



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Ošetrovatelská péče ve zvýšeném hygienicko-  
epidemiologickém režimu z pohledu pacienta**

## **Diplomová práce**

**Studijní program:**  
OŠETŘOVATELSTVÍ

**Autor:** Bc. Lenka Křepelová

**Vedoucí práce:** PhDr. Andrea Hudáčková Ph.D.

České Budějovice 2016



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Ošetrovatelská péče ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu z pohledu pacienta*“ 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 30. 7. 2016

.....

*podpis*



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Andree Hudáčkové, Ph.D. za trpělivost, odborné vedení, cenné rady, vstřícný přístup a obětovaný čas. Poděkování patří i mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala a tvořila zázemí. Také bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se zapojili do výzkumu a podělili se se mnou o své osobní zkušenosti.



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

## Ošetrovatelská péče ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu z pohledu pacienta

### Abstrakt

Vzhledem k současnému stylu života a možnosti cestování přibylo importovaných nákaz a vracejí se i některé choroby, které se u nás již téměř nevyskytovaly. Hrozbu nepředstavují jen hemoragické horečky a jiné vysoce nakažlivé choroby, ale i nemocniční multirezistentní kmeny bakterií, které znamenají velké riziko pro pacienty. Počet nozokomiálních nákaz se stále zvyšuje. V případě podezření nebo již diagnostikovaného infekčního onemocnění je pacient izolován a léčen na infekčním oddělení nebo na kmenovém oddělení na pokoji se zvýšeným hygienicko-epidemiologickým režimem. Nemocný bývá uložen na jednolůžkovém pokoji, je omezena možnost návštěv a personál používá osobní ochranné prostředky. Člověk je holistická bytost a vlivem izolace může docházet k nedostatečnému uspokojování jeho bio-psycho-sociálních potřeb.

Cílem diplomové práce je identifikovat neuspokojené bio-psycho-sociální potřeby pacientů umístěných ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu a popsat změny v potřebách pacienta v závislosti na době hospitalizace.

V teoretické části je popsána problematika infekčních chorob, systém péče o pacienta s přenosným onemocněním a změny v lidských potřebách v období nemoci. Empirická část práce pátrá po neuspokojených bio-psycho-sociálních potřebách izolovaného jedince pomocí kvalitativního výzkumu. Výzkumný soubor tvořilo 10 pacientů hospitalizovaných na pokoji se zvýšeným hygienicko-epidemiologickým režimem. Šetření bylo provedeno v Nemocnici Jihlava technikou polostrukturovaného rozhovoru a výsledky šetření byly zpracovány otevřeným kódováním metodou papír a tužka.

Důraz je kladen na to, že většina potřeb nemocného má biologické, psychické, sociální a dokonce i spirituální aspekty. Míra spokojenosti s poskytováním péče závisí na zdravotním stavu a osobnosti nemocného. Nemalý vliv má i délka hospitalizace.

Během výzkumu bylo zjištěno, že pacienti nemají dostatek informací o specifických péče na infekčním oddělení a tím dochází často k nepochopení nutnosti bariérových opatření. Včasnou a vhodnou edukací lze předejít zbytečným nedorozuměním. Za tímto účelem byl vytvořen edukační materiál s názvem „Průvodce pro pacienty hospitalizované na infekčním oddělení Nemocnice Jihlava“. S výsledky výzkumného šetření byli také seznámeni zaměstnanci infekčního oddělení Nemocnice Jihlava během semináře.

#### **Klíčová slova**

potřeby pacienta; bariérový režim; izolace; hygienicko-epidemiologický režim; infekční choroby; holistický přístup



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

## **Nursing care in increased hygienic-epidemiologic regime from the point of view of the patient**

### **Abstract**

Considering contemporary lifestyle and possibility of travelling imported infections accrued and some illnesses come back that have not occurred nearly at us more. Not only haemorrhagic fevers and other highly infectious illnesses but also hospital multiresistant bacterial strains that mean high risk for patients constitute a threat. The number of nosocomial infectious grows still. The patient is in the case of suspicion or already diagnosed infectious illness isolated and treated in the infectious department or in the tribal department in the room with increased hygienic-epidemiologic regime. The patient is saved in a single room, the possibility of visits is reduced and the staff uses personal protective equipment. The man is holistic being and it can come due to isolation to lack of satisfaction of his/her bio-psycho-social needs.

The aim of this thesis is to identify unsatisfied bio-psycho-social needs of patients in increased hygienic-epidemiologic regime and to describe changes in needs of the patient depending on the time of hospitalisation.

The theoretic part describes the problematics of infectious illnesses, system of the care for the patient with infectious illness and changes in human needs in the period of the illness. The empiric part of the thesis deals with unsatisfied bio-psycho-social needs of isolated individual through quantitative research. The research suite was made up of 10 patients who were hospitalised in the room with increased hygienic-epidemiologic regime. The survey was carried out in the Hospital Jihlava by semistructured interview and the results of the survey were processed by opened coding by method paper and pencil.

It is emphasized that the most needs of the patient have biological, psychical, social and even spiritual aspects. The rate of satisfaction with caregiving depends on the health condition and personality of the patient. Not small influence has the length of the hospitalisation, too.

It was found out during the survey that the patients have not enough information about specifics of the care in the infectious department and that is why there is often a misunderstanding of necessity of barrier measures. It is possible to avoid useless misunderstanding through timely and suitable education. It was created an educational material with the title „Guide for patients hospitalised in the infectious department of Hospital Jihlava“ for this purpose. Employees of the infectious department of Hospital Jihlava were informed with results of the research during a workshop, too.

**Key words**

needs of the patient; barrier regime; isolation; hygienic-epidemiologic regime; infectious illnesses; holistic approach

## Obsah

Úvod.....	11
1 Současný stav .....	13
1.1 Historie.....	13
1.2 Infekční onemocnění.....	14
1.2.1 Původci infekčních onemocnění.....	15
1.2.2 Polyrezistentní kmeny bakterií .....	16
1.2.3 Příznaky infekčních onemocnění.....	16
1.2.4 Diagnostika infekčních onemocnění.....	17
1.2.5 Léčba infekčních onemocnění .....	17
1.2.6 Nozokomiální nákazy .....	18
1.3 Protiepidemická opatření.....	19
1.3.1 Bariérový režim .....	20
1.3.2 Izolace pacienta.....	20
1.3.3 Hygienická desinfekce rukou.....	21
1.3.4 Ochranné pracovní prostředky .....	22
1.3.5 Péče o pacienta.....	22
1.3.6 Péče o prostředí, přístroje a zdravotnické pomůcky .....	23
1.3.7 Manipulace s lůžkovinami a osobním prádlem .....	24
1.3.8 Odstraňování odpadu a úklid .....	24
1.3.9 Závěrečná desinfekce.....	25
1.4 Potřeby pacienta .....	25
1.4.1 Holistická teorie .....	26
1.4.2 Biologické potřeby.....	26
1.4.3 Psychosociální potřeby .....	27
1.4.4 Spirituální potřeby .....	27
1.4.5 Teorie potřeb.....	28
1.4.6 Omezení životních potřeb v nemoci .....	29
1.5 Hodnocení potřeb pacienta .....	30
1.5.1 Hodnocení kognitivních funkcí .....	31
1.5.2 Hodnocení soběstačnosti.....	32
1.5.3 Hodnocení nutričního stavu.....	32
1.5.4 Hodnocení vyprazdňování .....	33



1.5.5	Hodnocení bolesti .....	33
1.5.6	Vliv izolace na pacienta .....	34
2	Cíle a výzkumné otázky .....	35
2.1	<i>Cíle práce</i> .....	35
2.2	<i>Výzkumné otázky</i> .....	35
2.2.1	Výzkumné otázky k cíli č. 1 .....	35
2.2.2	Výzkumné otázky k cíli č. 2 .....	35
3	Metodika.....	36
3.1	<i>Metodika práce</i> .....	36
3.2	<i>Výzkumný soubor</i> .....	36
3.2.1	Základní údaje o výzkumném souboru pacientů .....	37
4	Výsledky rozhovorů .....	40
4.1	<i>Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty</i> .....	40
4.1.1	Kategorie dýchání .....	41
4.1.2	Kategorie bolest .....	42
4.1.3	Kategorie tekutiny.....	43
4.1.4	Kategorie strava .....	45
4.1.5	Kategorie spánek.....	47
4.1.6	Kategorie pohyb.....	49
4.1.7	Kategorie hygiena .....	51
4.1.8	Kategorie přístup personálu a intimita.....	53
4.1.9	Kategorie prostředí .....	54
4.1.10	Vnímání OOP .....	55
4.1.11	Kategorie informace .....	57
4.1.12	Kategorie izolace .....	59
4.1.13	Kategorie spirituální potřeby .....	61
4.2	<i>Hodnocení nedostatečné saturace potřeb</i> .....	62
4.2.1	Neuspokojené biologické potřeby .....	62
4.2.2	Neuspokojené psychické potřeby .....	63
4.2.3	Neuspokojené sociální potřeby .....	65
4.3	<i>Hodnocení potřeb v závislosti na době hospitalizace</i> .....	66
4.3.1	Kategorie dýchání .....	66
4.3.2	Kategorie bolest .....	67
4.3.3	Kategorie tekutiny.....	67

4.3.4	Kategorie strava .....	68
4.3.5	Kategorie spánek.....	69
4.3.6	Kategorie pohyb.....	70
4.3.7	Kategorie hygiena .....	71
4.3.8	Kategorie přístup personálu a intimita.....	71
4.3.9	Kategorie prostředí .....	72
4.3.10	Kategorie vnímání OOP.....	73
4.3.11	Kategorie informace .....	74
4.3.12	Kategorie izolace .....	75
4.3.13	Kategorie spirituální potřeby .....	76
4.4	<i>Vývoj potřeb v závislosti na době hospitalizace.....</i>	<i>77</i>
4.4.1	Potřeby v prvních dvou dnech hospitalizace .....	77
4.4.2	Potřeby v prvním týdnu hospitalizace .....	77
4.4.3	Potřeby po dvou týdnech hospitalizace .....	77
5	Diskuze.....	79
6	Závěr.....	89
7	Seznam použitých zdrojů .....	91
8	Seznam tabulek a schémat.....	98
9	Seznam příloh.....	100
10	Seznam použitých zkratk .....	101

## Úvod

*„Neznám schopnějšího zabijáka, než je izolace.  
Není destruktivnějšího vlivu na tělesné a duševní  
zdraví, než Vaše izolace ode mne a od ostatních.“*

*Zimbardo*

Každý z nás jistě někdy dobrovolně vyhledává samotu, ale právě ona dobrovolnost a ubezpečení, že mohu kdykoliv své osamocení opustit a setkávat se s blízkými lidmi, nám dává jiný rozměr tohoto slova. Někteří vědomě utíkají před lidmi a „izolují se“ od světa (například v kláštorech) a dávají svému osamění spirituální význam. Jejich samota je zcela dobrovolná a právě v ní mohou plně prožívat duchovní život. Setkáváme se i s lidmi, kteří se cítí „uvěznění“ ve svém těle, či se cítí zcela opuštěni v davu lidí, ať už jen proto, že se nedokáží nebo nechťejí přizpůsobit rychlému tempu všedních dnů, či vlivem nějakých jiných okolností. I tito lidé se mohou cítit izolováni.

Ale zaměříme se na osoby, které si svoji izolaci dobrovolně nevybrali. Tedy na pacienty trpící infekční chorobou. Charakteristickou vlastností většiny původců infekčních nemocí je schopnost být přenesen z jednoho jedince na druhého. Stejně jako u všech ostatních chorob člověk přirozeně hledá způsob, jak vzniku onemocnění předejít. Už ve Starém zákoně se setkáváme s lidmi trpícími malomocenstvím. Museli se vyhýbat obydlím a na dálku volat „nečistý“. Již tenkrát si uvědomovali možnost přenosu nemoci z člověka na člověka. A nemusíme chodit ani tak daleko do historie. Ještě v minulých staletích byli lidé trpící nakažlivou chorobou deportováni např. na ostrovy v Tichomoří. Také ti, kteří se rozhodli těmto lidem pomáhat, je museli následovat a odsoudili se k již zmiňované izolaci. Kolik takových dobrovolníků bychom našli dnes?

I dnes je u některých přenosných onemocnění zákonem nařízena povinná izolace, u jiných zůstává nemocný v ústraní dobrovolně či na doporučení lékaře, aby ochránil své blízké. Sami podvědomě cítíme, že izolace je velmi důležitá součást ochrany okolí před rozšířením nákazy, ale už samotné slovo izolace v nás vyvolává negativní emoce. Nesmíme zapomínat, že právě v oné izolaci leží člověk plný strachu, nejistoty a osamocení a je jen na nás, zda mu i přes hradbu ochranných pomůcek dokážeme poskytnout nejen profesionální zdravotní péči, ale také svoji lidskost.

Řada bakalářských a diplomových prací se zaměřuje na problematiku multirezistentních kmenů bakterií a dodržování bariérových opatření. Jsou však zaměřeny na znalosti personálu a dodržování hygienicko-epidemiologického režimu.

Ráda bych se zamyslela, zda během striktního dodržování všech opatření nezapomínáme na samotného pacienta. Ne každý člověk se dokáže o svá práva nahlas přihlásit a to zejména při pobytu v nemocnici. Doufám, že výsledky výzkumného šetření pomohou zmapovat neuspokojené potřeby pacientů ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu a přispět ke zkvalitnění péče o pacienty na infekčním oddělení Nemocnice Jihlava, kde již řadu let pracuji.

# 1 Současný stav

## 1.1 Historie

Infekce v přírodě mají regulační úlohu. Je to přirozený výběr zdravějších a silnějších jedinců, kteří infekci nepodlehnu. Tak se příroda snaží zabránit přemnožení jednotlivých druhů. Poprvé člověk začal bojovat proti přenosu bakterií a parazitů používáním ohně. Tím se částečně podařilo eliminovat alimentární infekce. Dalším účinným opatřením se staly základní hygienické návyky. Ale v okamžiku, kdy se člověku podařilo alespoň částečně se ochránit před jedním patogenním organismem, objevil se další (Beneš, 2009). Na vznik epidemií měly téměř vždy vliv válečné konflikty. Větší koncentrace lidí na jednom místě, přesun lidí na větší vzdálenosti, zhoršené hygienické podmínky, hlad a celkové vyčerpání vojáků i obyvatel byly a jsou ideálními podmínkami pro šíření nákazy (Rozsypal et al., 2013). Infekční nemoci jako břišní tyfus, mor, skvrnitý tyfus, chřipka a jiné infekce nejednou ovlivnily běh dějin. Byly schopné vyhubit celá města i kraje. To způsobilo ekonomickou a morální krizi na dlouhé období. Od 16. století Evropu zasáhlo ještě několik epidemií. Jednalo se o mor, cholera anebo španělskou chřipku. Snad proto, že na tyto velké epidemie umíraly i miliony lidí, infekční nemoci jako tuberkulóza, syfilida, variola nebo dětské nemoci jako záškrť, černý kašel a spalničky byly přehlíženy. Ještě na začátku 20. století v Evropě na ně umíraly stovky lidí ročně (Beneš, 2009). Pro boj s infekčními chorobami dlouhá staletí neměli lidé jiné prostředky, než snahu o dodržování hygieny, tepelnou úpravu potravin, vyhýbání se postiženým oblastem a izolace postižených (Rozsypal et al., 2013). Až v roce 1796 proběhl první pokus o očkování proti neštovicím, které se ve větší míře rozšířilo v průběhu 19. století. Používání dezinfekce bylo asi po padesáti letech dalším velkým pokrokem v boji proti nebezpečným organismům. Umývání rukou v chlorové vodě snížil výskyt horečky omladnic. Všechna tato opatření byla spíše dílem náhody. Teprve ve druhé polovině 19. století nastal zásadní zlom v rozvoji mikrobiologie. Byl podmíněn přijetím vědeckých poznatků a používáním mikroskopu. Mezi první průkopníky patřil Louis Pasteur a Robert Koch. Jejich poznatky prokázaly, že infekční choroby jsou způsobeny patogenními mikroorganismy. První účinnou ochranou proti infekčním chorobám bylo očkování proti antraxu a vzteklině (1885). Velký pokrok v léčení infekčních nemocí byl zaznamenán po druhé světové válce, protože mohla být v léčbě použita antibiotika (Beneš, 2009).

Po válce byl v Československu zaveden dobře propracovaný a účinný model boje proti infekčním chorobám převzatý ze Sovětského Svazu. Byly zahájeny rozsáhlé plošné očkovací programy, ale také aktivní vyhledávání zdrojů nákazy, jejich izolace a likvidace. Využívána byla i represivní opatření. Zavedení plošného očkování a izolace nemocných s přenosnými chorobami mělo velký vliv na snížení výskytu některých infekčních nemocí a dokonce se naši odborníci podíleli na eradikaci pravých neštovic (Rozsypal et al., 2013). Postupně se objevily i stinné stránky tohoto systému. Nebral ohled na jednotlivce a jeho potřeby a nerespektoval přirozená lidská práva (Beneš, 2009). Nucený pobyt v nemocnici býval neopodstatněný a zbytečně dlouhý (Rozsypal et al., 2013).

Jako každý obor prochází infekční lékařství vývojem, kde se odráží požadavky moderní medicíny. Dříve se infekčním chorobám věnovali internisté a dětské lékaři. Po druhé světové válce došlo k rozvoji infekčního lékařství jako samostatného oboru. Za zakladatele infekčního lékařství je považován profesor Jaroslav Procházka (Rozsypal et al., 2013). Po roce 1989 se muselo také infekční lékařství přizpůsobit potřebám moderní medicíny (Beneš, 2009). Dnešní společnost klade velký důraz na lidskou důstojnost a základní lidská práva. Jsme povinni je respektovat během celého života. Tuto skutečnost je třeba si připomínat zejména v situacích bezmoci jako stáří nebo v období duševní nemoci (Adamcová et al., 2010). Pacient od sestry očekává trpělivost, laskavost, ochotu a schopnost vysvětlovat (Kutnohorská, 2010).

Vzhledem k současnému stylu života a možnosti cestování přibylo importovaných nákaz a bohužel se nám vrací i některé choroby, které se u nás již téměř nevyskytovaly (Černý, 2008). V dnešní době nepředstavují hrozbu jen hemoragické horečky a jiné vysoce nakažlivé choroby, ale i nemocniční multirezistentní kmeny bakterií znamenají velké riziko pro naše pacienty. Počet nozokomiálních nákaz se stále zvyšuje (Staňková et al., 2008).

## **1.2 Infekční onemocnění**

Ne všechny mikroorganismy v lidském organismu jsou škodlivé. S některými bakteriemi člověk žije ve vzájemné symbióze (Schindler, 2010). Jsou člověku prospěšné při činnosti imunitního systému a při řadě fyziologických procesů. Mají ochrannou funkci na sliznicích a kůži a tím se podílejí na obranyschopnosti. Ve střevě jsou potřebné k rozkladu a kvašení potravy, pomáhají ke vstřebávání mnohých živin a produkují některé vitamíny (Rokyta, 2008). Složení mikroflóry, která se běžně nachází

u každého jedince, závisí na věku, výživě a prostředí, v němž se nachází. Jednotlivé typy bakterií jsou vždy charakteristické pro určitá místa lidského těla. Jejich nebezpečí spočívá ve schopnosti vniknout do míst, která jsou za normálních okolností sterilní (Streitová a Zoubková, 2015). Infekční onemocnění je vyvoláno specifickými infekčními původci nebo jejich toxiny (Husa et al., 2011). Vzniká proniknutím patogenu do lidského organismu, kde se následně pomnoží a po inkubační době může v organismu vzplanout akutní infekce. Zdrojem infekce může být nemocný člověk, bacilonosič, některé druhy zvířat nebo zevní prostředí (Navrátil, 2008). Cesta přenosu je závislá na typu agens. K přenosu dochází cestou kapénkové nákazy, potravou, poraněním, pohlavním stykem, krví, kousnutím hmyzem, cestou přenosu z matky na dítě (Podstatová, 2011). Zda infekční onemocnění propukne, závisí na množství mikroorganismů, které do těla pronikly a na jejich schopnosti vyvolat onemocnění. Dalším ovlivňujícím faktorem je obranyschopnost jedince. Psychosomatický stav má velký vliv na rozvoj onemocnění (Navrátil, 2008).

### ***1.2.1 Původci infekčních onemocnění***

Původci vyvolávající infekční onemocnění jsou jednoduché, jednobuněčné nebo podbuněčné organismy viditelné pouze pod mikroskopem. Patří mezi ně bakterie, viry, mikroskopické houby, živočišní paraziti a priony (Rozsypal et al., 2013). Viry jsou nejjednodušší organismy, nejsou schopny samostatného množení a jsou plně závislé na hostitelské buňce (Schindler, 2010). Mimo buňku jsou viry ve statickém stavu (Rozsypal et al., 2013). Po vstupu do hostitelské buňky ztrácí virus svůj obal a uvolňuje nukleové kyseliny a tím začne řídit aktivity hostitelské buňky. Ta pak vytváří nové virové částice, které napadají další buňky a celý cyklus se opakuje ve všech napadených buňkách (Beneš 2009). Bakterie jsou složitější a větší jednobuněčné mikroorganismy nemají pravé buněčné jádro a chybí jim i jaderná membrána. Mají DNA i RNA, rostou nezávisle na hostitelské buňce a rozmnožují se dělením. Mezi základní tvary patří kulovité koky a tyčkovité bacily (Schindler, 2010). Houby patří mezi mikroorganismy způsobující mykózy. Řadíme mezi ně kvasinky a plísňe. Způsobují těžké systémové infekce, zejména u imunokompromitovaných osob. (Rozsypal et al., 2013). Paraziti neboli cizopasnici využívající jiný živý organismus, odebírají mu živiny a škodí mu. Jsou to jednobuněčné nebo vícebuněčné organismy (Beneš, 2009).

### ***1.2.2 Polyrezistentní kmeny bakterií***

Některé bakterie jsou přirozeně rezistentní k vybraným druhům antibiotik. Je to dáno buněčnou strukturou. I dříve citlivé buňky se mohou stát rezistentními vlivem změny v genomu. K těmto mutacím dochází při dělení buněk. Každá populace citlivých buněk obsahuje i malý počet rezistentních jedinců, které se za normálních okolností neuplatní. Po podání antibiotika dojde k usmrcení citlivých buněk, ale rezistentní přežívají. Za vhodných podmínek může dojít k selektivnímu přemnožení rezistentních bakterií (Schindler, 2010). Z tohoto důvodu je třeba antibiotika předepisovat uvážlivě a v indikovaných případech. Vždy je třeba dodržovat zásady pro používání antibiotik. Před každým podáním antibiotik by mělo být zváženo, zda není vhodné odebrat ještě nějaký materiál na kultivaci a citlivost pro potvrzení původce infekce, zvážit možné nežádoucí účinky, vybrat nejméně zatěžující druh a stanovit dostatečnou dávku (Beneš, 2009). U hospitalizovaných pacientů bývá podávání antibiotik konzultováno s antibiotickým centrem (Kollárová, 2011).

### ***1.2.3 Příznaky infekčních onemocnění***

Infekční onemocnění mohou probíhat pod typickým či atypickým klinickým obrazem jako akutní onemocnění. Druhá forma je latentní, kdy je nemocný bez klinických příznaků, ale můžeme jej prokázat laboratorně. Třetí formou je asymptomatický průběh onemocnění (Kapounová, 2007). Příznaky onemocnění se začínají rozvíjet po uplynutí inkubační doby. To je období od vniknutí infekčního agens do organismu do objevení se prvních příznaků. Příznaky můžeme dělit na specifické a nespecifické. Specifické příznaky jsou typické pro dané onemocnění a nespecifické mohou doprovázet i jiná onemocnění. Velmi častým nespecifickým příznakem infekčních chorob je horečka doprovázená malátností, únavou, nechutenstvím, bolestmi hlavy a zvracením. Tyto příznaky se objevují ještě před začátkem vlastního onemocnění. Mluvíme o takzvaném prodromálním stádiu (Černý, 2008). Teprve později dojde k plnému rozvoji onemocnění. Ne u všech jedinců se symptomy projeví se stejnou intenzitou. Průběh onemocnění může být ovlivněn řadou faktorů. Rozhodujícím je poměr mezi potenciálem infekčního agens a obranyschopností jedince. Infekce může probíhat bezpříznakově nebo pod obrazem lehkého, krátkého onemocnění. Často s typickým, většinou středně těžkým průběhem a nebo s velmi těžkým průběhem, který nemocného akutně ohrožuje na životě (Rozsypal et al., 2013).



#### ***1.2.4 Diagnostika infekčních onemocnění***

Onemocnění se projevuje subjektivními příznaky, které popíše sám pacient, objektivními příznaky, které zjistíme při fyzikálním vyšetření a nedílnou součástí diagnostiky jsou laboratorní výsledky (Rozsypal et al., 2013). Včas a správně stanovená diagnóza je důležitým předpokladem efektivní a úspěšné léčby pacienta (Černý, 2008). Jako u každého onemocnění je základem diagnostiky dobře odebraná anamnéza. Při jejím získávání sehrává významnou úlohu i sestra, protože s pacientem tráví delší čas než lékař a pacient si na řadu informací vzpomene až později. U infekčních chorob je anamnéza odebraná stejně jako v ostatních klinických oborech a navíc je rozšířena o speciální epidemiologickou část. Týká se výskytu infekčních onemocnění v pacientově blízkosti, cestování do zahraničí, koupání v přírodě, stravování, pitných zdrojů, kontaktů se zvířaty, poštípání hmyzem, přisátí klíštěte a sexuálních kontaktů (Rozsypal et al., 2013). Také fyzikální vyšetření má velký podíl na správném stanovení diagnózy. Zahrnuje vyšetření tělesného stavu zohledňující informace získané v anamnéze (Navrátil, 2008). Aspekce, auskultace a palpce musí být součástí vyšetření každého pacienta. Pomáhá nasměrovat k dalším složitějším a nákladnějším vyšetřením. Pozorná sestra, která má blízký a častý kontakt s pacientem, může odhalit některý z příznaků a včas upozornit lékaře (Černý, 2008). Biochemická, hematologická a rentgenologická vyšetření jsou základem pro všechny obory. Mimo tato vyšetření se infekční lékařství opírá o mikrobiologii a imunologii. Některá biochemická i hematologická vyšetření mají rozhodující význam pro stanovení diagnózy. Jiná mají pouze pomocný význam. Sledování rovnováhy vnitřního prostředí, glykemie, hladiny iontů, renálních parametrů je nedílnou součástí léčby nemocného. Mikrobiologické vyšetření je hlavní diagnostickou metodou pro stanovení vhodné léčby antibiotiky. Je třeba si uvědomit, že výsledky všech těchto vyšetření mohou být zkresleny nesprávným načasováním a způsobem odběru. I zde má sestra nezastupitelnou úlohu v diagnostice. Odběry biologického materiálu jsou plně v kompetenci všeobecných sester (Černý, 2008).

#### ***1.2.5 Léčba infekčních onemocnění***

Léčba infekčních chorob má za účel zmírnit symptomy vyvolané onemocněním, zachovat funkci postižených orgánů a eliminovat infekčního původce. Symptomatická léčba odstraňuje nebo zmírňuje bolesti, teplotu, zvracení, průjem, křeče, krvácení a jiné symptomy způsobené nemocí. Léčba symptomatická se prolíná s léčbou podpůrnou. Podpůrná léčba zajišťuje vytvoření podmínek pro léčebný proces. Základem pro brzké

uzdravení je zachování tělesného a duševního klidu. Velmi důležitý je dostatečný příjem tekutin, minerálů a výživy. Musíme přihlížet i ke komorbiditám a k celkovému stavu pacienta. Péče o kůži a sliznice je součástí péče o každého pacienta (Černý, 2008). Podávání antibiotik je základem léčby bakteriálních onemocnění. Cílem kauzální léčby je původce onemocnění usmrtit nebo omezit jeho růst. Dle toho rozlišujeme účinky antibiotik na bakteriocidní a bakteriostatické. Není-li znám původce onemocnění a je třeba léčbu neprodleně zahájit, jsou antibiotika ordinována empiricky. Většinou se jedná o širokospektrá antibiotika. V okamžiku kdy je znám původce na základě kultivačního vyšetření, dostává pacient cílenou léčbu. U závažnějšího průběhu onemocnění se léčba zahajuje intravenózním podáním a později je možné pokračovat podáváním per os (Martínková, 2007). Je důležité dodržovat zásady podávání antibiotik. Jejich neopodstatněné a časté užívání má dopad na zvyšování rezistence. Důsledkem je selhávání antibiotické léčby (Rozsypal et al., 2013).

### ***1.2.6 Nozokomiální nákazy***

Některé kmeny bakterií mají schopnost přežívat v nemocničním prostředí a jsou odolné proti působení antibiotik a desinfekčních prostředků. Nejsou nebezpečné pro člověka s normálním stavem imunity, ale pro pacienta po operaci či vyčerpaného vleklým onemocněním mohou končit smrtí. Léčba je svízelná, protože většina antibiotik není proti těmto rezistentním kmenům účinná. Zbylá účinná antibiotika často nejsou vhodná pro chronicky nemocné pacienty pro jejich toxicitu (Navrátil, 2008).

Nozokomiální nákazy jsou infekce vzniklé v přímé souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení (Streitová a Zoubková, 2015). Poprvé byla prokázána nozokomiální nákaza doktorem Semmelweisem v roce 1874. K rozsáhlejšímu řešení této problematiky došlo až v 60. letech 20. století v souvislosti rozšířením stafylokokové infekce. Dnes se uvádí výskyt asi u 5 – 10 % hospitalizovaných pacientů. Četnost se zvyšuje s délkou hospitalizace a více jsou ohroženi pacienti operačních oborů, novorozeneckých oddělení, psychiatrických léčeb a pacienti se sníženou imunitou. Pacienti hospitalizovaní na ARO a JIP jsou vystaveni riziku nákazy asi v 25 % (Rozsypal, a další, 2013). Nozokomiální nákazy mají negativní vliv na průběh základního onemocnění, mohou způsobit trvalé následky nebo končit i úmrtím nemocného. Neopomenutelné jsou i zvýšené finanční náklady na léčbu (Göpfertová et al., 2006). Infekční oddělení jsou v tomto ohledu oproti očekávání relativně bezpečná díky striktnímu dodržování epidemiologického režimu (Rozsypal et al., 2013).

Nespecifické nozokomiální nákazy jsou způsobeny původci infekcí, které se běžně vyskytují mezi populací (Göpfertová et al., 2006). Jejich léčba nebývá komplikovaná, protože se zpravidla jedná o běžné kmeny bakterií, které jsou citlivé na antibiotika. Průběh u hospitalizovaných pacientů může být závažnější než u běžné populace (Navrátil, 2008). Specifické nozokomiální nákazy jsou způsobeny původci typickými pro zdravotnická zařízení (Streitová a Zoubková, 2015). Mohou vznikat jako důsledek diagnostických a terapeutických zákroků. Těmto infekcím je třeba předcházet důsledným dodržováním zásad asepse, desinfekce a sterilizace. (Navrátil, 2008). Dále se nákazy dělí na exogenní a endogenní. Exogenní infekce vzniká průnikem patogenu do organismu zvenčí. Endogenní vzniká zavlečením agens z kolonizovaného místa do jiného systému například při operaci. Dle místa postižení dělíme nákazy na respirační, uroinfekce, infekce pohlavního ústrojí, gastrointestinální, katérové a infekce v ráně. Zdrojem nákazy může být pacient sám, spolupacienti, ošetřující personál nebo návštěvy (Streitová a Zoubková, 2015).

Dodržování protiepidemického režimu výrazně ovlivňuje výskyt nozokomiálních nákaz. (Navrátil, 2008). I Vandijck (2010) zastává názor, že sestry mohou významně přispět k prevenci nozokomiálních nákaz. Ovšem prozatím nevidí opatření jako dostatečně účinná a klade důraz na lepší proškolení sester. Nezbytné je daná doporučení v praxi dodržovat.

V rámci aktivního vyhledávání nozokomiálních infekcí v Nemocnici Jihlava je prováděn mikrobiologický screening MRSA u převzatých pacientů z jiného zařízení, nebo u pacientů s cestovatelskou anamnézou. U pacientů dlouhodobě hospitalizovaných, imunokompromitovaných, polymorbidních a umístěných na ARO nebo JIP se pravidelně provádí mikrobiologický monitoring. I při kultivačních vyšetřeních klinický mikrobiolog sleduje výskyt nemocničních kmenů bakterií. Pasivní vyhledávání provádí lékař oddělení formou hlášení nozokomiální nákazy týmu nozokomiálních infekcí. Tým informuje 1x měsíčně vedení nemocnice a vydává nová protiepidemická opatření (Skačáni, 2014).

### ***1.3 Protiepidemická opatření***

V případě podezření nebo již diagnostikovaného infekčního onemocnění je pacient léčen na infekčním oddělení. V některých případech může být léčen ambulantně. Hospitalizace může být z důvodů prevence, diagnostiky i léčby (Černý, 2008). Včasná diagnostika a izolace nemocného má významnou roli v protiepidemických opatřeních.

Smyslem těchto opatření je eliminace zdroje nákazy, přerušení cesty přenosu a zvýšení odolnosti exponovaných jedinců. Vybraná infekční onemocnění podléhají hlášení orgánu ochrany veřejného zdraví. Pracovníci hygienické služby na základě tohoto hlášení provádí epidemiologické šetření, které má za cíl odhalit příčiny a zdroje nákazy a tím zamezit dalšímu šíření infekce. Závěry šetření jsou podkladem pro další opatření (Rozsypal et al., 2013). Poskytování péče se řídí vyhláškou 306 ze dne 12. září 2012 o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče (Vyhláška 306/2012 Sb.).

### **1.3.1 Bariérový režim**

Každé zdravotnické zařízení má ve svém vnitřním řádu stanoveny hygienicko-epidemiologické zásady. Jednotlivá pracoviště mají svůj provozní řád upraven podle podmínek a specifík, a proto mohou být do jisté míry odlišné. Provozní řád podrobně popisuje charakteristiku pracoviště, používání desinfekčních prostředků a proces sterilizace, manipulace s prádlem, stravou, odpady a podobně. Dále zahrnuje prevenci nozokomiálních nákaz, zásady pro mytí a desinfekci rukou a používání osobních ochranných prostředků (Kareš, 2008). Zvýšený hygienicko-epidemiologický režim se zejména vztahuje na infekční oddělení a na oddělení, která zřizují tento režim pro své již hospitalizované pacienty. Dodržování zásad bariérové péče napomáhá zamezení šíření nozokomiálních i profesních nákaz (Černý, 2008).

Dle Směrnice Nemocnice Jihlava „*Prevence vzniku a šíření nozokomiálních a profesionálních infekcí*“ je při péči o pacienta s podezřením nebo prokázanou komunitní či nozokomiální infekcí způsobenou patogeny MRSA, *Clostridium difficile*, *Clostridium perfringens*, multirezistentní gramnegativní bakterie, průjmová onemocnění virové či bakteriální etiologie a jiné, důležité dodržovat přísný bariérový režim (Cmuntová, 2014a).

### **1.3.2 Izolace pacienta**

Pacient je uložen na samostatném pokoji s vlastním hygienickým zařízením. Výjimku mohou tvořit pacienti se stejným původcem onemocnění. Tento postup se nazývá kohortace pacientů (Meduna, 2012). Pokoj musí být označen nápisem „Zvýšený hygienicko-epidemiologický režim“. Je důležité poučit nemocného i příbuzné o nutnosti opatření a důsledcích nedodržování bariérového režimu (Příloha 1). Je upozorněn na

nutnost omezení návštěv a kontaktu s dalšími pacienty. Pro pacienta platí striktní zákaz opuštění pokoje. Pokud jsou návštěvy lékařem dovoleny, musí použít jednorázový ochranný oděv, rukavice, ústenku a návleky na obuv. I rodina nemocného musí být poučena o správné desinfekci rukou (Cmuntová, 2014a). Zdravotnickým pracovníkům jsou zásady bariérového režimu známy. Laická populace však dostatek informací zpravidla nemá. Firma B Braun ve spolupráci s Mgr. Janou Lehnertovou z Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně realizovala projekt týkající se zapojení pacientů a laické veřejnosti do programu hygieny rukou. Umístili u každého lůžka edukační materiál, který upozorňuje na rizikové momenty přenosu infekce. Také vybízí pacienty, aby se nebáli zeptat svých blízkých i personálu, zda provedli desinfekci rukou před kontaktem s nimi (Lehnertová, 2016). Lehnertová (2016) dodává, že je vždy účinnější prevence, než represivní opatření. Používání osobních ochranných prostředků a další bariérová opatření chrání pacienty i personál oddělení (Kašík, 2008).

Na odděleních intenzivní péče je vhodné vyčlenit k ošetřování pacienta jednu sestru a na izolačním pokoji maximálně omezit pohyb nadbytečných osob. Na pokoj se zvýšeným hygienicko-epidemiologickým režimem nemají povolený vstup medicí a studenti zdravotnických škol. Veškeré výkony se na izolačním pokoji musí provádět jako poslední. (Cmuntová, 2014a). Biologický materiál odebraný za účelem vyšetření je nutné řádně označit a uložit samostatně v jednorázovém přepravním obalu, odděleně od žádanky, aby nemohlo dojít k její kontaminaci (Titěrová, 2013).

### ***1.3.3 Hygienická desinfekce rukou***

Ošetřující personál je soustavně vystaven expozici infekčních mikroorganismů. Dodržování správných zásad hygieny rukou je důležité pro ochranu pacientů i personálu. Světová zdravotnická organizace vydala edukační materiál (Příloha 2), kde popisuje pět momentů, kdy je nezbytné hygienickou desinfekci rukou provést (Potter a Perry, 2016).

Více než 60 % nozokomiálních infekcí je přeneseno rukama zdravotníků. Desinfekce rukou je jedním z nejdůležitějších prostředků v prevenci šíření nozokomiálních nákaz (Kapounová, 2007). Provádíme ji 30 sekund alkoholovým desinfekčním přípravkem aplikovaným v dostatečném množství tak, aby byly ruce úplně a rovnoměrně pokryté po celou požadovanou dobu. Mytí rukou mýdlem pod tekoucí vodou s následným opláchnutím a pečlivým osušením jednorázovým ručníkem se provádí při viditelném znečištění rukou, po použití toalety, před jídlem a po

pravděpodobném kontaktu se sporulujícími mikroorganismy např. *Clostridium difficile* (Maďar et al., 2006). Hygienickou desinfekci rukou provádíme před a po kontaktu s pacientem, a to nezávisle na použití rukavic, bezprostředně po sejmutí rukavic, před aseptickým výkonem, po kontaktu s biologickým materiálem i v případě, že byly použity rukavice, po kontaktu s předměty v bezprostřední blízkosti pacienta. Rukavice se dle protiepidemického řádu používají při kontaktu s krví, biologickým materiálem, sliznicemi a porušenou kůží. Rukavice se musí vyměnit vždy, pokud došlo při ošetřování pacienta ke kontaktu s potenciálně infekčním materiálem a ošetřování dále pokračuje. Bezprostředně po sejmutí rukavic provedeme desinfekci rukou (Cmuntová, 2014b).

#### ***1.3.4 Ochranné pracovní prostředky***

Při manipulaci s pacientem, jeho osobními věcmi, biologickým materiálem nebo ve vybraných případech i při pouhém vstupu na pokoj se zvýšeným hygienicko-epidemiologickým režimem je bezpodmínečně nutné používat ochranné rukavice, ústenku, čepici a jednorázový ochranný oděv (Příloha 3). Použitý plášť se svléká po ukončení rizikové činnosti či před opuštěním pokoje. Znečištěný plášť se svléká neprodleně. Následně se provede desinfekce rukou. Při činnostech u kterých je pravděpodobné postříkání, potřísnění nebo vznik infekčního aerosolu, se k ochraně sliznic, očí, nosu a úst používají ústenky, ochranné brýle, případně obličejové štíty. Před odchodem z pokoje musí být odložen použitý oděv, rukavice a jiné pomůcky do uzavíratelného koše, označeného jako infekční odpad (Meduna, 2012).

#### ***1.3.5 Péče o pacienta***

Pravidelná hygiena je součástí péče o každého pacienta. V případě positivity multirezistentních kmenů bakterií se hygienická péče řídí pravidly zvýšeného hygienicko-epidemiologického režimu (Rozsypal et al., 2013). Hygienická péče o pacienta se musí denně provádět vhodnými přípravky určenými pro pacienty s polyrezistentními bakteriemi (Meduna, 2012). Rozsypal et al. (2013) uvádí jako vhodný prostředek k péči o dutinu ústní boraxglycerin nebo hexetidin a k aplikaci do nosu doporučuje Bactroban. Vnitřní řád jihlavské nemocnice upřednostňuje přípravky řady Prontoderm (Meduna, 2012). Při každodenní hygieně je důležité těmito přípravky ošetřit vlasy a pokožku celého těla. Zejména při kolonizaci MRSA je důležité tyto přípravky aplikovat i do nosu. Při péči o dutinu ústní nebo zubní protézu je také nutné

použít tyto přípravky. Osobní pomůcky pacienta jako hřeben, zubní kartáček se denně nakládají do určených desinfekčních roztoků (Meduna, 2012). Po provedené osobní hygieně pacienta je nutné denně zajistit výměnu osobního i ložního prádlo. Pacient používá výhradně nemocniční prádlo (Cmuntová, 2014a).

Jídlo přichází z ústavní jídelny v jednorázovém nádobí, které je po použití vyhozeno do infekčního odpadu společně se zbytky jídla. Příbory, talíř a hrnek má pacient u sebe celou dobu hospitalizace na pokoji. Po použití jsou vždy ponořeny do daného desinfekčního přípravku (Cmuntová, 2014a). Následně se omyjí čistou vodou (Cmuntová, 2014b).

Při nutnosti transportovat pacienta mimo izolační pokoj je také nutné dodržovat bariérová opatření. Zakrýt zdroj infekce, zajistit ústenku pro pacienta a před transportem vyměnit osobní a ložní prádlo. Personál během transportu musí použít jednorázový ochranný oděv (Cmuntová, 2014b).

Dekontaminace celého těla musí být také provedena vždy před nutným operačním výkonem. Pokud je výkon plánovaný, je pacient zařazen do operačního programu jako poslední. Lékař, který indikuje pacienta k operaci, informuje zaměstnance operačních sálů o riziku infekce. V případě že má pacient na těle defekt či ránu, je žádoucí je před operací čistě převázat, zabalit či překrýt sterilní rouškou. Převazy na lůžku či opakované chirurgické výkony musí být zajištěny minimálním počtem personálu (Cmuntová, 2014a).

### ***1.3.6 Péče o prostředí, přístroje a zdravotnické pomůcky***

Je důležité zajistit individualizaci veškerých pomůcek a přístrojů nutných k ošetřování pacienta. Dáváme přednost jednorázovým pomůckám (Cmuntová, 2014a). Šetří čas zdravotníkům a usnadňují jim práci. Tyto pomůcky jsou od výrobce vždy viditelně označeny jako jednorázové. Pokud by byly ponořeny do desinfekčního roztoku, nebo by byly sterilizovány, došlo by k poškození materiálu a následně by mohlo dojít k poškození pacienta. Ani z finančního hlediska není opakovaná sterilizace výhodná. (Francová, 2012). U pomůcek, přístrojů, nástrojů určených k opakovanému použití je nutné provádět řádnou dekontaminaci a případně následnou sterilizaci (Titěrová, 2013).

Nástroje použité při ošetření pacientů se dekontaminují ještě uvnitř izolačního pokoje ponořením do desinfekčního prostředku daného desinfekčním řádem nemocnice. Pomůcky, které nelze sterilizovat je nutné řádně desinfikovat postřikem

(Titěrová, 2013). Desinfekce ploch v okolí pacienta je dalším nutným opatřením v prevenci šíření infekčních agens. Vhodnou volbou jsou jednorázové utěrky napuštěné desinfekčním roztokem. Jsou vhodnější než postřik, při němž vzniká aerosol, který dráždí dýchací cesty pacienta i personálu (Havlíček, 2013). I výzkum Aronhalt et al. (2012) prokazuje velmi dobrou toleranci jednorázových utěrek jak pacienty, tak i personálem. Zdravotnické prostředky s povrchy citlivými na alkohol například monitory, ultrazvukové sondy, příslušenství PC lze otřít dezinfekčními ubrousky určenými pro rychlou dezinfekci citlivých povrchů (Titěrová, 2013).

Zdravotnická zařízení v intenzivní snaze zabránit nozokomiálním nákazám používají stále dokonalejší desinfekční přípravky. Ne vždy je kladen dostatečný důraz na ochranu personálu při používání těchto přípravků. To může mít negativní dopad na jejich zdravotní stav. Školení zaměstnanců v oblasti prevence infekce a ochrany zdraví při práci jsou často praktikována odděleně a tím dochází k nedostatečnému propojení důležitých informací (Quinn a Henneberger, 2015).

### ***1.3.7 Manipulace s lůžkovinami a osobním prádlem***

Ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu manipulujeme s prádlem jako s infekčním materiálem. Zbytečně neroztřepáváme. Používáme ochranný plášť, rukavice, ústenku. Osobní prádlo a lůžkoviny ukládáme do žlutých označených igelitových pytlů, které se musí okamžitě po naplnění uzavřít, a odnést z pokoje. (Vyhláška 306/2012 Sb.).

### ***1.3.8 Odstraňování odpadu a úklid***

Veškerý odpad je považován za infekční. Všechny použité materiály odkládáme do PVC pytle označeného jako infekční odpad. Uzavřený kontejner na odpad musí být označen jako infekční odpad a umístěn v izolačním pokoji. Je důležité řádně poučit pracovníky úklidu a NZP o manipulaci s prádlem a odpadem z pokoje. Odpad se musí ihned po naplnění koše vynášet, minimálně jedenkrát denně. Úklid a dezinfekce pokoje se provádí 3x denně. Veškeré úklidové pomůcky musí být vyčleněny pouze pro izolační pokoj a po řádné dezinfekci uloženy odděleně od ostatních pomůcek. Zbytky jídla od izolovaného pacienta ukládat podle pokynů protiepidemického provozního řádu nemocnice do infekčního odpadu (Cmuntová, 2014b).



### **1.3.9 Závěrečná desinfekce**

Po ukončení izolace je nutno provést důslednou dekontaminaci všech předmětů, pomůcek, přístrojů. Zbytky mastí, obvazového materiálu jsou vyhozeny do infekčního odpadu. Po provedení plošné desinfekce a úklidu, je zajištěna prostorová desinfekce smluvní firmou. Příkrývka a polštář jsou odeslány do prádelny. Po závěrečné prostorové desinfekci necháme místnost 3-4 hodiny uzavřenou vždy do řádného zaschnutí desinfekčního roztoku. Před uložením dalšího pacienta řádně vyvětráme. Na jednotce intenzivní péče, kde tato možnost není, je nutné nechat zvýšit výkon klimatizace. Po dohodě s mikrobiologem a epidemiologem se v případě potřeby provádí kontrolní stěry z kritických míst pokoje (Cmuntová, 2014b).

Při propuštění či překlady je důležité zamezit vzájemnému kontaktu s nově přijímanými nebo nově přijatými pacienty. Pacient musí být informován o případných opatřeních po propuštění do domácího léčení. V případě překlady do jiného zdravotnického zařízení je i nadále dodržován bariérový režim. Při převozu sanitním vozem je posádka informována o infekčním onemocnění (Podstatová a Pokorná, 2009).

### **1.4 Potřeby pacienta**

Potřeba je jedincem pocíťována, pokud má něčeho nedostatek nebo nadbytek. Lidský organismus vyžaduje nápravu tohoto stavu a aktivně vyhledává prostředí, které je optimální pro jeho vývoj. Nejdříve vzniká takzvaný stav motivačního napětí. Jedinec ovlivňuje tuto potřebu instrumentálním chováním a dochází k uspokojení neboli dovršujícímu chování. Hodnotový systém prostředí, ve kterém jedinec žije, ovlivňuje jak jeho potřeby, tak i způsob jejich vyjádření a uspokojení (Trachtová et al., 2013).

Dle podstaty člověka mohou být potřeby jedince děleny na biologické, psychické, estetické, sociální, kulturní, sebevyjádření a duchovní. Potřeby týkající se jednotlivce jsou označovány jako individuální a ty, které se týkají větší skupiny lidí, patří mezi potřeby kolektivní. Ekonomické potřeby jsou uspokojovány materiálními produkty. Neekonomické mají formu prožitku. Například chodit na procházky nebo mít potomky. Podle naléhavosti jsou potřeby rozděleny na zbytné a nezbytné. Bez zbytných se můžeme obejít, ale nezbytné jsou zásadní pro existenci člověka. Potřeby vyskytující se denně jsou trvalé, vyskytující se s určitou pravidelností občasné a ty, které se vyskytují nepravidelně, jsou označovány jako výjimečné. Současné mají vztah k přítomnosti a budoucí mají formu očekávání (Šamánková et al., 2011).

### ***1.4.1 Holistická teorie***

Pohled na psychosomatickou interakci se v historii často měnil. V antice se léčení nelišilo dle toho, zda se jednalo o psychické nebo tělesné choroby. I Hippokrates zastával názor, že nemoc zahrnuje tělo i duši. Během renesance bylo toto spojení zavrženo a duše se stala doménou náboženství a o tělo pečovala medicína. Od počátku 19. století, kdy dochází k objasnění funkcí mozku, se pohled na tuto problematiku mění a během 20. století začíná být aplikován holistický přístup k člověku. Termín holismus poprvé použil jihoafrický politik a generál Jan Christian Smuts v roce 1926. Holistická teorie vidí jedince jako celek, jehož části jsou ve vzájemné interakci. Poruchou jedné části dochází k poruše celého systému (Mastiliaková, 2007).

Tuto teorii začaly sestry aplikovat v klinické praxi na člověka, aby dosáhly zachování rovnováhy mezi používáním velmi pokročilých technických možností medicíny a člověkem jako lidskou bytostí. Sestra se tak stává ochránkyní práv pacienta a klade důraz na etické principy kvality života (Mastiliaková, 2007). Vidí pacienta jako celek a vnímá jeho potřeby v bio-psycho-sociální oblasti. Tyto tři oblasti se navzájem ovlivňují a nelze je od sebe oddělit (Trachtová et al., 2013). Některé potřeby jsou typické pro určitá vývojová stádia člověka a jiné nás provází po celý život. I když je v dnešní době nutnost holistické péče často zmiňována, stále je při poskytování péče kladen důraz na biologické potřeby. Při komplexní péči nelze psychosociální potřeby považovat za méně podstatné (Nováková, 2014). Švejdová (2010) upozorňuje na hektičnost dnešního životního stylu. Neustále se musíme soustředit na mnoho věcí najednou a v důsledku toho si nemůžeme vychutnat ani jednu. Tuto myšlenku aplikuje i na vztah k pacientovi. Holistický přístup k pacientovi povyšuje naši práci z povolání na poslání.

### ***1.4.2 Biologické potřeby***

Biologické potřeby patří mezi vývojově nejstarší a jsou vlastní jak lidem, tak i zvířatům. Neuspokojené biologické potřeby mohou negativně ovlivnit psychosociální oblast člověka (Nováková, 2014). Jsou zásadní pro zachování života, pravidelně se opakují a pravidelně musí být uspokojovány. Řadí se mezi ně potřeba čerstvého vzduchu, příjem tekutin a potravy, pravidelné vylučování, dostatek odpočinku a spánku, pocit bezpečí, být bez bolesti, příjemná stálá teplota okolí, sexuální potřeby a potřeba mateřské péče (Plevová, 2011).

### ***1.4.3 Psychosociální potřeby***

Psychosociální potřeby již nesouvisí přímo s existencí člověka, ale i přesto v jeho životě zaujímají důležité místo. Jsou důležité pro vnitřní klid jedince a vedou k rozvoji osobnosti. Mezi psychické potřeby patří pocit jistoty a bezpečí, potřeba pomoci, péče, lásky, štěstí, porozumění, úcty, uznání a obdivu (Nováková, 2014). Základní psychologickou potřebou je respektování lidské důstojnosti. A to bez ohledu na zdravotní stav člověka (Svatošová, 2012). Lidská důstojnost je často diskutovaný pojem, avšak nikde není přesně definován. Pohled na tuto problematiku se liší v závislosti na věku, výchově, zkušenostech a prostředí, ve kterém jedinec žije (Holmerová et al., 2007). Pokud nejsou psychické potřeby uspokojeny, nemůžeme očekávat plné přizpůsobení se jedince společnosti. Bude deprivován a může se projevit asociální chování. Sociální potřeby jsou úzce propojeny s potřebami psychickými. Člověk je po celý život ovlivněn sociálním prostředím, ve kterém žije (Nováková, 2014). Potřeba sociálního kontaktu, komunikace, informovanosti, přátelství, respektu a seberealizace náleží k sociálním potřebám (Plevová, 2011). Nemocný má právo na návštěvu blízkých. Musí však být plně respektováno jeho přání, zda návštěvy přijme či nikoli (Svatošová, 2012).

### ***1.4.4 Spirituální potřeby***

Duchovní potřeby jsou velmi složitou osobní záležitostí jedince. Lze je jen těžko sdělit další osobě. Spirituální potřeby se nemusí vždy týkat jen osob, které se hlásí k nějaké z registrovaných církví. Určitý duchovní rozměr má každý člověk a jeho potřeby je třeba respektovat (Nováková, 2014). Postoj, že spirituální potřeby náleží jen věřícím, pochází z doby, kdy byly spirituální potřeby tabuizovány. Většinou člověk, který má svoji vlastní víru a hlásí se k některé z církví, zná své potřeby a dovede si je sám zařídit. Avšak lidé nevěřící konfrontováni s vážnou chorobou začínají hledat smysl života a budou potřebovat více pomoci v této oblasti. V období vážné nemoci člověk potřebuje vědět, že je mu odpuštěno a má potřebu sám odpouštět (Svatošová, 2012). Respektování víry nemocného je naprosto zásadní pro zachování jeho duševního klidu. Pokud umožníme nemocnému kontakt s jeho náboženskou skupinou, může pocítit velkou úlevu (Šamánková et al., 2011).

### **1.4.5 Teorie potřeb**

Teorie motivace jsou nejznámější z teorií potřeb. Tyto teorie zastávají názor, že je člověk motivován touhou dosáhnout maxima, dokud se jim do cesty nepostaví překážky (Šamánková a Zelínková, 2011).

Rakouský neurolog a psychiatr Viktor Emanuel Frankl, zakladatel logoterapie, posílil vnímání lidskosti. Logoterapie, jedna z forem psychoterapie, ukazuje tři cesty, jak dát životu smysl. Naplnit čin, který si vytýčíme, naplnit dílo, které vytváříme a prožít zážitek. Erich Seligmann Fromm označil jako nejvýznamnější síly motivující chování a síly související s existencí života. Hovoří nejen o základních fyziologických potřebách, ale i o potřebě sociálního začlenění, zakořenění, transcendence, individuální identity a potřebě racionality. Henry Alexander Murray se zasloužil o rozdělení potřeb do tří kategorií. Viscerogenní potřeby jsou vrozené potřeby nedostatku, přebytku, obrany a úniku. Psychogenní potřeby jsou získané a mají vztah i k neživým předmětům. Skryté potřeby zahrnují obavy zůstat bez pomoci a obavy z ponížení. (Šamánková a Zelínková, 2011). Dále Murray dělí potřeby na latentní a manifestní. Mezi manifestní potřeby řadí veškeré vědomé činnosti. Latentními potřebami jsou touhy a přání (Trachtová et al., 2013). Podle Vrooma jsme motivováni představou dosažení cíle, pokud jsme přesvědčeni o této možnosti. Motivační síla je úměrná našemu přesvědčení. David C. McClelland zastává teorii, že člověk potřebuje něčeho dosáhnout, někam patřit a moci ovládat okolí. Tyto potřeby ovlivňuje žebříček hodnot člověka (Šamánková a Zelínková, 2011).

Americký psycholog Abraham Harold Maslow vytvořil na základě svých zkušeností teorii motivace, která vychází z hierarchie potřeb (Mastiliaková, 2014). Dle Maslowa má každý člověk systém motivů. Motivy jsou uspořádány do pomyslné pyramidy (příloha 4) podle naléhavosti a aktuálnosti od nejnižších k nejvyšším. I přes značnou rozdílnost lidských povah, je systém v uspokojování lidských potřeb u všech jedinců podobný (Trachtová et al., 2013).

Dle této teorie se potřeby dělí na dvě základní skupiny. První skupina zajišťuje odstranění nedostatku. Tak zvané D-potřeby (Deficiency needs). Dokud nejsou D-potřeby uspokojeny, jedinec pociťuje stav úzkosti a snaží se o úpravu stavu (Šamánková et al., 2011). Fyziologické potřeby jsou na nejnižší úrovni pyramidy a souvisí s narušením homeostázy. Patří mezi ně potřeba hygieny, kyslíku výživy, pohybu, spánku, vyprazdňování a sexuální potřeby. V případě ohrožení jedinec vyhledává potřebu jistoty a bezpečí (Mastiliaková, 2014). Fyziologické potřeby a potřeby

jistoty a bezpečí Maslow označuje jako nižší (Trachtová et al., 2013). Po dosažení nižších potřeb se jedinec snaží o uspokojení potřeb vyšších (Šamánková et al., 2011).

Druhá skupina potřeb se zabývá dosažením hodnoty bytí. Jsou označovány jako B-potřeby (Being values). Zahrnují růstové potřeby. Při naplnění B-potřeb dochází k pocitu naplnění a dokonce ke zvýšení motivace (Šamánková et al., 2011).

I Chloubová (2003) se opírá o teorii humanistického přístupu Maslowa. Názorně zobrazuje potřeby nemocných na Domu životních potřeb (Příloha 5). Pevné základy domu stojí na uspokojených základních potřebách (Chloubová, 2003).

Pocitu uspokojení člověk dosahuje jen zřídka, protože po uspokojení jedné potřeby nastupuje potřeba druhá. Vyšší motivy se objevují, až když byly uspokojeny potřeby nižší úrovně. Během života člověk postupně prochází jednotlivými vrstvami pyramidy potřeb. Dítě v době po narození vyžaduje zejména uspokojení fyziologických potřeb. Později vyhledává pocit jistoty a bezpečí. Starší děti získávají potřebu lásky a uznání a teprve během dospívání se objevuje potřeba seberealizace (Trachtová et al., 2013). V období vážné nemoci se potřeba seberealizace upozaduje, ale je třeba nemocnému připomínat, že se mu mnohé v životě povedlo. Během péče nemocný nesmí pocítit, že nás péče o něj obtěžuje, klademe důraz na jeho individualitu a musí cítit porozumění. Vhodnou péčí posilujeme potřebu sebeúcty, lásky a příslušnosti. Pro pocit jistoty a bezpečí je třeba ujistit nemocného, že nezůstane sám. Největší obavy nemocní pociťují z bolesti a nepříjemných příznaků doprovázejících nemoc. Dominantní po dlouhou dobu zůstávají fyziologické potřeby. Během progresu onemocnění musí i tyto potřeby zajistit ošetrovatelský personál (Šamánková et al., 2011).

#### ***1.4.6 Omezení životních potřeb v nemoci***

Lidské potřeby se mění podle prostředí a situace, ve které se jedinec nachází. Dynamický proces uspokojování potřeb je ovlivněn obecnými a společenskými faktory a patologickými stavy (Zacharová et al., 2007). Lidské potřeby se v průběhu života mění. Všichni mají podobné potřeby, ale ty nejsou u všech uspokojovány stejným způsobem. Vždy je člověk ovlivněn podmínkami, v nichž se nachází. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje své potřeby jiným způsobem. K jejich uspokojování může docházet žádoucím nebo nežádoucím způsobem. Žádoucí způsob nemá negativní dopad na jedince ani na jeho okolí a je ve shodě s kulturními hodnotami společnosti. Toto chování také ctí meze zákona. Nežádoucí způsob tyto podmínky nespĺňuje a ohrožuje okolí nebo člověka samého (Trachtová et al., 2013).

V období nemoci se potřeby dělí na ty, které se vlivem nemoci nemění, které se během nemoci modifikovaly a ty, které během nemoci vznikly. Neměnicí se potřeby jako potřeba odpočinku, výživy nebo vyprazdňování mohou být během nemoci vnímány intenzivněji nebo dochází ke změně jejich důležitosti. Často jsou uspokojovány za pomoci zdravotnického personálu (Zacharová et al., 2007). Modifikované potřeby jsou velmi individuální a variabilní. Závisí na osobnosti nemocného, povaze a závažnosti onemocnění i na okolnostech vzniku onemocnění (Trachtová et al., 2013). Pacient většinou nechce být pasivním příjemcem péče a chce se aktivně zapojit do procesu uzdravení. Zde je nezastupitelná úloha zdravotníků v motivaci nemocného. Neinformovanost může vyvolávat obavy a může negativně ovlivnit léčebný proces. Nemocný bývá často omezován v běžných činnostech, na které byl zvyklý. Omezení styku s rodinou a přáteli, nemožnost cestování, omezení výběru potravin. Během ošetřování musíme mít stále na paměti, že chování a nálada pacienta jsou ovlivněny mírou uspokojení jeho biologických, psychických a sociálních potřeb (Zacharová et al., 2007). Neuspokojené potřeby silně ovlivňují i psychické činnosti člověka. Mají vliv na myšlení, pozornost, emoce a vytváří vzorce chování (Trachtová et al., 2013). Dlouhodobě neuspokojené potřeby mohou vážně narušit psychosomatickou rovnováhu a kvalitu života. V případě neschopnosti člověka saturovat své potřeby samostatně hovoříme o ošetrovatelském problému (Mastiliaková, 2014).

### ***1.5 Hodnocení potřeb pacienta***

V závislosti na zdravotním stavu nemocného se vyvíjí i jeho potřeby (Kapounová, 2014). Úkolem sestry je rozpoznat potřeby pacienta a dopomoci mu k jejich uspokojení (Mastiliaková, 2014). Někdy lze obtížně pojmenovat to, co nám chybí, nebo čeho máme nadbytek. Dobré komunikační schopnosti jsou důležitou součástí při překonávání bariér v pojmenování a naplnění potřeb (Šamánková a Zelínková, 2011).

Vždy je nutné dodržovat obecné zásady rozhovoru. Pečlivě naslouchat tomu, co nám nemocný říká, musí si být jist, že bez jeho souhlasu žádné informace nebudou předány nikomu jinému. Délku rozhovoru přizpůsobíme zdravotnímu, mentálnímu a psychickému stavu nemocného a necháme ho dle potřeby odpočinout (Šamánková a Zelínková, 2011). Během hovoru je vhodné využívat i otevřené otázky. Nemocný tak může začít přemýšlet nahlas a můžeme získat cenné informace. Pokud pacient o něčem hovořit nechce, nenutíme ho (Beran et al., 2010). Tím budou alespoň částečně

eliminovány možné komunikační bariéry. Může jich být skutečně mnoho (Šamánková a Zelínková, 2011).

Potřeby nemocných lze hodnotit dle subjektivních i objektivních příznaků. Subjektivní potřeby jako pocit žízně nebo pocit únavy udává pacient sám nebo je zjistíme cíleným dotazem. Odhalení objektivních příznaků závisí na pozornosti ošetrovatelského personálu. Zejména v případě, že nemocný nechce obtěžovat, nemá dostatečné schopnosti komunikovat, nebo vlivem studu (Kelnarová, 2009). Během přijetí nemocného na oddělení sestra hodnotí stav vědomí, kognitivní funkce, fyziologické funkce, schopnost spolupráce, úroveň soběstačnosti, pohyblivosti a riziko pádu. Pátrá po poruchách výživy, vyprazdňování, smyslových a tělesných handicapech (Rozsypal et al., 2013). Pozorováním pacienta a rozhovorem s ním nebo jeho rodinou získáváme aktuální informace, které jsou nezbytné pro zahájení ošetrovatelské péče. Screening je metoda sloužící k vyhledávání osob s asymptomatickým průběhem onemocnění nebo onemocnění dokáže odhalit v jeho počátečních stádiích pomocí jednoduchého a rychlého testu (Cetlová et al., 2012).

Komunikační schopnosti a empatie zdravotníků mají velký vliv na správnou diagnostiku potřeb nemocného (Kelnarová, 2009).

### ***1.5.1 Hodnocení kognitivních funkcí***

Kognitivní funkce zahrnují všechny myšlenkové procesy. Díky nim si můžeme pamatovat, rozpoznávat a také se přizpůsobovat měnícím se podmínkám prostředí. Centra pro kognitivní funkce jsou uložena v různých částech mozku, a proto mohou být postiženy funkce všechny nebo jen některé. Míra postižení kognitivních funkcí je hodnocena ve spolupráci s neurologem či psychiatrem. Při testování musí být zachován citlivý a empatický přístup k pacientovi, aby se necítil být ponižován a neúspěch nevnímal jako prohru. Zásadní je motivace pacienta, protože bez spolupráce nemocného vyšetření nelze provést (Válková, 2015). Klinické vyšetření nemocného je doplněno standardizovanými škálami (Petr, 2014). Mezi nejpoužívanější screeningové škály pro posouzení kognitivního deficitu patří Krátká škála mentálních funkcí a Test kreslení hodin. Mini-Mental State Examination (Krátká škála mentálního stavu) je vhodný test při podezření na demenci. Umožňuje zhodnocení orientace, okamžité paměti, výbavnosti, pozornosti a fatické poruchy (Topinková, 2005). Také je možné využít Montrealský kognitivní test a Addenbrookský kognitivní test (Rektorová, 2011). Vždy lze použít pouze jeden z možných dotazníků, protože testování pro pacienty bývá

vyčerpávající. Výběr závisí na celkovém stavu, schopnostech pacienta a také na časových možnostech (Válková, 2015).

### **1.5.2 Hodnocení soběstačnosti**

Člověk se rodí jako plně závislý na matce. Během vývoje se osamostatňuje a stává se nezávislým. V období stárnutí opět postupně ztrácí v některých denních aktivitách plnou soběstačnost a potřebuje pomoc druhé osoby. Podobná situace může nastat i v období nemoci (Trachtová et al., 2013). K posouzení úrovně soběstačnosti bývá nejčastěji používán test základních sebeobslužných činností (Barthel test - Příloha 6). Zahrnuje hodnocení samostatnosti v oblasti přijímání potravin, oblékání, hygienické péče, kontinence, použití toalety a schopnosti pohybu (Kapounová, 2014). Získané informace je třeba vždy správně vyhodnotit a zjistit míru sebedpěče (Trachtová et al., 2013). Sestra vykonává za nemocného jen ty činnosti, které nezvládá sám. Vždy je třeba podporovat aktivitu a samostatnost jedince. I když je pro sestru někdy pohodlnější a rychlejší vykonat některé činnosti za nemocného, není tento postup správný, protože může vyvolat pocit méněcennosti a mít negativní dopad na psychiku (Kapounová, 2014).

### **1.5.3 Hodnocení nutričního stavu**

Nutriční screening slouží k vyhledávání pacientů s rizikem malnutrice nebo pacientů s již rozvinutou malnutricí (Kalvach, 2008). Základem stanovení nutričního stavu je řádně odebraná anamnéza. Zaměřuje se na velikost hmotnostního výkyvu, dobu, za kterou k výkyvu došlo, zdravotní problémy, stravovací návyky, chuť k jídlu a psychosociální stresové situace (Kalvach, 2011). Mezi zásady sledování nutričního stavu patří aktivní vyhledávání pacientů s malnutricí, nepodceňování nutriční anamnézy, důkladná průběžná kontrola nutričního stavu nemocného během hospitalizace, objektivní hodnocení vývoje a výsledků při podávání nutriční podpory, podpora příjmu per os a zapojení rodiny do podávání stravy (Pokorná, 2013).

Při antropometrickém měření hodnotíme tělesnou výšku, hmotnost, BMI, případně kožní řasu. Z objemu paže, lýtka a tloušťky kožní řasy lze odhadnout i hmotnost (Kalvach, 2011). Mezi doporučované nástroje k hodnocení stavu výživy se řadí škála pro hodnocení stavu výživy (Mini Nutritional Assessment), krátká forma (MNA – short form), subjektivní globální hodnocení (Subjective Global Assessment), nutriční



rizikový screening (Nutritional Risk Screening) a malnutriční univerzální screeningový nástroj (MUST) (Kozáková, 2011).

#### **1.5.4 Hodnocení vyprazdňování**

Vyprazdňování patří mezi základní fyziologické funkce organismu. Poruchy se mohou objevit jak v oblasti vyprazdňování moče tak i stolice. Zvláště ve vyšším věku, kdy dochází ke snížení nebo ztrátě tonu svěračů a tím omezení vědomé kontroly. Úroveň sebezpečí v oblasti vyprazdňování je přímo úměrná schopnosti se samostatně pohybovat. Sestra hodnotí potřeby nemocného v oblasti vyprazdňování při odběru ošetřovatelské anamnézy a během hospitalizace pravidelně přehodnocuje. Vzhledem k tomu, že vyprazdňování zasahuje do velmi intimní oblasti člověka, je nutné k nemocnému přistupovat diskrétně a citlivě. Nedostatečné dodržování soukromí může mít za následek narušení pocitu důstojnosti nemocného. Při rozhovoru si musí sestra získat důvěru pacienta (Trachtová et al., 2013).

#### **1.5.5 Hodnocení bolesti**

Bolest je subjektivním pocitem a její prožívání je velmi individuální. Neovlivňuje člověka jen v rovině somatické, ale její prožívání se odráží i v psychosociální oblasti (Masár et al., 2013). Nemocní se bolesti velmi obávají a potřebu být bez bolesti uvádí většinou na první místo. Ani u pacientů s poruchou vědomí nesmíme bolest opomíjet. Je nutné ji předvídat, hodnotit a dostatečně léčit (Šamánková et al., 2011).

Všeobecně se bolest dělí na akutní a chronickou. Akutní bolest má svoji obranou funkci. Brání organismus před poškozením. Chronická bolest však tuto funkci postrádá a svojí dlouhodobou přítomností se stává pro jedince utrpením. Výsledkem je snížení kvality života (Masár et al., 2013). Pacienti s chronickou bolestí jsou často depresivní a plní beznaděje. Během hledání pomoci se setkávají s nepochopením a nedostává se jim adekvátní pomoci (Trachtová et al., 2013). Pro správné hodnocení bolesti je třeba dodržovat několik zásad. Jelikož je bolest subjektivní vjem, musíme akceptovat pacientův popis, je třeba posoudit každou bolest, zahrnout fyzické i psychosociální faktory, které mohou bolest ovlivňovat a intenzitu bolesti pravidelně monitorovat. Objektivní měření lze jen těžko zrealizovat. V praxi k hodnocení bolesti se s úspěchem používají jednoduché techniky jako vizuální analogové škály, numerické škály a verbální popisné škály (Masár et al., 2013). Škála musí být jednoduchá a využitelná pro každodenní použití. Je vhodné, aby celé zdravotnické zařízení využívalo stejné

hodnocení, aby byla zajištěna návaznost péče. Důležité je hodnocení v pravidelných intervalech a sledování účinnosti podaných analgetik. Pečlivé záznamy v dokumentaci umožňují sledovat vývoj a účinnost léčby (Šamánková et al., 2011).

#### ***1.5.6 Vliv izolace na pacienta***

I zdánlivá výhoda nadstandardního jednolůžkového pokoje může způsobit silnou sociální izolaci a mít negativní vliv na průběh léčby. Pobyt na jednolůžkovém pokoji má svoje výhody i nevýhody (Zacharová, 2007). Ve výzkumu profesorky Findik (2012) izolaci jako výhodu udává 86,4 % respondentů. Pocity nemocného jsou ovlivněny jeho osobností, pohlavím, věkem a délkou pobytu v izolaci. Horší tolerance izolace byla prokázána u starších nemocných. Velký vliv na psychickou pohodu má přístup personálu (Findik et al., 2012). Podle Barratt (2011) pacienti v izolaci lépe snášejí pobyt na jednolůžkovém pokoji v noci. Klid, ticho a soukromí je to, co po dobu spánku preferují. Soukromí také vítali při intimní péči a svobodné organizaci denního programu. Naopak ve dne postrádali společnost dalších pacientů, cítili se vyloučení, nesvobodní a izolaci přirovnávali k pobytu ve vězení. Většina pacientů chápe důvody izolace, ale i přesto měli pocit opuštěnosti a zapomenutí (Barratt et al., 2011).

## **2 Cíle a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

1. Identifikovat neuspokojené potřeby u pacienta na pokoji ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu.
2. Popsat změny v potřebách pacienta v závislosti na době hospitalizace.

### **2.2 Výzkumné otázky**

#### **2.2.1 Výzkumné otázky k cíli č. 1**

1. Jaké somatické potřeby nejsou dostatečně uspokojovány u pacienta ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu?
2. Jaké psychické potřeby nejsou dostatečně uspokojovány u pacienta ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu?
3. Jaké sociální potřeby nejsou dostatečně uspokojovány u pacienta ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu?

#### **2.2.2 Výzkumné otázky k cíli č. 2**

1. Jaké potřeby pacienta převažují v prvních dvou dnech hospitalizace ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu?
2. Jaké potřeby pacienta převažují v prvním týdnu hospitalizace ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu?
3. Jaké potřeby pacienta převažují u dlouhodobé hospitalizace ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu?

## 3 Metodika

### 3.1 Metodika práce

Empirická část práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu. Výzkumné šetření bylo provedeno během června 2016 v Nemocnici Jihlava technikou polostrukturovaného rozhovoru. Pokládání otevřených otázek (Příloha 7) bylo vždy přizpůsobeno věku a zdravotnímu a mentálnímu stavu pacientů. První část výzkumného šetření probíhala v prvních dvou dnech po přijetí na oddělení. Podruhé byly otázky pokládány pacientům po jednom týdnu pobytu na oddělení. U déle hospitalizovaných nemocných proběhl rozhovor ještě mezi druhým a třetím týdnem. Odpovědi byly zaznamenány na papír a později přepsány, opakovaně přečteny a poté kódovány metodou papír a tužka. *„Během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáváním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly, a také jsou kladeny otázky o jevech údajů prezentovaných. Během tohoto procesu jsou zvažovány a zkoumány naše vlastní i cizí domněnky o jevu, což vede k novým objevům“* (Strauss a Corbin, 1999, s. 43). Respondenti byli ubezpečeni o anonymitě a souhlasili s použitím odpovědí v diplomové práci. Udělení souhlasu náměstkyně ošetrovatelské péče dokládám v Příloze 8.

Během práce na teoretické i praktické části byl využit program Microsoft Office Word 2010 pro psaný text, tvorbu tabulek a grafického znázornění.

### 3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 10 pacientů hospitalizovaných na pokoji se zvýšeným hygienicko-epidemiologickým režimem, 5 mužů a 5 žen. 6 respondentů bylo přijato akutně, 4 byli transferováni z jiného oddělení. Dva byli hospitalizováni na infekčním oddělení opakovaně. Věkový průměr respondentů byl 57,4 let. To přibližně odpovídá věkovému průměru hospitalizovaných pacientů našeho oddělení. Tabulka 1 blíže popisuje věkové zastoupení, důvod přijetí a úroveň sebepéče dotazovaných.

Tabulka 1: Výzkumný soubor

Pacient	Pohlaví	Věk	Hospitalizace Akutní/Plánovaná/ Transfer	Barthel test při jednotlivých hodnoceních
P1	Muž	75	A	25 b/35b/35b
P2	Muž	70	A	75b/90b/ -
P3	Žena	56	T	65b/50b/35b
P4	Muž	54	T+P	60b/100b/100b
P5	Žena	61	A	90b/100b/ -
P6	Žena	21	A	65b/110b/ -
P7	Žena	74	A	15b/15b/15b
P8	Muž	38	T	15b/65b/90b
P9	Žena	57	A	100b/100b/100b
P10	Muž	68	T	70b/ - / -

Zdroj: vlastní

### 3.2.1 Základní údaje o výzkumném souboru pacientů

#### Pacient 1 (P1):

Muž, 75 let, ženatý, důchodce, bydlí s manželkou a dcerou, má velmi dobré rodinné zázemí, domů dochází denně sestra agentury domácí péče. Přijat k opakované hospitalizaci pro levostranné srdeční selhání. Přivezen RZP pro zhoršení dušnosti. Na infekční JIP hospitalizován pro kolonizaci Klebsiella pneumoniae ESBL v ráně po amputaci LDK ve stehně na podkladě DM II typu na inzulínu. Pahýl PDK po amputaci ve stehně před dvěma lety již zcela zhojen.

**Pacient 2 (P2):**

Muž, 70 let, ženatý, dobré rodinné zázemí. Bydlí s manželkou. Byl přijat na infekční oddělení pro náhlé zhoršení stavu při angíně. Diagnostikován peritonsilární absces vpravo. Ihned po přijetí provedena tonsilektomie vpravo a revize měkkých tkání krku. Po výkonu pacient nesmí nic přijímat per os. Proto zavedena nasogastrická sonda a podávána NDTV. Při prvním rozhovoru omezená schopnost mluvit vzhledem k základnímu onemocnění. Odpovídá jednoslovně nebo v krátkých větách. Při druhém setkání již může mluvit bez větších problémů.

**Pacient 3 (P3):**

Žena, 56 let, svobodná, bezdětná, invalidní důchodkyně. Žije sama. Má pouze neteř, která žije v USA. Velmi obézní pacientka s BMI 45. Po aplikaci inzulínu do podbřišku se jí vytvořily rozsáhlé abscesy. Po opakovaných revizích podkoží přeložena na infekční JIP z chirurgické JIP pro nález *Escherichia coli* ESBL v moči a operační ráně.

**Pacient 4 (P4):**

Muž, 54 let, ženatý, žije s manželkou. Přeložen na infekční JIP z ARO po ruptuře aneurysmatu břišní aorty. Rána po laparotomii klidná. Na infekční JIP přeložen pro *Escherichia coli* ESBL v moči. Během hospitalizace zjištěn karcinom močového měchýře. Pacient byl propuštěn do domácího léčení a za dva týdny opět přijat k výkonu TUR-T.

**Pacient 5 (P5):**

Žena, 61 let, pracující důchodkyně, žije sama. Má dceru. Přijata na infekční oddělení pro průjem a dehydrataci na doporučení praktického lékaře. Před čtrnácti dny po extrakci zubu nasazena ATB. Dle laboratorního nálezu prokázána kolitida způsobená *Clostridium difficile*.

**Pacient 6 (P6):**

Žena, 21 let, svobodná, bydlí s rodiči, pracuje jako zdravotní sestra. Přivezena RZP pro kolapsový stav, průjem a dehydrataci. Přijata na standardní oddělení. Dle laboratorního nálezu prokázána rotavirová infekce a pozitivita *Clostridium difficile*.

**Pacient 7 (P7):**

Žena, 74 let, důchodkyně, svobodná, bezdětná, casus socialis. Diabetička, obézní, BMI 41. Přivezena RZP pro septický stav. Dle RTG potvrzena oboustranná pneumonie. Přijata na infekční JIP pro Scabies.

**Pacient 8 (P8):**

Muž 38 let, rozvedený, bezdětný, bydlí sám. Navštěvuje ho matka. Přeložen na infekční JIP z ARO po neúspěšném pokusu o zanoření dočasné kolostomie. Od dětství se léčí s diagnózou Morbus Crohn. Na infekční JIP přijat pro pozitivitu *Pseudomonas aeruginosa* v ráně.

**Pacient 9 (P9):**

Žena, 57 let, vdaná, 8 dětí, v invalidním důchodu, diabetička. Přijata na infekční oddělení pro podezření na hepatitidu A. Diagnóza byla potvrzena.

**Pacient 10 (P10):**

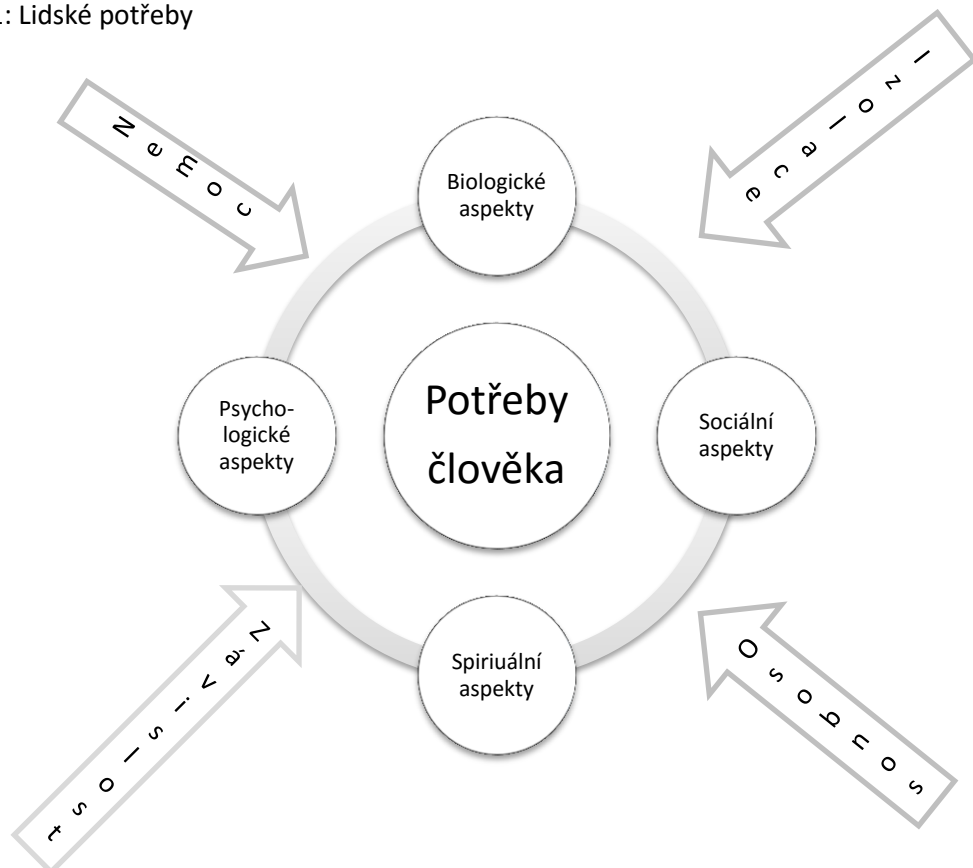
Muž, 68 let, ženatý, 2 děti, důchodce, dobré rodinné zázemí. Přeložen na infekční oddělení interního oddělení pro MRSA pozitivitu v nose. Pacient v terminální fázi karcinomu esofagu s píštělí komunikující do mediastina. Z tohoto důvodu striktní zákaz příjmu per os. Výživa je možná pouze parenterálně.

## 4 Výsledky rozhovorů

### 4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty

Z holistického pohledu se lidské potřeby dělí na biologické, psychické a sociální. Nabízí se tedy jednotlivé potřeby třídit do těchto kategorií. Výživu bychom zařadili mezi potřeby biologické, pocit jistoty a bezpečí mezi psychické a dostatek informovanosti a kontaktu mezi potřeby sociální. Pokud se ale lépe zamyslíme, zjistíme, že například výživa není jen potřebou biologickou. Má i psychické, sociální a dokonce i spirituální aspekty. A podobně tomu je i u ostatních. Z tohoto důvodu lze jen stěží přiřadit jednotlivé otázky rozhovoru k jednotlivým výzkumným otázkám. Z odpovědí získaných během rozhovorů bylo vytvořeno 13 kategorií. Vybrané kategorie jsou zkoumány jak z pohledu biologického tak i psychologického, sociálního a případně spirituálního. Tato část se vztahuje k cíli č. 1: „*Identifikovat neuspokojené potřeby u pacienta na pokoji ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu.*“ Není zde kladen důraz na délku hospitalizace. Naopak v druhé části je kladen důraz na vývoj potřeb v závislosti na délce izolace. A tím se zaměřuje na cíl č. 2: „*Popsat změny v potřebách pacienta v závislosti na době hospitalizace.*“

Schéma 1: Lidské potřeby



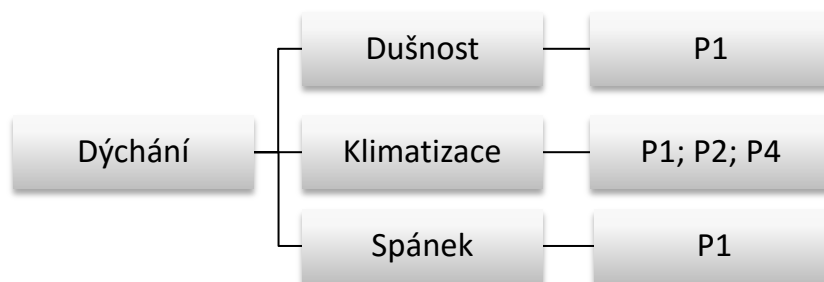


### 4.1.1 Kategorie dýchání

#### Biologické potřeby

Dechovou nedostatečnost z důvodu choroby pociťuje jen P1. Vyhledává polohu vsedě a je mu podáván kyslík při poklesu SpO<sub>2</sub>. Na dotaz jak vám vyhovuje prostředí, odpověděl: „Akorát ten vzduch. Když jsem minule ležel na normálním oddělení, bylo to lepší. Dalo se otevřít okno. Tady to nejde. Ale je to už lepší, než když jsem přišel.“ P2 si při prvním rozhovoru stěžuje na sucho v krku. „Jenom je tady sušej vzduch, a ještě k tomu nemůžu pít.“ P4 si také stěžuje na suchý vzduch na JIP. Řekl: „Je tady hrozně suchý vzduch, hlavně v noci. Sestřička mi v noci dávala mokré prostěradlo přes postel. Pak to bylo trochu lepší.“ Obtíže při dýchání ovlivňují i kvalitu spánku u P1. Říká: „Jak teď nemůžu dejchat, tak spíš špatně.“ Po týdnu hospitalizace pociťuje zlepšení a odpověděl: „Co se mi líp dejchá, už spím líp.“ Ostatní pacienti se k této kategorii nevyjádřili.

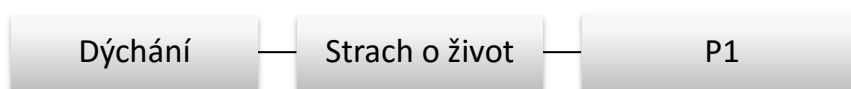
Schéma 2: Dýchání - biologické potřeby



#### Psychické potřeby

U P1 oblast dýchání zasahuje i do psychických potřeb. Slova: „Bál jsem se, že umřu.“ ukazují na pocit strachu a nejistoty.

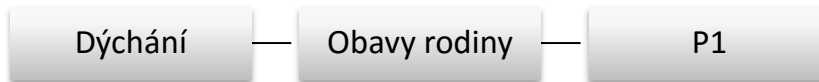
Schéma 3: Dýchání - psychologické potřeby



## **Sociální potřeby**

Dušnost při srdečním selhávání u P1 má i sociální aspekty. To potvrzuje odpověď: „*Manželka sem volala, ještě než mě přivezli. Byla hrozně vyděšená, když mě viděla.*“ P1 si je vědom, že jeho zdravotní stav vyvolává stres i u jeho manželky.

Schéma 4: Dýchání - sociální potřeby

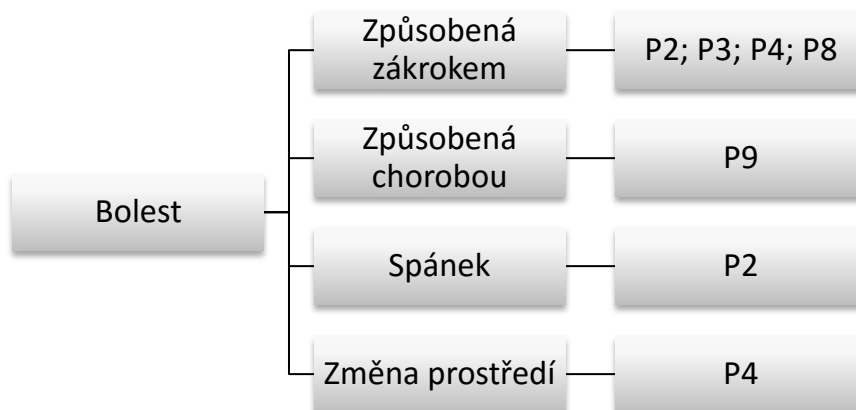


## **4.1.2 Kategorie bolest**

### **Biologické potřeby**

Po položení otázky „*Jak se cítíte?*“ se polovina dotázaných zaměřuje na bolest. P2 krátce po chirurgickém výkonu říká: „*Bolí to celkem hodně.*“ U P2 bolest ovlivňuje i kvalitu spánku. Na otázku, zda-li spí v nemocnici dobře, odpověděl: „*Pokud mě to nebolí, tak jo.*“ I P3 po přijetí zmiňuje bolest. Říká: „*Všechno mě bolelo. Už je to lepší, ale jsem hrozně slabá.*“ P8 je také po operačním zákroku a uvádí: „*Ještě mě trochu bolí rána na břicho.*“ P9 odpověděla: „*Trochu mně bolí žaloudek.*“ P4 si stěžuje na bolest zad, způsobenou nevyhovující matrací. Řekl: „*Akorát mě hrozně bolí záda.*“ Bolest zad dominovala nad bolestí způsobenou operačním výkonem. „*Bolí mě záda, břicho už ne.*“ Ostatní pacienti bolest nezmínili.

Schéma 5: Bolest - biologické potřeby



### ***Psychické potřeby***

Síla bolesti se vždy odrážela na psychickém rozpoložení nemocných, ale nikdo se k tématu přímo nevyjádřil.

### ***Sociální potřeby***

U P2 zpočátku způsobovala bolest problémy v oblasti komunikace. Po zlepšení při druhém rozhovoru uvedl: „*Můžu daleko líp mluvit a už to tolik nebolí.*“ Také během prvních dní hospitalizace odmítal kontakt s rodinou se slovy: „*Není mi moc dobře, tak ať sem ani nikdo nechodí.*“

Schéma 6: Bolest- sociální potřeby



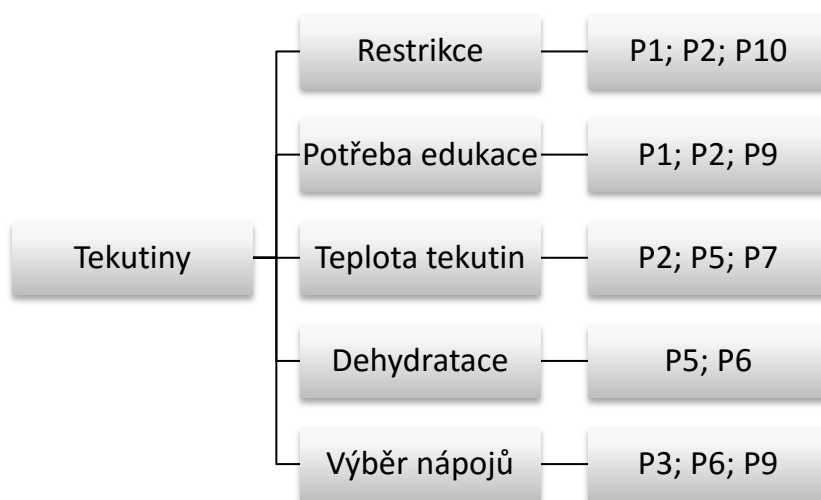
### ***4.1.3 Kategorie tekutiny***

#### ***Biologické potřeby***

K přijímání tekutin se vyjádřili všichni dotazovaní. P1 při prvním rozhovoru vzhledem ke zdravotnímu stavu nemá o tekutiny zájem. Odpověděl: „*Je mi to jedno, stejně nemám na nic chuť.*“ Po týdnu však špatně toleruje ordinovanou restrikcí tekutin. „*Jak mám celý den vydržet s půl litrem čaje? Když ráno vypiju kafe a v poledne sním polívku, tak už nemůžu skoro nic vypít.*“ Třetí rozhovor proběhl těsně před propuštěním a říká: „*Dal bych si pivo.*“ P2 zpočátku nechápe důvody restriktce. Po opakovaném vysvětlení zákaz přijímání tekutin per os akceptuje. Při prvním rozhovoru stěžuje na sucho v krku. „*Jenom je tady suchej vzduch a ještě k tomu nemůžu pít.*“ O týden později uvedl: „*Už mi dovolili pít, ale jen studené. Kafe zatím nesmím.*“ P10 důvod restriktce chápe, je se svým zdravotním stavem plně seznámen. „*Lékař mi dovolil cumlat led, tak nemám tak sucho v ústech.*“ P9 je diabetička ale odmítá neslazený čaj. Při prvním setkání uvedla: „*Já doma stejně sladkej čaj piju a nevadí mi to. Až někdo přijde na návštěvu tak mu řeknu ať mi něco koupí.*“ Během dalších setkání se k tekutinám nevyjádřila, ale měla u sebe slazené minerální vody. Na dotaz jestli ví,

že nejsou vhodné při diabetu, odpověděla: „*To tu mám, až přijdou děti.*“ P3 a P6 preferují studenou kohoutkovou vodu. P4 odpověděl: „*Manželka mi nosí Matonku, ale mně nevadí ani ten váš nemocniční čaj. Mně to docela chutná.*“ P5 a P6 byli přijati pro dehydrataci. P5 odpověděla: „*Vím, že musím hodně pít, ale na hlasivky nemůžu pít studený čaj. Tak mám vlastní termosku.*“ P6 si je vědoma potřebné rehydratace a řekla: „*Jsem zvyklá pít vodu z vodovodu. Ten čaj, co dostávám, mi nechutná. Navíc mám pocit, že z něj mám zase průjem.*“ P7 „*... je ráda, když jí sestřička dá do pití led*“. Opakovaně se pacienti dotazovali, zda na oddělení není automat na kávu.

Schéma 7: Tekutiny - biologické potřeby



### ***Psychické potřeby***

P8 odmítá pít z kojenecké lahve. Říká: „*Můžu jenom pít. Vadí mi ta flaška s cumlem. Navaluje se mi z toho. A není to moc důstojný.*“ Ani P7 nechce kojeneckou lahev. Řekla: „*Na pití mám flašku jako pro mimino. Abych se nepolila.*“ Zatím co P1 je s kojeneckou lahví spokojen. A dodává: „*Dobrá je ta flaška. Aspoň se nepoleju.*“ Restrikce tekutin má negativní vliv na psychický stav P1 i P2. Zejména, trvá-li restrikce déle. To potvrzuje odpověď P1 při druhém rozhovoru: „*Kdybych se mohl pořádně napít.*“ P10 si i přes úplný zákaz přijímání tekutin per os nestěžuje. P6 v době přijetí zvracela a tekutiny odmítala. Vzpomínala: „*Ze začátku jsem se na pití nemohla ani podívat. Bála jsem se, že to zase půjde ven.*“

Schéma 8: Tekutiny - psychické potřeby



### ***Sociální potřeby***

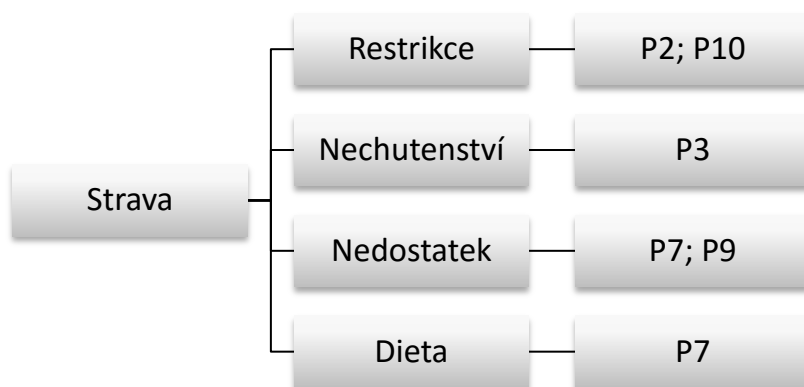
Sociální potřeby v oblasti přijímání tekutin v rozhovorech nebyly nalezeny.

#### ***4.1.4 Kategorie strava***

##### ***Biologické potřeby***

P2 a P10 stravu nepřijímají. Výživa je zajištěna parenterální cestou nebo NGS, a proto otázka nebyla nepokládána. P3 nemá chuť k jídlu a říká: „*Nosí mi toho zbytečně moc. Stejně to nesním. Paní doktorka mi pořád nutí přídavky a já už ty jogurty nemůžu ani vidět.*“ P1 z počátku také neměl na jídlo chuť. Řekl: „*Je mi to jedno, stejně nemám na nic chuť.*“ Později si stěžuje na malé porce jídla: „*Jídla moc není. Někdy mi manželka přinese něco dobrého z domu.*“ Před propuštěním řekl: „*Někdy je to dobrý. Ale už se těším na domácí stravu.*“ P4 také po přijetí po přijetí jedl jen málo. Odpověděl: „*Zatím jsem skoro nic nejedl. Dneska jsem dostal přesnídávku. Ptali se mě, na co mám chuť.*“ Později vyžaduje pouze stravu, kterou připravila manželka. „*Jídlo mi taky nosí manželka. Ráno dostanu snídani a oběd a večeri mi nosí z domu. Domlouvala se s paní doktorkou, co můžu a co ne.*“ P5, P6 a P8 k dietní stravě výhrady nemají. P6 jen podotkla: „*Jídlo jako všude v nemocnici. Nic moc.*“ Pro P7 a P9 porce jídla nejsou dostatečné. P7 si stěžuje: „*Jídla mám málo. Mám s sebou jen dvoje sušenky.*“ I přes edukaci dietu netoleruje. „*Mám hlad. O dietě mluví pořád. Já žádnou nepotřebuju.*“ P9 také není se stravou spokojená. Řekla: „*Pořád tady mám hlad. Jídlo nemá žádnou chuť. Z domu mi nemůžou nic přinést a do kantýny nesmím. Tak to se opravdu těším, až si sama uvařím.*“

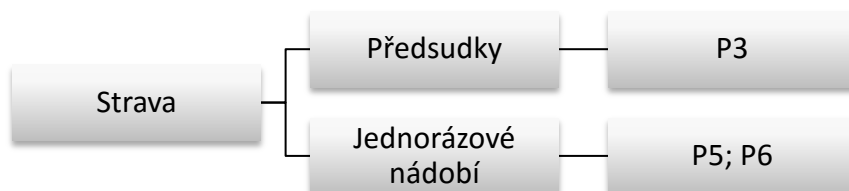
Schéma 9: Strava - biologické potřeby



### ***Psychické potřeby***

P3 odmítá sipping se slovy: „*Nutí mi pitíčka, ale to pila sousedka, měla rakovinu a potom umřela.*“ Dva dotazovaní pacienti vyslovili nesouhlas s podáváním stravy v jednorázovém plastovém nádobí. P5 řekla: „*To plastový nádobí se mi moc nelíbí, chvíli to vydržím.*“ P6 odpověděla: „*Hrůza je to plastový nádobí. Je to jak od Vietnamců.*“

Schéma 10: Strava - psychické potřeby



### ***Sociální potřeby***

P4 je silně fixován na manželku. Vyžaduje jen jídlo z domova. Bylo mu vyhověno a manželka denně nosí obědy a večeře. P4 se vyjádřil: „*Snídaně vydržím a oběd a večeři mám z domu. Snad půjdu brzo domů.*“ P7 pocituje omezování při výběru potravin. Není spokojená s dietní stravou v nemocnici. Postrádá osobu, která by jí tyto potřeby pomohla uspokojit. Řekla: „*Jídla mám málo. Nechcou mi dojit do kantýny. Do kantýny mi nikdo nedojde. I když jim dávám peníz, aby si taky něco koupili.*“ P9 popisuje stejné pocity. Poznamenala: „*Až někdo přijde na návštěvu, tak mu řeknu, ať mi něco koupí.*“

Schéma 11: Strava - sociální potřeby



### ***Spirituální potřeby***

Spirituální potřeby vyjádřila jen P5. Blíže jsou popsány v kategorii 11.

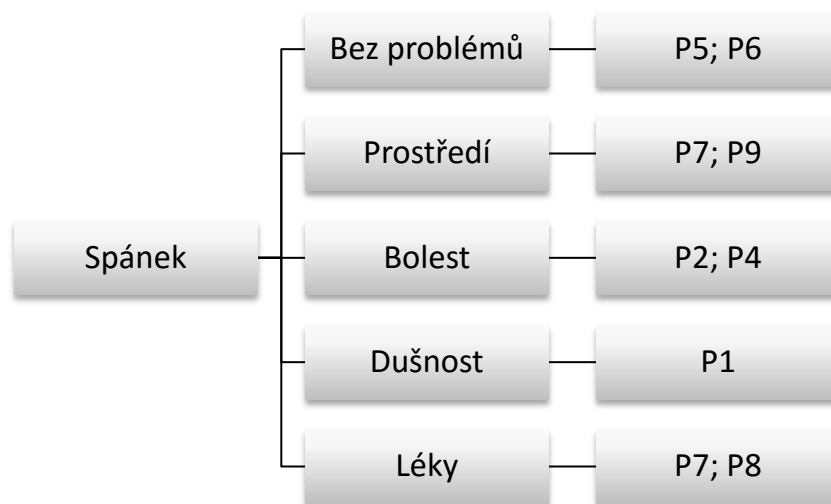
#### ***4.1.5 Kategorie spánek***

##### ***Biologické potřeby***

P5 a P6 problémy se spaním nemají. P6 řekla: „*Já usnu kdekoliv a kdykoliv.*“ U P1 je spánek ovlivněn zdravotním stavem. Poprvé na otázku, jestli spí v nemocnici dobře, odpověděl: „*Jak teď nemůžu dechat, tak spíš špatně.*“ Po týdnu hospitalizace došlo ke zlepšení zdravotního stavu i kvality spánku. Řekl: „*Co se mi líp dechá, už spím líp.*“ Spánek P2 úzce souvisí s bolestí. Krátce po chirurgickém zákroku řekl: „*Pokud mě to nebolí, tak jo.*“ S odstupem času již spí bez problémů. To dokládá odpověď: „*Co to nebolí, spím dobře.*“ I spánek P4 je narušen bolestí. Tentokrát způsobenou nevhodnou matrací. Stěžuje si: „*Nemůžu v noci spát, protože mě bolí záda. Zatím se to moc neřešilo.*“ Při dalším rozhovoru se po intervenci personálu kvalita spánku zlepšila. Potvrzuje: „*Pokud dostanu injekci proti bolesti na noc, tak se celkem vyspím.*“ Během opakované hospitalizace již má P4 ordinovaná hypnotika. Řekl: „*Mám svoje prášky na spaní.*“ P3 je unavená a prospí celý den. To potvrzují její odpovědi: „*Spím i přes den.*“ „*Prospím celý dny i noci.*“ P7 a P8 mají dlouhodobě narušený spánek a trvale berou prášky na spaní. P7 řekla: „*Ne, beru prášky na spaní už deset let.*“ I přes medikaci potřebuje v noci klid. Stěžuje si na ruch na JIP během noci. „*Když mi dají večer prášek tak trochu spím. Nesmí tady bejt moc rušno.*“ Lépe jí vyhovuje pobyt na standardním oddělení. To dokládá odpověď: „*Tady je to lepší. Mám tu větší klid.*“ P8 nepozoruje rozdíl mezi spánkem doma a v nemocnici. Řekl: „*Prášky na spaní beru i doma. Je to tak nastejno.*“ P9 vnímá v noci ruch na oddělení. Dodala: „*V noci někdo*

chodí po chodbě a budím se.“ P10 má velmi narušený spánek, ale léky odmítá. Řekl: „V noci spím tak hodinu, ale nestěžuji si.“

Schéma 12: Spánek - biologické potřeby



### ***Psychické potřeby***

P7 i P8 jsou zvyklí užívat hypnotika denně. Můžeme hovořit i o psychické závislosti. To dokládají jejich odpovědi. P8 řekl: „Musím si vzít Hypnogen a pak jo.“ P8 odpověděla: „Ne, beru prášky na spaní už deset let.“

Schéma 13: Spánek - psychické potřeby



### ***Sociální potřeby***

P3 prospí téměř celý den a ztrácí zájem o okolí. Dochází tak k omezení komunikace i mezi pacientkou a personálem. Nevadí jí ani samota na jednolůžkovém pokoji. Řekla: „Stejně celý dny prospím.“



Schéma 14: Spánek - sociální potřeby



#### 4.1.6 Kategorie pohyb

##### **Biologické potřeby**

Vztah k pohybové aktivitě je silně ovlivněn momentálním stavem nemocných. P1 je po amputaci obou dolních končetin a odpověděl: „*Chodí za mnou cvičitelky, ale já toho moc nenacvičím.*“ P2 měl z počátku klidový režim. Řekl: „*Zatím mám být v klidu.*“ Ani P3, P5, P6 a P8 zvýšenou aktivitu nevyhledávali. P3 řekla: „*Jsem unavená, když mám vstát z postele. Rehabilitační sem chodí každé den.*“ P5 svůj stav popsala slovy: „*Nikdo sem nechodí. Chodím si po pokoji a stačí mi to. Když přijdu ze sprchy tak jsem ráda, že si můžu lehnout.*“ P6 odpověděla: „*Jsem ráda, že můžu chvíli ležet. Sem fyzioterapeutky nechodí.*“ P8 nepociťuje nedostatek pohybu, ale chápe význam pooperační rehabilitace. „*Chodí za mnou sestřičky z rehabilitace. Učí mě dýchat a cvičíme na posteli. I to mě zatím vyčerpává.*“ Zatím co P7 rehabilitovat nechce. Řekla: „*To mě nutí pořád, že se musím snažit. Ale nejde mi to. Ty rehabilitační jsou nejhorší.*“

Schéma 15: Pohyb – biologické potřeby



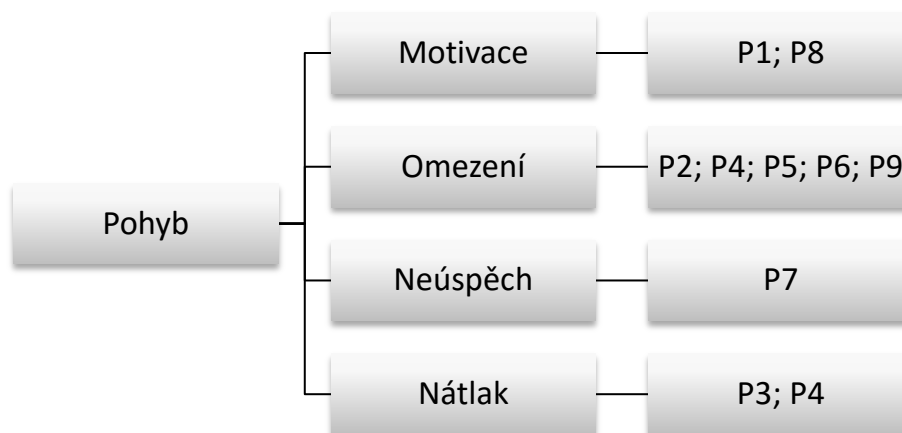
##### **Psychické potřeby**

Pokroky v rehabilitaci a stanovené cíle jsou velkým motivačním prvkem při procesu uzdravování. P1 má také stanovený svůj cíl: „*Těším se na vozejk, co mám*

doma. Pojedu do lesa na houby.“ P8 je motivován viditelnými pokroky v rehabilitaci. Řekl: „*Ted’ už cvičím sám. Jsem rád, že jsem začal chodit takhle rychle.*“ O týden později odpověděl: „*Dostačuje. Už chodím kolem postele, dojdu i do sprchy, což jsem rád.*“

Naopak negativní dopad na psychiku pacientů má omezení pohybu po oddělení a areálu nemocnice. Někteří z nich by pro svůj zdravotní stav delší chůzi nezvládli, ale i tak se cítí v pohybu omezeni. P2 odpověděl: „*Chodím po pokoji a nikam jinam nesmím. Ale dál bych stejně asi nedošel.*“ P4 řekl: „*Potřeboval bych se projít někam ven. Z pokoje nesmím. To je pak těžký. Sem už rehabilitační sestřičky nechodí.*“ „*Šel bych se projít na chodbu, ale to mám zakázaný. Stejně s tou hadičkou (PMK) se mi moc nechce.*“ P5 poznamenala: „*Už jsem jako lev v kleci. Těším se, až budu doma něco dělat. Vzala bych i hadr paní uklízeče a šla bych vytírat za ní.*“ I P6 se cítí být omezená v pohybu: „*Už bych se někam šla projít. Vybízela bych se sama, ale nemám kam.*“ Podobnou odpověď měla i P9: „*Chtěla bych se jít podívat z pokoje ven. Nebo projít na vzduch a to mě nepustí. Můžu tady chodit pořád jen dokolečka. To mě nebaví. Spíš se dívám na televizi.*“ P7 je zklamaná, že nedosáhla stanoveného cíle. Dodala: „*Slíbili mi, že zase budu chodit. Nemám ani pantofle. Když mě posadily, bylo mi špatně. To chci vidět. Rehabilitační mi moc nepomohla. Chodit už asi nebudu. Tak jakýpak copak.*“ P3 a P4 s rehabilitací nesouhlasí. To dokládá odpověď P3: „*Moc nemůžu, moc toho nenacvičím. Nutí mě.*“ P4 řekl: „*Nutí mě cvičit, v posteli, ale mně se nechce.*“

Schéma 16: Pohyb - psychické potřeby



## **Sociální potřeby**

P1 vnímá přítomnost fyzioterapeutky jako společenskou událost. Řekl: „*Chodí za mnou denně. Je to milé děvče. Rád si s ní povídám.*“ I P10 je rád pokud jej navštěvuje fyzioterapeutka. „*Chodí za mnou rehabilitační sestřička. Procházíme se po pokoji.*“

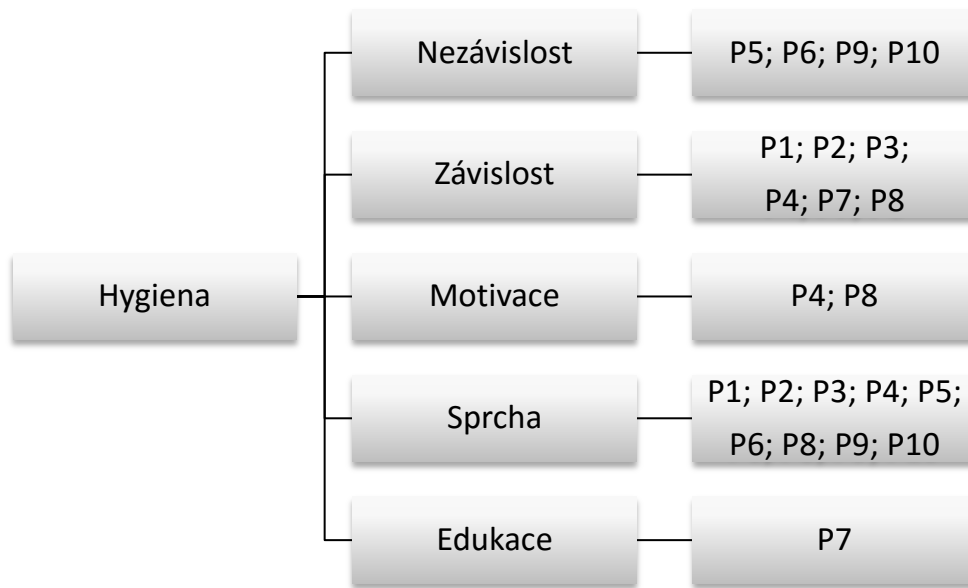
Schéma 17: Pohyb - sociální potřeby



### **4.1.7 Kategorie hygiena**

Zajištění hygieny je součástí každodenní péče o nemocné. Někteří pacienti jsou soběstační, a jiní jsou plně závislí na naší pomoci. Soběstační pacienti jsou spokojeni se sociálním zařízením. P9 si pochvaluje: „*Koupelna je moc hezky vybavená. I mýdlo a ručníky dostanu. Umejvat se můžu, jak chci. Do toho mi tu nikdo nemluví.*“ Také P5, P6, a P10 pomoc při hygieně nepotřebují a nedochází k deprivaci jejich potřeb. P5 odpověděla: „*Jsem samostatná. Pomoc nepotřebuju. Chodím si do sprchy, jak chci a mám ji pro sebe. Dostala jsem mýdlo, kterým se mám umýt. To mi nijak nevádí.*“ I P10 je s hygienou spokojen a dokládá to odpovědí: „*Zatím to zvládám sám. Sestřička čeká za dveřmi a zatím mi převleče postel. Plně mi to vyhovuje.*“ Všichni nemocní upřednostňují hygienu ve sprše před mytím na lůžku. P1 popisuje: „*Dokud jsem měl jednu nohu, jezdil sem do koupelny na vozečku. Ted' mě myjou jen na posteli. Slíbili mi, že pojedou do koupelny na posteli. To bych byl rád.*“ P2 krátce po operaci vyslovil přání: „*Chtěl bych pod sprchu.*“ P3 v prvních dnech hospitalizace oceňuje pomoc sester: „*Jsem ráda, když můžu do sprchy. Sestřičky musí se mnou, sama to nezvládnou. Ale vyhoví mi.*“ Později smutně dodala: „*Do sprchy to nezvládnou, tak co mi zbejvá.*“ I P4 se těší, až zvládne hygienu v koupelně. Řekl: „*Ráno mě umývají v posteli. Chtěl bych se jít osprchovat.*“ Podobně odpověděl i P8: „*Chtěl bych se už osprchovat. Doufám, že tam brzo dojdu.*“ P7 nemá vytvořené dostatečné hygienické návyky. Nesouhlasí s pravidelnou hygienou. Řekla: „*Asi se jim zdám špinavá. Hned jak mě přivezli, museli mě umejvat. Ta blond'atá mi chtěla ostříhat vlasy a nehty. Ten na malíčku potřebuju na salám. Nevím, proč bych se měla mejt každéj den.*“

Schéma 18: Hygiena



Výměnu ložního prádla vnímají téměř všichni pacienti jako dostatečnou. Někteří dokonce jako přehnanou. P9 se podivuje: „*To převlíkání je až přehnaný. Vy byste doma měnila povlečení každé den?*“ Na JIP P1a P3 nejsou spokojeni s osobním prádlem. P1 řekl: „*Vadí mi ta košile. Kouká mi z toho zadek.*“ Stejný názor má i P3: „*Vadí mi košile. Leze mi z ní pozadí, když se postavím.*“ P9 také nevyhovuje ústavní osobní prádlo. Odpověděla: „*Tu noční košili bych chtěla svojí.*“ P7 pro obezitu osobní prádlo neobleče. Zlobí se: „*Do košile se nevejdu, je mi malá. Moje šaty mi nechat nechcou. Když mi převlíkají postel, tak mě tahají nahoru a dolů.*“ P6 má nevhodnou velikost osobního prádla. Jen podotkla: „*... Košili bych mohla mít o trochu menší.*“

Schéma 19: Ložní prádlo



Schéma 20: Osobní prádlo

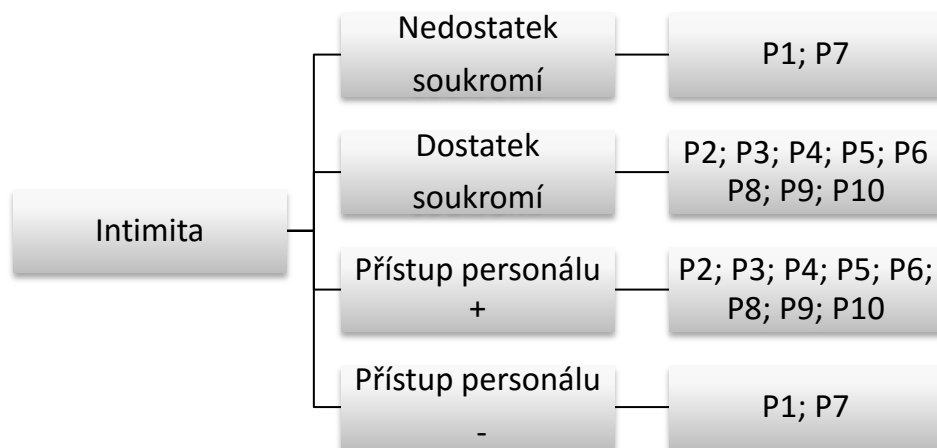


#### 4.1.8 Kategorie přístup personálu a intimita

Pokud je pacient soběstačný, nebývá intimita narušena v takové míře jako u plně závislých osob. Stud nemocného lze alespoň částečně eliminovat vhodným přístupem ošetřujícího personálu. P5, P8, P9 a P10 jsou s přístupem personálu spokojeni a nevnímají narušení jejich intimity. O osobní zkušenost se podělila P6: *„Dostatek soukromí mám, ale když mě přivezli tak jsem byla celá... Měla jsem blbě napíchnutou žílu a nesměla jsem se ani hnout, dokud mi nedokape aspoň první infúze. Sestry mě musely umýt. Fakt jsem se styděla. Bylo mi hrozně. Asi si to člověk pak uvědomí i v práci.“* Nedostatek soukromí pociťuje P1. Odpověděl: *„Soukromí žádný. Pořád jsem za sklem. Personál se nedá strkat do jednoho pytle. To je různý.“* Opačný názor vyjádřil P2: *„Soukromí tu mám až moc. Bylo by lepší, kdyby tady někdo ležel se mnou.“* S přístupem personálu je docela spokojen. Dodal: *„... Jsou milí. To se nedá říct. Někdy jsou tady pořád, a někdy ne. To záleží na směně.“* P3 je s péčí spokojena. Řekla: *„Sestřičky jsou hodný, se vším mi pomáhají. Věřím jim. Jsou hrozně hodní, dlouho se o mě nikdo takhle nestaral. Nemůžu si stěžovat. Soukromí tu mám. Jsou chudáci, hodně se se mnou natahají. Jsem dost těžká. Určitě víc než na chirurgii, na sestřičky vidím přes sklo. Tak mám pocit, že tu nejsem sama.“* P4 je spokojen s péčí na oddělení, ale i přes to raději provádí hygienu s manželkou. Dodal: *„Sestřičky jsou hodný, ale s koupáním stejně čekám, až přijde manželka.“* P7 vnímala negativně přístup personálu ihned po přijetí. Poznamenala: *„Netvářili se moc nadšeně, když mě viděli. Chodí sem pořád, ale stejně mi vysvětlí, že to nejde.“* Není spokojena s dostatkem soukromí na JIP. To dokládá odpovědi: *„Jaká pak intimita a soukromí, když vám někdo pořád utírá zadek. Čučí na mě přes sklo, ale to, co bych chtěla, mi stejně nikdo neudělá.“* Ani po překladu

na standardní oddělení není spokojena. Při třetím rozhovoru odpověděla: „Tady je to ještě horší než na JIPce. Zazvoním a ne, že by přišli hned.“

Schéma 21: Intimita



#### 4.1.9 Kategorie prostředí

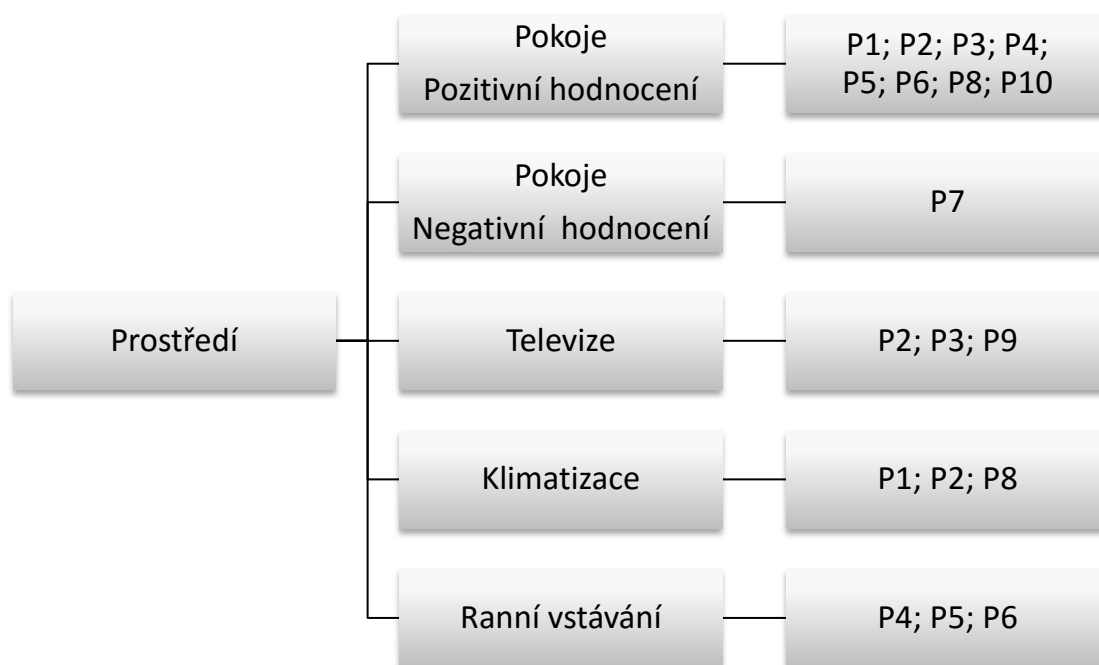
Infekční oddělení Nemocnice Jihlava bylo nově postaveno před čtyřmi lety. Pacienti jsou většinou prostředím mile překvapeni. P1 řekl: „*Je to tady hezký, ale doma je doma.*“ I P3 je s prostředím spokojená. Srovnává: „*Je to tady hezčí než na chirurgii. Jsem ráda, že jsem tady.*“ P6 porovnává infekční oddělení s místem, kde pracuje. Řekla: „*Máte to tu hezké, nedá se to srovnat. Akorát to ranní buzení. Ale to je všude.*“ Kladně prostředí ohodnotili i P2, P4, P5, P8 a P10. P10 se dovede radovat i z maličkostí. Odpověděl: „*Je to tu hezké, rád se dívám z okna. Voní tady posečená tráva.*“ Vybavení každého pokoje televizí také nemocní hodnotí pozitivně. P2 poznamenal. „*Jsem rád, že se můžu dívat na televizi. Podobně odpověděli i P3 a P9.*“

Většinou negativně vnímají nemocní klimatizaci na JIP. P1 to dokládá odpovědí: „*... Akorát ten vzduch. Když jsem minule ležel na normálním oddělení, bylo to lepší. Dalo se otevřít okno. Tady to nejde. Ale je to už lepší, než když jsem přišel.*“ I P2 předkládá svoje problémy: „*Hezký. Jenom je tady suchej vzduch, a ještě k tomu nemůžu pít. ... Teď je tady docela teplo a v noci hrozně hučí klimatizace. Budí mě to.*“ P4 popisuje, jak alespoň částečně personál jeho stížnosti vyřešil: „*Je tady hrozně suchý vzduch, hlavně v noci. Sestřička mi v noci dávala mokré prostěradlo přes postel. Pak to bylo trochu lepší. Nemůžu vydržet v posteli, když nemám svojí matraci.*“ I P8 pociťuje suchý vzduch: „*Je tu dost suchý vzduch a tak mám pořád žízeň. Ale to bude tou*

*klimatizací.*“ P7 negativně vnímá prosklené stěny boxu na infekční JIP. Stěžuje si: „*Jsem jako v teráriu, pořád na mě někdo přes to sklo kouká, nemám žádný soukromí.*“ Naopak P3 je ráda, že vidí personál, který není zrovna přímo na pokoji. Řekla: „... *na sestřičky vidím přes sklo. Tak mám pocit, že tu nejsem sama.*“

Již tradičně pacienti nejsou spokojeni s ranním vstáváním. Dokládá to odpověď P6: „... *Akorát to ranní buzení. Ale to je všude.*“ I P5 by uvítala, kdyby mohla spát déle. Řekla: „*Ale myslela jsem si, že se v nemocnici vyspím, ale vzbudí mě každý den po šesté.*“ Stejný názor má i P4.

Schéma 22: Prostředí



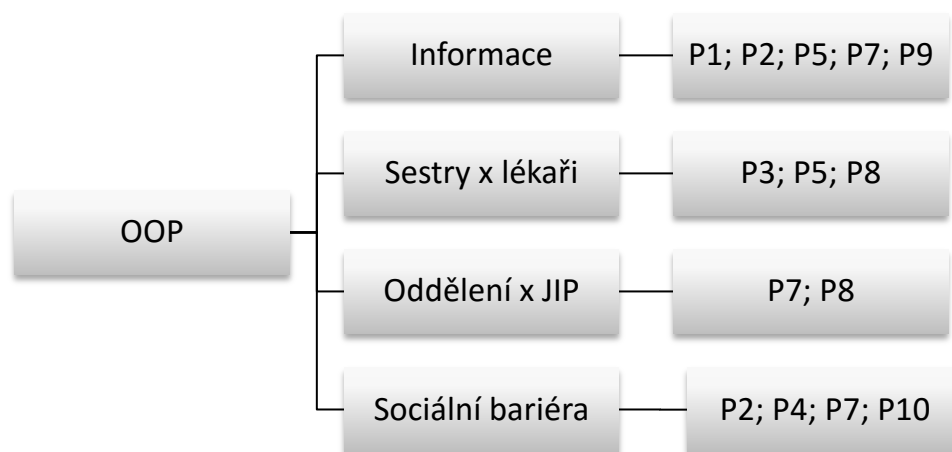
#### 4.1.10 Vnímání OOP

Používáním osobních ochranných pomůcek personál chrání jak nemocného, ostatní pacienty, tak i sebe. Z odpovědí pacientů vyplývá, že většina z nich nebyla o používání OOP dostatečně informována. P1 dle reakce nechápe důvod používání. Řekl: „*Mám pocit, že se mě štítíte. Normálně jsem s tím byl doma a nikdo rukavice neměl a tady pořád. Asi mi o tom nic neříkali.*“ P2 prostředky akceptuje, ale přesný důvod také nezná. Odpověděl: „*Asi to tak musíte mít, nevím.*“ P7 také nezná důvod a říká podrážděně: „*Tváříte se, jako bych byla prašivá. Pořád se oblíkáte a svlíkáte a pak trvá*

*hrozně dlouho než sem někdo přijde. A ani nepoznám kdo to je.“ P5 sice důvody chápe, ale nevnímá je příliš pozitivně. Poznamenala: „Je to zvláštní pocit, že na vás pořád mají rukavice. Vadí mi to, když mi v nich dávají jídlo. Snad v nich nešahali na někoho.“ P9 nevnímá OOP jako ochranu pacientů. Odpověděla: „Říkají, že to musí nosit. Myslím si, že se bojí, že by to mohly taky dostat.“*

Dle pacientů nepoužívají všichni členové týmu stejné OOP. P3 řekla: *“Někdy mají sestřičky jen rukavice. Jindy i plášť i ústenku. Ale paní doktorka to většinou nenosí.“* P5 si všimla, že: *„Sestřičky nosí většinou rukavice a ústenku přes obličej. Paní doktorka spíš ne. Podobně odpověděl i P8: „Sestry to nosí, doktoři spíš ne. Rozdíl mezi standardním oddělením a JIP zaznamenala P7: „Už to moc nevnímám. Tady na oddělení už nechodí tak zahalený.“ Podobný poznatek má i P8: „Vlastně bych vůbec ty sestřičky z JIPky nepoznal. Nikdy jsem jim neviděl do obličeje. Spíš bych je rozeznal podle hlasu. Na oddělení už se to asi tolik neřeší.“* Pacientům vadí, že nevidí celý obličej personálu. P4 negativně vnímá OOP u manželky. Popisuje: *Není jim vidět do obličeje. To mi trochu vadí. Pak se na vás nikdo ani neusměje. Je divný, když tak vidím manželku.“* P2 řekl: *„Nevadí mi to, ale, už bych rád někoho viděl bez toho munduru.“* P7 také OOP vnímá negativně: *„Nelíbí se mi to. Nikoho nepoznám. Nevím, která je která. A když zazvoním, tak mi řeknou, že se kvůli blbostem nemůžou pořád vyslíkat a oblíkat.“* I P10 vnímá OOP jako sociální bariéru. Posteskl si: *„Chápu to, je to nařízení. Ale je to škoda, že na sestřičky nevidím.“* P6 (všeobecná sestra) popsala svoji zkušenost: *„Já to znám. Je to zvláštní pocit když si to zkusíte jako pacient.“*

Schéma 23: OOP



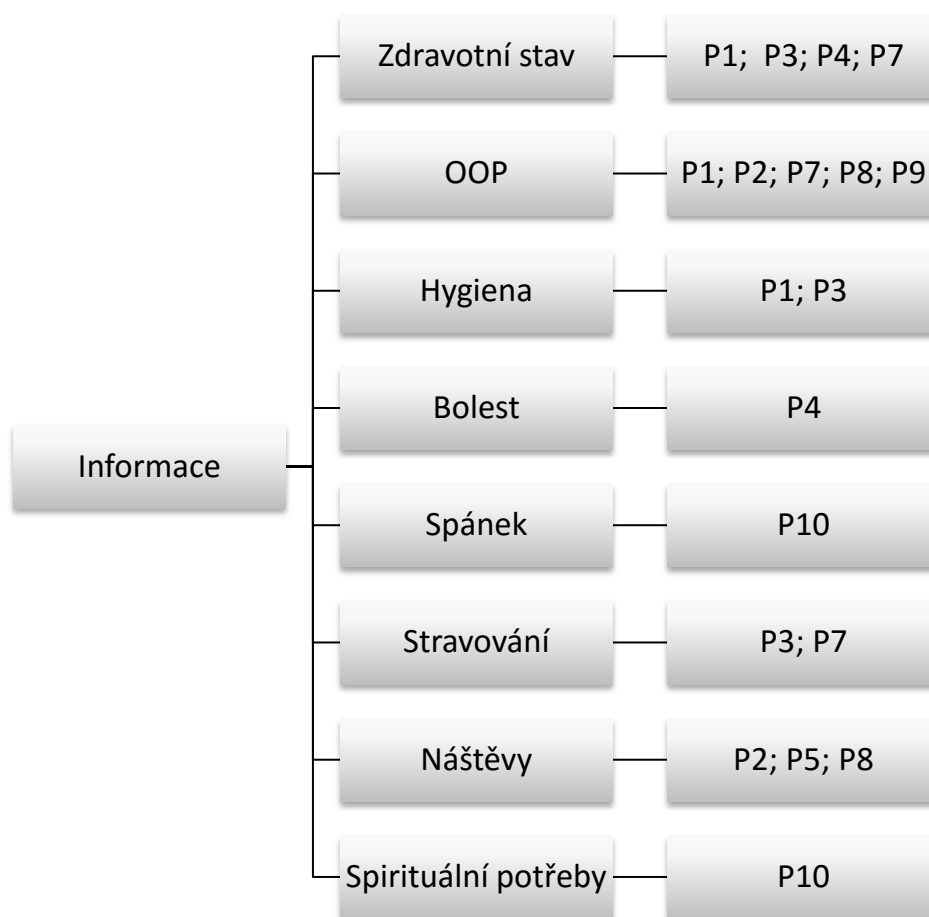


#### 4.1.11 Kategorie informace

Pro pocit jistoty a bezpečí je důležité, aby nemocný byl informován o svém zdravotním stavu a byl dobře seznámen s chodem oddělení. Během rozhovorů jsem mnohokrát slyšela odpověď nevíím nebo musím se zeptat. Deficit informací se objevil v mnoha oblastech. Pacienti často nejsou dobře informováni lékařem o důvodu přijetí. P1 řeší svůj zdravotní stav až s lékařem chirurgického oddělení. Řekl: „...*Byl za mnou Šilhan (lékař chirurgického oddělení) a domlouvali jsme se, co bude dál.*“ Po dvou týdnech odpověděl: „*Pořád nevíím, co bude s tou nohou. Řekli mi, že ty potíže nejsou od nohy, ale od srdce. To asi nebude moc dobrý, co?*“ P4 také od lékaře neobdržel dostatečné informace. Při rozhovoru se ptá: „*Nevíte, co mám s močovým měchýřem? Nádor nebo rakovinu nebo co? To mi nikdo neřekl.*“ I z odpovědí P4 při dalších rozhovorech je stále znát nedostatek informací: „*Včera jsem byl na operaci. Doufám, že mi někdo přijde říct, jak to dopadlo.*“ S péčí je P4 spokojen, ale dodává: „*Jsem, jen kdyby mi někdo řekl, co mi teda je.*“ Ani P7 nezná důvod hospitalizace na infekčním oddělení. Řekla: „*Nevím, proč mě přivezli. Nemůžu moc chodit.*“ P9 vyžaduje opakovanou edukaci o rizicích přenosu hepatitidy A. Z odpovědí: „*Hrozný je, že tady musím být tak dlouho. Mně není tak špatně, že bych musela být v nemocnici.*“ „*Nic mi není. Nevím, proč mě tu ještě drží.*“ vidíme deficit informací. Ostatní pacienti si na nedostatek informací o zdravotním stavu nestěžovali. P3 řekla: „*Já se moc neptám. Myslím, že to moc dobrý není.*“ Písemné informace týkající se péče o pacienta kolonizovaného rezistentní bakterií neobdržel nikdo z dotázaných. Dle odpovědí nejsou pacienti dostatečně informováni ani o důvodech používání OOP. Nedostatek informací je již částečně popsán v kategorii 10. P1 se vyjádřil: „*Mám pocit, že se mě štítíte. Asi mi o tom nic neříkali.*“ Podobně odpověděla i P7: „*Tváříte se, jako bych byla prašivá. Pořád se oblikáte a svlíkáte a pak trvá hrozně dlouho než sem někdo přijde. A ani nepoznám kdo to je.*“ I P9 nezná důvod používání OOP. Řekla: „*Podle mě je to úplně zbytečný. Co to musí stát peněz.*“ Rodina P2 a P8 nevěděla předem o poplatku za OOP pro návštěvy. P2 podotkl: „... *Taky nechápu, proč musí platit za to oblečení.*“ P8 poznamenal: „*Konečně tu byla máma. Překvapil nás poplatek za oblečení.*“ P1 nemá potřebné informace o hygienické péči. Stěžuje si: „*Pořád mi slibujou, že se mnou zajedou do sprchy, ale zatím nic. Tohle mytí na posteli je k ničemu.*“ P3 neví o možnosti využití vodního lůžka. Proto si povzdechla: „*Do sprchy to nezvládnou, tak co mi zbývá.*“ Dostatečné informace o návštěvách při přijetí neobdržel P4 a P5. P4 se obává: „*Ještě tu nebyli, snad je sem pustí.*“ P5 řekla: „*Musím se zeptat, jestli sem dceru pustí. Ale aby to*

*nedostala.*“ Více komunikace by zabránilo problémům i v oblasti výživy. P3 si stěžuje na bílkovinné doplňky: *„Paní doktorka mi pořád nutí přídavky a já už ty jogurty nemůžu ani vidět.*“ P3 potřebuje i více informací o sippingu. Odpověděla: *„Nutí mi pitička, ale to pila sousedka, měla rakovinu a potom umřela.“* P7 si není vědoma nutných dietních opatření při diabetu. To dokládá její odpověď: *„O dietě mluví pořád. Já žádnou nepotřebuju.*“ P10 se nesvěřil lékaři ani sestřám, že trpí závažnou poruchou spánku. Řekl: *„V noci spím tak hodinu, ale nestěžuji si.“* Vhodnou intervencí, by se daly jeho problémy řešit. Nemá ani dostatek informací o duchovních službách na infekčním oddělení. Odpověděl: *„V sobotu je tu v kapli mše. Ale tam ted' asi nesmím.“*

Schéma 24: Informace



#### 4.1.12 Kategorie izolace

Všichni dotazovaní byli hospitalizováni na jednolůžkovém pokoji. Pacienti si uvědomují, jak výhody, tak i nevýhody, které jednolůžkový pokoj přináší. P1, P3, P5, P6, P7, P8 a P10 alespoň na začátku hospitalizace jsou spokojeni, že leží na pokoji sami. P1 řekl: „*Jo, já jsem rád sám.*“ P3 samostatný pokoj ocenila se slovy: „*Mám tady klid. Na chirurgii jsem ležela se starou paní a ta pořád naříkala. Tady je to lepší. Jsem zvyklá být sama.*“ P5 má podobnou zkušenost: „*Dnes tu mám klid. Včera se mnou tady ležela stará paní, měla průjem a naříkala. Jsem ráda, že už jsem tady sama.*“ I P8 popsal pobyt na jiném oddělení: „*Jsem rád, že jsem sám. Když jsem ležel na interně, byli jsme tři na pokoji a bylo to hrozný. Teď mám klid. A mám tu televizi.*“ P6 vzhledem k tomu, že se necítí dobře, je také raději sama. Odpověděla: „*Není mi dobře, tak jsem radši sama. Mám mobil a televizi. Jsem spokojená. S přítelem si skypujeme a rodiče chodí tak ob den. Mám slíbeno, že mě snad pozítří pustí. To už asi vydržím.*“ O týden později jí společnost chybí, ale i tak poukazuje na výhody samostatného pokoje: „*Nemám si s kým pokecat, ale kdo ví, kdo by tady se mnou ležel. Asi je lepší, že jsem na pokoji sama.*“ P7 je na samotu zvyklá a obává se sdílení pokoje na oddělení následné péče. Řekla: „*Teď jsem zvyklá být sama a nevím, jak to bude v Počátkách. Nechci nikoho na pokoji.*“ P10 vítá klid jednolůžkového pokoje zejména v noci. Na dotaz odpověděl: „*Mám tu klid. Nemůžu moc spát v noci. Jsem rád, že je tu klid přes den a můžu si schrupnout.*“

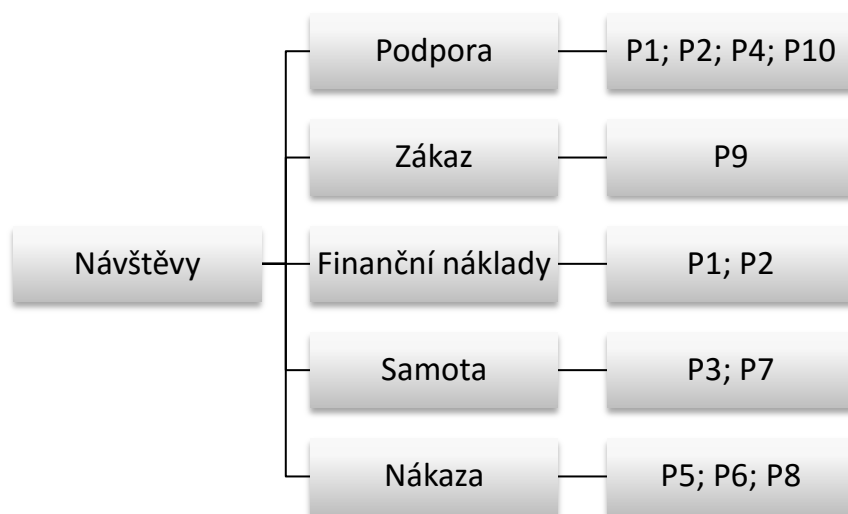
P2 by raději sdílel pokoj s dalším nemocným. Na otázku „*Vyhovuje Vám pobyt na jednolůžkovém pokoji?*“ Odpověděl: „*Moc ne.*“ Ještě dodal: „*Kdyby sem někdo vozil noviny. To bych byl rád.*“ P4 má potřebu sociálního kontaktu s ostatními pacienty. Řekl: „*Chybí mi někdo, s kým bych si mohl povídat.*“ P9 jasně vyjádřila nespokojenost s izolací na jednolůžkovém pokoji: „*To víte, že mi to vadí. Nemám s kým mluvit. Ani kredit nemám. Necháte mě zavolat? Ještě týden a pojedu na kopeček.*“

Schéma 25: Izolace



Většina pacientů infekčního oddělení má lékařem povoleny návštěvy. Rodina je předem informována o nutnosti dodržování bariérového režimu. Kontakt s rodinou pomáhá k udržení dobré psychické pohody nemocných, zejména u dlouhodobějších hospitalizací. P1 Odpověděl: „*Manželka to má s paní doktorkou domluvený, chodí za mnou každé den.*“ O týden později řekl: „*Manželka a syn za mnou často chodí. Akorát je to dost peněz za ty balíčky.*“ Uvědomuje si, že denní návštěvy jsou pro starší manželku fyzicky náročné: „*Manželku už to chození sem zmáhá. Kor když je teď vedro.*“ P2 také zmiňuje finanční náklady rodiny: „*Ven z pokoje nesmím a rodina může přijít až odpoledne. Je to tady dlouhý. Taky nechápu, proč musí platit za to oblečení.*“ P4 je na manželce velmi závislý. Má povoleny návštěvy lékařem i mimo běžné návštěvní hodiny. To potvrzuje odpovědí: „*Chybí mi tu manželka. Manželka má dovoleno od paní doktorky, že za mnou může chodit už v poledne. Může tady zůstat celý odpoledne. Já bych to bez ní nevydržel.*“ I pro P10 je rodina oporou. Řekl: „*Manželka za mnou chodí. Snad sem pustí i syna. Jsem rád sám. Nemám potřebu nikam chodit.*“ P9 návštěvy lékařem povoleny nemá. Stěžuje si: „*Proč za mnou nemůže rodina? To bych změnila. A jídlo je na nic. Návštěvy mi zakázali. Naši by za mnou rádi chodili každé den. Je mi po nich smutno. Hlavně po děčkách a tatovi.*“ P3 a P7 rodinu nemají. I tak by návštěvu někoho blízkého uvítali. P3 řekla: „*Párkrát tu byla sousedka, přinesla mi poštu. Já jinak nikoho nemám.*“ P7 navštívil sociální pracovník. Dle odpovědi: „*Byl tady akorát Hrůza, aby vymysleli, kam mě dají.*“ jí nebyla jeho přítomnost příjemná. Nepřeje si ani návštěvu pečovatelek z Oblastní Charity. Řekla: „*Za mnou asi nikdo nepřijde. Leda, že by byla zvědavá ta z Charity.*“ P5, P6 a P8 zvažují, zda-li chtějí, aby je rodina navštívila. Obávají se přenosu onemocnění. P5 to stvrzuje odpovědí: „*Dcera tu byla jednou. Nechci, aby sem chodila. Stačí, když si voláme.*“ P8 má obavy o matku: „*Nechci, aby sem maminka chodila, aby něco nedostala. Je nemocná.*“ Rodina P6 se také obává nákazy. P6 dodala: „*Rodiče tu byli, mají to dovolený. Přítel, ten se bojí, že tu něco chytí.*“

Schéma 26: Návštěvy



#### 4.1.13 Kategorie spirituální potřeby

Osm z deseti dotázaných uvedlo, že spirituální potřeby nevyžadují. Pouze P5 a P10 se hlásí ke své víře. P5 v nemocnici nepožaduje duchovní služby. Řekla: „*Při přijetí se ptali. Jsem věřící, ale v nemocnici to asi řešit nebude.*“ Avšak v oblasti stravování by P5 uvítala v pátek jídlo bez masa. Řekla: „*Byla bych ráda, kdyby v pátek nebylo maso. Doma dodržuji půst od masa, ale nechci to komplikovat, tak jsem nic neříkala.*“ Při druhém rozhovoru byla překvapena, že bylo její přání splněno. *Vy jste mi zařídila na pátek to jídlo bez masa. Že jo? Děkuju, to jsem ráda. Nechtěla jsem dělat problémy.*“ P10 má zajištěny spirituální potřeby prostřednictvím rodiny. O nemocniční kapli byl informován. Řekl: „*Na interně za mnou byl pan farář. Domlouvala to manželka. Snad ho sem taky pustí. V sobotu je tu v kapli mše. Ale tam teď asi nesmím.*“ P3 a P9 byly položením otázky zaskočeni. Duchovní služby vnímají pouze jako služby pro umírající pacienty. P9 reaguje otázkou: „*Myslíte si jako, že mam umřít?*“ A P3 se ptá: „*To je to se mnou tak špatný?*“

Schéma 27: Spirituální potřeby

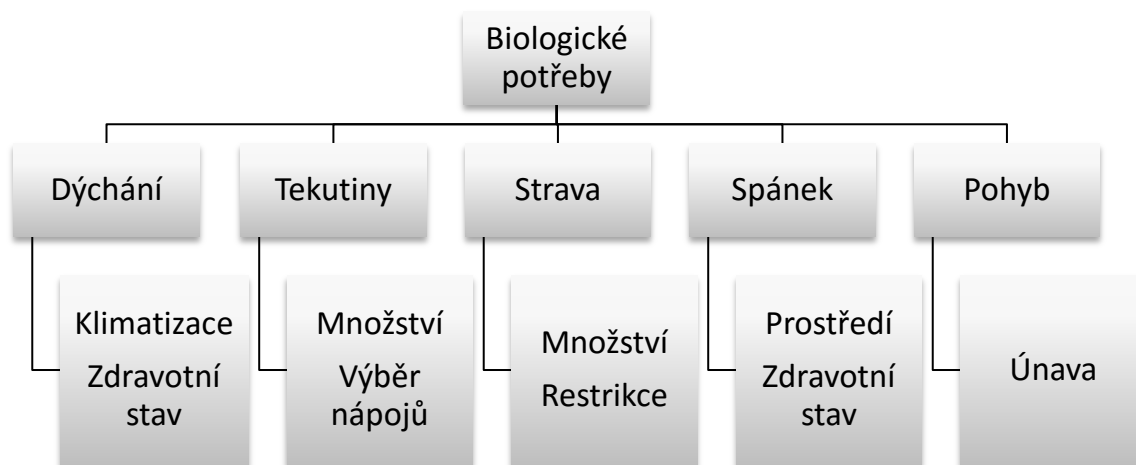


## 4.2 Hodnocení nedostatečné saturace potřeb

### 4.2.1 Neuspokojené biologické potřeby

Z výsledků výzkumu vyplývá, že neuspokojené biologické potřeby nebudou příliš závislé na tom, zda pacient leží na pokoji se zvýšeným hygienicko-epidemiologickým režimem či na běžném oddělení. Dýchání pacientů je ovlivněno jejich zdravotním stavem. Negativně nemocní vnímají klimatizaci na JIP. Takto popisuje situaci P1: „Akorát ten vzduch. Když jsem minule ležel na normálním oddělení, bylo to lepší. Dalo se otevřít okno. Tady to nejde.“ Přijímání tekutin patří mezi jednu ze základních biologických potřeb. Někteří dotázaní vyslovili nespokojenost jak s množstvím, tak i s druhem podávaných nápojů. Například P9 odpověděla: „Nechcou mi dát sladkej čaj. Já doma stejně sladkej čaj piju a nevadí mi to.“ Z odpovědi cítíme nedostatek informovanosti pacientky. Podobná situace je i v oblasti podávání stravy. Pro některé pacienty jsou porce příliš malé, jiní trpí nechutenstvím. Výživu je třeba řešit individuálně a vždy je nezbytné nemocného poučit o jeho dietě. Spánek je ovlivněn jak zdravotním stavem nemocného, tak i prostředím ve kterém se nachází. P9 vadí v noci ruch na oddělení. Řekla: „V noci někdo chodí po chodbě a budím se.“ Spánek P2 je ovlivněn bolestí a P1 udává kvalitu spánku v závislosti na míře dušnosti: „Co se mi líp dechává, už spím líp.“ Na počátku hospitalizace nemocní pohyb příliš nevyhledávají. Rehabilitaci chápou jako nutnou součást léčby. Později omezení pohybu zasahuje do jejich psychosociálních potřeb.

Schéma 28: Hodnocení nedostatečné saturace biologických potřeb



#### 4.2.2 Neuspokojené psychické potřeby

Psychické potřeby dotázaných jsou již částečně ovlivněny i hospitalizací na infekčním oddělení. Dušnost ovlivnila pocit jistoty a bezpečí u P1. Nespokojenost vyslovili P1 a P8 s podáváním nápojů kojeneckou lahví. P8 řekl: „Vadí mi ta flaška s cumlem. Navaluje se mi z toho. A není to moc důstojný.“ I restrikce tekutin nepřispívá k psychické pohodě pacientů. Stejně jako podávání tekutin z kojenecké lahve dotázaní hůře tolerují podávání stravy z jednorázového nádobí. P8 dodal: „Jíst z plastu taky není zrovna ono. Ale to chápu, že to tak musí být.“ I některé předsudky mohou ovlivnit přijímání potravy. P3 odmítá sipping se slovy: „Nutí mi pitíčka, ale to pila sousedka, měla rakovinu a potom umřela.“ Pohybová aktivita má jistě vliv na psychickou pohodu. Někteří pacienti vnímají přítomnost fyzioterapeuta jako formu nátlaku. Naopak nedostatečné pokroky v rehabilitaci mohou být považovány za selhání. Pacienti, kteří jsou již v dobrém fyzickém stavu, negativně vnímají omezení pohybu po oddělení. P5 své pocity popsala: „Už jsem jako lev v kleci. Těším se, až budu doma něco dělat. Vzala bych i hadr paní uklízeče a šla bych vytírat za ní.“ I méně soběstační pacienti dávají přednost hygieně ve sprše před mytím na lůžku. Závislost na pomoci ošetřovatelského personálu není příjemná také pro P6. Své pocity popsala slovy: „Sestry mě musely umýt. Fakt jsem se styděla. Bylo mi hrozně.“ Jako nevyhovující označili P1 a P3 osobní

prádlo na JIP. P7 a P9 by uvítaly možnost mít vlastní noční košili. Nedostatek soukromí pociťují zejména pacienti hospitalizovaní na JIP. Přístup personálu zhodnotil P1: „Personál se nedá strkat do jednoho pytle. To je různý.“ Téměř žádný z dotázaných nebyl dobře informován o nutnosti používání OOP. Tak dochází k nepochopení používání těchto pomůcek a pacienti si jej vztahují ke své osobě. Dokládá to i odpověď P1: „Mám pocit, že se mě štítíte. Normálně jsem s tím byl doma a nikdo rukavice neměl a tady pořád. Asi mi o tom nic neříkali.“ Ke zhoršení vnímání přispívá fakt, že ne všichni členové ošetrovatelského týmu používají OOP dle protiepidemického řádu. Samotu na jednolůžkovém pokoji na počátku hospitalizace uvítali téměř všichni dotázaní. Po odeznění akutních příznaků nemoci nebo po delší hospitalizaci by někteří společnost na pokoji uvítali. Zákaz návštěv velmi negativně ovlivňuje psychický stav P9. P7 a P8 má již vytvořenou závislost na hypnotika. Nedostatek informací téměř ve všech oblastech rozhodně nepřispívá k pocitu jistoty a bezpečí. Informace nejsou poskytovány v dostatečné míře jak ze strany všeobecných sester tak i lékařů.

Schéma 29: Hodnocení nedostatečné saturace psychických potřeb 1

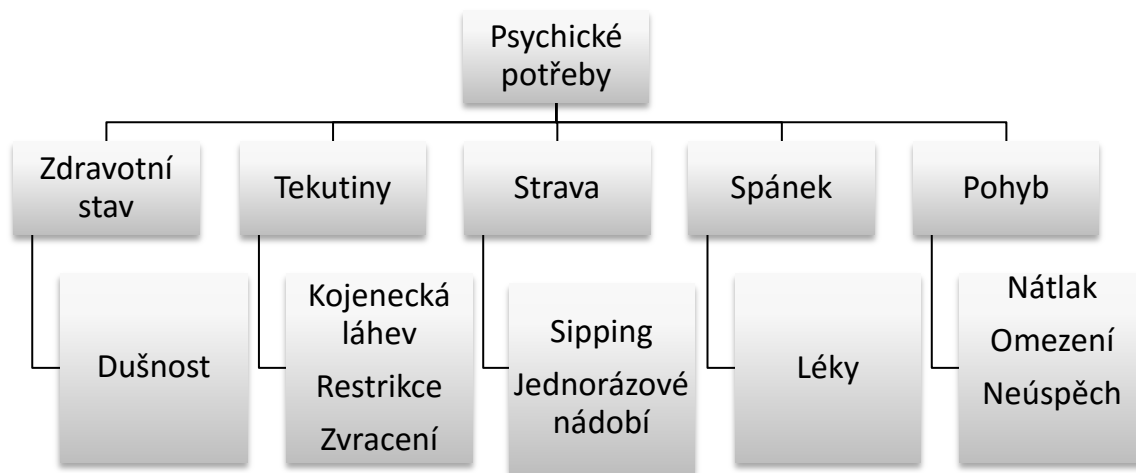
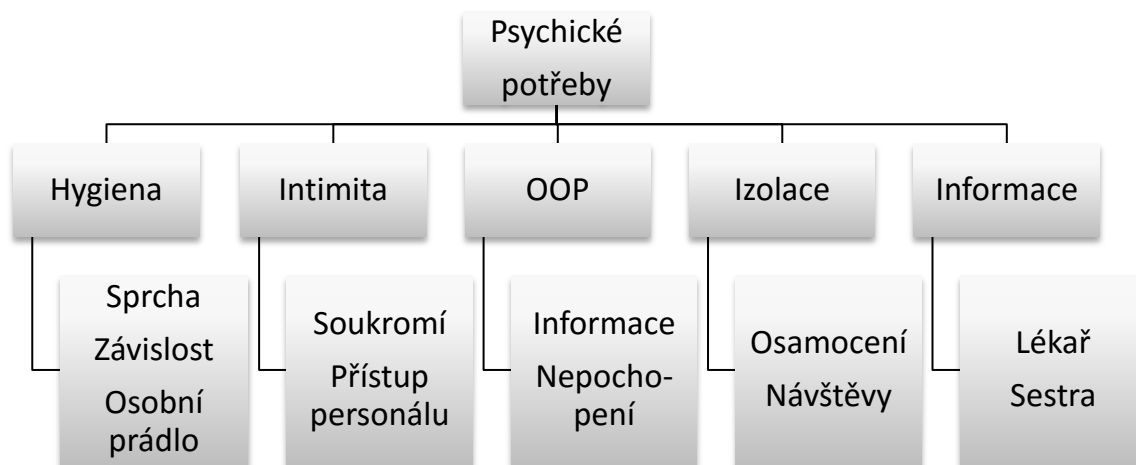




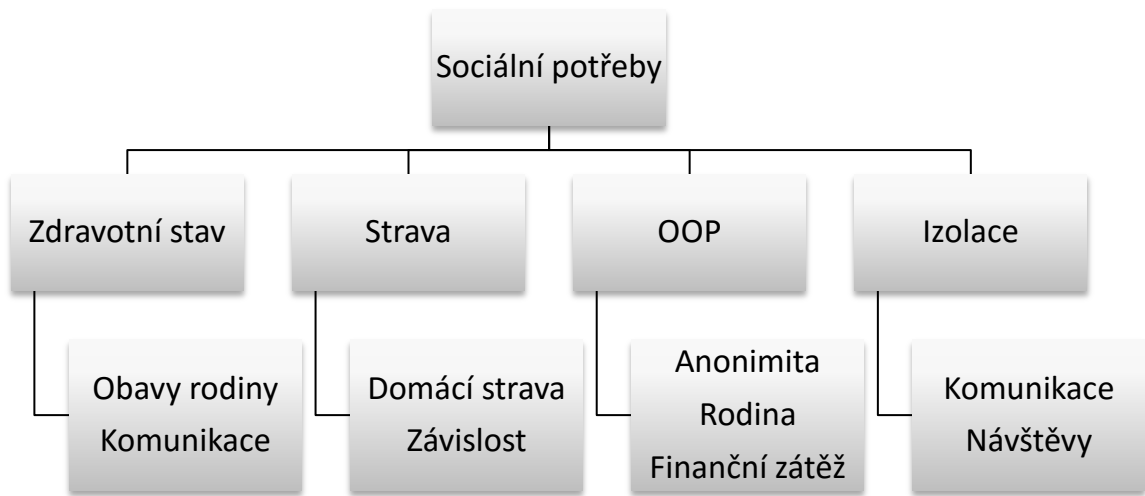
Schéma 30: Hodnocení nedostatečné saturace psychických potřeb 2



#### 4.2.3 Neuspokojené sociální potřeby

Zdravotní stav ovlivňuje i sociální potřeby nemocných. Pacient vnímá obavy rodiny o jeho zdraví a život. To potvrzuje odpověď P1: „*Manželka sem volala, ještě než mě přivezli. Byla hrozně vyděšená, když mě viděla.*“ Aktuální zdravotní stav má i vliv na schopnost nebo vůli komunikovat s okolím. P4 je velmi závislý na manželce v oblasti výživy. Vyžaduje výhradně domácí stravu. Naopak P7 nemá nikoho, kdo by jí podobné služby zajistil. Používání OOP je charakteristické právě pro infekční oddělení a pokoje se zvýšeným hygienicko-epidemiologickým režimem. Nemocný vnímá používání OOP více, než si myslíme. Nerozeznává tváře personálu. I rodinné příslušníky vidí pouze v OOP. P4 popisuje: „*Není jim vidět do obličeje. To mi trochu vadí. Pak se na vás nikdo ani neusměje. Je divný, když tak vidím manželku.*“ Několik dotázaných zmiňuje i finanční náklady na OOP pro návštěvy. Zpočátku vidí nemocní jednolůžkové pokoje jako výhodu. Později však část z nich sociální kontakt s dalšími pacienty postrádá. Zejména pokud nemá nemocný povoleny návštěvy lékařem. Ani komunikace personálu s pacienty není vnímána jako dostatečná.

Schéma 31: Hodnocení nedostatečné saturace sociálních potřeb

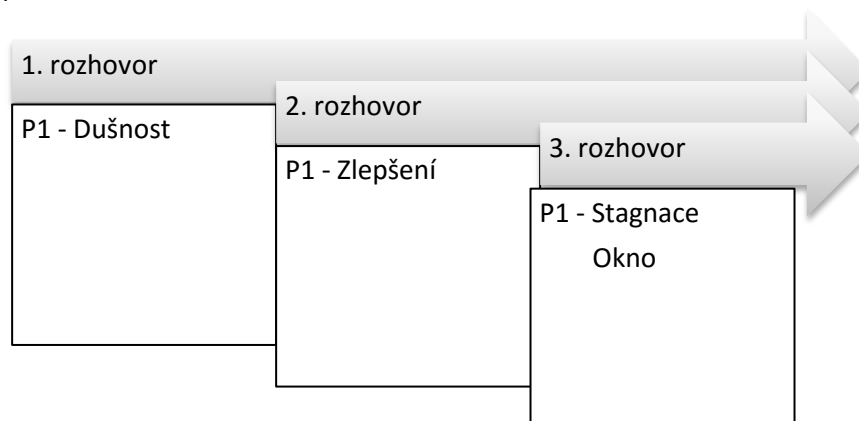


### 4.3 Hodnocení potřeb v závislosti na době hospitalizace

#### 4.3.1 Kategorie dýchání

Dušnost uvedl pouze P1. Maximální obtíže pociťoval při přijetí. Vzpomíná: „Hrozně, dusil jsem se. Báł jsem se, že umřu.“ Při prvním rozhovoru dva dny po přijetí řekl: „Teď je to už trochu lepší. Dneska jsem už mohl trochu i cvičit.“ Týden po přijetí se stav alespoň částečně zlepšil. Dokládá to odpovědí: „Už je to lepší. Už můžu dechat i vleže.“ Po dvou týdnech hospitalizace již k výraznému zlepšení nedošlo. Odpověděl: „Teď je to tak stejný. Myslím, že už to lepší nebude.“ Jako výhodu vnímá možnost otevření okna na standardním oddělení. Dodal: „Co jsem tady, je to lepší. Dá se otevřít okno.“

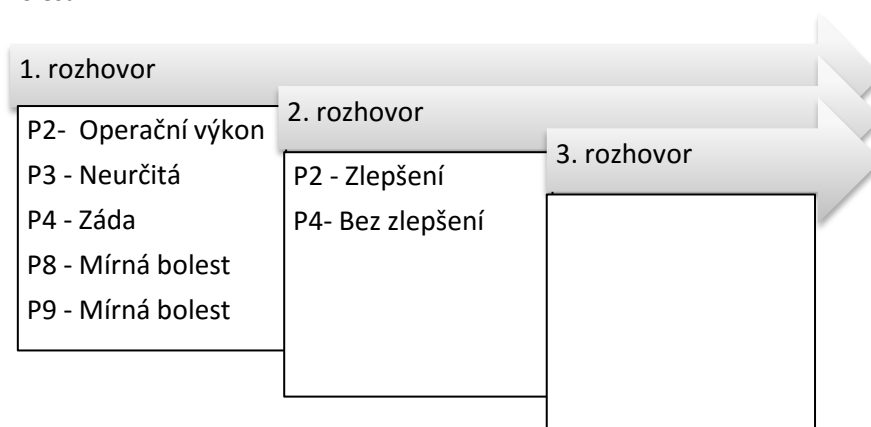
Schéma 32: Dýchání



### 4.3.2 Kategorie bolest

P2 při prvním rozhovoru trpí akutní bolestí způsobenou operačním zákrokem. Po týdnu pocítuje významné zlepšení. Řekl: „*To se nedá srovnat, jak to bylo před tím. Můžu daleko líp mluvit a už to tolik nebolí.*“ P3 zmiňuje bolest jen při prvním rozhovoru. Odpověděla: „*Všechno mě bolelo. Už je to lepší, ale jsem hrozně slabá.*“ Později bolest nezmiňuje. P4 již nepocítuje bolest způsobenou operačním výkonem, ale má nevyhovující matraci v lůžku. Krátce po překladu odpověděl: „*... Akorát mě hrozně bolí záda.*“ Po týdnu nepocítuje zlepšení. Odpověděl: „*Bolí mě záda, břicho už ne.*“ Při opakované hospitalizaci po plánovaném výkonu o bolesti již nemluví. P8 zpočátku zmiňuje jen mírnou bolest v místě operační rány. Později již bolest nepopisuje. Podobně jako P9.

Schéma 33: Bolest

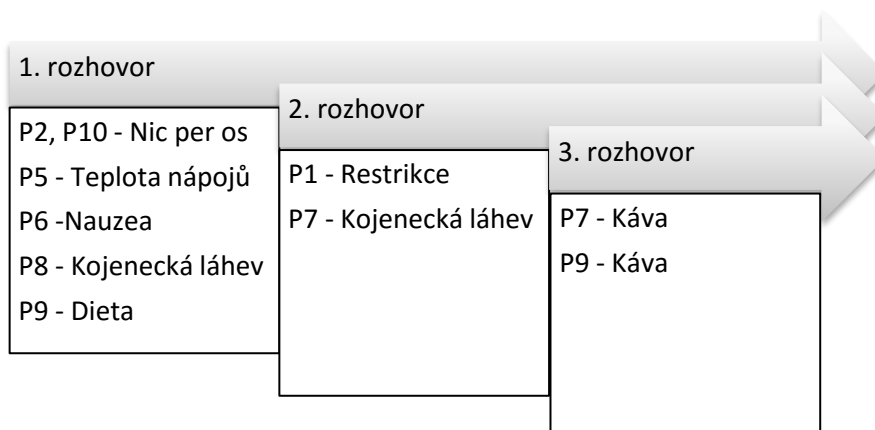


### 4.3.3 Kategorie tekutiny

P1 si zpočátku hospitalizace restrikcí tekutin neuvědomuje. Po týdnu ji snáší velmi těžce. Stěžuje si: „*Jak mám celý den vydržet s půl litrem čaje? Když ráno vypiju kávu a v poledne sním polívku, tak už nemůžu skoro nic vypít.*“ Potřetí se již nezmínil. P2 naopak zákaz tekutin ihned po operaci netoleruje. Po týdnu může přijímat chladné tekutiny bez omezení. P5 po přijetí upozornila: „*Vím, že musím hodně pít, ale na hlasivky nemůžu pít studený čaj. Tak mám vlastní termosku.*“ Tuto potřebu personál zaznamenal. Jiné potřeby nevyslovila. P6 popisuje v akutním stádiu onemocnění nauzeu. Odmítá sladký čaj. Později také připomínky neměla. P8 ihned po přijetí odmítá pít z kojenecké lahve. Stejný názor vyslovila P7 v druhém rozhovoru. P9 nechápe při

prvním rozhovoru význam dietních opatření u DM. O týden později by uvítala automat na kávu. P3, P4 a P10 v této oblasti zvláštní potřeby nepopsali.

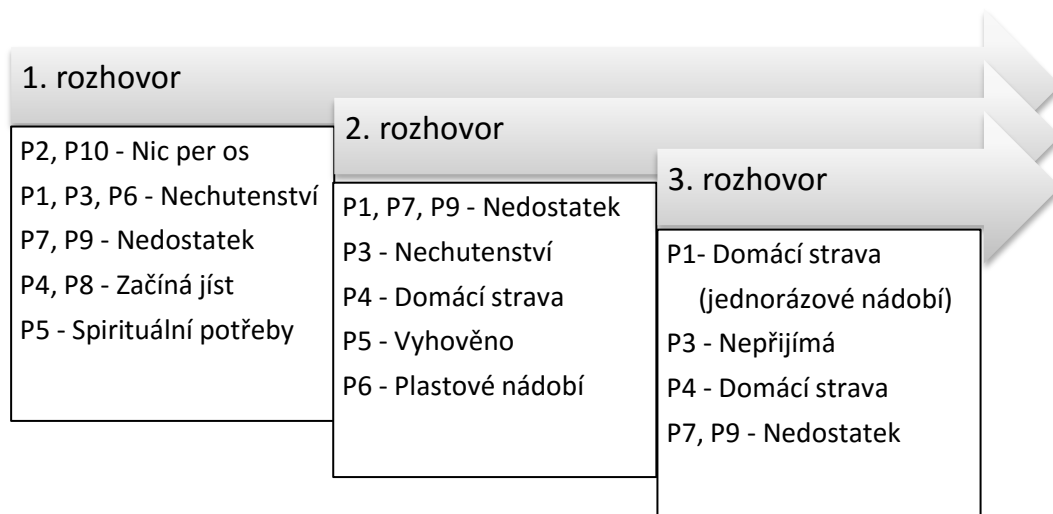
Schéma 34: Tekutiny



#### 4.3.4 Kategorie strava

P1 po přijetí na jídlo nemá chuť. Avšak po týdnu nejsou porce jídla dostatečné a manželka mu nosí jídlo z domu. Řekl: „*Jídla moc není. Někdy mi manželka přinese něco dobrého z domu.*“ Po dvou týdnech hospitalizace se těší na domácí stravu a již negativně vnímá jednorázové nádoby. P3 od počátku hospitalizace trpí nechutenstvím. V prvním i druhém rozhovoru odmítá bílkovinné přídavky i sipping. Při třetím rozhovoru vzhledem ke zdravotnímu stavu přijímá jen tekutiny. P4 po přeložení z ARO postupně začíná přijímat stravu. Po týdnu již vyžaduje jídlo výhradně od manželky. I při druhé hospitalizaci mu manželka nosí jídlo z domu. P5 v prvním rozhovoru vyslovila přání: „*Byla bych ráda, kdyby v pátek nebylo maso. Doma dodržuju půst od masa, ale nechci to komplikovat, tak jsem nic neříkala.*“ Po týdnu byla ráda, že se její přání vyplnilo. P6 po přijetí nemá na jídlo chuť. Po týdnu také negativně vnímá jednorázové nádoby. P7 a P9 ve všech třech rozhovorech mají hlad a jsou pro ně porce jídla nedostatečné. P8 a P10 jsou s dietním režimem seznámeni a akceptují ho.

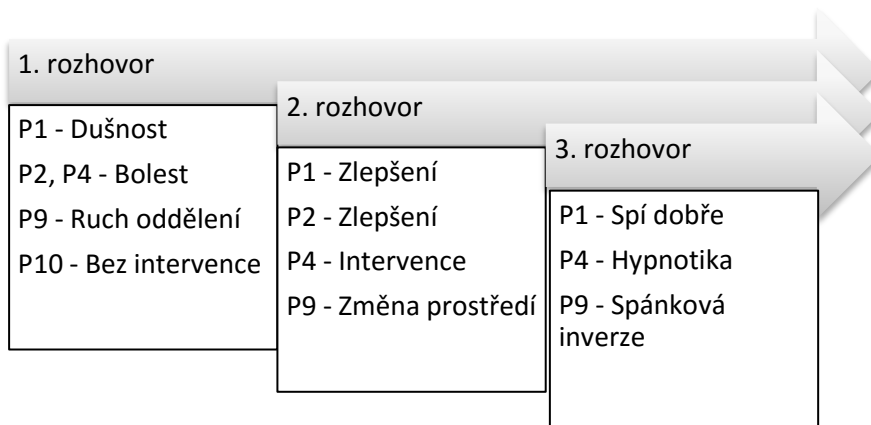
Schéma 35: Strava



#### 4.3.5 Kategorie spánek

P1 a P2 po přijetí pozorují horší kvalitu spánku způsobenou aktuálním zdravotním stavem. Při druhém setkání popsali zlepšení. P1 po dvou týdnech na dotaz odpověděl: „Už jo.“ P4 zpočátku nespí dobře. Dokládá to odpovědí: „Nemůžu v noci spát, protože mě bolí záda. Zatím se to moc neřešilo.“ Po aplikaci analgetik na noc se spánek zlepšil. Při třetím rozhovoru popsal: „Mám svoje prášky na spaní.“ P9 vnímá v noci ruch na oddělení, po týdnu popisuje horší spánek vlivem změny lůžka. Při třetím rozhovoru popsala: „Když spím víc přes den, tak večer nemůžu usnout.“ P7 a P8 mají trvalou medikaci. Zatím co P3, P5 a P6 popisují kvalitní spánek po celou dobu hospitalizace. P10 nespí dobře, ale intervence odmítá.

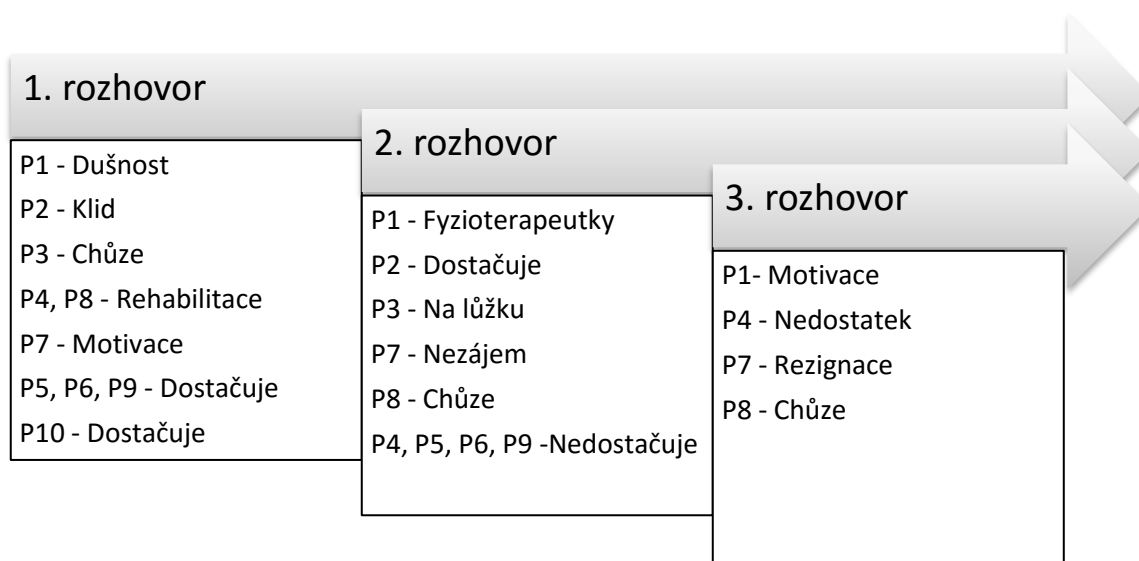
Schéma 36: Spánek



### 4.3.6 Kategorie pohyb

P1 v době přijetí není schopen většího pohybu pro dušnost. Po úpravě stavu je na lůžku aktivní a cvičí s fyzioterapeutkou. Při třetím rozhovoru je znát motivace. Řekl: „*Těším se na vozejk, co mám doma. Pojedu do lesa na houby.*“ P2 po operačním výkonu má klidový režim. Po týdnu mu pohyb po pokoji stačí. P3 vzhledem k progresi onemocnění po přijetí na infekční JIP chodí s doprovodem personálu na WC. Po týdnu ztrácí zájem. Odpověděla: „*Moc nemůžu, moc toho nenacvičím. Nutí mě.*“ P4 a P8 postupně rehabilitují a se zlepšujícím se zdravotním stavem mohou chodit samostatně po pokoji. P4 již při druhém rozhovoru poznamenal: „*Potřeboval bych se projít někam ven. Z pokoje nesmím. To je pak těžký. Sem už rehabilitační sestřičky nechodí.*“ P7 je po přijetí motivovaná. Těší se: „*Slíbili mi, že zase budu chodit. Nemám ani pantofle. Když mě posadily, bylo mi špatně. To chci vidět.*“ Za týden odpověděla: „*To mě nutí pořádně, že se musím snažit. Ale nejde mi to. Ty rehabilitační jsou nejhorší.*“ Ve třetím rozhovoru je cítit rezignace: „*Rehabilitační mi moc nepomohla. Chodit už asi nebudu. Tak jakýpak copak.*“ P5, P6, P9 a P10 jsou soběstační a chůzi zvládají samostatně. P5, P6 i P9 po přijetí vyšší aktivitu nevyhledávají, ale po týdnu jim schází možnost pohybu po oddělení. P10 vnímá vzhledem ke zdravotnímu stavu chůzi po pokoji jako dostatečnou.

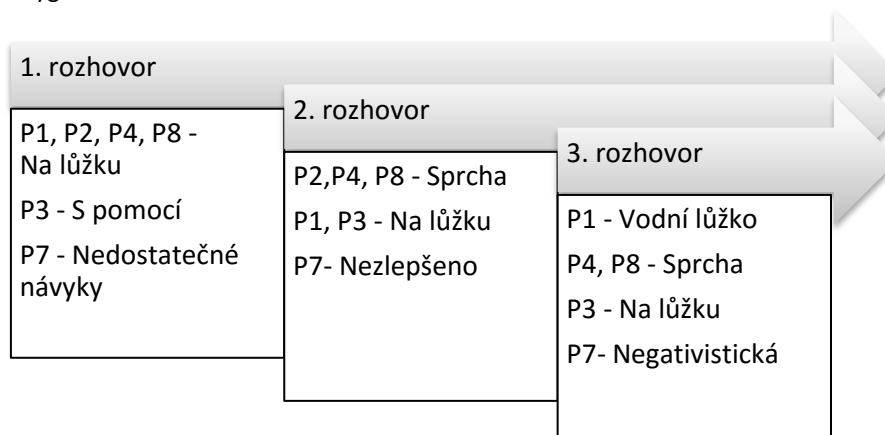
Schéma 37: Pohyb



### 4.3.7 Kategorie hygiena

P5, P6, P9 a P10 jsou soběstační v hygienické péči. Nemají zvláštní potřeby a vyhovuje jim sociální zařízení oddělení. P1, P2, P4, a P8 v období prvního rozhovoru nemohou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu dojít do koupelny a hygienická péče probíhá za pomoci personálu na lůžku. Například P8 řekl: „*Chtěl bych se už osprchovat. Doufám, že tam brzo dojdu.*“ Po týdnu P2, P4 i P8 zvládají hygienu ve sprše. P1 byla umožněna hygiena na vodním lůžku až po dvou týdnech hospitalizace. P3 naopak po přijetí zvládla hygienu ve sprše. Pro zhoršení zdravotního stavu probíhá hygienická péče jen na lůžku. P7 nemá dostatečně vytvořené hygienické návyky a sebepéči nezvládá. Nevítá pomoc personálu při přijetí se slovy: „*Asi se jim zdám špinavá. Hned jak mě přivezli, museli mě umejvat. Ta blondátá mi chtěla ostříhat vlasy a nehty. Ten na malíčku potřebuju na salám. Nevím, proč bych se měla mejt každý den.*“ Ani po týdnu zatím s hygienou nesouhlasí: „*Chtěli, abych se umývala na posteli sama. To nezvládnou. Do koupelny se nedostanu. Co chci, se mě nikdo nezeptá.*“ Ani po dvou týdnech nemá nad situací náhled: „*Nemůžu se ani hnout, tak je to pořád stejný.*“

Schéma 38: Hygiena

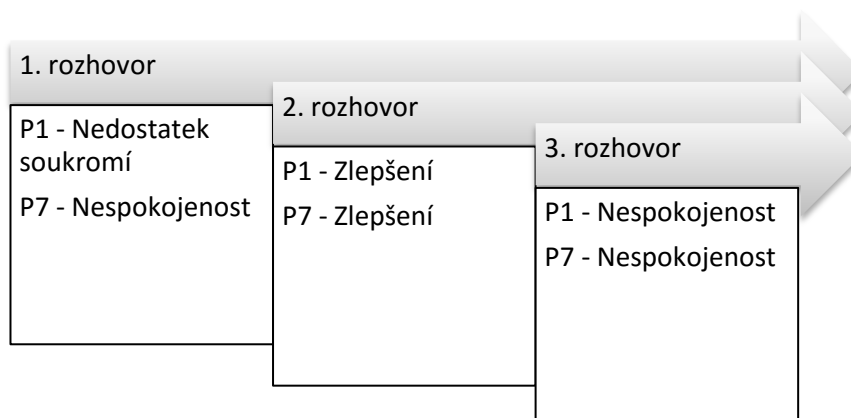


### 4.3.8 Kategorie přístup personálu a intimita

Nedostatek soukromí ihned po přijetí pociťuje P1. Odpověděl: „*Soukromí žádný. Pořád jsem za sklem. Personál se nedá strkat do jednoho pytle. To je různý.*“ Při druhém rozhovoru přístup personálu ohodnotil lépe: „*Jsou celkem hodný. Záleží, jak kdo. Zrovna ta co tu byla dneska v noci nic moc.*“ Při třetím rozhovoru na standardním oddělení, opět není spokojen: „*Zrovna včera nepřišli dost brzo, když jsem potřeboval na záchod. A bylo to.*“ P7 vnímala negativně přístup personálu ihned po přijetí. Řekla:

„Netvářili se moc nadšeně, když mě viděli. Čučí na mě přes sklo, ale to, co bych chtěla, mi stejně nikdo neudělá.“ Po týdnu odpověděla: „Už jsem si na ně zvykla. Ostříhali mi i vlasy.“ Není spokojena ani po dvou týdnech hospitalizace. To dokládá odpovědí: „Jakápak intimita a soukromí, když vám někdo pořád utírá zadek.“ Ostatní pacienti byly s přístupem personálu spokojeni a nedostatek soukromí a intimity nepocítovali.

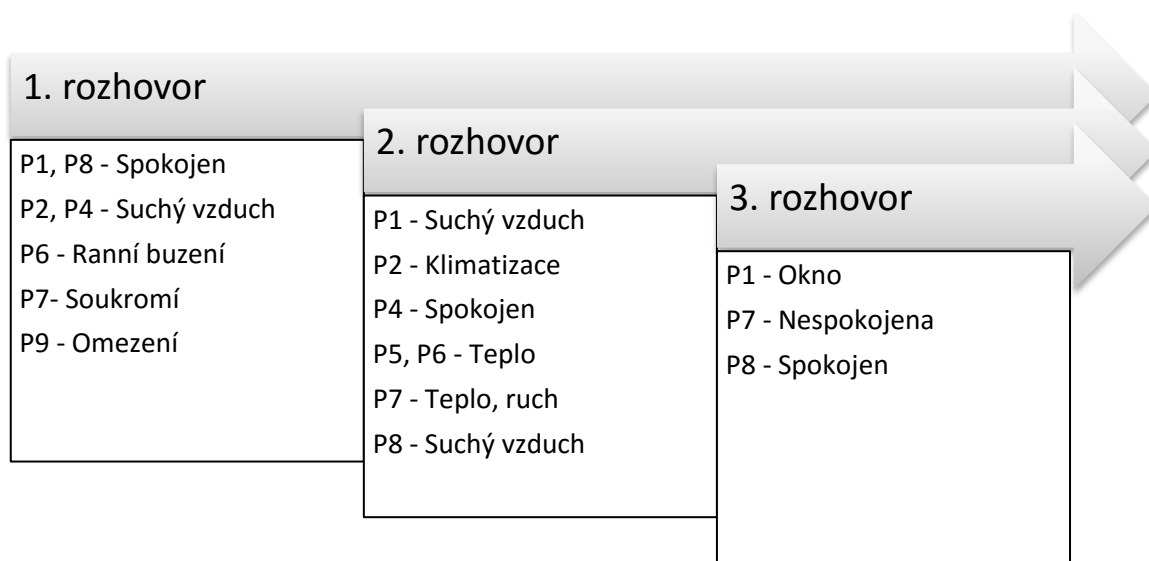
Schéma 39: Přístup personálu a intimita



#### 4.3.9 Kategorie prostředí

Téměř všichni dotázaní jsou po přijetí s vybavením infekčního oddělení spokojeni. Hospitalizovaní na JIP si stěžují na suchý vzduch. P2 a P4 při prvním rozhovoru a P1 a P8 o týden později. P2 si stěžuje: „Jsem rád, že se můžu dívat na televizi. Ted' je tady docela teplo a v noci hrozně hučí klimatizace. Budí mě to.“ Na standardním oddělení jsou rádi, že si mohou otevřít okno. Při vyšších teplotách venku popsali velké teplo na pokoji P5, P6 a P7. P6 během prvních dnů hospitalizace nevyhovovalo ranní buzení. Po týdnu si již zvykla. Řekla: „Dneska je tady dost vedro. Nejde udělat průvan. Jinak je to tady moc hezký. Ráno se už budím sama.“



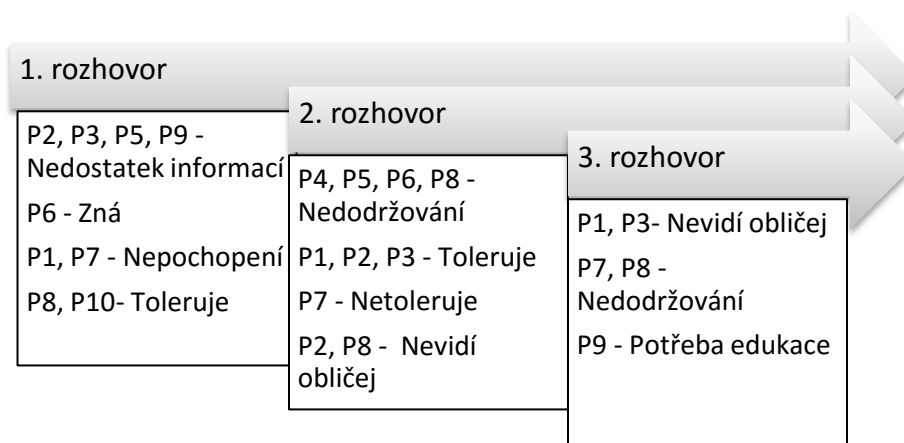


#### 4.3.10 Kategorie vnímání OOP

Z odpovědí vyplývá, že akutně přijatí pacienti nebyli na počátku hospitalizace informováni o nutnosti používání OOP. Někteří z nich si používání ochranných prostředků vztahují k vlastní osobě. Jen P6 má dostatek informací, protože pracuje jako všeobecná sestra. Řekla: „*Já to znám. Je to zvláštní pocit když si to zkusíte jako pacient.*“ Nemocní přeložení z jiných oddělení jsou na OOP „*zvyklí*“, ale také nemají dostatek potřebných informací.

Při druhém rozhovoru zejména pacienti na standardním oddělení zaznamenali nedodržování bariérového režimu. P4 popisuje: „*Sestřičky tady na oddělení mají jen rukavice. Aspoň je vidím, jak vypadají. Manželka musí nosit i plášť.*“ Podobně odpověděla i P5: „*Už to snad ani nemají. Jak kdo.*“ P7 má k OOP výhrady: „*Nelíbí se mi to. Nikoho nepoznám. Nevím, která je která. A když zazvoním, tak mi řeknou, že se kvůli blbostem nemůžou pořád vyslíkat a oblíkat.*“ Nemocní, kteří zůstávají na JIP déle poznamenali, že již dlouho nikomu neviděli do tváře. P2 dodal: „*Nevadí mi to, ale, už bych rád někoho viděl bez toho munduru.*“ Stejný názor má i P8: „*... Je divný, když se s váma někdo baví a nevidíte mu do obličeje. Návštěvy to taky musí mít.*“ Podobně odpověděl P1 a P3 ve třetím rozhovoru. P7 a P8 také upozornili na nedodržování bariérového režimu. P9 ani po dvou týdnech nechápe význam OOP.

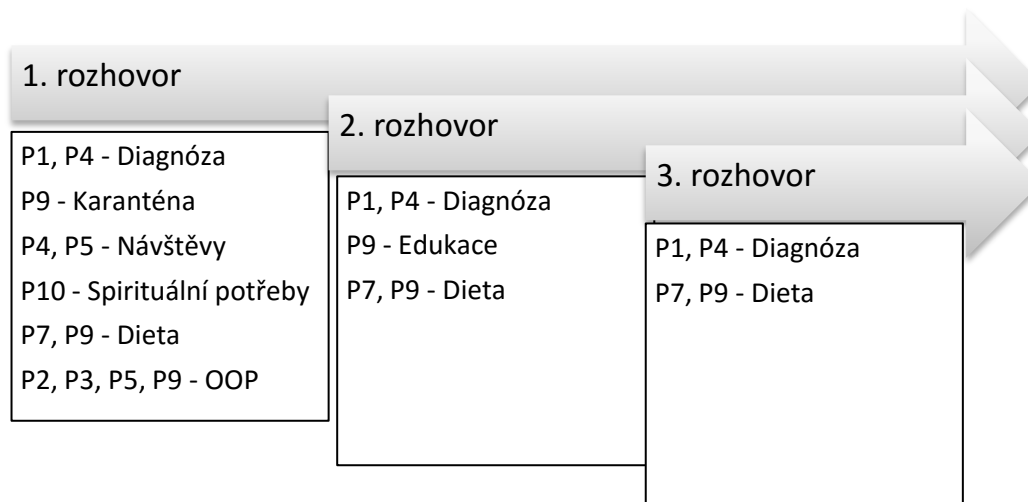
Schéma 41: Vnímání OOP



#### 4.3.11 Kategorie informace

V prvních dnech po přijetí P1 a P4 neměli dostatek informací o jejich zdravotním stavu. Ani při dalších rozhovorech se situace nezlepšila. P1 při třetím rozhovoru řekl: „*Pořád nevím, co bude s tou nohou. Řekli mi, že ty potíže nejsou od nohy, ale od srdce. To asi nebude moc dobrý, co?*“ P4 se na diagnózu dotazuje při každém rozhovoru. Po týdnu se ptá: „*Nevíte, co mám s močovým měchýřem. Nádor nebo rakovinu nebo co. To mi nikdo neřekl.*“ Situace se opakuje i při opakované hospitalizaci. Řekl: „*Včera jsem byl na operaci. Doufám, že mi někdo přijde říct, jak to dopadlo.*“ P9 po celou dobu hospitalizace nemá dostatek znalostí o svém onemocnění. Po přijetí se ptala: „*... Nemůžou to dostat děcka? To nemůžu ani do kantýny?*“ Po týdnu poznamenala: „*Dyť já myslím, že už to bejt nakažlivý ani nemůže.*“ Dostatečné informace o možnosti návštěv při přijetí neobdržel P4 a P5. P4 se obává: „*Ještě tu nebyli, snad je sem pustí.*“ P5 řekla: „*Musím se zeptat, jestli sem dceru pustí. Ale aby to nedostala.*“ Později již byli informováni. P10 při prvním setkání nemá dostatek informací o duchovních službách na infekčním oddělení. Odpověděl: „*V sobotu je tu v kapli mše. Ale tam teď asi nesmím.*“ P7 a P9 po celou dobu hospitalizace vykazují nedostatek informací o dietních opatřeních při DM. V předchozí kapitole je popsán deficit informací o významu OOP.

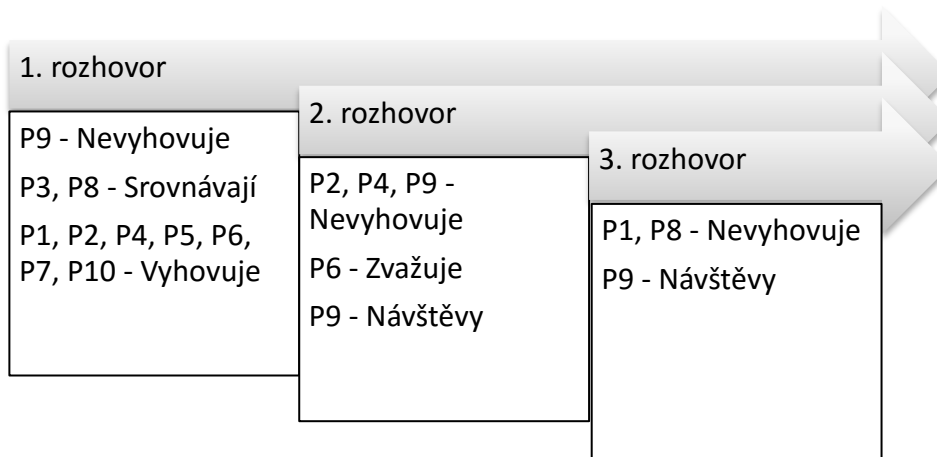
Schéma 42: Informace



#### 4.3.12 Kategorie izolace

Po přijetí téměř všichni dotázaní byli rádi, že leží na jednolůžkovém pokoji. Jen P9 nesouhlasí: „*To víte, že mi to vadí. Nemám s kým mluvit. Ani kredit mamám. Necháte mě zavolat?*“ P3 a P8 mají nepříjemnou zkušenost a jsou rádi, že mohou být na pokoji sami. Po týdnu P2, P4 a P6 by již uvítali na pokoji společnost. P6 zvažuje „*Nemám si s kým pokecat, ale kdo ví, kdo by tady se mnou ležel. Asi je lepší, že jsem na pokoji sama.*“ P4 odpověděl: „*Chybí mi někdo, s kým bych si mohl povídat.*“ P1 při třetím rozhovoru také nechce být na pokoji sám. Řekl: „*Už moc ne. Radši bych byl s někým, s kým bych si mohl povídat.*“ Téměř stejně odpověděl i P8: „*Je pravda, že bych si s někým popovídal.*“ P9 nemá lékařem povoleny návštěvy. Při druhém rozhovoru si posteskla: „*Návštěvy mi zakázali. Naši by za mnou rádi chodili každý den. Je mi po nich smutno. Hlavně po děčkách a tatovi.*“ Po dvou týdnech hospitalizace řekla: „*Nemůžu se dočkat, až budu s nima doma. Ještě týden a pojedu na kopeček.*“ (Psychiatrická nemocnice)

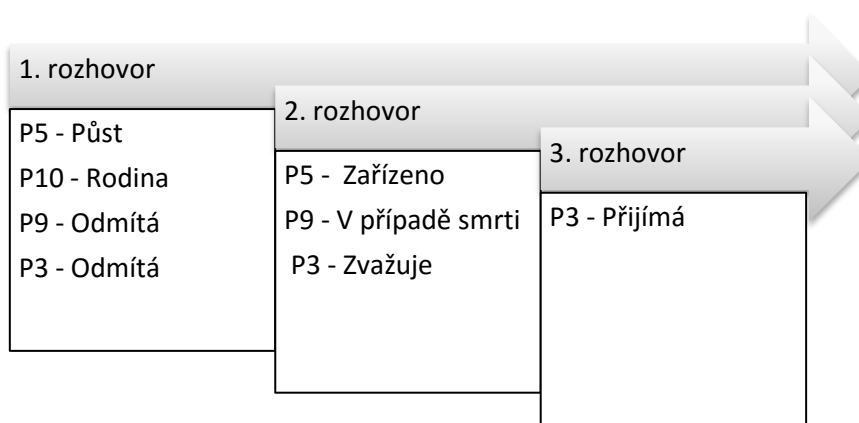
Schéma 43: Izolace



#### 4.3.13 Kategorie spirituální potřeby

P5 při prvním rozhovoru řekla, že je věřící, ale spirituální služby nevyžaduje. Jen podotkla: „Byla bych ráda, kdyby v pátek nebylo maso. Doma dodržuju půst od masa, ale nechci to komplikovat, tak jsem nic neříkala.“ O týden později byla ráda za zajištění jejích potřeb. P10 má své potřeby zajištěny prostřednictvím rodiny. Ostatní pacienti alespoň zpočátku spirituální potřeby nevyslovili. Při druhém rozhovoru P9 poznamenala: „S pánem bohem si to vyříkám sama. Faraře jen kdybych měla umřít.“ P3 při prvním rozhovoru význam slov spirituální potřeby nepochopila. Za týden již možnost návštěvy kněze zvažuje: „Sousedka mi taky nabízela, že by za mnou mohl pan farář přijít, ale já jsem na to nikdy nebyla.“ Při třetím rozhovoru odpověděla: „Začínám o tom uvažovat. Až přijde sousedka, řeknu jí, ať pana faráře za mnou pošle.“

Schéma 44: Spirituální potřeby



#### **4.4 Vývoj potřeb v závislosti na době hospitalizace**

##### **4.4.1 Potřeby v prvních dvou dnech hospitalizace**

Krátce po přijetí převládají potřeby spojené se zdravotním stavem. Například u P1 převládá potřeba být alespoň bez klidové dušnosti. P2 a P4 mají potřebu být bez bolesti. Zdravotním stavem je ovlivněn i spánek nemocných. Potřeby v oblasti přijímání stravy a tekutin jsou částečně ovlivněny zdravotním stavem a částečně nedostatkem informací. P8 považuje za nevhodné podávání nápojů z kojenecké lahve. Při hygienické péči nemocní upřednostňují možnost sprchování před mytím na lůžku. V období po přijetí se většinou pacienti necítí omezeni v možnosti pohybu. Vítají možnost pobytu na jednolůžkovém pokoji. Prostředím infekčního oddělení byly až na výjimky mile překvapeni. Jen nemocní na JIP si stěžují na suchý vzduch. Výhrady k přístupu personálu a zachování intimity měli P1 a P7. Nedostatek informací dotázaní pocíťovali v oblasti používání OOP, možnosti návštěv a spirituálních potřeb.

##### **4.4.2 Potřeby v prvním týdnu hospitalizace**

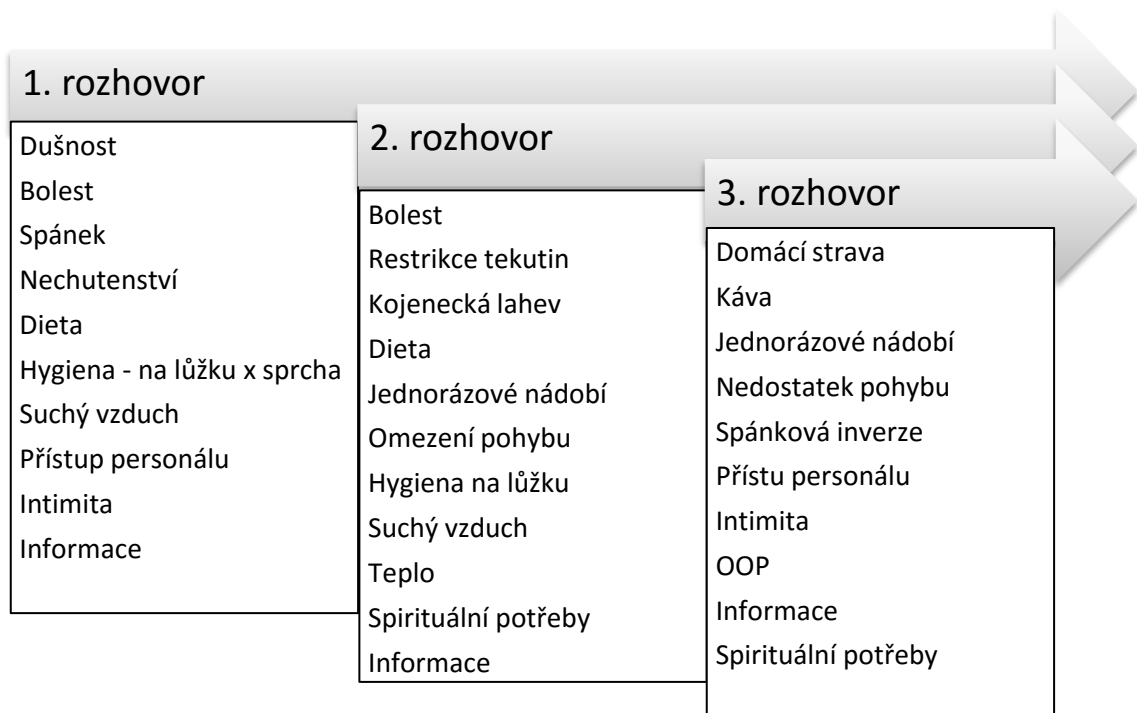
Druhý rozhovor proběhl po týdnu od přijetí na infekční oddělení. Zúčastnilo se ho 9 pacientů. P10 byl již propuštěn. Potřeby ovlivněné zdravotním stavem se vyskytují již méně než po přijetí. Jen P4 má stále bolesti. Na P1 negativně působí restrikce tekutin a P7 nesouhlasí s nápoji v kojenecké lahvi. P7 a P9 nejsou spokojené s dietní stravou. P6 poukazuje na jednorázové nádoby. Horší kvalitu spánku pocíťuje jen P9. Čtyřem z devíti nemocných již nestačí pohyb pouze po pokoji. P1 a P3 prozatím nebyla umožněna hygiena v koupelně. Opět si nemocní stěžují na suchý vzduch na JIP. Na standardním oddělení je v období teplého počasí také teplo. Po týdenním pobytu již polovina dotázaných nevidí jednolůžkový pokoj jako jednoznačnou výhodu. Vývoj ve spirituálních potřebách byl zaznamenán u P3. Zvažuje návštěvu kněze. Ani po týdnu P1 a P4 nemají dostatečné informace o zdravotním stavu a P7 a P9 nemají dostatečné znalosti o diabetické dietě.

##### **4.4.3 Potřeby po dvou týdnech hospitalizace**

Třetí rozhovor byl veden se 6 nemocnými přibližně dva týdny od přijetí na infekční oddělení. Převažují neuspokojené psychosociální potřeby. P1 a P4 se těší na domácí stravu. P1 opět zmínil jednorázové nádoby. P7 a P9 postrádají automat na kávu. P4 a P9 pocíťují nedostatek pohybu. Snad proto P9 trpí spánkovou inverzí. P1 i P4 ani po dvou

týdnech nemají dostatek informací týkajících se jejich zdravotního stavu. P9 stále nechápe význam bariérového režimu a P7 nemá vytvořeny správné hygienické návyky. P3 přehodnotila své spirituální potřeby a žádá návštěvu kněze. Po delší hospitalizaci P1 a P7 mají opět výhrady k přístupu personálu a zajištění intimity. P1 a P3 vadí, že dlouho neviděli přes OOP tváře personálu a rodiny.

Schéma 45: Vývoj potřeb v závislosti na době hospitalizace



## 5 Diskuze

Pojem lidská důstojnost je v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče používán velmi často. Nikde však není přesně dáno, co si pod tímto pojmem máme představit. Vždy záleží na vlivu prostředí, výchovy, zkušenostech a na době ve které žijeme. Důstojnost je často porušována tím, že pacient neobdrží dostatek informací, je omezován v pohybu a není mu umožněn dostatečný kontakt s rodinou. Svě chování si personál často ani neuvědomuje (Wichsová, 2016). Právě omezení volného pohybu po oddělení, omezení kontaktu s rodinou a další zásahy do soukromí se týkají zejména pacientů hospitalizovaných na infekčním oddělení nebo na pokoji se zvýšeným hygienicko-epidemiologickým režimem. Řada závěrečných prací se zabývá potřebami nemocných, ale jsou zaměřeny spíše na problematiku seniorů, onkologicky nemocných pacientů nebo pacientů v terminálním stavu. Mnoho prací také zkoumá správné dodržování bariérového režimu a znalosti personálu při poskytování péče pacientům s polyrezistentními bakteriemi. Jak jsem již zmínila v úvodu, obávám se, že při dodržování všech stanovených nařízení často zapomínáme na pocity a potřeby samotného pacienta. Proto jsem se ve výzkumu zaměřila na neuspokojené potřeby nemocných, kteří jsou hospitalizováni na pokoji se zvýšeným hygienicko-epidemiologickým režimem. Závěrečnou práci na podobné téma jsem mezi českými autory nenašla. Proto se pokusím porovnat závěry výzkumného šetření se zahraničními zdroji.

Na počátku byly stanoveny dva cíle práce. Identifikovat neuspokojené potřeby u pacienta na pokoji ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu a popsat změny v potřebách pacienta v závislosti na době hospitalizace. Ke každému výzkumnému cíli se vztahují tři výzkumné otázky. Výzkumné šetření bylo provedeno v Nemocnici Jihlava technikou polostrukturovaného rozhovoru. Zúčastnilo se ho 10 pacientů infekčního oddělení. Rovnoměrně byli zastoupeni muži i ženy. Věkové zastoupení, důvod přijetí a úroveň soběstačnosti blíže popisuje tabulka 1. Při kladení otázek vždy byla jejich formulace přizpůsobena zdravotnímu stavu a věku nemocného. Bývá zvykem přiřazovat jednotlivé položené otázky k otázkám výzkumným. To v tomto případě nelze. Pokud se lépe zaměříme na jednotlivé potřeby, zjistíme, že například výživa není jen potřebou biologickou, ale má i psychické, sociální a dokonce i spirituální aspekty. Z pohledu biologických potřeb přijímáme potravu, abychom měli dostatek energie a síly. Potěšení z pěkně upravené a chutné stravy má téměř každý

z nás. Sociálním pohledem na přijímání potravy se zabývá společnost celá staletí. Stolování je součástí většiny společenských událostí. Také každé náboženství má zavedená pravidla a rituály při přijímání potravy. Na tyto skutečnosti nesmíme zapomínat, ani když podáváme stravu nemocnému. A podobně tomu je i u ostatních potřeb.

*„Jaké somatické potřeby nejsou dostatečně uspokojovány u pacienta ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu?“* Tak zní první výzkumná otázka vztahující se k cíli 1. Z odpovědí respondentů vyplývá, že neuspokojené biologické potřeby jsou ovlivněny převážně zdravotním stavem nemocného a příliš se neliší od biologických potřeb nemocných na jiných odděleních. P1 byl přijat pro dekompenzované chronické srdeční selhání a vlivem choroby pociťoval výraznou dechovou nedostatečnost. Tento stav umocňoval suchý vzduch na JIP infekčního oddělení. Na JIP je pouze klimatizace a nelze otevřít okna. Klimatizace umožňuje zajistit potřebnou čistotu, teplotu a vlhkost vzduchu nejen ve špatně větratelných prostorách, ale pomáhá i vytvořit a udržet aseptické prostředí. Bývá také využívána na operačních sálech, v popáleninových centrech a transplantačních jednotkách (Kohoutová, 2008). Kohoutová (2008) také upozorňuje, že citlivé osoby mohou pociťovat psychosomatické obtíže způsobené nemožností otevírat okna a přirozeně větrat. Mohou trpět únavou, bolestmi hlavy a dýchacími obtížemi. Na suchý vzduch na JIP si také stěžovali P2 a P4. P4 řekl: *„Je tady hrozně suchý vzduch, hlavně v noci. Sestřička mi v noci dávala mokré prostěradlo přes postel. Pak to bylo trochu lepší.“* Velkou nevýhodou klimatizace na JIP je nemožnost ovlivnit teplotu na pokoji nemocného. Každému z nás vyhovuje jiná teplota okolí a tato potřeba je ovlivněna i zdravotním stavem nemocného. Vlhkost a teplota vzduchu je řízena centrálně a lze jen těžko upravit dle individuálních potřeb. Bolest po přijetí pociťuje polovina dotázaných. Někteří po chirurgickém výkonu, jiní z důvodu nemoci. P4 si stěžuje na bolest zad. Nevyhovuje mu matrace v lůžku. Bolest ovlivňují i další potřeby respondentů. Je nutné edukovat pacienty ihned při přijetí o hodnocení bolesti a možnosti její léčby. Přijímání tekutin také patří mezi základní biologické potřeby. Včasnou a dostatečnou edukací lze předejít nedorozuměním i v této oblasti. P2 a P10 nesměli při přijetí nic přijímat per os. P1 měl vzhledem k onemocnění restrikcí tekutin. Naopak P5 a P6 byly přijaty pro dehydrataci a bylo nutné je k příjmu tekutin aktivně vybízet. P9 nebyla zvyklá dodržovat dietní režim při DM a požadovala sladké nápoje: *„Nechcou mi dát sladkej čaj. Já doma stejně sladkej čaj piju a nevdá mi to.“* Bylo by vhodné se zamyslet nad odpovědí P6: *„Jsem zvyklá pít vodu z vodovodu. Ten čaj, co*



*dostávám, mi nechutná. Navíc mám pocit, že z něj mám zase průjem.*“ I během své praxe jsem zaznamenala názory pacientů s průjmovým onemocněním, že při pití sladkého čaje připraveného z čajové tresti popisují zhoršení stavu. Podobná situace je i v oblasti podávání stravy. Pro některé pacienty jsou porce jídla příliš malé, jiní trpí nechutenstvím. I výživu je třeba řešit individuálně a vždy je nezbytné nemocného poučit o jeho dietě. P4 vyžadoval pouze domácí stravu. Po týdenní hospitalizaci odpověděl: *„Jídlo mi taky nosí manželka. Ráno dostanu snídani a oběd a večeri mi nosí z domu. Domlouvala se s paní doktorkou, co můžu a co ne.*“ Kvalitní spánek je důležitou součástí léčebného procesu. Může být ovlivněn jak zdravotním stavem, tak i prostředím, ve kterém se nemocný nachází. Spánek P2 a P4 je ovlivněn bolestí. P1 udává kvalitu spánku v závislosti na míře dušnosti: *„Jak ted' nemůžu dechat, tak spíš špatně.*“ Ruch na oddělení také zhoršuje kvalitu spánku. Barratt (2011) zmiňuje, že v noci pacienti upřednostňují jednolůžkové pokoje. Mají dostatek klidu a soukromí během spánku. Na počátku hospitalizace nemocní pohyb příliš nevyhledávají. Rehabilitaci chápou jako nutnou součást léčby. Později omezení pohybu zasahuje do jejich psychosociálních potřeb.

Druhá výzkumná otázka hledá: *„Jaké psychické potřeby nejsou dostatečně uspokojovány u pacienta ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu?“* Podle Barratt (2011) izolace může mít za následek škodlivé psychologické účinky, včetně úzkosti, stresu, deprese a také může vést ke zhoršení péče. I Masse (2013) upozorňuje na to, že pacienti bývají izolováni v odlehlých pokojích, jsou méně navštěvováni personálem a jsou více ohroženi komplikacemi. Pocit jistoty a bezpečí je ovlivněn již samotným onemocněním. P1 se po přijetí obával o život. Při prvním rozhovoru vzpomínal: *„Hrozně, dusil jsem se. Báł jsem se, že umřu.*“ Psychickou pohodu narušuje i bolest. Na počátku hospitalizace bolest popsala polovina dotázaných. Také oblast přijímání tekutin a stravy může silně ovlivnit psychický stav nemocného. Pacienti negativně vnímají podávání nápojů kojeneckou lahví. Názor P8 dokládá odpověď: *„Můžu jenom pít. Vadí mi ta flaška s cumlem. Navaluje se mi z toho. A není to moc důstojný.*“ Myslím si, že zajistit vhodnou alternativu kojenecké lahve nebude problém. Objeveny byly i neuspokojené psychické potřeby v oblasti podávání stravy. Pacientům ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu je strava servírována v jednorázovém nádobí. Část dotázaných tuto skutečnost vnímala negativně. Například P5 odpověděla: *„To plastový nádobí se mi moc nelíbí, chvíli to vydržím.*“ V minulosti měli nemocní po celou dobu hospitalizace na pokoji své nádobí a jídlo jim na něj bylo

přesouváno. Tento postup byl zrušen, protože byl shledán jako nevyhovující jak z hygienického tak i z estetického hlediska. Nemocným se zvýšenými výživovými nároky bývá podáván sipping a bílkovinné přídavky. P3 ho odmítala se slovy: „*Nutí mi pítíčka, ale to pila sousedka, měla rakovinu a potom umřela*“. Odpověď dokládá, že i nedostatek informací a některé mýty mohou mít vliv na výživu nemocných. A je i zde prostor pro edukaci. Zlepšování zdravotního stavu a pokroky v rehabilitaci jsou velkým motivačním prvkem nejspíš pro každého. P8 odpověděl: „*Ted' už cvičím sám. Jsem rád, že jsem začal chodit takhle rychle.*“ Je dobře, pokud má nemocný stanoven reálný cíl, kterého chce dosáhnout. P1 řekl: „*Těším se na vozejk, co mám doma. Pojedu do lesa na houby.*“ Pacienti, kteří mají stanoveny cíle, které jsou nad jejich možnosti, jsou z neúspěchu zklamaní. Návštěvu fyzioterapeutek na JIP nebo na standartním oddělení většina dotázaných vítá. Jen P3 a P4 pravidelnou rehabilitaci vnímali jako formu nátlaku. Při delší hospitalizaci u chodících nemocných je z odpovědí znát negativní dopad na psychickou pohodu z důvodu omezení pohybu po oddělení a areálu nemocnice. Nedostatek pohybu má u části dotázaných i vliv na kvalitu spánku. P7 a P8 mají již vytvořenou závislost na hypnotika. Hygiena je každodenní součástí péče o nemocné. Soběstační pacienti kladně hodnotili sociální zařízení oddělení. Používání ústavních ručníků a kosmetických přípravků pro polyrezistentní bakterie brali spíše jako výhodu. P9 si pochvalovala: „*Koupelna je moc hezky vybavená. I mýdlo a ručníky dostanu.*“ Nejhůře nemocní snáší, pokud nemohou dojít do koupelny a hygienická péče probíhá na lůžku. Nemocní nebyli informováni o možnosti využití vodního lůžka. P7 neměla dostatečně vytvořené hygienické návyky a denní hygienu vnímala jako přehnanou. Výměna ložního prádla každý den nemocným vyhovovala. Někdo ji považoval až za zbytečnou. P9 nevyhovuje ústavní osobní prádlo. Také velikost osobního prádla nebyla vždy vyhovující. I vnímání přístupu personálu a zajištění intimity nemocných je silně ovlivněno závislostí na ošetrovatelském personálu. Názor je také vždy ovlivněn jak osobností pacienta, tak i rozdílností povah zdravotníků. To dokládá i tvrzení Vachtové a Hudáčkové (2009 s.231): „*... nezáleží na jakém oddělení sestra pracuje, či jakého dosáhla ve své praxi vzdělání, ale na jejích osobnostních rysech a vlastnostech, na jejím fyzickém a psychickém zdraví.*“ Prostředím infekčního oddělení byli nemocní příjemně překvapeni. Jen na JIP negativně vnímají již zmíněnou klimatizaci a někteří prosklené stěny pokojů. Jeanes (2011) popisuje, že je v UK dávána přednost jednolůžkovým pokojům při nutnosti izolace nemocného, ale stále ještě není dostatek jednolůžkových pokojů. Ještě dodává, že izolace může mít vliv na psychickou

pohodu nemocného a vždy je třeba důvody izolace zvážit. V jihlavské nemocnici jsou na JIP jednolůžkové pokoje, ale na standartním oddělení jsou na pokoji lůžka dvě. Neměli možná kohortace pacientů, leží nemocný na pokoji sám. Výhody i nevýhody izolace si uvědomovali všichni dotázaní. Samotu na jednolůžkovém pokoji na počátku hospitalizace uvítali téměř všichni. Po odeznění akutních příznaků nemoci nebo po delší hospitalizaci by někteří společnost na pokoji uvítali. Samotu ocenili zejména nemocní, kteří byli přeloženi z jiného oddělení, kde museli pokoj sdílet s dalšími pacienty. P8 vzpomínal: „*Jsem rád, že jsem sám. Když jsem ležel na interně, byli jsme tři na pokoji a bylo to hrozný. Teď mám klid. A mám tu televizi.*“ Ani výzkum Findik a kolektivu (2012) nepotvrdil, že by izolace ovlivnila u pacientů vyšší výskyt úzkosti a deprese během pobytu. Polovina z izolovaných pacientů uvedla, že jsou spokojeni s tím, že jsou na jednolůžkovém pokoji. Většina pacientů infekčního oddělení má lékařem povoleny návštěvy. Kontakt s rodinou pomáhá k udržení dobré psychické pohody nemocných, zejména u dlouhodobějších hospitalizací. Rodina je předem informována o nutnosti dodržování bariérového režimu. P2 nesouhlasí s finanční úhradou za OOP pro návštěvy. Řekl: „*Taky nechápu, proč musí platit za to oblečení.*“ P5, P6 a P8 nevědí, zda za nimi rodina má přijít na návštěvu. Obávají se přenosu infekce. P9 návštěvy povoleny nemá a izolaci snáší velmi těžce. Téměř žádný z dotázaných nebyl dobře informován o nutnosti používání OOP. Tak dochází k nepochopení používání těchto pomůcek a pacienti si je vztahují ke své osobě. Velkou chybou je nejednotnost používání OOP. I pacienti při rozhovorech popsali, že ne všichni personál používá OOP dle protiepidemického řádu. Dokládá to odpověď P3: „*Někdy mají sestřičky jen rukavice. Jindy i plášť i ústenku. Ale paní doktorka to většinou nenesí.*“ Nedostatek informací pociťují i v jiných oblastech. V každé kategorii je zmínka o nedostatku informací nebo potřebě edukace. Velmi často během rozhovoru byla zaznamenána odpověď „*nevím*“ nebo „*musím se zeptat*“. P1 a P4 neměli po celou dobu hospitalizace dostatek informací o zdravotním stavu, což jistě nepřispívá k pocitu jistoty a bezpečí. Informace nejsou poskytovány v dostatečné míře jak ze strany všeobecných sester, tak i lékařů. Abad (2010) potvrzuje, že bez ohledu na důvod izolace je spokojenost pacienta závislá na dobré komunikaci personálu a je přínosné poučit pacienta o důvodech izolace.

Třetí výzkumná otázka vztahující se k prvnímu cíli zní: „*Jaké sociální potřeby nejsou dostatečně uspokojovány u pacienta ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu?*“ Zdravotní stav ovlivňuje i sociální potřeby nemocných. Pacient vnímá obavy

rodiny o jeho zdraví a život. Má i vliv na schopnost nebo vůli komunikovat s okolím. Většina lidí je zvyklá jíst ve společnosti. Je-li nemocný izolován na jednolůžkovém pokoji, jí osamocen a jak jsem již zmínila, je mu jídlo předkládáno v jednorázovém nádobí. P4 je silně fixován na manželku a vyžaduje pouze domácí stravu. Má silné rodinné zázemí a je mu vyhověno. P7 rodinu nemá a je odkázána pouze na jídlo z ústavní kuchyně. Není spokojená a i přes opakovanou edukaci požaduje potraviny nevhodné pro její dietu. Stěžuje si: „*Mám hlad. O dietě mluví pořád. Já žádnou nepotřebuju. Do kantýny mi nikdo nedojde. I když jim dávám peníz, aby si taky něco koupili.*“ I když Barratt (2011) popisuje menší kvalitu rehabilitace u izolovaných pacientů, nikdo z dotázaných si nestěžoval. P1 a P10 vnímají návštěvu fyzioterapeutky jako společenskou událost a jsou rádi i za sociální kontakt. Negativně vnímají nemožnost kontaktu s ostatními pacienty na oddělení. Omezení pociťuje P9, protože nemůže do kantýny. Řekla: „*S tím spokojená nejsem. Jídla je málo a koupit si nic nemůžu.*“ Používání OOP je charakteristické právě pro infekční oddělení a pokoje se zvýšeným hygienicko-epidemiologickým režimem. Nemocný vnímá používání OOP více, než si myslíme. Nerozeznává tváře personálu. I rodinné příslušníky vidí pouze OOP. P4 popisuje: „*Není jim vidět do obličeje. To mi trochu vadí. Pak se na vás nikdo ani neusměje. Je divný, když tak vidím manželku.*“ P8 po pobytu na JIP řekl: „*Vlastně bych vůbec ty sestřičky z JIPky nepoznal. Nikdy jsem jim neviděl do obličeje. Spíš bych je rozeznal podle hlasu. Na oddělení už se to asi tolik neřeší.*“ Při každé hospitalizaci v nemocnici se člověk cítí opuštěn. V izolaci je tento pocit ještě silnější.

Krátce po přijetí se sestra pacienta ptá na **spirituální potřeby** během odběru anamnézy. Novotná a Kala (2015) upozorňují na to, že bychom měli dělat diagnostiku spirituálních potřeb, až se s pacientem lépe poznáme. Tato oblast vyžaduje dobré komunikační schopnosti. Je třeba klást důraz nejen na to, co nemocný říká, ale i na to, co jen naznačuje. V praxi je diagnostika spirituálních potřeb jen okrajovou záležitostí a tyto potřeby se přisuzují jen věřícím osobám (Novotná a Kala, 2015). Z výzkumu vyplynulo, že věřící osoby mají částečně spirituální potřeby zajištěny rodinou, ale na některé si během krátkého rozhovoru při přijetí nevzpomenou nebo se ostýchají na ně upozornit. Nejsou také dostatečně informováni, jaká omezení přináší pobyt na infekčním oddělení. Lidé, kteří se nehlásí k žádné z církví, mají své spirituální potřeby jistě také, ale neumí se o ně přihlásit nebo je neumí ani dobře vyslovit. Je chybou se ptát

na spirituální potřeby jen při přijetí, protože i tyto potřeby mohou mít během hospitalizace také svůj vývoj. To dokládá vývoj potřeb P3.

K druhému cíli se také vztahují tři výzkumné otázky. První se snaží zjistit: „*Jaké potřeby pacienta převažují v prvních dvou dnech hospitalizace ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu?*“ **Krátce po přijetí** převládají potřeby spojené se zdravotním stavem. P1 se obával o svůj život. Tento stav byl způsoben velkou i klidovou dušností. Během prvního rozhovoru popsala polovina nemocných bolest. Byla způsobena u P2 operačním výkonem, P4 si stěžoval na nevyhovující matraci a P9 pociťovala mírnou bolest způsobenou chorobou. Bolest ovlivňovala jejich chování i další potřeby. Zejména se odráží ve kvalitě spánku. Spánek byl také ovlivněn vlivem prostředí. P9 řekla: „*V noci někdo chodí po chodbě a budím se.*“ V prvních dnech hospitalizace jsou nemocní zpravidla více závislí na pomoci ošetřovatelského personálu. Potřebují pomoc i v oblasti výživy a hygieny. Část nemocných po přijetí trpí nechutenstvím, někteří mají předepsanou šetřící dietu, nebo prozatím nemohou per os přijímat nic jako P2 a P10. Nemocní nejsou spokojeni s hygienou na lůžku a všichni si přejí, aby se mohli sprchovat v koupelně. Pro některé je to velká motivace v rehabilitaci. Jen P1 a P7 pociťují nedostatek soukromí a nejsou spokojeni s přístupem personálu. P7 řekla: „*Netvářili se moc nadšeně, když mě viděli. Jsem jako v teráriu, pořád na mě někdo přes to sklo někdo kouká, nemám žádný soukromí.*“ Roubalová (2011) popisuje, že pacienti na zajištění soukromí kladou velký důraz. Uspokojené potřeby a pocit jistoty mají vliv na rychlost procesu uzdravování a délku hospitalizace. Pacienti oceňují individuální přístup (Roubalová, 2011). Všechny tyto potřeby byly spíše ovlivněny zdravotním stavem nemocného, než pobytem v bariérovém režimu. Ten přináší některá specifika, se kterými se nemocní na jiných odděleních nesetkají, a je důležité, aby nemocní dostali dostatek informací ihned při přijetí. Omezení pohybu po oddělení v prvních dnech hospitalizace nemocní příliš nepociťují a plně jim dostačuje rehabilitace na lůžku nebo pohyb po pokoji. Se samotným prostředím infekčního oddělení byli nemocní spokojeni. Bylo postaveno před čtyřmi lety, je nově vybaveno a na každém pokoji je televize. Televizi na pokoji nemocní vítají, a pomáhá jim překonat i delší izolaci. P2 odpověděl: „*... když tu mám televizi.*“ Negativně je vnímána již zmíněná klimatizace na JIP. Pobyt na jednolůžkovém pokoji zpočátku téměř všichni nemocní vítají, zejména mají-li zkušenost s pobytem na jiném oddělení na vícelůžkovém pokoji. S používáním OOP se nemocní většinou také setkali až na infekčním oddělení. Žádný s dotázaných neměl dostatek potřebných informací o

důvodech používání. Nedostatek informací vyvolává v nemocných pocit nejistoty a některá opatření vztahují ke své osobě. Nemocní měli nedostatek informací nejen o používání OOP, ale i ve všech ostatních kategoriích. Popsali nedostatek informací o zdravotním stavu, o dietním režimu, o možnosti návštěv rodiny na infekčním oddělení i spirituálních potřebách.

Druhá výzkumná otázka hledá odpovědi na to, jaké potřeby pacienta převažují **v prvním týdnu hospitalizace** ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu. Potřeby ovlivněné zdravotním stavem se vyskytují již méně než po přijetí. Jen P4 má stále bolesti a P3 se necítí dobře vlivem progresu choroby. Narušený spánek již popsala jen P9. V oblasti tekutin a stravování nemocní pociťují více psychických potřeb. P7 upozorňuje na nevhodnost používání kojenecké lahve a P1 netoleruje restrikcii tekutin. P7 a P9 mají od počátku hospitalizace hlad a porce jídla jsou pro ně příliš malé. Po týdnu tento názor vyjádřili a další nemocní. P1 řekl: *„Jídla moc není. Někdy mi manželka přinese něco dobrého z domu.“* Naopak P3 stále trpí nechutenstvím a odmítá sipping a bílkovinné přídavky. P6 vnímá negativně podávání stravy v jednorázovém nádobí. P7 a P9 stále nemají dostatek znalostí o diabetické dietě a odmítají dodržovat dietní režim. To dokládá odpověď P9: *„Pořád tady mám hlad. Jídlo nemá žádnou chuť. Z domu mi nemůžou nic přinést a do kantýny nesmím. Aspoň automat na kafe kdyby tu byl.“* Pacientka u sebe měla slazené minerální vody. Na dotaz, jestli ví, že nejsou vhodné při diabetu, odpověděla: *„To tu mám, až přijdou děti.“* Při druhém rozhovoru hygienu ve sprše nezvládnou jen P1, P3 a P7. P1 si stěžuje: *„Pořád mi slibují, že se mnou zajedou do sprchy, ale zatím nic. Tohle mytí na posteli je k ničemu.“* P7 není s hygienickou péčí spokojena. Řekla: *„Chtěli, abych se umývala na posteli sama. To nezvládnou. Do koupelny se nedostanu. Co chci, se mě nikdo nezeptá.“* Na oddělení je možnost využití vodního lůžka, ale P7 má více než 140 kg a proto nemůže být použito. Chodící a soběstační nemocní jsou se sociálním zařízením spokojeni. Po týdnu P4, P5, P6 a P9 již pociťují nedostatek pohybu. P9 si posteskla: *„Chtěla bych se jít podívat z pokoje ven. Nebo projít na vzduch a to mě nepustí“.* Po týdenním pobytu již polovina dotázaných nevidí jednolůžkový pokoj jako jednoznačnou výhodu. I Barratt (2011) popisuje, že nemocní preferují klid a ticho jednolůžkového pokoje zejména v noci. Výhodou je intimita při přijímání péče a pocit svobody při organizaci denních aktivit. Přes den již pociťují vyloučení ze společnosti, ztrátu svobody a přirovnávají izolaci k pobytu ve vězení. I když nemocní chápou důvody izolace, mluví o stigmatizaci a popsali, že se cítí *„nečistí a špinaví“* (Barratt, 2011). Část dotázaných si již zvykla na

používání OOP, ale P7 je stále netoleruje. P2 a P8 nevyhovuje, že personálu nevidí do obličeje. Na to upozorňuje i Barratt (2011) a doporučuje používání vizitek s fotografií, na které nemocný může dotyčného vidět. Personál v jihlavské nemocnici samozřejmě jmenovky s fotografií používá, ale bývají skryty pod ochranným oděvem. Bylo by vhodné jmenovky ofotit a využít jako jednorázovou pomůcku. P9 nemá lékařem povoleny návštěvy a pobyt v nemocnici snáší velmi těžce. Odpověděla: „*Návštěvy mi zakázali. Naši by za mnou rádi chodili každé den. Je mi po nich smutno. Hlavně po děčkách a tatovi.*“ P3 zvažuje využití služeb duchovního i když při prvním rozhovoru uvedl, že je nevěřící. P1 a P4 stále nemají dostatečné informace o zdravotním stavu.

Třetí rozhovor byl veden se 6 nemocnými přibližně **dua týdny od přijetí** na infekční oddělení. Byly hledány odpovědi na třetí výzkumnou otázku vztahující se k druhému cíli. Ptá se, jaké potřeby pacienta převažují u dlouhodobé hospitalizace ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu. Převažují již neuspokojené psychosociální potřeby. P1 i P4 ani po dvou týdnech nemají dostatek informací týkajících se jejich choroby. P9 stále nechápe význam bariérového režimu a P7 nemá vytvořeny správné hygienické návyky. Po zlepšení zdravotního stavu a přeložení na standartní oddělení nemocní vítají možnost otevřít si okno a mají pocit většího soukromí. Těší se na domácí stravu a možnost uvařit si kávu. P1 poznamenal: „*Někdy je to dobrý. Ale už se těším na domácí stravu. Taky bych se najedl normálně z talíře. A dal bych si pivo.*“ P4 a P9 cítí omezení pohybu. Nedostatek pohybu má vliv i na kvalitu spánku P9. V případě, že se zdravotní stav lepší a nemocný má naději na brzké propuštění, pobyt v nemoci jistě snáší lépe než pacienti, kteří zlepšení zdravotního stavu nepocítí nebo vědí, že bude ještě následovat další dlouhodobá hospitalizace nebo pobyt na oddělení následné péče. Po delší hospitalizaci P1 a P7 mají opět výhrady k přístupu personálu a zajištění intimity. Zatímco je P1 motivován návratem domů a má stanovený svůj cíl, P7 řekla:

„*Rehabilitační mi moc nepomohla. Chodit už asi nebudu. Tak jakýpak copak.*“ Z její odpovědi je cítit rezignace a obává se dalšího pobytu na oddělení následné péče. P3 přehodnotila své spirituální potřeby a žádá návštěvu kněze.

Do výzkumu bylo vybráno deset pacientů, kteří byli ochotni a schopni na otázky odpovědět. Ale nesmíme zapomínat na nemocné, kteří dotázáni nebyli nebo se své potřeby vyslovit obávají či nemohou. Nemocní v terminálním stádiu nemoci, mentálně retardovaní, děti a podobně. Vzhledem k tomu, že každý člověk je individualita, má jiné

životní zkušenosti, priority a cíle, vždy se objeví potřeby, které jsme neočekávali a se kterými jsme se ještě nesetkali. Je třeba nemocným naslouchat a pomáhat jim popsat své potřeby. Již Ress (2000) uvedl, že je třeba pamatovat na ty, kteří nedokáží své potřeby adekvátně formulovat a vyjádřit. Klade důraz na to, aby personál předával informace nemocným jak ústně, tak i v psané podobě. Doporučuje, aby nemocní v izolaci měli přístup k televizi, telefonu a jejich okolí bylo udržováno v čistotě.



## 6 Závěr

Diplomová práce má za cíl identifikovat neuspokojené bio-psycho-sociální potřeby pacientů umístěných ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu a popsat změny v potřebách pacienta v závislosti na době hospitalizace. Teoretická část diplomové práce popisuje problematiku infekčních chorob, systém péče o pacienta s přenosným onemocněním a změny v lidských potřebách v období nemoci. Empirická část práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu. Výzkumné šetření bylo provedeno v Nemocnici Jihlava technikou polostrukturovaného rozhovoru a výsledky šetření byly zpracovány otevřeným kódováním metodou papír a tužka. Výzkumný soubor tvořilo 10 pacientů hospitalizovaných na pokoji se zvýšeným hygienicko-epidemiologickým režimem, 5 mužů a 5 žen.

Byly stanoveny dva výzkumné cíle. „*Identifikovat neuspokojené potřeby u pacienta na pokoji ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu.*“ a „*Popsat změny v potřebách pacienta v závislosti na době hospitalizace.*“ Tři výzkumné otázky k cíli 1 hledají odpověď, které biologické, psychické a sociální potřeby nejsou u těchto pacientů uspokojeny. K cíli 2 se také vztahují tři výzkumné otázky. Ty mají za úkol pomoci zmapovat vývoj potřeb v závislosti na době hospitalizace.

Z výzkumu vyplynulo, že se neuspokojené biologické potřeby se příliš neliší od potřeb pacientů hospitalizovaných na běžných odděleních. Potřeby vycházeli ze zdravotních problémů nemocných a z prostředí ve kterém se nacházeli. Dotázaní také vyslovili nespokojenost při podávání tekutin a stravy. Kvalita spánku byla závislá na zdravotním stavu a prostředí. Rehabilitaci chápali jako nutnou součást léčby. Pro některé byla motivací. Psychické potřeby dotázaných byly částečně ovlivněny i hospitalizací na infekčním oddělení. Nemocní krátce po přijetí jednolůžkový pokoj považují jako výhodu. Při delším pobytu na jednolůžkovém pokoji někteří postrádají kontakt s ostatními pacienty. Zejména soběstační nemocní negativně vnímají omezení pohybu po oddělení a areálu nemocnice delším pobytu v nemocnici. Nespokojenost vyjádřili s podáváním stravy v jednorázovém nádobí. Pravděpodobně nedostatkem informací nemocní nepochopili důvody k používání OOP. A také omezení návštěv má negativní vliv na psychiku nemocných. Ostatní neuspokojené psychické potřeby již nemají souvislost s pobytem na pokoji se zvýšeným hygienicko-epidemiologickým režimem. Dotázaní zmínili nespokojenost s podáváním tekutin kojeneckou lahví a s osobním ústavním prádlem. Téměř všichni dávají přednost hygieně ve sprše, před

toaletou na lůžku. Během rozhoru byl zjištěn zásadní nedostatek informací ve všech oblastech. Podávání informací je zanedbáváno jak všeobecnými sestrami, tak i lékaři. Neuspokojené sociální potřeby více pociťují nemocní, kteří nemají lékařem povoleny návštěvy rodiny. Používání OOP vyvolává pocity sociální izolace. Nevidí personálu do tváře a prakticky nevědí, kdo je ošetřuje. Jak zmínil jeden z dotázaných: „... *se na vás nikdo ani neusměje.*“ OOP musí používat i rodinní příslušníci, kteří nemocného přijdou navštívit. Dle pacientů nepoužívají všichni členové týmu stejné OOP. To jistě nepomáhá nemocným pochopit nutnost a význam bariérového režimu.

Během výzkumu bylo zjištěno, že pacienti trpí převážně nedostatkem informací o specifických péče na infekčním oddělení a tím dochází často k nepochopení nutnosti bariérových opatření. Včasnou a vhodnou edukací lze předejít zbytečným nedorozuměním. Za tímto účelem byl vytvořen edukační materiál s názvem „Průvodce pro pacienty hospitalizované na infekčním oddělení Nemocnice Jihlava“ (Příloha 9). Edukační materiál mohou mít nemocní na pokoji po celou dobu hospitalizace a opakovaně se k němu vrátit. Je vyroben z omyvatelného materiálu a tak může být desinfikován v souladu s desinfekčním řádem nemocnice. Edukační materiál vybízí pacienty k dotazům na ošetřující personál.

S výsledky výzkumného šetření byli seznámeni zaměstnanci infekčního oddělení Nemocnice Jihlava během semináře. Seminář o potřebách pacientů na pokoji se zvýšeným hygienicko-epidemiologickým režimem, je určen jak sestrám infekčního oddělení, tak i sestrám dalších oddělení, kde se s bariérovou ošetrovatelskou péčí mohou setkat. Pokud se nám podaří poznat potřeby pacienta, můžeme tak lépe pochopit jeho chování a jednání a na základě toho mu poskytnout kvalitnější péči.

Ráda bych vytvořila i průvodce pro ošetřující personál, který by byl oporou všeobecným sestrám při edukaci pacienta při přijetí.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. ABAD, C., FEARDAY A., SAFDAR, N., 2010. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*. 76 (2), 97-102. DOI: 10.1016/j.jhin.2010.04.027.
2. ADAMOVÁ, L., DUDÁK, V., VENTURA, V., 2010. *Základy filosofie, etiky: základy společenských věd: pro střední školy*. 4. vyd. Praha: Fortuna. ISBN 80-716-8905-X.
3. ARONHALT, K., McMANUS, J., ORENSTEIN, R., FALLER, R., LINK, M., 2013. Patient and Environmental Service Employee Satisfaction of Using Germicidal Bleach Wipes for Patient Room Cleaning. *Journal for Healthcare Quality*. 35(6), 30-36. DOI: 10.1111/j.1945-1474.2011.00202.x.
4. BARRATT, R. L., SHABAN, R., MOYLE, W., 2011. Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse*. 39(2), 180-193. DOI: 10.5172/conu.2011.180.
5. BENEŠ, J., 2009. *Infekční lékařství*. Praha: Galén. ISBN 978-807-2626-441.
6. BERAN, J., 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1125-6.
7. CETLOVÁ, L., DRAHOŠOVÁ, L., a TOČÍKOVÁ, I., 2012. *Hodnotící a měřicí škály pro nelékařské profese*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. ISBN 978-80-87035-45-0.
8. CMUNTOVÁ, J., 2014a. *Řízený dokument Nemocnice Jihlava: Prevence vzniku a šíření nozokomiálních a profesionálních infekcí*.
9. CMUNTOVÁ, J., 2014b. *Řízený dokument Nemocnice Jihlava: Protiepidemický provozní řád*.

10. ČERNÝ, Z., 2008. *Infekční nemoci: jak pečovat o pacienty s infekčním onemocněním*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 978-80-701-3480-1.
11. ČESKO, 2012. Vyhláška č. 306 ze dne 24. září 2012 o podmínkách vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. In: *Sbírka zákonů české republiky*. Částka 109, s. 3954-3984. ISSN 1211-1244.
12. FINDIK, U. Y., OZBAŞ, A., CAVDAR, I., ERKAN, T., TOPCU, S., 2012. Effects of the contact isolation application on anxiety and depression levels of the patients. *International Journal of Nursing Practice*. 18(4), 340-346. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2012.02049.x.
13. FRANCOVÁ, M., 2012. Jednorázové pomůcky ve zdravotnictví. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. 22(4), s. 41. ISSN 1210-0404.
14. GÖPFERTO VÁ, D., PAZDIORA, P., DÁŇOVÁ, J., 2006. *Epidemiologie: (obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí)*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1232-1.
15. QUINN, M. M., HENNEBERGER, P. K., 2015. Cleaning and disinfecting environmental surfaces in health care: Toward an integrated framework for infection and occupational illness prevention. *American Journal of Infection Control*. 43(5), 424-434. DOI: 10.1016/j.ajic.2015.01.029.
16. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8.
17. HUSA, P., KRBKOVÁ, L., BARTOŠOVÁ, D., 2011. *Infekční lékařství: učební text pro studenty všeobecného lékařství*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-802-1056-602.
18. CHLOUBOVÁ, H., 2003. Člověk ve zdraví a nemoci: Základní potřeby člověka. *Osobní rádce zdravotní sestry*. Praha 15(4), 1-9. ISSN 1214-0074.

19. JEANES, A., MACRAE, B., ASHBY, J., 2011. Isolation prioritization tool: revision, adaptation and application. *British Journal of Nursing*. 20(9), 239-253. ISSN 0966-0461.
20. KALVACH, Z., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
21. KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3
22. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
23. KAREŠ, I., 2008. Bariérový režim ve zdravotnických zařízeních. *Diagnóza v ošetřovatelství*. Praha 4(5), s. 5 -22. ISSN 1801-1349.
24. KELNAROVÁ, J., 2009. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2830-8.
25. KOHOUTOVÁ, J., 2008. Klimatizace - zdravotní rizika a prevence. *Interní medicína pro praxi*. 10(5), s. 231-232. ISSN 1212-7299.
26. KOLLÁROVÁ, H., 2011. *Vybrané kapitoly z epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2715-7.
27. KOZÁKOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D., ZELÍNKOVÁ, R., 2011. NÁSTROJE K HODNOCENÍ NUTRIČNÍHO STAVU HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ. *Hygiena*. 56(1), s. 18-21. ISSN 1803-1056.
28. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.
29. MAĐAR, R., PODSTATOVÁ, R., ŘEHOŘOVÁ, J., 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1673-9.
30. MARTÍNKOVÁ, J., 2007. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4713-564.

31. MASÁR, O., ĎURICOVÁ, G., MAURITZOVÁ, I., 2013. *Manažment bolesti v urgentnej medicíne*. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 978-80-223-3497-6.
32. MASSE, V., VALIQUETTE, L., BOUKHOUDMI, S., 2013. Impact of Methicillin Resistant Staphylococcus aureus Contact Isolation Units on Medical Care. **8(2)**, 2-25 DOI: 10.1371/journal.pone.0057057.
33. MASTILIAKOVÁ, D., 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Vyd. 2., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-457-3.
34. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
35. MEDUNA, J., 2012. *Řízený dokument Nemocnice Jihlava: Zajištění hygienicko-epidemiologického režimu hospitalizovaných pacientů s pozitivní kultivací MRSA*.
36. NAVRÁTIL, L., 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.
37. NOVÁKOVÁ, D., 2014. Potřeby člověka a posuzování funkčních schopností člověka jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. In TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, s. 159 - 172. ISBN 978-80-7387-785-9.
38. NOVOTNÁ, H., KALA, M. 2015. Spirituální potřeby a jejich diagnostika v nemoci. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. Solen. **8(1)**, 23-25. ISSN 1336-8168.
39. PETR, T., MARKOVÁ, E., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
40. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.
41. PODSTATOVÁ, R., 2011. Péče o pacienty s infekčním onemocněním. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. 21(4), s. 52-56. ISSN 1210-0404.

42. PODSTATOVÁ, R., POKORNÁ, R., 2009. Zásady bariérové ošetrovací techniky, péče o infekční pacienty. *Nozokomiální nákazy*. 8(1), s. 21-38. ISSN 1336-3859.
43. POKORNÁ, A., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.
44. POTTER, P. A., PERRY, A. G., 2016. *Fundamentals of nursing*. 9h ed. St. Louis, Mo.: Mosby. ISBN 9780323327404.
45. REKTOROVÁ, I., 2011. Screeningové škály pro hodnocení demence. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o., 12(Suppl. G), s.37-45. ISSN 1213-1814.
46. REES, J., DAVIES, H. R., BIRCHALL, C., PRICE, J., 2000. Psychological effects of source isolation nursing (2): patient satisfaction. *Nursing Standard* [online]., 14(29), 32-36 [cit. 2016-08-05]. DOI: 10.7748/ns2000.04.14.29.32.c2805.
47. ROKYTA, R., 2008. *Fyziologie: pro bakalářská studia v medicíně, ošetrovatelství, přírodovědných, pedagogických a tělovýchovných oborech*. 2., přeprac. vyd. Praha: ISV nakladatelství. ISBN 80-86642-47-x.
48. ROUBALOVÁ, I., 2011. *Potřeba bezpečí a jistoty z pohledu sestry a hospitalizovaných pacientů*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
49. ROZSYPAL, H., HOLUB, M., KOSÁKOVÁ, M., 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2197-5.
50. SCHINDLER, J., 2010. *Mikrobiologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3170-4.
51. SKAČÁNI, H., 2014. *Řízený dokument Nemocnice Jihlava: Sledování nozokomiálních nákaz*.
52. STAŇKOVÁ, M., MAREŠOVÁ, V., VANIŠTA, J., 2008. *Repetitorium infekčních nemocí*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-056-0.
53. STRAUSS, A. L., CORBIN, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.

54. STREITOVÁ, D., ZOUBKOVÁ, R., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5215-0.
55. SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.
56. ŠAMÁNKOVÁ, M., ZELENÍKOVÁ, R., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu: studijní opora*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4732-237.
57. ŠVEJDOVÁ, K., 2010. Filozofie v ošetrovatelství. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. 20(9), s. 22-23. ISSN 1210-0404.
58. TITĚROVÁ, K., 2013. *Řízený dokument Nemocnice Jihlava: Doporučený standard dezinfekce pomůcek a povrchů*.
59. TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.
60. TRACHTOVÁ, E., TREJTNAROVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
61. VACHTOVÁ, I., HUDÁČKOVÁ, A., 2009. Potřeba seberealizace u pacientů během hospitalizace. *Kontakt*. 7(1), s. 218-231. ISSN 12124117.
62. VÁLKOVÁ, L., 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5571-7.
63. VANDIJCK, D. M., LABEAU, S. O., VOGELAERS, D. P., BLOT, S. I., 2010. Prevention of nosocomial infections in intensive care patients. *Nursing in Critical Care*. 15(5), 251-256. DOI: 10.1111/j.1478-5153.2010.00409.x.
64. WHO, 2006. *5 Moments for Hand Hygiene* [online] [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: [http://www.who.int/gpsc/tools/5momentsHandHygiene\\_A3.pdf?ua=1](http://www.who.int/gpsc/tools/5momentsHandHygiene_A3.pdf?ua=1)
65. WICHSOVÁ, J., 2016. O důstojnosti pacienta. *Kontakt*. České Budějovice, 14(1), s. 7-13. ISSN 12124117.



66. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

## 8 Seznam tabulek a schémat

Tabulka 1: Výzkumný soubor.....	37
Schéma 1: Lidské potřeby.....	40
Schéma 2: Dýchání - biologické potřeby.....	41
Schéma 3: Dýchání - psychologické potřeby .....	41
Schéma 4: Dýchání - sociální potřeby .....	42
Schéma 5: Bolest - biologické potřeby .....	42
Schéma 6: Bolest- sociální potřeby .....	43
Schéma 7: Tekutiny - biologické potřeby.....	44
Schéma 8: Tekutiny - psychické potřeby.....	45
Schéma 9: Strava - biologické potřeby .....	46
Schéma 10: Strava - psychické potřeby .....	46
Schéma 11: Strava - sociální potřeby .....	47
Schéma 12: Spánek - biologické potřeby .....	48
Schéma 13: Spánek - psychické potřeby .....	48
Schéma 14: Spánek - sociální potřeby.....	49
Schéma 15: Pohyb – biologické potřeby .....	49
Schéma 16: Pohyb - psychické potřeby.....	50
Schéma 17: Pohyb - sociální potřeby .....	51
Schéma 18: Hygiena .....	52
Schéma 19: Ložní prádlo .....	52
Schéma 20: Osobní prádlo.....	53
Schéma 21: Intimita .....	54
Schéma 22: Prostředí .....	55
Schéma 23: OOP.....	56
Schéma 24: Informace .....	58
Schéma 25: Izolace .....	59
Schéma 26: Návštěvy.....	61
Schéma 27: Spirituální potřeby.....	62
Schéma 28: Hodnocení nedostatečné saturace biologických potřeb .....	63
Schéma 29: Hodnocení nedostatečné saturace psychických potřeb 1 .....	64
Schéma 30: Hodnocení nedostatečné saturace psychických potřeb 2 .....	65

Schéma 31: Hodnocení nedostatečné saturace sociálních potřeb .....	66
Schéma 32: Dýchání .....	66
Schéma 33: Bolest .....	67
Schéma 34: Tekutiny .....	68
Schéma 35: Strava .....	69
Schéma 36: Spánek.....	69
Schéma 37: Pohyb .....	70
Schéma 38: Hygiena .....	71
Schéma 39: Přístup personálu a intimita.....	72
Schéma 40: Prostředí .....	73
Schéma 41: Vnímání OOP.....	74
Schéma 42: Informace .....	75
Schéma 43: Izolace .....	76
Schéma 44: Spirituální potřeby.....	76
Schéma 45: Vývoj potřeb v závislosti na době hospitalizace.....	78

## **9 Seznam příloh**

Příloha 1: Informace pro pacienta

Příloha 2: Edukační materiál WHO

Příloha 3: Postup při nasazování OOP

Příloha 4: Maslowova pyramida potřeb

Příloha 5: Dům životních potřeb Chloubové

Příloha 6: Barthel test

Příloha 7: Struktura otázek k rozhovorům

Příloha 8: Souhlas s výzkumným šetřením

Příloha 9: Průvodce pro pacienty

## 10 Seznam použitých zkratek

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ATB	Antibiotika
BMI	Body mass index
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
ESBL	Extended spectrum beta-lactamase
HDR	Hygienická desinfekce rukou
JIP	Jednotka intenzivní péče
Kg	Kilogram
LDK	Levá dolní končetina
MRSA	Methicilin-rezistentní Staphylococcus aureus
NDTV	Nutričně definovaná tekutá výživa
OOP	Osobní ochranné pomůcky
PC	Osobní počítač
PDK	Pravá dolní končetina
PMK	Permanentní močový katetr
RNA	Ribonukleová kyselina
RTG	Rentgenové vyšetření
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
SpO <sub>2</sub>	Saturace krve kyslíkem
TUR-T	Transuretrální resekce tumoru močového měchýře
UK	United Kingdom (Spojené království Velké Británie a Severního Irska)
USA	Spojené státy americké

Příloha 1: Informace pro pacienta

## **Informace pro pacienta kolonizovaného rezistentní bakterií /MRSA, ESBL, AmpC, .../**

**Vážená paní,  
Vážený pane,**

při mikrobiologickém vyšetření byla na některých místech vašeho těla zjištěna bakterie, která je označována jako rezistentní vůči některým antibiotikům.

Ve Vašem případě se jedná o .....  
Dovolte, abychom Vás informovali o tom, co to pro Vás znamená.

Každý člověk je trvale osídlen různými druhy bakterií. Bakterie se vyskytují zejména v dutině ústní, v tlustém střevě, ale také na kůži, na nosní sliznici a podobně. Tyto bakterie za normálních okolností nevyvolávají žádné potíže ani onemocnění, člověk je na jejich přítomnost adaptován. Při porušení sliznice nebo při výrazném útlumu imunity mohou však i tyto běžné bakterie způsobit nepříjemné komplikace - říkáme, že tyto bakterie jsou podmíněně patogenní.

Mezi takovými podmíněně patogenními bakteriemi patří i bakterie vykultivované u Vás. U oslabených jedinců mohou tyto bakterie vyvolat zánětlivé onemocnění v orgánech a tkáních. Mohou způsobit i sepsi (otravu krve).

Tyto bakterie patří do rodiny běžně se vyskytujících bakterií a odlišují se od nich jen jednou podstatnou věcí, a tou je jeho necitlivost k obvykle používaným antibiotikům. Tuto necitlivost si bakterie vypěstovaly a rozšířily zejména v poslední době jako obranu před antibiotickou léčbou. Nejvyšší výskyt necitlivých bakterií je vždy na těch odděleních nemocnice, kde se antibiotika nejvíce podávají. Ve světě existují země, kde podíl necitlivých bakterií dosahuje 50% i více, u nás to jsou zatím naštěstí jen ojedinělé případy.

Rezistentní bakterie zůstávají stále ještě citlivé k některým antibiotikům, které si ponecháváme v záloze. Léčba těmito antibiotiky je však delší a komplikovanější. Proto se snažíme každého pacienta, u kterého byla přítomnost rezistentní bakterie zjištěna, izolovat od ostatních nemocných, aby nedošlo k rozšíření této nákazy.

Při pouze kolonizaci /ne zánětu/ se antibiotika nepodávají.

Upozornujeme ještě, že samotný nálezn rezistentní bakterie není nutně projevem onemocnění. Může se jednat o pouhé nosičství, tj. osídlení rezistentní formou bakterie. V takovém případě tato bakterie svým nositelům žádné potíže nedělá a neohroží ani zdravé osoby v okolí. Může však způsobit onemocnění u jedinců s porušenou kůží, například když mají ekzém či nějaké povrchní poranění. Taková místa se snadno stávají vstupní branou infekce.

Nosičství rezistentní bakterie může být v určitých případech vyléčeno pomocí dezinfekčních prostředků, případně může samovolně skončit tím, že se u člověka obnoví přirozené mikrobiální osídlení. Než ale k postupnému vymizení této bakterie dojde, je třeba dodržováním určitých opatření zabránit přestupu rezistentní bakterie na jiné lidi a většímu rozšíření v populaci.

Sestavili jsme pravidla, která Vás budou do určité míry omezovat. Znamenají však ochranu osob ve Vašem okolí, a také zvýšení naděje na vyléčení Vás osobně.

### **Opatření, o jejichž dodržování se budeme společně snažit, jsou následující:**

Během Vaší hospitalizace Vás musíme umístit na izolačním pokoji. Zdravotnický personál bude po vstupu do Vašeho pokoje dodržovat přísnější hygienická opatření (bude si například brát zvláštní plášť, používat rukavice, dezinfikovat si ruce před odchodem z pokoje apod.).

Návštěvy Vašich blízkých za hospitalizace v naší nemocnici budou omezeny, jen výjimečně budou povoleny vedoucím lékařem oddělení. Navštěvující osoby však musí dodržovat ve Vašem pokoji výše uvedená opatření použít ochranný plášť, ústenku a po odchodu z pokoje si vydezinfikovat ruce, aby nedošlo k přenesení rezistentní bakterie.

Přítomnost rezistentní bakterie není důvodem k prodlužování hospitalizace ani pracovní neschopnosti. Bude-li Vaše základní onemocnění vyléčeno, můžete být propuštěn(a) do domácí péče. V domácím prostředí postačí dodržování standardních hygienických pravidel. Pokud se u rodinných příslušníků vyskytuje onkologické onemocnění nebo onemocnění spojené s poruchou imunity, poraďte se o dalších opatřeních s ošetřujícím lékařem. V případě kolonizace rány rezistentní bakterií je třeba po převazu rány provést dezinfekci rukou alkoholovým dezinfekčním přípravkem. Pokud Vás bude ošetřovat pracovník domácí péče, je třeba ho informovat o Vaší pozitivitě. Pracovník domácí péče bude při péči o Vás používat rukavice anebo jiné ochranné prostředky.

Při propuštění do domácího ošetřování budete informován(a) o event. další kontrole-místě a termínu vyšetření. Pokud by nebylo možné daný termín dodržet, je nutné si nový termín domluvit telefonicky na infekčním oddělení: telefon 567157352. Kontrola chronických pacientů s pozitivitou bude prováděna obvykle na ambulanci infekčního oddělení pouze v dopoledních hodinách ve všední den. *Pro tyto pacienty je na infekčním oddělení v ambulantní části vyčleněna ambulance s čekárnou*, kde pacient zazvoní a ohlásí kontrolu a svoji pozitivitu, nebude tedy chodit do čekárny mezi ostatní pacienty! Sem bude poté přizván i další příslušný odborník (chirurg, internista, neurolog, urolog apod.).

Po Vašem propuštění pokud vyhledáte ambulantní ošetření jiným lékařem nebo budete kdekoli hospitalizován(a), informujte prosím lékaře o svém nosičství. Pomůžete tím svému vyléčení, protože Váš ošetřující lékař bude moci na základě této informace zvolit nejvhodnější diagnostický a léčebný postup. Jestliže byste se měl(a) podrobit nějakému plánovanému lékařskému zákroku (operace, katetrizace, infuzní léčba atd.), je potřeba, abyste o svém nosičství informoval(a) zdravotnický personál v předstihu.

Po vymizení rezistentní bakterie Vás ze sledování vyřadíme.

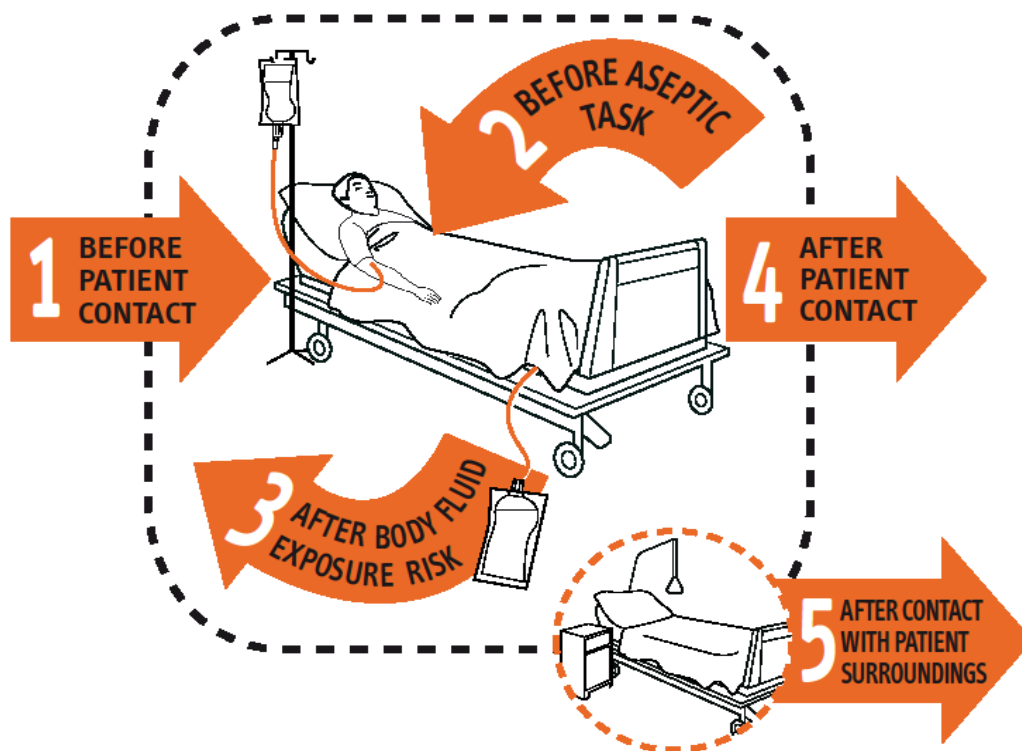
MUDr. Josef Škárek  
primář Infekčního oddělení  
Drahomíra Vrbová  
Vrchní sestra infekčního oddělení

Aktualizováno: 28.1.2015

Zdroj: Edukační materiál Nemocnice Jihlava

# Your 5 moments for HAND HYGIENE

Design: marcello/istock



<b>1</b> BEFORE PATIENT CONTACT	<b>WHEN?</b> Clean your hands before touching a patient when approaching him or her <b>WHY?</b> To protect the patient against harmful germs carried on your hands
<b>2</b> BEFORE AN ASEPTIC TASK	<b>WHEN?</b> Clean your hands immediately before any aseptic task <b>WHY?</b> To protect the patient against harmful germs, including the patient's own germs, entering his or her body
<b>3</b> AFTER BODY FLUID EXPOSURE RISK	<b>WHEN?</b> Clean your hands immediately after an exposure risk to body fluids (and after glove removal) <b>WHY?</b> To protect yourself and the health-care environment from harmful patient germs
<b>4</b> AFTER PATIENT CONTACT	<b>WHEN?</b> Clean your hands after touching a patient and his or her immediate surroundings when leaving <b>WHY?</b> To protect yourself and the health-care environment from harmful patient germs
<b>5</b> AFTER CONTACT WITH PATIENT SURROUNDINGS	<b>WHEN?</b> Clean your hands after touching any object or furniture in the patient's immediate surroundings, when leaving - even without touching the patient <b>WHY?</b> To protect yourself and the health-care environment from harmful patient germs



WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.




October 2006, version 1.

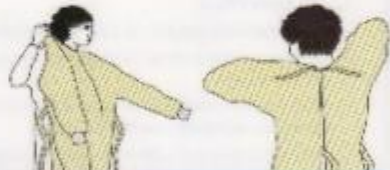



Dostupné z: [http://www.who.int/gpsc/tools/5momentsHandHygiene\\_A3.pdf?ua=1](http://www.who.int/gpsc/tools/5momentsHandHygiene_A3.pdf?ua=1)



### Příloha 3: Postup při nasazování OOP


  
**POSTUP PŘI NASAZOVÁNÍ OSOBNÍCH OCHRANNÝCH POMŮCEK (OOP)**

Typ OOP se může měnit podle podmínek a typu infekce. Postup nasazování a snímání je třeba upravit dle typu OOP.

- 1. PLÁŠŤ**
  - Kompletně zakryjte trup od krku po kotníky, paže po konce zápěstí a zapněte na zádech.
- 2. MASKA NEBO RESPIRÁTOR**
  - Upevněte šňůrky, nebo gumičky kolem středu krku a hlavy přimáčkněte plastický proužek, aby dobře přiléhal k nosu a tvářím pod očima.
  - Zkontrolujte přiléhavost.
- 3. OCHRANNÉ BRÝLE**
  - Nasadte na tvář a oči a dobře upevněte, aby brýle doléhaly po celém obvodu.
- 4. RUKAVICE**
  - Natáhněte rukavice vysoko přes zápěstí a okraj pláště. Použijte dvoje rukavice!

**POSTUPUJTE A PRACUJTE OPATRNĚ TAK, ABY JSTE CHRÁNILI SEBE A ZAMEZILI ROZŠÍŘENÍ KONTAMINACE !!**

- Nedotýkejte se rukama tváře.
- Dotýkejte se ploch jen v nejnútnejším rozsahu.
- Při poškození nebo těžkém znečištění vyměňte svrchní rukavice.
- Dodržujte hygienu rukou.



Zdroj: Edukační materiál Nemocnice Jihlava

Příloha 4: Maslowova pyramida potřeb



dostupné z:

[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Maslowova\\_pyramida\\_pot%C5%99eb\\_-\\_%C4%8Dernob%C3%ADle.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Maslowova_pyramida_pot%C5%99eb_-_%C4%8Dernob%C3%ADle.jpg)

Příloha 5: Dům životních potřeb Chloubové

POTŘEBY ČLOVĚKA								
sebe-realizace	sebe-aktualizace	hodnoty životní	tvůrčí potřeby	duchovní potřeby	kulturní potřeby	pracovní potřeby	estetické potřeby	různé zájmy
sebeúcta	sebe-pojetí	úspěch uznání	neudělat ostudu	intimita	poznání pochopení	autonomie	moc	submise
láska	sounáležitost	důvěra	kominikace	rodina	přátelství	pečovat o druhé	identita	pozitivní vztah
zdraví	bezpečí pomoci	jistoty sociální ekonom.	soběstačnost	bydlení	informace	podněty	mír klid	potřeba struktury řádu
dýchání	hydratace	výživa	vyprázdnění moče stolice	aktivita tělesná duševní	spánek odpočinek	teplo být bez bolesti	očista hygiena	sexuální mateřské potřeby

zdroj:

CHLOUBOVÁ, Helena. Člověk ve zdraví a nemoci – základní potřeby člověka. Osobní rádce zdravotní sestry, 2003, roč. 2, č. 1-9. ISSN 1214-0074.

## Příloha 6: Barthel test

Barthelův test základních všedních činností.  
(ADL-activity daily living)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení,napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomoci	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomoci	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	05
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomoci	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomoci 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	05
		neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

Zdroj: CETLOVÁ, L., DRAHOŠOVÁ, L., a TOČÍKOVÁ, I., 2012. *Hodnotící a měřicí škály pro nelékařské profese*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. ISBN 978-80-87035-45-0.

Příloha 7: Struktura otázek k rozhovorům

## **Struktura otázek k rozhovorům s pacienty k diplomové práci na téma „Ošetrovatelská péče ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu z pohledu pacienta“**

*Při kladení otázek bude jejich formulace přizpůsobena zdravotnímu stavu a věku nemocného. Pacienti budou informováni o dobrovolnosti a možnosti ukončení rozhovoru na jejich přání. Jejich jména ani iniciály nebudou použity v žádné fázi zpracování výsledů rozhovoru.*

### **Otázky v prvních dvou dnech po přijetí.**

1. Osobní údaje - věk, pohlaví, rodinné zázemí, zaměstnání
2. Důvod hospitalizace, bylo přijetí akutní, plánované, překlad z jiného oddělení
3. Kdo Vás informoval o přijetí/překladu na toto oddělení? Kdo Vás informoval o pobytu na pokoji se zvýšeným hygienicko-epidemiologickým režimem? Jakou formou (ústně, písemně) jste informace obdržela a byly pro Vás dostačující?
4. Kdo a jak informoval Vaši rodinu? Jak rodina informace přijala?
5. Jak jste se cítil/a při přijetí a nyní?
6. Jak na Vás působí používání ochranných pracovních prostředků personálu? Používají všichni pracovníci stejné ochranné prostředky? Jak vnímáte stálé používání ústenky a rukavic u personálu? Byl Vám vysvětlen důvod používání ochranných prostředků?
7. Máte možnost uspokojit své spirituální potřeby? Nabízel Vám personál tuto možnost?
8. Jak na Vás působí prostředí oddělení a vyhovuje Vám denní režim (teplo, světlo, čistý vzduch, ranní buzení, doba vizity a podobně)?
9. Jak vnímáte omezení návštěv rodiny? Máte možnost kontaktu s rodinou? Jak vnímáte omezení pohybu po oddělení?

10. Vyhovuje Vám pobyt na jednolůžkovém pokoji?
11. Jak jste spokojen/a s přístupem personálu? Působí na Vás důvěryhodně? Je Vám projevován dostatek úcty a respektu? Máte dostatek soukromí? Je respektována intimita na oddělení?
12. Vyhovují Vám postupy při hygieně? Co byste chtěl/a změnit? Máte možnost vyjádřit své přání v oblasti hygienické péče?
13. Vyhovuje Vám osobní a ložní prádlo? Je výměna osobního prádla a lůžkovin dostatečná?
14. Vyhovuje Vám stravování? (místo, nádobí, dieta, podávání tekutin a podobně) Byl jste informován o podávané dietě?
15. Dostačuje Vám pohybová aktivita během hospitalizace? Navštěvuje Vás fyzioterapeut? Vybízí vás k aktivitě ošetřující personál?
16. Spíte v nemocnici dobře? Pokud ne, řeší personál oddělení tento problém?
17. Myslíte, že se o Vás personál oddělení stará málo, akorát, až moc? Zdá se Vám, že za Vámi chodí na pokoj málo, akorát, až moc?
18. Co byste chtěl/a změnit? Máte návrh na zlepšení poskytované péče?

**Rozhovor v prvním týdnu po přijetí a znovu po dvou až třech týdnech hospitalizace.**

1. Jak se cítíte?
2. Jste spokojen/a s podáváním informací o Vašem zdravotním stavu Vám a Vaší rodině?
3. Jak na Vás působí používání ochranných pracovních prostředků personálu? Používají všichni pracovníci stejné ochranné prostředky? Jak vnímáte stálé

používání ústenky a rukavic u personálu? Byl Vám vysvětlen důvod používání ochranných prostředků?

4. Máte možnost uspokojit své spirituální potřeby? Nabízel Vám personál tuto možnost?
5. Jak na Vás působí prostředí oddělení a vyhovuje vám denní režim (teplo, světlo, čistý vzduch, ranní buzení, doba vizity a podobně)?
6. Jak vnímáte omezení návštěv rodiny? Máte možnost kontaktu s rodinou? Jak vnímáte omezení pohybu po oddělení?
7. Vyhovuje Vám pobyt na jednolůžkovém pokoji?
8. Jak jste spokojen/a s přístupem personálu? Působí na Vás důvěryhodně? Je Vám projevován dostatek úcty a respektu? Máte dostatek soukromí? Je respektována intimita na oddělení?
9. Vyhovují Vám postupy při hygieně? Co byste chtěla změnit? Máte možnost vyjádřit své přání v oblasti hygienické péče?
10. Vyhovuje Vám osobní a ložní prádlo? Je výměna osobního prádla a lůžkovin dostatečná?
11. Vyhovuje Vám stravování? (místo, nádobí, dieta, podávání tekutin a podobně) Byl jste informován o podávané dietě?
12. Dostačuje Vám pohybová aktivita během hospitalizace? Navštěvuje Vás fyzioterapeut? Vybízí Vás k aktivitě ošetřující personál?
13. Spíte v nemocnici dobře? Pokud ne, řeší personál oddělení tento problém?
14. Myslíte, že se o Vás personál oddělení stará málo, akorát, až moc? Zdá se Vám, že za Vámi chodí na pokoj málo, akorát, až moc?
15. Co byste chtěl/a změnit? Máte návrh na zlepšení poskytované péče?

## Příloha 8: Souhlas s výzkumným šetřením

Náměstkyně ošetrovatelské péče Nemocnice Jihlava

Mgr. Jarmila Cmuntová

Vrchlického 59

586 33 Jihlava

### Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření

Vážená paní magistro,

jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia studijního programu „Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech - modul vnitřní lékařství“ na zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Ráda bych Vás poprosila o umožnění výzkumného šetření technikou polostrukturovaného rozhovoru s pacienty v Nemocnici Jihlava. Výzkum bude součástí mé diplomové práce na téma „Ošetrovatelská péče ve zvýšeném hygienicko-epidemiologickém režimu z pohledu pacienta.“

Strukturu otázek k rozhovorům příkládám. Pokud by Vás výsledky výzkumného šetření zajímaly, ráda Vás s nimi seznámím.

Předem děkuji za kladné vyřízení žádosti.

Lenka Křepelová



Bc. Lenka Křepelová

Čelakovského 26

615 00 Brno

NEMOCNICE JIHLAVA, příspěvková organizace  
Mgr. Jarmila Cmuntová  
náměstek ošetrovatelské péče

NEMOCNICE JIHLAVA, příspěvková organizace  
Vrchlického 59, 586 33 Jihlava  
IČO: 00206836, DIČ: CZ006836  
tel.: 567 107 111, fax: 567 301 212  
-17-



# **Průvodce pro pacienty hospitalizované na infekčním oddělení Nemocnice Jihlava**



2016



# **Průvodce pro pacienty hospitalizované na infekčním oddělení Nemocnice Jihlava**



2016

# Obsah

Kdo je hospitalizován na infekčním oddělení? .....	3
Omezení (v čem se liší pobyt na infekčním oddělení) .....	5
Používání osobních ochranných prostředků.....	6
Co je to desinfekce? .....	7
Podávání stravy .....	8
Hygienická péče .....	9
Návštěvy na infekčním oddělení .....	10

# Kdo je hospitalizován na infekčním oddělení?

**Pokud stav nemocného vyžaduje hospitalizaci.**

- Lékař má podezření na **infekční (přenosné) onemocnění**.
- Je-li potvrzeno infekční (přenosné) onemocnění.
- Je-li pacient kolonizován (osídlen) **rezistentní bakterií**.  
(Rezistentní bakterie jsou původci onemocnění, na které neúčinkují běžná antibiotika.)
- U onemocnění, při nichž je **zákonem nařízena izolace** ve zdravotnickém zařízení a jejichž léčení je povinné.
- Ojediněle z důvodu **reverzní izolace**.  
(Cílem této izolace je ochránit imunitně oslabené pacienty, např. po transplantaci nebo v průběhu onkologické léčby.)

# Podle závažnosti zdravotního stavu je pacient přijat

- na standardní oddělení



- nebo na jednotku intenzivní péče – JIP



## Omezení

(v čem se liší pobyt na infekčním oddělení)

- Pacient **nesmí opouštět pokoj**. Chrání tak sebe i ostatní nemocné na oddělení.
- **Dveře** pokoje nesmí zůstat otevřeny.
- Pacient **se nesmí stýkat** s ostatními nemocnými na oddělení.
- Používá výhradně **ústavní prádlo**.
- **Návštěvy** jsou možné pouze se souhlasem lékaře.  
(Jsou-li povoleny, je nutné dodržet domluvený čas.)
- Vyšetření mimo oddělení a operační výkony jsou zařazeny na **konec operačního programu** s ohledem na náročnější úklid.
- Jídlo, které již bylo na pokoji pacienta, nemůže být znovu upraveno (ohříváno) v kuchyňce ani uchováno v chladničce.

**Děkujeme za pochopení. Chráníte tak sebe, Vaše blízké i ostatní pacienty.**

## Používání osobních ochranných prostředků

- Ošetřující personál je povinen používat osobní ochranné prostředky.

**Chrání tak Vás, sebe i ostatní pacienty.**



## Co je to desinfekce?

- Desinfekce je opatření, které slouží **k zneškodnění** mikroorganismů.
- Cílem je odstranit z předmětů okolního prostředí mikroorganismy, které by mohly **způsobit onemocnění** u oslabeného jedince.
- **Úklid desinfekčními prostředky** probíhá 2-3x denně.
- Desinfekce je prováděna prostředky v souladu s desinfekčním řádem Nemocnice Jihlava.
- **Hygienická desinfekce rukou** je jedním z nejdůležitějších opatření v prevenci šíření nozokomiálních (nemocničních) nákaz.
- Provádíme ji alkoholovým desinfekčním přípravkem.
- Provádíme ji před a po kontaktu s pacientem nebo po kontaktu s předměty v bezprostřední blízkosti pacienta.

**Chráníme tak Vás, Vaše blízké, ostatní pacienty i sebe.**



## Podávání stravy

- Dieta je součástí léčby.
- Dieta je nemocnému upravena přímo na míru. Zohledňuje nynější onemocnění, chronická onemocnění, nutriční stav (stav výživy) a je upravena během přípravy na vyšetření.
- Strava přichází na oddělení z nemocniční kuchyně v tabletovém systému a je servírována přímo na pokoj.



- Na pokoji se zvýšeným hygienicko-epidemiologickým režimem je strava servírována v jednorázovém nádobí.



# Hygienická péče

- Každý pokoj má své vlastní sociální zařízení.
- Pacienti s rezistentními bakteriemi používají k hygieně **speciální přípravky**, které jsou k dispozici na infekčním oddělení.
- Osobní **hygienické pomůcky** (hřeben, zubní kartáček, ...) se denně nakládají do určených desinfekčních roztoků.
- Je-li to možné, používáme **jednorázové pomůcky**.
- **Denně** se po hygieně provádí výměna osobního a ložního prádla.
- Pacient používá výhradně **nemocniční prádlo**.
- Na oddělení i jednotce intenzivní péče je k dispozici vodní lůžko.



## Návštěvy na infekčním oddělení

- Vždy jen **se souhlasem** ošetřujícího lékaře.
- Návštěvní doba je od 14:30 do 17:00 hodin.
- Vstup na infekční oddělení **není povolen** dětem do 12 let a těhotným ženám.
- Na základě vyhlášky č. 306/2012 Sb. musí návštěvy **použít ochranný oděv** při vstupu na JIP (jednotku intenzivní péče) nebo na pokoj se zvýšeným hygienicko-epidemiologickým režimem.

(Předpis č. 306/2012 Sb. Vyhláška o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.)

- **Balíček s ochranným oděvem** lze zakoupit v ústavní lékárně.
- **Jídlo**, které vám přinesou vaši blízcí a nechcete je ihned konzumovat, rádi uschováme v lednici na oddělení. Informujte o tom prosím vaši rodinu předem. Z pokoje již není možné žádné potraviny vynášet.

**Děkujeme za pochopení. Chráníte tak sebe, Vaše blízké i ostatní pacienty.**



**Nerozumíte něčemu?  
Chcete se na cokoli zeptat?  
Obáváte se něčeho?**

**Nemějte obavy a oslovte sestru nebo lékaře.**

**Rádi Vám vše vysvětlíme.**

**Kolektiv infekčního oddělení  
Nemocnice Jihlava**

**Průvodce pro vás vytvořila Lenka Křepelová, všeobecná sestra  
infekčního oddělení.**

**Fotografie pořídila autorka na infekčním oddělení Nemocnice Jihlava.**

**2016**