

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Specifika péče o ženy se sexuálně přenosnými chorobami
Bakalářská práce

Autor:
Zuzana Hvižd'alová

2009

Vedoucí práce:
Mgr. Andrea Festová

ABSTRACT

Particulars of care for women suffering from sexually transmitted diseases.

The bachelor thesis deals with particulars of care for women suffering from sexually transmitted diseases. Sexually transmitted diseases are an issue worldwide in spite of progresses in modern medicine. In pregnant women this issue is even more vital as not only the mother but also the child is affected and the disease can be transmitted from mother to the child. The greatest risk for the child is vertical transmission. The dermatovenerological and infection departments provide care for women suffering from STD. Pregnant women suffering from such infectious diseases are placed in the hospital Na Bulovce for the whole Czech Republic. Sexually transmitted diseases are those that are passed by sexual intercourse or the way of transmission has an epidemiological significance. Among these diseases more than 25 various microorganisms are included, e.g. fungi, arthropods, maggots, protozoa spirochetes, bacteria, mycoplasma, ureaplasma, chlamydia and viruses. Among sexually transmitted diseases are gonorrhoea, inborn, primary or third stage syphilis, soft sore and venereal lymphogranuloma. The law provides for these diseases to be reported obligatorily and it is the duty of the patient to undergo treatment and come to regular examinations.

The first goal of this paper is to find out how the medical staff is informed on particulars of care for women suffering from STD, the second goal aims at evaluating the situation concerning adherence to barrier care for women suffering from STD and the third goal is to create a manual of standards in care for women suffering from STD. To find out the goals a hypothesis and a research question were set. For the quantitative survey a questionnaire was prepared and for the qualitative research a monitoring list was prepared. The researched group was made up by nurses working at dermatovenerological and infection departments. The research was carried out in three medical institutions in the Czech Republic. The results of the research were very good. There is a premise in the hypothesis that the nursing staff know how to take care for women suffering from STD. This hypothesis was confirmed. In majority of questions concerning the care for women suffering from STD more than 70% of respondents replied correctly. The answer on the research question is also very good. The qualitative

research has shown that more than 80% of nurses adhere to almost all principles of barrier care. Based on the research a a manual of standards has been created for the care for women suffering from STD that could be applied as a source of information for the nursing staff.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Specifika péče o ženy se sexuálními chorobami vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

podpis studenta

Poděkování

Děkuji všem, kteří mi zapůjčili potřebnou literaturu nebo mě jakkoliv podpořili při psaní této bakalářské práce. Zejména děkuji Mgr. Andree Festové za hodnotné rady, odborné vedení a laskavý přístup během mé práce.

Obsah

ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	4
1.1 HISTORIE SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝCH CHOROB	4
1.2 SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ CHOROBY	5
1.2.1 HIV/AIDS, Syndrom získané imunodeficiency	5
1.2.2 Kapavka (GONORRHOEA)	7
1.2.3 Syphilis (LUES)	8
1.2.4 Měkký vřed (Ulcus molle)	10
1.2.5 Chlamydiové infekce	11
1.2.6 Venerický lymfogranulom	11
1.2.7 Kondylomata (Genitální bradavice)	12
1.2.8 Virové hepatitidy	12
1.2.9 Herpes simplex typ II (Progenitální opar)	15
1.2.10 Trichomoniasis	15
1.2.11 Candidóza	16
1.3 DERMATOVENEROLOGIE	16
1.4 POVINNÉ HLÁŠENÍ POHLAVNÍCH NEMOCÍ	16
1.5 SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ CHOROBY V TĚHOTENSTVÍ A PŘI PORODU	17
1.6 PREVENCE	20
1.7 BARIÉROVÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	21
1.7.1 Dezinfekce rukou	22
1.7.2 Dezinfekce	22
1.7.3 Sterilizace	23
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY, VÝZKUMNÉ OTÁZKY	25
2.1 CÍLE PRÁCE	25
2.2 HYPOTÉZY	25
2.3 VÝZKUMNÁ OTÁZKA	25
3. METODIKA, CHARAKTERISTIKA SOUBORU	26
3.1 METODIKA	26
3.2 CHARAKTERISTIKA SOUBORU	26
4. VÝSLEDKY	28

4.1 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	28
4.2 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ POZOROVÁNÍ.....	47
5. DISKUZE	52
6. ZÁVĚR	60
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	62
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	66
9. PŘÍLOHY.....	67

Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si zvolila proto, že problém sexuálně přenosných chorob je celosvětový a jejich počet je stále vysoký, i přes veškerý pokrok v medicíně. Myslím si, že toto téma je i v dnešní moderní době velice choulostivé, tím pádem i značně nebezpečné a týká se každého. V případě těhotných žen toužících po dítěti, je toto nebezpečí obzvláště veliké. Tyto choroby mají velmi blízko ke gynekologii a porodnictví a zejména v případě těhotné ženy se nejedná pouze o nákazu jednoho člověka, ale je značné riziko přenosu na dítě, zvláště pak při špatné nebo zanedbané péči. Každý člověk se s takovýmto onemocněním může za život setkat, třeba i nevědomky, a z tohoto důvodu je třeba si naléhavost problému trvale připomínat. Snažila jsem se zjistit a rozebrat specifika péče na infekčním nebo dermatovenerologickém oddělení, kde se s těmito chorobami setkává zdravotnický personál denně. Práce na takovém oddělení je bezpochyby velmi zodpovědná, ať už z důvodu zabraňování šíření pohlavní chorob, nebo například chránění sama sebe při styku s některou z těchto nemocí. V souvislosti s citlivostí tohoto tématu je pracovat na dermatovenerologickém nebo infekčním oddělení velice fyzicky, ale také psychicky náročné a schopnost empatie a výchovné edukace je zde nezbytná. Každý pacient, který není kvalitně edukován, se stává velmi rizikovým přenašečem vůči celé populaci což zejména v případě smrtelných onemocnění je velmi závažný problém.

Za sexuálně přenosné nemoci považujeme ty, které se šíří pohlavní cestou, nebo je tento způsob přenosu epidemiologicky významný. Můžeme mezi ně zařadit více než 25 mikroorganismů různých druhů, například houby, členovce, červy, prvoky spirochety, bakterie, mykoplasmata a ureaplasmata, chlamydie a viry. Pro tyto choroby se v praxi používají anglické zkratky STD (= Sexually Transmitted Diseases), tedy pohlavně přenosné nemoci nebo STI (= Sexually Transmitted Infections), tedy pohlavně přenosné infekce. Mezi vlastní pohlavní nemoci se řadí kapavka, vrozená, časná nebo pozdní syfilis, měkký vřed a venerický lymfogranulom. V případě posledních dvou chorob nebyl podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR hlášen žádný případ od roku 1994.

1. Současný stav

1.1 Historie sexuálně přenosných chorob

Pohlavní nemoci provázely lidstvo od nepaměti. V dobách válečných výprav byli hlavními přenašeči sexuálně vyhladovělí vojáci, kteří v obsazených územích znásilňovali ženy. Tyto byly následně vypuzeny na okraj společnosti a z tohoto důvodu nedocházelo k tak masivnímu rozšíření infekce. V pozdějších dobách byly ženy u vojska jako tzv. „matky pluku“, které také poskytovaly služby sexuální a proto vojáci vymírali ještě před vlastním bojem. V těchto dobách se vyskytovaly první kondomy, vyrobené z ovčích střev, ale byly drahé a mohlo si je dovolit pouze panstvo. Kromě toho údajně nebyly moc účinné, protože se po použití praly a používaly opakovaně. A tak se po Evropě začala šířit kapavka a také „francouzská nemoc“ syfilis (4).

V roce 1981, byly publikovány v americkém odborném časopise první zprávy o výskytu vzácného zánětu plic a pojivového zánětu (Kaposiho sarkom) u mladých homosexuálů. Onemocnění se začalo nazývat „nemoc homosexuálů“ (Gay Related Immune Deficiency Syndrom), zkratka GRID. Bylo zjištěno, že se zmíněný virus vyskytoval nejméně o desetiletí dříve v oblasti střední Afriky. Od roku 1981 došlo k prudkému nárůstu nemocných a infikovaní nebyli pouze homosexuálové, ale také narkomani a hemofilici. Koncem roku 1981 se objevují první epidemiologické údaje, ukazující, že AIDS je infekční nemoc, která se přenáší sexuálním stykem a krví. V roce 1982 bylo onemocnění nazýváno syndromem získané imunitní nedostatečnosti (Acquired Immune Deficiency Syndrome), zkratka AIDS a roku 1983 byl objeven virus, později nazýván HIV. Typ viru HIV 2 byl objeven roku 1986 a první léčba byla zjištěna v roce 1988 (14, 22, 23, 41).

Syfilis „francouzská nemoc“

První záznamy o tomto onemocnění pocházejí ze starověké Číny, které zpracovali lékařští mudrci císaře Hoang-Ti 2736 let př. n. l. Dále v období křížáckých výprav ve 12 století se objevuje popis příznaků, které odpovídají příznakům syfilis ve spisu abatyše Hildegardy, která o onemocnění mluví jako o zhojitelné leprě. Na výskytu v Evropě se objevuje několik teorií, z nichž nejrozšířenější je, že chorobu zanesl

Kryštof Kolumbus do Evropy koncem 15. století, z Ameriky. První evropská epidemie syfilis totiž proběhla roku 1545 v Neapoli ve francouzské armádě, kde byli přítomni také Kolumbovi vojáci. Onemocnění neslo mnoho označení například „francouzská nemoc“, Francouzi ji nazývali „nemoc italská“, Rusové „polská“ a Arabové „nemoc Křesťanů“. Název, který se užívá dnes pochází od italského lékaře Girolamo Fracastora, který byl inspirován jednou z básní Leonarda da Vinci (6, 21).

V České republice, v roce 1802 byl radnicí pronajat dům v blízkosti Všeobecné nemocnice, kde byly léčeny ženy s pohlavními nemocemi, a to hlavně prostitutky. Později byly tyto ženy umístěny do chorobince, se zvláště vyhrazenými místnostmi. Přednostou tohoto nově vzniklého oddělení Všeobecné nemocnice byl jmenován v roce 1841 MUDr. Alois Kraus, který pak dostal povolení přednášet zde o syfilitických nemocech a vyrážkách. Nové oddělení se tak stalo klinikou (42).

1.2 Sexuálně přenosné choroby

1.2.1 HIV/AIDS, Syndrom získané imunodeficiency

Smrtelné onemocnění, které je způsobeno RNA virem HIV, který způsobuje selhávání lidského imunitního systému. Vyskytuje se v některých tělních tekutinách, např. v krvi, spermatu, poševním sekretu, synoviální tekutině, moči, mozkomíšním moku, slzách, slinách, preejakulátu a v mateřském mléce. Virus HIV se přenáší pouze krví, nechráněným pohlavním stykem a z matky na plod. Velmi vnímavá pro přenos infekce je sliznice konečníku. Při bodnutí hmyzem, ani ze zaschlých krevních skvrn se virus nepřenáší. Vyskytují se dva typy viru: HIV-1 a HIV-2 (14, 16, 34, 36).

Virus pronikne do těla, kde se poté prvotně pomnoží. Dělí se díky enzymu reverzní transkriptáze. Dále vyhledá svou cílovou buňku, hlavně jde o CD4 pomocný lymfocyt. Organismus se brání zvýšenou produkcí lymfocytů, ale nakonec se vyčerpají a vede to k rozvratu obranyschopnosti. Obvyklá inkubační doba je 2 – 6 týdnů, to platí pro akutní infekci. Příznaky imunodeficitu se objevují za 10 až 11 let. Těhotenství se u HIV pozitivních žen nedoporučuje, infikují 30 – 50 % všech plodů intrauterinně a perinatálně. Nakažené těhotné se soustřeďují na vyčleněné oddělení (14, 22, 36, 37).

Vývojová stadia nemoci:

I. Stadium: asi u 10 % případů se rozvine akutní onemocnění, které připomíná chřipku nebo infekční mononukleózu. Je přítomna horečka, únava, bolest svalů, někdy i zvětšené uzliny. Může být i vyrážka, která napodobuje spalničky (22, 36).

II. Stadium: druhotná latence. Je to bezpříznakové období, kdy se nemocný cítí zdravý a nemá známky infekce. Nemocný je infekční. Asi u 50 % nakažených dochází k virémii. V tomto období je důležité pacienta sledovat. Latence trvá několik let (22, 36).

III. Stadium: je charakterizováno zvětšením uzlin a výskytem oportunních infekcí, např. kvasinkové infekce rodidel, úst a hltanu (14, 22, 36).

IV. Stadium: nemocný zde má výrazné klinické potíže, je zde výrazný imunodeficit. Vyskytují se zde výrazné oportunní infekce, např. Pneumocystis carinii, Toxoplasmóza, Tuberkulóza, Cytomegalovirus a nádory, charakteristický je Kaposiho sarkom. Dále se rozvíjí imunitní porucha a dochází k multifunkčnímu rozvratu orgánů a systémů. Nemocný umírá na infekční komplikace, nádor (většinou lymfom) nebo na celkové vyčerpání organismu (14, 22, 36).

Diagnostika: Na průkaz původce se používá sérologické vyšetření. Protilátky se prokazují především testy ELISA. Testy mohou prokazovat nesprávné pozitivní výsledky a proto Národní referenční laboratoř ověřuje vzorky konfirmačními metodami. Odběr materiálu na vyšetření se provádí se souhlasem nemocného, podle pokynů Ministerstva zdravotnictví (14, 22, 36).

Léčba: Tato nemoc je nevyléčitelná. Léčba se upravuje podle stádia onemocnění. Zpočátku stačí pouze úprava životosprávy. Při zvýšené virémii se podávají virostatika. Jakmile klesne imunita, předpokládá se, že dojde ke vzniku oportunních infekcí a musí se tomu předcházet. V případě rozvinutí se musí léčit. V poslední době se propagují virostatika používaná v kombinacích (tzv. HAART – vysoce aktivní antiretrovirová terapie). Používají se např. Didanosin, Zalcitabin, Stavudin, Saquinavir. Problémem je, že tato léčba je velmi nákladná. Nejvyšší význam má zde prevence (22, 36, 41).

1.2.2 Kapavka (GONORRHOEA)

Vysoce nakažlivé pohlavní onemocnění, které je způsobeno bakterií, gramnegativním aerobním diplokokem *Neisseria gonorrhoeae*, popsány v roce 1879, velikosti 0,8 – 1,6 µm, která způsobuje hnisavý zánět močové trubice, dále také rekta, oční spojivky, úst a hltanu, cervixu a odtud může infekce proniknout ascendentně do dutiny děložní a vejcovodů. Pokud se infekce rozšíří do krve, dochází k sepsi, kdy mohou být postiženy vnitřní orgány. Infekce nepostihuje dlaždicový epitel v pochvě. Je to běžná pohlavní nemoc, která je snadno přenosná a podléhá povinnému hlášení jako pohlavní nemoc (9, 12, 18, 22, 28, 31, 34, 36, 41).

Infekce se přenáší především pohlavním stykem, ale také plavkami, mycí houbou nebo ručníkem. Novorozenec může být infikován při průchodu porodními cestami. Jediný přenašeč této choroby je člověk. Nejvyšší prevalence je u mladých osob, kteří jsou sexuálně aktivní a začíná se snižovat po 25. roce věku (9, 22, 31).

Klinický obraz: U muže: Inkubační doba je u muže 3 – 5 dní. Příznaky nemusejí být vždy patrné, obzvláště, je-li ložisko infekce v konečníku nebo krku. Přední kapavka se projevuje šimráním až bolestí při močení nebo ve varlatech, to neplatí ze 100 %. Ústí močové trubice je zarudlé, může být s otokem. Objevuje se hlenovitá, čirá sekrece a později přechází v hnisavý žlutozelený výtok. Později hnisavá sekrece začne ustupovat. Příznaky, které jsou vidět, mohou zmizet, ale infekce přesto v těle může zůstat a přechází do chronicity. Komplikací může být zánět žaludu a předkožky (22, 33, 34, 36).

Zadní kapavka vzniká z neléčené přední kapavky. Začíná ustupovat výtok a znamená to, že infekce přestoupila za zadní svěrač močové trubice, šíří se na prostatu a semenné vajíčky. Velmi závažná komplikace je zánět nadvarlete, kde hrozí neplodnost (22, 33, 36).

U ženy: Inkubační doba je u ženy 5 – 7 dní. Infekce postihuje hlavně močovou trubici a děložní čípek. Projevuje se pálením při močení, nucení na močení a zduření sliznice. Z pochvy a močové trubice vytéká hlenový a postupně hnisavý výtok, může se objevit zánětlivá eroze na děložním čípku. Také přechází do chronicity s postupným ubýváním příznaků. Jako komplikace se mohou objevit zánět Bartholiniho žlázy,

dělohy, vejcovodů a vaječníků. Může dojít až k náhlé příhodě břišní a hrozí neplodnost (22, 36).

Diagnostika: Provádí se mikroskopické vyšetření, kdy se nanáší na podložní sklíčko hnisavý sekret a barví se podle Grama. Kultivační vyšetření, při kterém se používá klasický čokoládový agar nebo modifikovaný krevní agar, při nepřístupu kyslíku. Při stanovení citlivosti na antibiotika se provádí antibiogram (22, 36, 41).

Léčba: Většinou se používala penicilinová antibiotika, problémem mohou být některé kmeny gonokoků, které jsou penicilin – rezistentní, proto se v posledních letech volí spíše preparáty makrolidové, tetracyklinové a některá další antibiotika a chemoterapeutika. K penicilinové léčbě se ještě přidává Probenecid, který zesílí účinek. Léčba probíhá ambulantně. Je zde velmi nutná depistáž a dispenzarizace. Po skončení léčby se provádí 3 kontroly po týdnů a u žen se 1 kontrola provádí při mense. Je zde nutná sexuální abstinence. U těhotných žen se musí léčba modifikovat (22, 31, 33, 36, 41).

U kapavky je velmi důležité včasné a správné diagnostikování této choroby, aby nedošlo k dalším komplikacím, jako např. neplodnost. Léčba se nesmí přerušit (34).

1.2.3 Syfilis (LUES)

Chronické onemocnění, které se vyskytuje celosvětově. Je způsobeno mikroorganismem *Treponema pallidum*, která má tvar spirály s 10 – 14 závitů. Přenáší se pohlavním stykem (v 95 % případů), intrauterinně nebo krevní transfuzí. Může se přenést i přes kontaminované předměty. Neléčený syfilis přetrvává desetiletí a způsobuje poškození cévního a nervového systému, které ohrožuje život. Podléhá povinnému hlášení. Pravděpodobnost nákazy při jednom nechráněném styku s nakaženou osobou je 50 – 60 %. Vlivem příchodu lidí z východní Evropy stoupá v České republice incidence nakažených novorozenců i přes to, že se provádí povinná depistáž a dispenzarizace (9, 22, 31, 33, 34, 36).

Klinický průběh:

A) Syfilis získaná (4)

Po inkubační době, která trvá 3 týdny, začíná 1. stadium choroby a tím, že se začne vytvářet primární infekce - tvrdý vřed (*ulcus durum*), který je mělký a nebolestivý. Vřed se nejčastěji vyskytuje v oblasti genitálu, ale někdy také v dutině ústní, na rtech, nebo může být skrytý v konečníku. Spontánně se vyhojí za 3 – 6 týdnů. Spodina vředu je vysoce infekční. Ve 4. – 5. týdnu se začínají zvětšovat lymfatické uzliny (9, 12, 22, 33, 34, 36).

Ve druhém stadium se vyskytují, asi po dvou měsících, „chřipkové“ příznaky, kožní vyrážka, zvětšení uzlin a na vulvě nebo v dutině ústní se objevují mokvajících ploché puchýře, také vysoce infekční. Následuje bezpříznakové období, kdy nakažená osoba zevně není infekční, pouze krví. Po letech přechází do třetího stadia, ve kterém se po čase může vážně poškodit mozek, srdce, cévy, kosti a nervový systém, změny psychiky a vysychání míchy. Typické je syfilitické gumma – tvorba uzlů s rozpadem. Syfilis končí smrtí (9, 12, 22, 33, 34).

B) Syfilis vrozená

Vzniká intrauterinním přenosem z matky na plod, téměř výhradně přes placentu, vzácněji při porodu a výjimečně po narození. Na ultrazvukovém vyšetření bývá placenta zvětšena. Pokud matka otěhotní v infekčním stadiu, plod má typické poškození jater a plic a rodí se mrtvý. Pokud má novorozenec zvětšena játra, vždy se musí uvažovat o syfilis. Když matka otěhotní ve druhém stadiu infekce, plod málokdy přežívá, má vyrážku, jizvy v oblasti úst, nízkou porodní váhu, poruchy dýchání, syfilitickou rýmu. Pokud matka otěhotní v období latence, novorozenec je živý, s celoživotními známkami nemoci, např. slepota, hluchota, soudkovité zuby (Hitchinsonův řezák) a kostní deformity (22, 33, 36).

Diagnostika: Přímý průkaz *Treponema pallidum* se provádí odběrem tkáňového moku u mokvajících projevů, případně ze zduřelých lymfatických uzlin. Toto vyšetření se provádí u všech vředů na genitálu. Vředy před odběrem se nesmí ošetřovat žádnými antiseptickými prostředky. Další projevy vyšetřujeme odběrem krve na sérologické vyšetření protilátek proti *Treponema pallidum*. Patří sem testy TPHA, FTA-ABS, TPI a SPHA, dále ještě RRR test a VDRL. Protilátky jsou pozitivní od 2. týdne po nakažení, ve 3 – 4. týdnu lze 100% prokázat jestli jde o syfilis nebo ne. Když je přítomna infekce

HIV, běžné testy na odhalení syfilis nestačí, je třeba odebrat vzorek cerebrospinální tekutiny (22, 33, 34, 36).

Léčba: Syfilis se léčí na dermatovenerologickém oddělení. Je zde nutná hospitalizace. Základem terapie je penicilin. Penicilin je podáván po dobu 7 – 10 dnů a u latentní infekce 15 – 20 dnů. Používají se především déle působící preparáty, např. Prokain penicilin a Benzathin penicilin, podávané do žíly nebo do svalu. Pokud se vyskytne alergie na penicilin je podáván Erytromycin nebo Tetracyklin a u těhotných žen je podáván Spiramycin. Po vyléčení jsou velmi důležité následné kontroly a dlouhodobá dispenzarizace v případě časných stádií je to po dobu dvou let a případě pozdních je to celý život (22, 33, 34, 36).

1.2.4 Měkký vřed (*Ulcus molle, chancroid*)

Bakteriální onemocnění způsobené gramnegativní tyčkou *Haemophilus ducreyi*, která je 1,5 – 2 µm velká. Infekce se přenáší výhradně pohlavním stykem a může se kombinovat s nákazou syfilis a vzniká *ulcus mixtum*, tzn. tvrdý a měkký vřed. Onemocnění se vyskytuje po celém světě, nejčastěji však v tropech a subtropích. U nás je výskyt ojedinělý. Inkubační doba onemocnění je 3 – 5 dní (9, 41).

Klinický obraz: Onemocnění začíná tím, že se na zevním genitálu vytváří nebolestivá papula, která se mění v pustulu. Léze roste, začne se rozpadat a mění se ve vřed s zavalitými a podminovanými okraji, který je bolestivý, velikosti 1 – 2 cm. Často se jich tvoří více. Spodina je hnisavě povleklá a při stisknutí snadno krvácí. Asi u 30 % pacientů se současně s onemocněním vyvíjí regionální lymfadenitida s následným vznikem abscesů. Toto onemocnění nemá celkové příznaky (9, 41).

Diagnostika: Je zde důležitá anamnéza, např. jestli nemocný nebyl v tropech. Také je důležité odlišit toto onemocnění od jiné ulcerace. Před odběrem vzorku se vřed musí očistit, poté se odebere vzorek vatovou štětičkou a natře se na sklíčko. Materiál se obarví podle Grama. Dále se provádí kultivační vyšetření na agaru (9, 41).

Léčba: Na dříve účinná antibiotika a chemoterapeutika je *Haemophilus ducreyi* rezistentní a tak se v dnešní době podávají sulfonamidy, antibiotika jako je erytromycin, ciprofloxacin, streptomycin. Místně se pokládají obklady s hypermanganem (9).

1.2.5 Chlamydiové infekce

Nejčastějším původcem infekce je *Chlamydia trachomatis*, bakterie, která napadá sliznice močopohlavního ústrojí. Tyto infekce mají sklon přecházet do chronicity. Onemocnění se vyskytuje všude na celém světě. Asi polovina všech sexuálně přenosných nemocí je chlamydiového původu. Přenáší se výhradně sexuálním stykem, ale při špatné hygieně se může přenést i nesexuální cestou např. ručníkem. Inkubační doba 7 – 14 dní i déle (15, 22).

Klinický obraz: U žen často infekce probíhá symptomaticky. V ostatních případech se objevuje slabý výtok z pochvy, často recidivující. Jako komplikace se objevuje hluboký pánevní zánět s chronickou pánevní bolestí, kde hrozí ztráta plodnosti a také ektopické těhotenství. Vyskytují se poruchy otěhotnění, nízká porodní hmotnost a častější spontánní potraty. Jakmile novorozenec prochází infikovanými porodními cestami, je ohrožen chlamydiovými zápal plic a záněty spojivek. U mužů onemocnění způsobuje pálení a svědění při močení a slabý vodnatý nebo mléčně zakalený výtok. Jako komplikace se objevuje zánět prostaty a konečníku a dále až zánět kloubů s pestrými kožními projevy. Hrozí zde sterilita mužů (13, 15, 22).

Diagnostika: Provádí se kultivační vyšetření sekretu z močové trubice, z děložního čípku nebo z jiných infekcí postižených orgánů (22).

Terapie: Podávají se širokospektrá antibiotika. Je zde nutno léčit všechny sexuální partnery. Léčba se provádí ambulantně. Provádějí se zde opakované kontroly a je důležitá sexuální abstinence (22).

1.2.6 Venerický lymfogranulom

Pohlavní nemoc, která zachvacuje lymfatické cesty, kde původce je *Chlamydia trachomatis*. Onemocnění se vyskytuje převážně v tropických a subtropických oblastech, zejména v přístavech. V evropských zemích je výskyt onemocnění vzácný. U mužů je výskyt až 8 krát častější než u žen. Inkubační doba je 7 – 21 dní (9, 36, 41).

Klinický obraz: Na genitálu se vytvoří malá nebolestivá primární léze ve formě pupence, který nakonec ulceruje a vzniká vřídek velikosti čočky. Defekt se hojí spontánně a rychle. Po jednom až několika týdnech zduří příslušné lymfatické uzliny,

inguinální a někdy femorální. Uzliny jsou nejprve tužší konzistence a mírně bolestivé. Mohou se přidružit bolesti hlavy a kloubů, třesavka, horečka. Uzliny začnou měknout a vytvářejí se v nich abscesy, ze kterých vytéká píštělemi žlutozelený až serózně krvavý sekret. U žen bývá často postižen konečník, kdy dojde ke zúžení a zjizvení a u mužů dochází k edému genitálu a distorzi penisu (tzv. saxofonový penis) (9, 36, 41).

Diagnostika: Provádí se sérologické vyšetření komplement-fixačním testem, ELISA nebo nepřímá imunofluorescence, která je pozitivní po 2 – 4 týdnech po nákaze (9, 41).

Léčba: Onemocnění se léčí tetracyklinovými preparáty ve vysokých dávkách, např. Doxycyklin nebo makrolidy - Erythromycin. Abscesy se punktuji a u striktur se provádí dilatace (9, 41).

1.2.7 Kondylomata (Genitální bradavice)

Virové onemocnění, které je způsobeno virem HPV (Human papilloma virus). Kondylomata, která se objevují perigenitálně a perianálně se nazývají Condylomata acuminata a způsobují je typy HPV 6, 11, 16 a 18. Jejich vznik také podporuje nedostatečná hygiena (11, 34).

Kondylomata se nachází na penisu, v ústí uretry, v tříslech, kolem i uvnitř pochvy a análního otvoru. Nejprve vypadají jako malé růžové vlhké papuly, ze kterých se postupně stávají květákovité útvary. Mohou napodobovat condylomata lata, které se vyskytují ve II. stadiu syfilis. U lidí, které jsou nakaženi virem HIV mohou být kondylomata velmi rozsáhlá. Inkubační doba je 1 – 4 měsíce (11, 34).

Terapie: Kondyloma se potírají 20% lihovým roztokem podofylinu, který je vysoce toxický. Tento roztok se nesmí používat v těhotenství. Dále se někdy natírají mastí nebo se ošetřují tekutým dusíkem. Okolí bradavic se při ošetření kryje zinkovou pastou. Rozsáhlejší ložiska se léčí chirurgicky. Sexuální partner nakaženého by měl být také vyšetřen (11, 34).

1.2.8 Virové hepatitidy

Jde o zánětlivá onemocnění jater, která mají podobný klinický obraz, ale liší se svými původci. Prozatím je známo několik typů virových hepatitid, které se označují

velkými písmeny od A do G. Původci nákazy jsou hepatotropní viry. Vyskytují se různé formy klinických projevů jako inaparentní, abortivní, kde se vyskytuje zvýšení sérových aminotransferáz, chřipkové příznaky a dyspeptický syndrom. Dále se vyskytuje typická ikterická forma, anikterická forma, která je častější, cholestatická, která připomíná obstrukční žloutenku a fulminantní (maligní nebo nekrotizující) forma, kde dochází k selhání jater až smrti. U akutní virové hepatitidy se rozlišují stádia prodromální, stadium jaterního poškození, které trvá různě podle typu 2 – 8 týdnů a rekonvalescence. Virové hepatitidy mohou přecházet do chronicity. Inkubační doba je různá, podle typu onemocnění (7, 19, 39).

1.2.8.1 Virová hepatitida B (VHB)

Infekční onemocnění, které se přenáší převážně krví, pohlavním stykem a z matky na plod. Dítě, které je nakaženo prenatálně je ohroženo závažnými následky chronické infekce v dospělém věku. Dochází k akutnímu virovému zánětu jater, který u 10 % nemocných přechází do chronicity a může být komplikován fulminantním zvratem. Původce nákazy je DNA virus hepatitidy B (HBV). Celosvětově je infikováno asi 5 % obyvatel a v České republice je to asi 1,5 %. Ohrožené skupiny jsou narkomani, zdravotničtí pracovníci, příjemci krevní transfuze a pacienti na hemodialýze. Inkubační doba je 50 – 180 dní. Jestliže se objeví VHB, rychle progreduje do jaterní cirhózy a do hepatocelulárních karcinomů. Ročně umírají 1 – 2 miliony osob na chronické infekce virem hepatitidy B (7, 22, 24, 29, 30).

Klinický obraz: Průběh akutních VHB bývá většinou závažnější než u VHA, je ovlivněn věkem, pohlavím a stavem imunitního systému. Po pomnožení virových částic v jaterních buňkách se dostávají zpět do krve a tělesných tekutin. Forma onemocnění se vyskytuje anikterická i ikterická. V prodromální fázi se objevují chřipkové příznaky jako je únava, gastrointestinální obtíže, teploty, symetrické bolesti kloubů a objevuje se také tlaková bolest v pravém podžebří. Dále se vyskytují exantémy, artritidy a občas hematurie s proteinurií. Ikterus se vyskytuje asi z 90 % a než nastoupí, jsou zvýšené transferázy. Před propuknutím akutní VHB prodromy ustávají a infikovaný se cítí lépe.

Poté se příznaky začnou stupňovat, vyskytne se tmavá moč, acholická stolice, pruritus a ikterus kůže. Onemocnění je dlouhodobé a když odezní akutní fáze, pacient se uzdraví a nebo zůstane nosičem viru, kde hrozí nebezpečí přenosu. Pokud se pacient uzdraví, vymizí HbsAg a DNA viru z krve. Asymptomatictí pacienti nemají klinické známky infekce, mají pouze pozitivní HbsAg (7, 22, 29, 30).

Terapie: Nekomplikovaná akutní hepatitida B je léčena symptomaticky, kam spadá dieta, klid, infuzní terapie a vitaminy. Důležitá je abstinence alkoholu. Provádí se dlouhodobé sledování, dokud se neznormalizují jaterní testy a také z důvodu zvýšeného výskytu hepatocelulárního karcinomu v souvislosti s VHB. Při komplikované až fulminantní hepatitidě se podávají kortikosteroidy a tento stav vede až k transplantaci jater. Chronický zánět se léčí virostatiky (Lamivudin) a interferonem alfa (7, 22, 29, 30).

Prevence: Očkování se v České republice provádí rekombinantní vakcínou Engerix. V dnešní době jsou očkováni zdravotničtí pracovníci, pacienti na hemodialýze a také bylo zavedeno v roce 2001 plošné očkování novorozenců a také doočkování dětí, kterým bylo 12 let (3, 22, 29).

1.2.8.2 Virová hepatitida C (VHC)

Onemocnění, které se vyskytuje u všech věkových skupin a je rozšířeno po celém světě. Chronicky infikována jsou asi 3 % světové populace. Původcem je RNA virus o velikosti asi 60 – 70 nm, který snadno mutuje. Virus hepatitidy C (HCV) se nejčastěji přenáší parenterální cestou. Přenos sexuálním stykem a z matky na dítě má menší význam než u VHB. Inkubační doba je 15 - 160 dní (7, 9, 22, 23, 29).

Klinicky se vyskytuje VHC nejčastěji asymptomaticky (asi 75 %) a infekce plynule přechází do chronicity. Příznaky jsou podobné jako u ostatních hepatitid. Přibližně 20 % infikovaných končí s jaterní cirhózou nebo hepatocelulárním karcinomem. Diagnostika je založená na průkazu protilátek proti virovým antigenům. Pasivní, ani aktivní imunizace zde není možná (9, 19, 22, 23, 29, 30).

1.2.9 Herpes simplex typ II (Progenitální opar)

Původce onemocnění je DNA virus typu II, který se z místa vstupu infekce šíří podél nervových vláken do regionálních nervových ganglií, kde přetrvává doživotně a odtud se zase vrací zpět do periferie. Přenáší se pohlavním stykem a kontaktem s puchýřky. K velké rozšířenosti tohoto onemocnění také přispívá fakt, že se onemocnění může přenést i v symptomatickém období. Virus se také vyskytuje v krvi, poševním sekretu nebo v sekretu z předkožkového vaku. Inkubační doba je 6 – 20 dní (11, 19, 20, 22).

Objevuje se po zahájení sexuálního života s infikovanou osobou. Nejprve se projeví všeobecnými příznaky jako teplota, slabost a malátnost. Výsev puchýřků, ze kterých se později stávají vředy s krustami se u žen objeví na vulvě i v pochvě (herpetická vulvovaginitida). U mužů se vyskytnou na předkožce, penisu (herpetická balanitida) a šourku. Dále se vyskytují v perianální oblasti, na hýždích či stehnech. Triselné uzliny mohou být zvětšené a může dojít až k zánětu mozkových blan. Genitální virus, přítomný u porodu ohrožuje novorozence, především hrozí postižení mozku a vnitřních orgánů. Diagnostika se provede na základě klinických projevů, je možno udělat stěr z puchýřků na průkaz virových antigenů. Léčba se provádí celková a to podáním léků proti šíření viru a místní, kde se zabráňuje sekundární infekci z puchýřků (9, 11, 19, 20, 22, 30).

1.2.10 Trichomoniasis

Zánětlivé onemocnění, které je vyvolané prvokem *Trichomonas vaginalis* (bičenka poševní). Trichomoniáza se přenáší výhradně pohlavním stykem a její výskyt je poměrně častý. U 50 % infikovaných žen chybí klinické příznaky. V ostatních případech se objevuje serózní zpěněný výtok, pálení, svědění a eroze na vulvě. Muž bývá většinou bezpříznakový nositel. Při porodu dochází vzácně k nákaze novorozence. Trichomoniáza se diagnostikuje mikroskopickým stěrem z poševní sliznice a terapie spočívá v podávání širokospektrých antibiotik (22, 30, 32, 33, 36, 41).

1.2.11 Candidóza

Kvasinková infekce přenášená pohlavním stykem. Dochází k přemnožení kvasinek (*Candida albicans*) v souvislosti s těhotenstvím, opakovanými pohlavními styky, poševními výplachy a používáním mýdel. Iatrogeně může být toto onemocnění vyvolané podáním například antibiotik, kortikoidů nebo hormonů, zvl. estrogeny. Klinické příznaky jsou svědění, pálení, zduření, zarudnutí a hustý, bělavý, tvarohovitý výtok. U mužů dochází k zánětu žaludu a předkožky, který svědí a pálí, mohou se tvořit červené mokvající plochy s bělavými povlášky. Onemocnění se diagnostikuje mikroskopickým vyšetřením a léčba spočívá v antimykotické terapii. Důležitá je také léčba partnerů (10, 22, 36, 41).

1.3 Dermatovenerologie

Patří mezi základní lékařské obory, rozšířené do všech zemí Evropské unie. Pod tento obor spadá venerologie, která se výhradně zabývá pohlavními nemocemi (nemoci, které podléhají zvláštním předpisům a nařízením, například povinná hlášení, povinnost podrobit se vyšetření atd.), sexuálně přenosnými nemocemi s anglickou zkratkou STD (všechny onemocnění, které se přenášejí pohlavním stykem) a nevenerickými chorobami genitálu. Úkolem venerologie je prevence, diagnostika a léčba. Součástí je také depistáž a dispenzarizace. Depistáž spočívá ve vyhledání zdroje infekce nebo sexuálních kontaktů a zajištění jejich vyšetření. Dispenzarizace je sledování osob podezřelých z nákazy nebo pacientů po léčbě, za účelem předcházení nebo odstraňování příčin zhoršení zdravotního stavu. Léčba dermatovenerologických nemocí se uskutečňuje na lůžkových a ambulantních odděleních, v denních stacionářích nebo v ústavech lékařské kosmetiky. Tato zdravotnická zařízení mohou být státní, městská nebo soukromá (26, 36).

1.4 Povinné hlášení pohlavních nemocí

Hygienické orgány a protiepidemické služby plánují, kontrolují a provádějí boj proti přenosným nemocem. Povinné hlášení existuje ve snaze snížit výskyt pohlavních nemocí. Způsob hlášení pohlavních chorob je zakotven ve vyhlášce 225 MZ ČR - ze

dne 29. 7. 1996 - registrované ve Sbírce zákonů č. 225/1996. Povinnému hlášení podléhají tato onemocnění: vrozená, časná a pozdní syfilis, gonokoková infekce - kapavka, lymfogranuloma venerum, ulcus mole a pohlavní nemoci, vyvolané původci virových akantomů. Povinnost hlásit pohlavní chorobu má každý lékař, který zjistí pohlavní chorobu nebo má na ni podezření. Lékař zjištěné onemocnění hlásí příslušnému oddělení zdravotnického zařízení, které pak pravidelně informuje okresního hygienika. Jiní zdravotničtí pracovníci, kteří mají podezření na pohlavní chorobu, jsou povinni hlásit to příslušnému lékaři. Lékař vyplňuje formulář „Hlášení pohlavní nemoci“. V tomto formuláři jsou údaje o nemocném, o osobách, které měly pohlavní styk s nemocným a se kterými nemocný žije (manželka, děti nebo jiní spolubydlíci) (2, 8, 33, 43).

Zdroje nákazy jsou osoby, které měly pohlavní styk ještě před rozvinutím klinických projevů a osoby ohrožené jsou ty, které měly pohlavní styk s nakaženým po rozvinutí klinických známek. Nemocný je ošetřujícím lékařem seznámen s předepsanými kontrolami a ze zákona je povinen se léčit a docházet na pravidelné kontroly. Dále lékař zajistí léčbu a poučí nemocného o zákazu pohlavního styku do vyléčení. Toto poučení pacient podepisuje do zdravotnické dokumentace. Lékař také navrhuje vyškrtnutí nakaženého z evidence. Se všemi získanými údaji se zachází jako s důvěrným materiálem. ÚZIS statisticky zpracovává údaje o počtu hlášených osob a typu onemocnění, z osobních údajů je to rodné číslo a oblast výskytu nemoci (2, 8, 33,43).

1.5 Sexuálně přenosné choroby v těhotenství a při porodu

Nitroděložní infekce hlavně vyvolávají velmi silnou a ve většině případů subklinickou fetomaternální zánětlivou reakci, při které se uvolňuje celá řada mediátorů a cytokinů. Tyto látky mají vliv na předčasný porod, mohou poškozovat mozkovou tkáň plodu a způsobovat bronchopulmonární dysplazie. Novorozenec je pak postižen dětskou mozkovou obrnou nebo plicními onemocněními. Infekce v těhotenství často způsobuje předčasný porod, studie ukazují, že až u 70 % předčasných porodů byla prokázána. Mikroorganismy, které způsobují předčasný porod jsou především bakterie způsobující

bakteriální vaginózu, streptokoky skupiny B (GBS) a mykoplazmata. Pronikají ascendentní cestou z pochvy přes děložní hrdlo do děložní dutiny a způsobují zánět deciduy a chorioamnionitidu. Z tohoto zánětu se může infikovat plodová voda a plod, nakonec dochází k fetální sepsi (31).

Na syfilis těhotenství nemá velký vliv, ale syfilis představuje pro plod vysoké riziko. Plod může být napaden v kterémkoli stádiu těhotenství a v každém stadiu onemocnění. Čím dříve je plod v kontaktu s infekcí, tím je pro něj riziko vyšší. Těžká forma nákazy může znamenat pro plod až intrauterinní úmrtí nebo může žena potratit. Novorozenci se většinou rodí se známkami infekce, mohou být postiženi hepatitidou, splenomegalií, lymfadenopatií, anemií, objevují se kondylomata lata, laryngitida, pneumonie nebo aktivní neurosyfilis. Luetického novorozence léčí pediatr. Tento klinický obraz se již moc nevyskytuje v souvislosti se zavedeným prenatálním screeningem, který by měla každá těhotná absolvovat. Dále se u novorozence může onemocnění projevit až po dvou letech života, kde se většinou vytváří Hutchinsonova trias (intersticiální keratitida, soudkovité řezáky a senzorická hluchota) a dále šavlovité tibie, sedlovitý nos a huhňavá mluva. Placenta bývá u syfilis zvětšená a křehká, s histologicky nezralými klky, dále ještě bývá polyhydramnion. Každý pozitivní nález v těhotenství se musí hlásit dermatovenerologovi. V těhotenství při vzniku vředu na genitálu by měla být každá žena vyšetřena na syfilis a herpes genitale. U všech novorozenců se provádí screening na syfilis z pupečnickové krve. Léčbu v těhotenství je nutno zahájit co nejdříve (13, 31, 35, 38).

U HIV pozitivních těhotných žen je doporučeno těhotenství přerušit kvůli riziku přenosu infekce na plod a také kvůli přežití matky a následné péče o zdravé dítě několik let. Pokud se žena rozhodne dítě si nechat, je snaha o minimalizaci vertikálního přenosu infekce na plod. V těhotenství se aplikuje antiretrovirová terapie a také byla prokázána efektivita císařského řezu. Čím je infekce pokročilejší, tím je vyšší riziko přenosu. Novorozenci se po porodu podává polyvalentní imunoglobulin a do 3 měsíců je u něj doporučeno provést testy na HIV. Riziko přenosu je také v šestinedělí při kojení. V těhotenství je léčba HIV infekce celkem úspěšná, protože riziko přenosu velmi snižuje (13, 31, 35, 38).

V případě kapavky v graviditě je důležité, že často dochází k předčasnému odtoku plodové vody a k předčasnému porodu. Důležité je, že bývá často spojena s dalšími sexuálně přenosnými chorobami. Při léčbě kapavky jsou kontraindikovány fluorochinolony. Hlavním nebezpečím kapavky v graviditě je kapavčitá konjunktivitida novorozenců, kdy největší možnost nákazy novorozence hrozí při průchodu infikovanými porodními cestami. Projevy nákazy se objevují během několika hodin po porodu. Dochází zde k otoku víček a k hnisavé sekreci, dále jsou ještě víčka pokryta krustami. V případě neléčení kapavky, může dojít až k oslepnutí. Prevencí tohoto stavu je vykapání spojivkového vaku po porodu roztokem ophtalmoseptonexu – kredeizace, podle francouzského porodníka Crédého. Prevencí kapavky u těhotných žen je důkladné vyšetření praktickým ženským lékařem a pátráním po podezřelém výtoku (13, 22, 31, 35, 38).

V případě matek, které mají virovou hepatitidu B, se u novorozenců aplikuje HEPAGA, je to lidský gamaglobulin. Aplikace se provádí po porodu, ve třech a v šesti měsících dítěte (13).

U herpetického onemocnění genitálu, kdy vyvolavatel je Herpes simplex typ 2 se vzácně infekce přenáší na plod transplacentárně, ale hrozí novorozenci vysoké riziko přenosu infekce při vaginálním porodu, proto je zde jako prevence indikace k císařskému řezu. Novorozenec může mít postiženou kůži, játra nebo centrální nervový systém. Novorozenecká úmrtnost dosahuje až 70 %. Císařský řez by se měl provést do 4 hodin po odtoku plodové vody. Herpetické infekce v těhotenství mohou způsobovat spontánní aborty, předčasný porod a intrauterinní růstovou retardaci a neonatální infekci (13, 20, 31).

Chlamydiové urogenitální infekce se v graviditě léčí obtížněji, je vhodné zahájit léčbu až po prvním trimestru, stejně jako u trichomoniázy. Používají se hlavně makrolidy (Azitromycin a Roxitromycin) a definitivně se chlamydiová infekce zaléčí až po ukončení gravidity a kojení (13).

1.6 Prevence

Prevence je předcházení, zamezování vzniku a šíření onemocnění. Nejdůležitější prevencí nemocí, které se přenášejí pohlavním stykem je bezpečné sexuální chování, které zahrnuje sexuální abstinenci, partnerskou věrnost, vyhýbání se promiskuitním osobám a osobám provozujícím prostituci a dále také vyhýbání se rizikovějším sexuálním praktikám, například nechráněný sexuální styk do konečníku. Významné je také používání prezervativu, které chrání i před neplánovaným otěhotněním. Nezbytná je zde i správná a včasná sexuální výchova a osvěta v rizikových populacích. Důležitá je vyhledávání osob bezpříznakových i s příznaky, včasná diagnostika a léčba nakažených osob, ale také i jejich partnerů. Bojem proti STD v těhotenství se zabývají prenatální poradny, které zahrnují pravidelné lékařské prohlídky a povinný screening na pohlavní nemoci. Laboratorní diagnostika pohlavních nemocí se provádí v 16. týdnu gravidity, vyšetřují se sérologické testy na HIV, HbsAg a dále treponemový test (TPHA) v kombinaci s rychlou reaginovou reakcí (RRR) na průkaz syfilis, dříve reakce BWR. Velkým problémem je prevence chlamydiových infekcí, protože až 80 % jich může probíhat symptomaticky a neléčené osoby udržují infekci v populaci. V současné době je třeba v oblasti prevence zmínit očkování proti sexuálně přenosným lidským papilomavirům HPV, které jak bylo dokázáno způsobují rakovinu děložního čípku a genitální bradavice, dále ještě mohou způsobit rakovinu vulvy, pochvy nebo penisu. Mezi vysoce rizikové, které bývají nejčastější příčinou cervikálních změn, karcinomu děložního čípku a dalších karcinomů, patří HPV typu 16,18,31,33 a 45. Naopak méně rizikové bývají typy 6 a 11, které jsou však nejčastější příčinou genitálních bradavic. Na základě výzkumů bylo zjištěno, že nelze provádět tuto diagnostiku u mužů, kteří jsou přenašeči těchto virů a proto je jedinou spolehlivou ochranou proti tomuto onemocnění očkování. V České republice jsou v současné době na trhu 2 vakcíny, čtyřvalentní Silgard, který je proti typům virů 6, 11, 16 a 18. druhou vakcínou na českém trhu je bivalentní Cervarix, který je proti typům virů 16 a 18 (3, 5, 13, 44).

1.7 Bariérová ošetrovatelská péče

Bariérová ošetrovatelská péče je souborem postupů lege artis, které mají zabránit nebo minimalizovat vznik a šíření nozokomiálních nákaz tím, že se přeruší cesta přenosu infekce od zdroje k vnímavému hostiteli. Nozokomiální nákazy zhoršují průběh základního onemocnění a je tím prodloužena i doba hospitalizace. Užívání bariérové péče ve zdravotnictví se řídí především vyhláškou 195/ 2005 Sb. Veškerý zdravotnický personál je povinen dodržovat hygienické a protiepidemické zásady při ošetřování. Součástí bariérové péče jsou organizační bariéry, pracovní předpisy a zásady při vlastním ošetřování (8, 17, 25, 27, 40).

Mezi provozní opatření patří provozní řád, standardy pro manipulaci s prádlem (uložení, převoz a vhodné obaly), třídění a kategorizace pytlů s odpadem dle druhu, kontrola vody, standardy pro dezinfekci a sterilizaci, požadavky na zacházení s biologickým materiálem, s použitými nástroji a přístroji (používání ochranných rukavic, skladování ve speciálních lednicích, převoz, nádoby a dekontaminace), požadavky na dopravu jídla, sterilních pomůcek, pacientů a odpadu, výtahy pro určitý provoz. Zásada je nekřížit cesty se špinavým a čistým materiálem (8, 25, 27, 40).

Do organizace práce zdravotnického personálu patří používání ochranných pracovních pomůcek a ochranného oděvu, očkování zdravotnických pracovníků, mytí a dezinfekce rukou dle určených pracovních postupů, používání hygienického filtru, zabránění vzniku infekčních aerosolů a infekčního prachu, kontroly hygienické služby. Zdravotnický personál by neměl nosit na pracovišti šperky (8, 25, 27, 40).

K vlastní ošetrovatelské péči patří dodržování asepse při parenterálních výkonech a při převazování ran, používání individuálních a jednorázových pomůcek pro daného pacienta, důsledná čistota personálu, prostředí i pacienta, zbytečně by se neměla poškozovat přirozená kožní bariéra klienta, je doporučený počet dvou až tří klientů na pokoji, zajištění aktivní a pasivní imunizace klienta a důležitá je také zdravotní výchova klientů (8, 25, 27, 40).

1.7.1 Dezinfekce rukou

Hygienická dezinfekce rukou je metoda přerušení cesty nákazy, která je nejjednodušší a nejlevnější. Provádí se vhodným dezinfekčním roztokem nebo alkoholovým přípravkem. Na stanovenou dobu by měly být ruce ponořeny do zředěného dezinfekčního roztoku, poté se oplachují vodou a osuší. Alkoholový přípravek se používá na suché ruce a nechá se zaschnout. Tento způsob by se měl používat před každým aseptickým zákrokem a při ošetřování klienta se sníženou imunitou (8, 25, 27).

Chirurgická dezinfekce rukou se používá proti choroboplodným zárodkům ve vnitřních vrstvách pokožky rukou. Ruce se myjí mýdlem dvakrát 5 minut až na předloktí, používá se sterilní kartáček, po prvních pěti minutách se ruce oplachují vodou. Po dokončení se suší sterilní rouškou. Poté se ruce myjí 3 minuty v 70% alkoholu a ponoří se na 1 minutu do vhodného dezinfekčního roztoku. Nakonec se ruce suší sterilní rouškou. Dále se na tuto dezinfekci rukou používají také alkoholové dezinfekční prostředky (8, 25, 27).

Nejdůležitější zásady mytí a dezinfekce rukou

Zdravotnický personál by neměl nosit na rukou šperky, kvůli zhoršenému účinku mytí a dezinfekce. Důležité je používání vhodných dezinfekčních prostředků. V případě kontaminace biologickým materiálem, zvláště krví, je vhodné dezinfikovat přípravkem, který má virucidní účinek. Dávkovač mýdla nebo dezinfekčního roztoku by se měl po každé výměně vymýt, vydezinfikovat, případně vysterilizovat. Mytí rukou před operací by mělo vždy zahrnovat i mytí předloktí (8, 25, 27).

1.7.2 Dezinfekce

Dezinfekce je soubor opatření, které mají za úkol zneškodnit nežádoucí mikroorganismy. Dělí se na fyzikální, chemickou a fyzikálně-chemickou. Do fyzikální dezinfekce patří var za atmosférického tlaku po dobu nejméně 30 minut, var v přetlakovém hrnci po dobu 20 minut, dezinfekce v mycích, pracích a parních přístrojích při teplotě vyšší než 90°C, dále UV záření (germicidní zářivky) a filtrace, žihání, spalování a slunění. K chemické dezinfekci se používají chemické přípravky

v plynné formě nebo tekuté (roztok), kde použití určuje výrobce. Účinek mají cidní (usmrcení choroboplodných zárodků) a nebo statické působení (mikroorganismy ztratí schopnost množení). A do fyzikálně-chemické dezinfekce spadá paroformaldehydová komora a dále také prací, mycí a čistící přístroje. Při používání chemické dezinfekce je důležité dodržovat určité zásady: tekuté dezinfekční prostředky se musí důkladně odměřit a naředit těsně před použitím a tím, že se zvýší teplota roztoku, se zlepší účinek dezinfekčního prostředku. Dezinfekce se může provádět omýváním, otíráním, ponořením nebo postřikem. Při dezinfekci materiálu, který je kontaminovaný biologickým materiálem, je třeba použít přípravků s virucidním účinkem. Při styku dezinfikovaného předmětu s potravinou je nutné tento předmět opláchnout horkou vodou. Dezinfekční přípravky je důležité střídat kvůli případnému vzniku rezistence mikrobů (1, 25, 27, 36).

1.7.3 Sterilizace

Sterilizace je souhrn opatření, které mají zabránit rozmnožování mikrobů nebo způsobí jejich úplné zničení. Sterilizují se všechny předměty, které slouží k vyšetření, ošetření a léčbě klientů invazivní technikou nebo zasahují do sterilního prostředí organismu. Před sterilizací se provádí příprava a ta spočívá v mechanickém očištění kontaminovaných předmětů (mytí, osušení a uložení do vhodného obalu). Dělí se na fyzikální a chemickou. Mezi fyzikální sterilizaci patří autoklávy, to je sterilizace vlhkým teplem, dále proudící horký vzduch, plazmová a radiační sterilizace. K chemické sterilizaci se používají plyny, které mají předepsané složení a koncentrace formaldehydu a ethylenoxid. Po dokončené sterilizaci je vhodný materiál odvětrat ve zvláštních skříních. Postupy sterilizace musí být schváleny hlavním hygienikem. O každé provedené sterilizaci je nutné vést záznam do sterilizačního deníku a popisovat také obaly vysterilizovaného materiálu datem sterilizace, datem expirace a kódem zdravotnického pracovníka, který sterilizaci provedl. Záznamy o sterilizaci se uchovávají až 15 let. Dále se také provádí kontrola sterilizace optická, ta zahrnuje kontrolu teploty, tlaku a doby sterilizace, dále chemický procesový test u autoklávy či formaldehydu, kde se změní barva sterilizačního media, dále bioindikátory a Bowie – Dick test, který se provádí u autoklávy denně. Vysterilizovaný materiál by se měl

uchovávat v bezprašném a suchém prostředí a ukládat do uzavřených skříní dóz nebo zásuvek (1, 25, 27).

2. Cíle práce a hypotézy, výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit informovanost ošetřujícího personálu o specifikách péče o ženy s STD.

Cíl 2: Zhodnocení situace dodržování zásad bariérové péče o ženy s STD.

Cíl 3: Vytvořit standard pro péči o ženy s STD.

2.2 Hypotézy

Ošetřující personál ví, jakým způsobem pečovat o ženy s STD.

2.3 Výzkumná otázka

Jaké zásady bariérové péče dodržuje ošetřující personál?

3. Metodika, charakteristika souboru

3.1 Metodika

Ke sběru dat bylo využito kvantitativní šetření formou anonymních dotazníků, které obsahovaly 30 otázek. Dotazníky byly rozděleny ve třech nemocničních zařízeních v různých krajích České republiky.

Skupinu dotazovaných tvořily sestry pracující na dermatovenerologickém a infekčním oddělení, které přijdou do styku se sexuálně přenosnými chorobami.

Předmětem práce je zjištění informovanosti ošetřujícího personálu o specifikách péče u žen se sexuálně přenosnými chorobami.

Vyhodnocení dat bylo zpracováno formou grafů a tabulek v MS Excel.

Dále byla pro výzkum využita metoda pozorování, kde byl vytvořen anonymní pozorovací arch, který byl rozdělen do 11ti oblastí. Pozorování se provádělo ve dvou zdravotnických zařízeních v různých krajích České republiky.

Skupinu pozorovaných tvořily sestry pracující na dermatovenerologickém a infekčním oddělení, které přišly do styku se sexuálně přenosnými chorobami.

Předmětem pozorování je zhodnocení situace dodržování zásad bariérové péče u žen se sexuálně přenosnými chorobami.

3.2 Charakteristika souboru

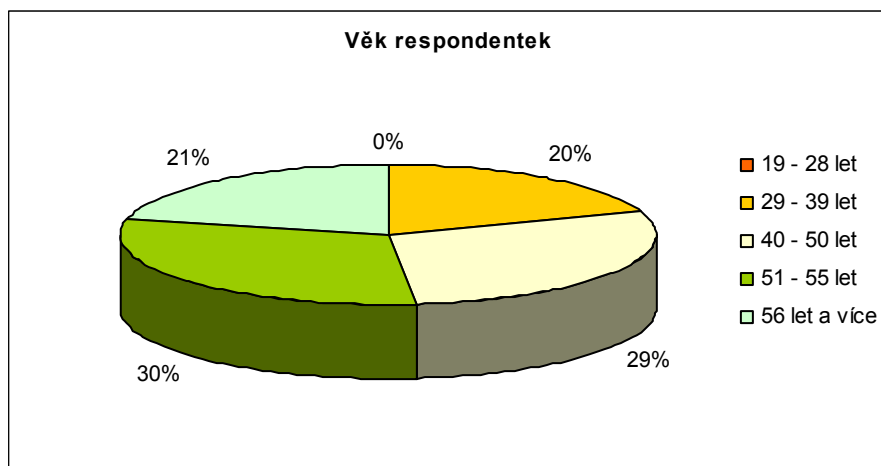
Skupinu dotazovaných v kvantitativním šetření tvořil ošetřující personál z vybraných zdravotnických zařízení, pracující na dermatovenerologickém a infekčním oddělení, který denně přichází do styku se sexuálně přenosnými chorobami. Vlastní výzkum probíhal ve třech zdravotnických zařízeních ve dvou krajích České republiky, a to v nemocnici České Budějovice a.s., Fakultní nemocnici v Praze Na Bulovce a Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou rovněž v Praze. Dotazník byl zaměřen na specifika péče o ženy se sexuálně přenosnými chorobami. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, vráceno bylo 76 (76 %) dotazníků, z čehož 20 dotazníků bylo z důvodu nevyplnění všech dat vyřazeno. Interpretace výsledků vychází z počtu 56 respondentek (56 %).

Pozorován byl ošetřující personál, jak dodržuje zásady bariérové péče ve vybraných zdravotnických zařízeních, pracujících na dermatovenerologickém a infekčním oddělení, který denně přichází do styku se sexuálně přenosnými chorobami. Vlastní výzkum probíhal ve dvou zdravotnických zařízeních ve dvou krajích České republiky, a to v nemocnici České Budějovice a.s. a ve Fakultní nemocnici Na Bulovce. Pozorování bylo zaměřeno na dodržování zásad bariérové ošetrovatelské péče u žen se sexuálně přenosnými chorobami. Celkem bylo vytvořeno 16 pozorovacích archů a na každé zdravotnické zařízení použito 8 pozorovacích archů. Celkový počet pozorovaných sester bylo 34.

4. Výsledky

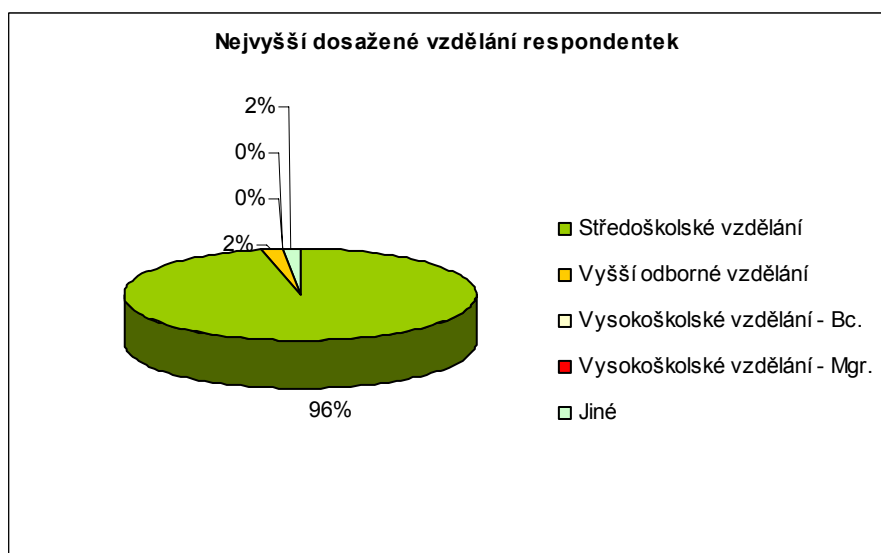
4.1 Interpretace výsledků dotazníkového šetření

Graf 1



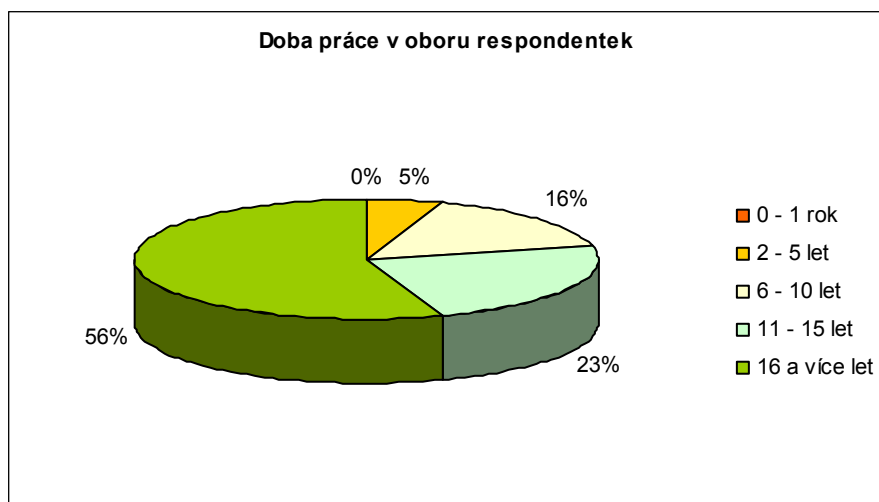
Z celkového počtu 56ti dotazovaných sester je 17 (30 %) mezi 51 – 55 lety, 16 sester (29 %) mezi 40 – 50 lety, 12 sester (21 %), kterým je více než 56 let, 11 sester (20 %) mezi 29 – 39 lety a ani jedna sestra, které by bylo méně než 29 let.

Graf 2



Z celkového počtu dotazovaných je 54 sester (96 %) středoškolsky vzdělaných, 1 sestra (2 %) má vyšší odbornou školu, 1 sestra má Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví Brno a žádná ze sester není vysokoškolsky vzdělaná.

Graf 3



Z celkového počtu dotazovaných pracuje v oboru 31 sester (56 %) 16 a více let, 13 sester (23 %) 11 – 15 let, 9 sester (16 %) 6 – 10 let, 3 sestry (5 %) 2 – 5 let a žádná sestra nepracuje v oboru kratší dobu než 2 roky.

Tabulka 1

Četnost setkání respondentek s STD za rok		
	Typy nemocí	Počet případů
a	Herpes simplex 2	49
b	Chlamydiové infekce	49
c	Syfilis	42
d	Virová hepatitida B	41
e	Kondylomata	40
f	HIV/AIDS	39
g	Candidóza	37
h	Kapavka	20
i	Trichomoniáza	12
j	Ulcus mole	0
k	Venerický lymfogranulom	0

V celkovém počtu dotazovaných se 49 sester (87,5 %) nejčastěji setkávají s Chlamydiovými infekcemi a s onemocněním Herpes simplex 2.

Tabulka 2 A

Počet setkání respondentek s onemocněním za rok		
Onemocnění	Počet setkání	Počet odpovědí
HIV/AIDS	1 – 10	16
	11 – 50	0
	51 – 100	0
	101 – 200	3
	201 – 300	8
	301 a více	13
Kapavka	1 – 5	21
	6 – 10	5
	11 a více	1
Syfilis	1 – 10	9
	11 – 30	7
	31 – 50	16
	51 – 70	6
	71 a více	1
Chlamydiové infekce	1 – 10	13
	11 – 30	18
	31 – 50	15
	51 a více	2
Kondylomata	1 – 10	9
	11 – 20	8
	21 – 30	10
	31 – 50	6
	51 a více	6

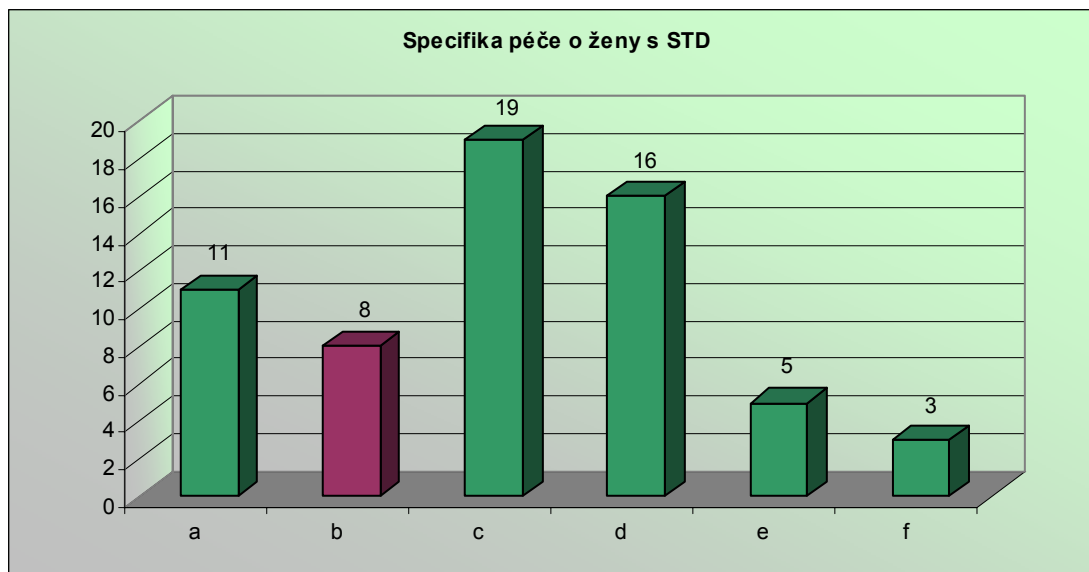
Tabulka 2 B

Počet setkání respondentek s onemocněním za rok		
Onemocnění	Počet setkání	Počet odpovědí
Herpes simplex 2	1 – 10	26
	11 – 20	11
	21 – 30	2
	31 a více	2
Trichomoniáza	1	4
	2 – 3	5
	4 - 5	2
Candidóza	1 – 10	20
	11 – 20	10
	21 – 30	3
	31 a více	4
VHB	1 – 10	14
	11 – 50	6
	51 – 150	2
	151 – 250	9
	251 – 350	3
	351 a více	4

Tabulka 3

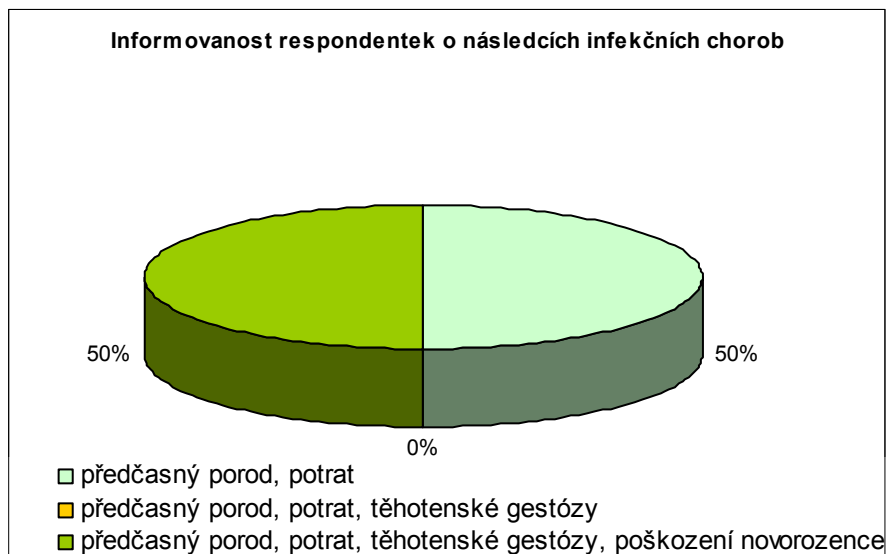
Setkání respondentek s těhotnými ženami s STD		
Onemocnění	Počet setkání	Počet odpovědí
HIV/AIDS	1 – 5	4
	6 – 15	10
	16 – 30	10
	31 a více	3
Kapavka	1	6
	2	1
Syfilis	1 – 5	27
	6 – 15	12
	16 – 25	5
Chlamydiové infekce	1 – 5	10
	6 – 15	1
	16 – 50	4
	51 – 100	5
	101 a více	1
Kondylomata	1 – 5	21
	6 – 15	3
	16 - 30	6
Herpes simplex 2	1 – 5	2
	6 – 10	3
	11 a více	2
Trichomoniáza	1 - 2	1
Candidóza	1 – 5	19
	6 - 10	1
VHB	1 – 5	22
	6 – 15	5
	16 a více	4

Graf 4



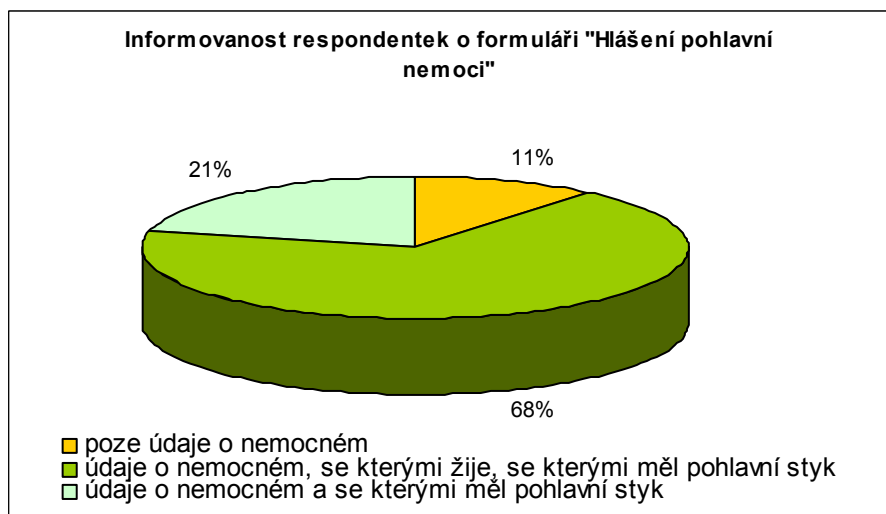
Na otázku, jaká jsou specifika péče o ženy s STD, byla z celkového počtu 62 odpovědí nejčastější, 19krát: **c** - zabránit přenosu infekce na dítě a do okolí; druhá nejčastější, 16krát: **d** - znát kontraindikované a teratogenní léky v graviditě; dále 11krát: **a** - porod S.C.; 8krát: **b** - žádná; 5krát: **e** - izolace pacientky; 3krát: **f** - hospitalizace, léčba, přeléčení.

Graf 5



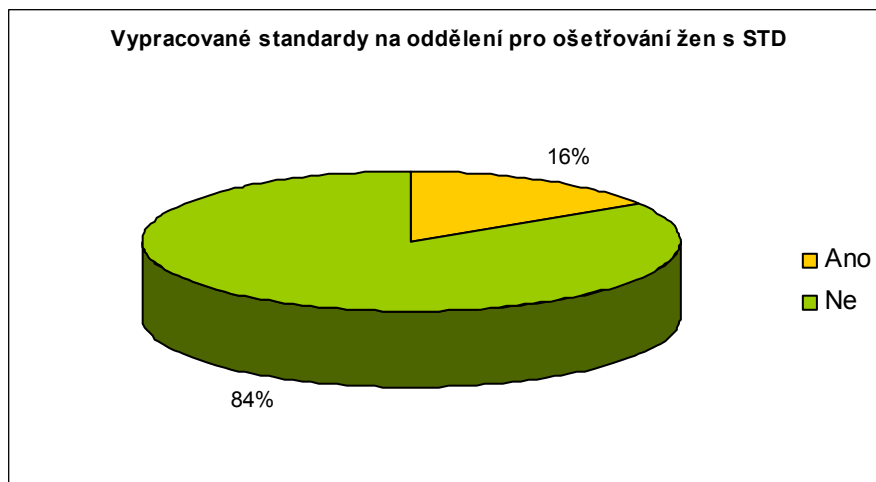
Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 28 sester (50 %) správně, na první špatnou odpověď neodpověděla žádná sestra a na druhou špatnou odpověď odpovědělo 28 sester (50 %).

Graf 6



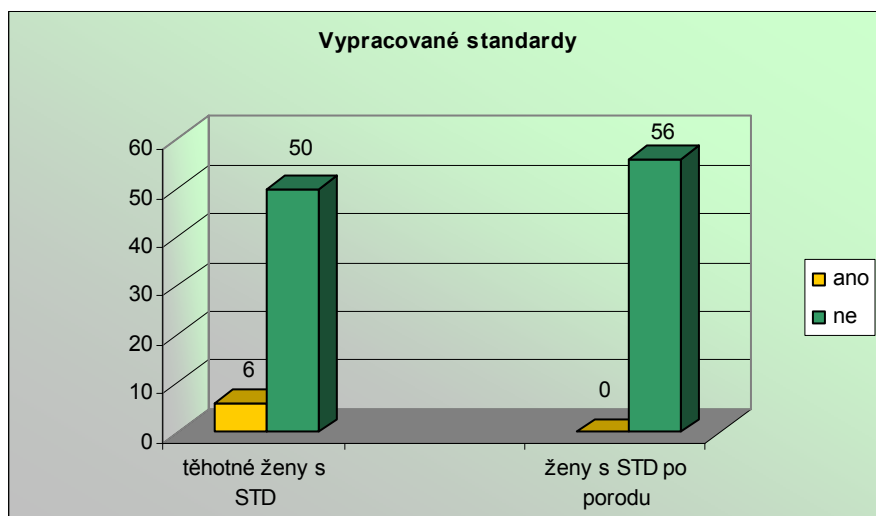
Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 38 sester (68 %) správně, že ve formuláři „Hlášení pohlavní nemoci“ se uvádí údaje o nemocném, osobách, které měly pohlavní styk s nemocným, se kterými nemocný žije, 12 sester (21 %) špatně, že se zde uvádí pouze údaje o nemocném a o osobách, které s ním měly pohlavní styk a 6 sester (11 %) špatně, že se zde uvádí pouze údaje o nemocném.

Graf 7



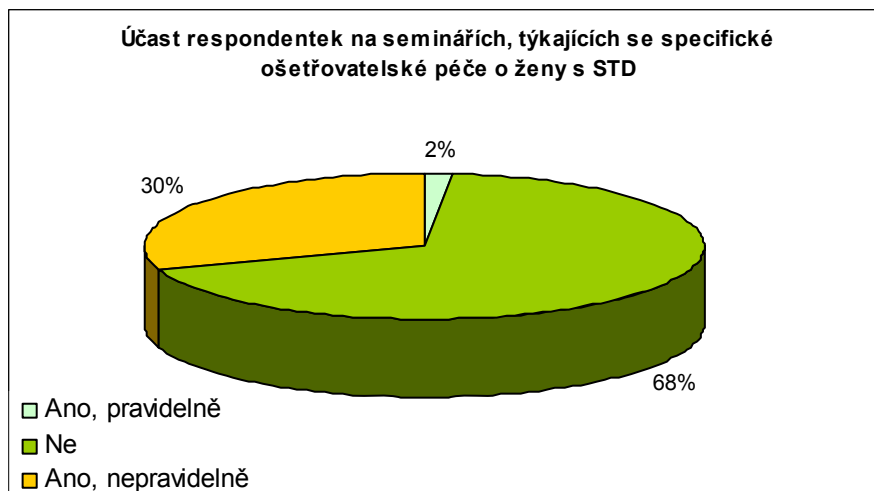
Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 47 sester (84 %) záporně na otázku, zda mají vypracované specifické standardy pro ošetřování žen s STD a 9 sester (16 %) odpověděly kladně.

Graf 8



Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 50 sester (89,3 %), že nemají standardy pro ošetřování těhotných s STD a 6 sester (10,7 %) odpovědělo kladně. 56 sester (100 %) odpovědělo, že nemají standardy pro ošetřování žen po porodu s STD.

Graf 9



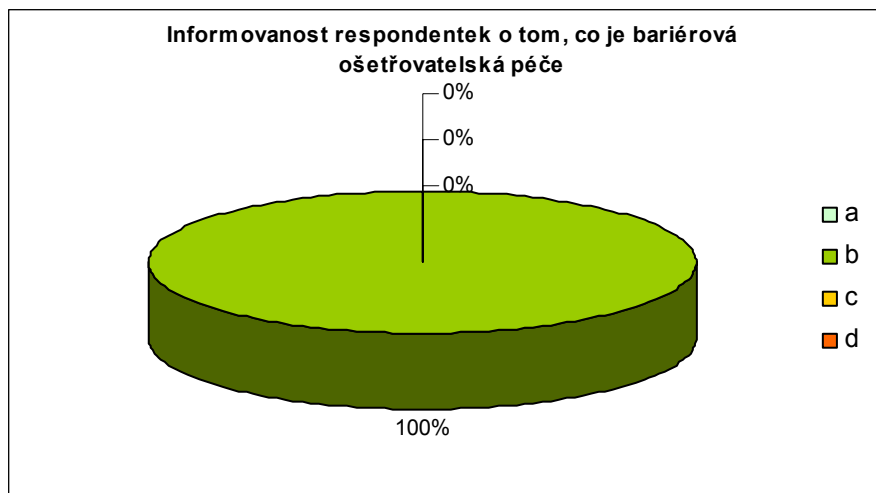
Z celkového počtu dotazovaných navštěvuje semináře týkající se specifické ošetrovatelské péče o ženy s STD 1 sestra (2 %) pravidelně, 17 sester (30 %) nepravidelně a 38 sester (68 %) nenavštěvují semináře vůbec.

Graf 10



Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 55 sester (98 %) správně na otázku co je to dispenzarizující zařízení: **a** - zdravotnické zařízení, které sleduje zdravotní stav fyzických osob za účelem předcházení nebo odstraňování příčin zhoršení zdravotního stavu nebo funkcí jednotlivých orgánů a systémů a 1 sestra (2 %) zvolila špatnou odpověď – **b** (zařízení, které sleduje psychický stav fyzických osob).

Graf 11



Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 56 sester (100 %) správně na otázku co je bariérová ošetrovatelská péče: **b** - je systém pracovních a organizačních opatření, které mají zabránit vzniku a šíření nozokomiálních nákaz.

Graf 12

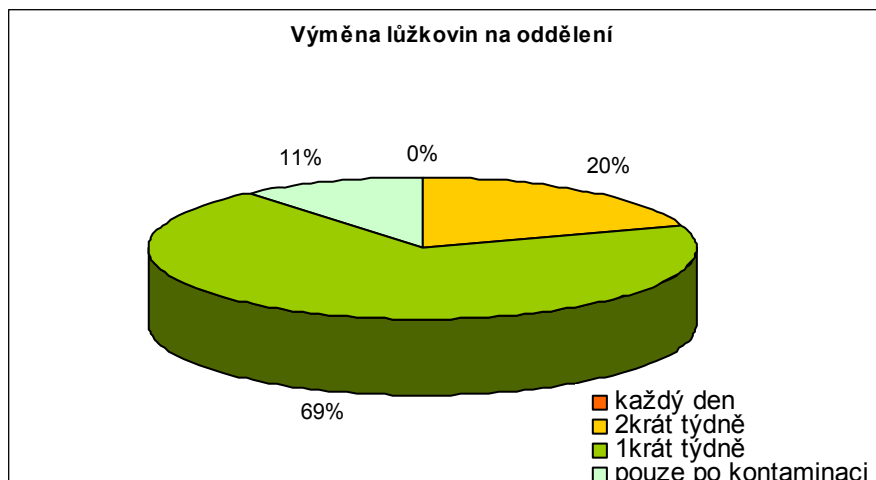


Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo pouze 22 sester (39 %) správně na otázku u koho se bariérová péče provádí: **a** - u všech pacientů, 27 sester (49 %) si myslí, že se provádí pouze u pacientů, trpících infekčním onemocněním - **c**, 4 sestry (7 %), že se provádí pouze na infekčním oddělení, u infekčních pacientů a na operačních sálech – **d**, a 3 sestry (5 %), že se provádí pouze na infekčním oddělení - **b**.

Tabulka 4

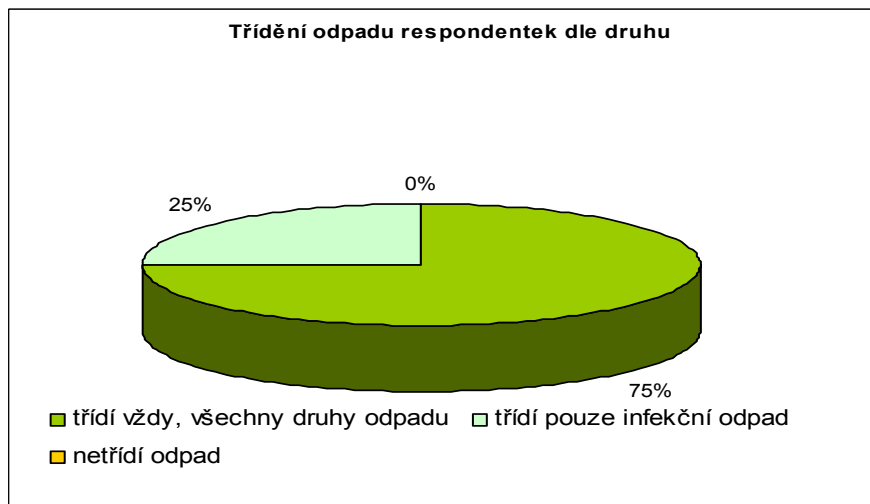
Jaké postupy patří do bariérové ošetrovatelské péče		
	Počet odpovědí	Správná odpověď
Používání ochranného oděvu a ochranných pomůcek, požadavky na zacházení s biologickým materiálem.	55	ANO
Požadavky na manipulaci se zdravotnickým odpadem.	45	ANO
Nepoškozovat zbytečně kožní bariéru pacienta, používání individuálních a jednorázových pomůcek.	17	ANO
Požadavky na manipulaci s prádlem a požadavky na provádění dezinfekce a sterilizace.	48	ANO
Používání individuálních a jednorázových pomůcek, požadavky na provádění dezinfekce a sterilizace.	52	ANO
Používání individuálních a jednorázových pomůcek, požadavky na provádění dezinfekce, ne sterilizace.	1	NE
Realizace karanténních – izolačních opatření v případě výskytu nozokomiální nákazy, používání dezinfekčního mýdla a dezinfekce i mimo zdravotnické zařízení.	19	NE
Používání individuálních a jednorázových pomůcek, požadavky na provádění dezinfekce a sterilizace, bezbariérový přístup pro pacienty.	4	NE

Graf 13



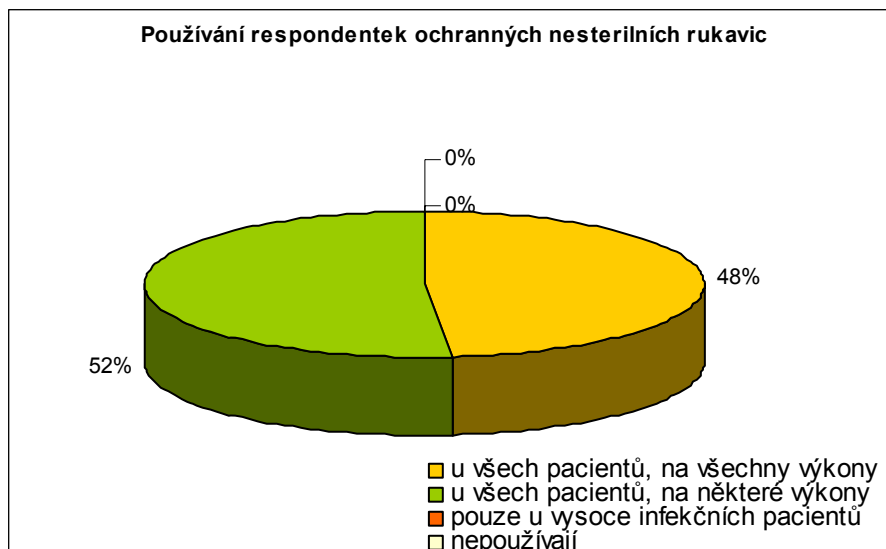
Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 39 sester (69 %) správně, že se výměna lůžkovin provádí nejméně jednou týdně, ke každé odpovědi bylo přiřazeno: podle potřeby, vždy po kontaminaci a operačním výkonu a po propuštění nebo přeložení pacienta.

Graf 14



Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 42 sester (75 %), že třídí všechny druhy odpadu, 14 sester (25 %) třídí pouze infekční odpad.

Graf 15



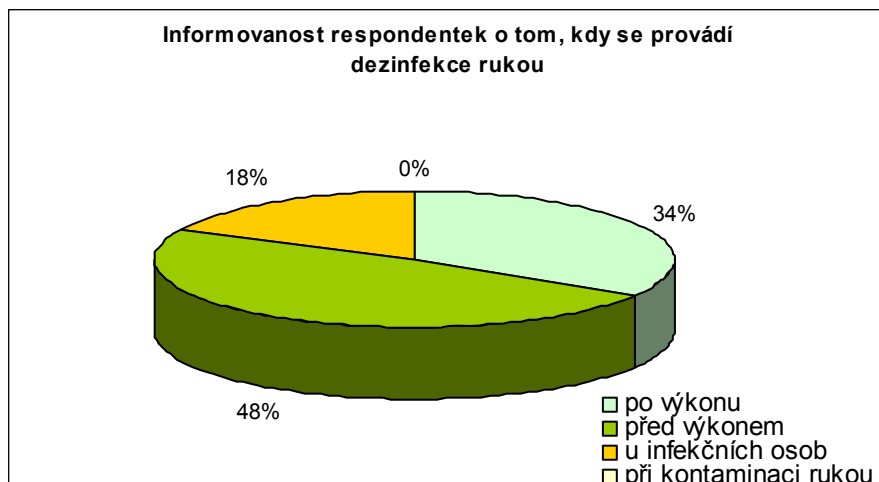
Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 29 sester (52 %), že používají ochranné nesterilní rukavice pouze na některé výkony, 27 sester (48 %) je používají u všech pacientů na všechny výkony.

Graf 16



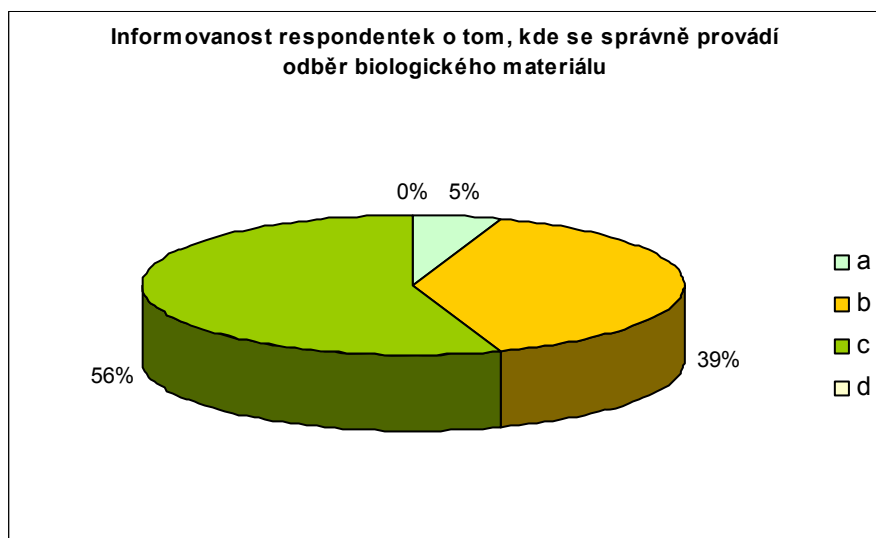
Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 56 sester (100 %), že nekříží cesty se špinavým a čistým materiálem.

Graf 17



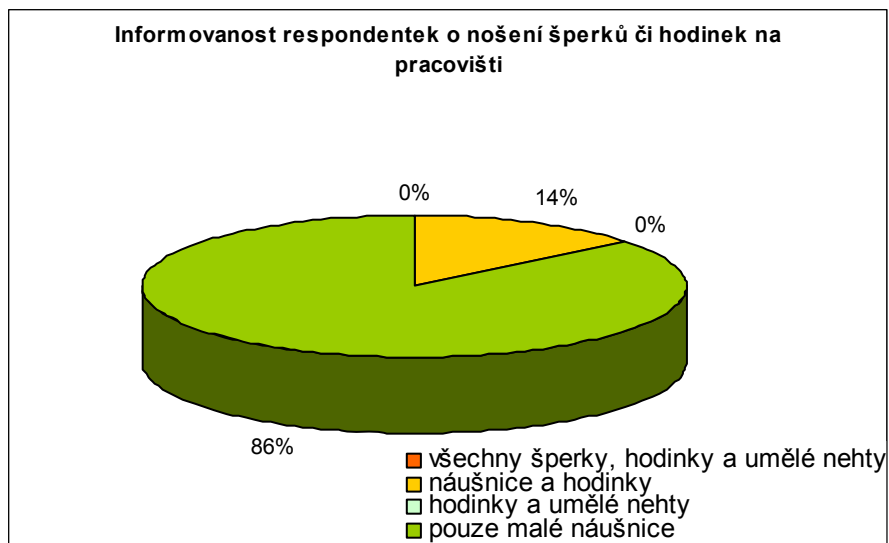
Z celkového počtu dotazovaných zvolilo pouze 19 sester (34 %) správnou odpověď, k odpovědím bylo v dotazníku ještě přiřazeno: po manipulaci s biologickým materiálem, prádlem, před parenterálním výkonem.

Graf 18



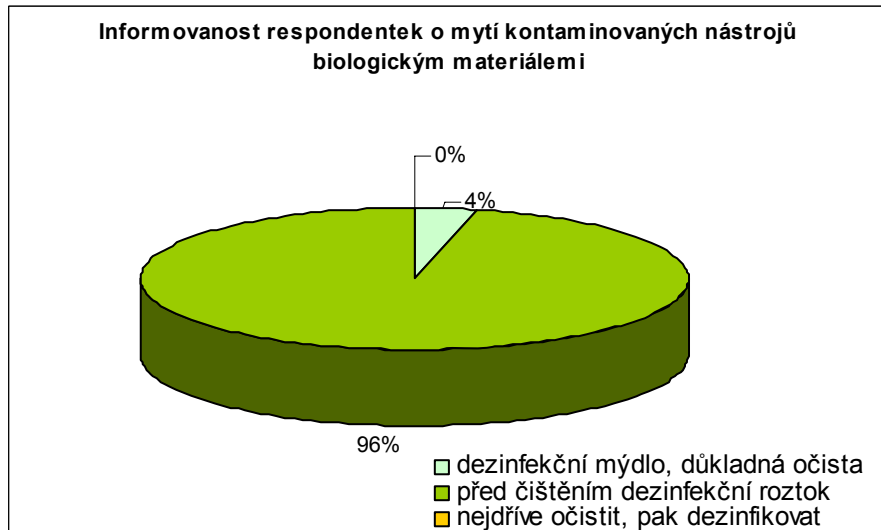
Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 31 sester (56 %), špatně **c** - u lůžka pacienta, pouze 22 sester (39 %) odpovědělo správně **b** - v příjmové místnosti nebo výjimečně v prostorách, které splňují hygienické požadavky pro odběr biologického materiálu; **a** – pouze v příjmové místnosti (5 %); **d** – kdekoli na oddělení.

Graf 19



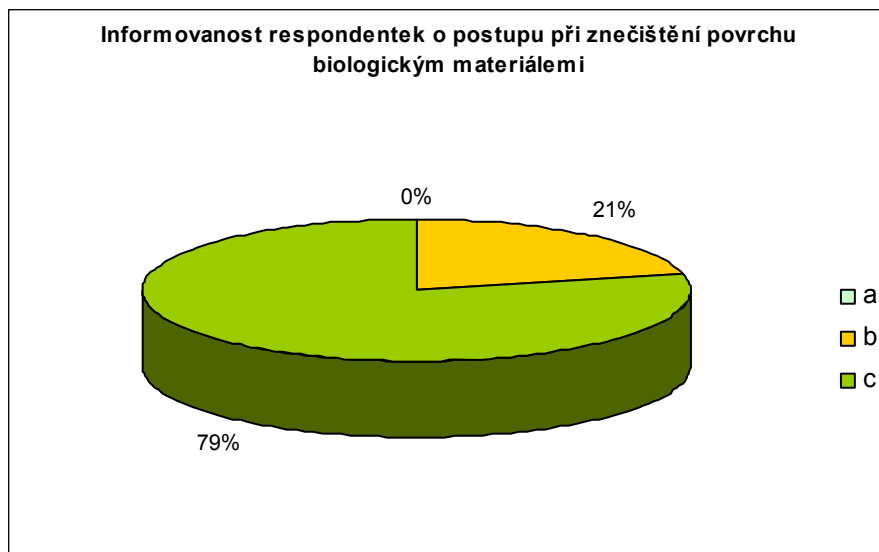
Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 48 sester (86 %) správně, 8 sester (14 %) si myslí, že jsou povolené i hodinky na ruce.

Graf 20



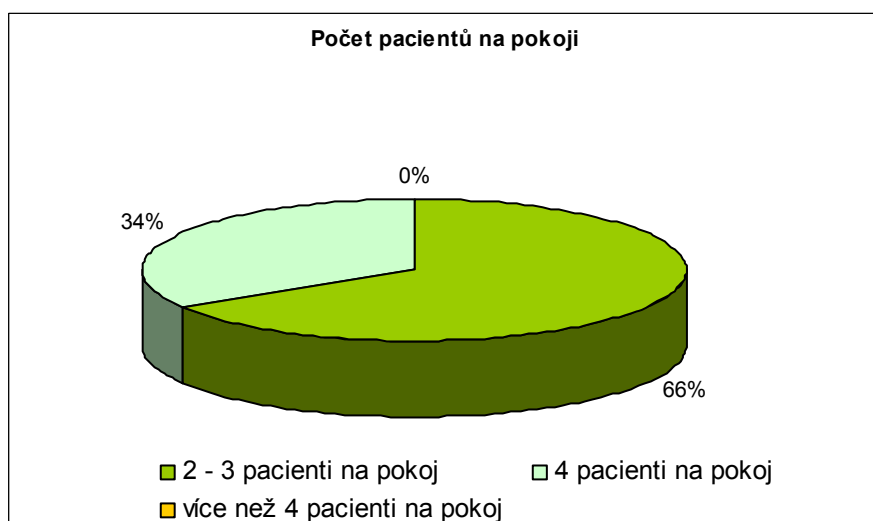
Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo správně 54 sester (96 %), že je nutná dekontaminace dezinfekčním roztokem před mechanickou očistou; 2 sestry (4 %), je nejprve nutné omýt dezinfekčním mýdlem a důkladně vyčistit.

Graf 21



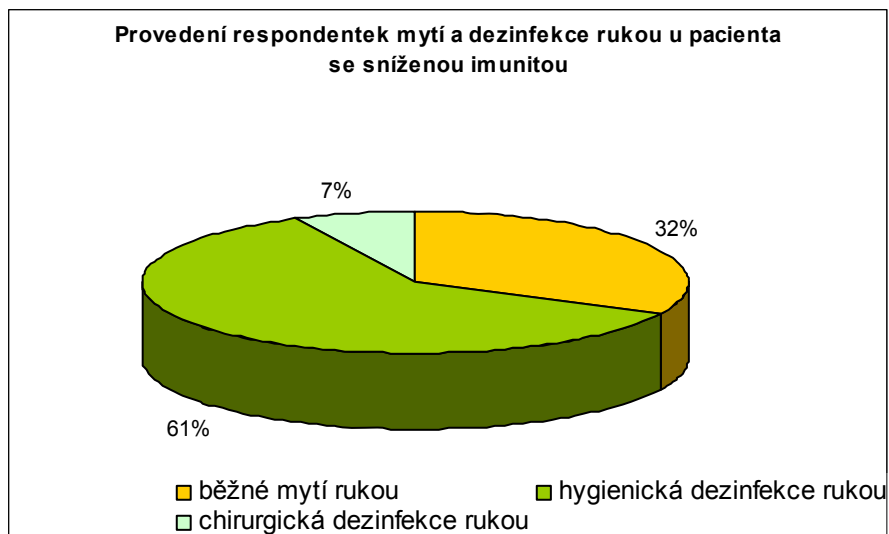
Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo správně 44 sester (79 %) – **c**, nejdříve dezinfekce, poté setřít a omýt povrch; **b** - nejdříve dezinfekce, poté setřít, 12 sester (21 %); **a** – nejprve setřít a poté dezinfikovat.

Graf 22



Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 37 sester (66 %), že na pokojích na oddělení mají 2 – 3 pacienty, 19 sester (34 %) má na oddělení 4 pacienty na pokoj a více než 4 pacienti na pokoj se nevyskytují na žádném oddělení.

Graf 23



Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 34 sester (61 %) správně, jak budou provádět mytí a dezinfekci rukou u pacienta se sníženou imunitou, 18 sester (32 %) by provádělo běžné mytí rukou jakou ostatních pacientů a 4 sestry (7 %) by provedlo chirurgickou dezinfekci rukou.

Graf 24



Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 22 sester (39 %) správně; 25 sester (45 %) zaměnilo s chirurgickou dezinfekcí rukou; 9 (16 %) nezná přípravek na suché ruce

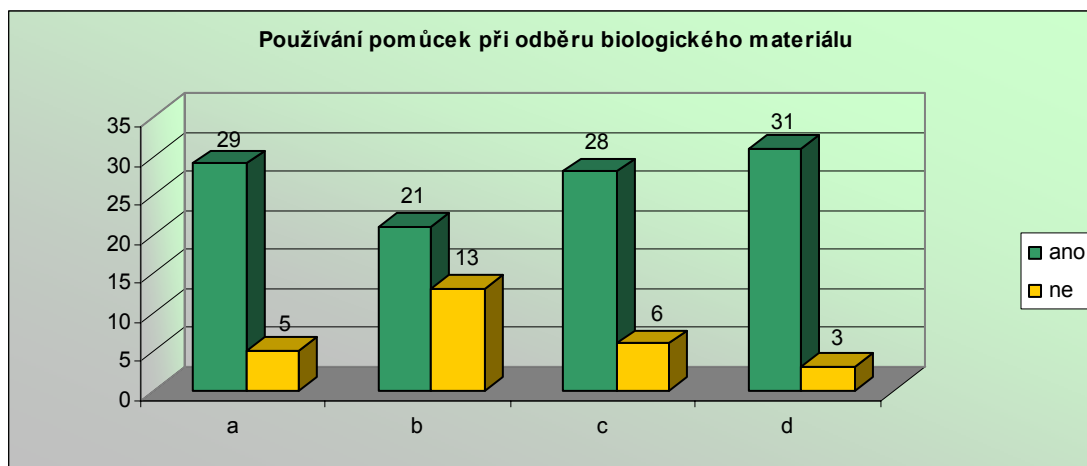
Graf 25



Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 37 sester (66 %) správně, že se při dekontaminaci materiálu musí použít přípravek s virucidním účinkem; 19 sester (34 %) si myslí, že se musí použít přípravek s baktericidním účinkem.

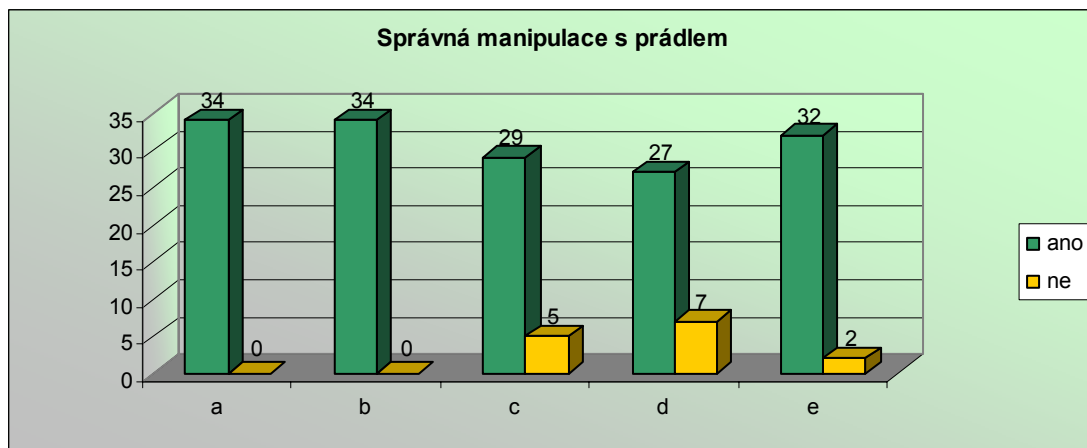
4.2 Interpretace výsledků pozorování

Graf 26



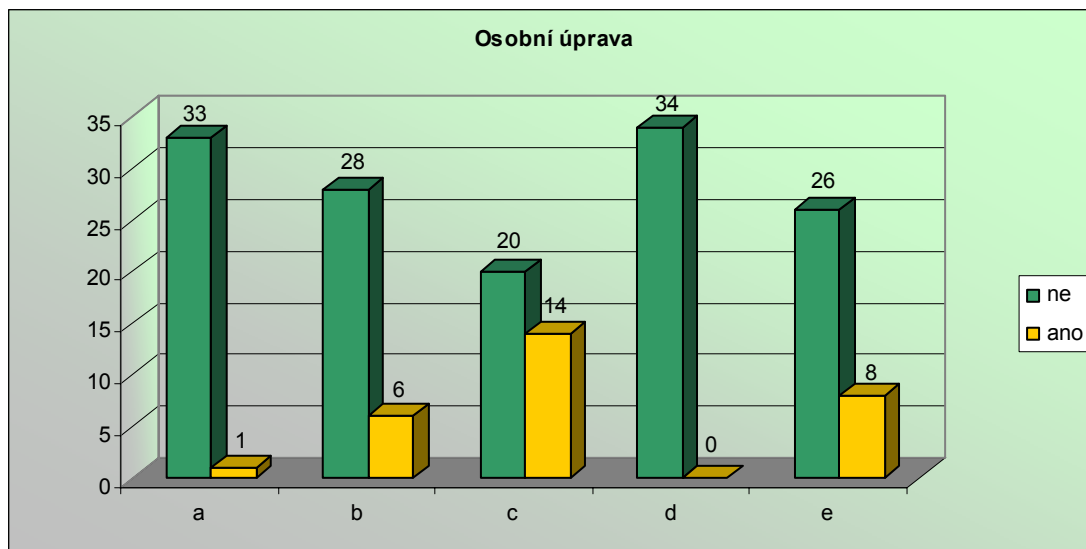
Tato oblast pozorování je zaměřena na: **a** – používání rukavic při odběru biologického materiálu, 29 správně; **b** – likvidace jednorázových stříkaček a jehel bez ručního oddělování, 21 správně; **c**–likvidace jednorázových pomůcek dle předpisů, 28 správně; **d** – správná manipulace se sterilními pomůckami, 31 správně.

Graf 27



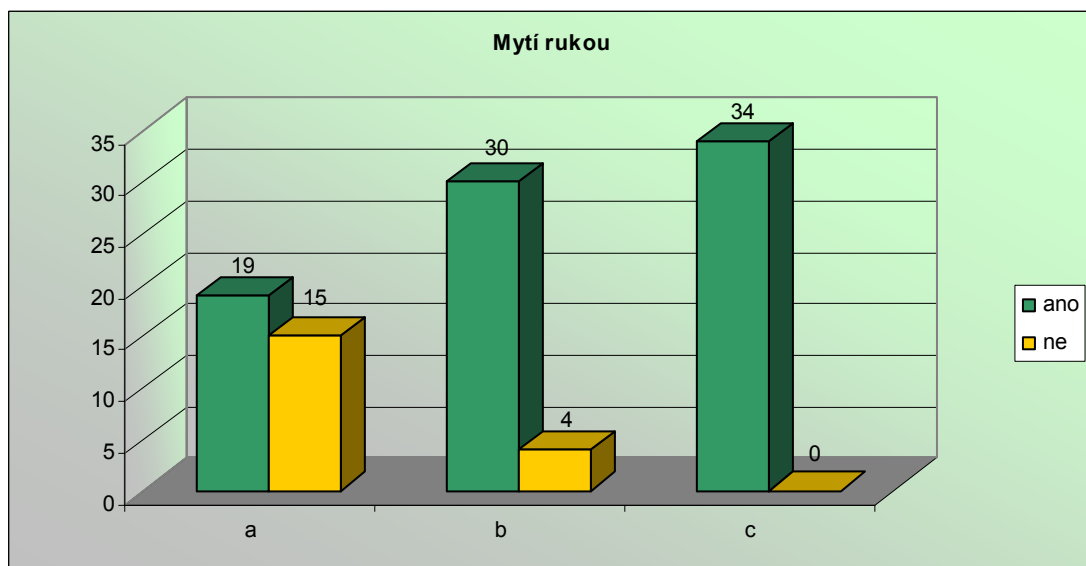
Tato oblast pozorování je zaměřena na: **a** – třídění použitého infekčního a neinfekčního prádla, správně 34; **b**-ukládání čistého prádla do určených skříní, správně 34; **c**-použití vozíku, správně 29; **d**-odhazování špinavého na určená místa, správně 27; **e**-šetrná manipulace se špinavým prádlem, správně 32 sester.

Graf 28



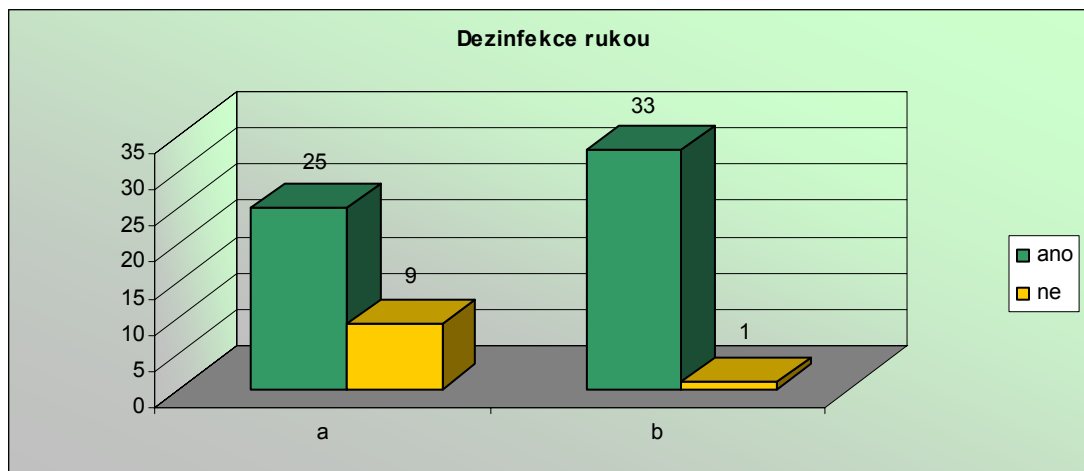
Tato oblast pozorování je zaměřena na: **a** - špinavý pracovní oděv, správně 33; **b** - nošení hodinek na ruce, správně 28; **c** - nošení šperků na ruce, správně 20; **d** - nošení umělých nehtů, správně 34; **e** - špatná úprava dlouhých vlasů, správně 26 sester.

Graf 29



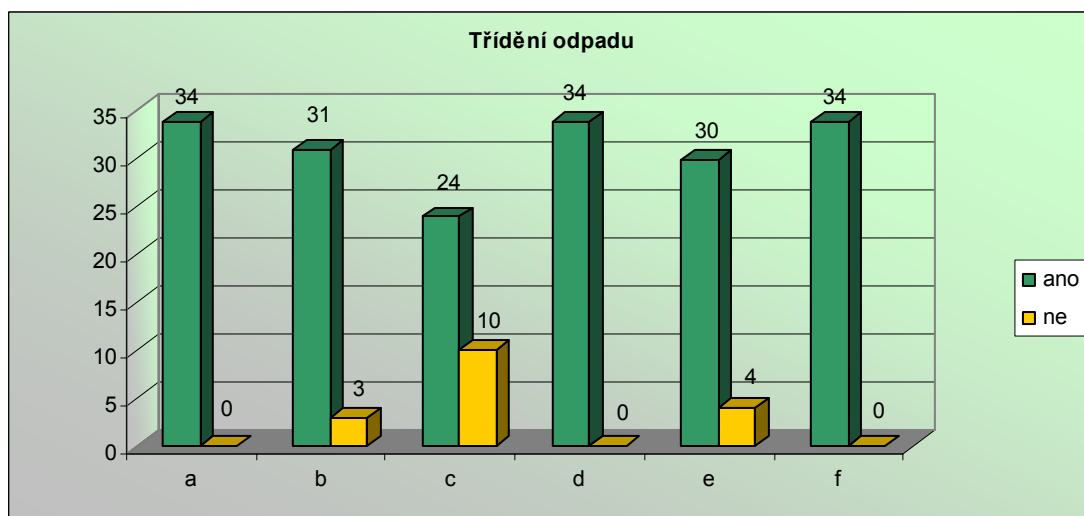
Tato oblast pozorování je zaměřena na: **a** - mytí rukou před výkonem, 19 sester si ruce myjí; **b** - po výkonu, ano 30 sester; **c** - utírání rukou jednorázovými papírovými ručníky, ano 34 sester.

Graf 30



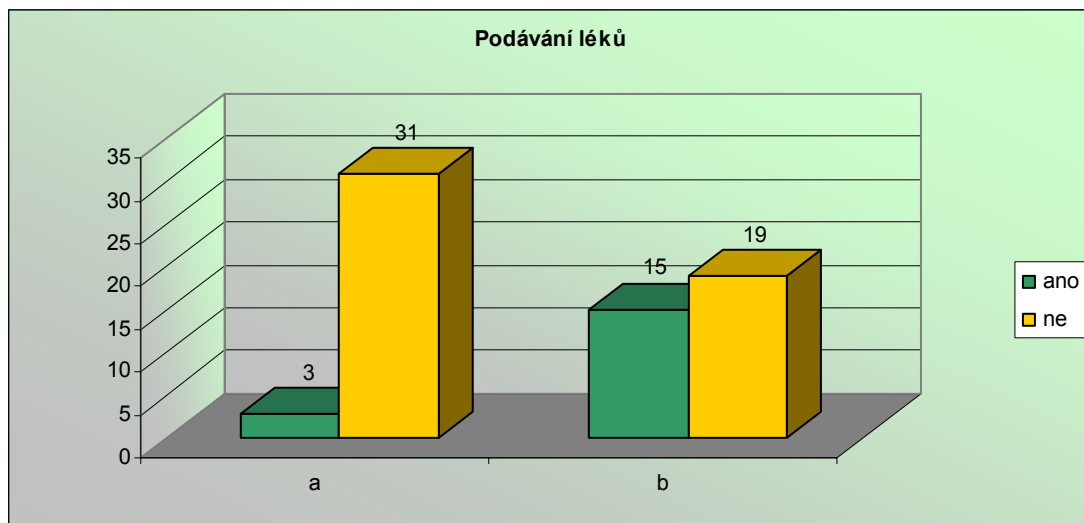
Tato oblast pozorování je zaměřena na: **a** - dezinfekci rukou před výkonem, 25 sester ji provádí; **b** - po výkonu, provádí ji 33 sester z celkového počtu 34 pozorovaných sester.

Graf 31



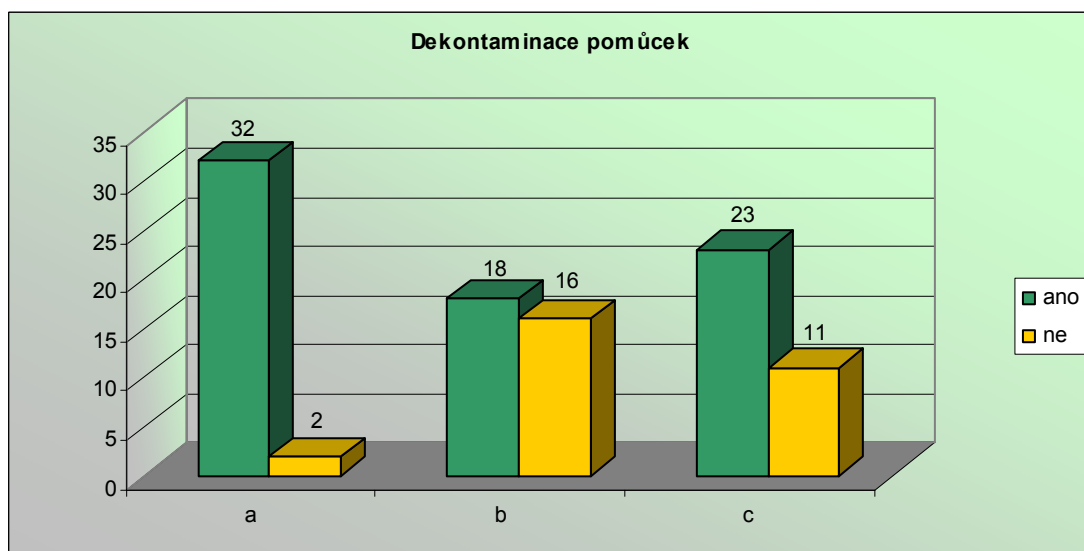
Tato oblast pozorování je zaměřena na: **a** - třídění ostrých předmětů, 34 pozorovaných třídí správně; **b** - sklo, správně 31 sester; **c** - papír, správně 24 sester; **d** - plasty, 34 sester; **e** - komunální odpad, správně 30 sester; **f** - infekční odpad, správně třídí 34 pozorovaných sester.

Graf 32



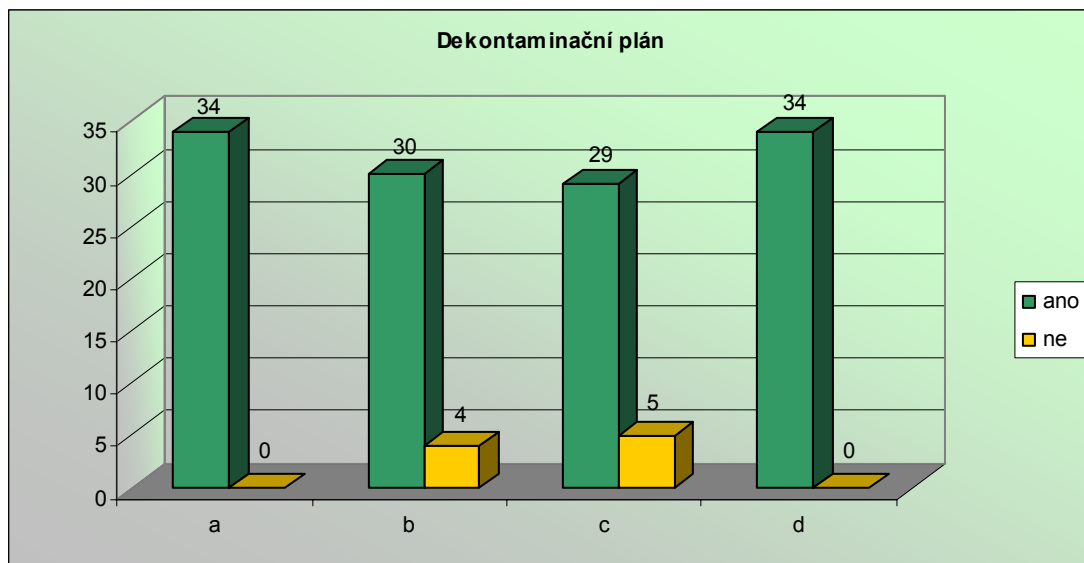
Tato oblast pozorování je zaměřena na: **a** – používání pinzety, 3 sestry správně; **b** – používání půlítka na léky, 15 sester správně.

Graf 33



Tato oblast pozorování je zaměřena na: **a** – výměnu lůžkovin po kontaminaci biologickým materiálem, správně 32 sester; **b** – dezinfekci použitých nástrojů 18 správně; **c** – použití virucidního prostředku před očištěním povrchu, kontaminovaným biologickým materiálem, správně 23 pozorovaných sester.

Graf 34



Tato oblast pozorování je zaměřena na: **a** – pravidelné střídání dezinfekčních roztoků, správně 34 pozorovaných sester; **b** – dodržování koncentrací, správně 30 sester; **c** – dodržení expozice dezinfekčního prostředku, správně 29 sester; **d** – dodržení expirace dezinfekčních prostředků, správně 34 pozorovaných sester.

5. Diskuze

V současné době je problém sexuálně přenosných chorob stále aktuální a zvláště pak v těhotenství a při porodu. Je zde velmi důležitá lékařská a ošetrovatelská péče kvůli zabránění přenosu infekce na dítě. Z tohoto důvodu byl výzkum zaměřen na specifika péče o ženy se sexuálně přenosnými chorobami a dodržování zásad bariérové péče ošetřujícím personálem.

Provádění vlastního výzkumu nebylo jednoduché z důvodu snížené ochoty personálu se průzkumu podrobit. V případě kvantitativního šetření některé sestry, pracující na dermatovenerologickém nebo infekčním oddělení, nebyly ochotné vyplňovat dotazník, například z důvodů časových. Na některých odděleních mi bylo dokonce řečeno, že dotazník je jako nějaký test a ony nehodlají být zkoušené. V případě pozorování šetření to bylo obdobné. Na druhou stranu musím říci, že ostatní sestry mi vyšly vstříc, byly na mě velmi milé a zodpověděly mi všechny mé dotazy.

V bakalářské práci jsou uvedeny 3 identifikační grafy. Identifikační graf 1 popisuje věk respondentek. Z grafu vyplývá, že na dermatovenerologickém nebo infekčním oddělení pracují z největší části (30 %) sestry, kterým je 51 – 55 let. Na druhém místě byla věková kategorie 40 – 50let (29 %), na třetím více než 56 let, na čtvrtém místě 29 – 39 let (20 %). Dále je z grafu vidět, že na tomto oddělení nepracuje ani jedna sestra, mladší 29-ti let. Graf 2 udává, jakého nejvyššího vzdělání respondentky dosáhly. Bylo zjištěno, že nejvíce (96 %) respondentek má pouze středoškolské vzdělání, pouhá 2 % dotazovaných mají vyšší odborné vzdělání a Institut postgraduálního vzdělávání Brno. Třetí identifikační graf ukazuje, jak dlouho respondentky pracují v oboru. Je zde vidět, že nejvíce dotazovaných (56 %) pracuje v oboru déle než 16 let, 23 % 11 – 15 let, 16 % 6 – 10 let, 5 % 2 – 5 let a méně než 2 roky zde nepracuje žádná dotazovaná respondentka.

Ohledně výskytu různých typů STD byly sestaveny tabulky. Tabulka 1 poukazuje na to, s jakými sexuálně přenosnými chorobami se dotazované respondentky setkaly za poslední rok. Podle odpovědí se ukázalo, že nejvíce respondentek se setkala s chlamydiovými infekcemi a s onemocněním herpes simplex typu 2. Na posledním místě jsou měkký vřed a venerický lymfogranulom, kdy bylo odpovězeno, že s těmito

onemocněními se nesetkala žádná respondentka, což souhlasí s Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR, který tvrdí, že nebyl hlášen žádný případ těchto onemocnění od roku 1994. Tabulka 2 A i tabulka 2 B říkají, kolikrát se jednotlivá respondentka setkala s konkrétním onemocněním za rok, z čehož vyplývá, že dotazované respondentky se v největším množství setkávají s onemocněním HIV/AIDS a Virovou hepatitidou B. Na druhé místo by se dala zařadit kondylomata, chlamydiové infekce a syfilis, dále herpes simplex 2 a kandidóza a do poslední skupiny, kde se s onemocněním respondentky setkaly v nejmenším množství by patřila kapavka a trichomoniáza. V tabulce 3 je uvedeno kolikrát se respondentky setkaly s těhotnou ženou, která měla STD. Z tohoto vyplývá, že dotazované respondentky se setkávají v největším množství s chlamydiovými infekcemi a v nejmenším množství těhotných žen s trichomoniázou.

Graf 4 nám popisuje jaká jsou specifika péče o ženy s STD. Z celkového počtu 62 odpovědí byla nejčastější, 19krát: zabránit přenosu infekce na dítě a do okolí; druhá nejčastější, 16krát: znát kontraindikované a teratogenní léky v graviditě; dále 11krát: porod Císařským řezem; 8krát žádná; 5krát izolace pacientky; 3krát hospitalizace, léčba, přeléčení. Tyto odpovědi jsou bezpochyby správné, ale není zde možno porovnat je s odbornou literaturou, protože odborná literatura se na konkrétní specifika péče o ženy s STD nezaměřuje.

V grafu 5 je ukázáno, co mohou způsobit infekční choroby v graviditě. Kde pouze 28 odpovědí (50 %) bylo správných, kdy odpověď zněla: předčasný porod a potrat. Druhých 28 odpovědí znělo: předčasný porod, potrat, těhotenské gestózy a poškození novorozence. V této odpovědi je poškození novorozence samozřejmě správný příklad, ale odpověď celá je špatně a i přesto ji zvolilo 50 % dotazovaných. Dle odborné literatury nemají těhotenské gestózy zjevnou příčinu, příčinou je zde samo těhotenství.

Celkem překvapivé pro mě byly výsledky v grafu 6, kde jsou ukázány odpovědi, co se vyplňuje ve formuláři „Hlášení pohlavní nemoci“, kterou popisuje graf 6. Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 38 sester (68 %) správně, že ve formuláři se uvádí údaje o nemocném, osobách, které měly pohlavní styk s nemocným a se

kterými nemocný žije, 12 sester (21 %) špatně, že se zde uvádí pouze údaje o nemocném a o osobách, které s ním měly pohlavní styk a 6 sester (11 %) špatně, že se zde uvádí pouze údaje o nemocném. I když je výsledek celkem pozitivní, myslela jsem si, že s touto otázkou nebude mít žádná sestra problém, což se nestalo.

Graf 9 nám poukazuje na skutečnost, že semináře týkající se specifické ošetrovatelské péče o ženy s STD pravidelně navštěvuje pouze 2 % dotazovaných, nepravidelně 30 % a vůbec je nenavštěvuje celých 68 % dotazovaných respondentek. Toto je dle mého názoru velká škoda, protože STD jsou specifická onemocnění, zejména svou choulostivostí a sestry by měly mít zájem dozvědět se nejnovější trendy v této oblasti, zejména co se týká těhotných žen, protože tato skupina je ještě více charakteristická a v případě zanedbání péče, je zde ohrožena nejen žena, ale i její dítě.

Velmi dobrým výsledkem se ukázal graf 10, kde je vidět, že celých 98 % dotazovaných je dobře informováno o tom, co je dispenzarizující zařízení. A dále je také skvělý výsledek, že celých 100 % dotazovaných respondentek je správně informováno, co je to bariérová ošetrovatelská péče, jak je vidět v grafu 11. Z grafu 12 je možno pozorovat, že až 49 % dotazovaných si myslí, že se bariérová péče provádí pouze u pacientů, trpících infekčním onemocněním, což je špatná odpověď. Podle odborné literatury a vyhlášky 195/2005 Sb. je důležité dodržovat ošetrovatelský bariérový režim u všech pacientů a podle mého názoru je to dobře, protože nikdo nechce nozokomiální nákazy. S tímto souhlasí pouze 39 % respondentek. Dalších 7 % si myslí, že se provádí pouze na infekčním oddělení, u infekčních pacientů a na operačních sálech a posledních 5 %, že se provádí pouze na infekčním oddělení. O tom jaké postupy patří do bariérové ošetrovatelské péče a jak na tuto otázku respondentky odpovídaly vypovídá tabulka 4. Z celkového počtu dotazovaných nejvíce sester neví, že do bariérové péče patří mimo jiné nepoškozovat zbytečně kožní bariéru pacienta, používání individuálních a jednorázových pomůcek. Jinak je výsledek také pozitivní.

Následující grafy se věnují tomu, zda se zdravotnický personál chová na pracovišti podle předpisů daných zákonem. Graf 13 ukazuje skutečnost, že 69 % sester provádí výměnu lůžkovin správně, a to podle potřeby, nejméně jednou týdně, vždy po kontaminaci a operačním výkonu a po propuštění nebo přeložení pacienta. Graf 14 je

zaměřen na to jestli sestry třídí odpad a jaké druhy. Ukázalo se, že z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 75 % sester, že třídí všechny druhy odpadu a 25 % sester třídí pouze infekční odpad, ani jedna respondentka neodpověděla, že odpad netřídí. Dále nám graf 15 ukazuje, že z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 52 % sester, že používají ochranné nesterilní rukavice pouze na některé výkony u všech pacientů a 48 % sester je používají u všech pacientů na všechny výkony. Je to celkem uspokojivé, protože ani jednu sestru nenapadlo odpovědět, že je používají pouze u vysoce infekčních pacientů. Graf 16, s vynikajícím výsledkem, poohlíží na skutečnost, že všechny dotazované respondentky dodržují zásadu „nekřížit cesty se špinavým a čistým materiálem“. Graf 17 je zaměřen na skutečnost, kdy se musí provést dezinfekce rukou. Zde je výsledek spíše negativní, protože z celkového počtu dotazovaných zvolilo pouze 34 % sester správnou odpověď. Graf 18 znázorňuje odpovědi respondentek na otázku, kde se má správně provádět odběr biologického materiálu. Zde z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 56 % sester špatně, že se odběr biologického materiálu provádí u lůžka pacienta, pouze 39 % sester odpovědělo správně, že se odběr provádí pouze v příjmové místnosti nebo výjimečně v prostorách, které splňují hygienické požadavky pro odběr biologického materiálu. Naopak další pozitivní výsledek je vidět v grafu 19, kde je sledováno povědomí ošetřujícího personálu o tom jaké šperky jsou povoleny nosit na pracovišti. Celých 86 % respondentek odpovědělo, že se na pracovišti smí nosit pouze malé náušnice a 14 % si myslí, že jsou povolené i hodinky na ruce. Vynikajícím výsledkem je také graf 20, kde je vidět, že ošetřující personál ví jakým způsobem nakládat s nástroji, kontaminovanými biologickým materiálem tzn., že 96 % respondentek ví, že mechanická očista nástrojů následuje až po dekontaminaci dezinfekčním roztokem. Dále 79 % respondentek je správně informováno o tom, jak postupovat v případě znečištění povrchu biologickým materiálem, jak lze pozorovat v grafu 21. a ještě k tomu 66 % respondentek ví, že je nutno na kontaminovaný materiál použít dezinfekční přípravek s virucidním účinkem, jak je ukázáno v grafu 25. 61 % dotazovaných respondentek se zachová správně, podle předpisů, v případě styku s pacientem, který má sníženou imunitu a to, že je zde nutná hygienická dezinfekce rukou. Tato skutečnost je ukázána v grafu 23. Nicméně odborná literatura píše, že se

hygienická dezinfekce rukou provádí tak, že se ruce ponoří na stanovenou dobu do dezinfekčního roztoku a poté se oplachují nebo se používá alkoholový přípravek na suché ruce a nechá se zaschnout. S tímto se slučuje pouze 39 % odpovědí z celkového počtu respondentek.

Téměř všechny tyto zjištěné skutečnosti jsou dobré a jsou v souladu s vyhláškou 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

V hypotéze je předpoklad, že ošetřující personál ví, jakým způsobem pečovat o ženy se sexuálně přenosnými chorobami. Jsem velmi potěšena, když mohu říci, že tomu tak je, a že výsledky kvantitativního výzkumu dopadly dobře, až na některé výjimky s negativními výsledky, ale těch je méně. Většina otázek, které se týkají péče o ženy s STD měly pozitivní výsledky, dosahují přes 65 % správných odpovědí a na některé otázky odpovídaly sestry správně i ze 100 %. 1. cíl byl splněn, hypotéza je potvrzena.

Další fáze výzkumu byla zaměřena na pozorování, zda ošetřující personál dodržuje zásady bariérové ošetrovatelské péče. Pozorování bylo rozděleno do dvanácti oblastí a z toho většina byla popsána grafem.

Graf 26 hodnotí používání pomůcek při odběru biologického materiálu, v této oblasti bylo sledováno, zda ošetřující personál používá jednorázové nesterilní rukavice při odběru biologického materiálu. Ukázalo se, že sestry jsou v tomto ohledu velmi pečlivé, 29 ze 34 sester, používá rukavice na odběry veškerého biologického materiálu, bez rozdílu. Dále zde bylo hodnoceno, jestli sestry likvidují stříkačky a jehly pomocí speciálních pomůcek na jejich oddělení, nebo to provádějí rukou. Vyšlo zde, že stříkačky a jehly likviduje správně 21 pozorovaných, výsledek je také pozitivní, ačkoliv méně. Ve třetím úseku této oblasti byla pozorována likvidace jednorázových pomůcek podle předpisů. I zde byl výsledek pozorování pozitivní. Vyšlo, že 28 respondentek z celého pozorovaného vzorku nakládá s jednorázovými pomůckami správně a nesnaží se znehodnocenou pomůcku používat znovu. Poslední úsek této oblasti se zabývá správnou manipulací se sterilními pomůckami. V tomto úseku vyšlo hodnocení velmi dobře, protože bylo vypořádáno, že 31 sester správně manipuluje se sterilním materiálem.

V celku zanedbatelné chyby, které zde byly nalezeny, se týkají zejména vyndávání jehel z obalu.

Graf 27 se zabývá manipulací s prádlem na oddělení. První kategorie tohoto grafu poukazuje na třídění infekčního a neinfekčního prádla. Tuto zásadu dodržují všechny pozorované sestry, tedy 34. Na každém oddělení existují pytle zvlášť na infekční a neinfekční prádlo. Další kategorie je zaměřena na to, zda ošetřující personál ukládá čisté prádlo do speciálních skříní. Také tady obstál personál na 100 %, nebyly shledány žádné chyby, všech 34 sester plní tuto úlohu. Třetí kategorie se zabývá tím, jestli sestry na oddělení používají vozík při výměně ložního prádla. Toto správně provádí 29 pozorovaných sester. Chyby, které zde byly shledány se týkají výměny prádla neočekávaného a nepravidelného. Výměna prádla se na odděleních provádí podle potřeby, minimálně však jednou za týden, je to v souladu s předpisy. Podle mého názoru je výměna ložního prádla velmi důležitá, protože žádný člověk nechce ležet ve špinavém. Dále jsem se zabývala tím, zda ošetřující personál odhazuje špinavé prádlo na nevhodné prostory. Zde jsem viděla, že sestry občas odloží špinavé prádlo na zem, ale většinou v případech, kdy bylo třeba rychlejšího jednání sestry, jinak je výsledek také pozitivní, protože tuto zásadu plní 27 sester. V poslední kategorii této pozorované oblasti bylo sledováno, jestli sestry šetrně manipulují se špinavým prádlem, jestli nedochází k nadměrnému třepání s prádlem a podobně. Výsledkem tohoto pozorovaného úseku je šetrná manipulace 32 sester.

Třetí oblasti pozorování se věnuje graf 28 a jde tady o osobní úpravu ošetřujícího personálu. Nejvíce chyb zde bylo vytvořeno v případě šperků na ruku, kde chybí 14 sester, ale i přes to je výsledek uspokojivý. Pouze 6 sester bylo viděno s hodinkami na ruce a 8 sester nemělo svázané dlouhé vlasy. Hodnocení ostatních šperků a celkové osobní úpravy bylo velmi pěkné, protože bylo vypořizováno, že ani jedna sestra nanosí dlouhé umělé nehty a v případě čistého pracovního oblečení, měla pouze jedna sestra lehce zašpiněné kalhoty.

Grafy 29 a 30 se zabývají mytím a dezinfekcí rukou. Mytí rukou před výkonem provádí 19 sester z pozorovaného vzorku, ale dezinfekci sestry používá už 25 sester. Oproti tomu důležitější mytí rukou po výkonu provádí 30 sester a dezinfekcí si ruce

ostříká 33 sester z celkového počtu 34 pozorovaných sester. Dále zde bylo ještě pozorováno, do čeho si ošetřující personál ruce utírá. Naštěstí se už v dnešní době na inspekčních pokojích nevyskytují nehygienické látkové ručníky, ale všechny sestry už používají papírové jednorázové utěrky. Tento způsob utírání rukou je podle mého názoru určitě na místě.

Další oblast výzkumného šetření se týká třídění odpadu. Z grafu 31 je patrné, jakým způsobem se provádí třídění odpadu ve vybraných zdravotnických zařízeních. Nejslabším článkem této oblasti se stalo třídění papíru, kde papír třídí 24 sester. Naopak tomu bylo v případě plastů, ostrých předmětů a infekčního odpadu, kde třídí všechny pozorované sestry. Dále sklo třídí 31 sester a komunální odpad 30 sester. Tento graf je ukázkou toho, že v dnešní době velmi důležité třídění odpadu je dodržováno i ve zdravotnických zařízeních.

Jediná pozorovaná oblast, která vyšla s negativním výsledkem je podávání léků. Ukázalo se, že používání pinzety na léky a „půlítka“ sestry velmi zdržuje v práci a většina je nepoužívá. Pouze 3 sestry si vezmou na léky pinzetu a 15 používá „půlítko“. Na jejich obranu musím říci, že téměř všechny sestry sahaly na léky s čistýma a vydezinfikovanýma rukama. Na tuto skutečnost ukazuje graf 32.

Dekontaminace pomůcek je další vybranou oblastí v šetření. Největší chybu jsem zde vypožorovala ohledně dezinfekce použitých nástrojů a to, že až 16 pozorovaných sester nejdříve očišťuje papírovými ručníky použité nástroje od mastí a až poté je nakládají do dezinfekčního roztoku a 11 sester nepoužije přípravek s virucidním účinkem na kontaminovaný povrch před ručním očištěním. Výměnu lůžkovin po kontaminaci biologickým materiálem naopak provádí 32 sester, tedy téměř všechny pozorované. Tyto skutečnosti jsou popsány grafem 33.

Dále sledovaný dekontaminační plán byl naopak velmi dobře hodnocen. Podle mého názoru je 100% úspěšnost hlavně kvůli tomu, že na těchto odděleních je vysoká spotřeba dezinfekčních roztoků a tudíž nemůže dojít například k vypršení expirační lhůty. Tím nechci říci, že by to bylo jinak v případě nižší spotřeby dezinfekčních roztoků, ale je třeba se na tento fakt trochu podívat. Expiraci a pravidelné střídání

dodržují všechny sestry, koncentrace dodržuje 30 a expozice 29 sester. Tyto výsledky jsou zpracovány v grafu 34.

Posledním vzorem pro pozorování bylo, jestli ošetřující personál používá jednorázový materiál na vyšetřovacích stolech a lůžkách, kde dochází ke styku s obnaženou částí těla. Na tuto skutečnost jsem ve svém pozorování nenarazila, na odděleních jsou spíše lůžka potažená igelitem, který je po každém pacientovi vydezinfikován. Myslím si, že tento způsob je stejně efektivní v boji proti nozokomiálním nákazám jako jednorázové papíry pokládané na lůžka, navíc i z ekonomické stránky je to levnější, protože když se papír promočí, měla by sestra dezinfekci stejně tak použít na lůžko, jako v případě igelitu.

Výsledky tohoto šetření byly až překvapivě velmi dobré, čekala jsem spíše, že na pozorovaných odděleních uvidím známé zlovyky sester. Téměř všechny výše popsané části pozorování byly v souladu s vyhláškou 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Výzkumná otázka se ptá: „Jaké zásady bariérové péče dodržuje ošetřující personál?“ S radostí mohu odpovědět, že téměř všechny a to velmi kvalitně. Tímto výzkumem jsem zjistila fakt, že v dnešní době je ošetřující personál velmi zodpovědný ke své profesi, alespoň co se týká dermatovenerologického a infekčního oddělení v oblasti sexuálně přenosných chorob.

6. Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá informovaností ošetřujícího personálu o specifikách péče o ženy s STD. Ze sexuálně přenosných chorob bylo vybráno a popsáno 11 nejdůležitějších, které jsou z hlediska ošetřovatelské péče zásadní. Kvůli choulostivosti tohoto úseku zdravotnictví a zejména pak u těhotných žen, kde je ohrožen i život dítěte, je zde kvalitně prováděná ošetřovatelská péče velmi důležitá. S tímto záměrem byl stanoven 1. cíl, kde je úkolem zjistit informovanost ošetřujícího personálu o specifikách péče o ženy s STD. Ke splnění tohoto cíle a ověření jedné vytvořené hypotézy byla využita výzkumná metoda kvantitativního sběru dat formou anonymních dotazníků. Výsledky ukazují, že informovanost ošetřujícího personálu o specifikách péče o ženy s STD jsou na dobré úrovni, ohledně tohoto bylo na téměř všechny otázky odpovězeno správně ze 65 % a některé správné odpovědi se blíží ke 100 %. První cíl práce byl splněn, hypotéza se potvrdila.

Druhým cílem tohoto výzkumu je zhodnotit situaci, jak se ve zdravotnickém zařízení dodržují zásady bariérové péče o ženy se sexuálně přenosnými chorobami. Aby byl tento cíl splněn, byla využita výzkumná metoda pozorování. V tomto případě výsledky ukazují, že dodržování zásad bariérové péče je ve vybraných zdravotnických zařízeních na velmi vysoké úrovni. Téměř ve všech oblastech pozorování, přesahují pozitivní výsledky přes 80 % a některé dosahují až ke 100 %. Ošetřující personál je opravdu kvalitně informován o tom, jak provádět ošetřovatelskou péči na dermatovenerologickém a infekčním oddělení. Druhý cíl práce byl splněn, odpověď na výzkumnou otázku je: ošetřující personál dodržuje téměř všechny zásady dodržování bariérové ošetřovatelské péče. Výsledky jsou interpretovány pomocí sestavených grafů.

Třetí cíl této práce je vytvořit ošetřovatelský standard. Byl vytvořen standard „Ošetřovatelská péče o ženy se sexuálně přenosnými chorobami“, který je k nahlédnutí v přílohách, jako příloha 5.

Závěrem je třeba říci, že jsou některé oblasti, i když menšina, ve kterých je vhodné informovanost ošetřujícího personálu vylepšit.

Myslím si, každá sestra nebo porodní asistentka by měla mít vzdělání v této oblasti a měla by vědět, co dělat, když se setká se ženou se sexuálně přenosnou

chorobou, jaká jsou zde rizika a na co je třeba nezapomínat. Výsledek tohoto výzkumu by mohl sloužit jako zdroj informací nebo jako podklad o nejnovějších trendech v péči o ženy se sexuálně přenosnými chorobami. Byl vypracován standard jako přehled důležitých informací, podle kterých by se mohla řídit každá sestra nebo porodní asistentka.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ANON. *Dezinfekce*. [on-line] Dostupné z: <<http://www.desinfekce.cz/>> [cit. 2009-01-18].
2. ANON. *Nariadení o boji proti přenosným nemocem*. [on-line] Dostupné z: <[http://www.lexdata.cz/lexdata/sb_free.nsf/c12571cc00341df100000000000000000/c12571cc00341df1c12566d40071c60c?OpenDocument](http://www.lexdata.cz/lexdata/sb_free.nsf/c12571cc00341df10000000000000000/c12571cc00341df1c12566d40071c60c?OpenDocument)> [cit. 2009-01-08].
3. ANON. *Očkování proti virové hepatitidě typu B*. [on-line] Dostupné z: <http://www.vakciny.net/pravidelne_ockovani/HBV.htm> [cit. 2008-12-04].
4. ANON. *Pohlavní nemoci*. [on-line] Dostupné z: <<http://eherold.ujancaku.net/hslclanky/files/98895b034e87a6a35800af63d4b78d17-31.html>> [cit. 2008-12-07].
5. ANON. *Pohlavně přenosné choroby*. [on-line] Dostupné z: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/52_1779.html> [cit. 2009-01-09].
6. ANON. *Syfilis*. [on-line] Dostupné z: <<https://www.zdravcentra.cz/index.php?act=bq-31&aid=2&oid=187&OFF=&DIR=&ORD=>>> [cit. 2008-12-7].
7. ANON. *Virové hepatitidy*. [on-line] Dostupné z: <www.sweb.cz/xmat/zampachova/Hepatitidy.ppt> [cit. 2008-11-24].
8. ANON. *Vyhláška 195/2005 sbírky*. [on-line] Dostupné z: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb05195&cd=76&typ=r>> [cit. 2009-01-08].
9. BÁLINT, O. a kol. *Infektológia a antiinfekčná terapia*. 2. vyd. Osveta, Martin: 2007. 587 s. ISBN 80-8063-222-7.
10. BROŽOVÁ, J. *Candidóza: nebezpečí pro muže i ženy*. [on-line] Dostupné z: <<http://zdravi.centrum.cz/zdravi-a-my/2007/11/19/clanky/candidoza-nebezpeci-pro-muze-i-zeny/>> [cit. 2008-12-06].
11. BUČEK, M. *Kapitoly z dermatovenerologie - část A*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 226 s. ISBN 80-244-0592-X.

12. CITTERBART, K. a kol. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
13. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
14. ČERNÝ, R. a kol. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 303 s. ISBN 978-80-246-1222-5.
15. GÖPFERTOVÁ, D. a kol. *Epidemiologie infekčních nemocí*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 230 s. ISBN 80-246-0452-3.
16. GÖPFERTOVÁ, D. a kol. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena*. 2. vyd. Praha: Triton, 1999. 134 s. ISBN 80-7254-049-1.
17. GULÁŠOVÁ, I. Prieskum úrovne preventívnych opatrení proti vzniku nozokomiálních nákaz v zariadeniach sekundárnej zdravotnej starostlivosti. In: *Kontakt*. České Budějovice: 2008, 1, str. 7. ISSN 1212-4117.
18. HAUFTOVÁ, D. *Virové hepatitidy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1999. 42 s. ISBN 80-7067-995-6.
19. HAVLÍK, J. a kol. *Infekční nemoci*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998. 221 s. ISBN 80-85824-90-6.
20. HOLUB, M a kol. Recidivující genitální herpes. In *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. Praha: 2008, 14, 2, s. 52. ISSN 1211-264X.
21. HOŇKOVÁ, K. Syfilis – metla lidstva. [on-line] Dostupné z: <http://www.meredit.cz/content/view/91/27/> [cit. 2008-12-07].
22. HORAŽDOVSKÝ, J. a kol. *Přenosné choroby*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta: 2001. 98 s. ISBN 80-7040-496-5.
23. HUSA, P. Infekce nové doby. In: *Praktický lékař a preventivní medicína*. Sborník z konference. Brno: Protis, 2005. str. 29. ISBN 80-903674-0-2.
24. CHALUPA, P. a kol. *Infekční lékařství*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2001. 48 s. ISBN 80-210-2576-X.

25. KAREŠ, I. *Standard prevence nozokomiálních nákaz v KNTB a.s.* [on-line]
Dostupné z: <<http://www.bnzlin.cz/oddeleni/ocs/dokument/04-02-2002.htm>>
[cit. 2009-01-18].
26. KAŠTÁNKOVÁ, V. *Mládež a sexuálně přenosné choroby*. [on-line] Dostupné
z: <<http://www.freeteens.cz/default.php?&ID=25&publ=1&cl=6>> [cit. 2009-01-08].
27. KINDLOVÁ, B. *Bariérová ošetrovatelská péče*. [on-line] Dostupné z:
<http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=1&kod_ku_rzu=kos_392> [cit. 2009-01-18].
28. KOJANOVÁ, M. Kapavka (Gonorrhoea). In *Moderní babičství*. Praha: 2007,
2007, 13, s. 31. ISSN 1214-5572.
29. KREKULOVÁ, L. a kol. *Virové hepatitidy*. 2. vyd. Praha: Triton, 2002. 167 s.
ISBN 80-7254-218-4.
30. LOBOVSKÁ, A. *Infekční nemoci*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 263 s. ISBN
80-246-0116-8.
31. MAŠATA, J a kol. *Infekce v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Maxdorf,
2004. 371 s. ISBN 80-7345-038-0.
32. NOŽIČKOVÁ, M. a kol. *Pohlavní choroby diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha:
Univerzita Karlova, 1997. 45 s. ISBN 80-7184-136-97.
33. NOŽIČKOVÁ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha:
Univerzita Karlova, 2003. 155 s. ISBN 80-246-0583-X.
34. ONDŘI, V. a kol. *Pohlavní nemoci od A do Z*. [on-line] Dostupné z:
<<http://www.gay4you.estranky.cz/archiv/uploaded/7>> [cit. 2008-11-18].
35. PAŘÍZEK, A. a kol. *Kniha o těhotenství a porodu*. 2. vyd. Praha: Galén, 2005,
2006. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.
36. RESL, V. a kol. *Učební texty pro bakalářské studium dermatovenerologie*. 2.
vyd. Praha: Karolinum, 2002. 138 s. ISBN 80-246-0456-6.
37. ROKYTOVÁ, V. *Porodnictví a gynekologie pro praktického lékaře*. 1. vyd.
Jinočany: H+H, 1996. 91 s. ISBN 80-86022-05-6.

38. ROZSYPAL, H. ROZSYPALOVÁ, B. Screeningová sérologická vyšetření v graviditě. In *Moderní babictví*. Praha: 2006, 2006, 11, s.13. ISSN 1214-5572.
39. SMETANA, Jan. *Epidemiologie virových hepatitid, vakcinace*. [on-line]
Dostupné z: <<http://www.pmfhk.cz/Prednasky/Smetana-epidem.pdf>> [cit. 2008-11-24].
40. ŠKODOVÁ, I. Bariérové postupy ve zdravotnictví. In: *Prevence nozokomiálních nákaz*. Sborník z konference. Strakonice: 2008. str.36.
41. VOSMÍK, F. a kol. *Dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 396 s. ISBN 80-7184-633-3.
42. VOSMÍK, F. *Historie české dermatologie*. [on-line] Dostupné z: <http://www.lfhk.cuni.cz/dermat/verze_cz/historie_cesder.htm> [cit. 2008-12-07].
43. ÚZIS ČR. *Pohlavní nemoci 2006*. [on-line] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/article.php?article=356&order=&sort=&mnu_id=5150> [cit. 2009-01-08].
44. WASSERBAUER, S. a kol. *Výchova ke zdraví*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2000. 47 s. ISBN 80-7071-145-0.

8. Klíčová slova

sexuálně přenosné choroby

dermatovenerologie

bariérová ošetrovatelská péče

těhotenství

infekce

screening

9. Přílohy

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Pozorovací arch

Příloha 3 – Formulář „Hlášení pohlavní nemoci“

Příloha 4 – Poučení pacienta

Příloha 5 – Standard ošetrovatelské péče

Příloha volná – Pokyny pro nemocné příjící

Příloha volná – Pokyny pro nemocné kapavkou

Příloha 1

Dotazník pro sestry, pracující na dermatovenerologickém nebo infekčním oddělení

Jmenuji se Zuzana Hvíždálová, jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Porodní asistentka. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který mi poslouží k vypracování závěrečné bakalářské práce na téma:

„Specifika péče o ženy se sexuálně přenosnými chorobami.“

Tento dotazník je zcela anonymní a údaje, které zde uvedete budou použity pouze v této bakalářské práci.

Zakroužkujte prosím jednu odpověď (není-li uvedeno jinak) nebo doplňte.

Předem Vám děkuji za vynaložený čas a vyplnění dotazníku.

Zuzana Hvíždálová

e-mail: hvizdalova.zuzana@seznam.cz

1. Kolik je Vám let?

- a) 19 – 28 let
- b) 29 – 39 let
- c) 40 – 50 let
- d) 51 – 55 let
- e) 56 let a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské vzdělání
- b) vyšší odborné vzdělání
- c) vysokoškolské vzdělání – bakalářské
- d) vysokoškolské vzdělání - magisterské
- e) jiná možnost, prosím uveďte jaká

3. Jak dlouho pracujete v oboru?

- a) 0 - 1 rok
- b) 2 – 5 let
- c) 6 – 10 let
- d) 11 – 15 let
- e) 16 a více let

4. Jakými sexuálně přenosnými nemocemi jste se setkala ve své praxi za poslední rok? (možno zvolit více odpovědí)

- a) AIDS
- b) Kapavka
- c) Syfilis
- d) Měkký vřed
- e) Chlamydiové infekce
- f) Venerický lymfogranulom
- g) Kondylomata
- h) Herpes simplex 2
- i) Trichomoniáza
- j) Candidóza
- k) Virová hepatitida B

5. Kolikrát jste se tímto onemocněním setkala za rok?

- a) AIDS krát
- b) Kapavka krát
- c) Syfilis krát
- d) Měkký vřed krát
- e) Chlamydiové infekce krát
- f) Venerický lymfogranulom krát
- g) Kondylomata krát
- h) Herpes simplex 2 krát
- i) Trichomoniáza krát
- j) Candidóza krát
- k) Virová hepatitida B krát

6. Setkala jste se s těhotnou ženou se sexuálně přenosnými chorobami (a kolikrát)?

- a) AIDS krát
- b) Kapavka krát
- c) Syfilis krát
- d) Měkký vřed krát
- e) Chlamydiové infekce krát
- f) Venerický lymfogranulom krát
- g) Kondylomata krát
- h) Herpes simplex 2 krát
- i) Trichomoniáza krát
- j) Candidóza krát
- k) Virová hepatitida B krát
- l) nikdy

7. Jaká jsou specifika péče o těhotnou ženu na infekčním oddělení? (prosím vyplňte)

.....

.....

.....

8. Infekční choroby v těhotenství mohou způsobit:

- a) předčasný porod, potrat
- b) předčasný porod, potrat, těhotenské gestózy
- c) předčasný porod, potrat, poškození novorozence, těhotenské gestózy

9. Ve formuláři „Hlášení pohlavní nemoci“ se uvádí:

- a) pouze údaje o nemocném
- b) údaje o nemocném, o osobách, které měly pohlavní styk s nemocným, se kterými nemocný žije
- c) údaje o nemocném a o osobách, které měly pohlavní styk s nemocným

10. Máte na Vašem oddělení vypracované standardy pro ošetřování žen se sexuálně přenosnými chorobami (STD)?

- a) ano
- b) ne

11. Pokud ano, jaké standardy pro ošetřování žen s STD máte vypracovány?

.....
.....
.....

12. Máte vypracované standardy pro ošetřování:

- a) těhotných žen s STD ano – ne
- b) ženy s STD po porodu ano - ne

13. Navštěvujete semináře, týkající se specifické ošetřovatelské péče o ženy se sexuálně přenosnými chorobami?

- a) ano, pravidelně
- b) ne
- c) ano, nepravidelně

14. Dispenzarizující zařízení je:

- a) zdravotnické zařízení, které sleduje zdravotní stav fyzických osob za účelem předcházení nebo odstraňování příčin zhoršení zdravotního stavu nebo funkcí jednotlivých orgánů a systémů
- b) zdravotnické zařízení, které sleduje psychický stav fyzických osob za účelem předcházení nebo odstraňování příčin zhoršení zdravotního stavu nebo funkcí jednotlivých orgánů a systémů
- c) nezdravotnické zařízení, které sleduje zdravotní stav fyzických osob za účelem předcházení nebo odstraňování příčin zhoršení zdravotního stavu nebo funkcí jednotlivých orgánů a systémů

15. Co je to bariérová ošetřovatelská péče?

- a) je systém pracovních a organizačních opatření, které zabezpečují pohodlí pacienta na infekčním oddělení před vnějšími stresory
- b) je systém pracovních a organizačních opatření, které mají zabránit vzniku a šíření nozokomiálních nákaz
- c) je systém pracovních postupů, které používá ošetřující personál k léčbě pacienta s infekčním onemocněním
- d) je organizační systém v nemocničních zařízeních, které zabezpečují bezbariérový přístup

16. Jaké postupy patří do bariérové ošetřovatelské péče? (možno zvolit více odpovědí)

- a) používání individuálních a jednorázových pomůcek, požadavky na provádění dezinfekce a sterilizace
- b) používání ochranného oděvu a ochranných pomůcek, požadavky na zacházení s biologickým materiálem
- c) používání individuálních a jednorázových pomůcek, požadavky na provádění dezinfekce, ne sterilizace
- d) požadavky na manipulaci se zdravotnickým odpadem
- e) nepoškozovat zbytečně kožní bariéru pacienta, používání individuálních a jednorázových pomůcek
- f) realizace karanténních – izolačních opatření v případě výskytu nozokomiální nákazy, používání dezinfekčního mýdla a dezinfekce i mimo zdravotnické zařízení
- g) používání individuálních a jednorázových pomůcek, požadavky na provádění dezinfekce a sterilizace, bezbariérový přístup pro pacienty

- h) požadavky na manipulaci s prádlem požadavky, na provádění dezinfekce a sterilizace

17. U koho se bariérová ošetrovatelská péče provádí?

- a) u všech pacientů
- b) pouze na infekčním oddělení
- c) pouze u pacientů, trpících infekčním onemocněním
- d) na infekčním oddělení, u infekčních pacientů a na operačních sálech

18. Výměna lůžkovin se provádí:

- a) každý den u každého pacienta, vždy po kontaminaci a operačním výkonu a po propuštění nebo přeložení pacienta
- b) podle potřeby nejméně dvakrát za týden, vždy po kontaminaci a operačním výkonu a po propuštění nebo přeložení pacienta
- c) podle potřeby nejméně jednou týdně, vždy po kontaminaci a operačním výkonu a po propuštění nebo přeložení pacienta
- d) po kontaminaci a operačním výkonu nebo po propuštění nebo přeložení pacienta

19. Třídíte odpad dle druhu?

- a) ano, vždy a všechny druhy odpadu
- b) ano, jen infekční odpad
- c) ne

20. Ochranné nesterilní rukavice se používají při:

- a) u všech pacientů, na všechny výkony
- b) u všech pacientů, pouze na některé výkony
- c) pouze u vysoce infekčních pacientů
- d) ne

21. Dodržujete zásadu „Nekřížit cesty se špinavým a čistým materiálem“?

- a) ano
- b) ne

22. Dezinfekce rukou se provádí:

- a) po zdravotnických výkonech u fyzických osob, po manipulaci s biologickým materiálem a použitým prádlem a vždy před každým parenterálním výkonem
- b) před zdravotnickým výkonem u fyzických osob, po manipulaci s biologickým materiálem a použitým prádlem a vždy po každém parenterálním výkonu
- c) po zdravotnických výkonech u fyzických osob, které jsou vysoce infekční, po manipulaci s biologickým materiálem a použitým prádlem a vždy po každém parenterálním výkonu
- d) při kontaminaci rukou biologickým materiálem

23. Odběr biologického materiálu se provádí:

- a) pouze v příjmové místnosti
- b) pouze v příjmové místnosti nebo výjimečně v prostorách, které splňují hygienické požadavky pro odběr biologického materiálu
- c) u lůžka pacienta
- d) kdekoli na oddělení zdravotnického zařízení

24. Zdravotnický personál:

- a) smí na pracovišti nosit všechny šperky, hodinky a umělé nehty
- b) smí na pracovišti nosit hodinky a pouze náušnice
- c) smí nosit pouze hodinky a umělé nehty
- d) smí nosit pouze malé náušnice

25. Použité nástroje kontaminované biologickým materiálem:

- a) je nutné omýt dezinfekčním mýdlem a důkladně vyčistit
- b) je nutná dekontaminace dezinfekčním prostředkem před čištěním
- c) se nejdříve čistí a poté dezinfikují dezinfekčním prostředkem

26. V případě znečištění povrchu biologickým materiálem, budete postupovat následujícím způsobem:

- a) setru materiál jednorázovým papírovým ručníkem a poté na povrch nastříkám dezinfekci
- b) nejprve na materiál nastříkám dezinfekci a až poté ho setru
- c) na materiál nastříkám dezinfekci, setru ho a poté povrch omyji prostředkem na něj určený

27. Kolik pacientů máte na pokoj?

- a) dva až tři pacienti na pokoj
- b) čtyři pacienti na pokoj
- c) více než čtyři pacienti na pokoj

28. U klienta se sníženou imunitou provádíte:

- a) běžné mytí rukou, jako u ostatních pacientů
- b) hygienickou dezinfekci rukou
- c) chirurgickou dezinfekci rukou

29. Hygienická dezinfekce rukou se provádí:

- a) ruce se alespoň 5 min myjí dezinfekčním mýdlem a používá se kartáček
- b) ruce se ponoří na stanovenou dobu do dezinfekčního roztoku a pak se oplachují nebo se používá alkoholový prostředek na suché ruce a nechá se zaschnout
- c) používá se pouze dezinfekční roztok, ne alkoholový přípravek na suché ruce
- d) nejprve se ruce myjí dezinfekčním mýdlem s kartáčkem a poté se používá dezinfekční roztok nebo alkoholový přípravek na suché ruce

30. Při dezinfekci materiálu, který byl kontaminovaný biologickým materiálem se používá:

- a) přípravek s virucidním účinkem
- b) přípravek s baktericidním účinkem
- c) přípravek s antimykotickým účinkem
- d) dezinfekční mýdlo

Příloha 2

POZOROVACÍ ARCH				
Nemocnice.....		Oddělení.....		Číslo:
Používání pomůcek při odběru biologického materiálu				
	Ano	Ne	Jiné	Poznámka
Používání jednorázových rukavic při odběru biologického materiálu				
Likvidace jednorázových stříkaček a jehel bez ručního oddělování				
Likvidace jednorázových pomůcek podle předpisů				
Správná manipulace se sterilními pomůckami				
Manipulace s prádlem				
Třídění použitého infekčního a neinfekčního prádla	Ano	Ne	Jiné	Poznámka
Ukládání čistého prádla do skříní k tomu určených				
Použití vozíku při výměně ložního prádla				
Četnost výměny ložního prádla	1x / týden	2x / týden	3x / týden	Jiné
Odhazování špinavého prádla na plochy pro něj nevhodné	Ano	Ne	Jiné	Poznámka

Šetrná manipulace se špinavým prádlem				
Osobní úprava				
Čisté pracovní oblečení	Ano	Ne	Jiné	Poznámka
Nošení hodinek na ruce				
Nošení šperků na ruce				
Nošení umělých nehtů				
Nošení ostatních šperků (řetízky náušnice)	Řetízky		Náušnice	
	Ano	Ne	Ano	Ne
Úprava dlouhých vlasů	Ano	Ne	Jiné	Poznámka
Mytí rukou				
Před výkonem	Ano	Ne	Jiné	Poznámka
Utírání rukou jednorázovými ručníky				
Po výkonu				
Dezinfekce rukou				
Před výkonem	Ano	Ne	Jiné	Poznámka
Po výkonu				
Třídění odpadu				
Ostré předměty	Ano	Ne	Jiné	Poznámka

Sklo				
Papír				
Plasty				
Komunální odpad				
Infekční odpad				
Podávání léků				
Používání pinzety	Ano	Ne	Jiné	Poznámka
Používání půlítka na léky				
Dekontaminace pomůcek				
Výměna lůžkovin po kontaminaci biologickým materiálem	Ano	Ne	Jiné	Poznámka
Dezinfekce použitých nástrojů a pomůcek před mechanickou očišťou				
Použití virucidního přípravku před očištěním povrchu, kontaminovaným biologickým materiálem				
Dekontaminační plán				
Pravidelné střídání dezinfekčních roztoků	Ano	Ne	Jiné	Poznámka
Správné dodržování koncentrací				

Dodržení expozice dezinfekčního prostředku				
Dodržení expirace dezinfekčních prostředků				
Dodržování aseptických postupů při manipulaci s invazivními vstupy				
Ano	Ne	Jiné	Poznámka	
Používání jednorázového materiálu na vyšetřovacích stolech a lůžkách, kde dochází ke styku s obnaženou částí těla				
Ano	Ne	Jiné	Poznámka	
Počet pacientů na pokoji				
1	2	3	4	Více

Příloha 3

HLÁŠENÍ POHLAVNÍ NEMOCI

DŮVĚRNÉ

A

IČ/PČZ odd. rodné číslo č. obce byd.

Zdravotnické zařízení

Adresa bydliště Okres

(Pozn.: V následující části dotazníku vždy zakroužkujte odpovídající možnost)

Ekonomická aktivita

01. dítě
02. žák, student
03. v domácnosti
04. voják základní služby
05. voják profesionál
06. zaměstnanec MV
07. ostatní zaměstnanci
08. důchodce invalidní
09. důchodce starobní
10. nezaměstnaný
11. jiná
12. neudána

Etnikum

1. Čech
2. Rom
3. cizinec

Datum 1. návštěvy:

den měsíc rok

Datum vyšetření:

den měsíc rok

Datum zahájení léčby:

den měsíc rok

Datum vyšetření HIV:

den měsíc rok

Diagnóza potvrzena (zakroužkujte i kombinaci uvedených možností)

01. kulturně
02. serologicky
03. mikroskopicky
04. LCR, GEN-PROBE
05. v zástinu
06. netreponem, testy (RRR, VDRL)
07. anti syfilis EIA
08. anti syfilis IgM EIA
09. TPI test
10. TPHA
11. 19 S IgM SPHA
12. FTA-ABS
13. pitva
14. jinak

Léčen

1. ambulantně
2. při hospitalizaci
3. neléčen

ATB/druh

01. Amoxicilin
02. Azithromycin
03. Benzathin-Penicilin
04. Benzyl-Penicilin
05. Ceftriaxon
06. Doxycyklin
07. Erythromycin
08. Ofloxacin, Ciprofloxacin
09. Spectinomycin
10. Tetracyklin
11. jiná ATB

Sexuální zaměření

1. heterosexuál
2. homosexuál
3. bisexuál
4. jiné
5. nejištěno

Sexuální chování

(zakroužkujte i kombinaci
uvedených možností)

1. prostitute
2. promiskuita
3. náhodný styk
4. jiné
5. nejištěno

Sexuální a ostatní rizika (zakroužkujte i kombinaci uvedených možností)

1. styk s cizincem
2. nechráněný styk
3. alkoholik
4. i. v. uživatel drog
5. vazba
6. vězeň
7. bezdomovec
8. jiná
9. nejištěno

Vyšetření HIV

1. pozitivní
2. negativní
3. nejištěno

Diagnóza 1

Diagnóza 2

Diagnóza 3

Výskyt onemocnění

1. poprvé v životě
2. poprvé ve sled. roce
3. reinfekce

Onemocnění zjištěno

1. náhodně
2. pro typické potíže
3. pro atypické potíže
4. depistáží
5. při porodu
6. při úmrtí

Gravidita / týden

1. ano
2. ne
1. akutní
2. chronická

Kombinace s jinými sexuální přenosnými nemocemi (s A 49.3, A56, A60, A63, A64, B20.8, B37.3, B37.4, B85, B86, N34.1)

1. ano
2. ne

DG1

DG2

DG3

Zdroj

1. znám
2. neznám

Kontakty

1. ano
2. ne

B Diagnózy dle podrobného seznamu MKN - 10

A 50 VROZENÁ SYFILIS:

- .0 - časná s příznaky (do 2 let od narození)
- .1 - časná latentní (bez klin. projevů s poz. serolog. reakcí a neg. testem v likvoru)
- .2 - časná vrozená syfilis, NS
- .3 - pozdní vrozená syfil. okulopatie
- .4 - pozdní vrozená neurosyfilis (juvenilní neurosyfilis)
- .5 - jiná pozdní s příznaky (2 a více let po narození)
- .6 - pozdní, latentní (bez klin. projevů, s poz. serolog. reakcí a neg. testem v likvoru)
- .7 - pozdní vrozená syfilis, NS
- .9 - vrozená syfilis NS

A 51 ČASNÁ SYFILIS:

- .0 - primární genitální syfilis
- .1 - primární řitní syfilis
- .2 - primární syfilis jiných lokalizací
- .3 - sekundární syfilis kůže a sliznic
- .4 - jiná sekundární syfilis
- .5 - časná syfilis, latentní (získaná bez klin. projevů s poz. serolog. reakcí a neg. testem v likvoru do 2 let po infekci)
- .9 - časná syfilis, NS

A 55 LYMPHOGRANULOMA VENEREUM (CHLAMYDIOVÝ):

A 57 CHANCROID - ULCUS MOLLE:

Datum hlášení den měsíc rok

Razítko a podpis lékaře

106

SEVT 93 012 3

0172

Jméno nemocného: Rozený / á: R. Č.:

Adresa bydliště:

Zaměstnání: Pracoviště:

Hospitalizace/Zdrav. zařízení:

 od den měsíc rok do den měsíc rok

Dispenzarizace/Zdrav. zařízení :

 od den měsíc rok
ZDROJ NÁKAZY:

Příjmení			
Jméno			
Věk			
Adresa bydliště			
Okres			
Rodinný stav			
Pracoviště			
Zaměstnání			
Popis osoby			
Datum a místo koitu			
Jiné údaje			
Vyšetření u:			
Léčen u:			
DG			
Depistáž odeslána datum, kým			
Předán adresa zdrav. zařízení			
Poznámka			

KONTAKTY A DALŠÍ OHROŽENÉ OSOBY (manžel/ka, živ. partner/ka, děti, rodiče, sourozenci, atd.)

Příjmení			
Jméno			
Věk			
Adresa bydliště			
Okres			
Rodinný stav			
Pracoviště			
Zaměstnání			
Popis osoby			
Datum a místo koitu			
Jiné údaje			
Vyšetření u:			
Léčen u:			
DG			
Depistáž odeslána datum, kým			
Předán adresa zdrav. zařízení			
Poznámka			

Vyplnil:

Razítko a podpis lékaře:

 Datum den měsíc rok

Příloha 4

P r o h l á š e n í

Dnešního dne jsem byl(a) písemně i ústně poučen(a) o nebezpečí pohlavní choroby, na kterou jsem t.č. léčen(a).

Mám zákaz nechráněného pohlavního styku (bez prezervativu) na dobu 3 měsíců (u kapavky).

Při onemocnění syfilidpu smím vykonávat pohlavní styk až po svolení ošetřujícího lékaře, z toho důvodu, že v uvedené době při pohlavním styku mohu ohrozit pohlavní chorobou druhou osobu. Pokud jsem v evidenci pro syfilis a otěhotním, budu se hlásit u ošetřujícího lékaře.

Jsem si vědom(a) toho, že kdyby v tomto období přes zákaz uskutečnil(a) nechráněný pohlavní styk, dopouštím se přestupku dle § 29 - zákona 200/90, ost.l., písm. h, čímž se vystavuji nebezpečí postihu až do výše 5.000,- Kč a dále trestného činu podle § 226 tr.z., týkajícího se ohrožování zdraví druhého pohlavní chorobou, ublížení na zdraví podle § 221 až 224 tr. z.

Nesmím být dárce krve do té doby, než budu vyřazen(a) z evidence pro pohlavní nemoc.

V případě žádosti policie, soudu a přestupkové komise souhlasím s podáním lékařské zprávy o mém zdravotním stavu.

podpis lékaře-zdrav.sestry

podpis a data nar.pacienta

Příloha 5

STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Název Standardu: **OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENY SE SEXUÁLNĚ PŘENOSNÝMI CHOROBAMI**

Cíl standardu	Efektivně poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči o ženy se sexuálně přenosnými chorobami
Skupina péče	Ženy postižené sexuálně přenosnou chorobou
Cílová skupina	Gynekologicko-porodnická oddělení, dermatovenerologická oddělení, infekční oddělení, prenatální péče, praktický ženský lékař, domácí péče porodní asistentkou
Poskytovatelé péče	Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona 96/2004 Sb., Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace Porodní asistentky, které získaly kvalifikaci dle zákona 96/2004 Sb. Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace Porodní asistentky, které získaly kvalifikaci dle zákona 96/2004 Sb. Porodní asistentky specialistky v rozsahu získané specializace
Odpovědnost za realizaci	Vedoucí pracovníci na úseku ošetřovatelské péče
Platnost standardu	2 roky, poté aktualizovat
Frekvence kontroly	2x/rok
Kontrolu vykonává	Manager ošetřovatelství – manager kvality ošetřovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra

KRITERIA PROCESU

Prostředí/komunikace: Klidné prostředí, nejlépe uzavřená místnost, kde neruší ostatní pacienti/zdravotnický personál

Sestra/porodní asistentka:

P1: Má znalosti o sexuálně přenosných chorobách, klientovi

P2: Zjistí o jakou konkrétní STD jde

P3: Představí se, sdělí jakou roli má v ošetřovatelské péči

P4: Při setkání zajistí klidné prostředí ke komunikaci, nejlépe uzavřenou místnost bez lidí, věnuje mu dostatek času

- P5:** Vypytá se pacientky na její problémy a specifické obtíže
- P6:** Sdělí pacientce provozní řád daného oddělení a pravidla, která je na oddělení nutné dodržovat
- P7:** Vysvětlí možnosti dostupné technologie při ošetrovatelské péči
- P8:** Podá informace, kteří lékaři se o ženu budou starat
- P9:** Vysvětlí ženě ošetrovatelský plán a postupy ošetrovatelské péče
- P10:** Podá ženě informace o konkrétní STD, rizicích a dodržování správného režimu
- P11:** Umožní ženě průběžnou konzultaci o podávaných lécích a ošetrovatelských postupech v průběhu hospitalizace/porodu
- P12:** Zajistí soukromí při ošetrovatelských a léčebných výkonech/hospitalizaci
- P13:** Zajistí klidný pokoj po dobu hospitalizace
- P14:** Umožní ženě dostatečný kontakt s rodinou/přáteli
- P15:** Umožní pacientce široký výběr jídla, konzultaci s dietní sestrou
- P16:** Sestra/porodní asistentka si je vědoma specifík onemocnění v těhotenství, při porodu a v péči o dítě a náležitě o tom těhotnou klientku edukuje (porod S.C., zabránit přenosu infekce na plod, znát kontraindikované a teratogenní léky)
- P17:** Dodržuje zásady bariérové ošetrovatelské péče
- P18:** Zná způsob hlášení pohlavních nemocí
- P19:** Zná algoritmus screeningů STD, prováděných v prenatální péči

KRITÉRIA VÝSLEDKU

- V1:** Sestra aktivně získává specifika ošetrovatelské péče o ženu s STD
- V2:** Ženě s STD je poskytována adekvátní péče
- V3:** Pacientka spolupracuje a podílí se na ošetrovatelském procesu