



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Ošetrovatelská péče o pacienty s venerologickým
onemocněním**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

VŠEOBECNÁ SESTRA/OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Petra Pelešková

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Tamáš Otásková

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Ošetrovatelská péče o pacienty s venerologickým onemocněním“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 1. 8. 2017

.....

(Petra Pelešková)

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. et Bc. Jitce Tamáš Otáskové za odborné vedení mé práce, za vstřícnost, ochotu, cenné rady a především čas, který nad touto prací strávila. Mé poděkování patří též sestřím z kožního oddělení za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

Ošetrovatelské péče o pacienty s venerologickým onemocněním

Abstrakt

Tématem této bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienty s venerologickým onemocněním. Z důvodu nárůstu počtu pacientů nakažených pohlavně přenosnými chorobami jde o velmi aktuální téma. V současné době je známo přes 30 pohlavně přenosných nemocí, příkladem jsou HIV/AIDS, syfilis, kapavka, herpes genitalis a chlamydie. Cílem této práce je zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s venerologickým onemocněním, zjistit specifika práce sester na venerologickém oddělení a poznat oblast, na kterou zaměřují svoji péči.

Teoretická část se orientuje na nejčastěji se vyskytující pohlavní choroby, na pohlavní choroby, které nejsou laickou veřejností příliš známé, přestože jsou relativně časté, a na způsob jejich léčby.

Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum, pro který je použita metoda dotazování. Technikou sběru dat je polostrukturovaný rozhovor. Otázky v rozhovorech jsou rozděleny do následujících kategorií: Nejčtenější venerologické onemocnění, Péče o psychiku pacienta, Předcházení komplikacím onemocnění, Ošetření kůže, Diagnostika a léčba, Spolupráce s pacienty. Výzkumný soubor tvoří 8 zdravotních sester kožního oddělení, které přicházejí do kontaktu s venerologickými pacienty.

Z výzkumu vyplývá, že diagnóza pohlavně přenosné choroby je pro pacienta vždy psychickou zátěží. Je nutné zvolit individuální přístup, protože každý pacient reaguje na diagnózu jiným způsobem. Přístup k těmto pacientům by měl být vždy bez předsudků, sestry by jim měly poskytnout dostatek informací, a to vhodným způsobem. Dále z výzkumu vyplývá, že sestry prokazují znalost ošetrovatelských postupů a v praxi ovládají výkony potřebné u venerologických pacientů. Využitelnost této bakalářské práce je např. pro osvětlení nejasností postupu při léčbě venerologických onemocnění a zkvalitnění péče o tyto pacienty nebo jako studijní materiál.

Klíčová slova

sestra; ošetrovatelská péče; venerologické onemocnění; syfilis; herpes genitalis

Nursing care of patients with venerological diseases

Abstract

The subject of this bachelor thesis is nursing care of patients with venerological diseases. Due to an increasing amount of patients infected with sexually transmittable diseases this topic is very actual. Currently, more than 30 sexually transmittable diseases are known, from which the best known are HIV / AIDS, syphilis, gonorrhoea, herpes genitalis and chlamydia. The aim of this work is to map the specifics of nursing care of patients with venerological diseases, determine specific tasks of nurses in venerological departments and sections that nurses are focusing on.

The theoretical part is focused on most common sexual diseases and on sexual diseases that are not well known by laic community, although quite frequent. It is also focused on the treatment of these diseases.

The practical part consists of quantitative research where a query method is used. The technique of data collection is a structured interview. Questions in interviews are divided to the following categories. Most common venerological diseases, Care of patient psyche, Prevention of disease complications, Skin treatment, Diagnosis and treatment, interaction with patients. Research set consists of eight nurses from the skin department who take care of patients with venerological diseases.

The research shows that diagnosis of sexually transmittable diseases is always a huge psychological stress for patients. It is necessary to choose an individual approach, because every patient reacts to diagnosis differently. However the approach to these patients should always be without prejudice, nurses should provide sufficient information to patients by the appropriate way. Research also shows that nurses have knowledge of treatment methods and that they can handle most of the operations at venerological patients in practice. Usability of this bachelor thesis is e.g. for clarification of uncertainties in procedures during treatment of venerological diseases and care quality improvement for these patients and also as a study material.

Key words

nurse; nursing care; venerological diseases; syphilis; herpes genitalis

Obsah

1 Současný stav.....	9
<i>1.1 Vymezení pojmu venerologie.....</i>	<i>9</i>
<i>1.2 Choroby podléhající povinnému hlášení.....</i>	<i>10</i>
1.2.1 HIV/AIDS.....	10
1.2.3 Kapavka (Gonorrhoea)	17
<i>1.3 Choroby nepodléhající povinnému hlášení.....</i>	<i>19</i>
1.3.1 Herpes genitalis.....	19
1.3.2 Chlamydiové infekce	22
2 Cíl práce a výzkumné otázky	24
<i>2.1 Cíl práce.....</i>	<i>24</i>
<i>2.2 Výzkumné otázky.....</i>	<i>24</i>
3 Metodika práce.....	25
<i>3.1 Metodika práce.....</i>	<i>25</i>
<i>3.2 Charakteristika výzkumného souboru</i>	<i>25</i>
4 Výsledky	26
<i>4.1 Identifikační údaje sester.....</i>	<i>26</i>
<i>4.2 Kategorie 1: Nejčtenější venerologické onemocnění.....</i>	<i>27</i>
4.2.1 Podkategorie: Četnost výskytu onemocnění na oddělení	28
4.2.2 Podkategorie: Stádia nemoci hospitalizovaných	28

4.3 Kategorie 2: Péče o psychiku pacienta.....	29
4.3.1 Podkategorie: Reakce pacientů	29
4.3.2 Podkategorie: Řešení zhoršeného psychického stavu	30
4.4 Kategorie 3: Předcházení komplikacím onemocnění	30
4.4.1 Podkategorie: Dispenzarizace pacientů	31
4.5 Kategorie 4: Ošetření kůže.....	32
4.5.1 Podkategorie: Individuální pomůcky	32
4.5.2 Podkategorie: Převazový materiál	32
4.6 Kategorie 5: Diagnostika a léčba.....	33
4.6.1 Podkategorie: Nejčastěji prováděné výkony	33
4.6.2 Podkategorie: Nejčastější vyšetřovací metody	34
4.6.3 Podkategorie: Léčba	35
4.7 Kategorie 6: Spolupráce s pacienty	36
4.7.1 Podkategorie: Zvláštnosti v komunikaci	37
4.7.2 Dodržování bariérového režimu.....	38
4.7.3 Podkapitola: Prevence	38
5 Diskuse.....	40
6 Závěr.....	47
7 Seznam použitých zdrojů	49
8 Seznam příloh.....	53
9 Seznam zkratek	62

Úvod

V současné době je známo přes 30 nemocí, které se přenášejí pohlavním stykem. Sexuálně přenosnými chorobami se zabývá obor venerologie. Na nárůstu těchto onemocnění se podílí řada faktorů, především nedostatečná preventivní opatření, nízká informovanost populace, nedostatečné rodinné a sociální zázemí a v neposlední řadě turistický ruch. Venerologické choroby jsou poměrně rozšířené, ale z důvodu tabuizace tohoto tématu jsou široké veřejnosti málo známé. Tato práce si dává za cíl zvýšit povědomí o těchto problémech a uvést co nejvíce informací, proto popisuje několik vybraných pohlavně přenosných chorob, jako jsou HIV/AIDS, syfilis, kapavka, herpes genitalis a chlamydie. Zaměřena bude převážně na syfilis a herpes genitalis.

Sexuálně přenosné choroby jsou lidem známy již po staletí. Ve středověku byly syfilis a kapavka dvěma nejčastějšími pohlavními chorobami v Evropě. Jedna teorie naznačuje, že syfilida byla rozšířena prostřednictvím členů posádky lodí Kryštofa Kolumba. V 18. a 19. století se rtuť, arsen a síra používaly k léčení pohlavních chorob, vedly ale k závažným nežádoucím účinkům a mnoho lidí zemřelo na otravu rtuť. První známou účinnou léčbou syfilis se stal v roce 1910 lék Salvarsan. Ve 20. století objevení penicilinu a dalších antibiotik vedlo k výraznému pokroku v léčení bakteriálních, pohlavně přenosných chorob, z nichž některé mohou způsobit vážné zdravotní následky. Syfilis může například způsobit progresivní ničení buněk mozku a míchy, což se projeví psychickou poruchou, halucinacemi nebo zhoršením řeči. V polovině 20. století se zvýšila sexuální aktivita dospívajících, což vedlo k rozsáhlému rozšíření pohlavních chorob mezi mladší věkové skupiny. Například u virového onemocnění herpes genitalis je problém v tom, že postižený nemá žádné potíže, avšak virus přesto vylučuje, takže může docházet k dalšímu rozšiřování nemoci pohlavním stykem.

V mnohých literárních zdrojích se lze dozvědět, že i navzdory vyspělé době počet nakažených některou z těchto chorob neustále narůstá. Tomuto nárůstu lze předejít některými preventivními opatřeními, mezi něž můžeme zařadit například používání ochranných pomůcek, vyhýbání se náhodným sexuálními stykům, zvýšení prevence a informovanosti o jednotlivých nemocech v celé populaci, a to od školní výchovy.

1 Současný stav

1.1 Vymezení pojmu venerologie

Venerologické choroby se dle Štorka et al. (2013) řadí mezi nemoci, které jsou poměrně rozšířené a velmi obávané. Přenáší se jak pohlavním stykem, tak i mimopohlavní cestou. Protože však k přenosu dochází ve většině případů sexuální aktivitou, jsou často nazývány jako pohlavně (sexuálně) přenosné choroby. Páralová (2011) uvádí mezinárodní označení těchto chorob, které se mohou vyskytovat v literatuře. Označení Sexually Transmitted Diseases (STD) se užívá při manifestních projevech infekce, kdežto Sexually Transmitted Infection (STI) vystihuje přímé agens - viry, bakterie, mykotické organismy.

Štork et al. (2013) dále uvádí, že oborem zabývajícím se těmito onemocněními je venerologie. Ta zkoumá původce nemoci, příznaky, diagnostiku a možnosti léčby. Z důvodu častých příznaků na kůži se zavádí název dermatovenerologie.

STD infekce se řadí mezi velmi často se vyskytující zdravotní problémy. Podle Slezákové et al. (2011) je incidence znatelnější u mladých a sexuálně aktivních osob, častěji u mužů. Mimo-pohlavními faktory jsou například přenos z matky na plod, krevní cesta (transfúzí, přímý kontakt s krví) či sliny. Příčinou vzestupu počtu pohlavních chorob jsou například promiskuita, pokles výchovy rodině, podporování sexuality literaturou nebo televizí, dřívější pohlavní dospívání.

Vyhnut se infekčnímu onemocnění je jednoduché, pokud se dodržují správná preventivní opatření. Poklesu lze dosáhnout podle Salavece et al. (2014) časnou školní sexuální výchovou, změnami sexuálního chování a propagací bezpečného sexuálního styku i dostupností léčby těchto nemocí. Resl et al. (2013) uvádí některá důležitá opatření jako například kredeizace novorozenců, vyšetřování těhotných na syfilis nebo sérologické vyšetření dárců krve a jiných tkání na syfilis a Human Immunodeficiency Virus (dále zkr. HIV).

Sarkar et al. (2013) informuje o existenci venerofobie. Jde o úzkostnou fobii z pohlavní nemoci nebo o abnormální přesvědčení o této chorobě. Častěji se vyskytuje u mužů, nežli u žen.

Dle Jilicha et al. (2014) je povinností sestry především tolerance a empatie, snaha o uspokojování potřeb pacienta. Někteří zdravotničtí pracovníci a také lidé v okolí si často řídí předsudky vůči nemocnému klientovi, neboť tyto nemoci jsou poměrně stigmatizované. Sestra by ale měla pracovat profesionálně. Ve své profesi musí sestra nejen zastávat funkci ošetrovatelky, ale také například učitelky, poradkyně, manažerky nebo edukátora. Musí s velkou trpělivostí sdělit klientovi všechny podstatné informace, současně i poskytnout čas na případné dotazy z jeho strany. Benánková (2015) informuje o možnostech individualizované edukace, která je určena přímo konkrétnímu pacientovi s určitou chorobou. V dermatovenerologických ambulancích jde o edukaci sekundární nebo terciární. Nesmí se opomenout dodržování povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků.

Dle Müllerové et al. (2014) je zásadním determinantem péče a ochrany zdraví obyvatel České republiky - Státní zdravotní ústav. Ten vytváří databázi zdravotního stavu populace. Hlavními úkoly jsou například sledování ukazatelů zdravotního stavu populace, životních a pracovních podmínek a jejich zdravotní rizika, epidemický dozor nad závažnými přenosnými chorobami (AIDS, hepatitida, nové infekce).

1.2 Choroby podléhající povinnému hlášení

1.2.1 HIV/AIDS

Štork et al. (2013) popisuje HIV jako virus lidské imunodeficiencie. Toto onemocnění se vyskytuje celosvětově od roku 1981, jeho objeviteli byli prof. Montagnier a prof. Gallo. Onemocnění je vyvolané retrovirem HIV, rodu Lentiviridae, napadajícím imunitní systém. Většina nakažených se nachází na území Afriky. Jilich et al. (2014) uvádí 40 miliónů nakažených lidí tímto virem, jejich počet však neustále narůstá.

Původcem je virus HIV-1, který postihuje Evropu a Ameriku, a virus HIV-2 postihující Afriku. Konvalinka et al. (2013) upozorňuje na fakt, že se většina odborníků dnes shoduje na stanovení počátku přenosu viru HIV, který by měl pocházet z ulovených primátů a mutací viru, jež umožnila jeho množení v lidském organismu. Štork et al. (2013) uvádí, že k přenosu dochází především nechráněným pohlavním stykem, sdílením injekčních jehel při drogové závislosti, perinatálně z matky na dítě nebo krevními deriváty. HIV virus je přítomen v krvi, sekretech či mateřském mléce.

Dle Beneše (2009) trvá inkubační doba akutního retrovirového syndromu 3 - 6 týdnů. Projevuje se celkovými příznaky připomínajícími chřipku, příkladem je zvýšená tělesná teplota, nauzea, malátnost, bolest svalů nebo ztuhlá šíje. Tento stav odezní do jednoho měsíce. Dle Štorka et al. (2013) může dojít ke zduření lymfatických uzlin. Asi v 70 % vzniká růžová vyrážka vyskytující se na trupu, dlaních a ploskách nohou. Může se objevit vřed na genitálu či kvasinkový syndrom. Průběh nemoci má obvykle 3 fáze. V první fázi neboli primoinfekci, se krátkodobě vyskytnou u skupiny klientů příznaky a následně zmizí. Nemoc přechází do druhé fáze asymptomatické, která může trvat až několik let, je bezpříznaková. Třetí fáze je symptomatická, v souvislosti s oslabením imunitního systému, dochází ke zdravotním obtížím. V neléčených případech končí nemoc smrtí.

Podle Jilicha et al. (2014) dělíme HIV příznaky do tří kategorií, a to na A, B a C. Do kategorie A spadá asymptomatická infekce HIV, zduření lymfatických uzlin a primární infekce HIV. Kategorie B se projevuje bacilární angimatózou (tmavě červené papuly), začervenalými ložisky, kvasinkovým syndromem, celkovými příznaky atd. V kategorii C se objevuje kvasinkový syndrom, karcinom děložního hrdla, herpetické viry, Kaposiho sarkom a další.

Dle Štorka et al. (2013) nemoc přechází v asymptomatické období, které skýtá sérologické a virologické známky infekce, kdy dochází k úbytku diferenciálních antigenů (dále zkr. CD4+) a T-lymfocytů, jež jsou součástí imunitního systému. Časná symptomatická fáze je provázena celkovými příznaky, systémovým postižením, převážně příznaky z kategorie B. Pozdní symptomatická infekce nebo také Acquired Immune Deficiency Syndrome (dále zkr. AIDS) je doprovázena oportunními infekcemi a příznaky z kategorie C.

Dle Weisse et al. (2010) představuje AIDS poslední fázi infekce. AIDS definuje onemocnění, kam patří oportunní infekce a některé nádory, především laboratorní nálezy - zejména pokles CD4+ a T-lymfocytů.

Kubicová (2015) uvádí jako základní vyšetřovací metodu stanovení protilátek HIV, metodou enzymové imunoanalýzy. Anti-HIV protilátky je možné prokázat až 3 týdny po infekci, tato doba se nazývá diagnostické okno. Průkaz HIV se provádí také pomocí testů p24 antigen, Polymerázová řetězové reakce (dále zkr. PCR), kultivace HIV, screeningového testu protilátek metodou Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay (dále

zkr. ELISA). Jilich et al. (2014) Tyto laboratorní testy lze rozdělit do tří kategorií - základní vyšetření, konfirmační vyšetření a speciální vyšetření. Mezi základní vyšetření se řadí screeningové vyšetření, kam spadá vyšetření dárců krve, buněk a tkání, dále pak diagnostická vyšetření indikovaná lékařem. Vyšetření se může provést na vlastní žádost osoby, která uvede základní identifikační údaje, nebo anonymním testem pod kódem. Toto vyšetření si hradí klient sám. Vyšetření se realizuje i v rámci prevence u rizikových osob. Konfirmační vyšetření je dáno ze zákona. Každý reaktivní vzorek se posílá do Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS, kde se vzorek ověří, teprve poté se označí za pozitivní. Speciální vyšetření se užívá ke stanovení množství viru v krvi. Může monitorovat průběh léčby či vývoj infekce.

Podle Štorka et al. (2013) se k léčení užívá kombinace antiretrovirové terapie. Jsou to látky, které působí na infekci virem HIV. Část molekul antiretrovirotik působí proti činnosti virových buněk a další část zabraňuje vstupu virové částice do cílové buňky. Díky tomu se tlumí virové množení a imunitní systém může začít reparovat vzniklé poruchy. Je nutné, aby se tyto léky braly pravidelně v přesných intervalech, obvykle po 12 nebo 24 hodinách a v přesných dávkách. Dle Konvalinky et al. (2013) se kombinují alespoň tři léky dvou různých skupin. Cílem této léčby je zabránit nemoci progredovat do poslední fáze, tedy AIDS. Léčba HIV je velice finančně nákladná, a proto není dostupná pro rozvojové země. Dle Štorka et al. (2013) se podle počtu CD4+ a T-lymfocytů zavádí protiinfekční profylaktická léčba.

Jilich et al. (2014) informuje o Světovém dnu boje proti AIDS, který připadá na 1. prosince. Cílem tohoto dne je upozornit na problematiku HIV/AIDS a jeho šíření. Symbolem tohoto dne je červená stužka. I sestra může tímto způsobem přispět na výzkum a podpořit tím i své klienty.

Pokud se dle Weisse et al. (2010) u klienta prokáže HIV, je ze zákona nutná jeho registrace v HIV centru sestra musí podporovat zdraví pacienta. Je potřeba ho dostatečně informovat o všem, co souvisí s touto nemocí. Může dojít k narušení obrazu pacienta například při výskytu defektu. Především je potřeba se zaměřit na úzkost a strach ze smrti, a proto musí sestra zajistit řádnou pomoc odborníka. U takto nemocných osob dochází k sociální izolaci, je třeba pacienta ujistit, že na danou situaci není sám, popř. doporučit HIV komunitu. Mezi zásadami péče o HIV pozitivního pacienta Jilich et al (2014) uvádí především nutnost chránit své vlastní zdraví prostřednictvím

ochranných pomůcek. Úkolem sestry je odebrat vzorky krve a moči na virologické, imunologické, sérologické a biochemické vyšetření, dále ke stanovení krevního obrazu. Sestra se stará o vzniklé defekty pomocí převazového a krycího materiálu. Dle Štorka et al. (2013) se využívají například Fibrolan (hydrolyzující enzym) k vyčištění rány, Nugel (hydrogel) na povleklé rány, Aquacel (hydrokoloidní krytí) na secernující rány, Inadine (antiseptické obvazy) na povrchové rány anebo Silvercel (antimikrobiální obvaz) tvořící bariéru proti rezistentním bakteriím. Léčba se může doplnit o masti, zásypy, gely, spreje, obklady atp. V neposlední řadě musí sestra klást důraz na pravidelné intervaly užívání předepsaných léčiv. Stožický et al. (2015) uvádí, že léčba vysoce aktivní antiretrovirovou terapií je pouze dočasná, ať už z důvodu toxicity, nákladů či virové rezistence. Informuje o intenzivní práci na celém spektru vakcín. Mezi preventivní opatření řadí pravidelné kontroly dárců krve nebo kontroly rizikových jedinců populace.

Huang et al. (2016) se ve své práci zabývá organizacemi pomáhajícími v boji proti HIV/AIDS prostřednictvím sociálních sítí, které se začaly aktivně integrovat do společného povědomí a zahájily tím tvorbu virtuálních komunit. Sociální technologie stále více ovlivňují životy lidí ve společnosti, specializují se především na prevenci a poradny v souvislosti s onemocněním, které mohou probíhat jak online, tak i v offline

režimu. Jejich cílem je rozšíření povědomí o možnosti vzdálené pomoci v nouzi skrze známé internetové portály, jako jsou Facebook, Twitter či Youtube.

Rozsypal et al. (2013) informuje o postexpoziční profylaxi, která se podává v případě poranění injekční jehlou nebo jiným kontaminovaným předmětem. Riziko nakažení virem HIV se eliminuje podáním dvou až tří antivirových léčiv. Poraněnému se dále poskytuje poradenství, klinické a laboratorní sledování. Orságová et al. (2014) uvádí, že takto poraněné osoby chodí na vyšetření po 3, 6 a 12 měsících. K profylaktické léčbě uvádí 2 – 4 preparáty v závislosti na míře expozice, jejich užívání doporučuje po dobu čtyř týdnů. Weiss et al. (2010) udává jako podmínku pro nasazení postexpoziční profylaxe dostavení se v co nejkratší době od této události, nejlépe v prvních 24 hodinách.

1.2.2 Syfilis (Lues, příjice)

Původce tohoto onemocnění je *Treponema pallidum*. Podle Pizingera (2012) patřilo toto onemocnění na počátku 20. století mezi nejčastější infekce. Užívání penicilinu k léčbě

významně snížilo výskyt tohoto onemocnění. Kuklová et al. (2011) uvádí, že se syfilis přenáší z infikované osoby na osobu s mikrotraumaty na kůži či sliznici. Rozdělujeme syfilis na získanou a vrozenou, také na časnou a pozdní. Časná syfilis má stadia primární, sekundární a časně latentní. Pozdní syfilis má stadia latentní a terciární. Po proniknutí patogenu se dále kapilárami šíří do lymfatických uzlin a následně se krevní cestou roznáší do celého těla.

Cantor et al. (2016) uvádí, že nejvíce rizikovými faktory pro vznik syfilis jsou muži, kteří mají sex s muži, jedinci s rizikovým sexuálním chováním, komerční sexuální pracovníci, osoby, které vyměňují sex za drogy, jedinci v nápravných zařízeních a v neposlední řadě HIV pozitivní.

Kuklová et al. (2011) popisuje získanou syfilis a její stadia. Inkubační doba primární syfilis je 3 týdny. Projevuje se ulcus durum (tvrdý vřed), ten je nebolestivý, tuhý, začervenalý a provázený zduřenými lymfatickými uzlinami. U mužů se nejčastěji objevuje na glans penisu, u žen na labiích, klitorisu či děložním čípku. Tento vřed zůstává až v 30 % nepovšimnut. Štok et al. (2013) uvádí některé atypické příznaky, jako jsou neidurované eroze, které postihují sliznici, nebo oedema indurativum, jež je obrazem masivního jednostranného edému labií. Syfilitické projevy se můžou také

objevit v perianální, rektální či ústní oblasti. Pizinger (2012) dělí vředy na mnohočetné, otiskové, nekrotické, bolestivé, s výtokem a recidivující. Pokud se daný vřed neléčí, zahojí se během 6 týdnů, léčený do 2 týdnů bez jizev. Zduřelé uzliny se hojí měsíce.

Podle Beneše (2009) je sekundární syfilis hematogenně, krevní cestou rozšířená infekce. Projevuje se vyrážkou nebo skvrnami po 9. týdnu nakažení. V tomto stádiu jsou přítomné chřipkové příznaky, jako jsou zvýšená tělesná teplota, bolest hlavy, únava a jiné. Přetrvává zduření lymfatických uzlin. Počáteční exantém - vyrážku, jejímž projevem je syphilis maculosa, charakterizuje výsev růžových až hnědočervených skvrn. Postihují zejména trup, vnitřní strany stehů nebo obličej. Exantém odeznívá v průběhu dvou týdnů. Může být také v podobě papul, červenohnědé, polotuhé s ostrými kraji a někdy se mohou odlupovat. Projevuje se též postižením dlaní a plosků nohou, známý je také jako syphilis papulosa. Toto období trvá 2 - 3 roky.

Dle Kuklové et al. (2011) se syfilis projevuje také slizničními příznaky, kdy se v ústech objevují skvrny nebo začervenalé puchýřky, následně potažené žlutobílým povlakem.

Dále se objevují popraskané koutky úst či zduřelé krční mandle se šedavým povlakem. Do dvou let dochází u 25 % nemocných k recidivám exantému. Alves et al. (2014) popisuje vzácnou formu maligní syfilidy. Tato forma je většinou spojena i s onemocněním HIV. Projevuje se jako kožní léze, typický je ohraničený zarudlý až nafialovělý vřed. Nejčastěji se vyskytuje na hlavě, trupu, končetinách, zejména pak na dlaních a chodidlech.

Kuklová et al. (2011) informuje o období sekundární syfilidy neboli syphilis secundaria latex. Jde o časnou latentní fázi. Prvotní příznaky většinou odeznívají, pacient je však infekční. Po dvou letech přechází do fáze pozdní latence. Dle Štorka et al. (2013) může docházet k přenosu z matky na plod. Pouze u 1/3 nemocných se dále objevuje terciální stádium syfilidy. Recidivní exantémy syphilis secundaria vznikají do dvou let po odeznění exantému. Může dojít k recidivě vředu nebo exantému v anogenitálním a orálním okolí.

Kuklová (2011) uvádí, že terciární syfilis vzniká až 7 let po sekundárním stádiu. Syphilis tuberosa se projevuje jako červenohnědé hrbolky, tuhé a ohraničené, někdy zvředovatí. Šíří se do okolí nebo se hojí jizvou. Kožní projevy tvoří papuly, noduly, gumata a jejich shluk. Vytvářejí chorobné plochy nebo mohou být pokryté šupinami, je nutné je odlišit od lupus vulgarit. V ústech dochází k destrukci jazyka, mandlí, pater atd. Hojí se několik měsíců v podobě bělavé jizvy.

Dle Beneše (2009) je vrozená syfilis, způsobená transplacentárním přenosem neboli přenosem z matky na plod. Jde o vzácnou formu syfilis. Pokud je matka léčena, dokud se nevyvine placenta (po prvním trimestru), dítě se narodí zdravé. Je třeba provádět během gravidity sérologické testy. Postižení plodu závisí na stádiu infekce u matky. Pokud je matka v počátku těhotenství v časném stádiu syfilidy, porodí v 7. měsíci mrtvý plod. Pokud je matka v sekundárním stádiu, dítě bude postiženo a příznak se dostaví do dvou let, tato forma syfilis je nazývána syphilis congenita recens. Forma se projevuje exantémy, postižením sliznic, infiltrací chodidel, dlaní, anu, krvavou rýmou, hydrocefalem a tak dále. Ve stádiu latentním se projeví onemocnění v období puberty jako syphilis congenita tarda. Po porodu může být asymptomatická.

Kuklová et al. (2011) informuje o syfilidě ostatních orgánů, tato syfilis postihuje převážně kosti a svaly, což je velmi bolestivé. Kardiovaskulární syfilis postihuje zejména aortu a koronární cévy, postiženy mohou být i játra a další orgány a vzniká za

15 - 30 let od infekce. Dle Kubicové (2015) neurolyues vzniká po 5 - 35 letech styku s infekcí, je prokázána ze sérologie či ze vzorku mozkomíšního moku. Neurolyues se projevuje meningeálními příznaky. Parenchymatózní syfilis má dvě formy: První forma zapříčiní psychiatrické změny a neurologické změny vedoucí až k paralýze a brzké smrti, druhá forma způsobuje bodavou orgánovou bolest a parestézii, ztrátu stability, vymizení reakce zorniček na světlo a trofické změny na dolních končetinách, končí invaliditou.

Dle Beneše (2009) se diagnostika zakládá na pozitivním mikroskopickém nálezu a také na správně odebrané anamnéze. Přímým průkazem je *Treponema pallidum*, která se zjišťuje pomocí tak zvaného zástinového mikroskopu v temném poli. Spirochety se rozsvítí a připomínají spirálu. Sěr se přenese na podložní sklíčko s kapkou fyziologického roztoku a překryje se sklíčkem krycím. Pod mikroskopem se zobrazí spirochety, jemné vlásenky pohybující se charakteristickými pohyby. Při zduření uzliny je možné provést punkci. Dle Driáka (2012) lze využít i molekulárně genetické metody jako například PCR. Nepřímým průkazem protilátek je průkaz protilátek v séru. Specifické jsou testy-treponemové *Treponema Pallidum* Haemagglutination Assay (dále zkr. TPH) či ELISA - protilátky jsou stanoveny proti antigenům a jsou pozitivní kolem

4. týdne, nespecifické testy-netreponemové rychlá reaginová reakce (dále zkr. RRR) a Veneral Disease Research Laboratories (VDRL) jsou pozitivní kolem 6. týdne.

K léčbě klientů je dle Rozsypala et al. (2013) důležitá jejich hospitalizace. U syfilidy je ze zákona povinná izolace. V případě sociálního odloučení se sestra snaží zajistit pacientovi příjemné prostředí. Všeobecná sestra by se měla zaměřit na zmírnění stresu a obav klienta. Její úlohou je odebrat kvalitní anamnézu a správně odebrat vzorky biologického materiálu na sérologické vyšetření. Je nutné, aby sestra při každé manipulaci s klientem a jeho prostředím užila ochranné pomůcky. Nezbytné je připravit pacienta na klinická vyšetření například interní, neurologické, oční. Štok et al. (2013) zmiňuje, že krycí a obvazový materiál se používá obdobný jako u HIV pozitivního člověka. Na secernující rány lze použít absorpční krytí, např. Actisorb plus. K dalšímu ošetření má sestra možnost využít velkou škálu mastí, gelů, sprejů, koupelí, roztoků atp. Dále pečuje o bolest a dodržuje pravidelné intervaly v podávání léků. Neurosyfilis se léčí krystalickým penicilinem. Komplikacím antibiotické léčby lze předejít podáním

kortikosteroidů či antipyretik před jejím zahájením. Při alergii na penicilin se dlouhodobě podává doxycyklin.

Kuklová et al. (2011) informuje o tom, že jsou všichni pacienti, kteří prodělali syfilis, dispenzarizováni. Dále se provádějí testy aktivity a konfirmační testy měsíc po léčbě. Následně probíhají screeningové testy. Doporučuje se Anti-HIV test. Z evidence mohou být pacienti vyřazeni v případě negativy klinického vyšetření, kam spadá interní vyšetření, rentgen (dále zkr. RTG) srdce a plic, neurologické, oční a psychiatrické vyšetření a průkaz negativy treponemových i netreponemových testů v séru a mozkomíšním moku.

Depistáž je součástí léčebného opatření. Dle Štorka et al. (2013) jde prakticky o včasné zachycení rizikových symptomů u osob stýkajících se s nakaženým.

1.2.3 Kapavka (Gonorrhoea)

Původem tohoto onemocnění je *Neisseria gonorrhoeae*. Dle Kuklové et al. (2011) se projevuje jako akutní nebo chronický hnisavý zánět způsobený touto bakterií. Zánět se může projevit také jako zánět oční spojivky, rekta nebo úst. Často se kombinuje s chlamydiovou infekcí. Tato choroba se šíří z důvodu asymptomatických příznaků, kterými je asymptomatická uretritida nebo faryngální infekce způsobená felací projevující se u žen a homosexuálních mužů. Za rok 2012 se podle Kojanové et al. (2014) navýšil počet nemocných kapavkou v České republice o celých 62,1 % oproti roku 2011, kdy byl zaznamenán historicky nejnižší počet tohoto onemocnění za desítky let.

Dle Štorka et al. (2013) je inkubační doba tohoto onemocnění 2 - 6 dní. U mužů je typický výtok žluté barvy, pálení při močení, zarudlé okolí močové trubice a otok předkožky. V místě žláz může docházet k zánětům až abscesům. Mezi komplikace patří záněty prostaty, nadvarlat nebo semenných váčků, které se projevují zvýšenou tělesnou teplotou, bolestmi nadbřišku při močení nebo zvětšenou prostatou. Kubicová (2015) uvádí, že se neléčená kapavka může projevit také jako absces. V nejhorším případě dochází až k neplodnosti z důvodu neprůchodnosti chámovodu, nadvarlete nebo semenného provazce. U žen probíhá ve většině případů asymptomaticky. Dle Mašaty (2014) patří mezi příznaky onemocnění u žen uretritida a cervicitida, objevuje se hnisavý výtok z děložního hrdla. Uretra bývá zarudlá, svědivá a pálí. Podle Pizingera

(2012) je komplikací zarudlé, oteklé děložní hrdlo a následně zánět zevních rodidel či dermatitida, zánět kůže. Při infekci Bartholiniho nebo Skeneho žlázy může dojít k jednostrannému abscesu. Dále může vznikat hluboký pánevní zánět. Bez léčení se infekce vzestupně šíří a vzniká zánět děložní sliznice či vejcovodů. Dle Mašaty (2014) u žen, u kterých neprobíhá léčba, dochází k poškození vejcovodů, pánevní bolesti, mimoděložnímu těhotenství až sterilitě.

Dle Kuklové et al. (2011) se gonorrhoea může projevovat i extragenitálními formami, faryngeální je asymptomatická. Anorektální gonorrhoea se vyskytuje u žen a homosexuálů. Dochází k ní přenosem z jednoho místa na druhé, autoinokulací. Žena si přenáší infekci většinou sama. Projevuje se bolestí při defekaci, krvácením nebo výtokem z konečníku. Konjunktivitida je nemoc novorozenců, která vzniká při porodu, ovšem může se vyskytovat i u dospělého, který si zanesse infekci do oka znečištěnými prsty. Komplikací zánětu spojivek je zánět rohovky, její proděravění až slepota. Resl et al. (2013) informuje o tom, že u novorozenců se jako profylaxe, tedy ochranné opatření, provádí vykapání spojivkového vaku po porodu, a to nejčastěji oftalmo-septonexem. Toto opatření se nazývá kredeizace novorozenců.

Diseminovaná gonorrhoea postihuje dle Štorka et al. (2013) asi 3 % nakažených. Vyskytuje se ve třech projevech jako bolest kloubů, zánět šlach na zápěstí a kožní vyrážka většinou lokalizovaná na okrajových částech končetin. Klouby jsou oteklé, bolavé a zarudlé. Nejčastěji jsou postižena kolena, hlezna, prsty a zápěstí.

Podle Kuklové et al. (2011) je ke správné diagnostice nutný správný odběr vzorků. U žen se odebírá vzorek z děložního čípku či močové trubice. Je možné odebrat vzorek z rekta, spojivek a laryngu. Kultivačním vyšetřením se prokazuje výsledek do 2 dní. Vyšetření stanoví citlivost na antibiotika. I zde je možné vyšetření pomocí metody PCR či ligázové řetězové reakce (dále zkr. LCR). U rozšířené kapavky lze odebrat hemokultury. Podle Hájka et al. (2014) můžeme prokázat diplokoka z leukocytů hnisavého výtoku pomocí vyšetření barevného preparátu, dle Grama.

Rozsypal et al. (2013) informuje o tom, že nemocný je izolován a vztahuje se na něj i povinné hlášení této nemoci. Sestra musí dodržovat zásady bezpečnosti práce a chránit si zdraví ochrannými pomůckami. Jako u předešlých onemocnění dbá, při sociální izolaci na úpravu prostředí pacienta a jeho reakce na zvládání zátěže. Všeobecná sestra odebírá vzorky biologického materiálu na kultivační vyšetření, PCR, hemokultury. Pro

krytí a převazy sestry podle Štorka et al. (2013) opět využívá hydrogely, hydrokoloidní krytí, algináty, absorpční krytí, polyuretanové krytí a antiseptické obvazy. Také se zaměřuje na bolest a podává pravidelně léky. Poláčková (2016) informuje o povinnosti hlášení kapavky a zdůrazňuje nutnost její léčby. Kapavka se léčí antibiotiky, v poslední době však dochází k rezistencím Neisserie. Tato situace se řeší infuzní terapií při hospitalizaci pacienta. V případech, kdy dochází k rezistenci, se doporučuje cefixime, azitromycin. Dle Mašaty (2014) trvá léčba penicilinem 10 dnů a kombinovaná léčba se může zkrátit až na 7 dnů.

Po ukončené léčbě se dle Štorka et al. (2013) provádějí bakteriologické kontroly 1 - 2 dny po ukončení terapie, následně se zopakuje dvakrát po týdenním intervalu. Před léčbou a po léčbě je provedeno sérologické vyšetření po čtyřech měsících. Provádí se screeningové testy na průkaz syfilis a HIV. Pokud všechna tato vyšetření prokážou negativitu, pacient je vyřazen z evidence. Dle Roztočila et al. (2011) se vzhledem k nutnosti hlášení této choroby provádí depistáž aneb vyhledání osob, u kterých hrozí riziko nákazy. Tyto osoby je nutno vyšetřit a popřípadě přeléčit, přičemž tuto léčbu řídí venerolog.

1.3 Choroby nepodléhající povinnému hlášení

1.3.1 Herpes genitalis

Mašata et al., (2014) uvádí, že Herpes simplex virus se řadí do čeledi Herpesviridae, patřící mezi DNA (dvouřetězcová nukleová kyselina) viry. Po prodělání tohoto onemocnění přetrvávají viry v latentním stádiu po celý život jedince. Obvykle se aktivují při snížené obranyschopnosti. Viry v latentním stádiu jsou uchovány v nervové tkáni. Dle Štorka et al. (2013) dochází až v 90 % k primoinfekci v dětství, převážně však bez klinických příznaků.

Kuklová et al. (2011) uvádí přenos přímým kontaktem a také kapénkovým přenosem přes poranění sliznic. Dle Mašaty (2014) je virus vylučován sekrety z úst a genitálu. Inkubační doba herpes simplex viru (dále zkr. HSV) je 2 - 7 dní. Také podle Kuklové et al. (2011) oba typy herpes viru mohou vyvolávat jak orální, tak genitální léze. Uvádí, že herpes genitalis vzniká po infekci genitálu převážně typem HSV-2. Může se objevovat, jak na genitálu, tak v oblasti rekta, třísels a stehien. Dále uvádí možný transplacentární přenos a vertikální přenos během porodu. Mašata et al. (2014) informuje, že se dříve

předpokládalo, že herpes genitalis způsobuje pouze HSV 2, zatím co HSV-1 způsobuje infekci dutiny ústní. Nyní je ale dokázáno, že herpes genitalis vzniká jak typem HSV-1, tak HSV-2.

Mašata et al. (2014) popisuje infekci ve třech stádiích. Prvním je primární infekce, která probíhá při absenci protilátek proti herpes virům. Druhým stádiem je nonprimární infekce, první epizoda infekce je při přítomnosti protilátek proti HSV-1 nebo HSV-2. Třetím stádiem je rekurentní infekce, vznikající jako následek při reaktivaci viru v latentním stádiu.

Dle Špačka et al. (2013) je primární infekce specifická celkovými příznaky, jako jsou bolest hlavy, únava, zvýšená teplota a další. Prvními příznaky jsou zarudnutí, svědění a bolestivost. Genitální herpes se poté manifestuje typickou vyrážkou. Podle Beneše (2009) se primoinfekce projeví erupcí puchýřků s ulceracemi v oblasti genitálu a perinea. Kuklová et al. (2011) uvádí v těžších případech teplotní reakce a zduření uzlin. Pizinger (2012) zmiňuje stejný vznik puchýřů, jako je u herpes simplex. To znamená bolestivé ložisko čirých puchýřů, které se následně zakalí, poté prasknou a vytvoří krusty. Dle Mašaty (2014) jsou léze lokalizované především na vulvě. Až 90 % žen má postižen cervix. Purulentní výtok se objevuje až u 75 % žen. V průběhu deseti dní se objevují stále další puchýře. Špaček et al. (2013) ještě uvádí, že může docházet k zasahování puchýřů do uretry a tím vzniká bolestivé močení. Léze se hojí krustami a mohou i jizvou. Mašata et al. (2014) odhaduje hojení herpetu genitális na přibližně tři týdny. Virus je vylučován v průměru až dvanáct dní. Velmi často lze pozorovat neurologické příznaky, jako jsou bolest hlavy, ztuhlá šíje, fotofobie. Mozkomíšní mok odpovídá aseptické meningitidě.

Špaček et al. (2013) popisuje nonprimární infekci jako lehčí stupeň herpes genitalis. Ženy mají slabší celkové příznaky, menší léze a kratší dobu hojení. Lehčí stupeň herpetu je díky přítomnosti heterologních protilátek proti herpesvirům.

Dle Mašaty (2014) je rekurentní infekce mírnější než primární, už z důvodu opakování onemocnění. Pacientky mohou trpět sexuálními dysfunkcemi z důvodu strachu z propuknutí infekce. K výsevu herpetu dochází po tři dny a k hojení dochází do desátého dne. Virus je vylučován čtyři dny. Podle Kuklové et al. (2011) se recidiva vysvětluje aktivací latentního viru při infekčních chorobách, traumatech. Beneš (2009) uvádí ještě lokální podněty, jako jsou slunění, dále silný stres, horečnaté onemocnění.

Podle Kuklové et al. (2011) je diagnostika klinická. Dle Špačka et al. (2013) se herpes genitalis prokazuje stěrem z ulcerace, který se následně odesílá na kultivační nebo mikroskopické vyšetření. Využívají se také amplifikační metody jako PCR. K dispozici jsou také sérologické testy, které pomohou rozlišit, zda se jedná o HSV-1, nebo HSV-2. K průkazu protilátek se užívají metody ELISA. Při vzniku erozí je však možné onemocnění diagnostikovat pouhým pohledem.

Podle Mašaty (2014) se využívá antivirová léčba, která zkracuje dobu hojení a vylučování viru. V mnoha případech je dostačující perorální léčba. Při závažnějším průběhu se volí intravenózní podání za hospitalizace pacienta. K léčbě se využívají antivirotika, zástupcem je aciklovir. Doporučené dávkování se pohybuje v rozmezí 5x denně po pět dnů, v infuzní terapii se nejčastěji podává aciklovir po osmi hodinách. Špaček et al. (2013) uvádí mezi další zástupce ještě famciklovir a valaciklovir. Podle Beneše (2009) je možná v případě častých recidiv supresivní léčba aciklovirem 2x denně. Podle Kuklové et al. (2011) se k léčbě využívá sušení antiseptickými prostředky a aplikace virostatických krémů. K aplikaci per orálních léků uvádí zkrácení průběhu nemoci, ne však léčbu recidiv. Beneš (2009) doporučuje u těhotných žen s herpetickou primoinfekcí provést císařský řez jako prevenci přenosu z matky na dítě.

Všeobecná sestra by se měla zaměřit na zmírnění stresu a obav pacienta. Její úlohou je odebrat kvalitní anamnézu a správně odebrat vzorky biologického materiálu, dle Špačka et al. (2013) také provést stěr na kultivaci a mikroskopické či sérologické vyšetření, popřípadě vzorky na vyšetření PCR nebo ELISA. I zde musí sestra dodržovat bezpečnost při práci a užívat ochranné pomůcky. Herpes se dle Mašaty (2014) léčí antivirotickou léčbou, nejčastěji aciklovirem. Sestra dbá na ordinaci lékaře a v pravidelných intervalech podává antivirotika per os či ve formě infuzí. Z důvodu velké bolestivosti při onemocnění je důležité, aby monitorovala bolest, informovala o ní lékaře a jednala na základě jeho ordinace. Kuklová et al. (2011) doporučuje léčbu antiseptickými prostředky a virostatickými krémy. Sestra zajistí materiál, léčiva a pomůcky nutné k ošetření lézí. Z důvodu bolestivosti při močení, kterou popisuje Špaček et al. (2013), zavádí sestra permanentní močový katétr. Kromě toho sleduje příjem a výdej tekutin, místo zavedení katétru a známky infekce, při hygieně a ošetření pracuje asepticky. Štork et al. (2013) doporučuje léčbu pomocí antiseptik a dezinficiencí ve formě roztoků např. hypermangan. Sestra zajistí materiál k obkladům či koupelím

dle ordinace lékaře. Kuklová et al. (2011) se zaměřuje také na prevenci, kterou je užívání ochranných pomůcek, informování sexuálního partnera, vyhýbání se lidem se sníženou obranyschopností.

1.3.2 Chlamydiové infekce

Chlamydiová infekce je urogenitální infekce vyvolaná bakterií *Chlamydia trachomatis*. Dle Mašaty (2014) se jedná o nejčastější bakteriální pohlavně přenosnou chorobu. Dle Sharona et al. (2015) se chlamydie projevují většinou bezpříznakově a tím je umožněn přenos na další jedince bez vědomí infikovaného. Neléčená chlamydie přechází do zánětlivého pánevního onemocnění. Během těhotenství se chlamydie přenáší na plod ve formě pneumonie či konjunktivitidy. Podle Kuklové et al. (2011) je šíření infekce závislé na stupni promiskuity obyvatelstva, přičemž jako nejrizikovější skupinu udává mladé lidi.

Dle Ždichynce (2009) je ve většině případů nemoc asymptomatická, bývá odhalena náhodou při preventivních prohlídkách. Jsou známy tři druhy lidských patogenů: *Chlamydia trachomatis*, *psittaci* a *pneumoniae*. Poslední působí řadu onemocnění dýchacího systému. Kuklová et al (2011) informuje o jiných sérotypech chlamydie *trachomatis*, vyvolávajících lymfogranuloma venerum (chorobu vředového typu) vyskytující se v endemických oblastech či u homosexuálů. Podle Ždichynce (2009) dále vyvolávají oční, genitální nebo respirační onemocnění. Je známa i psitakóza a ornitóza, což je chlamydiová nemoc ptactva, kterou se může infikovat člověk. Chlamydiovou infekcí onemocní až 90 % lidské populace, závažné potíže však má pouze 20 %. Onemocní lidé, kteří mají přidružené onemocnění a tím oslabený imunitní systém. *Chlamydia trachomatis* se přenáší výhradně přímým kontaktem, *Chlamydia pneumoniae* a *psittaci* se realizují kapénkově.

Podle Štorka et al. (2013) je inkubační doba této nemoci 10 – 20 dní. Může být příčinou zánětu děložního čípku, močové trubice, sliznice konečníku či zánětlivého onemocnění malé pánve. Příznaky připomínají kapavku, ale výtok je bílý nebo hlenovitý. Typická je bílá kapka objevující se ráno na začátku močové trubice. U mužů je příčinou zánětu prostaty, močové trubice, nadvarlat, sliznice konečníku či získané reaktivní artritidy. Podle Hájka et al. (2014) udávají ženy bolesti v podbříšku a při styku a také menstruační obtíže. Mezi nejzávažnější následky infekce patří hluboký pánevní zánět, neplodnost, chronická pánevní bolest nebo mimoděložní těhotenství.

Ždichynec (2009) popisuje péči o klienta následovně. Sestra zajišťuje dobrý psychický stav klienta. Dbá na svoji ochranu a dodržuje zásady bezpečnosti práce. V případě prokázání *Chlamydia pneumoniae* nebo psittaci, které se realizují kapénkově, je nutné pacienta izolovat. Práce sestry spočívá v odebrání biologických vzorků (moče, sekretů, punktátů a krve), které následně odesílá na molekulárně biologické testy nebo na přímou kultivaci. Dle Štorka et al. (2013) přímý průkaz využívá amplifikačních metod (PCR, LCR). Současně lze prokázat chlamydiovou infekci a kapavku. Je zde možnost prokázání patogenů v moči. Podle Kuklové et al. (2011) je základní podmínkou správně odebrat vzorek moči. Do sterilní zkumavky je nutné odebrat první ranní moč. Z děložního čípku je nejprve nutné setřít hlen a následně jiným tamponem za pomoci krouživého pohybu odebrat stěr. Dle Štorka et al. (2013) je další možností sérologické vyšetření a průkaz protilátek současně s výsledky klinického obrazu a protilátek v séru. Základní léčbou jsou antibiotika (azithromycin a tetracykliny). První volbou je deoxycyklin užívaný ve formě tablet po dobu 7 dní, popřípadě se léčba může doplnit o masti, či vaginální tablety atp. Dle Mašaty (2014) je nutné léčit oba, popřípadě všechny sexuální partnery. Uvádí nutnost dbát na důsledné vyšetření a léčbu pacientky, jelikož i asymptomatický průběh infekce může mít za následek vznik srůstů, mimoděložní těhotenství či poškození vejcovodů.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s venerologickým onemocněním.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaká jsou specifika práce sester na venerologickém oddělení?

VO 2: Na jakou oblast nejčastěji sestry zaměřují svoji péči?

3 Metodika práce

3.1 Metodika práce

Bakalářská práce vznikla na podkladě prostudované odborné literatury, odborných článků, internetových zdrojů a v neposlední řadě z odborných zahraničních článků. Pro tuto práci byla použita metoda kvalitativního šetření, a to metoda dotazování, pro niž byl zvolen jako nejvhodnější polostrukturovaný rozhovor. Výzkumné šetření probíhalo v dubnu 2017 po domluvě s hlavní, vrchní a staniční sestrou jedné z nemocnic Jihočeského kraje. Dotazované byly sestry z kožního oddělení, které jsou při své práci v kontaktu s venerologickými pacienty. Výzkumný soubor tvořilo 8 sester, které ochotně a dobrovolně poskytly rozhovor. Každá byla informována o jeho účelu. Rozhovory se uskutečnily v denní místnosti sester v jejich volném čase a s jejich souhlasem s nahráváním na diktafon. Tyto rozhovory trvaly v závislosti na časových možnostech sester průměrně 10 minut. Podkladem pro ně bylo 19 rozhovorových otázek (viz Příloha 1), některé z nich byly rozšířeny o doplňující otázky. První otázky se zaměřily na identifikační údaje sester (viz Tabulka 1), následovaly otázky zaměřující se na ošetrovatelskou péči sester o venerologické pacienty. Získané rozhovory byly přepsány, vytisknuty a barevně označeny (viz Příloha 2). Následně byla získaná data zpracována do kategorií a podkategorií. Veškeré rozhovory byly vloženy na kompaktní disk (CD) - (viz Příloha 3) přiložené k této bakalářské práci. Z důvodu anonymity byly sestry označovány zkratkami S1 – S8.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 8 sester (S1 - S8), které poskytly rozhovor dobrovolně. Tyto sestry pracují na kožním oddělení dané nemocnice Jihočeského kraje a jsou v kontaktu s venerologickými pacienty, proto byl jejich výběr zcela záměrný. Z dotazovaných sester všechny uvedly středoškolské vzdělání s maturitou, jedna sestra absolvovala pomaturitní specializační studium v Brně a jedna sestra postgraduální studium zaměřené na interní péči. Délka praxe sester se pohybovala v rozmezí od 5 měsíců do 41 let. Čtyři sestry uvádí dosaženou praxi pouze na kožním oddělení, 4 sestry vykonávaly předchozí praxi v odběrové laboratoři, na oddělení sociálních lůžek, na interním oddělení, v plazmaferatickém centru, na kardiologii a koronární jednotce. Pro lepší přehlednost byla vytvořena tabulka s identifikačními údaji sester (viz Tabulka 1). Sestry z daného kožního oddělení byly velmi ochotné a žádná z nich rozhovor neodmítla.

4 Výsledky

4.1 Identifikační údaje sester

Tabulka 1 - Identifikační údaje

Identifikace sester	Nejvyšší dosažené vzdělání	Doba praxe na kožním oddělení	Předchozí praxe
S1	Pomaturitní specializační	42 let	X
S2	Středoškolské	5 měsíců	Odběrová laboratoř
S3	Středoškolské	20 let	X
S4	Středoškolské	2 roky	Oddělení sociálních lůžek
S5	Středoškolské	18 let	Interní oddělení
S6	Středoškolské	6 let	Plazmaferetické centrum, kardiologie, interní odd., koronární jednotka
S7	Středoškolské	4 roky	X
S8	Postgraduální	31 let	X

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 1 byla vytvořena pro lepší přehlednost získaných dat. Výzkumného šetření se zúčastnilo osm sester pracujících na kožním oddělení. Identifikační otázky se zaměřují na nejvyšší dosažené vzdělání sester, délku práce na daném oddělení a předchozí praktické zkušenosti. Rozhovory se sestrami probíhaly na kožním oddělení dané nemocnice Jihočeského kraje.

Na základě získaných dat bylo pro zpracování rozhovorů vytvořeno 6 kategorií.

- Kategorie 1: Nejčtenější venerologické onemocnění
- Kategorie 2: Péče o psychiku pacienta
- Kategorie 3: Předcházení komplikacím onemocnění
- Kategorie 4: Ošetření kůže
- Kategorie 5: Diagnostika a léčba
- Kategorie 6: Spolupráce s pacienty

4.2 Kategorie 1: Nejčtenější venerologické onemocnění

Kategorie nejčtenější venerologické onemocnění byla zaměřena na to, s jakou chorobou se na oddělení sestry setkávají nejčastěji. Shodně (S1-S8) uvedly, že nejčastěji vyskytujícím se venerologickým onemocněním na oddělení je syfilis a téměř všechny sestry (S1, S3, S4, S5, S6, S8) jmenovaly ještě kapavku. Sestra 1 odpověděla: „*Tak nejčastěji je to syfilis a jako druhá pohlavní choroba to bývá kapavka. Kapavka se léčí ambulantně, takže syfilis spíše je nejčastější tady.*“ Podobně odpověděla i sestra 8: „*Tak na ambulantní i na lůžkový části, kde se potom hospitalizují, se nejčastěji vyskytují syfilis, pacienti se syfilis a kapavkou, což jsou pohlavní nemoci, který spadají v našem státě pod zavedenou izolaci.*“ Sestra 3 kromě syfilis a kapavky uvedla i jiná venerologická onemocnění: „*Pohlavně přenosná máme syfilis, kapavku, herpes genitální herpes, i pohlavně přenosná choroba můžeme řadit i svrab.*“ Sestra 8 rozdělila onemocnění, u kterých je nutná hospitalizace, jako je syfilis a kapavka, a onemocnění, které se mohou léčit ambulantně, její odpověď zněla „*Nejčastěji v té ambulantní části je i ta kapavka, která se taky může léčit ambulantně, ale potom jsou to další sexuálně přenosné nemoci. Jako jsou chlamydiózy, onemocnění ureoplazmat, mykoplazmat, různé bakteriální, mykotické infekce, co se týče urogenitálního traktu.*“ U kapavky ještě dodává, že ambulantní léčba je možná pouze u pacientů spolupracujících, a pokud není nutné léčit nemoc intravenózně.

- Syfilis - S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8
- Kapavka - S1, S3, S4, S5, S6, S8
- Herpes genitalis - S3
- Svrab - S3
- Chlamydiózy - S8

- Ureaplasma - S8
- Mykoplasma - S8
- Bakteriální, mykotické infekce - S8

4.2.1 Podkategorie: Četnost výskytu onemocnění na oddělení

Cílem této podkategorie bylo zjistit, jak často se na oddělení vyskytují pacienti s venerologickým onemocněním. Na tuto otázku sestry (S3, S4, S5, S6, S7) odpovídají téměř shodně, že tito pacienti přicházejí nárazově či ve vlnách. Například sestra 5 odpověděla takto: *„Jak často? To je nárazový jako. Někdy tu třeba měsíc nikdo není a pak je jich tu třeba víc.“* Podobně odpověděla sestra 6: *„Bývá to většinou v takových vlnách, v létě. Pak je zase chvilku jako klid.“* Jiného názoru jsou sestry (S1, S8), které udávají jednoho pacienta za měsíc. Sestra 1 odpovídá: *„Řekla bych, že každý měsíc tu někdo je, a když tu není vyloženě jakoby s akutní léčbou, tak je tady na přeléčení nebo na vyšetření po léčbě. Takže každý měsíc tu nějaký ten pacient je.“* Sestry (S2, S3) jsou toho názoru, že výskyt nemocných je častější, a to až dva pacienti do měsíce. Sestra 4 se domnívá, že kromě různého intervalu výskytu pacientů tu bývají až dva pacienti za čtrnáct dní: *„No, tak to je různý no, třeba tak jeden, dva pacienti za čtrnáct dní si myslím. Ted'kons tu máme jednoho teda jenom. Jsme tu dlouho neměli, ono je to různý, no.“*

- 1x měsíčně - S1, S8
- 2x měsíčně - S2, S3
- Jeden, dva pacienti za 14 dní - S4
- Nárazově / ve vlnách - S3, S4, S5, S6, S7

4.2.2 Podkategorie: Stádia nemoci hospitalizovaných

Na tuto otázku sestry odpovídaly podobně. Sestry (S1, S2, S3, S6, S7, S8) uvádějí, že pacienti přicházejí v prvním, časném stádiu nemoci. Sestra 3 udává závislost stádia nemoci na pravidelných kontrolách lékařů, její odpověď zní takto: *„...Záleží na tom, jak ty pacienti jsou třeba sledováni lékařem jo, když přijde třeba těhotná žena, která má vyšetření, tak tam se to zachytne včas. Takže vlastně i v prvním stádiu.“* Sestra 8 poukazuje na to, že pacienti přicházejí v prvním stádiu z důvodu klinických příznaků: *„...A u syfilidy tam přicházejí pacienti taky v prvním stádiu, kdy mají klinický příznaky vředu na genitáliích nebo kdekoliv na těle a všimnou si ho.“* Dále se v rozhovoru se

sestrou 8 dovídáme, že pacienti mohou přicházet i ve druhém stádiu nemoci v případě přehlédnutí nebolestivého vředu na genitálu. A druhé stádium nemoci současně udávají také sestry (S1, S3, S5, S8). Dvě sestry přiznávají i výskyt třetího, posledního stádia (S1, S4). Odpověď sestry 1 zní: „...*Už jsme viděla i třetí stádium, ale ty jsou výjimečně, to třetí stádium.*“ Sestra 4 formulovala svou odpověď takto: „*Většinou už v tom pozdním stádiu.*“ Sestra 8 se zmiňuje o pacientech s herpes genitális, kteří také přicházejí k hospitalizaci v prvním stádiu onemocnění z důvodu výskytu bolestivých puchýřků na genitálu.

- První stádium, časně (S1, S2, S3, S6, S7, S8)
- Druhé stádium (S1, S3, S5, S8)
- Třetí stádium, pozdní (S1, S4)

4.3 Kategorie 2: Péče o psychiku pacienta

4.3.1 Podkategorie: Reakce pacientů

V této kategorii bylo nutné se nejdříve zaměřit na sdělení venerologické diagnózy, z čehož plynou reakce pacientů na tuto skutečnost. Tyto reakce byly i předmětem zkoumání. Sestry (S2, S3, S6, S8) se shodují, že reakce pacientů jsou různé v závislosti na jejich osobnosti. Sestry (S2, S3, S5, S6, S8) udávají, že pacienti přicházející do nemocnice již předpokládají onemocnění vzhledem k svému životnímu stylu. Zajímavou reakci sdělila sestra 2: „...*Někteří s tím prostě počítají, že to budou mít, protože se asi nechovali tak, jak by se měli chovat. Já často střídají jiný sexuální partnery nebo se prostě, přidělávají si prostitutky a takhle, takže ty to vezmou tak jakože s nadhledem.*“ Dále pak sestry (S2, S3, S4, S6, S8) zmiňují další nejčastější reakce pacientů, mezi něž patří například překvapení, smutek, výčitky, pláč, a dokonce až agresivita. Sestra 2 odpovídá takto: „...*A někteří jako jsou v šoku nó, takový neberou to moc dobře, normální člověk to nevezme dobře.*“ Sestra 3 má stejný názor a svou odpověď formuluje takto: „...*Ale pak jsou pacienti, kterým na zdraví velice záleží, tak samozřejmě ty reakce jsou negativní, smutné, výčitky, přemýšlí, kde by k tomu jako přišli zrovna oni.*“ Sestry (S5, S7) udávají, že nejsou přítomny při sdělení venerologické diagnózy. Sestra 7 zároveň neudává žádné reakce pacientů.

- Různorodost reakcí - S2, S3, S6, S8
- Přijetí diagnózy - S2, S3, S5, S6, S8

- Negativní reakce - S2, S3, S4, S6, S8
- Žádná odpověď - S5, S7

4.3.2 Podkategorie: Řešení zhoršeného psychického stavu

Odpovědi na tuto otázku se často shodovaly. Sestry (S1, S3, S6, S7, S8) uvádí, že důležitou psychickou podporou je správná komunikace s pacientem, dostatečná informovanost, edukace, zprostředkování kontaktu s rodinou. Sestra 1 navíc dodává: „*No někdy to bývá s tou psychikou, to bývá docela složitý u těch pacientů, oni jsou, pro ně je nejhorší právě to, že je ani tak netrápí ta nemoc samotná, jako ta izolace.*“ Současně byla vyjádřena nutnost, nemít vůči venerologickým pacientům předsudky a jednat s nimi jako s ostatními pacienty. Stejného názoru jsou i sestry (S1, S3, S5, S6, S8). Sestra 1 udává: „*...A hodně důležitý je u nich jako nedávat nějak najevo nějaký pohrdání třeba...*“ Sestra 5 formuluje svoji odpověď takto: „*No, tak snažíme se s nima mluvit jako s ostatníma pacientama, aby neměli pocit, že jsou méněcenný nebo nějak izolovaný.*“ Odpovědi sester (S1, S2, S5, S6, S8) se shodují, že primární psychickou péči obstarávají lékaři. Sestra 8 uvedla: „*Aby byl pacient s venerologickým onemocněním v pohodě, tak ta sestra, lékař a veškerý ten ošetrovatelský personál, se vlastně musí hlavně zaměřovat na tu jeho informovanost...*“ Podobnou odpověď udala i sestra 6: „*No, to se jim člověk, jednak lékař, jim to teda nějak psychicky se snaží jakoby to vysvětlit, povzbudit...*“ Překvapivě sestry (S2, S4) udávají, že se na psychickou stránku pacienta nijak nezaměřují.

- Psychická podpora, komunikace, informovanost - S1, S3, S6, S7, S8
- Univerzalismus - S1, S3, S5, S6, S8
- Spolupráce s lékaři - S1, S2, S5, S6, S8
- Nezaměřují se na psychiku - S2, S4

4.4 Kategorie 3: Předcházení komplikacím onemocnění

Sestry (S1, S2, S3, S4, S6, S7, S8) společně udávají nutnost edukovat pacienty o předcházení komplikacím, trpělivě vysvětlovat, sledovat nežádoucí účinky léčby či nastavení bariérového režimu. Sestra 2 odpověděla takto: „*Tak určitě dodržování nějakýho režimu, pokud možno izolace teda...*“ Podobný názor uvádí sestra 3: „*Na předcházení komplikací tou edukací a ošetrovatelskou, bariérovou ošetrovatelskou péčí.*“ Sestry (S1, S2, S6, S8) se zmiňují o prohlášení, které pacienti podepisují. Sestra

6 toto prohlášení definuje takto: „*To, když jsou propuštěný, tak podepíšou prohlášení, že nebudou mít po určitou dobu, ještě jakoby rekonvalescence styk, jakýkoliv i chráněný...*“ Sestra 8 odpovídá podobně: „*...Takže tam je důležitý edukovat ty pacienty, jak se mají sexuálně chovat, že musí dodržovat sexuální abstinenci po určitou dobu léčby i po léčbě, třeba během dalších kontrol...*“ Sestry (S5, S8) společně jmenují jako komplikaci léčby alergickou reakci na antibiotika. Sestra 8 mimo jiné navíc dodává jako jednu z komplikací reinfekci, a to u onemocnění syfilis a herpes genitalis. O tomto onemocnění nás informuje sestra 8 takto: „*...Když jednou získáte herpes genitální, tak v podstatě se říká, že je to onemocnění na celý život. A u některých se projevuje v určitých atakách, pravidelně, i když jsou to ataky při oslabení imunity, oslabení organismu, při jiných zánětlivých onemocněních, při stresu, při podvýživě třeba...*“ Současně sestry (S1, S4, S5, S8) udávají spolupráci s lékaři při předcházení a řešení komplikací.

- Předcházení komplikací - S1, S2, S3, S4, S6, S7, S8
- Prohlášení - S1, S2, S6, S8
- Alergická reakce - S5, S8
- Reinfekce - S8
- Spolupráce lékařů - S1, S4, S5, S8

4.4.1 Podkategorie: Dispenzarizace pacientů

Na tuto otázku se nám dostávalo povětšinou stejných odpovědí, sestry (S1, S3, S4, S5, S6) udávají, že dispenzarizaci má na starost depistážní sestra. Svou odpověď rozvádějí o informaci, že se v podstatě jedná o vyhledávání kontaktů na osoby, které přišly do kontaktu s venerologicky nemocným pacientem a u nichž se předpokládá možnost nákazy. Sestra 3 odpovídá takto: „*...Ale ta dispenzarizace je opravdu od nás jen hlavně vyhledávání těch kontaktů.*“ Sestra 6 udává: „*To dělá vlastně na tý venerologii jako vrchní sestra. A ty zjišťujou vlastně, odkud to bylo, takový to ohnisko nákazy...*“ Sestry (S2, S3, S4, S6, S8) navíc sdělují, že následně jsou tyto kontakty obvolávány a zvány na kontrolní odběry krve, na základě výsledků je poté nasazena léčba. Sestra 8 navíc dodává, že u herpes genitalis, nemají přímo dispenzarizaci, říká: „*...Pacienti sami docházejí na předepisování třeba dlouhodobých antivirotik, které berou...*“ Naopak u syfilis zdůrazňuje nutnost dispenzarizace a pravidelných kontrol pacientů. U vyšetření těchto pacientů svou odpověď formuluje takto: „*... Ty krevní odběry se dělají většinou*

měsíc po hospitalizaci, potom za tři měsíce, za půl roku, za rok. A do dvou let by měl pacient prodělat ještě od prvotní léčby takzvané celkové přešetření, kdy se dělá pacientovi oční vyšetření, nervové vyšetření, ultrazvuk srdce a lumbální punkce, aby se vyloučil právě tou lumbální punkcí vyšetřením, že se může jednat o neurosyfilis...“ Na závěr sestra 8 dodává, že v případě negativních výsledků je možné pacienta z dispenzarizace propustit.

- Vyhledávání kontaktů - S1, S3, S4, S5, S6
- Odběry krve - S2, S3, S4, S6, S8
- Herpes genitalis, syfilis - S8

4.5 Kategorie 4: Ošetření kůže

4.5.1 Podkategorie: Individuální pomůcky

U této otázky se sestry (S1, S2, S3, S4, S6, S8) shodují, že základem bariérové péče je izolační pokoj. Sestra 4 uvedla: „...*Musí být izolovaný. Svůj pokoj musí mít...*“ Sestra 6 odpovídá podobně: „...*A mají vlastně izolaci, ti pacienti mají všichni izolaci do jednoho...*“ Sestry (S1, S4) udávají dobu izolace na deset dní. Sestra 6 je tohoto názoru: „...*Není to žádný určený, jako třeba deset - jedenáct dní, ale je to do zhojení toho vřídka, takže v tu dobu jsou infekční čili nakažliví...*“ Mezi nejčastější individuální pomůcky sestry (S1, S3, S4, S5, S6, S8) řadí například emitní misku, převazový materiál, prádlo, příbory, talíře, samostatnou sprchu a samostatné WC. Sestra 8 jmenuje například tyto pomůcky: „...*Například teploměr, nebo umyvadlo, na nějaké ošetření, když má nutnost pacient, nebo ordinován, dostává příbor...*“ Sestry (S2, S7) se shodly na názoru, že pacienti nemají žádné individuální pomůcky. Sestra 2 ve své odpovědi zmiňuje izolaci.

- Izolace - S1, S2, S3, S4, S6, S8
- Doba izolace - S1, S4, S6
- Individuální pomůcky - S1, S3, S4, S5, S6, S8
- Žádné pomůcky - S2, S7

4.5.2 Podkategorie: Převazový materiál

Na otázku, jak často sestry provádějí převazy, jsme obdrželi rozdílné odpovědi. Sestry (S1, S4, S8) uvádějí, že běžně převazy neprovádějí. V případě erozí na kůži se sestry

(S1, S2, S3, S4, S6, S7) shodují, že se převazy provádějí 1x – 2x denně, záleží na ordinacích lékařů. Sestra 6 ještě dodává: „...*A někdo to má víc, takže se to dělá třeba 3x denně, ty oplachy i to mazání a obklady...*“ Sestra 8 uvádí: „...*Většinou se ty vřídky a ten opar obkládají, takže pacientovi stačí přinést připravený roztok, většinou se používají nějaká dezinficiencia a sterilní gázové čtverce, kdy se namočí vlastně do toho roztoku a provádí se oplachy třeba po čtvrt hodinách nebo dvaceti minutách tak, jak ordinuje lékař...*“ Jako techniku sestry (S1, S3, S4, S5, S6, S7, S8) udávají obklady. Sestra 5 navíc doplnila ještě koupele. Mezi nejčastěji používané roztoky sestry (S1, S4, S5, S6, S7) řadí Prontosan, Betadine, Rivanol, hypermangan. Sestra 1 odpovídá takto: „*Léčivý přípravky, tak třeba Rivanol, ředěnej Betadine, hypermangan.*“ Podobně odpověděla sestra 5: „*Hypermangan, co vim, nebo Prontosan. A na ten herpes se dříve používal Rivanol, ale teď možná, nevím už jsme ho tu dlouho neměli, ten genitální, a nevím, jestli se Rivanol může ještě používat vůbec.*“ Sestry (S2, S3) informují o léčbě ve formě mastí. Sestra 2 uvádí: „*Tak na vředy používáme tedy nejčastějc SO1/2 s Foxem nebo čistej Fox a taky se dává do vředu třeba borová pasta...*“ K obvazovému materiálu sestry (S1, S5, S6, S8) uvádí shodnou odpověď – gázové čtverce.

- Žádné převazy - S1, S4, S8
- Převazy 1x – 2x denně - S1, S2, S3, S4, S6, S7
- Převazy 3x denně - S6
- Po 15 – 20 minutách - S8
- Obklady - S1, S3, S4, S5, S6, S7, S8
- Rostoky - S1, S4, S5, S6, S7
- Masti - S2, S3
- Gázové čtverce - S1, S5, S6, S8

4.6 Kategorie 5: Diagnostika a léčba

4.6.1 Podkategorie: Nejčastěji prováděné výkony

Cílem této podkategorie bylo zjistit, jaké nejčastější výkony jsou prováděny u pacientů s venerologickým onemocněním. Sestry (S1, S3, S4, S6, S7, S8) jako první jmenovaly odběr biologického materiálu. Sestra 3 formuluje svou odpověď takto: „...*A u syfilis a jiných pohlavních onemocnění, venerologické výkony, tak tam už jsou jakoby laboratorní výkony většinou odběry biologického materiálu.*“ Sestra 8 navíc dodává:

„Výkony při té hospitalizaci, samozřejmě kontrolní odběry krve, kontrolní odběry krve, ošetřování vředů, ale to je vlastně obkládování toho vředu, pokud nějaký mají...“ Sestry (S2, S6, S8) také mezi výkony zařadily převazy, obklady a zábaly. Mezi dalšími výkony byla zmíněna sestrami (S1, S2, S6, S7, S8) i injekční aplikace léků intramuskulárně či intravenózně. Sestra 1 uvedla toto: *„...A potom výkony, oni vlastně dostávají penicilin, jednou denně intramuskulárně.“* Sestry (S4, S7, S8) se shodují na důležitosti provedení lumbální punkce. Sestra 8 formuluje svou odpověď takto: *„...No a jediný vlastně důležitý výkon tady u toho onemocnění je provedení lumbální punkce, kdy teda tam potřebují třeba po, po provedení od sester a od ošetrovatelského personálu určitou pomoc, protože teda je necháváme ležet ve vodorovné poloze, aby právě se zabránilo po lumbální punkci tomu postpunkčnímu syndromu a následným bolestem hlavy...“* Konkrétně k herpes genitalis sestra 3 uvedla zavádění permanentního močového katétru z důvodu bolestivosti tohoto onemocnění. Sestra 8 ještě dodává: *„...Potom je tam základní taková ta ošetrovatelská péče. Takže výkony, co se týkají pak základu ošetrovatelské péče, hygieny, stravování, to je, řekla bych, všechno...“*

- Odběr biologického materiálu - S1, S3, S4, S6, S7, S8
- Ošetření kůže - S2, S6, S8
- Injekční podání léčiv - S1, S2, S6, S7, S8
- Lumbální punkce - S4, S7, S8
- Permanentní močový katétr - S3
- Základní ošetrovatelská péče - S8

4.6.2 Podkategorie: Nejčastější vyšetřovací metody

Na tuto otázku sestry (S1, S4, S5, S6, S7) shodně odpověděly, že mezi vyšetřovací metody patří také odběry krve, které jsou současně zařazené mezi výkony. Sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S8) tuto odpověď rozvádějí, že se jedná o laboratorní vyšetření moče, krve, stěrů a výtěrů. Sestra 2 uvedla: *„...No a pak takový to, jakože vyšetření laboratorní, krev, moč, stěry, výtěry. Ty běžný.“* Sestra 5 odpověděla podobně: *„To jsou ty výtěry, v laboratoři, a odběry krve, moče a u některých lumbální punkce, ale to musí indikovat lékař stejně.“* Některé sestry přímo specifikují některá vyšetření. Sestra 1 uvedla: *„Tak samozřejmě každé při přijetí má gonokultivační vyšetření v laboratoři, kde se zjišťují samozřejmě i ještě další jiný bakterie, jiný pohlavní choroby anebo prostě pohlavně přenosný bakterie, který nejsou, se neřadí mezi pohlavní choroby...“*

Sestra 4 vzpomíná na tato vyšetření: „*Nejčastější tak odběry krve, vlastně RRR a TPHA...*“ Tato vyšetření se provádí k prokázání syfilidy a protilátek. O průkazu protilátek se nám dostalo odpovědi od sestry 8: „*...Potom u té syfilidy, tam se provádí zase krevní odběry treponemových a netreponemových protilátek, aby se prostě, aby se, abysme zjistili hladinu těch protilátek opravdu u všech těch testů...*“ Dále tato sestra 8 doplňuje PCR vyšetření. K herpes genitális ještě doplňuje kultivaci na speciální médium, na virologické vyšetření. Sestra 6 udala měření tělesné teploty, které můžeme zařadit do fyzikálního vyšetření, v souvislosti s alergickou reakcí na penicilin.

- Odběry krve - S1, S4, S5, S6, S7
- Laboratorní vyšetření - S1, S2, S3, S4, S5, S8
- Gonokultivační vyšetření - S1
- RRR, TPHA - S4, S8
- PCR, virologické vyšetření - S8
- Fyzikální vyšetření TT - S6

4.6.3 Podkategorie: Léčba

Tato podkategorie se zabývá léčbou venerologických onemocnění na daném kožním oddělení. Otázka byla zaměřena na léky a jejich formy, které sestry běžně během své praxe podávají pacientům s venerologickým onemocněním. Mezi nejčastěji udávanou skupinu léčiv sestry (S1, S2, S3, S6, S7, S8) shodně uvádí antibiotika. Sestra 1 udala stručnou odpověď: „*To jsou ty antibiotika*“ Sestra 8 formuluje svou odpověď takto: „*Takže nejčastější je vlastně podávání antibiotické léčby, a buď se teda může podávat intramuskulárně anebo intravenózně...*“ Sestry (S3, S8) ještě dodaly léčbu virostatiky. Sestra 3 odpověděla takto: „*Takže skupiny léčiv jsou antibiotika, ty hlavně, jo na kapavku, na syfilis. Na herpes genitális virostatika...*“ Sestry (S1, S2, S4, S6) se shodly na penicilinu, který je zástupcem antibiotik. K formám nám sestry (S3, S6, S8) udaly nejčastěji roztoky, tablety, infuze a masti. Sestra 6 odpověděla takto: „*Takže roztoky k obkladům, mastě na mazání těla nebo postiženého místa a injekční roztoky. A infuzní teda léky. Antibiotika.*“ Sestra 3 odpověděla podobně: „*...Ve formě tablet, infuzí, těch mastí. Lokální léčba a tak...*“

- Antibiotika - S1, S2, S3, S6, S7, S8
- Virostatika - S3, S8

- Penicilin - S1, S2, S4, S6
- Formy léčiv - S3, S6, S8

4.7 Kategorie 6: Spolupráce s pacienty

Na tuto otázku jsme se dozvěděli mnoho různých odpovědí a názorů. Sestry (S1, S2, S3, S6, S8) se ovšem shodují, že spolupráce s pacienty je závislá na osobnosti pacienta, na individualitě každého jedince. Sestra 2 například odpovídá takto: *„Tak to zase záleží, jak který, hlavně na povaze a charakteru teda, toho pacienta...“* Sestry (S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8) nás informovaly, že jsou tací pacienti, kteří dodržují léčebné opatření, dobře spolupracují a chtějí se vyléčit. Sestra 6 uvedla: *„...Někdo prostě chce se vyléčit a třeba o tom onemocnění nevěděl, tak ten spolupracuje velmi dobře, že prostě dělá pravidelně ty obklady sám...“* Sestra 8 měla podobný názor: *„...S některými je spolupráce opravdu bezvadná, že chtějí se vyléčit, chápou důsledky té nemoci, takže dodržují režim, jak pokyny od lékaře, pokyny od ošetřovatelského personálu...“* Sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8) také doplňují, že mnoho pacientů nespolupracuje, nedodržují léčebný režim, izolaci, nezáleží jim na vlastním zdraví. Sestra 2 udává, že se jedná většinou o pacienty z nižších sociálních vrstev, kteří svou nemoc využívají účelově: *„...Vlastně, že třeba nemusí být na ulici nebo takhle, takže třeba prášky házou do koše, nebo splachují do záchoda, tím pádem léčba není žádná, že jo, nebo minimální prostě a...“* Sestra 5 také udává agresivní jednání některých pacientů. Na otázku, jak takové chování, odpověděla takto: *„No, to zase přivolaný lékař, a když už se to nedá, buď se zavolá ochranka. Ale tenkrát já jsem tady nebyla u toho, když jeden pacient kopal do dveří celou noc, nebo policie no...“* Sestra 5 a sestra 8 se také zmiňují o pacientech s tendencí utíkat z nemocnic. Sestra 8 ještě dodává: *„...Pak se samozřejmě musí kontaktovat epidemiologická stanice a policie, aby je přivedla zpátky, protože je bereme, jako infekční pacienty, takže ti pacienti na to nahlíží různě...“*

- Osobnost pacienta - S1, S2, S3, S6, S8
- Dobrá spolupráce - S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8
- Špatná spolupráce - S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8
- Agrese, útoky - S5, S8

4.7.1 Podkategorie: Zvláštnosti v komunikaci

Cílem této podkategorie bylo odhalit zvláštnosti v komunikaci mezi venerologicky nemocnými a sestrami. I v této podkategorii sestry (S1, S3, S4, S7, S8) často jmenovaly závislost na individualitě pacientů. Sestra 7 uvedla: „...*S někým to jde, s někým ne no...*“ Sestry (S1, S3, S7, S8) udávají dobrou komunikaci s pacienty, snahu komunikovat. Současně ale stejné sestry (S1, S3, S7, S8) udaly příklady pacientů, se kterými je komunikace složitá, obtížná, problémová. Sestra 8 navíc přidala tento poznatek: „...*Ale samozřejmě, že vhodným přístupem a odhalením vlastně té osobnosti toho pacienta si myslím, že každá sestra by měla dokázat s tím pacientem navázat trošku ten vztah a umět s ním komunikovat, aby to bylo dobře, jak pro pacienta, tak pro personál.*“ Sestry (S1, S5, S7, S8) na otázku odpověděly, že zhoršená komunikace nastává při izolaci pacienta. Sestra 5 odpověděla takto: „*Zvláštnosti, no třeba hůř snáší někteří tu izolaci tady. Hlavně, že nesmí kouřit, to je hodně omezuje. Takže musíme jim to opravdu vysvětlit a nejlépe lékař.*“ Sestry (S6, S8) se také zmiňují o povinnosti mlčenlivosti, neboť někteří pacienti se obávají komunikace z důvodu, že nevěří personálu. Sestra 8 formuluje svou odpověď takto: „...*Anebo mají pocit, že zdravotníkovi, když něco řekne, že ten to bude říkat dál, což je hloupost, protože máme mlčenlivost, povinnost mlčenlivosti...*“ Sestra 6 ještě dodává, že se nemluví s pacientem na veřejnosti, vždy za zavřenými dveřmi a nikde ani nikomu se to dál neříká. Sestry (S2, S4, S6) udaly, že nejsou žádné zvláštnosti v komunikaci s venerologickými pacienty. Sestra 2 říká: „*To bych řekla, že nejsou žádný zvláštnosti, že tady jako nerozeznáváme, jestli tady pán má prostě syfilis, tady pán má růži, tady pán má vředy...*“

- Osobnost pacienta - S1, S3, S4, S7, S8
- Dobrá komunikace - S1, S3, S7, S8
- Špatná komunikace - S1, S3, S7, S8
- Izolace pacienta - S1, S5, S7, S8
- Povinná mlčenlivost - S6, S8
- Žádné zvláštnosti v komunikaci - S2, S4, S6

4.7.2 Dodržování bariérového režimu

Sestry (S1, S2, S3, S5, S8) uvedly, že vzhledem k izolaci, pacienti dodržovat bariérový režim musí. Sestra 5 odpověděla takto: „*No, nic jinýho jim nezbyvá, když jsou zamčený teda na těch pokojích. Nic jinýho jim nezbyvá, že si sami mejou nádobí teda, mají tam dezinfekci na ruce a ošetřují se sami...*“ Sestra 2 odpověděla podobně: „*Tak ono jim nic jinýho nezbyvá než to dodržovat, protože je tady máme na chip, takže mi jednoduše zabouchnem a oni se ven nedostanou...*“ Sestra ještě dodává, že pacienty informují o signalizačním zařízení a že jsou s pacienty v neustálém kontaktu. Sestry (S1, S4) jsou toho názoru, že někteří pacienti tento režim nedodržují. Sestra 4 odpověděla takto: „*Většinou se nám sem vrací, ty pacienti, takže to asi moc nedodržují.*“ Sestra 1 ve své odpovědi zmínila toto: „*Někdo taky ne, protože už jsem třeba zažila, že někdo byl třeba trestně stíhán za to, že v tej době léčby nakazil třeba ještě, protože oni i když je ta léčba dostatečná, tak se může stát, že prostě dostatečná u toho konkrétního člověka třeba zrovna není, a proto chodí na přešetření po těch třech měsících...*“ Sestry (S1, S3, S4) společně udaly, že v důsledku nedodržování bariérového režimu, často přicházejí pacienti s reinfekcí nebo se znovuzplanutím nemoci. Sestra 4 na otázku, jak často se pacienti vracejí, odpověděla takto: „*No docela často, většinou se tady objevujou pořád ty známý tváře, a většinou už jako potom mají ten neurosyfilis, takže už chodí na kapačky.*“ O neurosyfilis se také zmínily sestry (S1, S3, S4). Sestra 3 uvedla: „*...Ta je, ten pacient je u nás hospitalizovaný a může takzvaně dojít ještě k tomu neuroluies, kdy musíme ještě přeléčit znovu ten syfilis. Takže vlastně pacienti se k nám ještě určitě vrací na výkon lumbální punkce, někdo si to tady ještě prodlouží s léčbou, konkrétně antibiotickou...*“

- Dodržují bariérový režim - S1, S2, S3, S5, S8
- Nedodržují bariérový režim - S1, S4
- Reinfekce, znovuzplanutí nemoci - S1, S3, S4
- Neurosyfilis - S1, S3, S4

4.7.3 Podkapitola: Prevence

Na otázku, jak by sestry zvýšily informovanost o tomto problému, jsme dostaly mnoho různých odpovědí. Sestry (S3, S5, S6, S7) se domnívají, že informovanost o tomto problému je dostatečná. Sestra 6 odpovídá na tuto otázku takto: „*Já si myslím, že informovanost je dost velká. Lidi jsou neposlušný. A veřejný domy nejsou tak, jak bývaly*

za první republiky, takže by se to mělo ošéfovat jinde a jinak...“ Opačného názoru byla však sestra 8, která uvedla: „...Myslím si, že co se týče k tématu pohlavních nemocí, že je hrozně zanedbaná, že je málo přednášek, málo seminářů, který děti sice navštěvují, jakoby v té škole z povinnosti, ale nakonec je to téma, které je zajímavá, zaujme a posluchaj...“ „Ale ta osvěta je hrozně malá“ Sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8) jsou shodně toho názoru, že o tomto tématu je potřeba více hovořit, zvýšit povědomí populace a více edukovat pacienty opouštějící hospitalizaci. Sestra 1 uvedla toto: „No myslím si, že by se o tom asi mělo víc hovořit, že jakoby asi si všichni myslí, že těch pohlavních chorob je málo a že ono jich je hodně teda. Sestra 5 udává: „Spíš asi důrazně poučit ty, co opouštějí tady a vrací se stále. Tak spíš ty nějak víc poučit no...“ Sestry (S2, S4) se shodly, že prevenci může zvýšit větší informovanost pomocí letáků. Sestra 4 udala toto: „Nějaký letáčky dávat, víc o tom mluvit v televizi a tak.“ Sestra 3 doplnila: „...No a zkrátka dostatečná informovanost přes média, přes já nevím, přes tisk, a i mezi sebou lidi. Sestry (S2, S8) se domnívají, že s prevencí je nutné začít už na základních školách, například prostřednictvím přednášek, seminářů a názorných fotografií. Sestra 2 odpověděla takto: „Tak určitě víc letáků, víc takových těch přednášek třeba, hlavně na základních školách, teda je takovej ten největší problém, hlavně co se týče těch pohlavních onemocnění, kožních. A hlavně je třeba říct, jaký jsou rizika a vůbec bych se třeba nebála toho, když s tím souhlasí ten pacient, tak i třeba fotky, jako skutečných pacientů, co mají to onemocnění, nebo měli to onemocnění...“ Sestry (S3, S6, S8) uvádějí jako prevenci, také očkování děložního čípku a používání ochranných pomůcek. Shodují se na zákazu předepisování antikoncepce pro dívky. Sestra 3 udala: „...Používání ochranných pomůcek při sexu, a to se týká úplně všech pohlavních chorob.“ Sestra 8 formuluje takto: „...Nebo například takovýdle mladý slečny nebo i sedmnáctiletý slečny si myslí, že když berou antikoncepci, tak že jsou chráněný, není to pravda. Takže ta prevence by měla být už v zárodku, na těch základních školách...“

- Dostatečná informovanost - S3, S5, S6, S7
- Nedostateční informovanost - S8
- Nutnost více hovořit, edukovat - S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8
- Přednášky, semináře, fotografie, edukační letáky - S2, S8, S4
- Média, tisk - S3, S4
- Ochranné pomůcky, očkování - S3, S6, S8

5 Diskuse

Cílem této práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s vybraným venerologickým onemocněním. Na začátku jsme si stanovili dvě výzkumné otázky. První byla zaměřena na zmapování specifík práce sester. Naše druhá výzkumná otázka se zabývá tím, na jakou oblast ošetrovatelské péče se sestry zaměřují. Výzkumné šetření bylo určeno sestřím, které během své praxe přicházejí do kontaktu s venerologickými pacienty. Výzkumný soubor tvořilo osm sester S1 - S8, pracujících na kožním oddělení v jedné z jihočeských nemocnic. Pro výzkumné šetření byl zvolen sběr dat technikou polostrukturovaného rozhovoru, který obsahoval identifikační otázky pro sestry a dalších 15 otázek, které byly rozšiřovány o doplňující otázky.

Na začátku každého rozhovoru jsme zjišťovali identifikační údaje o nejvyšším dosaženém vzdělání sester, délce praxe na kožním oddělení a předchozí praktické zkušenosti. Většina sester dosáhla středoškolského vzdělání. Nejvyšší dosažené vzdělání uvedly sestra S1, která dosáhla pomaturitní specializace a sestra S8, která uvedla postgraduální vzdělání. Délka praxe se u jednotlivých sester výrazně liší a pohybuje se od 5 měsíců do 42 let praxe. Na otázky odpovídaly obsáhle a do detailů popisovaly udanou problematiku sestry S1 a S8, které mají nejvyšší dosažené vzdělání i délku praxe v rámci výzkumného souboru.

Získaná data byla z důvodu rozsáhlosti zařazena do šesti kategorií: Nejčtenější venerologické onemocnění, Péče o psychiku pacienta, Předcházení komplikacím onemocnění, Ošetření kůže, Diagnostika a léčba a Spolupráce s pacienty.

Podle všech sester kožního oddělení je nejčastěji se vyskytujícím onemocněním na daném oddělení syfilis. Současně s tímto onemocněním mnoho sester zmínilo i kapavku, která je druhou nejčastější nemocí na tomto oddělení. V tomto se výsledky částečně rozcházejí s tvrzením Kubicové (2015), která uvádí, že počet nakažených kapavkou vlivem nárůstu v poslední době převýšil počet nakažených syfilidou.

Sestra 8 ve své odpovědi rozdělila výskyt onemocnění pacientů na lůžkovou část a ambulanci část. V ambulanci části zmínila tato onemocnění: „...*Jako jsou chlamydiózy, onemocnění ureoplazmat, mykoplazmat, různý bakteriální, mykotický infekce, co se týče urogenitálního traktu...*“ Genitální herpes zmiňuje pouze sestra 3. V první podkategorii jsme se zajímaly o to, jak často se sestry setkávají s těmito

pacienty. Většina sester odpověděla, že výskyt těchto pacientů je nárazový. Sestra 3 uvedla tuto odpověď: „*To je, záleží na období, kdybychom to tak mohly shrnout, já nevím 2x, 3x do měsíce. Někdy bylo sedm pacientů v měsíci, někdy třeba žádný...*“ S tímto názorem se shodují i ostatní sestry. Za mého působení na tomto oddělení, v rámci 3 týdenní praktické výuky jsem se setkala se 3 pacienty s časnou neurolyues, tím mohu jen potvrdit nárazovost výskytu těchto pacientů. Na základě odpovědí o četnosti výskytu onemocnění jsme se dále zajímali, v jakém stádiu nemoci pacienti přicházejí do nemocnice. Sestry nejčastěji uvedly, že pacienti přicházejí již v prvním stádiu onemocnění. Kuklová et al. (2011) toto stádium syfilis charakterizuje nebolestivým tuhým vředem a zvětšenými lymfatickými uzlinami. Sestra 6 udala tuto odpověď: „*Jak kdo, jak kdy. Většinou v tom prvním stádiu, když mají vřídek nějaký.*“ Některé sestry uvedly, že se setkávají i s pacienty, ve druhém stádiu onemocnění. Beneš (2009) toto stádium popisuje jako typickou vyrážku, která je často doprovázena chřipkovými příznaky. Sestra 1 ještě doplnila, že během své praxe se výjimečně setkává i s pacienty v terminálním stádiu.

Podle sestry 8 pacienti, kteří trpí onemocněním herpes genitalis, docházejí do nemocnice až s klinickými projevy. „*...A jak říkám, buď přicházejí sami, protože mají klinické příznaky, to znamená puchýřky a ten výsev těch puchýřků na genitáliích je tak rozsáhlý a bolestivý, že třeba se jim hůře močí, nebo nemůžou močit skrze tu bolest anebo nemůžou sedět v poloze, prostě je to pro ně opravdu nepříjemné...*“ Špaček et al. (2013) uvádí, že se prvotní příznaky mohou snadno zaměnit s kvasinkovou infekcí, jde o příznaky svědění, pálení a diskomfort a to může být příčina toho, proč ženy přicházejí k lékaři až s výsevem puchýřů.

Mnohé sestry se shodují, že reakce pacientů na sdělení této venerologické diagnózy jsou závislé na osobnosti pacienta. Domnívají se, že také souvisí se stylem života daného pacienta. Dle sestry 2 pacienti, kteří často střídají sexuální partnery nebo si přivydělávají prostitutí, s touto diagnózou často počítají a reagují smířeně na rozdíl od pacientů, jejichž sexuální život je zodpovědný, ale například se nakazili od nevěrného partnera či partnerky. Ti jsou dle sestry 6 touto diagnózou většinou zaskočení, mívají výčitky, jsou negativní a psychicky zničení. Výzkum Kolářové (2014) uvádí mezi rizikové skupiny sexuálně přenosných chorob - promiskuitní osoby, narkomany, homosexuálně orientované osoby, ale nejčastěji byl uváděn právě zdravotnický personál. Tato informace je v souladu s názorem sester, že reakce na sdělení

venerologické diagnózy také závisí na životním stylu pacienta. Jako zajímavost sestra 8 uvádí, že některá část pacientů může reagovat nepřiměřeně v této situaci: „...*No a potom tou poslední složkou těch pacientů těch, to jsou takový ty, kteří si, bych řekla, tu nemoc neuvědomují do těch důsledků a myslí si, že takovouhle nemoc v životě dostat nemůžou a tvrdí Vám to do očí. Možná, že tomu i sami věří, ale ty pak reagujou i třeba trošku vulgárně, trošku agresivně. Neříkám, že napadají zaměstnance, to asi ne, jsou to výjimečný případy, ale vulgární agresivita i tady u těch pacientů, s tou se můžeme setkat taky.*“ Práce Dvořákové (2017) souhlasí s názorem sestry 8. Ve své práci uvádí agresivitu slovní, následně pak fyzickou, převážně se jedná o drogově závislé pacienty a alkoholiky. Dle sestry S1 při řešení takových případů sehrává roli autorita například primáře oddělení. Sestra 8 k problematice komunikace doplňuje toto: „...*Ale samozřejmě, že vhodným přístupem a odhalením vlastně té osobnosti toho pacienta si myslím, že každá sestra by měla dokázat s tím pacientem navázat trošku ten vztah a umět s ním komunikovat, aby to bylo dobře jak pro pacienta, tak pro personál.*“

Ze zjištěných informací se domnívám, že pro pacienty, kteří k těmto onemocněním přijdou náhodou, je tato diagnóza velmi stresující a snášejí ji podstatně hůře, než lidé, kteří neopatrností ve svém sexuálním životě zvyšují pravděpodobnost nákazy těmito nemocemi.

Přístup k pacientům se zhoršeným psychickým stavem je u každé sestry individuální. Většina sester se však shoduje, že je důležité nemít k těmto pacientům předsudky, dobře je informovat, volit správný způsob komunikace a poskytnout prostor na otázky. U pacientů se syfilis v prvním a druhém stadiu je ze zákona nařízena izolace, která bývá často důvodem zhoršené psychiky pacienta. Domnívám se, že snahou každé sestry by mělo být zajištění co nejpříznivějšího prostředí pro pacienta, protože důsledkem této izolace dochází k nepříjemnému sociálnímu odloučení. V rozhovoru odpovídá sestra S1 na otázku řešení zhoršeného stavu takto: „*No samozřejmě se jim snažíme nějak zprostředkovat, nějakým způsobem s touto rodinou nebo s nějakým tím příbuzným nebo s partnerem nebo s kýmkoliv jiným nějaký kontakt...*“ Sestra 1 ještě dodává, že kontakt zprostředkovávají pomocí telefonu, dopisu či předání věcí od návštěvy pacientům. Výzkum Dvořákové (2017) podporuje názor většiny sester, co se týče nutnosti universalismu, rozhovoru a motivace pacienta. Udává také izolaci jako stresor, především pak pro mladé lidi.

Domníváme se, že zhoršení psychické stránky pacienta může být způsobeno i faktem, že se tuto informaci o jejich zdravotním stavu dozvědí jejich nejbližší, rodina. Tento fakt může být také důvodem, že někteří pacienti odkládají i samotnou návštěvu lékaře. To může vést k dalším osobním problémům daného pacienta, což vyplývá z rozhovoru se sestrou 8, která uvádí: „...*Studenti mají problém, že zameškají ve škole, pracující mají problém, že zameškají v práci. Samozřejmě tady hraje složka i ta sociální, protože třeba, když jsou zaměstnaní, budou dlouhodobě marodit, hrozí jim propuštění z práce. Takže zabezpečení tý rodiny, jim hrozí, že ji nezabezpečí, tak je to komplikovaný...*“

Jak venerologická onemocnění, tak i samotná léčba těchto chorob sebou přináší i několik možných komplikací. U syfilidy je to např. neurolues, který se dle Kuklové et al. (2011) vyskytuje po 5 - 35 letech po styku s infekcí. Tuto komplikaci potvrzuje sestra 3, která ve své odpovědi uvedla, že pacienti přicházejí k přeléčení a za pomoci lumbální punkce dochází k jejímu odhalení. Jak již bylo zmíněno, za své praxe jsem se s touto komplikací setkala, a na základě zkušeností konstatuji, že tato komplikace mění osobnost pacienta, prodlužuje dobu hospitalizace a zvyšuje riziko další komplikace, kterou popisuje sestra 8: „...*No a potom samozřejmě mohou nastat komplikace i během té léčby, a to jsou například alergické reakce při podání těch antibiotik...*“ Pro předejití alergické reakci na zmíněná antibiotika sestra uvedla preventivní podání hydrokortisonu. Poslední zmíněnou komplikací je možnost reinfekce nemocí. Reinfekce u syfilis je závislá na množství protilátek v krvi, které se sledují na pravidelných kontrolách. Sestra 8 ve své odpovědi také uvádí reinfekci herpes genitalis, u které udává určitou pravidelnost výskytu. Beneš (2009) tuto pravidelnost specifikuje při horečnatých stavech, slunění, traumatech, silném stresu či menstruaci u žen.

Dle našeho názoru a názoru většiny sester daného oddělení dochází k největší prevenci předcházení komplikacím správnou edukací a dostatečnou informovaností pacientů. Nutností je i trpělivé vysvětlování, poskytnutí prostoru pro dotazy ze strany pacientů. Velkým přínosem je i nastavení bariérové péče, konkrétně izolace pacienta, poskytnutí individuálních pomůcek či ochrana a bezpečnost při práci sester. Sestra 3 tento názor podporuje a uvádí: „*Na předcházení komplikací tou edukací a ošetrovatelskou, bariérovou ošetrovatelskou péčí.*“ Z výzkumu Dvořáková (2017) vyplývá též důraz na bariérový režim, individuální pomůcky a správnou informovanost pacientů.

Dle Štorka et al. (2013) je depistáž součástí léčebného opatření, jedná se o cílené vyhledání nemoci a jejích zdrojů u osob, které přišly do styku s nakaženým jedincem. Z výpovědí sester vyplývá, že depistáž zajišťuje depistážní sestra. Depistáž a dispenzarizace je prevence proti vzniku komplikací syfilis a šíření této choroby. To potvrzují data Zoubkové (2016), která ve svém výzkumu uvádí 67% úspěšnost depistáže. Ze 46 udaných kontaktů uvádí 31 kontaktů vyhledaných, z toho u 23 kontaktů byla zjištěna nákaza syfilis. Shodujeme se s názorem autorky, že depistážní šetření má velký přínos a efektivitu pro zabránění šíření pohlavních chorob. U pacientů, kteří prodělali syfilis, následuje dispenzarizace, již Kuklová et al. (2011) označuje jako sérii několika po sobě jdoucích testů.

Každý infekční pacient vyžaduje své individuální pomůcky. Většina sester se v individuálních pomůckách shoduje. Patří mezi ně izolovaný pokoj, samostatná sprcha, samostatné WC, prádlo, věci každodenní potřeby a veškerý převazový materiál. Dvořáková (2017) ve své práci potvrzuje nutnost individuálních pomůcek pro infekční pacienty. Sestry (S2, S7) se názorově liší od ostatních, protože neuvádí tyto pomůcky jako individuální, ale jako pomůcky pro každého jiného pacienta.

V souvislosti s ošetřením vnějších příznaků jsme se zaměřili na nejčastěji používaný převazový materiál. U pacientů se syfilis Štork et al. (2013) doporučuje použití absorpčního krytí. Dále udává, že sestry mají možnost využít velkou škálu mastí, gelů, sprejů, koupelí či roztoků. Na rozdíl od Štorka et al. (2013) sestry v praxi udávají pouze malé množství druhů těchto léčivých prostředků, nejčastěji využívají masti, obklady a koupele. Jako nejčastěji používané roztoky k tomuto ošetření byly zmíněny Prontosan, Betadine, hypermangan, Rivanol. Kupříkladu sestra 2 udává, jako nejpoužívanější tyto masti: SO1/2 s Foxem, Fox, borovou pastu. U obvazového materiálu se polovina sester shodla na využití gázových čtverců. U herpes genitalis Kuklová et al. (2011) doporučuje k léčbě antiseptické prostředky a virostatické krémy. Štork et al. (2013) ještě připojuje léčbu dezinficiencí pomocí roztoků např. hypermangan. K názoru těchto autorů se přiklání i většina sester, které toto tvrzení podporují.

Podstatnou součástí tohoto tématu tvoří diagnostika a léčba pacientů s venerologickým onemocněním. Z výpovědí sester jsme se dozvěděli nejčteněji prováděné výkony u těchto pacientů. Sestra 6 uvedla: „... prostě žila se zajistí, takže zavedení kanyly. Pak se ošetřuje tělo, třeba když mají nějaký ten syfilitický jako výsev na těle, tak se mažou

mastičkama. Obklady vlastně a léky pojídají...“. Kromě již zmíněných výkonů, navíc sestra 3 jmenuje při onemocnění herpes genitalis zavedení permanentního močového katétru z důvodu bolestivosti při močení, které má souvislost s výskytem herpes genitalis v blízkosti urethry. Vyšetřovací metody se u jednotlivých onemocnění liší, u herpes genitalis se většinou provádí pouze fyzikální vyšetření pohledem, kdežto u syfilidy se provádí mnohem častěji mikroskopické vyšetření. Špaček et al. (2013) k diagnostice herpes genitalis udává např. mikroskopické, kultivační vyšetření anebo sérologické testy. Beneš (2009) píše, že se syfilis může prokázat přímým a nepřímým způsobem. U přímého průkazu se přítomnost nemoci zjišťuje za pomoci zástinového mikroskopu. Nepřímou průkaznost udávají protilátky v séru. Názory Beneše (2009) a Špačka et al. (2013) také potvrzují výpovědi některých sester. Sestra 1 navíc zmínila ještě gonokultivační vyšetření.

Při výzkumu léčby venerologických nemocí jsme se zaměřili na onemocnění herpes genitalis a syfilis. Mašata et al. (2014) informuje o tom, že k léčbě herpes genitalis je využívána antivirotická léčba. Jako zástupce antivirotik jmenuje aciklovir. Kuklová et al. (2011) doporučuje léčbu lézí na kůži pomocí antiseptických prostředků a virostatických krémů. Autoři se shodují, že v případě menší rozsáhlosti lézí je dostačující léčba perorální, v případě většího rozsahu se zavádí léčba intravenózní s nutností hospitalizace. Ze všech dotazovaných sester pouze sestry (S3, S8) zmínily také virostatickou léčbu. Beneš (2009) ještě v souvislosti s onemocněním herpes genitalis informuje o dlouhodobé supresivní léčbě tohoto onemocnění. V průběhu své praxe jsem se setkala pouze s perorální léčbou, při níž bylo použito virostatikum Zovirax. Dle Štorka et al. (2013) jsou v léčbě syfilis zásadní antibiotika, z nichž jmenuje především penicilin, při alergii na penicilin doporučuje léčbu doxycyklinem. Tento názor podporuje i většina dotazovaných sester. Během své krátkodobé praxe na kožním oddělení jsem se velmi často setkávala s léčbou pacientů se syfilidou pomocí penicilinu podávaného intravenózně.

Nejvýznamnější součástí spolupráce s pacienty je samotná prevence. V mnoha případech bývá ale prevence velice podceňována. Většina populace se totiž domnívá, že se jí problematika venerologických onemocnění netýká a zanedbává základní bezpečnostní opatření při náhodném pohlavním styku. Podle výzkumu Válkové (2014) zásady bezpečného sexu dodržuje 48, 1 % mužů (25) a 42, 8 % žen (194) a současně 51, 9 % mužů (27) a 57, 2 % (260) tyto zásady nedodržuje, nebo je již v minulosti porušili.

Některé dotazované sestry se domnívají, že v dnešní době internetu by měla být informovanost populace dostatečná. Sestra 6 uvedla: „*Já myslím, že informovanost je dost velká, lidi jsou neposlušný...*“ Zbylé sestry jsou opačného názoru, myslí si, že informovanost o tomto problému je nízká a měla by se dále zvyšovat. Tyto sestry uvádějí jako jedno z možných řešení rozšíření seminářů řešících problém pohlavně přenosných chorob s důrazem na otázky prevence na základní školy. Podle výzkumu Lisnerové (2012) udává 65% žáků, že jim nejsou umožňovány přednášky či besedy o těchto chorobách, přestože by o ně jevíli zájem, jejich výhodou je především anonymita přednášejícího, a tím je mnohdy odstraněna bariéra studu a strachu, na rozdíl od výuky tohoto tématu známým vyučujícím. Toto tvrzení se shoduje s jedním z cílů práce, který se také snaží zvýšit povědomí o venerologických chorobách. Prevence také zahrnuje poučení pacientů, kteří již nemoc prodělali, a pomoci jim vyvarovat se dalších případných nakažení. Většina sester tento způsob prevence uvádí ve svých rozhovorech. Lidé, kteří nejčastěji přicházejí do kontaktu s pohlavními nemocemi, jsou sestry starající se o pacienty s těmito chorobami, proto je nezbytně nutné, aby i ony chránily svoje zdraví všemi dostupnými ochrannými pomůckami a dbaly na bezpečnost práce. Za zmínku stojí i poslední část rozhovoru se sestrou S3, která končí rozhovor slovy: „*...No a zkrátka dostatečná informovanost přes média, přes, já nevím, přes tisk, a i mezi sebou, lidi. Zkrátka ale všechno záleží na zodpovědnosti každého z nás no. Používání různých ochranných pomůcek při sexu, a to se týká úplně všech pohlavních chorob.*“

6 Závěr

V této bakalářské práci byla zmapována specifika ošetrovatelské péče o pacienty s vybraným venerologickým onemocněním. Výsledky kvalitativního výzkumu byly získány pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který poskytlo 8 sester pracujících na kožním oddělení, jež běžně přichází do kontaktu s venerologickými pacienty. Jednou ze sester byla vrchní sestra, která je odborníkem ve svém oboru a poskytla skutečně kvalitní rozhovor. Do této práce byl shromážděn materiál, který se snaží co nejvíce osvětlit některé nejasnosti postupu při léčbě venerologických onemocnění a snaží se ucelit informace pro zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienty. Možností této bakalářské práce je také její využití jako studijního materiálu.

Cíl práce byl splněn, v práci byla popsána jednotlivá specifika péče o venerologické pacienty, a jak z práce vyplývá, je nutné mít k nim individuální přístup. Vyslechnutí sdělení venerologické diagnózy je vždy pro pacienty velkou psychickou zátěží a tomu také odpovídá celá škála jejich reakcí. Proto je důležitý správný přístup sester k těmto pacientům, a to bez předsudků, je nezbytné je dostatečně informovat a volit vhodný způsob komunikace. Z výsledku výzkumného šetření lze potvrdit, že sestry zásady správné komunikace ovládají. Prokazují také znalost vyšetřovacích metod, prakticky ovládají většinu výkonů, které jsou prováděny u venerologických pacientů. Sestry umí udělat aseptický převaz ran, orientují se v používaných převazových materiálech a léčebných přípravcích, dodržují četnost převazů dle ordinace lékaře. Určité znalosti prokazují i v podávání medikamentů, v jejich formách, skupinách a nejčastějších zástupcích. Sestry se orientují ve specificích ošetrovatelské péče, poskytují venerologickým pacientům kvalitní ošetrovatelskou péči a svoje vědomosti a dovednosti dokáží plně využít v praxi. Podle zjištěných dat se sestry věnují především ošetrovatelské části péče, ale méně času věnují psychické podpoře pacienta, tuto úlohu většinou zajišťují lékaři.

Sestry také uvedly některé možnosti zvýšení informovanosti současné populace prostřednictvím lepší komunikace, edukace, přednášek, seminářů, edukačních letáčků, médií a tisku. Velký důraz by měl být kladen na větší edukaci propouštěných pacientů. Dle mého názoru by měly zásadní zlepšení přinést přednášky na základních školách a svou nezastupitelnou roli by zde měla sehrát také rodinná výchova. Ostatní uvedené možnosti jsou z mého hlediska jak časově, tak finančně velmi náročné.

Tato bakalářská práce přináší poznatky, které mohou být podkladem pro zlepšení ošetrovatelské péče o venerologické pacienty. Bude rovněž sloužit jako studijní materiál pro studenty 3. ročníku zdravotně-sociálních fakult a pro sestry, které se setkávají na pracovištích s těmito pacienty.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ALVES, J. et al., 2014. Malignant lues in an immunocompetent patient. *International Journal of STD & AIDS* [online]. 26(7), 518-20 [cit. 2017-1-5]. doi: 10.1177/0956462414544162. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=c6212d1a-3677-4769-8239-7df8b242d487%40sessionmgr105&hid=103>
2. BENÁKOVÁ, N., 2015. Terapeutická edukace v dermatologii. *Česko slovenská dermatologie* [online]. 90(1), 4-11 [cit. 2016-12-20]. ISSN 00090514. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=176f65b7-37b3-45ec-a2a4-63910f54b840@sessionmgr101&hid=103&thePreGuestLoginUrl=/eds/results7>
3. BENEŠ, J. et al., 2009. *Infekční lékařství*. Praha: Galén. 651 s. ISBN 978-80-7262-644-1.
4. CANTOR, A. et al., 2016. Screening for Syphilis Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* [online]. 315(21), 2328-37 [cit. 2017-1-5]. doi: 10.1001/jama.2016.4114. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=4d4ea79f-51e0-4fb4-941e-72df761f8e5d%40sessionmgr4009&hid=4208>
5. DRIÁK, D., 2012. Sexuálně přenosné infekce a spermicidy. *Časopis lékařů českých* [online]. 151(10), 459-62 [cit. 2016-11-30]. ISSN 00087335. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=c6212d1a-3677-4769-8239-7df8b242d487%40sessionmgr105&hid=103>
6. DVOŘÁKOVÁ, P., 2017. *Ošetrovatelská péče o nemocné s lues v izolačním režimu na dermatovenerologickém oddělení*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
7. HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

8. HUANG, Yu-CH. et al., 2016. Give me a like: How HIV/AIDS nonprofit organizations can engage their audience on FACEBOOK. *AIDS Education and Prevention* [online]. 28(6), 539-556 [cit. 2017-1-8]. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=c6212d1a-3677-4769-8239-7df8b242d487%40sessionmgr105&hid=103>
9. JILICH, D. et al., 2014. *HIV infekce: současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetrovatelství*. Praha: Mladá fronta. 173 s. ISBN 978-80-204-3325-1.
10. KOJANOVÁ, M. et al., 2014. Současná situace gonorey: výsledky pražského STI centra – sledování citlivosti na antimikrobiální látky. *Česko-Slovenská Dermatologie* [online]. 89(5), 240-247 [cit. 2017-1-10]. ISSN 00090514. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=3e17efb2-4a2f-4cbf-98ff-84ffa9f038e4@sessionmgr102&hid=103&thePreGuestLoginUrl=/eds/results>
11. KOLÁŘOVÁ, R., 2014. *Znalost studentů středních škol o sexuálně přenosných chorobách*. Olomouc. Diplomová práce. PF UP.
12. KONVALINKA, J., MACHALA, L., 2013. *Viry pro 21. století*. 2. vydání. Praha: Academia. Průhledy (Academia). 144 s. ISBN 978-80-200-2271-4.
13. KUBICOVÁ, M., 2015. Pohlavně přenosné nemoci u dospívajících. *Pediatric pro praxi* [online]. 16 (6), 404-409 [cit. 2017-6-10]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/06/11.pdf>
14. KUKLOVÁ, I. et al., 2011. *Dermatovenerologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. 158 s. ISBN 978-80-87553-28-2.
15. LISNEROVÁ, R., 2012. *Informovanost žáků osmých a devátých tříd základních škol o sexuálně přenosných chorobách*. Olomouc. Diplomová práce. PF UP.
16. MAŠATA, J. et al., 2014. *Infekce v gynekologii*. 2. vydání. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. 245 s. ISBN 978-80-7345-380-0.
17. MÜLLEROVÁ, D. et al., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. 256 s. ISBN 978-80-246-2510-2.

18. ORSÁGOVÁ, I. et al., 2014. Hodnocení profylaktických opatření po expozici biologickému materiálu. *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie* [online]. 63(1), 50-55 [cit. 2017-6-25]. ISSN 12107913. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=83403548-ea85-4e1c-8369-48912a2dbf51@sessionmgr4007&thePreGuestLoginUrl=/eds/results>
19. PÁRALOVÁ, L., 2011. Sexuálně přenosné infekce v urologii. *Urologie pro praxi* [online]. 12(4), 220–227 [cit. 2016-11-30]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/04/06.pdf>
20. PIZINGER, K., 2012. *Dermatovenerologie*. Plzeň: Euroverlag. 100 s. ISBN 978-80-7177-985-8.
21. POLÁČKOVÁ, Z., 2016. Přehled pohlavně přenosných onemocnění. *Sexuální a reprodukční medicína pro praxi* [online]. 17(3), 124–128 [cit. 2017-1-5]. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2016/03/07.pdf>
22. RESL, V., KUKLOVÁ, I., 2013. Současná situace legislativy, depistáže, hlášení a prevence sexuálně přenosných nemocí. *Česko slovenská dermatologie* [online]. 88(3), 135-142 [cit. 2016-12-20]. ISSN 00090514. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=3a217fa9-1811-4e83-9d6d-985eaae099dc%40sessionmgr4007&hid=4208>
23. ROZSYPAL, H. et al., 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Karolinum. 386 s. ISBN 978-80-246-2197-5.
24. ROZTOČIL, A. et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
25. SALAVEC, M. et al., 2014. Protikladný vývoj trendů incidence kapavky a syfilis ve východočeském regionu – 30 let surveillance. *Epidemiologie, Mikrobiologie, Imunologie: Časopis Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii České lékařské společnosti J.E. Purkyně* [online]. 63(3), 213–219 [cit. 2017-1-10]. ISSN 12107913. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=3a217fa9-1811-4e83-9d6d-985eaae099dc%40sessionmgr4007&hid=4208>

26. SARKAR, S. et al., 2013. Pattern of Sexually Transmitted Infections: A Profile from a Sexually Transmitted Infections Clinic of a Tertiary Care Hospital of Eastern India. *Annals of Medical and Health Sciences Research* [online]. 3(2), 206-209 [cit. 2017-2-8]. doi: 10.4103/2141-9248.113663. Dostupné z: http://www.amhsr.org/temp/AnnMedHealthSciRes32206-5769589_160135.pdf
27. SHARON, W., ARMSTRONG. A., 2015. Screening Recommendations for Chlamydia and Gonorrhea. *JAMA Dermatology* [online]. 151(9), 1014-6 [cit. 2017-1-8]. doi: 10.1001/jamadermatol.2015.1987. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=c6212d1a-3677-4769-8239-7df8b242d487%40sessionmgr105&hid=103>
28. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
29. STOŽICKÝ, F. et al., 2015. *Základy dětského lékařství*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 472 s. ISBN 978-80-246-2997-1.
30. ŠPAČEK, J. et al., 2013. *Vulvovaginální dyskomfort a poruchy poševního prostředí*. Praha: Grada. 360 s. ISBN 978-80-247-4554-1.
31. ŠTORK, J. et al., 2013. *Dermatovenerologie*. 2. vydání. Praha: Galén. 502 s. ISBN 978-80-7262-898-8.
32. VÁLKOVÁ, J., 2014. *Účinnost preventivních programů v primární prevenci sexuálně přenosných chorob u studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
33. WEISS, P. et al., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
34. ZOUBKOVÁ, H., 2016. *Význam a efektivita depistážní práce ve venerologii*. Plzeň. Bakalářská práce. FZS ZČU.
35. ŽDICHYNEC, B., 2009. *Chlamydie: skrytá hrozba v těle*. Praha: Český klub. Zdraví a život. 112 s. ISBN 978-80-86922-14-0.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Rozhovorové otázky

Příloha 2 – Ukázka zpracování rozhovorů

Příloha 3 – CD ROM – přepis rozhovorů

Příloha 1 – Rozhovorové otázky

Identifikační otázky:

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
3. Doplnující otázka: A pracovala jste i na jiném oddělení?

Rozhovorové otázky:

4. Jaká pohlavně přenosná choroba se vyskytuje na tomto oddělení nejčastěji?
5. Jak často se na Vašem oddělení vyskytují pacienti s pohlavně přenosnými chorobami?
6. V jakém stádiu nemoci obvykle přicházejí pacienti do nemocnice?.
7. Jaké jsou reakce pacientů na sdělení venerologické diagnózy?
8. Jak se zaměřuje ošetrovatelská péče na psychiku venerologického pacienta?
9. Jakým způsobem se zaměřujete na předcházení komplikací nemocí?
10. Jak probíhá dispenzarizace pacientů?
11. Jaké jsou individuální pomůcky každého pacienta s venerologickým onemocněním?
12. Jak často provádíte převazy u pacienta se syfilis a herpes genitalis?
13. Aha, a jaký ten obvazový materiál jakoby používáte nejčastěji k těm obkladům?
14. Jaké výkony se nejčastěji provádí u pacientů s venerologickým onemocněním?
15. Jaké jsou nejčastější vyšetřovací metody u pacienta se syfilis a herpes genitalis?
16. A mezi ty formy léků a skupiny těch léčiv tak to jsou ty antibiotika?
17. Jaké jsou zvláštnosti v komunikaci s pacientem s tím jako venerologickým onemocněním?
18. Takže jaká je vlastně ta spolupráce s těmi venerologickými pacienty, to je asi taky záležití?

19. Jak dodržují ty pacienti s těma venerologickým onemocněním ty bariérové zásady?

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha 2 – Ukázka zpracování rozhovoru

S₁

Dotazovaná: Sestra 1 (S1)

Identifikační otázky:

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
1. Já mám středoškolské. Střední zdravotnickou školu a pak mám v Brně pomaturitní specializační studium na dermatovenerologii. Specializační zkoušku a péči o nemocný na lůžkovém oddělení jako všeobecnou.

2. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
2. A pracuju na kožní pouze, 42 let.
2. Aha, dobře, dobře, tak to jo.

3. Doplňující otázka: A pracovala jste i na jiném oddělení?

Rozhovorové otázky: K₁ - Nejčastější vener. onemocnění

4. Jaká pohlavně přenosná choroba se vyskytuje na tomto oddělení nejčastěji?
4. Tak nejčastěji je to syfilis a jako druhá pohlavní choroba to bývá kapavka. Kapavka se často léčí ambulantně, takže syfilis spíš je nejčastější tady. PK₁

5. Jak často se na Vašem oddělení vyskytují pacienti s pohlavně přenosnými chorobami?
5. Řekla bych, že každý měsíc tu někdo je, a když tu není vyloženě jako by s akutní léčbou, tak je tady na přeléčení nebo na vyšetření po léčbě. Takže každý měsíc tu nějaký ten pacient je. PK₂

6. V jakém stádiu nemoci obvykle přicházejí pacienti do nemocnice?
6. Přicházejí sem samozřejmě vždycky, záleží na tom v jakém stádiu se to u nich zjistí. Takže když, často je to v prvním stádiu, kdy mají nějaký potíže, někdy to bývá i ve druhém stádiu. Už jsme viděla i třetí stádium, ale ty jsou výjimečně, to třetí stádium. A pak sem chodí na to přeléčení, přešetření po dvou letech na lumbální punkci. PK₃

Doplňující otázka: A to je teda konkrétně u toho syfilis?
- U syfilis ano. Kapavka je vždycky ve stádiu akutním, že jo oni mají akutní potíže.
. Dobře

K₂ - PÉČE O PSYCHIKU NEMOCNÝHO

7. Jaké jsou reakce pacientů na sdělení venerologické diagnózy?
PK₄

S1

PK 2

8. Jak se zaměřuje ošetrovatelská péče na psychiku venerologického pacienta?

8. No někdy to bývá s tou psychikou to bývá docela složitý u těch pacientů, oni jsou, pro ně je nejhorší právě to, že je ani tak netrápí ta nemoc samotná, jako ta izolace. Jo takže oni jsou samozřejmě je to sociální izolace pro ně. Nesmí mít návštěvy žádné, jsou na izolačním pokoji, kde teda často se stává, že nemají ani mobil, nebo nemají, protože je sem někdy přivezou úplně, jako lidi z ulice. Tak je to náročný v tom, že ti pacienti bejvaj někdy agresivní, hlavně muži často bývají. No pak zase mají plno doplňujících otázek, i když jim lékař všechno vysvětlí, tak oni to prostě pořád chtějí slyšet kolem dokola, proč musí mít tu izolaci a tak. Tak v tom je to jako nejmíc náročný.

Doplňující otázka: A jak tento psychický stav jako řešíte, tento zhoršený?

- No samozřejmě se jim snažíme nějak zprostředkovat, nějakým způsobem s tou rodinou nebo s nějakým tím příbuzným nebo s partnerem nebo s kýmkoliv jiným nějaký kontakt. Hlavně aspoň tím, že jim třeba teď teda zavoláme, když nemá mobil. Nebo on má mobil, tak může zavolat a ta rodina mu může sem nosit jakýkoliv věci, třeba nějaký dobroty, jídlo, oblečení a my jim to teda předáme. Jo, nebo třeba pak i nějaký ten dopis nebo něco. A snažíme se prostě, samozřejmě mají na pokoji televizi, tak tím se taky můžou rozptýlit no. A hodně důležitý je u nich jako nedávat nějak najevo nějaký pohrdání třeba. Nebo jo, prostě taková ta neverbální komunikace je důležitá u nich, protože samozřejmě to vycítí, jestli s nima jednáte na féra a nemyslíte si o nich třeba, že jsou nějak jako horší, než jiní pacienti. Což oni si to sami o sobě taky kolikrát myslí, ale nesmí to na nás vidět, jo.

8. Určitě

K3 - PŘEDCHÁZENÍ KOMPLIKACÍ

9. Jakým způsobem se zaměřujete na předcházení komplikací nemocí?

9. No samozřejmě tohle má nejvíce na starosti sestra, která je depistážní, že jo takže ta tam ona potom s nima sepisuje tu depistáž. Což je vlastně takový jako ve, oni musí říct veškerý svoje kontakty a tím se prostě, teď nejsem si úplně, jestli Vám odpovídám správně. Za předcházení komplikací tak, takže oni pacienti musí teda ty kontakty, tím se předchází vlastně rozšiřování té choroby a potom u nich, oni dostávají i takový poučení. Lékař jim to vysvětluje, dostávají písemný poučení, ze zákona vlastně jsou nuceni se zdržet pohlavního styku jakýhokoliv. Během léčby to i podepisují. A ty komplikace těch nemocí pohlavních, ty

S₁

vyplývají hlavně z toho, že třeba nejsou dostatečně doléčení, takže jim vysvětlovat pořád trpělivě, že musí tady být ten určitých počet dnů, že se to prostě musí ta nemoc vyléčit. No to je asi tak, jinak samozřejmě vysvětlovat jim nějaký způsob života, oni to jsou všechno promiskuitní často, většinou, ne všichni, ale většinou je to taková skupina lidí, který jsou promiskuitní, takže u těch toho asi moc nepředejdeme.

10. Jak probíhá dispenzarizace pacientů?

PK₁

K₄ - OŠETŘENÍ KŮŽE

11. Jaké jsou individuální pomůcky každého pacienta s venerologickým onemocněním?

PK₁
11. Tak oni většinou nemají žádnou poruchu integrity kůže. Pokud mají teda ještě jakoby ten jakoby vřed syfilitické, někde na tom genitálu, tak mají svůj vlastní pomůcky. Mají svoji vlastní emitní misku, všechno. Jednorázový pomůcky na všechno. A pokud nemají, tak v té době, dokud mají izolaci, než teda, tu nemají těch dvacet dní, mají třeba jenom deset dní, nebo tak, tak si přendáváme jídlo. Mají individuální talíře, přístroje, všechno. Desinfekci na toaletě na ruce, aby si vždycky mohli odesinfikovat ruce, když jdou ze záchodu a tak.

12. Jak často provádíte převazy u pacienta se syfilis a herpes genitalis?

PK₂
12. No tak převazy tam, víceméně převazy u toho syfilis nejsou žádné. Pokud mají ten vřed v tom genitálu, tak tam se vlastně jenom obkládá. A herpes genitalis se taky obkládá. Takže to děláme podle ordinace lékaře většinou 2x denně.

13. Aha, a jaký ten obvazový materiál jakoby používáte nejčastěji k těm obkladům?

13. Gázu

13. Gázu a nějaký léčivý přípravky?

13. Léčivý přípravky, tak třeba Rivanol, ředěnej Betadine, Hypermangan

13. Aha, dobře

K₅ - Diagnostika a léčba

14. Jaké výkony se nejčastěji provádí u pacientů s venerologickým onemocněním?

PK₁
14. Tak samozřejmě každé při přijetí má gonokultivační vyšetření v laboratoři, kde se zjišťují samozřejmě i ještě další jiné bakterie, jiné pohlavní choroby anebo prostě pohlavně přenosné bakterie, který nejsou řadit mezi pohlavní choroby. Ale často tam bývají ještě i jiné bakterie. A potom výkony oni vlastně dostávají penicilin, jednou denně intramuskulárně.

S₁

15. Jaké jsou nejčastější vyšetřovací metody u pacienta se syfilis a herpes genitalis?

15. Tak to je odběr krve, a potom ta gonokultivace. To je vlastně to základní.

PK₂

16. A mezi ty formy léků a skupiny těch léčiv tak to jsou ty antibiotika?

16. To jsou ty antibiotika

PK₃

17. Jaké jsou zvláštnosti v komunikaci s pacientem s tím jako venerologickým onemocněním?

17. Samozřejmě závisí na tom člověku, který tady zrovna tady s tím je. Někdy to bývají problémové osoby, který teda jsou i agresivní. Už jsme se tady setkali s velice agresivními osobami. Někdo to, spíš se jako uzavře do sebe a snáší to zase jakoby vnitřně hůř. Že tady, tak záleží to opravdu na tom, je to někdy složitý no s těma pacientama, který plně prostě většina lidí snáší hůř tu izolaci, než tu informaci jako, že má pohlavní chorobu jo.

PK₁

Doplňující otázka: A jak řešíte takhle tu agresivitu u těch pacientů?

- No to je velkej problém. Už máme – vyrušení- Tak samozřejmě nějaká autorita, sestra pro ně autorita příliš není, žádná sestra. Lékař ani taky ne, lékařka. Většinou bývá často autorita pan primář, který, když jako se snaží se je trošku jakoby zklidnit. A musely jsme kvůli nim, právě nám i rozbili třeba okna, dveře, utíkají. A takže tam máme, proto tam máme ten chip. Na oknech máme teda mříže, aby nemohli z těch oken. No a děláme, co můžeme no. Pokaždě je to možný, třeba tam, když se chodí píchat ta injekce, tak tam ta sestra nejde sama, jdou tam třeba ještě s tou sanitárkou nebo s kým je tady, aby tam šli dva. Nebo někdy i s lékařem. Ale nejčastěji to bejvaj teda jako mužský no.

18. Takže jaká je vlastně ta spolupráce s těma venerologickými pacienty, to je asi taky záležit?

18. Zase to záleží někdy úplně perfektní, výborná jsou vděční, že takový ty co jako mají, jsou nešťastný z tý choroby jako takový. Tak s těma je spolupráce dobrá, jsou rádi, že se léčí a že se vyléčí a že jim i to vydrží prostě všechno. Ale zase ty, kterým nezáleží na tom jejich zdraví, ale záleží jim na tom životním stylu prostě, kdy jsou zvyklí třeba na alkohol na nějaký popljení někde na nějaký jakoby, prostě mají takovej životní styl, že je ta izolace je pro ně prostě

S₁

nesnesitelná, tak s nima je to vždycky jako horší jo.

19. Jak dodržují ty pacienti s téma venerologickým onemocněním ty bariérové zásady?

PK₂
19. No to si myslím, že oni vlastně nic jiného jim nezbyde. Jestli si jakoby mejou ty ruce po tom záchodě to těžko říct, to jako ani se nedá zkontrolovat, jo to jim akorát můžem připomínat. Jinak to jídlo to jim předáváme my na to ostatní, na ty jejich papíry, na ty jejich nádoby. Tak to taky dodržují. No a tu izolaci dodržovat musí no. A jak to potom funguje, už když pak jsou propuštěný, protože oni vlastně po tý léčbě, ještě do další kontroly by se měli teda zdržovat toho pohlavního styku a to já už nevím, to už Vám neřeknu, ale myslím si, že to většinou dodržují. Někdo taky ne, protože už jsem třeba zažila, že někdo byl třeba trestně stíhán za to, že v tej době léčby nakazil třeba ještě, protože oni i když je ta léčba dostatečná, tak se může stát, že prostě dostatečná u toho konkrétního člověka třeba zrovna není a proto oni chodí na přešetření po těch třech měsících. Po nějaký tý době třeba, někdy po dvou letech někdy po roce, chodí na tu lumbální punkci, kdy se zjišťuje, jestli není neurolyues. A v tom případě potom oni už nemusí mít izolaci, ale už nejsou jakoby infekční, takhle běžně pro populaci, ale už zase je to pro jejich zdraví, protože pak by to mohlo dostat do toho posledního stádia a vlastně tý demence a to. Takže se musí léčit ještě zase deset dní minimálně. Antibiotiky intravenózně po čtyřech hodinách.

Doplňující otázka: A stává se, že se sem třeba pacienti vracejí s téma pohlavníma nemocí, třeba se jako znova nakazili?

- Ne, ne to si nepamatuju, že by si znova. Ono to je spíš jako, oni jim jako vzplane, vzplanou jim ty protilátky v tom po tý léčbě, někdy se to prostě stane, že jo. Už ty antibiotika nejsou tak účinný jako byly a každé na ně nějak reaguje. Že jim jakoby v těch krevních testech mají prostě náznak toho, že by mohla jakoby vzplanout ta nemoc znova, ale to už neznamená, že by jako byli přímo nakažlivý takhle pro populaci jinou. Ale pro ně jako, jejich zdravotní problémy.

Doplňující otázka: A jak byste zvýšila informovanost o tomto problému o těch přenosných chorobách?

- No myslím si, že by se o tom asi mělo víc hovořit, že jakoby asi si všichni myslí, že těch pohlavních chorob je málo a že ono jich je hodně teda. Je jich hodně a zase je to v určitých

S₁

skupinách lidí, že jo. Zase u těch promiskuitních, rizikových no. A postihnout to, ale může kohokoliv, protože tam někdo zabočí někde jinde a pak, pak to prostě se dostane i do populace, která by si nebo někoho kdo by si třeba vůbec nepomyslel, že by si třeba takovou nemoc mohl dostat. Takže jako ohrožení jsme vlastně všichni, jo. Všichni, když to tak vezmete, každé kdo má teda nějaký aktivní pohlavní život, tak prostě může bejt, protože nevíte ten partner, co měl předtím za, za kontakty

. Dobře, tak Vám moc děkuju

-No nemáte zač

Zdroj: Vlastní zpracování

9 Seznam zkratek

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome

CD - Compact Disc

CD4+ - Diferenciální antigeny

DNA - Dvouřetězcová nukleová kyselina

ELISA - Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay

HIV - Human Immunodeficiency Virus

HSV - Herpes simplex virus

LCR - Ligázová řetězová reakce

PCR - Polymerázová řetězová reakce

RRR - Rychlá reaginová reakce

RTG - Rentgen

STD - Sexually Transmitted Diseases

STI - Sexually Transmitted Infection

TPHA - Treponema Pallidum Haemagglutination Assay

VDRL - Venereal Disease Research Laboratories