



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Ošetrovatelská péče o nemocné s lues v izolačním režimu na dermatovenerologickém oddělení**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Pavla Dvořáková

**Vedoucí práce:** PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem *Ošetrovatelská péče o nemocné s lues v izolačním režimu na dermatovenerologickém oddělení* jsem vypracoval/a 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/diplomové 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/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5.2017 .....

### **Poděkování**

Touto cestou děkuji PhDr. Věře Staskové, Ph.D. za trpělivost, cenné rady, odborné vedení práce a čas který mi věnovala.

Dále děkuji vedení nemocnice, sestřám a pacientům, kteří mi umožnili provést výzkumné šetření.

Mé poděkování patří rodině, která mě podporovala při studiu.

## Ošetrovatelská péče o nemocné s lues v izolačním režimu na dermatovenerologickém oddělení

### Abstrakt

Bakalářská práce „*Ošetrovatelská péče o nemocné s lues v izolačním režimu na dermatovenerologickém oddělení*“ je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou.

Teoretická část pojednává o onemocnění lues, vyšetřovacích metodách, které jsou využívány k průkazu této nemoci. Dále se zaměřuje na léčbu nemocných s lues, která je dělena na komplexní a medikamentózní léčbu. Součástí léčby je i dispenzární péče a povinné hlášení pohlavní nemoci, která následují po hospitalizaci nemocných a jsou prováděny v ambulantní části dermatovenerologického oddělení. Další část teoretické části je zaměřena na ošetrovatelskou péči u nemocných s lues v izolačním režimu a uspokojování potřeb těchto nemocných. Důležitá je zde i komunikace s nemocnými a zvolení správných technik, aby byla úspěšná.

Výzkumná část zahrnuje kvalitativní výzkumné šetření technikou nestandardizovaného rozhovoru. První varianta rozhovorů byla určena všeobecným, registrovaným sestřím pracujícím na lůžkové části dermatovenerologického oddělení. Tento soubor tvořilo šest žen. Rozhovory se všeobecnými sestrami byly zaměřeny na oblasti ošetrovatelské péče prováděné u nemocných v izolačním režimu, uspokojování potřeb nemocných, komunikaci s nemocnými a problémové situace, které mohou nastat při veškeré poskytované péči s nemocnými v izolačním režimu.

Druhý sledovaný výzkumný soubor byl vybrán z nemocných, kteří byli hospitalizováni na dermatovenerologickém oddělení v izolačním režimu. Tento soubor tvořili tři muži a tři ženy. Rozhovory s nemocnými se zaměřovaly na oblasti informovanosti nemocných o své nemoci, léčbě, izolačním režimu, jak vnímají nemocní poskytovanou péči, uspokojování potřeb a vnímání komunikace s ošetrovatelským personálem.

Cílem práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče o nemocné s lues v izolačním režimu z pohledu sester. Druhým cílem bylo zjistit, jak vnímají pacienti s lues ošetrovatelskou péči v izolačním režimu.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že oslovené sestry pohlížejí na ošetrovatelskou péči v izolačním režimu jako na méně fyzicky náročnou, protože převažuje hospitalizace mladších a soběstačných pacientů. Náročnost vidí v dodržování přísné

bariérové péče, která je nutností při izolaci. Specifické činnosti, které se provádějí při ošetrovatelské péči v izolačním režimu, nevnímají sestry jako příliš zatěžující. Naopak spatřují zátěž při komunikaci s pacienty, protože někteří jsou nepřizpůsobiví a občas bývají slovně agresivní. Komunikační techniky zde musí sestry volit s individualitou ke každému pacientovi.

Druhá část výzkumu se zabývala vnímáním pacientů ošetrovatelské péče sester. Z výsledků výzkumu mého šetření vyplývá, že s ošetrovatelskou péčí sester jsou pacienti spokojeni, včetně saturace jejich potřeb. Vyskytly se pouze drobné nedostatky, na které poukazují dva pacienti. Ti si představovali, že ošetrovatelská péče bude rozsáhlejší. Pacienti udávali, že vnímali svou nemoc negativně, s obavami a strachem.

Závěrem můžeme uvést, že poskytovaná péče je součástí léčebného, izolačního režimu, který je pro hospitalizované pacienty nutností. I přes určité překážky se pacienti s izolačním režimem vyrovnávají dobře. Specifika ošetrovatelské péče nevnímají sestry jako příliš zatěžují na rozdíl od péče jimi poskytované na standardních pokojích.

### **Klíčová slova**

Lues; ošetrovatelská péče; pacient; sestra; potřeby; komunikace

# **Nursing care of patients with lues in the isolation mode of Dermatology and Venerology Department**

## **Abstract**

The bachelor thesis "Nursing care for patients with lues in the isolation mode of dermatovenerological department" is divided into the theoretical and research part. The theoretical part deals with lues diseases, its examination methods which are used to prove this disease. It is also focused on the treatment of patients with lues - divided into complex and medical treatment. Part of the treatment is also dispensary care and duty to report of sexual illness after hospitalization of patients which are performed in the outpatient department of dermatovenerology department. Another part of the theoretical part is focused on nursing care in lues patients in isolation and satisfying their needs. The communication with the patients is also important. We have to choose the right method of communication to be successful.

The research part of this thesis includes a qualitative research performed by non-standardized interview. The first variation of interviews was addressed to general registered nurses who are working on the bed part of the dermatovenerology department. This group consisted of six women. Interviews with general nurses was focused on the nursing care in isolation, satisfying patients needs, communication with them and dealing with the problem situations which may occur during taking care of patients in isolation.

The second group consisted of patients who were hospitalized in the isolation (three men and three women). Interviews with this group of people were focused on their knowledgeableness of their illness, treatment, the isolation, how they perceive the provided care, the level of satisfying their needs and the perception of communication with the nursing staff.

The aim of the work was to find out the specifics of nursing care for patients with lues in isolation from the perspective of nurses. The secondary aim was to find out how patients with lues perceive providing nursing care.

The research has shown that the care for the patients in isolation is less physically demanding because the patients are more likely young and self-sufficient. Much more difficult - according to the nurses - is observe the strict rules of barrier care which is

necessary in isolation. Specific activities which are provided during nursing are not perceived as burden. On the other hand the nurses perceive the communication with the patients as difficult because some of them are maladjusted and sometimes they are verbally aggressive. The nurse has to find different communication method for each patient.

The second part of the research dealt with the patient's perception of nursing care. Research results from my survey shown that patients are satisfied with the nursing care (including the satisfying their needs). Only minor deficiencies were uncovered by two patients. They imagined that the provided nursing care would be more extensive. Patients reported that they perceived their illness negatively and with fear.

Finally, I can state that the provided care is part of healing, isolation regime which is necessary for hospitalized patients. In spite of minor problems patients are dealing well with the isolation. Compared with the standard room the specifics of nursing care in isolation is not find to be burden.

### **Key words**

Lues; nursing care; patient; sister; needs; communication

## **OBSAH**

ÚVOD .....	9
1 TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1.1 Lues.....	11
1.2 Vyšetřovací metody lues.....	13
1.3 Komplexní léčba u nemocných s lues.....	15
1.3.1 Medikamentózní léčba u lues .....	15
1.3.2 Dispenzární péče .....	16
1.3.3 Povinné hlášení pohlavní nemoci .....	17
1.3.4 Depistáž .....	18
1.4 Komplexní ošetrovatelská péče u nemocných s lues.....	20
1.4.1 Práce sestry na dermatovenerologickém oddělení.....	21
1.4.2 Specifika ošetrovatelské péče v izolačních režimech .....	22
1.4.3 Péče o potřeby nemocných .....	24
1.4.4 Využití ošetrovatelského procesu u nemocných s lues.....	27
1.5 Komunikace sestry s pacientem s lues.....	29
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	32
2.1 Cíl práce.....	32
2.2 Výzkumné otázky .....	32
2.3 Operacionalizace pojmů .....	32
3 METODIKA .....	34
3.1 Metodika práce .....	34
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	34
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	36
4.1 Vyhodnocení rozhovorů souboru všeobecných sester .....	36
4.2 Vyhodnocení rozhovorů souboru pacientů .....	41
5 DISKUZE .....	51
6 ZÁVĚR .....	59
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	60
8 SEZNAMPŘÍLOH .....	64
9 SEZNAM ZKRATEK .....	65



## ÚVOD

Téma sexuálně přenosných nemocí je v současné době často diskutovaným tématem nejen v naší republice, ale v celém světě. Sexuálně přenosných nemocí všeobecně přibývá. V některých minulých letech, například v roce 2002, byla většina obyvatelstva přesvědčena, že pohlavní nemoci jsou již minulostí a že se s nimi již téměř nemohou setkat. Statistické údaje nás přesvědčují o opaku. Od roku 2002 se počet onemocnění lues pohyboval v počtu kolem 15 onemocnění za rok v Jihočeském kraji. Od roku 2008 počet onemocnění stoupal a v roce 2013 již bylo zaznamenáno 49 nových případů onemocnění lues v Jihočeském kraji.

Tato onemocnění se dotýkají stále širšího spektra populace. Pravděpodobně je to dáno skutečností, že mladí lidé často provozují nechráněný pohlavní styk a střídají sexuální partnery. Velkým přispěním k vzestupu sexuálně přenosných nemocí je i užívání omamných látek, které jsou na trhu stále dostupnější. Jedním z problémů při vzniku a šíření sexuálně přenosných nemocí je i velká migrace obyvatelstva mezi zeměmi. Naše republika zaznamenala v posledních letech velký příliv lidí z východních zemí, kde jsou pohlavní nemoci velmi rozšířeny. Nemalý podíl na vzestupu počtu nemocných má nekontrolovatelná prostituce. Další velkou ohroženou skupinou jsou homosexuálně zaměřeni muži. Jejich nedbalost ochrany v sexuálním chování ohrožuje nejen je, ale i zdraví ostatních spoluobčanů. V dnešní moderní době dochází k neustálému zdokonalování diagnostických metod při vyšetřování sexuálně přenosných nemocí a k dispozici je celá škála moderních léků.

Ale i přesto je potřeba mít na paměti, že základem je adekvátně poskytovaná ošetrovatelská péče a přístup ošetrujícího personálu k nemocnému. Je nezbytné dbát na dodržování bariérové ošetrovatelské péče v izolačním režimu, která má svá určitá specifika. Zároveň je zapotřebí umět jednat s nemocnými, kteří mají pohlavní nemoc. Často se při léčbě setkáváme s narušeným psychickým stavem nemocného, který má problém smířit se s pocitem, že má pohlavní nemoc, a bojuje se studem před svými blízkými. Je velmi důležité včas odhalit tyto problémy, aby byla léčba úspěšná. V této souvislosti je na místě efektivně využít komunikačních technik při rozhovoru s nemocným. Jen tak lze vytvořit s pacientem vzájemný vztah a důvěru. Neméně důležitým aspektem péče je i předcházení vzniku pohlavních nemocí, které nesmí být opomenuto. Současná klinická praxe ukazuje, že informovanost a edukace, především u mladistvých, kde je riziko největší, není v dnešní době

dostatečná. Proto by měly být aktivity, týkající se zejména prevence vzniku onemocnění samotných, směřovány cíleně k široké veřejnosti. Jen tak je možno přispět k předcházení vzniku a šíření pohlavních nemocí.

Toto téma bakalářské práce jsem si zvolila proto, že jsem přesvědčena o aktuálnosti problematiky onemocnění lues. Pro společnost je toto téma stále ještě tabuizováno a právě proto bych chtěla přiblížit tento problém. Ze zkušeností z praxe vím, že při onemocnění lues v izolačním režimu jsou dána pravidla ošetrovatelské péče a ošetrovatelský personál, ale i pacient může tuto situaci vnímat jako zátěž. Chtěla bych poukázat na problémy a situace, které mohou nastat při ošetrovatelské péči ze stran nemocných, ale i zdravotníků. Tato práce by měla posloužit ošetrovatelskému personálu jako návod řešení těchto problémů.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Lues

Lues (též syphilis – příjice) je infekční systémové onemocnění způsobené spirochétou *Treponema pallidum* (Zákoutská et al., 2015, s. 76) a je zařazeno do sexuálně přenosných nemocí (STD – Sexually transmitted diseases) (Štork et al., 2014). Nutno upozornit, že dle Křemenové (2006) je počátek výskytu pohlavních nemocí z období již před pěti tisíci lety a celá staletí trvalo, než došlo k upřesnění pojmu sexuálně přenosné nákazy (dále jen STD). Teprve v 19. století, kdy došlo k prudkému rozvoji bakteriologie, byly rozlišeny a definovány dvě první pohlavní nákazy: lues (syphilis) a kapavka (gonorhea) (Křemenová, 2006). Po řadu let se zdokonalovala diagnostika a léčba pohlavních nemocí, tudíž se dalo předpokládat, že na počátku 20. století budou tyto nemoci již minulostí, avšak mezi STD byla zařazena další onemocnění, jako např. měkký vřed (ulcus molle), venerický lymfgranulom (lymfgranuloma venerum) a granuloma inguinále (Štork et al., 2014). V posledním desetiletí 20. století byl zaznamenán nárůst výskytu lues mezi populací (Křemenová, 2006), avšak Štork et al. (2014) poukazují i na další onemocnění, která lze přenést pohlavním stykem, jako např. chlamydie trachomatis, mykoplasma, ureaplasma, infekce HPV, herpes progeneralis, virová hepatitida, AIDS či pediculosis.

Onemocnění lues je dělena na získanou a vrozenou. K nákaze získané lues dochází především sexuálním kontaktem s nakaženou osobou (Štork et al., 2014). Jedná se skoro vždy o přímý kontakt sliznice zdravého jedince s bakterií, která se nachází na spodině syphilitického defektu. Tento defekt se nemusí nacházet pouze na genitáliích, ale lze ho najít i na sliznicích úst nebo v okolí análního otvoru (Pizinger, 2012). Štork et al. (2014) uvádějí, že spirochéta *Treponema pallidum* je citlivá bakterie na změny pH a změny teploty. Proniká porušenou kůží nebo sliznicí a odtud se dále šíří kapilární cestou do spádových lymfatických uzlin. Zde se pomnožuje a dochází k homogennímu rozsevu a je možno vidět první klinické příznaky (Štork et al., 2014).

Vrozená lues vzniká v graviditě matky transplacentárním přenosem (Pizinger, 2012). Dělí se na časnou a pozdní vrozenou lues. Časná vrozená lues se projevuje krátce po porodu. Pokud je léčba včas zahájena, pak je i prognóza dítěte uspokojivá (Turčan et al., 2012). Pozdní vrozená lues se projevuje u dítěte po jeho druhém roce věku. V těchto případech bývá postižení trvalého rázu. Nejzávažnější je slepota a hluchota u dítěte (Štork et al., 2014). Dle Zákoucké et al. (2015) má léčba

u dětí svá specifika a pravidla. Základem je úzká spolupráce dermatovenerologa s pediatrem (Zákoucká et al., 2015). Vzhledem ke skutečnosti, že tématem bakalářské práce není vrozená lues, nebude tato problematika podrobněji rozebírána.

Onemocnění získaná lues jsou rozdělena na tři stádia – primární, sekundární a terciální stádium. *Primární stádium* je charakterizováno vznikem defektu tzv. tvrdého vředu (*ulcus durum*) nejčastěji za tři týdny po přenosu (Hercogová, 2009). Dle Whitea (2006) tvrdý vřed asi u 30 % případů zůstává nepovšimnut, protože jeho charakteristika je nebolestivost a snadno ho může nemocný přehlédnout. Defekt má tvrdé navaltité okraje a růžovočervenou, lesklou spodinu. Vyskytuje se nejčastěji na genitáliích, u mužů na glans penis nebo v sulcus coronarius. U žen je nejčastější výskyt v oblasti labií a klitorisu nebo v okolí ústí uretry a děložního hrdla (Turčan et al., 2012). Tvrdý vřed se ale může vyskytovat i perianálně, rektálně a ústně v okolí rtů, na tonsilách

a sliznicích dutiny ústní. Dalším důležitým příznakem je zduření spádových lymfatických uzlin (Kawaciuk, 2009). V pátém až devátém týdnu od přenosu infekce tvrdý vřed spontánně mizí a nastupuje stádium druhé (Záhumenský et al., 2015). Nutno upozornit, že v prvním primárním stádiu je nemocný vysoce infekční.

*Sekundární stádium* vzniká devátý týden po přenosu infekce. Může být přítomen ještě i primární vřed, ale většinou je již zhojen a zůstává po něm pouze jizva (Štork et al., 2014). Další příznak tohoto stádia popisuje Kopová (2010) jako vznik exantému, který bývá nesvědivý, symetrický a objevuje se nejčastěji na trupu, břiše a na ohbí paží a vnitřních stranách stehen. Tento exantém je označen jako roseola syphiliticamaculosa. Později se přidává ještě tvorba makulopapulozních projevů na dlaních a ploskách. Mohou přetrvávat i slizniční léze, které obsahují velké množství treponem. Dle Pizingera (2012) před vznikem exantému provází onemocnění prodromální příznaky podobné příznakům chřipky, jako jsou zvýšená tělesná teplota, únava, sinorea a nebolestivá lymfadenopatie. Dalším příznakem v tomto stádiu jsou condylomata lata, lesklé vyvýšené papuly, které se vyskytují nejčastěji perianálně nebo perigenitálně. Tyto léze jsou velmi infekční a obsahují hojné množství treponem (Štork et al., 2014). Alopecia syphilitica se může v tomto stádiu projevovat jako prořídnutí kštice nebo představuje mnohočetné lysinky ve kštici (White, 2006). V dutině ústní lze sledovat slizniční projevy, kde jsou viditelné, vyhlazené, lesklé papuly a makuly, které splývají a mají žlutobílý povlak. V oblasti krku je patrné zduření tonsil, jež je označováno jako angína syphilitica (Štork et al., 2014). Kopová et al. (2014)

upozorňují na vzácný projev u sekundárního stádia, kterým je syphilitická hepatitida. Vyskytuje se především u HIV pozitivních pacientů, kteří mají již rozvinuté stádium AIDS. Toto poslední stádium se projevuje především maligními lymfomy a přidruženými infekcemi. Pizinger (2012) i Štork et al. (2014) se shodují, že pokud není nemocný v tomto stádiu léčen, příznaky odezní a nemocný přechází do fáze syphilis latens. V této fázi se mohou znovuobjevit vředy či exantém. Nemocný není ve fázi latence infekční, i když má pozitivní treponemové testy v krvi (Pizinger, 2012).

S odstupem tří až sedmi let od sekundárního stádia vzniká *stádium terciární*. Začínají se tvořit gumata, což jsou specifické granulomy v kůži, sliznici, kostech i orgánech (White, 2006). Závažné bývá postižení kardiovaskulárního systému, kdy je zasažena především aorta. Mohou být postiženy i kosti a jiné orgány (Pizinger, 2012). Za pět až třicet pět let po primoinfekci vzniká neurosyphilis, kdy je pozitivní sérologie i v cerebrospinálním likvoru. Tento stav označují Burgdorf et al. (2009) jako degenerativní postižení mozku a míchy. Pokud se jedná o paralysis progresiva, příznaky jsou především psychického rázu, jako jsou změny osobnosti, psychotické změny a postupující demence. Neurologické příznaky vedou postupně až k úplné paralýze nemocného. Při poškození zadních míšních provazců a kořenů vzniká tabes dorsalis, který je charakteristický atakami parestezií a typickou chůzí parádního marše. Toto stádium končí rozpadem osobnosti, demencí a paralýzou (Štork et al., 2014). Jak končí terciární stádium syphilis, nám přiblížil svým výkonem skvělý herec Petr Čepek ve filmu *Petrolejové lampy*.

## **1.2 Vyšetřovací metody lues**

Stanovení diagnózy lues vyžaduje správné odebrání anamnézy od pacienta, zhodnocení klinických příznaků a rozhodující vliv mají i výsledky krevních odběrů. Při screeningovém vyšetření se vždy používá jeden test nespecifický (netreponemový) a jeden test specifický (treponemový). Průkaz onemocnění lues lze provádět přímou nebo nepřímou metodou (Burgdorf et al., 2009). Přímá metoda vyšetření se uplatňuje především u primárního stádia časně lues. Toto vyšetření lze provést přímo v dermatovenerologické ambulanci, kde se odebere vzorek čerstvého exudátu ze spodiny primárního vředu. Průkaz spirochet se sleduje v připraveném preparátu pod zástinovým mikroskopem s paraboloidním kondenzorem. Pozitivní mikroskopický nález popisuje Kawaciuk (2009) jako svítící spirochety v temném poli. Jeví se zde jako jemná, pomalu se pohybující vlásenka. I když převládají u nemocného typické klinické

příznaky a přímá metoda vyšetření je pozitivní, vždy se musí průkaz onemocnění potvrdit ještě dalším vyšetřením, a to tzv. nepřímou metodou (Štork et al., 2014). Nepřímá vyšetřovací metoda se provádí pomocí serologických testů z krve nebo mozkomíšního moku. Je dělena na dvě skupiny, na netreponemové séroreakce a treponemové séroreakce. Z netreponemových (nespecifických) serologických testů se nejčastěji využívá mikroflokulační test VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), který je vyhodnocen mikroskopicky, a test RRR (Rychlá reaginová reakce) používající jako antigen kardiolipin s lecitinem. Tyto testy by se měly po roce od prvotní primoinfekce stát negativními. Pokud k tomuto výsledku nedojde, je to známka reinfekce nebo neefektivní léčby (Beneš, 2009). Do treponemových (specifických) testů patří TPHA test (Treponema pallidum hemagglutination) a fluorescenční test FTA-ABS (Fluorescenční treponemal antibody absorption). Testy FTA-ABS prokazují přítomnost protilátek IgG a IgM (Swet, 2009). IgG protilátky v krvi mohou přetrvávat celý život, ale IgM protilátky by měly být po úspěšné léčbě negativní. U některých případů onemocnění, kdy je podezření na neurolyues, se provádí se souhlasem pacienta lumbální punkce. Při tomto vyšetření se séroreakcemi zjišťuje průkaz specifických protilátek v mozkomíšním moku. Vždy je nutná korelace výsledků vyšetření z krve a z mozkomíšního moku (Kawaciuk, 2009). Při screeningovém vyšetření se vždy používá jeden test nespecifický (RRR) a jeden specifický (TPHA).

Diagnostika a především záchyt nových případů onemocnění je hlavním úkolem preventivní péče. Vzhledem k hlášení zpracovaných dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS ČR), kdy z epidemiologického hlediska je významný nárůst onemocnění lues, klade Křemenová (2006) velký důraz právě na prevenci. Na výskytu lues mají velký podíl cizinci, nejvíce ze zemí bývalého SSSR – z Ukrajiny, Ruska, Gruzie a dále z Rumunska a z Vietnamu. Do České republiky přijíždějí s časnou formou lues a pro nedostatečnou preventivní diagnostiku je toto onemocnění dále rozšiřováno na území naší republiky. Znepokojující je i velký záchyt této infekce u gravidních žen (Zákoucká, 2013). Pro velkou závažnost onemocnění lues je dána povinnost vyšetření v některých konkrétních případech. Povinnost ukládá legislativa ve vyhlášce MZ č. 306/2012 Sb., O podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Ve vyhlášce č. 306/2012 Sb. je uvedeno, kdo se musí podrobit vyšetření na lues. Vyšetření se týká všech dárců krve, dárců orgánů a tkání, gravidních žen,

novorozenců a některých hospitalizovaných pacientů. Zákoucká (2013) zdůrazňuje, že tyto zákonné normy jsou závazné pro všechna zdravotnická zařízení.

### **1.3 Komplexní léčba u nemocných s lues**

Při onemocnění lues je nemocný hospitalizován na dermatovenerologickém oddělení v izolačním režimu. Vzhledem k povinnosti izolace je nemocnému poskytována nejen léčba medikamentózní, ale dbá se také především na uspokojování potřeb psychických, sociálních a duchovních. Blíže této problematice bude věnován prostor v dalších kapitolách této práce.

#### **1.3.1 Medikamentózní léčba u lues**

Při podávání medikamentózní léčby se řídí lékař schválenými schématy, která určují typ a délku léčby onemocnění lues. Tato schémata jsou mezinárodně schválena a využívána, ale záleží na zvyklostech pracoviště a především na serologické aktivitě provedených testů (Burgdorf et al., 2009). U časně lues se v 1. linii doporučuje podávání Benzathin penicilinu G 2,4 mil. j. intra muskulárně. V 2. linii se podává terapie Prokain penicilinu v dávce 1,5 mil. j. intra muskulárně 1x za 24 hodin po dobu 1-3 týdnů. Na zakončení léčby se aplikuje 2,4 mil. j. Benzathin penicilin G intra muskulárně (Swet, 2009). U pozdní lues a lues latens probíhá léčba 21 dnů podáním kůry Prokain penicilinu 1,5 mil. j. intra muskulárně jednou za 24 hodin, nebo se doporučuje podání depotního Benzathin penicilinu G 2,4 mil. j. intra muskulárně v týdenních intervalech, celkem 3x (Burgdorf et al., 2009). Při průkazu neurolues lumbální punkcí, se podává Benzyl penicilin G 24 mil. j. intra venózně po dobu 14 až 21 dnů. Štork et al. (2014) schvalují prodloužené schéma léčby intra venózně podávané po dobu 21 dnů. Pokud je zjištěno onemocnění lues u ženy v graviditě a nikdy v minulosti nebyla léčena, prochází žena léčbou stejným standardním schématem jako „nový záchyt onemocnění“. V případě, že žena již v minulosti léčena byla, stačí podávat léčbu v graviditě pouze ambulantně. Je podána jednorázová léčba aplikací 2,4 mil. j. Benzathin penicilinu G intra muskulárně ve 12. a 28. týdnu gravidity (Pizinger, 2012). I přestože je léčba penicilinem první volbou, v některých případech je podávání tohoto léku nemožné, a to v případě alergie na penicilin u nemocného. Poté dochází k volbě alternativy léčby, která je doporučována. Záhumenský et al. (2015) však upřednostňují schéma podávání Doxyciklinu 2x 200 mg perorálně 4 týdny nebo Ceftriaxonu

250-500 mg intramuskulárně po dobu 10 dnů. Důležité je vždy zahájit léčbu včas, aby se předešlo možným následným komplikacím.

V souvislosti s možným výskytem komplikací a nežádoucích účinků v době časného stádia nemoci je potřebné, aby léčba probíhala za hospitalizace pod dohledem ošetrovatelského personálu (Štork et al., 2014). Jednou z komplikací může být Jarischova-Herxheimerova reakce, která vzniká během 24 hodin od počátku terapie. Je to systémová reakce na rozpadové produkty spirochet. U nemocného se projevuje třesavkou, horečkou, tachykardií a vazodilatací. Tuto reakci lze zmírnit podáním kortikosteroidu (Solu Medrol 40 mg i. m.) a antipyretik (Paracetamol) (Burgdorf et al., 2009). Druhou komplikací, která může nastat, je Hoigného syndrom, který se projeví pseudoanafylaktickou reakcí při intramuskulární aplikaci Prokain penicilinu. Stav tohoto syndromu nemocný vnímá jako velmi dramatický, neboť dochází k náhlému vzniku tachykardie, hypertenze, poruchu sluchu a zraku a nemocný prožívá panický strach ze smrti. Většinou se tento stav rychle upraví, nejdéle do 30 minut (Štork et al., 2014). Na všechny komplikace, které mohou nastat v průběhu léčby, musí být nemocný upozorněn před započítím léčby.

### ***1.3.2 Dispenzární péče***

V dermatovenerologii jsou dispenzarizovány osoby s onemocněním nádorů a prekanceróz, kožní tuberkulózy, profesionálních kožních nemocí a především osoby s pohlavními nemocemi. Dispenzární péče je dána Vyhláškou č. 39/2012 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře. Zde jsou uvedeny nemoci, při kterých se dispenzární péče musí poskytovat (Resl, Kuklová, 2014). Cílem dispenzární péče je kontrola a monitorace klinického obrazu u nemocného, který lues prodělal. Sleduje se také pokles titrů treponemových i netreponemových testů. Není-li pokles dostatečný v určitou dobu po léčbě, může být onemocnění považováno jako reinfekce nebo relaps onemocnění (Resl, 2014). Pravidelnost dispenzárních kontrol je dáno, právní legislativou a pečlivě se dodržuje. Po ukončení léčby je první kontrola krevních odběrů za 3 měsíce. Další následují za 6, 9 a 12 měsíců od prvotní léčby (Zákoucká et al., 2015). Pokud jsou výsledky krevních testů uspokojivé a pokles krevních titrů je zaznamenán v normě, další kontrola je za 2 roky od léčby (Záhumenský et al., 2015). Do dvou let od prvotní léčby ještě musí nemocný prodělat celkové přešetření, které vyloučí možný relaps onemocnění. Při tomto celkovém



přešetření s dermatovenerologií spolupracují i ostatní lékařské obory. Nemocný je odeslán na ultrazvuk srdce, na oční vyšetření, na neurologické vyšetření, kde je součástí i vyšetření mozkomíšního likvoru lumbální punkcí (Resl, Kuklová, 2013a). Vyhláška dále udává, že nutnost dalších kontrol je jednou za 5 let. Pokud má nemocný vyšetření mozkomíšního moku negativní, lze jej po 2 letech z dispenzarizace vyřadit. Pokud z nějakého důvodu vyšetření mozkomíšního moku lumbální punkcí nemocný nepodstoupí, z dispenzarizace je vyřazen až ve věku 65 let (Záhumenský et al., 2015). V některých případech jsou nemocní i při negativním výsledku lumbální punkce ponecháni i po dvou letech v dispenzární péči. Vyřazení nemocného z dispenzární péče si každé zdravotnické zařízení praktikuje dle svých zvyklostí.

Dispenzární kontroly u nemocného se provádějí na příslušném dermatovenerologickém oddělení v ambulantní části. Nemocnému je proveden odběr krve, ale musí podstoupit i klinické vyšetření lékařem. Zákoucká et al. (2015) zdůrazňují důležitost klinického vyšetření stejně jako vyšetření krevních testů. Klinické vyšetření a odběry krevních testů prokazují, zda nemocný nemá některé příznaky nemoci, a pokud ano, dále se zjišťuje, jde-li o relaps či reinfekci onemocnění. Při každé kontrole jsou doplněny i anamnestické údaje a jejich veškeré změny se zaznamenávají do dokumentace. Nemocný je edukován o jeho dalším sexuálním chování (Zákoucká, 2013). Pokud jde o ženu, vždy je upozorněna, aby se při každém těhotenství nahlásila na dermatovenerologii, kde je v dispenzární péči, aby se včas zahájila ambulantní léčba v těhotenství. Při každé této kontrole má nezastupitelnou roli jak lékař, tak sestra v této ambulanci. Záhejský et al. (2015) uvádějí, že sestra s nemocnými komunikuje i bez přítomnosti lékaře, proto se jí často nemocní svěřili s fakty, která jsou důležitá pro jejich další vyléčení.

### ***1.3.3 Povinné hlášení pohlavní nemoci***

V České republice všechny pohlavní nemoci podléhají povinnému hlášení (Křemenová, 2006). Toto hlášení je dáno Vyhláškou č. 306/2012 Sb., O podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Součástí této vyhlášky je i seznam infekčních nemocí, při kterých je nařízena povinná léčba za hospitalizace. V tomto seznamu figuruje i onemocnění lues (Vyhláška 306/2012 Sb.). Součástí hlášení je i evidence a povinná léčba nemocného. Lékař, který diagnostikuje u nemocného onemocnění lues, je povinen toto hlášení pohlavní nemoci provést

(Resl, Kuklová, 2013c). Nezáleží na tom, v jakém stádiu je nemoc diagnostikována, ale prvotní záchyt této nemoci se vždy musí hlásit. V našem systému zdravotnictví je pravidlem, že když nemoc zjistí lékař kteréhokoli oboru, nemocného dále předává do dispenzární péče spádového dermatovenerologa (Slezáková et al., 2014). Na dermatovenerologickém oddělení se lékař již postará o to, aby se nemocný hlásil jako potvrzený případ, ale i pravděpodobný případ onemocnění nebo úmrtí na toto onemocnění (Resl, Kuklová, 2013b). Hlášení se provádí na příslušných tiskopisech NZIS 017 3 – Hlášení pohlavní nemoci (Příloha 2). Od roku 1997 na pokyn hlavního hygienika České republiky převzala hygienická služba dohled nad těmito infekčními nemocemi. Krajští hygienici a hlavní hygienik ČR přímo spolupracují s dermatovenerology (Křemenová, 2006). Na spolupráci se podílejí i depistážní sestry v dermatovenerologických ambulancích, které jsou nedílnou součástí celého procesu (Záhejský et al., 1994). Důležitá je i spolupráce dermatologa s lékaři jiných příbuzných oborů. Především se jedná o gynekology, urology, pediatry, neurology, kardiology a infekcionisty. Záchyt prvotního onemocnění se může objevit prakticky v kterékoli ordinaci lékařů. V této souvislosti Křemenová (2006) upozorňuje na důležitost předání nemocného příslušnému dermatovenerologovi, aby se splnily všechny požadavky pro povinné hlášení nemoci. Jen tak se může předcházet dalšímu šíření pohlavních nemocí.

### ***1.3.4 Depistáž***

Součástí tiskopisu Hlášení pohlavní nemoci (Příloha 2), je vyplnění tzv. depistáže, což znamená aktivní vyhledávání a vyšetřování všech osob, které nemocný uvedl jako sexuální kontakty. Dle Zákoucké et al. (2015) se vyšetřují i osoby žijící ve společné domácnosti, neboť tyto osoby mohou být nemocí také ohroženy. Za sexuální kontakt je považována každá osoba, která měla s nemocným nechráněný, ale i chráněný pohlavní styk. Nemusí se vždy jednat o pohlavní styk přímý, ale zahrnují se i veškeré sexuální praktiky (Resl, 2014).

Depistážní sestra spolu s lékařem dermatovenerologem jsou povinni provést toto epidemiologické šetření a zaznamenat pravdivě údaje poskytnuté nemocným. Dále musí zajistit další léčbu a izolaci nemocného (Vyhláška č.473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce, ve znění pozdějších předpisů). Resl (2014) poukazuje na práci depistážní sestry jako na velmi složitou profesi. Všeobecná sestra je nejen sestra, ale provádí též činnosti, které odpovídají náplni práce asistentky veřejného zdraví. Tak významnou úlohu má sestra v těchto ordinacích. Funkci

depistážní sestry musí zastávat člověk, který je vysoce erudovaný nejen v ošetrovatelské péči a psychologii, ale musí mít přehled i v epidemiologii, vyhláškách a zákonech vydaných v České republice.

Sestra v dermatovenerologické ambulanci přichází s nemocným do prvotního kontaktu. Již ze svých zkušeností dokáže odhadnout, o jakého pacienta půjde a jaký k němu má zaujmout přístup. Už jen samotné sdělení diagnózy pohlavní nemoci nemocného zaskočí a může reagovat různým způsobem. Jsou nemocní, kteří reagují mlčenlivostí a netečností, druzí jsou plačtiví a neumí si představit, co je čeká v následujícím období (Venglářová, Mahrová, 2006). Ale jsou i nemocní, kteří popírají svoji nemoc a reagují agresivně. S těmito všemi nemocnými si sestra musí poradit a zvolit k nim vhodný přístup, aby spolu navázali vztah důvěry a následující spolupráci. Základem úspěšné spolupráce je nemocného přesvědčit, že k sestře může mít důvěru a může se jí svěřit se vším, co ho trápí. Umění naslouchat je mnohdy více než nemocnému oponovat a vnucovat mu naše názory (Pokorná, 2008).

Často se sestra v této ambulanci setkává s osobami drogově závislými, kde je nucena zvolit úplně jiný přístup k pacientovi, protože ten má tendenci podávat zkreslené informace (Venglářová, Mahrová, 2006). Dle Pokorné (2008) se i v těchto případech a při použití efektivních komunikačních technik dá s nemocným domluvit a získat potřebné informace pro sepsání depistáže. Jako vhodné se ukazuje dát nemocnému potřebný čas, aby si na všechny položené otázky odpověděl písemně, a poté může být depistáž doplněna.

Důležité je uvést do depistáže opravdu všechny sexuální kontakty a osoby ohrožené pohlavní nemocí, které se vyskytují v nejbližší blízkosti nemocného. Uvedené osoby poté depistážní sestra kontaktuje a domlouvá termíny jejich vyšetření a odběrů krve (Resl, 2014). U sexuálních kontaktů se musí odběr krve i při negativním výsledku ještě opakovat. V některých případech však udané kontaktní osoby nereagují na výzvy depistážní sestry ani po opakovaných výzvách. Právě v tuto chvíli nastupuje spolupráce s epidemiology, kteří vydají rozhodnutí o předvedení na vyšetření a kontaktují policii, která osoby ohrožené pohlavní nemocí předvede na příslušná vyšetření. Velkým problémem při dohledávání ohrožených osob a sexuálních kontaktů je chování nemocných patientek, které provozují prostituci. Patientky často podávají informace s nedostačujícími údaji, protože jejich klienti jsou často i cizinci a šance na jejich dohledání se tak snižuje (Záhejský et al., 1994). V této souvislosti apelujeme na nemocné, aby z důvodu trestního stíhání dodržovali pravidla týkající se depistážního

šetření a léčby. Pamatuje na to zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník § 152, který pojednává o úmyslném šíření nakažlivé lidské nemoci. V dalším § 153 tohoto zákona je uvedeno šíření nakažlivé lidské nemoci z nedbalosti. Sestra a lékař na tuto skutečnost upozornují všechny nemocné s prokázanou pohlavní nemocí (Resl, Kuklová, 2013c) a všichni pacienti podepisují formulář, kde jsou s textem zákona seznámeni.

Hlášení pohlavní nemoci (Příloha 2) se po vyplnění potřebných údajů odesílá na spádovou epidemiologickou stanici, která dále získané údaje podstupuje Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Zde se ročně zpracovávají statistické přehledy infekčních a pohlavních nemocí. Výsledky a efekt správného depistážního šetření má i pozitivní ekonomické dopady na celou společnost. Pohlavní nemoci představují ohrožení jak jedince, tak i společnosti, neboť vedou k velkým hospodářským ztrátám, morálním a etickým škodám a velkým nákladům na léčbu nemocných (Resl, Kuklová, 2013a). Proto je důležitá prevence a osvěta a tím i snížení počtu vzniklých onemocnění.

#### ***1.4 Komplexní ošetrovatelská péče***

Ošetrovatelská péče je poskytována ošetrovatelským personálem, především sestrami a dalšími nelékařskými pracovníky. Jedná se o činnosti, které jsou zaměřeny na zachování, upevňování, navrácení a obnovu zdraví u osob a skupin. Poskytují ji sestry s odbornou způsobilostí ve spolupráci s lékařem a ostatním ošetrovatelským personálem (Farkašová, 2005). Komplexní ošetrovatelská péče je běžně poskytovaná péče nemocnému lékařem a nedílnou součástí je i spolupráce rodiny nemocného (Šamánková et al., 2011).

V ošetrovatelské praxi musí sestra znát a umět používat vhodné ošetrovatelské techniky (Krišková et al., 2006). Tyto techniky jsou chápány jako prostředek pro realizaci praktických činností při poskytování ošetrovatelské péči. Sestře nestačí pouze tyto základní znalosti a dovednosti získané v průběhu studia, ale musí se věnovat dalšímu samostudiu, návštěvám kurzů a seminářů, kde se učí novinkám ve svém oboru. Jen tak může adekvátně provádět ošetrovatelskou péči. V této souvislosti se nabízí uvést, že ošetrovatelství je samostatná disciplína, která se neustále rozvíjí, a proto jsou sestry nuceny vzdělávat se ve svém oboru.

Dle Workman (2006) je ošetrování nemocných uměním, které je založeno jak na praktických dovednostech sestry, tak na vědeckých principech, ale i porozumění

nemocnému a umění pracovat v týmu. Při všech výkonech, které jsou u nemocného prováděny, nesmí být opomenut nemocný jako lidská bytost. Z tohoto důvodu by se měla každá sestra zamyslet nad svým přístupem k pacientovi, aby zůstala zachována jeho důstojnost v každé situaci.

#### ***1.4.1 Práce sestry na dermatovenerologickém oddělení***

Obor dermatovenerologie zahrnuje široké spektrum kožních onemocnění. Projevy těchto nemocí jsou nejen somatického rázu, ale především mají dopad na psychiku pacienta. Mnoho onemocnění přetrvává celá léta a je pro pacienty kosmeticky neúnosné.

Dermatovenerologické oddělení je řazeno mezi standardní oddělení, které se dělí na ambulantní a lůžkovou část. V ambulantní části se nachází dermatovenerologická ambulance, kde pracuje depistážní sestra, jak bylo již v úvodní části práce zmíněno. Dále jsou zde specializované ambulance, kam nemocný přichází se svou nemocí a následně je odtud odeslán k hospitalizaci. V ambulantní části dochází k prvnímu kontaktu sestry s nemocným, k navázání důvěry a pocitu, že o něho bude dobře postaráno. Tato sestra většinou předává nemocného do péče ošetřujícího personálu na lůžkovém oddělení (Záhejský et al., 1994). Sestra na lůžkovém oddělení nemocného převezme, představí se mu ona sama a i ostatní ošetřující personál, který bude během hospitalizace přicházet s nemocným do styku. Sestra provede pacienta po oddělení, aby se mohl dobře orientovat pro něho v neznámém prostředí, a seznámí ho s domácím, léčebným řádem a s právy pacientů. Pokud si je nemocný nemůže přečíst sám, musí mu být přečteny (Tuza, 2009).

V oboru dermatovenerologie je pro velkou většinu nemocných hospitalizace opakovaná, ale i přesto se těžko s takovým onemocněním vyrovnávají a straní se společnosti. Proto při rozdělování do pokojů nesmí být opomenuto, aby se umístili na pokoj nemocní se stejnou kožní chorobou (Rozsypalová, Šafránková, 2009). Tak se jim umožní se v průběhu hospitalizace uvolnit a předávat si se svými spolupacienty zkušenosti a dojmy, které jsou součástí jejich onemocnění. Výjimkou jsou pokoje izolačních režimů, kam se nemocní většinou umísťují osamocně.

Co se samotné práce sestry na dermatovenerologickém oddělení týče, je velmi fyzicky i psychicky náročná. Sestra poskytuje ošetrovatelskou péči, která je shodná s péčí na standardním oddělení. Úkolem je zajištění všech potřeb nemocných (Slezáková et al., 2014). Prioritou ošetřování na tomto oddělení je aplikace místních

léciv. Každý nemocný má ordinováno individuální ošetřování. Existuje velké množství léčiv, mastí, krémů, roztoků, které musí sestra znát a musí ovládat i jejich složení, aby nemocného nepoškodila. Dle Záhejského et al. (1994) je pro sestru fyzickou zátěží ošetřit aplikací místních léčiv většinu nemocných na oddělení. Mnoho z nich, např. s lupenkou, se musí ošetřovat celotělově dvakrát denně. Další početnější skupinou nemocných, kteří jsou přijímáni k opakované hospitalizaci, jsou nemocní s bércovými vředy. Toto ošetřování musí být precizní a důkladné, aby se ulevilo nemocnému od bolesti a mohl probíhat úspěšný léčebný proces (Mikšová et al., 2010). Na oddělení jsou dále hospitalizováni nemocní s infekčními nemocemi, jako je např. růže (erysipel), svrab (scabies) a pohlavní nemoci, kde se klade větší důraz na dodržování bariérové ošetrovatelské péče, o které bude blíže pojednáno v kapitole Specifika ošetrovatelské péče v izolačních režimech. Součástí této péče je zabránit šíření infekce mezi ostatní pacienty.

Při veškeré poskytované ošetrovatelské péči je hlavním úkolem sestry dodržovat potřebnou intimitu nemocného. Mnohdy se pacient za projevy svého onemocnění stydí a není mu příjemné, aby se ošetřování odehrávalo před někým jiným. Proto je zapotřebí mít na paměti individuální přístup ke každému nemocnému.

#### ***1.4.2 Specifika ošetrovatelské péče v izolačních režimech***

Nemocní s infekčními nemocemi se ošetřují ve zdravotnických zařízeních v izolačních režimech, aby se zabránilo dalšímu šíření konkrétní infekce mezi ostatní pacienty. Proces šíření infekční nákazy se skládá ze tří článků (Rozsypal et al., 2013). První článek šíření nákazy je zdroj původce, který může být člověk nebo zvíře, výjimečně i okolní prostředí. Druhý článek je přenos, cesta od zdroje k vnímavému jedinci. A třetím článkem je vnímavý organismus (Beneš, 2009). Přenos infekce se děje přímým kontaktem například dotykem, sexuálním stykem, kousnutím, ale i kontaminovanými rukama.

Izolaci nemocného se rozumí karanténní opatření. Rozsypal et al. (2013) rozlišují dva druhy izolace. První typ izolace je izolace ochranná, která chrání vnímavého jedince před vznikem infekce. Jedná se o speciálně vybavené a zařízené pokoje s přísným aseptickým režimem. Druhý typ izolace je izolace zdroje infekce. V tomto případě se má zabránit přenosu infekce od infikovaného zdroje na další pacienty (Beneš, 2009). Typ izolačního režimu je odvozen od závažnosti infekčního onemocnění a přihlíží se ke způsobu přenosu infekce. Nemocní se umísťují na izolační pokoje podle druhu

infekčního onemocnění, bere se v úvahu pohlaví a věk nemocného a fáze, ve které se onemocnění nachází (Beneš, 2009).

Izolační pokoje na standardní ošetrovací jednotce musí mít zvláštní vybavení, které na ostatních pokojích nejsou nutností. Vstup na izolační pokoj je uzavřen a přístup na čipovou kartu má pouze ošetřující personál. Okna jsou zabezpečena nerozbitnými skly a mřížemi. Součástí izolace je samostatné WC a sprcha, které používá pouze izolovaný pacient (Podstatová, 2011). Ostatní zařízení těchto pokojů je stejné jako na standardních pokojích. Dle platné legislativy je izolace pacientů s onemocněním lues povinná (Křemenová, 2006). Osoby, které mají onemocnění lues v prvním a druhém stádiu, jsou dle Zákoucké (2015) povinni se podrobit léčbě v izolačním režimu dle stanovení vyhlášky 306/2012 Sb. Pokud se jedná o takto nemocného, který je nezletilý a nedovršil patnáctého roku věku, je za splnění těchto povinností zodpovědný jeho zákonný zástupce. Tyto povinnosti ukládá zákon 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, § 70 Léčení infekčních onemocnění.

Veškerá ošetrovatelská péče, která je prováděna u nemocných v izolačním režimu, se provádí skrze bariérovou ošetrovatelskou péči. Všichni zdravotníci jsou seznámeni se skutečností, že na jejich oddělení je izolační režim zaveden a na kterém pokoji se nachází. S hygienickými a protiepidemickými zásadami je seznámen i nemocný, kterého se tato skutečnost týká (Rozsypal et al., 2013). U nemocného se provede poučení o zvláštностech zvýšeného hygienického režimu, včetně zásad osobní hygieny.

Veškerý zdravotnický personál, který ošetřuje infekčního nemocného, musí dodržovat přísná pravidla, co se týče již vstupu na izolační pokoj. Jedná se o ochranné pomůcky, jako jsou jednorázové empíry, ústenky, návleky a samozřejmě jsou jednorázové rukavice (Podstatová, 2011). Při opouštění izolačního pokoje se všechny tyto ochranné pomůcky shromažďují v koších označených jako infekční materiál. Při vizitách a při ošetrování nemocného je pravidlem, že se tento pokoj navštěvuje jako poslední na oddělení, aby se co nejvíce zabránilo přenosu infekce. Ošetrování a léčba nemocného probíhají za dodržování bariérového ošetrovacího režimu. V maximální míře to usnadňuje používání jednorázových pomůcek (Nováková, 2011). Nejčastější z nich jsou - jak uvádí Francová (2012) - jednorázové rukavice, ústenky, emitní misky, podložky, roušky, tampóny a mnoho dalších. Pomůcky, které jsou určeny k opakovanému použití, musí projít řádnou dekontaminací, desinfekcí a sterilizací (Podstatová, 2011). Veškerý odpad se shromažďuje jako infekční materiál v určených,

označených nádobách, který pomocný personál likviduje dle vypracovaných směrnic odpadového hospodářství nemocnice.

Strava se podává nemocnému na pokoj a použité nádobí prochází následnou dekontaminací a desinfekcí. Dle Rozsypala et al. (2013) je velice důležité dodržování bezpečných postupů při manipulaci s biologickým materiálem. Žádanky i zkumavky s biologickým materiálem se před odesláním do příslušné laboratoře ke zpracování řádně označují jako infekční materiál. Pokud dojde k potřísnění ploch infekčním materiálem, musí následovat řádná desinfekce. Na veškeré ošetrovatelské úkony, které se provádějí u izolovaného nemocného, používá personál ochranné jednorázové rukavice (Podstatová, 2011). I přes tuto ochranu se však nesmí zapomínat na řádnou hygienu a desinfekci rukou. Desinfekční prostředky se používají dle desinfekčního řádu, který je vytvořen individuálně pro každé zdravotnické zařízení.

Péče o nemocné v izolačních režimech je pro ošetřující personál velice náročná a vyčerpávající. Ale i pacient, který je izolován během své léčby, prožívá těžké a stresující období (Pánková, 2011). Adekvátní psychosomatický přístup ošetřujícího personálu pomáhá pochopit nemocnému nově vzniklou situaci v nemoci a následně kladně ovlivňuje chování nemocného.

### ***1.4.3 Péče o potřeby nemocných***

Potřeba je projev nějakého nedostatku a chybění, který je zapotřebí odstranit. Každý jedinec má své určité potřeby, které je nutno uspokojit (Šamánková et al., 2011). Nejznámějším autorem popisující lidské potřeby byl psycholog Abraham Harold Maslow. Sestavil hierarchii lidských potřeb jako pyramidu, která obsahuje biologické potřeby, potřebu bezpečí a jistoty, potřebu sounáležitosti a lásky, potřebu uznání a sebeúcty, potřeby kognitivní, potřeby estetické a potřebu seberealizace. Je obecně dáno, že potřeby uložené na pyramidě níže jsou významnější pro nemocného a jejich uspokojení má naléhavější charakter (Nováková, 2011).

Biologické potřeby jsou pro člověka aktuální v jeho každodenním životě. Jedná se například o potřebu spánku, výživy nebo vyprazdňování. Při hospitalizaci nemocného zajišťuje sestra spánek v klidném prostředí a umožňuje provádět nemocnému před spaním i rituály, na které je zvyklý z domácího prostředí. Ohledně výživy se snaží vyjít vstříc nemocnému v jeho požadavcích ve spolupráci s nutričním terapeutem. Pokud není umožněno nemocnému stolovat v jídelně s ostatními spolupacienty, přináší se mu jídlo na pokoj. Základní potřeba vyprazdňování nesmí být opomíjena. Sestra zajistí



nemocnému při vyprázdnění intimity, a pokud je potřeba i vhodná pomoc. Potřebu bezpečí a jistoty má člověk, který touží po důvěře, stabilitě a ekonomické jistotě. Objevuje se při ztrátě pocitu životní jistoty u nemocného, ale i zdravého jedince. Proto sestra získává důvěru nemocného a tím zajišťuje jeho stabilitu a pocit bezpečí v prostředí pro něj neznámém. Uspokojení potřeby sounáležitosti a lásky znamenají být milován a někoho milovat. Při hospitalizaci, kdy má nemocný pocit osamocení, se sestra snaží zajistit, pokud je to možné, kontakt s rodinou nebo blízkými (Šamánková et al., 2011). Potřeba uznání a sebeúcty je touha po důvěře, nezávislosti a respektu. S každým nemocným se musí jednat jako s individuální bytostí tak, aby věděl, že je uznáván jako osobnost. Vhodnou informovaností o nemoci a léčbě se uspokojují potřeby kognitivní. Potřeba estetická se nesmí u nemocných opomíjet, protože každý člověk se cítí lépe, když je upraven a vypadá dobře. Potřeba seberealizace se projevuje realizací schopností nemocného (Trachtová, 2001).

Potřeby provázejí každého jedince od narození až po smrt. Jinak chápe a staví do popředí uspokojování potřeb člověk ve zdraví a jinak v nemoci. Každé období života jedince provází specifické potřeby. Šamánková et al. (2011) rozdělují lidské potřeby podle určitých kritérií. Do dělení podle podstaty člověka se zařazují potřeby biologické, psychické, estetické, sociální, sociální a kulturní, sebevyjádření a duchovní potřeby. Do biologických potřeb patří ty, které vyplývají z podstaty jedince. Jedná se o potřeby výživy, tekutin a spánku. Psychické potřeby vycházejí z individuálního vnímání a prožívání životních událostí a pocitu psychického bezpečí. Do estetických potřeb patří pohled jedince na estetiku a odvíjí se od vyspělosti jedince. Sociální potřeby se odvíjí od společnosti, ve které jedinec žije, a jaké si přeje mít sociální zázemí. Sociální a kulturní potřeby jsou spojovány s kulturou, potřebou vzdělání a kulturního vyžití. Potřeba sebevyjádření je schopnost mít své názory a přání. Duchovní potřeby jedinec spojuje se svým duchovním zaměřením. Dalším dělením dle Šamánkové et al. (2011) je rozdělení podle času na současné a budoucí potřeby. Dle naléhavosti je rozdělení na nezbytné, jako je například výživa, a zbytné potřeby, bez kterých je možné se obejít. Materiální a nemateriální potřeby je dělení podle obsahu.

Při uspokojování potřeb nemocných hrají určitou roli faktory, které mohou jejich uspokojování a naplnění ovlivnit. Nejčastěji ovlivňuje potřeby nemocného samotná nemoc, se kterou je nemocný hospitalizován. Jedná se o stav organismu, který vzniká působením vnějších i vnitřních faktorů, které narušují správnou funkci organismu. Prioritou uspokojování potřeb je být bez bolesti, navození pocitu bezpečí

a jistoty (Trachtová, 2001). Aby se nemocný uzdravil, je pro ošetřující personál nezbytné zajistit nemocnému dostatečnou výživu, vyprazdňování, dostatek spánku a hygienickou péči (Slezáková et al., 2014). Tento proces uzdravování musí být podpořen psychickou pohodou nemocného. Ošetřující personál se snaží podporovat nemocného, a to nasloucháním a podáním informací o léčbě a průběhu nemoci. Nemocný se musí cítit v bezpečí a ošetřujícímu personálu by měl důvěřovat. Ve spolupráci s rodinou nemocného naplňuje personál potřebu sociálního kontaktu a ubezpečení, že nemocný není izolován a osamocen (Tomagová et al., 2008). Někteří nemocní mají potřebu spirituální a i ta by měla být naplněna. Pokud si nemocný přeje rozhovor s duchovním, ošetřující personál se snaží tuto službu zajistit v co možná nejkratší době. Některým nemocným, kteří jsou věřící, pomůže již jen přítomnost duchovního a rozhovor s ním (Kvasničková, 2016).

Celý proces naplňování potřeb je chápán jako dynamický proces, který se mění s individuálními potřebami každého jedince (Šamánková et al., 2011). Sestra uspokojuje a naplňuje potřeby nemocného. Dle Kvasničkové (2016) se nestačí zaměřit na potřeby biologické, ale musí se brát zřetel i na ostatní potřeby a zajistit naplnění všech potřeb nemocného. Vzhledem k tomu, že nemocný s lues je hospitalizován v izolačním režimu a jsou mu zakázány návštěvy rodiny a blízkých, je odkázán pouze na pomoc a informace od zdravotnického personálu. Svou nemocí je mnohdy zasažen psychicky a to se poté může projevit i jako poruchy základních biologických potřeb. Trpí nechutenstvím a následně poruchami vyprazdňování. Spánek mohou narušovat myšlenky, jak se jeho nemoc bude dále vyvíjet a co bude následovat po propuštění do domácí léčby. Často se nemocný ze studu bojí říci blízkým s jakým onemocněním je hospitalizován a trápí se těmito myšlenkami. V této chvíli mu musí být sestra oporou a ukázat nemocnému, že se na ni může s každým problémem obrátit a že spolu najdou vhodné řešení.

Sestra musí mít v oblasti uspokojování potřeb určité znalosti, aby mohla adekvátně rozpoznat, které potřeby je u nemocného nutností naplnit. Proto by měla nejprve pochopit sama sebe a tím uspokojovat i své potřeby. Jen tak může pochopit prožitky nemocného, posoudit a hodnotit jeho chování. Hodnocení potřeb nemocného je základ pro vymezení jeho problémů a následné plánování a realizování ošetrovatelských zásahů. Sestra celý tento proces vede ve spolupráci s ostatním zdravotnickým personálem. Svou empatií se snaží zapojit i nemocného a jeho rodinu. Sestra musí být schopna posoudit zdravotní stav a následně reagovat na veškeré změny potřeb

u nemocného (Šamánková et al., 2011). Jen tak může být proces uspokojování potřeb nemocného úspěšný.

#### ***1.4.4 Využití ošetrovatelského procesu v izolačním režimu u nemocných s lues***

V samotném úvodu této kapitoly je nutno uvést, že ve 21. století je při poskytování komplexní ošetrovatelské péče využívána metoda ošetrovatelského procesu. Dle Tóthové et al. (2014) je zavedení tohoto procesu do praxe velkým přínosem jak pro nemocného, tak i pro sestry. Sestře umožňuje uspokojovat všechny potřeby nemocného a dosáhnout tak zabezpečení kvalitní ošetrovatelské péče. K pojmenování ošetrovatelských problémů jsou využívány ošetrovatelské diagnózy uvedeny v NANDA Taxonomii, které byly vydány pro potřeby ošetrovatelského personálu (Mikšová, 2006). Ošetrovatelský proces se realizuje v pěti fázích.

První fáze je zhodnocení zdravotního stavu nemocného. Sestra posuzuje subjektivní i objektivní příznaky nemocného. Hlavní metodou sběru dat je pozorování, rozhovor a samotné vyšetření. Pozorování musí sestra provádět nenápadně, jen tak může získat kvalitní informace (Tóthová et al., 2014). U nemocných s lues je tato forma sběru dat velice důležitá, protože nemocný pociťuje mnohdy za svoji nemoc stud nebo pocit viny a z jeho neverbální komunikace lze odvodit jeho duševní stav. Rozhovor je prováděn ve všech fázích ošetrovatelského procesu. Sestra musí ovládat efektivní komunikační techniky, aby rozhovorem získala potřebné informace. U nemocných s lues se musí rozhovor odehrávat o samotě a v klidném prostředí. Nikdy se nemocný nezatežuje zbytečnými otázkami a je potřeba hovořit klidným hlasem, aby se ještě více nerozrušil. Už jen stanovení diagnózy pohlavní nemoci způsobuje u nemocného nejistotu. Při fyzikálním vyšetření sestra shromažďuje údaje, kde se zaměřuje na somatický stav nemocného. Vyšetření provádí systematicky, od hlavy až k patě. Při fyzikálním vyšetření nemocných s pohlavní nemocí sestra nesmí zapomínat na udržení intimity při vyšetření. Onemocnění, které se týká intimních partií, vyvolává u nemocného pocit studu (Workman, 2006). Veškeré zjištěné údaje se zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace.

Ve druhé fázi ošetrovatelského procesu diagnostice, jsou analyzovány dosud získané údaje, podle kterých se stanovují ošetrovatelské diagnózy. Tóthová et al. (2014) uvádějí, že ošetrovatelská diagnóza se zaměřuje na jedince a mění se dle stavu nemocného. Pouze registrovaná sestra je zodpovědná za stanovení ošetrovatelských diagnóz, ale do celého procesu přispívají i údaje získané ostatním ošetrovatelským

personálem. Diagnózy se stanovují aktuální, vyplývající ze současného stavu nemocného. Sestra musí sledovat zdravotní stav pacienta a díky tomu provádí i diagnostiku potenciálních, rizikových diagnóz, které se mohou vyskytnout v průběhu péče o nemocného (Mikšová, 2006). Nemocní s lues mohou mít stanoven větší počet potencionálních diagnóz, které souvisí právě s jejich psychikou a zvládním stresu.

Na první a druhou fázi ošetrovatelského procesu navazuje fáze plánování, která vychází z již získaných informací. Plánování ošetrovatelské péče je především stanovení priorit, podle kterých bude péče realizována (Funnell et al., 2009). Na prvním místě je realizace aktuálních problémů, ale do pozadí se nesmí odsouvat ani rizikové problémy, které mohou nastat (Tóthová et al., 2014). Součástí fáze plánování je stanovit ošetrovatelské cíle a očekávání. U každého diagnostikovaného problému jsou cíle individuálně stanoveny. Do plánování péče se snaží sestra aktivně zapojit i nemocného a jeho rodinu (Mikšová, 2006). Nemocný s lues si ale mnohdy rodinu nepřeje kontaktovat a jeho přání se musí respektovat. Do plánování péče je poté zahrnut pouze nemocný. Plán péče se zpravidla stanovuje na dvacet čtyři hodin.

Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu je fáze realizace plánované péče, ošetrovatelských činností a zásahů (Meek, 2017). Do této fáze se též zapojuje nemocný, jak jen je to možné. Někteří pacienti odmítají spolupracovat, ale sestra se jim snaží vysvětlit, že jejich aktivní účast přispěje k obnově jejich zdraví. Do fáze realizace patří i edukace o změně životního stylu a absenci pohlavního života během léčby nemocného s lues. Pokud se sestře podaří aktivně zapojit nemocného do této fáze, je patrné, že svoje onemocnění pacient bere vážně a snaží se o své uzdravení. U celého procesu realizace je ve vedení sestra a ta určuje, kdo z ostatního ošetrovatelského personálu se bude péče účastnit (Tóthová et al., 2014). Před realizací je důležité zmapovat i materiální vybavení pracoviště.

V poslední fázi ošetrovatelského procesu dochází k vyhodnocení plánu péče. Posuzuje se, zda vytyčených cílů bylo u nemocného dosaženo (Workman, 2006). Podle vyhodnocení se připravují a plánují další cíle v ošetrovatelské péči. Do hodnocení vytyčených cílů zapojuje sestra i nemocného s lues a informuje ho o výsledcích celého procesu. Mnohdy se vlivem kladných výsledků nemocný nadále ještě více snaží o spolupráci. V některých případech se plán nepodaří splnit a pokračuje se v něm v dalších dnech (Tóthová et al., 2014). Při tomto neúspěchu splnění vytyčených cílů podporuje a přesvědčuje sestra pacienta s pohlavní nemocí o nutnosti další spolupráce. Probere s ním danou situaci a příčiny nesplnění vytyčených cílů. Dále sestra navrhuje

další řešení problémů nemocného s lues do následujících dnů. Součástí celého ošetrovatelského procesu je nejen veškerý ošetrovatelský personál, ale především nemocný a jeho rodina.

Komplexní ošetrovatelskou péči provádí sestry po celou dobu vykonávání své profese. Ale i sestry jsou pouze lidé a vzhledem k tomu, jak je jejich povolání náročné, hrozí některým syndrom vyhoření (Honzák, 2014). Může se objevit ve chvíli, kdy jsou kladeny na sestru vysoké nároky v zaměstnání, ale i v osobním životě. Ani nepravidelný směnný provoz k poklidnému životu sester nepřispívá. A právě proto se musí sestry naučit vhodně odpočívat. Neznamená to pouze jít si lehnout a spát, ale především odpočívat aktivně (Křivohlavý, 2004). Obklopovat se rodinou a blízkými a komunikovat s nimi. Jen dobré zázemí, které má sestra mimo pracoviště, může zabezpečit její dobrou psychickou pohodu. Poté může sestra podávat kvalitní výkony v zaměstnání.

### ***1.5 Komunikace sestry s pacientem s lues***

Přístup sestry k nemocnému s jakýmkoli onemocněním musí být individuální. Taktéž přistupujeme ke každému nemocnému s lues i při komunikaci. Vhodně zvolenou formou komunikace můžeme s nemocným navázat důvěru a vztah, který nemocnému pomůže lépe zvládat všechny procedury vyšetřování a léčby (Resl, 2014). Komunikace je předávání informací mezi dvěma nebo více osobami. Ve zdravotnictví u nemocných s pohlavní nemocí probíhá vždy komunikace pouze mezi sestrou, lékařem a nemocným. Tímto dojde k zajištění intimity a navázáním vztahu, který je pro nemocného velmi důležitý.

Již při prvním kontaktu sestry s nemocným je zapojena verbální a neverbální složka komunikace. U nemocného si sestra všimá projevů jeho mimiky, zda nadměrně při rozhovoru negestikuluje a jakou udržuje proxemickou zónu mezi ním a sestrou. Dále sleduje, zda udrží oční kontakt, nebo naopak uhýbá pohledem, to vše může o nemocném něco napovědět. Samozřejmě se i sestra účastní neverbální komunikace a musí ji zvládat tak, aby právě první kontakt byl pro pacienta co nejpříjemnější a aby v něm sestra vzbudila důvěru (Pokorná, 2008). Na lůžkovém oddělení tráví sestra s nemocným daleko více času nežli lékař, takže je důležité navázat efektivní komunikací vztah, který se bude rozvíjet po celou dobu hospitalizace. Některým nemocným s lues vadí, že musí být izolováni na pokoji od ostatních pacientů. Sestra vysvětlí nemocnému, proč je toto

nutností, a zdůrazní, že pokud bude cokoli potřebovat, stačí použít signalizační zařízení, které je součástí vybavení pokoje. Naopak někteří pacienti s onemocněním lues jsou rádi, že jsou izolováni, protože prožívají stud za svoji nemoc.

Při prvním kontaktu se sestra i lékař nemocnému představí. Již tímto krokem v něm vzbudí důvěru a snaží se, aby získal jistotu, že se svým onemocněním není sám. Situace související s onemocněním je pro každého pacienta novou zkušeností a velkým zásahem do jeho života. Prožívá téměř vždy pocit strachu, nejistoty a obavy z neznámých situací. Touží a přeje si být v bezpečí a najít svou rovnováhu. Proto je hlavním cílem u sester při komunikačních intervencích splnit požadavky pacienta. Sestra se snaží profesionálním přístupem a profesionální komunikací vybudovat s nemocným vztah, který vytváří vhodnou neverbální i verbální komunikaci, ale i svým projevem chování (Venglářová, 2006).

Při hospitalizaci je velkou výhodou, pokud je na oddělení zaveden systém primární sestry. V praxi to znamená, že sestra odebere anamnézu od nemocného, identifikuje jeho problémy a následně vypracuje plán ošetrovatelských činností. V době její nepřítomnosti pracuje dle plánu péče službu mající sestra. V podmínkách českých nemocnic se většinou tento systém nepoužívá, a to z důvodu malého počtu personálu. Ale i tak se musí všechny sestry chovat a komunikovat profesionálně a s porozuměním. První a základní komunikační dovedností sestry je naslouchání. Mnohdy, když nechá nemocného o jeho problému hovořit, získá nenásilnou formou odpovědi na své otázky. Zároveň může pozorovat pacientovu neverbální komunikaci a z těchto poznatků usoudit, co prožívá a jak se cítí (Tóthová et al., 2014).

Při užívání verbální komunikace sestra musí věnovat velkou pozornost rychlosti své řeči, hlasitosti a intonaci hlasu a celé délce projevu. Kladené otázky nemocnému musí být stručné, jasné a zřetelné. Sestra by měla vždy mluvit srozumitelně, nepoužívat latinská slova, kterým nemocný nerozumí, ptát se jen tak, aby mohl pacient odpovědět. Pro rozhovor, získávání anamnestických údajů a informací týkajících se léčby sestra musí zvolit i vhodné prostředí. Volí vždy místnost, kde bude na rozhovor klid, aniž by další personál nebo jiní pacienti rušili svým příchodem (Venglářová, 2006).

Nejdůležitější u každého rozhovoru je naslouchání. Nemocný při komunikaci sděluje své pocity a emoce jak na verbální, tak i na neverbální úrovni. U nemocných s lues je důležité nezůstávat k těmto emocím lhostejní, ale dávat jim najevo, že sestra vnímá, co prožívají (Pokorná, 2008). Účelem informačního rozhovoru je sdělování informací, například jak bude probíhat příprava na vyšetření nebo zákrok. Při

hospitalizaci u nemocných s lues se informace týkají především přípravy na vyšetření mozkomíšního moku při lumbální punkci. Nestačí pacienta pouze informovat, sestra se musí ujistit i o zpětné vazbě, zda nemocný všemu rozuměl, a edukativním rozhovorem ho sestra zapojuje do průběhu jeho léčby. Snaží se o předání znalostí ústní formou, ale často je vhodná i názorná edukace, která se může týkat například následující lokální léčby při hospitalizaci a poté v domácím prostředí. Při tomto rozhovoru je vhodné informace opakovat a opět se ujistit, zda je nemocný příslušně edukován a zda vše pochopil (Benáková, 2015).

Zvláštní pozornost musí sestra věnovat rozhovoru s pacientem, který má sklon k problémovému chování nebo agresivitě. K té zpravidla dochází u nemocných s neuspokojenou potřebou bezpečí a jistoty. Takové jednání většinou zastírá strach, pocit ohrožení a bezmoci. Samozřejmě, že sestra k nemocnému přistupuje individuálně, podle toho, zda se jedná pouze o agresi verbální, nebo zda pacient poškozují nemocniční vybavení, nebo jde dokonce o fyzické napadení. Základem u všech těchto forem agresivního chování je zachovat klid, neodsuzovat nemocného za jeho projevy, mluvit pomalým tempem. Sestra se snaží projevit zájem o vzniklou situaci pacienta a nabízí řešení této situace. Vždy je dobré zachovávat bezpečnou vzdálenost mezi sestrou a nemocným. Pokud by hrozilo fyzické napadení, je dobře si hlídat únikovou cestu z místnosti (Venglářová, 2006). Sestra volí vhodnou formu komunikace individuálně přizpůsobenou nemocnému, vede ji vždy profesionálně a s empatií. Jen tak může být komunikace efektivní.

## 2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

### 2.1 Cíle práce

1. Zjistit specifika ošetrovatelské péče o nemocné s lues v izolačním režimu z pohledu sestry
2. Zjistit, jak vnímají pacienti s lues ošetrovatelskou péči v izolačním režimu

### 2.2 Výzkumné otázky

1. Které specifické činnosti uplatňují sestry při poskytování ošetrovatelské péče u nemocných s lues v izolačním režimu?
2. Jaké komunikační dovednosti sestry využívají v péči o nemocné s lues v izolačním režimu?
3. Jaké intervence nemocní s lues očekávají od sester vzhledem ke svému onemocnění?
4. Jak nemocní s lues vnímají péči sester při hospitalizaci v izolačním režimu?

### 2.3 Operacionalizace pojmů

*Izolační režim*, neboli karanténní opatření, je typ izolace nemocného s infekční nemocí nebo podezřením na ni. Hlavním cílem izolačního režimu je zabránit přenosu infekce na ostatní pacienty a personál. V izolačním režimu je nutností využívat ošetrovatelského bariérového přístupu (Rozsypal et al., 2013).

*Ošetrovatelský proces* je systémový komplexní výkon ošetrovatelské činnosti s důrazem co nejvíce přihlížet na individuální potřeby ošetřovaného, řešit jeho problémy a předcházet jim (Tóthová et al., 2014).

*Ošetrovatelská péče* je soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, mající společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi. Ošetrovatelská péče je poskytována v rámci integrované péče i paliativní péče (Věstník č.9 – MZ ČR, 2004).



*Lues* je infekční systémové onemocnění, které je způsobené spirochétou *Treponema pallidum*. Je řazeno do sexuálně přenosných nemocí (Štork et al., 2014).

*Dermatovenerologie* je lékařský obor, zabývající se chorobami kožními a pohlavními. Spojuje dva související obory, dermatologii a venerologii (Nováková, 2011).

*Komunikace* je proces předávání informací mezi dvěma nebo více komunikujícími subjekty (Pokorná, 2008).

## **3 METODIKA**

### ***3.1 Metodika práce***

V bakalářské práci byla použita metoda kvalitativního šetření technikou nestandardizovaného rozhovoru. Výzkum probíhal na dermatovenerologickém oddělení. Z důvodu zachování anonymity dotazovaných není uvedeno konkrétní nemocniční zařízení. V první řadě byla oslovena hlavní sestra nemocnice, která s výzkumným šetřením písemně souhlasila (příloha 1). Souhlas s šetřením byl získán i od oslovených pacientů a ošetřujícího personálu.

Rozhovory pro sestry byly sestaveny z otevřených otázek. Všeobecné sestry byly seznámeny předem s daným tématem bakalářské práce. Rozhovor se dotýkal oblastí ošetrovatelské péče poskytované nemocným v izolačním režimu, dále pak na standardních pokojích a náročnosti této péče pro sestry. Dále byly sestry dotazovány na oblast uspokojování všech potřeb nemocných v izolačním režimu, vedenou komunikaci a poskytnutou edukaci v následné domácí péči nemocného. V neposlední řadě jsme se se sestrami zabývaly i veškerými problémy, které mohou nastat při ošetřování nemocných v izolačním režimu. Každá z dotazovaných sester se mohla individuálně vyjádřit k danému tématu.

Rozhovory s nemocnými, kteří jsou hospitalizováni v izolačním režimu, probíhaly na pokojích pacientů. S tématem bakalářské práce byli seznámeni před uskutečněním rozhovoru. Oblasti, na které se rozhovory zaměřovaly, byly podobné jako u všeobecných sester. Rozšířeny byly v oblasti informovanosti jak o nemoci, tak i o probíhající léčbě a vnímání spokojenosti při poskytování veškeré péče ze stran nemocných. Každý z oslovených nemocných měl dostatečný prostor se individuálně vyjádřit k danému tématu.

Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon a doslovně přepsány (příloha 3 CD ROM). Analýza rozhovorů byla provedena formou tužka – papír.

### ***3.2 Charakteristika zkoumaného souboru***

Sledovaný soubor byl tvořen dvěma skupinami probandů. První skupinu tvořily všeobecné sestry pracující na lůžkové části dermatovenerologického oddělení. Druhou skupinu tvořili pacienti, kteří byli hospitalizováni na dermatovenerologickém oddělení v izolačním režimu s diagnózou časná lues a s šetřením souhlasili. Výzkumné šetření probíhalo v průběhu roku 2016 až únor 2017.

Tabulka 1: Identifikační údaje vzorku všeobecných sester

Sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Věk	62	28	49	39	37	42
Pohlaví	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena
Vzdělání	SZŠ	VOŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ
Praxe	42 let	4 roky	31 let	21 let	17 let	15 let

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 2: Identifikační údaje vzorku pacientů

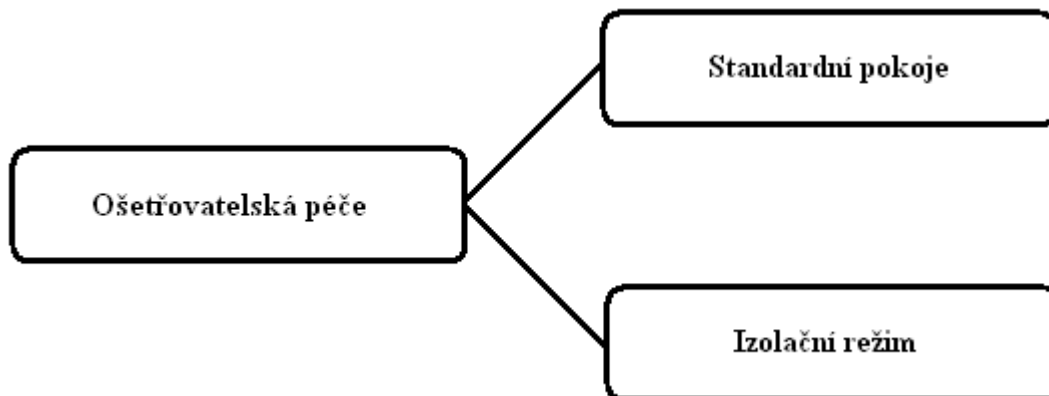
Pacient	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Věk	38	23	22	28	44	29
Pohlaví	Žena	Žena	Muž	Muž	Muž	Žena
Stav	Rozvedená	Svobodná	Svobodný	Ženatý	Ženatý	Vdaná
Vzdělání	ZŠ	SŠ	SŠ	ZŠ	SŠ	SŠ
Povolání	Prostituce	Student	Student	Nezaměstnaný	Úředník	Úřednice

Zdroj: Vlastní výzkum

## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 4.1 Vyhodnocení rozhovorů souboru všeobecných sester

#### Kategorie 1: Ošetrovatelská péče



První kategorie se zaměřuje na ošetrovatelskou péči, která je poskytována nemocným s onemocněním lues v izolačním režimu, a na rozdíly, které jsou oproti ošetrovatelské péči na standardních pokojích.

#### Standardní pokoje

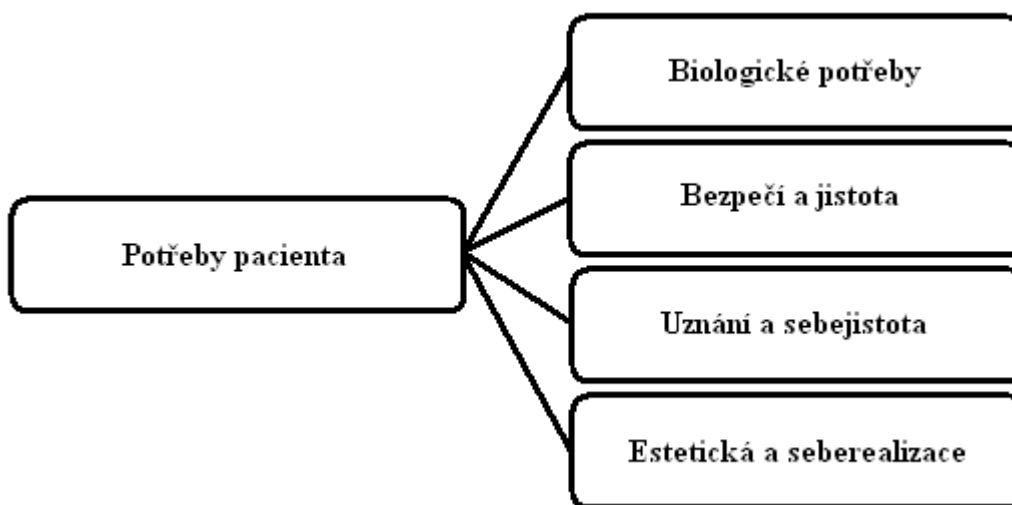
Ošetrovatelskou péči na standardních pokojích vidí S1, S3 a S6 jako velmi fyzicky zatěžující a náročnou. Tyto sestry se shodují s názorem S5, která uvádí: „*Při imobilitě pacienta musí veškerá péče probíhat skoro vždy na pokoji a je velmi fyzicky náročná.*“ S2 jako jediná udává, že se jí lépe komunikuje s pacienty na standardních pokojích. Vzhledem k tomu, že většina sester se shodla, že péče je fyzicky náročnější, S4 ještě dodává: „*...je tam ošetrovatelská péče daleko rozsáhlejší.*“

#### Izolační režim

Na péči v izolačním režimu se názory sester odlišují. S1 uvádí: „*Péči v izolačním režimu vidím jako méně náročnou, protože pacienti jsou mladí a soběstační lidé.*“ Tuto shodu uznává i S3: „*...protože pacienti jsou mladšího věku a jsou schopni se o sebe v mnoha věcech postarat sami.*“ Ale přesto S3 dodává: „*...je pro personál složitější. Veškeré pomůcky si musíme přinést na pokoj a po použití musí pomůcky zase projít dekontaminací.*“ Dodržování ošetrovatelské bariérové péče vnímají S4 a S6 jako zatěžující. S6 dále uvádí: „*...stresorem je přísné dodržování bariérové péče.*“ A dále popisuje své pocity jako stresovou práci: „*Pro mě je práce u pacientů v izolaci*

stresující.“ A dodává: „ ...nevím, co od těchto pacientů můžu čekat. Jsou to někdy pacienti závislí na drogách nebo ženy, které provozují prostituci....“ S5 vidí ošetrovatelskou péči v izolačním režimu komplikovanou: „...protože na pacienta musí být zvýšený dohled.“ Dále se S5 zmiňuje, že vidí náročnější péči v izolačním režimu: „...i u soběstačných pacientů se musí provádět všechna péče na pokoji nemocného a sestra tam musí docházet.“

## Kategorie 2: Potřeby pacienta



Druhá kategorie se zaměřuje na uspokojování potřeb nemocných při hospitalizaci v izolačním režimu s onemocněním lues. Tato kategorie je rozdělena do podkategorií, které se zabývají individuálními potřebami nemocných.

### Biologické potřeby

Uspokojování biologických potřeb v izolačním režimu zajišťují sestry individuálně u všech pacientů podle jejich stavu. Na tomto názoru se shoduje S1, S3, S4 a S6, přičemž S1 dodává: „...někdy odmítají spolupracovat při základních úkonech při své péči a nechávají se obskakovat od sester.“ Odlišný pohled na uspokojování potřeb uvedla S2: „Používáme jednorázové pomůcky a pomůcky, které zůstávají na pokoji v izolaci, aby se předešlo šíření nákazy.“ Až při rozšíření dotazu S2 upřesnila uspokojení individuálních potřeb, jako je stravování, vyprazdňování a hygienická péče. Naopak S5 odpovídá na otázku, jak uspokojuje potřeby nemocných: „Jako u pacientů nesoběstačných na standardních pokojích.“ Při dotazování, jak uspokojují potřebu stravování, odpověděla S2, S3, S4 a S6 shodně, že pacientům je donesena veškerá

strava až do pokoje, vzhledem k jejich izolaci. S2 ještě dodává: „...s nádobím potom manipulujeme jako s infekčním.“ S4 doplňuje tuto informaci: „...se musí dodržovat, aby se tácy odkládaly do finesy na určené místo pro infekční materiál.“ S6 se s tímto názorem ztotožňuje. K uspokojení potřeby hygienické péče se vyjádřila S6, která uvádí: „...protože jsou pacienti v izolaci soběstační, hygienu a vyprazdňování si obstarávají sami.“ S2 ještě dodává: „...jen mu ukážeme, kde sprcha a WC je.“ Na dotaz uspokojení potřeby vyprazdňování se S2 a S3 shodují, že tito pacienti nemají většinou se zažíváním a vyprazdňováním žádné potíže, proto tuto potřebu uspokojují sami.

### **Bezpečí a jistota**

Uspokojení potřeby bezpečí a jistoty je u pacientů v izolačním režimu velice důležité. Všechny sestry se shodují, že tuto potřebu uspokojují nejčastěji rozhovorem a ubezpečením o úspěšnosti léčby u pacienta. S2 uvádí: „...že v nemoci není sám a že máme stejný zájem na jeho uzdravení.“ Ještě dále dodává, jak uspokojuje tyto potřeby: „Dodržujeme hygienické a protiepidemické zásady.“ Na vysvětlení pacientovi, že izolační režim je nutností, se shodují S1 a S3. S1 uvádí: „Tyto potřeby uspokojujeme vysvětlením spolu s lékařem, proč je izolace nutností, opakovaně pacienta ujišťujeme, že vše je tak, jak musí být. Až pomine nutnost izolace, bude mu zrušena a budou mu dovoleny i návštěvy, pokud si je bude přát.“ S3 udává: „Pacienta ujišťujeme, že izolační režim je nutností k úspěšné léčbě jejich nemoci a že pokud budou dodržovat naše pokyny, určitě se uzdraví.“

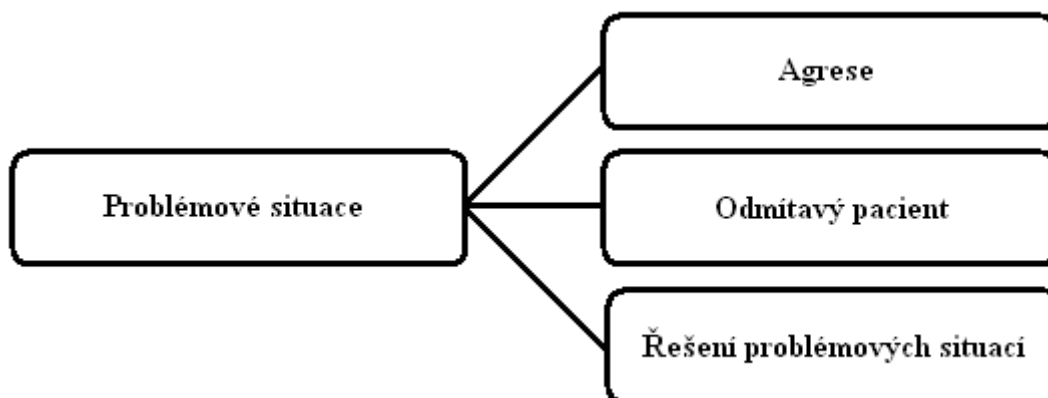
### **Uznání a sebejistota**

Pokud je adekvátně uspokojena potřeba uznání a sebejistoty, je i spolupráce s pacientem při jeho léčbě daleko úspěšnější. K tomu je zapotřebí, jak uvádí S2: „Pacienta při každé příležitosti motivujeme k jeho uzdravení svým empatickým přístupem, povzbuzujeme ho a utvrzujeme, že se uzdraví a zdravotní stav se zlepší. Jednáme s ním vždycky vhodným přístupem a dáváme mu najevo, že nám není lhostejný.“ Stejný názor uvádí i S3: „S pacientem jednáme jako se sobě rovným.“, S4 dodává: „...dát pacientovi najevo, že ho uznáváme jako člověka a zapojujeme ho do ošetrovatelské péče.“ Se zapojením pacienta do péče souhlasí i S6.

### Potřeba estetická a seberealizace

Potřeba estetická a seberealizace je často pacientem opomíjena, a proto se ho sestra snaží iniciativně zapojit, jak uvádí S5: „*Snažíme se pacienta zapojit do ošetrovatelské péče a snažíme se ho motivovat, aby se něčím zabavil přes den.*“ S tímto názorem souhlasí i S2 a S6. Jak motivovat pacienta uvádí S1: „*Pacient má na pokoji televizi, smí mít notebook...*“ S5 dodává: „*Můžeme nabídnout půjčení knih....*“ Naopak S4 si myslí, že potřebu estetickou sestra uspokojí udržováním pořádku na pokoji a pravidelnou výměnou lůžkovin. S3 ještě dodává: „*...připomínáme, že i když leží v nemocnici, měl by být upraven, učesán a neměl by celý den strávit v posteli.*“

### Kategorie 3: Problémové situace



Třetí kategorie je zaměřena na problémové situace, které mohou u pacienta v izolačním režimu nastat. Do těchto situací patří agrese, odmítání léčby a řešení problémů ze stran sester.

#### Agrese

Vnímání agrese pacienta je u sester odlišné. S5 udává: „*Občas je pacient agresivní, ale jen slovně.*“ S6 dodává: „*A když už je pacient agresivní, tak jen slovně. Já sama jsem fyzicky agresivního pacienta zažila pouze jednou.*“ S názorem na občasnou agresi u pacienta souhlasí i S2, S3 a S4. S1 naopak odpovídá na otázku, jak se často setkává s agresi: „*Velmi často, protože pacienti s touto nemocí bývají drogově závislí a někdy se u nich projevují abstinenční příznaky.*“ Na to, co se za agresi pacienta skrývá, uvádí S1: „*Strach, obavy z nemoci a jejích následků, odmítání izolace...*“ Tento názor zastávají i S2, S3 a S4. Jen S6 uvádí: „*...za agresi se skrývá porucha osobnosti u pacienta.*“

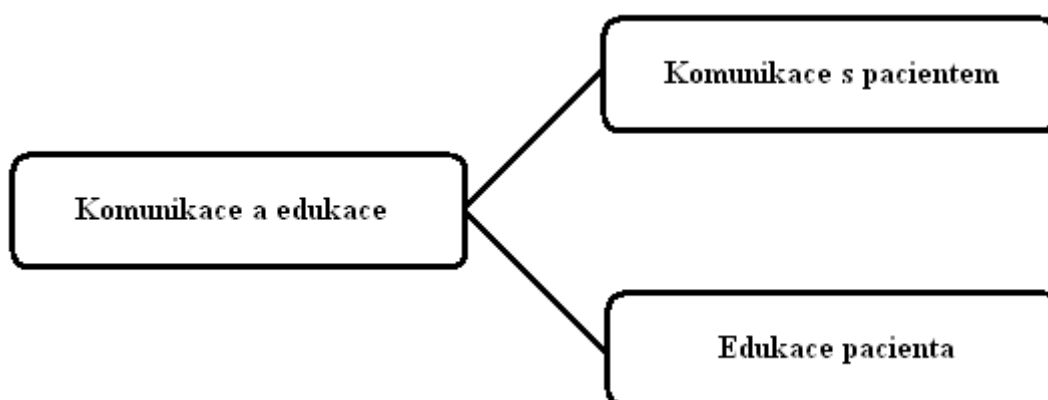
## Odmítavý pacient

S odmítáním léčby se občas v izolačním režimu sestry setkávají. S tímto názorem souhlasí S1, která udává, že tento stav je hlavně u drogově závislých. S2 uvádí: *„Nechtěl si nechat aplikovat injekci. Nejdříve jsem se ho snažila přesvědčit, a když to nepomohlo, volala jsem lékaře a ten pacientovi vysvětlil, že nedodržováním léčby by porušoval zákon.“* S odmítáním aplikace injekcí se ztotožňují v názoru i S5 a S6. S4 dodává: *„...hlavně u rómských pacientů, kteří se bojí bolesti.“* S3 se k tomuto problému nevyjadřuje.

## Řešení problémových situací

Nejvíce problémových situací nastává kvůli povinné izolaci a zákazu kouření. Jak udává S1: *„...omezení na malý prostor, potřeba kouření a zákaz návštěv.“* Stejný názor má i S2, S3 a S5. Souhlasí i S6 a dodává: *„...i přes zákaz pacient začne kouřit na pokoji.“* *„...musí nám cigarety vydat, protože musíme zajistit bezpečí pacienta i ostatních spolupacientů na oddělení před nebezpečím požáru.“* Dle S4: *„Největší problém je osamocení pacienta v izolaci.“* I když S3 souhlasí s těmito názory, přesto dodává: *„...máme i typ pacientů, kteří jsou za izolaci naopak rádi. Bojí se, že by je někdo z ostatních pacientů mohl znát a stydí se za svoji nemoc.“*

## Kategorie 4: Komunikace a edukace



Tato kategorie se zabývá komunikací a edukací, která je nedílnou součástí úspěšnosti léčby. Je rozdělena na dvě podkategorie.



## Komunikace

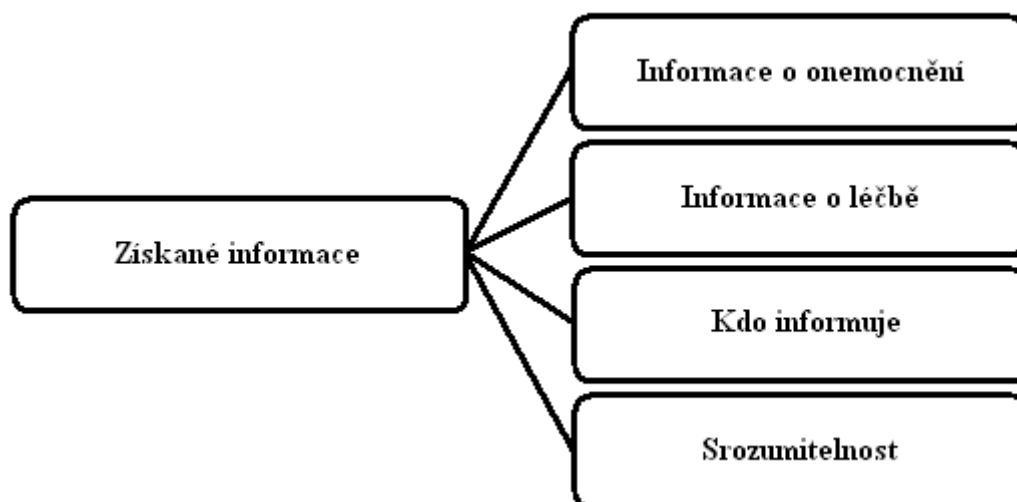
Důležité při komunikaci s pacientem je zvolit správnou techniku, jak udává S6: „*Je to individuální podle pacientových problémů, jeho schopností a zdravotního stavu.*“ S1 uvádí: „*Pacienti upřednostňují verbální komunikaci, naslouchání a rozhovor. Ten vždy vedeme klidným hlasem a nejlépe s úsměvem.*“ S2 dodává: „*...mají potřebu se vyprávět.*“ S3, S4 a S5 souhlasí, že pacient upřednostňuje naslouchání. S5 se zmiňuje kromě naslouchání i o neverbální komunikaci: „*...někdy vyžadují praktickou ukázkou ošetřování defektu.*“ Všechny oslovené sestry se shodly na názoru, že při komunikaci s pacientem volí především verbální techniky.

## Edukace

Důležitost edukace při propuštění pacienta do domácí péče se nesmí zanedbat. Jak uvádí S4: „*Edukace probíhá ve spolupráci s lékařem.*“ S3 dodává: „*Lékař doporučuje, jak dodržovat životní režim a sestra podává informace o termínech dalších kontrol.*“ O stejné informaci se zmiňuje i S4: „*...jak dlouho má dodržovat sexuální abstinenci.*“ a S6: „*...jako sestra zodpovídám pacientovi dotazy ohledně jeho dalších kontrol a ošetrovatelské péče.*“ S1 dodává: „*Vždy pacienta ujistíme, že pokud něco dalšího bude chtít vědět, může se obrátit na naši depistážní sestru a ta mu ochotně se vším poradí.*“ Jen S5 uvádí: „*Pacienta hlavně edukuje lékař, takže u toho většinou nejsem.*“

### 4.2 Vyhodnocení rozhovorů souboru pacientů

#### Kategorie 1: Získané informace



První kategorie je zaměřena na informovanost pacienta o samotné nemoci a poskytované léčbě. Tato kategorie je rozdělena do několika podkategorií.

### **Informace o onemocnění**

Na základě rozhovorů s pacienty vyplynulo, že všichni pacienti mají základní informaci, že lues je pohlavní nemoc. P1 uvádí: „...je to pohlavní nemoc. Řekli mi, jak se to projevuje.“ P2 dodává: „...chytila jsem to svojí neopatrností. To mě teď mrzí, ale už s tím nic nenadělám.“ P3 ví, že se tato nemoc přenáší sexuálními praktikami, a dodává: „...je v dnešní době léčitelná, ale když se to nebude léčit včas, můžu z ní mít nějaké následky.“ P4 se s tímto názorem ztotožňuje: „...je to nemoc, na kterou můžu i umřít, když se nebudu léčit.“ „...moje žena mě donutila, abych sem šel....“ P5 přiznává: „...svým nezodpovědným chováním jsem si to zavinil jen já sám. Tato pohlavní nemoc je u nás dost rozšířená a to hlavně u osob, které se při pohlavním styku nechrání.“ P6 vzhledem k tomu, že je těhotná, uvádí: „...spala jsem jen se svým manželem. Takže jsem to chytila od něj. Ale teď, když čekám miminko, musím všechno rozmýšlet i za to malý. Prý, když se nebudu léčit, mohlo by se miminko narodit nějak postižené.“

### **Informace o léčbě**

Pacienti se vědomě shodli, že ví, že léčba je povinná a v izolaci, jen P3 udává: „Že se může léčit v nemocnici nebo chodit na injekce do ambulance. Taky ty injekce prý dost bolí.“ O povinnosti léčby se dále zmiňuje P2: „Taky mi bylo řečeno, že se budu muset léčit znovu v těhotenství, aby bylo zdravé i dítě. To mi sice zatím nehrozí, ale je dobře, že to vím.“ Během rozhovorů pacienti udávají, že jsou informováni o podávání penicilinových antibiotik. P1 dodává: „Nesnáším Penicilin, tak mi prý dávají něco jiného, ale to už si nepamatuju co.“ P5 se dále zmiňuje: „Běžně se léčí Penicilinem a vím, že se také musí někdy dělat i lumbální punkce. Aby se zjistilo, jestli je postižený touto nemocí i nervový systém. A kdyby byl, tak by se léčba prodlužovala na delší dobu.“ P6, která je těhotná, uvádí: „Musím ležet v nemocnici a dostávat antibiotika celé tři týdny. Jen doufám, že to mě i mimčo pomůže a že se vyléčíme oba.“

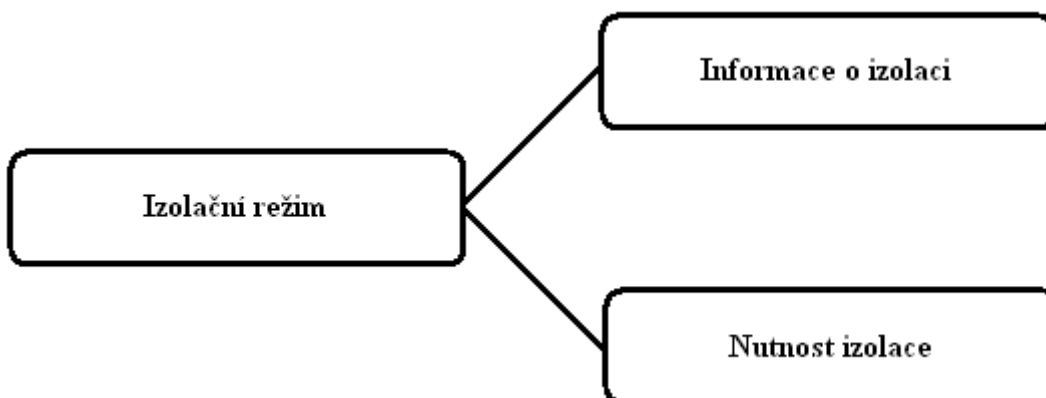
## Kdo informuje

Pacienti byli informováni o své nemoci na kožní ambulanci. Jen P1 získala prvotní informace jinde a uvádí: „První to byla sestřička z Rozkoše. To je organizace, která nás objíždí na trase a můžeme si nechat odebrat krev právě na pohlavní nemoci.“ Další informace P1 má od lékaře: „Než jsem si šla lehnout na oddělení, tak jsem byla na ambulanci a tam mi paní doktorka všechno podrobně vysvětlila. Taky jsem dostala brožuru, kde je o té mojí nemoci psáno.“ Doplnění informací se pacientům dostalo z internetu, jak uvádí P5: „...vyhledal jsem si všechny informace na internetu.“ P2 souhlasí a uvádí totéž: „...ještě jsem šla na internet a tam jsem si o tom četla.“ P6 udává: „Pan primář mi všechno o té léčbě vysvětlil a zdůraznil, jak je opravdu v mém stavu ta léčba nutná.“ Vzhledem ke svému těhotenství dodatečné informace P6 získala ještě od svého gynekologa.

## Srozumitelnost

Všichni pacienti uvádějí, že veškerým informacím rozuměli. P1 dodává: „...sestřička z ambulance, že když se budu chtít na něco ještě zeptat, tak můžu i tady na oddělení.“ Jediná informace, která někomu chyběla, je, jak uvádí P2: „S určitostí mi nikdo neřekl, jak dlouho budu zavřená v nemocnici. Prý mi to upřesní pan primář....“ S tímto souhlasí i P4: „Nikdo mi neřek, jak dlouho tu budu.“

## Kategorie 2: Izolační režim



Kategorie druhá je zaměřena na informovanost o izolačním režimu a na to, jak ho pacienti vnímají.

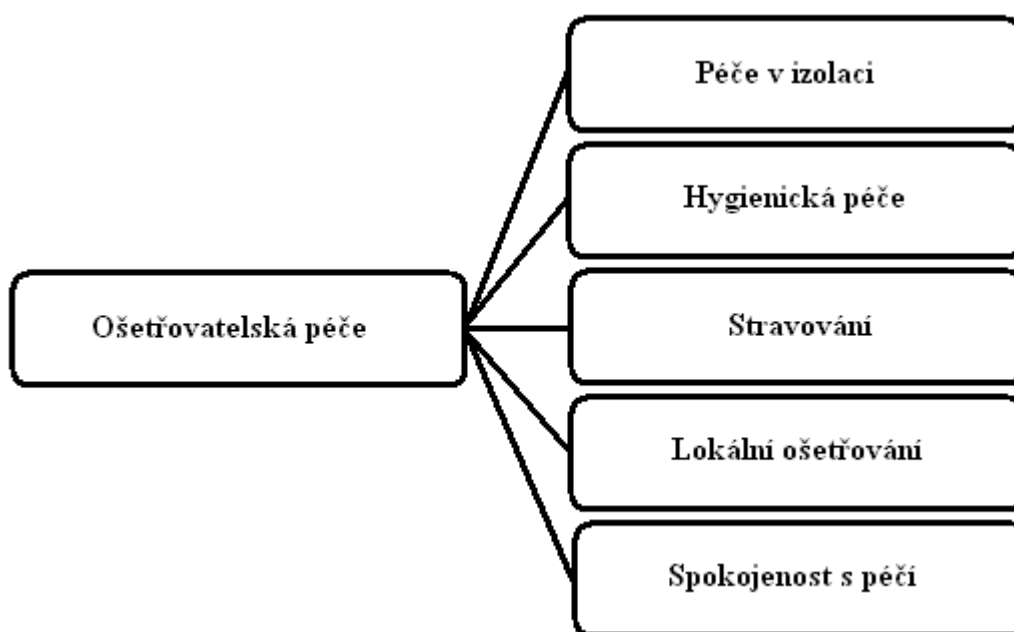
### Informace o izolaci

Pacienti před hospitalizací byli informováni, co to izolační režim je. P2 uvádí: „V ambulanci na kožním oddělení mi sestra vysvětlila, co to ta izolace vlastně je. Že budu na pokoji sama, a že když budu něco potřebovat, tak si zazvoním. Taky mi řekla, že je ta izolace nutná, abych tu nemoc neroznášela dál.“ S takovou informací se ztotožňují i další pacienti. Jen P5 dodává: „Veškeré informace jsem získal z internetu, kde jich bylo velké množství.“

### Nutnost izolace

Pacienti jsou smířeni s nutností izolačního režimu. Jak udává P1: „Je mi to jedno, beru to tak, že to musí být. Na návštěvy by za mnou stejně nikdo nepřišel.“ P2 souhlasí a bere to také tak. P3, P5 a P6 souhlasí s již vysloveným názorem o nutnosti izolace, neřeší tuto situaci a neprotestují. Jen P4 uvádí: „...je to přehnaný. Jak říkám, neutek bych jim.“

### Kategorie 3: Ošetrovatelská péče



Třetí kategorie je zaměřena na ošetrovatelskou péči, která je poskytována pacientům při hospitalizaci. Vyjadřují se k péči při podávání stravy, hygienické péči, k lokálnímu ošetřování a celkové spokojenosti.

### **Péče v izolaci**

Z rozhovorů s pacienty vyplynulo, že mají představu, jakou ošetrovatelskou péči očekávají. Jejich názory se odlišují. Jak uvádí P2: „...*když budu něco potřebovat, tak se o mě postarají. Očekávám, že mi splní, co budu chtít.*“ P4 má podobný názor: „*Když mě sem zavřeli, tak se o mě taky musej starat. A to se vším všudy.*“ Naopak P3 uvádí: „*Jsem rád, když mě nechají spíš na pokoji. Nestojím o to, aby se kolem mě nějak moc skákalo.*“ P1 uvádí, že očekává péči stejnou, jako o každého jiného pacienta. Souhlasí i P5. Kdo neočekává péči vesměs žádnou, je P6. Cítí se soběstačná a uvádí: „...*jsem soběstačná a postarám se o sebe se vším všudy.*“

### **Hygienická péče**

O hygienickou péči se pacienti starají sami a pomoc nepotřebují. Jak uvádí P6: „*Hygienickou péči zvládám sama.*“ A dodává: „...*ukázala mi sprchu, umyvadlo a WC. Tohle všechno je hned vedle pokoje a používám to jen já.*“ Ostatní pacienti s tímto názorem souhlasí.

### **Stravování**

Všichni oslovení pacienti jsou se stravováním spokojeni. P2 uvádí: „*Jídlo mi nosí na pokoj na tácu a zase ho odnesou. Vaří tu docela dobře a ještě si můžu obědy vybrat z několika druhů.*“ P5 a P6 souhlasí a jsou také spokojeni. P6 se ještě vyjádřila: „*Vždycky mi popřejí dobrou chuť a po dojetí se zeptají, zda mi chutnalo.*“ I P4 pochvalně uvádí: „*Chutná mi moc, popravdě jídla tu mám víc než doma.*“ I na dotaz v rozhovoru, zda mají dostatek tekutin, se všichni pacienti shodují na názoru, že čaj dostávají několikrát denně v dostatečném množství.

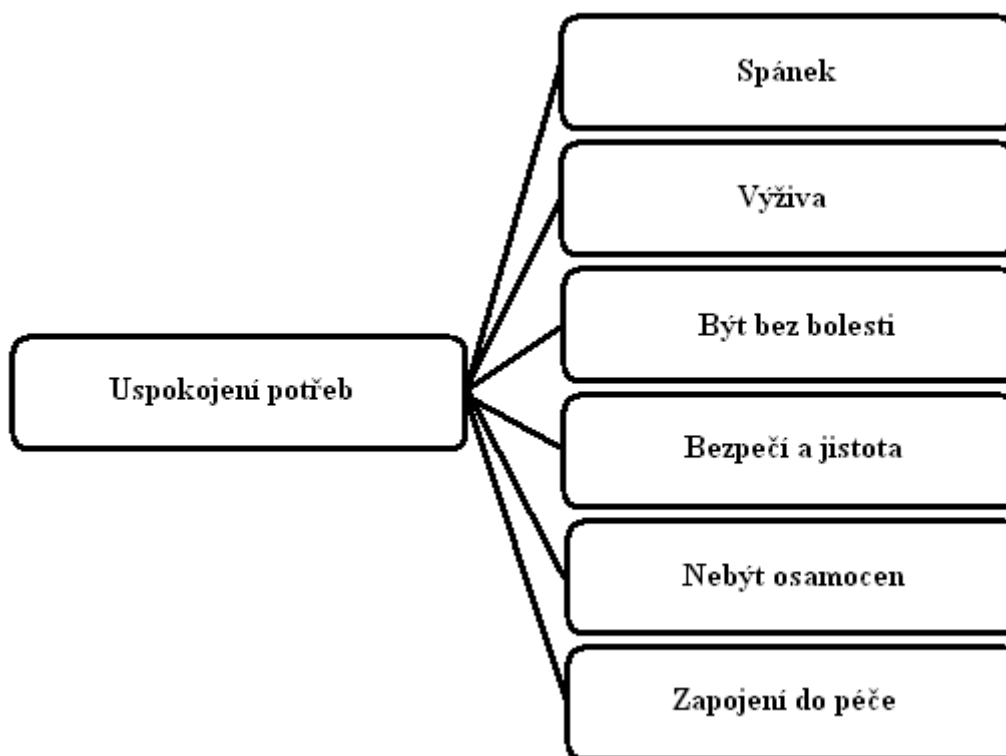
### **Lokální ošetřování**

Z rozhovorů s pacienty vyplynulo, že lokální ošetřování měl ordinováno pouze P2 a udává: „*Sestřička byla milá a ukázala mi, jak si ten vřídek ošetřovat. Dělal jsem si obklady z nějakého roztoku, který mi vždycky přinesly.*“ Na dotaz, zda potřebovala s ošetřením pomoci P2 odpovídá: „*Jen poprvé, aby mi ukázala, jak to mám dělat. Potom už jsem si to obkladovala sama. Nic na tom není, tak to zvládám.*“

## Spokojenost s péčí

Pacienti byli s ošetrovatelskou péčí skoro všichni spokojeni a nic by na ní neměnili. P1 dodává: „...sestry na mě byly milé. Cokoli jsem se jich zeptala, tak mi odpověděly. Vždycky říkaly, že když budu něco potřebovat, ať klidně zazvoním.“ P3 byl s péčí také spokojen, jen dodává: „Jen by mě možná nemusely tak brzy budit.“ P4 byl také spokojen, ale přál by si péči rozsáhlejší, jak udává: „...měly by chodit i na ty nákupy. A měly by mi tady povolit to kouření.“

## Kategorie 4: Uspokojení potřeb



Čtvrtá kategorie se zabývá uspokojování potřeb pacientů, kteří jsou hospitalizováni v izolačním režimu. Je sestavena z několika podkategorií.

### Spánek

Vzhledem k tomu, že většina pacientů hospitalizovaných s lues je mladšího věku, se spánkem potíže většinou neudávají. Na tomto názoru se shodují P1, P2, P3, P4 a P5. Jen P5 dodává: „Se spánkem potíže nemám, jen občas usínám dost dlouho, protože musím myslet na to, co mě ještě čeká do budoucna.“ P6 na dotaz s potížemi se spánkem ještě uvádí: „Ze začátku hospitalizace jsem měla. Špatně jsem usínala a ráno se budila unavená. Paní doktorka mi vysvětlila, že bohužel prášek na spaní v těhotenství nemůžu,

*tak i se sestrou doporučily, abych si četla, nebo můžu sledovat televizi.“*  
P1 ještě dodává: „...mám pocit, že se konečně pořádně vyspím.“

### **Výživa**

Na základě rozhovorů s klienty vyplynulo, že se stravováním jsou vcelku spokojeni. P1 uvádí: „...jídlo mi nosí na pokoj a ještě je tu výběr z několika druhů. To doma co si neuvařím, to nemám. Velikost porce mi stačí až až.“ P2 a P4 se shodují, že jídlo jim také chutná. P3 zmiňuje také chutnost jídel: „...chutná mi tu skoro všechno. A ještě mi to donesou.“ P6 se vyjadřuje: „Vzhledem k tomu, že jsem těhotná, dostává i přídavky jako je třeba mléko a všechno jídlo, které dostanu, mi bohatě stačí. Stolování, i když je na pokoji, mi vůbec nevadí a jsem spokojená.“

### **Být bez bolesti**

Z rozhovorů s pacienty vyplývá, že většina potřebu být bez bolesti nepotřebovala uspokojit. Bolest žádnou nepocítovali. Jak udává P1: „...žádnou bolest jsem necítila. Takže jsem žádné léky proti bolesti nepotřebovala.“ P2, P3, P4 a P6 se ztotožňují s P1. Malou bolest pocítoval pouze P5: „Bolest, i když malou jsem cítil jen jeden den, a to bylo po té lumbální punkci. Tablety na bolest jsem ale nechtěl, i když mi je sestra nabízela.“

### **Bezpečí a jistota**

Cítit se v bezpečí, je pro pacienta velmi důležité. Jak uvádí P1, cítí se v bezpečí: „...že o mojí nemoci se nikdo nedozví a to je pro mě nejdůležitější. Jen mě trochu trápí, že ještě nevím, kdy se budu moct vrátit do práce.“ P2 uvádí: „Cítím se tu bezpečně a nemůže se mi nic stát.“ Dále P2 udává, že jistotu nabyde až po kontrolách po hospitalizaci, kdy bude vědět kontrolní výsledky. P3 udává: „V bezpečí se tady cítím, hlavně teď před tátou. Ten potřebuje čas, než vychladne a stráví tu mojí nemoc. A jistota? Tu u mě představuje spíš mamka.“ P4 uvádí: „...jsem na pokoji i v bezpečí. Nic se mi tu nemůže stát a ještě ušetřím peníze.“ P5 dodává: „...všichni se snaží, abych se opravdu cítil v bezpečí a jistotě. A myslí, že to teď pro mě nejdůležitější.“ P6 udává: „...pro mě nejdůležitější, aby se uzdravilo i moje nenarozené miminko.“

## **Nebýt osamocen**

Pocit osamocení každý pacient prožívá individuálně. P1, P4 a P6 se sami necítí: „*Jsem ráda, že jsem sama na pokoji.*“ P6 dodává: „*Odpočívám a přemýšlím, co bude dál.*“ P2 přiznává, že je mu smutno: „*Je mi smutno, že nemůžu být doma. A s mamkou si každou chvíli volám, tak se to dá docela vydržet.*“ a dodává: „*...dělám si věci do školy. A taky hodně spím.*“ P3 uvádí: „*Stýská se mi po mém příteli, ale mluvíme spolu denně přes počítač, tak se to dá.*“ P5 Uvádí: „*Snažím se tady přes den zabavit, můžu sledovat televizi, čtu si a přiznávám, že i dost ve dne spím. Sestry se asi snaží, mluví se mnou při každé příležitosti.*“

## **Zapojení do péče**

Pro pacienta je vždy dobré, když se do péče zapojuje spolu s ošetrovatelským personálem. P1 uvádí: „*Ono tady toho moc na práci není, tak jsem spíš odpočívala.*“ Do péče se snažili zapojit P2, P3, P5: „*Sám si stelu postel, uklízím na nočním stolku, abych na pokoji neměl nepořádek, myju si příbor, a co zvládnu, tak si udělám.*“ P4 se na dotaz zapojení do péče vyjadřuje: „*Tak o to nestojím, do něčeho se zapojovat. Ať mi hezky všechno udělaj.*“

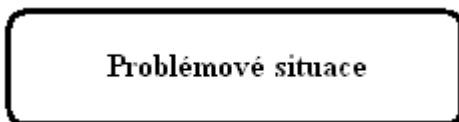
## **Kategorie 5: Režim v domácí péči**

### **Režim v domácí péči**

Tato kategorie popisuje, zda mají pacienti dostatečné informace, jak se mají chovat v domácí péči. Většina dotazovaných pacientů uvádí: „*...vím, že nesmím mít sex, než mi to dovolí. A že musím chodit na pravidelné kontroly.*“ S takovouto informací se setkali i P2, P4, P5 a P6. Informace získali od lékařky na ambulanci a na oddělení, kde jsou hospitalizováni. P1 a P3 uvádí: „*Paní doktorka mi řekla, že všechny informace, které budu potřebovat, tak dostanu, až mě budou propouštět.*“ P6 udává: „*...musím dál chodit na pravidelné kontroly na gynekologii. Na kožní ambulanci budu chodit také pravidelně.*“ a dodává: „*...podle odebraných vzorků krve u miminka, se rozhodnou, zda bude muset být léčeno hned po porodu. Dětská lékařka dítě bude také pravidelně kontrolovat a výsledky se budou konsultovat tady na kožním oddělení.*“

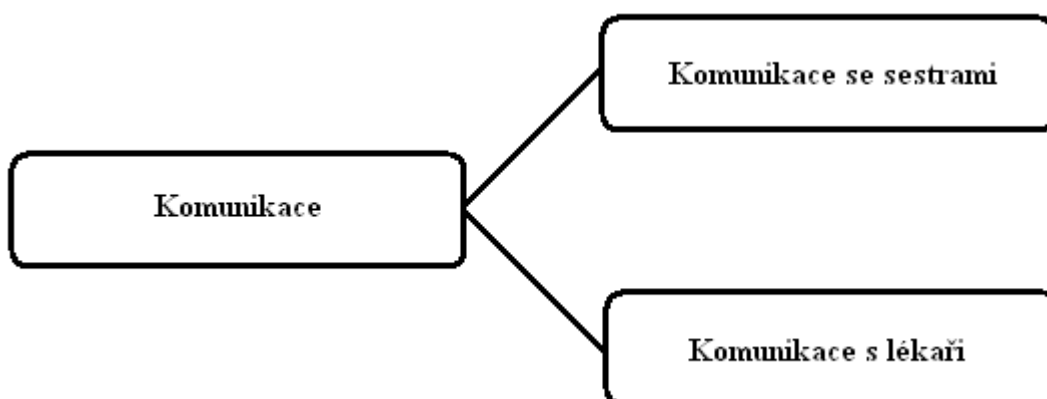


## Kategorie 6: Problémové situace



Na základě rozhovorů s pacienty vyplynulo, že problémové situace se vyskytly pouze minimálně. Jak uvádí P2, P5 a P6: „Problémy z mé strany nebyly žádné a doufám, že personál si taky na nic stěžovat nemůže.“ P1 a P4 vidí problém pouze v zákazu kouření: „Problémy byly jen kvůli tomu kouření.“ P1 ještě dodává: „Jsem docela silná kuřačka. Prostě nekouřím, ale těším se, až si zase zapálím.“ P3 udává: „Problémy s personálem jsem neměl žádné. Snad jen to buzení, to mi vadilo.“

## Kategorie 7: Komunikace



Důležitou součástí procesu celého léčení je správná komunikace. Tato kategorie je rozdělena na dvě podkategorie.

### Komunikace se sestrami

Komunikaci se sestrami vnímají pacienti jako vcelku uspokojivou. Jak udává P3: „Sestry se mnou mluvily úplně bez problémů. I se zajímaly, jak jsem se třeba vyspal nebo jestli něco nepotřebuju. S téma to bylo v pohodě.“ P5 uvádí: „...měl jsem obavy, že kvůli mé nemoci budu u personálu zařazen do skupiny neoblíbených pacientů. Ale

*jsem mile překvapen.“ P6 dodává: „Personál se mnou komunikuje bez problémů. Cítím, že mají zájem, abych se tu cítila v bezpečí.“ P1 udává: „Jsou tu na oddělení dvě sestřičky, které jsou moc milé a asi by se se mnou bavily úplně o všem. Ale nechci je zdržovat od práce.“ Naopak P2 dodává: „...jsou dvě, které se se mnou moc nebaví a ptají se fakt jen na to základní.“ P4 se ztotožňuje s tímto názorem: „Se sestrama se mluvit dá, ale taky nic moc.“*

### **Komunikace s lékaři**

Lékař není ve styku s pacientem tak často jako sestry, ale ani on by neměl zapomínat na vhodně zvolenou komunikaci s pacientem. P1 uvádí: „*To je taky asi bez problémů. Paní doktorka mi říká, co potřebuju vědět a to mi stačí.*“ S bezproblémovou komunikací souhlasí i P2, P5 a P6. Naopak P4 udává: „*Doktorka, která chodí na vizitu, tak ta je vždycky dost vážná.*“ a P3 dodává: „*...od těch jsem si držel určitý odstup.*“

## 5 DISKUZE

Předmětem bakalářské práce jsou specifika ošetrovatelské péče poskytované sestrami pacientům s onemocněním lues v izolačním režimu a vnímání pacientů, jak tuto péči přijímají.

V první části kvalitativního šetření byly provedeny nestandardizované rozhovory se souborem všeobecných sester pracujících na dermatovenerologickém oddělení (Tabulka1). Oblasti rozhovorů se zaměřovaly na ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům s lues v izolačním režimu, uspokojování jejich potřeb při hospitalizaci, vedení správně zvolené techniky komunikace a řešení problémových situací, které mohou nastat při jejich hospitalizaci v izolačním režimu. Druhým souborem dotazovaných byli pacienti s onemocněním lues, kteří byli hospitalizováni v izolačním režimu na dermatovenerologickém oddělení (Tabulka2). Nestandardizované rozhovory byly zaměřeny na oblasti informovanosti pacientů o své nemoci a následné léčbě, o vnímání poskytované ošetrovatelské péče, uspokojování potřeb pacientů a situace, které mohou být z jejich pohledu problémové.

Vzhledem k tomu, že onemocnění lues je pohlavně přenosná nemoc a hospitalizace je v ČR daná legislativou jako povinná (Křemenová, 2006), uspokojování potřeb u těchto pacientů v izolačním režimu bývá někdy odlišné oproti potřebám pacientů na standardních pokojích. I ošetrovatelská péče sebou nese různé odlišnosti, vzhledem k tomu, že se v izolačním režimu dodržují přísná opatření bariérové ošetrovatelské péče.

Jako první výzkumnou otázku jsme si stanovili: **Jaké specifické činnosti uplatňují sestry při poskytování ošetrovatelské péče u nemocných s lues v izolačním režimu?** Ošetrovatelská péče je soubor odborných činností, kdy důraz je kladen na poskytování kvalitní, efektivní a bezpečné ošetrovatelské péče, jak uvádí Vytečková (2011). Oslovené sestry sledovaného souboru (S3, S4, S5 a S6) se shodly, že je velký rozdíl poskytovat ošetrovatelskou péči pacientům na standardních pokojích a pacientům na pokojích v izolačním režimu. Vzhledem k tomu, že na standardních pokojích jsou často hospitalizováni imobilní pacienti, je ošetrovatelská péče fyzicky náročnější, jak uvádí S1, S3 a S6. S tímto názorem souhlasí i S5, která udává: „*Při imobilitě pacienta musí veškerá péče probíhat skoro vždy na pokoji a je velmi fyzicky náročná.*“ U imobilních pacientů, kteří jsou většinou starší, je ošetrovatelská péče

vzhledem k jejich polymorbiditě i daleko rozsáhlejší. Toto tvrzení potvrzuje i Kalvach (2008).

Naopak ošetrovatelskou péčí v izolačním režimu hodnotí sestry jako méně fyzicky náročnou, protože dle sester je většina pacientů s lues mladšího věku a jsou to pacienti soběstační. I když se S1, S3, S4 a S5 na tomto názoru shodují, pohlížejí na náročnost poskytované péče v jiných aspektech. V této souvislosti lze poukázat na Podstatovou (2011), která uvádí, že pacienti s pohlavní nemocí jsou považováni za pacienty infekční. Při ošetrovatelské péči se musí ze stran sester dodržovat přísná bariérová ošetrovatelská péče. Toto tvrzení stejně vnímají i S4a S6 a dodávají: „*Stresorem je přísné dodržování bariérové péče.*“ S3 například uvádí, že pro ni je stresorem právě bariérová péče, kdy se musí veškeré pomůcky použité při ošetrovatelské péči na izolačním pokoji po použití správně dekontaminovat a desinfikovat. Mnohdy jsou pacienti s tímto onemocněním závislí na drogách a vyvolávají problémové situace, jak uvádí S6: „*...nevím, co od těchto pacientů můžu čekat.*“ I S5 vidí péči jako komplikovanou, protože u pacientů v izolačním režimu musí být zvýšený dohled.

Při poskytování ošetrovatelské péče je nedílnou součástí i uspokojování potřeb pacienta. Dle Trachtové et al. (2013) je potřeba něco, co člověk potřebuje pro žití a vývoj. U každého pacienta je uspokojování potřeb vždy individuální a každý upřednostňuje své potřeby jiným způsobem. Základem je uspokojení potřeb biologických, které jsou nutností a jsou v pyramidě potřeb na prvním místě. S2 uvádí, že při uspokojování těchto potřeb u pacientů v izolačním režimu se používají, pokud je to možné, jednorázové pomůcky, aby se co nejvíce předešlo šíření nákazy, a dodržuje se bariérová péče. Toto zjištění potvrzuje i Francová (2012). S1, S3, S4 a S6 uvedly, že tyto základní potřeby v izolačním režimu se uspokojují individuálně podle zdravotního stavu pacientů. Jejich názor je shodný s Tomagovou et al. (2008), že potřeby jsou dynamické a vyvíjí se na základě různých priorit. Mezi prioritní potřeby u pacientů v izolačním režimu patří stravování, hygienická péče a vyprazdňování. Strava je pacientům donášena na pokoje, kde i stolují. Všechny oslovené sestry v uspokojení této potřeby nevidí žádný problém. Jak dodává S2: „*...s nádobím potom manipulujeme jako s infekčním.*“ I S4 tento názor potvrzuje. Potřebu uspokojování při hygienické péči a vyprazdňování si pacienti obstarávají sami. Jsou soběstační a stačí jim poučení, kde je umístěna sprcha a WC. Toto zařízení je vždy součástí izolačního pokoje a používají ho pacienti sami. Všechny oslovené sestry se na tomto shodují, jen

S1 uvádí: „...někdy odmítají spolupracovat při základních úkonech při své péči a nechávají se obkakovat od sester.“

V izolačním režimu je u pacientů důležité uspokojení potřeby bezpečí a jistoty. Mnohdy se tito pacienti cítí osamělí, stydí se za svoji nemoc nebo naopak svoji nemoc zastírají. Nejčastěji sestry tuto potřebu uspokojují řádnou informovaností pacienta, prostřednictvím rozhovoru a ubezpečením, že na uzdravení mají sestry stejný zájem jako pacient, jak uvádí S2. Ostatní sestry se na tomto názoru shodují. Tomagová et al. (2008) uvádějí, že zvládání zátěžových situací závisí od více faktorů, zejména stresových a tyto faktory dále ovlivňují samotné uspokojení potřeby bezpečí. Oslovené sestry se o ovlivnění stresem a osamocněním také zmiňují. Jak uvádí S4: „...mají strach z výkonů, které neznají, je to hlavně u rómských pacientů, kteří se bojí bolesti.“

Neméně důležitá je i potřeba uznání a sebejistoty a potřeba estetická a seberealizace. Pokud si sestra uvědomuje své potřeby a pochopí sama sebe, lépe se dokáže vcítit do pacientových pocitů a jen tak může pohotově řešit jeho problémy. Pokud je pacient uznáván jako osobnost a vnímá péči sester kladně, je samozřejmě spolupráce s ním daleko úspěšnější, jak potvrzuje výpovědí S2: „*Pacienta při každé příležitosti motivujeme k jeho uzdravení. Jednáme s ním vždycky vhodným přístupem a dáváme mu najevo, že nám není lhostejný.*“ Se stejným názorem se ztotožňují i S1 a S3. Dále se S3 a S4 v rozhovoru zmiňují, jak je důležité, aby se pacient utvrzoval v pocitu, že jeho nemoc je sice závažná, ale při jeho spolupráci a dodržování režimu je léčitelná. Za zmínku stojí odpověď, že sestra nikdy nepřipomíná pacientovi původ jeho nemoci. S tímto tvrzením souhlasíme, neboť když pacient vidí, že v nás má spřízněnou osobu, která má zájem na jeho uzdravení, má lepší postoj i ke své nemoci.

Někteří pacienti v izolačním režimu uspokojení potřeby estetické a seberealizace nepřikládají důležitost. Proto se sestra snaží zaměstnat pacienta během dne, kdy nemá plánovaná vyšetření. Motivuje pacienta k činnostem a k zapojení do ošetrovatelské péče. V izolačním pokoji není pro pacienta dostatek příležitostí k činnostem, kterým se mohou věnovat pacienti na standardních pokojích. Proto, jak uvádějí všechny oslovené sestry, informují pacienta o možnosti četby a půjčení knih z knihovny na oddělení a sledování televize. Snaží se také pacienta zapojit do ošetrovatelské péče a to například udržováním pořádku na pokoji a úpravou lůžka. S3 dodává: „*připomínáme, že i když leží v nemocnici, měl by být upraven, učešán a neměl by celý den strávit v posteli.*“

Jako druhou výzkumnou otázku jsme si stanovili: „**Jaké komunikační dovednosti sestry využívají v péči o nemocné s lues v izolačním režimu?**“ Dle Špatenkové (2009) je komunikace výměnou informací týkajících se zdraví a péče mezi pacientem a sestrou, přičemž oba účastníci jsou zároveň vysílačem i přijímačem informací. Při každé komunikaci je nutností zvolit správnou techniku, která odpovídá individualitě pacienta. S pojetím Špatenkové (2009) se spojuje i výpověď S6: „*Je to individuální podle pacientových problémů, jeho schopností a zdravotního stavu.*“ Nejpřirozenější a nejvyhledávanější technikou komunikace s pacienty v izolačním režimu je verbální komunikace a naslouchání, jak uvádějí ostatní oslovené sestry. Komunikace s pacientem vždy probíhá v klidném prostředí, vede se klidným hlasem a sestra dává při rozhovoru pacientovi najevo svůj zájem o jeho osobu a problémy. S2 a S4 dodávají: „*mají potřebu se vyprávět.*“ S tímto názorem souhlasíme, neboť v některých případech je více než vést rozhovor, umět pacientovi naslouchat. Z jeho hovoru a vyprávění lze odvodit mnoho důležitých informací, které sestra dále využívá při ošetrovatelských intervencích. Neverbální komunikace se uplatňuje u pacientů hlavně při názorných ukázkách, například při ošetřování u pacienta, jak uvádí S5: „*...někdy vyžadují praktickou ukázkou ošetřování defektu.*“ Do techniky neverbální komunikace patří dále výraz tváře, řeč očí a pohledů, ale patří sem i úprava zevnějšku sestry. (Venglářová, 2006).

Komunikační techniky a jejich efektivní využití jsou důležité při komunikaci v izolačním režimu s agresivním pacientem. S1 na otázku, jak často se setkává s agresí, odpovídá: „*Velmi často, protože pacienti s touto nemocí bývají drogově závislí a někdy se u nich projevují abstinenční příznaky.*“ Pacienti, u kterých se projevuje agrese, bývají často ovlivněni svou nemocí, trpí pocity bezmocnosti a jsou v psychické nerovnováze, jak uvádí Vybíhalová (2010). S tímto názorem se ztotožňují S2, S3 a S4, které uvádějí, že za agresí pacienta se skrývá strach a obavy z nemoci a jejích následků. S5 a S6 se shodují na tom, že s agresivním pacientem se setkávají jen občas a jedná se skoro vždy o agresí slovní. Podle svých zkušeností souhlasím s tímto názorem a mohu doložit, že s fyzickou agresí u pacienta s lues jsem se za svou profesní praxi setkala pouze jednou. Se slovní agresí se občas sestra u těchto pacientů opravdu setkává, ale vhodně zvolenými komunikačními technikami a přístupem k pacientovi lze takové problémové situace zvládnout.

Vědět, jak komunikovat, je důležité také při edukaci pacienta při propuštění z hospitalizace. U pacientů s lues informuje sestra o tom, jak dodržovat režim v domácí

péči a jak dlouho má dodržovat sexuální abstinenci, jak uvádí S3 a S4. Tuto komunikaci musí sestra vést důrazně, aby pacient pochopil důležitost situace, jak se má chovat v budoucnu. S6 se ještě zmiňuje o nutnosti dodržování dalších kontrol v ambulantní části dermatovenerologického oddělení. Na základě výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že při vzájemné důvěře, kterou sestra vybuchovala mezi pacientem a sebou při hospitalizaci, je edukace mnohem úspěšnější. S1 ještě dodává, pokud pacient po ukončení hospitalizace bude postrádat nějaké informace, vždy se může obrátit na depistážní sestru, kde dodatečné informace získá.

Jako třetí výzkumnou otázku jsme si stanovili: „**Jaké intervence nemocní s lues očekávají od sester vzhledem ke svému onemocnění?**“ Po analýze získaných údajů z rozhovorů s druhým sledovaným souborem vyplynulo, že důležitým faktorem ovlivňující pacienta samotného i průběh jeho nemoci je nejen poskytování ošetrovatelské péče, ale i informovanost pacienta o své nemoci.

Jak uvádějí Trachtová et al. (2013) ve své publikaci, hospitalizace je pro pacienta nově vzniklou situací, neví, do čeho jde a co ho čeká. Každý pacient má jinou představu o hospitalizaci v izolačním režimu, a proto je důležité vhodně informovat pacienta o nově nastalých situacích. Jak uvádějí oslovení pacienti, informace o svém onemocnění a izolačním režimu, které získali, byly dostačující. Většinu informací získali od sester, které poučily pacienty o režimovém opatření. P2 uvádí, že již v ambulanci dermatovenerologie byla informována od depistážní sestry, co bude následovat při hospitalizaci a proč je nutností izolace. S touto informací souhlasí i P1, P3, P4 a P6. Jen P5 dodává, že dodatečné informace získal z internetu. I já se ztotožňuji s názorem, že pacient by měl být informován již v ambulantní části, aby si mohl udělat představy, jak bude následovat hospitalizace a jaké intervence může očekávat od ošetrovatelského personálu. Veškerá práce ošetrovatelského týmu na lůžkové části musí být dobře organizována a je důležitá pro hladký průběh veškeré ošetrovatelské péče. Cílem personálu je spokojený pacient. Náš názor se shoduje s Vytečkovou et al. (2011), které uvádějí, že sestra provádí spoustu různých činností, které musí vést ke spokojenosti pacienta. Ale nemocný, který je hospitalizován v izolačním režimu většinou ani neví, jaké intervence má od sester očekávat.

Z rozhovorů s pacienty vyplynulo, že mají odlišné názory na poskytovanou ošetrovatelskou péči. P2 uvádí: „*Očekávám, že splní, co budu chtít.*“ Samozřejmě, že sestra, která poskytuje péči, nemá v náplni práce splnit pacientovi, co bude chtít, ale snaží se poskytovat péči tak, aby byl pacient spokojený. Ne vždy se to daří, protože jak

vyplývalo z výsledů, pacienti mají odlišné názory na péči. I P4 sdílí stejný názor s P2: „*Když mě sem zavřeli, tak se o mě taky musej starat a to se vším všudy.*“ Naopak P1 a P5 se shodují na tom, že očekávají péči stejnou jako u ostatních pacientů. Nechtějí něco navíc jen proto, že jsou v izolaci, a ztotožňují se s ostatními pacienty. P6 má pocit, že je soběstačná a postará se o sebe i při hospitalizaci. V této souvislosti je potřeba upozornit, že mnozí pacienti jsou v domácím prostředí soběstační a ošetrovatelskou péči od sester nevyžadují, ale jsou mezi nimi i tací, kteří vyžadují péči od personálu nadstandardní.

Mezi základní intervence, které očekávají pacienti od ošetrovatelského personálu, patří uspokojení základních biologických potřeb. Konkrétně se jedná o příjem stravy, hygienickou péči, spánek a potřebu být bez bolesti. Z výsledků šetření vyplývalo, že hygienickou péči si vzhledem k jejich soběstačnosti obstarávají pacienti sami. P6 uvádí: „*Hygienickou péči zvládám sama.*“ a dodává, že sestra ji první den hospitalizace ukázala sprchu a WC, které může používat v rámci izolačního pokoje. I P1, P2, P3, P4 a P5 se shodují, že opravdu při hygienické péči pomoc od sester nepotřebují. Na důležitost samostatnosti pacienta poukazují i Šamánková et al. (2011), které uvádějí, že spolupracující pacienty se snažíme do provádění hygienické péče co nejvíce zapojit. Získávají tak kontrolu nad svým ošetřováním a zvyšujeme jim tak pocit bezpečí. Co se týče stravování, pacienti v izolačním režimu stolují na pokoji a stravu i tekutiny jim donáší ošetřující personálem. Všem osloveným pacientům tento postup vyhovuje. Pokud má pacient nějaká dietní opatření, zajišťuje se pacientovi dovoz diety, ale při podávání stravy v izolaci není potřeba speciálního opatření, protože dieta je již připravovaná před rozvozem jídel.

Další intervencí, kterou pacienti od sester očekávají, je být bez bolesti. V případě našeho šetření udával bolest pouze jeden pacient, a to v souvislosti s proděláním zákroku lumbální punkce. Bolest pociťoval pouze jeden den a analgetika, která měl ordinovaná, nepožadoval. Sestra ale i přesto pacienta po zákroku kontrolovala a zapisovala stupeň bolesti do dokumentace. Domníváme se, že základem úspěchu je zvládání bolesti u pacienta, ať již analgetiky, nebo jinými dostupnými prostředky, jako je například odreagování četbou nebo poslechem hudby a odpočinkem. Mikšová et al. (2006) s tímto názorem souhlasí a uvádějí, že bolesti musíme porozumět a nalézt způsoby, jak ji zmírnit či odstranit. Další problém, který by pacient mohl uvádět a očekávat jeho nápravu, je problém s uspokojením potřeby spánku. P1, P2, P3, P4 a P6 uvádějí, že potíže se spánkem nemají, naopak uvádějí, že se během hospitalizace



alespoň vyspí. Jen P6 uvádí potíže, že špatně usíná a cítí se unavená. Ale vzhledem k jejímu těhotenství a nemožnosti lékové terapie byla pacientce doporučena před spaním četba nebo sledování televize.

Jako čtvrtou a poslední otázku jsme si stanovili: „**Jak nemocní s lues vnímají péči sester při hospitalizaci v izolačním režimu?**“ Izolační režim má při poskytování ošetrovatelské péče určitá specifika. Dle Podstatové (2011) je nutností dodržování bariérových ošetrovatelských technik, používání jednorázových pomůcek a správná dekontaminace a desinfekce. Z výzkumného šetření vyplynulo, že někteří pacienti vnímají izolační režim jako nutnost při svém onemocnění, ale někteří pacienti v něm vidí omezení své svobody. Vnímání péče sester je u pacientů určitě ovlivněno i izolačním režimem. Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že oslovení pacienti byli vesměs s ošetrovatelskou péčí spokojeni. Pouze P4 si myslí a uvádí, že by si přál péči rozsáhlejší, než od sester má. Přál by si povolit kouření na pokoji a také se domnívá, že by sestry mohly obstarávat drobné nákupy. Kouření je při hospitalizaci v nemocnici všeobecně zakázáno, tudíž není reálné tuto potřebu uspokojit.

Péče sester, která byla poskytována při stravování a hygienické péči u pacientů, byla všemi oslovenými přijata kladným způsobem. Při stolování si pacienti pochvalovali chutnost všech jídel a příjemné servírování od sester. P6 toto tvrzení upřesňuje: „*Vždycky mi popřejí dobrou chuť a po dojení se zeptají, zda mi chutnalo.*“ Příjemné stolování je základem uspokojení potřeb při stravování nemocných. Vždy se musí podávat strava vhodným způsobem tak, aby se pacient cítil co nejlépe a aby se u něho podněcovala chuť k jídlu. Toto tvrzení podporují i Tomagová et al. (2008).

Na způsobu poskytování ošetrovatelské péče má vliv postoj sester. S tímto poskytováním souvisí i vhodná komunikace s pacientem v izolačním režimu. Někteří pacienti mají obavy, jak se k nim bude personál chovat vzhledem k původu jejich nemoci. Sestra nesmí odlišovat tyto pacienty od ostatních, musí se chovat ke všem profesionálním způsobem. Tento názor podporuje i Venglářová (2006) a dále popisuje, jak je nelehké komunikovat s člověkem v obtížné a stresující situaci. Oslovení pacienti vnímají komunikaci se sestrami jako vcelku bezproblémovou. P5 uvádí: „*...měl jsem obavy, že kvůli mé nemoci budu u personálu zařazen do skupiny neoblíbených pacientů. Ale byl jsem mile překvapen.*“ P1, P3 a P6 se s tímto názorem ztotožňují a vnímají komunikaci jako uspokojivou. Ne všichni pacienti jsou ale stejného názoru. P2 a P4 vnímají komunikaci se sestrami jako neuspokojivou. Mají pocit, že jsou na obtíž, a tudíž ani vnímání ošetrovatelské péče u nich není uspokojivé.

Veškerá ošetrovatelská péče a komunikace s pacienty v izolačním režimu se musí dodržovat podle určitých specifik a pravidel. K těmto pacientům je nezbytné přistupovat jako k individuální osobnosti, a tak je potřeba řešit i možné nastalé problémové situace při hospitalizaci. Sestra přistupuje k těmto pacientům s empatickým přístupem vyjadřující podporu. Pacienti mohou mít odlišné požadavky a představy o poskytovaných službách, takže se jim vyhovuje s určitou individualitou a usnadňuje se jim tak obtížná situace, ve které se nacházejí kvůli své nemoci a nutnosti pobytu v izolačním režimu.

## 6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí poskytovanou nemocným s lues v izolačním režimu z pohledu sester a pacientů. Prvním cílem bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče o nemocné s lues v izolačním režimu z pohledu sester. Druhým cílem bylo zjistit, jak pacienti v izolačním režimu tuto péči vnímají.

Ošetrovatelská péče v izolačním režimu se vyznačuje určitými specifiky, která jsou nutností dodržování bariérové péče u infekčních pacientů. Každý pacient je individuální osobnost, a tak k němu musí přistupovat i ošetřující personál. Do této péče je zahrnuto i uspokojování potřeb pacientů. Každý člověk má prioritní seřazení svých potřeb, které se mohou měnit v důsledku probíhající nemoci a léčby. Na tuto skutečnost musí ošetřující personál umět reagovat a řešit tyto situace na profesionální úrovni.

I v komunikaci s pacienty v izolačním režimu je zapotřebí umět zvolit správné komunikační techniky, aby se jim sestra přiblížila a získala jejich důvěru. To vše je důležité pro úspěšnost léčby.

Pacienti se odlišují ve svém chování a prožívání, takže i ošetrovatelskou péčí mohou vnímat každý individuálně. Personál se musí přizpůsobit jejich požadavkům, aby pacient vnímal tuto péči kladně. Nesmí mít pocit, že je kvůli své nemoci zanedbáván a jeho potřeby nejsou uspokojeny.

Ošetrovatelská péče u pacientů s pohlavní nemocí je náročná a je důležité se tímto tématem zabývat. Čím více budou sestry o této problematice informovány, tím lépe mohou zvládat veškerou ošetrovatelskou péči. Tato práce může být použita jako podklad pro semináře určené sestřím pracujícím na dermatovenerologickém oddělení a jako výukový materiál pro studenty nelékařských zdravotnických oborů.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BEDNÁŘOVÁ, J., 2010. Umění komunikace. *Sestra*. 20(4), 21-25. ISSN 1210-0404.
2. BENÁKOVÁ, N., 2015. Terapeutická edukace v dermatologii. *Česko-slovenská dermatologie*. 90(1), 4-11. ISSN 1805-448X.
3. BENEŠ, J., 2009. *Infekční lékařství*. 1.vyd. Praha: Galen., 531 s. ISBN 978-80-7262-644-1.
4. BURGDORT, W., H., C. et al. 2009. *Braun-Falco's Dermatology*. 3. vyd. Berlin: Springer. 1712 p. ISBN 978-3-540-29312-5.
5. FARKAŠOVÁ, D., 2006. *Ošetrovatelství-teorie*. 1.vyd. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
6. FRANCOVÁ, M., 2012. Jednorázové pomůcky ve zdravotnictví. *Sestra*. 22(4), 41-42. ISSN 1210-0404.
7. FUNNELL, R., KOUTOUKIDIS, G., LAWRENCE, K., 2009. *Tabbner's Nursing Care. Theory and Practice* 5<sup>th</sup>ed. Saint Louise: Elsevier. 974 p. ISBN 9-780-7295-3857-2.
8. HERCOGOVÁ, J., 2009. Sexuálně přenosné nemoci. *Causa subita: časopis pro lékaře v I.linii*. 12(3), 80-82. ISSN 1212-0197.
9. HONZÁK, R., 2015. Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření. 2.vyd. Praha: Vyšehrad. 240 s. ISBN 978-80-7429-552-2.
10. KALVACH, Z. et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336s. ISBN 978-80-247-2490-4.
11. KAWACIUK, I., 2009. *Urologie*. 1.vyd. Praha: Galen. 531 s. ISBN 978-80-7262-627-7
12. KOPOVÁ, R., 2010. Sekundární syfilis. *Dermatologie pro praxi*. roč.1., 278-279. ISSN 1803-8956.
13. KOPOVÁ, R. et al., 2014. Hepatitida jako vzácný projev sekundární syfilis-popis případu. *Česko-slovenská dermatologie*. 89(6), 278. ISSN 1805-448X.
14. KRIŠKOVÁ, A. et al., 2006. *Ošetrovatelské techniky: metodika sesterských činností*. 1.vyd. Martin: Osveta. 779 s. ISBN 80-8063-087-9.
15. KŘEMENOVÁ, S., 2006. *Dermatovenerologie, dětská dermatologie a korektivní dermatologie. Sexuálně přenosné choroby – historie a současné problémy*. 1.vyd. Praha: Triton. 208 s. ISBN 80-7254-855-7.

16. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J., 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
17. KVASNIČKOVÁ, V., 2016. Uspokojování spirituálních potřeb z pohledu pacienta. *Florence*. 12(7-8), 22-24. ISSN 1801-464x.
18. MEEK, G., 2017. Nursing process: framework. In: KOUTOUKIDIS, G., STAITON, K., HUGHSON, J., et al., *Tabbner's Nursing Care. Theory and Practice* 7<sup>th</sup>ed. Chatswood: Elsevier. p. 322-32. ISBN 978-0729542272.
19. MIKŠOVÁ, Z. et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
20. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech*. 1.vyd. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4.
21. PÁNKOVÁ, R., 2011. Psychické poruchy u venerických pacientů. *Česká dermatovenerologie*. 1(1), 45-48. ISSN 1805-0611.
22. PIZINGER, K., 2012. *Dermatovenerologie*. Plzeň: Euroverlog., 100 s. ISBN 978-80-7177-985-8.
23. PODSTATOVÁ, R., 2011. Péče o pacienty s infekčním onemocněním. *Sestra*. 21(4), 51-56. ISSN 1210-0404.
24. POKORNÁ, A., 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 55 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
25. RESL, V., KUKLOVÁ, I., 2013a. Současná situace legislativy, depistáže, hlášení a prevence sexuálně přenosných nemocí. *Česko-slovenská dermatologie*. 88(3), 135-140. ISSN 0009-514.
26. RESL, V., KUKLOVÁ, I., 2013b. Soubor některých platných právních předpisů pro venerologii-část I. *Česko-slovenská dermatologie*.,88(5), 228-238. ISSN 0009-514.
27. RESL, V., KUKLOVÁ, I., 2013c. Soubor některých platných právních předpisů pro venerologii-část II. *Česko-slovenská dermatologie*., 88(6), 299-307. ISSN 0009-514.
28. RESL, V., KUKLOVÁ, I., 2014. Soubor některých platných právních předpisů pro venerologii-část III. *Česko-slovenská dermatologie*., 89(1), 29-39. ISSN 1805-448x.
29. RESL, V., 2014. *Dermatovenerologie: učebnice pro bakalářské a magisterské studium nelékařských oborů*. 1.vyd. Plzeň: Západočeská univerzita. 350 s. ISBN 978-80-261-0387-5.
30. ROZSYPAL, H. et al., 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Karolínium. 386 s. ISBN 978-802246-2197-5.

31. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A., 2009. *Ošetřovatelství I*. 2.vyd. Praha: Informatorium. 273 s. ISBN 80-733-3307-41.
32. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2014. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy IV*. 2.vyd. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-4342-4.
33. SWEET, RICHARD, L., GIBBS, RONALD, S., 2009. *Infectious diseases of the female genital tract*. 5<sup>th</sup>ed. Philadelphia. 469 p. ISBN 978-07-817-7815-2.
34. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada., a.s. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
35. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
36. ŠTORK, J. et al., 2014. *Dermatovenerologie*. 2.vyd., Praha: Galen. 502 s. ISBN 978-80-7262-898-8.
37. TOMAGOVÁ, M. et al., 2008. *Potřeby v ošetrovatelství*. Martin: Osveta. 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
38. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 2.vyd., Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
39. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 186 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
40. TUZA, T., 2009. Právo pacientů na informace a ochrana těchto informací. *Pacientské listy*. 58(5), 16-17. ISSN 1214-7664.
41. TURČAN, P. et al., 2012. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf. 437 s. ISBN 978-80-7345-291-9.
42. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
43. VYBÍHALOVÁ, L., 2010. Agresivní pacient – výzkum. *Sestra*. 12(20), 22-23. ISSN 1210-0404.
44. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
45. Vyhláška MZ č. 473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=67660&nr=473~2F2008&rpp=15#local-content>

46. Vyhláška MZ č.306/2012 Sb. o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-306>
47. Vyhláška MZ č.39/2012 Sb., o dispenzární péči, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=76882&nr=39~2F2012&rpp=15#local-content>
48. WHITE GARRY M., COX NEIL H., 2006. Diseases of the Skin a color Atlas and Text. 1st ed. London: Mosby. 739 p. ISBN 0323029973.
49. WORKMAN, BARBARA, A., BENNET, CLARE, L., 2006. *Klíčové dovednosti sestry*. 1.vyd. Praha: Grada. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.
50. ZÁHEJSKÝ, J. et al. 1994. *Speciální ošetrovatelská péče o dospělé na dermatovenerologickém oddělení*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 182 s. ISBN 7013-161-6.
51. ZÁHUMENSKÝ, J. et al., 2015. *Základy moderní venerologie: učebnice pro mezioborové postgraduální vzdělávání*. Praha: Maxdorf. 176 s. ISBN 978-80-7345 429-6.
52. Zákon č.40/2009 Sb., trestní zákoník §152 a §153 [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40#cast2>
53. ZÁKOUCKÁ, H., 2013. Sexuálně přenosné infekce v denní praxi zdravotníka. *Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky*. 9(2), 40. ISSN 1801-1349.
54. ZÁKOUCKÁ, H. et al., 2015. Doporučený postup pro diagnostiku a léčbu syfilidy v České republice. *Česká dermatovenerologie*. 5(2). 76-84. ISSN 1805-0611.

## **8 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1                      Povolení k realizaci výzkumného šetření

Příloha 2                      Tiskopis hlášení pohlavní nemoci

Příloha 3 CD ROM    Přepis rozhovorů



## 9 SEZNAM ZKRATEK

STD	Sexually transmitted diseases
AIDS	Acquired immune deficiency syndrome
HIV	Human Immunodeficiency virus
VDRL	Venereal disease research laboratory
RRR	Rychlá reaginová reakce
TPHA	Treponema pallidum hemagglutination
FTA – ABS	Fluorescenční teponemal antibody absorption
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
NZIS 017 3	Hlášení pohlavní nemoci – tiskopis SEVT

## Příloha 1 Povolení k realizaci výzkumného šetření

Nemocnice [REDACTED]

Hlavní sestra – [REDACTED]

**Věc: žádost o povolení výzkumu na oddělení dermatovenerologie**

Vážená paní [REDACTED]

Jmenuji se Pavla Dvořáková, studuji 3.ročník oboru Všeobecná sestra v kombinované formě na Jihočeské Univerzitě v Českých Budějovicích. Současně na tomto oddělení i pracuji ve funkci staniční sestry.

Touto formou bych Vás chtěla požádat, zda bych mohla provést své výzkumné šetření k bakalářské práci v nemocnici [REDACTED]. Téma mé bakalářské práce zní: **Ošetrovatelská péče o nemocné s lues v izolačním režimu na dermatovenerologickém oddělení.** Výzkumné šetření bych prováděla na dermatovenerologickém oddělení na lůžkové i ambulantní části. Výzkum bude probíhat formou rozhovorů s ošetřujícími všeobecnými sestrami a pacienty, kteří se s onemocněním lues na tomto oddělení léčí. Výzkumné otázky přiloženy.

Děkuji za vyjádření

Dvořáková Pavla, [REDACTED]



Pavla Dvořáková

U Malše 3, České Budějovice, 37001

Tel: 602 832 539

e-mail: dvorap21@jcu.cz

[REDACTED]

SOUHLASÍM

[REDACTED]

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Nemocnice [REDACTED]

Zdroj: Vlastní

# Příloha 2 Tiskopis hlášení pohlavní nemoci

.....  
jedná se o SAMOPROPIISOVACÍ TISKOPIS!  
.....



## HLÁŠENÍ POHLAVNÍ NEMOCI

**DŮVĚRNÉ**

IC/PČZ             odd.   R. č.     /   č. obce bydl.

Zdravotnické zařízení ..... oddělení: .....

Adresa bydliště: ..... okres: .....

Jiná adresa obvyklého pobytu: .....

Pozn.: V následující části vždy označte odpovídající možnost (při volbě „jiná“, „jinak“ apod. specifikujte na vyznačený řádek).

<b>Ekonomická aktivita</b> 1. dítě, žák, student, učeň 2. zaměstnaný + OSVČ 3. v domácnosti / se zajištěným příjmem 4. nepracující důchodce 5. nezaměstnaný 6. ostatní / bez zajištěného příjmu 9. nejištěna	<b>Vzdělání</b> 1. bez vzdělání 2. základní 3. střední bez maturity 4. střední s maturitou 5. vysokoškolské 9. nejištěno	<b>Etnikum</b> 1. Čech 2. Rom 3. jiné 9. nejištěno	<b>Země původu</b> 1. Česká republika 2. jiná	<b>Státní příslušnost</b> 1. Česká republika 2. jiná
---	--	--	---	--

<b>Rodinný stav</b> 1. svobodný/á 2. ženatý / vdaná 3. rozvedený/á 4. ovdovělý/á 9. nejištěn	<b>Stálé partnerské soužití</b> 1. ano 2. ne	<b>Způsob přenosu</b> 1. heterosexuální styk 2. homosexuální styk 3. z matky na dítě 4. jinak 9. nejištěno	<b>Země nákazy</b> 1. Česká republika 2. jiná	<b>Výskyt onemocnění</b> 1. poprvé v životě 2. reinfekce
---	--	---	---	--

<b>Onemocnění zjištěno</b> 1. náhodně 2. při povinném vyšetření 3. pro typické obtíže 4. pro atypické obtíže 5. depistáží 6. při narození 7. při potratu / porodu mrtvého dítěte 8. při úmrtí	<b>Sexuální a ostatní rizika</b> <i>(zakroužkujte i kombinaci uvedených možností)</i> 1. prostituce 2. promiskuita 3. náhodný styk 4. styk s cizincem 5. nechráněný styk 6. anální styk 7. krvavé sex, praktiky 8. pomoherec/čka 9. alkoholik 10. i. v. uživatel drog 11. vazba, vězeň 12. bezdomovec 13. jiná 99. nejištěna	<b>HIV status</b> 1. negativní 2. nově pozitivní 3. dřívější pozitivita 9. nejištěno	<b>Gravidita / týden</b> 1. ano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. ne	<b>Onemocnění matky léčeno</b> <i>(zakroužkujte i kombinaci uvedených možností)</i> 1. před porodem 2. v graviditě PNC řádně 3. v graviditě PNC nedostatečně 4. v graviditě non-PNC řádně 5. v graviditě non-PNC nedostatečně 6. v graviditě neléčena
---	---	--	---	--

<b>Datum 1. návštěvy:</b> den <input type="text"/> <input type="text"/> měsíc <input type="text"/> <input type="text"/> rok <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Diagnóza 1*:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1. akutní 2. chronická
<b>Datum vyšetření:</b> den <input type="text"/> <input type="text"/> měsíc <input type="text"/> <input type="text"/> rok <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Diagnóza 2*:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>Datum zahájení léčby:</b> den <input type="text"/> <input type="text"/> měsíc <input type="text"/> <input type="text"/> rok <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Diagnóza 3*:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

<b>Diagnóza potvrzena</b> <i>(zakroužkujte i kombinaci uvedených možností)</i> 1. kultura 2. mikroskopicky 3. PCR / jiná molekulárně genetická metoda v zástínu 4. netreponem. testy (RRR, VDRL) 5. anti syfilis EIA 6. anti syfilis IgM 7. western blot IgG 8. TPI test 10. TPHA/TP-PA 11. FTA-ABS 12. pitva 13. jinak	<b>Léčen</b> 1. ambulantně 2. při hospitalizaci 3. neléčen	<b>Kombinace s jinými sexuálně přenosnými nemocemi</b> <i>(s A49.3, A56, A60, A63, A64, B20, B37.3, B37.4, B85, B86, N34.1)</i> 1. ano 2. ne	<b>ATB / léčba</b> <i>(zaškrtněte i kombinaci uvedených možností)</i> 1. Aminopenicilin <input type="checkbox"/> 2. Azithromycin <input type="checkbox"/> 3. Penicilin i.m. <input type="checkbox"/> 4. Penicilin i.v. <input type="checkbox"/> 5. Ceftriaxon <input type="checkbox"/> 6. Cefixim <input type="checkbox"/> 7. Tetracyklinová ATB <input type="checkbox"/> 8. Makrolidy <input type="checkbox"/> 9. Ofloxacin, Ciprofloxacin <input type="checkbox"/> 10. jiná ATB .....	<b>ATB/citlivost</b> <i>(pouze u dg. A54 a A57 prokázáno kultivačně)</i> 1. azithromycin <input type="checkbox"/> 2. ciprofloxacin <input type="checkbox"/> 3. spectinomycin <input type="checkbox"/> 4. cefixim <input type="checkbox"/> 5. ceftriaxon <input type="checkbox"/> 6. gentamycin <input type="checkbox"/> 7. penicilináza <input type="checkbox"/>	„+“ citlivý, ano „-“ rezistentní, ne „NT“ netestován	<b>DG1:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>DG2:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>DG3:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Zdroj</b> 1. znám 2. neznám	<b>Kontakty</b> 1. ano počet: ..... 2. ne	<b>Statistická klasifikace**:</b> 1. pravděpodobný případ 2. potvrzený případ
--	---	---	--	--	--	---	--------------------------------------	--	---

**Datum hlášení:** den   měsíc   rok

9302/300

Jméno a příjmení nemocného: .....

Rozený / á: ..... R. č.  /

Adresa bydliště: .....

Zaměstnání: ..... Pracoviště: .....

Hospitalizace/Zdrav. zařízení: .....

od den  měsíc  rok  do den  měsíc  rok

Dispenzarizace/Zdrav. zařízení: .....

od den  měsíc  rok

**ZDROJ NÁKAZY:**

Příjmení			
Jméno			
Věk			
Adresa bydliště			
Okres			
Rodinný stav			
Pracoviště			
Zaměstnání			
Popis osoby			
Datum a místo koitu			
Jiné údaje			
Vyšetření u:			
Léčen u:			
DG			
Depistáž odeslána – datum, kým			
Předán – adresa zdrav. zařízení			
Poznámka			

**KONTAKTY A DALŠÍ OHROŽENÉ OSOBY (manžel/ka, živ. partner/ka, děti, rodiče, sourozenci, atd.)**

Příjmení			
Jméno			
Věk			
Adresa bydliště			
Okres			
Rodinný stav			
Pracoviště			
Zaměstnání			
Popis osoby			
Datum a místo koitu			
Jiné údaje			
Vyšetření u:			
Léčen u:			
DG			
Depistáž odeslána – datum, kým			
Předán – adresa zdrav. zařízení			
Poznámka			

Vyplnil .....

Datum hlášení den  měsíc  rok

.....  
Razítko a podpis lékaře

Zdroj: Vlastní

