Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Úloha sestry v péči o pacienta s mononukleózou

Vypracoval: Soňa Lažanská
Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2014

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2014 ……..

Soňa Lažanská

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Aleně Machové za její trpělivost, odborné vedení a cenné rady při vypracování mé bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat českobudějovické nemocnici za umožnění výzkumu a za ochotu zdravotníků a pacientů při rozhovorech.

Abstrakt

Úloha sestry v péči o pacienta s mononukleózou

Teoretická východiska

Infekční mononukleóza je v České republice poměrně rozšířené virové infekční onemocnění. Na vzniku infekce se v 80 % podílí virus Epstein-Barrové, vzácněji může být infekční mononukleóza vyvolána cytomegalovirem. Infekci způsobenou virem EB prodělá během života prakticky každý jedinec, ale u většiny proběhne inaparentně. Za zdroj nákazy můžeme považovat buď nemocného jedince, anebo jedince, který je zdráv, ale současně je nosičem viru. Infekční mononukleózou se nejčastěji nakazí děti a mladiství, u starších lidí dochází k nákaze zcela ojediněle. Začátek onemocnění může být náhlý nebo pozvolný s prodromy, jako jsou bolesti hlavy, bolesti v krku, nevolnost, únava a pocení. Infekční mononukleóza je často zaměňována s jinými chorobami, jako je například angína či chřipka s těžším průběhem, a to zejména kvůli příznakům, které onemocnění doprovázejí. Mezi typické příznaky řadíme horečku, lymfadenopatii a hepatosplenomegalii. Toto onemocnění může způsobit řadu nepříjemných komplikací - zejména se jedná o hematologické, neurologické, kardio-pulmonální a autoimunitní komplikace. V péči o klienta hraje podstatnou roli sestra. Je velice důležité, aby měla o této nemoci dostatek vědomostí a znala správný postup všech výkonů, se kterými při diagnostice a léčbě infekční mononukleózy přijde do styku. Zejména se jedná o odběry biologického materiálu a podávání léků - per os nebo intravenózní. Sestra by také měla být seznámena s technikou aplikace Priessnitzova obkladu. Pokud se jedná o nesoběstačného klienta, pak sestra zodpovídá za klientovu hygienu. Důležitou úlohu má sestra v edukaci klienta, podává mu informace o dietních opatřeních. Sestra musí dbát na to, aby klient dodržoval předepsanou dietu a tělesný klid. Vše se odvíjí od klientova aktuálního zdravotního stavu. Klient by se po dobu rekonvalescence měl vyvarovat i psychické zátěže. Je nutné zmínit, že ne všechny formy infekční mononukleózy vyžadují hospitalizaci.

Cíle práce

Cílem práce bylo zjistit, jakou úlohu mají sestry v péči o pacienta s infekční mononukleózou, a zároveň zmapovat, jak jsou pacienti po prodělaném onemocnění spokojeni s ošetřovatelskou péčí a s edukací. Z toho důvodu byly zvoleny tyto výzkumné otázky: Jakou úlohu hraje sestra v péči o pacienta s mononukleózou? Jak jsou spokojeni pacienti s ošetřovatelskou péčí po prodělané mononukleóze? Jak jsou pacienti spokojeni s edukací o dodržování dietního režimu po prodělaném onemocnění?

Použité metody

K zjištění potřebných informací byl zvolen kvalitativní výzkum. Informace byly získány pomocí hloubkového rozhovoru se sestrami pracujícími na infekčním oddělení českobudějovické nemocnice a s klienty po prodělané infekční mononukleóze. Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon a posléze doslovně přepsány. Přepsané rozhovory byly podrobeny detailní analýze otevřeným kódováním pomocí metody papír a tužka.

Výsledky

Na základě analýzy rozhovorů se sestrami bylo vytvořeno šest kategorií: Informovanost sester o onemocnění infekční mononukleóza, Ošetřovatelská péče u klienta s infekční mononukleózou, Režimová opatření, Informace o dietním opatření, Doporučení po prodělané infekční mononukleóze a Edukace klienta s infekční mononukleózou. Po podrobné analýze rozhovorů s klienty vzniklo pět kategorií: Doporučená léčba, Ošetřovatelská péče, Doporučená opatření, Postupy při sdělování informací a Zdroje informací klientů. K jednotlivým kategoriím jsou přiřazeny podkategorie, ve kterých jsou zakódována klíčová data.

Závěr

Z výzkumu vyplynulo, že dotazované sestry mají všeobecné znalosti o onemocnění infekční mononukleóza. Dokázaly onemocnění definovat, popsat ošetřovatelskou péči potřebnou u tohoto onemocnění a vylíčit, jaká doporučení klientům poskytují. Zároveň

měly sestry možnost vyjádřit svůj postoj k edukaci, kterou - jak samy uvádějí - aktivně využívají. Dále je z výzkumu zřejmé, že většina dotazovaných klientů je spokojena s poskytovanou ošetřovatelskou péčí i s informacemi, které jim sestry během hospitalizace předávaly, a jsou ochotni se poskytnutými radami řídit.

Vzhledem k tomu, že není vytvořeno mnoho edukačních materiálů týkajících se této problematiky, navrhuji vytvořit leták, který by potřebné informace shrnoval.

Klíčová slova: sestra, klient, infekce, dieta, fyzická zátěž

Abstract

The Role of a Nurse in Care of a Patient with Mononucleosis

Theoretical background

Infectious mononucleosis belongs to relatively widespread viral infectious diseases in the Czech Republic. Epstein-Baar virus (EBV) participates in occurrence of the infection by 80 %, infectious mononucleosis may more rarely be caused by cytomegalovirus. Each individual factually suffers from infection caused by EBV during his/her life, however its course is unapparent in most cases. An affected individual or an individual not affected, who is a virus carrier may be considered the source of the infection. Infectious mononucleosis usually affects children and teenagers, in older individuals the infection is quite rare. The disease might start rapidly or gradually with prodromes like headache, sore throat, nausea, fatigue and perspiration. Infectious mononucleosis is often confused with other diseases like e.g. tonsillitis, or more serious progress of flue, particularly for the symptoms accompanying the disease. Fever, lymphadenopathy and hepatosplenomegaly are the most frequent symptoms. The disease may also cause numerous unpleasant complications, particularly hematologic, neurologic, cardio-pulmonary and autoimmunity complications. A nurse plays a very substantial role in client care. It is very important for a nurse to have sufficient knowledge and to know the right procedure of all interventions he/she meets within diagnostics and treatment of infectious mononucleosis. These are particularly biological material collection, per os administration or intravenous administration of medicines. A nurse should also be familiar with the Priessnitz compress application technique. In non-self-sufficient clients a nurse is also responsible for client's hygiene. A nurse has an important role in client education providing information on dietetic measures. A nurse has to lead a client to adherence to the prescribed diet and body calm. Everything depends on client's current condition. A client should also avoid mental strain during convalescence. We should note that not all forms of infectious mononucleosis require hospitalization.

The aim of the thesis

The aim of the thesis was to find out the role of nurses in the care of patients with infectious mononucleosis and also to find how satisfied patients with the nursing care and education are after going through mononucleosis. This was why the following research questions were chosen: What is the role of a nurse in care of a patient with mononucleosis? How satisfied are patients with the nursing care after going through mononucleosis? How satisfied are patients with education in diet regime adherence after going through mononucleosis?

Applied Methods

Qualitative research was chosen for finding out the required information. The information was gained by means of deep interviews with nurses working at the infectious department of České Budějovice Hospital and with clients after going through infectious mononucleosis. All the interviews were recorded on a voice recorder and then transcribed. The transcribed interviews were subject to detailed analysis by the paper and pencil method with open coding.

Results

Six categories were set upon analysis of the interviews with nurses: Awareness of the infectious mononucleosis disease among nurses, Nursing care of a client with infectious mononucleosis, Regime measures, Information on dietetic measures, Recommendations after infectious mononucleosis and Education of a client with infectious mononucleosis. Five categories were set upon detailed analysis of the interviews with the clients: Recommended treatment, Nursing care, Recommended measures, Methods of information communication and Information sources for clients. Subcategories, in which the key data are coded, are assigned to the individual categories.

Conclusion

The research has shown that the interviewed nurses have general knowledge of the infectious mononucleosis disease. They managed to define the disease, to describe the nursing care in this disease and to say what recommendations they give to clients. The nurses also had the opportunity to express their attitude to education, which they, as they say, actively apply. The research has also shown that most of the interviewed clients are satisfied with the nursing care provided to them and with the information obtained from the nurses during their hospitalization, and are willing to follow the advice provided to them.

With regard to the fact that not enough educational materials dealing with this issue are available I propose preparation of a leaflet summarizing the necessary information.

Key words: nurse, client, infection, diet, physical load

Obsah

Úvod ... 12
1 Současný stav ... 13
1.1 Historie výskytu onemocnění infekční mononukleózy ... 13
1.2 Charakteristika onemocnění ... 14
1.2.1 Příčiny onemocnění ... 14
1.2.1.1 Virus Epsteina a Barrové ... 15
1.2.1.2 Cytomegalovirus ... 16
1.2.2 Příznaky infekční mononukleózy ... 17
1.3 Komplikace infekční mononukleózy ... 19
1.4 Diagnostika ... 20
1.4.1 Diferenciální diagnostika ... 22
1.4.2 Úloha sestry při diagnostice infekční mononukleózy ... 23
1.5 Léčba infekční mononukleózy ... 27
1.5.1 Úloha sestry v léčbě infekční mononukleózy ... 28
1.5.2 Dietní opatření ... 32
1.6 Edukace klienta s infekční mononukleózou ... 34
1.6.1 Náplň edukace klienta s infekční mononukleózou ... 36
2 Cíl práce, výzkumné otázky ... 38
2.1 Cíl práce ... 38
2.2 Výzkumné otázky ... 38
3 Metodika ... 39
3.1 Použitá metoda ... 39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru ... 40
4 Výsledky ... 42
4.1 Kategorizace výsledků získaných z rozhovorů se sestrami ... 42
4.2 Kategorizace výsledků získaných z rozhovorů s klienty ... 47
5 Diskuze ... 54
6 Závěr ... 61
7 Seznam použité literatury ... 63
8 Seznam příloh ... 68

Seznam použitých zkratek

ALT = alaninaminotransferáza

ALP = alkalická fosfatáza

AST = aspartátaminotransferáza

BOZP = bezpečnost a ochrana zdraví při práci

CMV = Cytomegalovirus

CRP = C-reaktivní protein

DNA = deoxyribonukleová kyselina

EBNA = jaderný antigen EBV (EB-Nuclear-Antigen)

EBV = Epstein-Barrové virus

ELISA = imunologická metoda detekce protilátek (Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay)

GMT = gama- glutamyltransferáza

HHV4 = lidský herpesvirus 4

KHS = krajská hygienická stanice

LD = laktátdehydrogenáza

LMP = membránový antigen

LYDMA = v lymfocytech detekovatelný membránový antigen

PCR = polymerázová řetězová reakce

PVC = polyvinylchlorid

RNA = ribonukleová kyselina

UZ = ultrazvuk

VCA = virový kapsidový antigen (Virus-Capsid Antigen)

Úvod

V České republice je infekční mononukleóza poměrně rozšířeným virovým infekčním onemocněním. Ročně je diagnostikováno přibližně 3 000 případů. Ke vzniku onemocnění může přispět řada rizikových faktorů, jako je například nadměrná fyzická zátěž, nesprávná životospráva, nadměrná konzumace alkoholu, kouření, ale i psychická zátěž. Vzhledem k tomu, že v posledních letech došlo ke zlepšení diagnostických metod, je snazší toto onemocnění včas odhalit. Současně došlo i ke zkvalitnění léčby. Po proběhlé infekční mononukleóze je nutné dodržovat všechna opatření, aby se doba rekonvalescence minimalizovala.

Významnou roli v edukaci hraje sestra, která má za úkol poskytnout klientovi všechny potřebné informace. Sestra je schopná vhodným způsobem poskytnout klientovi informace o dodržování vhodné životosprávy, o žádané míře fyzické zátěže a dalších opatřeních, která je nutno dodržovat. Je velice důležité, aby sestra měla dostatek materiálů a poznatků vztahujících se k dané problematice.

Bakalářská práce je zaměřena na to, jakou úlohu má sestra v péči o klienta s diagnostikovanou infekční mononukleózou. Výzkumná část bude zaměřena na to, zda sestry využívají obecné zásady edukace, a na to, jaké informace o onemocnění klientům předávají. Dále bude potřebné zmapovat úroveň informací klientů o infekční mononukleóze a zjistit, zda jsou klienti spokojeni s poskytovanou ošetřovatelskou péčí a se způsobem edukace.

Toto téma bakalářské práce jsem si zvolila zejména proto, že ve své odborné praxi vykonávané během studia jsem se s tímto onemocněním nesetkala a myslím, že bude velice zajímavé získat o něm nové poznatky a zjistit, jaké zkušenosti má s touto problematikou vyškolený personál a široká veřejnost.

1 Současný stav

1.1 Historie výskytu onemocnění infekční mononukleózy

Infekční mononukleóza je akutní infekční onemocnění způsobené virem Epsteina a Barrové. Tento virus byl poprvé objeven roku 1964. Prokázán byl na bioptickém vzorku z Burkitova lymfomu Epsteinem. V roce 1968 byla prokázána souvislost tohoto viru s infekční mononukleózou. Symptomy infekční mononukleózy poprvé popsali dva lékaři, a to nezávisle na sobě. Těmi lékaři byli: Niel F. Filatov, ruský pediatr, a německý internista Emile Pfeiffer. Teprve až roku 1920 byla nemoc pojmenována infekční mononukleóza, a to z důvodu velké přítomnosti mononukleárních buněk v periferní krvi. V roce 1932 Paul a Bunnel zjistili, že sérum obsahuje heterofilní protilátky (Smíšková, 2012).

Průkaz těchto protilátek se v diagnostice infekční mononukleózy využívá do současnosti. „Jedná se o aglutininy zvířecích erytrocytů, titr 1 : 40 a vyšší je průkazem infekční mononukleózy. Mohou být pozitivní od začátku nebo až v průběhu onemocnění. Nelze je však využít pro diagnostiku u malých dětí, děti do 5 let je tvoří nespolehlivě, mladší dvou let prakticky vůbec“ (Smíšková, 2012, str. 263).

V minulosti byla infekční mononukleóza nazývaná jako žlázová horečka, monocytární angína nebo benigní leukémie (Holečková, 2006).

V roce 1964 Epstein se svou laborantkou Barrovou popsal první lidský nádorový virus. Ten nalezli u klientů trpících Burkittovým lymfomem manželé Henleovi v roce 1968 a prokázali souvislost mezi virem Epstein-Barrové a infekční mononukleózou (Kleinerová, 2008).

I u nás se lékaři zajímali o infekční mononukleózu. Touto problematikou se již v roce 1937 zabývali lékaři Váradi a Němeček. Ti se touto nemocí zabývali na stránkách tehdejšího odborného časopisu, který vycházel pod názvem Časopis lékařů českých. K tehdejším informacím přispěl i lékař Teyschl. Ten se infekční mononukleózou zabýval v Učebnici dětského lékařství (Kouba a kol., 1988).

1.2 Charakteristika onemocnění

Infekční mononukleóza (mononucleosis infectiosa) je akutní infekční onemocnění, které nejčastěji postihuje mladistvé (Kleinerová, 2008). Lobovská (2001, str.186) ve své knize charakterizuje infekční mononukleózu takto: „Infekční mononukleóza je neustupující povlaková angína s výraznou krční lymfadenitidou, splenomegalií, někdy hepatomegalií.“ Toto onemocnění se také v laické veřejnosti nazývá jako nemoc líbání. Infekční mononukleóza je velmi vzácná u dětí mladších tří let a u lidí starších 40 let (Ambrožová, 2009). Jedná se o nemoc s celosvětovým výskytem. Například ve Spojených státech amerických je udávaná incidence 45 případů na 100 000 obyvatel za jeden kalendářní rok, kdy většina nemocných je ve věku 15 – 20 let (Haber, 2012).

Nahlášený počet případů infekční mononukleózy se v České republice pohybuje kolem 3 000 případů. Výskyt této choroby je ve většině případů ojedinělý, ale může se stát, že vznikne malá epidemie. Malé epidemie mohou vzniknout z důvodu přenosu nemocí na místech, kde se vyskytuje více lidí ve skupině. Takovýmto případem může být vznik malé epidemie v rodině nebo na vysokoškolských kolejích. V zemích, kde je nízká úroveň socioekonomiky a hygieny, je morbidita značně vyšší u dětí v útlém věku, než ve vyspělých státech. V dospělém věku má 90 – 95 % veškeré populace vytvořené protilátky proti viru způsobujícímu infekční mononukleózu (Haber, 2012). Inkubační doba infekční mononukleózy je měsíc, ale může být i delší (Lobovská, 2001).

1.2.1 Příčiny onemocnění

Hlavní příčinou vzniku onemocnění je DNA virus, virus Epsteina a Barrové. Tento virus patří do skupiny herpetických virů. Staňková a kol. (2000, str. 131) uvádí, že: „Původcem je ve více než 80 % virus Epstein-Barrové a asi v 10 % cytomegalovirus. U zbývajících nemocných je onemocnění vyvoláno adenovirem, virem zarděnek, šestým lidským herpetickým virem nebo toxoplasmózou.“

Za zdroj infekce považujeme člověka, který prodělává akutní EBV infekci (Smíšková, 2012). Za bránu vstupu je považován nosohltan. Virus v organismu přetrvává v latentním stavu a později dojde k reaktivaci infekce. Přenos onemocnění

může být zprostředkován přímým i nepřímým kontaktem (Kleinerová, 2008).

Přímý kontakt je zprostředkován stykem zdravé osoby s nakaženou při přímém intimním kontaktu, při líbání. Během líbání dojde k infikaci zdravého jedince pomocí slin. Tento přenos je nejčastější (Kleinerová, 2008).

Méně častý je přenos nepřímým kontaktem. Nepřímý kontakt může být zprostředkován pomocí krevní transfúze. Přenos krevní transfúzí je však velmi vzácný (Kleinerová, 2008). Dalším způsobem nepřímého přenosu je pomocí rukou nebo předmětů. Mezi předměty, které mohou působit jako zdroj infekce, patří sklenice, hrnky, příbory, ručníky, utěrky, společná konzumace jídla a pití z jedné láhve a jiné.

Tyto předměty však musí být čerstvě potřísněny slinami nakažené osoby nebo přenašeče onemocnění (Roháčová, 2005).

Dalším možným způsobem přenosu je možnost transplacentární, a to z matky na dítě. Tento přenos je však velmi vzácný a není nebezpečný. Virus Epsteina a Barrové neřadíme mezi patogeny, které způsobují postižení plodu (Roháčová, 2005).

1.2.1.1 Virus Epsteina a Barrové

Virus Epsteina a Barrové (EBV) patří do skupiny lidských herpetických virů. Tento virus, který je původcem infekční mononukleózy také způsobuje vznik některých nádorů (Burkittův lymfom, nazofaryngeální karcinom,...) (Lobovská, 2001). EBV je obalený DNA virus, který je velmi málo odolný k zevním vlivům. Tomuto viru je přirozeným hostitelem člověk (Smíšková, 2012). Tento virus, označovaný HHV4, byl objeven v roce 1964. Jedná se o virus, který je v těle člověka nejčastěji přítomen. Schindler (2010, str. 134) ve své publikaci virus Epsteina a Barrové charakterizuje takto: „Virus je lymfotropní, po infekci B-lymfocytů se lineární genom stočí v uzavřenou strukturu a přetrvává v cytoplazmě jako epizom, to je podobně jako plazmid bakterií. Podle exprese genů nastoupí do latentního nebo lytického cyklu. V latentním cyklu se produkuje jen několik bílkovinných antigenů nukleárních (EBNA) a membránových (LMP) a mikromolekul RNA. V latentním produktivním cyklu se syntetizuje celé spektrum bílkovin a kompletizují se viriony. Replikace viru EBV, patogeneze onemocnění a rozvoj protilátek jsou značně složité.“

Dnes rozeznáváme dva druhy viru Epstein-Barrové, a to typ A a B. Tyto dva typy mají různé biologické povahy. Typ B má větší prevalenci v Africe v úrovni rovníku a u osob s poruchou imunity (zejména trpících AIDS). Oba uvedené typy viru mohou působit onkogenně. Doposud není prokázáno, že by jeden z nich byl více onkogenní, než ten druhý (Lobovská, 2001). EBV se nejčastěji vyskytuje v dětském věku a také u mladistvých (Ehrmann, Hůlek a kol., 2010).

EBV vyvolává v B-lymfocytech specifické protilátky (antigeny) a za pomoci imunofluorescence je možno tyto specifické protilátky prokázat. Jako první se objeví EB virový nukleární antigen (EBNA), dále následuje LYDMA (lymphocyte detected membrane antigen). LYDMA je antigen, který je zjišťován pomocí cytotoxických lymfocytů na membráně buňky. Protilátky na tento antigen se v České republice při diagnostice nezjišťují, a to na rozdíl od jiných antigenů (Lobovská, 2001). Jak uvádí Lobovská (2001, str. 186): „Časný antigen (early antigen - EA) i membránový antigen (MA) jsou laboratorně prokazovány pomocí IgM a IgG protilátek. Virový kapsidový antigen (VCA) i pozdní membránový antigen (pozdní MA) jsou produkovány virem EBV a vedou k rozpadu buňky. U těchto antigenů jsou také např. Testem ELISA rozlišitelné IgM a IgG protilátky.“

1.2.1.2 Cytomegalovirus

Cytomegalovirus představuje samostatný genus z čeledi herpetických virů. Cytomegalovirus vyvolává infekční mononukleózu v 10 % případů (Staňková, Marešová a Vaništa, 2000).

Jeho živočišným hostitelem je taktéž člověk. In vivo se cytomegalovirus replikuje v řadě epitelárních buněk, in vitro je replikován buňkami fibroblastového charakteru. Mononukleózu vyvolanou cytomegalovirem nelze rozeznat od mononukleózy vyvolané virem Epstein-Barrové. Mononukleóza způsobená cytomegalovirem má delší a pozvolnější průběh. Nenajdeme zde těžké povlakové anginózní formy s velkou krční lymfadenopatií, ta je typická pro EBV (Lobovská, 2001). Infekce vyvolané cytomegalovirem častěji postihují dospělé osoby (Ambrožová a kol., 2012).

Cytomegalovirus je přítomen v lidském těle u nakaženého člověka nebo přenašeče

ve slinách, spermatu, poševním sekretu. Tento virus se přenáší pohlavním stykem, slinami, podáním krevní transfúze, transplantací - zejména srdce, ledvin, jater (Schindler, 2010).

Virus se do lidského těla dostává orální cestou nebo pohlavním stykem. V případě orálního vstupu infekce je prvotně zasažen respirační trakt jedince. Na vstupních respiračních cestách se pomnoží a putuje na lymfatický systém, díky kterému je virus zanesen do sleziny, epitelových buněk slinných žláz, ledvin, varlat a děložního čípku (Schindler, 2010).

Nakažení cytomegalovirem v těhotenství je velmi nebezpečné. Onemocnění tímto virem v těhotenství vede ke vzniku vrozených vad. Cytomegalovirus se k plodu dostává přes placentu. Kongenitální onemocnění způsobí velmi závažná postižení plodu, jakými jsou mikrocefalie, kalcifikace v mozku či hepatosplenomegalie. Ta má za následek vznik mentální retardace dítěte a ztrátu sluchu. Pokud matka jednou toto onemocnění prodělala, tak při opakovaném styku s tímto virem se aktivují protilátky a postižení dítěte je vzácné. Dítě však může být nakaženo cytomegalovirem během porodu (z kontaktu s nakaženým cervixem), anebo po porodu mateřským mlékem (Schindler, 2010).

Lobovská (2001, str. 185) uvádí, že: „Reaktivace infekce mají nejdůležitější patologický význam. Reinfekce jinými kmeny CMV jsou možné. Primoinfekce je prokázána specifickými IgM, reaktivace je neindukuje. IgG přežívá celoročně.“ Dále pak uvádí, že: „Imunofluorescence s monoklonálními protilátkami se nejčastěji používá při vyšetřování bronchoalveolární laváže.“ Cytomegalovirus je nejlépe zjistitelný ze slin, moči a heparizované krve (Lobovská, 2001).

1.2.2 Příznaky infekční mononukleózy

Infekční mononukleóza je onemocnění především lidí mladšího věku (15-25 let). Příznaky tohoto onemocnění začínají pozvolna. Po uběhnutí inkubační doby, která je od 4 dnů až po 7 týdnů, nastupují takzvané prodromy. Prodromy jsou nespecifické příznaky, které se objevují u téměř všech onemocnění stejně (Roháčová, 2005). Mezi nespecifické příznaky můžeme zařadit zvýšenou únavnost, subfebrilii, myalgii (bolest

svalů), lymfadenopatii (zvětšení lymfatických uzlin) zejména na krku, nosový přízvuk a nemocný začne huhňat. Dále sem můžeme zařadit zvýšené pocení, nauzeu, nechutenství, třesavku a kašel. V této fázi se nemoc projevuje jako typické onemocnění chřipkovitého typu nebo jako angína. Někdy se může projevovat jako uzlinová forma a ve velmi málo případech jako žloutenkové (ikterické) jaterní postižení. Toto prodromální období se u nemoci nemusí vůbec projevit a nemoc může vzplanout náhle a projevit se až jako akutní fáze (Kleinerová, 2008).

Po prodromálním stádiu, které má pozvolný průběh, nastupuje zhoršení stavu. Toto zhoršení zdravotního stavu nemusí být pozvolné, ale může nastoupit i velmi prudce. Během anginózně-uzlinové formy se dostaví povlaková angína. Dále se dostaví horečka, bolest v krku, klient má problémy s polykáním (Roháčová, 2005). Objevuje se i hepatosplenomegalie a v některých případech se objeví i exantémy (Kleinerová, 2008). Dále se dostavuje zduření a otok lymfatických uzlin. Lymfatické uzliny jsou nejvíce zduřené v oblasti krku, velmi hmatné jsou ale i na celém těle nemocného. Posléze dochází ke zduření i oblasti Waldayerova okruhu. Dojde ke zbytnění a zduření mandlí (tonzil) (Roháčová, 2005). Mezi mandlemi se mohou také tvořit pablány. Ty společně s velikostí zbytněných tonzil mohou zapříčinit zhoršené dýchání nemocného, ve vážných případech až jeho dušení. Během této akutní fáze dojde také ke zbytnění sliznice nosu a také nosohltanu. Příznakem zbytnění této sliznice je huhňavý hlas a nasolalie. Nemocný má velmi často pocit, jako by měl ucpaný nos. V oblasti krčních mandlí je přítomna lymfadenitida, která je na pohmat velmi bolestivá a velmi často se objevuje i periglandulární otok (Kleinerová, 2008).

Tonzily, které jsou velmi zbytnělé, mají na svém povrchu masivní povlak, který je šedobělavé barvy. Mezi znaky, které jednoznačně ukazují na povlakovou angínu i infekční mononukleózu, patří to, že léčba nereaguje na antibiotika. Dále povlak na mandlích nepřesahuje do okolí. Velmi často se vyskytují u onemocnění infekční mononukleózou edémy kolem očí. Tyto otoky jsou nazývané jako takzvaný Bassův příznak. Také se objevuje Holzelovo znamení, které se projevuje drobným krvácením, tedy petechiemi na měkkém patře nemocného (Kleinerová, 2008). Petechie se však mohou objevit i na kůži, a to při výskytu exantému, pokud byl pacientovi podáván

aminopenicilin. Petechie na kůži se objeví, i když byl aminopenicilin podáván ještě v předchorobí, a to pro léčbu angíny, nebo z jiných důvodů (Roháčová, 2005).

U 10 % nemocných se objevuje hepatomegalie a asi u 50 % splenomegalie. Pokud pacienti trpí uzlinovou formou, tak v jejich klinickém obraze převažuje výrazná lymfadenopatie. U těchto případů bývá opět přítomen periglandulární otok. Dojde-li k takto vážnému stavu, je důležité, aby lékař bral v úvahu možnost přítomnosti nádoru (Roháčová, 2005).

Kleinerová (2008, str. 373) uvádí, že: „V případě výrazného ikterického jaterního postižení je nutno v diferenciální diagnostice pomýšlet i na virové hepatitidy, při této formě onemocnění nález v orofaryngeální oblasti bývá velmi chudý a typický nález pro manifestaci infekční mononukleózy v orofaryngeální oblasti zcela chybí."

Kouba a kol. (1988, str. 106-107) jako jediní interpretují ve své knize další příznak, který, jak sami uvádí v literatuře, popsali jako první. „Jedná se o nápadnou suchost rtů, ragády rtů až určitou deskvamaci. Příznak můžeme nazvat cheilitida. Na rozdíl od podobného stavu známého v akutním stádiu jiných horečnatých onemocnění (břišní tyf, pneumonie) můžeme u některých nemocných s infekční mononukleózou pozorovat tuto cheilitidu v afebrilním stádiu, nebo v případě, kdy teplota nepřestoupila 37,5 – 38° C."

1.3 Komplikace infekční mononukleózy

Nedojde-li ke stanovení správné diagnózy, anebo se nezahájí správná léčba, může se stát, že se vyvinou komplikace s touto nemocí spojené. Infekční mononukleóza může zapříčinit velkou škálu zdravotních komplikací (Kleinerová, 2008).

Mezi komplikace infekční mononukleózy můžeme zařadit vznik hepatitid, vznik trombocytopenie, neprůchodnost dýchacích cest, splenomegalii, u které může dojít až k prasknutí sleziny (Kleinerová, 2008).

Dalšími komplikacemi mohou být hematoonkologická onemocnění, neurologické komplikace, kardio-pulmonální komplikace, autoimunitní komplikace (Rayův syndrom). V neposlední řadě se jako komplikace u infekční mononukleózy velmi často objevuje únavový syndrom. Poruchy se objevují u neléčeného onemocnění i na

vylučovacím systému. Jedná se o renální poruchy. Zejména renální selhání a paroxyzmální noční hemoglobinurie. V některých případech se může jednat o tak závažné komplikace, které jsou pro klienta mnohem horší, než samotné onemocnění. Mezi takové komplikace můžeme zařadit Burkittův lymfom a karcinom nosohltanu (Kleinerová, 2008).

Mezi neurologické komplikace infekční mononukleózy můžeme zařadit encefalitidu, meningitidu, transverzální myelitidu, parézu nervus faciális nebo Giullain-Barré syndrom. Neurologické komplikace postihují méně než 1 % nemocných virem Epsteina a Barrové (Smíšková, 2012). Dále do neurologických komplikací můžeme zahrnout meningocefalitidu, Bellovu obrnu, neuropatie brachiálního plexu, obrny hlavových nervů, postižení až ztrátu sluchu, akutní cerebrální ataxii (Kleinerová, 2008).

Do kardiopulmonálních komplikací můžeme zahrnout chronickou intersticiální pneumonii, pleurální výpotek. Dále dochází ke vzniku zánětu myokardu a perikardu (myokarditis a perikarditis) (Kleinerová, 2008).

U hematologické komplikace Kleinerová (2008, str. 373) uvádí: „EBV infekce urychlí hemolytickou anemii, disseminovaná intravasculární koagulace spojená s hepatální nekrózou, imunitní trombocytopenická purpura může vyústit v aplastickou anemii.“

1.4 Diagnostika

Základní diagnostika se provádí odebráním anamnézy nemocného. Zejména se zaměřujeme na zhodnocení klinických příznaků a tím klinického nálezu. Během tohoto základního fyzikálního vyšetření se provádí prohmatání lymfatických uzlin, zejména na krku a posléze i na jiných částech těla. Tyto uzliny jsou zvětšené a palpačně bolestivé. Dále lékař pomocí ústní lopatky přitiskne kořen jazyka, aby mohl zkontrolovat mandle a přítomnost a charakter povlaku na nich. Infekční mononukleóza se liší od akutní angíny, která je způsobena bakteriálním původcem, hned v několika příznacích. Angína má ve většině případů prudký nástup, doprovázený vysokou horečkou. Otok tkání není až tak velký jako u infekční mononukleózy. Taktéž i uzliny nejsou tak nateklé a není zde

tak velký povlak na mandlích. Uzliny jsou na pohmat mnohem více citlivé (Roháčová, 2005). U infekční mononukleózy není přítomno typické zabarvení mandlí a sliznic, způsobené streptokokem (Lobovská, 2001).

Základní klinické vyšetření, kterým potvrdíme onemocnění, je sérologie. Pomocí vyšetřovacích laboratorních metod dochází ke stanovení protilátek proti jednotlivým cizorodým látkám (antigenům). Jak uvádí Kleinerová (2008, str. 373): „V praxi využíváme stanovení protilátek anti VCA IgM a IgG a anti EBNA IgG. Na počátku onemocnění bývají přítomny proti kapsidovému antigenu anti VCA IgM a IgG pozitivní, později po onemocnění protilátky anti VCA IgM mizí, přetrvávají protilátky anti VCA IgG a objevují se s odstupem po onemocnění protilátky anti EBNA IgG."

Mezi další odběry, které se při diagnostice infekční mononukleózy provádějí, je odběr krve na krevní obraz. V krevním obraze nás zajímá zejména hodnota lymfocytů. Na začátku onemocnění se objevuje spíše snížení počtu bílých krvinek (leukopenie), s postupem času se jejich hodnota značně zvýší, a to i nad normální hodnotu leukocytů. Dochází tak ke vzniku leukocytózy. V krevním obraze jsou mnohem více zastoupeny lymfocyty a monocyty. Větší zastoupení je však lymfocytů. Tyto lymfocyty jsou však atypické, protože jsou větší a jádro mají uloženo mimo střed buňky, to znamená excentricky. Jádro obsahuje velké množství chromatinu a bazální cytoplazmu s vakuolami (Bartošová a kol., 2005). Dále se v krevním obraze mění hodnota krevních destiček (trombocytů). Jejich hodnota jde na stranu záporných hodnot, vytváří se tedy trombocytopenie (Kleinerová, 2008). Dále se odebírá krev na vyšetření biochemie. V biochemii nás zajímají hodnoty jaterních testů. Zaměřujeme na hodnoty aminotransferáz, kterými jsou ALT, AST. Tyto hodnoty jsou u pacientů nemocných infekční mononukleózou zvýšené (10 – 20 x od normy), s nimi bývá zvýšená i hladina bilirubinu. V biochemii je výrazně zvýšená hodnota zánětlivých faktorů, zvaných C-reaktivní protein. Taktéž je výrazně zvýšená hodnota sedimentace (Roháčová, 2005).

Někdy je nutné provést u klienta biopsii jater, aby byly odhaleny typické histopatologické změny (Ehrmann, Hůlek a kol., 2010).

V minulosti i současnosti se využívají v diagnostice metody k vyšetření heterofilních protilátek. Tyto vyšetření se jmenují Paul-Bunnelova reakce, Ericsonova

reakce a IM test. Protilátky EBV jsou zjistitelné až po týdnu nemoci. Tato vyšetření mohou být zcela negativní u dětí do pěti let (Kleinerová, 2008).

Během vyšetření Paul-Bunnelovy reakce se využívají ovčí erytrocyty. U Ericsonovy reakce zase hovězí erytrocyty, popřípadě je lze nahradit erytrocyty koňskými (Roháčová, 2005).

Dále se k diagnostikování infekční mononukleózy využívá PCR. Jedná se o rychlou řetězovou polymerázovou reakci. Toto vyšetření se neprovádí běžně, přístroje na vyšetření PCR nejsou přítomny standardně v každé nemocnici. Jedná se o speciální vyšetření, neřadíme ho proto do standardního souboru prováděných vyšetření (Kleinerová, 2008).

Další možností je provedení kultivace virů. Kultivace se provádí ze vzorku, který se získává výplachem nosohltanu, anebo lymfocytů (Kleinerová, 2008).

Jedná-li se o infekční mononukleózu způsobenou cytomegalovirem, tak se protilátky stanovují pomocí ELISA IgM a IgG. Dále se také opět může využít vyšetření PCR. U infekční mononukleózy vyvolané cytomegalovirem jsou heterofilní protilátky negativní (Kleinerová, 2008).

1.4.1 Diferenciální diagnostika

V diferenciální diagnostice vycházíme z klinických příznaků, které jsme zjistili. V tomto druhu diagnostiky musíme odlišit infekční mononukleózu od povlakových angín. Povlakové angíny mají různé původce (etiologii). Mezi původce povlakové angíny patří streptokok, hemofilus, pneumokok, stafylokok, kvasinky (Kleinerová, 2008).

Během diferenciální diagnostiky musíme odlišit postižení jater infekční mononukleózou a virovou hepatitidou. Postižení jater může mít různou etiologii. Příčinou mohou být hepatotropní viry. Mezi hepatotropní viry řadíme Q horečku, virus rubeoly, leptospirózu a yersiniózu (Kleinerová, 2008). Objeví-li se u nemocného hepatopatie a v krku není žádný nález, začíná se uvažovat o tom, že se nejedná o infekční mononukleózu, ale o některou z infekčních hepatitid. Proto laboratorně

musíme zjistit, o kterou z těch chorob se ve skutečnosti jedná (Roháčová, 2005).

Probíhá-li nemoc jako uzlinový syndrom, je důležité uvažovat nad možnou formou uzlinové toxoplazmózy, anebo se může jednat o infekce způsobené bakteriemi. U těchto infekcí se vyskytuje lymfadenitida. Mezi takové infekce řadíme streptokokové angíny, zubní afekce, tularémie, diftérie, anginózně -uzlinovou formu listeriózy a mnoho dalších (Kleinerová, 2008).

Diferenciální diagnostika slouží také k vyloučení možného onkologického onemocnění. Jak říká Roháčová (2005, str. 302): „Při uzlinovém syndromu, zvláště je-li spojen s hepatosplenomegalií, je nezbytné pomýšlet i na onkohematologickou příčinu onemocnění.“ Vyloučit musíme přítomnost maligního onemocnění. Mezi takové onemocnění můžeme zařadit chronickou lymfadenózu, maligní lymfagranulom, hemoblastom, anebo metastázy nádorových onemocnění i v jiném místě (Kleinerová, 2008).

1.4.2 Úloha sestry při diagnostice infekční mononukleózy

V diagnostice infekční mononukleózy má svoji důležitou roli sestra při odběru biologického materiálu. K diagnostikování infekční mononukleózy se využívají odběry krve a dále stěry z mandlí (na kultivaci virů) nebo vzorek získaný z výplachu nosohltanu klienta (Kleinerová, 2008).

Vyšetření biologického materiálu má velký význam při stanovení správné diagnózy a při následném zvolení vhodné léčby (Podstatová, 2001).

Při odběru biologického materiálu je důležité, aby sestra i lékař dodržovali zásady správné hygieny, dezinfekci rukou a využívali při odběru ochranných pomůcek (dodržování BOZP). Mezi zásady správného odběru biologického materiálu patří to, že materiál musí být odebraný podle požadavků laboratoře, vzorek musí být odebraný do správně označených nádob, na kterých musí být uvedeno jméno, rodné číslo, oddělení, číslo pokoje, lůžka a datum odběru. Tyto údaje obsahuje identifikační štítek nemocného. Dle zvyklostí oddělení se s každým vzorkem musí odeslat i průvodka, na které musí být uvedeno, co chceme vyšetřit, datum a čas odběru a dále podpis lékaře a sestry, která

odběr provedla. Jedná-li se o odběry, kdy potřebujeme výsledek vědět co nejdříve, na žádanku se červenou barvou připíše STATIM. Také by měly být dodrženy požadavky na transport materiálu. Standardní doba vyšetření jsou dvě hodiny po odběru, pokud lékař nestanoví jiný požadavek (Mikšová a kol., 2006).

Do zásad BOZP při odběru biologického materiálu patří, že je nutné veškerý biologický materiál považovat za potenciálně infekční. Proto je vhodné dodržování mytí rukou, a to před odběrem a po odběru u každého pacienta. Rukavice by se měly používat při každém odběru biologického materiálu a měly by se vyměnit i před ošetřením dalšího pacienta. V případech, kdy je to nutné, je vhodné použití ústenky, ochranného štítu nebo empíru. Důležité je i to, aby nedošlo ke kontaminaci vnějšku nádoby (Mikšová a kol., 2006).

Důležitou součástí odběru biologického materiálu je informování klienta, proč se u něj odběr provádí, jak bude výkon probíhat, co se při něm bude dít, jak bude muset klient spolupracovat a jak by se měl chovat po odběru (Mikšová a kol., 2006).

Odběry krve jsou prováděny nejčastěji ráno a nalačno. Krev se odebírá do čistých a suchých nádob, které předem označíme identifikačním štítkem. Aby při průtoku krve jehlou nedocházelo k ruptuře erytrocytární membrány, používáme při odběru jehly o dostatečném průměru. Pokud klient užívá léky, které by mohly ovlivnit výsledek vyšetření, je nutné zkonzultovat s lékařem, zda je klient před odběrem smí užít (Mikšová a kol., 2006).

Mezi nejčastější pochybení při odběru patří hemolýza krve, dlouhé zaškrcení končetiny, záměna zkumavek, nesterilní odběr, pozdní dodání do laboratoře (Mikšová a kol., 2006).

Většina zdravotnických pracovišť v dnešní době využívá uzavřený způsob odběru krve, a to proto, aby zajistila větší ochranu zdravotníků před kontaminací krví, která hrozí u otevřeného způsobu (Staňková, 2009). Na infekčním oddělení se biologický materiál odebírá v příjmové místnosti nebo na jiném místě, které je k tomuto účelu vyčleněné (Podstatová, 2011). Při uzavřeném systému se krev odebírá do vakuových plastových zkumavek, které mohou obsahovat protisrážlivé činidlo a odebírá se do nich přesné množství krve (Staňková, 2009).

Při odběru krve je velice důležité mít pečlivě přichystané všechny potřebné pomůcky. Mezi základní pomůcky pro uzavřený způsob odběru krve patří tácek, vakuové plastové zkumavky, sterilní jehly na jedno použití nasazené na kónus, držák jehly z plastu se závitem, dezinfekční prostředek, turniket, čtverce nebo tampony, leukoplast, emitní miska, jednorázové nesterilní rukavice, kontejner na jehly, buničitá vata, která slouží k podložení končetiny (Staňková, 2009).

Postup při odběru krve je následující: Zdravotník musí provést identifikaci klienta, pomůcky si připraví tak, aby je měl po ruce. Navlékne si ochranné rukavice, žilní systém zhodnotí pohledem a pohmatem a vybere místo vpichu, které podloží buničitou vatou. Nad místo vpichu přiloží turniket, končetina by neměla být zatažená déle než jednu minutu. Na místo, kde dojde k vpichu, aplikuje dezinfekci, vypne kůži a jehlu zavede do žíly, poté uvolní turniket. Všechny zkumavky postupně naplní a dodržuje jejich správné pořadí. Po odpojení poslední zkumavky vytáhne jehlu ze žíly a odloží ji do kontejneru. Na místo vpichu pevně přitiskne čtverec a místo vpichu přelepí náplastí. Je velice důležité, aby zdravotník po celou dobu odběru sledoval celkový stav klienta a následně zajistil transport krve do laboratoře (Staňková, 2009).

K diagnostikování infekční mononukleózy se odebírá krev na hematologické vyšetření, při němž je zjišťována hodnota krevního obrazu s diferenciálním rozpočtem (KO+DR). Jde o vyšetření, které stanoví počet jednotlivých druhů bílých krvinek (neutrofily, eozinofily, lymfocyty, monocyty, atd.) Při tomto odběru se odebírá nejčastěji nesrážlivá venózní krev, a to do zkumavky s protisrážlivým činidlem, kterým je nejčastěji K3EDTA. Dalším hematologickým vyšetřením krve je sedimentace erytrocytů (FW), která zjišťuje rychlost klesání červených krvinek. Slouží k diagnostice zejména zánětlivých a infekčních onemocnění. Krev se odebírá do zkumavky s protisrážlivým činidlem, který se nazývá citrát sodný (Mikšová a kol., 2006).

Při biochemickém vyšetření se zaměřujeme na vyšetření bílkovin, kde nás zajímá CRR, který poukazuje na zánětlivý proces v organismu. Dále nás zajímají hodnoty jaterních testů (AST, ALT, ALP, GMT, LD, bilirubin celkový a konjugovaný). Odebírá se 5-10 ml venózní srážlivé krve do zkumavky se separačním gelem (Mikšová a kol., 2006).

Mikrobiologické vyšetření krve slouží k potvrzení původce infekčního onemocnění, ale také ke stanovení protilátek proti původci infekce. Řadíme sem i sérologické vyšetření krve a revmatoidní testy. Do sérologického vyšetření krve, které stanoví hladinu protilátek v séru řadíme i PBR (Paulova-Bunnelova reakce), jedná se o vyšetření na průkaz protilátek proti původci infekční mononukleózy. Z revmatoidních testů nás nejvíce zajímá ASLO (antistreptolyzinový titr), což je vyšetření na průkaz protilátek proti streptokokové nákaze. Odebírá se srážlivá venózní krev do zkumavky bez protisrážlivého činidla (Mikšová a kol., 2006).

Před stěrem z mandlí by měl být klient nalačno, nesmí pít, kloktat ani si čistit zuby. Sestra dřevěnou ústní lopatkou opatrně stlačí kořen jazyka. Štětičkou šroubovitým pohybem setře povrch jedné i druhé mandle, nesmí se však dotknout jazyka, sliznice dutiny ústní a nesmí štětičku namočit do slin. Úkolem sestry je připravit si všechny pomůcky k odběru biologického materiálu, odběr provést dle pokynů laboratoře a dle ordinace lékaře. Výsledky vyšetření musí sestra založit do dokumentace (Mikšová a kol., 2006).

Při výplachu nosohltanu do každého nosního průduchu sestra aplikuje přibližně 2-5 ml fyziologického roztoku, který musí být sterilní. Po výplachu se obsah zachytí do sterilní širokohrdlé nádoby (Mikšová a kol., 2006).

Někdy je nutné provést biopsii jater. Jedná se o výkon, kdy se zavede punkční jehla do jater a odebere se vzorek jaterní tkáně. Při tomto výkonu se musí dbát na dodržení aseptických podmínek. Vpich se provádí na pravé straně hrudníku mezi dvěma dolními žebry anebo zavedením punkční jehly přes stěnu břišní pod pravým žeberním obloukem za současné kontroly UZ. Vzorek se okamžitě odesílá k histologickému vyšetření (Mikšová a kol., 2006).

Úkolem sestry je příprava bioptické soupravy, která obsahuje tampony, mulové čtverce, sterilní rukavice, 2 ml stříkačku a injekční stříkačku nebo bioptickou jehlu a stříkačku, perforovanou roušku, zkumavky na odebrání vzorku, které musí být sterilní. Mezi další pomůcky patří dezinfekční roztok, náplast, nůžky a emitní miska. Dalším úkolem sestry je seznámit klienta s výkonem. Je potřeba získat od klienta souhlas s výkonem, zaměřit se na monitoraci fyziologických funkcí, zajistit, aby klient

nepřijímal nic perorálně, a to dvě hodiny před výkonem. Sestra by měla před výkonem aplikovat sedativa dle ordinace lékaře. Během výkonu by sestra měla klienta uložit do polohy vleže na zádech s odkrytým pravým horním kvadrantem břicha, provede dezinfekci a zakrytí místa vpichu, dále asistuje při aplikaci lokální anestézie a při zavedení bioptické jehly. Po celou dobu výkonu udržuje s klientem slovní kontakt. Poté, co začne účinkovat anestézie, vyzve klienta, aby na několik sekund zadržel dech, mezitím lékař provede odběr tkáně. Následně stlačí tamponem místo vpichu a přelepí ho náplastí. Po výkonu by měl klient ležet na pravém boku a místo vpichu by mělo být podložené (Mikšová a kol., 2006).

1.5 Léčba infekční mononukleózy

Léčba infekční mononukleózy spočívá v tlumení příznaků. Jedná se tedy o symptomatologickou léčbu (Kleinerová, 2008).

Podávají se léky na snížení tělesné teploty, tedy antipyretika. Důležité je využívání nosních kapek, které působí na sliznici dutiny nosní. Dále je doporučováno přikládání Priessnitzových obkladů na krk. Využívají se i kloktadla a klientovi je podáván dostatek vitamínů. Při léčbě je velice důležité dodržování dietního režimu. Jsou-li postižena játra, tak se podávají léky z lékové skupiny hepatoprotektiv. Ty podporují funkci jater (Kleinerová, 2008).

Během léčby se mohou nasadit i antibiotika, ty ale neovlivní průběh virové infekce. Antibiotika se podávají k potlačení bakteriální infekce, o jejich nasazení musí vždy rozhodnout lékař (Vaništa a Starnovská, 2008). U podávání antibiotik se musí dát velký pozor na to, jaká antibiotika jsou podávána. Podávají se pouze antibiotika penicilínové řady, makrolidy anebo cefalosporiny. Velmi nevhodné je podávání antibiotik, jako je ampicilin, amoxicilin, kotrimoxazol. Tyto léky vyvolávají u klienta s infekční mononukleózou na kůži typický exantém (Kleinerová, 2008). Jedná se o formu toxoalergické morbiliformní vyrážky (Lobovská, 2001).

U klientů s výrazným nálezem na tonzilách, kde se objevil otok hrtanu nebo hltanu, lze v léčbě krátkodobě využít i kortikoidy (Kleinerová, 2008).

K hospitalizaci dochází pouze u velmi vážných forem infekční mononukleózy. Za velmi závažný a život ohrožující stav se považuje obstrukce dýchacích cest. V těchto případech se podávají kortikoidy, nebo kortikosteroidy, a to parenterální, tedy intravenosní cestou (Ambrožová, 2009).

Pokud dojde k vzestupu dechové a tepové frekvence a dochází i ke snížení kyslíku v periferní krvi, pak se u těchto stavů podává hydrokortizon. Ten se podává jednorázově nebo opakovaně 3x denně. U dospělých se podává hydrokortizon o síle 200 – 300 mg. Hydrokortizon se podává ve většině případů tři dny. Po dobu jeho podávání se jeho dávka snižuje (Lobovská, 2001).

U těžkého průběhu infekční mononukleózy se podávají nová virostatika, anebo interferon (Roháčová, 2005).

Prodělá-li člověk infekční mononukleózu, může dojít k tomu, že se bude cítit nějakou dobu unavený a vyčerpaný. Pokud jedinec, který toto onemocnění prodělal, jinak netrpí žádným jiným vážným onemocněním, tak tyto negativní příznaky vymizí samy, a to v rozmezí několika týdnů (Roháčová, 2005).

Po prodělání infekční mononukleózy je klient sledován (dispenzarizován) u svého praktického lékaře nebo na ambulanci infekčního oddělení (Kleinerová, 2008). Dispenzarizace klienta trvá okolo jednoho roku. Během této doby se kontrolují i laboratorní výsledky klienta. Dispenzarizace trvá do doby, než dojde k napravení jaterních testů na běžné hodnoty (Roháčová, 2005).

Po dobu tří měsíců po prodělání onemocnění se doporučuje snížit fyzickou námahu. Během této doby klient dodržuje dietní opatření, kterým je jaterní dieta (Kleinerová, 2008).

Doba pro zotavení, tedy rekonvalescenci klienta, je delší, než u běžných virových onemocnění. Délka rekonvalescence se pohybuje mezi dvěma až třemi týdny (Popelková, 2007).

1.5.1 Úloha sestry v léčbě infekční mononukleózy

Hlavní úlohou sestry u hospitalizovaného pacienta je podávání léků dle ordinace lékaře. K tomu, aby všeobecná sestra mohla ordinované léky podat, musí dodržet pět

zásad podávání léků. Musí podat lék správnému klientovi, kterému musí podat správný lék. Dále lék musí podat ve správnou dobu a ve správné gramáži (správné dávce). A v neposlední řadě musí být lék podán ve správné formě. Sestra by současně měla znát lék, jeho léčebné účinky, včetně těch vedlejších. U infekční mononukleózy se léky nejčastěji podávají v podobě roztoku k intravenóznímu podání, anebo tablet s podáním per os. Každý lék, než je aplikován klientovi, musí být 3x zkontrolován (když lék sestra vytahuje z lékárny, posléze, když ho vyndává z krabičky a také nakonec, když ho do lékárny vrací) (Workman a Bennett, 2006).

Mezi pomůcky potřebné k podání léků per os patří vozík, nebo lékový podnos, pinzeta, čisté lékovky, odměrky, emitní miska, půlítko na léky, třecí miska a v neposlední řadě dokumentace s přesnou ordinací od lékaře (Mikšová a kol., 2006).

Před samotným podáním leků si připravíme všechny potřebné pomůcky a provedeme opětovnou kontrolu léků dle ordinace. Z hygienických důvodů se léků nedotýkáme, lék vyndáváme z lahvičky pinzetou, pokud podáváme lék z blistru, tak jej bez dotyku vytlačíme do lékovky. Pokud potřebujeme lék rozpůlit, tak použijeme půlič, anebo lék rozpůlíme ve čtverečku buničité vaty v ruce. Zkontrolujeme totožnost klienta. Velice vhodné je přesvědčit se, že klient může léky opravdu užít per os. Když má klient problém s polknutím léku, tak jej rozdrtíme ve třecí misce. Musíme dbát na dodržování způsobu podání léku (nalačno, po jídle) a na dobu podání léku. Po podání leků se přesvědčíme, že klient léky opravdu užil. K zapití léků je vhodný čaj, naředěné ovocné šťávy nebo voda. Vše zaznamenáme do dokumentace a poté provedeme úklid pomůcek (Mikšová a kol., 2006).

U infekční mononukleózy se často předepisují antibiotika, která musíme podávat v přesných intervalech, a to ve formě tablet pro podání per os. Zásady při podávání léku per os byly popsány výše. Při podání antibiotik intravenózně je důležité lék správně naředit. Při ředění antibiotik odstraníme kryt hliníkového kloboučku a vydezinfikujeme gumovou zátku. Do lahvičky vstříkneme potřebné množství tekutiny, kterou může být aqua pro injectione nebo fyziologický roztok. Díky mírnému pohybu se prášek promíchá s tekutinou. Poté lék nasajeme do stříkačky, a když provedeme výměnu jehly, pak můžeme lék aplikovat (Mikšová a kol., 2006).

Většina intravenózních léků, které se klientovi podávají, se aplikují pomocí infúze do žilního řečiště. Tyto léky se aplikují do lahví s krystaloidními roztoky (Fyziologický roztok, Glukóza 5% a další). Druh nosného roztoku se řídí ordinací lékaře (Kapounová, 2007).

Lékař ordinuje infúzní terapii, ale sestra je odpovědná za správnou přípravu, aplikaci, udržování a ukončení infúze. Infúzní terapii ordinuje lékař denně, dle aktuálního zdravotního stavu klienta. Lékař musí stanovit přesný název infúze, přísady, přesné pořadí infúzí, celkové množství a rychlost, jakou mají být infúze podány. Vhodným místem pro aplikaci infúzní terapie jsou rovné, velké a na pohmat měkké žíly, které by měly být na nedominantní končetině. Při výběru místa vpichu bychom měli postupovat od hřbetu ruky k loketní jamce (Mikšová a kol., 2006).

Pro aplikaci infúzní terapie budeme potřebovat periferní žilní katétr (kanyla, flexila) ve sterilně zataveném obalu pro případ, že bude infúze podávána opětovně. Při aplikaci jedné a krátkodobé infúze použijeme jednorázovou jehlu pro intravenózní aplikaci. Dále si připravíme tácek, emitní misku, gumové rukavice, láhev s infúzním roztokem, infúzní soupravu, infúzní stojan nebo dle potřeby infúzní pumpu. Mezi další pomůcky patří buničitá vata na podložení končetiny, turniket, dezinfekce, sterilní mulové čtverce, náplast, spojovací hadička, kterou napojíme na 10 ml stříkačku s fyziologickým roztokem (Mikšová a kol., 2006).

Před aplikací infúze se přesvědčíme o správné totožnosti klienta, kterého poučíme o průběhu výkonu. Klienta uložíme do vhodné polohy, pohledem a pohmatem vybereme místo vpichu a končetinu podložíme. Nad místo vpichu přiložíme turniket, pokožku dezinfikujeme, zavedeme a náplastí fixujeme kanylu, která je napojena na spojovací hadičku se stříkačkou s fyziologickým roztokem, která slouží k tomu, abychom se přesvědčili o správném zavedení. Spojovací hadičku napojíme na infúzní soupravu, ve které nesmí být bublinky a nastavíme rychlost infúze. Vysvětlíme klientovi, aby v případě potíží zvonil na signalizační zařízení (Mikšová a kol., 2006).

Dále by sestra měla znát techniku aplikace Priessnitzova obkladu, který řadíme mezi dráždivé obklady. Jedná se o studený zapařovací obklad, který má za cíl dosáhnout lokálního prokrvení. V místě aplikace obkladu dojde nejprve ke snížení teploty

s následnou vazokonstrikcí, která trvá přibližně 2-3 minuty. Poté se teplota v místě obkladu zvýší a z toho důvodu dochází k vazodilataci (Mlýnková, 2010).

K aplikaci obkladu budeme potřebovat mokrou a suchou obkladovou látku, fólii z PVC (v domácnosti použijeme igelitový sáček) a šátek (Mlýnková, 2010).

Obkladovou látku namočíme do studené vody, vyždímáme a přiložíme na krk. Textilie musí dobře přilnout, aby nikde nevznikly vzduchové bubliny. Můžeme přiložit další vrstvu suché tkaniny, na kterou přiložíme fólii z PVC, obklad připevníme šátkem. Obklad snímáme po 2-3 hodinách, když už je suchý. Mezi aplikacemi obkladů dodržujeme přestávky 3-4 hodiny (Mlýnková, 2010).

Je-li klient hospitalizovaný v nemocnici, je sestra zodpovědná za klientovu hygienu. U soběstačných klientů sestra kontroluje správnost a zda je hygiena provedena dostatečně a kvalitně. U klientů částečně soběstačných a nesoběstačných přebírá zodpovědnost za provedení hygieny sestra. Ta klientovi u hygieny dopomáhá, anebo provádí celkovou hygienu na lůžku (Workman a Bennett, 2006).

Velmi důležitou funkci má sestra v edukaci klienta o stravě. Klient musí dodržovat ordinovanou dietu. Lékař ve většině případů ordinuje dietu číslo 4, tedy s omezením tuku, nebo dietu číslo 2 šetřící. Sestra musí klienta poučit o těchto dietách. Důležité je, aby klient znal potraviny, které smí jíst a kterým by se naopak měl vyhnout. Sestra by měla klienta taktéž poučit o vhodném zpracování potravin (vaření, dušení). Nejvhodnějším způsobem by bylo, kdyby sestra klientovi předala informační letáček, v němž jsou vhodné a nevhodné potraviny uvedeny. V některých případech na takových letácích bývají uvedené i základní recepty (Vaništa a Starnovská, 2008). Na přípravě stravy se podílejí odborní pracovníci, jako jsou nutriční terapeuti a jejich asistenti. Jejich úkolem je dohlížet na výběr vhodných potravin a kontrolovat technologické zpracování potravin. U hospitalizovaných klientů je důležité, aby sestra klientovi s infekční mononukleózou objednala vhodné jídlo, neboť právě dieta hraje v léčbě neopomenutelnou roli (Špinar a kol., 2008).

Pro léčbu je důležité i sledování fyziologických funkcí. Zejména tělesné teploty v akutní fázi nemoci. Tělesnou teplotu měříme tak, že teploměr umístíme do středu podpažní jamky a klient si končetinu přitiskne k hrudníku. Po změření je nutné teploměr

vložit do emitní misky s dezinfekčním roztokem. Tělesnou teplotu pravidelně sestra zaznamenává do příslušné dokumentace (Mikšová a kol., 2006).

Při průběhu onemocnění se dostavuje bolest, zejména v hrdle. Sestra tuto bolest sleduje a zaznamenává. Zejména nás zajímá intenzita, charakter, typ a lokalizace bolesti. K určování intenzity bolesti se využívají vizuální analogové škály – VAS. U dospělého klienta se jedná o číselnou stupnici od 1-10 (1 = žádná bolest, 10 = nesnesitelná bolest). U dětí se využívá místo čísel škála výrazů obličeje (Mikšová a kol., 2006).

Na jednotku intenzivní péče se přijímají klienti, u kterých se tvoří obstrukce dýchacích cest z důvodu edému mandlí. V těchto případech sestra klientovi podává oxygenoterapii, která je ordinovaná lékařem, ten určí způsob podání, průtok kyslíku v litrech za minutu. Kyslík je podáván pomocí kyslíkové masky nebo kyslíkových brýlí. Při podávání kyslíku pomocí kyslíkové masky je možno klientovi podávat nebulizaci s léky snižující otok mandlí. Tím dochází k uvolnění dýchacích cest. V těchto případech je velmi důležitá péče o dutinu ústní (Kapounová, 2007). Při manipulaci s kyslíkem je nutné zabránit kontaktu s otevřeným ohněm, nekouřit a nepoužívat mastné látky, jako jsou krémy na ruce (Mikšová a kol., 2006).

V léčbě je velmi důležitá komunikace mezi zdravotnickým personálem a nemocným klientem. V některých případech zdravotnickým personálem, nemocným a jeho rodinou (u nemocného dítěte). V průběhu komunikace s pacientem sestra využívá specifické komunikace, při které klienta edukuje, motivuje a podává mu důležité informace (Venglářová a Mahrová, 2006).

1.5.2 Dietní opatření

Během léčby lékař ordinuje jaterní dietu. Tuto dietu klient musí držet minimálně tři měsíce po vyléčení, nejlépe do srovnání jaterních testů (Kleinerová, 2008). Dietu, kterou lékař ordinuje u nemocného s infekční mononukleózou, označujeme číslem 2 – šetřící, anebo číslem 4 – s omezením tuku. Lékař ordinuje dietu šetřící nebo s omezením tuku dle stavu pacienta a zejména dle postižení jater (Bučko, 2013).

Dieta číslo 2 může být podávána dlouhodobě, řídí se třemi zásadami zpracování, a to po stránce chemické, mechanické a tepelné. Dieta číslo 4 obsahuje fyziologické množství bílkovin a sacharidů, pouze je snížena dávka tuků (Lukáš, 2005).

Jaterní dieta není příliš přísná a striktní. Zejména spočívá v úplném vyloučení alkoholu, který by byl příliš velkou zátěží pro játra. Při této dietě dochází k omezení tuků. Objevují se ovšem i názory, že není nutné vyloučit ze stravy veškerý tuk. Důležité je dodržovat technologické zpracování potravy až do úplného uzdravení (Chrpová, 2010). Nevhodné jsou pro klienta potraviny obsahující konzervační látky. Mezi tyto potraviny můžeme zařadit hořčice, kečupy, paštiky, pomazánky, nakládanou zeleninu a konzervy (například masové). Vhodné také nejsou potraviny přesolené, uzené a další podobného typu. Nevhodné jsou též uzené ryby. V jaterní dietě je důležité omezení koření, zejména ostrého koření. Klient by se měl během této diety vyvarovat potravinám a masům, které obsahují vysoké procento tuků (tučná masa, smetany, krémy). Velice zatěžující pro klienta jsou i jídla nadýmavá a velmi těžko stravitelná (Vaništa a Starnovská, 2008).

Během přípravy pokrmů je důležité se vyvarovat přepalovaným tukům. K tomuto přepalování dochází během smažení a pečení (Vaništa a Starnovská, 2008).

V jaterní dietě jsou doporučována ke konzumaci bílá masa. Bílkoviny klient získává i z mléčných výrobků (Mejzlík, 2002). U mléčných výrobků se doporučuje, aby klient zkoušel po menších porcích jednotlivé druhy mléčných výrobků. U některých klientů se může objevit nesnášenlivost mléka v podobě zažívacích problémů (Vaništa a Starnovská, 2008). Denní doporučená dávka proteinů je 1-1,2 gramů na kilogram. Množství bílkovin je velmi důležité pro hojivé procesy v jaterním parenchymu (Mejzlík, 2002).

Důležité je, aby se klient naučil stravu konzumovat v malých porcích a několikrát za den. Stravu by měl konzumovat velmi často. Dostavuje-li se po konzumaci jídla pocit plnosti, anebo klient trpí nechutenstvím, je třeba u jídla, které by mělo následovat, zmenšit porci. Jsou-li porce již dostatečně malé a problémy neustále přetrvávají, tak je důležité snížit množství tuku, na kterém je strava připravovaná (Vaništa a Starnovská, 2008).

1.6 Edukace klienta s infekční mononukleózou

Slovo edukace je odvozeno z latinských slov educo, educare, které v překladu znamenají vést vpřed, vychovávat. Juřeníková (2010, str. 9) uvádí: „Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.“ Zkráceně lze tedy uvést, že jde o výchovu a vzdělávání jedince, které se navzájem prolínají (Juřeníková, 2010).

Edukace v ošetřovatelství by se měla především soustředit na to, jak předcházet onemocnění, jak udržet nebo navrátit zdraví a jak přimět klienta s nezvratným zdravotním stavem ke zlepšení kvality jeho života. Proto můžeme edukaci rozdělit na primární, sekundární a terciární. Primární edukace je zaměřena na jedince, kteří jsou zdraví. Soustředí se především na prevenci nemocí. Sekundární edukace se soustřeďuje na jedince, kteří již nějakým onemocněním trpí. Cílem sekundární edukace je prohloubit znalosti, dovednosti a postoje jedince. Tento druh edukace klade důraz na dodržení léčebného režimu a posílení soběstačnosti. Terciární edukace věnuje pozornost jedincům, kteří trpí trvalými a nezvratnými změnami (Šulistová a Trešlová, 2012).

Všechny sestry by podle moderního ošetřovatelství měly být schopny poskytovat edukaci tak, aby došlo k uspokojení všech potřeb klienta. Je zcela na klientech, zda poskytované rady přijmou a budou se jimi řídit (Šulistová a Trešlová, 2012).

Pokud dochází k učení, ať už záměrnému nebo nezáměrnému nazýváme tento děj edukačním procesem. Do tohoto děje zasahují čtyři činitelé. Jsou jimi edukanti, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí. Edukantem ve zdravotnickém zařízení je zdravý nebo nemocný klient a vždy se jedná o individuální osobnost. Edukátorem je osobnost, která celý edukační proces řídí a většinou jde o lékaře a zdravotní sestry. Za kvalitu edukačního procesu zodpovídají edukační konstrukty, kterými jsou zákony, předpisy, plány, edukační materiály a standardy. Místo, kde proces probíhá, se nazývá edukační prostředí (Juřeníková, 2010).

Edukace se také může rozdělit na základní, reedukační a komplexní. Při základní

edukaci jsou klientovi předávány nové vědomosti či dovednosti. Pod pojmem reedukační edukace chápeme edukaci, při které můžeme navázat na předchozí vědomosti a dovednosti klienta a můžeme se pokusit je dále prohlubovat. Při komplexní edukaci jsou klientovi předávány vědomosti, dovednosti a postoje, které vedou ke zlepšení zdraví (Juřeníková, 2010).

Edukace se dále může členit na individuální, skupinovou a hromadnou. Nejčastější formou užívanou ve zdravotnictví je forma individuální. Edukace probíhá vždy jen u jednoho edukanta, který je s edukátorem v úzkém kontaktu a nejčastěji probíhá v ambulanci, v nemocnici u lůžka nebo v ordinaci praktického lékaře. Obsah edukace se řídí podle individuálních potřeb klienta. Mezi nejčastější metody řadíme vysvětlování, rozhovor, instruktáž. Při skupinové formě edukace jsou edukanti rozděleni do skupin o 3 až 5 členech. Jedná se o předávání vlastních zkušeností klienta dalším klientům, kteří trpí stejným problémem. Hromadná forma edukace se zaměřuje na širokou skupinu osob. Nevýhodou je nízká aktivita edukantů a chybí zde i individuální přístup (Juřeníková, 2010).

Podle vzájemné interakce můžeme rozeznat přímou, nepřímou a smíšenou formu edukace. Je-li edukant i edukátor v přímém kontaktu, tak se jedná o přímou formu edukace. Velkou výhodou je, že tato forma se může přizpůsobit potřebám klienta. Pokud není edukant s edukátorem v přímém kontaktu, jedná se o nepřímou formu edukace. Edukace může probíhat prostřednictvím korespondence, nebo e-learningu. Při smíšené formě edukace využívá edukant přímého kontaktu s edukátorem a současně se vzdělává doma (Juřeníková, 2010).

Aby byl proces edukace kvalitní, je velice důležité zajistit klientovi vhodné prostředí, ve kterém se účastníci budou cítit dobře a nebudou ničím rušeni. Časový rozsah by se měl podřizovat individuálním potřebám klienta, proto by si měl edukátor zajistit dostatek času. Edukátor by měl dbát i na zpětnou vazbu, kterou si ověří, zda klient informace pochopil, pamatuje si je a umí je uplatnit i při praktických dovednostech (Juřeníková, 2010).

1.6.1 Náplň edukace klienta s infekční mononukleózou

Klient by měl vědět, že závažnost nemoci stoupá s věkem, dále ho upozorníme na to, že infekční mononukleóza častěji vzniká u osob, které mají oslabený imunitní systém. Ke vzniku onemocnění mohou také přispět faktory, jakými jsou například nadměrná tělesná zátěž, nevhodná strava, nadměrná konzumace alkoholu, kouření, znečištěné ovzduší a psychická zátěž. Vysvětlíme klientovi, že dodržování správné životosprávy a zásad zdravého životního stylu může zabránit rozvoji i těžšímu průběhu infekční mononukleózy (Vaništa a Starnovská, 2008).

Ne všechny formy infekční mononukleózy vyžadují hospitalizaci v nemocnici (Kleinerová, 2008). Proto je nutné edukovat klienta o užívání všech předepsaných léků (Vaništa a Starnovská, 2008). Klienta budeme edukovat o zásadách podávání léků per os. Seznámíme klienta se správnou technikou podávání nosních kapek a kloktadel. Důležitou roli hraje edukace i při využití Priessnitzových obkladů v domácí léčbě. Klienta budeme edukovat o tom, jaké bude potřebovat pomůcky a jak obklad správně provede (Kleinerová, 2008).

Edukujeme klienta o tom, že pokud stále trpí horečkami, je důležité zachovat tělesný a psychický klid, a to proto, aby organismus měl zajištěné podmínky pro zvládnutí virové infekce. K poklesu horečky většinou dochází během dvou až čtyř týdnů. Edukovat klienta budeme i o vhodné stravě. Ta by v akutní fázi nemoci měla být co nejsnáze stravitelná. Měla by obsahovat dostatečné množství vitamínů a málo tuků. Velice důležitý je pitný režim (Vaništa a Starnovská, 2008).

Po dobu 3 – 6 měsíců by se klient neměl fyzicky namáhat a měl by dbát na to, že fyzickou námahu je třeba zvyšovat postupně. Vrcholovým sportovcům se povoluje sportovat až poté, co jsou laboratorní výsledky opět zcela v normálu. Kvůli snížené obranyschopnosti organismu je vhodné dbát na to, aby u klienta nedošlo k prochladnutí. Pokud dojde k nákaze horních cest dýchacích, je třeba onemocnění důkladně vyležet (Vaništa a Starnovská, 2008).

Podle hodnot jaterních testů je nutné dodržovat jaterní dietu, a to obvykle 3 až 6 měsíců od počátku onemocnění. Klient by měl mít dostatečné množství informací o zakázaných a nevhodných potravinách a o nevhodných úpravách pokrmů. Po

prodělaném onemocnění platí úplný zákaz užívání alkoholických nápojů. Mezi nevhodné potraviny patří hořčice, kečupy, paštiky, nakládaná zelenina, uzeniny, kořenící směsi a především potraviny s vysokým obsahem tuku. Dále potraviny, které jsou nadýmavé a těžko stravitelné. Za nevhodné úpravy pokrmů považujeme ty, při nichž dochází k přepalování tuků, jedná se tedy o smažení a pečení. Velice vhodné je stravu přijímat častěji a v malých dávkách. Strava by měla obsahovat dostatek vitamínů, důležitý je přísun železa, zinku a hořčíku. Pokud klient nebude dodržovat pitný režim, může dojít k únavě, nechutenství, ke zvýšení teploty a někdy i k znovuvzplanutí nemoci (Vaništa a Starnovská, 2008).

Klient musí být informován o tom, že musí pravidelně docházet na kontroly ke svému praktickému lékaři. Klient by měl být dispenzarizován alespoň rok po prodělané infekční mononukleóze (Roháčová, 2005).

Krev může klient darovat až po uplynutí šesti měsíců od onemocnění. Dále by měl klient vědět, že po nákaze u něj dochází ke vzniku doživotní imunity, proto je možné infekční mononukleózu prodělat pouze jedenkrát za život. Pokud člověk onemocní infekční mononukleózou je nutné, aby to lékař neprodleně ohlásil příslušnému epidemiologickému oboru KHS, neboť toto onemocnění podléhá povinnému hlášení (Kleinerová, 2008).

2 Cíl práce, výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zmapovat úlohu sester v péči o pacienta s mononukleózou.

Cíl 2: Zmapovat spokojenost pacientů po prodělané mononukleóze s ošetřovatelskou péčí.

Cíl 3: Zmapovat spokojenost pacientů po prodělané mononukleóze s edukací.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jakou úlohu hraje sestra v péči o pacienta s mononukleózou?
2. Jak jsou spokojeni pacienti s ošetřovatelskou péčí po prodělané mononukleóze?
3. Jak jsou pacienti spokojeni s edukací o dodržování dietního režimu po prodělaném onemocnění?

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

Pro získání potřebných informací bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření prováděné s klienty po prodělané infekční mononukleóze a dále se sestrami, které pracují na infekčním oddělení. Byla využita metoda dotazování a technika hloubkového rozhovoru. Výhoda kvalitativního výzkumu spočívá v tom, že nám umožňuje získat o jevu podrobnější informace a zároveň poskytuje výzkumníkům možnost zkoumat problematiku do hloubky (Kutnohorská, 2009). Výzkum probíhal v období února a března 2014. Souhlas s provedením výzkumu na infekčním oddělení poskytla hlavní sestra českobudějovické nemocnice elektronickou cestou. Sestry byly ochotné podstoupit hloubkový rozhovor a poskytly souhlas s tím, aby byl nahráván na diktafon.

Podkladem k rozhovorům se sestrami i klienty bylo 17 předem připravených otázek (příloha 1 a 2). Všechny rozhovory byly zaznamenávány pomocí diktafonu a posléze doslovně přepsány v programu Microsoft Office Word 2003. Detailní analýza zjištěných dat probíhala technikou otevřeného kódování, metodou tužka a papír. Při otevřeném kódování se využívá proces rozebírání, prozkoumávání a porovnávání a proces kategorizace dat (Kutnohorská, 2009). Zjištěná data byla kódována do jednotlivých kategorií, ke kterým byly vytvořeny potřebné podkategorie. Rozhovory s respondenty byly označeny písmenem R a očíslovány od čísla 1 do čísla 5. Rozhovory se sestrami byly označeny písmenem S a také očíslovány od čísla 1 do čísla 8. V rozhovorech byly vyhledávány nejčastější pojmy, kterými respondenti a sestry vyjádřili svůj názor k jednotlivým podkategoriím. Pro přehlednost byla jednotlivá slova v podkategoriích vyznačena jinou barvou a každé řádce, kde se vyskytovala odpověď respondenta či sestry, bylo přiděleno číslo. Pokud se tedy respondent nebo sestra číslo 1 zmínili o daném jevu v řádku 10, byl kód zapsán jako R/10 či S/10. Jednotlivé kategorie mohou být zároveň doplněny o přímou citaci (příloha 3).

Pro rozhovor se sestrami byla zvolena část oddělení, která se jevila jako klidná. Rozhovory s klienty probíhaly na neutrálním místě, které si většinou zvolili sami

respondenti. Před začátkem výzkumu bylo samozřejmostí se představit a uvést důvod výzkumu. Všichni dotazovaní byli seznámeni s tím, že samozřejmě bude plně zachována anonymita.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor tvořily čtyři všeobecné sestry a jedna staniční sestra, které pracují na infekčním oddělení (Tabulka 1).

Tabulka 1- Identifikační údaje sester

sestra	S1	S2	S3	S4	S5
věk	47	37	34	41	26
nejvyšší dosažené vzdělání	pomaturitní specializační studium	střední s maturitou	vysokoškolské	vysokoškolské	vysokoškolské
pracovní zařazení	všeobecná sestra	všeobecná sestra	všeobecná sestra	staniční sestra	všeobecná sestra
počet let praxe	27 let	17 let	15 let	22 let	3 roky

Zdroj: vlastní výzkum

Celkem se výzkumu zúčastnilo 5 sester ve věku od 26 do 47 let. Průměrný věk sester je 37 let. Jedna sestra vystudovala pomaturitní specializační studium v Brně, se zaměřením na úsek ošetřovatelské péče o dospělé. Další sestra má středoškolské vzdělání s maturitou, ostatní mají vysokoškolské vzdělání. Pouze jedna respondentka zastává post staniční sestry, ostatní jsou zařazeny jako všeobecné sestry. Délka praxe sester je 3 roky až 27 let. Průměrná délka jejich praxe činí přibližně 17 let.

Druhý výzkumný soubor tvořilo 8 pacientů po prodělané infekční mononukleóze (Tabulka 2).

Tabulka 2 – Identifikační údaje respondentů

respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
věk	21	25	22	21	26	22	24	23
pohlaví	žena	žena	žena	muž	žena	muž	muž	muž
diagnostika mononukleózy	v 16 letech	v 15 letech	v 16 letech	v 19 letech	v 18 letech	v 16 letech	v 18 letech	v 18 letech

Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem se výzkumu zúčastnilo 8 respondentů ve věku od 21 do 26 let. Průměrný věk respondentů je tedy 23 let. Respondentům byla infekční mononukleóza diagnostikována ve věku od 15 do 19 let. Průměrný věk, kdy bylo onemocnění respondentům zjištěno je 17 let.

4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků získaných z rozhovorů se sestrami

Kategorie: Informovanost sester o onemocnění infekční mononukleóza

Kategorie Informovanost sester o onemocnění infekční mononukleóza se soustředí na to, jak sestry definují infekční mononukleózu a kde čerpají nové poznatky o tomto onemocnění. Na základě zjištěných informací na tuto kategorii navazují tři podkategorie: Charakteristika onemocnění, Zdroje informací o onemocnění infekční mononukleóza a Frekvence hospitalizací klientů s infekční mononukleózou.

Z výsledných rozhovorů vyplynulo, že sestry mají dobré znalosti o definici infekční mononukleózy. Všech pět dotazovaných sester definovalo toto onemocnění jako infekční a čtyři sestry podrobněji uvedly, že se jedná o virové onemocnění. Pouze S3 si jako jediná myslí, že infekční mononukleóza nejčastěji postihuje děti a mladistvé. Dvě sestry doplnily, že infekční mononukleózu způsobuje virus Epstein-Barrové.

Většina dotazovaných sester se shodla, že nejužitečnějším zdrojem informací byla škola, kde načerpaly základní poznatky o tomto onemocnění. S1 jako jediná odpověděla: *„Informace čerpám z různých edukačních materiálů.“* Jako velice využívaný zdroj uvádí sestry i odborné publikace. Dvě sestry aktivně využívají semináře, které se touto problematikou zabývají. Nejméně užívaným zdrojem jsou média, která zmínila pouze S5. Dále, S4 jako jediná poznamenala: *„Nejvíc poznatků jsem nasbírala až z praxe.“*

Všechny dotazované sestry odpověděly, že hospitalizace klientů s infekční mononukleózou je poměrně častá. S1 toto tvrzení doplnila: *„Vždycky na našem oddělení najdete jednoho až dva pacienty s mononukleózou.“*

- Infekční onemocnění S1/5; S2/4; S3/4; S4/4; S5/4
- Virové onemocnění S1/5; S2/4; S4/4; S5/4
- Onemocnění postihující děti a mladistvé S3/5

- Onemocnění způsobené EB virem S2/4; S5/5
- Škola S1/5; S2/5; S3/5; S4/4
- Edukační materiál S1/6
- Odborné publikace S2/5; S3/6; S5/5
- Semináře S2/5; S4/5
- Praxe S4/5
- Poměrně častá S1/7; S2/6; S3/7; S4/6; S5/7

Kategorie: Ošetřovatelská péče u klienta s infekční mononukleózou

Kategorie Ošetřovatelská péče u klientů s infekční mononukleózou se zabývá poskytováním hygienické péče u klientů s infekční mononukleózou na infekčním oddělení. Jako součást této kategorie vznikly dvě podkategorie: Hygienická péče a Bariérová ošetřovatelská péče.

Ze získaných rozhovorů je patrné, že hygienická péče na infekčním oddělení se nijak výrazně neliší od péče, která je poskytována na standardním oddělení. Dvě sestry uvedly: *„Péče je shodná s běžnou péčí na standardním oddělení.“* S1 jako jediná zmínila důležitost dodržování hygienických opatření a taktéž jako jediná dodala, že pacient provádí ráno a večer kompletní hygienu. Dvě sestry, které pracují v ambulantní části, se k hygienické péči nevyjádřily vůbec, protože na ambulanci tuto péči neposkytují.

Všechny sestry nezávisle na sobě odpověděly, že pacientům poskytují bariérovou ošetřovatelskou péči. S2 zmínila, že pacient má k dispozici samostatné WC s koupelnou. Individualizace pomůcek je známá všem dotazovaným sestrám. Všechny sestry se shodly, že při péči využívají jednorázové ochranné pomůcky. S3 a S4 dodaly, že nejčastěji používají rukavice a ústenky.

- Bez rozdílu od standardního oddělení S1/9; S3/8
- Dodržování hygienických opatření S1/11
- Kompletní hygiena ráno a večer S1/12
- Samostatné WC a koupelna S2/9
- Ochranné pomůcky S2/10; S3/10; S4/7;

Kategorie: Režimová opatření

Kategorie Režimová opatření se soustředí na zásady, které by měl klient s infekční mononukleózou na infekčním oddělení dodržovat. Po důkladné analýze všech rozhovorů byly ke kategorii Režimová opatření vytvořeny dvě podkategorie: Izolační režim a Zásady dodržované při návštěvách.

Součástí izolačního režimu je podle S2 dodržování přísného klidu na lůžku. Všechny dotazované sestry uvedly, že se pacient nesmí svévolně pohybovat po oddělení. *„Pacient se musí řídit řádem infekčního oddělení,“* doplnila S3.

Možnost návštěv na pokoji uvedly všechny dotazované sestry. Čtyři sestry se zmínily jak o možnosti návštěvy přímo u lůžka pacienta, tak o možnosti, že spolu pacient a návštěva mohou komunikovat v návštěvní místnosti přes sklo, za pomoci sluchátka. Nutnost využití ochranných pomůcek, jako je rouška a ochranný plášť, uvedly všechny dotazované sestry. S3 dodala: *„Platí zde také omezený počet návštěv.“*

- Klid na lůžku S1/4
- Neopouštět pokoj S1/4; S2/13; S3/13; S4/8; S5/10
- Návštěva na pokoji S1/15; S3/16; S5/12
- Komunikace přes sklo S1/17; S2/15; S3/17; S5/12
- Ochranné pomůcky S1/16; S2/14; S3/15; S4/9; S5/12
- Omezený počet návštěv S3/14

Kategorie: Informace o dietním opatření

Kategorie Informace o dietním opatření se zaměřuje především na to, jaké informace podávají sestry klientům ohledně dodržování diety. Po důkladném rozboru všech rozhovorů byly vytvořeny dvě podkategorie, které se nazývají: Vhodná doporučení a Nevhodné potraviny a nevhodný způsob přípravy jídel.

Na podkladě získaných rozhovorů bylo zjištěno, že čtyři sestry podávají klientům informace o pravidelné stravě. O tom, že by klienti měli přijímat menší porce se zmínily dvě z dotazovaných sester. S3 doplnila, že by klient měl přijímat stravu až šestkrát denně. Dále se S3 zmínila o tom, že by se klient měl soustředit na zdravou výživu. Tři sestry mluvily o tom, že by měl klient jíst pouze bílé maso, zejména drůbež a ryby.

Velice důležité je podle čtyř sester zvýšit denní příjem ovoce a zeleniny a to proto, aby klient přijímal dostatečné množství vitamínů. Za nejvhodnější přípravu pokrmů všechny sestry považují dušení. Pouze S1 je toho názoru, že: *„Dieta v dnešní době není až tak striktní.“*

Dvě sestry upozorňují klienty, že by se měli při přípravě pokrmů vyhýbat smažení. Na nevhodnost tučných jídel poukazují tři sestry; dvě sestry uvedly, že pro klienta jsou nevhodné potraviny, které nadýmají. S3 doplnila, že klient by se měl omezit i v příjmu kořeněné stravy.

- Pravidelná strava S1/21; S2/17; S3/18; S4/11; S5/13
- Menší porce S1/21; S3/19; S5/13
- Zdravá výživa S3/20
- Bílé maso S1/22; S4/13; S5/14
- Ryby S4/13
- Přísun zeleniny a ovoce S2/18; S4/13; S5/14
- Dostatek vitamínů S1/22; S2/19; S5/15
- Úprava stravy dušením S1/23; S2/18; S3/21; S4/12

Kategorie: Doporučení po prodělané infekční mononukleóze

Kategorie Doporučení po prodělané infekční mononukleóze se zabývá zásadami, které by měl klient po propuštění z nemocnice dodržovat. Po prozkoumání získaných informací byly vytvořeny podkategorie: Obecné zásady a Fyzická zátěž.

Z rozhovorů jasně vyplynulo, že S1 jako jediná zdůrazňuje klientům nutnost pravidelných kontrol v infekční poradně nebo u praktického lékaře. Čtyři z pěti dotazovaných sester klienty poučily o tom, že zde platí přísný zákaz požívání alkoholických nápojů. Dvě sestry klientům doporučují, aby se vyvarovali nachlazení.

Dvě sestry uvedly, že děti a mladiství mají po prodělané infekční mononukleóze osvobození od tělesné výchovy. S1 dodala, že u studentů platí zákaz praxe. Všechny sestry se shodly na tom, že dospělí by se měli vyvarovat všech sportů. Tělesně šetřit by se klienti měli podle tří sester. S1 doplnila: *„Vše se řídí podle zdravotního stavu.“* Podle S3 je vhodné organismus zatěžovat postupně.

- Děti a mladiství zákaz tělesné výchovy S1/25; S3/22; S4/14; S5/16
- Studenti zákaz praxe S1/26
- Dospělí omezení sportů S1/26; S2/21; S3/23; S4/14; S5/17
- Vše dle zdravotního stavu S1/27
- Tělesný klid S2/21; S4/14; S5/17
- Kontroly u praktického lékaře nebo v infekční poradně S1/28
- Zákaz požívání alkoholu S1/29; S2/22; S3/27; S4/15; S5/18
- Vyvarovat se nachlazení S2/22; S3/26; S4/15

Kategorie: Edukace klienta s infekční mononukleózou

Kategorie Edukace klienta s infekční mononukleózou se soustředí na to, jaké je prostředí, kde edukace probíhá, jak dlouhý je čas, který sestry klientům věnují, jakým způsobem edukaci provádějí a jestli si ověřují, zda klient podané informace pochopil. Na základě získaných poznatků byly vytvořeny podkategorie: Prostředí edukace, Časový prostor, Způsob edukace a Zpětná vazba.

Z rozhovorů jasně vyplynulo, že sestry, které pracují na lůžkové části infekčního oddělení, edukují klienty při příjmu na ambulanci anebo později u lůžka. Dvě sestry, které pracují v ambulantní části, odpověděly, že klienty edukují pouze na ambulanci.

Podle dvou sester je časový prostor, který je nutný věnovat edukaci klienta, individuální. Většina sester se shodla, že optimální doba, která by měla být edukaci věnována, je alespoň třicet minut. Pouze jedna sestra zastává názor, že klientům musí stačit doba kratší než třicet minut.

Všech pět dotazovaných sester uvedlo, že v praxi nejčastěji využívají kombinovanou formu edukace. Nejprve klientovi sdělí veškeré informace ústně a pak mu ještě dají informační leták. S1 uvedla: *„Využíváme rozhovory, takže edukujeme ústně, a také pacient dostává brožury, takže využíváme kombinovanou formu.“*

Zpětnou vazbu všechny dotazované sestry provádějí formou dotazu, pokládají klientovi kontrolní otázky a ověřují si, zda všechny poskytnuté informace správně pochopil. Dvě z dotazovaných sester dodaly, že klienti podepisují edukační protokol, aby byl v jejich dokumentaci záznam o tom, že u nich edukace proběhla. Na otázku, jak

si sestry ověřují, že klient všechny informace pochopil, S2 odpověděla: *„Nejčastěji dotazem. Sami mi řeknou, že něčemu nerozumí, a pak nám podepisují edukační protokol.“*

- Na ambulanci S1/35; S2/24
- U lůžka S1/32; S2/24
- Individualita S2/25
- 30 minut S1/33
- Méně než 30 minut S4/19
- Kombinovaná forma S1/35; S2/26
- Dotaz S1/36
- Podpis edukačního protokolu S1/37

4.2 Kategorizace výsledků získaných z rozhovorů s klienty

Kategorie: Doporučená léčba

Kategorie Doporučená léčba se soustředí na způsob léčby, která je klientům s infekční mononukleózou při diagnostice doporučována. Z podrobného rozboru všech rozhovorů vyplynulo, že klientům je doporučována hospitalizace v nemocnici nebo je klient léčen pouze ambulantně.

Hospitalizaci v nemocnici udalo šest z osmi dotazovaných respondentů. R1 uvedla: *„Lékař velice podcenil moji léčbu a celkovou diagnostiku. Než mi bylo řečeno, že mám mononukleózu, tak jsem chodila dalších čtrnáct dní do školy s tím, že mám alergii - měla jsem totiž oteklé oči, dráždivou rýmu a bolesti v krku. Proto mi předepsal Zodac. Celých čtrnáct dní jsem se již mohla léčit doma v izolaci, aniž bych ohrožovala své spolužáky a lidi v okolí. Po čtrnácti dnech se příznaky začaly zhoršovat a lékař mi řekl, že mám mononukleózu, a pak mi doporučil, že bych měla ležet v nemocnici, a to na infekčním oddělení.“*

Pouze dva respondenti odpověděli, že jim byla doporučena pouze ambulantní léčba.

- Hospitalizace v nemocnici R1/8; R2/3; R3/3; R4/3; R5/3; R6/3
- Ambulantní léčba R7/3; R8/3

Kategorie: Ošetřovatelská péče

Kategorie Ošetřovatelská péče se zabývá zejména tím, zda byl klient spokojený s péči, která mu byla poskytována, či nikoliv. Kategorii bylo dál nutné rozdělit na dvě podkategorie, které řeší pozitivní a negativní stránku ošetřovatelské péče.

Respondenti se shodli, že péče, která jim byla poskytovaná, byla většinou dostačující. Velice kladně vnímali, že jim zdravotnický personál často nabízel pomoc ve všech směrech, takže dle jejich tvrzení byla péče velice aktivní. R6 podotkl: *„Sestry mi poskytovaly základní ošetřovatelskou péči, podávaly mi antibiotika, odebíraly mi krev a všechny výkony mi vždy oznámily a vysvětlily, takže jsem byl nad míru spokojený.“* Podle čtyř respondentů bylo velice příjemné, že péče sester byla zaměřená i na jejich individuální potřeby. R5 dodala: *„Podle mě byl přístup sester profesionální.“*

R3 zastává opačný názor: *„Jediné co mi vadilo, bylo to, že sestry braly všechny pacienty s mononukleózou stejně a nezajímaly se o jejich individuální potřeby.“* Pro čtyři respondenty bylo velice nepříjemné dodržovat izolaci na pokoji. R1 svůj názor vyjádřila takto: *„Ošetřovatelské překážky jsem pocítila v tom okamžiku, když mi sestra bez jakéhokoli slůvka odebírala krev, a také mi vadilo, že se u mě na pokoji vždy někdo objevil bez zaklepání a já ani nevěděla kdo to je.“* Pouze R7 uvedl, že žádné překážky v ošetřovatelské péči nevnímal.

- Dostatečná péče R1/11; R2/5; R3/6; R4/5; R5/4; R6/5; R7/5; R8/5
- Aktivní péče R1/11; R3/5; R4/6; R6/5; R7/5
- Základní ošetřovatelská péče R6/4
- Poskytnutí informací před výkonem R6/5; R8/4
- Péče zaměřená na potřeby R1/12; R2/6; R3/4; R4/6
- Profesionální péče R4/5
- Nezájem o individuální potřeby R3/8
- Izolace na pokoji R2/7; R4/7; R5/6; R6/7
- Neposkytnutí informací před výkonem R1/14; R8/6
- Nerespektování soukromí R1/15
- Nepředstavení se R1/15

Kategorie: Doporučená opatření

Kategorie Doporučená opatření se podrobně zabývá opatřeními, která by měl klient po prodělané infekční mononukleóze dodržovat. Veškeré znalosti respondentů byly podrobeny analýze, na jejímž základě vznikla tato kategorie. Kategorii bylo nutné rozdělit na tři podkategorie: Dietní režim, Fyzická a psychická zátěž a Obecné zásady.

Polovina respondentů odpověděla, že jim sestry poradily, aby přijímali stravu v pravidelných intervalech. Většina respondentů dále uvedla, že jim bylo doporučeno vyhýbat se mastné, kořeněné a nadýmavé stravě. O tom, jaká úprava stravy je po tomto onemocnění nevhodná, byla poučena více než polovina respondentů. Za nevhodnou úpravu stravy považují respondenti smažení a pečení. Dva respondenti se shodli, že jim sestry doporučily přijímat zvýšené množství vitamínů. R4 doplnil: *„Musel jsem dodržovat zásady zdravé výživy, nesměl jsem smažená a tučná jídla. Také mi doporučily, abych dodržoval pitný režim a dbal na dostatečné množství vitamínů.“*

Všichni dotazovaní respondenti uvedli, že museli na nějakou dobu ze svého života úplně vyřadit sport. O dodržování tělesného klidu se zmínilo pět dotazovaných respondentů. Pouze dva respondenti byli informováni, že po úplném vyléčení by fyzická zátěž měla být zvyšována postupně. Dvěma respondentům bylo doporučeno, že by se měli šetřit i psychicky. R6 dodal: *„Bylo mi řečeno, že bych se neměl stresovat a měl být co nejvíc v klidu.“*

Většina respondentů byla poučena o důležitosti pravidelných lékařských kontrol po propuštění. Jen dvěma respondentům tato informace poskytnuta nebyla. *„Musela jsem mít vlastní ručníky, vlastní příbory a nesměla jsem nikomu dávat napít ze svého pití,“* uvedla R1. Dva respondenti dodali, že jim byla poskytnuta podobná informace. Šest respondentů se shodlo, že jim sestry často zdůrazňovaly, aby se vyhýbali konzumaci alkoholických nápojů. Na otázku, zda klienti měli dodržovat ještě další zásady, R3 odpověděla: *„Neměla jsem se vystavovat prostředí, kde bych mohla snadno prochladnout.“*

- Pravidelná strava R2/11; R5/10; R6/12; R7/9
- Nemastná jídla R1/18; R3/13; R4/11; R7/8; R8/8

- Nekořeněná jídla R3/13; R7/8
- Nenadýmavá jídla R3/14; R6/12; R7/8
- Nevhodná úprava pokrmů R3/13; R4/11; R5/10; R6/11; R7/8
- Nesmažit a nepéct R3/13; R4/11; R6/11; R7/8
- Dostatek vitamínů R4/13; R6/10
- Zdravá výživa R4/11; R6/10
- Pitný režim R4/12
- Omezit sport R1/22; R2/13; R3/15; R4/14; R5/11; R6/13; R7/11; R8/10
- Tělesný klid R1/23; R2/12; R3/16; R6/15; R7/12
- Vyvarovat se stresu R3/16; R6/15
- Pravidelné kontroly R1/39; R2/30; R4/30; R5/25; R6/30; R7/24
- Vlastní ručníky a příbory R1/25; R3/18; R4/16
- Nepít ze společných nádob R1/25; R4/17
- Nepít alkohol R4/18; R5/13; R6/18; R7/13; R8/11
- Nenastydnout R3/20; R5/13; R6/16

Kategorie: Postupy při sdělování informací

Kategorie Postupy při sdělování informací se zaměřuje na to, jak jsou respondenti spokojeni se sdělováním informací, jak sestry na respondenty během poskytování informací a ošetřovatelské péče působily, jestli si na klienty vymezily dostatek času, zda bylo klientům zajištěno soukromí při poskytování informací, a nakonec i na to, zda si vůbec sestry ověřily, že klient poskytnutým informacím dostatečně porozuměl. Na základě zjištěných poznatků byly vytvořeny čtyři podkategorie, které tuto problematiku popisují detailně: Působení sester na klienty, Prostor pro sdělování informací, Zajištění soukromí a Ověření porozumění problematice.

Odpovědi respondentů se značně liší v tom, jak na ně sestry během poskytování informací a ošetřovatelské péče působily. Část dotazovaných respondentů měla z komunikace se sestrami pouze kladné dojmy. Respondenti popisovali sestry jako milé, ochotné, příjemné a důvěryhodné. R6 odpověděl: *„Nikdy jsem se sestřičkou neměl problém. Vždy to bylo důvěryhodné, sestřičky byly velice příjemné, ochotné a působily*

informovaně.“ Naproti tomu na několik respondentů působily sestry zcela záporným dojmem. R1 podotkla: *„Některé sestry na mě působily neinformovaně, nebyly schopné mi podat žádné základní informace a ani mi odpovědět na mé dotazy.“* R8 si postěžoval: *„Upřímně jsem s jednáním sester nebyl vůbec spokojený, svou práci se snažily mít co nejrychleji hotovou.“*

Respondenti, kteří měli se sestrami kladné zkušenosti v oblasti komunikace, se shodli, že doba, kterou jim sestry při sdělování informací věnovaly, byla plně dostačující. R4 se domnívá: *„Doba, kterou mi sestry věnovaly, byla podle mě dostatečná, kolem dvaceti minut.“* Respondenti, kteří nebyli s poskytováním informací spokojeni, vidí problém v tom, že jim sestry nevěnovaly dostatek času. Na otázku, jak dlouhý časový prostor si sestry pro klienty vymezily R1 odpověděla: *„Podle mě žádný, sestra se vždycky objevila jen na pár minut.“*

Převážná většina respondentů se shodla, že při sdělování informací jim soukromí zajištěno bylo. Edukace probíhala na vyšetřovně, v ambulanci nebo v ordinaci praktického lékaře, kde se nacházel pouze klient, lékař a sestra. R3 je však jiného názoru: *„Nedá se říct, že jsem v tu chvíli měla dostatek soukromí, na pokoji ležela další pacientka, nemohla jsem proto řádně udržet pozornost a nebylo mi příjemné, když se mé osobní věci probíraly před někým cizím.“*

Na otázku, zda si sestry ověřují, nakolik klient informacím porozuměl, R2 uvedla: *„Sestra se zeptala, jestli všechny informace chápu.“* S tímto tvrzením souhlasí další tři respondenti. R3 odpověděla: *„Sestra mi na konci rozhovoru pokládala různé otázky týkající se diety a léčby.“* R4 odpověděla podobně. Pouze R1 a R8 se shodli, že si sestra žádným způsobem neověřila, zda poskytnutým informacím porozuměli.

- Milé R3/21
- Ochotné R3/21; R6/20
- Příjemné R4/19; R5/15; R6/20
- Informované R3/22
- Důvěryhodné R6/19
- Neinformované R1/26; R6/20; R7/14
- Odtažité R2/18; R7/14

- Pouze několik minut R1/28; R2/19; R8/14
- Přibližně 20 minut R3/23; R4/20; R5/16; R6/21
- Dostatečný R4/20
- Vyšetřovna R1/29; R4/21; R5/17; R6/22
- Ambulance R2/20
- Ordinace praktického lékaře R7/16; R8/15
- Nezajištěné soukromí R3/24
- Dotazem R2/24; R5/20; R6/25; R7/20
- Kontrolní otázka R3/29; R4/24
- Neověřila R1/35; R8/18

Kategorie: Zdroje informací klientů

Kategorie Zdroje informací klientů se soustředí na to, kde si klienti vyhledávali další potřebné informace o svém onemocnění. Dále se věnuje tomu, jaký způsob předávaní informací klienti upřednostňují, a nakonec řeší také to, do jaké míry jsou klienti ochotni se poskytnutými radami řídit. Po podrobném rozboru rozhovorů vznikly tři podkategorie: Zdroje informací, Způsob předávání informací a Ochota řídit se radami.

Jako nejčastější zdroj informací respondenti uvádějí internet. O druhé místo na pomyslné stupnici se dělí informační brožury a odborné publikace. R2 jako jediná uvedla: *„Žádné další informace jsem si nevyhledávala.“*

Nejvhodnějším způsobem předávání informací je podle čtyř respondentů písemná forma. R2 uvedla: *„Byla jsem ráda, že jsem dostala brožuru, ve které bylo všechno shrnuté, a já si to mohla později v klidu přečíst.“* Ústní forma sdělování informací vyhovuje třem respondentům. R4 se vyjádřil takto: *„Mně vyhovuje ústní sdělování informací, protože mám možnost ihned reagovat, pokud něčemu nerozumím.“* Stejný názor zastává i R6. Pouze R1 uvedla, že by uvítala kombinovanou formu sdělování informací. *„Chtěla bych podat základní informace ústně, abych věděla, co za onemocnění vlastně mám; dodatečně bych byla ráda kdybych dostala brožuru s odkazy, které si můžu později prostudovat.“*

Z rozhovorů vyplynulo, že většina respondentů je ochotna řídit se radami sester. R1 uvedla: *„V případě tohoto onemocnění bych se sesterskými radami řídila na 100 %.“* Řada respondentů uváděla, že se radami řídí z toho důvodu, že sestry za svou praxi nasbíraly mnoho zkušeností. R3 jako jediná z dotazovaných zastává názor: *„Jsem raději, když mi informace předává lékař, proto se radami sester neřídím.“*

- Internet R1/37; R3/32; R4/26; R5/22; R6/28; R7/22; R8/20
- Informační brožury R1/37; R3/32
- Nevyhledávala R2/27
- Odborné publikace R4/26; R7/22
- Ústně R4/22; R5/19; R6/23
- Písemně R2/22; R3/27; R8/17
- Kombinovaná forma R1/31; R7/19
- Na 100% R1/36
- Přesně podle pokynů R2/25; R4/25; R5/21; R6/26; R7/21; R8/19
- Pokyny od lékaře R3/31

5 Diskuze

Cílem práce bylo zjistit, jakou úlohu v péči o pacienta s mononukleózou zastává sestra a jak jsou pacienti po prodělané infekční mononukleóze spokojeni s poskytovanou ošetřovatelskou péčí a s poskytováním informací před propuštěním. Pozornost jsme věnovali tomu, jaké mají sestry znalosti o infekční mononukleóze, zda disponují dostatečným množstvím informací týkajících se zásad, které je nutné po tomto onemocnění dodržovat, a zda vhodně využívají zásad edukace. Sestry dostaly příležitost vyjádřit svůj názor na tuto problematiku. Dále jsme se zaměřili na to, jak klienti po prodělané infekční mononukleóze vnímali poskytovanou ošetřovatelskou péči, zda s ní byli spokojeni, nebo vnímali nějaké překážky. Zjišťovali jsme, jaké byly klientům poskytovány informace o dietním režimu a o fyzické a psychické zátěži. Také nás zajímalo, jakým způsobem sestry klientům sdělovaly informace a jak na ně přitom působily. Na výzkumu se podílelo pět sester pracujících na infekčním oddělení a osm respondentů po prodělané infekční mononukleóze. Pro splnění vytyčených cílů byla zvolena kvalitativní forma výzkumu, pomocí metody hloubkového rozhovoru.

V první části výzkumného šetření jsme se zaměřili na to, jaké všeobecné znalosti, sestry o infekční mononukleóze mají, kde čerpají další informace o této problematice a jak častá je hospitalizace klientů s tímto onemocněním. Všeobecné znalosti jsou shrnuty v kategorii Informovanost sester o onemocnění infekční mononukleóza, jež je rozdělena do tří podkategorií. U otázky, jak by definovaly infekční mononukleózu, se všechny sestry shodly, že jde o virové infekční onemocnění. S5 dodává: *„Mononukleóza je virové infekční onemocnění a nejčastěji ji způsobuje virus Epstein-Barrové.“* Jedna sestra dodala, že toto onemocnění se častěji vyskytuje u dětí. Jejich tvrzení se shoduje s údaji v literatuře. Kleinerová (2008, str. 372) ve svém článku uvádí: *„Infekční mononukleóza je běžně rozšířené onemocnění způsobené ubikvitárně se vyskytujícím IV. herpetickým virem - virem Epstein-Barrové. Postihuje především děti a mladistvé.“* Sestry se také shodly na tvrzení, že nejpřínosnějším zdrojem informací byla škola, kde načerpaly nejvíce vědomostí. Dále sestry využívají odborné publikace, edukační materiály a semináře. S4 uvádí: *„Nejvíc poznatků jsem nasbírala až z praxe.“* Na

otázku, jak častá je hospitalizace klientů s infekční mononukleózou na infekčním oddělení, sestry shodně odpověděly, že hospitalizace je poměrně častá. S5 říká: *„Toto onemocnění je docela rozšířené hlavně mezi mladistvými, takže hospitalizace je častá.“* Z průzkumu, který provedl Státní zdravotní ústav, vyplývá, že v České republice bylo v březnu 2014 nahlášeno 165 případů infekční mononukleózy. Haber (2012) ve své publikaci uvádí, že nahlášený počet případů infekční mononukleózy se pohybuje kolem tří tisíc případů za rok. Zastáváme názor, že sestry mají dostatek znalostí a přehled o výskytu onemocnění.

Kategorii Ošetřovatelská péče u klientů s infekční mononukleózou tvoří dvě podkategorie: Hygienická péče a Bariérová ošetřovatelská péče. Sestry jsou toho názoru, že hygienická péče, kterou poskytují klientům na infekčním oddělení, je shodná s péčí na standardním oddělení. S3 uvádí: *„Péče o pacienta je shodná s jakoukoli běžnou péčí na standardních odděleních, s tím rozdílem, že my daleko více využíváme ochranné pomůcky, rukavice, ústenky, které jsou na jedno použití. Dbáme na bariérovou ošetřovatelskou péči, pomůcky používáme jen u jednoho pacienta; také se snažíme, aby na pokoji leželi vždy pacienti se stejnou diagnózou.“* Podstatová (2011) ve svém odborném článku uvádí, že po stanovení diagnózy je klient umístěn na pokoj s pacienty se stejným onemocněním nebo na samostatný izolační pokoj. Klient je seznámen s hygienickým režimem a protiepidemickým opatřením.

Dotazované sestry se shodly na tom, že je velice důležité, aby klient dodržoval režimová opatření. S3 uvádí: *„Pacient se musí řídit řádem infekčního oddělení, nesmí se pohybovat po oddělení a je zde také omezený počet návštěv.“* Podstatová (2011) zastává názor, že sestry musí vyžadovat, aby klient dodržoval domácí řád. Podstatová (2011, str. 55) uvádí: *„Je vhodné poučit návštěvy o nutnosti a způsobu používání jednorázového ochranného oděvu, případně rukavic či ústenky.“*

Při analýze dat jsme se zaměřili na to, jaký mají sestry názor na doporučená opatření po prodělané infekční mononukleóze. Z rozhovorů jasně vyplývá, že sestry věnují značnou pozornost dietním opatřením, fyzické a psychické zátěži a obecným zásadám. Největší pozornost je podle sester třeba věnovat dietním návykům a vhodnému způsobu stravování. Sestry zastávají názor, že nejdůležitějším pilířem celé

léčby je správná životospráva. Podle sester je důležité poskytnout klientovi informace o změně jídelníčku. Sestry se domnívají, že klient by se měl stravovat v pravidelných intervalech a měl by přijímat menší porce jídla. Shodly se i na úpravě jídel. Jako nejvhodnější úprava stravy se sestrám jeví příprava potravin v páře. Naopak úplně zavrhly smažení a pečení. Klienta upozorňují, že by se po dobu rekonvalescence měl vyhýbat kořeněné a nadýmavé stravě. S4 uvedla: *„Určitě vhodné je dušení a nevhodná jsou smažená, tučná a nadýmavá jídla. Pacient by měl jíst ryby, drůbež a zeleninu.“* Je velice zajímavé, že čtyři z dotazovaných sester se domnívají, že toto onemocnění vyžaduje přísné dodržování diety. Pouze jedna sestra zastává názor, že: *„Dieta v dnešní době není až tak striktní.“* Sestry dále zastávají názor, že klient by měl dbát na zvýšený příjem ovoce a zeleniny, aby došlo k dostatečnému přísunu vitamínů. Velice zarážející je fakt, že pouze jedna sestra klientům zdůrazňuje nutnost pravidelných kontrol v infekční poradně nebo v ordinaci praktického lékaře. Dotazováním bylo dále zjištěno, že sestry klienty informují o přísném zákazu konzumace alkoholu a neopomíjejí doporučení, že by se klient po prodělané infekční mononukleóze měl chránit před nachlazením. Sestry dále uvádějí, že by se klient neměl fyzicky namáhat a v období rekonvalescence by měl zátěž zvyšovat postupně. Po pečlivém prozkoumání všech rozhovorů jsme došli k názoru, že všechny dotazované sestry se orientují v problematice týkající se doporučených opatření. Jako velice pozitivní vnímáme fakt, že veškeré informace, které sestry uváděly, přesně korespondují s literaturou, jako je například Kleinerová (2008), Vaništa a Starnovská (2008) nebo Roháčová (2005).

Poslední část výzkumného šetření se sestrami se zabývala edukací klienta s infekční mononukleózou. Soustředila se na to, v jakém prostředí je edukace realizována, jaký čas je klientovi věnován a jakým způsobem jsou klientovi předávány informace. Nakonec se tato kategorie zabývala tím, zda si sestry ověřují, nakolik klient poskytnuté informace pochopil. Z rozhovorů vyplynulo, že sestry se snaží zajistit klientovi dostatek soukromí, takže edukace nejčastěji probíhá na ambulanci nebo přímo u lůžka. Jak uvádí Juřeníková (2010), sestry využívají individuální edukaci, která probíhá vždy jen u jednoho edukanta, který je s edukátorem v úzkém kontaktu. Nemilým překvapením

bylo zjištění, že sestry se domnívají, že všem klientům stačí stejný časový prostor pro sdělení informací, na rozdíl od Juřeníkové (2010), která doporučuje, aby se doba trvání edukace řídila podle individuálních potřeb klienta. Nelze tedy s přesností určit, jak dlouhý časový prostor si sestra musí pro klienta vyhradit (Juřeníková, 2010). A proč tomu tak je? Odpověď je jednoduchá, sestry ve svém zaměstnání nemají dostatek času na to, aby klientovi mohly věnovat potřebný prostor. Jako vhodná se nám jeví skutečnost, že sestry nejčastěji využívají kombinovanou formu edukace. Veškeré informace sdělí klientovi ústně a pak obdrží edukační materiál. S4 uvádí: *„Používám kombinovanou formu. Nejdřív mu všechno vysvětlím ústně a pak mu předám informační leták, kde najde další potřebné informace.“* Z výzkumu je patrné, že sestry v praxi aplikují zpětnou vazbu formou dotazu, kdy klient odpovídá na položené otázky a sestra si tak ověří, zda všechny informace pochopil.

Z výzkumné části, kterou jsme věnovali rozhovorům s klienty po prodělané infekční mononukleóze, jasně vyplývá, že i v současnosti je klientům doporučována hospitalizace, neboť šesti z osmi respondentů ji lékař doporučil. Kleinerová (2008) ovšem tvrdí opak: *„Onemocnění má většinou benigní průběh a ne všichni nemocní vyžadují hospitalizaci.“* Úroveň poskytované ošetřovatelské péče jsme hodnotili na základě odpovědí na otázky zaměřené na spokojenost klientů. Z analýzy těchto odpovědí vyplývá, že klienti jsou ve většině případů spokojeni s poskytovanou ošetřovatelskou péčí nebo k ní mají nepatrné výhrady. Velice kladně vnímali, že jim zdravotnický personál často nabízel dopomoc ve všech směrech, takže dle jejich tvrzení byla péče velice aktivní. R6 podotkl: *„Sestry mi poskytovaly základní ošetřovatelskou péči, podávaly mi antibiotika, odebíraly mi krev a všechny výkony mi vždy oznámily a vysvětlily, takže jsem byl nadmíru spokojený.“* Velice zajímavé jsou názory respondentů na uspokojování jejich potřeb, v této oblasti se jejich názory značně rozchází. Zatímco část respondentů je toho názoru, že sestry se o jejich potřeby zajímaly, druhá část je opačného názoru. R3 podotkla: *„Jediné, co mi vadilo, bylo to, že sestry braly všechny pacienty s mononukleózou stejně a nezajímaly se o jejich individuální potřeby.“* R1 svůj názor vyjádřila takto: *„Ošetřovatelské překážky jsem pocítila v tom okamžiku, když mi sestra bez jakéhokoli slůvka odebírala krev, a také mi*

vadilo, že se u mě na pokoji vždy někdo objevil bez zaklepání a já ani nevěděla, kdo to je." Z této části výzkumu jasně vyplývá, že sestry by se měly více soustředit na uspokojování potřeb klientů, neboť neuspokojená lidská potřeba se v ošetřovatelství stává problémem. Jak uvádí Vágnerová (2010), neuspokojení potřeb klienta může velmi negativně ovlivňovat a komplikovat zdravotní stav člověka.

Jako nepříjemnější se klientům jevila ta část výzkumu, která podrobně rozebírala doporučená opatření po prodělaném onemocnění. Tato oblast byla shrnuta do kategorie se stejným názvem a na základě zjištěných informací byly vytvořeny podkategorie: Dietní režim, Fyzická a psychická zátěž a Obecné zásady. Velice pozitivně vnímáme to, že všichni respondenti se shodují, že jim bylo poskytnuto dostatečné množství informací o vhodném stravování. Většina respondentů dále uvedla, že jim bylo doporučeno vyhýbat se mastné, kořeněné a nadýmavé stravě. O úpravě stravy, která je po tomto onemocnění nevhodná, byla poučena velká část dotazovaných. Za nevhodnou úpravu stravy považují respondenti smažení a pečení. Dva respondenti se shodli, že jim sestry doporučily přijímat zvýšené množství vitamínů. R4 doplnil: *„Musel jsem dodržovat zásady zdravé výživy, nesměl jsem smažená a tučná jídla. Také mi doporučily, abych dodržoval pitný režim a dbal na dostatečné množství vitamínů."* Domníváme se, že by sestry mohly klientům přímo vysvětlit, kterým potravinám by se měli vyhýbat. Vaništa a Starnovká (2008), doporučují vyloučit z jídelníčku všechny potraviny a potravinářské výrobky, které obsahují konzervační činidla (např. hořčice, kečupy, masové konzervy, pomazánky); dále nedoporučují konzumovat uzeniny a žádné uzenářské výrobky, kořenící směsi, potraviny s vysokým obsahem tuků a nadýmavá a těžko stravitelná jídla.

Z průzkumu dále vyplývá, že všichni klienti byli informováni o tom, že by se určitou dobu měli vyhýbat fyzické zátěži. Pro řadu klientů to znamenalo, že po dobu rekonvalescence museli ze svého denního režimu vyloučit sport. Nedobré výsledky měla oblast zabývající se psychickou zátěží. O tom, že by se měli vyvarovat stresu, byli informováni pouze dva respondenti. R6 doplnil: „*Bylo mi řečeno, že bych se neměl stresovat a měl být co nejvíc v klidu."* Vaništa a Starnovká (2008, str. 8) ve své publikaci uvádějí: *„Je třeba připomenout, že i psychický nebo citový stres, způsobený*

například nadměrným studiem před zkouškou nebo ztrátou blízkého člověka, imunitní systém oslabují.“ Velkým přínosem je dle mého názoru to, že sestry nezapomínají klientům poskytovat informace týkají se zákazu požívání alkoholických nápojů. Z výzkumu jasně vyplývá, že tato informace byla poskytnuta všem respondentům.

V další části výzkumného šetření jsme věnovali pozornost oblasti sdělování informací. Tato oblast má zajímavé výsledky a to zejména proto, že názory respondentů jsou značně odlišné. Část dotazovaných respondentů měla z komunikace se sestrami pouze kladné dojmy. Respondenti popisovali sestry jako milé, ochotné, příjemné a důvěryhodné. R6 odpověděl: *„Nikdy jsem se sestřičkou neměl problém. Vždy to bylo důvěryhodné, sestřičky byly velice příjemné, ochotné a působily informovaně.“* Naproti tomu na několik respondentů působily sestry zcela záporným dojmem. R1 podotkla: *„Některé sestry na mě působily neinformovaně, nebyly schopné mi podat žádné základní informace a ani mi odpovědět na mé dotazy.“* Respondenti, kteří byli spokojení s tím, jak s nimi sestry komunikovaly, se shodli, že doba, kterou jim sestry při sdělování informací poskytly, byla dostatečná. Respondenti, kteří nebyli s poskytováním informací spokojeni, vidí problém v tom, že jim sestry nevěnovaly dostatek času. Je problém v tom, že sestry skutečně nemají dostatek času, anebo ho mají, ale nemají chuť věnovat ho klientovi? Domníváme se, že sestry mají dostatečný časový prostor, který by mohly klientovi poskytnout, ale chybí jim motivace k tomu, aby ho věnovaly právě klientovi. Velké pozitivum vidíme v tom, že se většina respondentů shodla na tom, že při sdělování informací měli zajištěné dostatečné soukromí. R3 je však jiného názoru: *„Nedá se říct, že jsem v tu chvíli měla dostatek soukromí, na pokoji ležela další pacientka, nemohla jsem proto řádně udržet pozornost a nebylo mi příjemné, když se mé osobní věci probíraly před někým cizím.“*

Poslední část výzkumu věnovala pozornost tomu, kde klienti získávají informace o infekční mononukleóze, jaký způsob předávání informací je pro ně nejvhodnější a nakonec, jestli jsou vůbec ochotni řídit se radami, které jim sestry poskytly. Nejvíce využívaným zdrojem informací se jevil internet a to z toho důvodu, že je pro respondenty nejdostupnější. Respondenti také udávají, že informace čerpali z informačních brožur, které obdrželi od sester. R2 jako jediná uvedla: *„Žádné další*

informace jsem si nevyhledávala.“ Došli jsme k názoru, že nejvhodnějším způsobem předávání informací je podle respondentů písemná forma. R2 uvedla: *„Byla jsem ráda, že jsem dostala brožuru, ve které bylo všechno shrnuté, a já si to mohla později v klidu přečíst.“* Z rozhovorů vyplynulo, že většina respondentů je ochotna řídit se radami sester. Řada respondentů uváděla, že se radami řídí z toho důvodu, že sestry za svou praxi nasbíraly mnoho zkušeností. Pouze R3, jako jediná z dotazovaných, zastává názor: *„Jsem raději, když mi informace předává lékař, proto se radami sester neřídím.“*

Výsledky výzkumu od sester a klientů se více méně shodují. Největší shoda je zřetelná v oblasti dietního opatření a fyzické zátěže. Nejvíce se výsledky lišily v oblasti psychické zátěže. Sestry uvádějí, že klientům informace o psychické zátěži předávají, zatímco klienti uvádějí, že informace týkající se této oblasti neobdrželi.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakou úlohu zastává sestra v péči o pacienta s mononukleózou, dalšími cíli bylo zmapovat spokojenost pacientů po prodělané mononukleóze s ošetřovatelskou péčí a spokojenost s edukací o dodržování dietního režimu.

Z hloubkových rozhovorů vyplynuly následující skutečnosti: Sestry disponují dostatečným množstvím všeobecných znalostí o infekční mononukleóze. Dokáží toto onemocnění přesně definovat a mají o něm i podrobnější informace. Výzkumem bylo zjištěno, že sestry vědí, jakým způsobem mají poskytovat ošetřovatelskou péči a jsou seznámeny s hygienickým režimem a protiepidemickými opatřeními. Dalším přínosem tohoto výzkumu je to, že jsme získali informace o tom, že sestry vhodným způsobem předávají klientům všechny informace týkající se doporučených opatření. Z výzkumu vyplynulo, že sestry věnují pozornost zejména edukaci o dietním režimu. Na základě získaných informací se domníváme, že úroveň znalostí o doporučených opatřeních je výborná. Tímto jsme tedy získali odpověď na první výzkumnou otázku: Jakou úlohu hraje sestra v péči o pacienta s mononukleózou? Jako zásadní nedostatek vnímáme fakt, že sestry neuskutečňují edukaci přesně podle potřeb klienta, ale sdělí mu pouze základní informace a to v omezeném čase.

Výzkum nám dále potvrdil, že pacienti po prodělané infekční mononukleóze vnímají poskytovanou ošetřovatelskou péči pozitivně a neshledali v této oblasti žádné závažné nedostatky. V budoucnu by se sestry mohly zaměřit na důkladnější uspokojování individuálních potřeb klienta, neboť zmíněné nedostatky se týkají právě této oblasti. Tato část nám poskytla odpověď na druhou výzkumnou otázku: Jak jsou spokojeni pacienti s ošetřovatelskou péčí po prodělané mononukleóze?

Během rozhovorů jsme nabyli dojmu, že největším přínosem pro respondenty je oblast, kde získávají informace o dietním režimu a obecných doporučeních. Jak sami uvádějí, obdrželi dostatek informací o vhodném způsobu stravování a o omezení fyzické aktivity. Zajímavý je fakt, že názory na oblast sdělování informací jsou značně rozdílné. První polovina byla nadmíru spokojená, zatímco druhá polovina by uvítala,

kdyby sestry klientům věnovaly více času. Tato část nám poskytla odpověď na třetí výzkumnou otázku: Jak jsou pacienti spokojeni s edukací o dodržování dietního režimu po prodělaném onemocnění? Z výsledků výzkumu je také patrné, že klienti upřednostňují písemnou formu sdělování informací, a to prostřednictvím edukačních materiálů; proto do přílohy č. 4 přikládáme informační leták, který shrnuje veškeré informace, které se problematiky infekční mononukleózy týkají.

7 Seznam použité literatury

AMBROŽOVÁ, Helena a kolektiv, 2012. *Diferenciálně diagnostické kapitoly z infekčního lékařství.* 2. dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-2040-5.

AMBROŽOVÁ, Helena, 2009. Infekční mononukleóza. *Postgraduální medicína* [online]. Roč. 14, č. 8 [cit. 2013-11-14]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/infekcni-mononukleoza-431507.

BARTOŠOVÁ, Drahomíra, Petr HUSA, Pavel CHALUPA, Lenka KRBKOVÁ a Alena. HOLČÍKOVÁ, 2005. *Infekční lékařství*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3791-1.

BUČKO, Marián, 2013. Dietní systém neboli léčebná výživa. *Sestra* [online]. Roč. 23 č. 7 a 8 [cit. 2013-11-17]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/dietni-system-neboli-lecebna-vyziva-471143.

EHRMANN, Jiří, Petr HŮLEK a kolektiv, 2010. *Hepatologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3118-6.

HABER, Jan, 2012. Virové infekce u imunokompromitovaných pacientů s hematologickou malignitou. *Postgraduální medicína* [online]. Roč. 14, č. 8 [cit. 2013-11-14]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/virove-infekce-u-imunokompromitovanych-pacientu-s-hematologickou-malignitou-467136.

HOLEČKOVÁ, Katarína, 2006. Infekčná mononukleóza. *Via practica*. [online]. Roč. 3, č. 1 [cit. 2013-11-20]. Dostupné z: http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_ id=7&magazine_id=1.

CHRPOVÁ, Diana, 2010. *S výživou zdravě po celý rok*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2512-3.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KLEINEROVÁ, Jana, 2008. Infekční mononukleóza. *Medicína pro praxi.* [online]. Roč. 5, č. 10 [cit. 2013-11-14]. Dostupné z: http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/ med/2008/10/06.pdf.

KOUBA, Karel, Vladimír VONKA, Jiří ŠVEJDA a Josef RICHTER, 1988. *Infekční mononukleóza*. 1. vyd. Praha: Avicenum. ISBN 08-008-88.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

LOBOVSKÁ, Alena, 2001. *Infekční nemoci*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0116-8.

LUKÁŠ, Karel a kolektiv, 2005. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1283-0.

MEJZLÍK, Vladimír, 2002. Zásady léčebné výživy u jaterních onemocnění. *Lékařské listy* [online]. Roč. 51, č. 26 [cit. 2013-11-17]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/zasady-lecebne-vyzivy-u-jaternich-onemocneni-146079.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ, Renáta HERNOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetřovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1443-4.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. *Pečovatelství 2. díl – Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247- 3185- 8.

PODSTATOVÁ, Hana, 2001. *Mikrobiologie, epidemiologie, hygiena.* 1. vyd. Olomouc: Epava. ISBN 80-86297-07-1.

PODSTATOVÁ, Renata, 2011. Péče o pacienty s infekčním onemocněním. *Sestra*. Roč. 21, č. 4, s. 52-56. ISSN 1210-0404.

POPELKOVÁ, Pavla, 2007. Infekční mononukleóza a laboratorní diagnostika. *Zdraví E15* [online]. [cit. 2013-11-17]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/infekcni-mononukleoza-a-laboratorni-diagnostika-321767.

ROHÁČOVÁ, Hana, 2005. Onemocnění vyvolané virem Epsteina-Barrové. *Interní medicína pro praxi.* [online]. Roč. 2, č. 6 [cit. 2013-11-14]. Dostupné z: http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2005/06/06.pdf.

SCHINDLER, Jiří, 2010. *Mikrobiologie: Pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 987-80-247-3170-4.

SMÍŠKOVÁ, Dita, 2012. Infekční mononukleóza a další onemocnění vyvolané virem Epsteina a Barrové. *Interní medicína pro praxi*. Roč. 14, č. 6 a 7, s. 261-263. ISSN 1803-5337.

STAŇKOVÁ, Alena, 2009. Odběr krve – žádná věda? *Sestra*. Roč. 19, č. 4, s. 31-34. ISSN 1210-0404.

STAŇKOVÁ, Marie, Vilma MAREŠOVÁ a Jiří VANIŠTA, 2000. *Infekční lékařství: minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-115-3.

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2014. *Infekce v ČR 2014.* [online]. [cit. 2014-04-01]. Dostupné z: http://www.szu.cz/publikace/data/vyskyt-vybranych-hlasenych-infekci-v-ceske-republice-v-unoru.

ŠPINAR, Jindřich a kolektiv, 2008. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí.* 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1749-4.

ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ, 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetřovatelské péči.* 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-246-5.

VANIŠTA, Jiří a Tamara STARNOVSKÁ, 2008. *Diety při onemocnění mononukleózou.* 2. vyd. Praha: MAC. ISBN 978-80-86783-30-7.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2010. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-084

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNETT, 2006. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1714-X.

8 Seznam příloh

1. Otázky k hloubkovému rozhovoru se sestrami
2. Otázky k hloubkovému rozhovoru s klienty po prodělané infekční mononukleóze
3. Technika kódování
4. Informační leták
5. Přepisy rozhovorů se sestrami a s klienty na CD

Příloha 1 – Otázky k hloubkovému rozhovoru se sestrami

1. Kolik Vám je let?
2. Jaká je délka Vaší praxe a pracujte na ambulantní nebo lůžkové části infekčního oddělení?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Jak byste definovala infekční mononukleózu a kde získáváte další informace o tomto onemocnění?
5. Jak častá je hospitalizace klientů s infekční mononukleózou na Vašem oddělení?
6. Jakým způsobem provádíte hygienickou péči u klientů s infekční mononukleózou?
7. Jaké zásady musí klient s infekční mononukleózou na infekčním oddělení dodržovat?
8. Jaká opatření musí klient s infekční mononukleózou dodržovat pokud má návštěvu?
9. Jaké informace podáváte klientovi o dietním režimu?
10. Jaké potraviny a jaký způsob úpravy pokrmů klientům doporučujete?
11. Jaké informace podáváte klientovi o fyzické zátěži?
12. Jaké další zásady doporučujete klientovi po infekční mononukleóze?
13. Jaké dotazy v rámci infekční mononukleózy Vám klienti nejčastěji pokládají?
14. Kde klientovi nejčastěji předáváte informace týkající se infekční mononukleózy?
15. Jak dlouhý je časový prostor pro sdělování informací o infekční mononukleóze, který můžete klientovi věnovat?
16. Jakým způsobem provádíte nejčastěji edukační činnost?
17. Jak si ověříte, že klient všechny informace pochopil?

Příloha 2 – Otázky k hloubkovému rozhovoru s klienty po prodělané infekční mononukleóze

1. Kolik je Vám let?
2. Kdy Vám byla infekční mononukleóza diagnostikována?
3. Doporučil Vám lékař hospitalizaci v nemocnici nebo jste byl/a léčen/a ambulantně?
4. Jakým způsobem Vám sestry poskytovaly ošetřovatelskou péči a byl/a jste s ní spokojen/á?
5. Jaké zásadní překážky v ošetřovatelské péči jste pociťoval/a?
6. Jakým způsobem Vás sestry informovaly o dodržování správné životosprávy a diety?
7. Jaké informace Vám byly poskytnuty o dietním režimu?
8. Jaké informace Vám byly poskytnuty o fyzické a psychické zátěži?
9. Jaké další zásady Vám byly doporučeny po infekční mononukleóze dodržovat?
10. Jak na Vás sestry při sdělování informací působily?
11. Jak dlouhý časový prostor si pro Vás sestry vymezily?
12. Jak Vám sestra zajistila soukromí při sdělování informací?
13. Jaký způsob předávání informací vy upřednostňujete?
14. Jak si sestra ověřila, že jste všem informacím porozuměl/a?
15. Do jaké míry jste ochoten/ochotna řídit se radami sester?
16. Kde jste čerpal/a další potřebné informace o infekční mononukleóze?
17. Byl jste poučen/a, že po prodělané infekční mononukleóze musíte docházet na pravidelné kontroly k vašemu praktickému lékaři?

Příloha 3 – Technika kódování

S1

Příloha 3 – Technika kódování

Rozhovor č.1 - sestra

1) **Kolik Vám je let?**

1 - 47 let

2) **Jaká je délka Vaší praxe a pracujte na ambulantní nebo lůžkové části infekčního oddělení?**

2 - Na lůžkovém infekčním oddělení pracuji 27 let.

3) **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

3 - Vystudovala jsem pomaturitní specializaci v Brně, se zaměřením na úsek
4 ošetřovatelské péče o dospělé.

4) **Jak byste definovala infekční mononukleózu a kde získáváte další informace o tomto onemocnění?**

5 - Tak je to virové infekční onemocnění a informace jsem získala při studiu a potom
6 v práci z různých edukačních materiálů.

5) **Jak časná je hospitalizace klientů s infekční mononukleózou na Vašem oddělení?**

7 - Podle mě je hospitalizace poměrně častá, vždycky na našem oddělení najdete
8 jednoho až dva pacienty s tímto onemocněním.

6) **Jakým způsobem provádíte hygienickou péči u klientů s infekční mononukleózou?**

9 - Pacientům poskytujeme běžnou ošetřovatelskou péči, kterou vyžaduje jejich aktuální
10 zdravotní stav, ale protože jsme na infekčním oddělení, musíme přísně dodržovat
11 hygienická opatření. Klient provádí kompletní hygienu ráno a večer a buď sám nebo
12 s dopomocí.

7) **Jaké zásady musí klient s infekční mononukleózou na infekčním oddělení dodržovat?**

13 - Velice důležité je, aby pacient dodržoval dietu a nejedl potraviny které nesmí a také
14 musí dodržovat klid na lůžku. Pak také nesmí opouštět pokoj.

8) **Jaká opatření musí klient s infekční mononukleózou dodržovat pokud má návštěvu?**

15 - Někdy je dovolené, aby návštěva šla za pacientem přímo na pokoj, proto se musí
16 obléknout do jednorázového ochranného obleku a také musí mít nasazenou roušku.
17 Pokud za pacientem na pokoj nesmí komunikují mezi sebou přes sklo, za pomoci
18 sluchátka.

9) Jaké informace podáváte klientovi o dietním režimu?

- Pacient od nás dostává při přijetí edukační materiál, který se týká diety při a po mononukleóze, dále má možnost se zeptat na nejasnosti. Nejčastěji pacientovi doporučujeme, aby jedl menší porce vícekrát denně.

10) Jaké potraviny a jaký způsob úpravy pokrmů klientům doporučujete?

- Doporučujeme bílé maso, dostatek vitamínů. Neměli by smažit a péct, naopak je velice vhodné dušení. V brožuře, kterou od nás dostane jsou návody na vaření. Dieta v dnešní době není až tak striktní.

11) Jaké informace podáváte klientovi o fyzické zátěži?

- Pokud se jedná o děti nebo mládež, tak mají zákaz tělocviku, když chodí na praxi tak jsou z ní omluveni. Dospělý člověk by neměl jezdit na hory, jezdit na kole nebo plavat, ale vše se řídí podle jeho zdravotního stavu.

12) Jaké další zásady doporučujete klientovi po infekční mononukleóze?

- Měl by docházet do infekční poradny nebo k praktickému lékaři na kontrolní náběry krve a zdůrazňujeme, že nesmí pít alkohol a to ani v malém množství.

13) Jaké dotazy v rámci infekční mononukleózy Vám klienti nejčastěji pokládají?

- Nejčastěji se zajímají o to, kdy budou moct odjet na hory nebo k moři. Také je zajímá infekčnost, takže se ptají kdy se můžou líbat s partnerem.

14) Kde klientovi nejčastěji předáváte informace týkající se infekční mononukleózy?

- Nejčastěji to probíhá na ambulanci nebo přímo u lůžka.

15) Jak dlouhý je časový prostor pro sdělování informací o infekční mononukleóze, který můžete klientovi věnovat?

- Většinou to trvá 20 až 30 minut.

16) Jakým způsobem provádíte nejčastěji edukační činnost?

- Využíváme rozhovory, takže ústně a také pacient dostává brožury, takže využíváme kombinovanou formu.

17) Jak si ověříte, že klient všechny informace pochopil?

- Pacient nám odsouhlasí, že všemu rozumí, necháváme mu podepisovat edukační protokol, že má všechny potřebné informace.

Příloha 4 – Informační leták

INFEKČNÍ MONENUKLEÓZA

Jedná se o infekční onemocnění vyvolané nejčastěji virem Epsteina-Barrové, vzácněji cytomegalovirem. V České republice patří mezi poměrně častá onemocnění.

Jakým způsobem je možné se nakazit?

Nejčastějším způsobem nákazy je líbání. Virus Epstein-Barrové se vyskytuje ve slinách a to i v době, kdy je nositel zcela zdráv a sám nemá žádné obtíže ani příznaky. Líbání však není jediný způsob nákazy. Virus infekční mononukleózy se přenáší i kontaminovanými předměty (kartáčkem na zuby, nádobím apod.), lze k němu přijít i na společensky hojně navštěvovaných místech (restauracích, jídelnách, zábavách).

Jaké jsou typické příznaky?

Základní příznaky tohoto onemocnění jsou čtyři:

- Únava bývá většinou prvním příznakem, které ohlašuje toto onemocnění. Není to obyčejná únava, jakou všichni znají např. po práci či sportu. U mononukleózy jde o nadměrnou a stále trvající únavu, která se velmi podobá tzv. únavovému syndromu. Pro některé je únava tak nepřekonatelný problém, že nejsou schopni vstát a vykonávat ani banální činnosti.

- Horečka, která provází mononukleózu je často velmi vysoká. Je to individuální, ale u některých pacientů dosahuje až ke 40 °C, hlavně večer.

- Bolesti v krku se velmi podobají bolestem při onemocnění angínou. Pocit knedlíku v krku, špatné polykání i obtížné dýchání, to vše je typické pro obě nemoci.

- Zvětšení lymfatických uzlin je opět typické i pro jiné nemoci (angínu apod.). Dochází k symetrickému zduření předních i zadních krčních uzlin.

Mimo obvyklé příznaky se infekční mononukleóza může projevit zvětšením jater a sleziny.

Jak se dá onemocnění prokázat?

Pokud se objeví některý z příznaků je zapotřebí vyhledat lékařskou pomoc. Lékař po **odběru krve a výtěru z krku** určí diagnózu. Může se jednat o jiné onemocnění, nebo se potvrdí infekce virem Epstein-Barrové. V tomto případě se v krvi objeví zvýšený počet bílých krvinek. Někdy jsou zvýšené jaterní testy.

Kdo tímto onemocněním trpí nejčastěji?

Nejčastější skupinou lidí, kteří onemocní infekční mononukleózou jsou **děti** a **mladiství**. U lidí ve středním a starším věku propukne tato choroba vzácně. Největší skupinou ohrožených jsou lidé (v jakémkoliv věku) s **oslabenou imunitou**.

Jak se infekční mononukleóza léčí?

- **Medikamenty** – lékař předepíše léky dle intenzity příznaků. Na horečku **antipyretika**, pokud se prokáže přítomnost i jiné infekce, tak **antibiotika**. Na únavu je možno užívat některé léky či doplňky stravy, které zvyšují energii.

- **Režimová opatření** – je důležité, aby se rekonvalescent po dobu 3–6 měsíců fyzicky nenamáhal, takže na nějakou dobu musí ze svého života vyloučit sport a to zejména kontaktní, protože by mohlo dojít k poranění sleziny. Po vyléčení je vhodné zátěž zvyšovat postupně. Dále by se měl vyvarovat nachlazení a pokud k němu dojde, tak jej řádně vyležet.

- **Dieta** – by se měla dodržovat přibližně 3–6 měsíců, minimálně však do normalizace jaterních testů. Ve stravě se musí dbát na dostatečný přísun vitamínů. Platí zde absolutní zákaz požívání alkoholických nápojů. Nevhodné jsou všechny potraviny obsahující konzervační činidla (hořčice, kečupy, nakládané zeleniny, masové konzervy, paštiky a pomazánky), dále uzeniny, kořenicí směsi, potraviny a pokrmy s vysokým obsahem tuků, pokrmy nadýmavé a těžko stravitelné. Nevhodné úpravy pokrmů jsou ty, při nichž dochází k přepalování tuků (smažení a pečení). Vhodné je stravu konzumovat pravidelně a v malých dávkách.

Příloha 5 - Přepisy rozhovorů se sestrami a s klienty na CD