teplota srovnatelná s teplotou rektální. Je to méně přesný způsob a to z důvodu, že v blízkosti axily neprochází žádné velké cévy, jen pažní

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

Orální měření – tento způsob je oblíbený především v Anglii a Spojených státech amerických. U malých dětí se toto měření provádí pomocí dudlíku, ve kterém je zabudovaný teploměr. Je důležité, aby minimálně 15 minut před měřením dítě nejedlo a nepilo. Teplota naměřená v ústech je o 0,3 °C vyšší než teplota naměřená v podpaždí. V případě běžného digitálního teploměru se tento způsob měření považuje za nejpresnější a nejpohodlnější. Špička teploměru se umístí nalevo nebo napravo od uzdičky jazyka. Špičkou nesmíme hýbat a musí zůstat v kontaktu se sliznicí po celou dobu měření. Doporučuje se měřit 20 – 30 minut po jídle. Nevýhodou je, že tento způsob nelze používat u neklidných jedinců. Kontraindikací je zánět či chirurgický zákrok v dutině ústní (Mikšová a kol., 2006; Rozsypalová a kol., 2002; Krišková, 2006; Bennett, 2006; Mlýnková, 2010). Pro tento způsob měření se u dětí používají teploměry zabudované v dudlíku. Toto měření je zcela bezpečné, spolehlivé a pro dítě je nejméně stresující. Měření by se mělo provádět přibližně 3 minuty. Teploměr obsahuje drobné částičky, proto nesmíme dítě nechat bez dozoru po dobu měření (Thermoval, 2013; Mlýnková, 2010; Vojtíšek, 2011).

Tympanické měření - Bubínkový teploměr funguje na základě snímání energie infračerveného záření z ušního bubínku. Postup měření se liší podle věku dítěte. U dítěte mladšího tří let jemně táhneme ušní lalůček směrem dolů dozadu. Starší dítě nahoru a dozadu, docílíme tím napřímení zvukovodu a následně přesnějšího měření. Zánět středního ucha, nahromadění ušního mazu nebo delší ležení na měřené straně může ovlivnit naměřenou hodnotu. Přibližně 30 minut před měřením by mělo být dítě v klidu. Teplotu měříme v blízkosti hypotalamu (poblíž centra termoregulace). Většina těchto přístrojů má signalizační funkci, takže v případě horečky se spustí zvukový alarm (Kapounová, 2007; Handl, 2004; Leifer, 2004; Bennett, 2006; Krišková a kol., 2006). Jedná se o přesné, rychlé měření, které vyho-

vuje hygienickým zásadám. Délka měření je přibližně 2 – 3 sekundy. Pro svou rychlost je vhodný k měření teploty u dětí a u neklidných pacientů. Teplota je 0,5<sup>0</sup> C vyšší než při axilárním měření. Pro přesnost měření je důležité dodržovat nařízení výrobce z jaké vzdálenosti, lze správně měřit. Množství funkcí se liší dle výrobce, k základním patří funkce uložení naměřených hodnot, signalizační zařízení a stav baterie (Mlýnková, 2010; Vojtíšek, 2011).

Rektální měření – dříve se tento způsob používal častěji, bylo zjištěno, že je přesnější než axilární měření. Později se zjistilo, že rektální měření je stejně přesné jako tympanické měření tělesné teploty, a bylo jím postupně nahrazeno. Dnes se rektální měření používá u malých dětí a při podezření na zánětlivé onemocnění v břišní dutině. Teplota v rektu je o 0,5 °C vyšší než teplota v axile. U kojenců a malých dětí je vhodná poloha na zádech, pevně uchopit a zdvihnout dolní končetiny. U starších dětí je vhodná poloha naboku. Pro rektální měření se používají teploměry skleněné a digitální. Konec teploměru potřeme vazelinou. Špičku zavedeme 2 až 4 cm. Rektální teplotu měříme vždy jako poslední z fyziologických funkcí, protože vyvolá u dítěte pláč a tím ovlivní i další fyziologické hodnoty (Leifer, 2004; Bennett, 2006; Krišková, 2006; Mikšová, 2006).

### 2.2.2 Invazivní metody

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

- jícnového čidla
- intravaskulární čidlo
- permanentního močového katetru

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

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

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

### 3 MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

#### 3.1 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů romské příslušnosti

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

Podle odhadů žije v dnešní době v ČR 280 – 320 tisíc Romů (asi 3% našeho obyvatelstva) rozdělených do několika subetnických romských skupin. V roce 2001 se k romské národnosti hlásilo necelých 12 000 jedinců, při sčítání lidu v roce 2011 to již bylo jen něco málo přes 5000 osob z celkového počtu 10 436 560. Tento údaj o počtu jedinců hlásících se k romské národnosti, ale zdaleka neodpovídá skutečnosti. Nejpočetnější skupinou žijící na našem území jsou Romové slovenští a z části maďarští (9, strana 164). Pozůstatky kastovního systému můžeme dodnes pozorovat u jednotlivých romských skupin v různých formách a životních situacích. Romové jsou považováni za největší etnickou skupinu v České republice. Jejich životní způsob vyplývá z pojetí života a životních hodnot. Na prvním místě je pro ně život. Vše co život ohrožuje nebo omezuje, vnímají jako negativní. Na druhém místě je pro Romy rodina. Pro Romskou rodinu jsou charakteristické silné rodinné vazby. Je pro ně charakteristické, že nerozlišují stupně příbuznosti. Hlavou rodiny je zde muž, který nese odpovědnost. Ženy se starají o domácnost, o výchovu dětí. V romské rodině si všichni pomáhají. Vyhnání z rodiny považují za největší trest. Největším bohatstvím pro romskou rodinu jsou děti. Malé děti nejsou příliš vedeny k samostatnosti. Bohužel i v dnešní době se najdou jedinci, kteří nepovažují školní vzdělání za důležité. Tento odpor ke vzdělávání je pravděpodobně způsoben pocitem, že dítě, které dosáhne určitého vzdělání, se může rodině odcizit. Donedávna až 80 % Romských dětí navštěvovalo zvláštní školy, na učební obor pokračovalo přibližně 10%, na středoškolského vzdělání dosáhlo necelá 3% a na vysokou školu nastoupilo méně než 2% (10, strana 188; 17, strana 51,56) (Kelnarová, 2008; Říčan, 1998).

Stává se, že při setkání s některými nemocemi se pacient projeví jinak než u jiné nemoci. Díky blízkému vztahu k rodině, se mohou bez přítomnosti své rodiny cítit nesamostatní a to se může projevit jako méněcennost, která může vyústit v agresivitu nebo nespolupráci se

zdravotníky. Při ošetřování je velkým problémem nedůvěřivost vůči zdravotnickému personálu. Je nutné získat důvěru a respektovat početný doprovod. Informace o zdravotním stavu podat tomu, kdo za rodinu jedná. Pociťují značný strach z bolesti, ze smrti. Jsou velmi emotivní a nahlas sténají. V léčbě nemocí mají hlavní slovo nejstarší ženy. Věřily a dodnes někteří věří, že za nemoc může uhrnutí (Ivanová, Kutnohorská, Špidurová, 2005). Kemp ve své studii uvádí, že „Romové využívají systému zdravotní péče pouze v krizových situacích, tj. v akutních stavech nebo když selže lidová medicína“ (Čížková, 2006). Naproti tomu Janečková ve své práci zmiňuje dva názory odborné veřejnosti. Jeden názor tvrdí, že některé zdravotní služby Romové zneužívají. Druhý názor naopak upozorňuje na to, že Romové odkládají návštěvu lékaře (JANEČKOVÁ, 1997). Tyto dva extrémy v jednání Romů zmiňuje také Marek, Kalvach a Sucharda (12, s.141, 142), kteří upozorňují na „tendenci přeceňovat akutní stavy – bolest břicha, krvácení, horečku, zvracení“ a naopak na nevědomost k příznakům chronických onemocnění: „Dlouho chodí bez povšimnutí s vyrážkami, s poruchami trávení, ale i s dušností způsobenou srdečním selháváním“ (MAREK, 2001).

U Romské populace žijící na území České republiky již proběhly výzkumy a analýzy, které přinesly následující zjištění:

- kojenecká úmrtnost je dvojnásobně vyšší, než je celonárodní průměr
- nedostatečné očkování dětí
- vysoká míra plodnosti začínající těhotenstvím a porodností v nízkém věku, která pokračuje i do věku vyššího a s tím souvisí špatná informovanost vzhledem k plánování rodiny, velmi špatná prevence gynekologických chorob
- předčasné stárnutí spojené s výskytem chorob, které nejsou typické pro dané věkové skupiny
- vyšší výskyt nehod a úrazů
- nedostatečné stravovací a vyživovací

### 3.2 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů vietnamské populace

Vietnam je stát v jihovýchodní Asii při pobřeží Jihočínského moře. S Vietnamem sousedí Kambodža, Čína, Laos. Hlavní město je Hanoj. Do poloviny 19. století to byla francouzská



kolonie. Z náboženství se zde uplatňuje buddhismus, konfucianismus, taoismus a křesťanství. První Vietnamci přišli do ČR v 50. letech, důvodem byla poválečná krize. Druhá vlna přišla po sametové revoluci (1989). Vietnamci tvoří 3. nejpočetnější skupinu cizinců na našem území. Pro vietnamskou společnost je typická uzavřenost, začleňování je tedy značně obtížné. Mezi základní znaky, vycházející z konfuciánských tradic, vietnamské rodiny patří: „poslušnost dětí, pevný řád uvnitř rodiny, široká solidarita s blízkými i vzdálenými příbuznými, vzájemná pomoc v rámci široké rodiny (Tollarová, 2010; Pálková, 2012).

Nejvýznamnější skupinou Vietnamců na území ČR jsou děti, které zde žijí od malička nebo se zde narodili. Tyto děti se cítí být Vietnamci, ale za svůj domov již považují Českou republiku a velice dobře si osvojují češtinu na rozdíl od svých rodičů (Pálková, 2012).

*Většina vietnamských obyvatel s dlouhodobým (uděluje se na 1 rok) nebo trvalým pobytem v České republice, pracuje na základě živnostenského oprávnění (volné živnosti na nákupy a prodeje zboží), bez ohledu na své původní zaměstnání. Tím se vietnamská komunita výrazně odlišuje od ostatních cizinců (Pálková, 2012).*

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

používají raději toaletu než podložní mísu či močovou lahev. Dobrovolně si neřeknou o léky proti bolesti kvůli obavám ze závislosti. Je – li potřebná transfuze, členové rodiny jsou ochotni darovat krev. Nejprve zkouší domácí léčení, stav onemocnění přiznají, až když je pokročilý nebo velmi bolestivý (Pernicová, 2013; Kelnarová, 2009).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 CÍLE PRÁCE

1. Zjistit, jakými postupy monitorují tělesnou teplotu příslušníci vybraných etnických skupin
2. Zjistit, jakými metodami snižují tělesnou teplotu příslušníci vybraných etnických skupin

## 5 METODIKA

Výzkum jsem prováděla pomocí kvalitativní metody – rozhovory, které byly zaměřené na problematiku monitorování a snižování teploty u dětí Romských a Vietnamských rodičů. Metoda spočívá ve vedení rozhovoru podle předem připravených otázek. Jednotlivé rozhovory tedy neprobíhaly stejně, otázky se vyvíjely podle respondentových odpovědí. Rozhovory jsem po předchozím souhlasu respondentů nahrávala a následně přepsala v programu MS Word. Rozhovory probíhaly od 19. 7. 2016 do 7. 8. 2016.

Otázka 1 – 4 jsou identifikační, ptám se na jejich věk, na nejvyšší vzdělání, na rodinné zázemí, na to jak dlouho žijí v České republice, kolik mají dětí, jak jsou staré a zda jim někdo pomáhá s péčí o děti.

V otázce 5 se ptám, zda jejich děti měli někdy teplotu a s touto otázkou souvisí položka 6, kde se respondentů ptám na to, jaké příznaky zpozorovali na dítěti, když mělo teplotu.

Otázka 7, 8, 9 a (15)16 souvisí s monitorováním teploty. Zajímala jsem se, jak často kontrolují teplotu, kde ji měří a jaký typ teploměru používají, dále jsem se ptala, zda jsou spokojení se svým teploměrem a podle čeho se rozhodují při koupi.

Otázka 9 – 13 se vztahuje na problematiku snižování teploty. Zde jsem se snažila zjistit, kdy začínají snižovat teplotu, jaké postupy používají, zda dávají léky a pokud ano tak jakou formu, který lék, čím ho dají dítě zapít. Dále jsem zjišťovala, jaké alternativní metody snižování teploty znají a používají.

K usnadnění přístupu k respondentům jsem požádala o pomoc známého, který je v romské komunitě vážený. Tato osoba se účastnila i všech 4 rozhovorů s respondenty Romské národnosti. Respondenty jsem si předem vytipovala, vysvětlila jsem jim, proč se o to téma zajímám, co od nich budu potřebovat. Původně se průzkumu mělo účastnit 6 romských žen, 2 nakonec rozhovor odmítly.

Před jednotlivými rozhovory jsem měla poměrně značné obavy, aby mě respondenti nebrali jako nepřítel, ve skutečnosti se ale natolik uvolnili a rozpovídali, že jsem měla velké potíže udržet rozhovor u tématu. Rozhovor probíhal venku při posezení u ohně, grilovalo se do pozdních večerních hodin.

Jedinci Vietnamské národnosti mezi námi žijí již desítky let. Odhaduje se, že na území České republiky žije 60 000 příslušníků Vietnamského etnika. Jsou skromní, nenápadní a

uzavření. Nevýznamnějším rysem je právě uzavřenost. Budou mluvit o obchodu, o zboží, o počasí, ale pokud rozhovor sklouzne do soukromí, tak se uzavřou. Vietnamské respondenty jsem si vyhledala ve vietnamských tržnicích a prodejnách občerstvení. Přemluvit je k rozhovoru bylo poměrně složité, jelikož otázky zasahovali do jejich soukromí.

Kritéria pro výběr respondentů:

- Romská nebo Vietnamská národnost
- respondenti musí mít alespoň jedno dítě
- zkušenosti s teplotou u dětí
- musí rozumět česky

## 5.1 Charakteristika respondentů

	VĚK	VZDĚLÁNÍ	SOCIÁLNÍ PODMÍNKY	ZAMĚSTNÁNÍ	POČET A VĚK DĚTÍ
<b>R 1</b>	21		Romka, pochází z 6 dětí, Zlínský kraj	Nepracuje	3, 4 roky a 10 měsíční dvojčátka
<b>R 2</b>	39	základní škola	Romka, pochází ze 14 dětí, Zlínský kraj	Nepracuje	7, nestarší dcera 19 let, pak chlapečci 15 a 12, holčička 10 let, kluk 7 let, nejmladší syn 4 roky
<b>R 3</b>	22	základní škola	Romka, pochází z 5 dětí, Zlínský kraj	Nepracuje	4, nejstarší syn 6, 5 letá holčička, 3 letý kluk a 2 letá holčička
<b>R 4</b>	28	základní škola	Romka, Zlínský kraj	Nepracuje	Celkem 6 dětí, 9 letá dcera, 7 a 5 letý syn, tříletá dvojčata, roční holčička
<b>V 1</b>	27	střední škola	Vietnamka, Zlínský kraj	Obchod	2 děti
<b>V 2</b>	29	vysoká škola	Vietnamka, Zlín-	občerstvení	3 děti – 2

			ský kraj		holčičky a 1 chlapec
<b>V3</b>	34	vysoká škola	Vietnamka, Zlín- ský kraj	Obchod	
<b>V4</b>	31	střední škola	Vietnamka, Zlín- ský kraj	Obchod	

## 6 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

Před zahájením mé výzkumné práce jsem se domnívala, že Romové používají přírodní medicínu s upřednostněním bylinkových čajů a doma vyráběných mastí. Během rozhovorů, ale vyšlo najevo, že v současné době dávají přednost kupovaným lékům. Pokud se necítí, dobře vezmou si nějaký volně dostupný levný lék a s dětmi navštíví lékaře. Alternativní postupy, které respondenti zmiňovali, jsou podobné, těm které znám.

### Položka č. 1

Položka číslo 1: romské matky byly věkové kategorii 21 – 39 let a jejich nejvyšší dosažené vzdělání byla dokončená základní škola. Vietnamské ženy byly ve věkovém rozmezí 27 – 34 let.

R1	21, základní škola
R2	39, základní škola
R3	22, základní škola
R4	28, základní škola
V1	27, střední škola
V2	29, vysoká škola
V3	31, střední škola
V4	34, vysoká škola

### Položka č. 2

Zde jsem zjišťovala, jak dlouho žijí respondenty v České republice.

ROMSKÉ ŽENY	VIETNAMSKÉ ŽENY
R1: žije zde celý život	V1: žije zde celý život, do Česka přišli prarodiče
R2: celý život	V2: v Česku žije celý život
R3: celý život	V3: celý život
R4: celý život	V4: žije zde celý život

### Položka č. 3

U této položky jsem zjišťovala, kolik dětí mají respondenty



ROMSKÉ ŽENY	VIETNAMSKÉ ŽENY
R1: 3 děti	V1:má 2 děti
R2: 7 dětí	V2:3 děti
R3: 4 děti	V3:2 děti
R4: 6 dětí	V4: 2 děti

## Položka č. 4

Tato položka byla zaměřena na věk dětí a na to kdo se o děti především stará a zda jim s péčí o děti někdo pomáhá – jednotlivé odpovědi viz příloha 1

## Položka č. 5

Byla zaměřena na zkušenosti rodičů s horečkou. Všichni uvedli, že již mají zkušenosti s horečkou u svých dětí

## Položka č. 6

Zde jsem se ptala na to, jaké příznaky pozorují u svého dítěte, pokud má teplotu. Zde byly odpovědi podobné. Například všichni respondenti uváděli, že dítě bylo ospalé a uplakané.

## Položka č. 7

U otázky 7. *Pokud má vaše dítě zvýšenou teplotu nebo horečku jak často ji kontrolujete?* uvedli 2 ze 4 respondentů, že teplotu měří dvakrát za den. Jedna respondentka uvedla: Nesleduju to, na co. Poslední respondentka romské národnosti uvedla: Já nevím, když si vzpomenu. Není to pro mě důležité. Stejnou otázku jsem položila Vietnamským ženám. Zde byly odpovědi jiné. Jedna respondentka uvedla, že měří teplotu přibližně po 3 hodinách, druhá po 4 hodinách. Třetí respondentka uvedla, že teplotu měří 3x denně a poslední odpověď byla: Já sledovat teplotu hodně. Jak mám chápat hodně? Tak 3x denně nebo častěji? No já tak 5x za den měřit teplota.

NEMĚŘÍ	Tuto odpověď uvedla 1 respondentka romské národnosti
NÁHODNĚ	Tuto odpověď uvedla taktéž 1 respondentka romské národnosti

JEDNOU DENNĚ	Tuto možnost neuvedl nikdo z dotazovaných
DVAKRÁT DENNĚ	Tuto možnost uvedli 2 dotazované romské ženy
TŘIKRÁT DENNĚ	Tuto variantu zvolila jedna žena Vietnamské národnosti
ČTYŘIKRÁT A VÍCEKRÁT DENNĚ	Tuto možnost zvolili 3 ze 4 dotazovaných Vietnamských žen

Z této položky vyplynulo, že Vietnamské ženy jsou důkladnější a pečlivější při monitorování teploty u dětí.

#### Položka č. 8

V otázce 8 jsme zjišťovala, jaký typ teploměru používají u dětí. 3 ze 4 romských respondentek uvedli, že používají běžný digitální teploměr, čtvrtá respondentka uvedla, že nepoužívá žádný teploměr. U Vietnamských respondentů se odpovědi lišily. Zde převažovala odpověď, že používají čelní digitální teploměr. Tuto odpověď uvedli 3 ze 4 dotazovaných žen. Čtvrtá respondentka uvedla, že používá ušní teploměr.

#### Položka č. 9

V této otázce jsem se ptala, na které místě měří teplotu. 1 ze 4 uvedla, že měří teplotu pouze axilárně, 1 že teplotu neměří vůbec a 2 ze 4 uvedli, že teplotu u malých dětí měří rektálně a u větších axilárně. Z předchozí otázky jsem zjistila, že 3 ze 4 Vietnamských žen měří teplotu na čele a jedna měří teplotu v uchu.

#### Položka č. 10

Zde jsem se ptala respondentů na to, jakým způsobem snižují oni teplotu u svých dětí. U romské populace převládala odpověď, že používají léky. 3 ze 4 romských žen uvedli, že používají na snížení teploty léky. Například první respondentka uvedla: *Tož jenom nějaký ten lék od teploty. Já dávám hned, i když je teplota jenom mírně nad 37.* Pouze druhá respondentka uvedla: *... nepoužívám žádné léky, nevěřím jim...* Naproti tomu Vietnamské ženy dávají přednost alternativním metodám snižování teploty. Zde byly odpovědi například *Já se snažit používat jenom přírodní medicínu...*

## Položka č. 11 + č. 12

Dále jsem se v rozhovorech ptala na typ léku, na lékovou formu a na to čím dají lék dítěti zapít. Respondentky uváděly, že těm menším podávají sirup a těm větším tabletu. Dále Romské ženy uváděly, že je pro ně nejdůležitějším kritériem při výběru léku cena (3 ze 4, jedna respondentka léky nepoužívá), naproti tomu pro Vietnamské matky je rozhodujícím kritériem doporučení (4 ze 4). Například jedna romská žena uvedla: *Já se zásadně rozhoduju podle ceny, nemám na rozhazování...* naproti tomu jedna Vietnamská respondentka uvedla *Já rozhodovat se podle doporučení paní z lékárny...*

## Položka č. 13, č. 14 a č. 15

Z rozhovorů dále vyšlo, že respondenti romské národnosti snižují teplotu ihned, když zjistí, že ji dítě má. Neberou vůbec v ohled na hodnotu a lék podají i když je hodnota mezi 37 – 37,90C. Tato skupina informace o horečce nevyhledává, spokojí se s tím, co jim řekne lékař. 3 ze 4 dotazovaných žen používají na snížení teploty léky. A při jeho koupi se rozhodují podle ceny. Jedna žena uvedla, že používá pouze alternativní způsoby snižování teploty, jelikož léky jsou drahé. Všechny 4 respondentky Vietnamské národnosti používají fyzikální a alternativní možnosti tlumení teploty. 3 ze 4 žen kombinují při snižování teploty léky a fyzikální způsoby s alternativními možnostmi. Oproti romské populaci se při koupi léku rozhodují podle doporučení zaměstnanců lékárny (4 ze 4). Z fyzikálních možností mi respondentky uvedly zábaly, co se týče alternativních možností, tak uváděly, že používají tinkturu z medvědího česneku a šípkový čaj. Všechny 4 respondentky uvedly, že se o problematiku horečky u svých dětí zajímají a informace si vyhledávají na internetu nebo v knihách.

## DISKUZE

Domnívám se, že přístup Vietnamských žen k dítěti s horečkou je ideální, mají zájem vyhledávat informace, cena pro ně není nejdůležitějším kritériem, nebojí se investovat peníze a čas do svého dítěte.

Bohužel u romských žen, je přístup zcela opačný. Měření teploty u dětí je velmi důležité. U velmi malých dětí do 1 roku může z důvodu nezralosti termoregulačního centra dojít k přehřátí nebo naopak k podchlazení. U této skupiny hrají důležitou roli peníze. Ať už při koupi teploměru, tak při výběru léku. A to podle mého názoru není správné. Na dětech by se šetřit nemělo. Domnívám se, že romské rodiny na tom nejsou finančně zase tak špatně jak uvádějí.

Podle Marka, Kalvacha a Suchardy (12, s. 142) jsou u Romů „*sklony k samoléčitelství menší než u většiny obyvatelstva.*“ Bohužel někteří jedinci nedělají pro to, aby nebyli nemocní, nic. Teprve když u nich propukne nemoc, vezmou si nějaký volně dostupný a levný lék nebo jdou k lékaři. Domnívám se, že důvodem nedostatečné prevence je nedostatek informací a neschopnost domyslet důsledky svého jednání. Podle Janečkové (8, s. 14) zdravotníci uvádějí dva přístupy Romů ke zdravotní péči. Jedna skupina nadužívá zdravotní péči, naproti tomu druhá skupina odkládá návštěvu lékaře. Podle Marka, Kalvacha a Suchardy (12, s. 141, 142) mají Romové „*tendenci přeceňovat akutní stavy.*“ Marie Čížková (2006) ve své práci uvádí, že nejčastější příčinou, která přivede Romy k lékaři je bolest, horečka či naléhání příbuzných. *Výpovědi respondentů dokazují odlišný přístup v případech, kdy se jedná o dítě. V takové situaci neodkládají návštěvu lékaře tak, jako to dělají, jsou-li nemocní sami, neváhají zavolat sanitku i v situacích, kdy to není nezbytné (Čížková, 2006, s. 58).* Čížková (2006) ve své práci také zjistila, že děti mohou mít vliv na přístup matky ke svému zdravu a to jak v pozitivním tak negativním směru. Některé ženy chtějí být zdravé, aby mohli o své děti dobře pečovat. Jiné zase ze strachu odkládají návštěvu lékaře či případnou hospitalizaci, z důvodu, že by se jim neměl kdo postarat o děti. Domnívám se, že Romové lépe snášejí opatření v naléhavých situacích než doporučení, která se týkají změny stravování či životního stylu (Čížková, 2006).

Ráda bych srovnala své poznatky, ale bohužel se tímto tématem nikdo nezajímal a tak nemohu výsledky porovnat.

Myslím si, že téma práce je velmi zajímavé a aktuální, neboť na našem území žije stále více cizinců a znát rozdíly mezi jednotlivými kulturami je pro zdravotníky důležitá. Do budoucna bych se tématem ráda zabývala a rozšířila své poznatky o této problematice.

## ZÁVĚR

Cíle práce bylo zjistit rozdíly při měření a tlumení teploty u dětí romské a vietnamské národnosti.

Práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu, tj. nestandardizovanými rozhovory s 8 respondenty. 4 respondentky byly romské národnosti a 4 dotazované ženy byly Vietnamské národnosti.

V rozhovorech jsem se ptala respondentů na to, jak monitorují a jakými postupy snižují teplotu u svých dětí. Z rozhovorů vyšlo, že většina Romů již zapoměla na tradiční medicínu, kterou využívali jejich předkové. V některých rodinách sice používají domácí recepty, v jiných rodinách dávají přednost užití volně dostupných léků. Z rozhovorů vyplynulo, že přístup romských a vietnamských rodičů k horečce je zcela rozdílný. Zatímco má – li romské dítě teplotu, tak rodiče nečekají s návštěvou lékaře. Naproti tomu rodiče vietnamských dětí se nejdříve pokusí teplotu srazit kombinací léků a fyzikálními způsoby. Rozdílný je i přístup k monitorování teploty. Zatímco romské respondentky uvedli, že tepotu měří tak dvakrát za den, což je u dětí nedostačující, naproti tomu Vietnamské matky v rozhovorech uvedli, že teplotu monitorují poměrně v pravidelných intervalech.

Rozdíly z odpovědí vzešly i u otázky 8 a 9. Zde jsem se ptala na typ teploměru. U romských respondentů vyšlo, že používají běžný digitální teploměr, jehož cena se pohybuje v rozmezí 50 až 260 korun. Bohužel u těchto žen je důležitým kritériem cena. Například ve druhém rozhovoru zněla odpověď na tyto otázky následně: *„Nesleduju to, na co“. Jsou strašně drahé. Všechny? Tož ty nejlevnější se pohybují kolem 90 korun a to je pro mě dost.* Naproti tomu Vietnamské matky se řídí doporučením a recenzemi teploměrů, nehledí tolik na cenu a nechají si poradit při koupi teploměru. U této skupiny zněli odpovědi například *„Ano já být spokojená, vybírat si podle doporučení“* nebo ... *„nechat si poradit když kupovat teploměr...“*.

Rozdílný byl i přístup při výběru antipyretik. Zatímco Romové, pokud používají lék, tak volí tu nejlevnější možnost, která je dostupná na trhu. Naproti tomu Vietnamské ženy, si vždy při koupi léku nechají poradit lékárníkem. Cena pro ně není nejdůležitějším kritériem, za to považují doporučení jednotlivých přípravků. Zde byla odpověď například *„Ano na vedlejší účinky se ptát a podle toho vybrat správný lék“*. U této položky zněla odpověď například *„Já poslechnout co doporučit v lékárně ...“*. Dále z rozhovorů vyšlo, že Romové

se nezajímají o vedlejší účinky léků. Například respondentka ve třetím rozhovoru uvedla „*Ne, to mě nezajímá*“. Bohužel nikdo z dotazovaných neuvedl jako možnost snižování teploty homeopatii, takže nemohu posoudit její účinnost. Ale já osobně homeopatické přípravky ke snižování teploty nepoužívám.

Má – li romské dítě teplotu, rodiče většinou vyhledají lékaře brzy. V rozhovorech byla i odpověď „*Tož já hned*“. Naproti tomu Vietnamské matky se nejdříve snaží teplotu snížit pomocí léků, fyzikálních způsobů nebo přírodní medicíny.

Rozdílný byl i přístup k novým informacím, které se týkají horečky u dětí. Romské matky neměly zájem vyhledávat informace a v tomto stylu i odpovídali například takto „*Ne, proč. Vím jenom to, co mi řekl doktor*“ nebo „*Ne nikdy jsem o horečce nic nečetla*“ a nevěděli, zda horečka může být nebezpečná pro dítě („*netuším, jestli může být horečka nebezpečná*“). U Vietnamských žen, byl přístup zcela opačný, sami aktivně vyhledávali informace, ať už v knihách pro rodiče, na internetu nebo v ordinaci pediatra.

Na základě výzkumu, který jsem provedla, si myslím, že je velmi důležité zaměřit se na romskou populaci a důsledně je edukovat o problematice dětských horeček. Edukace by měla být zaměřená na to, aby věděli, kdy jít s dítětem k lékaři, jak často měřit teplotu, od kdy snižovat a jakými postupy, že u dětí je vhodné kombinovat léky a fyzikální způsoby. Ráda bych se do této skupiny vrátila a provedla u nich edukaci. Nevím, zda to bude reálné, zda mě mezi sebe znovu pustí. Bohužel jedinci této etnické skupiny nemají zájem o informace vztahující se k problematice dětských horeček.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. ADAMS, B.; HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. AUGUSTYNEK, Martin; ADAMEC, Ondřej; PENHAKER, Marek. *Přístrojová zdravotnická technika I*. 1. vyd. Ostrava: Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava, 2010. ISBN 978-80-248-2364-5
3. BARTŮŇKOVÁ, Staša, 2006. *Fyziologie člověka a tělesných cvičení*. (učební texty Univerzity Karlovy v Praze). 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1171-6.
4. BENEŠ Jiří. *Studijní materiály* [online]. ©2007. [cit. 2016]. [http://jirben2.chytrak.cz/materialy/orl\\_jb.doc](http://jirben2.chytrak.cz/materialy/orl_jb.doc).
5. BENEŠ, Jiří, et al. *Infekční lékařství*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. 651 s. ISBN 978-80-7262-644-1.
6. BENNETT, C., L.; WORKMAN, A. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2006. ISBN 80-247-1714-x.
7. BUCHANEC, J, Javorka K. *Poruchy termoregulácie u detí*. Slov Lekár 1992; 2:51–6.
8. BUCHANEC, Ján a Kamil JAVORKA. *Horúčka a jej liečba u detí*. [1. vyd.]. Martin: Osveta, 1998. ISBN 80-888-2477-X.
9. Co je to homeopatie. Homeopatie [online]. Copyright, 1997 - 2013 [cit. 2016-08], Dostupné z: <http://www.homeopatie.cz/co-je-homeopatie/>
10. ČIHÁK, R. *Anatomie*. 2. doplněné a upravené vydání. Sv. 1. Praha: Grada, 2002. 516 s. ISBN 80-247-0143-X.
11. DLEŽAL, Tomáš. *Farmakoterapie horečky u dětí*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2003, 4, 202 - 204 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2003/04/06.pdf>
12. DOLEŽAL, Zdeněk, 2007. *Horečka u dětí*. *Pediatric pro praxi* [online]. [cit. 2013-9-20]. Dostupné z: <http://pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200701/>.



13. DRÁBKOVÁ, J. *Polytrauma v intenzivní medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 307 s. ISBN 80-247-0419-6.
14. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: EPAVA, 2000. ISBN 80-86297-05-5.
15. EXATHERM, s. r. o., Bořivojova 878/35, 130 00, Praha 3, www.Exatherm.cz
16. FERENČÍK, Miroslav. *Zápal, horúčka, bolest'*. [1. vyd.]. Bratislava: Slovart, c1997. ISBN 80-856-6581-6.
17. GALLO, Jiří, et al. *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2486-6.
18. GOLDEMUND, Karel. *Febrilní křeče* [online]. 2001, (4), 177 - 179 [cit. 2016-03-16]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2001/04/05.pdf>
19. GUT, Josef a Jozef HOZA. *Horečka u dětí*. *Pediatriepropraxi.cz* [online]. 2004, roč. 5, č. 2, s. 99-102 [cit. 2014-12-14]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2004/02/15.pdf>
20. HANDL, Zdeněk. *Monitorování pacientů v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči - vybrané kapitoly*. Vyd. 4., dopl. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-408-9.
21. HEHLMANN, Annemarie, 2010. *Hlavní symptomy v medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2612-0.
22. Historie homeopatie. [Http://boiron.cz/cs/](http://boiron.cz/cs/) [online]. Copyright, 2009, 2014 [cit.2016-08-11], Dostupné z: <http://boiron.cz/cs/25-historie-homeopatie>
23. Homeopatie ve světě. [Http://boiron.cz/cs/](http://boiron.cz/cs/) [online]. Copyright, 2009, 2014 [cit. 2016-08-11], Dostupné z: <http://boiron.cz/cs/33-homeopatie-ve-svete>
24. HORVÁTHOVÁ, J.: *Romové: tradice a současnost*. Brno: Moravské zemské muzeum, 1999.
25. HOZA, J.; GUT, J. *Horečka u dětí*. *Pediatric pro praxi*. 2004, roč. 5, č. 2, s. 101. ISSN 1803-5264.

26. HOZA, J.; GUT, J. *Naléhavé situace v pediatrii*. 1.vyd. SOLEN PRINT, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-903776-1-5.
27. HŮSKOVÁ, Jitka a Petra KAŠNÁ. *Ošetřovatelství - ošetřovatelské postupy pro zdravotnické asistenty: pracovní sešit II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2853-7.
28. IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIDUROVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ, 2005. *Multi-kulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
29. IZAKOVIČOVÁ-HOLLÁ, L. *Obecné projevy nemocí – horečka, bolest a zánět*. In: KAŇKOVÁ, Katerina a spolupracovníci, 2003. *Patologická fyziologie pro bakalářské studijní programy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. ISBN 80-210-3112-3.
30. JANEČKOVÁ, H.: „Naše znalosti o zdraví Romů a jiných etnických minorit“ *Zdravotnické noviny* 46, *Lékařské listy* 18, s.14, 1997.
31. JEHLIČKA, Petr, Václav LÁD a Dalibor SEDLÁČEK. *Kawasakiho syndrom*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, roč. 9, s. 12-14, dostupné také z <<http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200801-0003.php>>. ISSN 1803-5264.
32. JÍLEK, F.; KUBA, J.; JÍLKOVÁ, J. *Světové vynálezy v datech*. 1. vyd. Praha: v edici Malé encyklopedie Mladé Fronty, 1977. ISBN 23-071-77.
33. MAREK, Josef, Petr SUCHARDA a Zdeněk KALVACH. *Propedeutika klinické medicíny*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-174-9.
34. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
35. KELBLEROVÁ, Aneta. *Infekční exantémová onemocnění v dětském věku*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2009, 10(3), 176 - 179 [cit. 2016-04-17]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2009/03/09.pdf>
36. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva Matějková, 2008. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty 4. Ročník*. Praha: Grada, 135 s. ISBN 978-80-247-2831-5
37. KELNAROVÁ, Jarmila a kolektiv, 2009. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty – 2 ročník, 1 díl*. 1 vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3105-6.

38. KLENER, Pavel et al., 2006. *Vnitřní lékařství*. 3. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-430-X.
39. KLENER, Pavel et al., 2009. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. 3. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-643-4.
40. KLENER, Pavel. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. 2., nezm. vyd. Praha: Galén, c2006, 325 s. ISBN 80-246-1254-2.
41. KLIEGMAN, Robert M., Karen J. MARCDANTE a Hal B. JENSON. *Nelson Essentials of Pediatrics*. 1. vydání. China: Elsevier Saunders, 2006. 5; s. 460-462. ISBN 978-0-8089-2325-1.
42. KRIŠKOVÁ, Anna a kol. *Ošetrovatelské techniky*. 2. vyd. Martin: Osveta. 2006. ISBN 80-8063-202-2.
43. KRÓL, Petra. *Recidivující febrilie u dětí*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2013, 14(4), 221 - 224 [cit. 2016-03-16]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/04/02.pdf>
44. KRŠIAK, Miloslav. *Optimální dávkování paracetamolu při léčbě bolesti a horečky*. *Praktické lékařství* [online]. 2009, 5(4), 171 - 174 [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/0>
45. KUCHARÍKOVÁ, Petra. *Pohled rodičů předškolních dětí na homeopatii* [online]. Brno, 2014 [cit. 2016-08-09]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <http://theses.cz/id/foiltz/>.
46. KUKLOVÁ, Jana. *Historie bezdotykového měření teplot* [online]. 2008/2009 [cit. 2013-02-24]. Dostupné z: [http://www.fd.cvut.cz/projects/k611x1s/doc/works/termo\\_historie.pdf](http://www.fd.cvut.cz/projects/k611x1s/doc/works/termo_historie.pdf)
47. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-4413-1.
48. *Květena České republiky, díl 6 / B. Slavík (Ed.)*. - Praha: Academia, 2000. - S. 249-250.
49. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2004. ISBN 80-247-0668-7.

50. LUKÁŠ, Karel; ŽÁK, Aleš, 2010. *Chorobné znaky a příznaky*. 1.vyd. Praha: Grada, 520 s. ISBN 978-80-247-5226-0.
51. MACHYÁNOVÁ, Iveta. *Využívání teploměrů v ošetrovatelské praxi na pediatrických pracovištích*. [online]. 2012 Bakalářské práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce. Mgr. Eva Hlaváčková, PhD. Dostupné z:  
[http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/46183/3/MachyanovaI\\_VyuzivaniTeplomeru\\_EH\\_2012.pdf](http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/46183/3/MachyanovaI_VyuzivaniTeplomeru_EH_2012.pdf)
52. MAREK, J., KALVACH, Z, SUCHARDA, P A KOL. Propedeutika klinické medicíny. Praha: Triton, 2001).
53. MAREŠ, J. Příprava lékařů na jednání s menšinami. *Praktický lékař* 81, č.7, 2001, s.400-403).
54. MIKŠOVÁ, Z. a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada Publishing a. s., 2006. ISBN 80-247-1442-6.
55. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví 1. díl*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.
56. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3918-2.
57. NAVRÁTIL, Leoš; ROSINA, Jozef. *Medicínská biofyzika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1152-4
58. NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada 2006. 264s. ISBN 978-80-247-1150-8
59. NOVÁK, Ivan. *Léčba akutní subglotické laryngitidy*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2007, 8(6), 401-402 [cit. 2016-04-17]. Dostupné z:  
<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/06/19.pdf>
60. Oměj šalamounek. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2016-08-16]. Dostupné z:  
[https://cs.wikipedia.org/wiki/Om%C4%9Bj\\_%C5%A1alamounek](https://cs.wikipedia.org/wiki/Om%C4%9Bj_%C5%A1alamounek)

61. PÁLKOVÁ, Zuzana. SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U VIETNAMSKÉ MINORITY [online]. Plzeň, 2012 [cit. 2016-08-09]. Dostupné z: [https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/3781/Specifika\\_oseetrovatelske\\_pece\\_u\\_vietnamske\\_minority.pdf?sequence=1](https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/3781/Specifika_oseetrovatelske_pece_u_vietnamske_minority.pdf?sequence=1). Bakalářská práce. ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Vedoucí práce Mgr. Miroslava Moučková.
62. PERNICOVÁ, Markéta. *Péče o klienty vietnamského etnika v českých nemocnicích* [online]. Zlín, 2013 [cit. 2016-04-04]. Dostupné z: [http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/20980/pernicov%C3%A1\\_2013\\_bp.pdf?sequence=1](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/20980/pernicov%C3%A1_2013_bp.pdf?sequence=1). Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati. Vedoucí práce Doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.
63. POLÁČKOVÁ, Zora. *Stručný přehled virových exantémů*. Dermatologie pro praxi [online]. 2011, 5(4), 199-202 [cit. 2016-04-17]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/der/2011/04/05.pdf>
64. RAMI, Katra. *Nejčastější záněty horních cest dýchacích u dětí*. Pediatrie pro praxi [online]. 2011, 12(6), 385-388 [cit. 2016-04-17]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2011/06/03.pdf>
65. REDAKCE a Veronika ŠUJANOVÁ. Homeopatie v dětské nemocnici v Mnichově. In: Svět homeopatie.cz [online]. [cit. 2016-08-09]. Dostupné z: <https://svethomeopatie.cz/cs/185-homeopatie-v-detske-nemocnici-v-mnichove>
66. RG MEDICAL DIAGNOSTICS. The accuracy of mercury without the risk [online]. 2013. [cit. 2013-03-1]. Dostupné z: [http://rgmd.com/retail\\_thermometers\\_glass.html](http://rgmd.com/retail_thermometers_glass.html)
67. ROSINA, J.; KOLÁŘOVÁ, H.; STANĚK, J, 2006. *Biofyzika pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978 -80-247-1383-0.
68. ROZSYPALOVÁ, M.; HALADOVÁ, E.; ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství II.- pro 2. ročník středních zdravotnických škol*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80-86073-97-1.
69. ŘÍČAN, Pavel. *S Romy žít budeme - jde o to jak: dějiny, současná situace, kořeny problémů, naděje společné budoucnosti*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. 143 s. ISBN 80-7178-250-5

70. SIEFERTO VÁ, Jarmila. *Horečka u dětí*. In: [Http://www.ordinace-seifertova.cz/\[online\]](http://www.ordinace-seifertova.cz/[online]). Kladno, 2014 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.ordinace-seifertova.cz/informace-pro-pacienty/kdy-s-horeckou-k-lekari.html>
71. SMÍŠKOVÁ, Dita. *Diferenciální diagnostika a léčba nejasných horečnatých stavů*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2010, 7(1), 41 - 43 [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/01/11.pdf>
72. SRNSKÝ, Pavel, 2007. *První pomoc u dětí*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1824-8.
73. Svět smrtících rostlin. In: 21. století [online]. 2005 [cit. 2016-08-11]. Dostupné z: <http://21stoleti.cz/2005/05/07/svet-smrticich-rostlin/>
74. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kolektiv, 2006. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. 142-149 s. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.
75. ŠENKÝŘOVÁ, Vladislava, 2012. *Hemokultura*. *Urologie pro praxi*. Roč. 13, č. 3, 135 –136 s. ISBN 1213-1768.
76. ŠTOLL, I. *Fyzika pro netechnické obory SOŠ a SOU*. 1. vyd. Praha: Prometheus, 2001. ISBN 80-7196-223-6.
77. ŠVEJCAR, Josef a kolektiv. *Péče o dítě: nové, přepracované vydání*. Vyd. 1. Praha: HBT, 2009. ISBN 978-80-87109-14-4.
78. TOLLAROVÁ, Blanka. *Vietnam* [online]. Vydáno: 2010. [cit.2012-12-17]. Dostupné také z [WWW:<http://www.inkluzivniskola.cz/sites/default/files/uploaded/Vietnam.pdf>](http://www.inkluzivniskola.cz/sites/default/files/uploaded/Vietnam.pdf).
79. TÓTHOVÁ, Valérie a kol. 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-286-1.
80. TŮMOVÁ, Pavlína. *Problematika monitorace tělesné teploty ve zdravotnických zařízeních na JIP a ARO* [online]. 2012. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Andrea Hudáčková, PhD. Dostupné z: <http://docplayer.cz/8363859-Jihoceska-univerzita-v-ceskych-budejovicich-zdravotne-socialni-fakulta-bakalarska-prace-2012-pavlina-tumova.html>

81. VÁCLAVÍKOVÁ, Hana. Historie. [Http://homeopatie-praha6.webnode.cz](http://homeopatie-praha6.webnode.cz) [online], 2013 [cit. 2016-08-5], Dostupné z: <http://homeopatie-praha6.webnode.cz/historie/>
82. VEJROSTOVÁ, Leona. *Prevence infekčních a neinfekčních chorob u dětí mladšího školního věku* [online]. Brno, 2015 [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/43441/pedf\\_m/DP\\_Leona\\_Vejrostova.pdf](http://is.muni.cz/th/43441/pedf_m/DP_Leona_Vejrostova.pdf). Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce PhDr. Jitka Reissmannová, Ph.D.
83. VODIČKOVÁ, Věra. HOMEOPATIE PŘI PORODU A V RANÉM ŠESTINEDĚLÍ Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY [online]. Brno, 2013 [cit. 2016-08-16]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/388245/lf\\_b/BP\\_\\_Homeopatie\\_v\\_PA.txt](https://is.muni.cz/th/388245/lf_b/BP__Homeopatie_v_PA.txt). Bakalářská práce. MASARYKOVA UNIVERZITA. Vedoucí práce MUDr. Eva Kettmannová.
84. VOJTÍŠEK, J. Měření tělesné teploty- známá neznámá. *Metrologie v praxi*. 2011, č. 2, s. 34- 43. ISSN 1210-3542.
85. VYTEJČKOVÁ, R.; SEDLÁŘOVÁ, P.; WIRTHOVÁ, V.; OTRADOVCOVÁ, I.; PAVLÍKOVÁ, P., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II, speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
86. ZADÁK, Zdeněk; HAVEL, Eduard a kolektiv, 2007. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2099-9.
87. ZAHÁLKOVÁ, Milada. *Pediatric pro speciální pedagog*. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3811-X.
88. ZDRAVOTNÍ ÚSTAV se sídlem v Ostravě, 2013. *Hemokultura – krev na hemokultivaci*. Inflow: Laboratorní příručka [online].[cit. 2013-9-22]. Dostupné z: <http://prirucka.zouva.cz/prirucka/page/21>.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

FW Rychlost sedimentace erytrocytů

CRP C reaktivní protein

FK Febrilní křeče

TT Tělesná teplota

ECHO Echokardiografie

RTG Rentgenové vyšetření



**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1: typy horeček .....	82
Obrázek 2: teplotní zóny lidského těla (zdroj: František Kislínger Základy biologie člověka-Gymnázium Klatovy, Klatovy, 1994).....	85
Obrázek 3: kolísání teploty během dne (zdroj: František Kislínger Základy biologie člověka-Gymnázium Klatovy, Klatovy, 1994).....	87

**SEZNAM TABULEK**

TABULKA 1 YALSKÁ ŠKÁLA .....	83
TABULKA 2 RIZIKO VZNIKU FK.....	84
TABULKA 3 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PFAPA.....	86

**SEZNAM PŘÍLOH**

PŘÍLOHA 1 ROZHOVORY .....	68
PŘÍLOHA 2: TYPY HOREČEK.....	82
PŘÍLOHA 3: YALSKÁ ŠKÁLA.....	83
PŘÍLOHA 4: RIZIKO VZNIKU FEBRILNÍCH KŘEČÍ.....	84
PŘÍLOHA 5: TEPLOTNÍ ZÓNY .....	85
PŘÍLOHA 6: DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PFAPA .....	86
PŘÍLOHA 7: KOLÍSÁNÍ TEPLoty BĚHEM DNE.....	87
PŘÍLOHA 9: DOTAZNÍK.....	88
PŘÍLOHA 10: VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	91

## PŘÍLOHA 1 ROZHOVORY

### Rozhovor 1 (R1)

První respondentka je jednadvacetiletá žena romské národnosti, která je v domácnosti. V české republice žije celý život. Má dokončenou pouze základní školu. Pochází ze 6 dětí. Sama má 3 děti.

1. Řekněte mi něco o sobě, kolik je vám let, jaké je vaše nejvyšší vzdělání?  
*Jmenuji se Katarina, je mi 21, mám jenom základní školu. Bylo nás 6 dětí.*
2. Jak dlouho žijete v České republice? Jste první generace, která tady žije?  
*Tož už moja babka tady žila.*
3. Kolik máte dětí?  
*Tož zatím 3*
4. Jak jsou staré? Kde se o ně především stará – matka, otec, prarodiče? Pomáhá vám s péčí o děti někdo, např. chůva?  
*Holčička 4 roky a dvojčata kluci 10 měsíců. Starám se o ně především já a moja mama.*
5. Mělo Vaše někdy dítě zvýšenou teplotu nebo horečku?  
*Párkrát už jo. Co bylo příčinou? Tak u Jolanky to byla většinou infekce močových cest. A u Juraje a Andreje jsou to ted' zoubky.*
6. Jaké příznaky pozorujete na dítěti při zvýšené teplotě nebo horečce?  
*Bylo ospalé, uplakané*
7. Pokud má vaše dítě zvýšenou teplotu nebo horečku jak často ji kontrolujete?  
*Tož tak dvakrát za den. A nezdá se vám to málo? Ne*
8. Jaký teploměr používáte k měření tělesné teploty u Vašeho dítěte?  
*Tož mam takový ten obyčejný co pak zapípá. Myslíte klasický digitální teploměr? Jojo ten.*
9. Kde měříte teplotu, na kterém místě (v podpaží, v uchu, na čelu, v ústech, v konečníku)?  
*Jedině pod pažou. I u těch malých? Ano.*
10. Jaké postupy využíváte ke snižování teploty u dětí vy? Od jakých naměřených hodnot TT snižujete? Myslíte si, že by se měla teplota snižovat, pokud je její hodnota mezi 37 – 37,9°C?  
*Tož jenom nějaký ten lék od teploty. Já dávám hned, i když je teplota jenom mírně nad 37. A myslíte si, že by se měla teplota snižovat, pokud je mezi 37 – 37,90C? Ano.*

11. Pokud má dítě zvýšenou teplotu nebo horečku používáte u něho léky na snížení teploty? Pokud ano, tak jaké - druh léku a léková forma? Čím je dáte dítěti zapít?

*Paralen, tomu staršímu tablety a těm menšímu dávám sirup, na zapítí jim dám vodu*

12. Pokud používáte léky na snížená teploty, podle čeho se rozhodujete při výběru? Rozhodujete se podle ceny, dostupnosti? Jak léky uskladňujete? Zajímali jste se o vedlejší účinky léků?

*Tož podle ceny, ta je pro mňa důležitá, všecko je drahé. Tablety nechám jenom tak v krabičce a sirup dávám do lednice.*

13. Jaké alternativní metody snižování teploty znáte a používáte? Jak postupujete?

*Tož vím, že jsou nějaké zábaly, ale nepoužívám je. Proč ne? Podle mě to nemůže působit.*

14. Pokud má vaše dítě teplotu, kdy vyhledáte pomoc lékaře?

*Tož já hned. A to i v noci nebo o víkendu? Jo*

15. Přečetli jste si nějakou informaci o tlumení dětské horečky? Myslíte si, že může být horečka u dítěte nebezpečná? Kdy? Za jakých okolností?

*Ne, proč. Víím jenom to, co mi řekl doktor. Nevím, jestli je nebezpečná.*

16. Jste spokojená se svým teploměrem? Co je pro vás důležitým kritériem při koupi teploměru?

*Tož spokojená, na lepší nemám, je to drahé.*

## Rozhovor 2 (R2)

Devětatřicetiletá žena romské národnosti, je v domácnosti. V české republice žije celý život. Má dokončenou pouze základní školu. Měla 13 sourozenců (7 sester a 6 bratrů). Má 7 dětí. Nejstarší dcera 19 let, nejmladší syn 4 roky.

1. Řekněte mi něco o sobě, kolik je vám let, jaké je vaše nejvyšší vzdělání?

*Jmenuji se Aranka, mám 39 let a dokončenou základku. Měla jsem 13 sourozenců, 7 sester a 6 bratrů.*

2. Jak dlouho žijete v České republice? Jste první generace, která tady žije?

*Jsem tady celý život, ano už moji praprarodiče přišli do Česka.*

3. Kolik máte dětí?

*Celkem mám 7 dětí.*

4. Jak jsou staré? Kde se o ně především stará – matka, otec, prarodiče? Pomáhá vám s péčí o děti někdo, např. chůva?

*Nestarší dcera má 19 let, pak druhá dcera má 17, syn 14, dcera 12, syn 10, dcera 7 a nejmladší syn 4 roky. Starám se o ně já, a zatím mi pomáhají 2 nejstarší dcery.*

5. Mělo Vaše někdy dítě zvýšenou teplotu nebo horečku?

*Každou chvíli mělo některé teplotu. A co bylo příčinou? Očkování, zoubky nebo nějaká nemoc? Hodně ty zuby a pak většinou něco s močovým cestami.*

6. Jaké příznaky pozorujete na dítěti při zvýšené teplotě nebo horečce?

*Byly jiné, takové unavené, uplakané, když sáhla na čelo, bylo horké.*

7. Jaký teploměr používáte k měření tělesné teploty u Vašeho dítěte?

*Nemám žádný teploměr.*

8. Kde měříte teplotu, na kterém místě (v podpaží, v uchu, na čelu, v ústech, v konečníku)? Tuto otázku jsem nepokládala

9. Pokud má vaše dítě zvýšenou teplotu nebo horečku jak často ji kontrolujete?

*Nesleduju to, na co. Jak tedy poznáte, že má teplotu? Podle toho co jsem řekla v minulé otázce a zajdu k doktorovi a ten je změří. Takže vy doma teploměr vůbec nepoužíváte? ano. Proč ne? Jsou strašně drahé. Všechny?\_tož ty nejlevnější se pohybují kolem 90 korun a to je pro mě dost.*

10. Jaké postupy využíváte ke snižování teploty u dětí vy? Od jakých naměřených hodnot TT snižujete? Myslíte si, že by se měla teplota snižovat, pokud je její hodnota mezi 37 – 37,9°C?

*Já používám jenom zábaly, za ty sa nemusí platit. A nic jiného? Vlažnou sprchu, přikládání ledových kostek nebo nějaké bylinky? Vím, že předci používali bylinky, ale já sa v tom nevyznám.*

11. Pokud má dítě zvýšenou teplotu nebo horečku používáte u něho léky na snížení teploty? Pokud ano, tak jaké - druh léku a léková forma? Čím je dáte dítěti zapít?

*Ne já nepoužívám žádné léky, nevěřím jim, navíc jsou drahé*

12. Pokud používáte léky na snížená teploty, podle čeho se rozhodujete při výběru? Rozhodujete se podle ceny, dostupnosti? Jak léky uskladňujete? Zajímali jste se o vedlejší účinky léků?

*Je to strašně drahé, tož za obyčejný sirup od teploty si řeknou od 80 do 120 korun.*

13. Jaké alternativní metody snižování teploty znáte a používáte? Jak postupujete?

*Tož ja děcko zabalím do mokrého a pak do suchého ručniku, to mně naučila moja mama a tak to používám. Ještě nějaký jiný postup používáte? Ne.*

14. Pokud má vaše dítě teplotu, kdy vyhledáte pomoc lékaře?

*Tož doktora vyhledám, když se mňa děcko nelíbí. Co si mám pod tím představit, že se vám dítě nelíbí? Tož když je moc spavé, stěžuje si na bolest, nebo začne zvracet.*

15. Přečetli jste si nějakou informaci o tlumení dětské horečky? Myslíte si, že může být horečka u dítěte nebezpečná? Kdy? Za jakých okolností?

*Na co číst něco, šak ať mi to řekne doktor, doktor je študovaný, on by měl poznat, jestli je teplota nebezpečná.*

16. Jste spokojená se svým teploměrem? Co je pro vás důležitým kritériem při koupi teploměru?

*Nemám teploměr, jsou drahé, proč zbytečně vyhazovat peníze.*

### Rozhovor 3 (R3)

Třetí respondentka je 22 letá Romská s dokončenou základní školní docházkou. Následně nastoupila na učební obor, kterého nechala po půl roce. Je z 5 dětí a byla nejstarší. Nejprve se rozhovoru bála, ale po chvíli se uvolnila a rozhovor probíhal v příjemné atmosféře.

1. Řekněte mi něco o sobě, kolik je vám let, jaké je vaše nejvyšší vzdělání?

*Jsem Mariena, mám 22 let, dodělala jsem základku, pak sem šla na učňák, ale toho jsem nechala po půl roce. Proč? Tož otěhotněla jsem. Jinak nás bylo 5 a já jsem byla nejstarší, tož sem musela pomáhat.*

2. Jak dlouho žijete v České republice? Jste první generace, která tady žije?

*Žiji tady celý život. Už moji rodiče tady žili.*

3. Kolik máte dětí?

*Tož mám 4 a teď další 2 čekám. Tak to Vám velmi gratuluji. Děkuji. Plánujete do budoucna k těm 6 ještě další děti? No ráda bych měla další.*

4. Jak jsou staré? Kde se o ně především stará – matka, otec, prarodiče? Pomáhá vám s péčí o děti někdo, např. chůva?

*Tož ten nejstarší bude mít 7, pak mám 5 letou holčičku, 3 letého kluka a 2 letou holku. Tož starat se o ně staráme všeci. Jsme jedna rodina.*

5. Mělo Vaše někdy dítě zvýšenou teplotu nebo horečku?

*Teplotu měli pokaždé, když jim lezly zuby. Zažila jste nějakou další situaci, kdy by měli teplotu? Například nějaká infekce či reakce na očkování? Tož mívají tu, no tu chřipku a při ní mívají trochu zvýšenou teplotu.*

6. Jaké příznaky pozorujete na dítěti při zvýšené teplotě nebo horečce?

*Všeci byli takoví spaví, uřvaní, měli horké čelo, a když jim lezli zuby tak strašně slintali a pořád něco kousali.*

7. Pokud má vaše dítě zvýšenou teplotu nebo horečku jak často ji kontrolujete?

*Dvakrát za den, ráno a večer.*

8. Jaký teploměr používáte k měření tělesné teploty u Vašeho dítěte?

*Používáme takový ten obyčejný digitální, máme celá rodina jenom jeden.*

9. Kde měříte teplotu, na kterém místě (v podpaží, v uchu, na čelu, v ústech, v konečníku)?

*Tož když jsou hodně malé tak v zadečku, pak když jsou větší tak pod pažou.*

10. Jaké postupy využíváte ke snižování teploty u dětí vy? Od jakých naměřených hodnot TT snižujete? Myslíte si, že by se měla teplota snižovat, pokud je její hodnota mezi 37 – 37,9°C?

*Dávám zábaly a nějaký ten lék když ho zrovna mám nebo mi zůstanou peníze a můžu ho koupit. Tož ja tu tepotu srážím hned, ať je kolik chce.*

11. Pokud má dítě zvýšenou teplotu nebo horečku používáte u něho léky na snížení teploty? Pokud ano, tak jaké - druh léku a léková forma? Čím je dáte dítěti zapít?

*U těch větších dávám tabletu, těm menším sirup. Kupuju převážně paralen, je to nejlevnější možnost, na zapítí jim dám vodu.*

12. Pokud používáte léky na snížená teploty, podle čeho se rozhodujete při výběru? Rozhodujete se podle ceny, dostupnosti? Jak léky uskladňujete? Zajímali jste se o vedlejší účinky léků?

*Já se zásadně rozhoduju podle ceny, nemám na rozhazování. Tož když mám tablety, tak je nechám v krabici, když mám sirup, dám ho do lednice. A co vedlejší účinky? Zajímáte se o ně? Ne, to mě nezajímá.*

13. Jaké alternativní metody snižování teploty znáte a používáte? Jak postupujete?

*Já dávám zábaly. A jak je děláte? Tož namočím ručník do studené vody, dítě do něho zabalím a pak ho ještě zabalím do suchého ručníku*

14. Pokud má vaše dítě teplotu, kdy vyhledáte pomoc lékaře?

*Tož k doktorovi jdu až se mi to nezdá. Až se vám co nezdá? Když je děcko moc ospalé, když zvrací nebo má silný průjem.*

15. Přečetli jste si nějakou informaci o tlumení dětské horečky? Myslíte si, že může být horečka u dítěte nebezpečná? Kdy? Za jakých okolností?



*Stačí co mi řekne starší a zkušenější z rodiny. Nepotřebuju číst žádné informace, pokud je něco důležitého tak ať mi to řekne doktor.*

16. Jste spokojená se svým teploměrem? Co je pro vás důležitým kritériem při koupi teploměru?

*Ale jo, jsem celkem spokojená, nemám na žádný lepší.*

#### Rozhovor 4 (R4)

28 letá Romka s dokončenou základní školou. Nepracuje. Pochází z 9 sourozenců. Má 6 dětí. Na území ČR žije celý život.

1. Řekněte mi něco o sobě, kolik je vám let, jaké je vaše nejvyšší vzdělání?

*Já jsem Mária, je mi 28 let, mám dokončenou základku, pak jsem šla na učňák, ale nechala jsem toho. Proč? Nebavilo mě to. Celkem nás je 9 sourozenců, 5 holek a 4 kluci.*

2. Jak dlouho žijete v České republice? Jste první generace, která tady žije?

*Celý život tady žijeme*

3. Kolik máte dětí?

*Tak já mám 6 dětí. No a ráda bych měla další.*

4. Jak jsou staré? Kde se o ně především stará – matka, otec, prarodiče? Pomáhá vám s péčí o děti někdo, např. chůva?

*9 letou dceru, 7 letého syna, 5 letého syna 3 letá dvojčata kluky a roční holčičku. Staráme se o ně všichni, já, rodiče, mí sourozenci*

5. Mělo Vaše někdy dítě zvýšenou teplotu nebo horečku?

*Ale jo, každou chvíli je některé nemocné. Co jim nejčastěji je? Tak nějaká chřipka nebo co a pak často trpí na močové cesty.*

6. Jaké příznaky pozorujete na dítěti při zvýšené teplotě nebo horečce?

*Každé se chovalo jinak, některé bylo spavé, jiné zase pořád brečelo, další se zase chovalo úplně normálně.*

7. Pokud má vaše dítě zvýšenou teplotu nebo horečku jak často ji kontrolujete?

*Já nevím, když si vzpomenu. Není to pro mě důležité.*

8. Jaký teploměr používáte k měření tělesné teploty u Vašeho dítěte?

*mám ten nejlevnější digitální, který lze sehnat.*

9. Kde měříte teplotu, na kterém místě (v podpaží, v uchu, na čelu, v ústech, v konečníku)?

*Tož když jsou malé tak do toho jednoho roku měřím v zadečku, pak pod pažou.*

10. Jaké postupy využíváte ke snižování teploty u dětí vy? Od jakých naměřených hodnot TT snižujete? Myslíte si, že by se měla teplota snižovat, pokud je její hodnota mezi 37 – 37,9°C?

*Mě moja mama naučila při teplotě dávat čaj šípkový, z černého bezu, meduňku a lípu. To je velmi zajímavé. Je to účinné? Ano. Slyšela jste o zábalech nebo o jiné metodě? Così už jsem slyšela, ale nepoužívám to. A kdy začínáte teplotu snižovat? Tož hned, jak zjistím, že má teplotu, i když je jenom trochu nad 37.*

11. Pokud má dítě zvýšenou teplotu nebo horečku používáte u něho léky na snížení teploty? Pokud ano, tak jaké - druh léku a léková forma? Čím je dáte dítěti zapít?

*Tak těm menším dám sirup, u těch větších dávám tabletu, a na zapití jim dám vodu nebo nějaký bylinkový čaj.*

12. Pokud používáte léky na snížená teploty, podle čeho se rozhodujete při výběru? Rozhodujete se podle ceny, dostupnosti? Jak léky uskladňujete? Zajímali jste se o vedlejší účinky léků?

*Tak u léků se rozhoduju podle ceny, ale moc tomu nevěřím, léky jsou až poslední možnost, snažím se to řešit bez léků.*

13. Jaké alternativní metody snižování teploty znáte a používáte? Jak postupujete?

*Tož já používám jenom ty bylinkové čaje proti teplotě, mám je osvědčené a působí*

14. Pokud má vaše dítě teplotu, kdy vyhledáte pomoc lékaře?

*Tak k doktorovi jdu většinou, když mi někdo starší a zkušenější řekne, že bych tam měla zajít.*

15. Přečetli jste si nějakou informaci o tlumení dětské horečky? Myslíte si, že může být horečka u dítěte nebezpečná? Kdy? Za jakých okolností?

*Ne nikdy jsem o horečce nic nečetla, netuším, jestli může být horečka nebezpečná, možná jo, když bude hodně vysoká.*

16. Jste spokojená se svým teploměrem? Co je pro vás důležitým kritériem při koupi teploměru?

*Ale jo, celkem spokojená jsem, na žádné drahé lepší nemám peníze.*

#### Rozhovor 5 (V1)

Pátým respondentem byla žena Vietnamské národnosti, které bylo 27 let. Narodila se v České republice, její prarodiče pocházeli z Vietnamu. Má dokončení středoškolské vzdělání a pracuje jako prodavačka.

1. Řekněte mi něco o sobě, kolik je vám let, jaké je vaše nejvyšší vzdělání?  
*Já jmenovat Lan, moji prarodiče pocházejí z Vietnamu, mám 27 let, tady dokončím střední školu. Já jsem jediné dítě.*
2. Jak dlouho žijete v České republice? Jste první generace, která tady žije?  
*Sam přijít prarodiče, když moje matka byla malá holčička*
3. Kolik máte dětí?  
*Já mám 2 děti.*
4. Jak jsou staré? Kde se o ně především stará – matka, otec, prarodiče? Pomáhá vám s péčí o děti někdo, např. chůva?  
*Chlapec má 4 roky, holčička 1 rok. Starám se o ně já s manželem. Váš manžel je Čech? Ano, já jsem vdána za Čecha*
5. Mělo Vaše někdy dítě zvýšenou teplotu nebo horečku?  
*Ano, děti párkrát mají teplotu.*
6. Jaké příznaky pozorujete na dítěti při zvýšené teplotě nebo horečce?  
*Oni jsou spaví a hodně pláčou*
7. Pokud má vaše dítě zvýšenou teplotu nebo horečku jak často ji kontrolujete?  
*Když má teplotu, tak ji sleduji pravidelně, tak každé 3 hodiny.*
8. Jaký teploměr používáte k měření tělesné teploty u Vašeho dítěte?  
*Já mám digitální čelní teploměr. takže měřím teplotu na čele. Používám i jiný teploměr?  
Ne.*
9. Kde měříte teplotu, na kterém místě (v podpaží, v uchu, na čelu, v ústech, v konečníku) – tuto otázku jsem u tohoto rozhovoru nepokládala
10. Jaké postupy využíváte ke snižování teploty u dětí vy? Od jakých naměřených hodnot TT snižujete? Myslíte si, že by se měla teplota snižovat, pokud je její hodnota mezi 37 – 37,9°C?  
*Já používám tinkturu z medvědího česneku a šípkový čaj, když to nezabírá tak zkouším zázračnou a nějaký lék.*
11. Pokud má dítě zvýšenou teplotu nebo horečku používáte u něho léky na snížení teploty? Pokud ano, tak jaké - druh léku a léková forma? Čím je dáte dítěti zapít?  
*Když to nejde z bylinkami, tak dám léky, já používám Panadol nebo Paralen, hlavně sirup, na zapít dám vodu nebo šípkový čaj*

12. Pokud používáte léky na snížená teploty, podle čeho se rozhodujete při výběru? Rozhodujete se podle ceny, dostupnosti? Jak léky uskladňujete? Zajímali jste se o vedlejší účinky léků?

*Já rozhodovat se podle doporučení paní z lékárny. Sirup dávat do lednice. Ano na vedlejší účinky se ptát a podle toho vybrat správný lék. Kde zjišťujete ty vedlejší účinky? Ptáte se v lékárně, přečtete si to na internetu nebo příbalový leták? Já dívat na internet a pak se ještě ptát v lékárně.*

13. Jaké alternativní metody snižování teploty znáte a používáte? Jak postupujete?

*Já znát zábaly. A jak je provádíte? Namočit ručník do studené vody, pak zabalit dítě a ještě ho zabalit do suchá ručník*

14. Pokud má vaše dítě teplotu, kdy vyhledáte pomoc lékaře?

*Já to zkusit srazit tinkturou a čajem, když to nejít pak zkusit zábal a léky. Když to nejít pořádkem dolů tak jít k doktorovi.*

15. Přečetli jste si nějakou informaci o tlumení dětské horečky? Myslíte si, že může být horečka u dítěte nebezpečná? Kdy? Za jakých okolností?

*Ano já hledat informace na internetu, pak se ptát matka co dělat ona, když mít mi teplotu.*

16. Jste spokojená se svým teploměrem? Co je pro vás důležitým kritériem při koupi teploměru?

*Ano já být spokojená, vybírat si podle doporučení*

#### Rozhovor 6 (V2)

Šestou respondentkou byla 29 letá žena Vietnamské národnosti, která zde žije celý život, má vystudovanou vysokou školu, ale pracuje ve stravovacím provozu. Má staršího bratra. Do české republiky přišla s matkou a bratrem po smrti svého otce.

1. Řekněte mi něco o sobě, kolik je vám let, jaké je vaše nejvyšší vzdělání?

*Moje jméno být Thi, já přijít do Česka jako malá holčička, já jsem přijít s matkou, když otec zemřít, já učít česky, ale být to moc těžké. Já mít 29 roků a vysoká škola. Já mít starší bratr.*

2. Jak dlouho žijete v České republice? Jste první generace, která tady žije?

*V Česku žít až moje matka, její sestra a rodiče zůstat ve Vietnam*

3. Kolik máte dětí?

*Já mít 3 děti, 2 holčičky a kluka*

4. Jak jsou staré? Kde se o ně především stará – matka, otec, prarodiče? Pomáhá vám s péčí o děti někdo, např. chůva?  
*Chlapec mít 4 roky, holčičky 9 a 2 roky. Hodně mi pomáhat rodiče, hlavně matka, já být hodně v práci.*  
Ano, měli teplotu, hlavně ta nejmladší na to trpěla, když ji rostli zoubky, a po očkování.
5. Mělo Vaše někdy dítě zvýšenou teplotu nebo horečku?  
*Ano, měli teplotu, hlavně ta nejmladší na to trpěla, když ji rostli zoubky, a po očkování.*
6. Jaké příznaky pozorujete na dítěti při zvýšené teplotě nebo horečce?  
*Když mít děti teplotu, tak hodně plakat, být hodně unavené.*
7. Pokud má vaše dítě zvýšenou teplotu nebo horečku jak často ji kontrolujete?  
*Já ji sledovat pravidelně, tak po 4 hodinách.*
8. Jaký teploměr používáte k měření tělesné teploty u Vašeho dítěte?  
*Já používat digitální ušní.*
9. Kde měříte teplotu, na kterém místě (v podpaží, v uchu, na čelu, v ústech, v konečníku)?  
*Já používat ušní teploměr, takže teplotu měřit v uchu*
10. Jaké postupy využíváte ke snižování teploty u dětí vy? Od jakých naměřených hodnot TT snižujete? Myslíte si, že by se měla teplota snižovat, pokud je její hodnota mezi 37 – 37,9<sup>0</sup>C?  
*Já se snažit používat jenom přírodní medicínu. Co přesně z přírodní medicíny? Čaje, zábaly s bylinek nebo tinktury? Já ráda používat šípkový čaj a tinktura s medvědí česnek. Taký slyšet o zábalu s citronová šťáva. Když to nestačit tak zkusit zábal nebo sprcha a když ani to nestačit, tak dát léky proti teplotě.*
11. Pokud má dítě zvýšenou teplotu nebo horečku používáte u něho léky na snížení teploty? Pokud ano, tak jaké - druh léku a léková forma? Čím je dáte dítěti zapít?  
*Já používat Panadol nebo Paralen a to jako sirup, na zapítí dát dítěti čaj.*
12. Pokud používáte léky na snížená teploty, podle čeho se rozhodujete při výběru? Rozhodujete se podle ceny, dostupnosti? Jak léky uskladňujete? Zajímali jste se o vedlejší účinky léků?  
*Já si nechat poradit v lékárně, oni v tom vyznat.*
13. Jaké alternativní metody snižování teploty znáte a používáte? Jak postupujete?

*Já znát zábal. Namočít ručník do studená voda, zabalit do něho dítě a pak ho zabalit do suchá ručník. Dítě ale hodně plakat.*

14. Pokud má vaše dítě teplotu, kdy vyhledáte pomoc lékaře?

*Já vyzkoušet všechno co znát, když pořád teplota neklesat tak jít k doktorovi.*

15. Přečetli jste si nějakou informaci o tlumení dětské horečky? Myslíte si, že může být horečka u dítěte nebezpečná? Kdy? Za jakých okolností?

*Ano já hledat informace na internet a v knížkách určených pro matky, taky se ptát rodičů, co oni dělat*

16. Jste spokojená se svým teploměrem? Co je pro vás důležitým kritériem při koupi teploměru?

*Ano já být spokojená, vybírat si podle doporučení*

### Rozhovor 7 (V3)

34 letá Vietnamka žijící v České republice celý život, má staršího bratra a vychovává 2 dcery (2 roky). Má dokončené středoškolské vzdělání.

1. Řekněte mi něco o sobě, kolik je vám let, jaké je vaše nejvyšší vzdělání?

*Já jsem Thien, je mi 34 let, žiji tady celý život, moji rodiče přijít do Česká, než sem se narodila. Můj bratr se narodit ještě ve Vietnamu, sem přijít když mu byly 2 roky. Já mít střední škola.*

2. Jak dlouho žijete v České republice? Jste první generace, která tady žije?

*Žiji tady celý život*

3. Kolik máte dětí?

*Já mít 2 děti – dvě holčičky*

4. Jak jsou staré? Kde se o ně především stará – matka, otec, prarodiče? Pomáhá vám s péčí o děti někdo, např. chůva?

*Ony se narodit ve stejný den. Takže máte dvojčata? Ano. A jak jsou staré? Mít 2 roky, ale narodit se o měsíc dřív. Kdo se o ně stará? My se o ně starat všichni, moji rodiče, manželovi rodiče a jeho sourozenci taky pomáhat.*

5. Mělo Vaše někdy dítě zvýšenou teplotu nebo horečku?

*Ano obě hodně trpět na teplota. Často nemocné s teplotou.*

6. Jaké příznaky pozorujete na dítěti při zvýšené teplotě nebo horečce?

*Být jiné. Hodně plakat a být ospalé.*

7. Pokud má vaše dítě zvýšenou teplotu nebo horečku jak často ji kontrolujete?

*Já sledovat teplotu tak 3x denně, ráno, v poledne a večer.*

8. Jaký teploměr používáte k měření tělesné teploty u Vašeho dítěte?

*já používat digitální čelní teploměr.*

9. Kde měříte teplotu, na kterém místě (v podpaží, v uchu, na čelu, v ústech, v konečniku) – tuto otázku jsem u tohoto rozhovoru nepokládala

10. Jaké postupy využíváte ke snižování teploty u dětí vy? Od jakých naměřených hodnot TT snižujete? Myslíte si, že by se měla teplota snižovat, pokud je její hodnota mezi 37 – 37,9°C?

*Já používat pouze alternativní postupy, nikdy žádné léky, já jim nevěřit.*

11. Pokud má dítě zvýšenou teplotu nebo horečku používáte u něho léky na snížení teploty? Pokud ano, tak jaké - druh léku a léková forma? Čím je dáte dítěti zapít?

*Ne lék já nikdy nedát.*

12. Pokud používáte léky na snížená teploty, podle čeho se rozhodujete při výběru? Rozhodujete se podle ceny, dostupnosti? Jak léky uskladňujete? Zajímali jste se o vedlejší účinky léků?

*Já lék nikdy nepoužívat, já jim nevěřit, rodiče říkat, že jsou špatné.*

13. Jaké alternativní metody snižování teploty znáte a používáte? Jak postupujete?

*Já používat klasické zábaly s vodou a pak taky zkoušet zábaly s citronovou šťávou a pak potírat dlaně citronem. Jak provádíte zábaly? Namočit ručník, zabalit do něho dítě a pak ho ještě zabalit do suchého ručníku. A ten s citronovou šťávou? Citron vymačkat do voda a pak postupovat stejně jako u klasických zábalů.*

14. Pokud má vaše dítě teplotu, kdy vyhledáte pomoc lékaře?

*Když má jenom teplotu a žádné jiné komplikace, tak počkat tak tři dny a když pořád nejt teplota dolů tak jít s dítětem k doktorovi.*

15. Přečetli jste si nějakou informaci o tlumení dětské horečky? Myslíte si, že může být horečka u dítěte nebezpečná? Kdy? Za jakých okolností?

*Ano já hledat informace na internet a v knížkách určených pro matky, taky se ptát rodičů, co oni dělat.*

16. Jste spokojená se svým teploměrem? Co je pro vás důležitým kritériem při koupi teploměru?

*Ano já být spokojená, je to rychlé, jednoduché, nechat si poradit když kupovat teploměr*

## Rozhovor 8 (V4)

Poslední respondentkou byla jednatřicetiletá žena Vietnamské národnosti, která zde žije celý život. Má mladší sestru a sama vychovává 2 syny.

1. Řekněte mi něco o sobě, kolik je vám let, jaké je vaše nejvyšší vzdělání?

*Já jmenovat Thi Lan, být tady celý život, já mít 31 roků, žít v Česká republika celý život, přijít sem prarodiče a od té doby mi tady žít. Já pocházet ze 2 dětí a mít mladší sestra*

2. Jak dlouho žijete v České republice? Jste první generace, která tady žije?

*Já žít tady celý život*

3. Kolik máte dětí?

*Já mám 2 děti – 2 kluky*

4. Jak jsou staré? Kde se o ně především stará – matka, otec, prarodiče? Pomáhá vám s péčí o děti někdo, např. chůva?

*Starší mít 5 let, mladší 2 roky. Starat o děti hlavně já a manžel, taky hodně pomáhat rodiče.*

5. Mělo Vaše někdy dítě zvýšenou teplotu nebo horečku?

*Starší mít hodně a často teplotu, ten menší tolik ne.*

6. Jaké příznaky pozorujete na dítěti při zvýšené teplotě nebo horečce?

*Hodně plakat, být hodně mrzuté a unavené*

7. Pokud má vaše dítě zvýšenou teplotu nebo horečku jak často ji kontrolujete?

*Já sledovat teplotu hodně. Jak mám chápat hodně? Tak 3x denně nebo častěji? No já tak 5x za den měřit teplota.*

8. Jaký teploměr používáte k měření tělesné teploty u Vašeho dítěte?

*já k měření teplota používat čelní teploměr.*

9. Kde měříte teplotu, na kterém místě (v podpaží, v uchu, na čelu, v ústech, v konečníku) – tuto otázku jsem u tohoto rozhovoru nepokládala

10. Jaké postupy využíváte ke snižování teploty u dětí vy? Od jakých naměřených hodnot TT snižujete? Myslíte si, že by se měla teplota snižovat, pokud je její hodnota mezi 37 – 37,9°C?

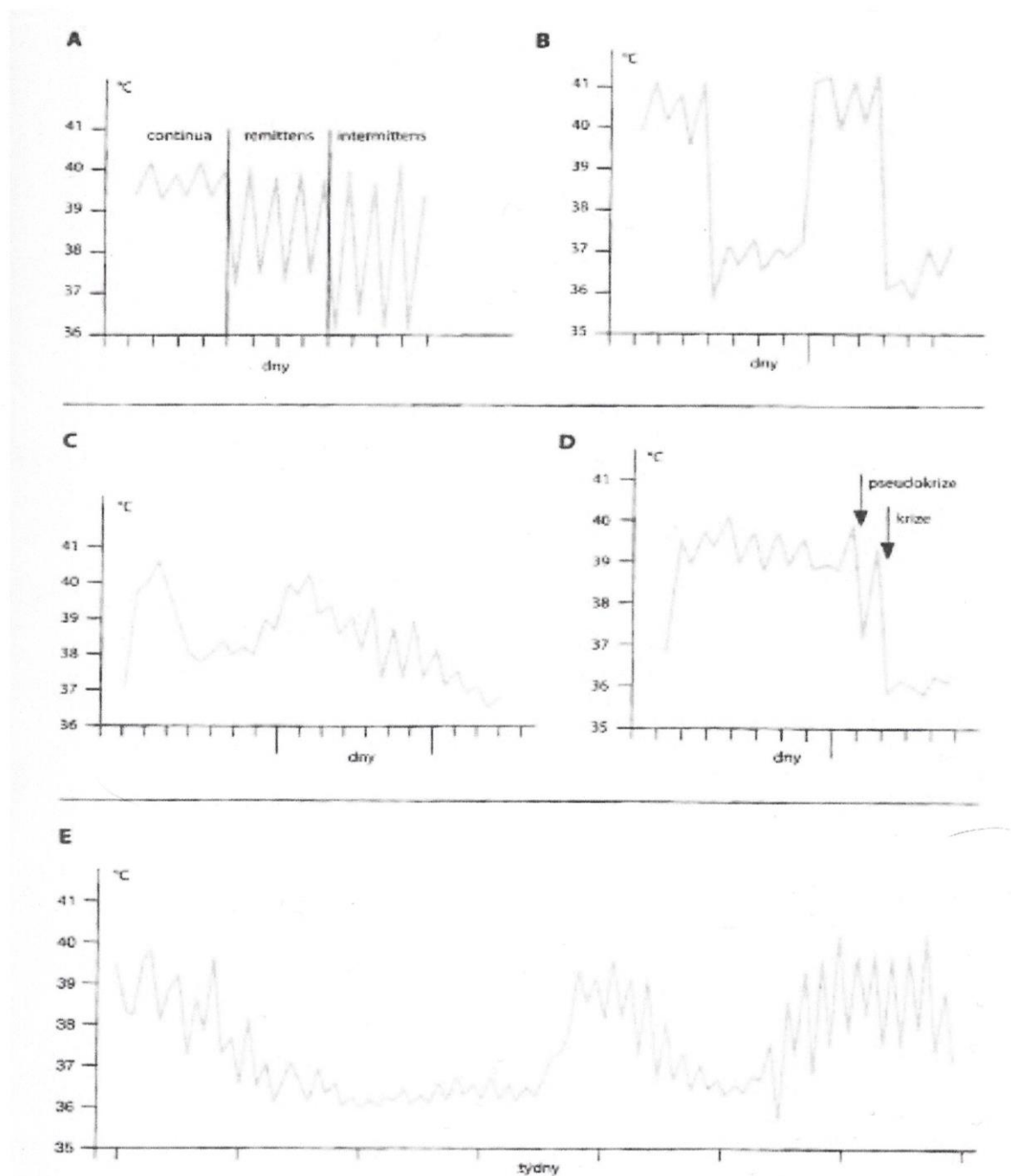
*Já kombinovat léky, fyzikální možnosti a přírodní medicínu. Jaký fyzikální postup a co z přírodní medicíny používáte? Já zkoušet zábaly a šípkový čaj. Já snižovat teplota až když je kolem 38.*



11. Pokud má dítě zvýšenou teplotu nebo horečku používáte u něho léky na snížení teploty? Pokud ano, tak jaké - druh léku a léková forma? Čím je dáte dítěti zapít?  
*Z léků dávat Paralen, ten dobře působit. A znáte i nějaký jiný lék? Já slyšet o panadol a nurofen. Ale ty já nepoužívat.*
12. Pokud používáte léky na snížená teploty, podle čeho se rozhodujete při výběru? Rozhodujete se podle ceny, dostupnosti? Jak léky uskladňujete? Zajímali jste se o vedlejší účinky léků?  
*Já poslechnout co doporučit v lékárně a to si potom vzít. Ano já ptát na vedlejší účinek toho léku, to pro mě moc důležité.*
13. Jaké alternativní metody snižování teploty znáte a používáte? Jak postupujete?  
*Jak já říkat, já používat zábal. A jak ho provádíte? Já namočit ručník zabalit do něj dítě a pak ho ještě zabalit do suchá ručník.*
14. Pokud má vaše dítě teplotu, kdy vyhledáte pomoc lékaře?  
*Já vyzkoušet léky a všechny alternativní možnosti, když neklesne tak počkat tak 2 dny a pokud je nadále teplota tak vyhledat lékaře.*
15. Přečetli jste si nějakou informaci o tlumení dětské horečky? Myslíte si, že může být horečka u dítěte nebezpečná? Kdy? Za jakých okolností?  
*Ano, já hodně hledat na internet a knížky, taky se ptát lékař, co může stát. Ptala jste se třeba rodičů? Ano*
16. Jste spokojená se svým teploměrem? Co je pro vás důležitým kritériem při koupi teploměru?  
*Ano já být spokojená, paní dobře poradit když já kupovat*

## PŘÍLOHA 2: TYPY HOREČEK

OBRÁZEK 1: TYPY HOREČEK



Obr. 5.2. Typy horeček. A – febris continua (setrvalá), remittens (navratná), intermittens (intermitentní); B – febris recurrens; C – bifázický typ horečky; D – kritický pokles horečky (např. krize u pneumonie); E – undulující typ horečky (u Hodgkinova lymfomu)

Zdroj: ŽÁK, Aleš; PETRÁŠEK, Jan, 2011. *Základy vnitřního lékařství*. s. 35.

Obrázek 1: typy horeček

**PŘÍLOHA 3: YALSKÁ ŠKÁLA**

Tabulka 1 Yalská škála

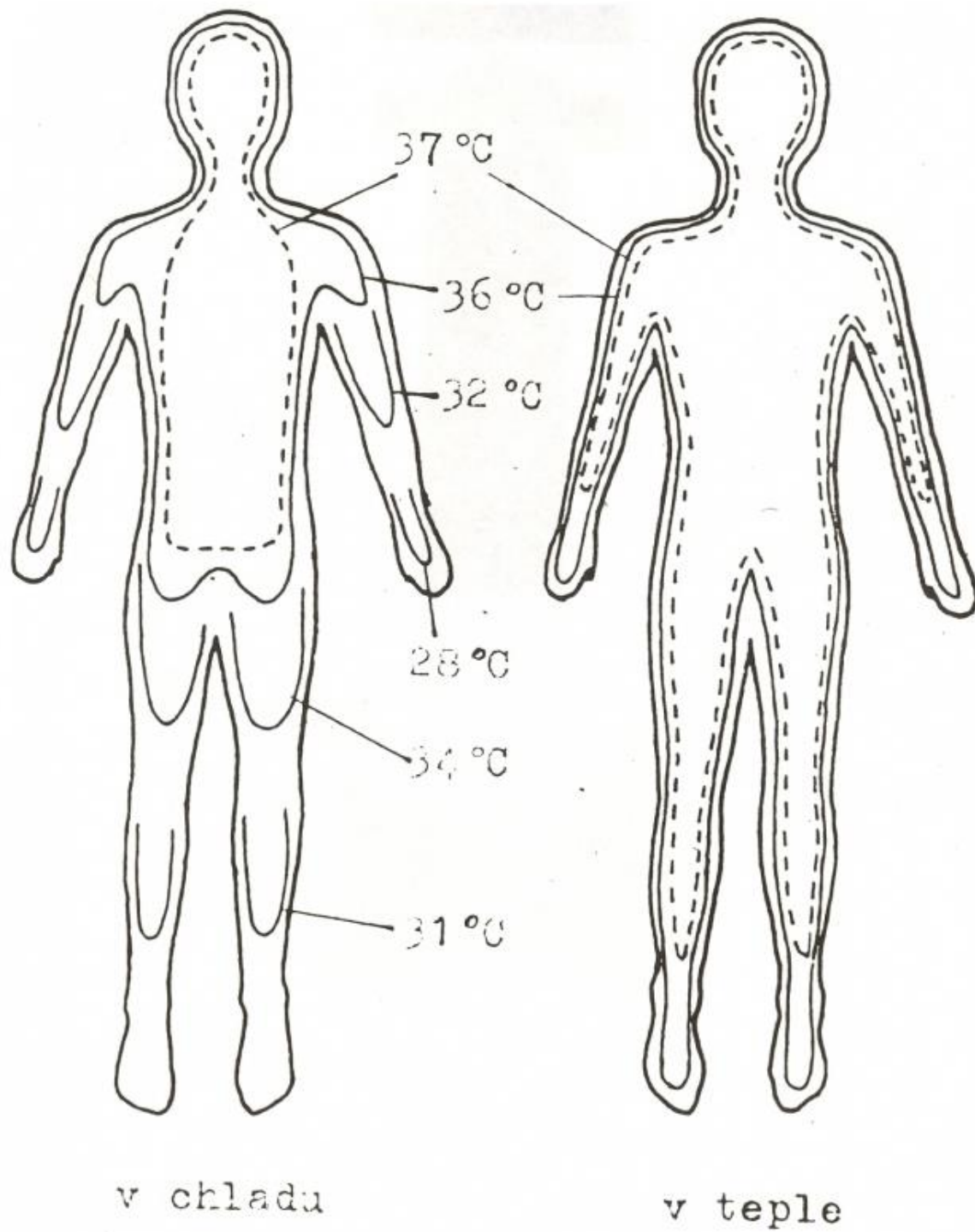
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>PLÁČ</b>	SILNÝ	VZLYKÁNÍ	STÉNÁNÍ, PIŠTĚNÍ
<b>REAKCE NA PODNĚTY RODIČŮ</b>	PŘIMĚŘENÉ ZKLIDNĚNÍ	NEMOŽNOST ZKLIDNĚNÍ	TRVALÝ PLÁČ, CHABÁ REAKCE
<b>PROMĚNY STAVU</b>	LEHCE PROBUDITELNÉ	SPAVOST	SOMNOLENCE AŽ SOPOR
<b>BARVA KŮŽE</b>	RŮŽOVÁ	BLEDOST, CYANOTICKÁ	NAŠEDLÁ
<b>HYDRATACE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

**PŘÍLOHA 4: RIZIKO VZNIKU FEBRILNÍCH KŘEČÍ**

Tabulka 2 riziko vzniku FK

40 – 50%	FK u některého z rodičů a sourozenců
10%	FK u sourozenců
15%	FK u jednoho z rodičů
0 – 5 %	Jeden z rodičů má nebo trpěl epilepsií
5 – 10 %	Sourozenec měl/ má epilepsii

## PŘÍLOHA 5: TEPLOTNÍ ZÓNY



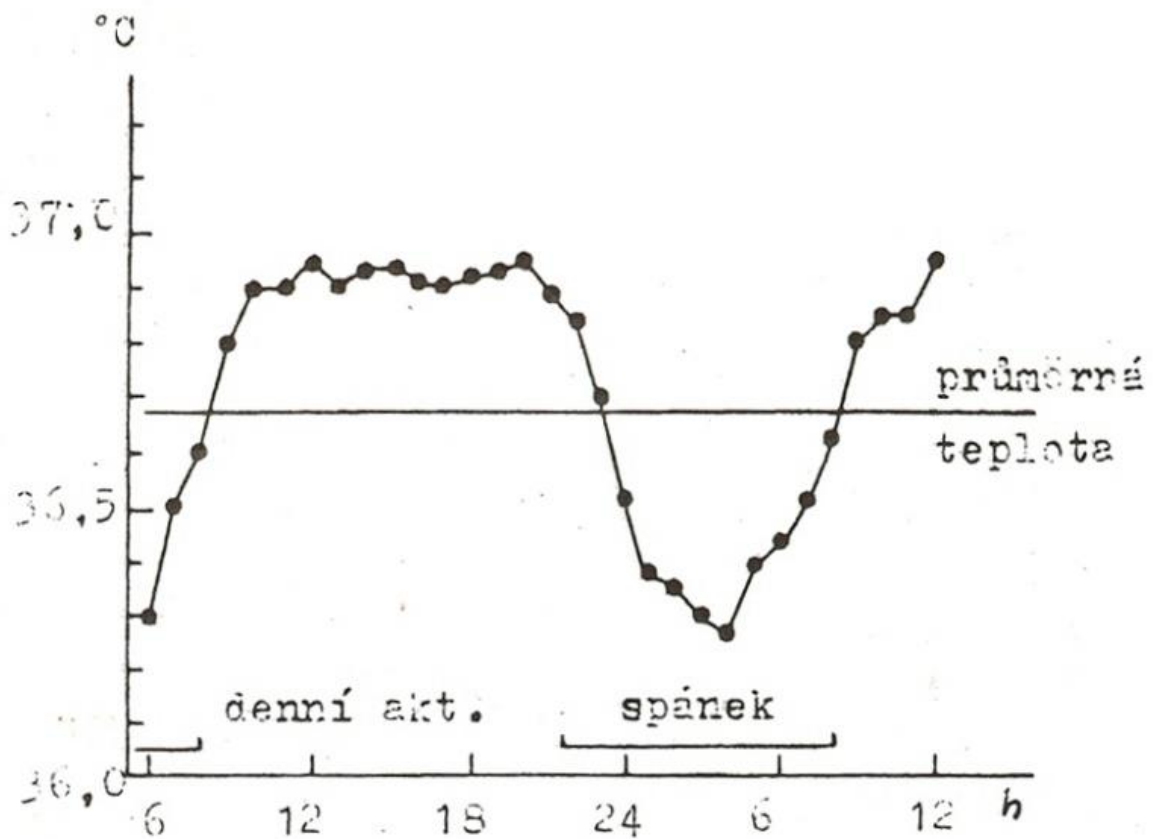
Obrázek 2: teplotní zóny lidského těla (zdroj: František Kislinger Základy biologie člověka-Gymnázium Klatovy, Klatovy, 1994)

**PŘÍLOHA 6: DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PFAPA**

Tabulka 3 diagnostická kritéria PFAPA

horečka 3 – 7 dní	pozitivní markery zánětu
Tonzilofaryngitida	periodicita 3-10 týdnů
Stomatitida	asymptomatické období mezi atakami
krční lymfadenitida	negativní mikrobiologický nález
počátek choroby před 5 rokem	chybí klinické i laboratorní známky chronické nemoci

## PŘÍLOHA 7: KOLÍSÁNÍ TEPLoty BĚHEM DNE



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

## PŘÍLOHA 8: DOTAZNÍK

Dobrý den

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

Předem Vám děkuji za vyplnění tohoto dotazníku.

### 1) JAKÁ JE VAŠE NÁRODNOST

- Česká
- Romská
- Vietnamská
- jiná

### 2) JAKÝ JE VÁŠ VĚK

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

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

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

### 4) JAKÉ JE VAŠE NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ?

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

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

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

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

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



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

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

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

**8) KDE TEPLOTU MĚŘÍTE?**

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

**9) JAKÝ TEPLoměR POUŽÍVÁTE?**

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

**10) PŘI MĚŘENÍ TEPLoty V PODPAŽÍ K NAMĚŘENÉ HODNOTĚ**

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

**11) PŘI MĚŘENÍ TEPLoty V ÚSTECH SE K NAMĚŘENÉ HODNOTĚ**

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

**12) PODLE ČEHO SE ROZHODUJETE PŘI KOUPI TEPLoměRU?**

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

**13) KDY DÁVÁTE LÉKY NA SNÍŽENÍ TEPLoty?**

- hned když má dítě zvýšenou teplotu
- pokud je teplota více než  $38^{\circ}\text{C}$
- pokud je teplota více než  $39^{\circ}\text{C}$
- pokud je teplota více než  $40^{\circ}\text{C}$
- nedávám léky
- jiné:.....

**14) KTERÝ LÉK POUŽÍVÁTE KE SNÍŽENÍ TEPLoty?**

.....  
.....

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

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

**16) VÍTE, ZA JAK DLOUHO ZAČNE PŮSOBIT ČÍPEK?**

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

**17) JAKÉ ALTERNATIVNÍ METODY POUŽÍVÁTE KE SNIŽOVÁNÍ TEPLoty?**

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

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

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

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

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

**20) KDY VYHLEDÁTE LÉKAŘE?**

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

## PŘÍLOHA 9: VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

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

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

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

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

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

V dotazníku byla i otázka jak lze zjistit, že má dítě teplotu bez použití teploměru. 77,3% Čechů uvedlo, že sáhne dítěti na čelo. Stejnou možnost zvolilo 87,1% romských rodičů. Naproti tomu 80% Vietnamských rodičů zvolilo variantu, že se dítě začne chovat jinak než obvykle.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké jsou rozdíly při snižování teploty u dětí. Respondentů jsem se ptala na, kdy podávají léky proti teplotě. Většina českých rodičů odpověděla, že dávají léky proti teplotě, pokud se teplota dostane nad 38<sup>0</sup>C. Stejnou možnost zvolilo i 80% dotazovaných vietnamských rodičů. Necelých 49% romských respondentů uvedla, že léky podává ihned, když má dítě zvýšenou teplotu a 20,5% léky nepoužívá vůbec.

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

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

