

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

**Problémy nemocných s lymeskou borreliózou  
dle konceptů sebepéče**

Bakalářská práce

**Eva Halousková**

3. ročník, bakalářský studijní program ošetrovatelství

Forma studia: prezenční

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Renata Halmo**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

### **Název práce:**

Problémy nemocných s lymeskou borreliózou dle konceptů sebepéče

### **Název práce v AJ:**

Problems of patients with Lyme disease according to self care concepts

**Datum zadání:** 2009-12-06

**Datum odevzdání:** 2010-05-05

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta zdravotnických věd  
Ústav ošetřovatelství

**Autor práce:** Halousková Eva

**Vedoucí práce:** PhDr. Renata Halmo

**Oponent práce:** dtto

### **Abstrakt v ČJ:**

Bakalářská práce se zabývá problémy nemocných lymeskou borreliózou. Odpovídá na výzkumnou otázku: Jaké jsou nejčastější problémy nemocných lymeskou borreliózou, jak tyto problémy nemocní zvládají a kterými kompetencemi sebepéče v oblasti prevence a léčebných opatření disponují? Šetření bylo provedeno pomocí polostrukturovaného rozhovoru připraveného s využitím konceptů teorie deficitu sebepéče D. E. Oremové. Práce si také kladla za cíl zjistit prožívání nemocných a omezení s důsledky, které toto onemocnění přináší. U deseti respondentů s lymeskou borreliózou byly zjištěny nedostatečné kompetence sebepéče v oblasti prevence onemocnění a prevence nežádoucích účinků antibiotické léčby. Součástí práce jsou proto zpracované edukační materiály ve formě letáku s názvem: „Nežádoucí účinky antibiotik“, „Znáte prevenci lymeské boreliózy?“.

**Abstrakt v AJ:**

The bachelor work deals with problems of ill people with Lyme disease. It replies the research question: What are the most frequent problems of people ,who are infected with Lyme disease, how the patients cope with these problems and what kind of self-care competence in prevention and cure they have available. The research was done with the help of a half-structured dialog that was prepared using the concepts of the deficiency theory by D. E. Orem. The aim of the work was also to find out about the feelings of the Lyme disease patients and about the restrictions and consequences that this disease has. Not sufficient self-care competence in prevention of the disease and in prevention of the side effects of antibiotics was found in cases of 10 respondents with Lyme disease. Therefore elaborated educational materials are a part of the work. It has the form of an information brochure with the headings: "Side effects of antibiotics", "Do you know the prevention of Lyme disease?".

**Klíčová slova v ČJ:**

lymeská borrelióza, epidemiologie, lékařství infekční, faktory rizikové, prevence, edukace, péče ošetrovatelská, sebed péče, D. E. Orem, teorie deficitu sebed péče, kompetence sebed péče

**Klíčová slova v AJ:**

lyme disease, epidemiology, infectious medicine, risk factors, prevention, education, nursing, self-care, D.E. Orem, self-care defficiency theory, self-care competences

**Rozsah:** 96 s., 15 příl.

Děkuji PhDr. Renatě Halmo za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady a připomínky. Za poskytnutí odborných informací a pomoc při realizaci průzkumného šetření děkuji vrchní sestře infekčního oddělení Nemocnice Prostějov Marii Pliskové a primáři tohoto oddělení MUDr. Zdeňku Prokešovi. Poděkování za ochotu a spolupráci také v neposlední řadě patří pacientům, kteří mi poskytli rozhovor.

Mé poděkování patří i rodině, která mě během realizace závěrečné práce velmi podpořila.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje.

Olomouc 29. dubna 2010

---

*„Zdraví určitého člověka je co nejúžeji propojeno  
s kvalitou jeho života.“*

David Seedhous

## OBSAH

ÚVOD.....	9
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1.1 Lymeská borrelióza.....	11
1.1.1 Historie onemocnění.....	11
1.1.2 Etiologie onemocnění.....	12
1.1.3 Epidemiologie lymeské boreliózy.....	13
1.1.4 Patogeneze onemocnění.....	15
1.1.5 Klinický obraz lymeské boreliózy.....	16
1.1.6 Diagnostika onemocnění.....	19
1.1.7 Léčba, diagnostika a prognóza lymeské boreliózy.....	22
1.1.8 Prevence lymeské boreliózy.....	23
1.1.9 Psychologie nemoci.....	25
1.2 Konceptuální model podle D. E. Oremové.....	26
1.2.1 Dorothea Elisabeth Orem.....	26
1.2.2 Vývoj teorie deficitu sebedpěče.....	27
1.2.3 Struktura teorie deficitu sebedpěče.....	28
1.2.4 Teorie sebedpěče.....	28
1.2.5 Teorie deficitu sebedpěče.....	32
1.2.6 Teorie ošetrovatelských systémů.....	33
1.2.7 Ošetrovatelská péče o pacienta s LB dle konceptů sebedpěče.....	34
1.2.8 Charakteristika infekčního oddělení v Prostějově.....	38
2 PRAKTICKÁ ČÁST.....	40
2.1 Cíle práce.....	40
2.2 Zdroje odborných poznatků.....	40
2.3 Metodika kvalitativního šetření.....	41
2.3.1 Charakteristika souboru dotazovaných.....	42
2.3.2 Organizace kvalitativního šetření.....	42
2.3.3 Zpracování dat.....	43
2.4. Interpretace výsledků k cíli č. 1.....	44
2.5 Všeobecné údaje.....	44
2.6 Interpretace výsledků k cíli č. 2.....	48
2.7 Interpretace výsledků k cíli č. 3.....	76
DISKUZE.....	77
ZÁVĚR.....	86

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	89
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	92
SEZNAM TABULEK .....	93
SEZNAM GRAFŮ .....	95
SEZNAM PŘÍLOH .....	96



## ÚVOD

Lymeská borrelióza patří mezi nejčastější antropozoonózy přenášené členovci v mírném pásmu severní polokoule. Onemocnění je sice známo více jak dvacet let, ale stále přibývají nové poznatky. LB není pouze předmětem zájmu lékařských odborníků, ale také v posledních letech se stává zájmem laické veřejnosti (Valešová, 1999). Úspěchy v oblasti LB jsou především medicínské, na kterých se podílí i čeští vědci, kteří získali světové prvenství za vyvinutí unikátního přípravku proti klíšťatům a hmyzu sajícího krev. Tento přípravek má schopnost usmrtit klíště i s nákazou. Za vznikem vakcíny proti LB v Evropě stojí také Češi, jsou to vědci Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci ve spolupráci se společností Bioveta. Nyní bude ověřována účinnost této vakcíny u nás a v Německu. Vedoucí týmu profesor Evžen Weigl odhaduje, že vakcína bude na trhu dostupná: „Pokud vše půjde dobře, tak to vidím na sedm až osm let“ (Pášová, 2008, s.1). Dostupná literatura nabízí především medicínskou problematiku LB a chybí v této oblasti problematika ošetrovatelská.

V roce 2009 bylo hlášeno 36,9 případů LB na 100 000 obyvatel. Nebezpečnějším je stále se zvyšující infekčnost klíšťat a jejich přemnožení. Proto je nejvhodnější začít hned prevencí. Prevence před nákazou hraje velmi důležitou roli, která v první řadě spočívá v ochraně před samotnými klíšťaty. Avšak často bývá opomíjená a znalosti prevence v populaci jsou ve větší míře nedostačující. Proto je důležité se této problematice více věnovat. Práce poukazuje na důležitost znalostí, ale i praktických dovedností v oblasti prevence LB. Každý člověk by se měl naučit činit správná rozhodnutí v oblasti prevence a nakažený jedinec s diagnostikovanou LB i v oblasti léčebného režimu. Tyto činnosti mu mají usnadnit zvládání nově vzniklé situace, ve které se nachází. K tomuto účelu dobře slouží teorie deficitu sebeděče podle D. E. Oremové, která klade důraz na vědomé jednání jedince a určuje, kdy je nutná ošetrovatelská péče.

I přes celkem dobrou prognózu LB dokáže tato nemoc svými následky život infikované osobě pořádně znepříjemnit. Práce se proto zabývá i nejčastějšími problémy, které činí nemocným největší zátěž v jejich životě a pozornost také byla zaměřena na prožívání nemoci pacientů s LB a na omezení s důsledky, které LB s sebou přináší. Vypracovaná potřeba (sebe)péče u těchto pacientů a získané výsledky umožní zdravotnickým pracovníkům, ale i laické veřejnosti získat nový náhled na člověka s touto diagnózou.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Lymeská borrelióza

Jedná se o multisystémové nehnisavé bakteriální onemocnění řazené mezi antropozoonózy. Onemocnění je sice známo více jak dvacet let, ale stále přibývají nové znalosti a variabilní, mnohotvárný klinický obraz s sebou přináší v diagnostice a léčbě úskalí a problémy. LB není pouze předmětem zájmu lékařských odborníků, ale také v posledních letech se stala zájmem laické veřejnosti (Valešová, 1999). LB svými následky dovede nakaženým osobám život pořádně znepříjemnit. V posledních letech je stabilizovaný počet hlášených nakažených LB, bez výraznějšího nárůstu. Za rok 2009 byla incidence LB v ČR 36,9 případů na 100 000 obyvatel. (EPIDAT, SZÚ, on-line 8.4.2010) V České republice LB podléhá povinnému hlášení již od roku 1986. Epidemiologické výsledky slouží každoročně k sestavení přehledu výskytu onemocnění v jednotlivých okresech. (Přecechtělová, 2009)

### 1.1.1 Historie onemocnění

Lymeská borrelióza je známá jako etiopatogenetická jednotka teprve od počátku 80. let 20. století, ale již koncem 19. století byly charakterizovány některé její klinické projevy. Jedním z nich byla chronická akrodermatitida popsána roku 1883 dermatologem Buchwaldem. Dále také erythema migrans, objevující se po přisátí klíštěte, popisoval Afzeliem roku 1909, následně byl roku 1913 tento projev nazván erythema chronicum migrans. I postižení nervového systému bylo již popisováno dříve, a to roku 1922 Garinem a Bujadouxem u nemocného s meningopolyneuritidou a kožním erytémem. O devatenáct let později Bannwarth publikoval příznaky několika nemocných s meningitidou a mnohočetnou radikulitidou. Posléze byl tento typ LB s postižením nervového systému nazván jako Garin-Bujadoux-Bannwarthův syndrom.

Roku 1975 začali revmatologové působící na univerzitě Yale v USA studovat sezónně vyskytující se artritidy. Tento výskyt byl četný u obyvatel města Old Lyme ve státě Connecticut. Lékaři zjistili, že se nejspíše jedná o infekční chorobu přenášenou klíšťaty. Podle nejčastějšího projevu onemocnění bylo první pojmenování choroby lymeská artritida. V roce 1982 izoloval W. Burgdorfer se skupinou vědců z klíšťat etiologické agens, spirochétu pojmenovanou podle svého objevitele *Borrelia burgdorferi* (Pícha, 2009). Onemocnění bylo přejmenováno roku 1987 na lymeskou boreliózu na základě doporučení z III. mezinárodní konference věnované tomuto onemocnění v New Yorku (Bartůněk, 2006). Nejvýznamnější údaje z historie LB jsou k nahlédnutí v tabulkách, které najdete v příloze č. 11.

### **1.1.2 Etiologie nemoci**

Vyvolavatelem onemocnění je gramnegativní, mikroaerofilní bakterie *Borrelia burgdorferi sensu lato*, která spadá do řádu spirochet. Doposud byly izolovány tři nejčastější patogenní druhy: *Borrelia garinii*, *Borrelia afzelii*, jejichž výskyt je častější v Evropě a *Borrelia burgdorferi sensu stricto*, která je ve výskytu častější na severoamerickém kontinentě. (Pícha, 2009) V Evropě byly nově izolovány z klíšťat další druhy borrelií, z toho pouze *Borrelia valaisiana* byla prokázána u lidí. Podle vědců lze tedy říci, že z doposud izolovaných druhů borrelií je původcem LB *Borrelia burgdorferi sensu stricto*, *B. garinii*, *B. afzelii* a *B. valaisiana*. (Bartůněk, 2006)

Důležitou součástí této bakterie jsou bičíky na jejím povrchu, které jí umožňují pohyb a tím průnik do tkání hostitele. Virulence je zajištěna především antigeny proteinové povahy. Mezi dva nejdůležitější a prvně popsání povrchové proteiny patří *OspA* a *OspB* (outer surface proteins). Tyto lipoproteiny byly prokázány v moči a krvi nemocných LB, též i u laboratorně infikovaných pokusných zvířat. Dále společný pro všechny borrelie protein bičíků flagelin je vysoce imunogenní a lze ho prokázat u hostitele v průběhu infekce nejčastěji. Hostitel proti flagellinu

produkuje protilátky IgM. (Valešová, 1999) Laboratorně byla prokázána velká odolnost této bakterie (Bartůněk, 2006). Antigenní výbava borrelií se může měnit v nevhodném prostředí, a to tvořením cyst (Valešová, 1999).

Vektorem patogenních druhů borelií je vědecky uznáváno ve světě i u nás klíště rodu *Ixodes*. Přenos jiným vektorem je ve světě zpochybňován, protože není experimentálně podložen. Přesto byly v našich podmínkách izolovány borrelie z hmyzu sajícího krev. Pouze jedna třetina infikovaných klíšťat je schopna infekci předat hostiteli. Vývoj a růst borrelií se uskutečňuje ve střevě klíštěte, závisí na příjmu krve a lymfy z hostitele. (Bartůněk, 2006)

Borrelie mají tzv. orgánový tropismus, např. *Borrelia afzelii* pro kůži, *Borrelia garinii* pro nervovou tkáň, *Borrelia burgdorferi sensu stricto* pro pohybový aparát. (Bartůněk, 2006)

### **1.1.3 Epidemiologie lymeské borreliózy**

Tato přírodně ohnisková nákaza řazená mezi antropozoonózy se vyskytuje v Evropě, Asii a Americe. V těchto oblastech se však borrelie liší v druzích (pro každou z nich jsou typické určité druhy). Nákaza je přenášena vektorem. V tomto případě jako vektor slouží klíště, v Evropě *Ixodes ricinus*, v Americe *Ixodes scapularis* a *Ixodes pacificus*. (Roháčová, 2004)

ČR je díky geografickému charakteru dobrým biotopem pro druh klíštěte *Ixodes ricinus*, který je tzv. trojhostitelský (Růžička, Koukal, 2008). To znamená, že každé ze tří vývojových stádií saje krev na odlišném hostiteli. Larvy a nymfy sají především na malých hlodavcích a ptactvu, imaga preferují větší savce. Všechna stádia klíšťat se stanou infekčními při sání krve z infikovaného hostitele. Bylo prokázáno, že největší promořenost borrelií se nachází u nymf, které jsou rizikové z důvodu své velikosti, jsou na lidském těle snadno přehlédnutelné. Borrelie se usídluje ve střevním traktu klíštěte. Během sání klíštěte se borrelie začínají

pomnožovat, dochází k jejich roznášení po celém těle klíštěte, dostávají se i do jeho slin, čímž může dojít k přenosu nákazy na hostitele. Některé ze studií ukazují, že k přenosu infekce na hostitele dochází jen místy během prvních 24-36 hodin od začátku sání. Riziko přenosu infekce se zvyšuje s délkou sání. (Bartůněk, 2006)

Nejvíce promořené oblasti v našich podmínkách jsou lokality podél vodních toků s nízkou nadmořskou výškou. Hyperendemické oblasti byly prokázány v okrese Příbram a Frýdek-Místek a nejvyšší incidence LB obecně v kraji středočeském, pardubickém a karlovarském. Výskyt onemocnění dosáhnul svého vrcholu v roce 1995, kdy incidence LB v ČR byla popsána až 61,2 případů na 100 000 obyvatel. (Bartůněk, 2006)

Jedny z posledních studií přinesly poznatky o výskytu jednotlivých druhů borrelií u různých hostitelů (rezervoárů). Vyšší prevalence *B. afzelii* u hlodavců, *B. garinii* u ptactva a *B. valaisiana* je často nacházena společně s *B. garinii*. (Bartůněk, 2006)

Provedená studie ukazuje, že v období 2002-2004 byla vyšší prevalence *Borrelia garinii* především v středočeském a východočeském kraji a *Borrelia afzelii* na Moravě a v jižních Čechách (Bartůněk, 2006).

Epidemiologické údaje se odráží i od sezónnosti výskytu této infekce. Záleží na ročním období, ale také na mikroklimatu v jednotlivých měsících. Tyto podmínky ovlivňují aktivitu klíšťat a chování lidí v přírodě. (Bartůněk, 2006) Klíšťata začínají být aktivní při oteplení země na 5 – 7 °C, což odpovídá obvykle březnu a dubnu a jejich aktivita končí přibližně v říjnu až listopadu (Přecechtělová, 2009). Člověk je nejčastěji nakažen koncem jara a začátkem léta převážně nymfami (Valešová, 1999). Přisátí klíštěte si uvědomuje pouze 50 % nakažených, jedna třetina si není vědoma způsobu přenosu, ostatní uvádějí poštipání hmyzem (Bartůněk, 2006).

Za nejběžněji uváděné klinické projevy LB jsou považovány v našich podmínkách dermatologické projevy, u kterých převažuje erythema migrant, muskuloskeletární projevy zahrnující nejčastěji artralgie

a artritidy, neurologické projevy s četnými variacemi časné a pozdní neuroboreliózy. Dále mezi pravidelně hlášené klinické projevy patří chronický únavový syndrom, parézy, vertigo, polyneuropatie, atd.. (Bartůněk, 2006)

LB se objevuje u všech věkových skupin, avšak vrcholem výskytu je 45 až 49 let. Ženy jsou postiženy častěji než muži v poměru 1,7:1. Dokonce až u 10 % ze zkoumané skupiny zdravé populace byly sérologicky prokázány antiboreliové protilátky ve třídě IgG. (Bartůněk, 2006)

Pro povinné hlášení a evidenci infekčních nemocí v ČR slouží program EPIDAT, který je dostupný na internetových stránkách Státního zdravotního ústavu. V roce 2009 bylo hlášeno v ČR 3 863 případů LB. Nyní v roce 2010 je k měsíci březnu hlášeno 98 případů. (SZÚ, EPIDAT, on-line 8.4.2010). Počty hlášených nálezů LB v předešlých letech jsou uvedeny v tabulkách, které najdete v příloze č. 12.

#### **1.1.4 Patogeneze onemocnění**

Infekce u člověka se začíná rozvíjet při sání infikovaného klíštěte, při kterém se spirochéty dostávají do kůže hostitele, kde se postupně množí. Jako následkem interdermálního množení spirochét je vznik erythema migrans. Následně jsou spirochety z této lokalizace šířeny krevní nebo lymfatickou cestou a vznikají generalizovaná ložiska. (Pícha, 2009) Tak se infekce dostává ze stádia lokalizovaného do stádia diseminace (Bartůněk, 2006). Tento proces rozsevu trvá několik týdnů až měsíců a je bezpříznakový (Pícha, 2009). Vzácně může být doprovázen nespecifickými chřipkovými příznaky, které jsou dokladem komplexní imunitní reakce organismu (Pícha, 2009; Bartůněk 2006). Mezi cílové orgány generalizace patří nervová soustava, klouby, myokard, oko a sekundárně kůže. Pokud se v některých z těchto orgánů bakterie objeví, mohou se zde šířit lokálně svým aktivním pohybem pomocí bičíků a přetrvávat v nich několik měsíců až let a také se zde mohou stát zdrojem pro sekundární generalizaci.

Pozdní projevy nejsou časté, nepřesahují 1 – 2 % všech klinických manifestací. Pokud tomu tak je, tak nejčastějším místem chronicity se stává kůže, klouby a nervový systém. Patogeneze pozdní fáze není doposud úplně objasněná. (Pícha, 2009)

Každý člověk je vůči této bakteriální infekci vnímavý, přirozená imunita neexistuje (Valešová, 1999). Prodělané onemocnění nemusí jedince ochránit před reinfekcí (Bartůněk, 2006). Imunitní reakce je proti spirochetám obecně mírná. Častý je inaparentní průběh infekce. Protilátky IgM se začínají tvořit ve 2. – 4. týdnu od vzniku infekce. Vrchol produkce IgM je po 3–8 týdnech, následně začíná jejich hladina klesat, ojediněle prokazatelně přetrvávají měsíce i léta. (Pícha, 2009) IgM protilátky jsou v tomto období zaměřeny především na flagelin (Valešová, 1999). Specifické IgG protilátky jsou tvořeny od 4. – 8. týdne a přetrvávají několik měsíců až let. Vlivem antibiotické léčby či plně spontánně může být infekce ukončena v kterékoliv fázi (Pícha, 2009).

I přes nové objevy a vývojový pokrok na úrovni molekulární biologie není patogenese LB zcela jednoznačně vyřešena (Valešová, 1999).

### **1.1.5 Klinický obraz LB**

LB má velmi pestrý a proměnlivý klinický obraz. Průběh onemocnění je dělen podle Asbrinkové a Hovmarka do tří stádií. (Valešová, 1999) Do časně fáze je řazeno stádium časně lokalizované infekce (3 dny až 30 dní) se stádiem časně diseminované infekce (3 týdny až 5 měsíců) a do fáze pozdní patří stádium pozdní diseminované infekce (6 měsíců až roky). (Bartůněk, 1996) Jednotlivá stádia se nemusí projevit u všech infikovaných. Může se vyvinout pouze stádium první nebo se onemocnění manifestuje hned stádiem časně diseminované infekce. Průběh onemocnění je velmi individuální. (Valešová, 1999) Inkubační doba LB je 3 – 30 dnů (průměrně se pohybuje od 7 do 10 dnů) do vzniku prvních příznaků (Poljak a kol., 1997).



### Stádium časně lokalizované infekce

Stádium časně lokalizované infekce se projevívá kožním postižením ve formě erythema migrans. EM vzniká v místě přisátí infikovaného klíštěte, je charakterizováno zarudnutím červené nebo lividní barvy. V typickém případě se šíří centrifugálně a má jasné ohraničení. Od centra toto zarudnutí postupně bledne. (Pícha, 2009) Tato kožní afekce se objevuje přibližně u 80 % pacientů (Přecechtělová, 2009).

Dále se mohou objevit nespecifické příznaky připomínající chřipkové onemocnění - malátnost a únava, subfebrilie, nechutenství, artralgie, myalgie, kefalea. Někdy při kožních lézích (EM nebo boreliový lymfocytom) se mohou v jejich blízkosti objevit zvětšené lymfatické uzliny. (Valešová, 1999)

### Stádium časně diseminované infekce

Pokud se infekce šíří z primárního ložiska, dochází k projevům časněho diseminovaného stádia. Může být sekundárně postižena kůže, nervový a kardiovaskulární systém, pohybový aparát, výjimečně i kterýkoliv orgán. (Valešová, 1999)

Postižení nervové soustavy v tomto stádiu se nazývá akutní lymeská neuroborelióza, při které může být postižen jak centrální, tak i periferní nervový systém. Nejčastějšími projevy je syndrom aseptické meningitidy, obrny hlavových nervů (nejčastěji Bellova obrna lícního nervu, ale je možno i postižení nervů III., IV., VI., V., VIII., označení neuritis cranialis multiplex vyjadřuje postižení více hlavových nervů najednou) a Garin-Bujadoux-Bannwartův syndrom, který patří k nejčastějším projevům lymeské neuroboreliózy. Tento syndrom zahrnuje aseptickou meningitidu, radikulitidu a chabé periferní parézy. (Valešová, 1999; Roháčová, 2004) U některých pacientů s tímto syndromem se mohou objevit neuropsychické příznaky (neklid, agitovanost, deprese, úzkost) a poruchy spánku. (Valešová, 1999)

Postižení srdce je nazýváno jako lymeská karditida. Ta se manifestuje poruchou tvorby a vedením vzruchu nebo jako perikarditida či myokarditida. Pozdním projevem může být dilatovaná kardiomyopatie. Za typický průkaz lymeské kartidity je považován nález komorových arytmií, které u nemocného vyvolávají palpitace. (Valešová, 1999)

Ke kožním projevům patří sekundární erythema migrans, boreliový lymfocytom a kožní vaskulitidy. Boreliový lymfocytom je v našich podmínkách častý především u dětí. Tento kožní uzlovitý infiltrát červenofialové barvy nacházíme v oblasti ušního lalůčku, dvorce prsní bradavky nebo skrota. (Valešová, 1999)

Ostatními projevy této fáze mohou být artralgie, myalgie, vznik konjunktivitidy, v některých případech se může rozvinout i akutní artritida hlavně velkých kloubů (kolenní, ramenní a hlezenní kloub) a postižení periartikulárních struktur. (Valešová, 1999)

#### Stádium pozdní diseminované infekce

Ve stádiu pozdní diseminované infekce bývá nejčastěji napaden nervový systém, kůže a kloubní aparát. Příznaky se obvykle objevují 6. měsíců až několik let po prodělané infekci. (Bartůněk, 2006) Jedná se o stádium typické především pro dospělé, u dětí se prakticky nevyskytuje. (Valešová, 1999)

Acrodermatitis chronica atrophicans je kožní postižení probíhající ve dvou fázích. V první fázi dochází k akutnímu zánětu kůže především akrálních částí končetin. Léze mají nepravidelný tvar, temně červenou až fialovou barvu a jsou edematózní. Ve druhé fázi dochází k atrofizaci kůže i podkoží. Kůže je na pohled lesklá, tenká a zranitelnější, někdy může být i hyperpigmentovaná. Může být také postižen kloubní a kostěný aparát, který leží pod ložiskem akrodermatitidy. (Valešová, 1999)

Postižení nervového systému v chronické fázi je souhrně pojmenováno jako chronická neuroborelióza. Manifestuje se jako chronická progresivní encefalitida s projevy tetraspasticity či paraspasticity, mozečkovými

příznaky a organickým psychosyndromem, který vede až k demenci. Tato manifestace je velmi podobná pozdnímu stádiu neurosyfilitidy. Chronická progresivní encefalomyelitida je naopak podobná svými příznaky roztroušené skleróze. (Valešová, 1999) V tomto období velmi často bývá přítomna výrazná únava. (Pícha, 2009)

Doménou pozdního stádia je postižení struktur pohybového aparátu, které nese souhrnný název lymeská artritida. Nejčastěji se jedná o asymetricky a intermitentně probíhající oligoartriditu či monoartriditu. Zánět kloubu se projeví otokem a synoviální reakcí s tvorbou výpotku. Postižen bývá především kloub kolenní, ramenní, hlezenní a zápěstní. Mimo jiné jsou zánětlivě změněné i další struktury pohybového aparátu – myozitidy, tendinitidy, burzitidy, entezitidy, kapsulitidy. (Bratůněk, 1996)

Postboreliový syndrom je soubor příznaků mezi které patří únava, emotivní labilita, bolesti hlavy, artralgie, myalgie, poruchy spánku a další nespecifické příznaky. Objevuje se po adekvátně léčené LB antibiotiky, ale i po neléčené nebo nerozpoznané infekci. Perzistující infekce je diagnosticky vyloučena. Četnost výskytu postboreliového syndromu je vysoká a jeho terapie je především symptomatická. (Pícha, 2009)

### **1.1.6 Diagnostika**

Diagnostika LB je založena na anamnestických údajích, klinickém obrazu a laboratorních výsledcích (Přecechtělová, 2009). Diagnosticky významnými údaji jsou především: prisátí klíštěte v endemické oblasti, přítomnost erythema migrans, lymfocytomu, průkaz specifických protilátek, průkaz B. burgdorferi v organismu, dále vyloučení jiné příčiny při trvající monoartridě, artralгии, kraniální neuropatii, encefalomyelitidě, periferní neuropatii a bolestivé radikulopatii.

Obecně lze diagnostické metody LB rozdělit na přímé a nepřímé. (Valešová, 1999)

### Přímé metody diagnostiky LB

Kultivace je jedinou metodou přímého průkazu živých borrelií v organismu. Užívá se k potvrzení diagnózy a průkazu perzistence bakterie v určitých orgánech několik měsíců i roků po prodělané infekci. (Valešová, 1999)

Histologicky je možno borrelie prokázat za pomoci barvení Giemzou, toluidinovou modří nebo 1% dusičnanem stříbrným. (Valešová, 1999)

Pomocí elektrooptického průkazu se zhodnotí morfologie borrelie a imunotechnická reakce antigenu s monoklonální protilátkou. Slouží k diagnostice infekce u séronegativních pacientů. (Valešová, 1999)

Technikou DNA hybridizace se provádí přímá detekce nukleových kyselin borrelií. (Valešová, 1999)

Citlivějším a vysoce specifickým testem je PCR (polymerázová řetězová reakce). Jedná se o přímý test, který prokáže i malé množství DNA *B. burgdorferi*. Nevýhodou je finanční a manuální náročnost, která snižuje možnost tuto metodu využít v rutinní diagnostice. (Valešová, 1999) Metodu PCR lze provádět z krve, likvoru, moče, synoviální tekutiny a vzorku placenty (Roháčová, 2004).

### Nepřímé metody diagnostiky LB

Nepřímá imunofluorescence spočívá na reakci protilátky IgM a IgG se substrátem (samotná borrelie nebo buňky infikované borreliemi) naneseným na sklíčku. Lze tak určit titer sérových protilátek. (Valešová, 1999)

Nejčastěji užívanou sérologickou metodou je ELISA (enzyme-linked immunoabsorbent assay), která prokazuje tvorbu protilátek IgM a IgG. Tato metoda má větší specifitu a senzitivitu než nepřímá imunofluorescence (Valešová, 1999) a lze touto cestou prokázat protilátky IgM a IgG v séru, likvoru a synoviální tekutině (Pícha, 2009). Do rutinní diagnostiky byla technika ELISA zavedena již roku 1984. (Bartůněk, 2006)

Ke kontrole falešně pozitivního sérologického výsledku metody ELISA se užívá Western blot. Tato metoda prokáže úzce specifickou protilátkovou odpověď. (Valešová, 1999)

V dnešní době se využívá dvojstupňová diagnostika pomocí sérologického vyšetření ELISA a konfirmujícího vyšetření Western-blottingu. (Pícha, 2009) K této standardizaci sérologických metod byla stanovena pravidla doporučená Centrem pro kontrolu a prevenci nemocí. Pro průkaz lymeské artritidy jsou doporučovány metody PCR a Western blot. Při negativních protilátkách u suspektní neuroboreliózy je doporučeno provést metodu PCR a imunisorbentní elektronovou mikroskopii. (Bartůněk, 2006)

Pro průkaz spirochet v klíštěti se užívá metoda světelné mikroskopie v zástinu. Hodnotí se tak infikovanost jednotlivých stádií klíštěte. (Bartůněk, 2006)

#### Diferenciální diagnostika

Při stanovování diagnózy je nutné vyloučit možná jiná onemocnění s podobnými příznaky jako LB. U erythema migrans odlišit léze při poštípání hmyzem, ložiska kožních mykóz, eventuálně erysipel. Při chronické atrofické akrodermatitidě vyloučit cévní etiologii. Široká je diferenciální diagnostika při neurologických potížích. Je nutné odlišit etiologie jednotlivých problémů, např. u meningoencefalitidy, parézy hlavových nervů, atd.. Obtížná je diferenciální diagnostika u kloubních problémů, kdy u starších osob jsou většinou přítomny artrotické a osteoporotické změny a není jasno, zda jsou potíže způsobeny borrelií nebo degenerativními procesy. Pro potvrzení diagnózy LB je nutné posuzovat laboratorní nálezy v korelaci s klinickým obrazem. (Roháčová, 2004) Podle objevujících se příznaků a problémů se na diagnostice nejčastěji podílí praktický lékař, infektolog, revmatolog, oftalmolog, kardiolog, dermatolog, neurolog. (Dlouhý, 2000)

### 1.1.7 Léčba, dispenzarizace a prognóza LB

Léčba LB je komplexní, poskytovaná odborníky podle projevů onemocnění a má kauzální a symptomatickou část. Jejím cílem je eliminovat patogen a zbavit nemocného problému. Při léčbě je nutný individuální přístup z důvodu mnohotvárné klinické manifestace. Základem je tedy antibiotická léčba, která je založena na empirických a teoretických údajích. Na prvním místě volby antibiotika u dospělých je doxycyklin a u dětí do devíti let a těhotných žen antibiotika penicilinového typu (amoxicilin). (Pícha, 2009) Při alergiích na peniciliny se podávají makrolidy (azitromycin, erythromycin) a cefalosporiny (cefuroxim-axetil). Délka užívání antibiotik je obvykle 14 dní. (Dlouhý, 2002) Ve stádiu časně diseminované infekce se podávají cefalosporiny 3. generace (cefotaxim, ceftriaxon) a krystalický penicilin (benzylpenicilin) pro svůj dostatečný průnik do nervové tkáně. (Roháčová, 2004) Antibiotickou léčbu zahajujeme, pokud je přítomen pozitivní laboratorní nález společně s klinickými projevy. Na pokladě pouze klinického obrazu zahajujeme antimikrobiální léčbu při EM nebo boreliovém lymfocytomu. (Roháčová, 2004) Cílem léčby v tomto případě není vymizení erytému, ale hlavně zabránění diseminace borrelií. (Dlouhý, 2002) Podle individuálních požadavků klientova stavu je základní léčba doplněna např. o psychoterapii, rehabilitační terapii (nejčastěji využívaná při paréze n. VII), léčbu chronické bolesti. (Pícha, 2009)

Dispenzarizace nemocných s LB po prodělané léčbě trvá 2 roky. Nemocný dochází do poradny po infekčních chorobách, která je obvykle při infekčním oddělení. Kontroly klinického stavu a laboratorních nálezů probíhají po 3-6 měsících. Pokud je klient bez potíží, tak jsou kontroly po dvou letech ukončeny i v případě přetrvávání séropozitivity. Samotná séropozitivita bez klinických potíží není důvodem opakování léčby. (Roháčová, 2004)

Prognóza onemocnění je ve většině případů dobrá. Po terapii obvykle dojde k normalizaci klinického stavu klienta. (Valešová, 1999) Pouze pozdní diseminované stádium s postižením především pohybového aparátu (lymeská artritida) má 10% špatnou odpověď na léčbu. (Roháčová, 2004) Výjimečně klienta invalidizuje, ale je zdrojem stálých subjektivních potíží. (Valešová, 1999)

### **1.1.8 Prevence LB**

V roce 1998 byla v USA testována první očkovací vakcína proti LB nazvaná Lymerix ® (Bartůněk, 2006). Tato vakcína je však pouze proti povrchovému antigenu OspA americké B. burgdorferi a není možno ji použít v Evropě. V současnosti pro malý zájem byla tato vakcína z trhu stažena (Roháčová, 2004). V Evropě není dosud k dispozici očkovací látka proti LB, ale tým vědců z Ústavu imunologie Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci stojí za vznikem prototypu této vakcíny ve spolupráci se společností Bioveta z Ivanovic na Hané (Palašňák, 2/2008). Základní výzkum této očkovací látky skončil úspěšně a nyní následují další testy. Její účinnost se bude ověřovat u nás a také v Německu. Vedoucí týmu profesor Evžen Weigl se svými spolupracovníky na vývoji pracovat pět let pomocí tzv. rekombinantní technologie, projekt stál už mnoho miliónů, mimo jiné pracoval tým i díky grantu Ministerstva průmyslu a obchodu. (Pášová, Tauberová, 2/2008) Podle odhadů profesora Evžena Weigla by se tato vakcína mohla objevit na trhu již za sedm až osm let, pokud vše půjde dobře a bez komplikací (Pášová, Tauberová, 2/2008).

Češi vyvinuli unikátní přípravek Antisept Juwim-gel, který je proti klíšťatům a hmyzu sajícího krev. Na vývoji se podílela firma Juwital s.r.o. ve spolupráci s Parazitologickým ústavem Akademie věd. Tento přípravek získal Cenu zdraví udělenou Nadací prince Charlese z Velké Británie. Přípravek se nanáší přímo na klíště, klíště usmrtí včetně nákazy klíšťovou encefalitidou i LB a po jedné hodině se snadno klíště

odstraní. Nenahrazuje však očkování ani prevenci. Přípravek lze použít i na děti a domácí mazlíčky. Je v lékárně dostupný bez lékařského předpisu. (Pergl, 5/2005)

Jelikož prozatím není u nás vakcína proti LB dostupná na trhu, je nutné se dobře chránit před samotnými klíšťaty a tím i před nákazou. Zvláště v endemických oblastech by člověk měl dodržovat určitý režim. Pobyt v těchto rizikových místech snížit na minimum, vyhýbat se oblastem listnatých lesů, křovin a okrajů vodních toků. Na internetových stránkách Českého hydrometeorologického ústavu ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR je možno zjistit víkendovou předpověď stupně aktivity klíšťat. Je celkem pět stupňů, čím je stupeň vyšší, tím je riziko napadení člověka klíštětem vyšší. Každý z těchto stupňů je doplněn doporučením, jak se v dané situaci v přírodě chovat. (<http://www.chmi.cz/meteo/ok/klistata.html>) Prevencí je také užívání repelentních prostředků, kosmetických insekticidů, vhodný oděv do přírody – světlý oděv s hladkým povrchem, dlouhé kalhoty zasunuté do vyšších bot, omezit odhalené části těla. Po návratu domů tělo pečlivě prohlédnout, pozor na drobné snadno přehlédnutelné nymfy. Pokud nalezneme přisáté klíště, je nutné jej co nejdříve odstranit správnou technikou. (Přecechtělová, 2009) Nejprve místo přisátí potřít vhodným dezinfekčním prostředkem typu např. Jodisol, Betadina, poté pomocí speciální pinzety na klíšťata viklavým pohybem odstranit, klíště nemačkat, aby nedošlo k vypuzení střevního obsahu do hostitele a nesahat na něj holýma rukama. Ranku po vynětí klíštěte opět vydezinfikovat a místo přisátí sledovat několik týdnů. Při jakékoliv změně kontaktovat obvodního lékaře či přímo infektologa. (Bartůněk, 2006)



### 1.1.9 Psychologie nemoci

Nutné je odlišení pojmu choroba a zdravotní nepohoda. Choroba je jevem organickým, lze jí diagnostikovat. Zdravotní nepohoda je jevem psychologickým a sociologickým, jedná se o určitý typ diskomfortu. Pokud tedy hovoříme o zdravotní nepohodě, musíme se dívat na člověka holisticky, protože nepohoda se týká jeho stránky tělesné, psychické, sociální i duchovní. Pokud se člověk nachází ve zdravotní nepohodě, je pro něj obtížnější normální fungování v mezilidském styku, dosahování cílů a plnění úkolů. Roli pacienta přijímá jedinec obtížně, jelikož s sebou přináší řadu změn nejen fyzických, ale i psychických a sociálních. (Křivohlavý, 2002)

Tzv. autoplastický obraz nemoci je vyjádření subjektivního prožívání jedince v nemoci. Má čtyři základní složky – senzitivní, volní, emociální, racionální/informativní. Všechny se vzájemně prolínají. Subjektivní prožívání je podmíněno rázem onemocnění, okolnostmi za nichž nemoc probíhá a premorbidní osobností. Ráz onemocnění – roli zde hraje, zda se jedná o nemoc akutní či chronickou, jak je terapeuticky choroba řešena, zda konzervativně nebo chirurgicky a zda léčení probíhá ambulantně, v domácím prostředí nebo je pacient hospitalizován, a dále zda choroba s sebou přináší pro pacienta nějaká omezení. Do okolností patří zavinění onemocnění, zda je vinen samotný pacient nebo k nemoci došlo cizím zaviněním a zda během nemoci se vyskytují nejistoty a problémy v oblasti rodiny, zaměstnání a financí. Záleží také na typu osobnosti nemocného před vznikem nemoci. (Křivohlavý, 2002)

## **1.2 Konceptuální model podle D. E. Oremové**

Tak jak uvádí spolupracovník D. E. Oremové pan Gerhard Bekel, teorie deficitu sebeděče není komplikovaná, ale komplexní. Koncepty této teorie mají zdravotnickým pracovníkům umožnit odhalit a definovat problémy pacienta s následným stanovením potřeb péče u konkrétního jedince. Teorie klade důraz na vědomé jednání člověka. (Halmo, 2006<sub>a</sub>) Tato americká teoretická ošetřovatelství sebeděči pojmenovává specifickou formu starosti o sebe sama, která se vztahuje na blaho, zdraví a zachování života. (Bekel, 2006) Cílem každé sestry by mělo být, aby pacient dosáhnul co nejvyšší možné úrovně sebeděče a stal se tak nezávislým. Model také zdůrazňuje prevenci, individuální odpovědnost jedince a zdravotní výchovu, jako součást ošetřovatelského procesu. (Jarošová, 2003)

### **1.2.1 Dorothea Elisabeth Orem**

Tato velmi vzdělaná žena se narodila roku 1914 v Baltimoru. Základní ošetřovatelské vzdělání získala na Hospital School of Nursing ve Washingtonu roku 1930. O devět let později získala titul bakalář v oblasti edukace ve zdravotnictví na Catholic University of America a zde také vystudovala následně magisterské vzdělání ve stejném oboru. Roku 1940 se stala ředitelkou pro ošetřovatelství v Providence Hospital v Detroitu. V období 1947 - 1957 pracovala jako zdravotní sestra v nemocnici, privátní sestra a sestra konzultantka ve státě Indiana. V této době také začala pracovat na vývoji své teorie. V roce 1957 se vrátila zpět do Washingtonu, kde začala od roku 1959 působit na katolické univerzitě. Ve svém životě pracovala také jako poradkyně pro ošetřovatelství ve vlastní firmě, kterou založila roku 1970 v Marylanku. Mimo jiné D. E. Oremová i publikovala, vydala knihu „Nursing: Concepts of Practice“ (Ošetřovatelství: Koncepte praxe). Roku 1971 získala titul doktora věd na Georgetown University ve Washingtonu. 1984 odešla do penze. Paní D. E. Oremová zemřela 22.6. 2007. (Pavlíková, 2006)

### 1.2.2 Vývoj teorie deficitu sebedpěče

Vývoj TDSP je dělen do 4 fází. Během své sesterské praxe zjistila D. E. Oremová, že ne všichni pacienti potřebují ošetřovatelskou péči. Došla k závěru, že ošetřovatelskou péči potřebují jedinci, kteří nejsou schopni se o sebe postarat v takovém rozsahu a kvalitě vzhledem k jejich aktuálnímu stavu. Svoji ošetřovatelskou teorii začala vytvářet v polovině 60. let minulého století a v roce 1973 ji uvedla do praxe. (Pavlíková, 2006)

#### 1. fáze – Reflexe ošetřovatelských činností (rok 1950 až 1959)

D. E. Oremová prováděla v letech 1949 – 1957 reflexi ošetřovatelských činností a ošetřovatelského jednání v ošetřovatelské praxi. Zabývala se také zkoumáním organizačních struktur klinik a požadavky kladenými na ošetřovatelský personál. (Bekel, Halmo, 2004)

#### 2. fáze – Formování předmětu/objektu ošetřovatelství (rok 1960 až 1970)

Roku 1960 D. E. Oremová zahájila vývoj jednotlivých konceptů, které nyní známe jako Teorii deficitu sebedpěče. V období 1965 až 1971 vzniklo šest konceptů teorie: základní podmíněčné faktory, požadavky sebedpěče, kompetence sebedpěče, situační potřeba sebedpěče, deficit sebedpěče, situační problematika. (Bekel, Halmo, 2004)

#### 3. fáze – Pronikání/difúze teorie (rok 1971 až 1979)

V roce 1975 bylo nařízeno, aby každá zdravotnická škola užívala jako základ kurikula nějakou teorii. Teorie Oremové patřila k nejčastěji užívaným a to přispělo k jejímu rychlejšímu vývoji. K začlenění TDSP do výuky a praxe přispěly konference, které se pravidelně konaly na University of Columbia Missouri. Průběžně stále probíhal vývoj teorie i jejích konceptů. (Bekel, Halmo, 2004)

#### 4. fáze – Další vývoj celkové koncepce (od roku 1980)

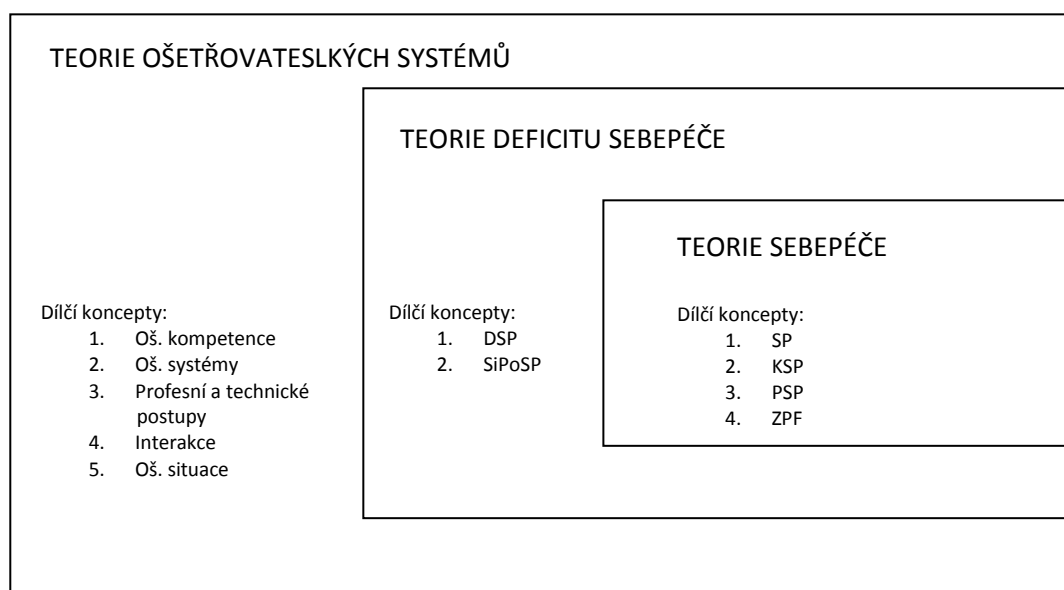
Od roku 1980 se D. E. Oremová věnovala dalšímu rozvoji konceptů, ale hlavně se zaměřila na vysvětlení a popsání základů disciplíny ošetřovatelství jako vědy. Roku 1989 vznikla International Orem Society,

kteřá podporuje TDSP celosvětově a pořádá každé dva roky konference. (Bekel, Halmo, 2004)

### 1.2.3 Struktura teorie deficitu sebeběče

TDSP je tvořena třemi základními teoriemi, které mají své dílčí koncepty. Její jádro tvoří teorie sebeběče/dependentní péče.

Tab. č. 1 Struktura TDSP



(Halmo, 2006<sub>b</sub>, s.3; [zdroj Orem, 1997])

**Legenda:**

SP – sebeběče

PSP – požadavky sebeběče

DSP- deficit sebeběče

KSP – kompetence sebeběče

SiPoSP – situační potřeba sebeběče

ZPF – základní podmíněčné faktory

### 1.2.4 Teorie sebeběče

Teorie sebeběče je jádrem celé TDSP a zahrnuje dva koncepty, koncept sebeběče a koncept dependentní péče. Bez vědomostí v oblasti sebeběče nelze pochopit TDSP. Dílčí koncepty teorie sebeběče/dependentní péče jsou: sebeběče, kompetence sebeběče, požadavky sebeběče a základní podmíněčné faktory. (Halmo, 2006<sub>b</sub>)

#### Samostatnost a starost o sebe sama

Samostatnost představuje svébytnost člověka. Synonymem tohoto slova je nezávislost, vlastní zodpovědnost. Není však určen přesný teoretický

nebo konceptuální výklad tohoto pojmu. Lze říci, že se jedná o základ/předpoklad lidského jednání, který je dán hodnotami a normami. Pro pochopení samostatnosti v ošetrovatelské praxi musíme znát pojem autonomie a heteronomie. Autonomie je nezávislost člověka a heteronomie je podřízenost, závislost, která může trvale ovlivňovat samostatnost člověka. Zásadním problémem každodenní ošetrovatelské praxe je užívání pojmu samostatnost, který označuje často jen fyzickou nezávislost/samostatnost pacienta. Proto je nutné v oš. praxi užívat koncepty starosti o sebe sama (sebepéče). (Bekel, 2006)

### Sebepéče

„Sebepéče je lidská regulatorní funkce, kterou osoba pro sebe vědomě vykonává nebo pro sebe nechá vykonávat, aby zajistila a udržela určitý stav materiálních věcí a podmínek k zachování života.“ (Halmo, 2006<sub>a</sub>, s. 71 [zdroj Orem, 1997]) Sebepéče se odlišuje od reflexů i instinktů, jedná se o iniciování a provádění aktivit. Sebepéče se dá naučit. Fáze učení v oblasti sebepéče není vymezena pouze na dětský věk. Znalost vývoje lidského jednání a schopnosti vědomého jednání je pro zdravotnický personál nezbytná. Činnosti sebepéče jsou ovlivňovány individuálními schopnostmi jedince a aktuálními životními okolnostmi. Sebepéče má dvojí význam: péče o sebe sama a péče prostřednictvím sebe sama. Dependetní péče označuje péči o druhou osobu, která není schopna sebepéči vykonávat (částečně nebo úplně). (Bekel, Halmo, 2004)

### Požadavky sebepéče (PSP)

Požadavky sebepéče nám vysvětlují, proč se jedinec má o sebe starat, PSP jsou nutné k zachování života. Oremová je označuje jako podněty pro žádoucí jednání. Obecně lze říci, že se jedná o požadavky kladené na lidské jednání, které musí být člověkem nebo pro člověka vykonány a ví o nich, že jsou nutné k vývoji jedince a zachování života. PSP byly klasifikovány do tří základních skupin: obecné požadavky sebepéče,

vývojově podmíněné požadavky sebezpečí a zdravotně podmíněné požadavky sebezpečí. (Bekel, Halmo, 2004)

#### *Obecné požadavky sebezpečí*

Popisují biologické faktory lidského života, které mohou být ovlivňovány prostřednictvím sebezpečí. Patří k nim osm základních bodů: zachování dostatečného přívodu vzduchu, potravy a tekutin, správné vylučování moče a stolice, rovnováha mezi odpočinkem s aktivitou, samotou a sociální interakcí a udržení fyzické, psychické, sociální pohody. (Bekel, Halmo, 2004)

#### *Vývojově podmíněné požadavky sebezpečí*

Tyto PSP určují faktory, které jsou důležité pro lidský vývoj ve všech fázích života. Jsou děleny do tří skupin: Zajištění podmínek, které podporují vývoj, angažovanost ve vývoji sebezpečí, vývojové poruchy způsobené nemocí nebo životním prostředím. (Bekel, Halmo, 2004)

#### *Zdravotně podmíněné požadavky sebezpečí*

Vznikají při nemoci, úrazu, nepohodě, omezení. Tyto tzv. zdravotní deviace se vztahují na fyzické, psychické a duchovní aspekty lidského zdraví. Jsou shrnuty do šesti bodů: nárokování a zajištění vhodné zdravotnické péče, uvědomit si a rozpoznat důsledky patologických stavů, efektivní dodržování a provádění naordinovaných zdravotnických opatření, uvědomit si, znát a regulovat vedlejší efekty zdravotnických intervencí, akceptování změny konceptu sebe sama, integrace účinku a podmínek nemoci a postupu léčby do života. (Bekel, Halmo, 2004)

#### Kompetence sebezpečí (KSP)

V tomto konceptu se jedná o schopnost jedince vykonávat péči o sebe sama. Pokud sestra pochopí tuto strukturu konceptu kompetence sebezpečí, může tak provádět ošetrovatelskou diagnostiku a tedy stanovit i deficit sebezpečí u pacienta. KSP zahrnují další tři koncepty: činnosti sebezpečí,

potencionální komponenty, základní dispozice a schopnosti. (Bekel, Halmo, 2004)

### *Činnosti sebezpečí*

Jedná se o smysluplné činnosti, které člověku napomáhají v péči o sebe sama. (Halmo, 2006<sub>b</sub>) Patří sem činnosti, které jsou směřovány na hodnocení a pochopení situace, dále činnosti, které představují přechodnou fázi (transitivní funkce) a činnosti, které způsobují přímé praktické provedení (produktivní funkce). (Bekel, Halmo, 2004)

### *Potenciální komponenty*

Je to potenciál každého člověka, který mu umožňuje provést sebezpečí. (Halmo, 2006<sub>b</sub>) Pokud je tento potenciál omezen, je nutné ho obnovit. Potencionální komponenty jsou specifické schopnosti sebezpečí a vyplývají z obecných schopností, které člověk získává v průběhu života. (Bekel, Halmo, 2004)

### *Základní dispozice a schopnosti*

Je to výbava získaná během života, kterou člověk využívá při zvládnutí problému. Základní lidské dispozice a schopnosti jsou zde chápány jako základ vědomého jednání jedince. Do základních dispozic a schopností je řazena: schopnost orientace, vnímání, regulace držení těla pohybu, učení, obraz sebe sama, paměť, kulturní zkušenosti, regulace motivačních procesů. (Bekel, Halmo, 2004)

### Základní podmíněčné faktory

Jsou to faktory, které působí na jednání jedince a toto jednání ovlivňují jak ve smyslu pozitivním, tak negativním. K základním podmíněčným faktorům patří:

1. věk, pohlaví
2. trvání ošetřovatelské situace, případně začátek ošetřovatelské podpory
3. zdravotní stav (předešlý a aktuální, jeho vlastní vnímání pacientem)

4. vývojový stupeň (úroveň tělesných, funkčních, kognitivních a psychosociálních funkcí)
5. systém zdravotní péče
6. socio-kulturní faktory (kulturní původ pacienta)
7. socio-ekonomické faktory (finanční rezervy pacienta nebo rodiny)
8. životní struktury (obecné činnosti sebepéče dané osoby)
9. okolí (životní podmínky)
10. rezervy (potenciál klienta)

(Halmo, 2006<sub>b</sub>, s. 5, [zdroj Orem, 1997])

### **1.2.5 Teorie deficitu sebepéče (TDSP)**

Jedná se o centrální a nejdůležitější část celé teorie, která formuluje důvody, proč lidé potřebují péči v určitých situacích, kdy nejsou schopni ji sami vykonávat. Určuje kdy je potřeba ošetrovatelské péče. (Halmo, 2006<sub>b</sub>) Tato teorie zahrnuje dva dílčí koncepty: deficit sebepéče a situační potřebu sebepéče. (Bekel, Halmo, 2004)

#### Deficit sebepéče

Pokud se nachází kompetence sebepéče v rovnováze s požadavky sebepéče, tak deficit sebepéče nevzniká. Ale dojde-li k porušení této rovnováhy a požadavky sebepéče převýší kompetence sebepéče, **vzniká deficit sebepéče**. (Bekel, Halmo, 2004)

Deficit sebepéče vyjadřuje vztah mezi situační potřebou sebepéče a kompetencí sebepéče. Jinými slovy lze říci, že kompetence sebepéče nesplňují nároky situační potřeby sebepéče. (Halmo, 2006<sub>a</sub>) Deficity sebepéče mohou být částečné nebo úplné a aktuální nebo potencionální, podle délky trvání přechodné nebo trvalé.

#### Situační potřeba sebepéče

Je to souhrn všech činností sebepéče, které by měly být provedeny, aby došlo ke zvládnutí všech nároků v nově vzniklé situaci. (Halmo, 2006<sub>a</sub>)



Části situační potřeby sebeděče jsou u každého jedince individuální, jak z hlediska kvality, tak i kvantity a jsou variabilní v čase. (Bekel, Halmo, 2004) Pomocí situační potřeby sebeděče je tedy určeno, co má být uděláno, aby došlo k usměrnění určité situace. (Halmo, 2006<sub>b</sub>)

### Situační problematika

Jsou to problémy, které vyplývají z nesplněných požadavků sebeděče. Tyto problémy jsou ale regulovatelné jednáním jedince. (Halmo, 2006<sub>a</sub>)

V příloze č. 10 jsou k nahlédnutí stanovené situační problematiky u pacientů s lymeskou borreliózou s rozpracovanými kompetencemi sebeděče pro jejich zvládnutí.

## **1.2.6 Teorie ošetrovatelských systémů**

Teorie oš. systému zahrnuje základní koncepty, která se věnuje činnostem ošetrovatelského personálu. Tvoří tedy strukturu a obsah ošetrovatelské praxe. Předpokladem této teorie je znalost dvou předešlých teorií (teorie sebeděče a teorie deficitu sebeděče). (Halmo, 2006<sub>b</sub>)

### Ošetrovatelské systémy

Jsou to komplexní sady ošetrovatelských činností. Byly definovány tři základní ošetrovatelské systémy, které mají své podsystemy. Jednotlivé systémy určují role ošetrovatelského a pacienta. (Bekel, Halmo, 2004)

1. úplně kompenzatorní systém – je použitelný v situacích, kdy pacient není schopen vykonávat sebeděči, člověk je zcela závislý na pomoci, sestra vykonává úplnou péči (Pavlíková, 2006)
  - a. neschopnost provést libovolnou formu vědomého jednání
  - b. vědomá neschopnost provést činnost, přestože nezachována určitá míra schopnosti pozorování a rozhodování
  - c. neschopnost provádět sebeděči na základě chybějící schopnosti úsudku a rozhodování při zachované pohyblivosti

(Bekel, Halmo, 2004, s. 35)

2. částečně kompenzatorní systém – sestra s pacientem se společně podílejí na péči, pacient je schopen některé činnosti vykonat sám (Pavlíková, 2006)

- a. omezení pacienta v pohybových a manipulativních aktivitách
- b. omezení pacienta v oblasti vědomostí, co se týká akceptování a vědomostí technického rázu, stejně tak jako žádoucích dovedností
- c. omezení pacienta v připravenosti provádět nebo naučit se specifické aktivity

(Bekel, Halmo, 2004, s. 35)

3. edukační a podpůrný systém – pacient potřebuje podporu, sestra ho učí vykonávat činnosti sebepéče (Pavlíková, 2006)

- a. kombinace podpory, poučování/vedení a zajištění okolí příznivého pro vývoj

(Bekel, Halmo, 2004, s. 35)

### **1.2.7 Ošetřovatelská péče o pacienta s LB dle konceptů sebepéče**

Osoby s diagnózou LB jsou nejčastěji hospitalizováni na infekčním oddělení. Sestra se může setkat s těmito nemocnými také na oddělení neurologickém, očním, kožním, interním a rehabilitačním. Zdravotní sestra může přispět k edukační činnosti široké veřejnosti v problematice onemocnění LB, ale především v oblasti prevence LB.

Nedílnou součástí terapie je léčba symptomatologická, která se odvíjí podle postižení organismu. Obvykle zahrnuje analgézii, podávání antirevmatik, nootropik, rehabilitační péči, podporu imunitního systému podáváním vitamínů, atd.

Vzhledem k mnohotvárné klinické manifestaci onemocnění je celková péče o klienta velmi individuální.

V následujících tabulkách je prezentován odvozený vliv LB na obecné, vývojově a zdravotně podmíněné požadavky sebeděče. Tento postup přesně vystihnul potřebu sebeděče u pacientů s diagnózou LB. Zdravotnický pracovník podle tohoto odvozeného vlivu LB na PSP přesně ví, na které oblasti se při péči o pacienta s LB má zaměřit.

Tab. č. 2 Požadavky sebeděče u pacientů s diagnózou LB

Obecné požadavky sebeděče	Vliv lymeské borreliózy na PSP
1. Udržení dostatečného přívodu vzduchu	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>nebyly nalezeny</i></li> </ul>
2. Udržení dostatečného přívodu tekutin	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>I. stádium</u> – při periferní paréze n. facialis (n. VII), (jednostranné i oboustranné postižení) dojde k poklesu ústního koutku a pacient může mít problémy s příjmem tekutin a potravin</li> </ul>
3. Zachování dostatečného přívodu potravy	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>I. stádium</u> – nechutenství (tzv. chřipkové příznaky)</li> </ul>
4. Udržení správného vylučování stolice a moče	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>nebyly nalezeny</i></li> </ul>
5. Udržení rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>I. stádium</u> - objevují se bolesti kloubů a svalů, výrazná <b>únava a malátnost</b></li> <li>▪ <u>II. stádium</u> – dochází k postižení motorických vláken v zadních kořenech míšních, při oligoradikulárním postižení je tzv. segmentární obrna, u které je porušena jen určitá pohybová funkce, při postižení více kořenů vznikají <b>chabé parézy končetin</b>, může dojít až k úplnému vymizení reflexů, většina pacientů trpí <b>nespavostí</b>, nemocní často trpí <b>bolestmi kloubů a svalů</b>, může se rozvinout akutní artritida velkých kloubů, poškozeny bývají i periartikulární struktury (šlachy, vazy, kloubní pouzdra, ...)</li> <li>▪ <u>III. stádium</u> - chronická neuroborelióza s typickou chronickou progresivní encefalitidou projevující se tetra – nebo paraspasticitou, mozečkové příznaky (dysartrie, ataxie), dále chronická encefalomyelitida s projevy kvadraparézy až plegie, ataxie, dysartrie, lymeská artritida s typickou <b>artralgii</b>, dále zánět postihuje okolní struktury, <b>ztuhlost kloubů</b>, tuhnutí svalů šje, <b>myalgie</b>, <b>bolesti v zádech</b></li> </ul>
6. Udržení rovnováhy mezi samotou sociální interakcí	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>II. stádium</u> - změna výrazu tváře z důvodu parézy n. VII, pokleslý ústní koutek a oční víčko, neovládání mimických svalů jedné či obou stran obličeje</li> <li>▪ <u>III. stádium</u> - <b>snížená sociální aktivita</b> (z důvodu pracovní neschopnosti), v některých vážných formách až invalidizace, strach ze sociální izolace</li> </ul>

7. Předcházení životních rizik týkajících se lidského fungování a well-being , fyzická rovnováha	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>II. a III. stádiu</u> - nezvládnání běžných aktivit denního života z důvodu útrpné bolesti, <b>omezení pohybu</b> (omezený rozsah pohybu)</li> <li>▪ rizika – pacient je při postižení pohybového aparátu ohrožen pádem</li> </ul>
8. Podpora lidských funkcí a rozvoje v rámci sociální skupiny, ve vztahu k lidskému potenciálu, známým lidským hranicím a lidské touze být normální	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>II. stádium</u> – změna výrazu tváře z důvodu parézy n. VII – narušený obraz těla, narušené vnímání sebe sama</li> <li>▪ <u>III. stádium</u> – uvědomit si chronicitu onemocnění, často nezvládnání zaměstnání, nutnost změny zaměstnání nebo až invalidizace, snížená možnost vykonávat některé zájmové činnosti</li> </ul>

#### I. Zajištění podmínek, které podporují vývoj:

Vývojově podmíněné požadavky sebezpečí	Vliv lymeské borreliózy na PSP
1. Dostatečné zaopatření základními substancemi k podpoře vývoje	▪ <i>nebyly nalezeny</i>
2. Udržení fyzikálních, sociálních a okolních podmínek, které dávají pocit pohody a bezpečí	▪ <u>III. stádium</u> – z důvodu invalidizace částečná sociální izolace
3. Zajištění a udržení podmínek s optimálními senzorickými potřebami	▪ <u>II. stádium</u> – u radikulitid dochází k vymizení citlivosti (povrchového i hlubokého) – kořenové hypestezie až anestezie a dále dochází k parestéziím
4. Zajištění a udržení podmínek, které podporují afektivní a kognitivní vývoj	▪ <i>nebyly nalezeny</i>
5. Zajištění podmínek a zkušeností nutných pro rozvoj schopností pro život ve společnosti	▪ <i>nebyly nalezeny</i>
6. Zajištění podmínek a zkušeností nutných pro rozvoj sebevědomí	▪ <u>III. stádium</u> – u chronické neuroborreliózy může dojít k organickému psychosyndromu, který vede k demenci (atrofize mozkové tkáně) – zhoršování paměti, myšlení, soustředění
7. Naučení se zvládat strach	▪ <i>nebyly nalezeny</i>

#### II. Angažovanost ve vývoji sebezpečí

1. Pochopení vlastního pozorování a reflexe vlastního jednání	▪ pochopení onemocnění LB, projevů, léčby, prognózy v jednotlivých stádiích
2. Učit se akceptovat pocity s ohledem na vlastní osobu a ostatní lidi	▪ <i>nebyly nalezeny</i>
3. Využít talentu a oblastí zájmu	▪ <i>nebyly nalezeny</i>
4. Reflektovat cíle a hodnotové představy	▪ <i>nebyly nalezeny</i>

5. Zodpovědně jednat v určitých životních situacích	▪ <i>nebyly nalezeny</i>
6. Učit se rozumět emocím	▪ <u>II. stádium</u> – neuropsychické příznaky projevující se agitovaností, depresí, úzkostí, neklidem
7. Snaha o pochopení negativních emocí a impulsů jednání	▪ <i>nebyly nalezeny</i>
8. Podpora duševního zdraví	▪ <i>nebyly nalezeny</i>

III. Vývojové poruchy, působené životním prostředím nebo nemocí, potencují vznik požadavků, které se zabývají následujícími cíli:

1. Zabránit negativnímu důsledku vývoje. Tady budou prováděny činnosti sebezpečí, které rezultují z I. a II. A z obecných a zdravotně podmíněných požadavků sebezpečí
2. Zajistit podmínky a zkušenosti, které mírní a překonávají stávající negativní vlivy na vývoj jedince

Zdravotně podmíněné požadavky sebezpečí	Vliv lymeské borreliózy na PSP
1. Nárokování a zajištění vhodné zdravotnické péče	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ znát strategii léčby</li> <li>▪ uvědomit si důležitost včasnosti léčby a následné rehabilitace</li> </ul>
2. Uvědomit si a rozpoznat důsledky patologických stavů	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dodržovat správnou léčbu a medikaci</li> <li>▪ znát možné riziko <b>chronicity onemocnění</b></li> <li>▪ I. stádiu – uvědomit si možné postižení hlavových nervů, kdy dochází k jejich parézám a bývá postižen okoohybný nerv (n.III), sluchový nerv (n.VIII) - ztráta sluchu a závratě či může být i neuralgie trigeminu (n.V), tyto nervy bývají postiženy často současně, jednostranně či oboustranně</li> </ul>
3. Efektivní dodržování a provádění naordinovaných zdravotnických opatření	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>dodržování správné léčby a medikaci</b></li> <li>▪ dodržování <b>pravidelných termínů kontrol</b> u lékaře - dispenzarizace</li> <li>▪ rehabilitace parézy n. VII, fyzikální terapie</li> </ul>
4. Uvědomit si, znát a regulovat vedlejší efekty zdravotnických intervencí	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>znalost nežádoucích účinků užívaných léků</b> - především ATB</li> <li>▪ znalost progresu onemocnění při nedodržení léčebného režimu a rehabilitace</li> </ul>
5. Akceptování změny konceptu sebe sama v souvislosti s určitým zdravotním stavem, který vyžaduje specifickou formu zdravotní péče	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ akceptování onemocnění v běžném životě</li> <li>▪ stanovení si reálných cílů</li> </ul>
6. Integrace účinku a podmínek nemoci a postupu léčby do života, který dovolí neustálý osobní rozvoj	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aktivní zapojení nemocného do průběhu léčby, rehabilitace</li> <li>▪ překonat pocit nejistoty, strachu</li> </ul>

### 1.2.8 Charakteristika infekčního oddělení v Prostějově

Infektologie je samostatný medicínský obor, který se zabývá studiem, diagnózou a léčbou infekčních onemocnění (Vokurka a kol., 2004, str.201).

Infekční oddělení v Prostějově je od roku 1985 v nově vybudovaném areálu nemocnice. Primářem oddělení je MUDr. Zdeněk Prokeš a vrchní sestrou je Marie Plisková. Péči pacientům zajišťují celkem tři lékaři a devět zdravotních sester. Dalšími pracovníky na oddělení je jedna ošetřovatelka a jedna dezinfektorka. Infekční oddělení poskytuje péči dětským a dospělým pacientům v ambulantní i lůžkové části. Oddělení disponuje 26 lůžky celkem v 16 pokojích a má specifický Domácí řád, který pro pacienty přináší určitá omezení, ve smyslu izolace, návštěv, donášení osobních věcí, atd.. Oddělení zajišťuje péči o pacienty ze spádové oblasti Olomouckého kraje a má nadregionální význam. Úzce spolupracuje s Krajskou hygienickou stanicí. Oddělení je také výukovým pracovištěm a v roce 2008 získalo akreditaci, kterou je mu uděleno oprávnění k uskutečňování vzdělávacího programu pro obor specializačního vzdělání Infekční lékařství. (<http://www.nempv.cz/obsah/oddeleni/infekcni.aspx>)

Prostějovské infekční oddělení zajišťuje ambulantní, hospitalizační a dispenzarizační péči a vakcinační centrum s poradenskou službou. Akutní ošetření a příjem zajišťuje antirabické centrum a příjmová ambulance. Poradna pro infekční choroby dispenzarizuje a provádí diferenciální diagnostiku: u klientů propuštěných z lůžkové části, s diagnózou toxoplazmózy, LB, exantémových onemocnění, postižením jater, parazitárním onemocněním, vyšetření gravidních žen při podezření na infekci, při podezření na infekci po návratu s ciziny, sledování zaměstnanců poraněných infikovanou jehlou, diferenciální diagnostika subfebrilií a uzlinových syndromů. Od roku 2008 je garantovaným oddělením pro léčbu virových hepatitid. Na lůžkové části jsou nejčastěji hospitalizováni nemocní s diagnózou: neuroinfekce bakteriální/virové, streptokokové, stafylokokové, meningokokové a pneumokokové infekce,

parazitární a exantémová onemocnění, gastrointestinální infekce, průjmová onemocnění, antropozoonózy. Jednou z nejčastějších diagnóz hospitalizovaných, ale i dispenzarizovaných osob je lymeská borrelióza. V roce 2009 bylo na lůžkové části infekčního oddělení léčeno 62 pacientů s diagnózou LB (A69.2). (<http://www.nempv.cz>)

## **2 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **2.1 Cíle práce**

1. Odvodit vliv LB na požadavky sebeděče a sestavit výčet situačních problematik u pacientů s LB a rozpracovat situační potřebu sebeděče (s kompetencemi sebeděče) u pacienta s LB.
2. Zmapovat, které problémy (SIP) nemocní LB pociťují, jak tyto problémy zvládají, a kterými kompetencemi sebeděče disponují.
3. Zjistit, jak pacienti prožívají onemocnění LB a zmapovat omezení a důsledky, které toto onemocnění přináší.
4. Na základě zjištěných údajů vytvořit edukační materiály ve formě letáku s názvy: „Nežádoucí účinky antibiotik“, „Znáte prevenci lymeské boreliózy?.

### **2.2 Zdroje odborných poznatků**

Prvním krokem bylo nastudování odborné literatury a načerpání znalostí v oblasti teorie deficitu sebeděče a jejich dílčích konceptů a onemocnění LB. V říjnu 2009 bylo zadáno zhotovení literární rešerše přes NCO NZO Brno. Vyhledávání relevantních zdrojů k tématu se uskutečnilo v databázích BiblioMedica, Medline, Speciální kartotéka článků z odborných časopisů pro sestry a dále přes Hlavní katalog vědecké knihovny v Olomouci. Vyhledávání proběhlo pomocí těchto klíčových slov: lymeská borrelióza, epidemiologie, infekční lékařství, prevence, rizikové faktory, D. E. Orem, koncept sebeděče, teorie deficitu sebeděče, lymeská artritida, únava. Informace byly čerpány z odborných lékařských knih, odborných sesterských časopisů a internetových stránek. Cenné rady a informace k LB mi též poskytl primář MUDr. Zdeněk Prokeš a vrchní sestra Marie Plisková infekčního oddělení Nemocnice Prostějov. Dobrou inspirací a zdrojem informací také byly již vypracované bakalářské a diplomové práce na Ústavu ošetrovatelství a porodní asistence.



V druhé fázi bylo úkolem sestavit problémy (SIP) u nemocných LB. SIP byly sestaveny na základě vlivu LB na požadavky sebezpečí (obecné, vývojově a zdravotně podmíněné požadavky sebezpečí). Tím byly definovány SIP a sestaven výčet projevů a kompetencí (SiPoSP). Rozpracovaná SiPoSP sloužila k sestavení otázek k polostrukturovanému rozhovoru. Celá druhá fáze probíhala ve spolupráci s R. Halmo.

### **2.3 Metodika kvalitativního šetření**

Kvalitativní výzkum je určitým systematickým procesem se subjektivním přístupem k popisu a interpretaci zkušeností. Je vhodné ho použít v situacích, kdy se zkoumá chování lidí, jak zvládají lidé situace v každodenním životě, jak provádí určité aktivity, atd. (Bártlová a kol., 2009).

Pro získání objektivních a důvěryhodných odpovědí byla zvolena pro toto kvalitativní šetření metoda individuálního rozhovoru (interview), s cílem zjistit prožívání nemocných trpících LB, znalost LB a nejčastější problémy, které nemocné LB nejvíce zatěžují. Rozhovor je v současnosti jednou z nejpoužívanějších metod ve výzkumu a diagnostice a v neposlední řadě jde o sociální jev a přirozený komunikační prostředek. Konkrétně byl zvolen polostrukturovaný (polostandardizovaný) rozhovor, což je typ, který má předepsané schéma jednotlivých otázek, předepsanou jejich formulaci a pořadí. Na daných místech je umožněno vést volný rozhovor (Veselá, 2002). Otázky k rozhovoru byly předem konzultovány s vedoucí práce R. Halmo.

Při výběru dotazovaných byl použitý záměrný výběr a všem byla zaručena anonymita. Všichni také byli obeznámeni se záměrem rozhovoru. Každé interview bylo zaznamenáno na diktafon se svolením dotazovaného. Nahrávka sloužila k doslovnému přepisu rozhovoru a následné jeho analýze.

### **2.3.1 Charakteristika souboru dotazovaných**

Všichni dotazovaní byli pacienti trpící LB dispenzarizovaní v odborné ambulanci infekčního oddělení nebo hospitalizovaní na lůžkové části infekčního oddělení Nemocnice Prostějov. S jejich výběrem mi ochotně pomohla vrchní sestra tohoto oddělení Marie Plisková. Celkem bylo osloveno 10 pacientů, kteří s rozhovorem souhlasili a interview poskytli. Průměrný věk souboru dotazovaných byl 52,4 let.

Osloveny byly osoby splňující následující charakteristiky:

- nemocní trpící LB
- nemocní v prvním, druhém nebo třetím stádiu LB
- muži / ženy
- osoby starší 18 let
- nemocní hospitalizováni nebo dispenzarizováni na infekčním oddělení Nemocnice Prostějov

### **2.3.2 Organizace kvalitativního šetření**

V listopadu 2009 byla zaslána na ředitelství Nemocnice Prostějov písemnou formou žádost o povolení průzkumného šetření na infekčním oddělení (viz. příloha č. 1). V prosinci 2009 byla tato žádost schválena a průzkumné šetření povoleno. Rozhovory proběhly během ledna a února roku 2010.

Všechny interview byly uskutečněny na infekčním oddělení Nemocnice Prostějov ve spolupráci s vrchní sestrou Marií Pliskovou, která vždy vybrané pacienty oslovila a zjistila, zda jsou ochotni rozhovor poskytnout. Každý z dotazovaných obdržel informační dopis (viz. příloha č. 2), který jej seznámil se záměrem rozhovoru. Před každým rozhovorem dotazovaný podepsal informovaný souhlas (viz. příloha č. 3). Devět rozhovorů se uskutečnilo na pokoji, tito dotazovaní byli během rozhovoru hospitalizováni a jeden rozhovor proběhnul v učebně mediků. Vždy byly

během rozhovoru dodrženy podmínky soukromí. Účast na průzkumném šetření byla zcela dobrovolná a nebyla honorována.

Nejdelší rozhovor trval 20 minut, nejkratší 8 minut. Po obhájení práce budou nahrávky rozhovorů smazány a osobní údaje respondentů skartovány. Osobní údaje dotazovaných nejsou v práci uváděny v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., O ochraně osobních údajů ze dne 4. dubna 2000.

### Pilotní šetření

Před průzkumným šetřením bylo provedeno pilotní šetření, které mělo odhalit případné nejasnosti ve formulaci otázek, nepřesnosti, nesrozumitelnost a použitelnost pro získání dat. To se uskutečnilo hned začátkem měsíce ledna 2010 s jedním dotazovaným. Na základě připomínky byla upravena tbl. č.1, č.2 k zjištění nejčastějších příznaků a problémů, které pacienty nejvíce zatěžují (viz. příloha č. 5). Po úpravě byly tabulky již použitelné pro samotné šetření a získání co nejpřesnějších dat. K samotným otázkám polostrukturovaného rozhovoru připomínky nebyly žádné.

### **2.3.3 Zpracování dat**

Data byla získaná metodou polostrukturovaného rozhovoru. Pro přesný záznam rozhovoru a získání plnohodnotných dat byl zvolen audiozáznam pomocí diktafonu. Následně byl každý rozhovor doslovně přepsán. Nejdelší rozhovor trvající 20 minut byl přepisován 1 hodinu a 35 minut.

Pro názornost jsou výsledky průzkumného šetření zaznamenány v tabulkách a grafech. Pro přehlednost a výstižnost získaných dat byl použit sloupcový graf v programu Excel - Microsoft Office 2007. Každá otázka z polostrukturovaného rozhovoru je zpracována v oddílu 2.5 a 2.6, interpretace výsledků rozhovorů s pacienty trpící LB k cíli č. 2. Individuální zvládnání nemoci konkrétním dotazovaným bylo analyzováno ze získaných dat z rozhovorů.

Symbolika používaná v tabulkách:

- absolutní četnost –  $n_i$
- relativní četnost v % –  $f_i$
- celková četnost -  $\Sigma$
- pro výpočet relativní četnosti byl použit vzorec –  $f_i = n_i / n \cdot 100$

## 2.4 Interpretace výsledků k cíli č.1

Po prostudování odborné literatury, byl do přehledných tabulek odvozen vliv LB na obecné, vývojově a zdravotně podmíněné požadavky sebeděče. Následně bylo sestaveno šest situačních problematik (SIP č.1 Neznalost LB, SIP č.2 Problematika pohybové aktivity, SIP č.3 Problematika bolesti, SIP č.4 Problematika psychosociální, SIP č.5 Problematika prevence LB, SIP č.6 Problematika odpočinku) s rozpracovanými kompetencemi pro jejich zvládnutí. Protože tento postup vystihuje potřebu péče a sebeděče u pacientů s LB, byla tato kapitola zařazena do oddílu 1.2.7 s. 35 a příloha č. 10.

## 2.5 Všeobecné údaje

### Pohlaví dotazovaných – položka 1

Celkový počet dotazovaných byl 10 (100 %), z toho 3 muži a 7 žen.

Tab. č. 3 Pohlaví dotazovaných

	Muži	Ženy	$\Sigma$
$n_i$	3	7	10
$f_i$	30 %	70 %	100 %

## Věk dotazovaných – položka 2

Věkové rozmezí dotazovaných bylo od 39 let do 59 let, průměrný věk 52,4 let.

Tab. č. 4 Věk dotazovaných

	39	43	44	50	57	58	59	$\Sigma$
$n_i$	1	1	1	1	2	2	2	10
$f_i$	10 %	10 %	10 %	10 %	20 %	20 %	20 %	100 %

## Stádium lymeské boreliózy a forma postižení – položka 3

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) se ve stádiu časně diseminované infekce nyní nachází devět pacientů. Jedna pacientka je v pozdním, chronickém stádiu diseminované infekce s širokým klinickým obrazem.

Tab. č. 5 Stádium LB

	Stádium časně diseminované infekce	Stádium pozdní diseminované infekce	$\Sigma$
$n_i$	9	1	10
$f_i$	90 %	10 %	100 %

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) se u pěti pacientů vykytuje forma kloubní. Forma akutní neuroboreliózy je u čtyřech pacientů, z nichž u tří se objevují parestezie v obličeji a parestezie končetin a u jedné z dotazovaných došlo k paréze n. VII. Chronickou neuroboreliózou trpí jedna pacientka.

Tab. č. 6 Forma postižení LB

	Kloubní forma	Akutní neuroborelióza	Chronická neuroborelióza	$\Sigma$
$n_i$	5	4	1	10
$f_i$	50%	40%	10%	100%

#### Délka léčby – položka 4

Jednotliví pacienti se nacházejí v různých časových obdobích léčby. Nejdéle trvající léčba je devět let a nejkratší léčba, nyní započatá, jeden týden.

Tab. č. 7 Délka léčby

	1 týden	2 měsíce	5 měsíců	6 měsíců	8 měsíců	1 rok	1 rok 3 měsíce	1 rok 6 měsíců	9 let	$\Sigma$
$n_i$	1	1	1	2	1	1	1	1	1	10
$f_i$	10 %	10 %	10 %	20 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %	100 %

#### Rodinný stav – položka 5

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) je jeden z dotazovaných svobodný muž, šest žen je vdaných, dva muži ženatí a jedna žena je rozvedená.

Tab. č. 8 Rodinný stav

	Svobodný/á	Vdaná/ženatý	Rozvedený/á	$\Sigma$
$n_i$	1	8	1	10
$f_i$	10 %	80 %	10 %	100 %

### Vzdělání dotazovaných – položka 6

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) mají dva vysokoškolské vzdělání, pět vystudovalo střední školu a tři respondenti základní školu.

Tab. č. 9 Vzdělání dotazovaných

	Základní vzdělání	Středoškolské vzdělání	Vysokoškolské vzdělání	$\Sigma$
$n_i$	3	5	2	10
$f_i$	30 %	50 %	20 %	100 %

### Současné zaměstnání – položka 7

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) jsou tři nyní ve starobním důchodu, jedna pacientka v invalidním důchodu z důvodu chronicity LB a jedna respondentka je momentálně nezaměstnaná. Ostatních pět dotazovaných je v pracovním poměru.

Tab. č. 10 Současné zaměstnání

	Starobní důchod	Invalidní důchod	Podnikatel	Strojník	Sadař	Dělnice v zemědělství	Metodik	Nezaměstnaný	$\Sigma$
$n_i$	3	1	1	1	1	1	1	1	10
$f_i$	30 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %	100 %

## 2.6 Interpretace výsledků k cíli č. 2

### Znalosti dotazovaných v problematice LB (onemocnění, diagnostické metody, léčba, prognóza) – položka 8

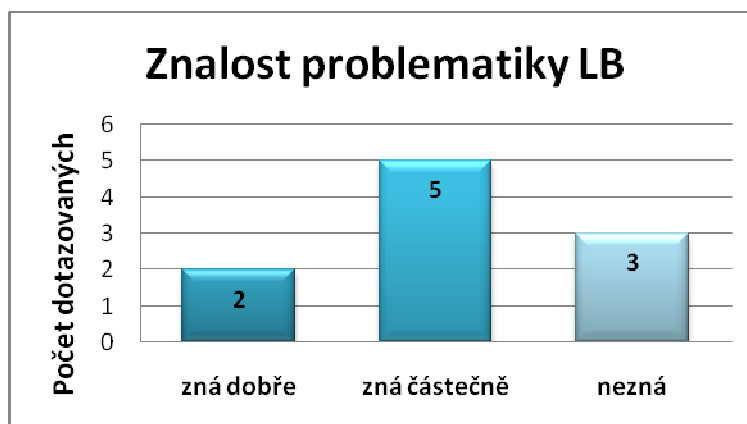
Pro hodnocení znalostí dotazovaných bylo použito hodnocení pomocí bodů viz. příloha č. 7 *Hodnocení znalostí dotazovaných v problematice LB*. Vznikly tři skupiny s bodovým rozmezím: 17 – 13 bodů zná dobře, 12 - 8 bodů zná částečně, 7 a méně bodů nezná.

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) znali problematiku LB dva dotazovaní dobře, pět respondentů ji znalo jen částečně a tři dotazovaní neznali problematiku LB. Nikdo z nich nedosáhl maximálního počtu bodů. Nejvíce získala jedna respondentka 15 bodů, nejméně u jednoho respondenta se objevily pouze 4 body. Položky prognóza a stádia onemocnění byly ty, které ve většině případů dotazovaní nevěděli.

Tab. č. 11 Znalost problematiky LB

	Zná dobře problematiku LB	Zná částečně problematiku LB	Nezná problematiku LB	$\Sigma$
$n_i$	2	5	3	10
$f_i$	20 %	50 %	30 %	100 %

Graf č. 1 Znalost problematiky LB





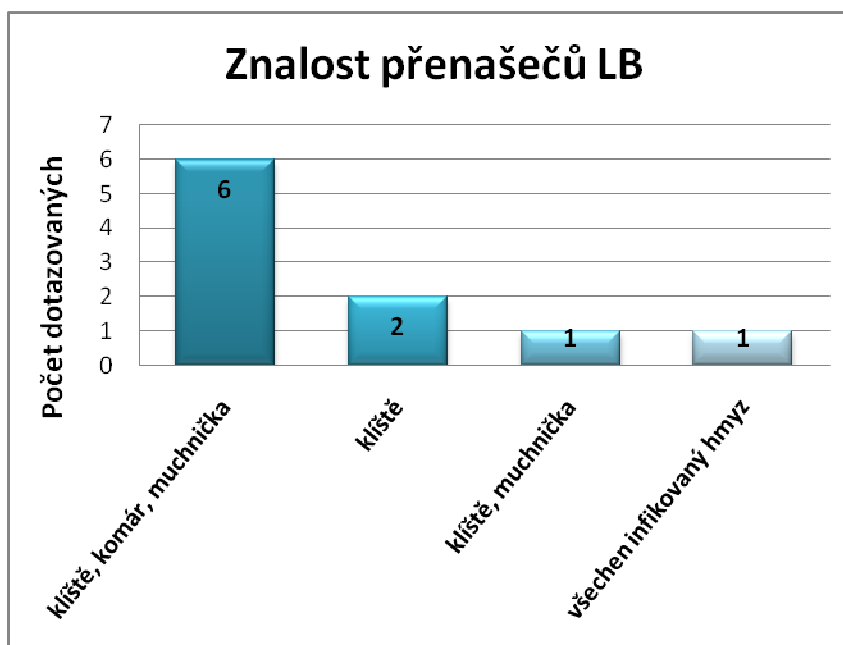
### Znalost přenašečů LB a konkrétně, kterým přenašečem se dotazovaný nakazil – položka 9

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) uvedli dva dotazovaní dobře klíště jako jediného přenašeče LM. Ostatní z dotazovaných uváděli i jiný krev sající hmyz, což se za správnou odpověď nedá považovat, jelikož to není dosud vědecky prokázáno. O klíštěti se ale zmínilo celkem osm dotazovaných. Jedna z respondentek uvedla jako možného přenašeče, všechen krev sající hmyz. Mezi ostatními zmiňovanými se objevil komár a muchnička.

Tab. č. 12 Znalost přenašečů LB

	Klíště, komár, muchnička	Klíště	Klíště, muchnička	Všechen infikovaný hmyz	$\Sigma$
$n_i$	6	2	1	1	10
$f_i$	60 %	20 %	10 %	10 %	100 %

Graf č. 2 Znalost přenašečů LB

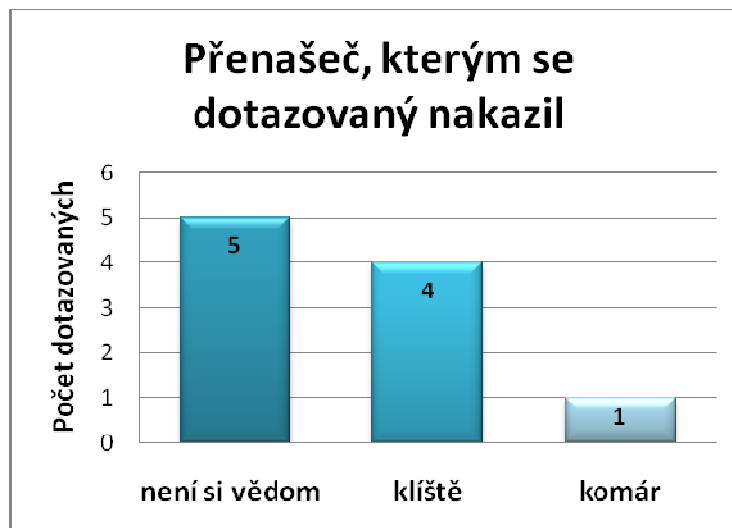


Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) uvedlo pět, že si nejsou vědomi kousnutí klíštěte ani píchnutí komárem, čtyři respondenti si jsou vědomi klíštěte a jeden dotazovaný uvedl píchnutí komárem.

Tab. č. 13 Přenašeč, kterým se dotazovaný nakazil

	Není si vědom	Klíště	Komár	$\Sigma$
$n_i$	5	4	1	10
$f_i$	50 %	40 %	10 %	100 %

Graf č. 3 Přenašeč, kterým se dotazovaný nakazil



### Znalost prevence LB – položka 10

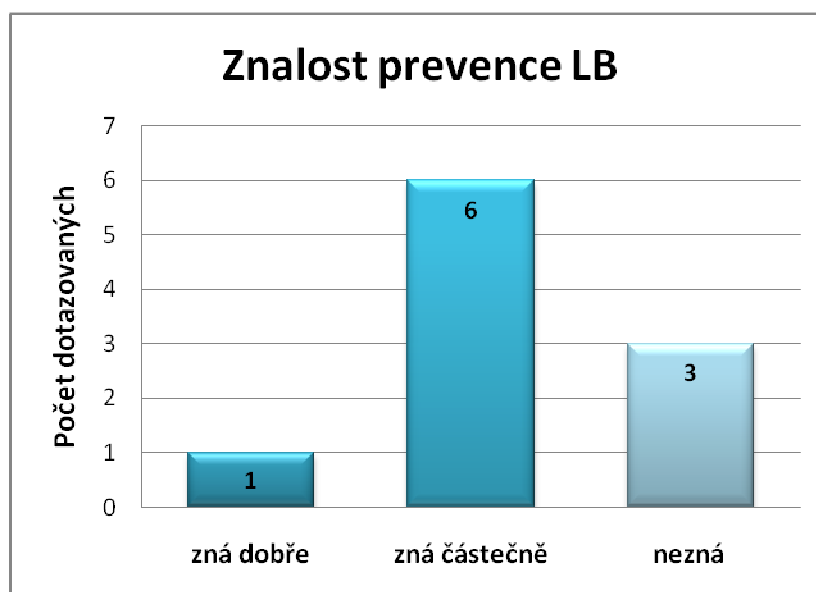
Pro hodnocení znalostí dotazovaných bylo opět použito hodnocení pomocí bodů viz. příloha č. 7 *Hodnocení znalostí prevence*. Vznikly tři skupiny s bodovým rozmezím: 6 – 4 body zná dobře, 3 – 2 body zná částečně, 1 – 0 bodů nezná.

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) znal prevenci LB jeden dotazovaný dobře, šest respondentů ji znalo jen částečně a tři dotazovaní neznali prevenci LB, měli 0 bodů. Nejvíce 4 body získal jeden z dotazovaných. Tři respondenti uvedli chybně, že prevencí LB je očkování.

Tab. č. 14 Znalost prevence LB

	Zná dobře prevenci LB	Zná částečně prevenci LB	Nezná prevenci LB	$\Sigma$
$n_i$	1	6	3	10
$f_i$	10 %	60 %	30 %	100 %

Graf č. 4 Znalost prevence LB



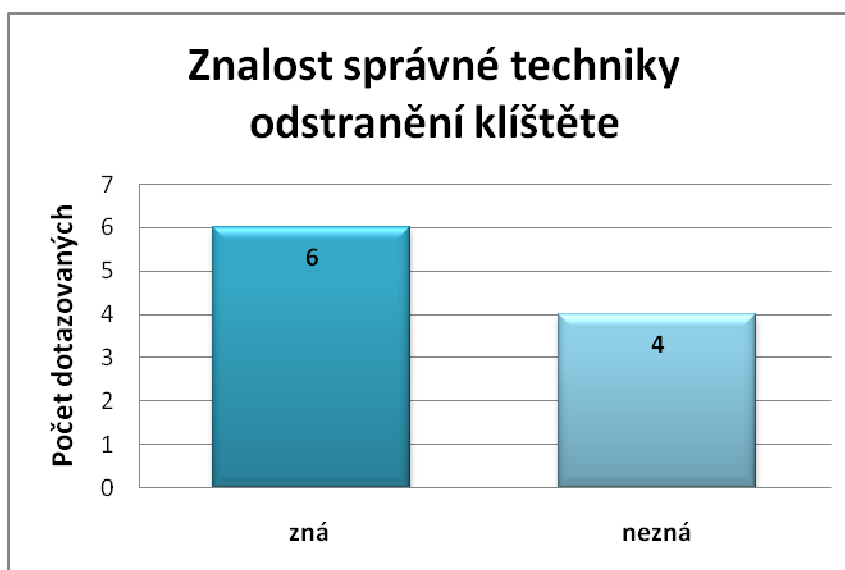
### Znalost správné techniky odstranění klíštěte – položka 11

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) nevedli čtyři správnou techniku odstranění klíštěte a šest respondentů správnou techniku uvedlo. Správná technika: Nejprve klíště potřeme dezinfekčním prostředkem např. Jodisolem. Klíště se musí odstranit co nejopatrněji, nepotíráme klíště olejem nebo krémem! Odstranění provedeme pomocí speciální pinzety či karty se zářezy nebo speciálním háčkem a to tahem nebo lehce krouživým pohybem. Tyto pomůcky klíště podeberou a vyjmou bez rizika rozmáčknutí. Místo po vynětí /vzniklá drobná ranka/ se musí vydezinfikovat opět např. Jodisolem. Během celého odstraňování i po něm na klíště nesaháme holýma rukama. (Bartůněk a kol., 2006)

Tab. č. 15 Znalost správné techniky odstranění klíštěte

	Zná	Nezná	$\Sigma$
$n_i$	6	4	10
$f_i$	60 %	40 %	100 %

Graf č. 5 Znalost správné techniky odstranění klíštěte



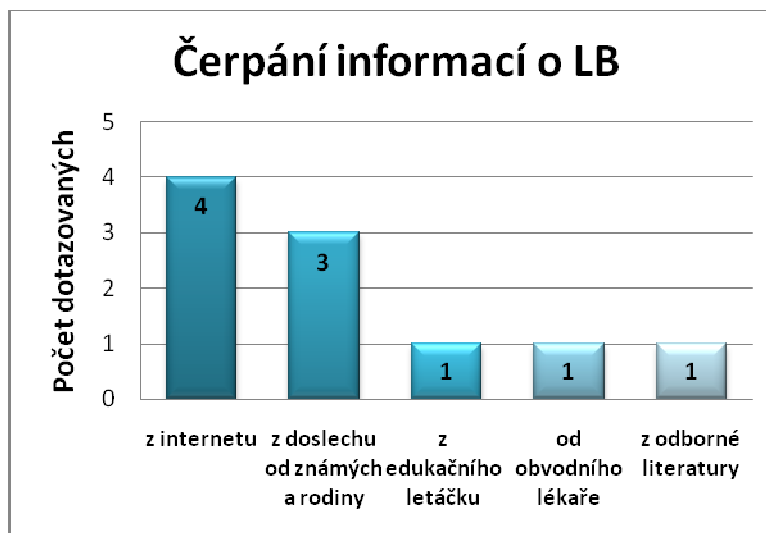
## Informovanost o LB – položka 12

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) čtyři informace čerpali z internetu, tři respondenti pouze z doslechu svého okolí, jeden dotazovaný z odborné literatury, jeden z edukačního letáčku v čekárně obvodního lékaře a jeden dotazovaný získal informace od svého obvodního lékaře.

Tab. č. 16 Čerpání informací o LB

	Z internetu	Z doslechu od známých a rodiny	Z edukačního letáčku	Od obvodního lékaře	Z odborné literatury	$\Sigma$
$n_i$	4	3	1	1	1	10
$f_i$	40 %	30 %	10 %	10 %	10 %	100 %

Graf č. 6 Čerpání informací o LB



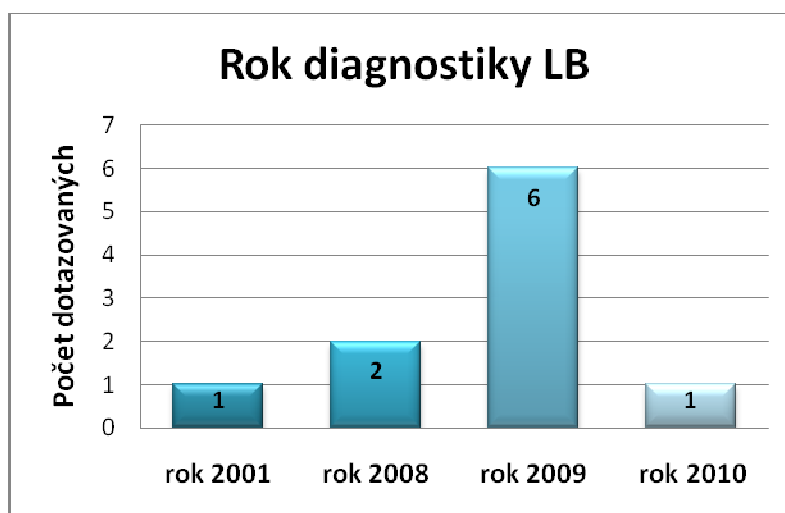
**Rok, ve kterém byla dotazovanému LB diagnostikována, kde dotazovanému LB diagnostikovali, první projev LB – položka 13**

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) byla v roce 2001 LB diagnostikována jedné pacientce, roku 2008 dvou dotazovaným, roku 2009 celkem šesti a jednomu dotazovanému roku 2010.

Tab. č. 17 Rok diagnostiky LB

	Rok 2001	Rok 2008	Rok 2009	Rok 2010	$\Sigma$
$n_i$	1	2	6	1	10
$f_i$	10 %	20 %	60 %	10 %	100 %

Graf č. 7 Rok diagnostiky LB

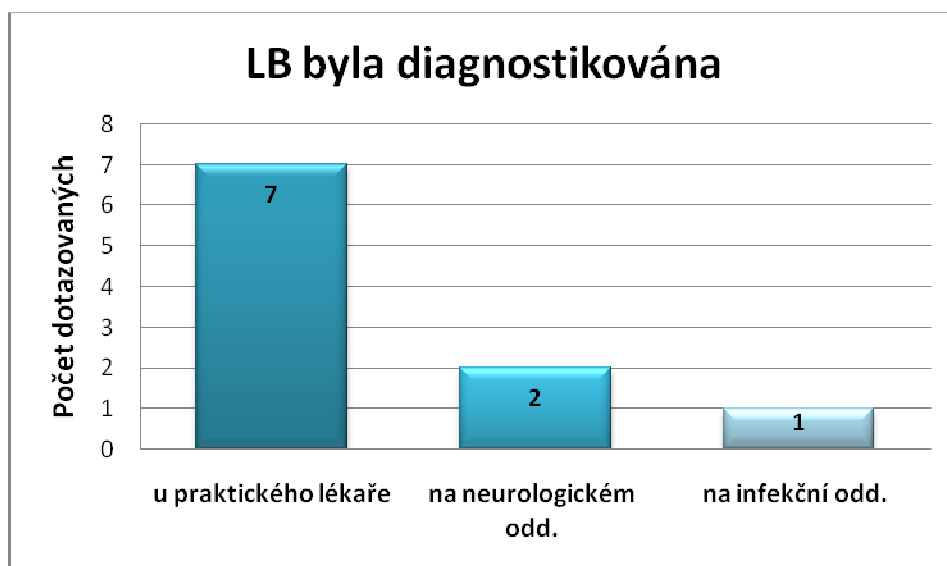


Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) jako první LB diagnostikoval praktický lékař sedmi dotazovaným, jedné pacientce LB diagnostikoval přímo lékař na infekčním oddělení a dvěma LB diagnostikovali na neurologickém oddělení.

Tab. č. 18 LB byla diagnostikována

	U praktického lékaře	Na neurologickém odd.	Na infekčním odd.	$\Sigma$
$n_i$	7	2	1	10
$f_i$	70 %	20 %	10 %	100 %

Graf č. 8 LB byla diagnostikována

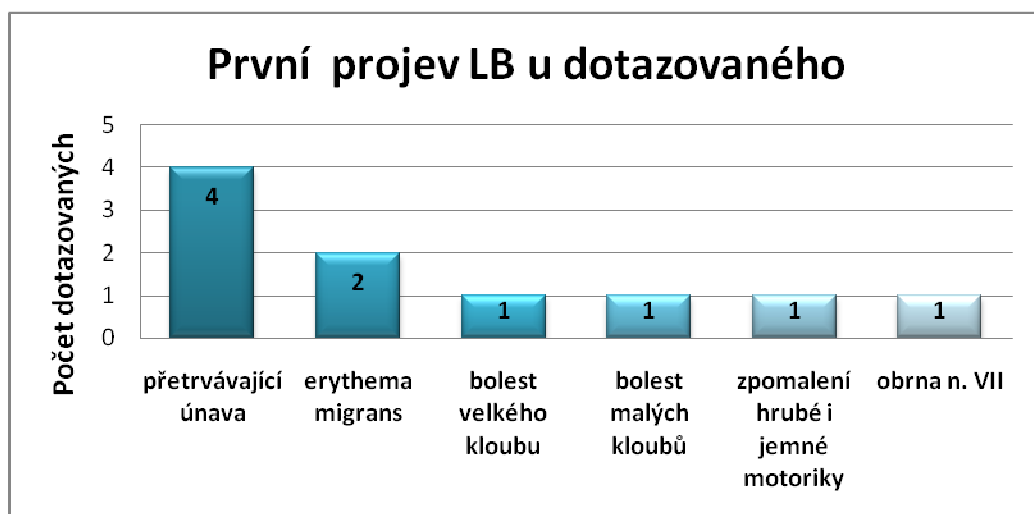


Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) čtyři uvedli jako první příznak přetrvávající únavu, která je dovedla k lékaři. U dvou se objevilo typické erythema migrans, u jedné z pacientek došlo k obrně n. VII. Dále u jedné z dotazovaných dlouhodobě trvající bolest velkého kloubu, jeden dotazovaný uvedl bolest malých kloubů nohy a ruky. U jedné z pacientek prvotním příznakem bylo stále se zhoršující zpomalení jemné i hrubé motoriky.

Tab. č. 19 První projev LB u dotazovaného

	Přetrvávající únava	Erythema migrans	Bolest velkého kloubu	Bolest malých kloubů	Zpomalení hrubé i jemné motoriky	Obrna n. VII	$\Sigma$
$n_i$	4	2	1	1	1	1	10
$f_i$	40 %	20 %	10 %	10 %	10 %	10 %	100 %

Graf č. 9 První projev LB u dotazovaného





### Příznaky, které se u dotazovaného objevily/objevují – položka 14

Každý z deseti respondentů mohl uvést více příznaků, které se u něj vyskytly nebo stále vyskytují. Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) se nejvíce objevila únava a to celkem u devíti nemocných. Dále byly četné bolesti velkých kloubů u šesti z dotazovaných. Klasické chřipkové příznaky prvního stádia se objevily u třech dotazovaných a erythema migrans u dvou. Obrna lícního nervu objevující se ve druhém stádiu LB se projevila u jedné pacientky. U jednoho nemocného se objevila bolestivost malých kloubů nohy a ruky. Brnění v obličeji, ale také končetin popisují dvě z dotazovaných a dále dvě popisují trvající bolesti hlavy. U jedné respondentky se objevilo postupné zpomalování hrubé i jemné motoriky. Zhoršenou pohyblivostí trpí tři nemocní. Jedna respondentka dále uvádí nepříjemné závratě a neustálý pocit opilosti a u jedné dotazované byl stav tak vážný, kdy došlo až k paraparéze dolních končetin.

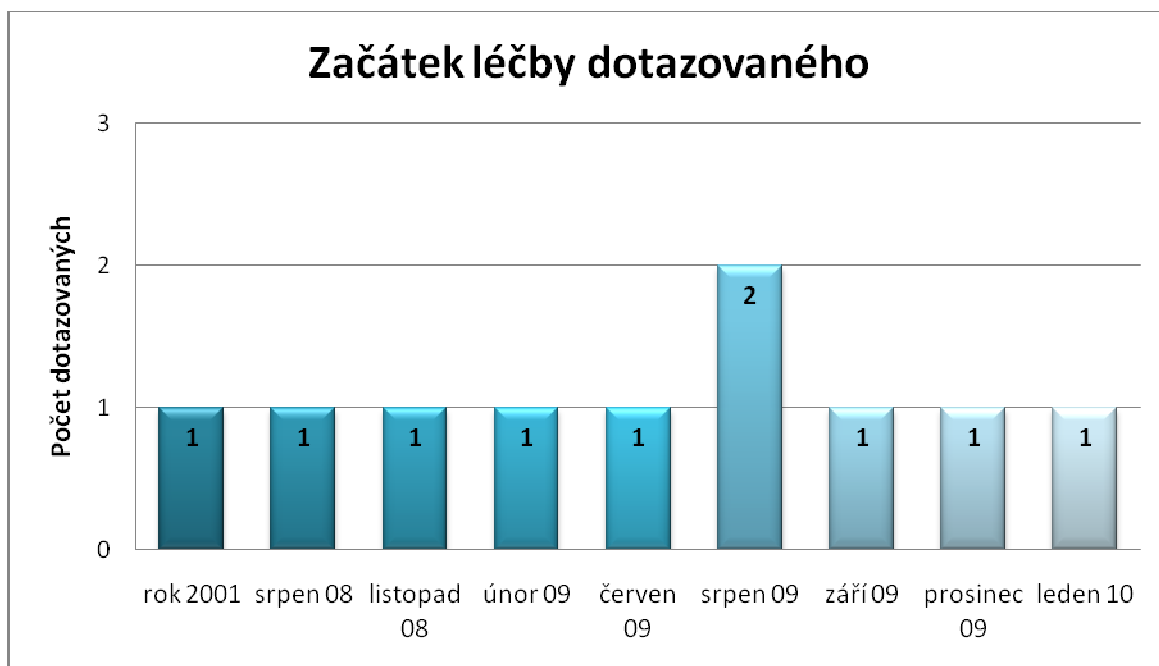
Graf č. 10 Příznaky, které se u dotazovaného objevily/objevují



### Začátek léčby LB u dotazovaných – položka 15

V následujícím grafu je přehled, od kdy se dotazovaný léčí (orientačně měsíc a rok začátku léčby LB).

Graf č. 11 Začátek léčby dotazovaného



## Problémy a příznaky, které nejvíce zatěžují dotazovaného – položka 16

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) každý po rozhovoru vyplnil dvě tabulky (viz. příloha č. 5). V těchto tabulkách označil respondent příznaky a problémy, které se u něj objevily (O) nebo přetrvávají (P) a následně je popsal číslem podle stupně vnímané zátěže (1 – výrazná zátěž, 2 – střední zátěž, 3 – nízká zátěž). Při zpracování těchto dat byly těmto stupňům zátěže přiřazeny body (1 – výrazná zátěž 3 body, 2 – střední zátěž 2 body, 3 – nízká zátěž 1 bod, vůbec nezatěžuje 0 bodů) a z těchto bodů byl následně vypočítán aritmetický průměr u jednotlivých problémů/příznaků (viz. příloha č. 8 a č. 9). Hodnoty aritmetických průměrů jsou zobrazeny v grafech č. 12 a č. 13. Z příznaků nejvíce dotazované zatěžovala únava (aritmetický průměr 2,4) a z problému opět únava a vyčerpání (aritmetický průměr 2,4).

Graf č. 12 Příznaky LB nejvíce zatěžující dotazované



Graf č. 13 Problémy LB nejvíce zatěžující dotazované



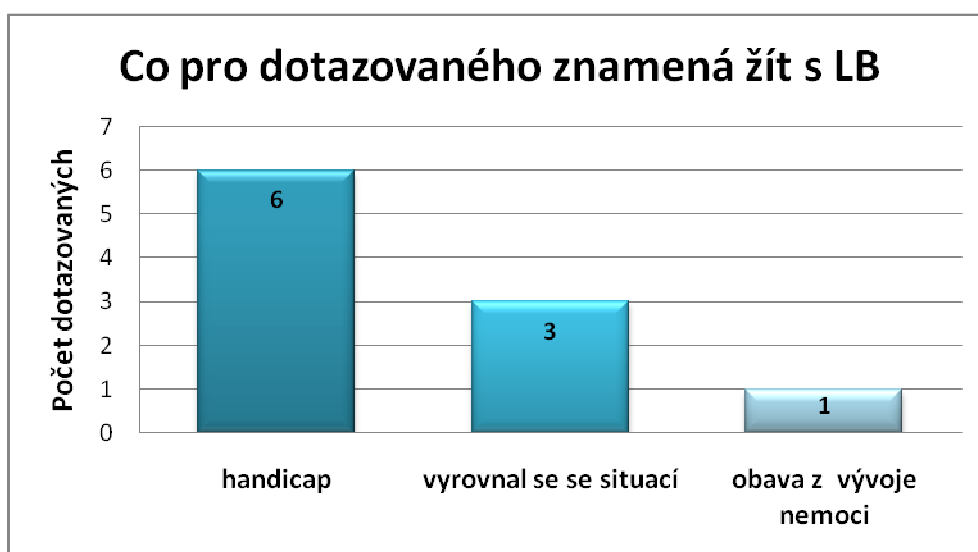
### Co pro dotazované znamená žít s LB – položka 17

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) šest uvedlo, že toto onemocnění pro ně znamená určitý handicap. Omezuje dotazované v určitých činnostech a mnoho z nich se muselo vzdát některých aktivit ve svém životě. Jeden z dotazovaných uvedl obavu z dalšího vývoje nemoci, z toho co ještě přijde a tři respondenti se se situací vyrovnali a akceptují onemocnění ve svém životě.

Tab. č. 20 Co pro dotazovaného znamená žít s LB

	Handicap	Vyrovnal se se situací	Obava z vývoje nemoci	$\Sigma$
$n_i$	6	3	1	10
$f_i$	60 %	30 %	10 %	100 %

Graf č. 14 Co pro dotazovaného znamená žít s LB



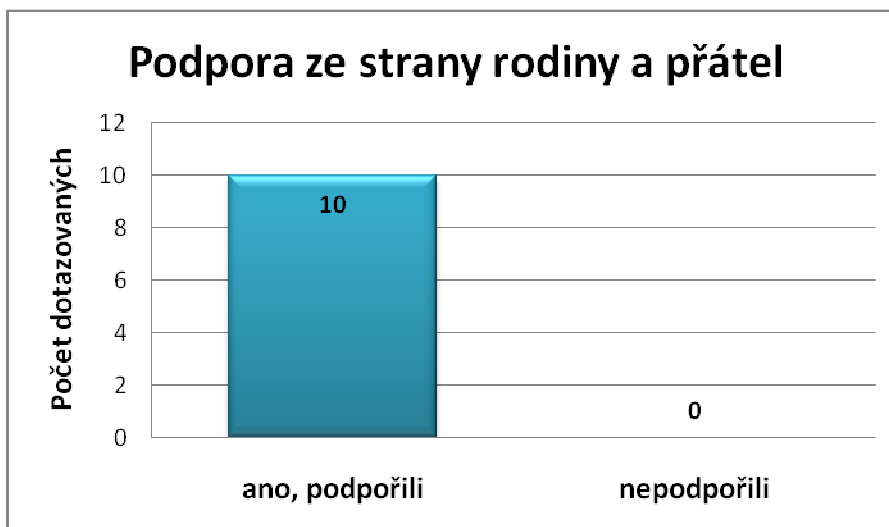
### Podpora ze strany rodiny a přátel – položka 18

Všech 10 (100 %) dotazovaných odpovědělo na tuto otázku pozitivně. Ve všech případech rodina a přátelé nemocného podporují, pomáhají mu.

Tab. č. 21 Podpora ze strany rodiny a přátel

	Ano, podpořili	Nepodpořili	$\Sigma$
$n_i$	10	0	10
$f_i$	100 %	0 %	100 %

Graf č. 15 Podpora ze strany rodiny a přátel

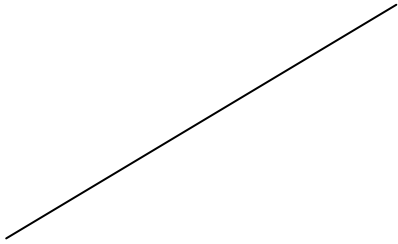


## Emoce dotazovaných pociťované v souvislosti s onemocněním LB – položka 19

Na tuto otázku odpovědělo všech 10 dotazovaných. Mohli uvést pozitivní i negativní emoce související s jejich onemocněním. Emoce vybírali z tabulky *Co pociťujete v souvislosti s Vaším onemocněním – LB?* viz. příloha č. 6. Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) nevedli dva respondenti žádné negativní emoce, celkově převládaly emoce pozitivní.

Tab. č. 22 Emoce dotazovaných pociťované v souvislosti s onemocněním LB

	POZITIVNÍ EMOCE	NEGATIVNÍ EMOCE
Respondent 1	více si vážím druhého člověka	obava, smutek, hněv, méněcennost, strach, úzkost, rozmrzelost, osamělost, nejistota
Respondent 2	dovedu si užívat všedního dne, smíření s realitou, akceptování onemocnění v běžném životě, optimistický pohled na život	obava, nejistota
Respondent 3	více si vážím druhého člověka, smíření s realitou, akceptování onemocnění v běžném životě	obava, nejistota, jiné: nepřítomnost doma a v práci
Respondent 4	akceptování onemocnění v běžném životě	jiné: pobyt v nemocnici, nepřítomnost v práci
Respondent 5	dovedu si užívat všedního dne, více si vážím sebe sama, sebedůvěra, akceptování onemocnění v běžném životě, optimistický pohled na život, pocit jistoty	
Respondent 6	dovedu si užívat všedního dne, smíření se s realitou, akceptování onemocnění v běžném životě, optimistický pohled na život	obava, hněv, jiné: obava zda se vyléčím a budu tak fungovat, jako před onemocněním
Respondent 7	dovedu si užívat všedního dne, více si vážím sebe sama, více si vážím druhého člověka, smíření se s realitou	obava

Respondent 8	dovedu si užívat všedního dne, smíření se s realitou, optimistický pohled na život	jiné: jsem naštvaná, že se nemohu hýbat
Respondent 9	dovedu si užívat všedního dne, více si vážím sebe sama, více si vážím druhého člověka, sebedůvěra, smíření se s realitou, akceptování onemocnění v běžném životě, optimistický pohled na život, pocit důležitosti/potřebnosti, pocit jistoty	
Respondent 10	více si vážím druhého člověka, smíření se s realitou, akceptování onemocnění v běžném životě	obava, méněcennost, úzkost, nejistota



### Co pomáhá dotazovaným, vyrovnat se s touto nemocí – položka 20

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) uvedlo pět, že věří v úspěšnost léčby, čtyřem dotazovaným je podporou především rodina a také přátelé. Jeden pacient uvedl trpělivost.

Tab. č. 23 Dotazovaným vyrovnat se s touto nemocí pomáhá ...

	Víra v úspěšnou léčbu	Rodina a přátelé	Trpělivost	$\Sigma$
$n_i$	5	4	1	10
$f_i$	50 %	40 %	10 %	100 %

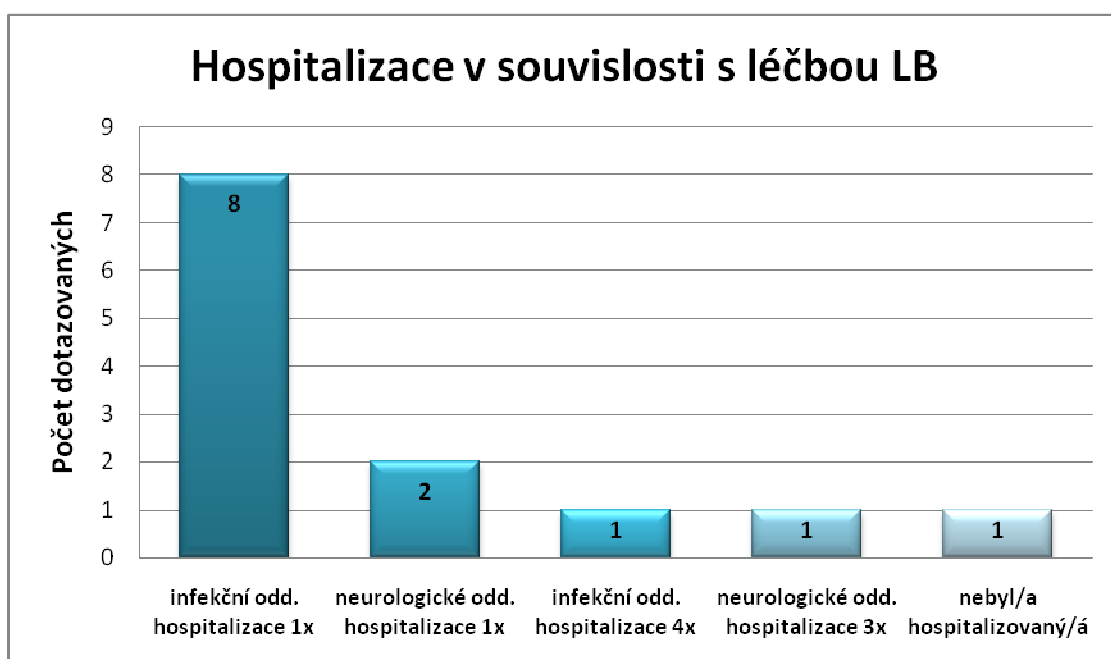
Graf č. 16 Dotazovaným vyrovnat se s touto nemocí pomáhá ...



## Hospitalizace dotazovaných v souvislosti s léčbou LB, na kterém oddělení a kolikrát – položka 21

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) bylo v souvislosti s léčbou LB devět respondentů hospitalizováno na infekčním odd., z toho osm dotazovaných 1x, jedna dotazovaná 4x. Jedna respondentka podstoupila pouze léčbu v domácím prostředí a hospitalizována nebyla vůbec. Kromě infekčního odd. byly také dvě respondentky hospitalizovány 1x na neurologickém oddělení a jedna byla na neurologickém oddělení hospitalizována 4x.

Graf č. 17 Hospitalizace v souvislosti s léčbou LB



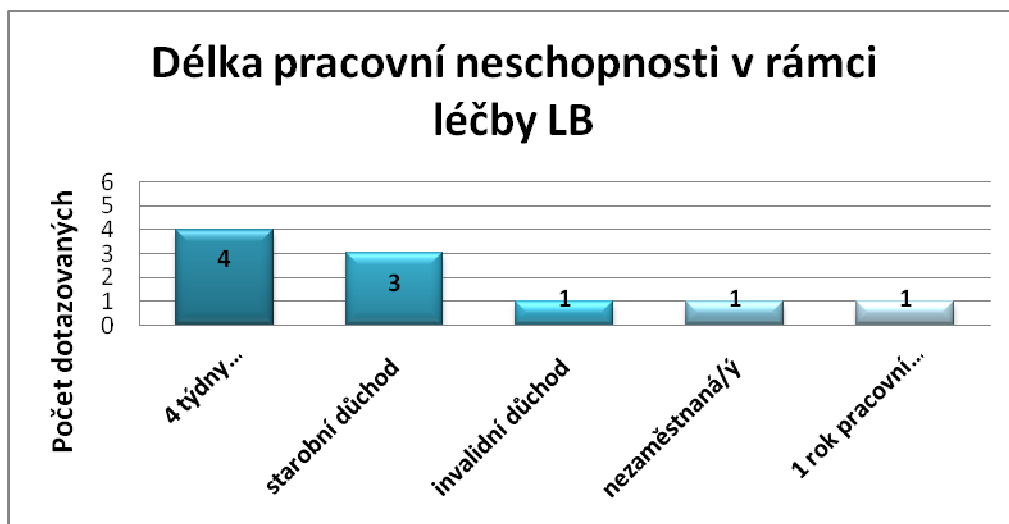
### Délka pracovní neschopnosti a vnímání tohoto období – položka 22

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) byli tři během léčby ve starobním důchodě a jedna z pacientek v invalidním důchodě. Jedna respondentka byla momentálně nezaměstnaná, tři dotazovaní během léčby byli 4 týdny v pracovní neschopnosti. Jedna z dotazovaných je už nyní rok v pracovní neschopnosti.

Tab. č. 24 Délka trvání pracovní neschopnosti v rámci léčby LB

	4 týdny pracovní neschopnost	Starobní důchod	Invalidní důchod	Nezaměstnaná/y	1 rok pracovní neschopnost	$\Sigma$
$n_i$	4	3	1	1	1	10
$f_i$	40 %	30 %	10 %	10 %	10 %	100 %

Graf č. 18 Délka trvání pracovní neschopnosti v rámci léčby LB

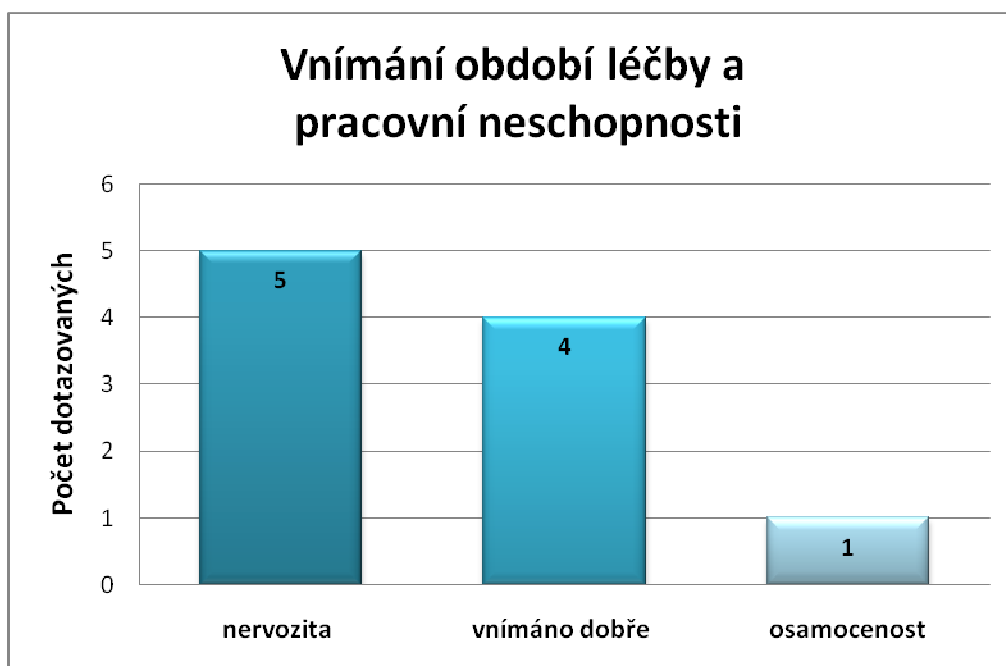


Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) uvedlo pět, že se v tomto období cítilo hodně nervózně z důvodu absence v zaměstnání, čtyři respondenti uvedli, že toto období vnímali dobře a jedna z dotazovaných se v tomto období cítila osamocená.

Tab. č. 25 Vnímání období léčby a pracovní neschopnosti

	Nervozita	Vnímáno dobře	Osamocenost	$\Sigma$
$n_i$	5	4	1	10
$f_i$	50 %	40 %	10 %	100 %

Graf č. 19 Vnímání období léčby a pracovní neschopnosti



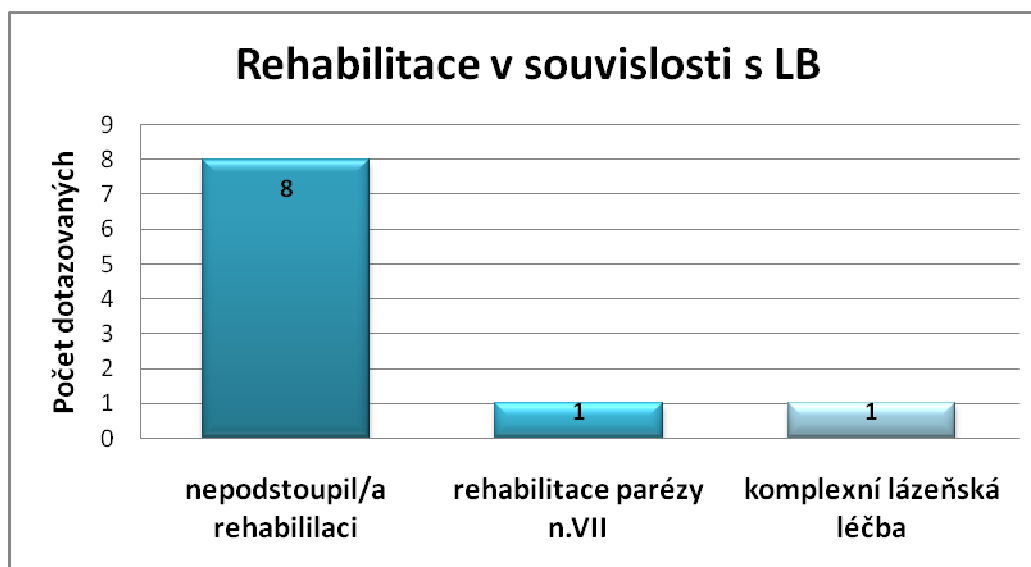
### Rehabilitace v souvislosti s léčbou LB – položka 23

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) nepodstoupilo osm dotazovaných v souvislosti s léčbou LB žádnou rehabilitaci. Jedna dotazovaná podstoupila každodenní rehabilitaci při obrně nervu facialis (masáže obličeje a speciální cviky) a jedna respondentka ve chronickém stádiu nemoci jezdí každý rok do lázní ve Velkých Losinách, kde podstupuje komplexní lázeňskou terapii (koupele, masáže, cvičení, individuální terapii).

Tab. č. 26 Rehabilitace v souvislosti s LB

	Nepodstoupil/a rehabilitaci	Rehabilitace parézy n.VII	Komplexní lázeňská léčba	$\Sigma$
$n_i$	8	1	1	10
$f_i$	80 %	10 %	10 %	100 %

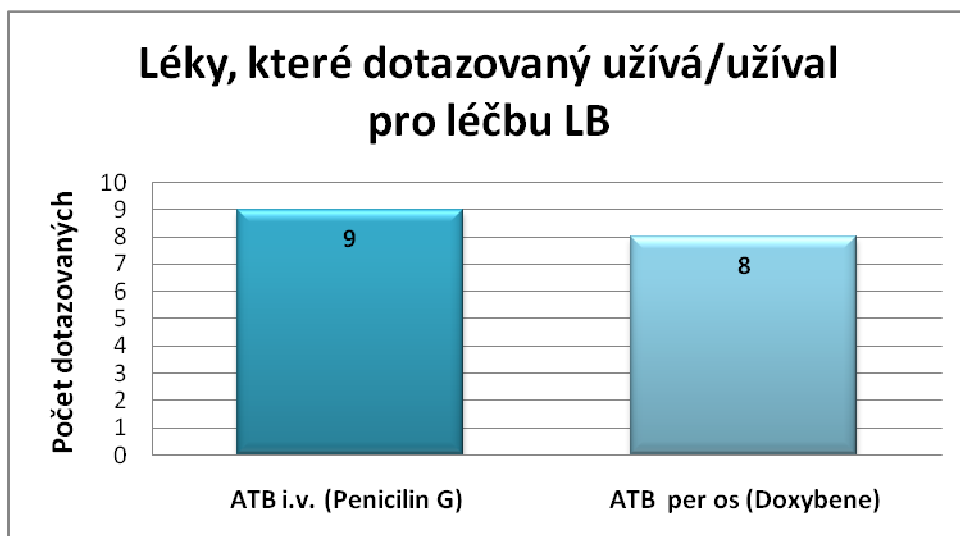
Graf č. 20 Rehabilitace v souvislosti s LB



## Užívané léky pro léčbu LB, obeznámení s nežádoucími účinky ATB a jejich znalost, zdroj informací o n. ú. ATB – položka 24

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) podstoupilo devět léčbu intravenózním podáváním antibiotik během hospitalizace, z toho před touto léčbou sedm respondentů užívalo antibiotika i per os. Jedna dotazovaná byla léčena pouze antibiotiky per os.

Graf č. 21 Užívané léky pro léčbu LB



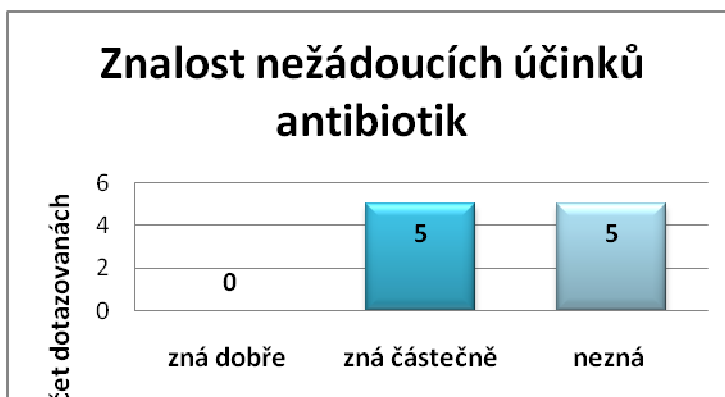
Pro hodnocení znalostí dotazovaných bylo opět použito hodnocení pomocí bodů viz. příloha č. 7 *Hodnocení znalostí nežádoucích účinků antibiotik*. Vznikly tři skupiny s bodovým rozmezím: 10 – 7 bodů zná dobře, 6 – 3 body zná částečně, 2 a méně bodů nezná.

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100%) nikdo neznal nežádoucí účinky antibiotik dobře, pět respondentů je znalo jen částečně a pět dotazovaných n. ú. neznalo. Nejvíce 6 bodů získala jedna z dotazovaných. Kromě jedné respondentky dotazovaní neznali riziko anafylaktického šoku při intravenózním podávání penicilinů.

Tab. č. 27 Znalost nežádoucích účinků antibiotik (peniciliny)

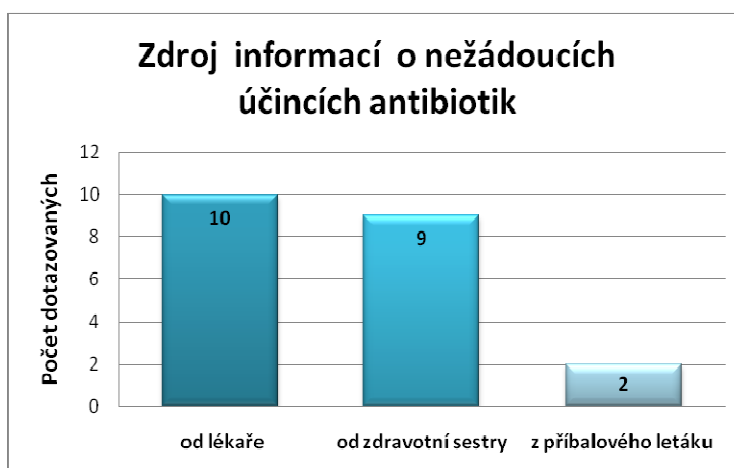
	Zná dobře n.ú. ATB	Zná částečně n.ú. ATB	Nezná n.ú. ATB	$\Sigma$
$n_i$	0	5	5	10
$f_i$	0 %	50 %	50 %	100 %

Graf č. 22 Znalost nežádoucích účinků antibiotik (peniciliny)



Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) byli všichni s nežádoucími účinky podávaných antibiotik obeznámeni ošetřujícím lékařem, devět respondentů navíc i zdravotní sestrou a dva dotazovaní si k tomu ještě o nežádoucích účincích léků přečetli v příbalovém letáku.

Graf č. 23 Zdroj informací o nežádoucích účincích antibiotik



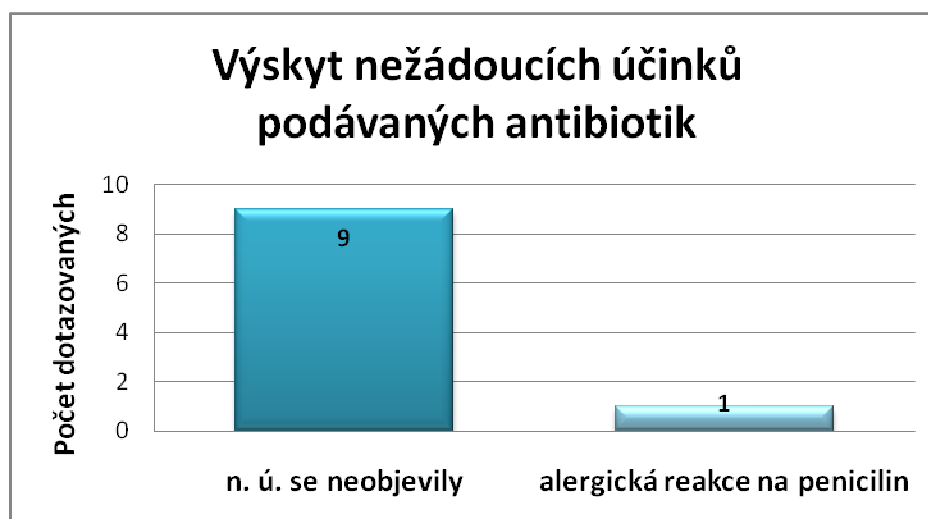
### Výskyt n. ú. ATB během léčby dotazovaného – položka 25

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) se pouze u jedné pacientky objevila nežádoucí reakce na penicilin, došlo k ireverzibilnímu poškození jater. U ostatních devíti respondentů se žádné n. ú. antibiotik neobjevily.

Tab. č. 28 Výskyt nežádoucích účinků podávaných antibiotik

	N.ú. ATB se neobjevily	Alergická reakce na penicilin	$\Sigma$
$n_i$	9	1	10
$f_i$	90 %	10 %	100 %

Graf č. 24 Výskyt nežádoucích účinků podávaných antibiotik





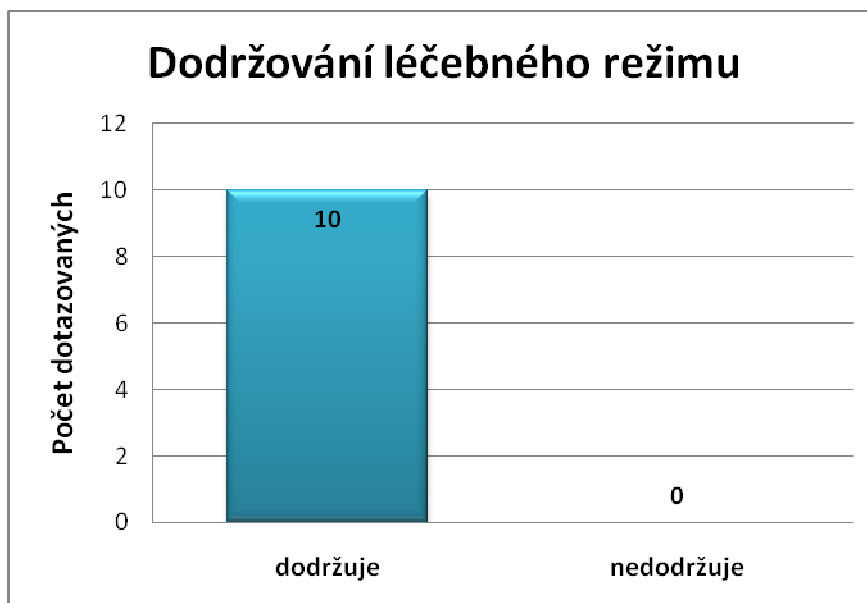
### Dodržení léčebného režimu určeného lékařem – položka 26

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) všichni uvedli, že léčebný režim dodržují.

Tab. č. 29 Dodržování léčebného režimu

	Dodržuje	Nedodržuje	$\Sigma$
$n_i$	10	0	10
$f_i$	100 %	0 %	100 %

Graf č. 25 Dodržování léčebného režimu



### Výskyt bolesti u dotazovaného, její lokalizace, intenzita dle VAS a co pomáhá dotazovanému bolest zmírnit – položka 26

Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) trpělo bolestí osm z nich a dva respondenti uvedli, že nepociťovali bolesti žádné.

Tab. č. 30 Výskyt bolesti

	Bolest ano	Bez bolesti	$\Sigma$
$n_i$	8	2	10
$f_i$	80 %	20 %	100 %

Graf č. 26 Výskyt bolesti



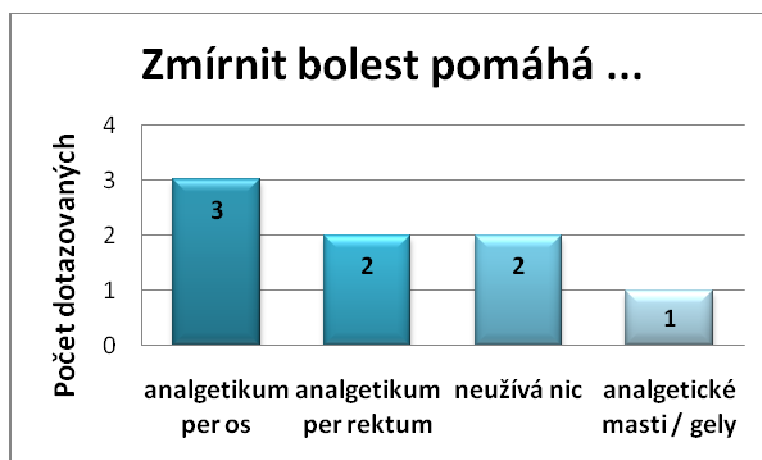
Z celkového počtu dotazovaných 10 (100 %) celkem osm trpělo bolestí (viz. Tab. č. Výskyt bolesti). Těchto osm respondentů uvádělo nejčastější lokalizace bolesti v oblastech velkých kloubů (nejčastěji ramenní, kyčelní, kolenní kloub), malých kloubů (především kloubů ruky a nohy) a některé dotazované trápily také bolesti hlavy. Dle škály VAS – Visual Analogous Scale jsou v tabulce č. 35 *Intenzita bolesti dle VAS* uvedeny intenzity bolestí jednotlivých oblastí (velké klouby, malé klouby, hlava) podle subjektivního hodnocení dotazovaných (např. 2x znázorňuje, že 2 dotazovaní uvedli bolest hlavy o intenzitě dle VAS 3).

Tab. č. 31 Intenzita bolesti dle VAS

	VAS 1	VAS 2	VAS 3	VAS 4	VAS 5	VAS 6	VAS 7	VAS 8	VAS 9	VAS 10
<b>Hlava</b>		1x	2x			1x				
<b>Malé klouby</b>							1x			
<b>Velké klouby</b>			1x			1x	3x			

Z osmi dotazovaných trpících bolestí uvedli tři, že zmírnit bolest jim pomáhá analgetikum per os, dva dotazovaní uvedli analgetikum per rectum a jeden respondent uvedl masti s analgetickým účinkem. Dva respondenti pro zmírnění bolesti ne užívají nic.

Graf č. 27 Zmírnit bolest pomáhá ...



## 2.7 Interpretace výsledků k cíli č. 3

Na základě získaných informací z uskutečněných rozhovorů se u dotazovaných č.1 – 4 a č.8 – 10 vyskytují tyto problémy (SIP):

SIP č.1 Neznalost LB

SIP č.2 Problematika pohybové aktivity

SIP č.3 Problematika bolesti

SIP č.4 Problematika psychosociální

SIP č.5 Problematika prevence LB

SIP č.6 Problematika odpočinku

U dotazovaného č.5 se neobjevila SIP č.2. U respondenta č. 6 a 7 se nevyskytla SIP č.3 a u respondenta č.7 ještě i SIP č.6 nebyla.

Charakteristika každého respondenta a srovnání SiPoSP a kompetencí sebeděče užívané respondenty při zvládnání problému jsou prezentovány v příloze č. 15 (CD). V tabulce jsou vždy uvedeny jen ty druhy požadavků, ke kterým se konkrétní respondent vyjádřil.

## DISKUZE

Rešerše určená pro účely diskuze byla provedena přes NCO NZO Brno. Vyhledávání zdrojů k tématu se uskutečnilo v databázích BiblioMedica, Medline, Speciální kartotéka článků z odborných časopisů pro sestry a dále přes Hlavní katalog vědecké knihovny v Olomouci. Vyhledávání proběhlo pomocí těchto klíčových slov: lymeská borrelióza, D. E. Orem, koncept sebeděče, teorie deficitu sebeděče, lymeská artritida, únava. Bohužel ve vyhledaných publikacích a odborných člancích nebyly nalezeny výstupy, které by pojednávaly přímo o problematice této závěrečné práce a ani nebyly nalezeny vhodné závěrečné práce k porovnávání získaných dat. Většina závěrečných prací psaných o lymeské borrelióze je z Přírodovědecké fakulty a práce jsou zaměřeny na diagnostiku, patogenезi borrelií, epidemiologické a ekologické aspekty LB nebo je práce zaměřené na zjišťování informovanosti o LB.

Tato závěrečná bakalářská práce se zabývá výskytem nejčastějších problémů u nemocných s diagnózou LB, zvládnutím těchto problémů a je také zaměřena na prožívání těchto nemocných a na omezení s důsledky, které onemocnění přináší.

**Prvním cílem** práce bylo odvodit vliv LB na obecné, vývojově a zdravotně podmíněné požadavky sebeděče (viz. oddíl 1.2.7 s. 35) a následně stanovit výčet situativních problematik u pacienta s LB.

SIP č.1 Neznalost LB

SIP č.2 Problematika pohybové aktivity

SIP č.3 Problematika bolesti

SIP č.4 Problematika psychosociální

SIP č.5 Problematika prevence LB

SIP č.6 Problematika odpočinku

U jednotlivých stanovených SIP byly rozpracovány kompetence pro jejich zvládnutí (viz. příloha č.10). Tyto zpracované materiály mohou vhodně posloužit zdravotnímu personálu při péči o pacienta s diagnózou LB.

Pro doložení cílů č. 2 a č. 3 bylo užito metody polostrukturovaného rozhovoru, které se zúčastnilo celkem 10 (100 %) pacientů, 7 (70 %) žen a 3 (30%) muži. Otázky polostrukturovaného rozhovoru byly připraveny s využitím konceptů teorie deficitu sebeděče D. E. Oremové. Průměrný věk těchto dotazovaných byl 52,4 let. Tyto údaje odpovídají záznamům v odborné literatuře, kde je uváděno, že častěji jsou postiženy ženy než muži a to v poměru 1,7:1 a vrchol výskytu onemocnění začíná od 45 až 49

let (Bartůněk, 2006). Z celkového počtu 10 (100 %) se 9 (90 %) respondentů nacházelo ve stádiu časně diseminované infekce a 1 (10 %) dotazovaná ve stádiu pozdní diseminované infekce. 5 (50 %) dotazovaných mělo kloubní formu postižení, 4 (40 %) formu akutní neuroboreliózy a 1 (10 %) respondentka formu chronické neuroboreliózy. Tyto výsledky také odpovídají publikovaným údajům. Bartůněk ve své literatuře uvádí, že mezi nejčastější klinické projevy v našich podmínkách patří muskuloskeletární postižení a časná i pozdní neuroborelióza (Bartůněk, 2006). Z celkového počtu bylo v pracovním poměru 5 (50 %) respondentů, 1 (10 %) dotazovaná byla momentálně nezaměstnaná a 1 (10 %) v invalidním důchodu z důvodu LB a zbylí 3 (30 %) respondenti byli ve starobním důchodu. Mezi další zjišťované demografické údaje patřilo dosažené vzdělání. 3 (30 %) respondenti měli ukončené základní vzdělání, 5 (50 %) respondentů mělo středoškolské vzdělání a 2 (20 %) získali vysokoškolské vzdělání. Další položkou byl rodinný stav, 1 (10 %) dotazovaný byl svobodný muž, 8 (80 %) dotazovaných bylo vdaných/ženatých a 1 (10 %) respondentka byla rozvedená. Jednou z položek v této části rozhovoru byla také délka léčby LB u konkrétního dotazovaného, odpovědi byly různé, nejkratší léčba prozatím trvala 1 týden a nejdelší léčba trvala 9 let u klientky ve stádiu chronické neuroboreliózy.

**Druhým cílem** práce bylo zmapovat, které problémy nemocní s diagnózou LB pociťují, jak tyto problémy zvládají, a kterými kompetencemi se péče disponují.

Problematiku LB znali dobře jen 2 (20 %) respondenti, částečně jí znalo 5 (50 %) dotazovaných a 3 (30 %) jí neznali vůbec. Hodnocení probíhalo podle bodového skóre, maximálního počtu bodů nedosáhnul žádný z respondentů, ve většině případů dotazovaní nevěděli položku prognózy onemocnění a stádia LB. Znalost přenašečů LB znali správně pouze také 2 (20 %) respondenti. Správně odpověděli, že jediným možným přenašečem je klíště obecné. Ostatní uváděli jako přenašeče i jiný krev sající hmyz, což nelze považovat za správnou odpověď, jelikož to není dosud vědecky podloženo a ve světě je přenos borelií jiným vektorem zpochybňován. (Bartůněk, 2006) O klíšteti se ale zmínilo celkem 8 dotazovaných. Na otázku, kterým přenašečem se dotazovaný nakazil, odpovědělo 5 (50 %) dotazovaných, že si není vůbec vědomo, 4 (40 %) respondenti si jsou vědomi přisátého klíštěte a 1 (10 %) dotazovaný uvedl při rozhovoru, že si myslí, že to byl komár. Pro srovnání uvádíme informace, které publikoval Bartůněk ve své odborné literatuře: přisátí klíštěte si uvědomuje pouze 50 % nakažených, jedna třetina si není vědoma způsobu přenosu a ostatní

uvádí poštipání hmyzem. (Bartůněk, 2006) Při zjišťování znalostí v oblasti prevence LB bylo opět použito hodnocení pomocí bodového systému a výsledky byly následující: 1 (10 %) dotazovaný zná problematiku prevence dobře, 6 (60 %) respondentů jí zná částečně a dokonce 3 (30 %) jí vůbec neznají. Tři uvedli chybně, že prevencí LB je očkování. Správnou techniku odstranění přisátého klíštěte uvedlo správně 6 (60 %) dotazovaných a chybné odstranění klíštěte uvedli 4 (40 %) dotazovaní. Jako zdroj informací o problematice LB nejvíce slouží internet, z kterého čerpali 4 (40 %) dotazovaní, informace pouze z doslechu získali 3 (30 %) dotazovaní a dále bylo čerpáno v jednom (10 %) případě z edukačního letáčku, jednou (10 %) od praktického lékaře a jednou (10 %) z odborné literatury.

Ze souboru dotazovaných byla LB diagnostikovaná 6 (60 %) dotazovaným v roce 2009, 2 (20 %) respondentům roku 2008, 1 (10 %) dotazovanému roku 2001 a 1 (10 %) respondentce roku 2010. 7 (70 %) dotazovaných LB diagnostikoval praktický lékař, 2 (20 %) dotazovaným lékař na neurologickém odd. a 1 (10 %) respondentovi přímo lékař na infekčním oddělení. Jako první projev LB se u dotazovaných objevila únava ve 4 (40 %) případech. Dalšími prvotními projevy bylo typické erythema migrans jen u 2 (20 %) dotazovaných, přitom v odborné literatuře je uváděn výskyt EM až u 80 % infikovaných (Přecechtělová, 2009). Mezi dalšími prvotními příznaky se objevila bolest velkého kloubu u 1 (10 %) respondenta, u 1 (10 %) dotazovaného bolest malých kloubů nohy a u 1 (10 %) respondentky postupné zpomalování jemné a hrubé motoriky.

Mezi nejčastěji uváděné klinické projevy LB (které se buď objevily, nebo objevují u dotazovaných) patří únava, kterou uvedlo nejvíce 9 dotazovaných. Četné byly ve výpovědích i bolesti velkých kloubů, zhoršená pohyblivost, nespecifické chřipkové příznaky a erythema migrans. Tyto údaje se shodují s dostupnými informacemi v odborných publikacích. Dotazovaní hodnotili stupeň zátěže nejčastěji objevovaných příznaků a problémů. Z příznaků s největším stupněm zátěže byla únava (2,4) a z problému to byla SIP č. 6 únava a vyčerpání (2,4).

Na otázku „Co pro dotazovaného znamená žít s tímto onemocněním?“ odpovědělo 6 (60 %) respondentů, že pro ně znamená určitý handicap, 3 (30 %) dotazovaní se s nově vzniklou situací dokázali vyrovnat a 1 (10 %) z dotazovaných uvedl, že má obavu z vývoje onemocnění. Na položku podpora ze strany rodiny a přátel odpověděli všichni dotazovaní (100 %), že rodina a přátelé je podporují a nic se v tomto směru zásadního nezměnilo. U položky zjišťující pocity nemocných v souvislosti

s onemocněním LB, každý dotazovaný vyplnil tabulku s uvedenými negativními a pozitivními emocemi, z nichž si mohl vybrat, které označí podle svých pocitů. Převládaly emoce pozitivní, dokonce dva dotazovaní neuvedli žádné negativní emoce. Mezi pozitivními emocemi bylo nejvíce uváděno: dovedu si užívat všedního dne, smíření se s realitou, akceptování onemocnění v běžném životě, více si vážím sebe sama, více si vážím druhého člověka. Mezi negativními emocemi bylo nejvíce uváděno: obava, smutek, hněv, méněcennost, strach, úzkost, nejistota, mezi jiné bylo doplněno nepřítomnost v zaměstnání a doma, pobyt v nemocnici. S touto nemocí pomáhá dotazovaným se vyrovnat víra v úspěšnou léčbu u 5 (50 %) respondentů, rodina a přátelé u 4 (40 %) dotazovaných a u 1 (10 %) dotazovaného trpělivost.

Trvání léčby u dotazovaných bylo v rozmezí roků 2001 až 2010. Hospitalizaci v rámci léčby LB podstoupilo 9 (90 %) dotazovaných, pouze 1 (10 %) dotazovaná se léčila v domácím prostředí. Hospitalizováni byli respondenti na infekčním oddělení, jedna respondentka i opakovaně a někteří s komplikacemi LB byli hospitalizováni na neurologickém oddělení. Při léčení LB je nutná delší pracovní neschopnost, obvykle 4 týdny. Jedna z dotazovaných je z důvodu chronicity LB v invalidním důchodu a jedna už rok v pracovní neschopnosti. Pocity/prožívání období pracovní neschopnosti, které dotazovaní uváděli, byly u 5 (50 %) nervozita (z důvodu absence v práci), 4 (40 %) z dotazovaných období léčby snášeli dobře a 1 (10 %) respondentka se cítila v tomto období osamocena. Rehabilitaci v rámci léčby LB podstoupila 1 (10 %) respondentka, jednalo se o rehabilitaci při obrně n. VII, 1 (10 %) dotazovaná s chronickou neuroboreliózou podstupuje komplexní lázeňskou léčbu každý rok a 8 (80 %) respondentů žádnou rehabilitaci nepodstoupilo. Rehabilitace by měla být součástí léčby, léčba musí být komplexní a individuální podle příslušných klinických projevů (Pícha, 2009). Při léčbě LB 9 dotazovaných podstoupilo intravenózní léčbu antibiotiky – Penicilin G, sedm z tohoto počtu před intravenózní léčbou užívalo antibiotika per os - Doxybene. Jedna dotazovaná se léčila jen antibiotiky per os ambulantně. Oblast znalostí nežádoucích účinků ATB byla opět u dotazovaných zjišťována pomocí bodového hodnocení jejich znalostí. Nikdo z dotazovaných tuto problematiku neznal dobře, 5 (50 %) respondentů jí znali jen částečně a dalších 5 (50 %) respondentů jí neznalo vůbec. Přitom všech 10 dotazovaných uvedlo, že informace o n. ú. ATB jim podal ošetřující lékař, 9 respondentům i zdravotní sestra a 2 dotazovaní si sami o n. ú. přečetli v příbalovém letáku. Nežádoucí účinky se během léčby antibiotiky objevily jen u 1 dotazované (alergická reakce na penicilin),



u ostatních respondentů probíhala léčba bez komplikací. Co se týče položky dodržování léčebného režimu, tak všichni dotazovaní uvedli, že léčebný režim stanovený lékařem dodržují.

Bolest, která se může objevit ve všech stádiích nemoci, se vyskytla u 8 (80 %) dotazovaných, 2 (20 %) respondenti byli bez bolesti. Lokalizace uváděných bolestí byla v oblasti velkých kloubů (kolenní, kyčelní, ramenní kloub), malých kloubů (klouby ruky a nohy). Uváděné lokalizace bolestí se shodují s údaji v článku, který publikoval Pícha v odborném časopise Postgraduální medicína. Každý z dotazovaných, u kterého se bolest vyskytovala, označil její intenzitu dle VAS. Největší intenzitu bolesti dle VAS číslo 7 uvedli tři respondenti v lokalizaci velkých kloubů. Na otázku „Co Vám pomáhá bolest zmírnit?“ odpověděli tři dotazovaní analgetika per os, 2 dotazovaní analgetika per rektum, 1 respondent gely/masti s analgetiky a 2 respondenti uvedli, že neužívají na zmírnění bolesti nic.

Z analýzy těchto dat jsme zjistili, že nemocného s LB nejvíce trápí únava. Tento symptom považuje 9 (90 %) dotazovaných za problém, který pro ně činí největší zátěž v jejich životě. Mezi další zjištěné problémy s vysokou zátěží patří bolest a potíže v oblasti pohybové aktivity. Nedostatečné kompetence sebepéče byly především objeveny v oblasti prevence LB a znalosti nemoci LB, kde největší problém je v oblasti znalosti a prevence nežádoucích účinků antibiotik. Dostatečné kompetence sebepéče respondenti vykazovali v oblasti pohybové aktivity, oblasti psychosociální, bolesti a odpočinku.

**Třetím cílem** bylo zjistit, jak pacienti prožívají onemocnění LB a zmapovat omezení s důsledky, které toto onemocnění přináší. Individuální zvládnání nemoci konkrétním respondentem bylo analyzováno ze získaných dat.

V oblasti pohybové aktivity je největším problémem únava a omezení pohybu, způsobené postižením pohybového aparátu. Tyto dva hlavní problémy s sebou přináší největší omezení s důsledky v oblasti pohybové aktivity. Pohybová aktivita byla omezena v pracovních činnostech, v zálibách i všedních činnostech každodenního života. Tato problematika se neobjevila jen u respondenta č. 5.

Respondent 1        „ ... přestala jsem jezdit na kole, sportovat... “

Respondent 2        „ ... ruku mám k nepoužití, zvednu jí, ale s bolestí... nezavážu si zástěru, nezapnu podprsenku, ruku nevytočím... když ruku používám, bolest přechází

*do svalů a činnost musím přerušit... nefunkčnost celé pravé končetiny... “*

- Respondent 3 *„ ... bolest a únava mě omezují... mám spoustu aktivit ... člověk je stále unavený... “*
- Respondent 4 *„ ... bolest mě omezovala při pohybu, při sportu ... nemohl jsem chodit na delší túry ... “*
- Respondent 6 *„... začíná mi dělat problém to zpomalování pohybu, všechno mi déle trvá... přestala jsem jezdit na kole... “*
- Respondent 7 *„ ... mám potíže, když jím, při kousání a pití ... “*
- Respondent 8 *„ ... momentálně nemůžu zvednout pravou ruku, mám zhoršenou pohyblivost v ramenním kloubu, nezvednu ruce nad hlavu ... nemůžu vůbec sportovat ... nemůžu ani doma něco tak normálního ... když jdu vařit a potřebuji do poličky, tak musím vzít židli, když není doma manžel, protože ty ruce opravdu nezvednu ... “*
- Respondent 9 *„ ... omezují mě bolesti kloubů a zad ... “*
- Respondent 10 *„ ... měla jsem paraparétu nohou, na jednu nohu jsem vůbec nechodila ... problémy s pohybem stále přetrvávají ... “*

Mezi další problém, který činí velká omezení pacientům s LB v běžném životě, patří bolest. Nejvíce zasahuje do pohybové aktivity a spánku, ale ovlivňuje i soustředění člověka. Pouze u dvou dotazovaných se problematika bolesti neobjevila.

- Respondent 1 *„ ... bolí mě kyčle a ramena, je to bolestivé a nepříjemné ... občas mě bolí i hlava ... podle té škály ta hlava kolem té 3 a ty klouby tak 6-7 ... když si vezmu prášek, tak se mi trochu uleví ... “*
- Respondent 2 *„ ... přetrvávající bolest ramenního kloubu ... já tu ruku mám prostě k nepoužití ... zvednu jí, ale s bolestí ... je to tak až těch 7 ... nic mi nepomáhá ... bolest mi hodně zneprůjemňuje život ... kolikrát se ani pořádně nevyspím ... “*
- Respondent 3 *„ ... mě bolí především ramenní kloub, koleno a loket ... rameno mě bolelo šíleně ... podle té škály momentálně 5-6 ... na zmírnění bolesti беру léky ... “*

- Respondent 4 „ ... první se objevila bolest palce u nohy ... potom bolest celé končetiny, později bolest kloubů levé ruky ... ten palec mě bolel tak 6 ... klouby na ruce 2 ... mazal jsem si to Fastum gelem ... moc to nepomáhalo ... “
- Respondent 5 „... začíná mi dělat problém to zpomalování pohybu, všechno mi déle trvá... přestala jsem jezdit na kole... “
- Respondent 8 „ ... bolí mě především pravý ramenní kloub ... bolest hlavně při pohybu, to se hodně zhoršovalo ... nebolí mě to, když tu ruku mám úplně v klidu ... “
- Respondent 9 „ ... nebolí to soustavně ... večer mě pobolívá hlava ... před tím mě hodně bolela kolena, to bylo tak, že vám kolenem projela taková intenzivní bolest ... horší je to ale teď s těma zádama... “
- Respondent 10 „ ... taková stěhovavá bolest ... teď mě bolí hlava a krční páteř, to se potom obvykle přestěhuje na ruce nebo nohy ... podle VAS škály ta intenzita bolesti je tak 6 ... je to každý den individuálně ... “

Psychosociální oblast je dalším velkým problémem, který opět přináší své důsledky do každodenního života jedince s diagnózou LB. Je to právě oblast samotného prožívání a vnímání aktuálního stavu, ve kterém se dotyčný nachází a také problematika zaměstnání, finanční a v neposlední řadě zájmová. Většinou každý z respondentů se musel podřídit nové situaci a vzdát se některých aktivit ve svém životě.

- Respondent 1 „ ... život mi hodně změnila, protože jsem absolutně vyřazena z normálního společenského života ... chodila jsem často do společnosti, sportovala jsem, teď to nepřipadá vůbec v úvahu ... od začátku jsem na neschopence, už rok ... jsem nervózní, protivná ... pořád sama ... na psychiku je to, jak já říkám na bednu, za chvíli z toho zblbnu ... všichni se snaží pomáhat ... “
- Respondent 2 „ ... určitě změnila, protože člověk se nemůže pohybovat, tak jako dříve, omezené aktivity ... rodina a přátelé mě podpořili ... kdybych byla v zaměstnání, tak jsem absolutně vyřízená ... “
- Respondent 3 „ ... zatím mi LB moc život nezměnila, ale asi budu muset nějak patřičně zasáhnout, to se nedá nic dělat ... ale

- mám z toho obavy ... s tím se člověk musí umět vyrovnat ... “*
- Respondent 4 *„... život mi změnila, docela dost, je to nepříjemné ... i pracovní mě to omezilo, protože jsem byl strašně unavený ... rodina a přátelé mě podporují... první dva dny hospitalizace to byla krize, protože jsem zvyklý hodně pracovat ... “*
- Respondent 5 *„... borelióza mi život moc nezměnila ... jsem totiž v důchodě, tak jsem si mohla aspoň vždy pořádně odpočinout a nic mě nezatěžovalo ... rodina mě podpořila, hlavně děti ... “*
- Respondent 6 *„ ... já věřím, že se z toho dostanu, že to nebude nic hrozného ... já dělám kancelářskou práci, tak by mě to nemělo omezit v práci, nedovedu si ale představit, že bych měla sedět někde u mašiny ... ale v zálibách mě to omezilo ... rodina mě hodně podpořila, pomáhá mi a drží mě ... věřím, že mi tady pomohou ... “*
- Respondent 7 *„ ... já snáším špatně, že tady musím být v nemocnici, ještě k tomu úplně sama ... vadí mi taky, že pořádně nevidím, když mám to víčko spadené ... všichni mě určitě podporují ... “*
- Respondent 8 *„ ... určitě změnila, nemůžu sportovat, nemůžu vlastně ani doma tak něco normálně ... jsem prodavačka a dokládávat zboží do regálů, velký problém ... “*
- Respondent 9 *„ ... změnila, je to právě nepříjemné, že člověk je pořád unavený ... ovlivňuje mě to v práci, doma i v zálibách ... necítím se fit ... pracovní neschopnost akceptuji ... rodina mě podporuje ... “*
- Respondent 10 *„ ... hodně ovlivnila můj život, musela jsem přestat pracovat, teď jsem v invalidním důchodu ... rodina se mi přizpůsobuje a podporuje mě ... „*

V problematice odpočinku dominuje únava. Představuje obrovský problém. Nedovolí jedinci provádět některé činnosti, působí na jeho psychiku. Je úzce spojena s pohybovou aktivitou a problematikou psychosociální.

- Respondent 1 „ ... u mě je dominantní únava, opravdu velká ... spím dobře, ale stále jsem unavená ... “
- Respondent 2 „ ... poslední rok byla únava opravdu taková hodně nepříjemná ... víte, že nejste ve své kůži ... únava přetrvává, vezme to elán ... v noci se kolikrát pořádně nevyspím, budí mě bolest ... “
- Respondent 3 „ ... únava byla větší a větší a stále je ... člověk je stále unavený, tak nemůže dělat všechny aktivity ... spím dobře, to je v pořádku, spíš pořád ... “
- Respondent 4 „... k bolestem kloubů se později připojila únava, veliká únava ... ta mě omezila hlavně pracovně ... “
- Respondent 5 „... u mě se jako první objevila únava, ale teda hodně výrazná ... skoro pořád jsem jen ležela a nemohla jsem nic dělat ... teď je to mnohem lepší ... “
- Respondent 6 „ ... nejdříve na mě přišla nespavost, byla jsem malátná ... jsem dost aktivní člověk, tak to bylo vidět skoro ve všem ... večer po práci je ta únava největší ... “
- Respondent 8 „ ... všechno začalo únavou ... to je teď už ale lepší ... “
- Respondent 9 „ ... nejvíce mě trápí únava, je to hodně nepříjemné ... ovlivňuje mě v práci, doma a v zálibách ... necítíte se fit ... “
- Respondent 10 „ ... únava začala o něco později, ale byla prioritní ... nikdo si to nedokáže představit ... nedokážu v kuse něco udělat, musím si jít vždy odpočinout ... omezuje mě to ve všem ... „

**Čtvrtým cílem** bylo na základě zjištěných poznatků, vytvořit edukační materiál. Nedostatečné kompetence sebek péče byly objeveny především v oblasti prevence onemocnění a prevence nežádoucích účinků antibiotické léčby. Proto byly zpracovány dva edukační letáky s názvem: Znáte prevenci lymeské boreliózy? Nežádoucí účinky antibiotik. Prevenci LB znal jen jeden respondent dobře, zbytek dotazovaných mělo znalosti v této problematice nedostačující. Nežádoucí účinky antibiotik dokonce překvapivě neznala polovina dotazovaných. Tyto materiály budou poskytnuty infekčnímu oddělení Nemocnice Prostějov.

## ZÁVĚR

Lymeská borrelióza je onemocněním s mnohotvárnou a variabilní klinickou manifestací. Jedná se o multiorgánové onemocnění, které neustále k sobě poutá pozornost mikrobiologů, parazitologů, epidemiologů, klinických lékařů, ale také laiků. Stává se problémem celospolečenským, i když incidence výskytu nejsou až tak vysoké, jako např. u nádorových onemocnění či kardiologických chorob. Je tomu nejspíš proto, že její variabilita s sebou přináší řadu úskalí a omylů. (Bartůněk, 1996)

Problémy s důsledky, které s sebou onemocnění LB přináší do života nakažené osoby, mohou být ale do značné míry ovlivňovány. Proto byla použita pro zpracování praktické části této bakalářské práce teorie deficitu sebekpěče D. E. Oremové. Tato teorie dokáže využít potenciál jedince, který mu pomáhá se vyrovnat s nově vzniklou životní situací a především klade důraz na vědomé jednání člověka. Člověk se má naučit činit správná rozhodnutí, což mu usnadní zvládat situaci. Při samotném začátku práce, byly stanoveny 4 cíle.

**Prvním cílem** bylo odvodit vliv LB na požadavky sebekpěče a sestavit výčet situačních problematik u pacientů s LB a dále rozpracovat situační potřebu sebekpěče (s kompetencemi sebekpěče) u těchto pacientů. S odkazem na oddíl 1.2.7 teoretické části práce a přílohu č. 10 lze konstatovat, že **cíl č.1 byl splněn.**

**Druhým cílem** práce bylo zmapovat, které problémy (SIP) nemocní LB pociťují, jak tyto problémy zvládají, a kterými kompetencemi sebekpěče disponují.

Bylo zjištěno, že znalosti 10 (100 %) dotazovaných v oblasti problematiky znalosti onemocnění LB a její prevence nejsou dostačující. Problematiku LB znali dobře jen 2 (20 %) respondenti a prevenci LB znal dobře jen 1 (10 %) respondent. Tyto výsledky nás velmi překvapily. Na položku znalost přenašečů odpověděli správně jen 2 (20 %) dotazovaní. Zde se ukázalo, že mezi širokou veřejností kolují nesprávné informace a nejsou známy vědecky podložené údaje. Správnou techniku odstranění prisátého klíštěte uvedlo 6 (60 %) dotazovaných správně. Čerpání informací k problematice LB nejvíce bylo z internetu, celkem u 4 (40 %) dotazovaných.

Jako klinický projev LB se nejvíce u dotazovaných objevila únava, celkem u 9 (90 %) dotazovaných. Ta je také respondenty považována za příznak s největší vnímanou zátěží. Na prvním místě ve vnímané zátěži v problémech byla také řazena únava a vyčerpání, které patří do SIP č.6.

Vnímané zátěže u jednotlivých příznaků a problémů LB jsou k nahlédnutí v příloze č. 8 a č. 9.

U položky „Co pro Vás znamená žít s tímto onemocněním?“ odpovědělo 6 (60 %) respondentů, že toto onemocnění je pro ně určitý handicap v jejich životě. V oblasti podpory ze strany rodiny a přátel všichni dotazovaní odpověděli kladně, což jsme předpokládali. Při zjišťování emocí vnímaných v souvislosti s onemocněním překvapivě převládaly emoce pozitivní nad negativními. Vyrovnat se s touto nemocí pomáhá polovině (50 %) dotazovaným víra v úspěšnou léčbu.

Nejčastěji byli dotazovaní při léčbě LB hospitalizováni na infekčním oddělení, celkem v 9 (90 %) případech. Délka pracovní neschopnosti se nejvíce pohybovala kolem 4 týdnů a na dotaz „Jak jste vnímal/a období pracovní neschopnosti?“ odpověděli 4 (40 %) respondenti, že se cítili velmi nervózní z důvodu absence v práci a možnosti ztráty zaměstnání. Ukázalo se, že rehabilitace není součástí léčby všech forem LB. 8 (80 %) dotazovaných žádnou rehabilitaci nepodstoupilo.

Jako základ léčby LB je terapie antibiotiky. Ve skupině respondentů podstoupilo intravenózní léčbu antibiotiky 9 (90 %) pacientů a léčbu antibiotiky per os 8 (80 %) pacientů. Bylo zjištěno, že přesto žádný z dotazovaných neznal správně možné nežádoucí účinky antibiotik. V této oblasti byly znalosti dotazovaných nedostačující, i když informace o nežádoucích účincích jim byly sděleny ošetřujícím lékařem, zdravotní sestrou a někteří si o nich přečetli v příbalovém letáku léku. Během užívání antibiotik se u 9 (90 %) respondentů neobjevily žádné n. ú..

Bylo také prokázáno, že bolest je opravdu jedním z častých klinických symptomů LB. Bolest uvádělo 8 (80 %) dotazovaných. Nejčastější lokalizace bolesti byla uváděna v oblasti velkých kloubů, malých kloubů a hlavy. Při určování intenzity bolesti pomocí VAS byla označena největší intenzita 7 celkem u 3 dotazovaných.

Na základě zpracovaných výsledků bylo zjištěno, že nemocného s LB nejvíce trápí únava, bolest a potíže v oblasti pohybové aktivity. Dále jsme zjistili, že dotazovaní nejhůře zvládají a také nejméně vykazují kompetence k problematice prevence LB a problematice znalosti onemocnění LB, kam je řazena i znalost n. ú. ATB. Z toho vyplývá, že bychom se měli věnovat více edukační činnosti v těchto dvou problematikách.

S odkazem na oddíl 2.6 lze tedy říci, že **cíl č. 2 byl splněn.**

**Třetím cílem** bylo zjistit, jak pacienti prožívají onemocnění LB a zmapovat omezení a důsledky, které toto onemocnění přináší.

Po podrobné analýze jednotlivých rozhovorů bylo zjištěno, že největší omezení způsobuje zhoršení pohyblivosti z důvodu postižení pohybového aparátu borrelií, únava, bolest a omezení v oblasti psychosociální. Tyto omezení s sebou přináší důsledky jak v pracovním, tak i v osobním a v neposlední řadě všedním životě jedinců s diagnózou LB. Všechny tyto problematiky jsou spolu úzce propojeny a ovlivňují se. Bolest zasahuje do pohybové aktivity, spánku, soustředění a prožívání, stejně tak i únava ovlivňuje tyto oblasti. Prožívání a vnímání aktuálního stavu je u každého jedince velmi individuální.

Lze tedy říci, že **cíl č. 3 byl splněn.**

**Čtvrtým cílem** bylo vytvořit edukační materiály na základě zjištěných výsledků průzkumného šetření. Dotazovaní nejhůře zvládají a také nejméně vykazují kompetence k problematice prevence LB a k problematice neznalosti LB, kam je řazena i znalost n. ú. ATB. Byly tedy vytvořeny edukační materiály ve formě letáku s názvy: „Nežádoucí účinky antibiotik“, „Znáte prevenci lymeské boreliózy?“ Tyto materiály byly vytvořeny tak, aby zprostředkovaly laické veřejnosti základní informace o těchto dvou problematikách. Tyto edukační letáky budou poskytnuty infekčnímu oddělení Nemocnice Prostějov.

S odkazem na přílohu č. 13 a č. 14 lze konstatovat, že **cíl č. 4 byl splněn.**

Domníváme se, že na základě zjištěných nedostačujících KSP u pacientů s LB v oblasti znalostí onemocnění a preventivních opatření by bylo žádoucí rozšířit edukaci veřejnosti zvláště v oblasti prevence LB.

Tato bakalářská práce má sloužit nejen zdravotnickým pracovníkům, ale i laické veřejnosti. Nabízí jim nový pohled na nemocné s diagnózou LB a zdravotníkům poskytuje díky použité teorii deficitu sebepečce D. E. Oremové uceleně vypracovanou potřebu (sebe)pečce u těchto pacientů, která jim umožní adekvátní péči o pacienty s LB.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr, TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2009. ISBN 978-80-7013-467-2.

BARTŮNĚK, Petr, a kolektiv. *Lymeská borelióza*. 3. doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1543-0.

BARTŮNĚK, PETR. *Lymeská karditida*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 1996. ISBN 80-7169-357-X.

BEKEL, Gerhard, HALMO, Renata. *Teorie deficitu sebeděče*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0749-9.

BEKEL, Gerhard. K rozdílům starosti o sebe sama, sebeděče a lidské samostatnosti. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotium. ISSN 1801-1349. 2006, roč. 2, č. 1, s. 40-41.

DLOUHÝ, Pavel. *Lymeská borelióza. Doporučené postupy pro praktické lékaře*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, Copyright, 2002 [online]. 10.1.2010 [cit. 2010-04-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu>>

HALMO, Renata. Kazuistika pacienta s vysoce založenou ileostomií podle konceptů sebeděče. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotium. ISSN 1801-1349. 2006<sub>a</sub>, roč. 2, č. 2, s. 71-74

HALMO, Renata. *Teorie deficitu sebeděče (Dorothea E. Orem)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006<sub>b</sub>, studijní materiály.

HELCL, Roman. Vyřešili jsme, jak na boreliózu. *Mladá fronta Dnes*. Praha. ISSN 1210-1168. 2008, roč. 19, č. 21, s. C/2.

IVANOVÁ, Kateřina, JUŘÍČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2009. ISBN 978-80-244-1832-2.

JAROŠOVÁ, Darja. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. Upravený dotisk 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2003. s. 23-28. ISBN 80-7042-339-0

KOUKAL, Miroslav, RŮŽIČKA, Rudolf. Klíšťata v zorném úhlu súčasnosti. *Sestra*, odborný časopis. 2008 [online]. 30.11.2009 [cit. 2010-04-04]. Dostupné na WWW: <[Http://www.sestraroku.cz/scripts/detail.php?id=374784](http://www.sestraroku.cz/scripts/detail.php?id=374784)>

KRUMLOVÁ, Romana. *Rodina pečující o příbuzného s Huntingtonovou nemocí*. Diplomová práce. Olomouc, 2009, Archiv Univerzity zdravotnických věd.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. ISBN 80-247-0179-0.

MARTÍNKOVÁ, Jiřina a kol. *Farmakologie, Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1356-4.

Nemocnice Prostějov, Infekční oddělení [online]. [Cit. 2010-04-08]. Dostupný na WWW: <<http://www.nempv.cz/obsah/oddeleni/infekcni.aspx>>

PALAŠŇÁK, Radek. *Vědci z Lékařské fakulty se podílejí na výzkumu vakcíny proti Lymeské borelióze*. Olomouc: Univerzita Palackého, oddělení komunikace, 2/2008 [online]. 30.11.2009 [cit. 2010-04-08]. Dostupné na WWW:<<http://www.upol.cz/nc/zpravy/aktuality/zprava/period/1199142000/7858799/archived/select/tiskove/article/5839/3290>>

PÁŠOVÁ, Petra, TAUBEROVÁ, Daniela. *Vědci: Už víme, jak na boreliózu*. *Olomoucký deník*. České Budějovice. ISSN 1801-9781. 2/2008, č. 44, s.1,3.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely v ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. s. 52-59. ISBN 80-247-1211-3

PERGL, Václav. *Češi vyvinuli unikátní přípravek proti klíšťatům*. *Právo*. Praha, 2005 [online]. 21.2.2010 [cit. 2010-04-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.novinky.cz/zena/zdravi/56063-cesi-vyvinuli-unikatni-pripravek-proti-klisťatum.html>>

PÍCHA, Dušan. Lymeská borelióza. *Postgraduální medicína, odborný časopis pro lékaře*. Praha: Europrint, a.s. ISSN 1212-4184. 2009, roč. 11, č. 8, s. 827-832

POLJAK, Vladko, KRČ, Ivo, EHRMANN, Jiří. *Přehled infekčních nemocí*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1997. ISBN 80-7067- 758-9.

PŘECECHTĚLOVÁ, Jana. Borrelióza u dětské pacientky. *Florence, časopis moderního ošetřovatelství*. Praha: Ambit Media, a.s. ISSN 1801-464X. 2009, roč. V., č. 2, s. 21-22 .

Předpověď aktivity klíštěte obecného (*Ixodes ricinus*) na území České republiky [online]. 30.11.2009 [cit. 2010-04-08]. Dostupný z WWW: <<http://www.chmi.cz/meteo/ok/klistata.html> >

ROHÁČOVÁ, Hana. Lymeská borelióza – onemocnění již bez otázek?. *Remedia*. 1/2004 [online]. 21.2.2010 [cit. 2010-04-08]. Dostupné na WWW. <<http://remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2004/1-2004/Lymeska-borelioza-onemocneni-jiz-bez-otazek/e-9m-9D-bS.magarticle.aspx>>

Státní zdravotní ústav, EPIDAT [online]. [cit. 2010-04-08]. Dostupný na WWW: <<http://www.szu.cz/publikace/data/vybrane-infekcni-nemoci-v-cr-v-letech-1998-2007-absolutne>>

VALEŠOVÁ, Marie. *Lymeská artritida*. Praha: Grada Publishing, a.s., 1999. ISBN 80-7169-432-0.

VESELÁ, Jana. *Sociologický výzkum a jeho metody*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta ekonomicko-správní, 2002. ISBN 80-7194-466-1.

VOKURKA, Martin, HUGO, Jan, a kolektiv. *Praktický slovník medicíny*. 7. Rozšířené vydání. Praha: Maxdorf s.r.o., 2004. ISBN 80-7345-009-7.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ATB – antibiotika

ČR – Česká republika

DSP – dependentní péče

ELISA – enzyme linked immunosorbent assay

EM – erythema migrans

i.v. – intravenózně

IgG – imunoglobuliny třídy G

IgM – imunoglobuliny třídy M

KSP – kompetence sebepéče

LB – lymeská borrelióza

n.ú. – nežádoucí účinek

NCO NZO – Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů

odd. – oddělení

Osp – outer surface proteins (povrchový antigen)

PSP – požadavky sebepéče

SIP – situativní problematika

SiPoSP – situativní potřeba sebepéče

SP – sebepéče

TDSP – teorie deficitu sebepéče

VAS – Visual Analogouse Scale

ZPF – základní podmínečné faktory

## SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1	Struktura TDSP .....	28
Tab. č. 2	Požadavky sebezpečí u pacientů s diagnózou LB .....	35
Tab. č. 3	Pohlaví dotazovaných .....	44
Tab. č. 4	Věk dotazovaných .....	45
Tab. č. 5	Stádium LB .....	45
Tab. č. 6	Forma postižení LB .....	45
Tab. č. 7	Délka léčby .....	46
Tab. č. 8	Rodinný stav .....	46
Tab. č. 9	Vzdělání dotazovaných .....	47
Tab. č. 10	Současné zaměstnání .....	47
Tab. č. 11	Znalost problematiky LB .....	48
Tab. č. 12	Znalost přenašečů LB .....	49
Tab. č. 13	Přenašeč, kterým se dotazovaný nakazil .....	50
Tab. č. 14	Znalost prevence LB .....	51
Tab. č. 15	Znalost správné techniky odstranění klíštěte .....	52
Tab. č. 16	Čerpání informací o LB .....	53
Tab. č. 17	Rok diagnostiky LB .....	54
Tab. č. 18	LB byla diagnostikována ... ..	55
Tab. č. 19	První projev LB u dotazovaného .....	56
Tab. č. 20	Co pro dotazovaného znamená žít s LB .....	61
Tab. č. 21	Podpora ze strany rodiny a přátel .....	62
Tab. č. 22	Emoce dotazovaných pociťované v souvislosti .....	63
	s onemocněním LB	
Tab. č. 23	Dotazovaným vyrovnat se s touto nemocí pomáhá ... ..	65
Tab. č. 24	Délka trvání pracovní neschopnosti v rámci léčby LB ..	67
Tab. č. 25	Vnímání období léčby a pracovní neschopnosti .....	68
Tab. č. 26	Rehabilitace v souvislosti s LB .....	69
Tab. č. 27	Znalost nežádoucích účinků antibiotik (peniciliny) .....	71
Tab. č. 28	Výskyt nežádoucích účinků podávaných antibiotik .....	72
Tab. č. 29	Dodržování léčebného režimu .....	73

Tab. č. 30	Výskyt bolesti.....	74
Tab. č. 31	Intenzita bolesti dle VAS.....	75

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Znalost problematiky LB .....	48
Graf č. 2	Znalost přenašečů LB .....	49
Graf č. 3	Přenašeč, kterým se dotazovaný nakazil .....	50
Graf č. 4	Znalost prevence LB .....	51
Graf č. 5	Znalost správné techniky odstranění klíštěte .....	52
Graf č. 6	Čerpání informací o LB .....	53
Graf č. 7	Rok diagnostiky LB .....	54
Graf č. 8	LB byla diagnostikována ... ..	55
Graf č. 9	První projev LB u dotazovaného .....	56
Graf. č. 10	Příznaky, které se u dotazovaného objevily/objevují .....	57
Graf č. 11	Začátek léčby dotazovaného .....	58
Graf č. 12	Příznaky LB nejvíce zatěžující dotazované .....	59
Graf č. 13	Problémy LB nejvíce zatěžující dotazované .....	60
Graf č. 14	Co pro dotazovaného znamená žít s LB .....	61
Graf č. 15	Podpora ze strany rodiny a přátel .....	62
Graf č. 16	Dotazovaným vyrovnat se s touto nemocí pomáhá ... ..	65
Graf č. 17	Hospitalizace v souvislosti s léčbou LB .....	66
Graf č. 18	Délka trvání pracovní neschopnosti v rámci léčby LB .....	67
Graf č. 19	Vnímání období léčby a pracovní neschopnosti .....	68
Graf č. 20	Rehabilitace v souvislosti s LB .....	69
Graf č. 21	Užívané léky pro léčbu LB .....	70
Graf č. 22	Znalost nežádoucích účinků antibiotik (peniciliny) .....	71
Graf č. 23	Zdroj informací o nežádoucích účincích antibiotik .....	71
Graf č. 24	Výskyt nežádoucích účinků podávaných antibiotik .....	72
Graf č. 25	Dodržování léčebného režimu .....	73
Graf č. 26	Výskyt bolesti .....	74
Graf č. 27	Zmírnit bolest pomáhá ... ..	75

## SEZNAM PŘÍLOH

- PŘÍLOHA č. 1 Povolení průzkumného šetření
- PŘÍLOHA č. 2 Informace o účelu rozhovoru
- PŘÍLOHA č. 3 Informovaný souhlas
- PŘÍLOHA č. 4 Polostrukturovaný rozhovor
- PŘÍLOHA č. 5 TBL. 1 a TBL. 2 Příznaky a problémy u onemocnění LB, které vás nejvíce zatěžují
- PŘÍLOHA č. 6 Co pociťujete v souvislosti s vaším onemocněním – lymeskou boreliózou?
- PŘÍLOHA č. 7 Hodnocení znalostí v problematice LB, prevence LB a nežádoucích účinků antibiotik
- PŘÍLOHA č. 8 Příznaky, které dotazované nejvíce zatěžují
- PŘÍLOHA č. 9 Problémy, které dotazované nejvíce zatěžují
- PŘÍLOHA č. 10 Situativní problematika
- PŘÍLOHA č. 11 Historie LB, Historie LB v ČR
- PŘÍLOHA č. 12 Počet hlášených případů LB v ČR v letech 2000-2009
- PŘÍLOHA č. 13 Nežádoucí účinky antibiotik
- PŘÍLOHA č. 14 Znáte prevenci lymeské boreliózy?
- PŘÍLOHA č. 15 Interpretace výsledků k cíli č. 3 (CD)