

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Jaroslava Benčíková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Jaroslava Benčíková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ
S TUBERKULÓZOU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Ladislava Skopová

PLZEŇ 2017

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem.(K vyzvednutí na sekretariátu katedry.)Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

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

V Plzni dne 20. 3. 2017.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. et. Bc. Ladislavě Skopové za odborné vedení práce, poskytování rad a trpělivost.

Anotace

Příjmení a jméno: Benčíková Jaroslava

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacientů s tuberkulózou

Vedoucí práce: Mgr. et. Bc. Ladislava Skopová

Počet stran – číslované: 63

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 23

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 21

Klíčová slova: izolace - oddělení tuberkulózy - ošetrovatelský proces - tuberkulóza

Souhrn:

Práce se zabývá ošetrovatelským procesem u pacientů s tuberkulózou. V teoretické části je popsána historie tohoto onemocnění, jeho definice, epidemiologie, klinický obraz, diagnostika, léčba. Dále pak mimoplicní forma tuberkulózy, rezistentní forma. Systém dohledu nad tuberkulózou v České republice, výskyt tuberkulózy u nás a ve světě. Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s tuberkulózou. V praktické části se ve třech kazuistikách věnují ošetrovatelské péči a interpretují rozhovor s pacienty.

Annotation

Surname and name: Benčíková Jaroslava

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing care patients with tuberculosis

Consultant: Mgr. et. Bc. Ladislava Skopová

Number of pages – numbered: 63

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 23

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 21

Keywords: isolation - insolation - division of tuberculosis - nursing process - tuberculosis

Summary:

The thesis deals with the nursing process for patients with tuberculosis. The theoretical part describes the history of the disease, its definition, epidemiology, clinical presentation, diagnosis, and treatment. Furthermore, this part deals with the resistant extrapulmonary form of tuberculosis, as well as the tuberculosis surveillance system in the Czech Republic, the incidence of tuberculosis in our country and in the world, and the specifics of nursing care for patients with tuberculosis. In the practical part, three cases are presented with focus on the nursing care and interpretation of conversations with patients.

OBSAH

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 10 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 11 |
| 1 HISTORIE TUBERKULÓZY | 11 |
| 1.1 Historie boje proti tuberkulóze u nás | 12 |
| 1.2 Známé osobnosti, které zemřely na tuberkulózu | 12 |
| 2 TUBERKULÓZA | 14 |
| 2.1 Definice tuberkulózy..... | 14 |
| 2.2 Původce..... | 14 |
| 2.3 Atypická mykobaktéria | 14 |
| 2.4 Lokalizace onemocnění | 14 |
| 2.5 Epidemiologie | 15 |
| 2.6 Zdroj - přenos - brána vstupu..... | 15 |
| 2.7 Patogeneze | 15 |
| 2.8 Rozvoj onemocnění | 16 |
| 2.9 Klinický obraz..... | 17 |
| 3 DIAGNOSTIKA TUBERKULÓZY | 18 |
| 3.1 Anamnéza | 18 |
| 3.2 Tuberkulínová senzitivita (MX II)..... | 18 |
| 3.3 Fyzikální vyšetření..... | 18 |
| 3.4 Zobrazovací metody | 18 |
| 3.5 BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ VZORKŮ | 19 |
| 3.5.1 Sběr vzorku..... | 19 |
| 3.5.2 Mikroskopický průkaz mykobakterií tuberkulózy | 19 |
| 3.5.3 Kultivační průkaz mykobakterií tuberkulózy | 20 |
| 3.5.4 Molekulárně genetické techniky..... | 20 |
| 3.6 Histologické vyšetření vzorků | 20 |
| 3.7 Serologické vyšetření vzorků..... | 20 |
| 3.8 Bronchoskopie | 20 |
| 3.9 Identifikace mykobakterií | 21 |
| 3.10 Vyšetření citlivosti mykobakterií na antituberkulotika..... | 21 |
| 3.11 Klasifikace tuberkulózy a mykobakterióz..... | 21 |
| 4 LÉČBA TUBERKULÓZY | 22 |
| 4.1 Fáze léčby tuberkulózy | 22 |
| 4.2 Antituberkulotika | 22 |
| 4.2.1 Hlavní účinky atituberkulotik..... | 22 |

| | | |
|----------------------|--|----|
| 4.2.2 | Isoniazid (H – INH)..... | 23 |
| 4.2.3 | Rifampicin (R)..... | 23 |
| 4.2.4 | Pyrazinamid (Z)..... | 23 |
| 4.2.5 | Etambutol (E) | 24 |
| 4.2.6 | Streptomycin (S)..... | 24 |
| 4.2.7 | Antituberkulotika druhé řady..... | 24 |
| 4.3 | Léčebné režimy u tuberkulózy..... | 24 |
| 4.3.1 | Léčebné režimy ve speciálních situacích..... | 25 |
| 4.4 | Chirurgická léčba tuberkulózy..... | 26 |
| 4.5 | Léčba mykobakterií..... | 26 |
| 5 | MIMOPLICNÍ TUBERKULÓZA..... | 27 |
| 5.1 | Léčba mimoplicní tuberkulózy | 27 |
| 6 | MULTIREZISTENTNÍ TUBERKULÓZA (MDR – TB)..... | 28 |
| 7 | EXTRÉMĚ REZISTENTNÍ TUBERKULÓZA (XDR – TB) | 28 |
| 8 | AKUTNÍ SITUACE V PÉČI O PACIENTY S TUBERKULÓZOU | 29 |
| 9 | DOHLED NAD TUBERKULÓZOU A KONTROLA TUBERKULÓZY | 30 |
| 9.1 | Izolace..... | 30 |
| 9.2 | Vakcinace (BCG)..... | 30 |
| 9.3 | Chemoprolaxe..... | 30 |
| 9.4 | Vyhledávání případů tuberkulózy..... | 30 |
| 9.5 | Povinné hlášení tuberkulózy | 31 |
| 9.6 | Dispenzární péče..... | 31 |
| 10 | SYSTÉM VAKCINACE V ČR..... | 32 |
| 10.1 | Rizikové skupiny dětí..... | 32 |
| 11 | VÝSKYT TBC V ČR | 33 |
| 12 | TUBERKULÓZA VE SVĚTĚ | 35 |
| 13 | PROGNÓZA..... | 35 |
| 14 | SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S TUBERKULÓZOU..... | 36 |
| 14.1 | Bariérová ošetrovatelská péče | 36 |
| 14.2 | Povinná mlčenlivost zdravotníků..... | 36 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | | 37 |
| 15 | OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ S TUBERKULÓZOU | 37 |
| 15.1 | Formulace problému | 37 |
| 15.2 | Cíl práce | 37 |
| 15.3 | Druh výzkumu a výběr metodiky..... | 38 |
| 15.4 | Metoda..... | 38 |
| 15.5 | Výběr respondentů | 38 |

| | | |
|--------|---|----|
| 15.6 | Způsob získávání informací | 38 |
| 16 | KAZUISTIKA ČÍSLO 1 | 40 |
| 16.1 | Ošetrovatelská anamnéza dle modelu M. Gordonové - vstupní hodnocení | 41 |
| 16.2 | Plán ošetrovatelské péče..... | 44 |
| 16.2.1 | Ošetrovatelská diagnóza č. 1 | 44 |
| 16.2.2 | Ošetrovatelská diagnóza č. 2 | 45 |
| 16.2.3 | Ošetrovatelská diagnóza č. 3 | 46 |
| 16.2.4 | Ošetrovatelská diagnóza č. 4 | 47 |
| 16.3 | Rozhovor s pacientkou (8. Den hospitalizace)..... | 48 |
| 16.4 | Průběh hospitalizace..... | 49 |
| 17 | KAZUISTIKA Č. 2 | 50 |
| 17.1 | Ošetrovatelská anamnéza dle modelu M. Gordonové - vstupní hodnocení | 52 |
| 17.2 | Plán ošetrovatelské péče..... | 55 |
| 17.2.1 | Ošetrovatelská diagnóza č. 1 | 55 |
| 17.2.2 | Ošetrovatelská diagnóza č. 2 | 56 |
| 17.2.3 | Ošetrovatelská diagnóza č. 3 | 56 |
| 17.2.4 | Ošetrovatelská diagnóza č. 4 | 57 |
| 17.3 | Rozhovor s pacientkou (8. den hospitalizace)..... | 58 |
| 17.4 | Průběh hospitalizace..... | 59 |
| 18 | KAZUISTIKA Č. 3 | 60 |
| 18.1 | Ošetrovatelská anamnéza dle modelu M. Gordonové - vstupní hodnocení | 61 |
| 18.2 | Plán ošetrovatelské péče..... | 64 |
| 18.2.1 | Ošetrovatelská diagnóza č. 1 | 64 |
| 18.2.2 | Ošetrovatelská diagnóza č. 2 | 65 |
| 18.2.3 | Ošetrovatelská diagnóza č. 3 | 66 |
| 18.3 | Rozhovor s pacientem (8. den hospitalizace)..... | 66 |
| 18.4 | Průběh hospitalizace..... | 67 |
| | DISKUZE | 68 |
| | ZÁVĚR..... | 71 |
| | CITOVANÁ LITERATURA | |
| | SEZNAM ZKRATEK | |
| | SEZNAM OBRÁZKŮ | |
| | SEZNAM PŘÍLOH | |

ÚVOD

Svoji bakalářskou práci jsem se rozhodla vypracovat na téma Ošetrovatelský proces u pacientů s tuberkulózou, protože se již 15 let těmto pacientům věnuji v Léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění Janov.

Tuberkulóza patří mezi nejstarší doložené nemoci a je s námi od počátků lidstva. Celá tisíciletí se přizpůsobuje našim životům, životnímu stylu i lékům, které proti ní hledáme. I když je nejčastěji označována za sociální chorobu, z vlastní praxe vím, že si své oběti nevybírá pouze mezi sociálně slabšími.

Tuberkulóza představuje pro většinu našich pacientů problém nejen fyzický, ale i psychický. Léčba je dlouhodobá a z velké části se odehrává na uzavřeném oddělení. Strach z reakce okolí po návratu domů je téměř hmatatelný. Informovanost obyvatel o tuberkulóze je malá, většinou plná mýtů a polopравd. Bohužel ani u zdravotníků, kteří nepracují na plicním nebo infekčním oddělení, to není jiné.

V naší léčebně se snažíme podávat pacientům co možná nejvíce informací o jejich nemoci, nevyhýbat se otázkám, rozhovorům. Postupem let jsem pochopila, že ošetrovatelská péče a správný psychologický přístup je pro pacienta s tuberkulózou stěžejní. Neexistuje žádný universální návod jak postupovat, jak mluvit, každý z nich má své specifické potřeby.

V teoretické části práce se zabývám historií tuberkulózy, její definicí, diagnostikou, léčbou, mimoplicní formou tuberkulózy, akutními situacemi v péči o naše pacienty, dohledem nad tuberkulózou v ČR, systémem vakcinace, výskytem v ČR i ve světě a koincidencí s HIV, rovněž zmiňuji specifika ošetrovatelské péče.

Cílem praktické části je ukázat na třech kazuistikách kvalitu ošetrovatelské péče u pacientů s tuberkulózou. Poukázat na to, že pacient s tímto infekčním onemocněním nepřestává být člověkem, který má své potřeby. Dalším cílem je doporučit řešení některých problémů souvisejících s dlouhodobou hospitalizací na uzavřeném oddělení. Ošetrovatelskou anamnézu jsem zpracovala podle modelu Gordonové a na jejím základě jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy a sestavila plán ošetrovatelské péče, který jsem následně realizovala a hodnotila jeho efektivitu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE TUBERKULÓZY

O tuberkulóze lze říci, že je stará jako lidstvo samo. První zprávy o ní se objevují v čase, kdy lidé začínají vytvářet větší sociální celky. Za nejstarší doklad o existenci tuberkulózy je možno pokládat nález z roku 1904 u Heidelbergu – jde o nález kostry z mladší doby kamenné (6000-2000 př. n. l), která jevila patologické změny v horní části hrudní páteře. Tyto byly popsány jako spondylitis tuberkulosa. Ze staroegyptského období je uváděn nález tuberkulózní coxitidy z období V. dynastie (2750-2625 př. n. l). (1)

U Babyloňanů a starých Indů jsou písemnými doklady o tuberkulóze zákoníky – zákoník krále Chamurapiho (asi 220 př. n. l) obsahuje v paragrafu 148 a 149 zmínku o nemoci, která je podle názorů mnoha badatelů tuberkulóza. Je tu popisována jako překážka dalšího trvání manželského svazku. V staroindickém Manuově zákoníku (asi 1200 př. n. l) se píše o tuberkulóze jako o překážce k uzavření manželství. (1)

Ve starém zákoně ve III. a V. knize Mojžíšově se hovoří o tuberkulóze jako o trestu, který pošle Hospodin na svůj národ, když se nebude držet jeho zákonů.

Za první ucelený obraz o ftíze (z řeckého fthisis úbytek; starý název tuberkulózy byl „úbytě“), ze kterého čerpali dlouhé století všichni lékaři, je třeba pokládat Hippokratův (466-370 př. n. l.) Corpus Hyppocraticum. V něm popisuje příznaky choroby jako je kašel, vykašlávání krve, horečku, pocení. Člověka postiženého ftízou, jako nejčastější zdroj nákazy udává Aristoteles (384-322 př. n. l.). Za bránu vstupu určil dýchací systém. Objevitelem tuberkulózní kaverny je Sylvius (1614-1667). (1)

V Itálii byly koncem 17. století vydány zákony o potírání ftízy jako přenosné choroby. Zákony se týkaly povinného hlášení, izolace nemocného, dezinfekce bytu a předmětů, s kterými přišel do styku.

Termín tuberkulóza zavedl v roce 1834 Schönlein, který chtěl tímto termínem vystihnout charakteristický rys onemocnění, tj. tvorba uzlíku granulomu různé velikosti. (1)

Etiologii objasnil Robert Koch (1843-1910). 24. 3. 1882 zveřejnil objev bacilu tuberkulózy. Na počest objevu je 24. březen každoročně Světovou zdravotnickou organizací vyhlašován jako “Světový den tuberkulózy“. (1)

Tuberkulin, který Koch v roce 1890 původně popsal jako léčebný prostředek proti tuberkulóze, začal k průkazu latentní tuberkulózní infekce v rakousko-uherské armádě používat MUDr. Karel Franz (1864-1933). (2)

Už před začátkem 20. Století se tuberkulóza stala typickou chorobou dělnické třídy. V 18. a 19. století během průmyslové revoluce byla tuberkulóza v Evropě velmi rozšířena. (3)

V roce 1854 byl v německém Gorbisdorfu otevřen ústav pro léčbu plicní tuberkulózy. Ve švýcarském Davosu v roce 1889. Na Slovensku v Novém Smokovci v roce 1875. Pacienti se léčili pobytem na čerstvém vzduchu ve vysokohorském prostředí, uměle vytvořenými pneumothoraxy, extrapleurální torakoplastikou, drenážemi kaveren. (1)

1.1 Historie boje proti tuberkulóze u nás

Situace po 1. světové válce byla hrozivá. V roce 1918 byla mortalita v Čechách 360 na 100000 obyvatel. První dispenzář tuberkulózy v Praze byl založen v roce 1904, v roce 1905 bylo otevřeno první České sanatorium v Žamberku. V roce 1919 byla založena Masarykova liga proti tuberkulóze. V Březnu 1948 bylo uzákoněno povinné hlášení TBC. Do této doby se datuje začátek chemoterapie TBC. Zavedením povinné kalmetizace v roce 1953 ubylo závažných forem TBC u dětí. (3)

1.2 Známé osobnosti, které zemřely na tuberkulózu

Franz Kafka, jeden z nejvýznamnějších spisovatelů 20. století, který prožil většinu svého života v Praze. Tuberkulóze podlehl ve 40 letech.

Antonín Baťa. Jakkoliv si obuvnický gigant Baťa nejčastěji spojujeme se jménem Tomáše Bati, zlínskou firmu založil a dlouhou dobu vedl jeho starší bratr Antonín. Zemřel na tuberkulózu ve 34 letech a byl svobodný a bezdětný.

Adina Mandlová, legendární prvorepubliková herečka. Dožila se požeňnaných 81 let a zemřela v Příbrami na plicní komplikace spojené s nikdy zcela nedolčenou tuberkulózu.

Karel Havlíček Borovský, zakladatel české žurnalistiky a satiry se tuberkulózou nakazil od své ženy Julie během vyhnanství v Brixenu. Manželka zemřela v roce 1855 a její smrtí zdrcený Borovský jí následoval o rok později v pouhých 35 letech.

Jiří Wolker, český básník je považován za jednoho z hlavních představitelů tzv. proletářské poezie. Nemocí se nakazil velmi brzy a dokonce si napsal vlastní epitaf, který končí slovy “zemřel mlád 24 let“.

George Orwell, britský spisovatel se proslavil hlavně svými romány, ve kterých varuje před totalitními režimy. Po Farmě zvířat inspirované komunismem a nacismem napsal ještě legendární román 1984, v němž varuje před možnou budoucností. Zemřel ve věku 46 let těsně po vydání této knihy.

Fryderyk Chopin, nejproslulejší polský hudební skladatel a geniální klavírista inspiroval například i našeho Bedřicha Smetanu. Tuberkulóze podlehl ve 39 letech.

Anton Pavlovič Čechov, legendární ruský spisovatel a dramatik se tuberkulózou nakazil, když jako dobrovolník pomáhal s ošetřováním rolníků. Zemřel ve 44 letech.

Andrew Jackson, tvář sedmého amerického prezidenta můžeme dodnes vídat na dvacetidolarové bankovce. Na tuberkulózu zemřel v úctyhodných 78 letech.

Gavrilo Princip, mladý srbský anarchista svým atentátem na následníka rakousko - uherského Františka Ferdinanda d'Este odstartoval první světovou válku. Jejího konce se nedožil, zemřel v roce 1918 v Terezínské pevnosti, kde byl vězněn. Bylo mu pouhých 23 let. (4)

2 TUBERKULÓZA

2.1 Definice tuberkulózy

TBC je povinně hlášené, celkové infekční onemocnění, vyvolané obligátně patogenními mykobakteriemi *Mycobacterium tuberculosis* komplex. Tuberkulóza může postihnout kterýkoliv orgán, plíce jsou postiženy dominantně. Za jednoznačný průkaz tuberkulózy je u nás považována kultivace mykobakterií. (5)

2.2 Původce

Mycobacterium tuberculosis - bacil Kochův je imobilní krátká tyčinka rovná nebo lehce zahnutá. Nachází se izolovaně i ve shlucích. Je aerobním mikroblem s optimálním růstem při teplotě 37-38 °C. Generační doba je dlouhá, růst na kultivačních půdách pomalý. Je acidorezistentní. *Mycobacterium tuberculosis* je příčinným agens v 95 % případů tuberkulózy. (6)

2.3 Atypická mykobaktéria

Skupina netuberkulózních mykobakterií zahrnuje řadu agens, která jsou potenciálními patogeny pro člověka. V ČR se uplatňují ve větší frekvenci *M. kansasii*, *M. xenopi*, *M. avium*, *M. intracellulare*. (6)

Rezervoárem je vnější prostředí, především voda, zvířata nebo ptáci. Dosud nebyl ve světě popsán žádný případ interhumánního přenosu. (7)

2.4 Lokalizace onemocnění

Stanovení lokalizace má význam kvůli evidenci. Plicní tuberkulóza je onemocnění postihující plicní parenchym. Mimoplicní označuje postižení jiných orgánů než plic. Pacient současně s plicní i mimoplicní formou je definován jako plicní tuberkulóza. (5)

2.5 Epidemiologie

Nejzávažnějším zdrojem tuberkulózní nákazy je nemocný člověk, a to především ten, který vylučuje mykobakterie prokazatelně přímo mikroskopicky. Inkubační doba se pohybuje od 4 týdnů do 2 let. Dýchací ústrojí je branou vstupu infekce ve více než 80%. Obecně se předpokládá, že k přenosu je nutný dlouhodobý a těsný kontakt s nemocným vylučujícím mykobakterie. Udává se minimálně osmihodinový kontakt s mikroskopicky pozitivním pacientem a 40 hodin s kultivačně pozitivním. (5)

Výskyt tuberkulózy je sledován již 200 až 300 let. K hlavním epidemiologickým ukazatelům v současnosti patří: prevalence TBC, incidence TBC, recidivy TBC, riziko infekce. Je nutné si uvědomit, že TBC je celosvětově třetí nejrozšířenější infekční chorobou po malárii a lepre. (6)

2.6 Zdroj - přenos - brána vstupu

Zdrojem nákazy je v současné době nemocný člověk, méně domácí a hospodářské zvířectvo. Přenos se uskutečňuje nejčastěji cestou inhalační, vdechováním mykobakterií ulpívajících na kapičkách infikovaného bronchiálního sekretu při osobním kontaktu s nemocným. Ojedinele přímým kontaktem obvykle profesionálního původu (veterinární pracovníci, pracovníci v pitevnách). Nejčastější branou vstupu je dýchací ústrojí. Mycobacteria mají tendenci se množit v místech největší kyslíkové tenze (tj. v plicních vrcholech, růstových zámcích dlouhých kostí, v ledvinách). (6)

2.7 Patogeneze

V rámci nízké prevalence tuberkulózní infekce se do dospělosti infikuje mykobakteriemi pouze část populace, z infikovaných jedinců 5-10% onemocní tuberkulózou. Manifestní TBC dělíme na primární a postprimární. (3)

Primární TBC představuje první kontakt hostitele s mykobakteriální infekcí. Mykobakterium tuberkulózy se za vhodných podmínek dostává obvykle inhalační cestou do plic. Zde se množí do rozvoje buněčné imunity a vyvolá lokální zánětlivou reakci. (6)

Po té se mykobakterie šíří lymfatickou cestou do regionálních uzlin, které se zvětšují a spolu se zánětlivým ložiskem v plicích vytvářejí primární TBC komplex. K šíření TBC tak dochází lymfatickou cestou do dalších uzlin. Primární TBC je charakteristická pro dětský věk a v 95 % případů se zhojí spontánně se vznikem

přecitlivělosti na tuberkulín. V očkované populaci vzniká vlastně primární komplex ve spádovém lymfatickém systému u místa vpichu vakcíny. (5)

Postprimární TBC vzniká u osob již infikovaných řadu let po primoinfekci. Tato sekundární forma vzniká za předpokladu další exogenní reinfekce (tj. inhalací volných mykobakterií) při kontaktu s nemocným, nebo častěji reaktivací primární TBC. Ke klinicky manifestní TBC dochází tímto způsobem až po různě dlouhém období latence, které trvá řadu let. Postprimární TBC je onemocnění dospělých jedinců. (6)

2.8 Rozvoj onemocnění

Zda TBC infekce přejde v manifestní onemocnění, záleží jak na hostiteli, tak na vlastním vyvolávajícím agens, tj. mykobakteriu tuberkulózy.

Faktory hostitele zahrnují:

- přirozenou odolnost (rezistence), vnímavost (dispozice)
- získanou imunitu
- rizikové faktory – věk (do 5 let je riziko generalizované TBC – TB meningitis), ve stáří je v rámci poklesu imunity TBC častějším onemocněním
- pohlaví (do 30 let onemocní spíše ženy, ve středním věku je naopak převaha mužů 2:1)
- expozice, záleží na trvání a intenzitě nákazy. Časová souvislost mezi expozicí TBC a manifestním onemocněním (inkubační doba) je různá. Jako minimální se uvádí 4 týdny, maximální se udává většinou do 2 let.
- iatrogenní vlivy (cytostatika glukokortikoidy, apod.)
- přidružené nemoci obvykle zhoršují průběh a prognózu, mohou být i příčinou reaktive (akutní virové infekce, malnutrice, chronická jaterní a ledvinná poškození, diabetes mellitus). V současné době je nejzávažnější kombinace TBC a HIV/AIDS.

Vlastnosti mykobakteria tuberkulózy:

- obligátně patogenní mykobakteria pro člověka vyvolávají tuberkulózu. Potenciálně patogenní se stávají atypická a mohou vyvolat mykobakteriálu
- virulence
- množství mykobakterií ovlivňuje průběh infekce
- citlivost na antituberkulotika. Rezistence je geneticky danou vlastností mykobakterií. (6)

2.9 Klinický obraz

Primární TBC vzniká v dětském věku a jen vzácně se projeví vyššími teplotami, nechutenstvím, snížením aktivity nebo přechodnou malátností. (5)

V zemích, kde byla povinná kalmetizace (u nás 1953 – 2010) byla primoinfekce uměle oslabeným kmenem mykobakteria bovinního typu (BCG). Ta pak většinou celoživotně přežívala v regionálních mízních uzlinách. Při oslabení organismu stářím nebo nemocí dochází asi u 5-10% infikovaných k reaktivaci TBC. Nemoc může probíhat asymptomaticky a je objevena při rtg vyšetření hrudníku náhodně. U třičtvrtin nemocných se však TBC manifestuje svými příznaky (6)

Postprimární TBC může probíhat chronicky nebo akutně, někdy vysloveně plíživě. U většiny nemocných se projevuje nápadnou únavou, nechutenstvím, hubnutím, poklesem fyzické výkonnosti, subfebrilním, nočním pocením a pokašláváním. (5)

Zpočátku suchý kašel přechází do produktivního. Sputum je většinou mukoidní, někdy s příměsí krve. Dalším funkčním příznakem TBC může být pleurální bolest. TBC je zrádná v tom, že i při rozsáhlém poškození plic může být fyzikální nález nad plícemi fyziologický. (3)

Miliární TBC je generalizované onemocnění s poměrně rychlým celkovým chátráním s febriliemi, velmi vzácně může probíhat pod obrazem septického stavu. (5)

3 DIAGNOSTIKA TUBERKULÓZY

3.1 Anamnéza

Anamnéza je velmi důležitým krokem. Spouští následné diagnostické postupy. Velmi důležitou otázkou je zdravotní stav v rodině, v blízkém okolí pacienta o osobách, se kterými nemocný přichází do styku. (1)

3.2 Tuberkulínová senzitivita (MX II)

V rámci celkového vyšetření provádíme tuberkulinový kožní test podle Mantoux. Aplikujeme 0,1 ml přísně intradermálně do horní strany většinou levého předloktí. Reakce se odečítá za 72 hodin. Hodnotí se velikost indurace, erytém se nebere do úvahy. Pozitivní reakce je od 6 mm indurace. Chybění reakce na tuberkulín nevylučuje tuberkulózu. (1)

3.3 Fyzikální vyšetření

Všímáme si celkového vzhledu nemocného, pátráme po zvětšených mízních uzlinách na krku, v axilách.

Poklepem můžeme prokazovat přikrácení u tuberkulózní exsudativní pleuridy nebo tuberkulózní pneumonie. U větší kaverny je přítomen hypersonorní poklep.

Poslechem zjišťujeme oslabené dýchání. (6)

3.4 Zobrazovací metody

Rentgenologické vyšetření je důležitým kritériem pro stanovení diagnózy. Základním znázorněním je zadopřední snímek plic nebo jiného orgánu. (1)

Na skiagramu hrudníku vidíme ložiskové a infiltrativní stíny, často s projasněním. Změny jsou typicky lokalizovány v horních třetinách plicních polí, ale mohou být kdekoliv. (3)

Časnou lokalizací postprimární TBC plic je podklíčková oblast. Čerstvá kaverna má nerovný vnitřní okraj. Ale pouze z rtg změn lze s určitostí diagnózu TBC stanovit. (6)

K dalším metodám patří CT, bronchoskopie, magnetická rezonance, ultrasonografie. (1)

3.5 BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ VZORKŮ

Základním předpokladem pro spolehlivý důkaz mykobakterií je správně provedený odběr materiálu a jeho následné odeslání na vyšetření. Vzorek musí být odebrán v dostatečném množství. Materiál se odebírá do sterilní nádoby. (1)

Průkaz mykobakterií se v daném vzorku provádí mikroskopickým a kultivačním vyšetřením.

Mikroskopické vyšetření je rychlejší (minuty), ale nejméně citlivou metodou. K průkazu MTB mikroskopicky je nutné 50000 – 100000 mykobakterií v 1 ml sputa. Kultivační metoda je 100000 x citlivější, ale trvá déle (6 týdnů). (6)

3.5.1 Sběr vzorku

A) sputum – na vyšetření se posílá první ranní sputum vykašlané dříve, než se nemocný napije, vyčistí si zuby. Nezbytné je poučení nemocného, aby vykašlal skutečně sputum a ne sliny. Odebírají se vzorky 3 dny po sobě. (8)

B) bronchiální výplach případně bronchoalveolární lavážní tekutina

C) žaludeční aspirát se odebírá sondou nalačno v množství 30 – 100 ml

D) laryngeální výtěr se provádí u osob, od nichž není možné získat sputum.

E) moč odebíráme nejméně 3 dny po sobě

F) menstruační krev se odebírá na sterilní tampon po 2 - 3 hodinách od zavedení 3 dny po sobě

G) krev, likvor, hnis, pleurální výpotek, kloubní výpotek se odebírají do sterilních zkumavek. (6)

3.5.2 Mikroskopický průkaz mykobakterií tuberkulózy

Mikroskopický průkaz acidorezistentních tyčinek je rychlou a jednoduchou metodou při vyhledávání osob s TBC a při kontrole účinnosti jejich léčby. Při tomto vyšetření chybí možnost bližší identifikace mykobakterií a posouzení jejich životaschopnosti. Nález musí být vždy potvrzen kultivací mykobakteria.

Nejužívanější metody k průkazu acidorezistentních tyčinek je barvení vzorků (např. podle Ziehl – Neelsena).

Nález se hodnotí kvantitativně počtem acidorezistentních tyčinek v zorných polích a to od ojedinělých tyčinek označených jedním křížkem až do velmi četných tyčinek označených třemi křížky. (6)

3.5.3 Kultivační průkaz mykobakterií tuberkulózy

Na začátku je nutné provést dekontaminaci získaného materiálu, aby se předešlo kontaminaci bakterií florou. Sediment získaný po centrifugaci se očkuje na kultivační média. Naočkované půdy se ukládají do komorového termostatu při teplotě 37 °C. Kultury se odečítají po 3, 6, a 9 týdnech.

Bactec systém je radiometrickou metodou detekující růst bakterií v průběhu 2 týdnů. (6)

3.5.4 Molekulárně genetické techniky

Genetické testy stanovují kyselinu DNA a RNA v komplexu mykobakterium tuberculosis už za pár hodin. Tyto molekulárně – biologické metody představují výrazné urychlení a upřesnění laboratorní diagnostiky. (1)

Příkladem těchto metod jsou polymerázová řetězová reakce (PCR) a přímý test cílený na mykobakterium tuberkulózy (MTD). (6)

3.6 Histologické vyšetření vzorků

Histologické vyšetření je důležité v případě, že existuje možnost získat reprezentativní materiál z různých tkáňových struktur v oblasti předpokládaných specifických změn. (1)

3.7 Serologické vyšetření vzorků

V současnosti se využívá QuantiFERON – TB Gold test. Jde o in vitro diagnostický test, který napomáhá detekovat infekci z plně heparinizované lidské krve. Test dosahuje 98% specifčnosti. (1)

3.8 Bronchoskopie

Pokud jsou u pacienta opakovaně prokázány typické mykobakterie ze sputa, bronchoskopické vyšetření neprovádíme. Představuje zbytečné zatěžování personálu tuberkulózní infekcí.

Pokud je nemocný alespoň pětkrát po sobě ze sputa mikroskopicky negativní nebo vůbec nevykašlává a má patologický nález na skiagramech a tomografech hrudníku, který

by mohl být vyvolán tuberkulózou je bronchoskopické vyšetření metodou, která umožňuje získání bronchiálního sekretu. Cílený sběr, výplach bronchu nebo bronchoalveolární laváž zvyšují pravděpodobnost průkazu mykobakterií. (3)

3.9 Identifikace mykobakterií

Identifikační metody jsou důležité pro rozlišování druhů mykobakterií a provádějí se u každého nově izolovaného kmene. V ČR hodnocení ukazatelů mykobakteriální diagnostiky umožňuje informační systém bacilární tuberkulózy (ISBT). (6)

3.10 Vyšetření citlivosti mykobakterií na antituberkulotika

Vyšetření citlivosti na hlavní antituberkulotika se musí provést u každé nově zjištěné tuberkulózy. V případě zjištění rezistence nebo u dříve již léčených pacientů se provádějí testy citlivosti i na vedlejší antituberkulotika a další léky. Další indikaci ke stanovení citlivosti je trvajícím nález mykobakterií při adekvátní terapii. (6)

3.11 Klasifikace tuberkulózy a mykobakterií

Od 1. 1. 2019 je v platnosti druhá verze mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Diagnózu tuberkulózy je nutno vykazovat kódy A 15 – A 19. (6)

4 LÉČBA TUBERKULÓZY

Léčba tuberkulózy je v ČR nařízena zákonem č. 258/2000 sb. o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, vyhláškou ministerstva zdravotnictví č. 306/2012 sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění (9)

Hlavní zásadou léčby TBC je podávání kombinace antituberkulotik po dobu 4 – 12 měsíců. Délka trvání léčby závisí na rozsahu postižení, přidružených chorobách nemocného a kombinaci použitých antituberkulotik. (6)

Cílem léčby tuberkulózy je vyléčení nemocného, zachování kvality života a produktivity, zabránění úmrtí na aktivní TBC a předcházení pozdním následkům. Zabránění relapsu onemocnění. Minimalizace možnosti přenosu na jiné osoby. Zabránění vzniku získané lékové rezistence (5)

Léčba antituberkulotiky je kombinovaná, dlouhodobá a kontrolovaná. Podává se kombinace léků v jednorázové ranní dávce, a to pod přímou kontrolou ošetřujícího personálu. Léčbu se doporučuje podávat denně. Interniterně třikrát týdně, je akceptovatelné podávat léčbu v pokračovací fázi. (5)

4.1 Fáze léčby tuberkulózy

Ústavní léčba (iniciální fáze) trvá minimálně 2 měsíce a podává se většinou čtyřkombinace antituberkulotik. Dochází k debacilizaci, posuzují se eventuální lékové interakce a řeší se nežádoucí účinky zahájené terapie.

Další léčba (pokračovací fáze) trvá minimálně 4 měsíce a podává se většinou dvojkombinace antituberkulotik ambulantně. (5)

4.2 Antituberkulotika

4.2.1 Hlavní účinky antituberkulotik

Hlavní účinky jednotlivých antituberkulotik dělíme na:

Baktericidní – definovaný jako schopnost rychle usmrtit aktivně rostoucí mykobakterie (isoniazid, méně rifampicin a streptomycin)

Sterilizační – definovaný jako schopnost usmrtit semidormantní mykobakterie (rifampicin a pyrazimanid).

Zabraňující vzniku lékové rezistence (isoniazid, rifampicin, méně streptomycin, etambutol a pyrazinamid). (5)

4.2.2 Isoniazid (H – INH)

Isoniazid je hydrazid kyseliny izonikotinové. INH bylo syntetizováno poprvé v Praze v roce 1912, jeho účinek na mykobakteria byl popsán teprve v roce 1950. Pro snadnou výrobu, levnost a vysokou účinnost, je celosvětově nejvíce používaným lékem proti tuberkulóze. Dobře se vstřebává, maximální sérová koncentrace je dosahována za hodinu. Metabolizuje se v játrech acetylací a je vylučován močí. (6)

Maximální denní dávka je 300 mg. Mezi nežádoucí účinky patří periferní neuritida, hepatotoxicita a alergie. Při podávání je nutná suplementace pyridoxinem. (5)

4.2.3 Rifampicin (R)

Objeven v roce 1963, k léčbě tuberkulózy použit v roce 1965. Rifampicin je semisyntetické širokospektré antibiotikum s mykobakteriálním účinkem na rychle i pomalu se množící mykobakteria. Po podání per os se dobře resorbuje, maximální koncentrace v séru je dosažena za 2-3 hodiny při podání na lačno. Je metabolizován desacetylací a vylučován z 90% do žluče a z 10% do moči (6)

Maximální denní dávka je 600mg na lačno. Z vedlejších účinků jsou popisovány hepatitida, trombocytopenie, chřipkové obtíže, alergie, poškození ledvin a zažívací obtíže. Barví do oranžova sliny, pot, moč a slzy. Pozornost je třeba věnovat četným lékovým interakcím. (5)

4.2.4 Pyrazinamid (Z)

Objeven v roce 1954. Pyrazinamid je syntetickým pyrazinovým analogem nikotinamidu, má baktericidní účinek pouze na intracelulárně fagocytovaná mykobakteria v kyselém prostředí. Jeho výjimečnou vlastností je tedy možnost zničení perzistorů a proto by měl být podáván především v prvních 2 měsících antituberkulotické léčby. Dobře se vstřebává po perorálním podání, maximální sérová koncentrace je dosažena za 2 hodiny po požití. Vylučuje se hlavně ledvinami. (6)

Denní dávka je 25 mg/kg. Pyrazinamid je hepatotoxický a ovlivňuje tubulární sekreci kyseliny močové. Dostavuje se hyperurikémie, příznaky dny. (5)

Při léčbě je nutno kontrolovat urikémii. Nesmí se podávat nemocným s poruchou funkcí jater. (6)

4.2.5 Etambutol (E)

Objeven v roce 1962. Etambutol je synteticky připravené antituberkulotikum s mykobakteriostatickým účinkem a s velmi nízkou frekvencí nepříznivých vedlejších účinků, hepatotoxické. Dobře se resorbuje po perorálním podání, maximální sérová koncentrace je dosažena za 3 hodiny. Je vylučován tubulární sekrecí a glomerulární filtrací. (6)

V denním režimu se podává 15mg/kg. Závažným nežádoucím účinkem je retrobulbární neuritida, porucha barvocitu a skotomy. (5)

4.2.6 Streptomycin (S)

Streptomycin byl objeven v roce 1943, jeho účinek na mykobakteria tuberkulózy byl publikován v roce 1944. Za objev Streptomycinu obdržel Waksman v roce 1952 Nobelovu cenu. Terapeutické hladiny lze dosáhnout pouze při parenterálním podávání. Obvyklá denní dávka je 1g i.m. Streptomycin je ototoxický, poškozuje n. vestibulocochlearis, což se klinicky manifestuje závratěmi, poruchou sluchu. Dále je streptomycin neurotoxický a může vyvolat kožní alergické reakce. (6)

4.2.7 Antituberkulotika druhé řady

Pokud nelze sestavit vhodný léčebný režim z 5 hlavních antituberkulotik (pro věk nemocného, přidružené choroby, předchozí neúspěch léčby AT, rezistentní kmen), přistupujeme k podání antituberkulotik vedlejších. Příkladem je Ethionamid, Prothinamid, Cykloserin, Kanamycin, Amikacin. (6)

4.3 Léčebné režimy u tuberkulózy

WHO vydala standardizované režimy pro určení kategorie pacientů. Standardizované znamená, že všichni pacienti v definované skupině jsou léčeni stejným léčebným režimem. (5)

Pacienti jsou rozděleni do kategorií I. – IV. a podle definice kategorie lze přidělit léčebný režim. (6)

4.3.1 Léčebné režimy ve speciálních situacích

Těhotenství

Tuberkulóza těhotných žen byla kontroverzním tématem už v době Hippokrata. Až do začátku 14. století převládal názor, že zvýšený abdominální tlak v těhotenství pomáhá uzavírat tuberkulózní dutiny v plicích. Němečtí lékaři dokonce doporučovali mladým ženám s tuberkulózou otěhotnět. (1)

Většina antituberkulotik je v těhotenství bezpečná. Vyjimku tvoří streptomycin, který je pro fetus ototoxický. (5)

Tuberkulóza v současnosti nepředstavuje v žádném případě zdravotní indikaci k interpunkci. (6)

Kojení

Kojící žena s tuberkulózou by měla dostat kompletní AT léčbu. Všechny AT léky jsou kompatibilní s kojením a podle doporučení WHO žena, která je užívá, může normálně kojit. Dítěti je podávána chemoprolaxe izoniazidem nejméně po dobu 3 měsíců. BCG vakcinace má být odložena do doby, kdy skončí s profylaxí. (5)

Antikoncepce

Rifampicin intraguje s perorálními kontraceptivy ve smyslu snížení jejich ochranného účinku před otěhotněním. (5)

Pacienti se zhoubnými nádory

Kombinace cytostatické léčby a léčby AT je možná, někdy i nezbytně nutná. Kombinace však přináší velké riziko nepříznivých a vedlejších účinků a proto je tuto léčbu nutno provádět za hospitalizace. Volba AT je přísně individuální. (6)

Pacienti s renálním selháním

Pacienti s renální insuficiencí mají zvýšené riziko vzniku tuberkulózy. Léčba je obtížná protože většina AT se vylučuje močí. Pouze Rifampicin lze podat v běžných dávkách bez obav. (6)

Pokud je zajištěno monitorování hladin, mohou být v redukováných dávkách podávány i ostatní AT, mimo Streptomycinu. (5)

Koincidence TBC s HIV

Pacient s HIV pozitivitou infikovaný tuberkulózními mykobakteriemi má až 34 krát vyšší pravděpodobnost tuberkulózou onemocnět než člověk HIV negativní. Obrácený vztah ukazuje, že 12% nemocných s TBC má HIV infekci. Proto je důležité vyšetřovat HIV status u všech pacientů s tuberkulózou. (5)

4.4 Chirurgická léčba tuberkulózy

Chirurgická léčba TBC je díky účinné chemoterapii tuberkulózy indikována v ojedinělých případech. Ještě dnes je indikována k resekci tuberkulózy nebo přítomnost multirezistentních forem mykobakterií kdy chemoterapií nelze docílit debacilizaci. (6)

4.5 Léčba mykobakterií

I léčba netuberkulózní mykobakterií musí být kombinovaná a dlouhodobá. Rozhodující pro volbu léků je průkaz citlivosti na jednotlivé léky. Léčba trvá 9-24 měsíců s minimální 12 měsíční bakteriologickou negativitou. V kombinaci s AT se nejčastěji podává Klarithromycin. (7)

5 MIMOPLICNÍ TUBERKULÓZA

Mimoplicní TBC se vyskytuje asi u 15% nemocných TBC. Může postihnout kterýkoliv orgán nebo tkáň. Bývají to podkožní uzliny, gastrointestinální trakt, genitourinální trakt, kůže, klouby, kosti, CNS, oči.

U uzlinové formy TBC jde až v 90% o krční uzliny, postižení skeletu je nejčastější v oblasti páteře. V trávicím traktu je nejčastější postižení ileocekální oblasti nebo onemocnění imituje apendicitidu. Podobně jako k TBC pleuritidě může dojít k závažné TBC peritonitidě a perikarditidě. Obávaná bazilární meningitida vzniká v rámci miliární TBC. Postižení kůže je vzácné. (5)

5.1 Léčba mimoplicní tuberkulózy

Pro léčbu mimoplicní TBC platí stejná pravidla jako pro léčbu plicních forem. U závažných forem ortopedické TBC, kde je podstatně horší průnik AT do osteoartikulárního systému, je vhodné, léčbu prodloužit. U TBC uzlin je častá kombinace konzervativní a chirurgické léčby. Při TBC serózních blan, mozkomíšních plen a ústředního nervstva je nutná terapie v kombinaci s kortikoidy. TBC urologická a gynekologická vyžaduje součinnost konzervativní a operační léčby. (3)

6 MULTIREZISTENTNÍ TUBERKULÓZA (MDR – TB)

Multirezistentní tuberkulóza je celkově infekční onemocnění vyvolané bakteriemi rezistentními minimálně proti dvěma antituberkulotikům první řady (proti Isoniazidu a Rifampicinu). (7)

Rychlý rozvoj rezistence na antituberkulotika nepříznivě ovlivňuje vývoj tuberkulózy ve světě. Multirezistentní TBC je v podmínkách rozvojových zemí onemocněním infaustní. Nejčastější příčinou vzniku rezistence na antituberkulotika je nedodržení délky užívání léků, nepravidelné užívání léků, nesprávná volba a dávka léku, přidružené choroby a stavy s imunodeficitem. (1)

Příliv migrantů ze zemí s vysokým výskytem tuberkulózy se odráží i na lůžkovém oddělení pro léčbu multirezistentní tuberkulózy v Thomajerově nemocnici v Praze, které je spádové pro celou Českou republiku. (10)

7 EXTRÉMĚ REZISTENTNÍ TUBERKULÓZA (XDR – TB)

Extrémě rezistentní tuberkulóza je celkové infekční onemocnění vyvolané bakteriemi rezistentními proti dvěma antituberkulotikům první řady a navíc nejméně proti třem dalším lékům druhé řady. (7)

Problém rezistentní formy tuberkulózy je mimořádně závažný z epidemiologického, terapeutického i ekonomického hlediska. (1)

8 AKUTNÍ SITUACE V PÉČI O PACIENTY S TUBERKULÓZOU

Pokročilá nebo komplikovaná forma tuberkulózy může i v dnešní době vyústit v život ohrožující stav (těžká respirační insuficience, ARDS, metabolický rozvrat, sepse). TBC může být rovněž komplikující komorbiditou u nemocných s jiným závažným onemocněním (těžká exacerbace CHOPN, akutní infarkt myokardu, plicní embolie, závažné pooperační stavy apod.).

Intenzivní péče o tyto nemocné je vždy komplikována rizikem infekce pro personál. V ČR je jen několik izolačních lůžek intenzivní péče, kde může být poskytnuta např. umělá plicní ventilizace. Pro léčbu nemocných s MDR – TB byla v roce 2007 otevřena centrální jednotka na pneumologické klinice fakultní Thomajerovy nemocnice v Praze. (7)

9 DOHLED NAD TUBERKULÓZOU A KONTROLA TUBERKULÓZY

Dohledem nad tuberkulózou se rozumí sběr údajů o tuberkulóze (hlášení tuberkulózy) a jejich epidemiologické hodnocení. Od roku 1981 je tento v ČR uskutečňován zřízením Národního registru tuberkulózy, který umožňuje hodnocení epidemiologické situace na území regionů a okresů. Tento informační systém umožňuje posoudit účinnost prováděných opatření po stránce diagnostické, terapeutické a preventivní.

Kontrola tuberkulózy zahrnuje vyhledávání zdrojů tuberkulózy, zavedení adekvátní léčby antituberkulotiky a monitorování efektu této terapie. (6)

9.1 Izolace

Izolace je legislativně daný postup a týká se všech infekčních nemocných nebo nemocných podezřelých z infekce tuberkulózou. Izolaci zajišťuje lékař, který TBC zjistil, tím, že zajistí převoz do určených pracovišť. (5)

9.2 Vakcinace (BCG)

Vakcinace oslabeným, kmenem M. Bovis je zásadním preventivním postupem, má význam především v zemích s vysokou incidencí TBC. Navazuje určitý stupeň rezistence vůči TBC, který trvá asi 10-15 let. Ochraňuje proti generalizované formě a tuberkulózní meningitidě u dětí. (5)

9.3 Chemoprophylaxe

Chemoprophylaxe (preventivní terapie) se provádějí nejčastěji monoterapií isoniazidem po dobu 6 měsíců. Je indikována u prokázané latentní TBC a v rizikových situacích, kdy je třeba zabránit vzniku vlastního onemocnění. Bývá to u dětských kontaktů s prokázanou TBC. (5)

9.4 Vyhledávání případů tuberkulózy

Vyhledávání tuberkulózy spočívá ve třech epidemiologických metodách, vyšetření tuberkulinovým testem, rtg vyšetření hrudníku a mykobakteriologické vyšetření sputa. (5)

9.5 Povinné hlášení tuberkulózy

Povinnost hlášení se vztahuje na každé nově zjištěné onemocnění TBC, na recidivu, na úmrtí na TBC plicní i mimoplicní lokalizace. Na podkladě soustavy hlášení byl vytvořen neutrální registr tuberkulózy. Hlášení podává lékař, který aktivní TBC prvně zjistil. Jeden rok po podání povinného hlášení se podává kontrolní hlášení TBC, podle kterého lze hodnotit průběh a výsledek léčby. (5)

9.6 Dispenzární péče

Dispenzární péče je souhrn opatření zahrnující preventivní metody, vyhledávání a povinné hlášení, vyhodnocené léčby a soustavné sledování zdravotního stavu osob s TBC. Nemocní jsou zařazeni do dispenzárních skupin. Pacient je dispensarizován ve spádové pneumologické ambulanci podle místa bydliště. (5)

10 SYSTÉM VAKCINACE V ČR

System vakcinace v ČR se od roku 1910 změnil. Z plošné vakcinace se přešlo na selektivní BCG vakcinaci rizikových dětí. ČR se tak zařadila k zemím s nízkou incidencí TBC, které akceptují doporučení WHO, udávající, že plošná BCG je vhodná pouze pro země s vysokou incidencí TBC (nad 20/100000 obyvatel).

Indikaci posuzuje lékař novorozeneckého oddělení na základě dotazníku vyplněného rodiči a anamnestických údajů (příloha číslo 4).

O kalmetizaci rozhoduje pneumolog. Rodiče podepisují informovaný souhlas.

Kromě tohoto je ponechána i možnost očkování dobrovolného, které je aplikováno na přání rodičů po 6. měsíci života. Revakcinace v 11 letech se také neprovádí. (5)

10.1 Rizikové skupiny dětí

a) jeden nebo oba rodiče dítěte nebo sourozenec nebo člen domácnosti, v níž dítě žije má aktivní TBC

b) dítě nebo člen domácnosti se narodilo nebo souvisle pobývalo, pobývá v zemi s výskytem TBC větším než 40/100000 obyvatel

c) dítě bylo v kontaktu s nemocným s TBC (5)

11 VÝSKYT TBC V ČR

Vývoj epidemiologické situace v ČR je velmi příznivý, v roce 2006 poklesl počet hlášených případů prvně pod 20/100 000 obyvatel. (7)

ČR patří mezi země s nízkou incidencí a trend výskytu je nadále klesající. Počty recidiv jsou velmi nízké. Mortalita na TBC činí v posledních letech kolem 0,2/100000 obyvatel.

Do budoucna lze očekávat problémy s imigrantskou populací. (5)

Rok 2013 v ČR

V roce 2013 bylo hlášeno do registru TBC celkem 502 onemocnění všech forem a lokalizací, tj. 4,8/100000 obyvatel. TBC dýchacího ústrojí ve 455 případech.

U žen postihlo onemocnění TBC především věkovou skupinu 75+, u mužů můžeme sledovat vyšší výskyt onemocnění zhruba od 55 let.

Z hlediska pohlaví je více případů TBC u mužů, v roce 2013 byl poměr 2,1:1.

Do registru bylo hlášeno 79 cizinců. Nejvíce pocházelo z Ukrajiny. Mezi bezdomovci bylo zjištěno 46 případů. (9)

Rok 2014 v ČR

V roce 2014 bylo hlášeno do registru TBC celkem 514 onemocnění všech forem a lokalizací, tj. 4,9/100000 obyvatel. TBC dýchacího ústrojí ve 464 případech.

Poměr mužů a žen 2,1:1.

Do registru bylo hlášeno 79 cizinců. Nejvíce pocházelo z Ukrajiny. Mezi bezdomovci bylo zjištěno 32 případů TBC. (11)

Dětská tuberkulóza v ČR

V evidenci dětské kliniky Thomajerovy nemocnice v Praze je za období 2000-2015 194 pacientů s TBC a netuberkulózní mykobakteriózou ve věku 0-18 let. Podle pohlaví bylo 93 chlapců a 101 dívek. Podíl romů byl 14%, podíl cizinců 22%.

Onemocnění TBC bylo 161, mykobakterióz 33 případů. Převážná většina TBC nálezů byly plicní formy, závažné mimoplicní formy se začaly objevovat u nekalmetizovaných dětí po zrušení plošné BCG vakcinace. Byly to 3 případy

tuberkulózní meningoencefalitidy s velmi těžkým průběhem, dále případ oboustranné otitidy u tříletého chlapce. U kalmentizovaných dětí se TBC meningitida a postižení středouší nevyskytla po dobu 30 let.

12 TUBERKULÓZA VE SVĚTĚ

Tuberkulóza stále zůstává celosvětovým velmi závažným problémem, neboť podle údajů WHO jsou tuberkulózou infikovány 2 miliardy lidí. Prevalence TBC je vysoká, 90% nakažených pochází z rozvojových zemí (subsaharská Afrika, Bangladéš, Čína). Incidence představuje 9 miliónů osob a mortalita 1,6 miliónů osob. (5)

Odhady WHO na roky 2000-2020 udávají, že se tuberkulózou nakazí další miliarda lidí. (1)

Výstražným trendem je rychlý nárůst rezistentních forem. Extrémně rezistentní tuberkulóza se vyskytla už v 58 zemích. Zvyšuje se význam vzájemných vztahů mezi TBC a HIV pozitivitou. (5)

13 PROGNÓZA

V historii lidstva, usmrtila tuberkulóza více lidí než jakákoliv jiná nemoc. Zůstává jednou z top deseti příčin úmrtí na světě. Jedním z hlavních problémů tuberkulózy je, náročné vyhledávání a diagnostikování lidí, kteří jsou infikováni virem aktivní TBC. V důsledku toho jsou asi 3 miliony lidí, kteří si nejsou vědomi, že mají aktivní tuberkulózu a nevědomky nakazí v průměru 15-20 a více lidí kolem sebe. Můžete si představit exponenciální šíření choroby, jak děsivě rychle se tato čísla sčítají: 1,4 milionu lidí zemře na tuto nemoc v tomto roce (2014), dva až tři lidi každou minutu, téměř 4000 každý den. Přesto většina lidí neví o tuberkulóze téměř nic a pravděpodobně si myslí, že už není hrozbou pro veřejné zdraví. (12)

Prognóza včas a správně léčené tuberkulózy v ČR je dobrá. Problémy vznikají při intoleranci léků, nedodržování léčby nebo u rezistentních kmenů. U malé části chronicky nemocných může být léčba doživotní. Nepoznaná a pozdě léčená TBC může být příčinou smrti. (5)

14 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S TUBERKULÓZOU

Péče o pacienty s tuberkulózou je pro sestru velmi náročná a specifická. Je nutno dodržovat zásady bariérové ošetrovatelské péče. Na odděleních TRN je vyčleněno několik izolačních lůžek se vstupním a výstupním filtrem. (13)

Sestra musí při své práci zohlednit, nejen do jaké míry nemoc zasahuje do oblasti somatické, ale i psychické a sociální. Pobyt v izolaci je pro pacienta většinou velmi stresující. Je nutné, aby sestra měla dostatečný přehled v dané problematice a profesionální přístup k pacientům všech sociálních vrstev. (13)

Stále častěji se sestry na těchto oddělení setkávají s cizinci. Většinou jsou to obyvatelé zemí s nedostatečnou prevencí proti tuberkulóze, ve kterých není léčba této nemoci na dobré úrovni. Proto by sestra měla mít přehled o tradicích a zvycích pacientů, aby lépe pochopila jejich chování a získala si tak důvěru pacienta. (13)

14.1 Bariérová ošetrovatelská péče

Bariérovou ošetrovatelskou péčí rozumíme používání různých postupů, jejichž cílem je zničit patogenní organismy a zabránit jejich rozšíření. Většina opatření vyžaduje mnohem více úsilí, času a peněz než běžná péče za normálních okolností. (14)

Bariérové ošetrovatelské techniky zahrnují dodržování zásad osobní hygieny zdravotnického personálu, používání vyčleněné šatny a filtru, pravidelný úklid, používání osobních ochranných pomůcek, pravidla pro manipulaci s prádlem, pro nakládání s odpady, izolaci, individualizaci pomůcek v co největší míře, závěrečný úklid. (15)

14.2 Povinná mlčenlivost zdravotníků

Každý zdravotník je povinen zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s péčí o pacienta. O jeho zdravotním stavu, hospitalizaci, diagnóze. Už sama skutečnost, že je pacient léčen v určitém zdravotnickém zařízení představuje předmět mlčenlivosti. (16)

PRAKTICKÁ ČÁST

15 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ S TUBERKULÓZOU

15.1 Formulace problému

Tuberkulóza patří mezi nejstarší doložené nemoci, doprovází lidstvo v celé jeho známé historii. I v současné době je její hrozba stále reálná. V roce 2014 bylo v České republice hlášeno 514 nových případů tuberkulózy. V roce 2015 to bylo 519 případů. Mezi lidmi koluje mnoho mýtů a polopravd o této nemoci. Například, že tuberkulóza je nemocí bezdomovců, ten kdo se jí nakazí je pro své okolí extrémně nakažlivý, vykašlává krev, má velký kašel a podobně. Pro pacienty je diagnóza většinou šokem a dlouhodobá léčba obrovskou psychickou i fyzickou zátěží.

Ve své práci bych chtěla poukázat na to, že pacient s tuberkulózou nepřestává být člověkem, že má své potřeby a problémy. Ať jsou spojeny s náhlým vytržením z běžného života, s dlouhodobou hospitalizací za přísných izolačních pravidel, nebo se strachem z reakce okolí a návratu domů. Rovněž chci poukázat na to, že léčba této nemoci je pro organismus velmi náročná a musí být vždy pečlivě volena, sledována a korigována.

15.2 Cíl práce

Hlavním cílem mého výzkumu je poukázat na to, že pacient s tuberkulózou nepřestává být člověkem, který má své potřeby. Tyto jsou ovlivněny dlouhodobou hospitalizací a mýty kolujícími ve společnosti.

Dílčí cíle

- vypracovat a rozebrat kazuistiky
- sepsat ošetrovatelský plán
- doporučit řešení některých problémů souvisejících s dlouhodobou hospitalizací na uzavřeném oddělení

Výzkumné otázky

K dosažení výše uvedených cílů si stanovuji následující výzkumné otázky:

- Jaké je chování personálu na ambulancích a standardních odděleních nemocnic k pacientům s nově diagnostikovanou tuberkulózou?
- Jak a do jaké míry je pacient o této nemoci od personálu informován?
- Jak působí naše oddělení na pacienta při přijetí?
- Co pacientům na našem oddělení nejvíce chybí?

15.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro výzkumnou část mé práce jsem si zvolila kvalitativní formu výzkumu. Sběr dat a jejich analýza se v tomto výzkumu dějí v delším časovém období. Dochází k vyhledávání a analyzování informací, které osvětlují stanovené výzkumné otázky. Tento druh výzkumu umožňuje podrobný popis toho, co je pozorováno a zaznamenáváno. Výzkumník získává integrovaný pohled na předmět studie. Pro kvalitativní výzkum je charakteristický hloubkový vhled a zkoumání v přirozených podmínkách. (17)

15.4 Metoda

Výzkum uskutečňuji metodou zpracování kazuistiky, takzvanou case study (případovou studií), v níž se jedná o detailní studium jednoho či několika málo případů. Jde o zachycení složitosti daného případu. Tato metoda umožňuje získání velkého množství dat a popisu jednoho či několika málo jedinců. (17) Zpracuji tři kazuistiky pacientů s tuberkulózou, dle ošetřovatelského modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové.

15.5 Výběr respondentů

Výběr vzorku respondentů byl záměrný. Kritériem pro výběr byly různé druhy tuberkulózního postižení, překlad z různých pracovišť, odlišné sociální poměr těchto lidí a ochota spolupracovat. Dále pak diagnostika nemoci mimo naší léčebnu.

15.6 Způsob získávání informací

Ke sběru potřebných dat jsem využila opakované strukturované rozhovory s pacienty. Dále zdravotnickou dokumentaci, poznatky členů ošetřovatelského týmu a výsledky vyhodnocení anonymní Ankety spokojenosti (příloha č.), o jejíž vyplnění žádáme pacienty při propuštění. Všem pacientům jsem před rozhovorem předložila

Informovaný souhlas (příloha č. 3). Rozhovor jsem pro lepší plynulost hovoru zaznamenala na diktafon a po přepsání vymazala. Rozhovory probíhaly v soukromí na vyšetřovně oddělení v odpoledních hodinách.

Organizace výzkumu

Výzkum probíhal od února 2016 do ledna 2017 na oddělení pro léčbu tuberkulózy v Léčebně tuberkulózy a respiračních onemocnění Janov u Mirošova.

Byl rozdělen na tři části. První se týkal mladé ženy, matky dvou dětí, pracující. Její stav při příchodu na naše oddělení zhodnotím v kazuistice, pak popíši a zhodnotím rozhovor s touto pacientkou. Stejně budu postupovat v případě muže bez domova ve středním věku a pacientky s tuberkulózou páteře. Výsledky porovnáám v diskuzi.

16 KAZUISTIKA ČÍSLO 1

Nynější onemocnění:

Pacientka, 36 let, byla přeložena z Plzeňského zdravotnického zařízení k léčbě bakteriologicky ověřené tuberkulózy pravé plíce. Nález zjištěn náhodně při rentgenu pro bolesti krční páteře po autonehodě.

Osobní anamnéza:

Dosud se s ničím neléčila, úrazy 0.

Hlavní lékařská diagnóza:

A 150 TBC plic v pravém horním a apikálním segmentu pravého dolního laloku, mikroskopicky i kultivačně pozitivní

Rodinná anamnéza:

Matka se léčí s CHOPN. Otec zdrav. Má dvě zdravé děti.

Sociální anamnéza:

Vdaná, žije v bytě s rodinou.

Pracovní anamnéza:

Prodavačka v drogerii.

Farmakologická anamnéza:

Bion3 , antikoncepce.

Alergická anamnéza:

Pacientka udává alergii na prach.

Gynekologická anamnéza:

Menstruace pravidelně od 15 let. Byla dvakrát gravidní, porodila dvě zdravé děti. Na preventivní prohlídky chodí, poslední v lednu 2016.

Abusus:

Kouří deset cigaret denně. Alkohol příležitostně.

Fyzikální vyšetření sestrou:

TK 130/90 mmHg

P 120/minutu

TT 36,5 °C

SpO2 98%

D 20/minutu

Váha 72kg

Výška 172cm

BMI 24,3

Použité hodnotící škály:

Barthelův test základních všedních činností - 100 bodů - nezávislá. (příloha č. 2)

VAS - 2 - středně silná bolest (příloha č. 5)

Medikace za hospitalizace:

NIDRAZID tbl. 100mg 3-0-0, BENEMICIN cps. 300mg 2-0-0, PYRAZINAMID tbl. 500mg 4-0-0, SURAL tbl. 400mg 4-0-0, PYRIDOXIN tbl. 20mg 1-0-0, NOVALGIN tbl. 500mg 1-1-1 (postupně vysazeno), NEUROL tbl. 0,25mg 1-1-1-1 (postupně upraveno)

16.1 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu M. Gordonové - vstupní hodnocení

Vnímání zdravotního stavu

Subjektivně: pacientka vnímá svůj zdravotní stav jako dobrý. Dosud vážněji nestonala. Chodí na preventivní prohlídky. Kouří od 16 let. Uvědomuje se závažnost své nynější diagnózy, chce se vyléčit, ale nechápe, kde se mohla nakazit.

Objektivně: pacientka je vystrašená z diagnózy. Potřebuje edukaci, psychickou podporu.

Výživa a metabolismus

Subjektivně: pacientka považuje svůj jídelníček za zdravý a pestrý. S denním rozložením příjmu potravy je to složitější vzhledem k práci. Tělesnou hmotnost si již delší dobu

udržuje stejnou. Pije dostatečně - 2 litry za den. Chrup si nechává kontrolovat pravidelně. Nepozoruje změny na kůži, nehtech.

Objektivně: BMI 24,3. Pacientka má dobrý stav výživy i hydratace. Kůže je čistá bez defektů. Nehty pevné, vlasy upravené.

Vylučování

Subjektivně: na toaletě chodí pravidelně. Stoličky je formovaná. V souvislosti s hospitalizací se obává nedostatku klidu a soukromí při vyprazdňování. S močením nemá potíže. Moč je čirá. Během noci pocítuje nucení na močení, jen pokud si večer vypije kávu. Zvýšené pocení se objevuje při tělesné námaze.

Objektivně: při přijetí nehodnotím.

Aktivita a cvičení

Subjektivně: dříve chodila pravidelně dvakrát týdně cvičit. Po autonehodě před měsícem jí to bolest nedovoluje. S rodinou chodí na procházky, ale ráda i lenoší u televize. Je naprosto soběstačná, péči o domácnost i děti zvládá. Vyjadřuje obavu, jak vše zvládne manžel.

Objektivně: pacientka působí unaveně, depresivně. Dle Barthelova testu zcela soběstačná.

Spánek a odpočinek

Subjektivně: dříve, doma, neměla s usínáním problémy. Po autonehodě nemohla spát pro bolesti krční páteře. To se postupně zlepšilo. Po vyslovení podezření na tuberkulózu téměř nespí. Ráno se cítí unavená. Léky na spaní nikdy neužívala. Vyjadřuje obavu, jak bude spát s cizím člověkem na pokoji.

Objektivně: pacientka působí unaveně. Odpovídá pomalu. Má kruhy pod očima.

Vnímání, poznávání

Subjektivně: pacientka udává, že slyší i vidí dobře. S pamětí potíže nemá. Nové věci se učí ráda a bez problémů. S komunikací nikdy neměla problémy. O svém současném zdravotním stavu si přijde informována nedostatečně.

Objektivně: pacientka je orientovaná místem, časem, osobou. Její odpovědi jsou stručné, pomalé. Je vidět, že má strach a nedokáže se plně soustředit.

Sebekoncepce, sebeúcta

Subjektivně: sama sebe hodnotí jako bezkonfliktní, klidnou. Momentálně je unavená, pociťuje strach. Musí si srovnat myšlenky. Doufá, že vše nebude trvat dlouho a vrátí se domů k dětem.

Objektivně: pacientka působí unaveně, apatická není. Udržuje oční kontakt. Snaží se být trpělivá.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Subjektivně: pacientka bydlí s rodinou v bytě 3 + 1. Má dvě dcery. Má pěkný vztah s rodiči. Rodina ji v nemoci velmi podporuje. Jen neví, jak manžel zvládne péči o děti a domácnost. V zaměstnání je spokojená. Má pár dobrých kamarádek. Obává se reakce známých na diagnózu tuberkulózy, má strach, aby se jí lidé neštíteli, aby nediskriminovali děti ve škole. Bojí se, jestli nemohla nakazit děti nebo někoho jiného.

Objektivně: pacientka si na noční stolek postavila fotografii dětí. Přišla v doprovodu manžela. Když mluví o dětech pláče.

Sexualita, reprodukční schopnost

Subjektivně: menstruace pravidelně od 15 let. Byla dvakrát gravidní, porodila dvě zdravé dcery. Užívá hormonální antikoncepci. Na preventivní gynekologické prohlídky chodí pravidelně, je bez obtíží. S manželem mají hezký vztah.

Objektivně: nehodnotím

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Subjektivně: zátěžové situace se vždy snažila brát s nadhledem. Velmi jí pomáhá manžel a rodina. Některé věci probere s kamarádkou. Současné onemocnění je pro ni velkou zátěží, doufá, že se vše rychle vyřeší.

Objektivně: pacientka je depresivní.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Subjektivně: pacientka není věřící. S rodinou mají hodně plánů do budoucna. Největší hodnotou je pro ni zdraví, vlastní a rodiny.

Objektivně: nehodnotím

Na základě fyzikálního vyšetření a ošetřovatelské anamnézy jsem stanovila tyto ošetřovatelské diagnózy:

- 00148 Strach
- 00132 Akutní bolest
- 00095 Spánková deprivace
- 00055 Neefektivní plnění role

16.2 Plán ošetřovatelské péče

16.2.1 Ošetřovatelská diagnóza č. 1

00148 Strach

v souvislosti s nedostatkem informací projevující se

Subjektivně:

- zaměření na nemoc
- obavy z budoucnosti
- únava
- zvýšené napětí
- snížená koncentrace

Objektivně:

- soustředění na zdroj strachu
- zvýšené napětí
- zrychlená srdeční akce a dechová frekvence
- ustrašený výraz, pláč

Cíl:

- Pacientka je schopna rozpoznat objekt strachu, diskutovat o něm,
- Pacientka se naučí vhodné techniky zvládnání strachu.

Ošetřovatelské intervence:

- nalezni zdroj strachu

- posuď stupeň strachu, vliv strachu na život pacienta
- sleduj projevy strachu
- buď pacientce na blízku
- podej dostatek informací v rámci své kompetence
- dávej prostor pro možné dotazy pacientky
- podávej léky dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek
- zajisti kontakt s rodinou

Realizace: Pacientka byla opakovaně edukována o své nemoci a o průběhu hospitalizace. Byly jí zodpovídaný dotazy. Podporovali jsme návštěvy manžela. Lékař doporučil návštěvu psychiatra, pacientka souhlasila. Byla nastavena a v průběhu hospitalizace redukována psychiatrická medikace.

Hodnocení: Pacientka dokázala diskutovat o zdroji svého strachu. Po opakovaných rozhovorech a návštěvě psychiatra se jí viditelně ulevilo. V průběhu dvouměsíční hospitalizace se strach eliminoval.

16.2.2 Ošetřovatelská diagnóza č. 2

00132 Akutní bolest

krční páteře po autonehodě projevující se

Subjektivně:

- slovním vyjádřením bolesti

Objektivně:

- vyhledáváním úlevové polohy
- bolestivým výrazem v obličeji

Cíl:

Pacientka udá, že je bolest zmírněna.

Pacientka bude dodržovat farmakologický režim.

Pacientka bude znát a využívat některé relaxační techniky.

Ošetřovatelské intervence

- posuď bolest a zhoršující faktory bolesti
- všíměj si chování pacientky a jeho změn

- zhodnot' vliv bolesti na spánek pacientky
- zajisti klidné prostředí
- podávej analgetika dle ordinace lékaře, sleduj účinky léků, průběžně monitoruj bolest

Realizace: Pacientka užívala pravidelně léky na bolest, jejich dávky byly průběžně redukovány a hodnocen efekt léčby. Pacientce byla doporučena návštěva fyzioterapeuta. Na masáž docházela dva dny v týdnu.

Hodnocení: U pacientky došlo v průběhu prvního měsíce hospitalizace k úplnému ústupu bolestí.

16.2.3 Ošetřovatelská diagnóza č. 3

00095 Spánková deprivace

z důvodu obavy o svůj zdravotní stav projevující se

Subjektivně:

- pocitem únavy s ospalostí

Objektivně:

- kruhy pod očima
- zpomalenou reakcí
- neschopností koncentrace

Cíl: Pacientka pochopí svojí spánkovou poruchu.

U pacientky dojde ke zlepšení spánku a odpočinku.

Ošetřovatelské intervence:

- zjistí, jak pacientka normálně spí
- zhodnot' vlivy okolního prostředí na kvalitu spánku
- vyslechni subjektivní stížnosti pacientky
- zajisti pacientce dostatek informací o jejím zdravotním stavu
- pomoz pacientce vytvořit klidné prostředí na spánek
- kontroluj užívání předepsaných léků
- monitoruj délku spánku

Realizace: Pacientka se postupně smířila s hospitalizací na uzavřeném oddělení. Byla opakovaně edukována o své nemoci. Odezněl strach, zmizela bolest. Toto pacientce umožnilo klidně spát.

Hodnocení: Pátý týden hospitalizace spala pacientka šest hodin v kuse.

16.2.4 Ošetrovatelská diagnóza č. 4

00055 Neefektivní plnění role

matky z důvodu dlouhodobé hospitalizace projevující se

Subjektivně:

- porušeným vnímáním role matky
- bezmocností

Objektivně:

- depresí, pesimismem
- nedostatečnou adaptací na změnu

Cíl: Pacientka se realisticky přizpůsobí dané roli za vzniklých podmínek.

Ošetrovatelské intervence:

- zjistí, jak pacientka vnímá danou roli
- zajisti kontakt s rodinou
- diskutuj s pacientkou, snaž se uvést změny pacientky role do souvislosti se změnami okolní reality
- umožni pacientce projevit smutek

Realizace: Pacientce jsme doporučili návštěvu psychiatra. Byla opakovaně edukována o nutnosti hospitalizace. Manžel docházel na oddělení pravidelně.

Hodnocení: V průběhu hospitalizace se pacientka uklidnila, prostřednictvím telefonu se účastnila chodu domácnosti.

16.3 Rozhovor s pacientkou (8. Den hospitalizace)

Jak vám byla sdělena diagnóza tuberkulózy?

Odpověď: „Šla jsem ke svému praktickému lékaři pro bolesti krční páteře po autonehodě. Poslal mne na rentgen a druhý den mi telefonoval domů, ať se dostavím na plicní ambulanci do nemocnice. Tam mi řekli, že mám nejspíše tuberkulózu a dali mi nádobku, do které mám plivnout, vzali mi krev. To bylo v pátek. V pondělí jsem měla přijít. Celý víkend jsem se bála, děti jsme odvezli k babičce. V pondělí mi řekli, že mám tuberkulózu a poslali mne k vám.“

Byla vám diagnóza sdělena v soukromí?

Odpověď: „Ano, na ambulanci.“

Jak dlouho jste čekala na převoz?

Odpověď: „40 minut v čekárně plicní ambulance, manžel mi jel domů zabalit věci.“

Co vám bylo sděleno o tuberkulóze před příjezdem do léčebny?

Odpověď: „Že k vám musím, je na to zákon. Budu tady šest týdnů, než budou výsledky. Ptala jsem se kdo, vyšetří děti a manžela. Vzali si jejich údaje a postarají se o to.“

Věděla jste, kde léčebna leží?

Odpověď: „Ne, ale slyšela jsem o ní.“

Co vám bylo sděleno o tuberkulóze po příjezdu do léčebny?

Odpověď: „Bylo toho hodně. Paní doktorka mi řekla, že tady budu tři měsíce, ale že se určitě vyléčím. Pak řekla sestra, že tady budu dva měsíce. Je dobře, že se můžu ptát při vizitě, na co si ještě vzpomenu a na výsledky.“

Byla jste poučena o vedlejších účincích antituberkulotické léčby?

Odpověď: „Ano, několikrát.“

Byl vám vysvětlen režim léčby a provoz na oddělení?

Odpověď: „Ano.“

Jak na Vás působilo naše oddělení při přijetí?

Odpověď: „To zaklapnutí dveří bylo hrozné. Myslela jsem, že budu sama na pokoji. Vše působí velmi starým dojmem. Ale všichni jsou tady na mě hodní, nebojí se se mnou mluvit. Jenom to, že máme ústenky je divné.

Co vám na našem oddělení nejvíce chybí?

Odpověď: „Soukromí, když přijde manžel, nemáme si kde povídat. Chtělo by to místnosti pro návštěvy.“

16.4 Průběh hospitalizace

Při příchodu na naše oddělení byla pacientka velmi vystrašená. Měla strach, že nakazila děti a manžela. Bála se vyčlenění ze společnosti. Trpěla bolestmi krční páteře, nespavostí.

Byla zahájena léčba čtyřkombinací antituberkulotik, kterou velmi dobře tolerovala. Pro smíšenou úzkostně - depresivní reakci na pobyt na oddělení proběhlo opakované psychiatrické vyšetření s úpravou medikace, která byla postupně snižována a domů pacientka odcházela na minimální dávce antidepressiv.

Bolest krční páteře odezněla. Spánek se upravil. Při dimisi byl kontrolní rentgenový snímek v regresi. Pacientka strávila na našem oddělení 68 dní. Po návratu domů ještě několikrát telefonovala a konzultovala průběh léčby s lékařem.

17 KAZUISTIKA Č. 2

Žena 57 let přeložena z ortopedického oddělení Karlovarského zdravotnického zařízení k zahájení léčby TBC discitidy L5/S1. Zjištěna kultivační pozitivita na BK z hnisu a abscesu.

Osobní anamnéza:

Esenciální hypertenze, úrazy 0, stav po hysterektomii v 2008.

Hlavní lékařská diagnóza:

A 180 TBC discitida L5/S1, hnis z abscesu mikroskopicky i kultivačně pozitivní.

Vedlejší lékařské diagnózy:

I 10 esenciální hypertenze

Rodinná anamnéza:

Vážnější onemocnění v rodině neje. Rodiče žijí. Dcera zdráva.

Sociální anamnéza:

Rozvedená, žije v bytě, sama.

Pracovní anamnéza:

Disponent přepravní firmy.

Farmakologická anamnéza:

PRESTARIUN NEO 1-0-0

Medikace za hospitalizace:

NIDRAZID tbl. 100mg 2.5-0-0, BENEMICIN cps. 150mg 3-0-0, SURAL tbl. 400mg 2,5-0-0, STREPTOMYCIN 0,75g i. m. ráno, PYRIDOXIN 20tbl. 1-0-0, PRESTARIUN NEO tbl. 5mg 1-0-0, OMEPRAZOL cps. 20mg 1-0-0, LAGOSA 150mg 1-1-1, ESSENTIALE FORTE N cps. 300mg 2-2-2

Alergická anamnéza:

Alergie neje.

Gynekologická anamnéza:

Menstruace pravidelná od 16 let. 2008 Hysterektomie. Na pravidelné prohlídky nechodí. Jednou gravidní, porodila jedno zdravé dítě.

Abusus:

Nekouří, alkohol příležitostně.

Fyzikální vyšetření sestrou:

TK 105/60 mmHg

P 80/minutu

TT 36,4 °C

D 16/minutu

SpO2 99% bez O2

Váha 59kg

Výška 165 cm

BMI 21,7

Použité hodnotící škály:

Barthelův test základních všedních činností - 80 bodů - lehká závislost

VAS - stupeň 2 (středně silná bolest)

Klasifikace tíže tromboflebitid dle Madonna - v době zavedení periferního žilního katetru
(0 - 1)

Kompenzační pomůcky:

JEWETT korzet, brýle na čtení

17.1 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu M. Gordonové - vstupní hodnocení

Vnímání zdravotního stavu

Subjektivně: Pacientka vnímá svůj zdravotní stav jako dlouhodobě špatný. Žáda jí bolí více než rok. Vlastně se jí ulevilo, že konečně ví co s ní je.

Objektivně: Pacientka působí optimisticky.

Výživa a metabolismus

Subjektivně: Pacientka udává, že se snaží jíst pravidelně. Snídá jogurty, na obědy chodí v práci, k večeri si koupí něco studeného. O víkendech vaří pro dceru. Pije neperlivou vodu 1,5 -2 litry denně. Za poslední rok zhubla 5 kg. Pokožku si ošetřuje hydratačním mlékem, nehty má gelové. Ke stomatologovi chodí pravidelně.

Objektivně: Pacientka je upravená. Pokožka hydratovaná.

Vylučování

Subjektivně: Pacientka udává, že mívá v poslední době problém se zácpou, protože musí většinu dne ležet. Stolice 1x za 3 dny. S močením problémy nemá. V noci na toaletu nemusí. Nadměrně se nepotí.

Objektivně: Tendence k obstipaci.

Aktivita a cvičení

Subjektivně: Dříve chodila cvičit, běhat, plavat. Poslední rok nedělá po práci nic. Bolesti jí to nedovolují. Snaží se hodně číst. Domácí práce zvládá, ale musí pomalu.

Objektivně: Při rozhovoru pacientka leží, má nasazen korzet.

Spánek a odpočinek

Subjektivně: Pacientka dříve neměla problémy s usínáním, spánkem. Od té doby co jí bolí žáda, si musí najít správnou polohu. V noci se budí, ale ráno se necítí unavená. Protože je na neschopnosti a musí ležet, zdřímne si i ve dne.

Objektivně: Pacientka nevypadá unavená. Snaží se brát situaci s humorem.

Vnímání, poznání

Subjektivně: Problémy se sluchem neuvádí. Používá brýle na čtení. K očnímu lékaři chodí pravidelně. Je zvyklá si o všem rozhodovat sama. Na bolest už si zvykla. Těší se, že jí naše léčba pomůže a vše bude jako dřív.

Objektivně: Pacientka je orientovaná místem, časem, osobou. V kontaktu aktivní, řekla bych, že má z našeho rozhovoru radost.

Sebekoncepce, sebeúcta

Subjektivně: Sama sebe pacientka hodnotí jako veselého, klidného člověka. V osobním i pracovním postavení je spokojená. Snaží se vyrovnat se svou situací a těší se, že vše bude jako dřív.

Objektivně: Pacientka je optimistická.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Subjektivně: Bydlí sama v bytě 2+1. Dcera přijíždí na víkendy. S rodinou má dobré vztahy, rodiče jsou soběstační, navštěvuje je pravidelně. V zaměstnání je spokojená. Má hodně kamarádek.

Objektivně: Pacientka je komunikativní, v rozhovoru aktivní.

Sexualita, reprodukční schopnost

Subjektivně: Pacientka měla menses od 16 let, gravidní byla jednou, porodila zdravou dceru. Je po hysterektomii. Na pravidelné prohlídky nechodí a nechce to vysvětlovat.

Objektivně: Nehodnotím.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

Subjektivně: Běžné stresové situace vždy zvládala dobře. Snaží se brát život s humorem. Ráda se směje. Velkou oporou jsou jí kamarádky.

Objektivně: Pacientka je optimistická.

Víra, životní hodnoty

Subjektivně: Pacientka není věřící. Snaží se brát život takový, jaký je. Největší hodnotou je pro ni zdraví dcery, rodičů. Věří, že vše zvládne.

Objektivně: Nehodnotím

Na základě fyzikálního vyšetření a ošetřovatelské anamnézy jsem stanovila tyto ošetřovatelské diagnózy:

- 00108 Deficit sebekpěče při koupání a hygieně
- 00133 Chronická bolest
- 00015 Riziko zácpy
- 00004 Riziko vzniku infekce

17.2 Plán ošetrovateľskej péče

17.2.1 Ošetrovateľská diagnóza č. 1

00108 Deficit sebepéče pri kúpaní a hygieně

související s postižením páteře projevující se

Subjektivně:

- neschopnost sama se vykoupat, obléci se

Objektivně:

- pacientka potřebuje dopomoc personálu, protože musí dodržovat klidový režim a nosit korzet.

Cíl: Pacientka bude provádět hygienu dle svých možností.

Ošetrovateľské intervence:

- zajisti maximální komfort pacientky
- zjistí stupeň individuálního deficitu v sebepéči.
- při úkonech osobní péče dbej na soukromí
- poskytni pacientce emocionální podporu
- zajisti příslušné pomůcky
- umožni pacientce aktivní úlohu při péči a dostatek času
- připomínej nutnost dodržování klidového režimu a nošení korzetu.

Realizace: S pacientkou jsme probrali možnosti provádění hygieny, abychom dodrželi klidový režim z důvodu nemoci páteře. Vypracovali jsme postup a praxi jsme jej měnili. Před propuštěním jsme do péče o pacientku zapojili dceru, která se o ni bude dále starat.

Hodnocení: Po celou dobu pobytu u nás trvala nutnost dodržovat klidový režim. Rehabilitace nebyla dovolena. Pacientka se snažila aktivně zapojovat do provádění hygienické péče.

17.2.2 Ošetřovatelská diagnóza č. 2

00133 Chronická bolest

při základním onemocněním projevující se

Subjektivně:

- vyslovenou stížností na bolest

Objektivně:

- vyhledáváním úlevových poloh
- výrazem bolesti ve tváři

Cíl: Pacientka vyjádří verbálně úlevu od bolesti, bude nerušeně spát.

Ošetřovatelské intervence:

- posud' bolest a její projevy
- zjistí trvání bolesti
- zajistí podávání analgetik dle ordinace lékaře
- průběžně hodnot' účinky medikace

Realizace: U pacientky byla bolest monitorována jedenkrát denně, byla podávána analgetika dle lékaře a hodnoceny účinky analgetické léčby. Byla doporučena návštěva fyzioterapeuta.

Hodnocení: Bolest se v průběhu hospitalizace velmi pomalu mírnila. Pacientka odcházela domů na zavedené analgetické léčbě, při které mohla v noci nerušeně spát.

17.2.3 Ošetřovatelská diagnóza č. 3

00015 Riziko zácpy

v souvislosti s nedostatkem pohybu

Cíl: Pacientka chápe rizikové faktory a vhodná řešení situace.

Pacientka se vyprazdňuje pravidelně, nejdéle jedenkrát za tři dny.

Ošetrovatelské intervence:

- prober s pacientkou obvyklý způsob vyprazdňování
- zhodnoť vliv současného zdravotního stavu na vyprazdňování
- dbej na dostatek soukromí při vyprazdňování
- konzultuj stravu s dietní sestrou pro zařazení většího množství vlákniny
- zdůrazni přiměřený příjem tekutin
- v případě potřeby podávej laxativa dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek

Realizace: Pacientka byla edukována o nutnosti dodržovat pitný režim. Proběhla konzultace s dietní sestrou.

Hodnocení: Díky ukázněnosti pacientky, dodržování pitného režimu a správného stravování nebylo nutno používat laxativa.

17.2.4 Ošetrovatelská diagnóza č. 4

0004 Riziko vzniku infekce

v souvislosti se zavedeným periferním žilním katetrem

Cíl: Pacientka chápe rizikové faktory.

U pacientky nedojde ke vzniku infekce v oblasti zavedení PŽK.

Ošetrovatelské intervence:

- monitoruj 2x denně vstup dle stupnice Maddona
- dodržuj důsledně aseptický postup
- všímej si místních i celkových projevů infekce
- přepichuj PŽK dle standardu
- edukuj pacientku

Realizace: Pacientka byla edukována o příznacích zánětu. Byl dodržován aseptický postup při manipulaci s PŽK. V době zavedení PŽK probíhalo 2x denně hodnocení vstupu dle Maddona.

Hodnocení: U pacientky nedošlo po dobu hospitalizace ke vzniku infekce v místě zavedení PŽK.

17.3 Rozhovor s pacientkou (8. den hospitalizace)

Jak vám byla sdělena diagnóza tuberkulózy?

Odpověď: „Celý rok jsem chodila po doktorech s bolestí páteře, nakonec mi měli vypustit hnis ze zad. Trochu se mi ulevilo, zůstala jsem v nemocnici. Po nějaké době mi řekli, že v tom hnisu byla tuberkulóza. Že pojedu do Janova, tam mi jen nasadí léky, které ve Varech nemají, a protože nejsem nebezpečná, půjdu za dva týdny domů.“

Byla vám diagnóza tuberkulózy sdělena v soukromí?

Odpověď: „Ne, na pokoji byli další dvě pacientky. Bylo to pro všechny nepříjemné. Hned se ptaly, jestli jsem je nemohla nakazit. Doktor jim řekl, že nejsem nakažlivá, že mám tuberkulózu v páteři.“

Jak dlouho jste čekala na převoz?

Odpověď: „Chvilku, pomohli mi zabalit a jela jsem.“

Co vám bylo sděleno o tuberkulóze onemocnění před příjezdem do léčebny?

Odpověď: „Že nejsem nebezpečná, ale léčit se musím, jinak už nebudu chodit. Je to povinné. Že jsou na to speciální léky, které jinde nemají.“

Věděla jste, kde léčebna leží?

Odpověď: „Ne, nevěděla.“

Co vám bylo sděleno o tuberkulóze onemocnění po příjezdu do léčebny?

Odpověď: „ Sestra, která mne přijímala, mi řekla, že jsou tady pacienti minimálně dva měsíce i déle. A že se určitě vyléčím, když budu brát léky. Paní doktorka mi pak vysvětlila, jak se mohla tuberkulóza dostat do páteře. Jak vypadá léčba. A že budu jezdit na kontroly do Plzně ke specialistovi.“

Byla jste poučena o vedlejších účincích léčby?

Odpověď: „Ano.“

Byl vám vysvětlen režim léčby a provoz na oddělení?

Odpověď: „Ano.“

Jak na vás působilo oddělení při přijetí?

Odpověď: „Chtěla jsem být sama na pokoji. Ale možná je lepší, že tam paní je, protože sestry jsou za zavřenými dveřmi, a kdybych třeba upadla...“

Co vám na oddělení nejvíce chybí?

Odpověď: „Televize na pokoji, většinu dne musím ležet. A knihovna, hodně tady čtu a dcera může přijet až za týden.“

17.4 Průběh hospitalizace

Pacientka byla přijata k zahájení AT léčby. Měla nařízený klidový režim s minimálním pohybem. Na základní čtyřkombinaci antituberkulotik reagovala elevací jaterních testů. S nutností léčbu přerušit. Na magnetické resonanci při kontrole došlo k progresi nálezů. Specialistou byl doporučen konzervativní postup, snížené dávky léků a přidání Streptomycinu do léčby. Pacientka na další kontrole zlepšena, ustoupili bolesti páteře. Bohužel aplikace Streptomycinu je vázána na hospitalizaci, aplikuje se 60 dávek. Vzhledem ke komfortu pacientky jsme po pěti dnech střídali aplikaci i. m. a i. v.

Hospitalizace se protáhla na 80 dní. Po propuštění se péče o pacientku ujala dcera.

18 KAZUISTIKA Č. 3

Muž 62 let byl přeložen z Pražského zdravotnického zařízení k pokračování léčby tuberkulózy plic, mikroskopicky pozitivní. Nález zjištěn náhodně po pádu v ebrietě při CT vyšetření hlavy a krku.

Osobní anamnéza:

Dosud se s ničím neléčil. Úraz levé horní končetiny v mládí po manipulaci s pyrotechnikou - traumatická amputace v předloktí. Stav po mozkové komoci v ebrietě 7/2015.

Hlavní lékařská diagnóza:

A 150 TBC plic, mikroskopicky i kultivačně pozitivní.

Vedlejší lékařská diagnóza:

F 172 Nikotinismus

Rodinná anamnéza:

Otec i matka zemřeli přibližně v osmdesáti letech stáří, bratr je asi zdravý, děti má dvě, ale nestýká se s nimi a o jejich zdravotním stavu nic neví.

Sociální anamnéza:

Žije sám. V bytě u kamaráda v Praze. Adresu neví. (před propuštěním jsme se dozvěděli, že pacient je bez domova, přespává na charitě)

Pracovní anamnéza:

Pracoval jako šéf bezpečnostní agentury, nyní starobní důchodce. (v průběhu hospitalizace vyšlo najevo, že pacient důchod nepobírá, ani si o něj nikdy nepožádal)

Farmakologická anamnéza:

Nikdy nic neužíval.

Alergická anamnéza:

Alergie popírá.

Abusus:

Kouří od 16 let 20 cigaret denně. Udává jedno pivo a litr vína denně.

Fyzikální vyšetření sestrou:

TK 150/70 mmHg

P 81/minutu

TT 36.2°C

D 18/minutu

Váha 92 kg

Výška 180 cm

BMI 28.4

Použité hodnotící škály:

Barthelův test základních všedních činností - 100 bodů - nezávislý

Medikace za hospitalizace:

NIDRAZID tbl. 100mg 3-0-0, RIFAMPICIN cps. 300mg 2-0-0, PYRAZINAMID tbl. 500mg 3.5-0-0, SURAL tbl. 400mg 4-0-0, PYRIDOXIN tbl. 20mg 1-0-0, MILURIT tbl. 300mg 0-1-0

18.1 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu M. Gordonové - vstupní hodnocení

Vnímání zdravotního stavu

Subjektivně: Pacient udává, že moc nemarodí. Občas někde upadne, když to přežene s pitím. Na preventivní prohlídky nechodí, nemá ani praktického lékaře. Ví, že by neměl kouřit, ale do toho nikomu nic není.

Objektivně: Pacient se o svůj zdravotní stav nezajímá.

Výživa a metabolismus

Subjektivně: Pacient udává, že jídlo moc neřeší. Když má peníze jí po hospodách nebo si nakoupí v supermarketu. Nevaří. Pije dostatečně, většinou litr vína, jedno pivo a k tomu tak litr vody denně. Změny v tělesné hmotnosti nepozoruje. Koupat se chodí na charitu. O kůži, nehty a vlasy nijak nepečuje.

Objektivně: Pacient je i po dvaceti dnech hospitalizace viditelně zanedbaný. Nehty má dlouhé, špinavé. Vlasy jsou mastné, kůže šedivá. Chrup má ve velice špatném stavu.

Vylučování

Subjektivně: V nemocnici chodil na stolicí pravidelně. Doma ne. S močením potíže nemá. Inkontinencí netrpí. Zvýšeně se nepotí.

Objektivně: Pacient je cítit potem.

Aktivita, cvičení

Subjektivně: Pacient udává, že když byl, mladý hrál pravidelně fotbal a chodil plavat. Přestal po čtyřicítce. V současné době se prochází po Praze. Běžné denní činnosti zvládá bez obtíží, ruku nemá od dětství, tak je zvyklý.

Objektivně: Pacient je dle Barthelova testu zcela soběstačný.

Spánek, odpočinek

Subjektivně: Nikdy neměl se spánkem potíže. Usne kdekoliv. V nemocnici se mu spalo dobře. Druhý pacient na pokoji mu vůbec nevadí. Relaxuje s kamarády u vína.

Objektivně: Pacient nevypadá unavený.

Vnímání, poznávání

Subjektivně: Asi by potřeboval brýle na čtení, ale k doktoru nešel. Ptá se, zda mu je můžeme zařídit my. Slyší dobře. Nové věci se učí rychle. O svém zdravotním stavu si přijde informován dostatečně. Rád si povídá. Nic ho nebolí.

Objektivně: Pacient slyší dobře. Je orientován místem, časem, osobou. Je komunikativní.

Sebekoncepce, sebeúcta

Subjektivně: Sám sebe hodnotí jako kamarádkého, veselého člověka. Je se svým životem spokojený.

Objektivně: Pacient je veselý, komunikativní.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Subjektivně: Pacient udává, že má hodně kamarádů. O rodině mluvit nechce. Ze své současné životní situace si nic nedělá. V nemocnici je teplo, dostane najíst, důchod mu sem přijde. Říká, že s ním nebudeme mít žádnou práci.

Objektivně: Nehodnotím.

Sexualita, reprodukční schopnost

Subjektivně: Má dvě děti, ale mluvit o nich nechce, neví, kde jsou, ani co dělají. Žije v bytě sám.

Objektivně: Nehodnotím.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Subjektivně: Stres si většinou nepřipouští. V posledních dvou letech si na žádnou zátěžovou situaci nevzpomíná. Když má problém, probere ho s kamarády u vína, zasměje se a je po problému.

Objektivně: Pacient je veselí, komunikativní.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Subjektivně: Když byl malý, musel chodit do kostela, ale věřící nikdy nebyl. Největší hodnotou je pro něj klid a svoboda.

Objektivně: Nehodnotím.

Na základě fyzikálního vyšetření a ošetřovatelské anamnézy jsem stanovila tyto ošetřovatelské diagnózy:

00108 Deficit při koupání a hygieně

00132 Akutní bolest

00155 Riziko pádů

18.2 Plán ošetrovatelské péče

18.2.1 Ošetrovatelská diagnóza č. 1

00108 Deficit sebeděče při koupání a hygieně

projevující se:

Subjektivně:

- Neadekvátním vnímáním nutnosti hygieny

Objektivně:

- pacient je zanedbaný
- má špinavé dlouhé nehty, mastné vlasy
- pacient je cítit potem

Cíl: Pacient bude pravidelně provádět hygienu.

Ošetrovatelské intervence:

- edukuj v oblasti hygieny
- zajisti pacientovi pomůcky pro hygienu
- zajisti soukromí při provádění hygienické péče
- zajisti čisté oblečení
- vhodnou formou oceňuj snahu pacienta při zapojení s do hygieny

Realizace: Pacient byl edukován o nutnosti pravidelného koupání. Dostal veškeré hygienické pomůcky. Oblečení, ve kterém přišel, jsme nechali vyprat. Denně jsme poskytovali čisté pyžamo. Zajistili jsme kadeřnici a pravidelně stříhali nehty.

Hodnocení: I přes veškerou snahu personálu bylo nutno koupel pacientovi stále připomínat. Prádlo si nechal vyprat jen proto, že to bylo zadarmo. Na cestu domů jsme pacienta vybavili čistým oblečením z charity.

18.2.2 Ošetřovatelská diagnóza č. 2

00132 Akutní bolest

kloubů při podávání Pyraziamidu projevující se

Subjektivně:

- slovní vyjádření bolesti

Objektivně:

- neschopností provést pohyb v kloubu v plném rozsahu
- bolestivý výraz v obličeji

Ošetřovatelské intervence:

- posud' bolest
- posud' ovlivnitelnost bolesti
- všímej si chování pacienta
- podávej analgetika dle ordinace lékaře
- monitoruj účinek analgetik

Realizace: Pacientovi byla vysvětlena souvislost mezi podáváním Pyrazinamidu a bolestí kloubů. Byla mu podávána analgetika dle ordinace lékaře a monitorován jejich účinek.

Hodnocení: Pacient pochopil důvod bolesti. Bolest dobře reagovala na analgetickou léčbu a do čtrnácti dnů po vysazení Pyrazinamidu z léčby vymizela.

18.2.3 Ošetrovatelská diagnóza č. 3

00155 Riziko pádu

pozitívni anamnéza pádů v minulosti v ebrietě

Cíl: Pacientovo chování a jednání přispívá k prevenci pádu.

Ošetrovatelské intervence:

- zjisti, zda si pacient uvědomuje rizikové faktory a bezpečnostní opatření ke snížení rizika pádu
- edukuj pacienta o škodlivosti požívání alkoholu

Realizace: Pacient byl edukován o škodlivosti požívání alkoholu, byl opakovaně upozorněn na možné interakce mezi antituberkulotiky a alkoholem. Rovněž byl edukován v oblasti rizika pádu.

Hodnocení: Za dobu hospitalizace byl pacient několikrát v lehce podnapilém stavu. Vždy se ke konzumaci alkoholu přiznal a šel si v klidu lehnout. Nikdy neupadl.

18.3 Rozhovor s pacientem (8. den hospitalizace)

Jak vám byla sdělena diagnóza tuberkulózy?

Odpověď: „Upadl jsem na ulici a omdlel, odvezli mě do nemocnice a tam zjistili, že mám tuberkulózu. Zavřeli mne na plicní oddělení, na izolaci.“

Byla vám diagnóza TBC sdělena v soukromí?

Odpověď: „Ano, pan doktor si mě vzal stranou.“

Co vám bylo sděleno o tuberkulóze před příjezdem do léčebny?

Odpověď: „Že jsem nakažlivý pro okolí a musím být na izolaci, jinak mne zavřou. Že nesmím pít alkohol, když beru prášky. Že budu v nemocnici dlouho a pak budu úplně zdravý.“

Věděl jste, kde léčebna leží?

Odpověď: „Ne.“

Co vám bylo sděleno o tuberkulóze po příjezdu do léčebny?

Odpověď: „Bylo to stejné jako v Praze. Paní doktorka mi ukázala snímek mých plic a řekla, že se vylčím. Domluvili jsme se, že u vás zůstanu co možná nejdéle, abych dobral léky, protože nemám žádného doktora.“

Byl jste poučen o vedlejších účincích léčby?

Odpověď: „Ano, opakujete mi je stále. Já vím, že nemám pít!“

Byl vám vysvětlen režim léčby a provoz na oddělení?

Odpověď: „Ano.“

Jak na vás působilo naše oddělení při přijetí?

Odpověď: „Celkem dobře, jenom ty zavřené dveře jsou divný. Ale zase nemusím být jen na pokoji jako v Praze. Můžu do zahrady. Je fajn, že můžu na televizi a kouřit na balkoně. Chlapi na pokoji jsou v pohodě.“

Co vám na oddělení nejvíce chybí?

Odpověď: „Televize na pokoji a kuchyňka kde bych si mohl uvařit kafe.“

18.4 Průběh hospitalizace

Pacient byl přeložen k pokračování antituberkulotické léčby. V průběhu hospitalizace došlo k regresi rentgenového nálezu. Bylo dosaženo debacilizace. U pacienta se objevili bolesti kloubů spojené s užíváním Pyrazinamidu, tyto dobře reagovali na analgetika, po vysazení léků zmizeli. Bohužel se nám nepodařilo pacienta přesvědčit, aby k antituberkulotikům nepil alkohol. Vzhledem k nepříznivé sociální situaci proběhla celá léčba, se souhlasem pacienta v léčebně. Podařilo se nám zajistit pacientovi sociální dávky a ubytování na charitě v Praze. Hospitalizace trvala 163 dní. Byl předán do péče spádového pneumologa, je ovšem otázka, zda li jej vyhledá.

DISKUZE

V bakalářské práci se zabývám ošetrovatelským procesem u pacientů s tuberkulózou. Otázky v rozhovorech jsem se snažila pacientům pokládat tak, aby mi odpověděli na mé výzkumné otázky. Některé byly doplněny podotázkami. Záměrně jsem volila pacienty z různých zdravotnických zařízení, z rozdílných sociálních podmínek.

Na otázku: **Jak vám byla sdělena diagnóza tuberkulózy?** Dvěma pacientům byla diagnóza sdělena v soukromí, jeden odpověděl, že se diagnózu dozvěděl od lékaře, v přítomnosti ostatních pacientů.

Na otázku: **Co vám bylo o tuberkulóze sděleno před příjezdem do naší léčebny?** Všichni tři se dozvěděli, že léčba tohoto onemocnění je povinná ze zákona. V jednom případě chtěli po pacientce kontakty na rodinu, kamarády a spolupracovníky. Ani jeden z nich nevěděl, kde leží místo, kam budou přeloženi. Dva z pacientů byli odvezeni do hodiny od sdělení diagnózy. Jeden po dvaceti dnech na izolaci. O pobytu v léčebně byla všem chybně uvedena jeho minimální délka. Nejkratší dva týdny, nejdelší šest týdnů. Jeden pacient byl o svém onemocnění informován dostatečně.

Na otázku: **Co vám bylo o tomto onemocnění sděleno po příjezdu do naší léčebny?** Všichni tři se shodli na tom, že informací bylo hodně mimo té, že je tuberkulóza vyléčitelná, byli nepříjemné. Stejně informace o své nemoci nedostali od všech členů týmu, kterých se ptali. Dva pacienti velice oceňovali opakované rozhovory o nemoci s lékařem a konzultace výsledků sput. Jeden ocenil ukázkou a popis rentgenového snímku. Všichni byli opakovaně poučeni o vedlejších účincích antituberkulotik. Byl jim vysvětlen režim léčby i provoz na oddělení. Jedné pacientce byly informace podávány v přítomnosti jiné pacientky na pokoji.

Na otázku: **Jak na vás působilo oddělení pro léčbu tuberkulózy při přijetí?** Dvě pacientky byly překvapené, že nebudou na pokoji samy. Jedna se vyjádřila, že vše působí velmi starým dojmem. Jeden pacient ocenil, že může bez dovolení opustit pokoj. Na všechny špatně působili zamčené vstupní dveře na oddělení.

Na otázku: **Co vám na oddělení nejvíce chybí?** Dvakrát byla odpověď soukromí, televize na pokoji. Vždy jeden odpověděl místnost pro návštěvy, kuchyňka pro pacienty, knihovna.

Z rozhovorů vyplynulo, že pokud je tuberkulóza diagnostikována mimo oddělení pro léčbu tohoto onemocnění, jsou informace podané pacientovi velmi kusé. Většinou je rychle odeslán na pracoviště, které se léčbou tohoto onemocnění zabývá. Toto je z pohledu zdravotníka pochopitelné. Protože tuberkulóza je nakažlivé onemocnění a nelze jedince, o kterém víme, že ji má, nechat mezi oslabenými pacienty na standardním plicním oddělení nebo třeba na chirurgii. Ovšem člověk, kterému bylo před malou chvílí sděleno, že má tuberkulózu, toto neví. Anebo, si v rozrušení neuvědomuje logiku postupu. Dále je třeba si uvědomit, že slova - máte tuberkulózu, jsou pro většinu lidí nepředstavitelná. Pacientovi okamžitě vytane na mysli, že je to nemoc sociálně slabších, že je extrémně nakažlivá, že bude vykašlávat krev a podobně. Má strach o své blízké. Po sdělení diagnózy je třeba ponechat pacientovi prostor pro otázky, nechat jej zpracovat informace, které dostal a ujistit jej, že tuberkulóza je onemocnění vyléčitelné.

Také otázka sdělování diagnózy v soukromí je diskutovatelná. Všichni víme, že je to tak správné. Ale je nutno si uvědomit, že pacientka byla hospitalizována po operaci páteře na oddělení ortopedie a byl jí nařízen přísný klidový režim. Je možné, že podobný režim měly i ostatní pacientky na pokoji a lékař neměl jinou možnost.

Dále jsme si rozhovory ověřili, že systém opakované edukace při příjmu i dalším pobytu na našem oddělení funguje. Pacienti s dotazy nebyli odmítáni. Velice kladně hodnotili, že se mohou dotazovat na svůj zdravotní stav, na prognózu svého onemocnění. Za pochybení v naší práci je nutno považovat podání rozdílné informace od lékaře a od sestry. Toto bylo projednáno na provozní schůzi oddělení, byly domluveny podmínky a přesně vymezeny otázky, na které smí staniční sestra nebo sestra odpovědět. Jednalo se především o dotaz na délku pobytu na oddělení, na výsledky sput, na možnost vycházek mimo oddělení a podobně. Dále byla kladně hodnocena možnost volného pohybu po oddělení, mimo pokoj.

Z rozhovorů a výsledků anonymní Ankety spokojenosti, o jejíž vyplnění žádáme pacienty při odchodu, je zřejmé, že vybavení našeho oddělení a rozložení prostor nepůsobí na pacienty dobře. Léčebna Janov byla postavena v roce 1921 v nádherném prostředí brdských lesů. Izolační oddělení pro léčbu tuberkulózy je umístěno ve čtvrtém patře a od ostatních odděleno velkými prosklenými dveřmi s varovnými nápisy. Za dveřmi je osm třílůžkových pokojů, jídelna, toalety, sprchy a kuchyňka, do které má přístup pouze personál. Se zavřenými dveřmi nic dělat nelze, ale

snažíme se alespoň zpříjemňovat prostředí na oddělení. Na základě připomínek pacientů jsme do jídelny umístili mikrovlnou troubu a rychlovarnou konvici. Je zde i televize. Na místnost pro návštěvy a kuchyňku pro pacienty nemáme prostory. Řešením by bylo přepažit část jídelny, návrh jsme předložily vedení léčebny. Knihovnu v léčebně máme, ale infekční pacienti do ní nemají přístup, což je vzhledem k imunodeficitu plicně nemocných z ostatních oddělení pochopitelné. Situaci zatím řešíme donáškou knih na oddělení. Návštěvy příbuzných nad 18 let věku umožňujeme denně bez omezení od 10.00 do 20.00. Pacientům s negativními mikroskopickými výsledky je umožněno navštěvovat v odpoledních hodinách zadní část parku a dojít si do kiosku.

ZÁVĚR

Na oddělení pro léčbu tuberkulózy léčebny Janov je ročně hospitalizováno okolo 120 pacientů s tímto onemocněním, nebo k jeho vyloučení. I když se Česká republika řadí k zemím s nízkým výskytem tuberkulózy, není tento počet určitě zanedbatelný. Jen pouhá představa toho, že bychom mohli mít tuberkulózu, je pro většinu z nás děsivá.

Největším problémem, který člověka s diagnózou tuberkulózy čeká, je bezesporu dlouhodobá izolace. Pacient je vytržen z běžného života a většinou velice rychle odeslán za zavřené dveře infekčního oddělení. Mnohdy sebou nemá ani základní hygienické potřeby, pantofle... Obrovskou zátěží pro organismus jsou velké dávky léků, kterými je nutno tuberkulózu léčit. Pokud u nás pacient vážící 75 kilogramů pobude dva měsíce, dostane 840 tablet antituberkulotik (obrázek č. 1). Když je naordinován Streptomycin, aplikujeme mu 60 injekcí.

Další problém nastává, vyskytne-li se nějaká akutní situace. Nutnost ošetřit chrup, bolesti břicha, vymknutý kotník, pád s úrazem a podobně. Najít zařízení, které by pacienta s tuberkulózou ošetřilo nebo hospitalizovalo, bývá velkým problémem. Také převoz na vyšetření mimo naše oddělení je nutno domlouvat s předstihem.

Často se nám stává, že jsou k nám pacienti přeloženi z chirurgických oddělení, nebo jednotek intenzivní péče pár dní po operaci. V podmínkách léčebny pak není jednoduché poskytnout plnohodnotnou péči. Sestra na oddělení pro léčbu tuberkulózy musí být opravdu všestranná, empatická, klidná, ochotná naslouchat, nesmí mít předsudky. Snažíme se pomoci pacientům překonat všechny obtíže související s dlouhodobou hospitalizací. V průběhu minulého roku jsme si vytvořili ve spolupráci s lékaři systém edukace při příjmu na oddělení. Na provozních schůzkách jej doplňujeme, aktualizujeme. Všichni víme, že podávání některých informací pacientům, sestře nepřísluší. Nicméně vzhledem k provozu na oddělení, kdy je lékař přítomen pouze při přijetí, po dobu vizity a v akutních situacích, bylo nutno domluvit si s lékařem odpovědi na nejčastější otázky našich pacientů.

Problematika léčby tuberkulózy je velice rozsáhlá. Ve své bakalářské práci jsem se snažila nastínit nelehkou životní situaci po diagnostice tohoto onemocnění a posoudit do jaké míry jsou pacienti o tuberkulóze informováni. Některých neméně důležitých témat

jsem se dotkla jen okrajově. Jsem ráda, že má tvorba bakalářské práce zpustila na oddělení mezi personálem iniciativu k vytvoření jednotného systému edukace pacientů při přijetí.

Je otázkou co přinese čas a současná situace ve světě.

CITOVANÁ LITERATURA

1. **SOLOVIČ, Ivan a kolektiv.** *Tuberkulóza*. Poprad : Tlačiareň grafické studio Slza, 2008. ISBN: 978-80-970024-4-2.
2. **KUBÍN, Milan.** Depistáž latentní tuberkulózy u vojáků rakousko-uherské armády v letech 1901-1902. *Kazuistiky v alergologii, pneumologii a ORL*. 12, 2015, Sv. č. 4, stránky 44-47.
3. **NETVAL, Miroslav.** *Mimoplicní tuberkulóza*. Praha : Grada, 2004. ISBN: 80-247-0654-7.
4. **PALIČKA, Jan.** *Expres. Tuberkulóza si nevybírá.* [Online] 9. listopad 2015. [Citace: 13. 2 2017.] http://www.expres.cz/slavni-a-tuberkuloza-051-/zpravy.aspx?c=A151109_125610_dx-zpravy_pali.
5. **KOLEK, Vítězslav, KAŠÁK, Viktor a VAŠÁKOVÁ, Martina.** *Pneumologie*. Praha : Maxdorf, 2014. IBSN: 978-807345-387-9.
6. *Tuberkulóza Praha Karolinum 2012* ISBN 978-80-246-2070-1
7. **KAŠÁK, Viktor a KOBLÍŽEK, Vladimír.** *Naléhavé stavy v pneumologii*. Praha : Maxdorf, 2008. ISBN: 978-80-7345-158-5.
8. **VYTEJČKOVÁ, Renata a SEDLÁČKOVÁ, Petra.** *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Praha : Grada, 2013. 978-80-247-3420-0.
9. *Tuberkulóza a respirační nemoci 2013*. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014. ISBN: 278-80-74742-098-7.
10. **DVOŘÁKOVÁ, Hana a SEMÍNKOVÁ, Jana.** Péče o pacienty - cizince s diagnózou tuberkulóza a komunikace s nimi. *Florence*. 2012. Sv. 8, 10, stránky 29-31. ISSN 1801-464X.
11. *Tuberkulóza a respirační nemoci 2014*. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015. ISBN: 978-80-7472-144-1.
12. **CHAMBERS, Ray.** In *Conversation: Paul Farmer on Today's Tuberculosis Emergency and Our Path to Saving Millions of Lives*. [Online] 24. 5 2014. [Citace: 18. 2

2017.] http://www.huffingtonpost.com/ray-chambers/in-conversation-paul-farm_b_5021532.html.

13. **KUBELKOVÁ, Martina.** Tuberkulóza jako ošetrovatelský problém. České Budějovice : autor neznámý, 2010.

14. *LEMON 1.* Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. ISBN: 80-7013-234-5.

15. **KAPOUNOVÁ, Gabriela.** *Ošetrovatelská v intenzivní péči.* Praha : Grada, 2007. 1. vyd.

16. *Rádce pacienta Příručka ke zlepšení bezpečí pacienta.* Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016. ISBN: 978-80-85047-52-3.

17. **HENDL, Jan.** *Kvalitativní výzkum.* Praha : Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-485-4.

18. **TRACHTOVÁ, Eva, TREJNAROVÁ, Gabriela a MASTILIAKOVÁ, Dagmar.** *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN: 978-80-701-3553-2.

19. **FREI, Jiří a LOUDOVÁ, Soňa.** *Manuál pro zpracování diplomové práce.* Plzeň : Západočeská univerzita, 2013. ISBN: 978-80-261-0167-3.

20. **HERDMAN, Heather.** *Ošetrovatelské diagnózy. definice a klasifikace 2012-2014.* Praha : Grada, 2013. Grada. 978-80-247-4328-8.

21. **VČELÁK, Petr.** Studijní materiály. *Informatika a výpočetní technika.* [Online] 20. únor 2012. [Citace: 20. únor 2012.] <http://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-materialy.php>.

SEZNAM ZKRATEK

apod. - a podobně

ARDS - syndrom akutní dechové tísně

AT - antituberkulotika

BCG - Bacillus Calmette - Gnérium

BMI - Body Mass Index

cm - centimetr

cps. - kapsle

CT - počítačová tomografie

ČR - Česká republika

D - dech

DNA - deoxyribonukleová kyselina

E - Etambutol

g - gram

HIV - Human Immunodeficiency Virus

CHOPN - chronická obstrukční plicní nemoc

i.m. - intramuskulárně

i.v. - intravenózně

INH - Isoniazid, Nidrazid

ISBT - informační systém bacilární tuberkulózy

kg - kilogram

M.(xenopi) - Mykobakterium

MTB - mykobakterium tuberkulózy

O₂ - kyslík

P - pulz

PCR - polymerázová řetězová reakce

Př.n.l. - před naším letopočtem

PŽK - permanentní žilní katetr

R - Rifampicin, Benemycin

RNA - ribonukleová kyselina

RTG - rentgenové vyšetření

S - Streptomycin

SpO₂ - saturace krve kyslíkem

TBC - tuberkulóza

tbl. - tablety

tj. - to je

TK - tlak krevní

TRN - tuberkulóza a respirační nemoci

TT - tělesná teplota

WHO - Světová zdravotnická organizace

Z - Pyrazinamid

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Denní dávka antituberkulotik

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Žádost o poskytnutí informací

Příloha 2 Barthelův test základních, všedních činností

Příloha 3 Informovaný souhlas pro pacienta

Příloha 4 Dotazník k definici rizika tuberkulózy

Příloha 5 Vizuální analogová škála

Příloha 6 Anketa spokojenosti pacientů s kvalitou služeb ve zdravotnickém zařízení

Příloha 1 Žádost o poskytnutí informací

ŽÁDOST

o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce

Jméno a příjmení studentky : Jaroslava Benčíková

Úplný název vysoké školy : Západočeská universita v Plzni

**Fakulta/katedra : Fakulta zdravotnických studií, Katedra
ošetřovatelství a porodní asistence**

Studijní obor/ročník : VSK 2

**Název bakalářské práce : Ošetřovatelský proces u pacientů
s tuberkulózou**

Vedoucí práce : Mgr. et Bc. Ladislava Skopová

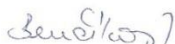
Kontakt na vedoucího práce : 605 460 715

Vrchní sestra LTRN Janov

Žádám Vás o povolení výzkumu na oddělení pro léčbu tuberkulózy v období od února 2016 do ledna 2017.

Jaroslava Benčíková

V Hůrkách 3.1.2016



Povoluji Vám sběr dat pro výzkum k Vaší bakalářské práci v LTRN Janov v daném období.

Bc. Dana Šnebergerová

V Janově : 3.1.2016

LÉČEBNA TUBERKULÓZY
A RESPIRAČNÍCH NEMOCÍ JANOV
U léčebny 300, 338 43 Mirošov
IČ: 00 66 97 84
tel: 371 512 119

Příloha 2 Barthelův test základních, všedních činností

Jméno pacienta: _____

Rodné číslo: _____

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH, VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

| Činnost | Úroveň schopnosti | Body | Datum | Datum |
|--------------------------|---|------|-------|-------|
| Najedení, napití | samostatně bez pomoci | 10 | | |
| | s pomocí (krájení, mazání másla a pod.) | 5 | | |
| | neprovede | 0 | | |
| Oblékání | samostatně bez pomoci | 10 | | |
| | s pomocí | 5 | | |
| | neprovede | 0 | | |
| Osobní hygiena | samostatně nebo s pomocí | 5 | | |
| | neprovede | 0 | | |
| Koupání | samostatně nebo s pomocí | 5 | | |
| | neprovede | 0 | | |
| Kontinence moči | plně kontinentní | 10 | | |
| | občas inkontinentní (1 x týdně) | 5 | | |
| | inkontinentní, katetrizován | 0 | | |
| Kontinence stolice | plně kontinentní | 10 | | |
| | občas inkontinentní | 5 | | |
| | inkontinentní | 0 | | |
| Použití WC | samostatně bez pomoci | 10 | | |
| | s pomocí | 5 | | |
| | neprovede | 0 | | |
| Přesun lůžko - židle | samostatně bez pomoci | 15 | | |
| | s malou pomocí (verbálně či fyzicky) vydrží sedět | 10 | | |
| | s větší pomocí (1 - 2 lidé fyzicky) | 5 | | |
| | neprovede | 0 | | |
| Chůze po rovině | samostatně nad 50 metrů | 15 | | |
| | s pomocí pod 50 metrů | 10 | | |
| | na vozíku 50 metrů | 5 | | |
| | neprovede | 0 | | |
| Chůze po schodech | samostatně bez pomoci | 10 | | |
| | s pomocí | 5 | | |
| | neprovede | 0 | | |
| Počet bodů celkem: | | | | |
| Hodnotila sestra: | | | | |

| Hodnocení stupně závislosti základních, všedních činnostech | |
|---|--------------|
| vysoce závislý | 0 - 40 bodů |
| Závislost středního stupně | 45 - 60 bodů |
| Lehká závislost | 65 - 95 bodů |
| Nezávislost | 100 bodů |

Příloha 3 Informovaný souhlas pro pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NAZEV BAKALÁRSKÉ PRÁCE

STUDENT

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZCU

e-mail

VEDOUcí BP:

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZCU

e-mail

CÍL STUDIE

Cílem studie je...

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po completaci studie vymazány. Uryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

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

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Dotazník k definici rizika tuberkulózy

Jméno a příjmení dítěte.....
Datum narození dítěte..... Číslo pojistěnce (bylo-li přiděleno)
Název/kód zdravotní pojišťovny.....

I. část - vyplňuje zákonný zástupce dítěte

Jeden nebo oba z rodičů dítěte nebo sourozenec dítěte nebo člen domácnosti, v níž dítě žije, měl/má aktivní tuberkulózu. Zaškrtněte:

Ano Ne/není mi známo

Dítě, jeden nebo oba z rodičů dítěte nebo sourozenec dítěte nebo člen domácnosti, v níž dítě žije, se narodil nebo souvisle déle než 3 měsíce pobývá/pobýval mimo Českou republiku. Zaškrtněte:

Ano Pokud ano, v jakém státě (vyjmenujte všechny státy) Ne/není mi známo

Dítě bylo v kontaktu s nemocným s tuberkulózou. Zaškrtněte:

Ano Ne/není mi známo

Bylo prováděno šetření ohledně TBC u osob, se kterými bylo dítě v kontaktu. Zaškrtněte:

Ano Ne/není mi známo

Jméno a příjmení zákonného zástupce dítěte

Datum..... Podpis zákonného zástupce dítěte

II. část -- vyplňuje lékař

Dítě má indikaci k očkování proti tuberkulóze podle přílohy č. 3 k vyhlášce č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů. Zaškrtněte:

Ano Ne

Jméno a příjmení lékaře.....

Datum..... Podpis lékaře.....

Razítko zdravotnického zařízení

Léčebna TRN Janov, Mirošov - Oddělení :patro

Vážená paní/vážený pane,

dovolte mi obrátit se na Vás jménem Léčebny TRN Janov se žádostí o spolupráci při zlepšování kvality naší služby. Připravili jsme tento dotazník, který je anonymní. Vaše názory a postřehy z pobytu v léčebně jsou pro nás velice cenné. Všechny Vaše připomínky budeme řešit a případné nedostatky se budeme snažit urychleně odstranit.

V případě, že si přejete být seznámen/a s výsledkem našeho šetření a s přijatými opatřeními, uveďte do dotazníku Vaše jméno a adresu, odpověď Vám rádi doručíme.

Vyplněný dotazník můžete buď vhodit do označené schránky – „SCHRÁNKA-ANKETNÍ LÍSTKY (umístěna na patře před sesternami nebo před kanceláří vrchní sestry v přízemí léčebny) nebo zaslat poštou na níže uvedenou adresu.

Děkujeme Vám za spolupráci.

Bc.Dana Šnebergerová
vrchní sestra LTRN Janov
338 43 Mirošov

ANKETA

Spokojenost pacientů s kvalitou služeb ve zdravotnickém zařízení.

Při vyplnění anketního lístku postupujte dle následujícího klíče a zakroužkujte stupeň Vaší spokojenosti :

- 1 – spokojen/a
- 2 – spíše spokojen/a s výhradami
- 3 – spíše nespokojen/a - více připomínek než spokojenosti
- 4 – nespokojen/a
- 5 - nehodnotím

1. Spokojenost s přijetím k léčení

- a, čekání na příjem 1 2 3 4 5
- b, vstřícnost, vlídnost, ohleduplnost 1 2 3 4 5
- c, rychlost 1 2 3 4 5

2. Spokojenost s lékařskou péčí

- a, jednání lékaře, který prováděl vstupní prohlídku 1 2 3 4 5
- b, informovanost o zdrav.stavu, vyšetřeních a léčebných postupech 1 2 3 4 5
- c, vlídnost a celkové chování lékaře 1 2 3 4 5
- d, zručnost při provádění vyšetřovacích a léčebných postupech 1 2 3 4 5

3. Spokojenost s ošetrovatelskou péčí

- a, dostupnost sester 1 2 3 4 5
- b, vstřícnost a ochota sester 1 2 3 4 5
- c, manuální zručnost při provádění ošetrovatelských výkonů 1 2 3 4 5
- d, seznámení s řádem léčebny a oddělení 1 2 3 4 5

4. Spokojenost s denním režimem

- a, doba buzení 1 2 3 4 5
- b, doba pro léčebné procedury 1 2 3 4 5
- c, možnost kulturního vyžití (televize, knihovna) 1 2 3 4 5

5. Spokojenost se stravováním

- | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|
| a, způsob podávání a teplota stravy | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b, doba podávání stravy | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c, množství podávané stravy | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d, kvalita podávané stravy | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Máte dietu? | | | | | | | | | | |

ANO NE

6. Spokojenost s hygienickými podmínkami

- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|
| a, výměna ložního prádla | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b, soukromí při osobní hygieně | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. Spokojenost s vybavením pokoje

- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|
| a, počet lůžek na pokoji | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b, noční stolky | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c, skříně, stoly, židle | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

8. Spokojenost se zachováním soukromí

- | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|
| a, zachování důstojnosti a respektování studu personálem | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b, oslovování personálem | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c, respektování zvyklostí | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9. Spokojenost s úklidem

- | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|
| a, pokojů | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b, sociálního zařízení (sprcha, koupelna, WC) | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c, ostatní společné prostory (chodby, ...) | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10. Celková spokojenost s pobytem na oddělení

1 2 3 4 5

11. Vliv pobytu v léčebně na Váš současný zdravotní stav

- | | | |
|------------|--------------|------------|
| a, ZLEPŠEN | b, BEZE ZMĚN | c, ZHORŠEN |
|------------|--------------|------------|

Možnost nákupu nehodnotíme – kiosek s občerstvením nepatří léčebně – má v pronájmu soukromá osoba. Případné připomínky uplatňujte přímo v kiosku.

Další informace, které nám chcete sdělit (připomínky, náměty):

Pohlaví účastníka ankety : MUŽ ŽENA

| | | | |
|-------------------|-------------|-------------|---------------|
| Věk pacienta/ky : | do 20 let | 41 – 50 let | 71 – 80 let |
| | 21 – 30 let | 51 – 60 let | 81 a více let |
| | 31 – 40 let | 61 – 70 let | |

Doba pobytu v léčebně : do 14 dnů do 1 měsíce do 3 měsíců déle než 3 měsíce

Děkujeme Vám za Váš názor.

Pracovníci léčebny.

Obrázek 1 Denní dávka antituberkulotik 1



Zdroj: vlastní