



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně – sociální fakulta

Ústav porodní asistence, ošetrovatelství a neodkladné péče

Bakalářská práce

Specifika práce sestry na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení

Vypracovala: Denisa Jakoubková
Vedoucí práce: Mgr. Jana Maňhalová

České Budějovice 2016

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá specifiky práce sestry na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení.

Ošetřovatelství jako takové je založeno na faktech, které musíme umět podložit a musí se nechat ověřit a použít v praxi. Ošetřovatelství se velmi spojuje s ošetřovatelským plánem a jeho realizací, ale také s ošetřovatelskými diagnózami. Ošetřovatelské diagnózy stanovuje všeobecná sestra podle problému, které má pacient. Na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení se musí tvrdě dodržovat bariérová péče. Do bariérové péče zahrnujeme dezinfekci, sterilizaci, správnou hygienu rukou a v neposlední řadě používání dostupných ochranných pomůcek. Nejen infekční oddělení, ale také ostatní oddělení by měla dodržovat bariérovou péči, aby se předcházelo vzniku nozokomiálních nákaz. Nozokomiální nákazy patří mezi jedny z příčin zkomplikování léčby. Infekce dolních dýchacích cest nebo infekce v operační ráně jsou považovány za vážné komplikace. V dnešní době k hlavním infekcím patří průjmové onemocnění, MRSA, které se řeší velice často. Při zjištění infekce by měla být nařízená izolace. Izolace patří mezi základní předpoklady zamezení přenosu infekce na druhého pacienta. Cestování do cizích zemí a migrační krize má za důsledek nové a neznámé onemocnění. V dnešní době se hodně mluví o viru Zika a nákaze Ebola.

Ve výzkumné části byl stanoven jeden cíl:

Zjistit specifika práce sestry na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení.

Z cíle byly stanoveny výzkumné otázky:

Jaká jsou specifika práce sestry na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení?

S jakými onemocněními se nejčastěji setkávají sestry pracující na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení?

S jakými ošetrovatelskými diagnózami se nejčastěji setkávají sestry pracující na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení?

Jak sestry vnímají náročnosti své práce na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení?

Empirická část byla zpracovávána pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které byly nahrávány a přepisovány. Výzkumný soubor obsahoval 9 všeobecných sester pracujících na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení.

Rozhovory byly doslovně přepsány a zakódovány. Z kódování vyšly 10 kategorií a jedna tabulka. Kategorie jsou: proškolení bariérové péče, pomůcky, rozdíl v ošetrovatelské péči, nejčastější onemocnění, přístup při příjmu, podíl na anamnéze a fyzikálním vyšetření, hlášení, dokumentace, náročnost práce, ošetrovatelské diagnózy. Ze všech kategorií vznikly tzv. podkategorie. V první kategorii proškolení bariérové péče sestry odpovídaly, jak často jsou proškoleny o zásadách bariérové péče a kým jsou proškoleny. Většina sester odpověděli 1x krát za rok. Respondenti uvedli, že jsou proškoleny vrchní sestrou nebo staniční sestrou, ale také dodali přes počítač a děláním e-learningových testů. Další kategorií jsou pomůcky, kde jsem mapovala, jaké pomůcky používají na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení. Respondenti se shodli na rukavicích a ústence, která se používá u každého pacienta, uvedli také zástěry, čepice, plášť, štít, galoše, brýle a návleky. Třetí kategorií je rozdíl v ošetrovatelské péči. Z odpovědí respondentů vyplývá, že největší rozdíl je v tom, že používají boxový systém, dodržuje se bariérová ošetrovatelská péče, ale je také respondent, který nemůže posoudit rozdíl ošetrovatelské péče. V kategorii nejčastější onemocnění odpovídali: jaký onemocnění se vyskytují nejčastěji. Všichni respondenti se shodli na ortopedické onemocnění a neuroinfekce. Dále můžeme, zahrnou spondylodiscitidy, sepse, průjmové onemocnění a další. Odpovědi v další kategorii se velice liší, každý z respondentů přistupuje při příjmu jinak. Tuto kategorií se rozdělila na dvě podkategorie jak a v čem. Při odpovědích na otázku jak odpovídali, že přistupují hodně infekčně, nejdříve pacient a pak až administrativu. V oblasti hlášení se respondenti shodli na žloutence,

salmonelóze a pak na dalších onemocněních. Sester na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení jsem se ptala na dokumentaci, kterou používají, zda se liší. Jediný co jsem neslyšela je tzv. bakteriologický passport, jinak ostatní věci používají na všech odděleních. Ošetrovatelské diagnózy jsou potřebné v dnešním ošetrovatelském procesu.

Z výzkumné šetření vyplývá, že sestry na jednotce intenzivní péče dodržují více ošetrující bariérovou péči, používají více pomůcek při své práci. Svoji práci zde považují za náročnou. Bylo zjištěno, že se některé odpovědi mezi respondenty liší.

Výsledky práce mohou posloužit jako podklad pro informační brožuru, která je určena jak zdravotnickému personálu, tak široké veřejnosti. Tato problematika je v poslední době velmi aktuální.

Klíčová slova: Infekce, jednotka intenzivní péče, bariérová péče, izolace.

Abstract

The bachelor thesis deals with the specifics of a nurse in the intensive care unit of the Department of Infectious Diseases.

Nursing itself is based on facts that we have to be able to substantiate, and it has to be validated and used in practice. Nursing connects itself very much with nursing plan and its implementation, but also with nursing diagnoses. Nursing diagnoses are determined by the nurse according to the problem that the patient has. The intensive care unit of the Department of Infectious Diseases has to follow the barrier to care very hard.

The barrier to care involves disinfection, sterilization, proper hand hygiene and finally the use of available personal protective equipment. Not only the Department of Infectious Diseases, but other Departments should follow the barrier to care to prevent formation of nosocomial infections. Nosocomial infections are one of the causes complicating treatment. Lower respiratory tract infection or surgical site infection are considered serious complications. Nowadays, the main infections include diarrhoea diseases, MRSA, which are solved very often. Isolation should be imposed upon detection of infection. Isolation is one of the basic assumptions how to prevent transmission of infection to other patients. Travelling to foreign countries and migration crisis has resulted in a new and unknown disease. Nowadays, Zika virus and Ebola infection are highly discussed.

One goal was set in the research part:

Find out the specifics of a nurse in the intensive care unit of the Department of Infectious Diseases

The objective research questions were raised:

What are the specifics of a nurse in the intensive care unit of the Department of Infectious Diseases?

What are the most often diseases that nurses meet in the intensive care unit of the Department of Infectious Diseases?

Which diagnoses are the most often that nurses meet with in the intensive care unit of the Department of Infectious Diseases?

How do nurses perceive the complexity and difficulty of their work in the intensive care unit of the Department of Infectious Diseases?

The empirical part was processed by semi-structured interviews, which were recorded and transcribed. The research sample consisted of nine nurses working in the intensive care unit of the Department of Infectious Diseases.

Interviews were transcribed verbatim and coded. For coding, 10 categories came and one table. The categories are: training of barrier to care, equipment, the difference in nursing care, the most common disease, the approach of income, share of anamnesis and physical examination, reporting, documentation, work intensity, nursing diagnoses. Subcategories were created from all these categories. In the first category of training of barrier to care, nurses reported how often they are trained in the principles of barrier to care and by whom they are trained.

Most nurses responded that they are trained once a year. Respondents said they are trained by the chief nurse or a ward sister, but they also added that they are trained via computer and by doing e-learning tests as well. Another category is equipment, where I mapped, what tools are used in the intensive care unit of the Department of Infectious Diseases. Respondents agreed on gloves and surgical mask, used for each patient. They also mentioned aprons, surgical caps, gowns, shields, overshoes, glasses and shoe covers. The third category is the difference in nursing care. The respondents' answers indicate that the biggest difference is that they use boxing system, barrier to

nursing care is complied. But there is also a respondent who cannot judge the difference of nursing care.

In the category of common diseases, they answered: what diseases occur the most often. All respondents agreed on orthopaedic diseases and neuroinfections. Furthermore, we can include spondylodiscitis, sepsis, diarrhoea diseases and others. Responses in another category vary greatly, each respondent has a different attitude while incoming a patient. This category is divided into two subcategories how and in what way. To answer the question how, they answered that they access according to the infection, a patient comes first and then the administration. In the report, respondents agreed on hepatitis, salmonellosis, and then on other illnesses. Nurses in the intensive care unit of the Department of Infectious Diseases were asked for documentation which they use, if they are different. The only thing I did not hear is so-called bacteriological passport, other things are used in all Departments. Nursing diagnoses are needed in today's nursing process.

The research survey shows that nurses in the intensive care unit follow more barrier to nursing care, use more personal protective equipment in their work. Their job is considered challenging. It was found that some responses differ among respondents.

The results can serve as a basis for an information booklet, which is determined for both the medical staff and the general public. This issue is very topical lately.

Keywords: infection, the intensive care unit, barrier to care, isolation, reports

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15.8. 2016

.....

(Denisa Jakoubková)

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Janě Maňhalové za trpělivost, za to že mi věnovala svůj čas a za drahé rady při psaní. Mgr. Monice Kyselové, MBA za povolení výzkumného šetření v nemocnici České Budějovice a.s. V neposlední řadě sestrám z jednotky intenzivní péče infekčního oddělení za ochotu a vstřícnost.

Obsah

1. ÚVOD

1	SOUČASNÝ STAV	13
1.1	OŠETŘOVATELSTVÍ	14
1.1.1	DEFINICE OŠETŘOVATELSTVÍ	14
1.1.2	KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ.....	14
1.2	VZDĚLÁVÁNÍ SESTER	15
1.3	OBECNÉ POZNATKY	16
1.4	OBECNÉ POJMOSLOVÍ	17
1.5	PŮVODCI INFEKČÍ A PŘENOS	17
1.5.1	PŮVODCI INFEKČÍ	17
1.5.2	PŘENOS INFEKČÍ	18
1.6	BARIÉROVÁ PÉČE	19
1.6.1	DEZINFEKCE	19
1.6.2	STERILIZACE	20
1.6.3	HYGIENICKÉ MYTÍ RUKOU	21
1.7	SPECIFIKACE PRÁCE SESTRY	22
1.7.1	ORGANIZACE PRÁCE SESTRY NA INFEKČNÍM ODDĚLENÍ	22
1.7.2	OPATŘENÍ PŘI VÝSKYT INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ	28
1.7.3	INFEKČNÍ NEMOCI	29
1.7.4	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	32
2	CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
2.1	CÍL PRÁCE	34
2.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
3	METODIKA	35
3.1	METODIKA VÝZKUMU	35
4	VÝSLEDKY	37
4.1	VÝSLEDKY ROZHOVORŮ	37
5	DISKUSE	60

6	ZÁVĚR	64
7	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	66
8	PŘÍLOHY	69

Seznam použitých zkratek

Dis. – Diplomovaný specialista

Bc. - Bakalář

MRSA – Methicilin rezistentní zlatý stafylokok

ESBL - Extended-spectrum beta-lactamases

SZO – Světová zdravotnická organizace

BSL – Biological safety level

TZV - Takzvaný

PŽK – Periférní žilní kanyla

CŽK – Centrální žilní kanyla

UPV – Umělá plicní ventilace

JIP – Jednotka intenzivní péče

MAX - Maximální

GUSS – Gugging swallowing screen

PEG – Perkutánní endoskopická gastrotomie

EKG - Elektrokardiografie

HIV – Human imunodeficiency virus

TBC - Tuberkulóza

ICP – Intracraniální tlak

WHO – World health organization

ECDC – European centre for disease prevention and control

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome

KO – Krevní obraz

HbSAG – Povrchový antigen viru hepatitidy B, diagnostika hepatitidy B

ÚVOD

„Sestra má být ve svém povolání dobrou odbornicí a v životě ušlechtilým člověkem“.

Marie Jitka Nápravníková – Pazourková

Cestování a migrační krize přináší další vlnu infekčních onemocněních.

Onemocnění, které proudí v souvislosti s migrační krizí nemůžeme ovlivnit, ale nemoci, které souvisí s cestováním ano. Očkování je ta správná věc, kterou by lidé neměli podceňovat. Velké množství lidí si myslí, že očkování nepotřebuje make omyl je pravdou. Očkování se v České republice doporučuje, zde je i velký výběr očkovacích látek. Vždyť ani dítě bez očkování nevezmou do školky. Všechny nemoci ať už z ciziny nebo České republiky spojuje jedna věc a to, že jsou infekční. Následky onemocněních mohou být jen lehké, ale mohou skončit i smrtí. Velké množství onemocnění začínají obyčejnými příznaky. Neuroinfekce, infekce spojené s operačním výkon, průjmové onemocnění nebo nemoci spojené s cestováním jsou zástupci, které se vyskytují na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení. Na tomto oddělení se musí zásadně dodržovat ošetřovatelská bariérová péče. Dezinfekce, sterilizace, ochranné pomůcky tyto věci zásadně spojuje dobrou bariérovou péči. Ke správné léčbě patří izolace pacienta na samostatném pokoji. Pro vysoce nakažlivé nemoci by měli být vyhrazeny speciální boxy.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala „Specifika práce sestry na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení“. Téma jsem si vybrala hlavně kvůli tomu, že je velmi zajímavé. Druhým důvodem je migrační krize, která je v současnosti velmi skloňována i v souvislosti s infekčními nemocemi.

Hlavním cílem výzkumu je zjistit specifika práce sestry na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení. Výzkumné šetření bylo prováděno pomocí polostrukturovaných rozhovorů na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích a.s. Výstup z výzkumného šetření je vytvoření brožury pro sestry, ale tako pro laickou veřejnost.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 OŠETŘOVATELSTVÍ

1.1.1 Definice ošetřovatelství

Žiaková (2009) uvádí, že ošetřovatelství je vědní disciplína, která je založena na samostatné práci sestry, spolupráci s lékaři a ostatním zdravotnickým personálem. Poznatky v ošetřovatelství vyžadují znalosti, dovednosti i správné postoje. Ošetřovatelství má také své metaparadigma, neboli předmět zkoumání, který v sobě zahrnuje osobu, zdraví, prostředí a ošetřovatelskou péči. Současné době zahrnuje ošetřovatelství a realizaci ošetřovatelského procesu. Obojí vychází z vědeckých poznatků (Plevová, 2011).

Definice ošetřovatelství je nespočet, vybrat tu nejpřesnější a tu, která nejvíce definuje ošetřovatelství, je těžké. Plevová (2011) definuje ošetřovatelství jako samostatnou vědeckou disciplínu zaměřenou na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Zaměřuje se nejvíce na podporu zdraví, navrácení zdraví, zmírnění utrpení, důstojnou smrt, zvýšení soběstačnosti. Na ošetřovatelství se výrazně podílí prevence, diagnostika, terapie a rehabilitace. Ošetřovatelství provádí ošetřovatelský personál, který uspokojuje potřeby nemocných, edukuje nemocné a vede je k větší soběstačnosti. Ošetřovatelská péče je poskytována jednotlivcům, rodinám, ale také skupinám osob (Věštník, 2004)

1.1.2 Koncepce ošetřovatelství

Ve Věstníku čísla 9/2004 je uvedena koncepce ošetřovatelství. Ošetřovatelství, která by měla respektovat doporučení Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, směrnice Evropské unie, Evropské komise, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek. Všechny tyto dokumenty udávají další vývoj ošetřovatelství v 21. století. Koncepce určuje jednotný postup poskytování ošetřovatelské péče jak v lůžkových, ambulantních, tak i v sociálních zařízeních. Dle ministerstva zdravotnictví je to soubor odborných činností zaměřených na prevenci,

podporu a navrácení zdraví. Koncepce ošetrovatelství dále uvádí, že je nutné vést zdravotnickou dokumentaci. Ministerstvo zdravotnictví ve své koncepci uvádí: „Koncepce ošetrovatelství je základním východiskem pro tvorbu koncepcí ošetrovatelství v jednotlivých klinických oborech.“

(http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/koncepce-oseetrovatelstvi_9584_3196_3.html)

1.2 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER

Vzdělávání v oboru všeobecná sestra je velmi důležité kvůli teoretickým znalostem i praktickým dovednostem. Aby člověk mohl začít studovat obor všeobecné sestry, musí úspěšně absolvovat devítiletou školní docházku. Po základním vzdělání může odejít studovat na gymnázium nebo střední odbornou školu. Když student odmaturuje na střední zdravotnické škole, může začít pracovat ve zdravotnických zařízeních jako zdravotnický asistent pod odborným dohledem. Po střední škole však může ve studiu pokračovat na vyšší odborné škole zdravotnické nebo na škole vysoké, která má akreditovaný daný obor, kde je možné získat vysokoškolský titul. Na vyšší odborné škole absolvent dosáhne titulu DiS. (diplomovaný specialista), naopak vysoká škola je zakončena titulem Bc., Mgr., a Ph.D. Absolvent, který získá jeden z uvedených titulů, může pracovat bez odborného dohledu (Kapounová, 2007).

U vzdělávacích oborů „Všeobecná sestra“ a „Diplomovaná všeobecná sestra“ je standardní doba studia 3 roky, jsou dané i hodiny teoretické výuky, které jsou stanoveny 4 600 hodin. Vyšší odborné školy se ukončují absolutorium, které se skládá z obhajoby absolventské práce, teoretické zkoušky a zkoušky z cizího jazyka. Vysoká škola se završuje státní závěrečnou zkouškou, která zahrnuje obhajobu bakalářské práce, zkoušku z teorie ošetrovatelství, z ošetrovatelství v klinických oborech a humanitních věd. (Kapounová, 2007).

Věstník č. 9/2004 uvádí, že zdravotnickou a ošetrovatelskou péči zajišťují pracovníci, kteří jsou vázáni na koncepci, která je vymezena zákonem a právním předpisem. Zákon č 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o

nelékařských zdravotnických povoláních). Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tato vyhláška spolu se zákonem udávají, že zdravotničtí pracovníci mohou po získání vysokoškolského titulu pracovat bez odborného dohledu.

Po získání vysokoškolského titulu se sestry vzdělávají ve specializacích. Specializační vzdělávání lze získat pouze u oboru, které jsou akreditovány Ministerstvem zdravotnictví. Zákon č. 31/2011 je nařízení vlády o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Obory, které se řadí do specializačního vzdělávání, jsou například intenzivní péče, perioperační péče, ošetrovatelská péče ve vybraných oborech (metodická vyhláška, 2005).

1.3 OBECNÉ POZNATKY

Významnou domněnkou je fakt, že infekční nemoci časem vymizí, ale opak je pravdou. Infekční onemocnění se objevují čím dál tím více, k čemuž přispěla i možnost cestovat i do států, které nám byly ještě před několika lety úplně cizí. V těchto státech je mnoho infekčních chorob, které jsou neznámé. V dnešní moderní sféře mikrobiologické diagnostiky můžeme říci, že se objevují i nově diagnostikovaná infekční onemocnění, která se buď již vyskytovala, ale nebyla diagnostikována, nebo se dříve vůbec nevyskytovala. Ještě před několika lety jsme vůbec neznali například Lymeskou boreliózu, původce virových průjmů nebo Kawasakiho syndrom (Dostál, 2008).

V České republice se nejdříve infekční problematice věnovali internisté Josef Thomayer a Josef Pelnář Největší rozmach v dané problematice nastal až po druhé světové válce. Profesor Jaroslav Procházka je považován za zakladatele samostatného oboru infektologie. Již v 50. letech 20. století bylo zahájeno plošné očkování, které vedlo k vymýcení několika těžkých a nakažlivých chorob, jako jsou obrna nebo záškrť (Rozsypal, 2013).

Infekční onemocnění postihuje jakýkoliv orgán v lidském těle, může postihnout všechny věkové kategorie od novorozenců až po seniory. Na vzniku a rozvoji

infekčního onemocnění se podílí několik faktorů. Nemoci infekčního původu mají nějaký zdroj, cestu, průběh a formu (Navrátil, 2008).

1.4 OBECNÉ POJMOSLOVÍ

Infekce je nákaza, interakce mezi mikroorganismy a makroorganismy. Kontaminací se rozumí zanesení mikrobů na povrch předmětů. Nosičství zdůrazňuje nebezpečnost této situace pro člověka, žijícího v blízkosti nositele. Kontagiozita znamená nakažlivost, míru nakažlivosti či přenosnosti u infekčních onemocnění. Patogenita je choroboplodnost, schopnost agens vyvolat onemocnění. Mikroorganismus označuje jednoduché organismy, které nevidíme pouhým okem. Inkubační doba je časový úsek od vstupu agens po objevení prvních příznaků. Prevalence představuje počet nakažených k určitému datu k celkovému počtu osob v populaci. Mortalita znamená úmrtnost – počet zemřelých v daném období na danou nemoc. Epidemie je nárůst počtu onemocnění. Naopak pandemie znamená, že nemoc zasahuje více států. Pod pojmem izolace si můžeme představit více možností, ale v souvislosti s infekčními chorobami znamená oddělení nemocného od ostatních pacientů (Beneš, 2009). Výskyt můžeme ještě dělit na sporadický, což znamená výskyt ojedinělý, a výskyt endemický, ten znamená, že onemocnění je na ohraničeném území (Podstatová, 2009).

1.5 PŮVODCI INFEKČÍ A PŘENOS

1.5.1 Původci infekcí

Infekce je nejčastěji vyvolána mikroorganismy. Mikroorganismy nevidíme pouhým okem, ale pomocí mikroskopu. Do řady mikrobů patří bakterie, viry, mikroskopické houby. Bakterie můžeme definovat jako nejjednodušší jednobuněčné mikroorganismy, které mají v průměru pouhou jednu tisícinu milimetru. Mezi nejmenší bakterie patří chlamydie a naopak rickettsie patří mezi největší viry. Bakterie má několik tvarů může být kulovitý, tyčinkový, vláknitý, zakřivený a větvený. Bakterie můžeme dělit dle zbarvení na grampozitivní a gramnegativní. Nejmenší bezbuněčné organismy jsou viry. Viry se neumí množit, vždy jsou závislé na hostitelské buňce.

Lidská onemocnění jsou schopna vyvolat také houby. Nejčastěji kvasinky nebo plísně (Rozsypal, 2013).

Zdrojem nákazy jsou většinou nemocní lidé, bacilonosiči, zvířata a prostředí. Nemocný člověk je nejčastějším a většinou i nezávažnějším zdrojem nákazy. Člověk, který je na vrcholu choroby, je nejvíce infekční. Bacilonosič nebo nosič je člověk, který nemá žádné projevy, ale mikroorganismy v něm přežívají. Nákaza se může držet ve slinných žlázách, dutině ústní, dutině nosní, močových cestách, ale nejvíce nebezpečná nákaza je v krvi. Zvířata nejčastěji předávají infekci lidem, kteří s nimi pracují. V České republice je nejčastějším onemocněním salmonelóza. Zvířata jsou většinou zdrojem nákazy z důvodu onemocnění slintavkou, kulhalkou nebo prasečím morem. (Podstatová, 2009).

1.5.2 Přenos infekce

Emidemiologie znamená proces šíření nákazy a výskyt daného onemocnění. Nejvýznamnější vlastností je přenos infekčních onemocnění z člověka na člověka, u zoonóz je přenos ze zvířat na člověka. Tento proces se skládá ze tří základních částí, mezi které patří zdroj původce, přenos původce a vnímání organismu. Přenos má několik cest, některé cesty přenosu jsou typické, můžeme je dělit na přímý a nepřímý. Přímým máme na mysli kontakt, ať už je to dotyk, polibek, sexuální styk, nebo kousnutí. Naopak nepřímý je charakterizován prostřednictvím vnějších faktorů. V souvislosti s nepřímým přenosem je nutné zmínit také pojem ingesce, což znamená polknutí kontaminované vody nebo potravin. Ke kapénkové nákaze dochází pomocí inhalací. (Rozsypal, 2013).

Nozokomiální infekce je přenos nákazy v nemocničním zařízení. Specifické nemocniční infekce, které jsou většinou spojeny s diagnostickým a terapeutickým výkonem. Jsou však známy i nákazy nespecifické, které můžeme definovat jako hromadné, jako příklad můžeme uvést chřipku v epidemickém výskytu. Výskyt nozokomiálních infekcí závisí na době pobytu a na oddělení, kde se v danou chvíli nachází. Vysoký výskyt nozokomiálních nákaz se objevuje na jednotkách intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Rozsypal (2013) uvádí, že na těchto

dvou odděleních se vyskytuje až ve 25 %, naopak díky přísné hygieně se skoro vůbec neobjevují na oddělení infekčním. Mezi nejčastější místa, která postihují nozokomiální infekce, patří chirurgické rány, sputum, moč, stolice. Rotavirové, klostridiové infekce patří mezi nejčastější. Člověka, který má nozokomiální infekci je nejdříve izolován od ostatních, musíme používat ochranné pomůcky, umývat si ruce, důsledně likvidovat odpad, používat v dostatečném rozsahu sterilní pomůcky a jednorázové pomůcky. Nejdůležitějším momentem léčby je podání antibiotik. Všechny nákazy, které vzniknou v nemocničním zařízení, se hlásí na hygienickou službu (Rozsypal, 2013).

Ke vzniku nozokomiálních nákaz dochází mezi 48–72 hodinami, kdy se udává vznik nozokomiálních infekcí. Za nejvážnější se udávají infekce, které vznikají na dolních cestách dýchacích, infekce v místě operační rány, infekce močového ústrojí, které vznikají v souvislosti se zavedením močového katétru. K nejdůležitějším zásadám patří dodržování vhodné hygieny, mytí a dezinfekce rukou personálu, správný postup při zavádění invazivních vstupů. Důležitá je nejen hygiena rukou personálu, ale také využívání jednorázových pomůcek rukavic, ústenek, ochranného oblečení (Zadák, 2007).

Vyhláška ze dne 12. září 2012, o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče obsahuje paragrafy, které se týkají také hlášení a způsobů hlášení. Infekční onemocnění by měl hlásit lékař na hygienickou stanici (vyhláška 306/2012).

1.6 BARIÉROVÁ PÉČE

1.6.1 Dezinfekce

Bariérová péče patří mezi nejzákladnější prevenci nozokomiálních nákaz. Do bariérové péče zahrnujeme dezinfekci, sterilizaci, hygienické mytí rukou, manipulaci s prádlem, správné odběry biologického materiálu a úklid odpadu. (Rozsypal, 2013).

Dezinfekce je zničení všech nebo většiny mikroorganismů, kromě velmi odolných spór. Dezinfekci můžeme rozdělit do tří základních druhů fyzikální, chemická

a fyzikálně-chemická (Vytejková, 2011). Dezinfekce má také různé způsoby provádění, mezi ně zahrnujeme ponoření, otření a postřik. Fyzikální dezinfekci můžeme definovat jako dezinfekci, která je založena na vysoké teplotě a ultrafialovém záření. Fyzikální dezinfekce var v přetlakových nádobách, věci zde musí být nejméně 20 minut, var ve vodě zde jsou věci po dobu 30 minut. Ultrafialové záření se používá jako doplňková metoda (Kapounová, 2007).

Další dezinfekcí je chemická, která se využívá mnohem více než fyzikální. Dělíme ji na dva typy statické působení a cidní působení. Rozdíl mezi těmito dvěma způsoby je radikální. Statické působení znamená dočasnou ztrátu schopnosti množení, naopak cidní působení usmrcuje mikroorganismy trvale. Při dezinfekci se musí také dodržovat některé zásady, které nesmí být porušovány. Mezi ně patří příprava čerstvého dezinfekčního přípravku. Všechny nádoby musí být označené, pojmenované. Nejdříve dávkujeme vodu, pak až dezinfekční prostředek, nutné je také dodržování dezinfekčního programu. Pomůcky, které byly kontaminovány biologickým materiálem, se musí nejprve dekontaminovat. Ředění dezinfekčního roztoku musíme věnovat velkou pozornost. Zdravotnické zařízení si zpracovávají tzv. dezinfekční program (Kapounová, 2007). Program se zpracovává při asistenci epidemiologa. Přípravky, které se používají na dezinfekci, se vybírají pro všechny oblasti a mění se každých šest měsíců. Prostředky vybíráme na základě účinnosti (bakteriocidní, fungicidní, sporicidní), doby působení, způsobu použití, zápachu a dalších faktorů (Kapounová, 2007).

1.6.2 Sterilizace

Rošková (2012) ve svém článku uvádí, že „*Sterilizace je postup, při kterém se zneškodní všechny mikroorganismy i velmi odolný spór*“ (str.38). Sterilizaci dělí na dvě metody – metodu fyzikální a metodu chemickou. Největším cílem sterilizace je, aby zajistila co nejlepší úroveň. Veškeré pomůcky, které se používají k invazivním výkonům, musí být vždy sterilní. Každá sterilizace má nějakou předsterilizační přípravu kdy musí být kontrolován sterilizační proces a sterilizovaný materiál. Proces sterilizace se musí dokumentovat. Proces má tři základní fáze je to předsterilizační příprava, vlastní sterilizace a poslední fází je uložení sterilního materiálu. Pomůcky můžeme

rozdělit na jednorázové, které se nesmí sterilizovat, a máme je na jedno použití. Vždy, když se použijí, ukládají se do specializovaných obalů. Jednorázovými pomůckami jsou například použité injekční jehly, které se ukládají do kontejnerů, které jsou označeny. Ukládání pomůcek podléhá vyhlášce Ministerstva zdravotnictví 306/2012 Sb. Předsterilizační příprava zahrnuje dekontaminaci v myčkách nebo ruční mytí. Nejdříve se zahajuje vlastní dezinfekce v roztoku s virucidní účinností až pak se přechází k ručnímu mytí. Po dezinfekci se pomůcky oplachují vodou a osušují se. Materiál se dále balí do vhodných obalů, které materiál chrání před kontaminací, a ukládá se do sterilizátoru (Podstatová, 2009). Obaly dělíme na jednorázové a pevné. Jednorázové obaly jsou papírové, kombinované. Pevné obaly jsou kazety a kontejnery. Všechny vysterilizované obaly se označují datem sterilizace, datem expirace a kódem pracovníka, který sterilizaci prováděl (Wichsová, 2013).

Fyzikální sterilizace se provádí horkým vzduchem v horkovzdušných sterilizátorech, párou pod tlakem v autoklávech, varem pod tlakem a ionizačním zářením (Rošková, 2012). Kapounová (2007) uvádí, že v parních sterilizátorech se nesmí sterilizovat vlna, kůže, termolabilní plasty. Horkovzdušná sterilizace je nejvhodnější pro kovy, sklo, porcelán. Naopak není vhodná pro textil, obvazy, vaty atd. Sterilizace plazmou vyhovuje pro větší část lékařských nástrojů (Kapounová, 2007).

Chemická sterilizace je určena pro materiály, které nelze sterilizovat fyzikální metodou. Chemická sterilizace dále používá plyny, které jsou v předepsané koncentraci a složení. Sterilizace má dvě formy sterilizace Etylenoxidem a sterilizace Formaldehydem. Etylenoxid působí buď v přetlaku, nebo v podtlaku. Formaldehyd je naopak plynná směs formaldehydu a vodní páry (Wichsová, 2013).

1.6.3 Hygienické mytí rukou

Díky správné hygieně rukou můžeme předejít k šíření infekce při poskytování zdravotnické péče. U zdravotnického personálu je pravidelné a důkladné mytí rukou za použití dezinfekce a krému pro ošetření pokožky denní rutinou. Mytí rukou ve zdravotnictví je spojeno se jménem Dr. Ignaze Fülöpa Semmelweise. V roce 1847 zavedl mytí rukou před vyšetřením rodičky v chlorované vodě, ale v té době nenašel

obdiv u kolegů. V současnosti je to jedno z nejzásadnějších opatření před vznikem a šíření nemocí. Třemi nezbytnými faktory pro vznik a šíření infekce jsou původce a zdroj nákazy, cesta nákazy a vnímavý jedinec (Kohoutová, 2012). Světová zdravotnická organizace v roce 2009 vydala směrnici pod názvem Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a Summary. Česká republika jí uvedla v roce 2011 pod názvem Směrnice SZO – Hygiena rukou ve zdravotnictví. Směrnice uvádí postup při dezinfekci rukou (příloha č. 3), postup při mytí rukou (příloha č. 4), doporučení pro chirurgické mytí rukou a další (Směrnice SZO, 2011).

Mechanickou bariéru zajišťují jednorázové rukavice, které snižují riziko šíření mikroorganismů i riziko kontaminace. Ve zdravotnictví je několik druhů rukavic vyšetřovací, chirurgické sterilní a pro jiný druh práce (Jirkovský, 2012).

1.6 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY

1.6.1. Organizace práce sestry na infekčním oddělení

K infekčnímu oddělení jednoznačně patří vysoce nebezpečné nákazy. Infekční agens dělíme podle nebezpečí pro zdravotnický personál. Na ochranu kvalifikujeme biologický agens do čtyř základních skupin. Čtyři skupiny značí úroveň biologické bezpečnosti, což je tzv. Biological Safety Level, BSL. Ošetření pacientů vysoce nakažlivou chorobou probíhá v místnosti, kde je filtrační odsávací zařízení.

Sestra přijímá na infekční oddělení pacienta, který má již diagnostikovanou infekční chorobu nebo pacienta, který má známky infekčního onemocnění. Pacienta označí identifikačním náramkem, který označí jménem, příjmením, rokem narození a stanicí, kde je pacient hospitalizovaný (Podstatová, 2011). Pokud pacient souhlasí s hospitalizací, měla by být rodina informována ve stejném rozsahu. Pacienti mohou být hospitalizováni na standardní jednotce infekčního oddělení nebo na jednotce intenzivní péče. Tato jednotka má většinou několik pokojů v blízkosti sesterny. Infekční oddělení má obvykle dva vchody, jedním vchodem vcházejí pacienti, kteří budou hospitalizováni na infekčním oddělení, a druhým odchází po skončení léčby. Druhý vchod se též může používat jako vchod pro ambulantní pacienty (Kapounová, 2007). Infekční oddělení je vždy umístěno v samostatné budově, musí obsahovat část infekční

a neinfekční. Oddělení je členěno do tzv. boxového systému. Toto členění obsahuje maximálně tři lůžka (Slezáková, 2012). Sestra pečuje nejen o pacienta, který je přijímán na oddělení, ale také o jeho rodinu. Po základním vyšetření lékařem (odběr anamnézy, vždy epidemiologická anamnéza) sestra uloží pacienta na pokoj, kde leží pacienti se stejnou lékařskou diagnózou, nebo na izolovaný pokoj, kde bude pacient sám. Pacient při příjmu musí projít sanitárním filtrem, kde odevzdá prádlo, spodní prádlo, osobní věci. Na oddělení si pacient bere jen ty nejdůležitější osobní věci (Slezáková, 2012). Při uložení pacienta na pokoj si sestra všimá soběstačnosti, pohyblivosti, vyprazdňování (zda například nemá zaveden močový katétr, stomický sáček, nefrostomie), výživy. Sleduje, zda pacient netrpí bolestí, aby popřípadě založila záznamový list bolesti. Dále sleduje poruchu kožní integrity, smyslový nebo tělesný handicap. Pacient, který přichází na infekční oddělení, může mít kompenzační pomůcky zubní protézu, brýle, berle (Rozsypal, 2013). Sestra také stanovuje tzv. ošetrovatelský plán a jeho realizaci. Ošetrovatelský proces je série plánovaných činností a všechny tyto činnosti směřují k jednomu výsledku. V praxi se setkáváme s pětifázovým procesem. Do procesu zahrnujeme zhodnocení pacienta, diagnostiku, plánování, realizace a vyhodnocení (Tóthová, 2009). Tóthová, 2009 uvádí, že „*Realizace ošetrovatelského procesu umožní, abychom reagovali na aktuální i potencionální problém jedince a aby se vše odrazilo v individualizovaném plánu ošetrovatelské péče*“ (str. 27).

Izolace u infekčních pacientů je nezbytně nutná, jelikož by mohli nakazit další pacienty. Pokoj, kde leží pacient na izolaci, musí sestra označit nápisem „Zvýšený hygienický režim“. Zdravotnický personál musí dodržovat zásady zavírání dveří, pacientovi je důrazně zakázáno pohybovat se mimo izolaci. Do pokoje, který je v izolaci, vstupujeme v ochranných a jednorázových pomůckách (empír, obličejová maska, rukavice) tyto pomůcky je po návštěvě nutné vyhodit do pytle infekčního materiálu, který musí být umístěn v blízkosti pokoje. Před pokoj umístíme hadr, který je navlhčen dezinfekčním roztokem. Zdravotnický personál nesmí zapomínat na dezinfekci rukou před a po ošetřování pacienta. Diagnostické výkony provádíme jen při 100% dodržení režimového opatření (jednorázové pomůcky, prádlo, roušky). Po ukončení hospitalizace se provádí ohnisková dezinfekce (Kapounová, 2007). Rodina

pacienta může na návštěvu jen po konzultaci s ošetřujícím lékařem, přímý vstup je zakázán dětem do 12 let a těhotným ženám. Pomocný personál provádí úklidové práce několikrát denně (Černý, 2008).

Sestra na sesterně pacienta napíše na orientační tabuli, zapíše ho do knihy příjmů, zadá dietu do centrální kuchyně. Zdravotnická dokumentace shromažďuje veškeré informace o pacientovi, jeho nemoci, výsledcích. V dokumentaci najdeme také organizační část, což znamená, co s pacientem plánujeme. Do základních informací, které jsou obsažené v dokumentaci, patří anamnézy, vyšetření, diagnózy, léčba a osobní údaje (Rozsypal, 2013). Do dokumentace dále patří speciální záznamy péče jako například záznam nutričního terapeuta, záznam rizika pádu. Pacienti musí podepsat informovaný souhlas s hospitalizací a souhlas, komu budeme podávat informace o zdravotním stavu. Jedním z hlavních listů je hlášení hlavnímu hygienikovi (Jirkovský, 2012). Důležitým nástrojem podávání informací je již zmíněný informovaný souhlas. Za rozsah informací, které poskytneme je zodpovědný ošetřující lékař (Haškovcová, 2007). Chorobopis je základní dokument pacienta, tento list obsahuje osobní údaje, datum přijetí na oddělení, diagnózu. Dále chorobopis obsahuje anamnézu, přítomný stav, diagnózu, dietu, pohybový režim, léky, záznam odběrů biologického onemocnění, záznamovou kartu o vyšetřeních, záznam monitorace vitálních funkcí. Do chorobopisu patří též denní záznam tzv. dekurz, teplotní tabulka, příjmová ošetřovatelská anamnéza, ošetřovatelský plán, analgetický list, edukační listy (Rozsypal, 2013).

Sestra při každém příjmu vyplňuje tzv. ošetřovatelskou dokumentaci, v níž se ptá na potřeby nemocného. Ošetřovatelské diagnózy nesmějí chybět u žádného přijatého pacienta. Některé diagnózy již pacient má, další mohou být potenciální. Pomocí ošetřovatelských diagnóz stanovujeme intervence, čili úkony a činnosti, které jsou náplní ošetřovatelské péče o jednotlivé pacienty. Na infekčním oddělení jsou některé diagnózy obvyklé mezi ně patří hypertermie, akutní bolest, průjem, dehydratace, zmatenost, neschopnost udržet spontánní ventilaci, poruchy spánku, porucha sebepéče. Vyskytují se však i diagnózy méně obvyklé nedostatečná výživa. Sestry musí také vyhodnocovat potenciální diagnózy „rizika“, většinou se stanovuje riziko pádu, infekce, dekubitů. Stanovujeme cíle, které chceme splnit za dobu

hospitalizace a po dimisi ukončujeme ošetrovatelský plán. Ošetrovatelský plán je určen vždy individuálně, jelikož každý pacient má jiné potřeby (Rozsypal, 2013).

Pacienti, kteří jsou hospitalizováni na jednotce intenzivní péče, musí být také vyšetřováni a ošetřováni. Je několik bodů, které nesmí být porušeny. Patří sem dodržování aseptických metod a postupů, provádění hygieny rukou. Je nutné předem informovat zdravotnický personál, který bude provádět vyšetření. U výkonů, které jsou prováděny v souvislosti s poruchou kožní integrity, musíme volit vhodné jednorázové pomůcky a ochranné pomůcky. S pomůckami, které jsou na více použití, musíme zacházet opatrně. Při každé kontaminaci biologickými materiály musíme provést okamžitou dekontaminaci (Podstatová, 2011).

Sestry, jak již bylo uvedeno výše, musí zhodnotit vitální funkce, čili dýchání, krevní oběh a vědomí. Při porušení dýchacích cest sestra aplikuje kyslík pomocí kyslíkové masky nebo kyslíkových brýlí, popřípadě je pacient zaintubován. Pomocí elektrod, manžety a čidel monitoru sledujeme parametry vitálních funkcí. Sestry zajišťují žilní přístup buď jako PŽK, nebo CŽK. U pacientů s infekčním onemocněním se většinou doporučuje klidový režim. Hospitalizovaní, kteří jsou v bezvědomí nebo na UPV, se první dny nepohubují, nechávají se ležet na zádech. U pacientů, kteří jsou agresivní a neklidní, musíme předpokládat, že budou opouštět lůžka, vytrhávat si invazivní vstupy. Naopak lidé, kteří trpí významným handicapem, musí být polohováni, aby nevznikly dekubity. Rehabilitace se doporučuje u pacientů, kteří jsou upoutáni na lůžku. K tomu, aby se pacient brzy uzdravil, napomáhá i dostatečný příjem tekutin a správná výživa (Rozsypal, 2013). Pro správnou výživu je nezbytné dodržovat správnou energetickou hodnotu, podávat mnohostrannou a obměňovanou stravu, podávat dostatek vhodných tekutin okolo 1,5–2 litrů (Trachtová, 2010).

Sestra musí sledovat také vyprazdňování a močení. U močení sleduje diurézu a bilanci příjmu tekutin. Diurézu měří většinou po 2 až 3 hodinách. O vyšší obrát tekutin je vždy usilováno u pacientů, kteří jsou hospitalizováni na JIP infekčního oddělení. U stavů, které jsou spojené s vyšší diurézou a musí se nahrazovat krystaloidy mezi, které patří Fyziologický roztok, Ringer roztok, Darow roztok, Harman roztok a 5% Glukosa. Hodně pacientů na JIP má zavedenou permanentní močovou cévku.

Foleyův katétr u mužů zavádí lékař nebo specializovaná sestra. U žen PMK zavádí výhradně sestra, cévky mají různé velikosti. Mezi hlavní indikaci zavedení PMK na jednotce intenzivní péče patří sledování přesné diurézy za 24 hodin (Vytejšková, 2013). Vytejšková, 2013 ve své knize uvádí, že „*Pokud je PMK zaveden po dobu max. 14 dní, hovoříme o krátkodobé permanentní katetrizaci močového měchýře, pokud je katétr v místě déle než 14 dní, jedná se o dlouhodobou katetrizaci močového měchýře. Jiné zdroje považují zavedení po dobu max. 7 dní za krátkodobou, nad 28 dní za dlouhodobou permanentní katetrizaci s tím, že pro období mezi 8-28 dny není terminologie ujednocena*“ (str. 133). S tímto souvisí i správná péče o permanentní močovou cévku, jelikož infekce představuje specifický problém (Rozsypal, 2013). Se zavedením permanentního močového katetru se můžeme setkat s možnými komplikacemi. Mezi ně patří například infekce močových cest, epididymitis u mužů, obstrukce močového katétru, hematurie, bolestivost (Vytejšková, 2013). Na vyprazdňování sleduje sestra většinou počet stolic, barvu, množství, příměsi a další faktory (Černý, 2008). Laxativum, glycerinový čípek a klyzma může lékař naordinovat pacientovi, který neměl dlouho defekaci (Rozsypal, 2013). Stolici také ovlivňují různé faktory, můžeme mezi ně zařadit množství přijatých tekutin, složení přijímané stravy, věk, psychický stav, tělesnou aktivitu, polohu při vyprazdňování, užívání některých léků. Komplikace, které souvisí s vyprazdňováním stolice, jsou zácpa, průjem a inkontinence stolice. Ve stolici se mohou objevit příměsi krve, hlenu, nestrávené části potravy, části parazitů (Vytejšková, 2013).

Výživa má velký vliv na vyprazdňování. Při infekčních nemocech dochází k zřetelnému porušení trávení, zvýšené spotřebě energie, zvýšenému pocení a potřebě tekutin. Struktura, složení a množství stravy by se měly přizpůsobit nárokům těla. Nechutenství, dyspeptické obtíže, porucha vědomí a únava patří mezi aspekty, které se musíme snažit překonat. U pacientů, kteří mají horečky, by se měla podávat lehce stravitelná potrava a dostatek tekutin. Do ošetrovatelského plánu zahrnujeme také sledování stravovacích návyků. Výživu dělíme na parenterální a enterální. Sestra sleduje několik aspektů, které by měly předcházet zavedení vyživovacích sond nebo parenterální výživy (Rozsypal, 2013). Lékař může indikovat tzv. GUSS test. Tento

test se dělá u pacientů, u nichž je předpoklad, že bude porucha polykání. Enterální výživa je velmi efektivní a strava se velmi dobře snáší. Nejlepší snášenlivost je při podávání výživy kontinuálně po dobu 24 hodin. Enterální výživa může být indikována u pacientů s akutní pankreatitidou, poruchou polykání, může být indikována pacientům s nutriční péčí před transplantací kostní dřeně a po ní, pacientům se sepsí a dalšími onemocněními. Parenterální výživa se využívá u pacientů, kteří netolerují enterální výživu. Malnutrice, malabsorpce, ileus, polytrauma, popáleniny, jaterní a renální selhání toto všechno patří mezi indikace parenterální výživy. Parenterální výživu můžeme dělit dle formy, podání, složení. Multi bottle systém a systém all in one jsou „tzv. systémy, vše v jednom“. Výživa se podává většinou do periferní končetinové žíly anebo do centrální žíly. Parenterální výživu můžeme podávat jako doplňkovou, totální výživu nebo tzv. „disease specific“. Vena jugularis interna, externa, vena subclavia, cephalica, femoralis patří mezi nejvíce používané žíly pro parenterální výživu (Zadák, 2008). U enterální výživy se nejčastěji používá nazogastrická sonda, dále se může zavést tzv. PEG, neboli perkutánní endoskopickou gastrostomii. Vyskytují se však i nemoci, u nichž dané sondy nesmí být zavedeny. Náhlé příhody břišní, krvácení do gastrointestinálního traktu, atonie žaludku a střev to vše patří mezi kontraindikace zavedení sondy. Jako u všech výkonů, i zde mohou nastat. Komplikace mohou být následující ucpání sondy, reflux potravy, perforace jícnu při zavedení. Na začátku aplikace výživy začínáme 50 ml čaje á 3 hodiny, při dobré toleranci můžeme pak podávat dávky okolo 50–250 ml á 3 hodiny. Samozřejmě sledujeme odpad ve sběrném sáčku (Rozsypal, 2013).

Na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení se musí pacienti monitorovat pomocí monitorovacího zařízení. Do vybavení JIP zahrnujeme monitorování kardiovaskulárního systému, respiračního systému a monitorace tělesné teploty. Do kardiovaskulárního systému patří sledování EKG křivky, arteriální krevní tlak, centrální žilní tlak. Dechová frekvence, pulsní oxymetrie, kapnometrie, monitorování průběhu umělé plicní ventilace. Toto vše tvoří základ u respiračního systému. Tělesnou teplotu měříme pomocí teploměru nebo pomocí PMK (Rozsypal, 2013).

Podstatová (2011) ve svém článku uvádí, že při ošetřování pacienta s infekčním onemocněním je nesmírně důležité používat jednorázové pomůcky v největší možné míře. Veškerá zdravotnická dokumentace musí být prováděna vždy mimo pokoj. Biologický materiál se odebírá pravidelně.

Žádné zvláštní opatření není u úmrtí, převozu nebo pitvě infekčního pacienta. Výjimkou jsou pacienti s pozitivním HIV a pozitivní TBC. Při úmrtí pacienta s pozitivním HIV nebo TBC se označí tělo pacienta dle standartu a je zabaleno do dvou prostěradel. Prostěradlo se musí svázat nad hlavou a pod dolními končetinami. Takto zabalený pacient se vkládá do speciálního igelitového vaku. Dokumentace se vždy posílá s pacientem. Pacient také musí být označen červeným nápisem „Infekční“. (Podstatová, 2011).

V dnešní době se dá očkovat proti většině infekčních onemocnění. Tuto metodu řadíme do tzv. primární prevence. Dá se dělit na pravidelná, zvláštní, mimořádná, očkování na žádost osob a pro pobyt v zahraničí. Pravidelné očkování je zařazeno do celoplošných pravidelných programů. Proti tuberkulóze, virové hepatitidě B a vzteklině se očkuje u lidí, kteří jsou vystaveny nebezpečí nákazy. Do mimořádných je zařazena vakcinace proti chřipce, toto očkování nařizuje hlavní hygienik. V případě virová hepatitidy A a klíšťové meningoencefalitidy hovoříme o očkování na žádost osob. Když se cestuje do zahraničí, můžou se lidé nechat naočkovat proti břišnímu tyfu nebo žluté zimnici (Husa, 2011).

1.6.2. Opatření při výskytu infekčního onemocnění

Hlášení infekčních onemocnění spravuje vyhláška 306/2012 Sb., o podmínkách předcházející vzniku a řízení infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Vyhláška obsahuje způsob a rozsah hlášení infekčních onemocnění s výjimkou nemocničních nákaz. Všechna infekční onemocnění se hlásí hlavnímu hygienikovi. Hlášení infekčních nemocí je povinné. Lékař, který hlásí nákazu, je povinen ohlásit tuto skutečnost ihned. Hlášení podléhá potřebě klasifikace infekčních onemocnění na možný případ, pravděpodobný případ a potvrzený případ. Některá onemocnění můžeme hlásit až při hromadném

výskytu. Do této skupiny patří akutní respirační onemocnění, konjunktivitida, mastitida a kožní, zánětlivá, infekční a mykotická onemocnění. Izolace na lůžkovém oddělení je nařízena u pacientů, kteří mají akutní virové záněty jater, cholera, paratyfus, syfilis, TBC, HIV, břišní tyfus (vyhláška 306/2012).

1.6.3. Infekční nemoci

Infekční nemoci v souvislosti s játry jsou velice časté již kvůli tomu, že lidé požívají návykové látky. Nejvyšší výskyt byl hlášen v hlavním městě v Praze a Plzeňském kraji. Plošné očkování proti hepatitidě B se provádí u dětí a rizikových skupin. Hepatitida B se přenáší krví nebo nechráněným pohlavním stykem. V roce 2015 byla virová hepatitida nahlášena 956 krát (Státní zdravotnický ústav). Hepatitidy můžeme dělit na akutní a chronické. Gálský (2010) ve svém článku uvádí, že „*virové hepatitidy jsou globálním problémem a řadí se svojí morbiditou a mortalitou mezi nejzávažnější infekční onemocnění*“ (str. 247). Příznaky jaterních onemocnění jsou nadýmání, ikterus, hepatomegalie, hyperbilirubinémie, zvýšené jaterní enzymy. Inkubační dobu dělíme dle typu hepatitidy. Hepatitida A + E má inkubační dobu okolo 2–6 týdnů, u Hepatitid B + C je inkubační doba přibližně okolo 6 týdnů až 6 měsíců. U hepatitidy D trvá okolo 2–10 týdnů. Vyšetření virologických sériových markerů je hlavním diagnostickým vyšetřením. Akutní pankreatitida či myokarditida jsou poměrně vzácné komplikace. Prognóza u akutní hepatitidy většinou odezní, chronická hepatitida může přejít v jaterní cirhózu a pak až ke zhoubnému nádoru. Hlavním ošetrovatelským aspektem je pravidelná osobní hygiena, nejvíce lpíme na hygienu rukou (Rozsypal, 2013). K onemocnění jater také patří dieta s omezením až eliminací tuků, která se musí striktně dodržovat (Černý, 2008).

Neuroinfekce je poslední dobou velice rozšířená nejen kvůli velkému výskytu klíšťat, ale i kvůli tomu, že lidé se nechtějí nechat naočkovat. Centrální nervovou soustavu nejčastěji postihuje virová infekce. V roce 2015 bylo nahlášeno 355 případů klíšťové encefalitidy to, je o 55 případů méně (Státní zdravotní ústav). Meningokok a pneumokok jsou původci, kteří jsou uváděni jako hlavní. Meningitidy, encefalitidy, myelitidy, radikulitidy, neuritidy jsou infekce centrálního nervového systému.

Diagnostikovat neuroinfekci je velice snadné, jelikož se vyšetřuje mozkomíšni mok pomocí lumbální punkce (Rozsypal, 2013). Nabodnutí páteřního kanálku je základní výkon u lumbální punkce. Hlavním účelem je diagnostický výkon, který indikuje lékař. Místo vpichu je L3 nebo L4 (Vytejčková, 2015). U každého výkonu jsou indikace, proč výkon děláme, a také kontraindikace, kdy se výkon nesmí nikdy provést. Mozkomíšního moku se odebírá 5–15 mililitrů. Již při odběru posuzujeme vzhled. V laboratoři se mozkomíšni mok vyšetřuje cytologicky, biochemicky a mikrobiologicky, v každém vyšetření se určují různé hodnoty. Pacienti, kteří mají potvrzenou neuroinfekci, jsou uloženi na jednolůžkový pokoj, kde je klidné prostředí a kde jsou zataženy žaluzie. Do ošetrovatelských diagnóz, které mohou nastat, zahrnujeme poruchu dýchání, poruchu příjmu potravy, bolest, únavu a další. Sestry dbají na to, aby pacienti dodržovali klid na lůžku, aby zákroky lékaře byly prováděny bez dlouhých prodlev. Sestra dále sleduje moč, stolicí, dýchání, křeče. Provádí také základní odběry biologického materiálu, u hnisavé meningitidy se nabírají hemokultury. Před propuštěním se pacient edukuje, že nesmí sledovat televizi, musí se vyhýbat práci na počítači a dbát na snížení fyzické zátěže. U hnisavé meningitidy se udává, že specifickým ošetrovatelským postupem je péče o čidlo intrakraniálního tlaku (ICP) (Rozsypal, 2013).

Velké množství pacientů, kteří jsou hospitalizováni na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení, jsou lidé, kteří odcestovali do exotických zemí. Dnes se již dá také očkovat proti nemocem, které známe. Státní zdravotnický ústav doporučuje očkování proti virové hepatitidě A a B, břišnímu tyfu, vzteklině atd. U nemocí, které si lidé přivezli z exotických zemí, se nejčastěji objevuje horečka, kterou sestry uvádí do ošetrovatelských diagnóz. U břišního tyfu se pacient izoluje na 35 dní a při propuštění domů se vyšetřuje třikrát stolice, moč na salmonelu a může se vyšetřit žluč odebraná duodenální sondou (Rozsypal, 2013). V dnešní době se objevují nové infekční nemoci, které jsou významné pro některé oblasti světa. V poslední době se hodně mluvilo o ebola a viru zika. I tyto nemoci se mohou objevit u lidí v České republice a zdravotnický personál na to musí být připraven. Ebola představuje velkou incidenci v úmrtí až okolo 50 % případů – které WHO sleduje. Ebola se přenáší z krve nebo

jiných tělních tekutin zvířat. Vesnice v severní Africe jsou právě ty, kde se ebola objevila poprvé. První případy byly oznámeny v březnu roku 2014. Inkubační doba nemoci je 2–21 dní. Do dnešního dne není vyvinuta žádná léčba, kterou by se ebola dala léčit, ale dvě potenciální vakcíny jsou posuzovány. Člověka, který by měl podezření na ebolu, je nutné hospitalizovat v Nemocnici na Bulovce v Praze. Zika je nová infekční nemoc, která se objevila nedávno. Hlavními příznaky viru zika je horečka, bolest kloubů a svalů. Hlavní příčinou přenosu daného viru je komár. Nejvíce postiženými oblastmi je Afrika, Amerika, Asie a Tichomoří (WHO, 2016). Ministerstvo zdravotnictví bylo cestou WHO a ECDC informováno o viru zika dne 14. 12. 2015. 25. 2. 2016 informovalo veřejnost Ministerstvo zdravotnictví o prvních dvou případech nákazy virem zika v České republice (MZČR, 2016).

Infekční agens neboli HIV virus je působící onemocnění AIDS. AIDS je v současné době největší medicínský, sociální a ekonomický problém (Černý, 2008). World Health Organization uvádí, že „*HIV je retrovirus, který infikuje buňky imunitního systému, zničuje nebo omezuje funkci*“. Nejhorší stádium HIV je syndrom získané imunitní nedostatečnosti. Nákaza se projeví okolo 3–8 týdne. U 50 % infikovaných akutní HIV infekcí se projeví nemoc jako chřipkové onemocnění. Příznaky mohou připomínat mononukleózu. Při symptomatické fázi se může projevovat herpes zoster zduřením uzlin, horečkami, únavou, hubnutím. Velká oportunní infekce je nástup do stádia AIDS onemocnění. U onemocnění AIDS se mohou vyskytovat některé nádory, pneumocystové pneumonie, HIV encefalopatie. Vždy musíme mít na paměti, že pacient musí mít stejnou péči jako ostatní lidé. Riziko nákazy dělíme dle biologického materiálu a dle expozice a velikosti inokulace. Vysoké riziko je při přenosu krve nebo spermatem. Potenciální je mozkomíšní mok, výpotky a minimální je stolice, zvratky. Postup při poranění HIV pacienta nejdříve necháme ránu samovolně krvácet, kůži pak omyjeme mýdlem a pak dezinfikujeme například Jodisolem. Nadále provedeme odběr krve na KO, HbsAg a další, musíme zvážit antiretrovirovou terapii, zvolit vhodnou kombinaci. Co nejrychleji nasadit vhodnou terapii se souhlasem poraněné osoby. Úraz nahlásit staniční sestře a lékaři. Poraněnou osobu objednáme na pravidelné sledování (Kapounová, 2007).

V poslední době se v souvislosti s infekčními onemocněními mluví o migrační krizi, která s sebou přináší další nemoci, které v České republice neznáme. I díky migrační krizi je potřeba, aby se o infekčních nemocech mluvilo, aby nemocnice byly připraveny přijmout pacienta s nemocí, která se zde ještě neobjevila. Cestování je v současné době velmi populární, ale i to přináší svá zdravotní rizika. Státy s vysokými teplotami jsou považovány za jedny s největším nebezpečím onemocnění. Importovaná infekce je infekce, která začala v zahraničí, ale projevila se až po návratu domů. Horečky, průjemy, kašel, dušnost, ikterus, kožní projevy toto vše jsou nejčastější projevy nemocí, které si lidé přivezou z ciziny. U pacientů, kteří přijdou do nemocnice s jedním z těchto příznaků, odebíráme epidemiologickou anamnézu. Do epidemiologické anamnézy je zahrnut dotaz na cizí zemi, kterou pacient navštívil, oblast, druh dopravy, druhy aktivit v přírodě, kontakt s obyvatelstvem. Jeden z hlavních dotazů také spadá na stravování, pitnou vodu. Hlavním nebo spíše nejdůležitějším vyšetřením je krevní nátěr, ale pro definitivní diagnózu většiny onemocnění je nezbytné serologické vyšetření. Virová hepatitida, leptospiróza, infekce HIV, syfilitida jsou nemoci, které závisí právě na sérologickém vyšetření (Rozsypal, 2013).

1. 6. 4. Ošetrovatelské diagnózy

U velkého množství onemocnění, které souvisí s infekcí, je hlavní diagnózou hypertermie, únava. Bolest v souvislosti s onemocněním například centrálního nervového systému. Průjem může být jeden z hlavních příznaků nemoci přivezené s cizích států. Dehydratace je velký problém u nemocí infekčního původu, kdy musíme tekutiny doplňovat jinými způsoby. U pacientů, kteří leží na JIP je velkým problémem porucha výživy nebo porucha polykání, kterou nahrazujeme jiným způsobem příjmu potravy. Díky zavedení zejména invazivních vstupů je porucha kožní integrity. Do hlavních ošetrovatelských diagnóz patří též poruchy spánku. U většiny pacientů, kteří jsou upoutáni na lůžko, je porucha soběstačnosti, kterou se po celou dobu hospitalizace snažíme zlepšovat. Do ošetrovatelských diagnóz musíme také zahrnout potenciální diagnózy, tj. diagnózy, které mohou, ale nemusí vzniknout. Do této skupiny zahrnujeme riziko dekubitů, riziko pádu. Pacienti mohou trpět beznadějí, bezmocností. Zhoršená

pohyblivost se může objevit u pacientů, kteří jsou na lůžku, s tímto také souvisí deficit sebepéče (NANDA domény, 2012).

2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 CÍL PRÁCE

Cílem naší práce je zjištění specifika práce sestry na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení. Stanovily jsme si jediný cíl.

Cíl 1: Zjistit specifika práce sestry na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení

2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaká jsou specifika práce sestry na jednotce infekčního oddělení infekčního oddělení?
2. S jakými onemocněními se nejčastěji setkávají sestry pracující na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení?
3. S jakými ošetrovatelskými diagnózami se nejčastěji setkávají sestry pracující na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení?
4. Jak sestry vnímají náročnost své práce na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení?

3. METODIKA

3.1 METODIKA VÝZKUMU

Teoretická část byla zpracovávána pomocí analýzy odborné literatury, periodik.

Empirická část byla zpracovávána formou kvalitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor.

Samotný výzkumný proces probíhal v měsíci dubnu v roce 2016 v Nemocnici České Budějovice a.s. na infekčním oddělení. Výzkumné šetření povolila náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Nemocnice České Budějovice a.s. Mgr. Monika Kyselová, MBA a vrchní sestra infekčního oddělení Bc. Vladimíra Přitasilová. Všeobecné sestry na daném oddělení byly seznámeny s tématem mé bakalářské práce a hlavním důvodem výzkumného šetření. Polostrukturovaný rozhovor pro sestry obsahoval 11 otázek z různých pohledů ošetrovatelství. Otázky se zaměřovaly na ošetrovatelskou péči, ošetrovatelské diagnózy a další viz příloha 7. Sestry souhlasili s nahráváním na diktafon. Všechny rozhovory byly přepsány a očíslovány, například R1 znamená respondent 1.

Analýza rozhovorů, byla pomocí zaznamenána pomocí kódování. Všechny rozhovory byly přepsány a vytištěny. Kódování bylo prováděno pomocí „papíru a tužky“. Při kódování vznikali kategorie a podkategorie, které jsou zde přehledně vyobrazeny v mapách. Na každou kategorii je odkaz v textu. Veškeré rozhovory byly přepsány a nahrány na CD (volná příloha Č.8 - CD)

3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumný soubor byl tvořen jednou skupinou respondentů, které pracují na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení.

Výzkumný soubor je tvořilo 10 respondenty, značeny R1 – R10. Všeobecné sestry, které pracují na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení. Soubor byl vybrán a konstruován dle výběru.

Výzkumné šetření bylo prováděno pouze na jednom oddělení. Rozhovory byly prováděny za souhlasu všeobecných sester. Účastníci výzkumného šetření byly pouze ženy.

4. VÝSLEDKY

4.1 VÝSLEDKY ROZHOVORŮ

4.1.1 Výzkumný soubor A - Kategorie

1. DÉLKA PRÁCE NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE INFEKČNÍHO ODDĚLENÍ

Tabulka číslo 1 zobrazuje výsledek první výzkumné otázky.

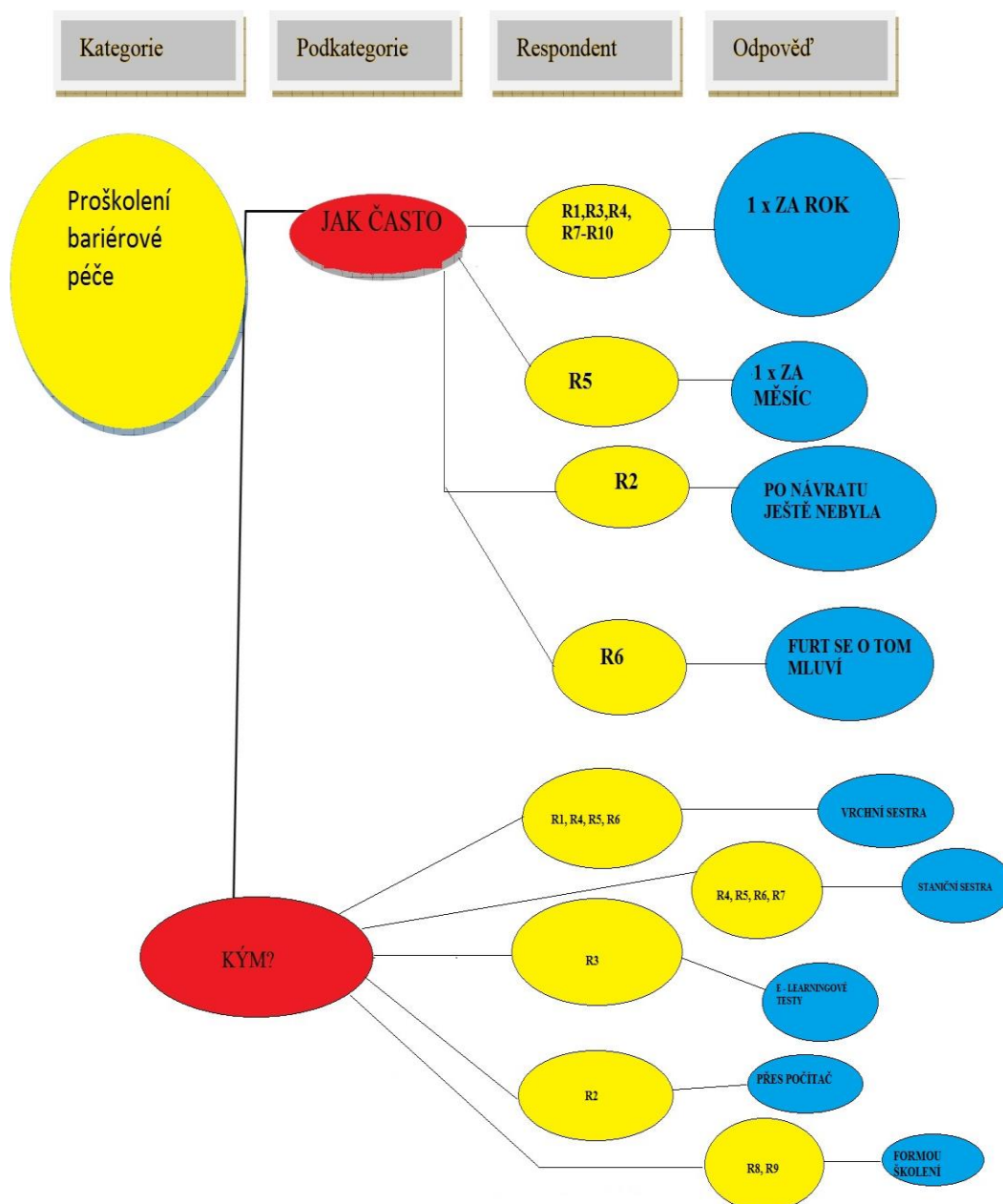
Tabulka č. 1 - Identifikační údaje respondentů (R1-R10)

Respondenti	Typ oddělení	Délka práce na JIP infekčního oddělení
R1	JIP infe. oddělení	18 let
R2	JIP infe. oddělení	11 let
R3	JIP infe. oddělení	5 let
R4	JIP infe. oddělení	14-15 let
R5	JIP infe. oddělení	Od srpna 2015
R6	JIP infe. oddělení	27 let
R7	JIP infe. oddělení	20 let
R8	JIP infe. oddělení	5 let
R9	JIP infe. Oddělení	7 let

Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie 1: Proškolení bariérové péče

Myšlenková mapa 1: Proškolení bariérové péče



Zdroj: Vlastní výzkum

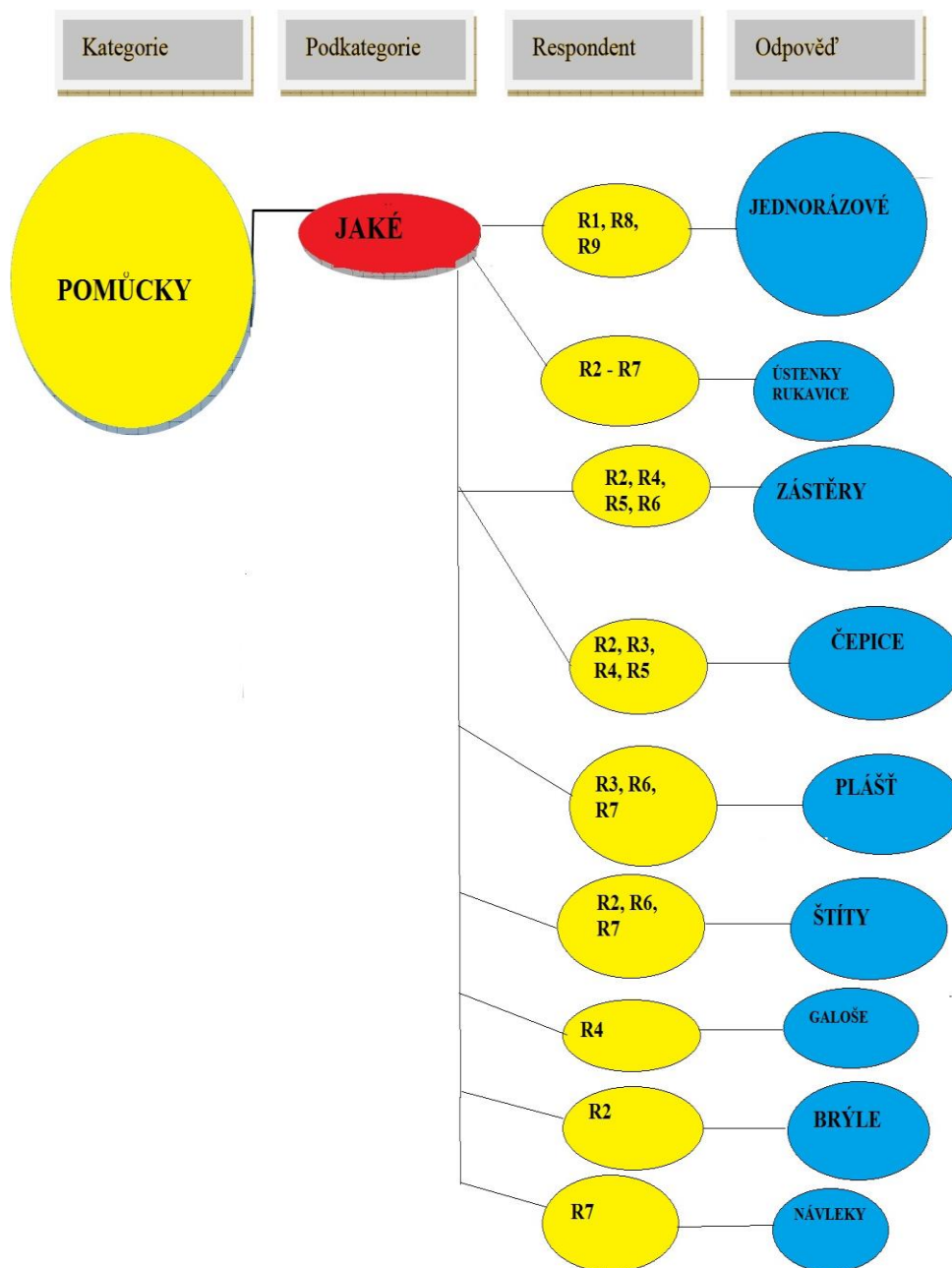
Myšlenková mapa č.1 znázorňuje kategorii proškolení bariérové péče, která se zabývá, jak často se proškoluje a kým jsou zdravotní sestry proškoleny.

Jak často: Z této podkategorie vyplývá, že většina názorů respondentů se shoduje. Respondent č. 4 řekl: „*No, tady průběžně. Jako oficiálně? 1x za rok*“. Naopak respondent č. 5 řekl: „*Vlastně při našich schůzích, jako co máme v rámci oddělení. Úplně to neodhadnu, ale tak 1x za měsíc*“. Respondent č. 6 řekl: „*Docela jo, hlavně se tu o tom furt hovoří, třeba teď na schůzky jsme měli další přednášku, takže pořad*“. Respondenti (R1, R3, R4, R7-R9) se shodli na tom, že se proškoluje pravidelně 1x ročně, ale respondent č. 5 řekl: „*no byla jsem proškolená na začátku*“.

Kým: V této podkategorii se některé odpovědi liší. Většina respondentů odpověděla vrchní sestra nebo staniční sestra. Respondent č. 3 řekl: „*se dělají ty e-learningové testy. Jinak i každý den, kolikrát protože když přijede pacient, protože tu máme skupinu pacientů od ortopedických přes neurochirurgické pacienty. Pořád musíme říkat kdo co má, co se u něj, s čím se dělá a jak se obléká. Když přijdou lékaři z jiných oddělení tak školíme i je*“. Respondent č. 2 řekl: „*asi přes počítač nebo ještě teď nebyla*“. Respondent č. 4 dodal: „*někdy nám něco řekne pan primář*“. Respondent č. 6 řekl: „*furt se o tom hovoří, třeba teď na schůzi jsme měli další přednášku*“.

Kategorie 2: Pomůcky

Myšlenková mapa 2: Pomůcky



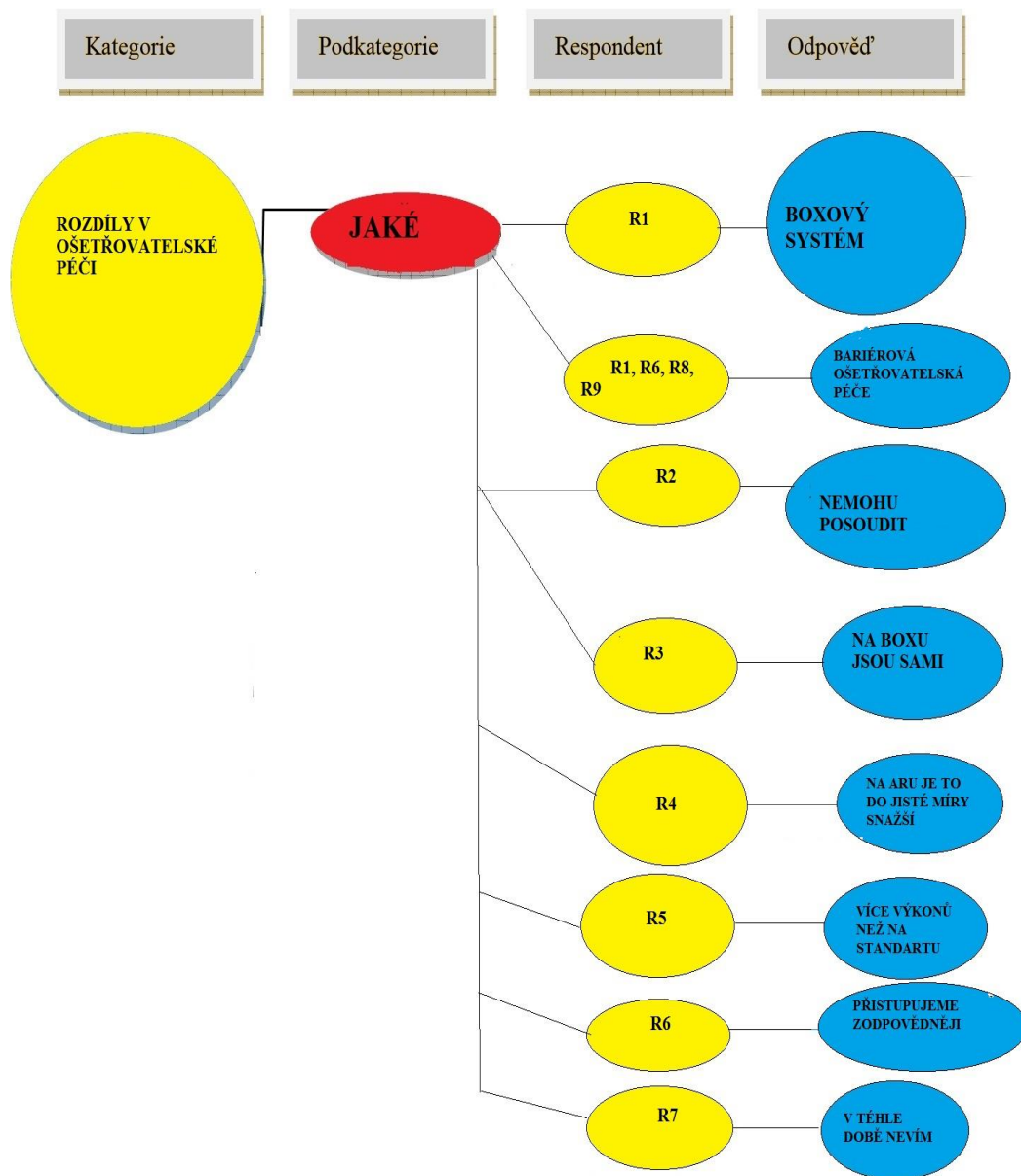
Zdroj: Vlastní výzkum

Myšlenková mapa č. 2 znázorňuje kategorii pomůcky, která se zabývá, jaké pomůcky používají respondenti na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení.

Jaké: Ze schématu je vidět, že pomůcek, které se používají na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení je velká škála. Respondenti č. 2 až č. 7 se shodli na odpovědi ústenka, rukavice, tyto pomůcky jsou základní a neměli by chybět při každé péči u pacienta. Respondenti 2, 4, 5, 6 udávají shodnou odpověď, která se shoduje v tom, že používají zástěry. Čepici jako svou odpověď řekli respondenti č. 2, 3, 4, 5. Jednorázové pomůcky na této odpověď se shodli respondenti č. 1, č. 8, č. 9. Respondent č. 2 ještě dodal ochranný štít a brýle. Plášť dodali respondenti 3, 6, 7. Respondenti 2, 6, 7 dodali ochranný štít. Respondent č. 4 řekl ještě galoše. Návleky, řekl jediný respondent č. 7. Respondent č. 1 řekl: *„My tu máme boxový systém ošetřovatelské péče s tím, že všechny pomůcky, které na tom pokoji jsou vlastně jenom pro toho pacienta. Takže jsou jednorázový, jediný co třeba velký čisticí prostředky, hygienické pomůcky ty se omývají z vrchu a nechávají se. Masti, léčivé přípravky jsou prostě jenom pro toho pacienta a má svoje prádlo, svoje plenky a ještě navíc když se jedná o infekci MRSA nebo Clostridiové infekce takové ty více problematické infekce. Tak ještě navíc máme navíc před boxem stolek, kde máme rukavice, ústenku, zástěry. Takto vybavený personál přistupuje k pacientovi“*. Dále respondent č. 1 dodal, že *„máme 6 boxů“*. Respondentovi č. 1 bylo položena otázka: Je to pro celý Jihočeský kraj? Respondent č. 1 odpověděl: *„Intenzivní péče asi nikde jinde není. Je pravda, že nás supluje interna, když není intenzivní péče“*. Respondentovi č. 2 bylo položena otázka: Co nejvíce používáte? Respondent č. 2 odpověděl: *„rukavice, ústenky, zástěry“*. Respondentovi č. 3 byla položena otázka: Tyto pomůcky dostávají všichni lékaři, kteří přicházejí na konzilia? Respondent č. 3 odpověděl: *„ano všem“*. Byla položena otázka: Když pacient cestuje na různá vyšetření, jak ho zabezpečujete? Respondent č. 3 odpověděl: *„rukavice, ústenky si bere pacient. Když mají třeba ortopedický pacienti ty rány tak ty jsou zavázaný. Takže na ně nikdo nešahá, protože ty lidé jsou zabalení, při tom převozu se nerozbalují, to akorát mají ústenku a rukavice řidiči“*. Respondentovi č. 7 bylo položena otázka: Myslíte si, že jste dostatečně chráněný před infekcí? Odpověď respondenta č. 7 je: *„Asi, před běžnou určitě“*.

Kategorie 3: Rozdíl v ošetrovateľskej péči

Myšlenková mapa 3: Rozdíl v ošetrovateľskej péči



Zdroj: Vlastní výzkum

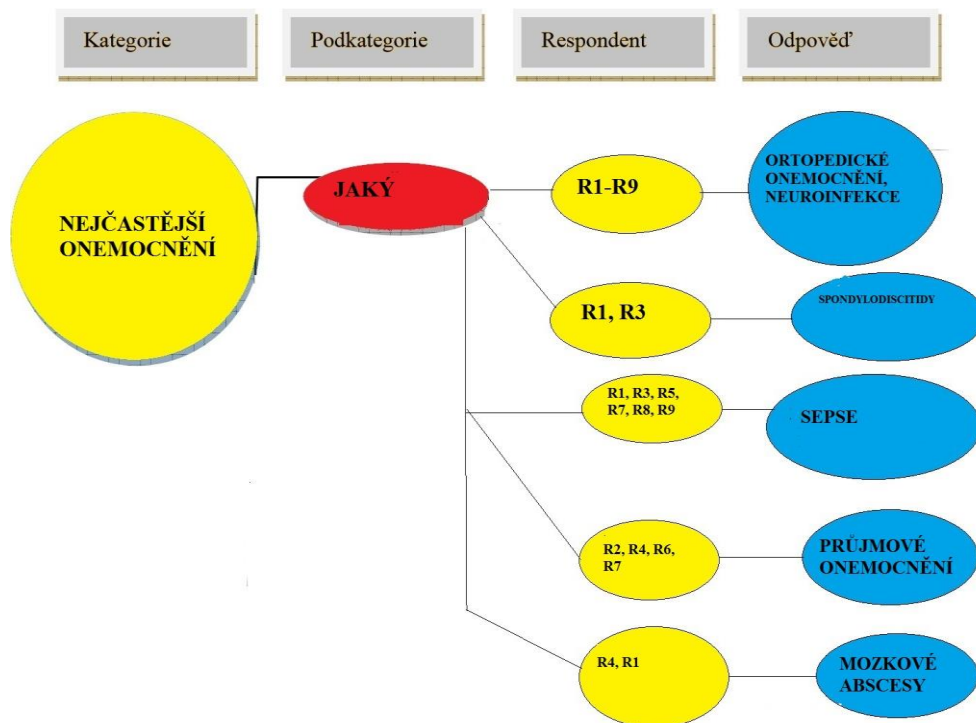
Myšlenková mapa číslo 3 znázorňuje kategorii Rozdíly v ošetrovatelské péči, která se zabývá rozdíly.

JAKÉ: Respondent č. 1 uvedl ve své odpovědi, že je rozdíl v boxovém systému, dále také v bariérové ošetrovatelské péči k této odpovědi se přidali také v respondenti č. 6, 8, 9. Respondent č. 2 uvedl, že rozdíl nemůže posoudit, protože pracovala jak na oddělení, tak na JIPce. Na boxu jsou sami tuto odpověď uvedl respondent č. 3. Respondent č. 3 řekl: „*Já když jsem pracovala na ARU tak tam bylo 6 lůžek vedle sebe, ale je to náročný v tom, že ty lidé jsou nemocný nejen infekčně, že jsou osazeny nějakou bakterií, ale mají různé diagnózy. Čím jsou starší a mají více diagnóz tak je to náročnější. Hlavně tedy psychiky a pro lidi je to namáhavé*“. Byla položena otázka: Dochází jsem psychiatr? Odpověď zněla: „*Když si ho pozveme tak i docela často, protože některý ty lidí, některý ty antibiotika se nemohou dávat per os a ještě k tomu leží sami na tom boxu a někteří jsou tam týdný a tak to snáší špatně*“. Respondent č. 4 uvedl, že na ARU je to do jisté míry snažší. Toto ještě odpověděl respondent č. 4 „*Dělala jsem na ARU spoustu let a ošetrovatelská péče tady a na ARU v hlavní rozdíl je v tom, že tam jsou ve směs všichni v bezvědomí. Co se třeba týče o hygienu dutiny ústní tak ty lidi Vás nekousnou a do té pusy se dostanete, když to tady ten člověk řekne, že prostě nechce tak nechce a můžete se snažit jak chcete. Jako třeba antidekubitární péče člověka v bezvědomí na Umělé plicní ventilaci tak si ho na polohujete a on Vám v té poloze vydrží, ale tady takový ty „hrabavý“ lidi tak ty Vám tam nevydrží, ty se prostě hrabou. Ty otočíte a velice často se stává, že než odejdete z pokoje tak jsou na zádech. Poloha na zádech jim vyhovuje nejvíc. V tom je jeden z těch rozdílů. Pak je další rozdíl, a ten je v tom, ale nevím, jestli to úplně souvisí. Tam máte více pomocného personálu na tu péči okolo, ale tady jste vy a s kolegyní nebo se sanitářkou, ale tam je těch lidí víc na tu fyzickou práci*“. Respondentovi č. 4 byla položena otázka: Co bariérová péče tady a na ARU? Odpověď zněla: „*Řekla bych, že v podstatě v tom není žádný rozdíl, že prostě tady máte své pacienty a tam taky*“. Respondent č. 5 uvedl, že je na Jednotce intenzivní péče infekčního oddělení více výkonů než na standartu. Dále respondent dodal: „*Pracovala jsem ještě na interně a tam to bylo podobný a tady k tomu přibyly i ty ortopedický. A pak jsem pracovala na dárcích krve a tam je to úplně něco jiného*“.

Respondentovi č. 5 bylo položena otázka: Když jste se zmínila, že jsem pracovala na standartu, byly tam i děti? Odpověď zní: „*Ano, vyskytovali se, ale jen občas když museli mít jednolůžkový pokoj*“. Respondent č. 6 řekl: „*Bez rukavic k nikomu nejdete ani bez ústenky. Jo když někde vidím, že jsou vyměňovat redon bez rukavic tak bych plakala*“. Respondent č. 7 dodal: „*Vím, že dřív bylo, že jsme s každým počítaly jako s infekčním, ale na jiných nepočítají*“.

Kategorie 4: Nejčastější onemocnění

Myšlenková mapa 4: Nejčastější onemocnění



Zdroj: Vlastní výzkum

Další myšlenková mapa nese název nejčastější onemocnění, které se zabývá tím, jaké onemocnění se nejčastěji vykytuje na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení.

Jaký: Respondentům byla položena otázka: Jaké onemocnění jsou nejčastější na Vašem oddělení? Všichni respondenti (1-9) se shodli na odpovědi, že nejčastější jsou onemocnění neuroinfekce a ortopedické, ale někteří měli ještě doplňující odpovědi.

Respondent č. 6 řekl: *„Ted' je tady toho všehochuť, ted' je to multi všeho. Máme tu ortopedické pacienty, neuroinfekce, průjmy když je sezóna. Najdete tu i sepse“.*

Respondent č. 3 vypověděl: *„ No, poslední léta je nárůst spondylodiscitid, to je šílený nárůst. Pak jsou tu ortopedický pacienti to je, že infekce nasedá na klouby na totální endoprotézy kolena, kyčle a lokte“.* Co neštovice a příušnice? Tato otázka byla

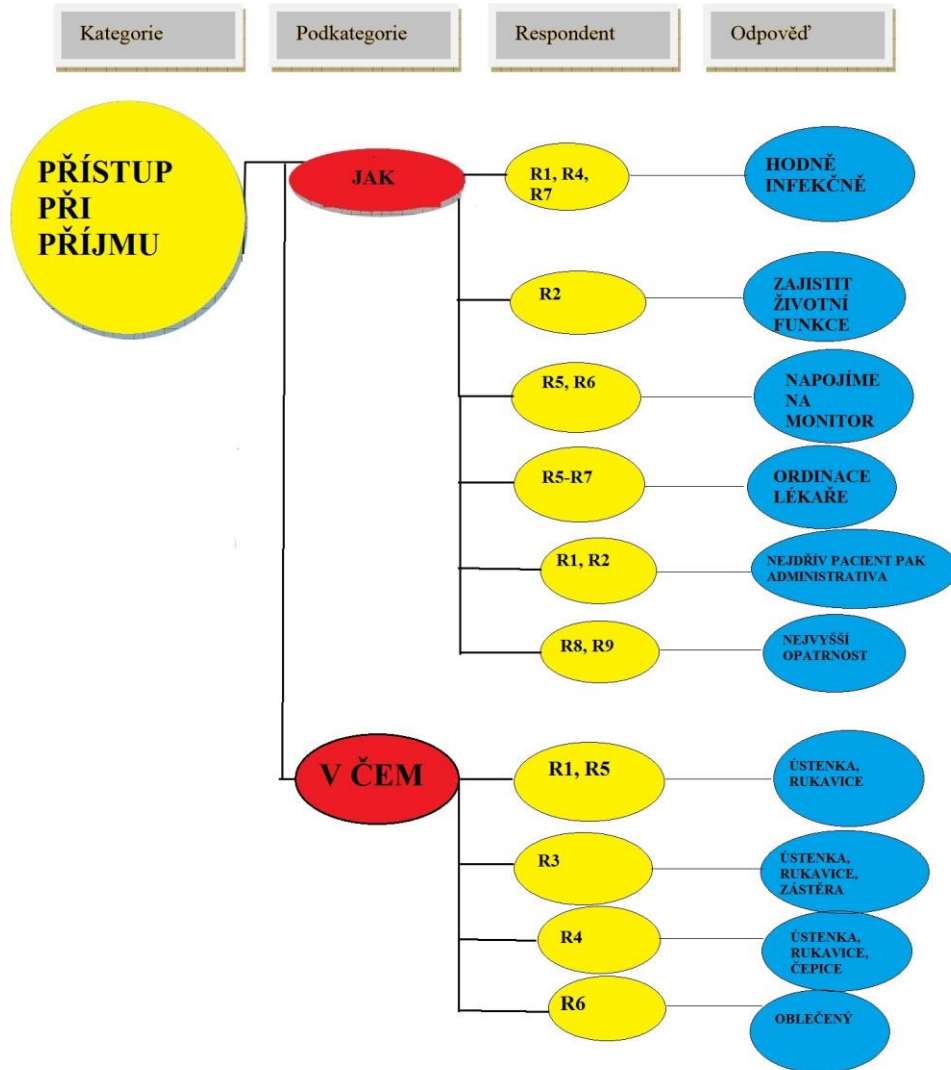
položena respondentovi č. 2. Odpověď zněla *„Taky, ale spíše na oddělení leží“.* U této otázky jsem zabrousila, také do onemocnění, které jsou velmi nebezpečné a v dnešní době velmi objektivní. Respondentovi č. 1 byla položena otázka: Co kdyby se objevil

pacient, který by měl podezřena na Ebolu je možno ho přijmout? Odpověď zněla *„ Ano, máme izolační pokoje, to jsou vlastně pokoje pro vysoce nebezpečné nákazy, kde je už vlastně vybavený úplně, pro péči aniž by s ní přišel personál do styku, je tam i chemický záchod, všechny ty opatření, které mají být při té Ebole a s tím, že my ta máme ty jupitery a skafandry“.* K tomu ještě respondent č. 1 dodal: *„Asi by byl problém organizační, ale už kdyby ten pacient na tom boxu ležel tak si myslím, že by to takový problém nebyl“.* Na jednotce intenzivní péče se mohou, vyskytnou také děti.

Respondent č.1 dodal: *„ My máme jako by, ale ted' se to již používá „dětskou stanicí“ tj. naše stanice A v suterénu, kde byly vysloveně jenom děti. Dneska se hodně dětských pacientů léčí ambulantně a ted' je to namíchané, že tam mají i dětské pacienty tak dospělé. U nás na JIP se dětský pacienti vyskytuje tak 5x do roka. Jelikož my nejsme dětská JIP je to takové nestandardní řešení“.* Z této odpovědi je jasné, že hospitalizovaných dětí na infekčním oddělení je nízký. Respondenti č. 8 a č. 9 ještě dodali: *„Tuberkulóza, Hepatitidy, Myokarditidy“.*

Kategorie 5: Přístup při příjmu

Myšlenková mapa 5: Přístup při příjmu



Zdroj: Vlastní výzkum

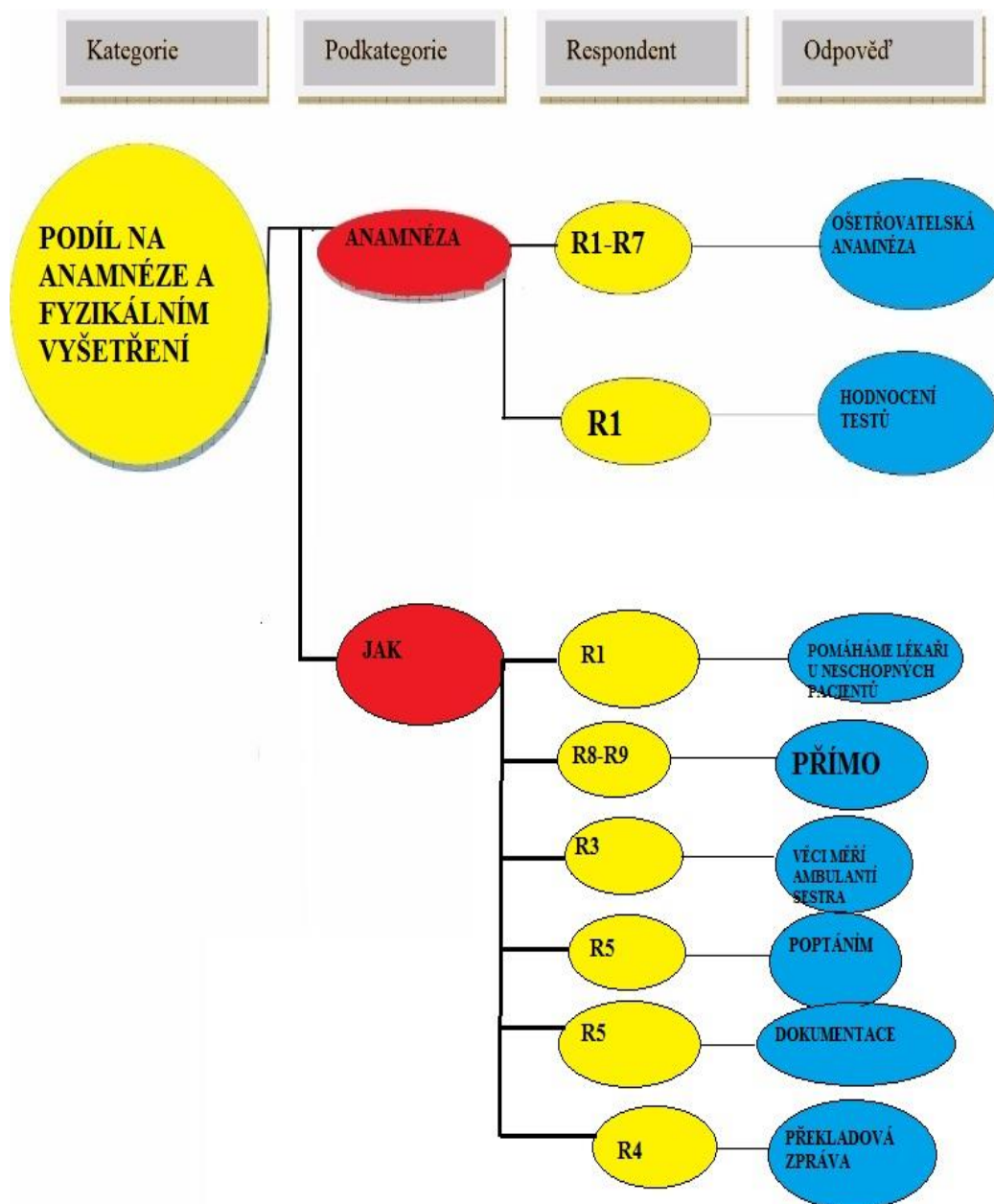
V 5 myšlenkové mapě jsem se zaměřila, na přístup při příjmu pacienta na oddělení. Byly zvoleny dvě podkategorie, která nesou název JAK a v ČEM.

JAK: V této podkategorii se odpovědi, všech respondentů velmi liší. Každý pod otázkou: Jak se přistupujete k pacientovi při příjmu na oddělení, si představí úplně jinou odpověď, ale stejně se některé shodují. Tři respondenti se shodli na odpovědi, že k pacientům které jsou přijímáni na jednotku intenzivní péče infekčního oddělení přistupují jako by byly infekční, i když ještě neví s jakou infekcí trpí. Respondent č. 1 vypověděl: *„Takže přistupujeme ke všem již od příjmu se oblékáme do pomůcek: ústenka, rukavice. No a pak když zjistíme po těch všech vyšetření, že jde jenom o tohle tak chodíme třeba bez roušky jen v rukavicích. Jinak probíhá příjem stejně jako jinde na JIP. Zde na JIP je to oproti standartům jiný, většinou přijdou za 5 minut 15. Takže se nejdříve běhá kolem pacienta a pak se řeší až administrativa“*. Respondentovi č. 1 byla položena otázka: Co uměla plicní ventilace? Odpověď zněla: *„Ne, nemáme, při hraničním Astrupu překládáme na ARO“*. Z toho vyplývá, že se dodržuje základní bariérová péče. Respondent č. 2, ke své odpovědi dodal *„Zavádíme kanyly buď centrální nebo periferní dále zavádíme močové cévky“*. Podobnou odpověď uvedl respondent č. 7, který řekl: *„Pak každý dostane monitor, dáme oxymetr, napojíme na infúze a pak se plní ordinace lékaře“*.

V ČEM: V oblasti v čem, přístupu při příjmu se zabýváme, v jakých ochranných pomůckách se přistupuje k pacientům. Rukavice a ústenka to jsou dvě základní ochranné pomůcky, které uvedli čtyři respondenti. Jeden z respondentů vypověděl, že: *„Tak jsme všichni oblečeny“*.

Kategorie 6: Podíl na anamnéze a fyzikálním vyšetření

Myšlenková mapa 6: Podíl na anamnéze a fyzikálním vyšetření



Zdroj: Vlastní výzkum

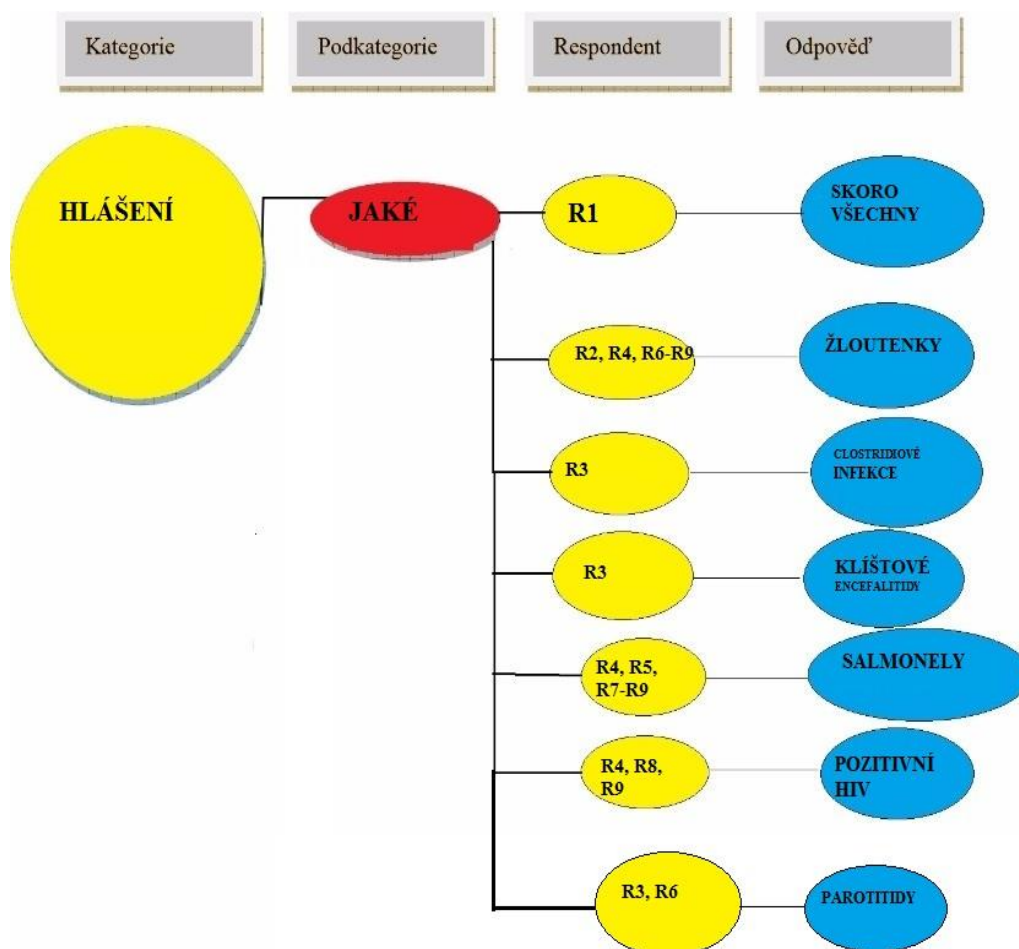
Myšlenková mapa č. 6 nese název Podíl na anamnéze a fyzikálním vyšetření. Zde bych se chtěla dozvědět, jak sestry spolupracují s lékaři na oddělení.

ANAMNÉZA: Sedm z devíti možných respondentů se v rozhovoru zmínili a ošetřovatelské anamnéze, kterou sami odebírají sestry a je hlavním zdrojem informací o základních informací o pacientovi. Respondent č. 1 řekl: „*My máme svoje ošetřovatelské anamnézy, kde hodnotíme spoustu testů*“. Respondentovi č. 2 byla položena: Jak dělají svou ošetřovatelskou anamnézu. Odpověď zněla „*Zjišťujeme u pacienta kolik váží, měří, jestli je kuřák, jestli je orientovaný, zmatený. Kde žije, jestli je doma nebo v domově důchodců*“. Respondent č. 6 byla položena otázka: Co vyplňují v ošetřovatelské anamnéze. Respondent vypověděl: „*Rodinné zázemí, kouření, inkontinence stolice, inkontinence moči*“. Můžeme vidět, že se sestry celkem shodli na tom, že odebírají anamnézu svojí.

JAK: Podkategorie Jak se zabývá tím, jakým způsobem pomáhají sestry lékaři. Odpovědi se liší velmi. Respondent č. 1 uvedl: „*U fyzikálního vyšetření lékaři pomáháme ve smyslu, že ten člověk není tady na té JIPce schopný spolupracovat*“. Z této výpovědi vychází to, že lékaři asistuje sestra, jen když je to nutné, není to prioritou. „*No když jde pacient přes ambulanci tak vlastně základní věci měří ambulantní sestra, je pravda, že mi ho položíme na lůžko, připojíme na monitor a změříme si ho znovu sami*“: tuto výpověď řekl respondent č. 3. V této podkategorii můžeme vidět různorodost odpovědí, každá sestra to vidí jinak.

Kategorie 7: Hlášení

Myšlenková mapa 7: Hlášení



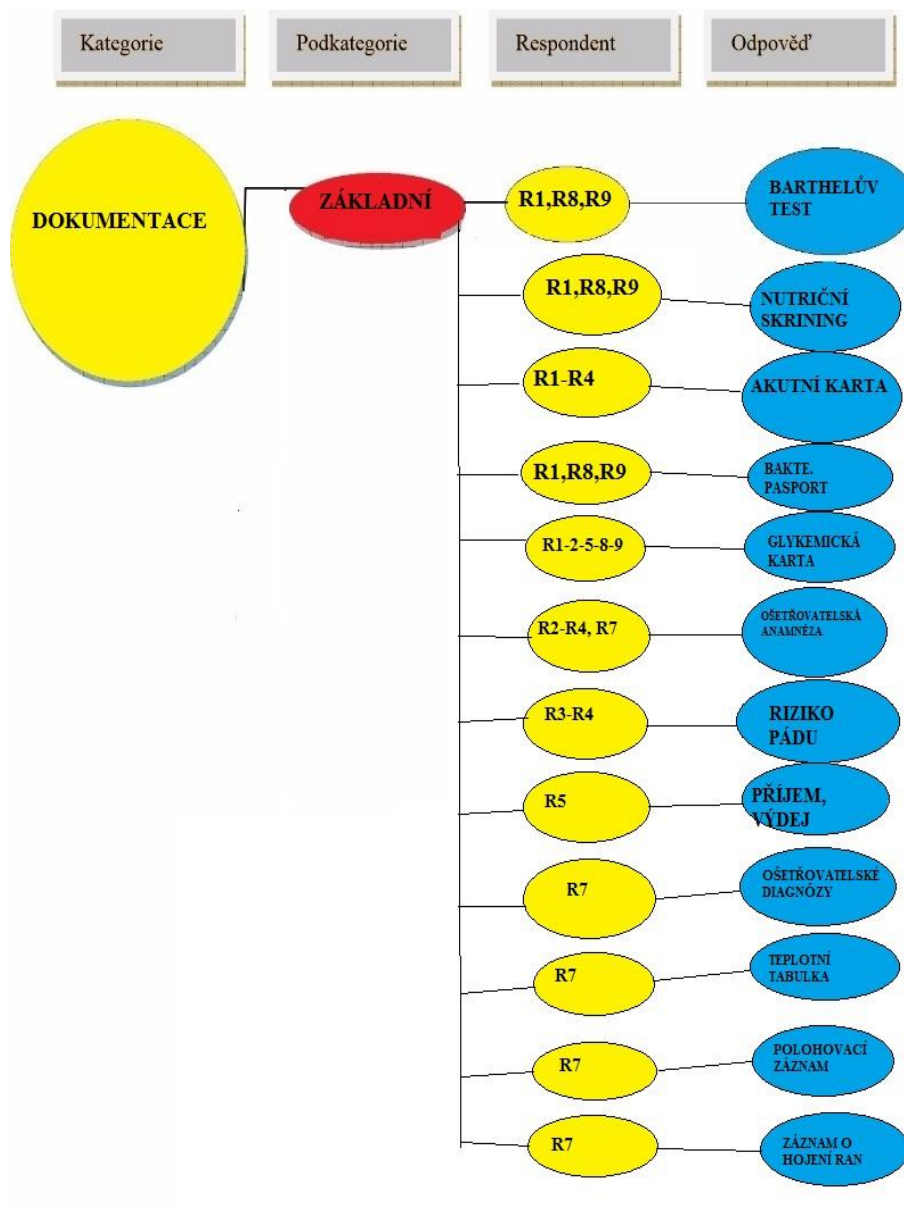
Zdroj: Vlastní výzkum

V sedmé myšlenkové mapě Hlášení: můžeme vyčíst onemocnění, které podléhají povinnému hlášení na Krajskou hygienickou stanici. Onemocnění, které se musí hlásit je velká řada, ale respondenti se většinou shodli na několika nemocích, které se v poslední době velmi vyskytují.

JAKÉ: Žloutenka je prvním onemocněním, kterou většina respondentů uvedla. Respondenti také hojně označili za onemocnění, které se hlásí je salmonelóza. Respondent č. 5 uvedl: *„Já právě úplně nevím, dole na oddělení jsme hlásily adresy pacientů se salmonelózou, ale jinak nevím“*. Dále byla respondentovi sdělena otázka: Co klíšťové encefalidity? Ano či Ne. R5 vypověděl: *„Myslím si, že se nehlásí vím, že je něco s řidičákem, ale to je něco jiného“*. Respondent č. 3 vypověděl: *„No, clostridie podléhají. Potom, ale to nevím úplně přesně, protože se to hodně mění. Dále se hlásí klíšťové encefalidity, parotitidy, jinak tohle ví asi sekretářka a staniční sestra“*. V neposlední řadě respondent č. 8 vypověděl *„ My hlásíme téměř všechny, striktně však salmonelózu, tuberkulózu, hepatitidy a HIV“*.

Kategorie 8: Dokumentace

Myšlenková mapa 8: Dokumentace



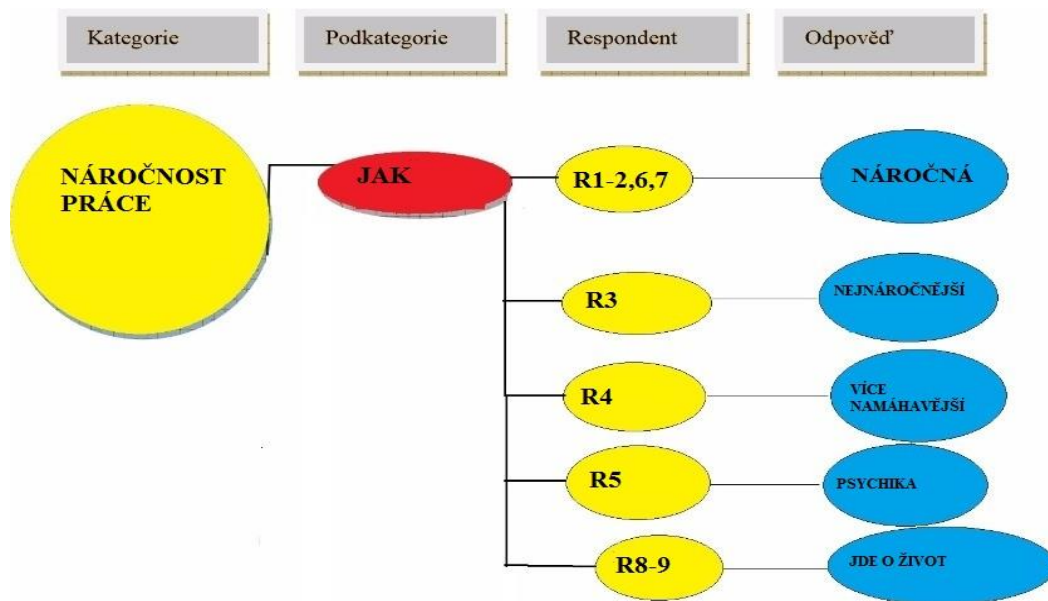
Zdroj: Vlastní výzkum

Myšlenková mapa č. 8 Dokumentace se zabývá tím, zda se na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení používají stejně tiskopisy jako na ostatních odděleních. Podkategorie nese název: Základní.

ZÁKLADNÍ: Na schématu můžeme vidět, že je velké množství tiskopisů, které se používají na JIP infekčního oddělení. S velkou množstvím z nich se můžeme setkat i na jiných odděleních. Bakteriologický pasport jsem slyšela na JIP poprvé, když se o něm zmínili respondenti č.1, 8, 9. Respondent č. 1 řekl: „*Máme tady tzv. Bakteriologický pasport to znamená, že si zapisujeme vlastně, všechny odběry, které jsou na bakteriologii. My jsme zvyklí zapisovat veškerý biologický materiál, kromě krve na biochemii a hematologii – jinak tam zapisujeme všechno, spíš pro ten přehled se tam zaznamenává. Hlavně to co se odsává ty abscesy tam, kam to posíláme, protože je těch vyšetřovacích metod je spousta*“. Naopak respondent č. 5 uvedl, že „*Tak ten chorobopis je jiný, celá ta dvojstránka, kde se zaznamenáváme vitální funkce, příjem, výdej. Rozdíl je třeba u diabetiků tam vkládáme A4 papír kde je to přehlednější*“. V této odpovědi již můžeme vidět zmínku o tzv. Glykemické kartě. Tuto odpověď uvedli respondenti č.1, č.2, č.8, č.9. Dále byla položena otázka respondentovi č. 5, která zněla: „*Jak často měříte ty diabetiky? Respondent č. 5 řekl: „Tak na začátku, když toho pacienta neznáme tak je to podrobnější profil. Potom třeba když se mu ustálí dávky inzulínu tak stačí normální profil. Když se přidává enterální výživa tak se přidává dávkovač s inzulínem a tam je zase podrobnější profil*“. Respondent č. 7 vypověděl: „*Anamnézu, ošetrovatelské diagnózy, teplotní tabulka, polohovací záznam, záznam o hojení ran, když jsou ty lidi kurtováni tak záznam o tomhle*“. Vzhledem k tomu, že respondent se zmínil o kurtování tak jsem položila otázku: Hlásíte pacienta při kurtaci? Odpověď zněla jednoznačně „*Ano na soud*“.

Kategorie 9: Náročnost práce

Myšlenková mapa 9: Náročnost práce



Zdroj: Vlastní výzkum

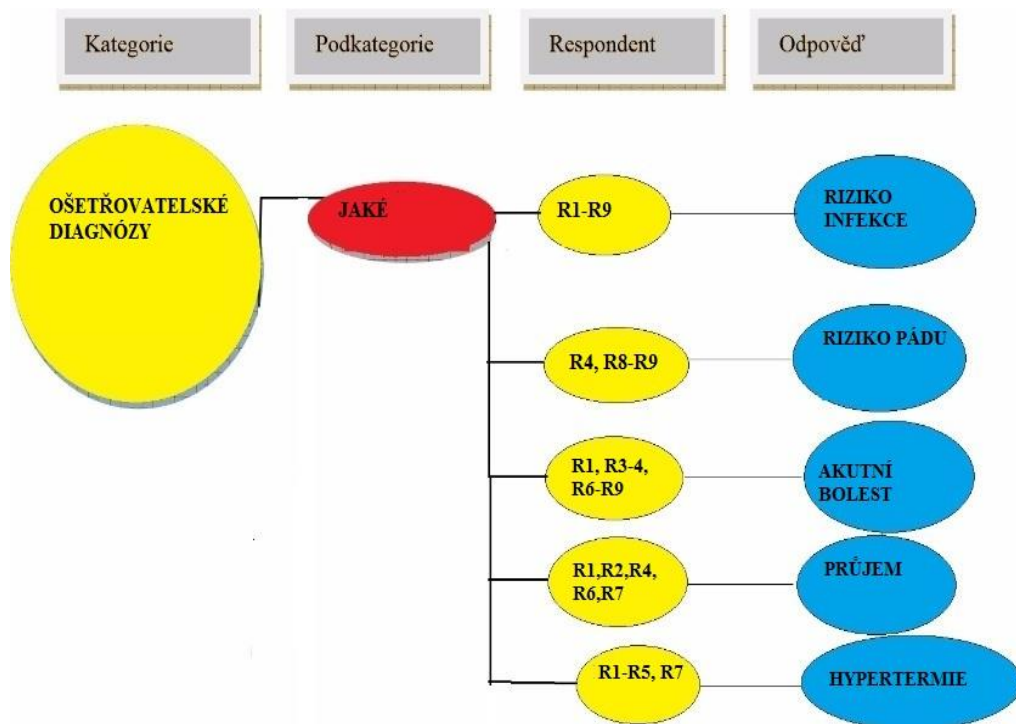
Předposlední kategorií je Náročnost práce, která se dělí jen do jedné podkategorie Jak.

Jak: V myšlenkové mapy je jasně vidět jak sestry vnímají práci na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení. Respondent č. 1 uvedl: „*Náročné je to všude. Infekce je sama o sobě náročnější proti jiným oddělením, pak JIPka zase oproti standartu. Větší strach bych měla na oddělení, kde se ty pomůcky moc nepoužívají*“. Z této odpovědi je zřejmé, že si respondent myslí, že infekce je vždy náročnější než ostatní. Naopak respondent č. 3 uvedl, že práce je nejnáročnější tím, že tady je úplně všechno. Tento fakt uvedl ve své výpovědi respondent č.3, která zní „*Každá práce je jiná, na ARU jsou pacienti buď v umělém spánku nebo v bezvědomí. Máte okolo nich hodně práce, nemusíte komunikovat, ale když k nim přijdete tak na ně také mluvíte, ale oni vám neodpoví, není tam zpětná reakce. Na kožním zase nejsou ty septické stavy, které vyžadují intenzivní péči a tady je to nejnáročnější tím, že tady je úplně všechno až do těch aroových stavů kdy opravdu jedeme s postelí rychle spojkou na ARO. Resuscituje se všechno je to tu všechno od interních onemocnění až po ty chirurgické*“. Z této výpovědi lze usoudit, že práce je všude úplně jiný, liší se. Tento fakt potvrdil i další respondent č. 4, který uvedl: „*Ta práce je každá jiná. Tam na ARU máte jistotu, že nemůžete zůstat sama, že když něco nevíte tak se máte koho zeptat, je vás tam více na fyzickou práci. Psychická zátěž je tam těžší než tady. No a, když jsem nastoupila před mnoha lety tak ta práce se změnila, je více namáhavější, jezdí se na daleko více vyšetření, je tady víc operantů než dřív. Prostě jsou ty lidi lidově více nemocný a jako víc a jsou horší nemoci, třeba takový chřipky*“. Z tohoto faktu vyplývá, že populace je více nemocná než dříve, že jsou nemoci, které jsme dříve neznaly. Respondentovi č. 6 byla položen otázka: Je to psychicky a fyzicky náročné? Odpověď zní velmi jednoduše: „*Hlavně hodně fyzický teď jsem třeba hodně dlouho čekala, až se najde někdo, kdo mi pomůže otočit pacienta, protože jsme všichni pracovali. Psychicky hodně třeba noční*“. Ale naopak respondent č. 9 dodal, že ho práce naplňuje. S respondentem č. 3 jsme se znovu dostaly na boxový systém, který používají na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení. V dubnu 2016, když jsem dělala výzkumné šetření tak jsem položila otázku: Máte v tuto dobu plně všechny boxy? Respondent č. 3 mi řekl: „*V této době ne, ale*

myslím si, že máme obložnost 90%. No jedno lůžko je většinou volné, ale stává se, že tu máme i 7 lidí. Máme tu dva pokoje, kde se dělají transplantace stolice nebo centrály když potřebují píchnout z lůžek. Děti tady také míváme. Byl tu chlapec, co měl parotitidu, další chlapec který měl horečnaté onemocnění. I těm dětem se zavádí kanylace i cévku zaváděli urologové“. Z těchto faktu je vidět, že jednotka intenzivní péče je velmi vytížená a nejedná se pouze v sezónách.

Kategorie 10: Ošetrovatelské diagnózy

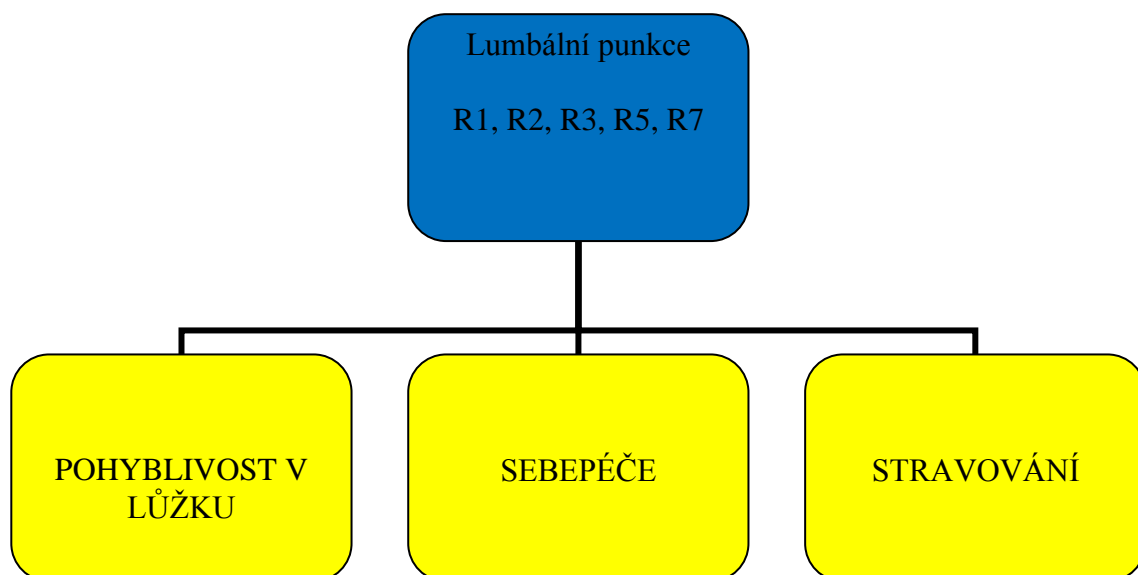
Myšlenková mapa 10: Ošetrovatelské diagnózy



Zdroj: Vlastní výzkum

Poslední kategorii výzkumného šetření nese název Ošetřovatelské diagnózy, které jsou v ošetřovatelské procesy důležité, nejen v tom, že zhodnotíme, jaký problémem trpí pacient, ale můžeme ho i řešit.

Jaké: Všichni respondenti R1-R9 odpověděli, že mezi základní ošetřovatelskou diagnózu patří riziko infekce. Akutní bolest je také diagnóza, kterou uvedlo většina respondentů, kromě respondenta č. 2 a č. 5. Do dalších ošetřovatelských diagnóz zahrnuli Riziko pádu, většinou u starších pacientů. Průjem je velmi aktuální, v letních měsících se vyskytuje velmi často. Dalším problémem může být hypertermie „horečka“. Respondent č. 3 uvedl: *„Potom tu máme nedostatečnost dýchacích cest, protože tu máme pacienty s tracheostomií. Pak horečky „hypertermie“. No a co ještě, potom když jsou po lumbální punkci tak se sleduje tři dny vlastně pohyblivost v lůžku, hygiena a sebedpěče, stravování. Antidekubitární péče je vlastně pohyb v lůžku a sebedpěče. Nejvíce je infekce, hypertermie, bolest to jsou nejčastější a také průjmy, nebo dehydratace“*. Z této výpovědi je známo, že po lumbální péči by se měli u pacienta sledovat ošetřovatelské diagnózy. Tuto odpověď uvedli i další.



5 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit specifika práce sestry na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení. Položily jsme si čtyři základní výzkumné otázky, které zněly: Jaká jsou specifika práce sestry na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení? S jakými onemocněními se nejčastěji setkávají sestry pracující na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení? S jakými ošetřovatelskými diagnózami se nejčastěji setkávají sestry pracující na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení? Jak sestry vnímají náročnost své práce na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení? Tato bakalářská práce se zaměřuje pouze na jedno dané oddělení. V obsahu práce bychom se měli dočíst odpovědi na dané otázky, a zda byl hlavní cíl splněn. Práce se také zabývá proškolením o zásadách bariérové péče, který by měli absolvovat, každý rok. Díky výzkumnému šetření bylo shromážděno několik desítek dat v podobě rozhovorů, abychom měli data, které jsou důvěryhodné, bylo zapotřebí prostudovat odbornou literaturu. Pro sběr dat byl vybrán polostrukturovaný rozhovor, čili kvalitativní výzkum. Celé výzkumné šetření bylo prováděno po dohodě s hlavní sestrou Českobudějovické nemocnice a také vrchní a staniční sestrou daného oddělení. Při žádosti sester na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení jsme se setkaly pouze jednou s negativním ohlasem, když nám jedna sestra odmítla dát rozhovor, ale její rozhodnutí jsme respektovaly, ostatní sestry byly při rozhovorech velmi vstřícné, hlavně staniční sestra, která měla již dopředu připraven papír s onemocněními, které se hlásí na Krajskou hygienickou stanici. Rozhovory byly nahrávány pak doslovně přepisovány. Z těchto rozhovorů vznikly tzv. myšlenkové mapy 1-10.

Celé výzkumné šetření se vztahovalo k základním výzkumným otázkám. Z prvního schéma proškolení bariérové péče je vidět, že se velké množství sester shodlo na tom, že se proškolují 1 krát za rok, toto tvrzení je správné. Ostatní sestry jen dodaly odpovědi, které jsou milné. Podkategorie kým, udává, že se všichni respondenti neshodují ve svých odpovědích. Mezi nejčastější odpovědi patří vrchní sestra, staniční sestra, e-learningové testy. Dle našeho názoru je vidět, že většina sester ví, kým a jak často jsou proškolení o bariérové péči. Dle Rozsypala (2013) patří bariérová péče mezi základní prevenci nozokomiálních nákaz, zahrnujeme tam desinfekci, sterilizaci a

hygienické mytí rukou. Dle našeho názoru by měla být bariérová péče dodržována na všech odděleních stejně bez ohledu jaké onemocnění se tam léčí.

Velmi zajímavou kategorií, která byla zkoumána je kategorie pomůcek. Ze schématu je evidentní, že pomůcek, které používají na jednotce intenzivní péče je velké množství. V podkategorii jaké si sestry vzpomněli na to, že by měli být jednorázové. S tímto tvrzením souhlasíme, nemůžeme přeci chodit v rukavicích k jednomu pacientovi a pak k druhému. Dle Kapounové (2007) rukavice bychom měli měnit po každém pacientovi. Rozhodně rukavice nenahrazují dezinfekci rukou a před a po každém výkonu bychom si ruce měli hygienicky umýt a dezinfikovat ruce. Jsme velice rádi, že sestry si vzpomněli na tolik pomůcek mezi, které zahrnuli základní rukavice, ústenka. Dále pak zástěry, čepice, pláště a další. Dle našeho názoru na jednotce infekčního oddělení infekčního oddělení je dostatek pomůcek, které zabraňují k přenosu nozokomiálních nákaz. Schéma 1 a 2 spolu velice úzce souvisí, protože ošetrovatelská bariérová péče se nemůže provádět bez jednorázových pomůcek, kvůli tomu aby nevznikla nozokomiální infekce. Kapounová, 2009 uvádí, že první známky infekce se vyskytují již po 48 hodinách. Myslíme si, že je výborná informace, že na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení mají tolik pomůcek, jelikož nikde by nemělo být více ochranných pomůcek než zde. Velmi se nám líbí i to, že ve schématu 3 byla zakódována odpověď bariérová ošetrovatelská péče, kterou sestry považují za jeden z rozdílů v ošetrovatelské péči.

Schéma 4 souvisí s jednou otázkou, která byla stanovena na začátku výzkumu, nese název nejčastější onemocnění, které se vyskytuje na jednotce intenzivní péče. Na schématu je vidět, že se sestry shodli na odpovědi, že se v poslední době nejvíce vyskytují infekce v souvislosti s ortopedickými pacienty a pacienty s neuroinfekcí. Mě osobně překvapilo to, že ortopedičtí pacienti často končí na infekčním oddělení, kvůli infekci, která nasedá na náhradu kyčle atd. Průjem, sepse, mozkové abscesy patří také k vyskytovaným onemocněním. Úzce ke schématu souvisí schéma 7: hlášení. Z vyplývá, že právě již zmínění průjmy způsobeny clostridiovou infekcí, neuroinfekce, ale také žloutenky, salmonelózy, pozitivní HIV jsou podmíněny hlášením na Krajskou hygienickou stanici. Velice nás překvapilo, že tuberkulózu zmínil pouze jeden

z respondentů. Dle Rozsypala, 2013 je včasná diagnostika a izolace pacienta je základem protiepidemického opatření. Sestry dle našeho názoru mají přehled nad tím, jaké onemocnění se vyskytují na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení a také vědí, jaké onemocnění se hlásí na Krajskou hygienickou stanici, i když u některých onemocněních váhají.

Dalšími zajímavými schémata je S5 a S6, které také spolu souvisí. Jelikož přístup při příjmu tak podíl na anamnéze a fyzikálním vyšetření se vztahuje právě k příjmu nemocného. Obě schémata mají dvě podkategorie. U schématu 5 nás mile překvapila odpověď „*hodně infekční*“. Kde jinde by měli přistupovat k pacientovi jako k infekčnímu než na tomto oddělení. Právě i zde se zmiňujeme, v čem přicházejí, k pacientovi i když ještě neví jakou infekcí trpí. Jednorázové pomůcky to jsou věci, které si sestry berou při příjmu. A když už pak ví, jakou infekcí trpí, mohou k němu přistupovat k pomůckách k tomu určených, ale vždy pacient je izolován od ostatních. Na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení mají tzv. boxový systém, každý pacient má svůj pokoj. Když to srovnám s poznatky z praxe, mohu říci, že každé oddělení není vybaveno mnoho jednolůžkovými pokoji, aby při každé infekci udělali izolační pokoj. Spoustu pacientů, kteří mají pozitivní např. MRSU se volně pohybuje mezi ostatními pacienty bez toho, aby jim zdravotnický personál něco řekl. Anamnéza souvisí s příjmem, zde sestry dělají ošetřovatelskou anamnézu, vyplňují spoustu testů. Právě u tohoto schématu nám přijde, že sestry neodpověděli dostatečně, netvrdíme, že všechny odpovědi byly špatné.

Dokumentace obsahuje hlavní informace o pacientovi, které potřebujeme k jeho léčbě. Ptaly jsme se sester, jakou dokumentaci používají na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení. Podkategorie nesla název základní, kam můžeme zahrnout barthelův test, nutriční skríníng, akutní kartu. Nejvíce sester si vzpomněli na glykemickou kartu a samozřejmě další dokumentace. Respondent č.7 uvedl: jako svou odpověď také ošetřovatelské diagnózy. Tuto výpověď jsme nečekali. O ošetřovatelských diagnózách se budeme bavit ještě dále, jelikož je obsahuje poslední schéma. Riziko infekce je diagnóza, kterou uvedli všechny sestry. Z toho vyplývá, že sestry ví jaká je hlavní diagnóza na tomto oddělení. Sestry uváděly ještě riziko pádu,

akutní bolest, průjem a hypertermie. Lumbální punkce a sledování daných ošetrovatelských diagnóz je pro mě velká novina, zde se uplatňují tři základní diagnózy, které se sledují a je to pohyblivost v lůžku, sebeděče a stravování. U sester bylo vidět, že ošetrovatelských diagnózám rozumí a ví jak je aplikovat do praxe.

Posledním schématem je náročnost práce, což na tomto daném oddělení je jasné, že bude náročná, nejen psychicky, ale také fyzicky. Sestry uvedli, že práce je namáhavější a většinou jde o život. Je jasné, že práce, která je v intenzivní péči je velice namáhavá.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce, které se zabývá Specifiky práce sestry na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení. Hned na začátku byl zvolen cíl: zjistit specifika práce sestry na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení? Informace, které byly nutné k výzkumnému šetření, jsme se dozvěděli pomocí polostrukturovaného rozhovoru. K rozhovoru bylo připraveno 11 otázek (viz příloha č. 7). Výzkumného šetření se účastnily všeobecné sestry z jednotky intenzivní péče infekčního oddělení. Výzkumné šetření se zabývalo každodenní prací, se kterou se setkávají sestry. Bariérová péče a proškolení je jednou z hlavních věcí, které sestry podstupují. V rozhovorech bylo zjištěno, že práce na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení a standardního oddělení se liší přístupem k infekčnímu pacientovi.

Ve výsledcích bakalářské práce jsme našli odpověď na výzkumné otázky, které jsme si předem určily. Otázka č. 1 Jaká jsou specifika práce sestry na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení? Na tuto otázku jsme našli odpověď ve třetím schématu, který obsahuje rozdíly v ošetrovatelské péči, je vidět, že sestry mají tzv. boxový systém a dodržují ošetrovatelskou bariérovou péči.

Otázka č. 2 S jakými onemocněními se nejčastěji setkávají sestry pracující na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení? I na tuto otázku najdeme odpověď a to ve schématu č. 4, kde se všechny sestry shodli na ortopedických onemocněních a neuroinfekce, ale objevují se tam i další jako je sepse, průjmy.

Otázka č. 3 S jakými ošetrovatelskými diagnózami se nejčastěji setkávají sestry pracující na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení? Ošetrovatelské diagnózy jako nezbytné dokumenty v ošetrovatelské péči nejen v plánování ale i v realizaci. Nejčastější diagnózou sestry vypověděli riziko infekce, ale i další jako je riziko pádu, akutní bolest a hypertermie.

Otázka č. 4 Jak sestry vnímají náročnost své práce na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení? Sestry odpověděli, že vnímají svou práci náročně, nejen psychicky ale i fyzicky, nebo i více namáhavější. I na tuto otázku přišla odpověď, ale myslím si, že sestry se mohli více otevřít.

Výsledky mohou být využity jako informační materiál, nejen pro zdravotnický personál tak pro širokou veřejnost. Výstupem bakalářské práce je brožura. Čtenář, který po přečtení bakalářské práce by se měl zamyslet, zda by mohl změnit něco ve své praxi a ošetrovatelské péči, jedině pak psaní této bakalářské práce mělo smysl a splnila svůj účel.

7. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. BENEŠ, Jiří, 2009. *Infekční lékařství*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-644-1.
2. BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ, 2011. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.
3. ČERNÝ, Zdeněk, 2008. *Infekční nemoci: jak pečovat o pacienty s infekčním onemocněním*. Vyd. 2., přeprac. a rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 978-80-7013-480-1.
4. DOSTÁL, Václav a Stanislav Plíšek, 2007. *Infekční lékařství*, str. 292.. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2099-9.
5. Galský, Jan, 2010 [online]. *Akutní virové hepatitidy*. Postgraduální medicína, č. 3, str. 249-256 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/virove-hepatitidy-450132>
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-497-3.
7. HEJNAROVÁ, Eva a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3601-3.
8. HERDMAN, T. Heather (ed.). *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace : 2012-2014 = Nursing diagnoses : definitions and classification : 2012-2014*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
9. HUSA, Petr, Lenka KRBKOVÁ a Drahomíra BARTOŠOVÁ, 2011. *Infekční lékařství: učební text pro studenty všeobecného lékařství*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5660-2.
10. Infekční nemoci, 2013. Zdravotnická statistika [online]. [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/infekcni-nemoci>
11. *Informace o nákaze virem Zika, 2015* [online]. [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/informace-o-nakaze-virem-zika_11179_1155_5.html

12. JIRKOVSKÝ, Daniel a Marie HLAVÁČOVÁ, 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Vyd. 1. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-13-3
13. KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
14. Kohoutová, Jmila, 2012 [online]. *Trendy v hygieně rukou*. Urologie pro praxi, č. 5, str. 222-224 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: http://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201205-10_Trendy_v_hygiene_rukou.php
15. NAVRÁTIL, Leoš, 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.
16. PODSTATOVÁ, Hana, 2009. *Základy epidemiologie a hygieny*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-597-0.
17. Předpis č. 55/2011 Sb. *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. In: Sbírka zákonů České republiky.
18. Předpis č. 96/ 2004 Sb., *Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*. In: Sbírka zákonů České republiky.
19. ROŠKOVÁ, Silvia, 2012. *Význam dezinfekce a sterilizace* [online]. Sestra, (4) [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vyznam-dezinfekce-a-sterilizace-464371>.
20. ROZSYPAL, Hanuš, Michal HOLUB a Monika KOSÁKOVÁ, 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2197-5.
21. Směrnice SZO, 2011. *Hygiena rukou ve zdravotnictví*.
22. *Tisková zpráva: První dva případy dovezené nákazy virem ZIKA v ČR potvrzeny, 2016* [online]. In: Ministerstvo zdravotnictví České republiky . [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/mimoradny-tiskovy-brifink-ministra-zdravotnictvi-svatopluka-nemecka-k-prvnim-pri_11495_3438_1.html

23. TÓTHOVÁ, Valérie, 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
24. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-324-4.
25. Věstník 6: *Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb.* In: Ministerstvo zdravotnictví.
26. Věstník č.9: *Koncepce ošetrovatelství*. In: Ministerstvo zdravotnictví. 2004
27. Virus Zika, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/en/>
28. VYHLÁŠKA č. 306/2012 sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, 2012. In: Sběrka zákonů České republiky.
29. VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.
30. WICHSOVÁ, Jana, 2013. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3754-6.
zdravotnictví, 2007, částka 6.
31. ZADÁK, Zdeněk, 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2844-5.
32. ŽIAKOVÁ, K. et. Al, 2009. *Ošetrovatelstvo : teória a vedecký výskum*. 2. preprac. vyd. Martin : Vydavateľstvo Osveta. ISBN 80-8063-304-2.

8 PŘÍLOHY

Příloha 1 - POSTUP PŘI MYTÍ RUKOU

Příloha 2 - POSTUP PRO DEZINFEKCI RUKOU

Příloha 3 - PĚT ZÁKLADNÍCH SITUACÍ PRO HYGIENU RUKOU

Příloha 4 - ZÁKLADNÍ POSTUP LÉKAŘE PŘI PODEZŘENÍ VNN

Příloha 5 - GUSS TEST „GUGGING SWALLOWING SCREEN“

Příloha 6 - ŽÁDOST O POVOLENÍ PROVEDENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Příloha 7 - VÝZKUMNÉ OTÁZKY

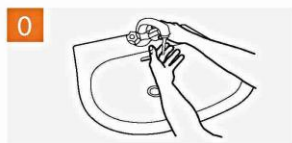
Příloha 8 – CD PŘEPIS ROZHOVORŮ

Příloha 1 POSTUP PŘI MYTÍ RUKOU

Postup při **mytí** rukou

MYTĚ SI POUZE VIDITELNĚ ZNEČIŠTĚNĚ RUCI, JINAK POUŽÍVEJTE DEZINFEKCI!

 **Doba trvání celé procedury: 40–60 vteřin**



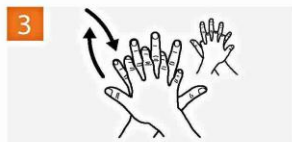
0 Navlhčete si ruce vodou.



1 Aplikujte dostatek mýdla na pokrytí celého povrchu rukou.



2 Třete ruce dlaní o dlaň.



3 Třete pravou dlaní o levý hřbet ruky se zaklesnutými prsty a naopak.



4 Třete dlaní o dlaň se zaklesnutými prsty.



5 Třete hřbety prstů o druhou dlaň se zaklesnutými prsty.



6 Krouživým pohybem třete levý palec v sevřené pravé dlaní a naopak.



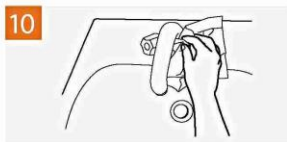
7 Obousměrnými krouživými pohyby třete sevřené prsty pravé ruky levou dlaň a naopak.



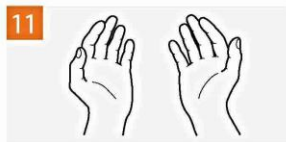
8 Opláchněte si ruce vodou.



9 Ruce si pečlivě osušte ručníkem na jedno použití.



10 Použijte ručník k zastavení kohoutku.



11 Nyní jsou Vaše ruce čisté.

Zdroj: <http://www.szu.cz>

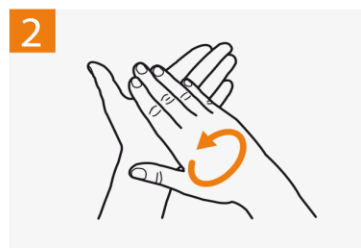
PŘÍLOHA 2 POSTUP PRO DEZINFEKCI RUKOU

Technika hygieny rukou s použitím alkoholového dezinfekčního přípravku

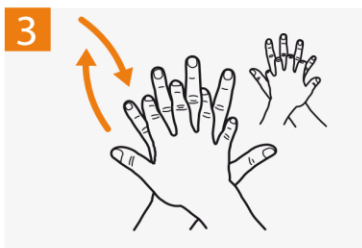
 Doba trvání celé procedury: 20–30 vteřin



Do sevřené dlaně aplikujte dostatek přípravku na pokrytí celého povrchu rukou.



Třete ruce dlaní o dlaň.



Třete pravou dlaní o levý hřbet ruky se zaklesnutými prsty a naopak.



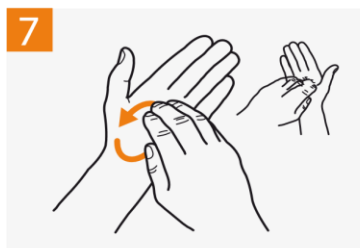
Třete dlaní o dlaň se zaklesnutými prsty.



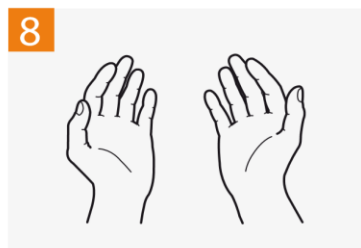
Třete hřbety prstů o druhou dlaň se zaklesnutými prsty.



Krouživým pohybem třete levý palec v sevřené pravé dlaní a naopak.



Obousměrnými krouživými pohyby třete sevřenými prsty pravé ruky levou dlaň a naopak.

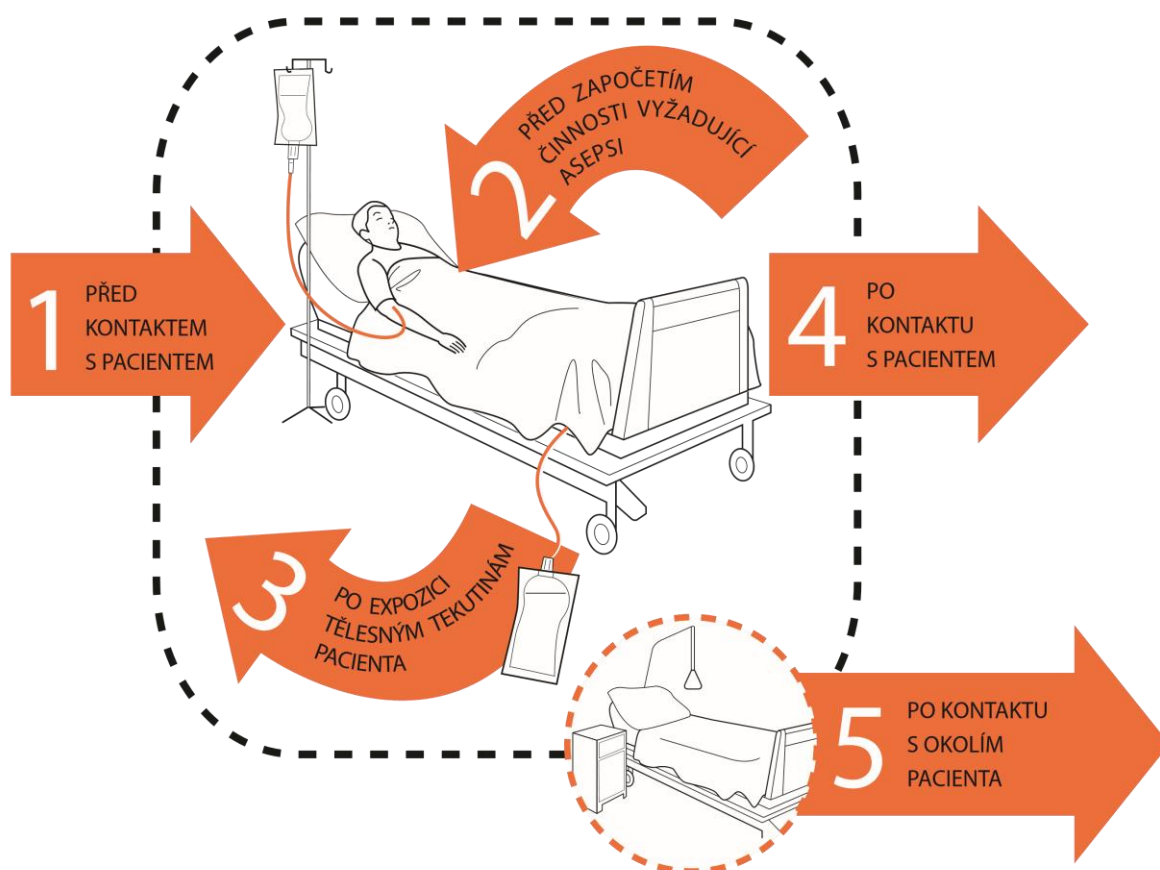


Po oschnutí jsou Vaše ruce dezinfikovány.

PŘÍLOHA 3 PĚT ZÁKLADNÍCH SITUACÍ PRO HYGIENU RUKOU

Zdroj: <http://www.szu.cz>

Pět základních situací pro hygienu rukou

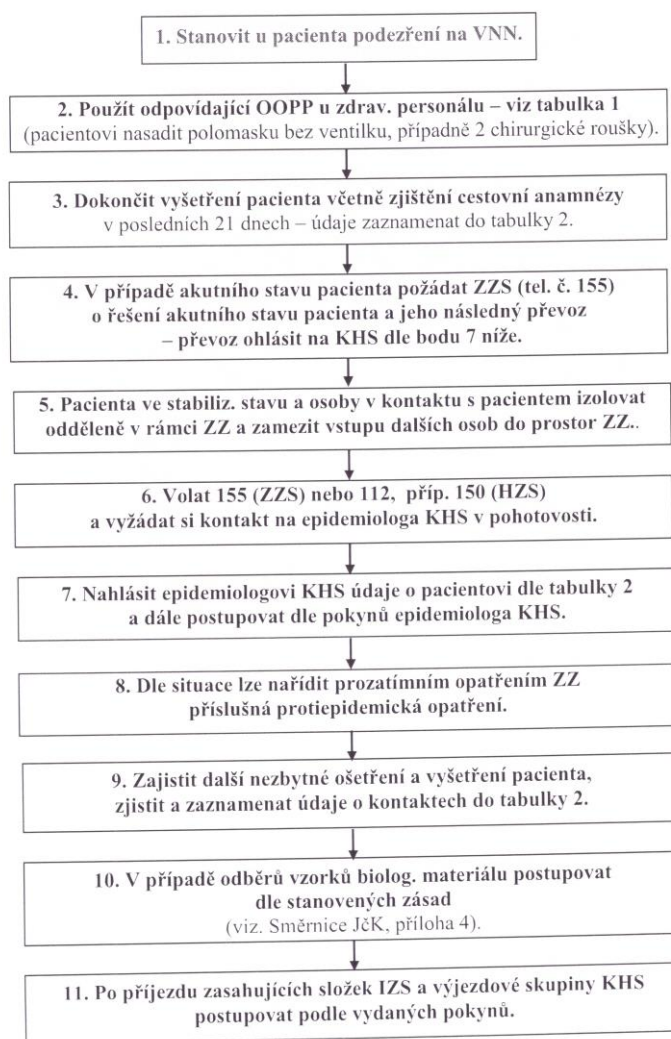


1 PŘED KONTAKTEM S PACIENTEM	KDY? Při kontaktu s pacientem si před přímým dotykem dezinfikujte ruce. PROČ? Z důvodu ochrany pacienta před nebezpečnými mikroorganismy přenášenými na Vašich rukou.
2 PŘED ZAPOČETÍM ČINNOSTI VYŽADUJÍCÍ ASEPSI	KDY? Dezinfikujte si ruce bezprostředně před prováděním jakýchkoli aseptických výkonů. PROČ? Z důvodu ochrany pacienta před nebezpečnými mikroorganismy včetně jeho vlastních, které by mohly vniknout do jeho těla.
3 PO EXPOZICI TĚLESNÝM TEKUTINÁM PACIENTA	KDY? Dezinfikujte si ruce bezprostředně po vystavení riziku styku s tělesnými tekutinami (a po sejmutí rukavic). PROČ? Z důvodu Vaší ochrany i ochrany zdravotnického prostředí před nebezpečnými mikroorganismy pacienta.
4 PO KONTAKTU S PACIENTEM	KDY? Dezinfikujte si ruce po přímém dotyku pacienta nebo jeho bezprostředního okolí ve chvíli, kdy pacienta opouštíte. PROČ? Z důvodu Vaší ochrany i ochrany zdravotnického prostředí před nebezpečnými mikroorganismy pacienta.
5 PO KONTAKTU S OKOLÍM PACIENTA	KDY? Dezinfikujte si ruce po přímém dotyku jakéhokoli předmětu nebo kusu nábytku v bezprostředním okolí pacienta ve chvíli, kdy ho opouštíte, a to i v případě, že nedošlo k dotyku pacienta. PROČ? Z důvodu Vaší ochrany i ochrany zdravotnického prostředí před nebezpečnými mikroorganismy pacienta.

PŘÍLOHA 4 ZÁKLADNÍ POSTUP LÉKAŘE PŘI PODEZŘENÍ VNN

Informativní leták

Základní postup lékaře při podezření na vysoce nakažlivou nemoc (VNN)



Poznámka: Úplné informace o postupu při řešení situace v případě vyslovení podezření na VNN jsou pro potřeby „osob poskytujících péči“ uvedeny v tzv. „Metodickém doporučení – postup při výskytu vysoce nakažlivé nemoci nebo podezření na ni“ a také v příslušné Směrnici JčK pro VNN, které jsou dostupné na webových stránkách KHS Jihočeského kraje – www.khscb.cz.

Zdroj: <http://www.khscb.cz>

PŘÍLOHA 5 GUSS TEST „GUGGING SWALLOWING SCREEN“

GUSS Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

Jméno:
 Datum:
 Čas:

1. Předtestové vyšetření / Nepřímý test polykání

		ANO	NE
Bdéllost	Pacient musí být bdělý nejméně 15 minut	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Kašel a/nebo odkašlávání	Volní kašel Pacient by měl zakašlat nebo odkašlat dvakrát	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Polykání slin:			
▪ Polykání úspěšné		1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Drooling		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Změna hlasu	Chrapot, kloktavý hlas, zastřený hlas, slabý hlas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Celkem:		(5)	
		1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte s částí 2	

2. Přímý test polykání (materiál: čistá voda, plochá čajová lžička, zahušťovadlo, chléb)

V následujícím pořadí:	1 → ZAHUŠŤENÁ TEKUTINA*	2 → TEKUTINA**	3 → PEVNÁ STRAVA***
POLYKÁNÍ:			
▪ Polykání není možné	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Polykání opožděné (>2 sec.) (pevné konzistence >10sec.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Polykání úspěšné	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
KAŠEL (bezděčný): před, v průběhu nebo po polknutí – se zpožděním do 3 minut			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
DROOLING:			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
ZMĚNA HLASU: (poslechněte hlas před a po polknutí – pacient by měl říkat „O“)			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
CELKEM:	(5)	(5)	(5)
	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5= pokračujte tekutinami	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5= pokračujte pevnou konzistencí	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5= norma
CELKEM: (Součet výsledku nepřímého a přímého testu polykání) (20)			
*	První administrace 1/3 až 1/2 čajové lžičky vody se zahušťovadlem (konzistence pudinku). Pokud nejsou patrné žádné symptomy, aplikujte 3 až 5 lžiček. Hodnoťte po 5. lžičce.		
**	3, 5, 10, 20ml vody – pokud nejsou žádné přítomny, pokračujte s 50ml vody (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996). Hodnoťte a ukončete vyšetření, jakmile zpozorujete jedno z kritérií!		
***	Klinicky: suchý chléb; FEES: suchý chléb namočený do zabarvené tekutiny		
¹	Užijte funkční vyšetřovací metody jako VFS, FEES		

GUSS - HODNOCENÍ

Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

	VÝSLEDKY	STUPEŇ	DOPORUČENÍ
20	Zahuštěná tekutina / tekutina i pevná konzistence úspěšná	Lehké / nebo žádné příznaky dysfagie Minimální riziko aspirace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normální dieta. ▪ Běžné tekutiny (poprvé pod dohledem klinického logopeda nebo specializované sestry).
15-19	Zahuštěná a tekutá konzistence úspěšná a pevná konzistence neúspěšná	Lehký stupeň dysfagie s nízkým rizikem aspirace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dysfagická dieta (pyré a měkké konzistence jídla). ▪ Tekutiny velmi pomalu – po jednom doušku. ▪ Funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS. ▪ Upozornit klinického logopeda.
10-14	Zahuštěná konzistence úspěšná, tekutiny neúspěšné	Střední stupeň dysfagie s vysokým rizikem aspirace	<p><u>Dysfagická dieta začínající:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zahuštěnými konzistencemi jako přesnídávka a doplnění parenterální výživou. ▪ Všechny tekutiny musí být zahušřovány! ▪ Léky musí být drceny a smíchány se zahuštěnou tekutinou. ▪ Žádná medikace v tekuté formě konzistence. ▪ Další funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS. ▪ Upozornit klinického logopeda. <p style="text-align: center;"><i>Doplnění nasogastrickou sondou nebo parenterální výživou</i></p>
0-9	Předtestové vyšetření neúspěšné nebo zahuštěná konzistence neúspěšná	Těžká dysfagie s vysokým rizikem aspirace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Žádná strava per os ▪ Další funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS. ▪ Upozornit klinického logopeda. <p style="text-align: center;"><i>Doplnění nasogastrickou sondou nebo parenterální výživou</i></p>

Zdroj: <http://www.fnbrno.cz/>

PŘÍLOHA 6 ŽÁDOST O POVOLENÍ PROVEDENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Žádost o povolení provedení výzkumného šetření

Nemocnice České Budějovice, a.s.

B. Němcové 54

České Budějovice, 370 01

Věc: Žádost o povolení provedení výzkumného šetření

Jsem studentkou III. ročníku bakalářského studia Ošetřovatelství na Zdravotně-sociální fakultě v Českých Budějovicích. Chtěla bych požádat o povolení výzkumného šetření v Nemocnici České Budějovice. Výzkum je součástí mé závěrečné bakalářské práce na téma: Specifika práce sestry na jednotce intenzivní péče infekčního oddělení. Šetření je prováděno anonymně, formou rozhovorů a výsledky Vám mohou být poskytnuty.

Za kladné vyřízení žádosti děkuji.

Ve Bělči dne 10. 4. 2016

Denisa Jakoubková

Běleč 48, Prachatice 383 01

Schválila: 
Mgr. Monika Kyselá

Dne: 14. 4. 2016

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.
S OLIHARIT

PŘÍLOHA 7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jak dlouho pracujete na infekčním oddělení?
2. Jak často jste proškolená o zásadách bariérové péče?
3. Jaké pomůcky používáte na Vašem oddělení?
4. Jak se liší ošetrovatelská péče na infekčním oddělení a ostatních odděleních?
5. Jaké onemocnění jsou nejčastější na Vašem oddělení?
6. Jak přistupujete k pacientovi u příjmu na oddělení?
7. Jak se podílíte na odběru anamnézy a fyzikálního vyšetření u pacienta?
8. Jaké infekční onemocnění podléhají povinnému hlášení?
9. Jaké tiskopisy se používají na infekčním oddělení?
10. Jak vnímáte náročnost práce na infekčním oddělení?
11. S jakými ošetrovatelskými diagnózami pracujete na JIP infekčního oddělení?

