



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Ošetrovatelská péče o pacienty s virovým onemocněním kůže**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Iva Nováková

**Vedoucí práce:** Mgr. Tamáš Otásková Jitka

České Budějovice 2017

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem Ošetrovatelská péče o pacienty s virovým onemocněním kůže jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14 .8. 2017 .....

## **Poděkování**

Tímto bych velmi ráda poděkovala své vedoucí Mgr Tamáš Otáskové Jitce za odborné vedení, ochotu, podnětné rady a připomínky, které mi po celou dobu vedení mé bakalářské práce poskytovala. Mé poděkování patří také všem dotazovaným z kožního a infekčního oddělení, za poskytnutá data.

## **Ošetrovatelská péče o pacienty s virovým onemocněním kůže.**

### **Abstrakt:**

Tato bakalářská práce popisuje jednotlivá virová onemocnění kůže a prevalenci virových onemocnění. Dále popisuje virus Varicella zoster, onemocnění Herpes zoster a Varicella. Další kapitoly práce jsou zaměřeny na přiblížení, jak vypadá bariérový režim u nemocného a jakou úlohu má v péči o nemocné s virovým onemocněním sestra. S onemocněním Varicelly se setká v dětském věku většina obyvatelstva. Po primoinfekci se virus Varicella zoster ukryje v některém senzitivním gangliu a zůstává v našem organismu po celý život. Kdykoliv se může aktivovat a vyvolat tak onemocnění Herpes zoster. Nejčastěji se virus aktivuje při oslabení imunity.

Cílem bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelská péče o pacienty s virovým onemocněním kůže.“ bylo zmapování ošetrovatelské péče poskytované zdravotnickými sestrami na základě odborné literatury a výzkumného šetření. Výzkumné šetření bylo zpracováno pomocí kvalitativní metody formou polostrukturovaného rozhovoru. K cíli byly stanoveny dvě výzkumné otázky - „Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vybraným virovým onemocněním kůže?“ a „Jaká je úloha sestry v prevenci onemocnění způsobené Varicellou zoster?“

Vzniku pásového oparu nebo planých neštovic nemá sestra příliš možnost zabránit, protože dítě by nesmělo chodit do kolektivu, kde se nejčastěji nakazí. U pásového oparu záleží nejvíce na celkovém stavu pacienta. Pásový opar se objevuje velmi často u lidí s oslabenou imunitou. Z tohoto důvodu je hlavní prevencí její posilování. Očkování proti viru Varicelly existuje, ale je doporučováno až po dovršení padesátého roku života. Sestra přispěje k prevenci dodržováním bariérových a hygienických zásad a tím zamezí přenosu viru Varicella na jinou osobu. Co ovšem může sestra značně ovlivnit, je prevence komplikací, a to zejména dostatečnou edukací pacientů a rozšiřováním informací o těchto onemocněních. Naše výzkumné šetření ukázalo, že sestry informují o zásadách bariérového režimu, celkovém dodržování léčby a dalších režimových opatřeních.

### **Klíčová slova**

Sestra; ošetrovatelská péče; virové onemocnění; Herpes zoster; Varicella

# **Nursing Care for Patients with Viral Skin Disease**

## **Abstract**

This Bachelor thesis describes viral skin diseases as well as the prevalence of viral diseases. It also describes varicella zoster virus, herpes zoster and varicella diseases. Further chapters of the work are focused on the explanation of what barrier regime within an ill person means and the role of a nurse in the care for patients with a viral disease. The majority of the population meet varicella disease as children. After primo-infection, varicella zoster virus hides in some of the sensitive ganglia and remains in our organism for the whole of our life. It can become active at any time and thus cause herpes zoster disease. Most often, the virus is activated in case of immunosuppression.

The aim of the Bachelor thesis named “Nursing Care for Patients with Viral Skin Disease” was to map nursing care provided by nurses based on professional literature and a research survey. The research survey was carried out using qualitative method in the form of a semi-structured interview. Two research questions were set: What are the specifics of nursing care with patients suffering from a selected viral skin disease? And: What is the role of a nurse in the prevention of a disease caused by varicella zoster?

A nurse cannot really prevent developing shingles or chickenpox. Thus a child would not be allowed to socialize with people which is how they get infected most often – and with herpes zoster it depends on the overall condition of the patient at most. It often develops with immunosuppressed people. This is the reason why the main prevention is its reinforcement. Varicella vaccine exists but it is recommended only after reaching 50 years of age. A nurse rebounds to the prevention by adhering to barrier and hygiene practices and thus prevents the transmission of varicella virus to another person. However, what a nurse can influence significantly is the prevention of complications, especially by informing patients about these diseases. Our research survey showed that nurses inform about the barrier regime principles, overall adherence and other regime measures.

## **Key words**

Nurse; nursing care; viral disease; herpes zoster; varicella

# Obsah

<b>Úvod</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Současný stav</b> .....	<b>8</b>
1. 2 <i>Virová onemocnění kůže</i> .....	8
1. 3 <i>Prevalence</i> .....	9
1. 4 <i>Varicella zoster</i> .....	10
1. 5 <i>Herpes zoster (pásový opar)</i> .....	11
1. 5. 1 <i>Diagnostika virového onemocnění herpes zoster</i> .....	12
1. 5. 2 <i>Léčba virového onemocnění herpes zoster</i> .....	12
1. 7 <i>Varicella (Plané neštovice)</i> .....	16
1. 7. 1 <i>Léčba varicelly</i> .....	17
1. 7. 2 <i>Komplikace varicelly</i> .....	18
1. 7. 3 <i>Bariérový přístup a edukace pacienta</i> .....	18
<b>2 Cíl práce</b> .....	<b>20</b>
2. 1 <i>Cíl práce</i> .....	20
2. 2 <i>Výzkumné otázky</i> .....	20
<b>3 Metodika výzkumu</b> .....	<b>21</b>
3. 1 <i>Použité metody</i> .....	21
3. 2 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i> .....	21
<b>4 Výsledky</b> .....	<b>22</b>
4. 1 <i>Kategorizace rozhovorů</i> .....	22
4. 2 <i>Kategorie 1 "Pásový opar a plané neštovice"</i> .....	23
4. 2. 1 <i>Podkategorie – Četnost výskytu onemocnění</i> .....	23
4. 2. 2 <i>Podkategorie - Kontrola stavu kůže</i> .....	24
4. 2. 3 <i>Podkategorie - Druh komplikace</i> .....	24
4. 3 <i>Kategorie "Podané informace"</i> .....	26
4. 3. 1 <i>Podkategorie - Infekčnost onemocnění</i> .....	26
4. 3. 2 <i>Podkategorie - Terciární prevence</i> .....	27
4. 3. 3 <i>Podkategorie - Zvýšení informovanosti</i> .....	28
4. 4 <i>Kategorie 3 "Léčba"</i> .....	29
4. 4. 1 <i>Podkategorie - Metody léčby</i> .....	29
4. 4. 2 <i>Podkategorie - Léčba komplikace</i> .....	30
4. 5 <i>Kategorie 4 "Informovanost pacientů"</i> .....	31
4. 6 <i>Kategorie 5 "Spolupráce "</i> .....	32
4. 6. 1 <i>Podkategorie - Spolupráce pacientů</i> .....	32
4. 6. 2 <i>Podkategorie - Dodržování bariérového režimu</i> .....	33
4. 6. 3 <i>Podkategorie - Spolupráce rodiny</i> .....	34
<b>5 Diskuse</b> .....	<b>35</b>
<b>6 Závěr</b> .....	<b>40</b>
<b>7 Seznam použité literatury</b> .....	<b>43</b>
<b>8 Seznam použitých zkratk</b> .....	<b>48</b>
<b>9 Seznam příloh</b> .....	<b>49</b>
<b>10 Přílohy</b> .....	<b>50</b>

## Úvod

Původcem virových onemocnění kůže jsou viry. Viry jsou zcela závislé na hostitelské buňce. Potřebují dosáhnout vhodné brány do hostitele, jako je respirační systém, zažívací systém, pokožka a řada dalších. Většina virových nákaz kůže začíná osídlením sliznic. Od bakterií se vir liší tím, že je tvořen pouze jedním typem nukleové kyseliny, buď RNA nebo DNA. Po vstupu do organismu se viry šíří pomocí krve, lymfy nebo nervů. Herpetické infekce jsou charakteristické tím, že způsobují latentní infekci organismu a doživotně přetrvávají ve specifických buňkách těla. Mezi tuto skupinu se také řadí herpes simplex nebo herpes genitalis. Nejčastější herpetickou infekcí a zároveň nejčastějším infekčním onemocněním v České republice jsou plané neštovice. Stejný virus, který je původcem planých neštovic, vyvolává onemocnění zvané pásový opar. Plané neštovice patří mezi běžná onemocnění dětského věku. Většina dětí si je prožije ještě před nástupem do školy. Prodělání nemoci v dospělém věku často znamená těžší průběh než-li je tomu u dětí. Velkou hrozbou jsou plané neštovice pro těhotné matky, kdy může být těžce poškozen plod. Pásový opar je reaktivací viru, který nám v organismu po prodělání planých neštovicích setrvává. Správná diagnostika a včasná léčba pásového oparu patří mezi základní aspekty prevence komplikací. Léčba pásového oparu probíhá především pomocí antivirotik a analgetik. Na léčbu kůže se užívá vysušující přípravky, např. tekutý pudr.

Cílem této práce je zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s virovým onemocněním kůže. Specifika jsou zjišťována polostrukturovaným rozhovorem u zdravotních sester pracujících na kožním a infekčním oddělení. Dané téma jsem si zvolila z důvodu osobních, neboť blízký rodinný příslušník trpěl onemocněním pásového oparu a pro mě bylo zajímavé získání přehlednějších a ucelenějších informací ohledně této problematiky.

# 1 Současný stav

## 1.2 Virová onemocnění kůže

Kožní léze mohou být vyvolány dvěma mechanismy. Štokr (2013) popisuje první skupinu, do které řadíme tzv. demotropní viry, při nichž vznikají kožní projevy přímým působením v kůži. Patří sem skupina herpetických onemocnění, neštovičných onemocnění a skupina virových akantomů. Mezi herpetická onemocnění přísluší herpes simplex, varicella nebo-li plané neštovice a herpes zoster nazývaný pásový opar. Skupinu akantomů představuje ploché bradavice latinsky verrucae planae juveniles, verucca vulgaris, condyloma acuminatum, cerrucosis generalisata, pityriasis rosea Gibert. A skupina demotropních virů náleží skupině neštovičných onemocněních, ve které najdeme onemocnění molluscum contagiosum, pravé neštovice - variola vera a noduli mulgentium. Kuklová (2011) uvádí, že druhou skupinou jsou kožní exantémy při virových infekčních chorobách. Jedná se o celou řadu chorob s více či méně charakteristickým klinickým obrazem - zarděnky, cytomegalovirové infekce, spalničky, adenoviry, echoviry, infekce coxackiemi, exanthema subitum.

Podle Litvika (2008) herpes simplex nosí v sobě 90% lidí. přenáší se líbáním, pohlavním stykem a při porodu. Dále dělíme herpes simplex na HSV 1, kdy jsou postiženy sliznice dutiny ústní nebo spojivka a HSV 2, u kterého je postižena sliznice genitálu. Na sliznici genitálů virus, nazývaný Herpes genitalis, tvoří bolestivé pupínky, které se mohou bakteriálně zanítit. Pupínky se vyplní žlutým obsahem. V tomto případě postižená místa seštra maže například Framykoinem. K tomu se užívají per orálně tablety - antivirotika (Herpesin, Acyklovir).

Bradavice (verucca) jsou způsobené papilomavirem HPV. Většina populace nosí papilomaviry v sobě, bez toho, aby jim papilomavirus způsobil jakékoliv onemocnění. Viry z této kategorie ale mohou způsobit i závažná onemocnění, jako je rakovina děložního čípku. Bradavice jsou přenosné dotekem, skrz malou ranku na kůži. Inkubační doba bradavic je specifická od několika týdnů, může však být i několik let. Z tohoto důvodu může bradavice přenést i člověk, který momentálně bradavice nemá. Zvýšený výskyt je v oblastech, kde je kůže vystavena dlouhodobě potu, například plosky nohou. Bradavice se snadno mohou přenést na koupalištích nebo ve veřejných sprchách. Verucca plana juvenilis jsou bradavičky šedožluté barvy nejčastěji se vyskytující na obličeji či rukou. Bradavičky svědí a škrábáním se roznášejí dál. Seštra aplikuje na kůži keratolytika, což jsou podle Vokurky (2015) látky změkčující rohovou vrstvu pokožky, v těžších případech je nutné aby seštra použila k léčbě tekutý dusík. Verruca vulgaris (pravé bradavice) je nejčastějším typem



bradavic. Nejčastěji se objevují na ruce (Aksamitová, © 2014).

Molluscum contagiosum virus (MCV) je vysoce nakažlivé onemocnění projevující se vznikem mnohočetných puchýřků po celém těle. Tento virus se může přenést i pomocí kontaminovaného předmětu například pomocí ručníku, hračky, oblečení, pobytem v bazénu s infikovanou vodou. U dětí se onemocnění vyvine z důvodu částečně vyvinutého imunitního systému. U dospělé populace dochází k přenosu nejčastěji při pohlavním styku. Puchýřky svědí a jejich rozškrábáním se snadno přenesou na jinou část těla. Nejedná se ovšem o závažné onemocnění, puchýřky zmizí bez léčby během několika týdnů. K léčbě využíváme kryochirurgii, použití tekutého dusíku, laser, seškrábnutí nebo vyříznutí puchýřků. Po chirurgických zákrocích se kůže zhojí a u většiny pacientů dojde k úplnému vymizení molusek, zpravidla do 4 měsíců. Problémem může být vznik jizev. Sestra doporučí pacientům používat různé krémy, masti a oleje, kterými se puchýřky potírají. Udává se, že u 90 % infikovaných je tato léčba úspěšná, u každého jedince však mohou být léčivé účinky individuální. Pozitivní účinek mají především tyto látky – cantharidin, tretinoin a imiquomid (Střípek, © 2011).

Noduli mulgentium přeloženo do češtiny jako uzly dojičů. Jde o profesionální onemocnění a přenáší se z vemen postižených krav na ruce dojičů. Po 5-ti až 7-mi dnech po nákaze se na rukách vytvoří žlutohnědé až namodralé, tuhé, na povrchu lesklé uzle s tvorbou nekrotických či vředu. Celkové příznaky se nevyskytují. Uzle spontánně vymizí do několika týdnů. K léčbě tohoto onemocnění se používá Saloxyl mast a koupele v roztoku Hypermanganu (Štork, 2013).

Exantema sibiricum nebo-li šestá nemoc se projevuje u dětí mezi šestým měsícem a třetím rokem věku. Onemocnění se projevuje vysokými teplotami, po třech dnech teploty klesnou a dojde k výsevu nesvědivých růžově-červených skvrn, objevujících se na trupu, končetinách a krku. Při tomto onemocnění dítěti otečou víčka (Kuklová, 2011).

### **1.3 Prevalence**

Podle státního zdravotního ústavu byl nahlášen za rok 2016 výskyt herpesu zoster 6 737 případů, spalničky 7, zarděnky 0, plané neštovice 42 440 případů. Košťálová (2017) uvádí, že v období od 1. ledna 2016 do 17. února 2017 bylo v Rumunsku hlášeno 3 071 případů spalniček, včetně 16-ti úmrtí. Nejvíce zasaženou skupinou obyvatelstva jsou kojenci a malé děti. Epidemie ukazují, že spalničky stále v populaci cirkulují a je velké riziko přenosu onemocnění zejména v

populaci s nízkou proočkovaností. Na území EU jsou případy spalniček hlášeny v Rumunsku, Rakousku, Belgii, Německu, Itálii a Španělsku, ohniska mimo EU byla zjištěna ve Švýcarsku, Kongu, Guinei, Jižní Africe a Jižním Súdánu. Z důvodu otevřených hranic v rámci Evropské unie i mimo ni, dnes neproočkované děti mohou přijít do dětského kolektivu v mateřských školách v České Republice. Proočkovanost české populace proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám v roce 2015 dosahovala 93,5 procenta.

*42 780 hlášených případů v roce 2011 staví varicellu jako jednoznačně nejčastěji se vyskytující infekční onemocnění v České republice z chorob podléhajících klinickému hlášení (Ambrožová, 2012, s. 36).*

#### **1. 4 Varicella zoster**

Plané neštovice a pásový opar jsou způsobeny virem varicella-zoster. Plané neštovice jsou akutní invazivní fází viru, a herpes zoster (pásový opar) představuje reaktivaci latentní fáze (Pergam, © 2009). Vztah mezi herpes zoster a varicellou byl objasněn výzkumem von Bókaye v roce 1888. Kundratitz v roce 1925 objasnil způsob přenosu infekce onemocnění. Histologický obraz kožních symptomů poprvé popsal v roce 1906 americký patolog Tyzzler pracující na Filipínách. Amies objasnil roku 1934 vztah mezi herpes zoster a varicellou na základě vzorků krve. Nobelovu cenu za izolaci varicelly na buněčných kulturách získal Weller v roce 1958. Neurologické změny v segmentu s kožním výsevem herpes zoster zjistil v roce 1831 Richard Bright a téměř o 30 let později v roce 1862 popsal Barendsprung zánětlivé změny ve spinálních gangliích (Pospíšilová, © 2009). Varicella zoster se vyskytuje v každém věku, ovšem při vzplanutí nemoci ve stáří mívá komplikovanější průběh. Komplikací je postherpetická neuralgie. U pacientů nad padesát let věku se objevuje oproti mladším ročníkům patnáctkrát častěji. Nejvíce se zoster vyskytuje v průběhu hrudního nervu a v oblasti první větve trojklaného nervu. Při postižení trojklaného nervu nazýváme nemoc herpes zoster ophtalmicus. Projevuje se otokem očních víček, hrozí zánět rohovky a může vést až k oslepnutí. Herpes zoster oticus se manifestuje v oblasti vnitřního a zevního ucha. Mnohokrát bývá příznakem maligních lymfomů, leukemie nebo Hodgkinovy nemoci. Vleklý průběh se vyskytuje u pacientu s AIDS (Kuklová, 2011).

## **1. 5 Herpes zoster (pásový opar)**

Na začátku nemoci se vyskytuje výlučně erytém a mnohdy i silné bolesti. Puchýřky obsahují virus varicella zoster a ten je vysoce infekční (Ambrožová, 2012). Přenáší se kapénkovou nebo kontaktní infekcí (Štork, 2013). Prvním projevem nakažení infekcí virem varicella zoster jsou plané neštovice. Po prodělání planých neštovic je riziko vzniku pásového oparu 10 až 20 %. Nemocnost se zvyšuje s narůstajícím věkem, k 75 % případů dochází ve věku nad 45 let (Dražan, © 2007). Oslabením imunity se mohou zpětně aktivizovat. V tomto znovuvzplanutí se ovšem virus projeví jako pásový opar. Zprvu se dostaví bolesti kořenové a posléze se objevují jako typické kožní projevy (Ambrožová, 2012). Dermatologické projevy vznikají v průběhu odpovídajícímu dermatomu. Jedná se o neostře ohraničený erytém, na jejímž povrchu se tvoří shluk nezkalených puchýřků z počátku s napjatým, později s vpadlým povrchem uprostřed. Puchýřky bývají v různé fázi vývoje z důvodu postupného výsevu. V průběhu sedmi až deseti dní zasychají v krusty. Celý kožní proces trvá 2-4 týdny. Po zahojení puchýřků zůstávají jizvičky. Výsev je téměř pokaždé doprovázen záchvatovitými neuralgickými bolestmi (Štork, 2013). U 5 % pacientů se dostavují celkové symptomy, kterými jsou bolesti hlavy, malátnost, chuťové abnormality, bolesti kloubů, vzácněji zvýšená teplota (Pospíšilová, © 2009).

Herpes zoster může mít hned několik podob. Hemoragickými puchýři se projevuje herpes zoster haemorrhagicus. Postižení více než jednoho dermatomu je zapříčiněno zosterem multiplex. Herpes zoster glossopharyngicus postihuje druhou větev trigeminu a najdeme ho na sliznici dutiny ústní. Pokud pásový opar zasáhne lícni nerv, označujeme toto onemocnění jako Ramsayův–Huntův syndrom nebo-li herpes zoster oticus. Herpes patří mezi příznaky Hodgkinovy choroby, maligních lymfomů, leukémie. Virus hrudního segmentu se jmenuje herpes zoster thoracicus (Zimová, © 2012). U herpesu zoster ophthalmicus je příznakem zarudnutí víček a mohutný edém. Hrozí vznik zánětu rohovky oka či poškození vnitřního oka, které může vést až ke slepotě (Štork, 2013). Pospíšilová (2009) uvádí, že herpes zoster se častěji vyskytuje u starších pacientů a pacientů s HIV infekcí. Průběh nemoci je závažnější u pacientů s oslabenou imunitou. Dle studie, při které bylo analyzováno 41 případů pacientů s onemocněním herpes zoster, byl stres jako spouštěcí faktor zjištěn u 39% a imunodeprese v 58,5% případech ( Bollea-Garlatti et al., © 2017). Imunodeprese je snížení imunity z důvodu účinků některých léků, množství faktorů zevního prostředí či dlouhodobý nebo nadměrný stres vysvětluje Vokurka (2015). Podle Kaye (2016) znovu-navrácení nemoci

herpes zoster je vzácností (1–8 %). Může však upozornit na možnost nádorového, dosud nezjištěného onemocnění nebo na AIDS.

### *1. 5. 1 Diagnostika virového onemocnění herpes zoster*

Základem jsou klinické příznaky. U nejasné diagnózy je přímé prokázání pomocí buněčných kultur a metod PCR (metoda, která umožňuje zmnožení úseku DNA, vysvětluje Vokurka (2015)) nebo průkazem specifických protilátek v séru pacienta. Eventuálně je možné provést imunofluorescenci, tvrdí Štork (2013). Imunofluorescence je prokázání protilátky nebo antigenu v tkáni odebrané biopsií, což znamená odebrání kousku tkáně z živého organismu (Vokurka, 2015). Protilátka nebo antigen se označí fluorescenčním barvivem, následně se přidá k vzorku tkáně. Požadovaná molekula se zbarví fluorescenční látkou a je zřetelně vidět pod mikroskopem s UV zářením (Bartuňková, 2011). Diagnostika pomocí buněčné kultury se provádí pomocí Tzankova testu. Ve stěru ze spodiny puchýřku po obarvení, podle Giemsy, nacházíme mnoho-jaderné obrovské epitelální buňky s nitrojadernými tělisky žijícími v kyselém prostředí. V rané fázi infekce je test pozitivní ze 75 %. Test se využívá i k diagnostice dalších onemocnění, například herpes simplex nebo molluscum contagiosum (Zimová et al., 2012). Elektromikroskopický průkaz se provádí pouze pro výzkumné účely (Litvik, © 2008). V případě PCR vyšetření stěr ze spodiny puchýřku musí sestra provést tak, aby puchýřek nekrvácel, jelikož krev může znehodnotit výsledek vyšetření (Zimová et al., 2012).

V počátečním období nemoci mohou bolesti připomínat vertebrogenní, algický syndrom, pleuritidu (zánětlivé onemocnění pohrudnice) nebo náhlou příhodu břišní. V období výsevu puchýřků je potřeba rozlišit kontaktní dermatitidu, generalizovaný výsev herpes viru infekce, varicelu, erispel (růže) a jiná onemocnění. Při výsevu v dutině ústní pro odlišení od stomatitid je přínosem především jednostranným výsevem pupínků či puchýřků (Bartošová, © 2008).

### *1. 5. 2 Léčba virového onemocnění herpes zoster*

U osob s oslabenou imunitou a při klinicky mírném průběhu sestra aplikuje antiseptickou, vysušující léčbu, např 2% chlorhexidinu glukonátu v tekutém pudru nebo kapsaicin v masťovém základu v koncentraci 0,025%. V nemocnicích se používá tekutý pudr s 1% Rivanolem, chloroxinová pasta, genciánová violet, tinktury s trifenylmetanovými barvivými, brilantová zeleň

nebo metylénová modř (Ambrožová, 2012). Dále přípravky se zinkem – zinková pasta, olej a vysušující alkoholové roztoky (Pospíšilová, © 2009). U formy postihující komplexně organismus se podávají analgetika, do kterých řadíme paracetamol nebo kyselinu acetylsalicylovou. Pokud kyselina acetylsalicylová nestačí, přidává se tramadol, což je opioid (Ambrožová, 2012). Dalšími medikamenty podávané u tohoto onemocnění jsou kortikosteroidy s kombinací virostatik tlumící zánět, urychlují hojení a potlačují akutní bolesti. Antivirová léčiva snižuje délku příznaků a pravděpodobnost postherpetické neuralgie, zvláště pokud je zahájena do dvou dnů od výskytu vyrážky (Anderson, © 2016).

Antihistaminika potlačují svědění exantému a antidepresiva se využívají při silných bolestech, především u postherpetických neuralgií (Pospíšilová, © 2009). Při postižení obličeje a u těžkého průběhu se intravenózně podávají virostatika (Aciklovir, Valaciklovir, Famciklovir, brivudin). Pacienty s tímto onemocněním sestra informuje o nezbytnosti dodržovat klid na lůžku a o využití suchého tepla, to znamená případnou bolest léčit přiložením ohřáté tkaniny, pomocí topení nebo mikrovlnné trouby (Ambrožová, 2012). Prevencí může být očkování proti viru herpes zoster. Člověk s pásovým oparem nemůže nikoho nakazit, protože se nejedná o primární infekci, nýbrž o reaktivaci viru v těle (Dražan, © 2013). Riziku pásového oparu a postherpetické neuralgie se nejbezpečněji předchází očkováním. Nad 50 let se doporučuje nechat se očkovat vakcínou proti pásovému oparu (Zostavax). Vakcína snižuje riziko pásového oparu o polovinu, a riziko postherpetické neuralgie o dvě třetiny. Vakcína nemá riziko vážných vedlejších účinků. Podobně jako jiné vakcíny, může způsobit zarudnutí, bolest, otok nebo svědění v místě vpichu a také bolest hlavy (Dražan, © 2013).

Při hospitalizaci do nemocnice obvykle první, s kým pacient přijde do styku, je sestra. Ovládnutí správné komunikace je pro sestru nezbytné. Sestra by neměla přerušovat pacienta, měla by mít schopnost odstranit rušivé vjemy při rozhovoru s pacientem a též zajistit soukromí dle možností zařízení. K dalším zásadám správné komunikace patří navázání očního kontaktu a vyjádření zájmu o to, co pacient sděluje. Jak již bylo řečeno, mezi prvními příznaky popisovaného onemocnění je bolest. Sestra se zeptá pacienta na lokalitu, intenzitu, druh, trvání bolesti, co bolest zhoršuje a co naopak bolest pomáhá zmírňovat. Sestra zjistí jestli pacient bolest pociťoval již před výsevem kožních projevů. Monitoruje bolest dle škály VAS. Pacient na úsečce nebo výseči označí intenzitu bolesti od “žádná bolest” až po “nejhorší bolest, jakou si dokáže představit”. Následně se subjektivní hodnocení převede na číselnou škálu od 0 do 10 (Zemanová et al., 2012). Sestra hodnotí

rozsah, barvu, umístění výsevu. Dále zda-li se na kůži pacienta nacházejí krusty nebo puchýřky a jestli puchýřky tvoří sekret. Informuje se o tom, jak pacient pečuje o kůži, jaké přípravky používá, jakým typem kůže pacient disponuje (suchá, olupující se), zda-li ho trápí zvýšené pocení (Plevová et al., 2011). Sestra informuje pacienta o nutnosti udržování pokožky v suchu, bez nečistot, též o nevhodnosti používání dráždivých mýdel a šampónů. Doporučí dětská mýdla. Dále sestra doporučí nošení bavlněného, pokud možno volnějšího prádla a o kontraproduktivním nošení silikonových a polystyrenových materiálů. Jelikož je herpes zoster infekční onemocnění poučí sestra pacienta o individualizaci pomůcek, tzn. používání vlastního ručníku, žínky, mýdla, nutnosti si po každém ošetření postižených oblastí umýt důkladně ruce (Kuklová et al., 2011). Sestra aplikuje léky na kůži. Dodržuje barierovou péči, používá ochranné pomůcky. Jako prevence je důležitá imunita nemocného. Sestra informuje pacienta jak podpořit obranyschopnost, například pravidelným cvičením, vitamíny, dodržování dostatečného pitného režimu, otužováním. Důležitá je také psychika nemocného. Zmírněním úzkosti a strachu sestra sníží i pacientovo vnímání bolesti (Plevová et al., 2011).

### *1. 5. 3 Komplikace virového onemocnění herpes zoster*

U starších lidí dochází ke komplikacím v 50% případů (Dražan, 2007). Nejčastější komplikací jsou postherpetické neuralgie, které mohou přetrvávat i po zhojení kožních manifestací (Opavský, © 2009). Bolest může být ostrá a přerušovaná nebo konstantní a vysilující (Kaye, © 2016). Objevují se až v 20% případů, obvykle u pacientů starších 60 let (Ambrožová, 2012). Podle Opavského (2009) je hlavním příznakem tohoto syndromu neuropatická bolest, která je popisována jako trvalá, pálivá a trhající. Bolest se šíří podél jednoho dermatomu. Podstatou preventivní léčby je včasné zahájení antivirové medikace. Další komplikací podle Dyntra (2012) je bakteriální superinfekce, tzn. že puchýřky se bakteriálně zanítí. Časté jsou dysestézie – abnormní senzitivní vjemy nepříjemného až bolestivého charakteru vznikající spontánně nebo za normálních okolností nebolestivým podnětem. Dalšími projevy je parestezie, což je porucha cití, projevující se jako brnění, mravenčení a svrbění, vysvětluje Vokurka (2005). Bolest významně narušuje každodenní aktivitu a činnost člověka, způsobuje nespavost a deprese. Obávanými komplikacemi je i meningitida (zánět mozkových blan), encefalitida (zánět mozku) či paréza nebo-li obrna lícního nervu (Dyntr, © 2012). Herpes se může objevit v uchu. V takovémto případě může být zasaženo

vnitřní ucho nebo ušní nerv. Což způsobuje závratě, nevolnost, zvracení, ztrátu sluchu. Při infekci trojklaného nervu může dojít k poškození rohovky, spojivky, zrakového nervu a projeví se poškozením zraku (Vinš, © 2013).

#### *1. 5. 4 Bolest u herpes zoster*

Bolest je jedním z příznaků pásového oparu. Nejčastější komplikací pásového oparu je neuralgická bolest, proto popíšu tuto problematiku podrobněji. Bolest je subjektivní a emocionálně nepříjemný pocit s akutním nebo potencionálním poškozením tkáně (Bydžovský, 2010). Bolest primárně rozdělujeme na akutní a chronickou. Akutní bolest je příznak, který intenzivně informuje organismus o tkáňovém poškození. Dostavuje se okamžitě po bolestivém podnětu ve formě pálivé nebo ostré bolesti. Jde především o bolest kožní, svalovou a kloubní. Mezi akutní bolesti řadíme i chronicky se opakující akutní záchvaty bolesti nebo také některé druhy kolikovitě bolesti, které mají silnou sympatickou složku (Dostálová, 2013). Chronická bolest nás většinou neupozorňuje nebo nechrání před skutečným i možným poškozením tkáně. Trvá déle jak šest měsíců. Chronická bolest je velmi často doprovázena úzkostí, depresí, únavou, rezignací člověka. Léčba analgetiky nezabírá tak dobře jako u bolesti akutní (Doležal, 2008). Nociceptorová bolest je bolest způsobená vnějším poškozením tkání (spálenina, pohmožděnina, rána) nebo vnitřně způsobená zánětem (bolest zubů, revmatoidní artritida). Neuropatická bolest vzniká poškozením nervových vláken a neuronů (neuralgie trojklaného nervu, záchvat mrtvice, porušení míchy po úrazu). Reflexivní bolest má příčinu ve špatném držení těla nebo v nesprávné regulaci cévního systému (migréna, bolesti zad, otoky). Psychosomatická bolest mívá příčinu v psychickém ladění jedince. Může způsobit vznik tělesných potíží. Psychosomatické onemocnění je častý příznak právě chronické bolesti. Nezaměňujeme však pojem psychosomatické bolesti s bolestmi psychogenními. Psychogenní bolest se vyskytuje u psychicky nemocných lidí s psychiatrickými diagnózami, například u lidí trpících schizofrenií, bipolární poruchou a depresí. Psychogenní bolest nezačíná na okrajové části, ani na nocisenzorech nebo na nervových vláknech, ale je generována v centrální nervové soustavě v oblasti limbického systému (Dostálová, © 2013).

Dále rozvedu první dvě uvedené bolesti – bolest nociceptivní a bolest neurologickou. Nociceptivní bolest označujeme bolest vnímanou na periférii těla. Tuto bolest nám přenášejí nociceptory, což jsou receptory bolesti. Nociceptory jsou chemické receptory. Dále nociceptory dělíme na dva druhy. Vysoko-prahové mechanoreceptory, které přenášejí bolest pomocí vnímání

tlaku, tahu, vibrací. Při silnějším podráždění vnímáme bolest pomocí mechanoreceptorů. Ruffiniho tělíska nám přenášejí vjemy bolestivého tepla (opaření, spálení) a pomocí Krauseho tělísek vnímáme bolestivé vjemy chladu např. při omrzlinách (Rokyta, 2009). Volná nervová zakončení využívají k převodu signálu bolesti iontové kanály sodíku a draslíku. Nocisenzory mají schopnost měnit svůj práh. Mají schopnost senzitivace, což znamená snížení prahu pro podráždění bolestivými podněty, a nebo desenzitivace receptorů nebo-li zvýšení prahu pro podráždění bolestivými podněty (Dostálová, © 2013).

### **1. 7 *Varicella (Plané neštovice)***

Onemocnění se projeví zvýšením tělesné teploty nebo horečkou, několik hodin nato (do 36hodin) se objevuje zčervenání, nejdříve na hlavě (skoro vždy ve vlasové části) a trupu, později na celém těle (Naňka, 2015). Červené skvrny (makuly) se rychle změny na pupínky (papulky), poté na puchýřky (vezikuly) obklopené červeným zánětlivým okrajem. Puchýřky svědí a v průběhu 1-3 dnů se zakalí. Následně zasychají v krusty (stroupky). Mohou se vyskytovat i drobné vřídky na sliznici dutiny ústní nebo v pochvě (Dražan, © 2013). Pokud pupínky dítě nerozškrábe, hojí se bez jizvy (Naňka, 2015). Během prvních 3-6 dnů nemoci se objevuje několik výsevových vln, takže na jednom pacientovi nacházíme projevy v různých stádiích nemoci (červené plošky, puchýřky, krusty). Po posledním výsevu klesá teplota, nemoc ustupuje (Naňka, 2015). Další příznaky které se mohou vyskytnout, jsou zimnice, bolesti hlavy a průjem. Onemocnění se vyskytuje nejčastěji u dětí do deseti let (Bartošová, © 2008). U dospělého člověka onemocnění planých neštovic probíhá se závažnějším průběhem než-li u dětí. Ve srovnání s onemocněním v dětském věku má dospělí hustší výsev vyrážky, vyskytují se vyšší teploty a častější komplikace (Muntau, 2014). Plané neštovice jsou infekční již první den výsevu, virus je v obsahu puchýřků i v nosním sekretu. Jedinec přestane být infekční až po vytvoření krust na všech neštovičkách. Přenos se děje přímým kontaktem nebo kapénkovou infekcí (Zemanová, 2012). Nakažlivost je velmi vysoká. Inkubační doba je 10-21 dní (Bartošová, © 2008). Po prodělání onemocnění vzniká dlouhodobá imunita. Epidemie planých neštovic pozorujeme hlavně v zimě a na jaře (Naňka et al., 2015). Dle Beneše (2009) se na plané neštovice očkuje mezi 9.a 12. měsícem věku, očkují se i dospělí, kteří nebyli v dětství očkovaní nebo kteří neštovice neprodělali. Diagnostikou planých neštovic je typický výsev kožních projevů. Další metodou je sběr epidemiologické anamnézy, izolace viru z eflorescencí, odběr krve, či použití PCR vyšetření (Zemanová, 2012). Při vyšetřování je vhodné používat ústenku a jednorázové



rukavice, z důvodu vysoké nakažlivosti exantémového onemocnění. Dále je důležité rozpoznat plané neštovice od jiných chorob, např. meningokokové nákazy, bakteriálního septického šoku, kdy je podání antibiotik život zachraňující (Sedláček et al., © 2008).

### *1. 7. 1 Léčba varicelly*

Plané neštovice se léčí především symptomaticky. Pacient je izolován doma, dodržuje klidový režim, nevystavuje se slunečnímu působení. Podávají se antihistaminika, například Dithiaden a tekutý pudr proti svědění (Muntau, 2014). Můžeme podávat hypermanganové obklady, antipyretika a při závažném průběhu antivirotika (Beneš, 2009). Důležitý je dostatek tekutin (Muntau, 2014). Významná je také hygiena rukou a krátké nehty, abychom zabránily zanesení infekce. U imunosuprimovaných nebo při vážném průběhu podáváme Acyklovir, případně Imunoglobulin nejpozději do tří dnů po styku s nakaženým jedincem. Toto opatření zamezí infekci nebo prodlouží inkubační dobu a zmírní tím průběh nemoci (Kelblerová, © 2009).

Podle názoru Bartošové (2008) jsou plané neštovice velmi závažné onemocnění pro těhotné ženy, během prvního trimestru gravidity, kdy mohou těžce poškodit plod. Vysoké riziko je také několik dní před porodem a po porodu, kdy může dojít k těžkému onemocnění novorozence. Onemocnění virem varicelly u těhotné ženy v prvních třech měsících gravidity se označuje jako kongenitální (vrozený) syndrom. U tohoto syndromu je postižena lebka i kosti dítěte a vyskytují se rozsáhlé jizevnaté změny na kůži dítěte. U onemocnění matky v posledních dvou až třech týdnech gravidity se jedná o tzv. neonatální varicellu, kdy se dítě narodí s vyrážkou nebo se u něj objeví v prvních dnech života. Onemocnění u těchto dětí je tlumeno mateřskými protilátkami a proběhne zpravidla lehce. Onemocní-li však matka varicellou v posledních 5 dnech před porodem či 2 dny po porodu, nedojde k významnějšímu transplacentárnímu (přenos přes placentu) přenosu mateřských protilátek. A průběh onemocnění novorozence bývá těžký a často dochází až k postižení parenchymatózních (např. játra) orgánů. Preventivně se podává varicella-zoster imunoglobulin těhotným, jestliže plané neštovice ještě neprodělaly, a u těhotných, které přišly do styku s infekcí (Kelblerová, 2009).

Plané neštovice se obvykle léčí v domácím prostředí. Do nemocnic jsou děti s rodiči přijímány při těžším průběhu onemocnění, při komplikacích nebo v případě, kdy okolnosti nedovolují dodržení protiepidemického opatření. Sestra seznámí dítě a rodiče s prostředím zdravotnického zařízení. Promluví si s dítětem a vysvětlí mu stav onemocnění a průběh léčby s ohledem k jeho věku. Sestra kontroluje často kůži dítěte a sleduje vývoj vyrážky. Edukuje rodiče o vhodnosti

ostříhání nehtů dítěte, u menších dětí doporučí ochranu rukou manžetami. Sestra aplikuje pudr. Ten se však nesmí nanášet v silné vrstvě, neboť by mohla vzniknout bakteriální superinfekce (Rozsypal et al., 2013).

Vakcína proti neštovicím není určena na ochranu před pásovým oparem, i když riziko jeho vzniku je u očkovanych jedinců mnohonásobně nižší. Očkování proti planým neštovicím je vhodné zejména pro děti se sníženou imunitou, pro děti trpící kožními nemocemi a pro všechny adolescenty (zvláště dívky starší 13 let) a dospělé – kteří doposud neměli neštovice. Pro děti starší 9 měsíců a pro dospělé je k dispozici vakcína Varilrix® (orientační cena 1 500 Kč za očkovací dávku) s živým oslabeným virem. U dětí do 12 let se očkuje jednou dávkou vakcíny, u starších pacientů se očkují dvě dávky, s odstupem alespoň šesti týdnů. Pro děti ve věku od 15 měsíců je k dispozici kombinovaná vakcína Priorix-Tetra® (orientační cena 1 800 Kč za očkovací dávku), která kromě živých oslabených virů varicelly obsahuje i živé oslabené původce spalniček, příušnic a zarděnek. Tato vakcína se aplikuje ve dvou dávkách (Bechná, © 2016).

### *1. 7. 2 Komplikace varicelly*

Onemocnění může postupovat závažnou formou s nutností hospitalizace. Jako komplikace mohou vzniknout následující onemocnění: zápal plic (pneumonie), zánět jater, zánět mozkových blan (meningitida), zánět mozku způsobující křeče a bezvědomí nebo těžké bakteriální infekce způsobené streptokoky, stafylokoky či nekrotizující fascitida (Bartošová, © 2008), což je zánět podkožních tkání, jak vysvětluje Vokurka (2015). Velmi ojediněle mohou plané neštovice způsobit komplikace, jakými jsou Guillain-Barré syndrom (nedostatek krevních destiček způsobující krvácení), záněty kloubů, srdce, ledvin, varlat, jater nebo struktur oční duhovky (Bartošová, 2008). V některých případech se mohou vyskytnout krvácivé projevy ve spojitosti s tranzitorní trombocytopenií (nedostatek krevních destiček). Reaktivace latentní infekce herpes zoster je u dětí ojedinělá. U dětí s poruchou imunitního systému se dá očekávat závažný průběh jak planých neštovic, tak později pásového oparu ve formě těžké infekce s orgánovými projevy a krvácením do kůže.

### *1. 7. 3 Bariérový přístup a edukace pacienta*

Sestra by měla znát diagnostiku, prevenci a léčbu kožních nemocí. Měla by mít přehled o nejčastěji se vyskytujících onemocněních, která se nacházejí na jejím pracovišti. Musí si

uvědomovat možnosti rizik, která jsou s prací spojena. Jedná se o značné riziko přenosu infekce. Sestra musí umět ohleduplně komunikovat s pacientem a brát zřetel na jeho stud. Obzvláště v případech, kdy je onemocněním postižena intimní oblast. Sestra dodržuje zásady bariérového přístupu a umí pacienty a jejich příbuzné o těchto zásadách informovat. Mezi zásady bariérového přístupu patří pravidelné mytí a desinfekce rukou, nošení ochranných pomůcek (rukavice, pláště, roušky). Dále pak dodržování hygienických opatření při manipulaci s prádlem, biologickým materiálem a pomůckami od nemocných. Důležité je též správné používání jednorázových pomůcek a dodržování individualizace pomůcek pro nemocné (Nováková, 2011). Častým výkonem, který sestra provádí, je aplikace léčiv na kůži. Aplikaci léčiv na kůži můžeme rozdělit na aplikaci celkovou a místní. Indikací pro aplikaci těchto léčiv je prevence nebo léčba infekce kůže, zmírnění svědění, ošetření chronické rány, léčba exému a kožních chorob, zajištění lokální vazokonstrikce nebo vazodilatace, tlumení bolesti pomocí náplasti nebo tlumení zánětu kloubů (Vytejková, 2015). Máme dvoje základní formy léku aplikovaných na kůži. První formou jsou tekuté léky, mezi které patří roztok, tinktura, suspenze, výtažek, emulze a sprej. Druhá forma představuje polotuhé léky, kam spadá mást, gel, krém a transdermální náplast (Jirkovský, 2012). Při aplikaci léku na kůži používá sestra pokaždé jednorázové rukavice. Do nádoby s medikamentem používá sestra vždy čistou špachtli nebo štětičku. Při aplikaci medikamentu na obličej nemocného formou spreje nebo zásypem chrání rukou oči nemocného. Po výkonu zajistí dekontaminaci nejednorázových pomůcek a likvidaci odpadu do příslušných nádob k tomu určených. Některé léky nelze pracím procesem z prádla zcela odstranit, na tuto skutečnost nemocného upozorníme, abychom předešly možným stížnostem a nedorozuměním ze strany nemocného (Jirkovský, 2012). Sestra informuje pacienta o průběhu výkonu. Zajištěním klidu a soukromí zmírňuje sestra pacientův stud. Sestra motivuje nemocného ke spolupráci a informuje ho o možných projevech v průběhu léčby a o vedlejších účincích jako je pálení, svědění či začervenání. Seznámí ho s omezeními v průběhu léčby (např. nežádoucí pobyt na slunci, dietní omezení, kontraindikace při používání jiných přípravků). Zdůrazní důležitost neškrábat si místo aplikace. Posuzuje stav kůže nemocného před a po aplikaci léků a všechny změny zaznamenává do dokumentace. Sestra pečuje o pohodlí pacienta a v případě potřeby zajistí čisté osobní prádlo či lůžko. Sestra nejdříve odstraní nános nebo zbytek předešlé masti teplou vodou nebo olejem a vysuší hydrofilovými čtverci. Na suchou kůži poté aplikuje lék dle ordinace lékaře (Jirkovský, 2012).

## **2 Cíl práce**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem práce je zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s virovým onemocněním kůže, způsobené virem Varicella zoster.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vybraným virovým onemocněním kůže?

Jaká je úloha sestry v prevenci onemocnění způsobené Varicellou zoster?

## **3 Metodika výzkumu**

### **3.1 Použité metody**

Tato práce je rozvrhnutá na teoretickou část a část výzkumného šetření. Nejprve byla nalezena vhodná literatura, kdy jsme čerpali z odborných monografií, odborných článků a z českých i anglických internetových zdrojů. Poté, na základě vhodné literatury, byla napsána první část naší práce. Bylo čerpáno z práce českých odborníků především MUDr. Beneše, PhDr. Jirkovského, MUDr. Kuklové, MUDr. Rokyta a MUDr. Rozsypala. Z českých vědeckých periodik bylo nejvíce získáváno z časopisů *Dermatologie v praxi*, *Medicína pro praxi* a *Pediatric pro praxi*. Ze zahraničních internetových zdrojů pak byly použity časopis *Medscape* a *National Library of Medicine*.

Pro výzkumné šetření k bakalářské práci byl zvolen kvalitativní výzkum. Dopředu byl sestaven polostrukturovaný rozhovor. Před samotným zahájením výzkumu bylo zažádáno o povolení výzkumného šetření ve zdravotnickém zařízení. Výzkumné šetření probíhalo na kožním a infekčním oddělení v měsících duben a květen 2017.

Dotazovanými byly všeobecné sestry pracující na kožním a infekčním oddělení. Rozhovory probíhaly individuálně a po předchozím souhlasu dotazovaných sester. Podkladem k rozhovoru bylo 17 připravených otázek, které byly vybrány na základě předem prostudované odborné literatury (viz. Příloha 1). Sestry s nahráváním rozhovorů na mobilní zařízení souhlasily, poté byly rozhovory doslovně přepsány pomocí metody tužka- papír. Následně byly vytvořeny kategorie a podkategorie. Z otázek a odpovědí byly vytvořeny 5 kategorií, které jsme dále rozšířili o několik podkategorií. Odpovědi sester byly ve výzkumném šetření uvedené v přímé citaci. Ukázkou zpracování výzkumného souboru najdete v příloze 2 a znění celého obsahu rozhovorů v příloze 3. Abychom dodržely podmínku anonymity, byly sestry při zpracování výsledků označeny jako S1 až S11.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořilo 11 všeobecných sester (S1 – S11). Šest sester pracujících na kožním oddělení (S1 - S5) a pět sester pracujících na infekčním oddělení (S6 – S11). Jediným kritériem pro vytvoření rozhovoru byla práce na oddělení, kde se hospitalizování pacienti s pásovým oparem a s planými neštovicemi. Tento výzkumný soubor byl vybrán záměrně. Sestry byly ochotné a pouze jedna ze sester uskutečnění rozhovoru odmítla. Délku praxe na kožním a infekčním oddělení

dotazované sestry uvedly v rozmezí od pěti měsíců do 20-ti let.

## 4 Výsledky

### 4.1 Kategorizace rozhovorů

Tabulka 1: délka praxe na příslušném oddělení, praxe na jiných pracovištích.

Identifikace sester	Doba praxe na kožním nebo infekčním oddělení	Předešlá praxe na jiných pracovištích
S1	5 a půl roku	Plazmaferetické centrum, Interní oddělení, Kardiologie, Koronární jednotka
S2	18 let	Interní oddělení
S3	20 let	x
S4	5 měsíců	Odběrová laboratoř
S5	4 roky	x
S6	10 let	Oddělení následné péče
S7	7 let	Otorinolaryngologické oddělení
S8	3 a půl roku	Domov důchodců
S9	6 let	Záchraná služba, gastroenterologické oddělení
S10	9 měsíců	Léčebna dlouhodobě nemocných
S11	8 měsíců	Anesteziologicko-resuscitační oddělení

Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce 1 je pro lepší srozumitelnost uvedena doba praxe na kožním nebo infekčním oddělení a praxe na předešlých pracovištích. Tato data byla zjištěna při položení první otázky, která se zaměřovala právě na tyto informace. Výzkumu se zúčastnilo jedenáct sester, pracujících na kožním a infekčním oddělení. Rozhovory (viz. příloha 3) se sestrami probíhaly na příslušných odděleních ve zdravotnickém zařízení.

Na základě získaných dat byly po zpracování rozhovorů vytvořeno 5 kategorií:

Pásový opar a plané neštovice

Podané informace

Léčba

Informovanost pacientů

Spolupráce

#### **4. 2 Kategorie 1 "Pásový opar a plané neštovice"**

Kategorie "Pásový opar a plané neštovice" byla rozšířena o 3 podkategorie. Podkategorie "Četnost výskytu onemocnění", "Kontrola stavu kůže" a "Druh komplikace".

##### *4. 2. 1 Podkategorie – Četnost výskytu onemocnění*

Cílem této podkategorie bylo zjistit, jak často se sestry setkávají s nemocnými trpící pásovým oparem a planými neštovicemi. Je nutno zmínit, že nemocné s pásovým oparem hospitalizují na kožním i infekčním oddělení. Děti s planými neštovicemi hospitalizují pouze na infekčním oddělení, dětské oddělení pacienty s tímto onemocněním nepřijímá.

Sestra 1 uvedla: *„Bývá to většinou sezónní, prostě když je větší teplo, tak se to přenáší rychleji.“* Pět sester uvedlo, že pacienti s pásovým oparem nebo s planými neštovicemi jsou hospitalizováni neustále. Sestra 9 odpověděla takto: *„Často, defakto jsou tady nonstop, vždy je tu někdo s touto diagnózou, se dá říct.“* Tři sestry uvedly, že se setkávají velmi často s těmito onemocněními. Čtyři dotazované sestry odpověděly, že výskyt těchto onemocnění je nárazový nebo sezónní. *„Záleží na období, může se stát, že někdy máme třeba pacienty tři za týden, někdy třeba se s nimi dva měsíce neseťkááme. Záleží na tom, když je období planých neštovic, tak se vyskytne období pásového oparu...“*, odpověděla sestra 3. Jedna ze sester udává, že výskyt pásového oparu není častý. Sestra 11 uvedla: *„S planými neštovicemi jsem se tu ještě neseťkala, ale s pásovým oparem, nevím..jednou za měsíc, jednou za dva, není to tak častý.“*

velmi často - S2, S4, S7

pořád – S5, S7, S8, S9, S10

sezóně/nárazově – S1, S3, S6, S8

zřídka – S11

#### 4. 2. 2 Podkategorie - Kontrola stavu kůže

Podkategorie kontrola stavu kůže byla zaměřena na znalosti sester ohledně této problematiky. Osm sester odpovědělo, že stav kůže sledují při ošetření, při převazech každý den. Jen sestra 2 uvedla, že kůži sleduje i při příjmu pacienta: *"Sledujeme při příjmu, při ošetření, vlastně každý den při ošetření po vizitě."* Sestra 4 odpověděla takto: *"Změny na kůži, růži, vyrážku, toto zaznamenáváme, jaké to jsou změny na kůži. A potom postupně to dělá paní doktorka. Vždycky při vizitě, každý den ráno si to prohlídne."* Sestra 1 pozoruje hydrataci kůže: *"Vláčnost, jak je pokožka hydratovaná, jestli je na kůži nějaký výsev, jak ten výsev vypadá nebo jestli není vyschlý, suchý a podobně."* Sestra 8 se ve své odpovědi zmínila konkrétně i o planých neštovicích: *"Když jsou to děti, tak si to většinou ohlírají maminky. U pásových oparů stav kůže sledujeme my, vždy při vizitě, poté večer. Dává se na to tetracyklina, takže to tak docela sledovat nejde, protože se na tom udělá bílá krusta, nechá se to zaschnout."* Tři sestry zmínily, že hodnocení pokožky pacientů probíhá při vizitě.

při vizitě - S5, S8, S11

každý den při ošetření - S2, S3, S4, S5, S7, S9, S10, S11

při příjmu - S2

vláčnost, hydrataci - S1

změny na kůži - S1, S4, S6

#### 4. 2. 3 Podkategorie - Druh komplikace

V této kategorii jsme zjišťovali, jest-li se sestry setkaly s nějakou komplikací u pásového oparu nebo u neštovic, nebo jestli nějakou znají, a jak se takováto komplikace projevila. Šest sester odpovědělo že ano, pět sester, že ne. Sestra 10 uvedla: *"Většinou mají nějaké oční komplikace."* Sestra 8 vyjmenovala tyto komplikace: *"Teploty, febrilní křeče, u pásových oparů je hodně bolest a hodně se vysévají lidé na obličej, přes oko. Posílají se na oční, z důvodu že hůře vidí. Často je příčinou otok, pak se dávají na noc vlhké komůrky, aby jim nevysychali oči. Bolest, horečka to jsou"*



*asi nejzávažnější komplikace."* Sestra 9 s dalšími dvěma respondenty uvedla jako komplikaci bolest v oblasti výsevu: *"U oparů - herpetické meningitidy vycházejí, neuroinfekce. Algický syndromy, že mají bolesti. U planých neštovic některé dítě bylo meningeální, k tomu vysoké horečky mají a pokud mají výsev v ústech, tak i dehydratace. Menší děti, když to mají hodně v puse, tak je to bolí a nechtějí přijímat nic per os, takže jsou na infuzní léčbě. Do neštovic můžou chytit nějakou přidruženou infekci, streptokoka nebo něco"* Sestra 3 zmínila jako komplikaci - pásový opar v oblasti ucha, a také to, že se při větší komplikaci pacient překládá z kožního oddělení na infekční oddělení.

Na otázku „Jak se tato komplikace projevila?“ mi sestra 1 odpověděla: *"Tak komplikace se projevila, že pacient přestává vidět, musí se odeslat na konzilium na oční oddělení. Zde posoudí lékař stav postiženého oka, zda došlo k postižení oka uvnitř a napíše oftalmologickou léčbu."* Odpověď sestry 7 zněla: *"Když je to v obličejí, v lícím nervu, tak se to pozná podle spadlého koutku a nedovřou oko nebo podobně. Meningitidy se projevují teplotou, vrávoráním, únavou."* Jako nejčastější komplikaci pásového oparu a planých neštovic sestry uvedly komplikace v oblasti očí, když se erytém vyseje v oblasti obličeje. Vyšší teplotu, infekci a bolest vyjmenovala sestra 2.

Ano - S1, S2, S3, S7, S8, S9, S10

Ne - S4, S5, S6, S11

Oční komplikace - S1, S3, S8, S9, S10

Neuralgie, bolesti - S2, S8, S9

horečky - S2, S8, S9

Meningitidy, - S7, S9

Přidružená infekce - S2, S9

Obrna nervu - S7

Dehydratace - S9

Otok u oka - S8

Ušní komplikace - S3

#### 4. 3 Kategorie "Podané informace"

Kategorie „Podané informace“ byla rozšířena o tři podkategorie, a to o podkategorii "Infekčnost onemocnění", "Terciární prevence" a "Zvýšení informovanosti".

##### 4. 3. 1 Podkategorie - Infekčnost onemocnění

V této podkategorii jsme zjišťovaly, jak sestry informují pacienty s onemocněním pasového operu a planých neštovic o infekčnosti onemocnění. Sedm sester uvedlo, že pacienty informují o izolaci v rámci pokoje a oddělení. Sestra 8 odpověděla takto: *"Tak při příjmu samozřejmě, tady je bariérová péče. U nás nesmí pacienti chodit ani na chodbu, jsou jenom na pokojích. Nejsou u nás vůbec žádné návštěvy. To povoluje jenom primář k lůžkům. Jinak chodí na návštěvní místnost. A co se pásového operu a planých neštovic týče, tak to nejhorší si prodělají u nás a domů je pouštíme víceméně už neinfekční. Nebo se děti poučují aby se ještě nepouštěly do dětského kolektivu. (xxx) S neštovicemi jako takovými se hospitalizovat nemusí. U nás jsou jenom když mají komplikace, jsou meningeální nebo když mají hodně vysoké horečky a v anamnéze febrilní křeče. Většinou je to krátkodobá hospitalizace u těch dětí. U pásových operů je to 7 - 10 dní, protože se podávají antibiotika do žíly."* Čtyři sestry odpověděly, že pacienty o přenosu onemocnění informuje lékař. Sestra 11 konkrétně uvedla toto: *"Většinou doktor jim řekne. Nebo přijdou, vyšetří se a když vyjde toto onemocnění, tak jim to lékař řekne a my akorát ty naše standarty, že nesmí chodit na chodbu."* Sestra 4 si při této otázce vybavila používání ochranných pomůcek: *"Nesmí navštěvovat společné prostory, jako je jídelna, kuchyňka, sesterna, vlastně vůbec nesmí vylézat z pokoje. A pro nás to znamená ochranné pomůcky, rukavice, roušky, popřípadě nějaký plášť."* Sestra 5 poučuje pacienty o tom, aby si na postižená místa nesahali a neroznesli si tak výsev po jiných částech těla. *"Když se rodina o to zajímá, tak se ptají, jestli nemůžou někoho nakazit v rodině nebo, že mají malé děti, vnoučata. Tak to je informujeme, že když je propouštíme domů infekčnost není skoro žádná. Ale také, že je to spíše u hodně oslabených lidí. Když je normálně zdravý člověk, tak to riziko není velké,"* uvedla sestra 9.

Izolace - S1, S3, S4, S5, S6, S8, S11

Lékař - S1, S2, S10, S11,

Při příjmu - S1, S8

Ochranné pomůcky - S4,

Dotaz od pacienta - S9

Oslabená imunita - S9

Návštěva - S9

#### 4. 3. 2 Podkategorie - Terciární prevence

V této kategorii jsme se zaměřili na znalosti sester o prevenci komplikací u pásového oparu. Sestry odpovídaly na otázku: „Co doporučíte pacientovi, aby takovéto komplikaci předcházel?“ Zahájit léčbu při prvních projevech nemoci považují za důležité dvě dotazované sestry. Odpověď sestry 3 zněla takto: *"Nějaká prevence ze strany pacienta, ve fázi rozvinutého pásového oparu, už asi nejde. Ale pro nás, když zahájí léčbu včas virostatikami, tak pásový opar ustoupí a nerozvine se v takovém rozsahu."* Sestra 8 uvedla: *"Bolesti úplně předcházet nejde, protože to zasáhne nervy a s tím se moc dělat nedá. Nenechat si to rozjet, zavčas si říct."* Sestra dále zmiňuje, že pacienti z důvodu obavy z přílišného obtěžování sestry raději nezazvoní při pocítění bolesti, a toto následně může vést ke komplikaci. Sestra 9 a sestra 10 zdůraznily zásadu nedotýkat se postižených míst, pokud to není nezbytně nutné, například při aplikaci mastí a past. Sestra 10 odpověděla takto: *"Určitě by si neměl na pásový opar nemocný nějak sahat, a poté si sáhnout do spojivek a podobně."* Sestra 9 uvedla: *„U dětí, aby si to nerozškrábaly. U těch, kteří mají výsev v obličeji, aby si to nepřenesli do oka, nesahat si do očí, protože přenos je tímto způsobem jednoduchý."* Sestra 7 považuje za nejdůležitější v prevenci planých neštovic klidový režim, nekoupat se, být v klidu doma, nevycházet na sluníčko. Sestra 4 uvedla: *"Dodržovat izolaci, aby se nerozšiřovalo dál to onemocnění, a za druhé dodržovat léčbu aby se jim to co nejrychleji hojilo."* Sestra 1 sdělila: *"Tak pokud člověk navštěvuje nějaké veřejné zařízení, například saunu, páry nebo bazény, tak by si měl hlídat, aby neměl nějaké záděry nebo nějaké místo vniku nákazy."* Dále uvedla, že je důležitá správná životospráva, která zahrnuje psychickou pohodu a dostatečný spánek.

včasná léčba - S3, S8

nedotýkat/neškrábat - S9, S10

nekoupat se (plané neštovice) - S7

dodržování barierového režimu - S2, S4

dodržování léčby S4,

klidový režim - S7

vyhýbat se slunci - S7

posilovat imunitu - S1

#### 4. 3. 3 Podkategorie - Zvýšení informovanosti

V následující podkategorii jsme zjišťovali, jak by sestry zvýšily informovanost pacientů o konkrétních onemocněních. Nejčastěji zmiňovaly sestry různé prostředky medií. Sestra 7 odpověděla: *"Preventivní programy v médiích a různé letáčky u obvodních lékařů apod."* Na druhém místě v četnosti odpovědí se objevily přednášky, poučení praktickým lékařem a nebo edukace sestrou na oddělení, na kterém pracuje. Sestra 5 uvedla, že při prvním styku s onemocněním, první volbou pacientů je praktický lékař, který jim určí, že je to pásový opar a vysvětlí jim co toto onemocnění obnáší. Sestra 4 odpověděla takto: *"Na základních školách, jak jsou přednášky o různých nemocech, například o HIV a AIDS, tak si myslím, že onemocnění jako je pasový opar by také mělo být součástí těchto přednášek. Aby už mladí lidé věděli, co to je, kde se s tím můžou setkat, a jak tomuto vůbec předcházet."* Sestra 1 zmínila i významnost mezinárodních dnů, uvedla: *"V televizi, rádiu nebo by mohly být nějaké přednášky jako bývají při kardiologickém dni nebo diabetologickém dni, protože ta osvěta je poté větší. Ale samozřejmě lidé se musejí také zajímat, ne každého to zajímá."* Odpověď sestry 3 zněla takto: *"Protože pásový opar se projevuje u pacientů, kteří prodělaly neštovice, tak už edukace ze strany praktického doktora. Pacient, když si všimne, že má nějaký opar, vyhledá si to na internetu a nebo přijde rovnou k nám, zvedne telefon, zavolají, my si je pozveme do ambulance, a tam zhodnotíme rozhovorem, prohlídkou a vyšetřením."* Sestra 9 jako jediná zmínila onkologa konkrétně zaznělo toto: *"Už od toho dětského věku, si myslím, že by to měl dělat pediatr, protože tam ty děti chodí celkem často. De fakto od narození by mohly být maminky informovány, že k něčemu takovému může dojít, jak to vypadá a jak se při tom chovat. Je to jedna ze základních nemocí, které to dítě s největší pravděpodobností dostane, když půjde do kolektivu. U pásového oparu se dost často stává u pacientů, kteří jsou nějak oslabení, tzn. třeba jsou po nějakým onkologickým onemocněním. To by je mohli informovat, když chodí do poraden nebo k onkologům, že se něco takového může stát. Nebo aby se vyvarovali styku s vnoučátkama, když mají zrovna neštovice. No a zdravý člověk to asi neovlivní, že to chytne."*

Media - S1, S3, S7, S10, S11  
Přednášky, semináře - S1, S4, S11  
Praktický lékař - S3, S5, S8  
Kožní/interní oddělení - S2, S3, S6  
Tištěný materiál - S4, S7  
Specialista - S9  
Ambulantní lékař - S2

#### **4. 4 Kategorie 3 "Léčba"**

Kategorie „Léčba“ byla rozšířena o dvě podkategorie. "Metody léčby" a "Léčba komplikace".

##### *4. 4. 1 Podkategorie - Metody léčby*

Cílem této podkategorie bylo zjistit, jaké metody sestry pacientům doporučí při onemocnění pásového oparu nebo planých neštovic. Většina sester uvedla, že pacientovi doporučí aplikovat na kůži tetracyklinovou mast nebo tetracyklinovou pastu. Sestra S7 odpověděla takto: *"Většinou se to maže tetracyklinovou pastou, když to zaschne tak potom tetracyklinovou mastí."* Tři ze sester odpověděly, že se pacientovi podávají antivirotika. Sestra 5 uvedla: *"No tak většinou berou antivirotika, buď infuzně do žíly nebo per os."* Sestra 6 odpověděla, že při pásovém oparu se podává herpesin intravenózně po osmi hodinách. Při oparu na rtu doporučí herpesin mastičku a u horšího průběhu tohoto onemocnění předepíše lékař Zovirax tablety s noční pauzou. Jedna ze sester uvedla použití dezinfekce před ošetřením pastou. Svoji odpověď formulovala sestra 1 takto: *"Nejdříve se to potře nějakým dezinfekčním prostředkem, aby se to vydezinfikovalo, třeba Novikovem...."* Sestra 9 se zmínila i o ošetření kůže po utvoření strupů: *"Podle stavu kůže, jak to vypadá a pokud je to zamokvalý - živý, tak to mažeme tetracyklinovými pastami. Když je to v okolí očí, tak nám s pomocí očních lékařů, kam lidé jezdí na kontroly, nějakou medikaci předepíší. A poté když to zasychá, tak už to necháváme spíše bez pasty tetracyklinové. Necháváme to volné a nebo promašťujeme vazelínou, aby se netrhaly strupy a nevznikaly tak otevřené rány."* A jediná sestra 4 by doporučila pacientovi tekutý pudr.

tetracyklinová mast - S3, S4, S5, S7, S8, S10

tetracyklinová pasta – S1, S6, S7, S8, S9

antivirotika – S5, S6, S9

mastička předepsaná doktorem - S5

vazelína - S9

dezinfekce (Novikov) - S1

tekutý pudr - S4

#### 4. 4. 2 Podkategorie - Léčba komplikace

V této podkategorii jsme zjišťovali, jak se případná komplikace u pásového oparu nebo planých neštovic léčila. Nejvíce sester ve své odpovědi uvedlo analgetika proti bolesti. Sestra 2 odpověděla takto: *"Bolest analgetiky, i v infuzích anebo antipyretiky ta teplota."* Antipyretika zmínila ve své odpovědi i sestra 8: *"Ne na každého platí to stejné, ale máme k dispozici celou řadu analgetik a dají se různě kombinovat. Takže určitě je tu nenecháváme v bolestech. Diazepam při křečích, antivirotika, dává se Herpesin do žíly, většinou u dospělých se dává 750 gramů, ředí se to 250 ml fyziologického roztoku, dává se to 3x denně, což znamená po 8 hodinách. U malých dětí podle váhy a poté se přechází na tablety."* Sestra 9 ve své odpovědi zmínila také kortikoidy: *"U herpetických encefalitid doktoři můžou přidat kortikoidy, ale vždy na prvním místě je léčba herpesinem intravenózně. A jinak..bolest podle závažnosti, to se domluvíme s tím člověkem, pravidelně dáváme nějaký analgetika do žíly."* Sestře 9 jsem položila doplňující otázku, zda-li se pacienti vrací s neuralgickými bolestmi u pásového oparu. Bylo mi odpovězeno: *"To už pak ne, to si myslím, jestli to pak doma léčí na obvodě..ale jakmile mají vyléčený herpes, tak už se k nám nevrací, jedině když se zjistí zánět mozku, tak chodí sem do poradny na kontrolu."* Jedna ze sester uvedla jako léčbu komplikací herpetického onemocnění rehabilitaci. Sestra 7 odpověděla takto: *"Když je to obrna lícního nervu, tak tam je dostatek tekutin, vitaminu. Jinak hlavně rehabilitace, že chodí rehabilitační a rozmasírovává."* Sestra 3 uvedla: *"Pokud je komplikace očí, dávají se oční mastičky a oční kapky."* Ptala jsem se sestry 3, jestli se aplikují nějaké masti v případě výskytu výsevu v uchu. Odpověď zněla takto: *"Jenom ale okolo, dovnitř to je výjimečný. To už záleží na tom, jestli nám něco předepíše na ušním vyšetření."*

Analgetika - S2, S8, S9  
Antipyretika -S2, S8  
Antivirotika - S8, S9,  
Oční mast, kapky - S3, S10  
Kortikoidy - S9  
Anxiolytikum - S8  
Dostatek tekutin, vitamínu - S7  
Rehabilitace - S7  
Podle oftalmologa - S9

#### **4. 5 Kategorie 4 "Informovanost pacientů"**

Kategorie „Informovanost pacientů“ jako jediná kategorie nemá žádnou podkategorii.

V této kategorii sestry odpovídaly na otázku: „Jaký je váš názor na informovanost pacientů v péči o kůži?“ Někdy jsem tuto otázku doplnila upřesňující otázkou: „Myslíte si, že se pacienti umí o svoji kůži/pokožku starat/pečovat?“ Sestra 5 uvedla: *"No já myslím, že ano, když je to někdo naučí."* Odpověď sestry 10 zněla: *"Myslím si, že mladší ročníky už jo, že o sebe dbají víc"* Sestra 10 po chvíli zaváhání odpověděla: *" Asi bych moc ani neřekla, je to hodně individuální. Myslím si, že o pásovém oparu se toho ví docela dost a o neštovicích ještě víc."* Dále sestra 8 dodala, že tato onemocnění nejsou mezi veřejnou populací tabu, a popřípadě si potřebné informace vyhledají na internetu. Sestra 4 má v této problematice opačný názor: *"Informovanost pacientů v běžném životě je hodně nedostačující, teda jak u kterých, jsou i výjimky. Ale většina pacientů, kteří přicházejí k nám při zhoršení onemocnění, při komplikacích, už jenom kvůli tomu, že se nedostatečně starali o svoji pokožku nebo kůži."* Odpověď sestry 11 zněla jednoznačně: *" Myslím že ne, neřekla bych."* Sestra 9 se sestrou 11 souhlasí. Podle sestry 9 veřejná společnost, pokud se s onemocněním pasového oparu nebo planých neštovic nesečkají, tak nevědí jak s onemocněním bojovat. Někteří si pamatují klasickou léčbu pomocí tekutého pudru. Dále sestry odpověď zněla takto: *"Možná, že vědí, že pásový opar má něco společného s neštovicemi, že je to podobné to vědí, ale moc informovaní asi nejsou. U planých neštovic si lidé myslí buď, že snižují vážnost té nemoci, že to nic*

není nebo naopak onemocnění zveličují." Následující tři sestry se shodly, že přístup lidí k péči o kůži je individuální. Sestra 3 uvedla: "Záleží na jednotlivcích. Myslím si, že v době internetu a různých článků v novinách záleží na tom, jestli se pacient stará o svoje zdraví. A tedy, když si přečte informace na internet, tak je dost informovaný. A u nás jdou tyto informace potvrdit. A poté je zde druhá část skupiny, kteří neví vůbec nic. Edukujeme, poučíme jak se vyvarovat." Sestra 1 se zmínila, že informovanost ohledně dermatologické problematiky by měla být více rozšířená. „Správně by si lidé měly kupovat mycí prostředky v lékárně, které neobsahují žádné chemikálie a měli by si kůži promazávat. Měli by si vysušovat mezi-prstí, aby nevznikla plíseň. Každý chce voňavý produkty, ale ve skutečnosti v tom je chemie a to je špatně." odpověděla sestra 6. U otázky, jaký je váš názor na informovanost o způsobu a předcházení přenosu planých neštovic a pásového oparu, mi z devíti sester odpověděly tři sestry, že pacienti vědí jak se přenáší tyto dvě onemocnění. Čtyři sestry uvedly, že si myslí, že pacienti nevědí nic o přenosu oparu a neštovic. Dvě sestry uvedly, že někteří ano, někteří ne. Sestra 6: "Jak kdo", a sestra 3 mi na tuto otázku odpověděla již při otázce o informovanosti pacientů o kůži.

Ano - S5, S8, S10,

Ne - S4, S9, S11

Individuálně - S1, S2, S3

přenos pasového oparu a planých neštovic

Ano - S3, S6, S7, S8, S10,

Ne - S3, S4, S5, S6, S9, S11

#### **4. 6 Kategorie 5 "Spolupráce "**

Kategorie „Spolupráce“ má tři podkategorie: "Spolupráce pacientů", "Dodržování bariérového režimu" a "Spolupráce rodiny".

##### **4. 6. 1 Podkategorie - Spolupráce pacientů**

V této kategorii jsme se zaměřili na vnímání spolupráce pacientů z pohledu sester. Dotaz zněl



takto: „Jak spolupracují pacienti při poskytování zdravotnické péče?“ Většina sester se shodla na tom, že pacienti spolupracují při poskytování péče dobře. Sestra 7 uvedla: " *Dobře spolupracují, není problém. Někdy je s maminkami alternativními problém, když se to týká dětí. Ale když se to dobře vysvětlí, tak je to většinou dobrý.*" Sestra 1 odpověděla takto: „*Dobře, protože většinou mají teploty, bolí je to a jsou unavený a vyčerpaný, takže jsou ochotni být hospitalizováni. Chtějí to mít brzy vyléčené a doma nechtějí nikoho nakazit.*" Sestra 9 zmínila, že se pacienti onemocnění bojí, protože to nevypadá hezky a mají obavy z toho, aby jim po erytému nezůstali jizvy. Sestra 8 ve své odpovědi zahrнула i psychické aspekt problematiky: " *To je hodně individuální. Většinou se snaží tomu nepoddát. Záleží také na tom v jakém věku je pacient, jaké má jiné chronické onemocnění. Hodně záleží na rodinném zázemí, psychickém stavu a pohodě.*" Sestra 4 mluvila o dietním opatření: " *Tak jídla, který dostávají tady v nemocnici si hlídáme my, takže nad tím dohled máme. Zase jsou výjimky, přijde návštěva, donesou jídla všechny možný. Absolutně návštěvu nezajímá jestli, ten člověk má nějakou dietu. Ale jsou výjimky, které to dodržují. Někteří mají zájem o to, jaké mastičky se používají.* " Jediná ze sester - sestra 2 - odpověděla, že neví jak pacienti spolupracují.

Dobře - S1, S3, S6, S7, S9, S10, S11

Individuální - S4, S5, S8,

Nevím - S2

#### 4. 6. 2 Podkategorie - Dodržování bariérového režimu

V této podkategorii jsme zjišťovali, jak dodržují pacienti bariérové zásady a jaké zásady to jsou. Sestra 8 uvedla v odpověď: " *Všichni vám říkají, že tu jsou jak v kriminále, protože máme návštěvní místnost, kde se mluví přes plexisklo, což je hrozné, ale většinou si to nechají vysvětlit, chápou to. Nechtějí aby za nimi rodina chodila, aby je nenakazili, ale občas je to problém. Leží na jednolůžkových pokojích, kde mají sociální zařízení, wifi připojení.*" Sestry 10 jsem se ptala, jestli děti zvládají být v izolaci. Odpověděla: „*Ty jsou většinou s maminkou, takže ty jsou většinou v pohodě. Akorát poté co se jim uleví, je pro ně už ten pokoj malý, začnou řídit.*“ Sestra 6 uvedla: " *Jak kdo, většinou kuřáci - ti chodí kouřit, neměli by.*" Stejný názor má sestra 3: „*U nás je doporučených 5 dní izolace, takže to vydrží. Horší je to pro kuřáky, nemůžou u toho kouřit, protože nemůžou ven.*" Sestra 1 sdělila: " *Izolaci mají pacienti do zhojení výsevu, když se vytvoří strupy, tak*

*už se můžou pohybovat po chodbě. Při izolaci by pacient neměl navštěvovat jídelnu, jídlo se nosí na pokoj. A jsou poučeni, že si nemají sahat na to místo, kde to mají. Když si to ošetřují sami, mají to na místě, kde to zvládnou, tak si poté odezinfikují ruce. Na pokojích mají dezinfekční prostředky." Při dotazu, jaká doporučení pacientům činila potíže dodržet, sestra 4 odpověděla, že nejvíce jim činí potíže si výsev neškrábat. Dále zmínila problém dodržet dietní opatření, například nejíst čokoládu, dodržovat časové rozmezí mezi analgetiky. Uvedla: "Měli jsme tu hodně pacientů, kteří měli prášky na bolest ráno, v poledne a večer a i přesto během dne chodili, že prášek nezabral. Což bylo kolikrát nemyslitelný, protože dostávali třeba dva najednou."*

#### *4. 6. 3 Podkategorie - Spolupráce rodiny*

V této kategorii bylo zjišťováno, jak vnímají sestry spolupráci rodin s nimi a dalším zdravotnickým personálem. Kromě tří sester se respondentky shodly, že spolupráce s rodinou nemocného je dobrá. Sestra 9 sdělila: "*U těchto diagnóz dobrá. Tady není problém, někteří dopředu ví časový horizont, jak tu budou dlouho. Třeba, že 10 dní budou na antibiotikách i.v., tzn. že jsou s tím už dopředu seznámený. Tito pacienti jsou rádi, že jim pomůžeme, takže s nimi nemáme problém."* Sestra 8 udává, že spolupráce s rodinou je občas dost těžká: "*Občas si nenechají vysvětlit, že sem nemůžou, a že je to pro jejich dobro. Nejvíc mě udivují rodiny, které sem přivedou i malé děti na návštěvu, ale je to individuální."* Sestra 10 odpověděla: "*Záleží na člověku, na rodině."*

Dobrá - S1, S2, S3, S4, S5, S6, S9, S11

Individuální - S2, S8, S10,

## 5 Diskuse

Předmětem našeho výzkumu bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty s virovým onemocněním kůže, způsobené virem Varicella zoster a jaká je úloha sestry v prevenci těchto onemocnění. V diskuzi budeme hodnotit výsledky kvalitativního výzkumného šetření. Výzkumné šetření bylo určeno sestřím, které se ve své práci setkávají s pacienty s pásovým oparem a planými neštovicemi a pracují s nimi. Ze všech rozhovorů vyplývají jistá specifika práce sestry, které jsme se snažili svým výzkumným šetřením zjistit. Všechny oslovené sestry byly ženy. Většina tázaných sester pracovala na svém místě již několik let. Nejdelší dobu praxe na svém oddělení uvedla sestra 3. Tři sestry pracovaly na svém oddělení méně než rok. Sestra 10 devět měsíců, sestra 11 osm měsíců a sestra 4 pět měsíců.

Na základě získaných dat bylo pro zpracování rozhovoru vytvořeno pět kategorií: „Pásový opar a plané neštovice“, „Podané informace“, „Léčba“, „Informovanost pacientů“ a poslední kategorie se nazývá „Spolupráce“.

První kategorie „Pásový opar a plané neštovice“ byla rozšířena o další tři podkategorie. Druhá podkategorie „Kontrola stavu kůže“ byla zaměřena na to, kdy a jak sestry kontrolují stav kůže pacienta. Osm sester odpovědělo, že stav kůže sledují při ošetření, při převazech každý den. Dle Plevové (2011) sestra hodnotí rozsah, barvu a umístění výsevu. Dále, jestli se na kůži pacienta nacházejí krusty nebo puchýřky, a zda-li puchýřky tvoří sekret. Pouze tři sestry zmínily, že pozorují změny na kůži. Sestra 10 uvedla, že sleduje průběh a hojení výsevu. Sestra 1 pozoruje hydrataci kůže: *"Vláčnost, jak je pokožka hydratovaná, jestli je na kůži nějaký výsev, jak ten výsev vypadá nebo jestli není vyschlý, suchý a podobně."* Plevová také zmiňuje, že by se sestra měla informovat o tom, jak pacient pečuje o kůži, jaké přípravky používá, jakým typem kůže pacient disponuje, jestli je kůže suchá nebo odlupující se a zda-li pacienta trápí zvýšené pocení.

Záměrem třetí podkategorie pojmenované „Druh komplikace“ bylo zjistit, zda-li se sestry setkaly s nějakou komplikací u pásového oparu nebo u neštovic, nebo jestli nějakou znají, a jak se takováto komplikace projevila. Dle názoru Opavského je nejčastější komplikací oparu postherpetická neuralgie, která může přetrvávat i po zhojení kožních manifestací. Bolest jako komplikaci uvedly pouze tři sestry. Jako nejčastější odpověď udávaly sestry oční komplikace, které se projevily ztrátou zraku, otokem očí nebo bolestí v oblasti očí. Komplikaci při zasažení ucha

vedla jedna sestra. K této problematice Vinš (2013) uvádí, že herpes se může objevit v uchu. V takovémto případě může být zasaženo vnitřní ucho nebo ušní nerv, což způsobuje závratě, nevolnost, zvracení, ztrátu sluchu. Při infekci trojklaného nervu může dojít k poškození rohovky, spojivky, zrakového nervu a projeví se poškozením zraku. Sestra 7 uvedla obrnu nervu, která se projevuje spadlým koutkem nebo nedovřením oka. Další komplikací podle Dyntra (2012) je bakteriální super-infekce, tzn. že puchýřky se bakteriálně zanítí. Přidruženou infekci ve výsevu uvedly dvě sestry. Mezi nejčastější komplikace u planých neštovic sestry řadí meningitidu nebo horečku, tuto odpověď sdělily čtyři sestry. Tuto skutečnost potvrzuje Bartošová (2008). Ve svém článku napsala, že při komplikacích se mohou vyskytnout následující onemocnění: zánět mozkových blan, zánět jater, zápal plic a těžké bakteriální infekce způsobené streptokoky. Jediná sestra 9 uvedla jako komplikaci u dětí výsev v oblasti úst, která se projevila bolestivostí a dehydratací.

Druhá kategorie s názvem „Edukace“ byla rozšířena o tři podkategorie a to o "Infekčnost onemocnění", "Terciární prevence" a "Zvýšení informovanosti". Druhá podkategorie je zaměřena na to, co by sestry doporučily, aby možným komplikacím předcházely. Zahájit léčbu při prvních projevech nemoci považují za důležité dvě dotazované sestry. Sestra 9 a sestra 10 zdůraznily zásadu nedotýkat se postižených míst, pokud to není nezbytně nutné, například při aplikaci mastí a past. Dvě sestry uvedly dodržování barierového režimu. V dalších odpovědích bylo vždy po jedné odpovědi uvedeno dodržování léčby, dodržování klidového režimu, vyhýbání se slunci a posilování imunity. Podle mého názoru je hlavní prevencí komplikací posilovat imunitu. To znamená otužovat se, trávit čas na čerstvém vzduchu, nepřepínat se a samozřejmě stravovat se zdravě. Podle Dražana (2013) prevencí může být očkování proti viru Herpes zoster. Nad 50 let se doporučuje nechat se očkovat vakcínou proti pásovému oparu (Zostavax). Vakcína snižuje riziko pásového oparu o jednu polovinu, a riziko postherpetické neuralgie o dvě třetiny.

V třetí podkategorii druhé kategorie jsem zjišťovala, jak by sestry zvýšily informovanost o pásovém oparu a planých neštovicích u veřejné populace. Nejvíce sester by edukovalo nezdravotníky pomocí medií – tzn. pomocí rádia, televize a internetu. Na druhém místě v četnosti odpovědí se objevily přednášky, poučení praktickým lékařem a nebo edukace sestrou na oddělení, na kterém pracuje. Sestra 1 uvedla, že je důležitá také motivace každého člověka. Konkrétně uvedla: *„V televizi, rádiu nebo by mohly být nějaké přednášky jako bývají při kardiologickém dni nebo diabetologickém dni, protože ta osvěta je poté větší. Ale samozřejmě lidé se musejí také*

*zajímat, ne každého to zajímá.*" Pátrala jsem po reportážích či seminářích o pásovém oparu a planých neštovicích. Odborné semináře o těchto onemocnění bývají pořádány v rámci např. lékařské fakulty nebo nemocnice, bohužel tyto semináře jsou určeny pro odborníky nebo studenty, nikoliv pro laickou veřejnost. Na webu České televize jsem dohledala rozhovor s dermatoložkou Lucií Růžičkovou Jarešovou v televizním pořadu „Sama doma“ z 19. ledna 2015, která popisuje příznaky, léčbu, komplikace i očkování proti pásovému oparu. Také jsem zaznamenala pořad „Domácí lékař aneb nic není jen tak“, kde o oparech informuje MUDr. Jiří Pešina. Když nezdravotník potřebuje o této problematice zjistit informace, má z čeho čerpat. Vedle médií může využít knihy nebo tištěné brožurky, zavolat nebo přijít do poradny. Podle mého názoru však oproti znalosti jiných infekčních onemocnění, např. HIV/AIDS má veřejná populace velmi málo znalostí o pásovém oparu a planých neštovicích.

Účelem třetí kategorie bylo zmapovat informovanost sester ohledně léčby pásového oparu, planých neštovic a komplikací těchto dvou nemocí. V první podkategorii "Metody léčby" jsme se zaměřili na léčbu oparu a neštovic. Devět sester uvedlo, že by doporučily mazat výsev tetracyklinovou masťou nebo pastou. Pouze jedna sestra uvedla, že by doporučela tekutý pudr. Dle mého názoru tetracyklinovou masť je vhodné aplikovat po zaschnutí puchýřků nebo při odlupování krust. Při prvotních projevech výsevu bych doporučila tekutý pudr, který urychlí vysychání puchýřků. Jarešová (2010) uvádí, že tetracyklin brání růstu bakterií a působí také na některé prvoky např. *Trichomonas vaginalis*. Tři sestry odpověděly, že se podávají antivirotika ve formě infuzních přípravků, tablet, nebo masťou. Ambrožová (2012) píše: „U těžkého průběhu nebo při postižení obličeje se intravenózně podávají virostatika (Aciklovir, Valaciklovir, Famciklovir, brivudin). Lidem s tímto onemocněním je indikován klid na lůžku a suché teplo.“

Druhá podkategorie byla zaměřena na léčbu komplikací pásového oparu a planých neštovic. Sestry ve svých odpovědích zmínily antipyretika proti horečce, analgetika na bolest, antivirotika intravenózně, např. Herpesin, oční kapky při zasažení výsevu kolem očí. V jedné odpovědi byly doporučeny kortikoidy při herpetické encefalidě, anxiolytikum (Diazepam) při křečích, vitaminy, dostatečný příjem tekutin a rehabilitační péče. Ambrožová většinu vyjmenovaných způsobů léčby komplikací potvrzuje. Uvádí, že u formy postihující komplexně organismus se podávají analgetika, do kterých řadíme paracetamol nebo kyselinu acetylsalicylovou. Pokud kyselina acetylsalicylová nestačí, přidává se tramadol, což je opioid. Dalšími medikamenty podávanými u tohoto onemocnění jsou kortikosteroidy, s kombinací virostatik tlumícími zánět, urychlují hojení a potlačují akutní

bolesti. Antihistaminika na potlačení svědění exantému a antidepresiva se využívají u průběhu se silnými bolestmi především u postherpetických neuralgií (Pospíšilová, © 2009).

Čtvrtá kategorie "Informovanost pacientů" neobsahuje žádnou podkategorii. V této kategorii sestry odpovídaly na otázky: „Jaký je váš názor na informovanost pacientů v péči o kůži?“ V některých případech jsem tuto otázku doplnila upřesňující otázkou: „Myslíte si, že se pacienti umí o svoji kůži/pokožku starat/pečovat?“ Jedna třetina sester odpověděla ano, druhá třetina ne a třetí třetina uvedla, že je to individuální. Sestra 5 zmínila i význam edukace : "*No já myslím, že ano, když je to někdo naučí.*" Dle mého názoru lidé vědí, jak se starat o svoji pokožku, v dnešní době je mnoho přípravku pro ošetření kůže. Například zásadu chránit se proti paprskům slunce pomocí krémů s UV faktorem dodržuje většina populace vyspělých zemí. Tento názor potvrzuje Americké středisko pro kontrolu a prevenci nemocí (2015), které ve svém článku uvádí, že v roce 2010 70% dotázaných dospělých potvrdilo, že obvykle nebo vždy se chrání proti slunečnímu záření opalovacím krémem, nosí ochranné oblečení proti slunci nebo hledají stín.

Ovšem informovanost o kůži při herpetickým onemocnění je nižší než v předešlém případě. Tuto domněnku potvrzuje zahraniční průzkum, který zjišťoval znalost lidí ve věku 18-35 let o viru herpes simplex (Bialo-Wójcicka, © 2015). Na internetu se lidé mohou dočíst mnoho rad, jak bojovat s opary, ale mnohá doporučení nepomohou nebo jen více podráždí pupínek. MUDr. Jiří Pešina v pořadu „Domácí lékař aneb nic není jen tak“ radí při boji s oparem konzumovat pivovarské kvasnice, kde je ve velkém množství obsažen vitamin B. Zimová (2012) tuto radu potvrzuje, píše ve svém článku, že léčbu je možné doplnit vitaminy skupiny B.

Ve druhé podkategorii jsme zjišťovali, jak dodržují pacienti bariérové zásady a jestli činí problémy izolaci dodržet. Sestra 1 sdělila: "*Izolaci mají pacienti do zhojení výsevu, když se vytvoří strupy, tak už se můžou pohybovat po chodbě.*" To potvrzuje Zimová, která uvádí, že izolace pacienta trvá do doby, než jsou všechny puchýřky ve stádiu krusty. Sestry ve svých odpovědích uvedly, že izolace u pásového oparu není dlouhá, doporučená doba izolace je 5 dní. Shodly se na tom, že většině pacientů dodržet izolaci nečiní problém s výjimkou kuřáků.

Podle mého názoru je nejdůležitější při práci sester na kožním a infekčním oddělení dodržování aseptických a hygienických postupů. Dále také znalost onemocnění vyskytujících se na oddělení a především způsob přenosu. Mezi další vlastnosti sestry by měl patřit profesionální přístup k pacientům. Vzhled některých onemocnění je neestetický a vzbuzuje odpor. Sestra by měla přispívat k správné psychické podpoře pacienta a v žádném případě nezlehčovat nebo

nezesměšňovat jeho stav. Také si myslím, že základem v péči o nemocného s pasovým oparem nebo s planými neštovicemi je podání informací. Sestra se zaměřuje na dodržování barierového režimu a tím i na předcházení komplikací. Je důležité, aby pacienti s pasovým oparem včas vyhledali odbornou pomoc, a předešlo se tak prohloubení nemoci. Plané neštovice se obvykle léčí doma, při vzniku komplikací se dítě hospitalizuje i s jedním z rodičů, a podle mého názoru si průběh a případné zhoršení rodiče ohlírají. Opavský 2009 uvádí, že podstatou preventivní léčby je včasné zahájení antivirové medikace.

## 6 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s virovým onemocněním kůže, způsobené virem Varicella zoster. K tomuto cíli byly stanoveny dvě výzkumné otázky: „Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vybraným virovým onemocněním kůže?“ a „Jaká je úloha sestry v prevenci onemocnění způsobené Varicellou zoster?“ Výsledky kvalitativního šetření byly získány pomocí polostrukturovaného rozhovoru s jedenácti sestrami pracujícími na kožním a infekčním oddělení. Podkladem k rozhovoru bylo sedmnáct připravených otázek. U některých dotazovaných sester byly ještě otázky rozšiřovány v průběhu rozhovoru o další podotázky. Otázky byly vybrány na základě předem prostudované odborné literatury, která tvoří teoretickou část bakalářské práce.

Z výsledků výzkumného šetření lze vyvodit, že na kožním a infekčním oddělení, kde šetření probíhalo, sestry poskytují pacientům s diagnózou pásový opar a plané neštovice kvalitní ošetrovatelskou péči. Informovanost sester v problematice těchto dvou onemocnění je dobrá. Sestry znají léčbu pásového oparu i planých neštovic. Sestry by pacientům doporučily pro léčbu aplikovat tekutý pudr, tetracyklinovou pastu nebo mast a užívat antivirotika a antihistaminika. Většina sester zná komplikace u těchto onemocnění i jejich léčbu. Čtyři sestry uvedly, že se s komplikací nesetkaly a ani žádnou neznají.

Cíle práce se nám podařilo splnit. Specifikem u těchto dvou onemocnění je bariérový přístup, kdy jsou pacienti izolováni na pokoji a mají individualizované pomůcky. Nevycházejí ven, nenavštěvují společné prostory nemocnice. Ale mají k dispozici televizi, Wi-Fi připojení a samozřejmě signalizační zařízení. Nejtěžší pro pacienty je si neškrábat postižená místa a neroznášet si tak výsev po okolních částech těla. K tomuto může pomoci právě užívání antihistaminik. Po aplikaci léčiva na výsev si pacient musí umýt a vydezinfikovat ruce. Sestra používá zdravotnické rukavice a po sundání rukavic si taktéž myje a dezinfikuje ruce. U pásového oparu je specifíkem, že toto onemocnění se objevuje velmi často u lidí s oslabenou imunitou. Z tohoto důvodu je hlavní prevencí její posilování.

Vzniku pásového oparu nebo planých neštovic nemá sestra příliš možnost zabránit. Protože nejčastěji plané neštovice člověk získá v dětském věku a u pásového oparu záleží nejvíce na celkovém stavu pacienta. Sestra přispěje k prevenci dodržováním bariérových a hygienických zásad, a tím zamezí k přenosu viru Varicella na jinou osobu. Co ovšem může sestra značně ovlivnit je prevence komplikací, a to zejména dostatečnou edukací pacientů a rozšiřováním informací o těchto



onemocněních. Naše výzkumné šetření ukázalo, že sestry informují o zásadách barierového režimu již při příjmu nebo tak činí lékař. Sestry uvedly u předcházení komplikací poučení o tom, aby si pacienti nesahali na místo výsevu, s výjimkou aplikace léku, a aby pupínky neškrábali. Dále pacienty informují o nutnosti mytí a dezinfekci rukou po aplikaci léčiv na kůži. Informují také o klidovém režimu, vyhýbání se slunečnímu záření a posilování imunity nebo o dietních opatřeních, např. nejíst čokoládu, která zhoršuje svědění výsevu. Sestry by rozšířily informovanost veřejné populace o těchto onemocněních prostřednictvím medií, přednášek, seminářů, tištěného materiálu nebo také edukací ze strany sester na kožním a infekčním oddělení, praktických lékařů, specialisty nebo ambulantního lékaře.

Očkování proti viru Varicelly existuje, ale je v České Republice doporučováno až po dovršení 50 roku života. Ne všude je ovšem situace stejná. Vakcínu VZV dosud zařadily do plošného očkování Spojené státy americké, Kanada, Austrálie, Německo, Uruguay a přibližně 4 další země. Všechny dostupné vakcíny tvoří oslabený druh viru varicella-zoster. Světová zdravotnická organizace doporučuje zavedení plošné vakcinace státům, kde je varicella závažným ekonomickým a zdravotním problémem, které si mohou plošnou vakcinaci z ekonomického hlediska dovolit, a ve kterých je dosažitelná alespoň 85% a trvalá proočkovanost. Vakcína není určena pro ochranu před pásovým oparem, ale riziko vzniku tohoto onemocnění je několikanásobně nižší než po přirozené infekci.

V České Republice ovšem není varicella vnímaná jako výrazný problém. V současné době je proočkovanost obyvatelstva České republiky velmi nízká a epidemiologii nemoci zásadně neovlivňuje. U nás jsou upřednostněny jiné očkovací látky. V České republice je vakcína na trhu od roku 2002. Vakcína může být nabízena dospívajícím a dospělým jedincům se sníženou imunitou po pečlivém zvážení rizika, s ohledem na základní onemocnění, a také osobám se zvýšeným rizikem získání infekce, například zdravotníkům nebo učitelům. Tato selektivní aplikace nepřináší riziko změny epidemiologie varicelly s posunem k vyšším věkovým skupinám, protože expozice dětí zůstává nezměněna. Nabízí se otázka, jestliže očkování funguje v jiných zemích s dobrými výsledky, a je výhodné z důvodu zdravotnického i ekonomického (náklady na hospitalizace pacientů s Varicellou jsou vyšší ve srovnání s náklady na očkování), proč plošné očkování není zavedeno i u nás. Plošné očkování neimunitních dětí ve věku 12 let by mohlo odstranit riziko přesunutí primoinfekce do vyššího věku.

Tato práce by měla rozšířit přehled o problematice pásového oparu a planých neštovic. Je

zpracována jako zdroj informací pro sestry, které o pacienty s pásovým oparem a neštovicemi pečují.

## Seznam použité literatury

1. AKSAMÍTOVÁ, H., © 2014. Virové bradavice a jejich terapie [online]. *Praktické lékárenství*. [cit.2017-03-01]. 10(6): 210–212. ISSN 1803-5329. Dostupné z <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2014/06/03.pdf>
2. AMBROŽOVÁ, H. et al., 2012. *Varicella a rotavirová gastroenteritida - kazuistiky*. Praha: Grada. 48 s. ISBN 978-80-247-4410-0.
3. ANDERSON, W., © 2016. Varicella-Zoster Virus [online]. *Medscape*. [cit.2017-01-13]. ISSN 1934-1997. Dostupné z : <http://emedicine.medscape.com/article/231927-overview>
4. BARTOŠOVÁ, D., © 2008. Infekce vyvolané virem varicella-zoster a jejich terapie [online]. *Interní medicína pro praxi*. 10(1), 31–34. [cit.2017-01-14]. ISSN: 1803-5256. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/01/07.pdf>
5. BARTUŇKOVÁ, J., PAULÍK, M. et al., 2011. *Vyšetřovací metody v imunologii*. 2. vydání. Grada. 172 s. ISBN 978-80-247-3533-7.
6. BECHNÁ, K., © 2016. Plané neštovice, jejich projevy, léčba a možné komplikace [online]. *Lékařnické kapky*. [cit.2017-04-21]. Dostupné z: <http://www.lekarnickekapky.cz/leky/deti-a-maminky/plane-nestovice-projevy-lecba-komplikace.html>
7. BENEŠ, J. et al., 2009. *Infekční lékařství*. Galén. 651 s. ISBN 978-80-7262-644-1.
- BIAŁO-WÓJCICKA, E., MAJEWSKI, S., ŁOZA, K., © 2015 Herpes Simplex Virus Infection – Survey on Knowledge of Herpes Virus Infection among People Aged 18–35. [online]. *Dermatology Review*. 1, 8-13 [cit. 2017-07-17]. DOI: 10.5114/dr.2015.49194. ISSN 0033-2526. Dostupné z: <http://www.termedia.pl/doi/10.5114/dr.2015.49194>
8. BOLLEA-GARLATTI, M.L., BOLLEA-GARLATTI, L.A., VACAS, A.S., TORRE, A.C.,

KOWALCZUK, A.M., GALIMBERTI, R.L., FERREYRO, B.L., © 2017 Clinical Characteristics and Outcomes in a Population With Disseminated Herpes Zoster. [online]. *Actas Dermato-Sifiliográficas*. 108(2), 145-152 [cit. 2017-06-27]. DOI: 10.1016/j.adengl.2016.12.019. ISSN 15782190. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1578219016303638?>

10. BYDŽOVSKÝ, J., 2010. *Diferenciální diagnostika nejčastějších symptomů*. Triton. 144 s. ISBN 978-80-7387-352-3

12. DOLEŽAL, T., 2008. *Bolest. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 24 s. ISBN 978-80-86998-23-7.

13. DOSTÁLOVÁ, K., © 2013. *Bolest* [online]. E-learningová podpora mezioborové integrace výuky tématu vědomí na ÚP Olomouc. [cit.2017-01-13]. Dostupné z: <http://pfyziollfup.upol.cz/castwiki/?p=3898>

14. DRAŽAN, D., © 2013. *Plané neštovice (varicella)* [online]. [cit.2017-01-13]. Dostupné z: <http://www.danieldrazan.cz/ockovani/plane-vestovice-varicella/>

15. DRAŽAN, D., © 2007. *Varicella* [online]. *Pediatric pro praxi*. 8(6): 374–378. [cit.2017-01-13]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/06/10.pdf>

16. DYNTR, J., © 2012. *Pásový opar-herpes zoster* [online]. [cit.2017-03-16]. Dostupné z: <http://cs.medixa.org/nemoci/pasovy-opar-herpes-zoster>

17. JAREŠOVÁ, R, L., © 2010. Skupiny látek užívaných v dermatologii – antimikrobiální látky. [online]. *Dermatologie v praxi*. 4(2): 106–108. [cit.2017-06-18]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <http://dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2010/02/10.pdf>

18. JIRKOVSKÝ, D. et al., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Copyright. Nemocnice Motol. 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3.

19. KAYE, KENNETH., © 2016. Herpes Zoster [online]. *MSD Manual*. [cit.2017-01-13]. Dostupné z: <http://www.msmanuals.com/professional/infectious-diseases/herpesviruses/herpes-zoster>
20. KELBLEROVÁ, A., © 2009. Infekční exantémová onemocnění v dětském věku. [online]. *Pediatric pro praxi*. 10(3): 176–179. [cit.2017-01-09]. ISSN 1803-5264. Dostupné z <<http://www.pediatricpropraxi.cz>>.
21. KOŠŤÁLOVÁ, J., © 2017. Epidemie spalniček v Rumunsku a Belgii. [online]. *Státní zdravotní ústav*. [cit.2017-01-09]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/epidemie-spalniček-v-rumunsku-a-belgii>
23. KUKLOVÁ, I., HERLE, P., 2011. *Dermatovenerologie pro všeobecné praktické lékaře*. 2. vydání. Nakladatelství Dr. Josef Raabe. 158 s. ISBN 978-80-87553-28-2.
24. LITVIK, R., © 2008. Herpetické kožní infekce a jejich léčba [online]. *Medicína pro praxi*. 5(4), 170–175. [cit.2017-02-05]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/04/08.pdf>
26. MUNTAU, C., 2014. *Pediatric*. 6. vydání. Grada. 608 s. ISBN 978-80-247-4588-6.
27. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M., 2015. *Přehled anatomie*. 3. vydání. Galén: Karolinum. 416 s. ISBN 978-80-246-1717-6.
29. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 4. vydání. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4.
30. OPAVSKÝ, R., © 2009. Postherpetická neuralgie a její léčba [online]. *Dermatologie pro praxi*. 3(1), 34–36. [cit.2017-01-09]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2009/01/08.pdf>

31. PERGAM S, A., LIMAYE A, P., © 2009. Varicella Zoster Virus (VZV) in Solid Organ Transplant Recipients [online]. *National Library of Medicine*. [cit.2017-01-13]. Doi/0.1111/j.1600-6143.2009.02901.x. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919834/>
32. PEŠINA, P., 2007. Opary. [online]. *Domácí lékař aneb nic není jen tak*. [cit.2017-06-19]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/10098810724-domaci-lekar/207562235700006-opary/titulky>
33. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetřovatelství I*. Grada Publishing. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
34. POSPÍŠILOVÁ, A., © 2009. Herpes zoster [online]. *Medicína pro praxi*. 6(1): 38–41 [cit.2017-01-13]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/01/09.pdf>
35. ROKYTA, R., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Grada Publishing. 176 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
37. ROZSYPAL, H. et al., 2013. *Infekční nemoci ve standartní a intenzivní péči*. Praha: Karolinum. 386 s. ISBN 978-80-246-2197-5.
38. SEDLÁČEK, D., ŠTRUNCOVÁ, V., © 2008. Virové exantémy dětského věku [online]. *Pediatric pro praxi*. 9(6), 364-368. [cit.2017-01-13]. ISSN 1803-5264. Dostupné z <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/06/03.pdf>
39. ŠTORK, J., 2013. *Dermatovenerologie*. 2. vydání. Galén. 502 s. ISBN 978-80-7262-898-8.
40. STŘÍPEK, J., © 2011. Terapie molusek a veruk [online]. *Dermatologie pro praxi*. 5(1): 45–47. [cit.2017-03-01]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2011/01/12.pdf>
43. VINŠ, J., 2013. Herpes v uchu [online]. *ČeskáOrdinace.cz*. [cit.2017-04-09]. Dostupné z:

<http://www.ceskaordinace.cz/herpes-v-uchu-ckr-1056-6799.html>

44. VOKURKA, M., HUGO, J., 2015. *Praktický slovník medicíny*. 11. vydání. Maxdorf. 450 s. ISBN 978-80-7345-464-7.

45. VYTEJČKOVÁ, R. SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.

46. ZEMANOVÁ, J., ZOUBKOVÁ, R., 2012. *Vybrané kapitoly z léčby bolesti. ostravská univerzita v Ostravě*. 61 s. ISBN 978-80-7464-113-8.

47. ZÍMOVÁ, J., ZÍMOVÁ, P., © 2012. Herpes zoster [online]. *Dermatologie pro praxi*. 6(2), 94–99. [cit.2017-02-05]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2012/02/11.pdf>

48. *Vybrané infekční nemoci v ČR v letech 2007-2016 - absolutně*, 2016. [online]. Státní zdravotní ústav. [cit.2017-08-01]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/data/vybrane-infekcni-nemoci-v-cr-v-letech-2007-2016-absolutne>

49. *Sun-Protective Behavior*, © 2015. [online]. Centers for Disease Control and Prevention-Rates. [cit.2017-02-05]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/cancer/skin/statistics/behavior.htm>

## **8 Seznam použitých zkratk**

AIDS Acquired Immune Deficiency Syndrome

ČR Česká Republika

EU Evropská unie

HSV Herpes simplex virus

PCR Polymerázová řetězová reakce

UV Ultrafialové záření

VAS Vizuální analogová stupnice

VZV Virus varicella-zoster



## **9 Seznam příloh**

Příloha 1 - Otázky k rozhovoru

Příloha 2 - Ukázka zpracování výzkumného souboru

Příloha 3 - Nahrávky jednotlivých rozhovorů.

## 10 Přílohy

### Příloha 1

#### *Otázky k rozhovoru:*

- 1) Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
- 2) Jak často se setkáváte na oddělení s pacienty s onemocněním pásového oparu, planých neštovic, spalniček?
- 3) Jak pozorujete a sledujete stav kůže pacienta?
- 4) Jaké metody ošetření kůže doporučujete pacientům s onemocněním planých neštovic/pásového oparu ?
- 5) Jak informujete pacienty o infekčnosti onemocnění?
- 6) Setkala jste se někdy u pacienta s onemocněním planých neštovic/pásového oparu s nějakou komplikací?
- 7) Jak se tato komplikace projevila?
- 8) Jak se tato komplikace léčila?
- 9) Co doporučíte pacientovi aby takovéto komplikaci předcházel?
- 10) Jaký je váš názor na informovanost pacientů v péči o kůži?
- 11) Jaký je váš názor na informovanost o způsobu a předcházení přenosu planých neštovic/pásového oparu?
- 12) Jak by jste zvýšila informovanost o tomto problému?
- 13) Jak spolupracují pacienti při poskytování ošetrovatelské péče s onemocněním planých neštovic/pásového oparu ?
- 14) Jak dodržují pacienti barierové zásady? Jakými doporučeními se řídí pacienti?
- 15) Jaká doporučení pacientům činí potíže dodržet?
- 16) Jaká je spolupráce rodiny nemocného se zdravotnickým personálem?
- 17) Je něco, co by jste chtěla zlepšit nebo změnit?

Ukázka zpracování výzkumného souboru

Sestra (S1)

1) Jak dlouho pracujete na tomto oddělení? Pracovala jste někde před tím?

Pět a půl roku. Ano, pracovala jsem na plasmferetickém centru, na interně, kardiologii a koronární jednotce.

KAT. 1

2) Jak často se setkáváte na oddělení s pacienty s onemocněním pásového oparu, planých neštovic, spainíček? **PODKATEGORIE ①**

Sporadicky podle toho, bývá to také většinou sezónní. Prostě když je větší teplo, tak se to přenáší rychleji.

KAT. 1

3) Jak pozorujete a sledujete stav kůže pacienta? **PODKATEGORIE ②**

Tak vyláčnost, jak je pokožka hydratovaná. Jestli je tam nějaký výsev, jak ten výsev vypadá nebo jestli to není vyschlý, suchý.

KAT. 3

4) Jaké metody ošetření kůže doporučujete pacientům s onemocněním planých neštovic/pásového oparu? **PODKATEGORIE ①**

Nejdříve se to potře nějakým dezinfekčním prostředkem, aby se to vydezinfikovalo, třeba Novikov. A pak se tam, když většinou bývá to stádium třeba rozmokvaný ten výsev. To může být tam kde jsou nervová zakončení, tedy kolem páteře nebo na čele nebo kolem pasu. Takže se doporučuje ošetření kůže aby to vyschlo trošku, takže nějakou tetracyklinovou pastu nebo co napíše lékař.

Kat. 2

5) Jak informujete pacienty o infekčnosti onemocnění? **PODKATEGORIE ①**

Tak většinou lékař řekne diagnózu, jak k tomu zřejmě přišel k tomu onemocnění a už při tom příjmu ho poučí, podle toho jak to má rozsáhlý, že bude třeba v krátkodobé izolaci do ústupu mokvajících výsevu a potom se informuje dále podle stavu pacienta.

KAT. 1

6) Setkala jste se někdy u pacienta s onemocněním planých neštovic/pásového oparu s nějakou komplikací? **PODKATEGORIE ③**

Ani ne, ale může být komplikace, když je pásový opar na čele nebo na obličejí, že by to mohlo poškodit zrak třeba krátkodobě.

7) Jak se tato komplikace projevila?

Komplikace se projevila tím, že pacient přestává vidět nebo že ho to bolí, tím pádem to oko má znemožněný vidět. Tak se musí odeslat na konzilium, na oční oddělení a tam posoudí lékař stav postiženého oka, zda došlo k tomu, že bylo postiženo uvnitř a napíše léčbu oftalmologickou.

Kat. 2

9) Co doporučíte pacientovi aby takovéto komplikaci předcházel?

PODKATEGORIE 2

Pokud navštěvuje nějaké veřejné zařízení, jako je třeba sauna, páry nebo bazén, tak aby si hlídal, aby neměl nějaké záděrky nebo nějaké místo vzniku nákazy. A neměl by být oslabený, měl by být v pohodě, měl by mít dostatek spánku. Snížená imunita zapříčiní, že pacient snáží onemocní. Takže hlavně zdravou životosprávu.

Kat. 4

10) Jaký je váš názor na informovanost pacientů v péči o kůži?

KATEGORIE 4

Nevím, to se mi zdá, že až tak nic moc. V rámci tak 50 na 50, možná, že by to mohlo být, z hlediska toho dermatologického více rozšířený ta informovanost. Se mi zdá, že toho není tolik.

11) Jaký je váš názor na informovanost o způsobu a předcházení přenosu planých neštovic/pásového oparu?

KATEGORIE 4

To si nejsem jistá, ale nejspíš mají strach aby to někde nechytili nebo něco nepřenesli, takže mají dojem, že když si to takhle tělo na tělo chytne, tak že tím by se to mohlo jako přenést.

Kat. 2

12) Jak by jste zvýšila informovanost o tomto problému?

PODKATEGORIE 3

V televizi, rádiu nebo by mohly být nějaké přednášky jako bývají třeba kardiologický dny nebo diabetologické dny, protože ta osvěta je pak větší. Tak by mohli být častější dermatologické dny, třeba i pro veřejnost zpřístupněný, jestli by to pomohlo. Ale zase samozřejmě, ty lidé se musí také zajímat, ne každého to zajímá.

KAT 5

13) Jak spolupracují pacienti při poskytování ošetrovatelské péče s onemocněním planých neštovic/pásového oparu?

PODKATEGORIE

Dobře, protože většinou mají teploty, bolí je to a jsou unavený a vyčerpaný, takže většinou dobře. A jsou ochotni i být hospitalizováni. Chtějí to mít brzo vyléčený. A doma nechtějí nikoho nakazit, takže jsou rádi, že můžou být v nemocnici.

KAT 5

14) Jak dodržují pacienti barierové zásady? Jakými doporučeními se řídí pacienti?

V nemocnici? Pokud jim řekneme, tak myslím, že dobře. Izolaci mají do zhojení toho výsevu, pokud už je vyschlý ten výsev a trochu stroupkatý, tak pak už se pacient může pohybovat třeba po chodbě. Jinak vlastně má být v izolaci alespoň pár dní. A neměl by teda tudíž navštěvovat jídelnu a jídlo se mu nosí k němu. A to si myslím, že dodržují, když jim to řekneme. A sami jsou také poučeni, že si prostředky a po každém ošetření, když mají dostupně, dělají si třeba obklady sami a ošetřují si to sami, když to mají na nějakém místě, kde to zvládnou sami a chtějí si to dělat sami, jinak jim to samozřejmě dělá sestra. Tak pokud si to takhle dělají sami, jsou to mladí lidé, tak si vždy odezinfikují ruce, protože tam na pokojích jsou dezinfekční prostředky na odezinfikování nebo použití čehokoliv.

PODKATEGORIE (2)

15) Činí nějaká doporučení pacientům potíže dodržet?

Ne

PODKATEGORIE (2)

KAT 5

16) Jaká je spolupráce rodiny nemocného se zdravotnickým personálem?

Hm, nevím asi dobrá, že ty lidi většinou, když zjistí, že třeba tam jejich nemocný měl jo nějakou izolaci, že sem nesmí a tak, jenom předají třeba věci, co ten člověk si napíše, nebo se zeptají kdy přijdou domů. A spolupráce rodiny je celkem dobrá.

PODKATEGORIE (2)

17) Je něco, co by jste chtěla zlepšit nebo změnit?

Něco by bylo. Že by mohly být na ošetřování vlhké hojení, které je sice dražší ale možná, že je účinnější. Podle mě není tak náročné fyzicky ošetřovat a na kožním. Kdyby bylo více nadstandardních pokojů, že by ty lidi, aby nemuseli být na pokoji s nějakými zdravými. Aby to mohlo být rozděleno, tak jak to má být. Často je oddělení plný tím, že infekční lidem musí být sami a tím pádem je obsazený pokoj, kde jsou 3 lůžka. Tak kdyby po dvou pokojích nebo po jednom, tak by to možná bylo lepší.