

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Jana Hrachová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Jana Hrachová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**MANAGEMENT OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA
S MRSA**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Jana HRACHOVÁ**
Osobní číslo: **Z17B0038P**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Management ošetrovatelské péče o pacienta s MRSA**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

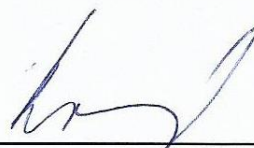
- GÖPFERTOVÁ, Dana, Petr PAZDIORA a Jana DÁŇOVÁ. Epidemiologie: (obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí). Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1232-1.
- ČERNÝ, Zdeněk. Infekční nemoci. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. ISBN 80-701-3241-8.
- MAĐAR, Rastislav, Renata PODSTATOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1673-9.
- DOSTÁL, Václav. Infektologie. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0749-2.
- ROHDE, Rodney E. 2011. Methicillin Resistant Staphylococcus aureus (MRSA) Knowledge, Learning, and Adaptation: I guess everything changes when it happens to you – their stories. LAP Lambert Academic Publishing GmbH & Co. KG, Dudweiler Landstraße 99, 66123 Saarbrücken, Germany. ISBN 978-3-8433-8225-0

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Mgr. Jitka Krocová**
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 4. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Hrachová Jana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Management ošetrovatelské péče o pacienta s MRSA

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Počet stran – číslované: 73

Počet stran – nečíslované: 16

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 48

Klíčová slova: MRSA - HAI – izolační ošetrovatelská péče – komunikace s pacientem na izolaci - edukace

Souhrn:

Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabýváme problematikou stafylokokových onemocnění, MRSA infekcí, managementem ošetrování pacienta na izolaci, komunikací a edukací a samozřejmě infekcemi souvisejícími se zdravotní péčí. Praktická část se věnuje výzkumu k této problematice a bylo zde zjištěno, že pacienti si nejvíce stěžují na plastové nádoby, ve kterých je jim podávané jídlo, nedostatek informací o svém onemocnění, nemožnost dalších odborných vyšetření a přerušení RHB kvůli MRSA infekci a roušky jako součást OOPP. Informace o nutnosti izolace sděluje lékař i se stručným popisem onemocnění. Jako nedostatek vnímají pacienti také fakt, že ne všichni zdravotníci užívají OOPP podle platných předpisů a norem.

Abstract

Surname and name: Hrachová Jana

Department: Ošetřovatelství a porodní asistence

Title of thesis: Management of nursing care for MRSA patient

Consultant: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Number of pages – numbered: 73

Number of pages – unnumbered: 16

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 48

Keywords: MRSA – HAI - Isolation nursing care - Communication with patient on isolation - Education

Summary:

This work is divided into a theoretical and a practical part. In the theoretical part we deal with the issue of staphylococcal diseases, MRSA infections, management of patient care for isolation, communication and education and of course health care infections. The practical part is devoted to the research on this issue in which was found that patients complain mostly about plastic containers in which their food is served, lack of information about their disease, the impossibility of further expert examinations and interruption of RHB due to MRSA infection and masks as part of PPE. The information about the need for isolation is given by the doctor with a brief description of the disease. Patients also perceive the fact that not all health care professionals use PPE in accordance with the current regulations and standards.

Předmluva

Bakalářskou práci na toto téma jsem se rozhodla napsat z jednoho prostého důvodu. Byla to zvědavost, protože na oddělení, kde jsem pracovala, i na současném pracovišti se velmi často setkávám s pacienty, kteří mají ke svému onemocnění ještě diagnostikovanou infekci MRSA. Zajímalo mě, jak takové onemocnění vnímají sami pacienti a jak vnímají chování zdravotníků. Rozhodla jsem se odpovědět si na tuto otázku pomocí kvalitativního výzkumu ve své bakalářské práci. Účelem práce tedy je zjistit, jak se pacienti na izolaci cítí a co by bylo dobře v přístupu k nim změnit nebo jak jim pomoci toto období lépe snášet. Teoretická část práce se věnuje problematice MRSA infekce, infekcí souvisejících s poskytováním zdravotní péče a komunikací s pacientem.

Poděkování

Děkuji PhDr. Mgr. Jitce Krocové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům FN Plzeň, Nemocnice následné péče v Horažďovicích, s.r.o., Domažlická nemocnice, a.s. a Sušická nemocnice, s.r.o. za poskytování odborných rad a poskytnutí možnosti provedení šetření. Respondentům za jejich ochotu a čas věnovaný mé práci. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu během celého studia i života.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 INFEKČNÍ STAFYLOKOKOVÁ ONEMOCNĚNÍ	13
1.1 Mikrobiologie	13
2 METHICILIN REZISTENTNÍ STAPHYLOCOCCUS AUREUS.....	15
2.1 Epidemiologie MRSA.....	15
2.2 Rizikové faktory MRSA	16
2.3 Klinický obraz MRSA	17
2.3.1 Komplikace.....	18
2.4 Diagnostika MRSA.....	18
2.4.1 Zásady odběru biologického materiálu na mikrobiologické vyšetření.....	19
2.5 Terapie MRSA.....	22
3 INFEKCE SOUVISEJÍCÍ S POSKYTOVÁNÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE	23
3.1 Dělení.....	24
3.2 Rizikové faktory	25
3.3 Prevence.....	26
4 MANAGEMENT OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA NA IZOLAČNÍM POKOJI	27
4.1 Úprava izolačního pokoje	27
4.2 Ošetřování pacienta na izolačním pokoji.....	28
4.3 Přeprava pacienta mimo izolační pokoj.....	31
4.4 Úklid na izolačním pokoji.....	31
4.5 Edukace.....	33
5 KOMUNIKACE S PACIENTEM NA IZOLACI	35
5.1 Komunikace	35
5.1.1 Verbální komunikace.....	36
5.1.2 Neverbální komunikace.....	36
5.1.3 Komunikace s rodinou pacienta	38
5.2 Potřeby pacienta.....	38
PRAKTICKÁ ČÁST	40
6 CÍL PRÁCE	40
6.1 Hlavní cíl.....	40
6.2 Dílčí cíle.....	40
7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41

8	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	42
9	METODIKA PRÁCE	44
10	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	45
10.1	Respondent A	45
10.1.1	Jak pacient subjektivně vnímá izolaci?	45
10.1.2	Jak se u pacienta změnilo, popřípadě modifikovaly potřeby na izolaci?	47
10.1.3	Jak pacient vnímá přístup zdravotníků ke své osobě?	47
10.2	Respondent B	49
10.2.1	Jak pacient subjektivně vnímá izolaci?	49
10.2.2	Jak se u pacienta změnilo, popřípadě modifikovaly potřeby na izolaci?	51
10.2.3	Jak pacient vnímá přístup zdravotníků ke své osobě?	51
10.3	Respondent C	53
10.3.1	Jak pacient subjektivně vnímá izolaci?	53
10.3.2	Jak se u pacienta změnilo, popřípadě modifikovaly potřeby na izolaci?	54
10.3.3	Jak pacient vnímá přístup zdravotníků ke své osobě?	54
10.4	Respondent D	56
10.4.1	Jak pacient subjektivně vnímá izolaci?	56
10.4.2	Jak se u pacienta změnilo, popřípadě modifikovaly potřeby na izolaci?	57
10.4.3	Jak pacient vnímá přístup zdravotníků ke své osobě?	58
10.5	Respondent E	59
10.5.1	Jak pacient subjektivně vnímá izolaci?	59
10.5.2	Jak se u pacienta změnilo, popřípadě modifikovaly potřeby na izolaci?	60
10.5.3	Jak pacient vnímá přístup zdravotníků ke své osobě?	60
	DISKUZE	67
	ZÁVĚR	73
	SEZNAM LITERATURY	74
	SEZNAM PŘÍLOH	78
	PŘÍLOHY	79
	Příloha A – Vzor Informovaného souhlasu pacient	79
	Příloha B – Vzor Žádosti o výzkumné šetření v nemocnicích (mimo FN Plzeň)	80
	Příloha C – Vzor žádosti o výzkumné šetření FN Plzeň	81
	Příloha D – Postup mytí a dezinfekce rukou	84
	Příloha E – 5 situací kdy dezinfikovat ruce	86
	Příloha F – Postup dekolonizace u pacienta s MRSA	86
	Příloha G – Maslowova pyramida potřeb	88
	Příloha H – Mapa ošetrovatelské péče	89

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Myšlenková mapa	66
---------------------------------	----

SEZNAM ZKRATEK

ARO.....	anesteziologicko-resuscitační oddělení
CAI.....	komunitní NN
CŽK	centrální žilní katétr
HAI.....	hospital acquired infections
HCAI	healthcare-associated infections
HIV	human immunodeficiency virus
JIP	jednotka intenzivní péče
LDN	lůžka dlouhodobě nemocných
MRSA.....	methicilin-rezistentní staphylococcus aureus
NN	nozokomiální nákaza
OOPP.....	osobní ochranné pracovní pomůcky/prostředky
ORL.....	otorynolaryngologie
PBP.....	penicilin binding proteins
RHB	rehabilitace

ÚVOD

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat problematiku MRSA infekce z pohledu pacientů, kteří jsou kvůli této infekci hospitalizováni na izolačním pokoji a ztrácejí tak možnost kontaktu s jinými pacienty, jako tomu je na standardním pokoji, kde je hospitalizováno více pacientů a mohou si spolu povídat apod. MRSA infekce je způsobená stafylokokem aureem, který v průběhu let získal rezistenci k antibiotikům, která obsahují oxacilin a tato antibiotika jsou pak vůči této infekci neúčinná. Tato bakterie má vysokou schopnost virulence, což znamená snadný přenos z osoby na osobu. Proto je jedním z nejúčinnějších prostředků k zabránění šíření této infekce na další osoby nutnost izolace pozitivního pacienta na samostatném pokoji. Dá se říci, že výskyt MRSA infekce v nemocnicích je jedním z ukazatelů kvality poskytované péče v dané nemocnici. Z důvodu přehlednosti jsme práci rozdělily na 2 části, část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se věnuje stafylokovým infekcím jako původci MRSA infekce, dále se zabývá samotnou MRSA infekcí a infekcemi souvisejícími s poskytováním zdravotní péče a ošetřováním pacienta na izolaci. Jako další jsme zařadily kapitolu o komunikaci s pacientem a jeho edukaci. V praktické části zjistíme odpovědi na následující otázky: Jak pacient subjektivně vnímá izolaci? Jak se změnila nebo modifikovaly potřeby pacienta na izolaci? A jak pacient vnímá přístup zdravotníků ke své osobě? Proto, abychom si všechny tyto otázky mohly zodpovědět, jsme si vybraly kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaných rozhovorů s pacienty s MRSA infekcí, kteří jsou hospitalizováni na izolaci v nemocnicích Plzeňského kraje. Toto téma jsme se rozhodly zpracovat z důvodu osobního zájmu autorky práce o danou problematiku a stále se zvyšujícího počtu antibiotických rezistencí. Na začátku psaní práce jsme si nechaly zpracovat rešerše od NCO NZO v Brně, další zdroje byly nalezeny v odborných časopisech, databázích a na internetu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 INFEKČNÍ STAFYLOKOKOVÁ ONEMOCNĚNÍ

První písemná zmínka o stafylokokové infekci pochází z roku 1880, kdy jí popsal Luis Pasteur, který byl známý jako vynálezce vakcíny proti vzteklině a slezinné sněti a také jako zakladatel mikrobiologie a imunologie, žil v letech 1822–1895 ve Francii. Název jim dal jiný významný lékař, kterým byl britský chirurg sir Alexander Ogston, žijící v letech 1844–1929. A v roce 1844 stafylokokům přiřadil latinský název německý mikrobiolog Friedrich Julius Rosenbach, žijící v letech 1842–1923 (Beneš, 2009, s. 197; Davies, 2013, s. 86, 189).

1.1 Mikrobiologie

Z mikrobiologického hlediska patří stafylokoková onemocnění do skupiny gram pozitivních koků, které jsou fakultativně anaerobní a hlavně nepohyblivé, neopouzdřené a nesporující bakterie. Typickým znakem pro rod stafylokoků je shlukování do hroznovitých kulovitých útvarů o průměru jednoho koku přibližně 0,5–1,5 μm . Stafylokoky jsou obaleny peptidoglykanem, který umožňuje snadnější adhezenci k různým povrchům, např. ke sliznicím, ale i k implantátům. Jsou velice odolné proti vnějším vlivům prostředí, nevadí jim vyschnutí ani vysoké nebo naopak nízké teploty, a proto snadno dochází k antibiotické rezistenci, která je pro člověka nebezpečná. Na druhou stranu jsou snadno kultivovatelné převážně na slaném krevním agaru při teplotě 37 °C. Při kultivaci stafylokoků je nutné počítat s antibiotickou rezistencí, a proto je nutné zjistit citlivost k daným antibiotikům, aby byla léčba efektivní. V některých případech, když je vícero onemocnění na jednom oddělení, je žádoucí udělat test stafylokokového onemocnění ke vztahu k danému oddělení (Beneš, 2009, s. 197; Dostál a kol., 2005, s. 151).

Stafylokoky můžeme rozdělit do dvou velkých skupin podle enzymatické schopnosti tvořit koagulázu neboli schopnost koagulovat plazmu. První skupinu tvoří stafylokoky koaguláza-pozitivní, které mají pro nás jednoho velice důležitého zástupce, který stojí za množstvím infekcí souvisejících s poskytováním zdravotní péče, dříve označovaném jako nozokomiální nákaza, a tímto zástupcem je *S. aureus* (Dostál a kol., 2005, s. 151). *S. aureus* je nejlépe vybaven faktory virulence, což vede ke snadné kolonizaci sliznic i ků-

že člověka. Tato bakterie se přirozeně nachází v nose a ústech člověka, a proto i zde nejvíce dochází ke zvratu v infekční onemocnění. Nejčastěji se tato bakterie projevuje jako hnisavé onemocnění. Jako původce se obvykle identifikuje u onemocnění, jako jsou kožní pyodermie a další kožní onemocnění, dále se s ním můžeme setkat u oborů, jako je chirurgie, kde obvykle kolonizuje operační rány, anebo jiná poranění, dále pak jako vyvolavatel enterotoxikóz. Nevyhýbá se ani gynekologii, kde se s ním setkávají kojící ženy ve formě zánětu prsu, dále pak ortopedie a nezapomínejme ani na otorinolaryngologii (ORL), kde je původcem především sinusitid, otitid, bronchopneumonií apod. V poslední době je velkým rizikem syndrom toxického šoku, kde je hlavním vyvolavatelem *S. aureus*. Jedná se o stav, který je typický pro ženskou část populace a má souvislost s používáním menstruačních tamponů, které žena nechá zavedené dlouhou dobu, nebo na něj z nějakého důvodu zapomene, dále pak s porody či potraty. U mužů se vyskytuje jen zřídka. Příznaky pak nastupují v rychlém sledu a ohrožují pacientku na životě. Patří sem vysoké horečky, exantémy, poruchy funkce jater a ledvin a šok. Léčbu je nutné zahájit co nejdříve. Stafylokokový syndrom opárené kůže je zodpovědný za kožní projevy infekce od puchýřů až po generalizovanou formu, projevující se oddělováním škrápy od pokožky, poprvé byl popsán u novorozenců. *S. aureus* se běžně léčí v režimu domácí péče, popřípadě za hospitalizace na standardním oddělení (především chirurgickém a ortopedickém), ale pokud dojde ke krevnímu rozsevu mikroorganismu do mozku, kde může způsobit stafylokokovou purulentní meningitidu, léčba spadá do kompetencí infekčního lékařství. Náchylnější skupinou našeho obyvatelstva jsou pochopitelně malé děti, staří lidé a lidé imunokomprimovaní, kam spadají osoby HIV pozitivní (= human immunodeficiency virus) (Vokurka a kol., 2011, s. 169), onkologicky nemocní apod. Asi u 40 % obyvatelstva dochází k asymptomatickému, tedy bezpříznakovému, nosičství. Druhou skupinu tvoří koaguláza-negativní stafylokoky, tato skupina je objemnější než skupina koaguláza-pozitivní. Většina zástupců této skupiny jsou běžnou součástí lidské mikroflóry, najdeme je převážně na kůži či sliznicích. Sem řadíme například *S. epidermidis*, který je nejčastěji kultivován u osob s implantáty v těle, jedná se o implantáty kloubů, kardiostimulátoru, chlopní, nesmíme opominout ani pacienty v dialyzačním programu. Pokud dojde ke kultivaci této bakterie, pacient není ohrožen tak vysokou letalitou jako při infekci koaguláza-pozitivními stafylokoky, ale bohužel nedílnou součástí léčby je ve většině případů odstranění implantátu. U koaguláza-negativních stafylokoků dochází častěji k tzv. nosičství (Dostál a kol, 2005, s. 151; Beneš, 2009, s. 200–201).

2 METHICILIN REZISTENTNÍ STAPHYLOCOCCUS AU-REUS

První zmínka o tomto onemocnění se objevila v roce 1961 v Británii, a to necelý rok od zavedení antibiotika s oxacilinem (methicilinem) do praxe, ale již od 50. let 20. století dochází k rezistenci *Stafylokoka aurea* na antibiotika penicilinového typu (Veselý in *Zdravotnictví a medicína*, 2015, s. 35–36; Maďar, 2006, s. 136). A od té doby je MRSA velkým problémem ve zdravotnictví nejen v České republice, ale po celém světě. Jsou země, kde je výskyt poměrně malý, např. Dánsko a země s vyšším výskytem, jako je Itálie, Česká republika patří k zemím se středním výskytem. MRSA má bohužel neustálou tendenci k vyššímu výskytu každý rok, než tomu bylo rok předchozí. (Šrámová a kol., 2013, s. 34, Veselý in *Zdravotnictví a medicína*, 2015, s. 35–36).

2.1 Epidemiologie MRSA

Methicilin rezistentní *Staphylococcus aureus* je kmen *S. aureus*, který je rezistentní (= odolný vůči léčbě určitým druhem antibiotik) (Vokurka a kol., 2011, s. 401) vůči léčbě oxacilinem (methicilinem) a beta-laktamovým antibiotikům. K rezistenci dochází na podkladě produkce enzymu PBP 2a (penicilin binding proteins), který je podmíněn genem *mecA* (Votava a kol., 2010, s. 211), což je enzym, který má malou příbuznost s beta-laktamovými antibiotiky. *S. aureus* je nejlépe vybaven faktory virulence, což vede ke snadné kolonizaci sliznic i kůže člověka. Nejčastějším místem výskytu MRSA je nos, perineum, třísla a hýždě (Veselý in *Zdravotnictví a medicína*, 2015, s. 35–36; Maďar, 2006, s. 136; Beneš, 2009, s. 197). Zdrojem je infikovaný nemocný nebo nemocný, který je nosičem infekce MRSA. Na přenosu MRSA na pacienta mají ve zdravotnictví největší podíl ruce zdravotníků, popřípadě nástroje, které jsou používány k jejich ošetřování a nejsou řádně dezinfikovány (Šrámová a kol., 2013, s. 35–36).

Nosičství v případě MRSA bývá ve většině případů asymptomatické, což znamená bezpříznakové a infikovaný člověk proto nemusí ani vědět, že je nosičem poměrně nebezpečné bakterie. Nosičství člověka v běžném životě nijak neohrožuje, rizikem se stává v případě snížené odolnosti organismu nebo v případě nutnosti prodělání chirurgického výkonu. Nosiči mají nejčastěji pozitivní nález v nose nebo na kůži. Pozitivita MRSA v nose je nebezpečná pro okolí hlavně při respiračním infektu nosiče. Nosičství nemusí být

kontinuální (trvalé), ale může se v etapách objevovat a znovu mizet (intermitentní), diagnostikování takovéhoho nosičství je velice obtížné (Maďar, 2006, s. 137), dalším typem nosičství je tranzientní nosičství, což je náhodná kolonizace, která trvá pouze krátký časový interval (Šrámová, 2013, s. 63). V případě, že nosič je zdravotník, může se stát, že před směnou budou výtěry negativní, ale po směně bude výtěr pozitivní, což je nežádoucí, protože během směny je zdravotník zdrojem infekce pro pacienty i své kolegy (Veselý in Zdravotnictví a medicína, 2015, s. 36). Přenos MRSA se děje cestou přímého kontaktu, kapénkami nebo inokulací (Odložilíková a kol. in Zdravotnictví a medicína, 2018, s. 40).

MRSA můžeme rozdělit do dvou skupin. První skupinou je komunitní kmen, který je charakteristický vyšší rychlostí šíření a výskytem u mladších jedinců a druhou skupinu tvoří nozokomiální kmeny, které jsou pro nás nejvýznamnější, protože jsou to původci HAI (= hospital acquired infections) (Šrámová, 2013, s. 36; Veselý in Zdravotnictví a medicína, 2015, s. 36).

Výskyt ve zdravotnickém zařízení může být sporadický, to znamená, že se MRSA běžně nevyskytuje ve zdravotnickém zařízení a její nálezy jsou výjimečné a dále se nešíří, dále se může jednat o epidemický výskyt, který je charakterizovaný zvýšeným výskytem MRSA pozitivních pacientů a všechny případy mají nějakou spojitost (oddělení, vyšetření). Poslední formou výskytu je endemický výskyt MRSA, což znamená, že je v určité části zdravotnického zařízení stále přítomna (Bergerová a kol., 2005, s. 3–4, SCHÜLKE, 2019).

2.2 Rizikové faktory MRSA

Vstupní bránou pro vstup *S. aurea* do organismu člověka je především porušená integrita kůže či sliznice. Tudíž rizikovou skupinu, které musíme věnovat zvýšenou pozornost v průběhu hospitalizace (od přijetí do zdravotnického zařízení až po propuštění do domácího prostředí/jiného zdravotnického zařízení), tvoří osoby, které mají nebo u nich hrozí porušená integrita kůže či sliznice. Těmito osobami jsou osoby po invazivních výkonech ve smyslu operací, ale i osoby, u kterých je častý přístup do cévního řečiště z důvodu dialyzační léčby, zavedených kanyl nebo intravenózní uživatelé návykových látek, dále pacienti s permanentním močovým katétrem. Ohroženi jsou pacienti s jakýmkoli imunodeficitem, jako jsou HIV pozitivní, pacienti po transplantacích na imunosupresivní léčbě. Další velkou skupinou, která je ohrožena kolonizací rezistentního *S. aurea*, jsou pacienti s porušenou integritou kůže ve velkých plochách, což jsou například popálení pacienti ne-

bo osoby s chronickým hojením ran, jako jsou diabetici a osoby s bércovými vředy. Samostatnou skupinu tvoří onkologičtí pacienti, u kterých je splněno více rizikových faktorů. Samostatným a hlavně diskutabilním rizikovým faktorem může být i samotné oddělení, na kterém je pacient hospitalizován, vzhledem k jeho zamořenosti specifickou mikrobiální flórou a hygienickým zabezpečením rukou personálu, který tvoří hlavní cestu přenosu MRSA (Maďar, 2006, s. 138–139; SCHÜLKE, 2019). Dalším rizikovým faktorem, který ale nikdo neovlivní, je vyšší věk a pohlaví, přičemž náchylnější ke kolonizaci MRSA jsou muži (Maďar, 2006, s. 138). K určení rizikovosti daného pracoviště nám pomůže následující dělení: oddělení, kde jsou vysoká rizika, jsou JIP (= jednotka intenzivní péče) a ARO (=anesteziologicko-resuscitační oddělení), popáleninová centra, kardiologie a neuro chirurgie, traumatologie. Střední riziko má běžná chirurgie, gynekologie a neonatologie. Nízké riziko výskytu je na interních a pediatriích. Specifické riziko výskytu mají psychiatrie, LDN (= lůžka následné péče) a to z důvodu převážně přeložených pacientů z jiných oddělení, kde již mohli být MRSA pozitivní, tudíž infekce MRSA nevznikla na tomto oddělení, ale jinde (SCHÜLKE, 2019). Což nás přivádí k pohledu na rizikové faktory ne ze strany pacienta, ale ze strany zdravotnického zařízení nebo zdravotníků obecně. Rizikovým faktorem v tomto případě je nadbytečné předepisování antibiotik i na jiná onemocnění než bakteriální (např. virózy). Dále pak nedodržování bariérového systému ošetřování, nesprávná hygiena rukou zdravotníků a nedodržování předpisů osobní úpravy zdravotníků (Maďar, 2006, s. 138; Bergerová a kol., 2005, s. 3–4).

Každé malé dítě ví, že je lepší prevence než léčba, takže se pokusme pomocí znalosti rizikových faktorů eliminovat možné cesty přenosu infekce na pacienta. Prevence spočívá v hygieně rukou personálu, manipulaci s odpady či biologickým materiálem a dodržováním bariérového systému ošetřování (Odložilíková a kol. in Zdravotnictví a medicína, 2018, s. 40).

2.3 Klinický obraz MRSA

Klinický obraz MRSA, tedy rezistentní infekce *S. aureus* na methicilin, probíhá pod obrazem jiného onemocnění, které spadá pod stafylokoková onemocnění. Na přesnou diagnostiku je potřeba kvalitní mikrobiologické vyšetření biologického materiálu. *S. aureus* může způsobit řadu onemocnění. Obecně lze říci, že se MRSA projevuje prodlouženým a komplikovaným hojením ran. Jelikož se MRSA obvykle vyskytuje v ranách, projevy jsou

zarudnutí, otok, necitlivost, bolestivost v místě rány, zvýšená sekrece z rány, dále pak subfebrilie (= zvýšená tělesná teplota mezi 37–38 °C) až febris (= horečka) (Vokurka a kol., 2011, s. 437, 127). Hlavními příznaky invazivní infekce (kam patří sepse, infekce močového ústrojí, infekční endokarditida apod.) je febris, zimnice, celková únava, schvácenost, zmatenost, závratě, nevolnost. Dále to mohou být infekce kůže, které se budou projevovat jako hnisavé onemocnění: karbunkl, furunkl, impetigo, abscesy (Podstatová, 2009, s. 83) anebo infekce orgánů (Schindler, 2010, s. 67).

2.3.1 Komplikace

Když známe projevy infekce, určitě stojí za to zmínit, jaké mohou nastat komplikace, pokud těmto projevům nebudeme věnovat dostatečnou pozornost. Mezi jednu z nejzávažnějších komplikací patří přestup infekce do krevního řečiště, což je výše zmiňovaná sepse. Dále pak horší hojení rány, vznik abscesů (= chorobná dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem) a píštělí (= abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem) (Vokurka a kol., 2011, s. 2, 131). Když opustíme stránku možnosti zhoršení zdravotního stavu pacienta a přesuneme se k obecné stránce věci, můžeme hovořit o prodloužení hospitalizace, izolovanosti pacienta, zvýšení nákladů na léčbu a zvýšení nároků na poskytování ošetrovatelské péče (Hartmann in Florence, 2013, s. 8).

2.4 Diagnostika MRSA

Pro správnou léčbu je nutná přesná diagnostika. Diagnostiku provádí lékař mikrobiolog v mikrobiologické laboratoři, ale ke stanovení správné diagnózy potřebuje zajistit, aby byl biologický materiál správně odebrán a transportován do laboratoře (viz zásady odběru biologického materiálu) a k tomu je nutný kvalifikovaný personál, který pracuje s konkrétním vzorkem materiálu od pacienta (lékař, sestra, sanitář apod.). Diagnostika spočívá v kultivaci na kultivační plotně s krevním agarem a mikroskopickém vyšetření (Schindler, 2010, s. 200–201). Kultivujeme buď v aerobních nebo anaerobních podmínkách při 37 °C. Kultivaci provádíme převážně ze stěru z rány (hnis), kůže nebo tkáně nemocného člověka, v případě, že se jedná o podezření na infekci v krevním řečišti, odebíráme krev (hemokultura). Další možností diagnostiky může PCR (=Polymerase Chain Reaction, genetická metoda zjištění predispozic) a latexová aglutinace (Beneš, 2009, s. 200; Votava a kol., 2010, s. 211). Výsledky kultivačního vyšetření bývají obvykle do 3 dnů, ale po 24 hodinách jsou k dispozici výsledky předběžné (Podstatová, 2009, s. 20).

2.4.1 Zásady odběru biologického materiálu na mikrobiologické vyšetření

Abychom mohli správně určit diagnózu, je nezbytné správně odebrat biologický materiál a správně ho transportovat do laboratoře (Čurdová, Dolejší in Sestra, 2014, s. 46). Každý druh biologického materiálu je na tom trochu jinak se způsobem odběru, uchováváním a transportem. Zde popíšeme postupy při nejčastějších druzích odebíraného materiálu, jako je stěr z kůže, sliznice nebo rány, odběr krve a moče. Základním pravidlem pro efektivní provedení stěru je pokrytí co největší odběrové plochy (Čurdová, Dolejší in Sestra, 2014, s. 46).

Výtěr z nosu, nosohltanu, hrtanu

Výtěr provádíme nejlépe nalačno nebo alespoň 2 hodiny po jídle. K odběru biologického materiálu používáme sterilní štětičky nebo tampony. Odběrovou sadu (štětička a transportní půda) otevíráme těsně před provedením výtěru. Po provedení výtěru štětičku vkládáme do zkumavky s transportní půdou, aniž bychom se dotkli okraje zkumavky.

Výtěr z nosu je pro pacienta nepříjemný a obvykle popisuje pocit na kýchání. Výtěrovou štětičku zavedeme 1 až 2 centimetry do nosu a krouživým pohybem setřeme, štětička se zavede do obou nosních dírek.

Výtěr z nosohltanu (faryngu) se provádí za pomoci ústní lopatky a odběrové sady (štětička na drátu). Před odběrem se nedoporučuje čistit zuby a jíst a pít alespoň 2 hodiny. Výtěr zahájíme ohnutím štětičky přes okraj zkumavky skoro do pravého úhlu, poté stlačíme jazyk ústní lopatkou a šetrným setřením sliznice nosohltanu, štětičku zavádíme při měkkém patře.

Výtěr z hrtanu (laryngu) provádíme štětičkou na drátu, kterou jsme si ohnuli přes okraj zkumavky v úhlu 120° a jako pomoc využíváme ústní lopatku. Štětičku zavádíme až za epiglottis do hrtanu, pacient zakašle a tím se na štětičku zachytí kapénky z dolních cest dýchacích. Stejně jako u předchozího výtěru se nedoporučuje před odběrem 2 hodiny jíst, pít a čistit si zuby (Vytejšková a kol., 2013, s. 233–234).

Výtěr z oka a ucha

Výtěr z oka se provádí ze spojivkového vaku sterilním tamponkem nebo štětičkou, které je zvlhčené sterilním fyziologickým roztokem. Víčka rozevřeme tak, abychom se

nedotkli jejich okrajů, výtěr provedeme z dolního ohybu víčka. 12 hodin před výkonem se nedoporučuje aplikace léčebných či kosmetických přípravků do oka.

Výtěr z ucha se provádí jako screeningové vyšetření při podezření na MRSA. Výtěr provedeme ze zevního zvukovodu šroubovitým pohybem sterilní štětičkou. Na zvlhčení štětičky použít sterilní fyziologický roztok.

Stěr z rány a kůže

Stěrem z rány obvykle získáme hnis, který nám poslouží velmi dobře pro mikrobiologické vyšetření – kultivace a citlivost. Pokud se jedná o opouzdřené ložisko, vzorek získáme incizí (= naříznutí) nebo punkcí (= nabodnutím) ložiska. Stěr se provádí sterilní štětičkou, která je součástí odběrové sady s transportní půdou, za přísně aseptických podmínek. V případě odběru hnisu do stříkačky lze vzorek zaslat i takto. V případě secernující rány necháme štětičku pořádně nasáknout biologickým materiálem. Důležité je specifikovat místo odběru (Vytejková a kol., 2013, s. 234; Votava a kol., 2010, s. 253).

Stěr z kůže je dalším screeningovým vyšetřením při podezření na MRSA. Stěr se provede sterilní štětičkou, která se ihned po provedení stěru uloží do nádoby s transportní půdou. Před ani po odběru se štětičkou nesmíme dotknout okolí a ani hrdla odběrové nádoby (Vytejková a kol., 2013, s. 234). Dále se může použít otisk kůže (Votava a kol., 2010, s. 254).

Krev

Při odběru krve na hemokulturu (= zjištění přítomnosti mikroorganismů v krevním řečišti) musíme dodržovat přísné aseptické podmínky, odběr provádíme při vzestupu tělesné teploty (obvykle 37–38 °C), nejlépe před zahájením antibiotické léčby, v případě, že pacient antibiotika užívá, je nutné tuto skutečnost uvést na žádanku. Místo vpichu musí být dokonale dezinfikováno sterilním tamponem s alkoholovým nebo jódovým dezinfekčním přípravkem ve směru od místa předpokládaného vpichu k periferii, po provedení dezinfekce se místo nechá minutu zaschnout a poté se provede kontrolní stěr z kůže (v případě nálezu stejného patogenu na kůži i v krvi se nejedná o vyvolavatele daných obtíží), po dezinfekci a stěru z kůže už nesmí být žíla palpována z důvodu možné kontaminace. Po venepunkci, nejčastěji otevřeným způsobem nebo uzavřeným způsobem přes speciální nástavec, se odebere požadované množství krve, u dospělého dvakrát 5 mililitrů (aerobní a anaerobní).

robní kultivace) a u dítěte jedenkrát 2,5 mililitru. Ihned po odběru venózní krve je nutné krev přestříknout do kultivační nádoby na hemokulturu s protisrážlivým prostředkem. Víčko od nádoby se odlamuje těsně před odběrem krve a gumová zátka na hrdle musí být řádně dezinfikována 70% alkoholem a opět se nechá minutu zaschnout. Po aplikaci krve do lahviček je nutný okamžitý transport do laboratoře. Odběr hemokultury se provádí opakovaně 2–3x s odstupem 30 minut, proto je dobré lahvičky označit pořadovým číslem (1. sada, 2. sada, 3. sada) a to samé udělat i se stěry. Na žádanku se připojuje ještě místo odběru (periferie, CŽK), datum a čas odběru, antibiotická terapie (Vytejšková a kol., 2013, s. 213, Mikšová a kol., 2006, s. 26).

Moč

MRSA se může vyskytovat i v močovém systému, takže je na místě i odběr moče na mikrobiologické vyšetření. Zde se nabízí více možností, jak získat biologický materiál od pacienta. Pokud se jedná o soběstačného a chápajícího pacienta, je možné provést odběr středního proudu moče do sterilní zkumavky. Tento postup je pro pacienta nejméně zatěžující. Pacient je poučen o důkladné hygieně zevního genitálu a následném odběru středního proudu moči, což znamená, že pacient první porci moči odmočí do toalety, střední proud zachytí do odběrové nádoby s nebo bez živné půdy a zbytek opět odmočí do toalety. Odebírá se 5–10 ml moči. Druhý způsob, který se využívá u pacientů, kteří nejsou schopni provést odběr středního proudu moče, nebo se jedná o indikaci lékaře, provedeme jednorázovou katetrizaci močového měchýře za účelem odběru sterilní moče. K tomuto výkonu potřebujeme zajistit co nejvíce aseptické prostředí, to znamená, že pacient pod sebou bude mít sterilní roušku, personál, který bude katetrizaci provádět, použije sterilní rukavice a sterilní pomůcky na katetrizaci močového měchýře a u pacienta provedeme důkladnou dezinfekci zevního genitálu dezinfekcí určenou na sliznice (např. octenisept®). Další možností získání vzorku moče je suprapubickou punkcí (= nabodnutí močového měchýře přes stěnu břišní, těsně nad sponou stydkou). Odběr se provádí do sterilní nádoby a moč je nutné odnést do laboratoře do 2 hodin (Vytejšková a kol, 2013, s. 227–228, Votava a kol., 2010, s. 248–249; Mikšová, 2006, s. 36).

Ve všech případech je nutné, aby nedošlo ke kontaminaci odběrové nádoby a nádoba byla čitelně označena: JMÉNO, PŘÍJMENÍ, RODNÉ ČÍSLO, POJIŠŤOVNA, ODDĚLENÍ, NA KTERÉM JE PACIENT HOSPITALIZOVANÝ. Dále na žádance musí být uvedeno zdravotnické zařízení a oddělení, kde je pacient hospitalizovaný, telefonní číslo na

oddělení a jméno ošetřujícího lékaře, druh biologického materiálu, který posíláme k vyšetření (stěr, výtěr...), požadované vyšetření, čas odběru, léčbu nějakým antibiotikem, jméno, pojišťovna a adresa, RČ pacienta (Podstatová, 2009, s. 19).

2.5 Terapie MRSA

Vzhledem k rezistenci na antibiotika methicilinového typu je nutné vytestovat citlivost antibiotika jiného typu, což provádí mikrobiolog po kultivaci *S. aurea*. K léčbě pacienta s MRSA se využívají především glykopeptidy (např. Vankomycin), oxazolidinony (např. Linezolid), streptograminy (např. Synercid), glycylycykliny (např. Tigecyklin) a cyklické lipopeptidy (např. Daptomycin) (Jedličková, 2009, s. 292, 238, 236, 201, 297). Léčba pacienta s MRSA je dlouhodobá, náročná a ne zřídka provázená komplikacemi, na což těsně naléhá i vyšší finanční nákladnost pro zdravotnické zařízení, kde se pacient nachází (Šrámová a kol., 2013, s. 35). Cílem léčby je pacienta dekolonizovat (= zbavit osídlení) (Vokurka a kol., 2011, s. 77, 239) pomocí dezinfekčních přípravků s deklarovaným účinkem na MRSA, tento proces trvá min. 5 dní (SCHÜLKE, 2019). Pokud je pacient MRSA pozitivní, ale asymptomatický a nemá plánovaný chirurgický výkon, není nutná léčba antibiotiky, pacienta pouze dekolonizujeme a zabráníme šíření infekce (Veselý in Zdravotnictví a medicína, 2015, s. 36).

Když shrneme postup léčby u pacienta s MRSA pozitivitou, jedná se o včasnou diagnostiku, izolaci pacienta a zabránění přenosu infekce na další osoby, dodržování izolace nebo bariérového systému ošetřování, důsledná hygiena rukou ošetřovatelského personálu, správné užití citlivého antibiotika, dekolonizace pacienta a provádění kontrolních stěrů z inkriminovaných oblastí, kde byla MRSA diagnostikována (Šrámová a kol., 2013, s. 49; Beňadiková in Zdravotnictví a medicína, 2017, s. 19).

3 INFEKCE SOUVISEJÍCÍ S POSKYTOVÁNÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Infekce související s poskytováním zdravotní péče nesou zkratku HAI, což jsou počáteční písmena z anglického názvu Hospital Acquired Infections, novější literatura tuto zkratku ještě upravila na HCAI, což jsou opět první písmena z anglického Healthcare-associated infections. Ve starší literatuře budou infekce související s poskytováním zdravotní péče označovány jako nozokomiální (= nemocniční) nákazy (Vokurka a kol., 2011, s. 320) nebo nozokomiální infekce a zkracovány jako NN, tento název je poměrně zažitý i mezi odbornou veřejností (Šrámová, 2013, s. 12–13). HAI podléhají povinné evidenci a hlášení, což dokazuje i zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví (Podstatová, 2009, s. 98), vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření onemocnění a hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče a vyhláška 473/2008 Sb. Povinnost ohlásit HAI má jak laboratoř, kde došlo ke kultivaci, tak i oddělení, na kterém je pacient hospitalizovaný (Podstatová, 2009, s. 93). Dále se vede záznam v dokumentaci nemocného (Melicherčíková, 2015, s. 44).

HAI jsou infekce, které vznikají v souvislosti s poskytováním zdravotní péče nemocničního i ambulantního charakteru. Jako HAI můžeme označit jakékoliv onemocnění, které má nějakou souvislost s pobytem nemocného v nemocnici nebo jakýmkoliv invazivním výkonem poskytovaným zdravotnickým zařízením, dále pak se stravou podávanou nemocnému během hospitalizace nebo kontaktu s personálem, který je infekční. Abychom mohli rozlišit, jestli se jedná o HAI nebo ne, musíme si odpovědět na pár otázek. A to: Byl pacient nemocný již při příjmu do nemocnice, ale příznaky se objevily až v průběhu hospitalizace? Získal nemocný infekci v průběhu hospitalizace, ale kvůli inkubační době daného onemocnění se nemoc projevila až po propuštění/přeložení? Pokud bychom onemocnění měli klasifikovat jako HAI, musí být prokazatelné, že nemocný neměl potíže, které by vystihovaly HAI, ne základní diagnózu nemocného, již při přijetí do nemocnice nebo k ambulantnímu výkonu nebo neodpovídaly inkubační době daného onemocnění a neprojevily se až během hospitalizace v rozmezí 24–48 hodin. Pokud onemocnění propuklo až v nemocnici, ale začátek se projevil v inkubační době, hovoříme o CAI (= zavlečená komunitní infekce). Dále jako HAI můžeme klasifikovat onemocnění, které vzniklo po propuštění do domácí péče a inkubační doba odpovídá pobytu nemocného ve zdravotnickém

zařízení. HAI není onemocnění, které si pacient přinese z jiného oddělení nebo zdravotnického zařízení, respektive HAI to je, ale příslušného oddělení, ze kterého byl pacient přeložen (Šrámová a kol., 2013, s. 12–13; Melicherčíková, 2015, s. 43; Maďar a kol., 2006, s. 15). HAI jsou infekce, které ovlivňují dobu léčby, ale i její nákladnost, hlavně tím, že se prodlouží doba hospitalizace, ohrozí nemocného zhoršením aktuálního zdravotního stavu a v některém případě dokonce i smrtí, dále dojde k navýšení nákladů na materiál i ošetrovatelský personál (Melicherčíková, 2015, s. 43; Richterová in Zdravotnictví a medicína, 2015, s. 22; Hartmann in Florence, 2013, s. 8).

Jako původce HAI jsou nejčastěji izolovány bakterie (kmeny stafylokoků, streptokoků, enterokoků, clostridie), viry, houby, paraziti a kvasinky (Beňadiková in Zdravotnictví a medicína, 2014, s. 22; Melicherčíková, 2015, s. 44).

Cesta přenosu HAI je převážně rukama personálu zdravotnického zařízení či nástroji v něm používanými, popřípadě i podávanými léky, další možností šíření je strava podávaná ve zdravotnickém zařízení nebo vzduchem (Melicherčíková, 2015, s. 44; Maďar, 2006, s. 16).

3.1 Dělení

Infekce související s poskytováním zdravotní péče můžeme rozdělit do čtyř skupin. První dělení spočívá v tom, jak se původce nákazy dostane do organismu člověka a druhé dělení rozlišuje HAI podle místa výskytu (Šrámová a kol., 2013, s. 13, Maďar a kol., 2006, s. 15–16).

První skupinu tvoří exogenní infekce, což jsou infekce, které jsou na pacienta zavedeny zvenčí. Zdrojem mohou být návštěvy, ruce personálu, okolí nemocného apod. Jako prevence u exogenní infekce se uplatňuje především hygienicko-epidemiologický režim, důsledné dodržování bariérového systému ošetřování a zodpovědnost zdravotnických pracovníků a všech osob, které se dostanou do kontaktu s nemocným (návštěvy, pracovníci stravovacího provozu, úklidu apod.). Jako zástupce exogenní infekce můžeme uvést jakékoliv respirační onemocnění ve smyslu virózy nebo chřipky (Šrámová a kol., 2013, s. 13, Maďar a kol., 2006, s. 15–16).

Druhou skupinou jsou infekce endogenního původu. Tyto infekce vznikají z vlastní mikroflóry člověka, podmínkou pro vznik je přenos mikroorganismu mimo jeho běžné

místo výskytu. Pro lepší pochopení uvedu příklad, *E. coli* se běžně vyskytuje ve střevní mikroflóře a v případě, že se kultivuje v moči, je to patologický nález. Endogenní infekce nemá inkubační dobu, ani není nakažlivá (Šrámová a kol., 2013, s. 13, Maďar a kol., 2006, s. 15–16; Melicherčíková, 2015, s. 44).

Další skupinu tvoří nespecifické infekce, tyto infekce se vyskytují běžně v celé populaci a nejsou vázány na zdravotnické zařízení, obvykle se jedná o respirační onemocnění apod., daným onemocněním onemocní větší počet lidí na určitém území (Šrámová a kol., 2013, s. 13, Maďar a kol., 2006, s. 15–16).

Poslední skupinou jsou specifické infekce, jejichž výskyt je vázán na zdravotnické zařízení a výkony v zařízení prováděné. Specifické infekce jsou obvykle charakteristické vyšší rezistencí na antibiotickou léčbu, proto je nutná cílená antibiotická léčba (Šrámová a kol., 2013, s. 13, Maďar a kol., 2006, s. 15–16).

Infekce související s poskytováním zdravotní péče můžeme ještě rozdělit podle místa infekce na infekce močového ústrojí, dýchacích cest, gastrointestinálního traktu, krve, infekce v ráně apod. (Šrámová a kol., 2013, s. 15; Beňadiková in Zdravotnictví a medicína, 2014, s. 27, Maďar a kol., 2006, s. 17).

3.2 Rizikové faktory

Rizikovým faktorem pro vznik HAI je samozřejmě věk, ohroženější skupinou jsou novorozenci a staří lidé. Dále pak diagnóza, která pacienta provází, ať je to diabetes mellitus, onkologická diagnóza, porušená integrita kůže (bércové vředy, dekubity (= proleženiny) (Vokurka a kol., 2011, s. 79), imunodeficit, popáleniny, traumata, dialyzační program a provedené invazivní výkony, kam můžeme zařadit operace, zavedení tracheotomií, venózních katétrů, močových katétrů, ale i problémy s výživou ve smyslu obezity nebo malnutrice a užívání alkoholu. Jako rizikový faktor lze považovat i nadužívání antibiotik, což vede k dnešnímu velkému problému zdravotnictví, a to je rezistence vůči antibiotikům, dále pak oddělení, na kterém je pacient hospitalizován (Podstatová, 2009, s. 92, 94; Maďar a kol., 2006, s. 15; Čurdová, Dolejší in Sestra, 2014, s. 46, Maďar, 2006, s. 16–17). A proto není výjimkou kultivační nález multirezistentního mikroorganismu, v tomto případě je to varovný signál pro ošetřující personál, ale i pro epidemiologického pracovníka zdravotnického zařízení, protože se může jednat o infekci související s poskytováním zdravotní péče.

Multirezistentní kmeny obvykle mívají původ ve zdravotnickém zařízení. V současnosti je velkým problémem „superinfekce“ MRSA, která je velmi rozšířená (Maďar, 2006, s. 18–19).

3.3 Prevence

V zabránění šíření HAI je nutná informovanost personálu, který přijde do kontaktu s nemocným. Ve vedení zdravotnických zařízení by se mělo podporovat uvědomění, že je nutné HAI hlásit a snažit je jim předcházet, ne je úmyslně zamlčovat a tím si zlepšovat statistiky. Dalším preventivním opatřením, které může zajistit snížení výskytu nemocničních infekcí, je edukace personálu o dodržování hygienicko-epidemiologického režimu a bariérového systému ošetřování, užívání jednorázových pomůcek, individualizaci pomůcek vždy pro konkrétního pacienta, pokud to vybavení oddělení/ambulace dovoluje a vytvoření izolace, pokud to onemocnění vyžaduje. Nesmíme zapomenout, že nejčastější cestu přenosu tvoří ruce ošetřujícího personálu, což vede k dalšímu preventivnímu opatření a tím je důsledná dezinfekce rukou a celková péče o ruce zdravotníků, dále pak užívání rukavic, což je zakotveno ve vyhlášce č. 306/2012 Sb. a v metodickém pokynu (věstník MZ ČR č. 5/2012). A když už řešíme problematiku dezinfekce rukou, neměli bychom zapomínat zmínit dezinfekci a sterilizaci nástrojů, dezinfekci povrchů a ploch, na všechny typy dezinfekce by měl být vypracovaný dezinfekční řád. Jako preventivní opatření lze považovat i nakládání s prádlem a odpadem ze zdravotnického zařízení a úklid minimálně dvakrát denně na mokro a alespoň jedenkrát za 2 roky vymalovat oddělení. Dále jako prevenci HAI můžeme považovat správnou manipulaci s biologickým materiálem a správný postup při ošetřování ran (Podstatová, 2009, s. 139; Richterová in Zdravotnictví a medicína, 2015, s. 22–23; Melicherčíková, 2015, s. 45; Hartmann in Florence, 2013, s. 8).

Celková prevence by měla být zajištěna managementem zdravotnického zařízení, které musí mít zpracované standardy ošetrovatelské péče a další nařízení a směrnice, kterými se personál musí řídit a jejich důsledným dodržováním by mělo dojít k minimalizaci výskytu HAI, stejně tak i zvyšováním povědomí o dodržování bariérového systému ošetřování mezi zdravotníky a snaha o automatizaci úkonů bariérové ošetrovací techniky (Richterová in Zdravotnictví a medicína, 2015, s. 22–23; Maďar, 2006, s. 19).

4 MANAGEMENT OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA NA IZOLAČNÍM POKOJI

Vytvoření izolačního pokoje je jedna z preventivních nutností při podezření a následném potvrzení positivity pacienta na MRSA. Pokud již máme nějakého pacienta s MRSA na oddělení diagnostikovaného a izolovaného, je možné k němu hospitalizovat i další pacienty s MRSA pozitivitou (kohorta), samozřejmě bychom měli dodržet rozdělení pokojů podle pohlaví, v případě intenzivní péče vyčleníme jeden box, který označíme jako izolační. Sloučení pacientů má jako podmínku to, že žádný z pacientů na izolačním pokoji nesmí mít žádné další infekční onemocnění (Mařar, 2006, s. 142–143). Zavedení izolačního režimu není limitující pouze pro personál daného oddělení, ale v první řadě je to limitující omezení hlavně pro pacienta samotného. Nesmíme zapomínat ani na ostatní pracoviště (laboratoře, stravovací provoz, radiologické pracoviště, úklidové služby), která mohou přijít do kontaktu přímo s pacientem nebo s materiálem, který byl v kontaktu s pacientem. Proto bychom měli vše, co vychází z izolačního pokoje od pacienta čitelně označit, nejlépe červenou barvou a nápisem MRSA, abychom předešli případnému přenosu na další osoby, které by mohly přijít do styku s kontaminovaným materiálem (Saibertová a kol., 2017, s. 28).

4.1 Úprava izolačního pokoje

Pacient, který má diagnostikovanou MRSA pozitivitu je ihned umístěn na zvláštní pokoj, který je řádně označen nápisem IZOLACE. A na dveře pokoje se umístí pokyny pro návštěvy tohoto pokoje, jak se mají obléci a jak se na pokoji chovat (Mařar, 2006, s. 143). Tento pokoj by měl mimo jiné obsahovat vlastní sociální zařízení, jako je toaleta, sprcha a umyvadlo (Podstatová, 2009, s. 146). V případě, že to stavební podmínky nedovolují nebo se jedná o pacienta se sníženou možností pohybu, na pokoji by měl být umístěn pojízdný WC klozet, popřípadě podložní mísa, aby se zabránilo šíření infekce používáním společných toalet s ostatními pacienty. Hygienickou péči provádí pacient přímo na pokoji a v případě nutnosti využije sprchu nebo koupelnu společnou s ostatními. Podmínkou je zabránění šíření infekce tím, že pacient s MRSA půjde do koupelny jako poslední a po ukončení hygienické péče bude koupelna řádně vydezinfikována a uklizena (Saibertová a kol., 2017, s. 28). Dále by na pokoji nemělo chybět vyčleněné umyvadlo přímo pro pacienta pro ranní hygienu. Pacient má u sebe veškeré kompenzační pomůcky, které běžně užívá a stej-

ně tak i pomůcky pro běžnou hygienickou péči, vše se musí denně dezinfikovat. Na pokoji musí být umístěn dávkovač na dezinfekci rukou jak pro pacienta, tak i pro personál a návštěvy (Saibertová a kol., 2017, s. 28). Přímo na pokoji jsou umístěny nádoby na odpad od pacienta. Kontejner na ostré předměty (kategorie 18 01 01 Ostré předměty, kategorie N) (Šrámová a kol., 2013, s. 140), nádoba na infekční materiál, nádoba na infekční prádlo. Každá nádoba s odpadem, která je vynášena z izolačního pokoje, musí být označena názvem odpadu, katalogovým číslem odpadu, časem vzniku odpadu, místem vzniku odpadu, jménem odpovědné osoby, v případě ostrých předmětů nápisem ostré, v případě nutnosti dekontaminace apod. je nutné uvést i to. Takovéto značení ukládá vyhláška MŽP číslo 93/2016 Sb. – Katalog odpadů. Dále se doporučuje barevné odlišení nádob na odpad, pro naši problematiku využijeme: žlutou barvu pro infekční odpad (kategorie 18 01 03 Odpady, na jejichž sběr a odstraňování jsou kladeny zvláštní požadavky s ohledem na prevenci infekce, kategorie N) (Šrámová a kol., 2013, s. 143) a červenou pro odpad určený ke spálení (zákon č. 185/2001 Sb., o odpadech a o změně některých dalších zákonů, ve znění zákona č. 297/2009 Sb.) (Šrámová a kol., 2013, s. 130–133).

Před pokoj se umístí stůl na veškeré pomůcky, které jsou nutné před vstupem na IZOLACI. K těmto pomůckám patří především dezinfekce na ruce s deklarovaným účinkem na MRSA (např. Prosavon® scrub+), dále před pokojem musí být přítomna zásoba rukavic, ústenek, ochranných plášťů nebo alespoň jednorázových zástěr. Na podlahu před dveře IZOLACE se nalepí dezinfekční rohože, pokud je zdravotnické zařízení nemá k dispozici, měly by být před pokojem návleky na obuv (Maďar, 2006, s. 144).

4.2 Ošetřování pacienta na izolačním pokoji

Ošetřování pacienta na izolačním pokoji je velmi náročná i z pohledu managementu plánování ošetrovatelské péče. Při zařizování izolace musí personál počítat s tím, že po vstupu na izolaci by se z ní mělo odcházet pouze minimálně, a proto na izolaci musíme umístit dostatečné množství všech pomůcek a potřebného materiálu pro ošetřování pacienta. Žádné pomůcky z pokoje nevynášíme, dokud není izolace ukončena nebo po důkladné dezinfekci. Veškeré výkony (převazy, odběry biologického materiálu), které se u pacienta budou provádět, se nechávají na konec celého programu. Stejně je to i u vizit či konziliárního vyšetření (Maďar, 2006, s. 144).

Pomůcky pro ošetřování pacienta

Na izolaci bychom měli umístit co nejvíce pomůcek, které jsou určeny k jednorázovému použití. Za tyto pomůcky považujeme injekční stříkačky, jehly, obvazový materiál, kontejnery na biologický materiál, v dnešní době existují i jednorázové chirurgické nástroje, pokud jimi oddělení disponuje, je dobré je využít. Neměly by zde chybět vyšetřovací rukavice, náplast, tampony, dezinfekce. Dále podle zvážení zdravotního stavu pacienta doplníme jednorázové podložky, pleny, vložky apod. Pomůcky, které nelze po použití ihned vyhodit, je nutné na izolaci individualizovat a nevynášet je z pokoje. Mezi tyto pomůcky patří podložní mísy, pojízdný WC klozet, močová lahev, emitní misky, fonendoskop, tonometr, teploměr, turniket, chirurgické nástroje určené ke sterilizaci (Šrámová, 2013, s. 264; Podstatová, 2009, s. 138). Některá oddělení jsou vybavena podložními mísami, emitními miskami a močovými lahvemi z celulózy, které jsou jednodušší na likvidaci a nehrozí tak přenos infekce na další osoby při odstraňování biologického materiálu z pomůcek na opakované použití. Pomůcky na izolační pokoj nedoplňujeme průběžně, jak je zvykem na odděleních, ale materiál doplňujeme až po vypotřebenání z důvodu zabránění přenosu infekce na další pacienty, pokud by se materiál nevypotřeboval u pacienta na izolaci a byl použit u jiného pacienta (Podstatová, 2009, s. 139–140). Dokumentaci pacienta řádně označíme červeným nápisem MRSA a dokumentaci nenecháváme na pokoji nemocného. Dokumentace může zůstat na izolaci pouze, pokud je to nezbytně nutné, ale pak se odsud již nevynáší (Saibertová a kol., 2017, s. 28). Veškeré prádlo, které budeme vynášet z pokoje, je považováno za infekční a je nutné s ním i tak zacházet (Podstatová, 2009, s. 139–140).

Dekolonizace

Hygienická péče o pacienta na izolaci se nějak moc neliší od hygienické péče pacienta v běžném režimu ošetřování. U pacienta s MRSA se hlavně dbá na prevenci přenosu infekce na další pacienty, v čemž pomáhá izolační režim. Druhým významným prvkem hygienické péče je snaha o dekolonizaci MRSA pozitivního pacienta, což je snaha o odstranění mikroorganismů MRSA z těla pacienta. K dekolonizaci se používají přípravky s antibiotickým nebo antiseptickým účinkem. Dekolonizaci nelze uplatnit u pacienta s MRSA pozitivitou ve faryngu. Před zahájením dekolonizace je důležité zvážit, jestli tento postup bude mít pro pacienta nebo jeho okolí nějaký efekt. Dekolonizace je vhodná především u pacientů, kteří mají předpoklad dlouhodobé nebo opakované hospitalizace z důvodu

svých onemocnění nebo z důvodu masivního osídlení kmenem *S. aureus* rezistentním na methicilin (Jindrák a kol., 2014, s. 654, 655). Pokud jsme usoudili, že proces dekolonizace bude pro pacienta přínosem, zahájíme pětidenní dekolonizační protokol, který spočívá v tom, že se pacient minimálně jednou denně vyzve k celotělové koupeli s přípravkem s baktericidním účinkem, v případě imobilního pacienta tento proces zajistí ošetřující personál v rámci hygienické péče na lůžku. Nesmíme zapomínat ani na vlasovou oblast, kde se také může MRSA vyskytovat, proto je u pacienta důležité, aby si jednou denně umyl vlasy přípravkem s deklarovaným účinkem proti MRSA (např. octenisan® wash lotion). Při dekolonizaci nesmíme zapomínat na sliznice nosu a dutiny ústní, které by se měly ošetřit minimálně třikrát denně dezinfekčním prostředkem určeným na sliznice, který je zároveň vhodný pro MRSA pozitivní pacienty (např. octenisept® nebo octenident®). Při výskytu MRSA v ráně se na dezinfekci doporučuje octenisept® nebo pro její další ošetřování octenilin® wound gel nebo octenilin® wound irrigation. K ošetřování invazivních vstupů, jako jsou venózní katétry, se doporučuje užití přípravku, který obsahuje minimálně 70 % alkoholu (např. septoderm® spray) a sterilní krytí, v případě zavedení permanentního močového katétru je vhodné k jeho ošetření použít dezinfekční přípravek na sliznice s účinkem proti MRSA, a to minimálně jedenkrát denně při celkové koupeli. Mimo celkovou koupel je důležitá i hygiena rukou, pomocí mýdla a dezinfekce. Do dekolonizačního postupu musíme zahrnout i výměnu osobního a ložního prádla pacienta, ke které by mělo dojít minimálně jednou denně, nebo podle potřeby a znečištění kdykoli během dne. Po pětidenním dekolonizačním postupu se udělá dvoudenní přestávka a následující den ráno, tedy třetí den přestávky, se provede kontrolní stěr. Dekolonizační proces by měl proběhnout minimálně třikrát po sobě nebo do úplné dekolonizace pacienta (SCHÜLKE, 2019; Mařar, 2006, s. 142–143).

Osobní ochranné pracovní pomůcky

Při vstupu na izolační pokoj by měl personál i návštěvy dodržovat zásady bariérové péče, a tím minimalizovat přenos infekce na sebe nebo své okolí. Proto je povinností ošetřujícího personálu před izolační pokoj připravit veškeré potřebné pomůcky pro osobní ochranu. A jimi jsou rukavice, roušky, empíry (pláště, zástěry), čepice a návleky na obuv (Beňadiková in Zdravotnictví a medicína, 2014, s. 27; Koutná, Nájemníková in Léčba ran, 2015, s. 20; Šrámová, 2013, s. 263). Při oblékání OOPP (= osobní ochranné pracovní pomůcky) je nutné dodržovat určený postup, který by měl být vždy umístěn na viditelném

místě (dveře) u vstupu na izolaci, popřípadě aby návštěvy edukoval ošetřující personál. Před oblékáním si vždy dezinfikujeme ruce alespoň jednou dávkou z dávkovače dezinfekčního prostředku. Správný postup při oblékání OOPP je následovný – jako první se navlékají návleky na obuv, pokračujeme přes jednorázový plášť, pokrývku hlavy, roušku a jako poslední si navlékáme rukavice. Po ukončení výkonu nebo návštěvy u pacienta je nutné OOPP sundat ještě před odchodem z pokoje a vyhodit je do určeného pytle na odpad s nápisem INFEKČNÍ. Dodržování postupu svlékání OOPP je ještě důležitější než postup při jejich oblékání, z důvodu minimalizace přenosu infekce. Postup je následovný: rouška, pokrývka hlavy, plášť, návleky na obuv, rukavice (Saibertová a kol., 2017, s. 39, Škochová, 2013, s. 9–10).

4.3 Přeprava pacienta mimo izolační pokoj

Pacient s MRSA by měl svůj pokoj opouštět pouze minimálně, a to pouze z vážných důvodů, kterými jsou diagnostické nebo terapeutické výkony. S pacientem vždy cestuje i zdravotnický pracovník v OOPP. Stejně tak i pacient je chráněn podle místa, kde byla MRSA diagnostikována, osobními ochrannými pomůckami, vždy by ale měly být zahaleny všechny kožní povrchy. Než se rozhodneme pro vyšetření mimo pokoj nemocného, měl by lékař, popřípadě sestra, zvážit nutnost vyšetření. Pokud je vyšetření či léčebný postup nezbytný, je povinností objednavatele (lékař, sestra) vyšetření, sdělit příslušnému oddělení, na kterém se výkon bude provádět, že daný pacient je MRSA pozitivní a mohli se na to připravit. Obvykle se takovýto pacient zařazuje na konec programu, pokud se nejedná o akutní vyšetření či ošetření, v takovémto případě je pacient ošetřen ihned. Stejný postup se vyžaduje i v případě překlady pacienta na jiné oddělení nebo do jiného zdravotnického zařízení. Vždy o tom musí být dané pracoviště informováno a souhlasit s překladem takového pacienta. Vše musí být uvedeno v dokumentaci nemocného (Maďar, 2006, s. 143).

4.4 Úklid na izolačním pokoji

Úklid na izolačním pokoji provádí zaměstnanec úklidové firmy, která pracuje po celém zdravotnickém zařízení, kde je pacient hospitalizovaný. Pracovník úklidu je ošetřujícím personálem informován o izolačním režimu na určitém pokoji a poučen o nutnosti dodržovat zásady bariérové ošetrovatelské péče, jako je užívání OOPP a důkladné dezinfekce rukou. Úklid na izolačním pokoji probíhá 3krát denně na mokro s použitím příprav-

ku, který má deklarovaný účinek proti MRSA (např. desam® prim), vždy na závěr úklidu celého oddělení. Pracovník úklidu má vyčleněné mopy na izolační pokoj (Podstatová, 2009, s. 138).

V pokoji je ponechána nádoba s dezinfekčním roztokem (např. mikrocid ®), musí mít deklarovaný účinek proti MRSA, který se připravuje čerstvý vždy na začátku směny nebo alespoň 1krát za 24 hodin. Do dezinfekce se nakládá veškerý dezinfikovatelný materiál (teploměry, lékovky, chirurgické nástroje, talíře, přístroje, hrnky, tácy, umyvadla, emitní misky, hygienické pomůcky pacienta apod.). Tento materiál se opláchne pod pitnou tekoucí vodou a nechá se oschnout, poté se může vynést z pokoje nebo se vrátí na své místo na izolaci. Lze jej tedy považovat za neinfekční. Dále je na pokoji ponechána nádoba s dezinfekčním roztokem pro úklid povrchů, úklid se provádí 3krát denně, a to podlah, povrchů, umyvadel a WC (Mařar, 2006, s. 145).

Pytle nebo nádoby na odpad se z pokoje vynášejí minimálně jednou za 24 hodin nebo podle potřeby či zvyklosti pracoviště. Vše, co vychází z izolačního pokoje, musí být čitelně označeno nápisem INFEKČNÍ a MRSA a uloženo v nepropustných zavázaných pytlích (Podstatová, 2009, s. 139).

Závěrečný úklid se na pokoji provádí v případě 3 po sobě jdoucích negativních stěrů pacienta, při propuštění, přeložení pacienta anebo jeho úmrtí. Tento úklid je důkladný. Závěrečný úklid obsahuje zlikvidování všech pomůcek, které byly na pokoji používány a nejsou dezinfikovatelné, pomůcky, které se dají dezinfikovat se odezinfikují a vrací se do běžného chodu oddělení. Odnosou se z pokoje veškeré nádoby na odpad, samozřejmě stále označené jako INFEKČNÍ a MRSA. Proveďte se důkladná dezinfekce ploch, povrchů a podlah dezinfekčním přípravkem a proveďte se dezinfekce pokoje pomocí germicidního záření nebo pomocí difuzéru dezinfekčního aerosolu. Prádlo a lůžkoviny se odešlou do prádelny v igelitovém označeném pytli INFEKČNÍ a MRSA. Po proběhnutí plošné dezinfekce se provedou stěry z míst, kde by se mohly usadit mikroorganismy, a pokoj zůstane uzavřený (nepřijímají se na něj žádní pacienti) do doby negativního výsledku kultivace (Mařar, 2006, s. 144; Šrámová a kol., 2013, s. 122–123).

4.5 Edukace

Edukace pochází z latinského slova *educio*, což znamená učit nebo vychovávat. Proto je pojem edukace chápán jako proces vysvětlování a učení se novým věcem z důvodu zlepšení porozumění určité problematice. Ve vztahu k edukaci máme vždy dvě strany, jedna strana informace předává, edukuje, tou je zdravotnický pracovník, a druhá strana je ten, kdo získává nové informace a učí se, edukant, a tím je pacient (Juřeníková, 2010, s. 9). Cílem edukace je snaha o motivaci edukovaného k pochopení dané problematiky a upevnění si postupů, které jsou pro něj nezbytné ve všech rovinách svého myšlení a chápání (Svěráková, 2012, s. 23–24).

Pokud chceme dosáhnout co největší spolupráce ze strany pacienta, vždy je nutné o všem ho edukovat (Svěráková, 2012, s. 7). K edukaci bychom si měli vyhradit dostatek času, abychom na pacienta informace nevychrlili během pár minut a neodešli z pokoje, aniž bychom si ověřili pochopení námi sdělované informace pacientem nebo zodpověděli pacientovy dotazy. Edukaci můžeme provádět ústně, ukázkou, videem, edukační brožurou nebo kombinací více těchto metod (Juřeníková, 2010, s. 48–52). Vůbec není na škodu, pokud edukaci rozložíme do více sezení nebo si ji rozvrhneme mezi více lidí, anebo jen zopakujeme již sdělené informace trochu jinak. Vhodné je nechat pacientovi brožuru nebo nějaký edukační leták, kde jsou shrnuty všechny důležité informace, aby měl možnost kdykoli se k informacím vrátit a prostudovat si je v klidu a podle potřeby (Svěráková, 2012, s. 38). Při volbě vhodné edukace bychom měli zohlednit pacientův věk a přidružená onemocnění. Počáteční edukaci by měl provést lékař, tím myslím poučení pacienta o tom, proč bude umístěn na izolaci, jakou má diagnózu a jaký je navrhovaný postup léčby. V kompetenci sestry je pak edukace o režimu na izolaci a každém výkonu, který se s ním bude dělat. Součástí edukace je i edukace rodinných příslušníků, kteří za pacientem dochází na návštěvy. Tady se edukace bude zaměřovat hlavně na užívání osobních ochranných pomůcek a dodržování bariérového režimu (Svěráková, 2012, s. 33–35).

Pacient hospitalizovaný na izolaci musí být v první řadě informován o své přidružené nemoci a o důvodu svého pobytu mimo běžný pokoj, což spadá primárně do kompetence lékaře, ale kompetencí sestry je mu to znovu vysvětlit a odůvodnit mnohdy trochu srozumitelnějším jazykem, než kterým hovořil lékař. Pacient by měl být informován o omezení počtu návštěv a hlavně zákazu návštěv malých dětí, což je hodně limitující pro

běžný život nemocného. Dalším prvkem edukace je režim na izolaci a nutnost důkladné hygienické péče, spolu s nutností používat dezinfekci na ruce po každém umytí rukou. Vzhledem k tomu, že na izolaci bude každý návštěvník vstupovat oblečený v ochranných pomůckách, měl by být nemocný edukován i o tomto opatření, protože to bude hrát velkou roli pro psychiku nemocného. Tyto informace by měl pacient obdržet co nejdříve. Další informace následují v průběhu trvání izolačního režimu a jsou obvykle charakteru přípravy na vyšetření nebo krátké instruktáže o drobném výkonu (odběr krve, převaz rány apod.). V případě využití dekolonizačního postupu se pacient musí poučit o přínosu tohoto postupu a o jeho celkovém provedení, v případě soběstačného pacienta poučení o tom, jak dekolonizaci provádět, v tomto případě je vhodné nechat pacientovi na pokoji náčrtek postupu při dekolonizaci (Schülke, 2019). Při propouštění pacienta z izolace do domácího prostředí by měl být edukován o tom, že o svém osídlení MRSA by měl informovat každého lékaře, který se bude podílet na jeho péči a při příjmu na lůžkovou část zdravotnického zařízení (Maďar, 2006, s. 143). V domácím prostředí by měl nemocný dodržovat zásady zvýšené hygieny a péče o tělo (Špatenková, 2009, s. 13–16).

5 KOMUNIKACE S PACIENTEM NA IZOLACI

Pacient na izolaci nesmí být vyčleněn z běžných aktivit, jako je fyzioterapie, ergoterapie, logopedie, které provozoval před diagnostikou MRSA. Dále mu nesmí být zne-možněn kontakt s rodinnými příslušníky. Ani personál by se neměl pacienta stranit. V případě, že k těmto situacím dojde, na pacienta to bude mít neblahé následky. Může dojít ke zhoršení jak psychického, tak i fyzického stavu. V každém případě musíme k pacientovi přistupovat individuálně, co platí na jednoho, nemusí platit na jiného. Měli bychom mít na paměti, že každý pacient pochází z jiného prostředí, prošel jinou výchovou, má jiné zkušenosti s nemocí a nemocnicí, má jiný věk a pohlaví a temperament, jiné vzdělání a inteligenci, prostě každý jsme jiný a tak bychom měli k pacientovi přistupovat (Kelnarová a kol., 2014, s. 69; Pokorná, 2011, s. 51–52). Při práci s pacientem bychom měli vědět, jak přistupuje k dané nemoci, jestli své onemocnění bagatelizuje (= nepřikládá mu takovou váhu) nebo se přehnaně nemoci bojí (= nozofobní), anebo je racionální a nebo nosofilní (= nemocí něco získá, chce být nemocný) a podle toho k nim přistupovat. V průběhu nemoci se přístup pacienta může měnit (Pokorná, 2011, s. 54–55). V případě pacienta, který to, že je MRSA pozitivní, vezme jako fakt, se předpokládá daleko snazší spolupráce a lepší léčebný výsledek. Pokud se jedná o pacienta bagatelizujícího, lze počítat s tím, že pacient nebude dodržovat naše doporučení a léčba nebude pokračovat tak, jak bychom si představovali. U pacientů, kteří se přehnaně obávají o své zdraví, naopak můžeme čekat, že se budou neustále na něco ptát a nebudou nám věřit, že jejich zdravotní stav není tak vážný, jak si oni myslí a budou vyžadovat konzultaci více odborníků, u těchto pacientů je nutné věnovat jim čas a poskytnout dostatek informací k dané nemoci (Zacharová, 2017, s. 24–25).

5.1 Komunikace

Definice komunikace je velmi široká a každý autor si ji vyloží trochu jinak, ale v podstatě se jedná o předávání a přijímání informací buď v podobě slovního vyjádření, nebo textu anebo neverbálního projevu. Komunikace ve zdravotnictví je velmi specifická, a to z důvodu překračování určitých bariér v komunikaci, dotazy bývají osobního až intimního charakteru a proto je důležité, aby zdravotnický pracovník byl zdatný v komunikaci. Ve zdravotnictví většinou neplatí, že komunikující jsou si rovni, zdravotník je považován za někoho, kdo ví, jak se má komunikovat a jak se chovat v určité situaci a proto by měl

celý rozhovor usměrňovat (Špatenková, 2009, s. 9–10). V komunikaci s pacientem musíme mít vždy na paměti, že se pacient může chovat jinak a prožívat vše intenzivněji, než když je zdravý. Proto bychom jeho chování nikdy neměli soudit a pacienta moralizovat typem – chlapi nebrečí apod. Pro navázání produktivního vztahu mezi pacientem a zdravotníkem je nutná důvěra ze strany pacienta, z čehož pramení, že zdravotník by pacientovi nikdy neměl lhát a nebát se s ním o čemkoli hovořit. Komunikace je náročný proces sdělování informací, kde je předpokladem ochota komunikovat v obou směrech. Ochotu komunikovat může ovlivnit i chování a jednání komunikačního partnera, samozřejmě sestra musí komunikovat s každým pacientem stejně, ale pacient sdělí své potřeby jen některé sestře, protože k ní má důvěru (Špatenková, 2009, s. 13–16). V případě pacienta hospitalizovaného na izolaci přichází o možnost komunikace s lidmi v jeho postavení (spolupacienti), komunikovat může s rodinou, která přijde na návštěvu, která trvá chvíli z celého dne, a další možnost komunikace představují zdravotníci. Pro pacienta je proto důležité, aby za ním chodil personál, který je zdatný v komunikaci za každé situace a svým stylem komunikace byl pacientovi nápomocný, ne aby ho ponižoval nebo jakkoli pacientovi ublížil. Představte si na místě pacienta sebe, a podle toho se chovejte. Každý kontakt s pacientem by měl obsahovat respekt, empatii, autentičnost, aktivní naslouchání, důvěru a důvěrnost, jak píše Špatenková ve své publikaci.

5.1.1 Verbální komunikace

Komunikace slovy. Je to nejběžnější způsob komunikace vůbec, ale abychom mohli efektivně komunikovat, musíme dodržovat určité zásady, jako je obecně dostatek času na rozhovor, vhodná doba, vhodné prostředí a respekt k člověku, se kterým mluvíme. Specifická oblast komunikace ve zdravotnictví vyžaduje i specifické požadavky na komunikaci, a proto bychom měli pacientovi naslouchat, nechat ho mluvit a zároveň mu dávat najevo svou pozornost, zájem, během rozhovoru ho chválit za úspěchy a motivovat ho k dalším pokrokům. Zdravotnický pracovník nesmí být negativistický, vždy by měl být optimisticky naladěný, hlavně při kontaktu s pacientem (Špatenková, 2009, s. 35–38; Zacharová, 2017, s. 102). Zdravotník si musí dávat pozor na to, co řekne, protože tím může poškodit nebo naopak povzbudit pacienta (Zacharová, 2017, s. 100).

5.1.2 Neverbální komunikace

S pacientem komunikujeme nejen svými slovy, ale také svým neverbálním vyjadřováním a tento způsob komunikace dokáže ublížit stejně jako verbální komunikace. Ne-

verbální komunikace doplňuje komunikaci verbální a vždy by měly být kongruentní (= shodné), v případě, že tyto dvě složky nejsou shodné, spíše věříme neverbálním projevům, protože je považujeme za pravdivější než slova (Pokorná, 2011, s. 17). Neverbální komunikace nám může pomoci pochopit prožívání nemocného a odhalit i to, co nám nechce slovy říct (např. pacient chce být propuštěn domů, tak nám nesdělí, že ho něco bolí, ale v obličejí bude mít bolestivou grimasu – vlastní zdroj autora). Asi největším prostředkem neverbální komunikace je mimika, za které vyčteme pocity a emoce mluvčího i příjemce sdělované informace, u pacienta na izolaci nezapomínejme na to, že podstatná část obličejí je zakrytá rouškou a brání tak nemocnému odezírat a číst v našich výrazech, proto své emoce a pocity, samozřejmě přiměřené situaci, sdělujte slovně. Další omezenou formou je haptika neboli dotek, který možný je a je dokonce žádoucí, ale pocit lidského tepla, které vyzařuje z podané ruky či pohlázení, naruší rukavice, která je nezbytná z důvodu ochrany. Na čem ale můžeme zapracovat a dovést k dokonalosti, aby byl pro pacienta čitelný, je oční kontakt (= vizika), gestikulace, držení těla, postoj a chůze (= posturologie, kinetika). Nezapomínejme ani na to, že když s někým komunikujeme, měli bychom být na stejné úrovni, tzn., když je nemocný na lůžku, sedneme si k němu, aby oči byly ve stejné úrovni, a židli si k němu natočíme ve správném úhlu a vzdálenosti. Proxemika je řeč vzdáleností mezi lidmi, čím blíže k sobě stojíme, tím jsme si bližší. Při ošetřování pacienta běžně vstupujeme do jeho intimní distance nebo také intimní zóny, která je ve vzdálenosti do 30–50 cm od člověka, do této zóny běžně pouští pouze své partnery, děti, další distancí je distance osobní (osobní zóna), která je od 30–50 do 120–150 cm, sem patří známí, se kterými se chceme bavit, sociální distance (společenská zóna) je od 120–150 do 360 cm, vzdálenost mezi lidmi, kteří se moc neznají, určená k neosobním rozhovorům a poslední je veřejná distance (veřejná zóna), která je ve vzdálenosti do 760 cm a využívá se například při přednášení k davu (Heilmann, 2013, s. 67–69; Juřeníková, 2010, s. 18; Tomová a kol., 2016, s. 39–41). Další aspekt neverbální komunikace, který pacient bude hodnotit, je celkový vzhled zdravotnického pracovníka, jeho úprava, držení těla, ale i hlasitost a rychlost mluvení (= paralingvistika). Pacient ještě hodnotí činy zdravotníků, jestli splní to, co slíbili a podle toho se k nim poté chová. To vše vypovídá o našem vztahu k pacientovi (Tomová a kol., 2016, s. 46–47). U pacienta máme výhodu v tom, že v neverbální komunikaci nám nebrání nic (Zacharová, 2017, s. 81–86; Špatenková, 2009, s. 28–35, Pokorná, 2011, s. 18–33).

5.1.3 Komunikace s rodinou pacienta

Komunikace s rodinnými příslušníky pacienta je velmi náročný proces, ale to neznamená, že by se mu měli zdravotníci vyhýbat, právě naopak, zdravotníci by měli aktivně navazovat kontakt s rodinou, aby jim mohl poskytnout dostatek informací v rámci svých kompetencí. S rodinnými příslušníky pacienta na izolaci budeme převážně řešit režimová opatření (užívání OOPP), možnost návštěv, doporučení po propuštění do domácí péče (Špatenková, 2009, s. 47–51). Při komunikaci s rodinnými příslušníky musí zdravotníci dbát na přání pacienta, komu můžeme sdělovat informace, komu informace sdělovat nesmíme a když sdělovat informace smíme, tak v jaké míře (Pokorná, 2011, s. 95). Při komunikaci s rodinou je zásadní, abychom s nimi vycházeli dobře a rodinní příslušníci podporovali naše výroky před pacientem a byli mu nápomocní během celého procesu uzdravování ve smyslu dodržování režimu, diety, pomoci s hygienou apod. Dále by zdravotníci měli vyjádřit pochopení pro jejich nelehkou situaci a pomoci jim jí zvládnout (Zacharová, 2017, s. 86–87; Zacharová a kol. 2011, s. 166–167).

5.2 Potřeby pacienta

Každý člověk má své potřeby a člověk na izolaci je má také, jen mohou být modifikované anebo nově vzniklé, ale jsou potřeby, které se ani pobytem v nemocnici, potažmo na izolaci nijak nemění. Člověk vstupem do nemocnice nepřestává být lidskou bytostí, proto z pacientů nedělejme čísla a diagnózy (Heřmanová, 2012, s. 82).

Potřeby, které se nemocí nezměnily, jsou potřeby, které má každý zdravý jedinec na této planetě, může to být potřeba spánku, odpočinku, příjmu potravy a tekutin, potřeba dýchat, vyprazdňovat se apod. V podstatě se jedná o potřeby prvních dvou schodů z Maslowovy pyramidy potřeb (Zacharová, 2017, s. 26, Maslowova pyramida potřeb).

Potřeby, které se změnil (modifikovaly) s nástupem nemoci, můžeme shrnout jako potřeby z posledních tří schodů Maslowovy pyramidy potřeb, je to potřeba sociální interakce, bezpečí a lásky, potřeba aktivity jak fyzické, tak i psychické, potřeba uznání a potřeba, aby nic nebolelo (Šamánková a kol., 2011, s. 19–20). Každý člověk má právo být osloven celým svým jménem i titulem a pobyt v nemocnici ho o toto právo nesmí připravit (Heřmanová, 2012, s. 83). Zde je kladen největší důraz na péči personálu, aby s nemocným komunikoval, sděloval mu vše, co je důležité a zodpovídal jeho dotazy. Protože pokud je

nemocný informovaný, je vstřícnější k dalším krokům léčby a rychlejšímu procesu uzdravení (Zacharová, 2017, s. 26–27, Šamánková a kol., 2011, s. 26).

Potřeby, které nemocí vznikly, jsou individuální a nemusí se jednat jen o potřeby, které vznikly pobytem na izolaci, ale jedná se o celkový zdravotní stav nemocného, takže nakolik jeho zdravotní stav ovlivní jeho budoucnost. Převážně se jedná o potřebu být zdravý, nemít bolest apod. (Zacharová, 2017, s. 27).

Je pravdou, že v uspokojování potřeb můžou nastat určité bariéry, které mohou ovlivnit celý průběh léčby. Bariéry, kterým bychom měli předcházet, jsou ostych říct si o něco, strach z odmítnutí pomoci, stud přijmout pomoc, nedostatečná jazyková vybavenost, celkový zdravotní stav (intubovaní pacienti), změna místa pobytu (neznámé prostředí) (Šamánková a kol., 2011, s. 14).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍL PRÁCE

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem mé bakalářské práce je určit specifika ošetrovatelské péče o pacienta na izolačním pokoji.

6.2 Dílčí cíle

1. Zjistit, jak pacient subjektivně vnímá izolaci;
2. Zjistit, jak se změnily nebo modifikovaly potřeby pacienta na izolaci;
3. Zjistit, jak pacient vnímá přístup zdravotníků ke své osobě.

7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hospitalizace je velmi náročná životní situace ať ze strany fyzické, psychické, tak i emoční. Většina lidí, kteří byli v průběhu svého života někdy hospitalizováni v nemocnici, měli přání ji co nejdříve opustit a vrátit se do svého normálního života. Náročnou situaci během hospitalizace může ještě zhoršit přidružení další diagnózy, která nemocnému prodlouží pobyt na lůžku o další dobu, anebo kvůli ní dojde k posunutí plánovaného operačního výkonu. Pokud se jedná o běžnější diagnózu, jakou je například respirační či močová infekce, a je to bez omezení návštěv, nemocný to toleruje lépe. Horší je přidružená diagnóza, která nemocného bude nějakým způsobem limitovat, v tomto případě to bude „superinfekce“ MRSA. U tohoto nemocného dojde k přesunu na izolaci, kde přijde o většinu kontaktu s okolím, je mezi čtyřmi zdmi a nemá moc příležitostí k rozhovoru a lidskému kontaktu, vzhledem k tomu, že návštěvy jsou omezeny, personál oddělení na izolaci vstupuje minimálně a ještě na co nejkratší čas, chybí nemocnému lidský dotek, hlas i kontakt, protože nemocný z návštěv, které k němu přijdou na pokoj, vidí často pouze oči a dotek cítí jen přes rukavice. Oproti tomu možná najdeme nemocné, kteří budou rádi, že jsou sami a nikdo je neruší. Každý člověk je jiný, a proto bychom ke každému měli přistupovat individuálně s respektem a úctou k jeho citům.

Proto se ptám: „Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů na izolaci?“

Výzkumné otázky

- a) Jak pacient subjektivně vnímá izolaci?
- b) Jak se u pacienta změnilo, popřípadě modifikovaly potřeby na izolaci?
- c) Jak pacient vnímá přístup zdravotníků ke své osobě?

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Respondenty jsem si do svého výzkumu vybírala záměrně podle charakteristické diagnózy, kterou je methicilin rezistentní *Staphylococcus aureus* (MRSA) a dále pak podle místa, kde byli respondenti hospitalizováni, prvotním záměrem bylo vybrat jednoho respondenta z chirurgického oddělení, druhého respondenta z interního oddělení a respondenta z intenzivní péče, tedy celkem 3 pacienty.

Vzhledem ke specifičnosti daného onemocnění se nepodařilo naplnit záměr a najít respondenta na intenzivní péči. Zato jsem měla „štěstí“ a podařilo se mi najít více respondentů z oddělení následné péče. Ve finále jsem oslovila 5 respondentů, kteří byli ochotni provést se mnou rozhovor a zúčastnit se výzkumu k mé bakalářské práci.

Respondenty jsem oslovila po předchozím souhlasu organizace, ve které byli respondenti v době výzkumu hospitalizováni. Před zahájením výzkumu jsem každému respondentovi sdělila, že výzkum je anonymní a dala přečíst „Informovaný souhlas“, se kterým následně vyjádřil souhlas svým podpisem, originál „Informovaného souhlasu“ mám u sebe, v příloze práce je vložen prázdný vzor „Informovaného souhlasu“.

Respondent A je pacient mužského pohlaví ve věku 76 let, hospitalizovaný na lůžkách následné péče v nemocnici v Sušici. Respondent je při mém příchodu upravený, leží na lůžku a pospává. Na první pohled je pacient docela vysoký a trochu obézní. Při navázání kontaktu je milý, mluví slabým zastřeným hlasem. Je vidět, že je rád za každou návštěvu, která za ním přijde. V průběhu rozhovoru jsem se od něj dozvěděla, že jediná návštěva, která za ním chodí, je jeho syn. Během našeho rozhovoru se stále vrací do minulosti a vzpomíná, jaké to bylo dřív, než se dostal do nemocnice.

Respondent B je pacient mužského pohlaví ve věku 69 let, hospitalizovaný na lůžkách následné péče v nemocnici v Domažlicích. MRSA mu byla diagnostikována již na chirurgickém oddělení téže nemocnice. Respondent při mém příchodu na jeho pokoj leží na lůžku a kouká z okna do krásné nemocniční zahrady. Respondent můj příchod vzal na vědomí až po lehkém doteku na levé rameno, což mi hned vysvětlí tím, že špatně slyší, takže můj pozdrav neslyšel. A zároveň mě požádal, zda bych během celého rozhovoru mohla mluvit hlasitěji. První, co upoutalo mou pozornost, byl fakt, že respondent má amputované obě dolní končetiny a nikde v jeho okolí jsem neviděla žádné kompenzační po-

můcky. Pacient je po celou dobu rozhovoru plačtivý, lítostivý, v určitých fázích rozhovoru i sprostý. Rád hovoří o minulosti a svém životě před amputacemi dolních končetin.

Respondent C je pacient mužského pohlaví ve věku 96 let, hospitalizovaný na lůžkách následné péče v nemocnici v Horažďovicích. Charakteristickým znakem, ještě dřív, než vstoupím na respondentův pokoj, je hlasitý zvuk televize, který vychází zpoza zavřených dveří izolačního pokoje. Tato skutečnost mě upozornila na nutnost mluvit hlasitěji než obvykle. Respondent je hospitalizován na malinkém pokoji o jednom lůžku, na kterém leží při mém příchodu a odkud sleduje hokejový zápas v televizi. Respondent na mé dotazy odpovídá s latencí, ale přiléhavě. Respondent je velmi upovídaný. V průběhu rozhovoru často hovoří o své manželce, po které se mu stýská. Rád hovoří o svých zálibách z dob minulých. Co mě překvapilo při rozhovoru je fakt, že respondent má amputovanou dolní končetinu a nikde v jeho okolí nevidím kompenzační pomůcky.

Respondent D je pacientka ženského pohlaví ve věku 83 let, která je hospitalizovaná na chirurgickém oddělení FN Plzeň. Respondentka je hospitalizována na dvojlůžkovém pokoji, kde je ale sama. Pacientka je po prodělané TEP levého kyčelního kloubu s následnou infekcí v ráně, kolonizovanou MRSA. Pacientka hůř slyší, má malou svalovou sílu, občas zmatená, ale na dotazy v mé přítomnosti odpovídá přiléhavě.

Respondent E je pacient mužského pohlaví ve věku 60 let, který je hospitalizovaný na lůžkách následné péče v nemocnici v Horažďovicích. Respondent při mém příchodu sedí na lůžku a v ruce drží francouzskou hůl. Respondent je umístěn na třílůžkovém pokoji společně s dalšími dvěma pacienty. Důvodem pro možnost hospitalizace s ostatními pacienty je ten, že respondent měl MRSA pouze v ráně, a proto se personál rozhodl pro bariérovou péči, nikoli pro péči na izolačním pokoji. Respondent je milý a hovorný muž.

Respondent E byl do výzkumu zařazen pouze pro zajímavé porovnání bariérového systému ošetřování a izolačního pokoje v rámci různých nemocnic.

9 METODIKA PRÁCE

Jako výzkumnou metodu své práce jsem si vybrala kvalitativní výzkumné šetření, které je charakterizované jako hloubková analýza dat. Přičemž výzkumník a respondent jsou v úzkém vztahu (Hendl, 2016, s. 45, Kutnohorská, 2009, s. 22–24).

Formou kvalitativního šetření byl polostrukturovaný rozhovor neboli rozhovor podle návodu, který se vyznačuje jistou formou uvolněnosti otázek ve smyslu změn v pořadí otázek nebo jejich vynechání, dále pak v možnosti položit další doplňující otázky, které vyplynou z rozhovoru (Hendl, 2016, s. 178, Kutnohorská, 2009, s. 39–40).

Rozhovory byly nahrávány na diktafon, záznam sloužil k analýze dat mně a vedoucí práce. Po obhájení bakalářské práce budou záznamy vymazány.

10 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V následujících kapitolách budou popsány a rozebrány jednotlivé rozhovory s pacienty respektive respondenty mého výzkumu. Abych zachovala anonymitu všech zúčastněných, vždy se budu o účastnících výzkumu vyjadřovat jako o respondentech, místo jejich jména bude uvedeno písmeno. Stručná charakteristika osob mého výzkumu se nachází v předchozí kapitole, což by mělo pomoci k lepšímu pochopení souvislostí.

10.1 Respondent A

Respondent A je muž, hospitalizovaný na LDN v nemocnici v Sušici, rozhovor jsem provedla po předchozí domluvě s hlavní sestrou (Mgr. Kolářovou) dané nemocnice a vystavení souhlasu organizace. Dále jsem před zahájením rozhovoru pacienta seznámila se záměrem mého výzkumu a požádala jsem ho o vyjádření souhlasu.

Respondent se léčí pro karcinom tlustého střeva, přičemž mu součástí léčby byla vytvořena kolostomie. Z dřívější doby má respondent amputovanou pravou horní končetinu. Respondent je již izolovaný měsíc a půl, podle jeho slov. První zmínku o tom, že má nějakou infekci, která vyžaduje izolaci, se dozvěděl po operaci na JIP, kde byla MRSA nalezena v moči. Respondent je inkontinentní ležící pacient. MRSA v moči, dýchacích cestách.

10.1.1 Jak pacient subjektivně vnímá izolaci?

Respondent je hospitalizovaný na trojlůžkovém pokoji, kde je sám, s výhledem na parkoviště a zeleň k němu přiléhající. Pokoj je vymalován bílou a šedou barvou, na zdech jsou obrazy, hodiny a televize. V rohu místnosti je umístěn jídelní stůl s židlemi a skříň na osobní věci hospitalizovaných. Hned za dveřmi je umístěna stavebně oddělená toaleta s koupelnou, kde je uskladněná nádoba na dekontaminaci předmětů od pacienta. Přímo na pokoji je umístěn koš na infekční odpady a použité prádlo.

Respondent je se svým osudem izolace celkem smířený. Jak respondent říká: „*Když to musí být, tak to musím zvládnout.*“ Když jsem se respondenta zeptala, kdo mu řekl, že je nutná izolace na samostatném pokoji, odpověděl: „*Doktor.*“ Následující dotaz směřoval k tomu, jestli mu tedy lékař řekl, z jakého důvodu je nutné, aby byl na pokoji hospitalizovaný sám. Respondentova odpověď mě trochu zarazila, protože zněla takto: „*Protože tady*

je nějaká infekce, kterou má každý a když má někdo oslabenou imunitu, tak by to mohlo způsobit neplechu. “ Když jsem se doptala, jestli tedy lékař myslel, že on by mohl nakazit ostatní pacienty, nebo jestli oni by mohli nakazit respondenta, bylo mi respondentem sděleno, že vlastně vůbec neví, jak to lékař myslel a neví, co mu doopravdy je, že musí být izolován. Svou nemoc, kvůli které je na izolaci, si představuje něco jako chřipku, protože tou přece může nakazit ostatní. Respondentovi kontakt s ostatními spolupacienty chybí i nechybí. *„Ted' hodně času prospim kvůli těm práškům co mi dávají na bolest, tak bych asi nebyl dobřej společník (což doplní slabým úsměvem) a navíc tady mám televizi, kdybych chtěl společnost, ale stejně si jí nepouštím, nic tam nedávaj. Ale když už jste tady, tak mi řekněte co je ve světě novýho.*“ (na to navazuji odpovědí, co se stalo nového, zrovna zemřel Karel Gott)

Respondent má poblíž nemocnice syna (vesnice cca 15 km od nemocnice), který za ním chodí pravidelně na návštěvu a snaží se mu zkrátit dlouhou chvíli, která bezpodmínečně v nemocnici na izolaci musí nastat. Dále se respondent svěřil s tím, že se moc těší na svou vnučku, která za ním přijede ze studií z Plzně, kde studuje ekonomické zaměření. Během našeho rozhovoru, na jeho konci, dorazil za respondentem jeho syn, ihned po vstupu syna do pokoje bylo na respondentovi vidět nadšení z návštěvy. A z prvních slov syna mého respondenta byl cítit skutečný zájem o stav jeho otce. Když jsem měla příležitost setkat se i se synem, využila jsem to k tomu, abych se zeptala, co si on myslí o užívání OOPP při kontaktu se svým otcem. Bylo mi řečeno, že to bere tak, že je to nutné a jinak by ho za tatínkem nepustili, takže to respektuje, ale že mu to ztěžuje komunikaci s otcem a navíc, když je u tatínka delší dobu je mu v tom hrozně horko a pod rouškou se potí. Na druhou stranu respondent hůř slyší, což ještě zhoršuje nutnost užívání roušek, takže respondent se cítí méněcenný, protože musí osoby žádat o opakování informací. Respondent to definoval tak, že se cítí jako *„neschopný, starý chlap.*“ Jinak za respondentem chodí jeho kamarádi, a jak sám říká: *„Pořád mě někdo budí.*“

Další věc, která mě zajímala, byl způsob podávání stravy. Respondent nemá žádnou dietu. Respondent na tuto otázku odpověděl tak, že jídlo dostává v plastových nádobách, které jsou hrozně nepraktické a na stolku hrozně kloužou, a on má strach, že se mu to vylije do postele, protože ke svému onemocnění má ještě amputovanou pravou horní končetinu. Což pro něj znamená, že si nemůže nádobu přidržet a k přípravě pokrmu potřebuje pomoc ostatních, nebo mu jídlo trvá dlouho. *„A pak to dopadá takhle sestři.*“ (ukazuje mi

stolek, kde leží položený zbytek snídaně na ubrousku) Stejně je to i s pitím, respondent má rád džusy, které má u sebe na stolku donesené od rodiny, problém je otvírání víček, jak respondent říká: „*Času mám dost, tak to vždycky zkouším sám, protože nechci otravovat sestřičky, protože ty mají svých starostí a práce dost. Zvoním, jen když to opravdu nejde nebo načínám novou flašku.*“ Respondent má schovaný svůj klasický kovový příbor, takže se vyhne nutnosti používat příbor plastový.

Hygienická péče je podle respondentových slov stejná jako při běžném režimu, jediné, v čem se hygienická péče liší od péče v domácím prostředí, je vytírání nosu štětíčkami s dezinfekčním prostředkem.

10.1.2 Jak se u pacienta změnilo, popřípadě modifikovaly potřeby na izolaci?

Respondent byl původní profesí mistr výroby a poté správce rekreační chaty. Jako hlavní náplň svého života považoval jakoukoli činnost, práci. Sám respondent říká: „*Volný čas jsem trávil prací, to byla asi chyba.*“ Doufá, že se v budoucnu vrátí zpět k aktivní činnosti. To, že nemůže chodit, je pro něj nejhorší, po práci se mu stýská tak moc, že se mu o ní zdá. Na televizi nekouká, jen si občas přečte nějaký současný časopis, jako je Respekt, nebo nějaký technický článek, ale „*ty říkají pořád jedno a totéž.*“ Ve svém volnu, když nechodil do práce, rád chodil na houby spolu s kamarády. Dříve chodili na velké túry s kamarády. Od minulé hospitalizace, kdy byl ještě s ostatními spolupacienty, přišel o zábavu, kterou si zkracovali dlouhé chvíle. Počítali stromy zasažené kůrovcem, ale vzhledem k tomu, že teď je hospitalizovaný na jiném pokoji, kde nevidí na les, tak ani tohle už nemůže dělat. Sám ale říká, že teď by ho to spíš uspalo, protože pořád spí a jeho potřeby a volný čas se redukovaly na spánek, jídlo a vrátit se domů.

Respondent býval velmi aktivní a pracovitý člověk, kterému nucený odpočinek vůbec nesvědčí. Jeho hlavním přáním je vrátit se do běžného života a zase začít alespoň trochu pracovat.

10.1.3 Jak pacient vnímá přístup zdravotníků ke své osobě?

Sestřičky jsou podle slov respondenta velmi milé a hodné. Když jsem se zeptala, jestli má možnost si s nimi popovídat, řekl: „*na to nemají čas, to tak zrovna, akorát udělaj to nejnnutnější.*“ Ptala jsem se, jestli s respondentem chodí cvičit někdo z rehabilitací, nějaký fyzioterapeut, respondent mi řekl, že ne. A to prý z důvodu, cituji: „*protože je to izolace*“ (respondent tím myslel pokoj, kde je hospitalizovaný a on sám je infekční). Ptala jsem

se respondenta, jestli k němu personál chodí oblečený v OOPP. Respondent odpověděl takto: „*Zdravotníci ke mně chodí oblečení stejně jako vy*“ (což znamená podle pravidel) „*jen jedna lékařka nepoužívá tu čepici na hlavu.*“ Na to jsem navazovala otázkou, jak vnímá personál v OOPP a na to řekl: „*Nevadí mi to, jen vždycky koukám, co je to za známý tváře.*“ „*Sestřičky se snaží nabídnout všechno co je v rámci možností možné, ale moc se mnou nemluví.*“ Podle respondentových slov se o něj starají profesionálové, kteří toho ale mají hodně. Jediné, co by sestřičkám a ošetřovatelskému personálu vytknul, je brzké buzení, které bývá okolo páté hodiny ráno.

10.2 Respondent B

Respondent B je muž, hospitalizovaný na LDN v nemocnici v Domažlicích, rozhovor jsem provedla po předchozí domluvě s hlavní sestrou (PhDr. Mgr. Boučková, MBA) dané nemocnice a vystavení souhlasu organizace. Dále jsem před zahájením rozhovoru pacienta seznámila se záměrem mého výzkumu a požádala jsem ho o vyjádření souhlasu.

Respondent byl původně hospitalizovaný na chirurgickém oddělení pro amputaci dolní končetiny zdejší nemocnice, poté se přikročilo k přeložení pacienta na lůžka následné péče. Respondent je od malička omezen v pohybu, podle jeho slov při porodu došlo k překrvení mozku, a tak špatně chodil celý život. Dále je respondent těžký diabetik s chronickými komplikacemi, užívá inzulin. Vlivem diabetu přestává vidět na obě oči a nyní je v takovém stádiu, že vidí pouze obrysy. Dříve se pohyboval pomocí chodítka, což již není možné, protože má amputované obě dolní končetiny a zatím nemá ani protézu, ani vozík. Respondent už je v nemocnici hospitalizovaný půl roku na různých odděleních. MRSA v ústech a dýchacích cestách, původně v ráně.

10.2.1 Jak pacient subjektivně vnímá izolaci?

Respondent je hospitalizovaný na dvojlůžkovém pokoji, kde je nyní pouze on, donedávna tam měl spolupacienta, se kterým si skvěle rozuměl, a bylo pro něj jednodušší snášet izolaci od ostatních pacientů. Pokoj je vymalován žlutou barvou, na zdi proti lůžkům visí televize, pod televizí je umístěný jídelní stůl, bohužel bez židlí. V rohu místnosti je umístěno křeslo pro kardiaky. Vedle stolu je skříň na věci pacientů. Hned za dveřmi je stavebně odděleno WC a koupelna, kde je nádoba na dekontaminaci předmětů. Proti koupelně jsou umístěny nádoby na odpady a infekční prádlo. Respondent má lůžko umístěné blíž u okna, ze kterého je krásný výhled do nemocniční zahrady.

Respondent byl o nutnosti izolace informován lékařem chirurgického oddělení, stejně tak o povaze svého onemocnění. „*Vím, proč jsem tady sám, jsem infekční, mám MRSA.*“ Respondent tedy ví, že je MRSA pozitivní, dokonce mu lékař částečně vysvětlil podstatu tohoto onemocnění, ale respondent vyjádřil přání vědět, jak vlastně ten mikroorganismus vypadá a řekl: „*Ta MRSA je pěkná potvora a navíc teď přišly výsledky a je to nějaký nový druh, kterej je odolnej na všechny antibiotika.*“ Ptala jsem se, kde MRSA má, řekl: „*Původně byla v tej ráně na pahýlu, ale teď jí mám v puse a v nose.*“ Na začátku své izolace byl na pokoji hospitalizován ještě s jedním pacientem, se kterým vytvořil, pod-

le jeho slov, super dvojku. Přičemž si dobře rozuměl i s manželkou svého spolupacienta. „*Ona mu vždycky přinesla něco dobrýho na zub a mě dala taky.*“ Potom spolupacienta propustili domů a respondent zůstal na pokoji sám. Ptala jsem se, jak se na izolaci cítí. „*To víte, tady člověk nad vším přemejšlí, proč se to stalo zrovna jemu.*“ V průběhu rozhovoru jsme se vrátili k tomu, že by chtěl MRSA vidět a říkal, že si s ní v noci povídá. „*To vždycky v noci říkám, ty potvoro kudy jsi do mě nalezla.*“

Za respondentem na návštěvu přijde občas pouze jeho ošetřovatelka, která se o něj starala, dokud byl respondent v domácím prostředí po první amputaci a potřeboval pouze dopomoc v běžných činnostech. Právě tato ošetřovatelka je jedinou spojnici mezi vnějším světem a respondentem. „*Ale ta chodí, jen když má čas.*“ Když jsem se ptala, jestli za ním chodí někdo další na návštěvy, odpověděl mi: „*Já nemám nikoho, manželka i dcera mi zemřely, sourozenci a rodiče taky. Zůstal jsem sám.*“ (pláč) Jiné návštěvy za ním nechodí, ani sousedi, ani kamarádi. Když jsem přišla já, byl ohromně nadšený, protože si s ním prý aspoň někdo popovídá. Rozhovor o návštěvách a o rodině byl pro respondenta smutný, v průběhu se několikrát rozplakal. Proto jsem raději tuto oblast opustila. OOPP na návštěvách respondentovi nevádí.

Ptala jsem se na kvalitu stravy, na což respondent odpověděl celkem přímo: „*Stojí to za hovno. Pořád máme jen sýry a to se nedá žrát.*“ Doma si respondent rád zhřešil a dal si čokoládu na vaření. „*Doma si dám čokoládu na vaření, žádnou jinou nechci, ale tady si nemůžu dát ani tu. Já si dal kousek čokolády a pak jsem třeba měsíc nemusel mít nic sladkýho.*“ Na servírování stravy si respondent velmi stěžuje. Jídlo dostává v plastových nádobách. „*Ono je to měkký, a když to vezmu do ruky tak se to prohne a vyleje se mi to do postele, potom dostanu vynadáno od sester.*“ Původně dostával i jednorázové plastové příbory. „*Na ty se jim můžu vysrat.*“ To jsou respondentova slova. „*A tak jsem dostal klasickou lžiči, která je pořád tady a jen jí máčí v dezinfekci.*“ Když jsem se ptala, jestli vaří něco, co by mu opravdu chutnalo, odpověděl, že ne. „*Jediný co tady máme, jsou sýry, jednou jsme tady měli řízek a to jsme si s tím druhým, co tady byl, mysleli, že se spletli, že je to na jinou restauraci. Knedlíky jsou jednou za měsíc a převážně je kuskus. Oni tvrdí, že nemaj peníze ani personál.*“ Ptala jsem se, jestli dostává druhou večeři, když je diabetik. „*Dostávám přesnídávku, jinak bych měl mít sýr, ale to jsem kategoricky odmítnul.*“ Za respondentem chodí jeho ošetřovatelka a ta mu vždy přinese ryby nebo nějakou uzeninu, to má respondent rád.

Hygiena u respondenta probíhá tak, že ráno dostane umyvadlo, ať si umyje to, co zvládne, zbytek přijde sestra a domyje ho. Jednou za týden by měl jít respondent do sprchy, jenže respondent se bojí přelézt na vozík, protože mu to nikdo neukázal, a tak když pro něj přišel sanitář, tak mu řekl: „*Nezlobte se na mě, ale když mi to nikdo neukázal, tak tam nepřelezu.*“ Na to mu prý sanitář řekl, že mu pomůže a respondent na to reagoval takto: „*Na to se vám vyseru, ještě tady spadnu a rozbiju si hlavu.*“ Tím celé snažení o sprchu skončilo a hygiena probíhá pouze na lůžku.

10.2.2 Jak se u pacienta změnil, popřípadě modifikovaly potřeby na izolaci?

V mládí rád sportoval, i když to nebylo úplně jednoduché, protože měl problémy s motorikou. S kamarády hrával fotbal, běhal. Když byl starší, začal hrát na kytaru, což mu zůstalo do doby, kdy ještě viděl na noty. Po hře na kytaru se mu velice stýská. Rád četl, ale vzhledem k tomu, že špatně vidí, ani tento zájem už nemůže provozovat. Rád poslouchá slováckou a jihočeskou hudbu, kterou má i na kazetách, které si doma rád pouští. V dnešní době se jeho zájmy zmenšily na poslouchání rádia a sledování, resp. poslouchání televize. V televizi se zajímá o sportovní přenosy a v rádiu rád poslouchá zprávy. Jeho ošetřovatelka mu přinesla alespoň rádio do nemocnice, takže si může zkrátit čas. Respondentovo největší přání je, aby se mohl vrátit domů do svého domečku a zase se o sebe aspoň trochu postarat. „*Hledáme nějakýho opatrovatele, který by se o mě postaral doma, abych nemusel do domu pro seniory. Tam opravdu nechci, nic tam pro člověka neudělaj, jen z něj tahaj peníze.*“

10.2.3 Jak pacient vnímá přístup zdravotníků ke své osobě?

„*Hrozně, oni mi maj za nepřizpůsobivýho, protože jsem protestoval kvůli tomu jídlu. Ale to jim, prosim, neříkejte, bylo by to ještě horší. Oni mi nemaj rádi.*“ Samozřejmě jsem respondentovi slíbila, že cokoli si řekneme mezi sebou, je to naprosto důvěrné a anonymní, jediné, kam se to dostane, je moje bakalářská práce. Na to jsem navazovala otázkou, jak často za ním přijdou sestřičky nebo obecně zdravotnický personál. „*Moc často sem nepřijdou.*“ Poprosila jsem respondenta, jestli by mohl říct, jak často tam tak někdo chodí. „*Se snídaní, obědem a večerí, když naplním bažanta nebo chci na záchod, musím zvonit a než sem přijdou, trvá jim to hrozně dlouho a vždycky se vymlouvaj na to, že se musí oblíkat do těch skafandrů, i když je to pitomost (čímž myslí OOPP), protože noční sestry si je neberou a chodí sem jenom v roušce.*“ Dále se respondent rozprávěl o tom, že jejich oddělení nedávno malovali, tak že všechny pacienty přemísťovali na jiná oddělení.

„Ale když nás vrátili, tak jsem nenašel ovladač na televizi, který potom nějaká sestra přinesla, prý byl na jiném pokoji. Další věci jsou nefunkční zvonky, sestry tvrdí, že přestřihli někde nějaký kabel a proto nefungují, tak když něco chci, musím volat, ale to mi nikdo neslyší.“ Hlavní problém v přístupu zdravotníku vidí respondent v tom, že nemá možnost rehabilitace, nikdo z rehabilitačních pracovníků za ním nechodí a respondent to přičítá tomu, že je na izolaci, a proto tam nikdo nechce chodit. *„Ze začátku za mnou chodili, ale pak přestali.“* Dále se respondentovi objevila vyrážka na horních končetinách a trupu, personál mu řekl, že zavolají kožního lékaře, ale nikdo za ním doposud nepřišel. Což cítí jako zradu a nezáměr od personálu. Dále by měl chodit na pravidelné kontroly na oční kliniku do Plzně. *„Když se dozvěděli, že mám tu MRSA, tak mi tam nechtějí. Ale to je hrozný protože mám mít pravidelné kontroly.“* Respondent říká, že ho sestry nemají rády, protože se snažily zavést permanentní močovou cévku a nešlo jim to. *„Oni se na mě každá vystřídala třikrát a já jim říkal, že to bolí a nepude, protože mám zúžení močovou trubicí po operaci.“* Sestřičky si podle jeho slov nedaly říct. *„Tak jsem je poslal do prdele. A oni si pak stěžovaly, tej mojí opatrovatelce. To víte, mně to neřeknou.“*

10.3 Respondent C

Respondent C je muž, hospitalizovaný na LDN v nemocnici v Horažďovicích, rozhovor jsem provedla po předchozí domluvě s hlavní sestrou (Mgr. Petržilková) dané nemocnice a vystavení souhlasu organizace. Dále jsem před zahájením rozhovoru pacienta seznámila se záměrem mého výzkumu a požádala jsem ho o vyjádření souhlasu.

Respondent je na lůžkách následné péče hospitalizovaný z důvodu rehabilitace po amputaci dolní končetiny, která proběhla v Rokycanech. Respondent na jaře prodělal lehčí cévní mozkovou příhodu, po které zůstal ochrnutý na levou polovinu těla. Respondent je částečně soběstačný, inkontinentní. Několik let má implantovaný kardiostimulátor. MRSA v ráně a moči.

10.3.1 Jak pacient subjektivně vnímá izolaci?

Respondent je hospitalizovaný na samostatném jednolůžkovém pokoji. Pokoj je vybaven malým jídelním stolem, židlí a křeslem pro kardiaky. Dále nechybí televize. Hned vedle dveří je umístěno umyvadlo. Výhled z okna má pacient do nemocničního parku. Již při příchodu na pokoj je v pokoji silně cítit pach dezinfekce, která je umístěna v nádobě pod umyvadlem. Nádoby na infekční materiál jsou umístěny naproti lůžku respondenta.

Zeptala jsem se respondenta, proč je na izolaci, odpověděl: „*Objevíli bacil v moči a přesunuli mi sem.*“ Dále jsem se ptala, jestli to má nějaký další důvod, tak mi respondent řekl: „*Abych nenakazil ostatní.*“ Na otázku, jestli ví, o jakou infekci se jedná, řekl, že neví. Respondent mi sdělil, že před umístěním na izolaci byl hospitalizovaný na trojlůžkovém pokoji, společně s dalšími pacienty. Podle jeho slov to tam bylo lepší než tady na izolaci. Ptala jsem se, v čem to tam bylo lepší. „*Občas tam přišla paní jednoho pacienta a udělala nějakou malou úsluhu, popovídala si.*“ O pobytu na izolaci ho informovala lékařka.

Na návštěvu za ním chodí pouze dcera, přestože to má moc daleko, snaží se otce navštěvovat jednou týdně. Respondent má obavu z toho, jak to bude s návštěvou dcery teď, co je na izolaci. „*Ona tady ještě od té doby nebyla, co jsem tady.* (myslí izolaci) *Byla za mnou tam, kde jsem byl původně.*“ (myslí standardní pokoj, na LDN) Sám je zvědavý, jak bude dceru vnímat v OOPP. Respondent se moc těší na návštěvu, několikrát během rozho-

voru se k tomuto tématu vrátil. „*Dcera přijede teď v pátek i se zetěm. Musím jí pochválit, že za mnou jezdí.*“

„*Jídlo dostávám v takových boxicích plastových, je tam polévka a hlavní jídlo.*“ Způsob podávání stravy mu celkem vyhovuje. Ale co respondentovi vadí, je plastový kelímek určený na pití. „*On se vždycky promáčkne a já mám ty prsty pořád ještě neohebný, tak si to vždycky vyleju do postele.*“ Sestřičky byly zřejmě velmi ochotné a chtěly pacientovi pomoci, protože se mi pacient chlubil pevným plastovým hrnečkem. Byl velmi šťastný, že se aspoň při pití nepolije.

Respondent si postěžoval, že oproti domovu pro seniory v Mirošově, kde s manželkou žijí, zde nedochází k pravidelné hygieně. „*Žinku dostanu tak jednou týdně a některá sestra mi umeje zadek. V Mirošově jsem dostal mokrou žinku každý den a mohl jsem se otřít.*“ Jednou týdně mají koupel ve sprše. „*Ale oni mi pořádně neotrou do sucha, takže mi zůstává vlhká pokožka a pak to svědí. Tak jim vždycky musím říkat, kde mi maj ještě otřít. Otření není tak důkladný.*“ Podle slov pacienta, je to speciální koupelna určená pouze pro pacienty z izolace.

10.3.2 Jak se u pacienta změnily, popřípadě modifikovaly potřeby na izolaci?

Ptala jsem se na trávení volných chvil před hospitalizací na izolaci. V mládí byl velký sportovec. Respondent mi sdělil, že jsou spolu s manželkou krásných 70 let, ale posledních pár let žijí s manželkou v domově pro seniory. Respondent rád poslouchá hudbu z magnetofonu, a pokud ještě mohl dobře chodit, velmi rád pomáhal manželce, která je slepá. „*Tak jsem jí pouštěl hudbu z magnetofonu, uvařil kafičko. A z postele jí směřoval.*“ V průběhu hospitalizace si chtěl krátit chvíli sledováním televize, ale vzhledem k tomu, že špatně slyší, musí mít hlasitost úplně na maximum. „*Mám strach, aby ty uši nebyly větrem.*“ (myslí tím to, že špatně slyší) Ptala jsem se, jestli je ještě něco, co mu oproti běžnému životu chybí, řekl: „*Jinak z běžného života mi chybí hlasitější televize, kafičko každý den, poslouchání magnetofonu, život s manželkou, kolektiv v Mirošově, kde nám hráli na harmoniku. A ta noha mi chybí, pohyb.*“ Respondent si snaží dlouhou chvíli zkrátit alespoň čtením knih, což dříve tak často nedělal.

10.3.3 Jak pacient vnímá přístup zdravotníků ke své osobě?

Za respondentem chodí fyzioterapeut i přes to, že je na izolaci. S respondentem rehabilitují přibližně dvakrát týdně, ale respondent nechodí. Jediné, co zvládne, je přesun do

křesla. Pacienta v průběhu hospitalizace začaly bolet uši, žádal personál o návštěvu ORL ambulance. „*Ale mám ten bacil, tak se to všechno odkládá.*“ Což pro respondenta znamená, že má obavy o své zdraví a vnímá to jako odmítnutí jeho osoby, kvůli jeho nemoci. Péče je podle respondentových slov dobrá. Ptala jsem se na frekvenci návštěv personálu u pacienta. „*Podle mě to často není. Ale mají svou práci, je nás tady dost.*“ Podle slov respondenta personál trávil na pokoji více času v případě, že nebyl na izolaci. „*Sestřičky vyhoví, když můžou. Některá sestřička je vstřícnější, jiná je odměřenější.*“

Zajímavý byl rozhovor se sestřičkami tohoto oddělení. Personál byl opravdu milý, vstřícný, komunikovali se mnou, odpověděli mi na všechny mé dotazy. A zajímavé bylo zjištění, že sám personál přiznává, že se izolačním pokojům vyhýbá, a když už tam jdou, tak jen na tu nejnnutnější dobu.

Tyto respondenty jsem do své bakalářské práce zařadila jako zajímavost, protože se jedná o stejnou diagnózu u obou pacientů a tou je MRSA v ráně. U respondenta E je zvolen pouze bariérový systém ošetřování, přičemž je pacient normálně ponechán na pokoji s ostatními pacienty. OOPP se využívají pouze při převazu rány. Oproti tomu u respondenta D je zvolen přísný izolační režim s tím, že respondentka je na samostatném pokoji a při každém vstupu k ní, je nutné obléci se do OOPP.

10.4 Respondent D

Respondent D je žena, hospitalizovaná na chirurgii v nemocnici v Plzni, rozhovor jsem provedla po předchozí domluvě s manažerkou pro vzdělávání a výuku NELZP dané nemocnice (Mgr. Bc. Chabrová) a vystavení souhlasu organizace. Dále jsem před zahájením rozhovoru pacientku seznámila se záměrem mého výzkumu a požádala jsem ji o vyjádření souhlasu.

Respondentka je hospitalizovaná pro komplikaci v místě chirurgického výkonu, kterým byla TEP kyčelního kloubu vlevo. Respondentka je vyššího věku, s čímž se u ní pojí i částečná ztráta sluchu, proto je nutné s respondentkou hovořit dost hlasitě, aby rozuměla. Dále je respondentka v určitých denních dobách zmatená, respektive neadekvátně posuzuje své schopnosti. Respondentka je imobilní, z běžných denních činností zvládá pouze příjem stravy a pití, a i při těchto činnostech vyžaduje dopomoc. Respondentka má inkontinenci moče. MRSA v ráně.

10.4.1 Jak pacient subjektivně vnímá izolaci?

Pacientka je hospitalizovaná na dvojlůžkovém pokoji, kde je ale sama. Pokoj je vymalován bílou barvou. Výhled z okna směřuje na silnici v okolí nemocnice. Při vstupu na pokoj je v chodbičce umístěno hygienické zázemí, spolu s nádobou na dekontaminaci předmětů vycházejících z pokoje. Dále se v chodbičce nachází nádoba na odpady a prádlo. V pokoji je přímo proti lůžku respondentky umístěná televize.

Jako již tradičně patří mezi mé první otázky k tématu sdělení nutnosti izolace pacientovi. Zde jsem měla docela dobrý pocit, protože respondentka mi sdělila, že tuto informaci jí poskytl lékař. Ptala jsem se, proč je tedy nutná izolace, co jí sdělil lékař. Odpověděla: „*Mám nějaký bacil, a proto nemůžu chodit.*“

Za respondentkou chodí pravidelně její dcera i syn. Dcera maminku navštěvuje každý den po práci. „*Ona je fajn, aspoň se mám na co těšit.*“ Syn chodí méně, ale snaží se maminku navštívit alespoň třikrát týdně. Respondentku nejvíce trápí, že se blíží Vánoce a ona chce domů. „*V životě jsem netrávila Vánoce mimo domov. A teď před koncem to nebudu měnit.*“ Podle slov její dcery, byla vždy maminka velmi aktivní člověk, který trávil Vánoce v kruhu svých nejbližších. „*Dřív jsem jí nabízela, že by mohla být u nás, ale ani to nechtěla, chce být doma, ve svém bytěčku.*“ (dcera) Respondentka má velké přání vrátit se domů, ale její dcera po několika rozhovorech s lékaři i fyzioterapeuty tuhle možnost odmítá. Respondentka se o sebe sama nedokáže postarat a dcera i syn musí chodit do práce, proto se snaží o umístění respondentky na lůžka následné péče i z důvodu další rehabilitace. Což respondentka nechce. „*Oni mi tam nechaj umřít, já chci umřít doma.*“ Tato situace často vede ke konfliktům mezi respondentkou a jejími dětmi. Rodinní příslušníci chodí řádně oblečení v OOPP, což ale komplikuje komunikaci s respondentkou, protože přes roušku je špatně slyší a nemůže ani odezírat.

„*Jídlo dostávám v těch jednorázových krabičkách. Polívku dostanu v mističce, která je ale blbá, je měkká. Vždycky se mi to vyleje do postele a pak tím komplikuju práci sestram.*“ Jinak podle slov respondentky jsou porce moc velké. „*Já vždycky sním tak půlku a to mi to ještě musí nakrájet.*“ Ptala jsem se, zda jí jídlo chutná a dostala jsem kladnou odpověď, jídlo je prý dobré, jen skoro studené.

Respondentce jsem položila otázku, jak u ní probíhá hygienická péče. „*Ráno sem přiběhne sestra oblečená od hlavy k patě, převalí mě z boku na bok, otřou, vymění plenu a je to.*“ Z čehož jsem pochopila, že žádná speciální péče u respondentky není. „*A když jdu na velkou stranu, tak mi něčím vždycky ostříknou.*“

10.4.2 Jak se u pacienta změnilo, popřípadě modifikovaly potřeby na izolaci?

Respondentčino hlavní přání je vrátit se domů, bez ohledu na to, v jakém je stavu. Ráda poslouchá rádio, které si nechala donést i do nemocnice. „*Ale vždycky mi ho musí někdo zapnout, já na to nevidím.*“ Dále sleduje televizi a je jí jedno, co dávají. „*Aspoň, že tu není ticho.*“ Jako mladá se věnovala dětem, v pozdějším věku vnoučatům. „*Ted' už jsem všem jenom na obtíž, stará bába.*“

10.4.3 Jak pacient vnímá přístup zdravotníků ke své osobě?

Tato otázka byla celkem problematická, protože respondentka měla strach, aby se k ní pak personál nechoval špatně. Tento strach odezněl, když jsem jí vysvětlila, že se nikdo nedozví, co mi řekla. „*Ono záleží na člověku, někdo sem jde zabalený a jiný sem jde normálně.*“ (myslí bez OOPP) „*To víte, já blbě slyším, tak jsem radši, když nic nemaj.*“ Navazovala jsem tedy na to, jestli za respondentkou chodí někdo z rehabilitací. „*Chodí.*“ Respondentce nepřijde, že by byla nějak vyčleněná z chodu oddělení, jen se u ní možná zdržují kratší dobu.

10.5 Respondent E

Respondent E je muž, hospitalizovaný na LDN v nemocnici v Horažďovicích, rozhovor jsem provedla po předchozí domluvě s hlavní sestrou (Mgr. Petržílková) dané nemocnice a vystavení souhlasu organizace. Dále jsem před zahájením rozhovoru pacienta seznámila se záměrem mého výzkumu a požádala jsem ho o vyjádření souhlasu.

Respondent je po TEP kyčle, zde je pouze na rozcvičení. Žádné další nemoci neuvádí. Horší mobilita, chodí o francouzských holích. Na LDN je hospitalizovaný již čtvrtý měsíc. MRSA v ráně.

10.5.1 Jak pacient subjektivně vnímá izolaci?

Respondent je hospitalizovaný na společném pokoji s dalšími dvěma spolupacienty. Pokoj je střední velikosti, vymalovaný v odstínech béžové barvy. Vybavený je umyvadlem hned za dveřmi a televizí. Výhled má do nemocniční zahrady a další zástavbu. K pacientovi je možný přístup bez ochranných osobních pomůcek.

Rozhovor jsem zahájila, hned po úvodních frázích, otázkou, kdo mu řekl, že bude mít jiný režim než ostatní pacienti. Na to mi respondent řekl, že si není jistý, ale asi sestra. Ptala jsem se, co přesně mu řekli: „*Nikdo mi neřek, co ta MRSA je.*“ Dále mu bylo sděleno, jak se má chovat. „*Musím dodržovat ty hygienický předpisy. Byly zvýšený.*“

U respondenta byl zaveden pouze zvýšený hygienický režim, což v tomto podání znamená, že návštěvy si musely dezinfikovat ruce, jinak žádné jiné omezení neměly. Před pokojem jsou sice umístěny všechny potřebné OOPP, ale určené pro personál, když provádějí převazy. Za respondentem chodí na návštěvu manželka a syn. Ptala jsem se, jak k němu chodili oblečené návštěvy. „*Chodily normálně v civilu.*“

Navazovala otázka na podávání stravy, zajímal mě způsob podávání, kvalita. „*Nosí to v takových jiných, který se hned vyhazovali. Byly plastové.*“ Jinak na kvalitu stravy si nějak výrazně nestěžoval.

V tomto případě jsem se zajímala o hygienickou péči, vzhledem k tomu, že je respondent umístěn na pokoji s dalšími pacienty, bylo pro mě záhadou, jak se předchází šíření na další pacienty. V pokoji není samostatná koupelna, používá se společná pro vícero pacientů. V tomto případě respondent nevěděl, jestli je nějaký jiný režim pro něj určený a

jestli je, tak o tom neví. Dále jsem se ptala, jestli se nějak hygienická péče lišila oproti hygieně v domácím prostředí. „*Nene.*“ Což jsem ani nepředpokládala, že by se hygiena nějak lišila, protože MRSA byla izolována pouze v ráně.

10.5.2 Jak se u pacienta změnilo, popřípadě modifikovaly potřeby na izolaci?

Respondent rád tráví svůj volný čas povídáním si s ostatními pacienty na pokoji. „*Je to fajn, ale občas se rušíme, protože já poslouchám rádio a oni televizi.*“ (smích) Z domova si nechal přinést své rádio. „*On je tam lepší program než v televizi.*“ (smích) Odpolední hodiny tráví rehabilitací. „*Chodím o holích.*“ Rád si i v domácím prostředí vyluští nějakou tu křížovku a přečte si denní tisk. Což mu tady chybí, podle jeho slov ho dostává se zpožděním. Vzhledem k tomu, že ještě pořád hůř chodí, byla mu manželka zařídit pečovatelku, která bude respondentovi pomáhat zvládat běžný denní život doma. Tento pátek má být respondent propuštěn domů, na to se moc těší.

10.5.3 Jak pacient vnímá přístup zdravotníků ke své osobě?

Zdravotníci k respondentovi chodili v běžném oblečení. „*Když to převazovali, měli ústenky a rukavice, jinak chodili běžně oblečení.*“ Ptala jsem se, jak vnímá zdravotníky v OOPP. „*Normálně, nevadilo mi to.*“ Zajímala jsem se i o intenzitu a délku návštěvy zdravotníků u něj na pokoji. „*Byla stejná jako jinde.*“ Zajímala jsem se o to, jestli si respondent nepřijde nějak vyčleněný z běžných aktivit oddělení, jako je rehabilitace či zájmová činnost. „*Nepřijde mi.*“ Fyzioterapeuti s respondentem cvičí bez omezení, respondent může volně opustit pokoj a jít na chodbu mezi ostatními pacienty.

Vzhledem k množství rozhovorů jsem se rozhodla pro shrnutí faktů, které jsem se během nich dozvěděla. Pro lepší přehlednost jsem fakta rozdělila do šesti skupin, stejně jako jsou rozdělené rozhovory. První skupinu tvoří informovanost respondentů o nutnosti pobytu na izolaci, dále jak probíhají návštěvy, jakou formou je podávána respondentům strava, jak probíhá hygienická péče o respondenta na izolaci, liší se nějak respondentovy potřeby doma a během hospitalizace na izolaci a poslední skupinu tvoří přístup zdravotníků k respondentovi. Toto shrnutí se týká prvních třech respondentů (respondent A až C), zbylé dva respondenty (respondent D a E) porovnáám samostatně.

Informace o nutnosti izolace

Ve všech případech o nutnosti izolace byli respondenti informováni lékaři, buď přímo lékařem oddělení, na kterém jsou v současné době hospitalizováni nebo lékařem oddělení, ze kterého byli překládáni. Zarážející informací je ale fakt, že respondentům nikdo nesdělil, proč je nutná hospitalizace na izolačním pokoji. Jediná informace, která jim byla poskytnuta, je taková, že mají nějaký bacil, a že kdyby byli s ostatními pacienty na společných pokojích, mohli by je nakazit. Pouze jeden respondent ví, co to MRSA je, protože je MRSA pozitivní již poněkolikáté, a tak se informace postupně dozvěděl. Tento respondent by ale ocenil, kdyby věděl nejen to, co MRSA je, ale kdyby viděl, jak takový mikroorganismus vypadá. Podle jeho slov by mu to pomohlo se s tímto onemocněním lépe vyrovnat. Ostatní respondenti vůbec nevědí, jak si MRSA představit.

Průběh návštěv na izolaci

V případě dvou respondentů je navštěvují rodinní příslušníci, snaží se o jejich rozptýlení a zkrácení dlouhé chvíle, kterou mají jejich blízcí na izolaci. U jednoho respondenta, je tato otázka hodně smutná, protože nemá nikoho, kdo by za ním chodil, jen občas jeho ošetřovatelka. Respondent si nemá možnost s nikým popovídat a přijde mu den hrozně dlouhý. V případě, že za respondenty přijde návštěva, chodí vzorně oblečená v OOPP. Jeden respondent ještě své rodinné příslušníky v OOPP neviděl, tak je zvědavý, jak budou vypadat a jak na ně bude on sám reagovat. Většinou ale respondentům vadí rouška, a to hlavně z důvodu jejich vyššího věku a zhoršeného sluchu, což rouška ještě umocní.

Podávání stravy v izolačním režimu

Všichni respondenti se shodují v tom, že jídlo dostávají v plastových boxech, které jsou nepraktické, po stolcích kloužou, jsou měkké a často se snadno převrhnou a vylijí. Další kapitolou jsou plastové příbory, které jsou na izolaci plošně dodávány. Respondenti si na ně stěžují, a proto ke cti ošetřovatelského personálu daných nemocnic jsou jim nabízeny a ponechány příbory klasické kovové, které zůstávají po dobu hospitalizace na pokoji respondenta. Dokonce jeden respondent dostává na tekutiny plastový kelímek, který je z měkkého plastu a při manipulaci s ním často dochází k polití respondenta. Ostatní respondenti mají na tekutiny hrnek z tvrdého plastu s ouškem, se kterým se manipuluje lépe. Podávání stravy a tekutin je u respondentů největší problém, který je trápí.

Provádění hygienické péče na izolaci

U většiny respondentů probíhá hygienická péče standardně jako v domácím prostředí nebo jako na standardním pokoji. Pouze u respondenta s MRSA v dýchacích cestách probíhá vytírání nosu štětičkami s dezinfekčním prostředkem. Naopak jeden z respondentů si na kvalitu hygienické péče dost stěžuje, přijde mu, že jí je málo, probíhá neefektivně a není tak často, jak by respondenti potřebovali. Další respondent si stěžuje na nemožnost využít sprchu. Z čehož vyplývá, že z pohledu respondentů je hygienická péče druhá nejpomíjenější oblast v péči o ně.

Změna potřeb v izolačním režimu

V této oblasti je hezky vidět, že každý člověk je jiný, každý má jinak nastavenou hierarchii svých hodnot. Co se ale objevovalo u všech respondentů, je touha po tom vrátit se domů ke svým blízkým nebo svým zájmům. Vzhledem k tomu, že každý respondent má jinou potřebu, která mu během izolace chybí, nelze stanovit obecný model pro to, co chybí všem pacientům hospitalizovaným na izolaci. Ale lze z toho vyvodit návod pro praxi. A tímto návodem je vyzdvižení nutnosti komunikace s hospitalizovanými a maximální snaha o to, jak jim pobyt zpříjemnit a udělat snesitelnější. A ještě jedno doporučení, podporujme co nejčastější návštěvy a pokud to lze, uvažujeme o propuštění pacienta do domácí péče, kde nemocný bude mezi svými nejbližšími a po psychické stránce na tom bude daleko lépe, než izolovaný od okolního světa a bude žít ve strachu o to, jak to doma probíhá, když tam není.

Vnímání zdravotníků respondentem

Pouze jeden respondent uvedl, že s ním někdo rehabilituje i po přesunu na izolaci, ale i tento respondent měl výhrady k četnosti fyzioterapie, byla nedostatečná. Ostatní dva respondenti uvedli, že když došlo k přesunu na izolaci, přestali za nimi chodit i fyzioterapeuti. Oběma respondentům čas strávený s fyzioterapeuty chybí a rádi by se opět zapojili do svého cvičení a rozcvičování. Absence rehabilitací není jediným problémem, který respondenti vnímají. Jako další problém uvádějí respondenti nedostupnost dalších lékařských služeb, které jsou mimo oddělení, na kterém jsou hospitalizováni. Dva respondenti několikrát žádali o vyšetření jakýmkoli odborníkem (oční, kožní, ORL lékaři), ale ani v jednom případě jim nebylo vyhověno. Vždy s vysvětlením, že v případě MRSA pozitivity je nepříjemou a vyšetření odloží na dobu, kdy respondenti budou MRSA negativní. Což je pro pacienty hodně těžké na pochopení a berou to tak, že se jich i odborníci štítí a jsou vyloučeni z běžného života a nikdo jejich problémy nebere vážně. V oblasti hodnocení ošetřovatelského personálu se u každého respondenta odpovědi lišily. Ve dvou případech byli respondenti s péčí ošetřovatelského personálu spokojeni. Jeden respondent si ale na přístup a péči ošetřovatelského personálu stěžuje. Všichni respondenti se shodují na tom, že veškerý personál, který k nim na izolaci vstoupí, je oblečen do OOPP. V jednom případě respondent upozornil na lékařku, která si nebere čepici. Druhý respondent poté upozornil na skutečnost, že personál na denní směně OOPP využívá vždy a všechny, personál noční směny OOPP nevyužívá nebo užívá pouze rukavice. Což respondentovi dělá zmatek v tom, jak k němu má tedy personál správně přistupovat. Přehání to jedna směna, nebo to ta druhá bagatelizuje?

Druhá část hodnocení rozhovorů se bude týkat porovnání respondentů D a E, kteří mají stejnou diagnózu, MRSA v ráně, ale liší se u nich způsob ošetřování. Respondent D má nastaven izolační režim, oproti tomu respondent E má pouze bariérový systém ošetřování. Přišlo mi zajímavé porovnat dvě stejné diagnózy, ale rozdílný přístup k nim. A dát mi možnost nahlížet na problematiku rozdílným vnímáním a průběhem léčby, když je pacient ponechán mezi dalšími nemocnými a když je nemocný odstřižen od veškerých kontaktů s ostatními pacienty.

Informace o nutnosti izolace/bariérovém systému ošetřování?

Již v této fázi se respondenti liší, zatímco respondentka umístěná na izolaci o tom byla informovaná lékařem, respondent s bariérovým systémem ošetřování pouze sestrou. Bohužel ani jeden respondent ale nebyl informován o přesné podstatě infekce MRSA, obvykle lékař sděluje, že respondenti mají „nějaký bacil“.

Průběh návštěv na izolaci/při bariérovém systému ošetřování

Návštěvy u respondentky na izolaci jsou striktně oblékány do OOPP a to i přesto, že MRSA je izolována v ráně, druhý respondent, a bylo by dobře zmínit, že z jiné nemocnice, ale se stejnou lokalizací MRSA, má přístup návštěv neomezený a nemusí se oblékat do OOPP, před vstupem a odchodem z pokoje musejí provést dezinfekci rukou. Respondentka z izolace si stěžuje na nekomfort při komunikaci, protože rouška brání ve správné interpretaci slov, druhý respondent tento problém nemá.

Podávání stravy na izolaci/při bariérovém systému ošetřování

Respondentka z izolace dostává jídlo v plastových nádobách, což se neliší ani u respondenta s bariérovým ošetřováním. Pro oba je tento způsob stolování nepraktický. Pro respondentku je to z důvodu měkkého materiálu, ze kterého jsou nádoby vyráběny, pro druhého respondenta spíše z psychického hlediska, protože ostatní spolupacienti dostávají jídlo na klasických talířích, on má plastovou nádobu. Faktem ale zůstává, že plastové nádoby na stravu nevyhovují ani jednomu z nich, i když každý pro to má jiný důvod.

Provádění hygienické péče na izolaci/při bariérovém systému ošetřování

Respondenti se v této oblasti shodují, že hygienická péče neprobíhá nějak extra jinak, než když byli v domácím prostředí. Rozdíl je v místě, kde se hygienická péče děje. U

respondentky na izolaci probíhá hygiena na pokoji a ještě pouze na lůžku, protože respondentka je imobilní a do sprchy na pokoji by se nedostala. Za to druhý respondent nemá sprchu na pokoji a musí využívat sprchu společnou s ostatními pacienty daného oddělení a ani v tomto případě prý není omezen tím, že by do sprchy nemohl. Může se jít osprchovat kdykoli.

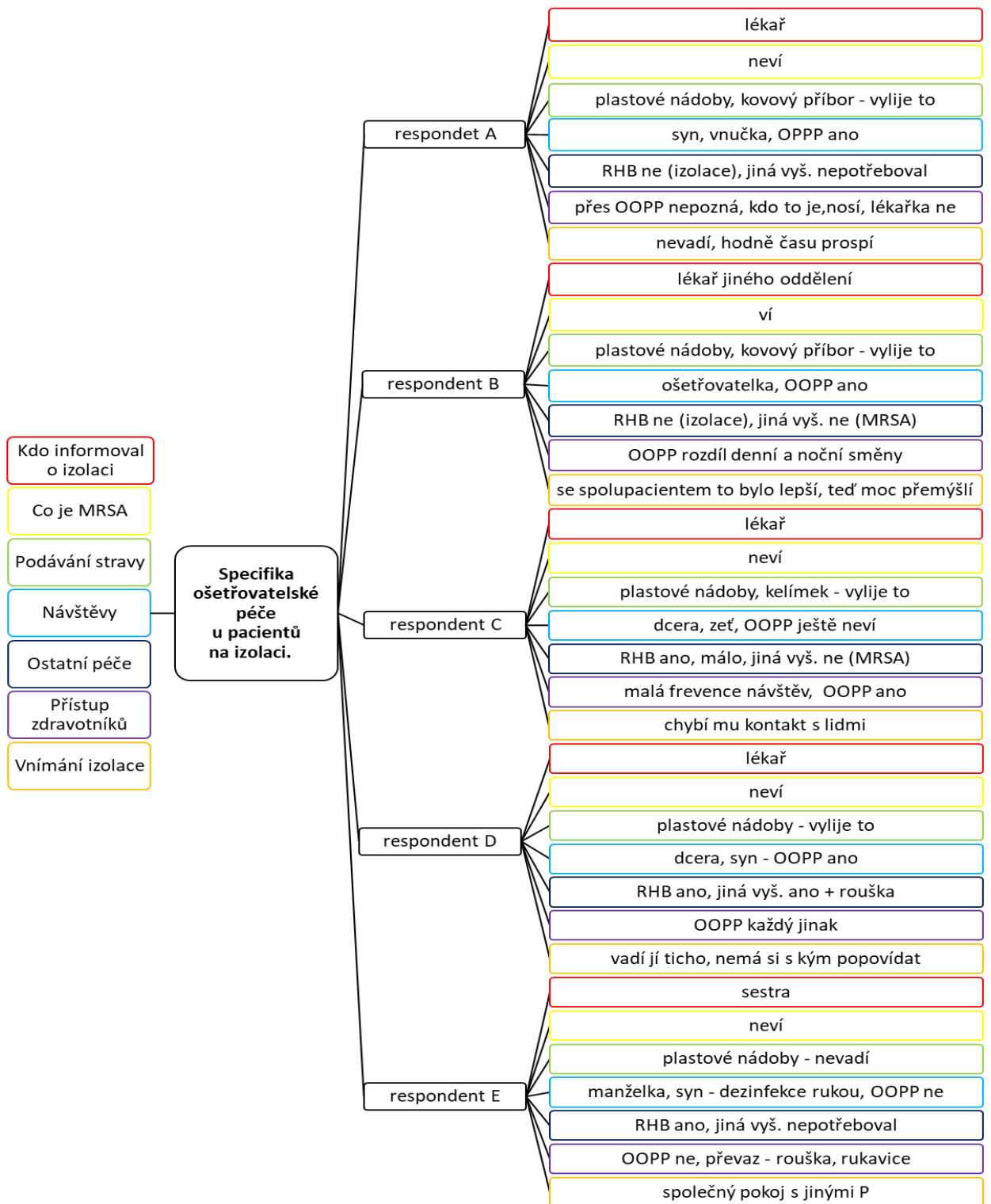
Změna potřeb na izolaci/ při bariérovém systému ošetřování

Každý člověk je jiný a má i jiné potřeby, takže se nedá porovnávat dvě rozdílné osobnosti. Co se ale dá říct, je skutečnost, že respondentka na izolaci vše vnímá vyostřeněji než respondent, který je na pokoji s dalšími lidmi. Respondentce chybí kontakt s lidmi, nemůže si popovídat, kdy chce a s kým chce, oproti tomu respondent, který má okolo sebe lidi celý den, tento problém nepocítuje. Potřeby se samozřejmě změní u obou respondentů, jeden chce domů, druhý nemá svůj denní tisk hned ráno a i to je pro něj problém, který musí řešit. Respondent, který má na pokoji ostatní spolupacienty, zase řeší to, že se navzájem ruší nebo se musejí domluvit, na co se budou koukat. Oproti tomu respondentka je na izolaci sama, a když si chce pustit televizi nebo rádio, nemusí se zajímat o to, jestli někoho ruší nebo ne.

Vnímání zdravotníků respondentem

U obou respondentů nedošlo k přerušení fyzioterapie z důvodu izolace MRSA v ráně, k oběma respondentům chodí fyzioterapeuti jednou denně. Zajímavou oblastí je užívání OOPP zdravotníky. K respondentovi na standardním pokoji chodí zdravotníci v OOPP (a to ještě ne ve všech, pouze rouška a rukavice) pouze na převaz infikované rány, jinak během dne k němu přistupují ve své uniformě. Respondentka, která je umístěná na izolaci tento benefit nemá. K respondentce se přistupuje se všemi OOPP vždy. Druhá věc je ale ta, že některý personál to dodržuje a jiný ne. Respondentka si pak přijde trochu zmatená, jak to vlastně má být správně. I když je vlastně ráda, když si nevezmou roušku, protože jim pak lépe rozumí. Doba, po kterou se zdravotníci zdržují u respondentů, jim přijde asi stejná, jako kdyby byly na normálním pokoji bez infekce MRSA v ráně.

Obrázek 1 Myšlenková mapa



Zdroj: vlastní

DISKUZE

Cílem této práce bylo určit specifika ošetrovatelské péče o pacienta na izolačním pokoji. K dosažení tohoto cíle jsme se rozhodly použít kvalitativní výzkumné šetření, které bylo provedeno formou polostrukturovaných rozhovorů. Otázky byly pokládány respondentům podle jejich zdravotního i psychického stavu. Do výzkumu bylo zařazeno 5 mužů a 1 žena. Respondenti byli z různých nemocnic Plzeňského kraje s různými zřizovateli. V rámci praktické části práce řešíme potřeby pacientů na izolaci a to, jak se jejich potřeby změnilo nebo modifikovaly, kdo a jak je informoval o jejich onemocnění a pobytu na izolaci, dále jak vnímají zdravotníky a rodinu v osobních ochranných pracovních prostředcích. Výzkum se tedy snaží o komplexní pochopení potřeb pacientů na izolaci. Teoretická část práce se věnuje problematice infekčních stafylokokových onemocnění jakožto původci MRSA. Dále řeší onemocnění MRSA, jeho diagnostiku, léčbu apod., s tím spjaté infekce související s poskytováním zdravotní péče a zařízením izolačního pokoje. Další část práce se zaměřuje na komunikaci a edukaci pacientů i jejich rodinných příslušníků, což považujeme za velmi důležité.

Naším původním záměrem bylo vybrat celkem 3 respondenty s MRSA pro náš výzkum, dalším předpokladem bylo, že porovnáme různé obory: obor intenzivní péče, chirurgický obor a interní obor. Finální podoba vzorku respondentů je taková, že máme 4 respondenty z interního oboru, konkrétně z lůžek následné péče a jednoho respondenta z chirurgického oboru. Podařilo se nám najít respondenty z různých nemocnic, a tím pádem i srovnat přístup vícero zdravotníků i předpisů různých nemocnic. Bohužel se nepodařilo najít v časovém rozmezí, kdy výzkum probíhal, respondenta z intenzivní péče. Do práce byli nad rámec našeho předpokladu začleněni další dva respondenti a to proto, že měli stejnou diagnózu MRSA v ráně, ale rozdílný způsob péče o ně, jeden byl v izolaci, druhý měl pouze bariérový systém péče. V případě těchto dvou respondentů bylo záměrem porovnat pocity pacientů, jestli je něco, co se u nich liší, a naopak jestli je něco, co je stejné. Popřípadě zjistit, jestli pacienti s MRSA, kteří mohou být léčeni systémem bariérové péče, vnímají pobyt v nemocnici lépe než pacienti, kteří jsou izolováni od ostatních pacientů.

Na začátku psaní práce a při shromažďování literatury jsme si nechaly zpracovat rešerše od NCO NZO v Brně, samozřejmě jsme hledaly prameny informací i jinde pomocí knihoven a internetových vyhledávačů. Vzhledem k tomu, že k problematice infekčního

lékařství a mikrobiologie původce MRSA je literatura již několik let neměnná, byla v této práci využita i literatura staršího data vydání, vždy ale došlo ke konfrontaci starší literatury s literaturou novější, pokud došlo k situaci, že se informace rozcházel, byly použity informace z novější literatury. Počet literatury, která překročila limit deseti let, jsme se snažily co nejvíce minimalizovat a hledat literaturu novějšího data.

První výzkumnou otázkou bylo zjistit, jak pacient subjektivně vnímá izolaci. Pod touto otázkou jsme si vytyčily zjistit, kdo pacienty informuje o tom, že budou na izolaci a dále, jestli vůbec pacienti vědí, proč je nutná izolace a co je původcem jejich onemocnění. Dále pak jestli za nimi mohou chodit návštěvy, jestli jim vyhovuje způsob podávání stravy a průběh hygienické péče. Podařilo se nám zjistit, že naši respondenti jsou, bez rozdílu oddělení nebo nemocnice, o nutnosti izolace informováni lékaři. Co ale dále vyplývá z našeho výzkumu, je značně znepokojující, protože respondenti uvedli, že vůbec neví, proč jsou na izolaci, lépe řečeno vědí, že mají „nějaký bacil“, ale nikdo už jim neřekl, jaký bacil to je. Natož aby věděli, co je MRSA. Pouze jeden respondent uvedl, že ví, co je MRSA, a to z důvodu, že u něho dochází k diagnostice MRSA pozitivitu opakovaně, naopak tento respondent vyjádřil žádost o to, že by rád viděl mikroorganismus, který ho osidluje, což bylo docela zajímavé zjištění. Dále jsme zkoumaly problematiku návštěv. Za většinou respondentů návštěvy chodí pravidelně a snaží se jim zpříjemnit den na izolaci, OOPP užívají správně. Vzhledem k tomu, že jsme měly vzorek starších lidí, obvykle viděli problém v užívání roušek, protože svým rodinným příslušníkům špatně rozumějí. Drtivá většina respondentů uvedla, že způsob servírování stravy jim nevyhovuje. Vadí jim servírování v plastových krabičkách, protože jsou měkké, snadno se vylijí a kloužou po jídelních stolcích. Hygienická péče je u respondentů standardní vzhledem k jejich stavu, ale i v této oblasti jsou respondenti nespokojeni buď s frekvencí, nebo kvalitou hygienické péče. Pouze u jednoho respondenta dochází k dezinfekci nosu.

Druhou výzkumnou otázkou jsme chtěly zjistit, jak se změnil, popřípadě modifikovaly potřeby pacientů na izolaci. Záměrem nebyla konkrétní oblast potřeb, nechaly jsme respondenty, aby se na toto téma rozpovídali sami, protože každý člověk je jedinečný a chybí mu něco jiného. Převážně si ale respondenti stýskají po domově, svých rodinách. Ti, kteří byli hodně aktivní, zase špatně snášejí nucenou nečinnost a upoutání na lůžko.

Třetí výzkumnou otázkou byl zájem zjistit, jak pacienti vnímají přístup zdravotníků ke své osobě při pobytu na izolaci. Tady se nám jednalo hlavně o užívání OOPP zdravotní-

ky, jak je respondenti vnímají, jestli jim OOPP vadí, jak se k respondentům chovají zdravotníci a jestli je nějak izolace limituje. Tady byl u některých respondentů strach z toho, že se informace z rozhovorů dostanou k pracovníkům daného oddělení, kde jsou hospitalizováni a pak budou k respondentům nepříjemní, což už samo o sobě vypovídá o vztahu mezi pacienty a zdravotníky. Ale byl velký poměr respondentů, kteří si naopak péči personálu chválili. Podle slov respondentů dochází k dodržování oblékání OOPP u všech zdravotníků, někteří si vezmou jen část oblečení, jiní se zase přizpůsobují tomu, jestli je den nebo noc, přičemž v noci užívání OOPP neřeší a k respondentům chodí bez nich. Což u respondentů vyvolává nedůvěru, že je ošetřuje erudovaný personál. A opět se vracíme k problematice roušek, protože i u zdravotníků to má za následek to, že respondenti špatně rozumí sdělovanému a dochází k neshodám. Dva z respondentů uvedli, že kvůli MRSA infekci jim bylo zamítnuto ošetření externími lékaři. Někteří respondenti dále uváděli, že kvůli izolaci přišli o RHB.

Proto, abychom mohly výsledky našeho výzkumu porovnat, jsme hledaly jiné kvalifikační práce nebo odborné články. Většina kvalifikačních prací, která byla napsána na toto téma, se věnuje především přístupu k pacientovi z pohledu zdravotníků a jejich znalostmi v problematice MRSA a izolaci, popřípadě bariérovému ošetřování pacienta s MRSA. Práce, které jsme na téma MRSA našly, se například zabývají znalostmi sester v této problematice, výskyt MRSA v nemocnicích a různých způsobech přenosu. Na následujících stránkách se pokusíme srovnat naše výsledky s výsledky z odborných článků či jiných kvalifikačních prací.

Podle časopisu *Australian Journal of Advanced Nursing* (Barratt a kol., 2010) dochází u pacientů na izolaci k určitým problémům ve vnímání sebe sama, připadají si vyčleněně a domnívají se, že i ošetřující personál k nim přistupuje odtažitě ne-li štítivě. Z jejich výzkumu vyplývá, že je zhoršená i kvalita péče a pacienti na izolaci se cítí nekomfortně ve všech oblastech svých potřeb, ať se jedná o pohyb, příjem potravy, komunikaci a možnost emočního vyjádření. Dalším aspektem je fakt, že někteří zdravotníci nedodržovali užívání OOPP dle platných doporučení a standardů a pacienti nebyli schopni určit správnost postupu a vyjadřovali obavy, jestli jim péči poskytuje erudovaný personál. To ještě podpořili lékaři, když za pacienty nevstoupili na izolační pokoj, ale hovořili s nimi pouze ode dveří. Naopak ale tento výzkum zjistil, že pacienti izolaci na samostatném pokoji vnímají velice pozitivně, protože mají dostatek soukromí. Časopis *Caring Sciences*, který publikoval

v roce 2010 článek *Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated* od Skyman, Thunberg Sjöström a Hellström, říká, že pacienti vnímají hospitalizaci na izolaci velmi negativně. Z jejich výzkumu vyplývá, že pacienti pocítují pocit odloučení a nerovnosti v porovnání s pacienty, kteří nejsou MRSA pozitivní, protože jim přijde, že nemají možnost všech vyšetření jako ostatní pacienti. Dalším negativním dopadem na pacienty na izolaci je i fakt, že se cítí za své onemocnění odpovědní a bojí se dalšího šíření na jiné nemocné. Což vedlo k tomu, že pacienti s MRSA si přišli nečistí a že se jich každý štítí, včetně zdravotníků, kteří se o ně starali. Tento závěr se potvrdil i u nás. Někteří naši respondenti uváděli, že nemají možnost dalších odborných vyšetření právě z důvodu MRSA positivity. Naším respondentům spíše vadí přístup zdravotníků ve smyslu málo častých návštěv a odměřeného chování. OOPP na zdravotnicích vnímají jako nutnou součást péče, vzhledem k tomu, že někteří naši respondenti hůře slyšeli, jediné, co jim vadilo, byla rouška, protože jim ztěžuje komunikaci, ve smyslu snížení hlasitosti a kvality mluveného projevu. V článku *Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice* od Barratt, Shaban a Moyle došli ke zjištění, že pacienti na izolacích nemusí trpět pouze negativními zážitky z izolace, ale mohou z ní i profitovat, jako příklad uvádějí tišší místnosti, pacienti mají více soukromí, nikdo je neruší. Záporným protikladem k této výhodě výzkum uvádí, že pacienti na izolacích mohou trpět osamocností a depresemi, zároveň udávají, že je zde vyšší riziko komplikací ve smyslu nežádoucích událostí (pády). Tento výzkum dokonce udává i doporučení, jak pacientovi zpříjemnit pobyt na izolaci (doporučují větší sociální interakci).

Výzkum, který by byl součástí kvalifikační práce a byl zaměřen na stejné téma, jako je naše, jsme našly dvakrát. První je součástí diplomové práce z Jihočeské univerzity od Bc. Lenky Křepelové na téma *Ošetrovatelská péče ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu z pohledu pacienta z roku 2016*. Její výzkum pojednává o potřebách pacientů v izolaci, na jejich potřeby nahlíží holisticky. Z výzkumu vyplývá, že respondentům vadí celkový přístup k nim v OOPP, připadá jim, že se jich ošetřující personál štítí a navíc dochází k rozchodu užívání OOPP mezi sestrami a lékaři. Výsledky poukazují na to, že lékaři OOPP neužívají nebo užívají v minimální míře. Někteří respondenti vůbec nevědí, proč se k nim přistupuje v OOPP. Tento výzkum se zabýval i příjmem stravy. Někteří respondenti tohoto výzkumu odpověděli, že jim vadí nádoby, ve kterých jídlo dostávají, jsou to plastové nádoby, stejné, jako dostávali účastníci našeho výzkumu. V oblasti pohybu jsou výsledky výzkumu nepřesvědčivé, aby se z nich dalo usuzovat na nějakou

shodu nebo naopak rozdíl s našimi respondenty. Účastníci výzkumu byli převážně nadšeni z izolace na jednolůžkovém pokoji, uvítali to, že je nikdo nevyrušuje. Což se shoduje s odpověďmi z našeho výzkumu (Křepelová, 2016, s. 41–78). Druhý výzkum s názvem *Vliv ošetrovatelské péče na průběh hospitalizace klienta s diagnózou MRSA* je součástí bakalářské práce na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích a jeho autorkou je Martina Štveráková, tato práce je z roku 2007. Obsahem tohoto výzkumu jsou strukturované rozhovory s pacienty s MRSA. Z jejího výzkumu vyplývá, že respondenti jsou informováni o důvodu izolace, což se shoduje s našimi respondenty a povědomí o nutnosti izolace je shodné jako u našich respondentů, někteří vědí, že jsou izolováni kvůli MRSA, jiní vědí, že mají nějakou infekci. Respondenti z tohoto výzkumu byli ve většině případů informováni lékařem i sestrou o tom, proč mají být na izolaci. U našich respondentů to byl ve většině případů lékař. Mimo jiné se Štveráková (2007) zabývala i pocity pacienta na izolaci, výsledkem je, že většina respondentů to vnímá jako jediné opatření, které může pomoci a zároveň uvádějí péči o ně jako dobrou. Účastníci našeho výzkumu si na izolaci ani nějak nestěžují, ani z izolace nejsou moc nadšeni, takže by se dalo říct, že se výzkumy shodují. Rozcházejí se ale ve vnímání péče ze strany zdravotníků, výzkum Štverákové (2007) ji uvádí jako pozitivní, přičemž náš výzkum zjistil velké rozdíly mezi nemocnicemi, někteří respondenti jsou velmi nespokojeni, ale jiní naopak spokojeni. Respondenti nepociťují nějaký rozdíl v návštěvách zdravotníků při pobytu na izolaci a na standardním pokoji, a když tak pouze ve vyšší frekvenci návštěv. Což se neshoduje s naším výzkumem, naši respondenti si stěžovali na opačný problém, kterým byla malá frekvence návštěv. Respondenti obvykle chápou užívání OOPP jako opodstatněné a důležité, některým to není příjemné, což se opět shoduje s odpověďmi našich respondentů. Výzkum dokazuje, že nejvíce pacientům v izolaci chybí soukromí, domácí mazlíček apod. (Štveráková, 2007, s. 36–54). U našich respondentů se nejčastěji objevovala touha po běžné činnosti a rodině.

Náš výzkum se zabýval v principu stejnou výzkumnou problematikou jako výzkumy, se kterými jsme porovnávaly naše výsledky. Ostatní výzkumy, až na výzkum Štverákové (2007), se nezabývaly otázkou, kdo respondentům sděluje, že budou na izolaci, ale řešily otázku, jestli jsou pacienti informováni o pobytu na izolaci. Výzkum Křepelové (2016) uvádí, že respondentům není vysvětlováno, proč jsou umístěni na izolaci a proč je nutné užívání OOPP a to v nich vzbuzuje nejistotu, stejně tak fakt, že zdravotníci nedodržují standardní užívání OOPP, čímž v tom respondentům dělají zmatek a snižují tak svoji důvěryhodnost. Tento výsledek potvrdil výzkum Huškové (2018) i náš výzkum, ale naopak

výzkum Štverákové (2007) dokazuje, že pacienti jsou velmi dobře informováni jak o nutnosti izolace, tak i o užívání OOPP. Výzkum Huškové říká, že zdravotníci mají tendenci na izolace chodit méně často nebo na kratší dobu (Hušková, 2018, s. 28), což bylo potvrzeno i kratičkým rozhovorem se sestrami z našeho výzkumu, což nám opět vyvrátil výzkum Štverákové (2007), která dokonce zjistila, že respondenti jsou navštěvováni zdravotníky častěji než na standardním pokoji. Oblast, ve které se naše výsledky výzkumů rozcházejí, je skutečnost, že naši respondenti nedokázali přesně říct, jestli zdravotníci užívají OOPP správně nebo ne, ale faktem zůstává skutečnost, že někteří respondenti našeho výzkumu se ztotožňují s výsledky z Austrálie. Výzkum s australskými i českými respondenty potvrdil skutečnost, že pacienti nejsou na izolacích šťastní, ale naopak tam pociťují odloučení, nedostatek komunikace ze strany personálu a celkový nezájem o svou osobu. Výzkum Křepelové (2016) ale naopak zjistil, že někteří pacienti v izolaci vidí výhodu. Dále jsme zjistili, že pacienti, kteří potřebují odborné vyšetření mimo izolační pokoj, jsou odmítáni právě pro svou kolonizaci MRSA, což nám nepotvrdil ani nevyvrátil jiný výzkum. Naopak náš výzkum a výzkum Křepelové (2016) zahrnul ještě výsledky z oblasti podávání stravy, hygienické péče a potřeb pacientů. Přičemž si všichni naši respondenti stěžovali na způsob podávání stravy a vesměs nedostatečnou hygienickou péči. Vzhledem k tomu, že my jsme měli starší skupinu naší populace, většina jejich přání a potřeb se vztahovala k návratu domů a tomu, že jim chybí věci z jejich běžného života. Výzkum Štverákové (2007) nezkoumá, jakým způsobem je pacientům podávána strava, ale jak vnímají podávání stavy personálem v rukavicích, což respondenti vnímají jako nutnost, jen 3 respondenti uvedli, že jim přijde, jako by se jich zdravotníci štítily.

ZÁVĚR

Cílem práce *Management ošetrovatelské péče o pacienta s MRSA* bylo určit specifika ošetrovatelské péče o pacienta na izolačním pokoji. K dosažení tohoto cíle jsme se rozhodly použít kvalitativní výzkumné šetření, které bylo provedeno formou polostrukturovaných rozhovorů. Do výzkumu bylo zařazeno 5 mužů a 1 žena. Respondenti byli z různých nemocnic Plzeňského kraje s různými zřizovateli. V rámci praktické části práce byly řešeny potřeby pacientů na izolaci a to, jak se jejich potřeby změnilo nebo modifikovaly, kdo a jak je informoval o jejich onemocnění a pobytu na izolaci, dále jak vnímají zdravotníky a rodinu v OOPP, jestli je něco, co pacientům na izolaci vadí a přáli by si změnit. Výzkum se tedy snaží o komplexní pochopení potřeb pacientů na izolaci. Teoretická část práce se věnuje problematice infekčních stafylokokových onemocnění jakožto původci MRSA. Dále bylo řešeno onemocnění MRSA, jeho diagnostika, léčba apod., infekce související s poskytováním zdravotní péče a zařízení izolačního pokoje. Další část teoretického bloku práce byla zaměřena na komunikaci a edukaci pacientů i jejich rodinných příslušníků. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že naši respondenti jsou informováni o nutnosti izolace ve většině případů lékařem, vlastními slovy dokáží, i když ne vždy správně, popsat důvod izolace, ale nikdo (až na jednoho) neví co MRSA je a jak si jí mají představit. Dále je to nemožnost odborných vyšetření kvůli MRSA pozitivitě a přerušovaná rehabilitační péče taktéž z důvodu infekce MRSA. Pacientům nevyhovují málo časté a krátké návštěvy od ošetrojícího personálu. Starší pacienti si nejvíce stěžovali na roušku jako součást OOPP, protože jim stěžuje komunikaci. Ve většině případů respondentům chyběla rodina a domácí práce, které běžně vykonávali. Někteří respondenti uváděli, že izolace jim dává možnost soukromí, ale druhou stránkou věci je, že si nemají s kým popovídat. Nejtíživějším problémem ale je jednorázové plastové nádoby, ve kterém je pacientům na izolaci podávané jídlo. Cílem tohoto výzkumu bylo zmapovat danou problematiku i z jiného pohledu než z pohledu odbornostních znalostí zdravotníků, kteří se o pacienty s MRSA starají. Zároveň bychom chtěly připomenout, že pacient je lidská bytost se svými city a potřebami, které tím, že ho umístíme na izolaci, můžeme negativně ovlivnit, a tím i poškodit pacienta jako takového. Uvědomme si, že: „*Lásku, vlídnost a bratrský soucit potřebuje nemocný někdy více než všechny léky.*“ jak už jednou řekl Fjodor Michajlovič Dostojevskij, ruský spisovatel a filozof. Jako výstup z bakalářské práce je vytvořena mapa péče o pacienta s MRSA.

SEZNAM LITERATURY

- 1) BARRATT, Ruth; SHABAN, Ramon a MOYLE, Wendy. *Za bariérami: vnímání izolace zdroje u meticilin-rezistentního „Staphylococcus aureus“ (MRSA)*. Australian Journal of Advanced Nursing, The, sv. 28, č. 2, prosinec 2010 - únor 2011: 53-59. ISSN: 0813-0531.
- 2) BARRATT, Ruth; SHABAN, Ramon; MOYLE, Wendy. (2011). *Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice*. Christchurch, 2011. Contemporary nurse. 39. 180-93. 10.5172/conu.2011.180.
- 3) BEŇADIKOVÁ, Daniela. *Intenzivna ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s MRSA na JIS*. Zdravotníctví a medicína: Měsíčník pro odborníky ve zdravotnictví, farmacii a ošetrovatelství. Praha: Mladá fronta, 2017, (6/2017). ISSN: 2336 - 2987
- 4) BEŇADIKOVÁ, Daniela. *Nozokomiální nákazy jako determinant ošetrovatelské péče*. Zdravotníctví a medicína: Měsíčník pro odborníky ve zdravotnictví, farmacii a ošetrovatelství. Praha: Mladá fronta, 2014, (14/2014), s. 27 - 28. ISSN 2336-2987.
- 5) BENEŠ, Jiří. *Antibiotika: systematika, vlastnosti, použití*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 9788027106363.
- 6) BENEŠ, Jiří. *Infekční lékařství*. Praha: Galén, 2009. ISBN 9788072626441.
- 7) BERGEROVÁ, T., HEDLOVÁ, D., JINDRÁK, V., *Doporučený postup pro kontrolu výskytu kmenů Staphylococcus aureus rezistentních k oxacilinu (MRSA) a s jinou nebezpečnou antibiotickou rezistencí ve zdravotnických zařízeních ČSL JEP*. Doporučené postupy [online], 2005, [cit. 2019-10-10], s. 14. Dostupné z: http://www.cls.cz/dokumenty/dp_mrsa.doc
- 8) ČURDOVÁ, Kateřina a Lucie DOLEJŠÍ. *Infekce v ranách*. Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Mladá fronta, 2014, 24(2/2014), s. 46 - 47. ISSN 1210-0404.
- 9) DAVIES, Gill. *Kompletní historie medicíny*. Brno: CPress, 2013. ISBN 978-80-264-0099-8.
- 10) DOSTÁL, Václav. *Infektologie*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 8024607492.
- 11) Hartmann – RICO a.s., *Jak efektivně předcházet nemocničním infekcím*. Florence: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Ambit media, 2013, (9/2013), ISSN: 1801 - 464X
- 12) HEILMANN, Christa M. *Řeč těla: gesta, mimika, emoce*. Praha: Grada, 2013. Psychologie pro každého. ISBN 9788024743943.

- 13) HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- 14) HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 9788024734699.
- 15) HUŠKOVÁ, Pavla. *Meticilin - rezistentní Staphylococcus aureus - prevence a ošetrovatelská péče na jednotkách intenzivní péče*. Olomouc, 2016. Bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd.
- 16) JEDLIČKOVÁ, Anna. *Antimikrobiální terapie v každodenní praxi*. 3. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. Jessenius. ISBN 9788073452087.
- 17) JINDRÁK, Vlastimil, Dana HEDLOVÁ a Pavla URBÁŠKOVÁ. *Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici*. Praha: Mladá fronta, 2014. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2815-8.
- 18) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 9788024721712.
- 19) KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 9788024736006.
- 20) KOUTNÁ, Markéta, NÁJEMNÍKOVÁ, Lucie. *Specifika péče o pacienty s ischemickými defekty v dialyzačním programu a s nálezem MRSA*. Léčba ran: Odborný časopis určený pro lékaře, farmaceuty a nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Vzdělávání IN, 2015 (3/2015), ISSN: 2336 - 520X
- 21) KŘEPELOVÁ Lenka, *Ošetrovatelská péče ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu z pohledu pacienta*. České Budějovice, 2016. Bakalářská práce (Bc.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
- 22) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 9788024727134.
- 23) MAĎAR, Rastislav, Renata PODSTATOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada, 2006. ISBN 8024716739.
- 24) MELICHERČÍKOVÁ, Věra. *Sterilizace a dezinfekce*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 9788074921391.
- 25) MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1443-4.

- 26) ODLOŽILÍKOVÁ, Kristýna, WICHSOVÁ, Jana, HORÁČKOVÁ, Kateřina. *Bariérový režim u pacientů s multirezistentní infekcí*. Zdravotnictví a medicína: Měsíčník pro odborníky ve zdravotnictví, farmacii a ošetrovatelství. Praha: Mladá fronta, 2018, (4/2018), ISSN: 2336 - 2987
- 27) PODSTATOVÁ, Hana. *Základy epidemiologie a hygieny*. Praha: Galén, 2009. ISBN 9788072625970.
- 28) POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 9788070135242.
- 29) RICHTEROVÁ, Markéta. *Nozokomiální nákazy nejsou fenoménem 21. století*. Zdravotnictví a medicína: Měsíčník pro odborníky ve zdravotnictví, farmacii a ošetrovatelství. Praha: Mladá fronta, 2015, (10/2015), 22 - 23. ISSN 2336-2987.
- 30) SAIBERTOVÁ, Simona, Petra JUŘENÍKOVÁ, Libor SOBEK a Petr JAŠŠO. *Specifická bariérová péče a preventivní opatření u pacientů s infekčním onemocněním*. Brno: Centrum biostatistiky a analýz MU, 2017. 100 s. ISSN 1801-6103.
- 31) SCHINDLER, Jiří. *Mikrobiologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 9788024731704.
- 32) Schülke CZ s.r.o. *Postup na dekolonizaci těla pacienta při MRSA*. 2019
- 33) SKYMAN, E., SJÖSTRÖM, HT a HELLSTRÖM, L. *Zkušenosti pacientů s infikovaním MRSA v nemocnici a následným izolováním zdroje*. Gothenburg 2010. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 24: 101-107. DOI: 10,1111 / j.1471-6712.2009.00692.x
- 34) SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, 2012. ISBN 9788072628452.
- 35) ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024732237.
- 36) ŠKOCHOVÁ, Dagmar. *MRSA (bariérový ošetrovatelský režim)*. Florence: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Ambit media, 2013, (9/2013), ISSN: 1801 - 464X
- 37) ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. ISBN 9788072625994.
- 38) ŠRÁMOVÁ, Helena. *Nozokomiální nákazy*. 3. vyd. Praha: Maxdorf, 2013. Jessenius. ISBN 9788073452865.

- 39) ŠTVERÁKOVÁ, Martina. *Vliv ošetrovatelské péče na průběh hospitalizace klienta s diagnózou MRSA*. České Budějovice, 2007. Bakalářská práce (Bc.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
- 40) TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 9788027100644.
- 41) VESELÝ, Dan. *Infekce MRSA - přístup k pacientům v domácí i nemocniční péči*. Zdravotnictví a medicína: Měsíčník pro odborníky ve zdravotnictví, farmacii a ošetrovatelství. Praha: Mladá fronta, 2015, (5/2015), 35 - 36. ISSN 2336-2987.
- 42) VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 10. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 9788073452629.
- 43) VOTAVA, Miroslav. *Lékařská mikrobiologie - vyšetřovací metody*. Brno: Neptun, 2010. ISBN 9788086850048.
- 44) Vyhláška č. 93/2016 Sb.: *Vyhláška o katalogu odpadů*. Zákony pro lidi [online]. 2016, 31. 3. 2016 [cit. 2019-11-22]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-93>
- 45) VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 9788024734200.
- 46) ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024740621.
- 47) ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. aktualiz. a dop. vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 9788027101559.
- 48) Zákon č. 185/2001 Sb.: *Zákon o odpadech a o změně některých dalších zákonů*. Zákony pro lidi [online]. 14. 6. 2001 [cit. 2019-11-22]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-185>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Vzor Informovaného souhlasu pacient
- Příloha B – Vzor Žádosti o výzkumné šetření v nemocnicích (mimo FN Plzeň)
- Příloha C – Vzor žádosti o výzkumné šetření FN Plzeň
- Příloha D – Postup mytí a dezinfekce rukou
- Příloha E – 5 situací kdy dezinfikovat ruce
- Příloha F – Postup dekolonizace u pacienta s MRSA
- Příloha G – Maslowova pyramida potřeb
- Příloha H – Mapa ošetrovatelské péče

PŘÍLOHY

Příloha A – Vzor Informovaného souhlasu pacient

INFORMOVANÝ SOUHLAS

MANAGEMENT OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S MRSA

STUDENT

Jméno:

Katedra:

Fakulta:

E-mail:

Telefon:.....

VEDOUCÍ BP:

Jméno:

Katedra:

Fakulta:

E-mail:

CÍL STUDIE

Cílem studie je určit specifika ošetrovatelské péče o pacienta v izolačním režimu.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletní studii vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:..... Datum:

Podpis studenta:..... Datum:

Zdroj: vlastní

Příloha B – Vzor Žádosti o výzkumné šetření v nemocnicích (mimo FN Plzeň)

**Žádost o poskytování informací v souvislosti
s vypracováním bakalářské práce**

Zdravotnické zařízení:

.....

Žadatel:

Jméno a příjmení:

Bydliště:

Kontakt:

Studijní obor, ročník:

Škola:

Název bakalářské práce: Management ošetrovatelské péče o pacienta s MRSA

Vedoucí práce:, email, telefon

Vážená paní,

já, výše zmíněná studentka, Vás žádám o provedení šetření k mé bakalářské práci na téma Management ošetrovatelské péče o pacienta s MRSA ve vašem zdravotnickém zařízení v období od do Jednalo by se rozhovory s pacienty s MRSA, kteří jsou na izolaci. V rámci praktické části BP se budu zajímat o pocity pacienta na izolaci.

Za kladné vyřízení mé žádosti předem děkuji.

.....

V Plzni

Zdroj: vlastní

Příloha C – Vzor žádosti o výzkumné šetření FN Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S VYPRACOVÁNÍM BAKALÁŘSKÉ

– FN PLZEŇ

(určeno pro nelékařské zdravotnické pracovníky)

Jméno a příjmení studentky/a:

Úplný název vysoké / vyšší odborné školy:

Fakulta / katedra:

Studijní obor / ročník:

Název bakalářské práce:

Vedoucí práce – jméno, příjmení, ak. titul, pracoviště:

Kontakt na vedoucího práce (e-mail, telefon):

***Nejsem v pracovním poměru.**

Cíl mé bakalářské práce – popsat stručně:

Termín přípravy ve FN Plzeň pro empirickou část práce / období odborné praxe na zdravotnickém oddělení / klinice FN Plzeň:

Kontaktní pracoviště FN Plzeň pro empirickou část (uvedení konkrétního ZOK FN Plzeň, na kterém chci sbírat informace k mé práci):

Metoda empirické části práce

**Vyberte jednu nebo více variant – dle zaměření vaší práce: např. budu psát kazuistiku a současně dávat dotazník všeobecným sestřám, vyberu si tedy z nabídky č. 1 a 2 a zřetelně označím*

***1. Pomocí rozhovoru - zaslat v příloze konkrétní obsah**

Pro rozhovor oslovím:

***Pacienty**

Plánovaný počet respondentů z FN Plzeň?

v rámci přípravy podkladů pro vypracování mé bakalářské práce.

***Poznámka:** Student může žádat o poskytnutí informací ve výše uvedeném případě jen tehdy, podílí li se na ošetřování / vyšetřování pacientů v rámci své odborné praxe ve FN Plzeň.*

- Informace mě bude poskytovat **oprávněný zdravotnický pracovník FN Plzeň, kterým je:** (doplňte jméno, příjmení, titul, pracovní pozici)

- Kontaktní telefon, e-mail a pracoviště oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň:

***Poznámka:** Pracoviště oprávněného zdravotnického pracovníka se musí shodovat s místem výkonu odborné praxe studenta.*

Žádost podává student (*jméno, příjmení, telefon, e-mail*):

.....,,

V Plzni dne:

Zdroj: FN Plzeň (https://www.fnplzen.cz/informace_pro_studenty)

Příloha D – Postup mytí a dezinfekce rukou



Zdroj: Státní zdravotní ústav

(http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/edice/Nove/Jak_si_spravne_myt_ruce.pdf)



1

Dlaň o dlaň - ruce udržet vlhké po dobu působení



2

Pravou dlaň o levý hřbet ruky a levou dlaň o pravý hřbet ruky



3

Dlaň o dlaň křížově nastříkat k prstům



4

vnější strana prstů o protilehlou dlaň zkříženými prsty



5

Kruhovými roztíráním pravým palcem k uzavřené levé dlani a obráceně



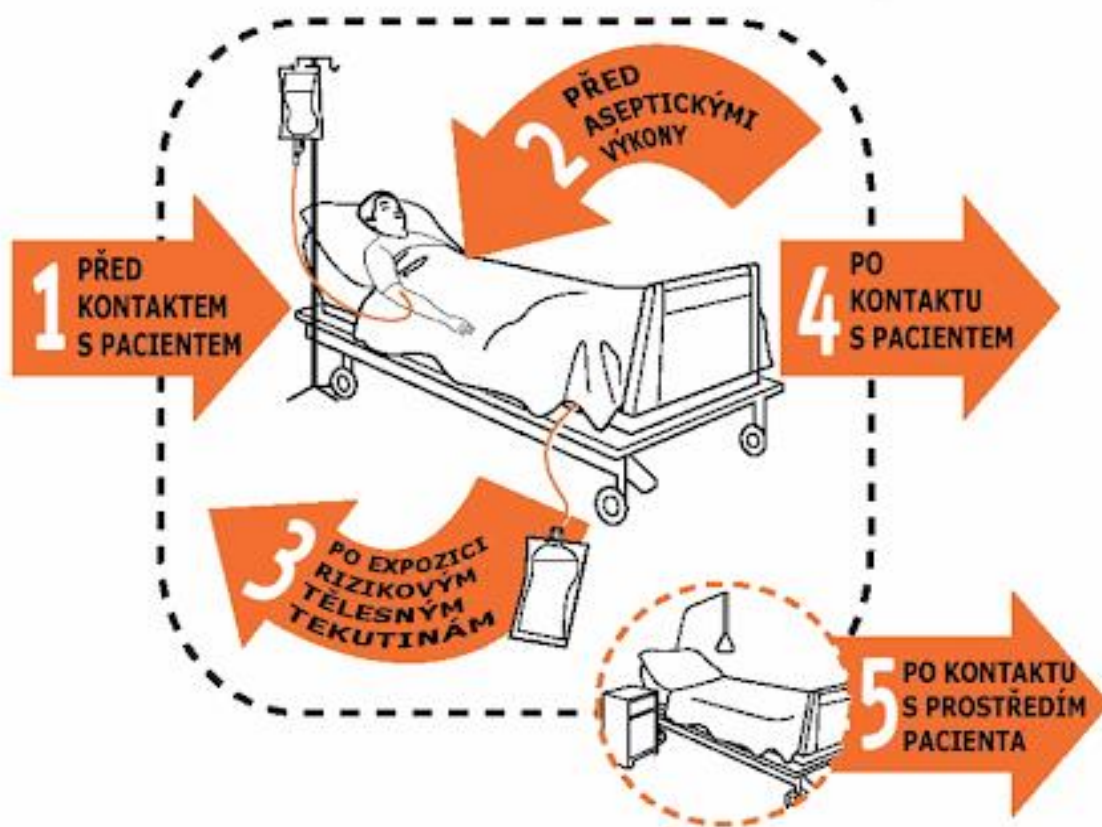
6

Kruhovým roztíráním k uzavřeným konečkům prstů u obou dlani

Zdroj: Dentimedshop.cz

(<https://www.dentimedshop.cz/cs/hygienicka-dezinfekce-rukou.html>)

5 základních situací pro HYGIENU RUKOU



**HYGIENA RUKOU - nákladově nejefektivnější opatření
v prevenci nemocničních infekcí**

Zpracováno podle materiálů WHO - www.who.int

Zdroj: Hygienická stanice hlavního města Prahy

(http://www.hygpaha.cz/Admin/_upload/files/1/SZU-osvetove%20materialy-spravne%20techniky-hygiena%20rukou/%C3%9AVN-situace-zdravotnici-hygiena%20rukou.png)

Příloha F – Postup dekolonizace u pacienta s MRSA

1. Preparation



Kans permitted

Kans not permitted

Hygienic hand disinfection

Outside the patient's room: put on protective clothing

Mask, examination gloves, theatre cap

Prepare the necessary utensils

Dilute the ready-to-use solution

2. Standard procedure



Soak washcloths only once. Never soak a used wash cloth

Use a separate washcloth for hair, face and each arm

Also for breast, abdomen, back, each leg, genitals

Washcloths should be thrown away after use

Treated skin areas should be kept moistened for at least one minute before drying



3. Washing steps



Prontosiderm® Gargle for at least 1 min.

Wash hair with Prontosiderm® Solution or foam and allow 3-5 min. to take effect

Wash off with preheated water

Dry hair

Soak application swab in Prontosiderm® Solution and clean nostrils

Apply Prontosiderm® Gel to nostrils

Clean ears with an application swab wetted in Prontosiderm® Solution (not saturated)

Wash face

Dry face after solution has been left 1-2 min. to take effect

Wash same from fingers to shoulders

Wash upper body downwards

Thoroughly clean umbilicus

Wash from top of the neck downwards

Wash from toes to hip

Wash genital area

If required skin can be moisturised (i.e. Tissa-linex®)

Apply care in the same way as washing

Dress patient

4. Final steps



Change bed linen, if necessary disinfect mattress

Disinfect washbasin and bowls

Disposal of waste

Double-bagging of clinical waste and laundry

Change gloves

Perform hygienic hand disinfection

Remove protective clothing

Perform again hygienic hand disinfection

Outside the patient room: documentation

Zdroj: Mgr. Zdeněk Fikr

(<https://docplayer.cz/104803241-Mgr-zdenek-fikr-dekolonizace-pacientu-s-mrsa.html>)

Příloha G – Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Wikipedie

(https://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Maslowova_pyramida_pot%C5%99eb_-_%C4%8Dernob%C3%ADle.jpg)

Příloha H – Mapa ošetrovatelské péče

MAPA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S MRSA

Zahájení izolace	Během hospitalizace	Propuštění
<ul style="list-style-type: none">• Seznam P s řádem a režimem oddělení• Odeber anamnézu• Zpracuj ošetrovatelský plán pro konkrétního P• Asistuj lékaři při vyšetření• Vytvoř izolační pokoj a označ ho• Připrav dostatek pomůcek na izolaci• Zajisti možnost dekontaminace předmětů přímo na izolaci• Připrav dostatek OOPP a dezinfekce před izolací• Vysvětli P nutnost izolace• Zodpověz P všechny jeho dotazy• Edukuj P o režimu na izolaci• Pomoz P s ubytováním na izolaci• Vysvětli P používání signalizace a manipulace s lůžkem• Označ dokumentaci nápisem MRSA• Nahlas izolaci do kuchyně (jednorázové nádoby)• Zajisti informovanost o vzniku izolace všech pracovníků	<ul style="list-style-type: none">• V případě překladu nebo vyšetření informuj oddělení o MRSA pozitivitě• Zajisti edukaci rodiny v režimových opatřeních na izolaci• Vysvětli P zásady hygienické péče, dekolonizace• Edukuj P o dalším postupu léčby v rámci kompetencí• Reedukuj P o nutnosti izolace• Odpověz na všechny P dotazy• Zajímej se o psychický stav P• Zajímej se o potřeby P• Zajisti P dostatek aktivity během dne• Zajisti RHB• Plň ordinace lékaře• Prováděj kontrolní stěry• Doprovázej P na vyšetření a zajisti jeho přípravu, včetně zajištění OOPP• Dodržuj doporučené postupy pro izolační režim• Pečuj o pomůcky na izolaci a doplňuj je• Zajisti dostatečný úklid na izolačním pokoji• Plánuj si návštěvu izolace na konec programu• Před propuštěním zkontroluj, jestli jsou poslední 3 stěry negativní	<ul style="list-style-type: none">• Zajisti edukaci P v domácím prostředí• Zajisti P dopravu domů• Odhlas P ze stavu i ze stravování• Ukonči ošetrovatelskou dokumentaci• Proveď stěry z bezprostředního okolí P• Zajisti dezinfekci pomůcek• Zajisti dezinfekci lůžka, nočního stolku a skříní• Zajisti důkladný úklid pokoje, včetně germicidního záření• Pokoj nech uzavřený do doby, než přijdou negativní výsledky stěrů z pokoje

Zdroj: vlastní