

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Karolína Janová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Karolína Janová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ V SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

PLZEŇ 2019

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

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Karolína Janová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Infekční onemocnění v sociálních zařízeních

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Počet stran – číslované: 56

Počet stran – nečíslované: 16

Počet příloh:

Počet titulů použité literatury: 21

Klíčová slova: Infekční onemocnění – zdroje nálezů – ošetrovatelská péče

Souhrn

Práce se zabývá problematikou infekčních onemocnění v sociálních zařízeních, mapuje úlohu ošetrovatelské péče v souvislosti s infekcemi, prevenci a léčbu infekčních onemocnění. Dělí se na dvě části, první je založena na teoretických informacích, druhá na empirickém šetření kvantitativní metodou. V části teoretické je rozebrána etiologie a epidemiologie, klinický obraz, terapie a prevence jednotlivých onemocnění, které jsem vybrala jako nejběžnější. Cílem praktické části je zjistit pomocí dotazníkového šetření, jaká jsou opatření a názory zaměstnanců sociálních zařízeních k těmto onemocněním. Výstupem z mé bakalářské práce je informační leták shrnující nejběžnější infekční onemocnění vyskytující se v sociálních zařízeních.

Abstract

Surname and name: Karolina Janova

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Infectious diseases at social facilities

Consultant: PhDr. Mgr. Jitka Krocova

Number of pages – numbered: 56

Number of pages – unnumbered: 16

Number of appendices:

Number of literature items used: 21

Keywords: Infectious diseases – source of infection – nursing care

Summary:

The thesis deals with nursing care, prevention and treatment of infectious diseases in social facilities. It is divided into two parts, the first is based on theoretical information, the other on practical skills. In the theoretical part is analyzed etiology and epidemiology, clinical picture, therapy and prevention of individual diseases, which I chose as the most common. The aim of the practical part is to find out, how social workers come on these diseases using structured questionnaires. The output of my bachelor thesis is an information leaflet summarizing the most common infectious diseases occurring in social facilities.

Předmluva

Tato bakalářská práce se zabývá tématem infekčních onemocnění. Hlavním cílem bylo zmapovat zavedení opatření prevence přenosu infekčních onemocnění u poskytovatelů sociální péče v sociálních zařízeních. Toto téma jsme si vybrali z důvodu problematiky těchto onemocnění. Nelékařský zdravotnický personál by měl být schopen bránit vzniku a případné šíření těchto onemocnění.

Poděkování

Děkuji PhDr. Mgr. Jitce Krocové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, zkušeností a ochotu se věnovat této práci. Dále bych chtěla všem vedoucím pracovníkům sociálních zařízení, kteří mi umožnili provádět výzkum v jejich zařízení. Poděkování také patří mé rodině, která mě podporovala během celého studia.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	15
1.1 Patogeneze	15
1.2 Zdroje původců nákaz.....	15
1.3 Přenos.....	16
1.3.1 Přímý přenos.....	16
1.3.2 Nepřímý přenos	16
1.4 Příznaky a průběh	16
1.4.1 Formy průběhu:	17
1.4.2 Celkově nespecifické příznaky.....	17
2 RESPIRAČNÍ INFEKCE	20
2.1 Infekce horních cest dýchacích.....	20
2.1.1 Akutní virová onemocnění horních dýchacích cest.....	21
2.2 Infekce dolních cest dýchacích, plic a pohrudnice	21
2.2.1 Chřipka	22
2.2.2 Akutní bronchitida.....	23
2.2.3 Pertuse, černý kašel	23
2.2.4 Pneumonie	23
2.2.5 Pleuritida.....	23
3 INFEKCE ZAŽÍVACÍHO TRAKTU.....	24
3.1 Kampylobakteriíza	24
3.2 Salmonelóza.....	24
3.3 Shigelóza.....	25
3.4 Klostridiová enterokolitida, pseudomembranózní kolitida.....	25
4 INFEKCE JATER, ŽLUČOVÝCH CEST A JINÉ NITROBŘÍŠNÍ INFEKCE.....	27
4.1 Virová hepatitida.....	27
4.2 Nitrobřišní abscesy	28
5 INFEKCE MOČOVÉHO ÚSTROJÍ	30
5.1 Bakteriurie	31
5.2 Akutní cystitida.....	31
5.3 Akutní pyelonefritida.....	31
6 KOŽNÍ INFEKCE	32

6.1	Pásový opar	32
6.2	Erysipel	32
6.3	Svrab	32
7	REZISTENTNÍ PATOGENY	33
7.1	Methycilin rezistentní Staphylococcus aureus – MRSA	33
7.2	Vankomycin rezistentní Staphylococcus aureus – VRSA	33
7.3	Vankomycin rezistentní enterococcus – VRE	34
8	ÚLOHA VŠEOBECNÉ SESTRY PŘI PREVENCI INFEKCE SOUVISEJÍCÍ S POSKYTOVANOU PÉČÍ	35
8.1	Ošetrovatelská péče u respiračních infekcí	36
8.2	Ošetrovatelská péče u infekcí zažívacího traktu	36
8.3	Ošetrovatelská péče u infekcí jater, žlučových cest a jiných nitrobřišních infekcí 37	
8.4	Ošetrovatelská péče u infekcí močového ústrojí	37
8.5	Ošetrovatelská péče u infekcí kůže	37
8.6	Ošetrovatelská péče u rezistentních patogenů	38
	PRAKTICKÁ ČÁST	39
9	EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE	40
9.1	Hlavní cíl	40
9.2	Dílčí cíle	40
9.3	Formulace problému	41
9.4	Charakteristika sledovaného souboru	41
9.5	Metodika práce	41
10	ANALÝZA ÚDAJŮ	43
11	ANALÝZA A VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK//////DISKUZE?	65
12	DISKUZE ?	68
	ZÁVĚR	70
	SEZNAM LITERATURY	71
	SEZNAM PŘÍLOH	74
	PŘÍLOHY	75

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví.....	43
Graf 2 Věk	44
Graf 3 Vzdělání	45
Graf 4 Pracovní pozice	46
Graf 5 Délka praxe	47
Graf 6 Infekční onemocnění, se kterými se NLZP setkali v zařízení.....	48
Graf 7 Použití OOPP dle hygienického plánu	49
Graf 8 Používané OOPP	50
Graf 9 Množství OOPP	51
Graf 10 Bariérový systém.....	52
Graf 11 Mytí rukou.....	53
Graf 12 Školení hygieny rukou	54
Graf 13 Školení prevence infekcí	55
Graf 14 Pravidelnost školení	56
Graf 15 Standard hygieny rukou	57
Graf 16 Klient pozitivní na MRSA	58
Graf 17 NLZP pozitivní stěr na MRSA.....	59
Graf 18 Oblast positivity nálezu.....	60
Graf 19 Očkování klienti	61
Graf 20 Očkování NLZP	62
Graf 21 Zavřené zařízení	63
Graf 22 Kdy bylo zařízení zavřené.....	64

SEZNAM ZKRATEK

NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
OOPP	Osobní ochranné pracovní pomůcky
MRSA	Methycilin rezistentní Staphylococcus Aureus
VRSA.....	Vankomycin rezistentní Staphylococcus Aureus
VRE	Vankomycin rezistentní enterococcus
IgA	Imunoglobulin A
CRP	C reaktivní protein
GIT.....	Gastrointestinální trakt

ÚVOD

Infekční onemocnění a jejich šíření provází lidstvo již od pravěku. Během historie se člověk naučil některým z nich předcházet nebo je omezit. Ale i přesto docházelo ke vzniku pandemií, které byly často vázány na války, rozšiřování měst a objevování nových území. Jedním z velmi významných objevů na poli infekčních onemocnění bylo objevení bakterií. Díky tomu se mohla medicína rozvíjet, dojít k objevu pasterizace, penicilínu a očkování.

Infekční onemocnění jsou stále aktuální, napadají člověka bez ohledu na věk, vzdělání či pohlaví. Mohou postihovat všechny lidské orgány a šířit se různými způsoby. Přesto, že je dnes medicína na velmi vysoké úrovni a stále dochází k novým výzkumům, zlepšování léčebným postupům, nejsou doposud infekční nákazy vymýceny.

I přes rozvoj antibiotické léčby, zvýšenou hygienou a zavedením antiseptických postupů dochází ke kultivaci nových a neznámých kmenů infekčních původců. Námi známé kmeny se neustále vyvíjejí a stávají se rezistentní vůči působení antibiotické léčby.

Jednou z nejúčinnějších obran je správná hygiena rukou, používání vhodných pomůcek pro ochranu sebe i pacienta, a hlavně dodržování předepsaných postupů. Ve své práci se zaměřuji na výskyt, rozvoj a šíření infekčních onemocnění v sociálních zařízeních. Povědomí personálu o těchto infekcích a ochraně proti nim. Dále také na správnou hygienu rukou, správné používání vhodných osobních ochranných pomůcek. Lehce se dotknu i důležitosti očkování, a to v případě mé práce konkrétně proti chřipkovému onemocnění.

Na znalosti personálu o bariérovém systému ošetrovatelství, správné hygieně rukou, šíření a výskytu infekčních onemocnění v sociálním zařízení jsem se soustředila i ve své praktické části. Informace jsem získala pomocí dotazníkového šetření, ve kterém jsem se zabývala otázkou, jak se staví nelékařští zdravotní pracovníci v sociálních službách k případným vzniklým infekcím v zařízeních.

Před vypracováním tématu, byla připravena rešerše a vybrána vhodná literatura ke studiu. Na tomto základě byl stanoven cíl bakalářské práce a předpoklady pro výzkumnou část. Hlavním cílem této práce bylo zmapovat zavedení opatření prevence přenosu infekčních onemocnění u poskytovatelů sociální péče v sociálních zařízeních.

TEORETICKÁ ČÁST

1 INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ

Infekční choroby se liší od jiných onemocnění tím, že podstatou jejich vzniku a vývoje je interakce mezi dvěma živými organismy. Představovaly v historii lidské populace po každé velmi závažný problém a byly dlouho nejčastějšími příčinami úmrtí. Například epidemie moru nebo neštovic mají ve středověku na svědomí miliony obětí a mnohdy vylidnily i celé rozsáhlé regiony (Černý, 2008 s. 13).

1.1 Patogeneze

Mezi infekční agens lze zařadit např. mikroby, viry, mykoplasmata, chlamydie, houby a priony. Například mikroby jsou bakterie schopné extra nebo intracelulárního množení v aerobních eventuálně anaerobních podmínkách využívající vlastní genetický materiál. Dále viry, drobné mikroorganismy schopné mikroorganismy schopné pouze intracelulární vegetace za použití genetického materiálu napadené buňky. Mykoplasmata nemají buněčnou stěnu a nepohybují se. Chlamydie jsou drobné bakterie parazitující převážně intracelulárně. Houby vyvolávají mykózy. U prionů, bílkovinných partikulí, které byly v minulosti považovány za etiologická agens tzv. pomalých viróz, se v současnosti začíná pochybovat o jejich zařazení mezi infekční agens vzhledem k absenci nukleových kyselin (Černý, 2008 s. 14).

1.2 Zdroje původců nákaz

Až na nepatrné výjimky bývá zdrojem původce nákazy člověk nebo zvíře. Období, v jehož průběhu dochází k vylučování původce nákazy, je u různých nákaz různě dlouhé a nazývá se období nakažlivosti. U většiny virových nákaz dochází k vylučování původce nákazy ještě před objevením se prvních klinických příznaků, ke konci inkubační doby a v prodromálním stadiu. U bakteriálních nákaz je největší množství zárodků vylučováno většinou v prvních dnech onemocnění. S ústupem klinických příznaků se intenzita vylučování obvykle rychle snižuje (Göpfertová, a další, 2013).

U člověka rozeznáváme dvě formy; 1. osoby s klinickým průběhem onemocnění (aparentní infekcí) a 2. nosiči (Göpfertová, a další, 2013).

Aparentní formy onemocnění jsou z hlediska šíření infekce méně nebezpečné, neboť případy bývají diagnostikovány, izolovány a léčeny včas. Epidemiologicky nebezpečnější jsou atypické nebo lehké formy onemocnění (Göpfertová, a další, 2013).

Nosiči jsou osoby, které přechovávají a vylučují infekční agens, a které nemají žádné příznaky onemocnění. Z hlediska šíření infekce jsou z pravidla nosiči nebezpečným zdrojem, neboť si oni sami, ani jejich okolí, nebývají vědomi své nakažlivosti (Göpfertová, a další, 2013).

1.3 Přenos

Přenosem se rozumí přenos infekčního agens ze zdroje nákazy na vnímavého hostitele. Vlastní cesta infekčního agens může být rozmanitá, a to podle toho, ve kterých orgánech je infekční proces lokalizován a jakou cestou infekční agens opouští svého hostitele – zdroj, či naopak vstupuje do vnímavého jedince (Göpfertová, a další, 2013).

Organismu je člověka je exponován prostředím třemi velkými epiteliálními povrchy, které představují kůži, sliznice respiračního a alimentárního aparátu a dvěma menšími – oční spojivkou a urogenitálním ústrojím. Má-li infekční agens infikovat vnímavého hostitele, pak musí proniknout do buněk na některý z těchto povrchů nebo se dostat skrz něj, nebo ho obejít transplacentárním přenosem. Hovoříme o tzv. vstupních branách infekce. V mnoha případech zůstává mikrobiální infekce omezena na buňky epiteliálního povrchu vstupní brány infekce, která se tak zároveň stává i branou výstupní. Jindy se infekční agens po prostupu šíří dále v organismu hostitele s rozdílným mechanismem, podle toho, zda působí intracelulárně nebo extracelulárně (Göpfertová, a další, 2013).

1.3.1 Přímý přenos

Pro přímý přenos je charakteristická současná přítomnost zdroje nákazy a vnímavého hostitele. Je to přímý a bezprostřední přenos infekčního agens z brány výstupu infikovaného jedince do vhodné brány vstupu nového hostitele (Göpfertová, a další, 2013).

1.3.2 Nepřímý přenos

Pro nepřímý přenos je charakteristické, že k němu dochází nezávisle na spolupřítomnosti zdroje a vnímavé osoby. Bývá něčím zprostředkovan, například předměty, biologickými produkty nebo vzduchem (Göpfertová, a další, 2013).

1.4 Příznaky a průběh

Příznaky lze dělit na nespecifické – všeobecné provázející různá infekční onemocnění a na specifické – charakteristické. Závažnost těchto příznaků se může významně lišit u různých onemocnění (Černý, 2008 s. 16).

1.4.1 Formy průběhu:

Asymptomatický průběh je průběh, u kterého nejsou žádné subjektivní ani objektivní příznaky onemocnění. Lze je tedy odhalit pouze na základě zjištěných patologických laboratorních, biochemických, hematologických či mikrobiologických ukazatelů. Bývá zjišťován při napadení málo virulentním nebo málo početným agens a u osob disponujících velmi dobrou imunitou. U latentního průběhu je infekční agens v inaktivní formě skryt v některé tkáni, nelze jej odhalit žádnými běžnými laboratorními metodami. Projeví se až v období aktivizace specifickými projevy. Frustní průběh je typický, ale velmi lehký průběh infekčního onemocnění. Foudroyantní (perakutní) průběh je závažný, velmi prudký a často končí smrtí. Abortivní průběh začíná typickými mnohdy i velmi závažnými projevy onemocnění, které však na místo dalšího rozvoje končí uzdravením. Chronický průběh je takový, který po obligátní době nekončí uzdravením, ale řada obtíží a patologických laboratorních nálezů přetrvává řadu týdnů až měsíců. Atypický průběh je charakterizován absencí některých typických projevů choroby, popřípadě jejich nahrazením jinými méně typickými. Relaps, znovu vzplanutí již odeznívajících příznaků onemocnění. Recidiva znamená opakování onemocnění v jistém intervalu po jeho prokazatelném odeznění (Černý, 2008 s. 17).

1.4.2 Celkově nespecifické příznaky

Mezi tyto příznaky patří malátnost, únava, bolest hlavy, nechutenství a u dětí je časté zvracení, které se někdy dostavuje v závěru inkubační doby ještě před klinickou manifestací onemocnění, které nazýváme prodromálním stádiem choroby. Jedním z nejčastějších příznaků je horečka (Černý, 2008 s. 17).

1.4.2.1 Horečka

Jedná se o nejobecnější, častý a pro infekci charakteristický příznak. Horečka je zvýšení tělesné teploty vyvolané řadou patogenních podnětů prostřednictvím termoregulačních mechanismů a je důležitým nespecifickým symptomem infekčních i jiných nemocí (Rozsypal, a další, 2013 s. 38).

Je vyvolána drážděním termoregulačního centra a sympatických center v hypotalamu buď endotoxiny gramnegativních mikrobů, nebo častěji produkcí endogenních pyrogenů uvolňovaných z leukocytů (Černý, 2008 s. 17).

Základní typy horečky jsou kontinuální, remitentní a intermitentní. Kontinuální horečka neboli setrvalá nejvíce v průběhu dne větší výkyvy než 1 °C. Horečka remitentní je

charakterizovaná každodenními výkyvy většími než 1 °C, přičemž denní minima neklesají pod 37 °C, intermitentní má každodenní výkyvy, přičemž mezi minimem a maximem bývá rozdíl až 3 °C a minima zasahují až pod 37 °C (Černý, 2008 s. 18).

Oba zatím uvedené typy horečky se dostávají obvykle u septických stavů, při nichž se do krevního oběhu střídavě vyplavují patogenní mikroby z hnisavých ložisek např. při pyelonefritidě, endokarditidě, plicních, mozkových a jinde lokalizovaných abscesů (Černý, 2008 s. 18).

Vzestup horečky může být prudký provázený zimnicí a třesavkou, který pozorujeme často u streptokokových infekcí jako je akutní tonzilitida nebo erysipel, jindy stoupá zvolna. Pokles horečky může být též prudký, provázený profuzním pocením, nebo pozvolný (Černý, 2008 s. 18).

1.4.2.2 Metabolické změny při infekčním onemocnění

Zvyšuje se aktivizace sympatického vegetativního systému, bazální metabolismus stoupá přibližně o 10 až 15 % na každé zvýšení tělesné teploty o 1 °C a může při závažných kritických stavech, jako jsou sepse provázející rozsáhlé popáleniny nebo polytraumata, přesáhnout i dvojnásobek klidových hodnot. Přitom stoupá hodnota metabolismu sacharidů, zvyšuje se glukogeneze v játrech a u lehčích infekcí nastává utilizace tukových zásob. Nejdůležitějším negativním metabolickým dějem u infekcí je však katabolizace tělesných bílkovin, jejíž intenzita závisí na závažnosti i době trvání onemocnění. Metabolické změny jsou sledovány celou řadou biochemických hematologických i imunologických změn, jejichž průběh je možno sledovat příslušnými laboratorními metodami (Černý, 2008 s. 18).

1.4.2.3 Sepse

Je charakterizována jako progredující stav při infekci, který kulminuje orgánovou dysfunkcí. Příčinou je infekční agens, které cirkuluje v oběhu. I když se velmi často v hemokulturách nezjistí identifikovatelný organizmus, je celková reakce stejná jako při prokázané bakteriemii. Pacienti, kteří nemají prokazatelně infekčního původce v cirkulaci, mají stejnou reakci jako pacienti s popálením, traumatem nebo akutní pankreatitidou. Podobnost je v klinickém obraze, hemodynamických a metabolických změnách i v prognóze (Zadák, 2008 s. 429).

Podobný klinický i laboratorní obraz jako přítomnost živých organismů v cirkulaci mohou vyvolat také uvolněné a chemicky změněné endogenní proteiny, fosfolipidy a mediátory, které vznikají při poškození a rozpadu tkání v organismu (Zadák, 2008 s. 429).

Patogeneze sepse je kriticky závislá na imunitní odpovědi. Vrozená imunita hraje bezprostřední roli v rozvoji sepse, a je také rozhodující pro aktivaci a modulaci pozdějších antigen – specifických adaptivních imunitních odpovědí (Baudouin, 2008 s. 5).

Syndrom systémové zánětlivé odpovědi je pravidelnou součástí klinického i laboratorního obrazu sepse, ale není pro sepsi specifický. Ke stejné odpovědi může vést i trauma, popálení, pankreatitida a další nespecifikované příčiny (Zadák, 2008 s. 429).

1.4.2.4 Bakteriální (septický) šok

Jedná se o velmi závažnou komplikaci celé řady onemocnění většinou způsobených gramnegativními, ale i grampozitivními mikroby. Může se objevit již v prvních hodinách závažného infekčního onemocnění jako je např. meningokoková seps nebo až v průběhu nějakého jiného vážného poškození organismu. např. po polytraumatu, rozsáhlých popáleninách, při generalizaci celé řady vážných infekčních onemocnění i jiných zánětlivých onemocnění gynekologické, urologické, pneumologické či jiné geneze (Černý, 2008 s. 23).

Je vyvolán zaplavením organismu bakteriálními toxiny. Ohroženi jsou hlavně imunokompromitovaní jedinci, staří nemocní lidé, diabetici, lidé trpící malignitami, narkomani a další. Tento šok může vzniknout i v souvislosti se zahájením účinné specifické etiologické léčby baktericidními antibiotiky v důsledku uvolnění velkého množství bakteriálních toxinů z rozpadajících se mikrobů (Černý, 2008 s. 23).

2 RESPIRAČNÍ INFEKCE

Plíce patří mezi párové orgány. Pravá plíce má tři laloky, levá dva. Vzduch se do plic dostává dýchacími cestami. Horní cesty dýchací představuje nos, nosohltan, průdušnice. Mezi dolní dýchací cesty patří průdušky, průdušinky a plicní sklípky (Mačák, a další, 2012 s. 176).

Infekce se podle lokalizace se rozdělují na infekce horních a dolních dýchacích cest. Hranice mezi dolními a horními dýchacími cestami se udává buď v úrovni hlasových vazů, nebo v úrovni bifurkace trachey. Horní cesty dýchací jsou osídleny fyziologickou mikroflórou, dolní cesty dýchací zůstávají sterilní (Rozsypal, a další, 2013 s. 141).

2.1 Infekce horních cest dýchacích

Většina infekčních onemocnění horních dýchacích cest je způsobená viry, menší část zastupují bakterie. Respirační trakt musí disponovat efektivními mechanismy ochrany a obrany před infekcí. Patří k nim zejména vlastnosti a funkce sliznice, jako jsou pohyb řasinek, produkce hlenu, sekrece protilátek IgA a dalších faktorů, např. kašlací reflex, funkce buněčné imunity a fagocytóza v alveolech. Infekce dýchacích cest vzniká překonáním kapacity obranných mechanismů virulencí nebo množstvím mikrobů nebo poruchou slizniční ochrany různými způsoby (Rozsypal, a další, 2013 s. 141).

Důležitými příznaky onemocnění horních dýchacích cest jsou subfebrilie až horečka, projevy rýmy, pálení v nose, kýchání, pálení v krku, sekrece z nosu, ztráta čichu. Dále bolesti hlavy, v krku, hlavně při polykání. Bolestivost a zduření lymfatických uzlin na krku, ztráta hlasu, stridor, chrčení, suchý nebo vlhký kašel a dušnost (Rozsypal, a další, 2013 s. 141, 142).

Diagnostika se zahajuje odebráním anamnézy a pak fyzikálním vyšetřením se zaměřením na celkový stav, známky dušnosti, vyšetření dutiny ústní, krku a poslech a poklep hrudníku. Nedílnou součástí fyzikálního vyšetření je stanovení měřených parametrů – tělesné teploty, dechové frekvence, pulsu, krevního tlaku a podle možnosti saturace kyslíku pulsním oxymetrem (Rozsypal, a další, 2013 s. 142).

Laboratorní testy a pomocná vyšetření přínosná pro diagnostiku infekcí dýchacích cest a jejich etiologie zahrnuje vyšetření zánětlivých ukazatelů – krevní obraz, CRP a prokalcitonin, základních biochemických parametrů, krevních plynů, hemokultury, nejlépe

v systému BACTEC, popř. molekulárně-genetická detekce nukleové kyseliny a hub v krvi, např. SeptiFast. Dále výtěry z krku a nosohltanu na kultivaci, sérologie mykoplazmat a chlamydií, eventuálně respiračních virů včetně viru chřipky (Rozsypal, a další, 2013 s. 142).

2.1.1 Akutní virová onemocnění horních dýchacích cest

Jedná se o nejčastější onemocnění v celém světě. Většina těchto onemocnění je virového původu. Zdrojem je většinou člověk nemocný, nebo krátce před propuknutím nemoci. Infekce se přenáší vzduchem, většinou kapénkami i kontaminovanými rukama. Inkubační doba je krátká, několik málo dnů. Léčba je spíše symptomatická, v chřipkové epidemii lze použít protichřipková chemoterapeutika, antibiotika se ordinují až při komplikacích. Prevence spočívá v hygienických opatřeních, omezení kontaktu s nemocným, hygiena rukou, ochrana obličejovou maskou (Rozsypal, a další, 2013 s. 145).

2.1.1.1 Akutní faryngitida

Akutní faryngitida je akutní, obvykle virový, méně často bakteriální zánět nosohltanu. Původci jsou respirační viry, hlavně *Streptococcus pyogenes*. Diagnostika pomocí výtěru z tonzil vyloučí streptokokovou tonzilofaryngitidu. Většinou spontánně odezní po léčbě symptomů, komplikace jsou velmi vzácné (Rozsypal, 2015 s. 122).

2.1.1.2 Akutní tonzilofaryngitida, angina

Jedná se o akutní, obvykle streptokokový zánět patrových mandlí. Pro toto onemocnění je typický nález v krku, nevelké až střední zvýšení CRP a mírná leukocytóza a vykultivování *Streptococcus pyogenes* z výtěru z tonzil. Prognóza je dobrá a k terapii se využívá penicilin, u alergií cefalosporin nejlépe 1 g (Rozsypal, 2015 s. 122).

2.2 Infekce dolních cest dýchacích, plic a pohrudnice

Následující kapitola se zaměří na infekce průdušek, průdušinek, plic a pohrudnice. Nebezpečí onemocnění dýchacích cest a plic spočívá zejména v dušení a respirační insuficienci, kolapsu plic, propagaci a diseminaci infekce a spuštění bouřlivé zánětlivé odpovědi (Rozsypal, a další, 2013 s. 149).

Podle naléhavosti stavu jsou pacienti ošetřováni ambulantně, na standardním lůžkovém oddělení nebo na jednotce intenzivní péče interních, infekčních nebo plicních oddělení. Naléhavost izolace pacienta záleží na mnoha okolnostech, pro řadu z pneumonií je optimální umístění pacienta na samostatný pokoj. U onemocnění vyvolaných

konkrétními patogeny je izolace nařízená a uskutečňuje se na infekčních odděleních (Rozsypal, a další, 2013 s. 150).

2.2.1 Chřipka

Chřipka neboli influenza je vysoce nakažlivé virové onemocnění s náhlým začátkem, horečkou, bolestmi svalů a kašlem. Onemocnění se vyskytuje kosmopolitně s typicky sezónním výskytem, obvykle v epidemiích v zimních měsících., kdy jsou lidé více pohromadě, mají sníženou obranyschopnost a oslabenou sliznici dýchacích cest. Postihuje všechny věkové kategorie, více vnímavé jsou děti. Senioři onemocní méně, ale mají závažnější průběh (Rozsypal, a další, 2013 s. 153).

Původcem je virus chřipky ve třech antigenních typech A, B a C. Viry chřipky se vyznačují plasticitou geneticky podmíněnou a vedoucí k antigenní variabilitě. Změny povrchových antigenů vedou k šíření v populaci a vzniku epidemií (Rozsypal, a další, 2013 s. 153).

Inkubační doba je velmi krátká, 1 až 3 dny. Onemocnění začíná náhle vzestupem teploty na 38–40 °C, často je provázeno zimnicí a třesavkou, nápadnými bolestmi svalů, kloubů a hlavy a bolest za očima. Pacient je schvácený, respirační příznaky se přidávají za 1–2 dny, a to pálení za sternem a suchý kašel, který se zvlhčuje až v průběhu. Pocit ucpaného nosu nebo bolest v krku stojí zřetelně v pozadí klinického obrazu. Celkové příznaky ustupují za 3–5 dní, respirační příznaky odeznívají do 10 dnů a déle. Únavnost může přetrvávat až měsíc (Rozsypal, a další, 2013 s. 153).

Komplikace jsou respirační, kardiální, svalové, nervové, psychické a jiné. U starších osob převažují nespecifické komplikace v podobě zhoršení chronických kardiovaskulárních, respiračních a metabolických onemocnění (Rozsypal, a další, 2013 s. 153).

Léčba je ve většině případů symptomatická, doporučuje se klid na lůžku. Jako antipyretika se užívá paracetamol a ibuprofen. Antibiotika se rezervují pro komplikující bakteriální pneumonii. U chřipky mohou být účinná virostatika, zejména inhibitory neuraminidázy Relenza a Tamiflu (Rozsypal, a další, 2013 s. 154).

2.2.2 Akutní bronchitida

Ve většině případů je toto onemocnění způsobeno respiračními viry, mykoplazmaty, vzácně bakteriemi. Onemocnění je charakteristické nejprve suchým, později produktivním kašlem a někdy horečkou (Rozsypal, a další, 2013 s. 154).

2.2.3 Pertuse, černý kašel

Jedná se o akutní respirační onemocnění postihující převážně průdušky a charakterizované záchvaty kašle. Původcem je *Bordetella pertusis*, která vytváří toxin. Zdrojem infekce je nemocný i rekonvalescent, přenáší se kapénkami. Díky očkování se nakazí spíše dospělí, u nichž protilátky po očkování po letech klesly pod ochranné titry (Rozsypal, a další, 2013 s. 155).

2.2.4 Pneumonie

Pneumonie může být vyvolána rozličnými bakteriemi, hlavně pneumokoky, hemofily, legionelami, mykoplazmaty, chlamydiemi, viry, houbami a parazity. Vzácně může být vyprovokována inhalací toxických látek nebo alergií (Rozsypal, a další, 2013 s. 156).

Původce se do dýchacích cest může dostat několika cestami, mezi něž patří inhalace původce vzduchem, aerosolem nebo prachovými částicemi, vdechnutím sekretů či zvratků, hematogenní diseminací z různých míst v těle, vzácně pak jiným způsobem jako je poranění hrudníku, nebo intubace (Rozsypal, a další, 2013 s. 156).

2.2.5 Pleuritida

Pleuritida je zánět pohrudnice a poplicnice, který obvykle vzniká v důsledku plicního onemocnění nebo poraněním hrudní stěny, vzácněji jiným mechanismem. Rozlišuje se suchá pleuritida bez přítomnosti tekutiny a vlhká pleuritida s přítomností zánětlivého exsudátu nebo hnisu. Mezi původce patří pyogenní bakterie (Rozsypal, 2015 s. 165).

3 INFEKCE ZAŽÍVACÍHO TRAKTU

Trávicí soustava zabezpečuje příjem a zpracování potravy. Trávicí soustavu formují vlastní orgány trávicí trubice, ve kterých dochází k trávení a vstřebávání živin, patří k nim dutina ústní, hltan, jícen, žaludek, tenké střevo a tlusté střevo. Přídavné orgány trávicí soustavy tvoří, shromažďují a vydávají do GIT trávicí šťávy, jedná se o slinné žlázy, játra, žlučník a slinivka břišní (Merkunová, a další, 2008 s. 127).

3.1 **Kampylobakteriíza**

Kampylobakteriíza je nejrozšířenější celosvětové onemocnění bakteriálního původu. Obvykle se projevuje hemorhagickými enterokolitidami u imunokompetentních pacientů (Hobstová, 2012 s. 88).

Campylobacter se běžně vyskytuje ve střevech divokých i domestikovaných zvířat. Přenášeny jsou hlavně kontaminovaným jídlem, jako je mléko a maso, může být přenášena i přímým kontaktem, ale není to tak časté. Inkubační doba je 2 až 7 dní, se sezónním výskytem v létě. Onemocnění se může projevovat po celý život. Campylobacter je hodnoceno jako invazivní patogen produkující toxiny, změny mohou být nalezeny v jejunu, ileu a colonu (Hobstová, 2012 s. 88).

Klinický obraz se mění z průjmu v rozsáhlé onemocnění s masivním krvácením nebo pseudoapendicitidou. Nejběžnější je hemorhagická enterokolitida s horečkou, bolestmi břicha, hlenem a krví ve stolici. Diagnostikuje se kultivací stolice ve speciálním kultivačním médiu a speciální technikou. Mírné případy mohou být léčeny pouze rehydratacím dietou a probiotiky. Antibiotika mohou být indikována u závažných průjmů v běžných dávkách na 5 až 7 dní. Intravenózní léčba vzácných infekcí lokalizovaných mimo intestinální trakt musí trvat několik týdnů, výběr antibiotik závisí na citlivosti patogenu (Hobstová, 2012 s. 88).

3.2 **Salmonelóza**

Zástupci Salmonella spp. jsou gram negativní, pohyblivé bakterie, mohou způsobovat břišní tyfus, paratyfoidní horečka A, B, C a průjmy. Je známo více než 2500 sérotypů Salmonelly. Tyto sérotypy jsou rozděleny dle schématu Kaufmann-White A až Z. Lidská onemocnění mohou být způsobené sérotypy ze skupin A až E. Salmonella

Enteritidis ze skupiny D je nejčastější sérotyp v České republice a také v Evropě (Hobstová, 2012 s. 89).

Salmonelózy jsou průjmové onemocnění z potravy, nádobí, špinavých rukou, která se do těla dostává ústy a projevují se střevními potížemi. Bakterie může pronikat do hlubších vrstev sliznice a dostat se do krevního řečiště, a tak být roznesena po celém těle. Inkubační doba je velmi krátká 6–8 hodin (Rozsypal, a další, 2013 s. 185).

Diagnóza se stanoví z epidemiologické anamnézy, klinického obrazu a průkazu salmonel ve stolici. Základem léčby je rehydratace a dieta, eventuelně další symptomatická opatření. Antibiotika se indikují spíše u těžkých komplikovaných průběhů s rizikem diseminace (Rozsypal, a další, 2013 s. 185, 186).

3.3 Shigelóza

Shigelóza je vysoce nakažlivé bakteriální onemocnění charakterizované často krvavými průjmy a tenesmy. Vyskytuje se geopolitně, je časté zejména v rozvojových zemích. V České republice je shigelóza již vzácná, ale může se objevit v pozdním létě. Zdrojem infekce je nemocný člověk nebo rekonvalescent. Inkubační doba je obvykle 1 až 3 dny. Shigelóza nejčastěji lehce a komplikace jsou vzácné. Diagnóza se potvrdí izolací původce ze stolice. Všeobecná léčebná opatření, jako rehydratace a dieta, jsou společná pro všechna průjmovitá onemocnění, podávají se i antibiotika (Rozsypal, a další, 2013 s. 186, 187).

3.4 Klostridiová enterokolitida, pseudomembranózní kolitida

Postantibiotická kolitida, pseudomembranózní enterokolitida postihuje pacienty léčené širokospektrými antibiotiky, a to zejména pacienty po chirurgickém výkonu, kde je současně narušena střevní pasáž, často chronicky nemocné, například diabetiky. Původcem je *Clostridium difficile* produkující termolabilní exotoxiny A a B. Mikrob přerůstá v podmínkách narušené střevní mikroflóry (Rozsypal, a další, 2013 s. 187).

Zdrojem může být i jiný pacient s bezpříznakovou infekcí, přenos se přenáší nejčastěji rukama ošetřujícího personálu. Onemocnění se vyvíjí za několik dní až 8 týdnů. Dominují bolesti břicha, někdy obraz ileu či subileu, průjem nemusí být nápadný, dochází však k alteraci celkového stavu, bývá vysoká leukocytóza. Diagnóza se stanoví na základě průkazu toxinů A a B ve vzorku stolice. Upřednostňuje CT vyšetření břicha před

endoskopií. Hlavními účinnými antibiotiky jsou metronidazol nebo vankomycin podávané per os, pomocný význam mají probiotika (Rozsypal, a další, 2013 s. 187, 188).

4 INFEKCE JATER, ŽLUČOVÝCH CEST A JINÉ NITROBŘIŠNÍ INFEKCE

Játra mohou být postižena řadou virových, ale i bakteriálních, parazitárních a mykotických infekcí. Nejdůležitějšími onemocněními jater jsou virové hepatitidy (Rozsypal, 2015 s. 239).

4.1 Virová hepatitida

Virová hepatitida je zánět jater vyvolaný některým z pěti primárně hepatotropních virů A, B, C, D a E. Původci virových hepatitid jsou tyto viry čtyř rodů, virus hepatitidy B je DNA virus, ostatní RNA viry, původce hepatitidy D je inkompletní virus (Rozsypal, a další, 2013 s. 196).

Výskyt hepatitid je sporadický nebo epidemický. Virové hepatitidy typu A a E se přenáší fekálně-orální nebo alimentární cestou, hepatitidy typů B, C a D se přenáší parenterální, popř. sexuální cestou. Reálně přichází v úvahu přenos společným užíváním jehel a stříkaček u toxikomanů, nelékařskými parenterálními výkony, u hepatitidy B se může přenášet i sdílením společné domácnosti s nosičem viru. Virová hepatitida B se může přenést vertikálně během porodu a po něm, na silně exponovaných pracovištích se připouští možnost přenosu inhalací aerosolu (Rozsypal, a další, 2013 s. 196).

Inkubační doba je u těchto virů různá. U hepatitid A a E kolísá okolo 2-6 týdnů, u hepatitid typů B a C je okolo 6 týdnů až 6 měsíců, u hepatitidy D trvá v rozmezí 2 až 10 týdnů (Rozsypal, a další, 2013 s. 196).

Pacient pociťuje chřipkové či gastrointestinální obtíže, teplota bývá jen mírně zvýšená, objevují se bolesti kloubů, hlavy, výjimečně kožní projevy, vesměs prchavé vyrážky. Vlastní onemocnění probíhá v několika klinických formách, bezpříznakové, anikterické s jaterním postižením bez zvýšení bilirubinu, ikterické s hyperbilirubinemií vedoucí k ikteru. Cholestatické formy se známkami stagnace žluči v játrech čili intrahepatální cholestázy, která se projeví ikterem, svěděním kůže a zvýšením aktivity enzymů žlučového pólu jaterní buňky. Fulminantní forma s obrazem jaterního selhání, které se vyvíjí do 8 týdnů a subakutní jaterní dystrofie s obrazem jaterního selhání, které se vyvíjí déle než 8 týdnů, většinou u starších pacientů. Podání gamaglobulinu v inkubační době může přispět ke zmírnění průběhu. Akutní fáze virových hepatitid trvá několik týdnů.

V rekonvalescenci může dojít k relapsu, vzplanutí klinických příznaků nebo zhoršení laboratorních nálezů (Rozsypal, a další, 2013 s. 196, 197).

Diagnóza vychází z epidemiologické souvislosti, klinického obrazu a biochemických nálezů. Mnohonásobně zvýšené hodnoty sérových aminotransferáz dovolují předpokládat virovou hepatitidu s vysokou pravděpodobností. Definitivní diagnóza se opírá o vyšetření virologických sérových markerů. Vedle hlavních virologických markerů, kterými se stanovuje diagnóza, se vyšetřují doplňkové virologické markery, které slouží k získání dalších informací (Rozsypal, a další, 2013 s. 197).

Léčba akutních virových hepatitid, která probíhá za hospitalizace na infekčních odděleních nebo klinikách, se podle typů virových hepatitid neliší. Terapeutické přístupy se nezměnili několik desítek let. Spočívají ve fyzickém a psychickém zklidnění pacienta, dietě a podávání podpůrných léků, které mají zmírňovat nepříznivé projevy onemocnění, zabránit dalšímu poškození jaterních buněk a přispět k jejich regeneraci. Běžně se podávají infuze glukózy s vitaminy B, C, eventuelně i K, a roztoky aminokyselin. V České republice se k tomuto ještě v rámci léčby podávají různé hepatoprotektivní nebo hepatotonické látky (Marek, 2010 s. 214).

U virových hepatitid je důležitá profylaxe a prevence. Platí všeobecná hygienická pravidla a řádné dodržování protiepidemického režimu zdravotnických zařízení, zejména dekontaminace a sterilizace nástrojů. Specifickým preventivním opatřením proti hepatitidě B je pravidelné očkování, kojenci a dvanáctileté děti. U ohrožených osob jako jsou zdravotníci, pacienti na hemodialýze, rodinní příslušníci osob s akutní nebo chronickou hepatitidou B. Ve vybraných situacích se aktivní imunizace doplňuje pasivní imunizací hyperimunním imunoglobulinem. Očkuje se i proti hepatitidě A, očkují se osoby v profesionálním riziku nákazy, nemocní s chronickou jaterní chorobou, u hemofiliků a u cestovatelů. Může se využít i v postexpoziční profylaxi, a to díky rychlému nástupu imunity (Rozsypal, a další, 2013 s. 198).

4.2 Nitrobřišní abscesy

Jaterní absces může vzniknout na podkladě bakteriální, parazitární nebo mykotické infekce. Ve většině případů vzniká jako metastatická komplikace infekčního procesu kdekoliv v organismu. Převážná část z nich je však biliárního původu, nebo vzniká šířením portálním oběhem při pokročilé apendicitidě nebo divertikulitidě sigmatu. K nejčastějším

infekčním agens abscesu patří *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Bacteroides* a *Streptococcus faecalis* (Vodička, 2014 s. 195).

Pokud jaterní abscesy vznikají jako komplikace intraabdominální infekce, dochází k celkové alteraci nemocného s vysokou teplotou, často zimnicí, třesavkou, ikterem a bolestivostí v pravém podžebří. V jiných případech, zejména u zdravých jedinců, je vznik jaterních abscesů spojen spíše s celkovou únavou, malátností a teplotou přicházející až v průběhu několika dní. Klinickým vyšetřením zjišťujeme zvětšená, bolestivá játra, v laboratorním nálezu pak leukocytózu, u septických stavů anémii. Při mnohočetných abscesech se zvyšuje hladina sérového bilirubinu a alkalických fosfatáz. Na skiagramu plic je často přítomná atelektáza v pravém dolním plicním poli nebo indukovaný pleurální výpotek. Pro vlastní diagnostiku jaterního abscesu má rozhodující význam USG a CT vyšetření (Vodička, 2014 s. 195).

Terapie abscesu spočívá v jeho vyprázdnění – punkcí a drenáží. Perkutánní punkce se může provést pod USG nebo CT kontrolou. Antibiotika invazivní léčbu doplňují, ale nenahrazují. Léčba je v kompetenci zejména chirurgických a urologických oddělení (Rozsypal, a další, 2013 s. 208).

5 INFEKCE MOČOVÉHO ÚSTROJÍ

Ledviny jsou párové orgány uložené při zadní břišní stěně – za pobřišnicí v retroperitoneálním prostoru. Močový měchýř je dutý tenkostěnný orgán, který funguje jako rezervoár moči přiváděné stahy močovodů (Dylevský, 2009 s. 356, 361).

Infekce močových cest patří k nejčastějším infekčním onemocněním, které se řeší jak u ambulantních, tak u hospitalizovaných pacientů. Většina onemocnění probíhá lehce a vyžaduje jen krátkodobé ambulantní podání antibiotik. Jsou však výjimky, které mohou vést k život ohrožujícímu stavu, a opakované infekce, které mohou způsobit poškození funkce až selhání ledvin. Infekce močových cest u osob s permanentním močovým katétreem jsou obvyklou komplikací této léčebné intervence. Nepřehlédnutelný problém představuje rezistence původců uroinfekcí k řadě antibiotik (Rozsypal, 2015 s. 255).

Hlavním původcem uroinfekcí je *Escherichia coli*, z nichž mnohé jsou obdařeny fimbriemi umožňujícími přilnutí ke sliznici močových cest (Rozsypal, 2015 s. 255).

Moč v močovém měchýři je za normálních okolností sterilní, i když nepatrné množství bakterií lze zachytit suprapubickou punkcí i u zcela zdravých osob. Proti usídlení bakterií slouží několik mechanismů jako je kyselost moči, chybění živin pro bakterie, vyprazdňování moči nebo sekreční protilátky. Uroinfekce se šíří naprosto u většiny případů zanesením mikrobů vzestupně z oblasti okolí anu, vulvy a vaginy. U žen k tomu přispívá přemnožení bakterie *E. Coli* v pochvě při potlačení přirozeného výskytu laktobacilů a relativně kratší močové trubice. Infekce ledviny může být zdrojem urosepse. Muži jsou postiženi močovou infekcí méně často, vzhledem k delší močové trubici a menší kolonizací bakteriemi v okolí ústí uretry (Rozsypal, 2015 s. 255).

Mezi příznaky infekce dolního segmentu močového ústrojí patří dysurie a polakisurie. Dále nykturie vyznačující se močením v nočních hodinách, ale také horečka, lumbalgie. Léčba je většinou symptomatologická s použitím antibiotik se správným spektrem působnosti (Rozsypal, 2015 s. 256) (Lukáš, a další, 2014 str. 513).

Katétróvá infekce močových cest je infekce močových cest vzniklá v souvislosti nebo přítomností močové cévky. Patří mezi typické nozokomiální infekce (Rozsypal, 2015 s. 261).

5.1 Bakteriurie

Nejčastější původcem je bakterie Escherichia Coli, ale mezi další původce patří Klebsiella, Enterobacter, gram pozitivní organismy, včetně streptokoků skupiny B a Pseudomonas (Tesař, a další, 2015 s. 318).

5.2 Akutní cystitida

Akutní cystitida je akutní zánět močového měchýře. K typickým symptomům doprovázející akutní zánět močového měchýře patří strangurie, polakisurie, nykturie, urgence, někdy vystupňované až do urgentní inkontinence. Pacient je afebrilní, maximálně subfebrilní, přichází s kalnou pyurickou močí a hematurií. Diagnostikuje se pomocí chemického vyšetření moči a močového sedimentu, dále kultivací moči na bakterie. Doporučená léčba je krátkodobá, třídní aplikace antimikrobiálních přípravků (Hanuš, a další, 2015 s. 59).

5.3 Akutní pyelonefritida

Akutní bakteriální zánět ledviny vzniká někdy z plného zdraví. Pacient je febrilní, udává zimnici, nebo třesavku. Při těžkém průběhu pyelonefritidy se dostaví celková alterace stavu, tj. cefalea, nauzea, zvracení a zchvácenost. K diagnóze pomůže pečlivý odběr anamnézy, fyzikální vyšetření pacienta, bolest v mezogastriu, většinou i nad sponou. Chemické, mikroskopické a kulturační vyšetření moči. Léčí se antibiotiky perorálně nebo intravenózně (Hanuš, a další, 2015 s. 62).

6 KOŽNÍ INFEKCE

6.1 Pásový opar

Akutní, většinou jeden až dva dermatomy omezená, bolestivá druhotná infekce virem *Varicella zoster* způsobená reaktivací po předchozím onemocnění planými neštovicemi. Pásový opar se vyskytuje častěji u imunosuprimovaných jedinců a s věkem incidence stoupá (Mantau, 2014 s. 185, 186).

6.2 Erysipel

Erysipel je streptokoková infekce škáry, popřípadě lymfatických cév. Vyskytuje se běžně, postihuje převážně osoby středního a vyššího věku. Původcem onemocnění je *Streptococcus pyogenes* (Rozsypal, 2015 s. 292).

6.3 Svrab

Svrab je kožní parazitóza způsobená po celém světě se vyskytujícími roztočem zvaným zákožka svrabová. Samičky se zavrtávají do rohové vrstvy kůže, v níž dělají chodbičky nejprve v interdigitálních prostorech, na hýždích nebo genitálu a později všude po celém těle, do kterých ukládá vajíčka. Z vajíček se přes larvální a dvě nymfální stádia za 14 až 17 dnů vyvine dospělý parazit. Onemocnění se přenáší interhumánně při použití stejných lůžkovin nebo oděvu, při těsném dotyku nebo při pohlavním styku. Klinický obraz je typický, v napadených místech se objevují čárkovité papily, na jejímž konci je bělavá hrudka. Diagnostika se opírá o průkaz parazitů nebo fragmentů jejich těl, nebo vajíček v seškrábnuté drti kožní rohové vrstvy. Léčba probíhá nanesením Skabacidu nebo Jacutinu na kůži a nechá se působit 12 až 24 hodin. Po celkové koupeli s důkladným vydrhnutím kartáčem je třeba se vykoupat ještě jednou a vzít si čisté osobní a ložní prádlo (Černý, 2008 s. 255).

7 REZISTENTNÍ PATOGENY

Tyto čtyři rezistentní patogeny jsou nyní souhrnně nazývány jako „Super bugs“. V češtině pro to není termín, ale v angličtině se takto nazývají bakterie s multirezistencemi. (Buttaro, a další, 2013 s. 454)

7.1 Methycilin rezistentní Staphylococcus aureus – MRSA

Methicillin-rezistentní Staphylococcus aureus, nebo MRSA je bakterie způsobující potencionálně fatální infekce, které nemohou být vyléčeny běžně používanými antibiotiky. Tento patogen se běžně vyskytuje v prostředí a na lidském těle, obvykle zůstává neškodný, pokud jeho rezistentní forma nenapadne ránu, nebo pokud nevstoupí do těla imunosupresovaného člověka. Dnes je již minimum antibiotik funkčních proti infekci MRSA, jeden z nich je nejběžněji používaný Vancomycin. Podává se intravenózně a pacient by se měl léčit v nemocnici, bohužel se již vyskytují Vancomycin-rezistentní kmeny Staphylococca, VRSA. (Williams, 2012 s. 11, 12, 13, 14).

Zdrojem nákazy jsou kolonizovaní pacienti, pacienti s infekcí, kolonizovaný zdravotnický personál a kontaminované prostředí. Přenáší se prostřednictvím rukou ošetřujícího personálu nebo kontaminovanými vyšetřovacími pomůckami. Léčba se odvíjí od postiženého místa infekcí. Hlavní jsou zvláštní hygienické předpisy a karanténa, návštěvy tedy využívají jednorázových ochranných oděvů, které při odchodu z pokoje vyhodí do připravených pytlů na infekční odpad a před pokojem si řádně vydesinfikují ruce. Totéž by mělo platit pro zdravotníky (Williams, 2012 s. 13, 14).

7.2 Vankomycin rezistentní Staphylococcus aureus – VRSA

V roce 2002 se v USA v Centru pro kontrolu nemocí objevil první dokument týkající se rezistence Staphylococcus aureus na Vankomycin, který byl do teď volbou číslo 1 v léčbě infekcí způsobených tímto patogenem. Tato forma je rezistentní i na Methycilin. Kvůli variabilnímu vzorci antibiotické citlivosti pro kmeny VRSA neexistují jednotné doporučení pro léčbu infekcí způsobených tímto organismem. Látky jako je quinupristin-dalfopristin, linezolid, tetracyklin, trimethoprim-sulfamethoxazol (TMP-SMX), tigecyklin a daptomycin, byly všechny použity samostatně nebo v kombinaci s dalšími látkami pro léčbu některých infekcí způsobených VRSA. Zjistilo se, že dva hlášené kmeny VRSA v USA byly citlivé na quinupristin-dalfopristin, linezolid, TMP-SMX, ale

odolné vůči tetracyklinům. V tuto chvíli by léčba kmenů VRSA měla být založena na výsledcích laboratorního testování citlivosti (Mazzulli).

7.3 Vankomycin rezistentní enterococcus – VRE

Enterococcus je gram negativní bakterie kulatého tvaru normálně přítomna v lidském intestinálním traktu a v ženském pohlavním ústrojí. Ve většině případů jsou enterokoky méně schopné způsobovat onemocnění než *Staphylococcus aureus* (Buttaro, a další, 2013 s. 456).

8 ÚLOHA VŠEOBECNÉ SESTRY PŘI PREVENCI INFEKCE SOUVISEJÍCÍ S POSKYTOVANOU PÉČÍ

Léčba infekčních nemocí zahrnuje vedle specifické antimikrobiální terapie všeobecná podpůrná a symptomatická opatření, která směřují k zachování dobré funkce orgánů a systémů a přináší subjektivní úlevu. Velkou většinu léčebných a podpůrných opatření reálně poskytuje všeobecná sestra. Vedle rutinních postupů a plnění lékařských ordinací sestra vyvíjí samostatnou činnost, která se označuje jako ošetrovatelský proces. Zhodnocením získaných údajů o pacientovi se stanovuje ošetrovatelská diagnóza (Rozsypal, a další, 2013 s. 63).

Ošetrovatelská péče je činnost sestry poskytnutá pacientovi k dosažení normálních životních funkcí a uspokojení jeho potřeb při poruchách zdravotního stavu. Ošetrovatelská péče se realizuje rutinními postupy a plněním lékařských ordinací, jednak ošetrovatelským procesem, který vychází z individuálních potřeb a problémů nemocných. Ošetrovatelský proces zahrnuje 5 fází. Sběr údajů a zhodnocení, stanovení ošetrovatelské diagnózy, vytýčení cílů ošetrovatelské péče, ošetrovatelský plán a po realizaci následuje hodnocení (Rozsypal, a další, 2013 s. 63).

Ošetrovatelská diagnóza je klinický úsudek o odpovědi jedince na aktuální nebo i hrozící zdravotní problémy. Ošetrovatelské diagnózy určují výběr ošetrovatelských intervencí, tj. úkonů a činností, které jsou náplní vlastní péče o pacienta. Nejčastější ošetrovatelské diagnózy u infekčně nemocných zahrnují febrilii/subfebrilii, akutní bolest, průjem a jiné poruchy vyprazdňování stolice a moči, riziko deficitu tekutin, akutní zmatenost a jiné. Průběžně se vyhodnocuje potenciální riziko problémů a komplikací v oblasti sebez péče infekce dekubitů, pádu, bolesti, poruchy spánku, hypoglykémie a tromboembolismu. Specifické nároky na ošetrovatelskou péči představují pacienti se smyslovým nebo tělesným handicapem a pacienti závislí na některých pomůckách (Rozsypal, a další, 2013 s. 64).

Pracovníci by měli dodržovat zásady bezpečnosti práce, používat materiály na jedno použití a nosit osobní ochranné pomůcky při práci. Prevence infekčních nemocí spočívá zejména v trvalém a systematickém dodržování všeobecně hygienických opatření hlavně na úseku komunální hygieny a hygieny výživy. Nicméně existuje řada specifických preventivních a profylaktických způsobů. Mezi profylaktické způsoby patří aktivní

imunizace, například v profylaxi tetanu po poranění, dále očkování. Očkování je jedním z nejdůležitějších preventivních prostředků k ovlivnění výskytu určitých infekčních chorob. Aktivní imunizace je navození specifické imunity proti určitému mikroorganismu nebo jeho toxinu a aplikací živého oslabeného nebo usmrčeného původce, jeho části, extrakci nebo exoproduktu, obvykle inaktivovaného toxinu. Provádí se preventivně v době, kdy se lidský organismus s tímto agens ještě neseťkal, výjimečně po kontaktu s kauzálním agens. (Rozsypal, 2015 s. 109, 111).

8.1 Ošetrovatelská péče u respiračních infekcí

Většina pacientů s onemocněním horních dýchacích cest je hospitalizovaná na standardním oddělení. Stav, kde hrozí ztráta průchodnosti dýchacích cest, se umísťují na jednotku intenzivní péče. U pacienta dominuje zhoršená průchodnost dýchacích cest, neklid, úzkost, horečka, riziko šíření infekce například do mezihrudí, nebo hematogenně do plic. Cílem ošetrovatelské péče je přispět ke zlepšení průchodnosti dýchacích cest, zklidnit a potlačit průvodní potíže. Onemocnění většinou vyžadují relativní klid (Rozsypal, a další, 2013 s. 144, 145).

U pacientů se záněty dolních cest dýchacích, plic a pohrudnice záleží na vážnosti průběhu. Pacientovi s lehčím průběhem pneumonie je doporučen klid na lůžku doma nebo na standardním oddělení. Pacienti s těžkou pneumonií se umísťují na jednotku intenzivní péče. Naléhavost izolace pacienta záleží na mnoho faktorech, pro řadu pneumonií je optimální umístění pacienta na samostatný pokoj. Onemocnění vyvolaná konkrétními patogeny mají nařízenou izolaci, která se uskutečňuje na infekčních odděleních (Rozsypal, a další, 2013 s. 151).

8.2 Ošetrovatelská péče u infekcí zažívacího traktu

Pacienti s hrozcí nebo lehkou dehydratací se umísťují na lůžko standardního oddělení. Pacienti se střední a těžkou dehydratací mají být umístěni na monitorované lůžko. Přísným izolačním opatřením a bariérovému ošetřování se podrobují pacienti se shigelózou a klostridiovou kolitidou a děti s rotavirovou gastroenteritidou. Ošetrovatelské diagnózy zahrnují deficit tělesných tekutin, postižení sliznic a porušenou výživu. Cílem ošetrovatelské péče je zamezit prohlubování deficitu a doplnit tekutiny, odstranit nepříjemné projevy onemocnění, vytvořit vhodné podmínky pro zachování hygienického komfortu. Dehydratovaný pacient vyžaduje klid na lůžku, zpočátku umožníme vykonání

defekace do mísy a mikci do močové láhve. Odchod na WC je ohrožen mdlobou a poraněním (Rozsypal, a další, 2013 s. 180,181).

8.3 Ošetrovatelská péče u infekcí jater, žlučových cest a jiných nitrobřišních infekcí

Pacient se většinou umísťuje na standardní lůžko, těžký až fulminantní průběh vyžadují intenzivní až resuscitační péči. Ošetrovatelské diagnózy zahrnují únavu, porušenou výživu, u těžkého průběhu riziko zmatenosti, edémů a krvácení. Cílem ošetrovatelské péče je zajistit klidový režim, dostatečný příjem tekutin a dietního jídla, odstranit průvodní obtíže. Od pacienta je vyžadován relativní klid. Jaterní dieta obnáší omezení tuků, vyloučení přepálených tuků a alkoholu. Pohyblivý pacient musí mít na oddělení určen záchod, který se na dveřích viditelně označí (Rozsypal, a další, 2013 s. 195).

8.4 Ošetrovatelská péče u infekcí močového ústrojí

Infekce močových cest se týkají bolest, porucha močení, febrilie a riziko infekce. Cíl ošetrovatelské péče spočívá v navození vhodných podmínek pro léčbu, relativního klidu, dostatečné hydratace a potlačení obtěžujících průvodních příznaků. Většinou relativní klid s možností zaujmout libovolnou polohu. Musí se uhradit dostatečný příjem tekutin, respektuje se zákaz kyselých nápojů při užívání kotrimoxazolu. Permanentní močový katétr, epicystostomie, nefrostomie a náhrady močového měchýře vyžadují speciální ošetrovatelskou péči. Další neodkladná opatření vesměs nebývají nutná. Podávají se antibiotika a spasmolytika při bolestech. Vitální funkce se sledují u urosepsy. Při sledování bilance tekutin se věnuje pozornost i vzhledu, popř. zápachu moči, které mohou upozornit na selhání terapie. U zavedené nefrostomie je zaznamenávána diuréza z postižené ledviny samostatně (Rozsypal, a další, 2013 s. 213).

8.5 Ošetrovatelská péče u infekcí kůže

Ošetrovatelské intervence v péči o pacienta s onemocněním kůže obnáší kůži často kontrolovat, sledovat vývoj vyrážky důsledně pečovat o hygienu kůže. Používat jemná mýdla, po koupeli kůži důkladně osušit a pak zvláčnit krémy nebo mastmi dbát o přiměřené oblečení, nevystavovat horku a bránit před opocením. U erysipel se dbá na elevaci postižené končetiny. U svrabu je nutné mít pacienta v izolaci a dodržovat hygienická opatření, nosit osobní ochranné pomůcky, aby se zabránilo přenosu na

zdravotníka, nebo jiného pacienta infikovanými pomůckami nebo rukami zdravotníka (Rozsypal, a další, 2013 s. 220).

8.6 Ošetrovatelská péče u rezistentních patogenů

Pacienti musí být izolováni na samostatném pokoji vybaveným hygienickým příslušenstvím. V případě více výskytů různých rezistentních patogenů, je možné izolaci provádět současně u pacientů se stejnými patogeny. Vyčlenění pokoj je nutno označit nápisem „Izolační pokoj“. Pacientům a příbuzným vysvětlit důvod zavedených opatření a omezení návštěv. Pacient musí být poučen o zásadách osobní hygieny a o nutnosti dezinfikovat ruce. Pacienty pozitivní na přítomnost rezistentních patogenů je nutno monitorovat. Stěry na mikrobiologické vyšetření se odebírají z nejčastějších míst výskytu. U MRSA se odebírají vzorky například z nosu, krku, z rány, pokud má pacient močový katétr, tak se odebírá i moč (Maďar, a další, 2006 s. 142, 143).

PRAKTICKÁ ČÁST

9 EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE

9.1 Hlavní cíl

Zmapovat zavedení opatření prevence přenosu infekčních onemocnění u poskytovatelů sociální péče.

9.2 Dílčí cíle

1. Zmapovat dostupnost pomůcek OOPP jako základ prevence infekčních onemocnění.
 - a. Je používání OOPP závislé na délce praxe NLZP?
Otázky: 5, 7, 8
2. Zmapovat zavedení zásad desinfekce rukou u poskytovatele sociálních služeb (standard, vzdělávání,...).
 - a. Je proškolení NLZP v oblasti správné hygieny rukou závislé na pracovní pozici?
Otázky: 4, 12, 14
3. Zjistit, jaký je zájem očkování proti chřipce u NLZP pracujících u poskytovatele sociální péče.
 - a. Je proočkovanost NLZP závislá na vzdělání zaměstnaného u poskytovatele sociální péče?
Otázky: 3, 20
4. Zjistit, zda u poskytovatele probíhají školení v oblasti prevence infekcí souvisejících s poskytovanou péčí.
 - a. Je proškolení v oblasti zásad prevence závislé na zastávané pracovní pozici?
Otázky: 4, 13, 14
 - b. Je proškolení v oblasti desinfekce rukou v zařízení realizováno?
Otázky: 12, 13, 14

9.3 Formulace problému

Infekční onemocnění jsou běžná onemocnění, která jsou způsobena mikroorganismy. Většina z těchto nemocí je přenosná z člověka na člověka, některé jsou přenosné na člověka ze zvířat. Zdrojem těchto onemocnění mohou být lidé, zvířata, ale i přírodní rezervoáry, do kterých se mikroorganismy dostávají po vyloučení z těla hostitele a jsou zde schopny, v některých případech i velice dlouhou dobu, přežít. Do této skupiny onemocnění patří jak banální onemocnění, tak i velmi vážná, v některých případech nevléčitelná onemocnění a nemoci s velmi rychlým průběhem, které mohou hostitele usmrtit.

Myslím si, že většina přenosů těchto onemocnění v sociálních zařízeních se děje rukami nelékaře, který nedodrží opatření proti šíření infekce. Jaká jsou opatření prevence přenosu infekčních onemocnění u poskytovatelů sociální péče v sociálních zařízeních?

9.4 Charakteristika sledovaného souboru

Cílovou skupinou mého výzkumu jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci poskytovatele sociální péče. Tuto skupinu respondentů jsem si vybrala, protože mě zajímá, jak se staví k infekčnímu onemocnění a k bariérovému systému ošetřování v zařízení, ve kterém pracují. Při výběru respondentů záleželo pouze na jejich pracovním zařazení, a zařazení zařízení pod sociální služby.

9.5 Metodika práce

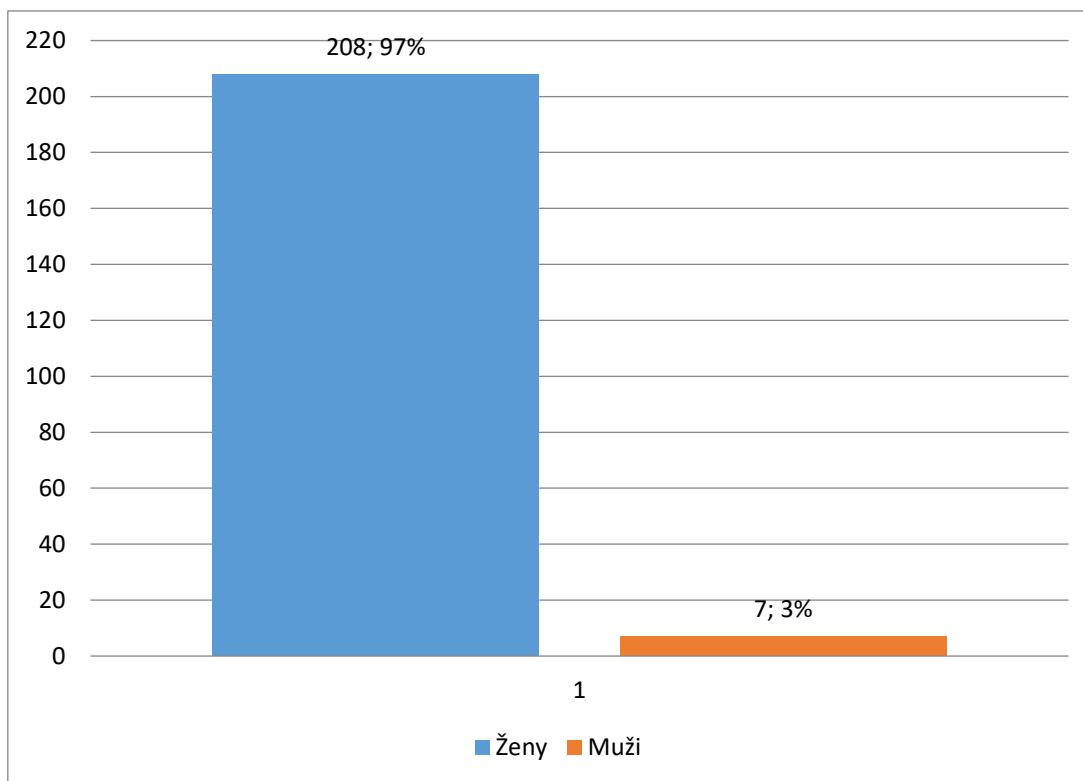
K mému výzkumu jsem použila kvantitativní sběr dat, a to anonymní polostrukturovaný dotazník. Součástí tohoto dotazníku je 22 otázek. Ve dvou otázkách je možno zaškrtnout více odpovědí než jednu, jedna otázka je doplňovací. První část dotazníku obsahuje rozřazující otázky, kde se ptám na věk, pohlaví, vzdělání a pracovní pozici. Navazujícími otázkami se ptám na to, jak využívají osobní ochranné pracovní pomůcky, zda jich mají dostatečné množství a na jejich zkušenosti s infekčními onemocněními.

Výzkum probíhal od října 2018 do prosince 2018. Dotazníky jsem roznesla osobně do předem vybraných zařízení, se kterými jsem již měla předchozí zkušenosti. Ať už jsem zde dříve pracovala jako brigádník, nebo absolvovala odbornou praxi. Do každého zařízení, které jsem vybrala, jsem poslala vedoucím pracovníkům informovaný souhlas o výzkumu, který zde bude s jejich dovořením probíhat. Stanovila jsem si, že minimální

soubor vyplněných dotazníků bude 80. Celkem mi dotazník vyplnilo 230 respondentů. Z těchto respondentů jich požadavky splnilo 215. Návratnost dotazníku byla 100 %, vyplnili mi je vždy všichni oslovení nelékaři.

10 ANALÝZA ÚDAJŮ

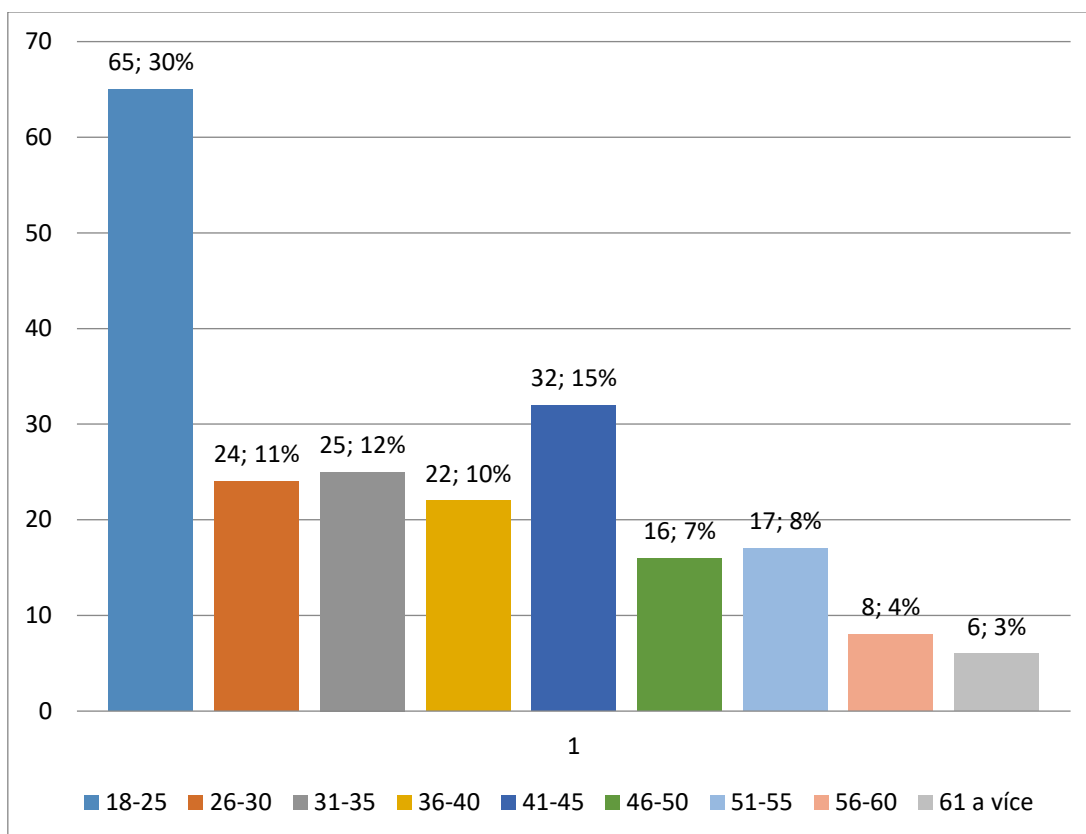
Otázka č. 1 – Jaké je Vaše pohlaví?



Graf 1 Pohlaví

V otázce č. 1 mohli dotazovaní zaškrtnout pouze jednu odpověď. Z grafu č. 1 je patrné, že ženy jsou zastoupeny v počtu 208 (97 %), a muži v počtu 7 (3 %).

Otázka č. 2 – Jaký je Váš věk?

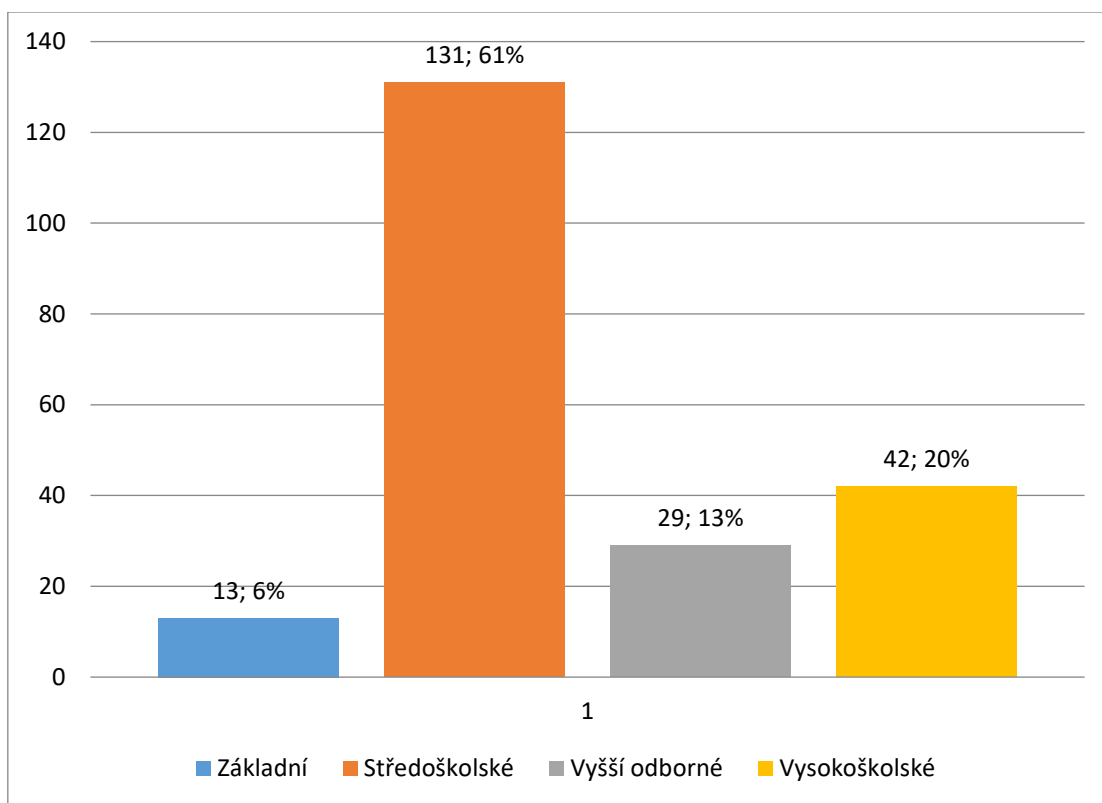


Graf 2 Věk

V otázce č. 2 bylo možné zvolit pouze jednu odpověď.

Z 215 dotazovaných bylo 65 (30 %) respondentů ve věku 18 – 25 let, dalších 24 (11 %) bylo ve věku 26 – 30 let. 25 (12 %) respondentů uvedlo, že jim bylo mezi 31 – 35 lety, dalších 22 (10 %) bylo ve věku 36 – 40 let. Respondentů ve věku 41 – 45 let bylo 32 (15 %), ve věku 46 – 50 let bylo 16 (7 %), dále ve věku 51 – 55 bylo 17 (8 %) dotazovaných. 8 (4 %) respondentů bylo ve věku 56 – 60 let, zbylých 6 (3 %) bylo ve věku 61 let a více.

Otázka č. 3 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

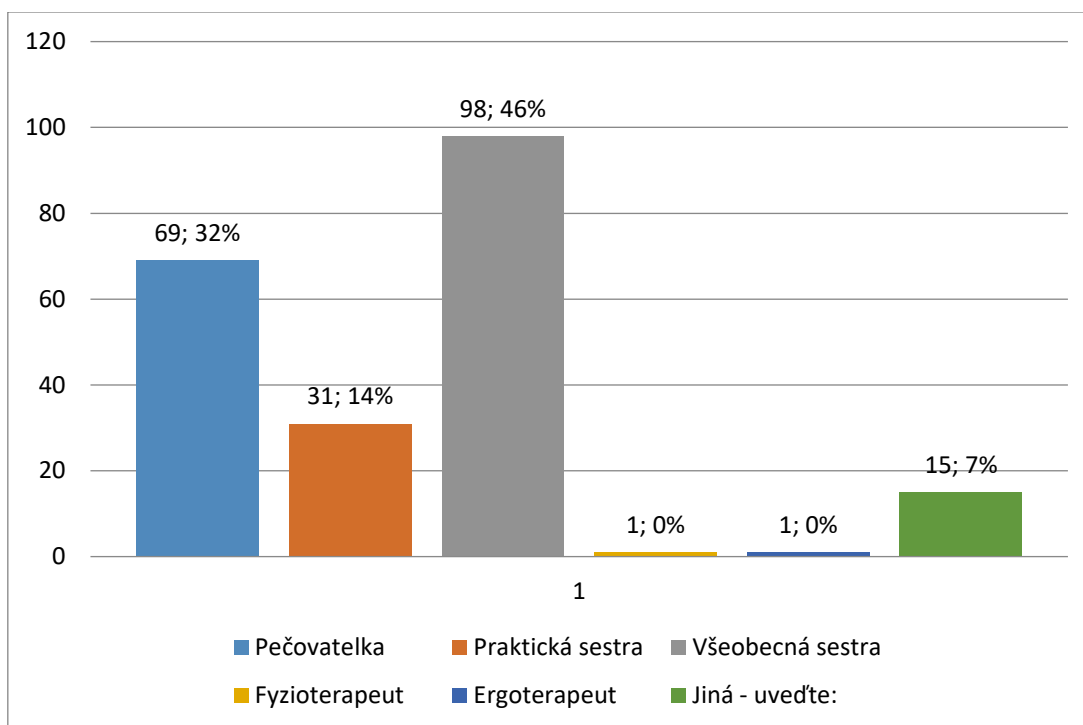


Graf 3 Vzdělání

V otázce č. 3 bylo možné odpovědět pouze na jednu odpověď.

13 (6 %) respondentů uvedlo, že má pouze základní vzdělání, 131 (61 %) dotazovaných uvedlo středoškolské vzdělání. Z 215 dotazovaných má vyšší odborné vzdělání 29 (13 %) respondentů, vysokoškolské 42 (20 %).

Otázka č. 4 – Jaká je Vaše pracovní pozice?

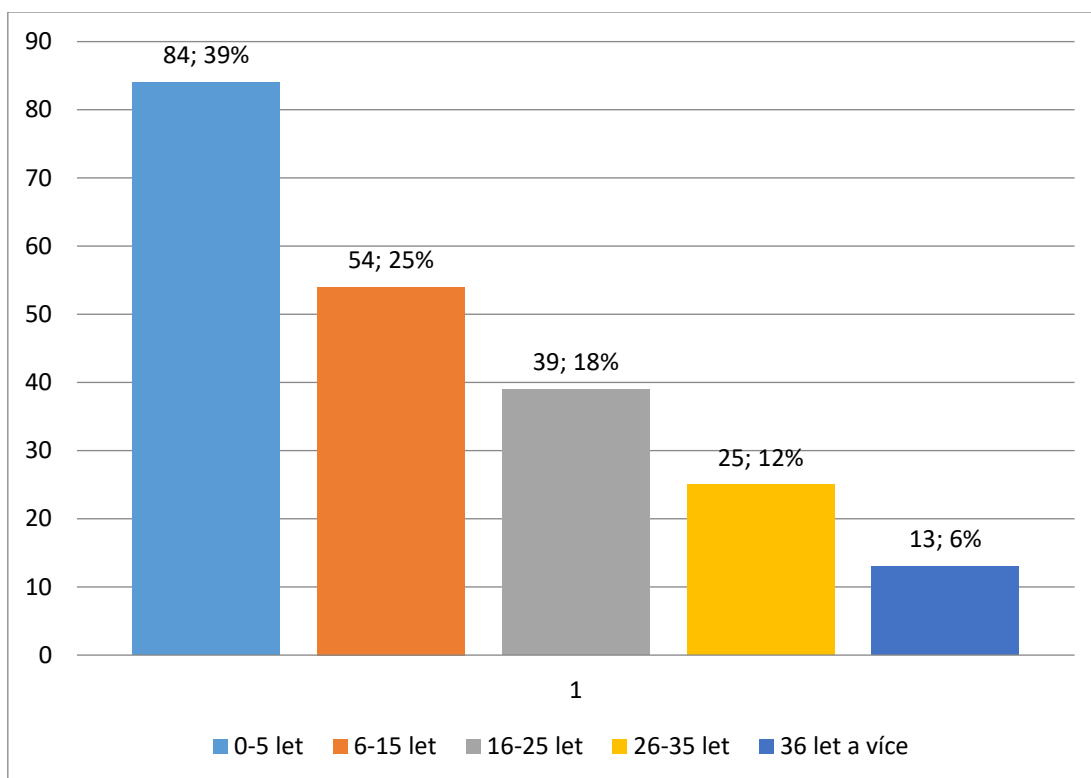


Graf 4 Pracovní pozice

Na otázku č. 4 bylo možné odpovědět pouze jednou odpovědí.

Pečovatelky jsou v zastoupení v počtu 69 (32 %). Praktických sester je 31 (14 %), všeobecných 98 (46 %). Fyzioterapeuti a ergoterapeuti zastoupeni každý po jednom (0 %). Jinou pracovní pozici uvedlo 15 (7 %) lidí, uváděné pozice byly ošetřovatelka, sociální pracovník, staniční a vrchní sestra.

Otázka č. 5 – Jak dlouho jste v praxi?

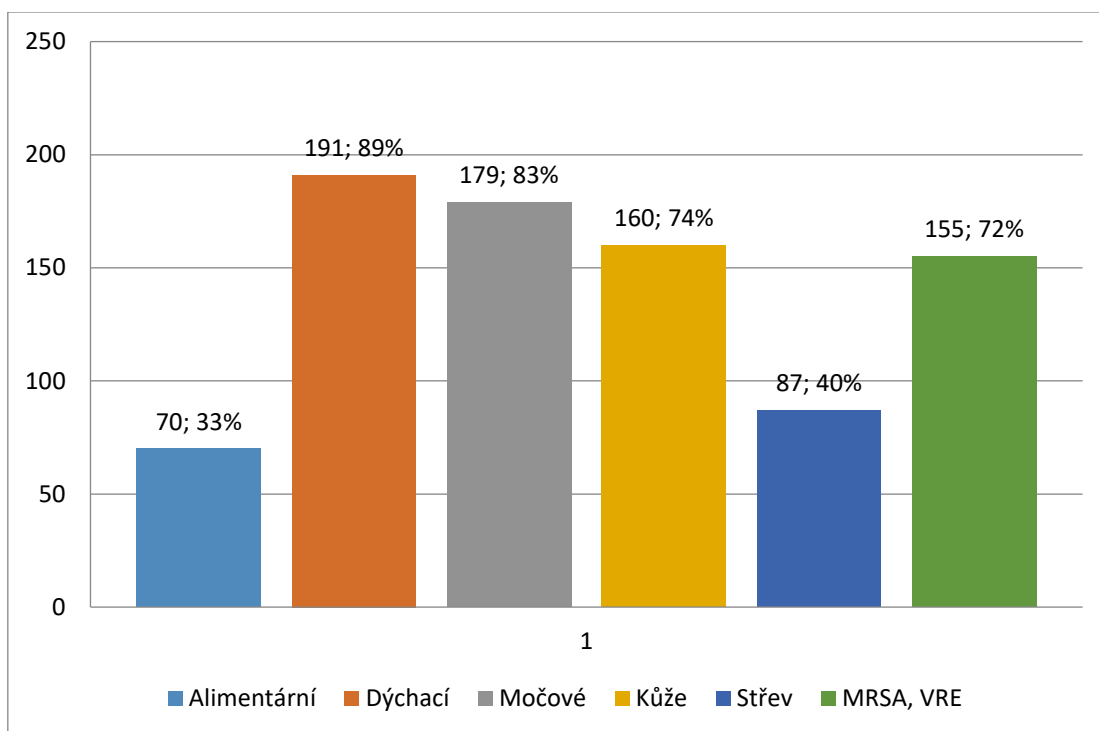


Graf 5 Délka praxe

Na otázku č. 5 bylo možné zaškrtnout pouze jednu odpověď.

Z 215 dotazovaných odpovědělo, na otázku č. 5 odpovědí 0 – 5 let, 84 (39 %) respondentů. 54 (25 %) z toho má praxi v oboru 6 – 15 let, dále praxi v oboru 16 – 25 let má 39 (18 %) z dotazovaných. 25 (12 %) z 215 dotazovaných udává délku své praxe 26 – 35 let. Zbýlých 13 (6 %) má praxi 36 let a více.

Otázka č. 6 – S jakými infekčními onemocněními jste se v zařízení setkal/a?

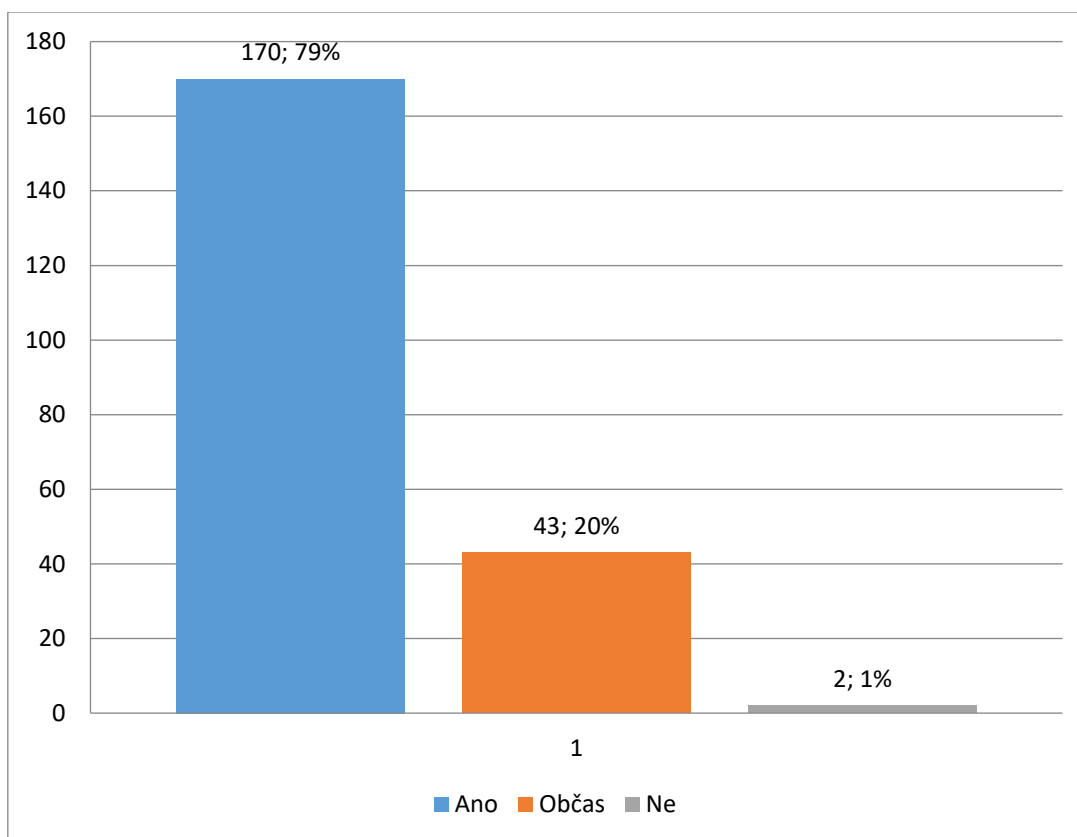


Graf 6 Infekční onemocnění, se kterými se NLZP setkali v zařízení

V odpovědích na otázku č. 6 bylo možné vybrat více možností.

Z 215 respondentů odpovědělo 70 (33 %), že se v zařízení setkali s alimentární infekcí. 191 (89 %) z nich se dostalo do styku s infekcí dýchací. 179 (83 %) dotazovaných se setkala s infekcemi močového ústrojí. Se záněty kůže se setkalo 160 (74 %) tázaných, 87 (40 %) se jich setkalo s infekcemi střev. 155 (72 %) tázaných se dostalo do styku s patogeny MRSA a VRE.

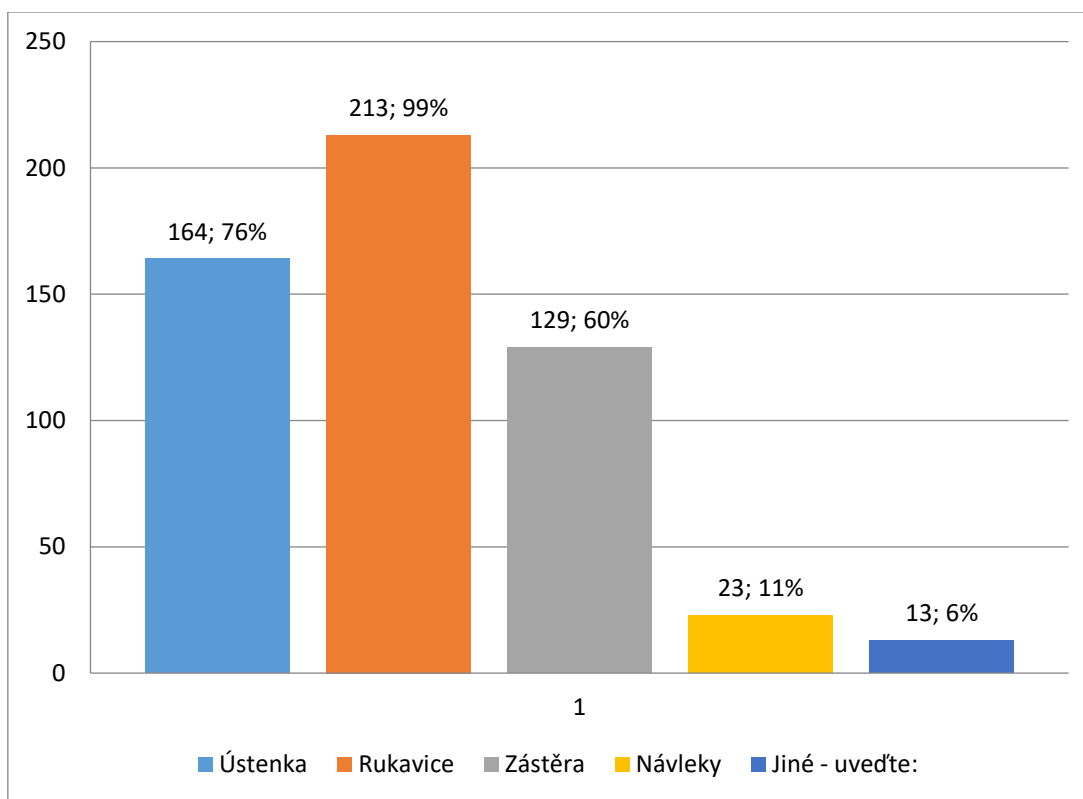
Otázka č. 7 – Používáte osobní ochranné pomůcky dle hygienického plánu?



Graf 7 Použití OOPP dle hygienického plánu

Ochranné pomůcky dle hygienického plánu používá 170 (79 %) tázaných, dále 43 (20 %) respondentů je využívá občas a 2 (1 %) respondenti je nepoužívají správně.

Otázka č. 8 – Jaké osobní ochranné pomůcky používáte?

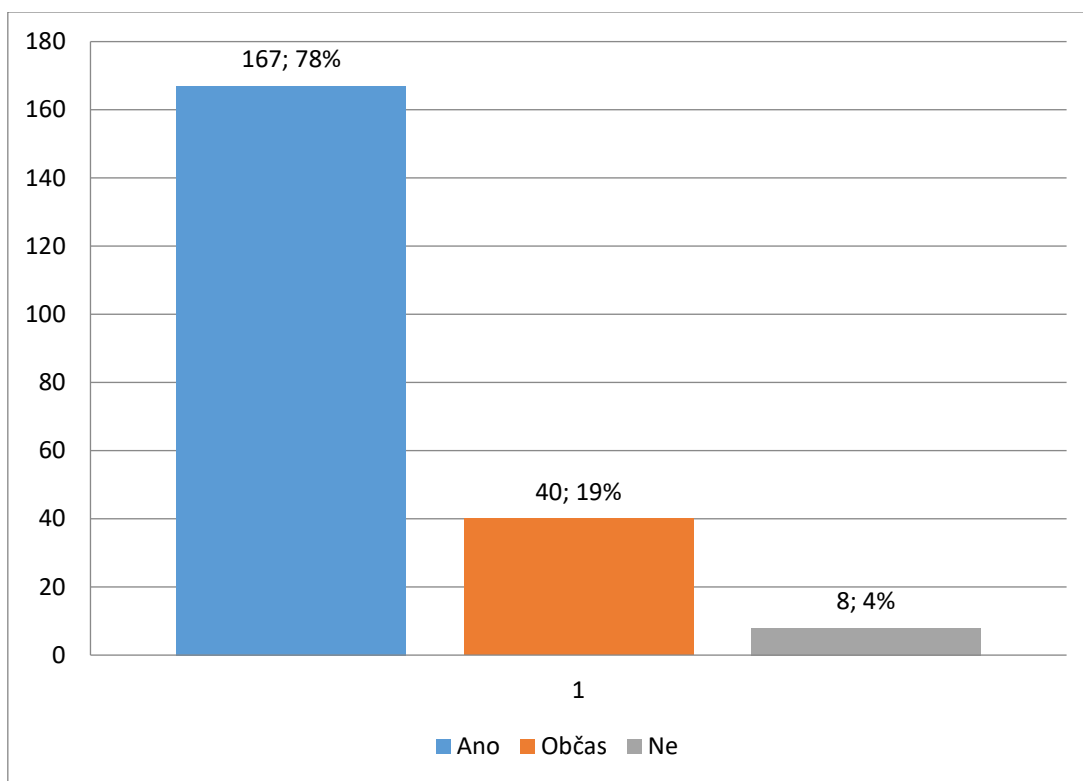


Graf 8 Používané OOPP

V otázce č. 8 bylo možné zaškrtnout více odpovědí.

Ústenku používá 164 (76 %) a rukavice 213 (99 %) dotázaných. 129 (60 %) respondentů si bere zástěru, dalších 23 (11 %) tázaných používá i návleky. Kolonku Jiné – uveďte, zaškrtnulo 13 (6 %) respondentů. Do této kolonky respondenti uvedli empír, čepici, brýle a štíty.

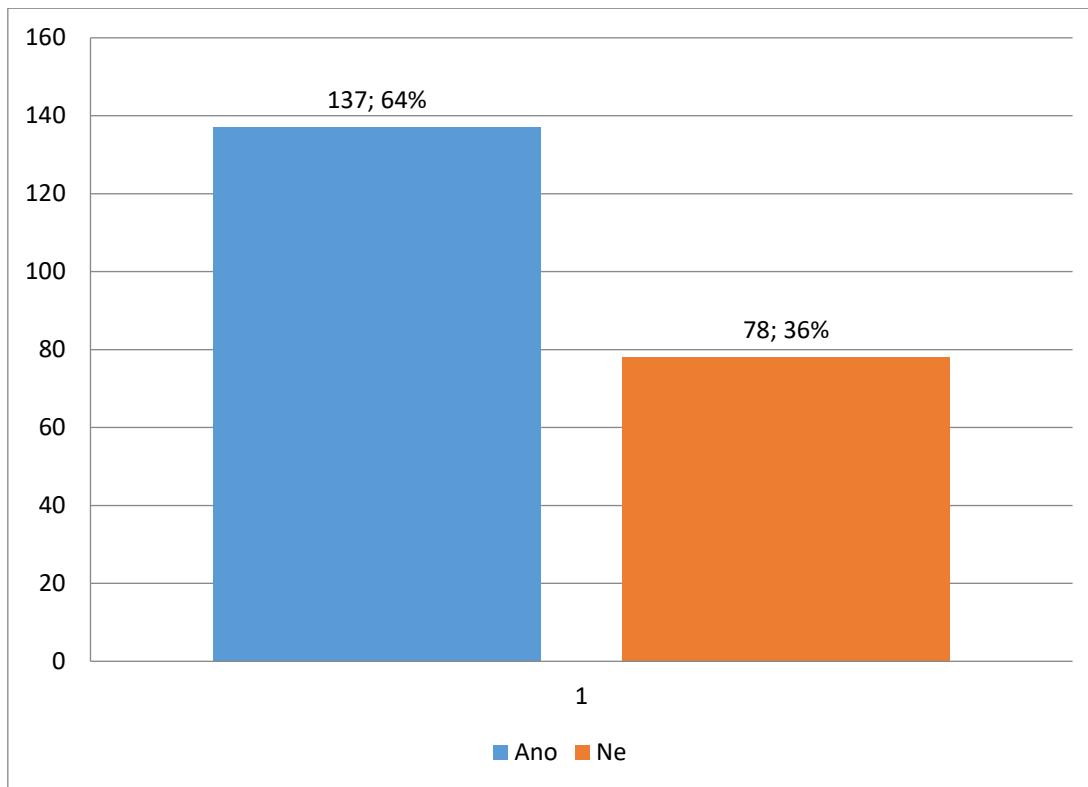
Otázka č. 9 – Máte k dispozici osobní ochranné pomůcky v dostatečném množství?



Graf 9 Množství OOPP

Na otázku č. 9 zdali mají dostatečné množství, odpověděli respondenti kladně v počtu 167 (78 %), záporně jich odpovědělo pouze 8 (4 %). Občasné dostatečné množství má na pracovišti 40 (19 %) dotázaných.

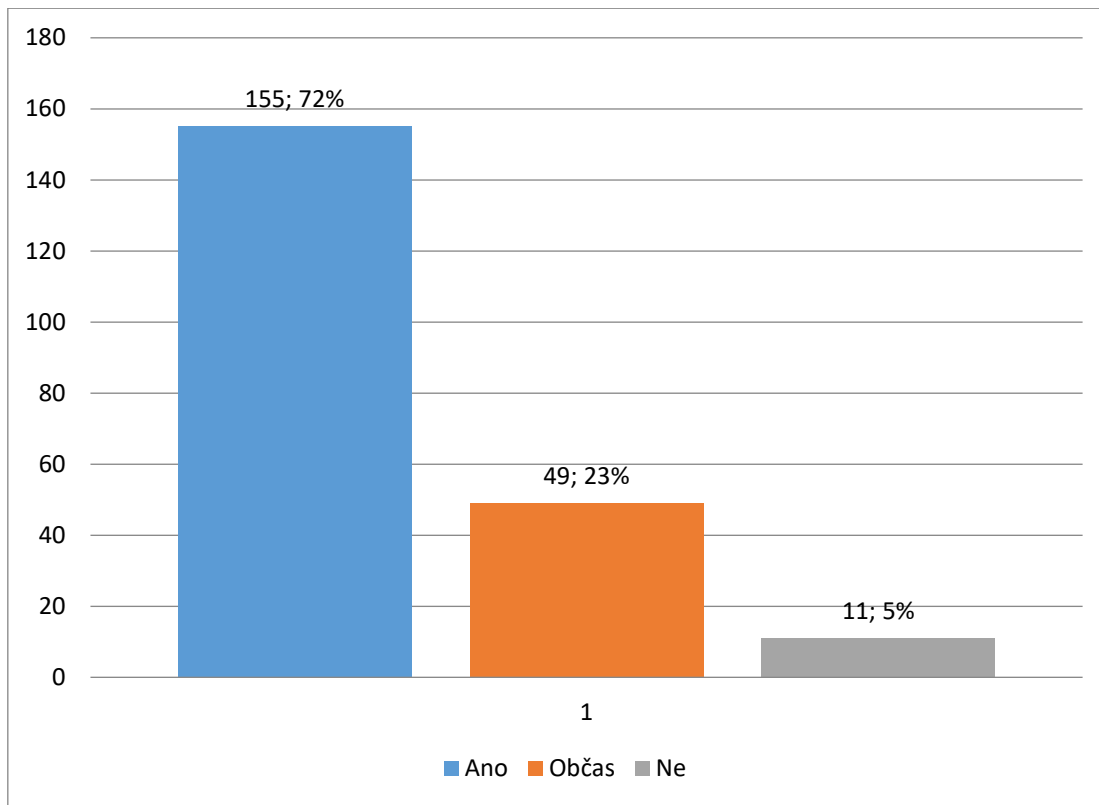
Otázka č. 10 – **Je v zařízení využíváný bariérový systém ošetřování, pokud klient onemocní infekční chorobou?**



Graf 10 Bariérový systém

Bariérový systém se v zařízení využívá u 137 (64 %) respondentů, 78 (36 %) jich bariérový systém jako prevenci nevyužívá.

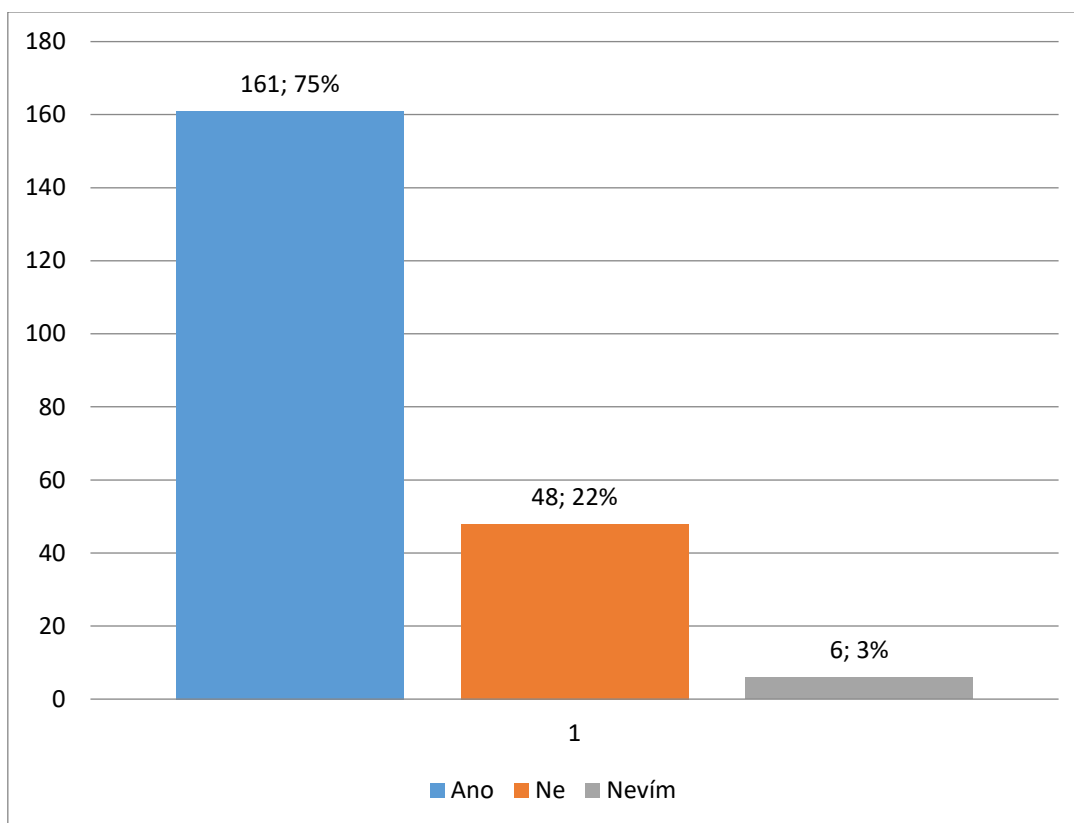
Otázka č. 11 – Myjete si nebo dezinfikujete ruce dle vyhlášky 306/2012 sb., po každé při odchodu a manipulaci s klientem?



Graf 11 Mytí rukou

Nejvyšší zastoupení na otázku mytí rukou má kladná odpověď v zastoupení 155 (72 %) respondenty. 49 (23 %) respondentů uvedlo, že si ruce myjí občas a 11 (5 %) dalších uvedlo, že si ruce dle vyhlášky nemyjí.

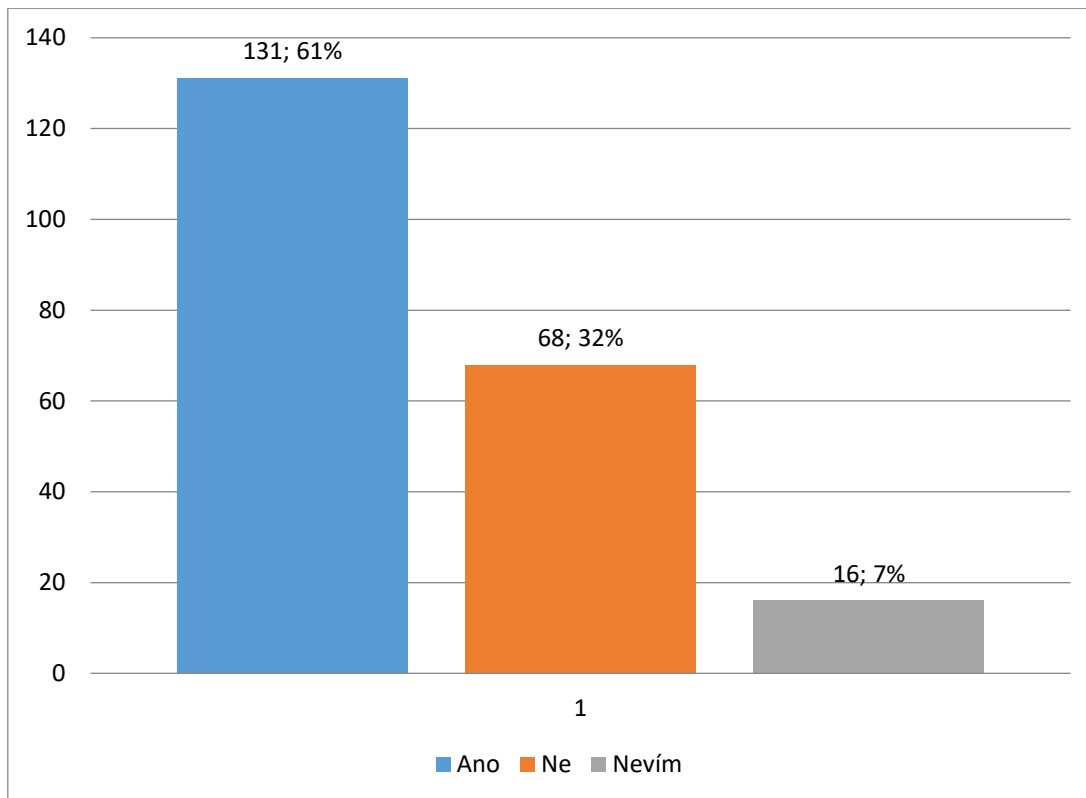
Otázka č. 12 – **Poskytl Vám zaměstnavatel školení ohledně hygieny rukou?**



Graf 12 Školení hygieny rukou

Školení ohledně hygieny rukou poskytl zaměstnavatel pro 161 (75 %) tázaných, 48 (22 %) školení od svého zaměstnavatele nepodstoupilo a 6 (3 %) odpovědělo na tuto otázku odpovědí nevím.

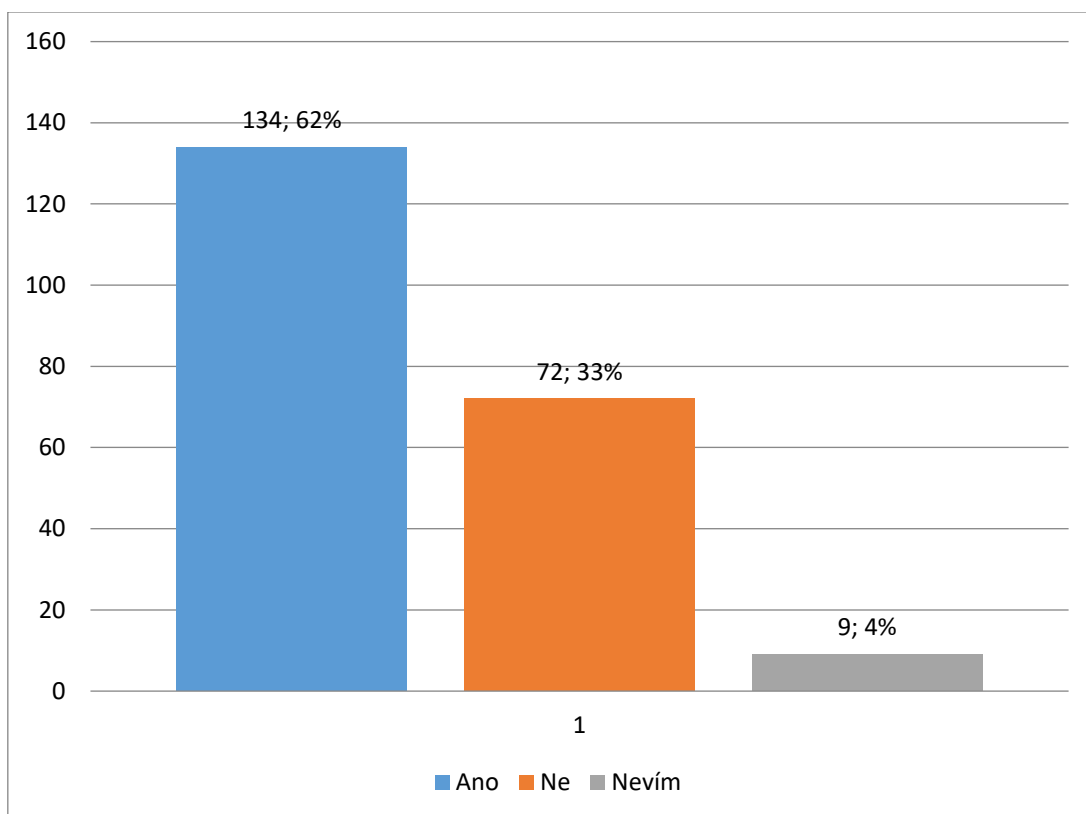
Otázka č. 13 – **Poskytl Vám zaměstnavatel školení ohledně prevence infekcí související s péčí v zařízení?**



Graf 13 Školení prevence infekcí

131 (61 %) tázaných odpovědělo kladně na otázku, zda jim zaměstnavatel poskytl školení ohledně prevence šíření infekcí, 68 (32 %) respondentů nemělo školení na toto téma a zbylých 16 (7 %) odpovědělo nevím.

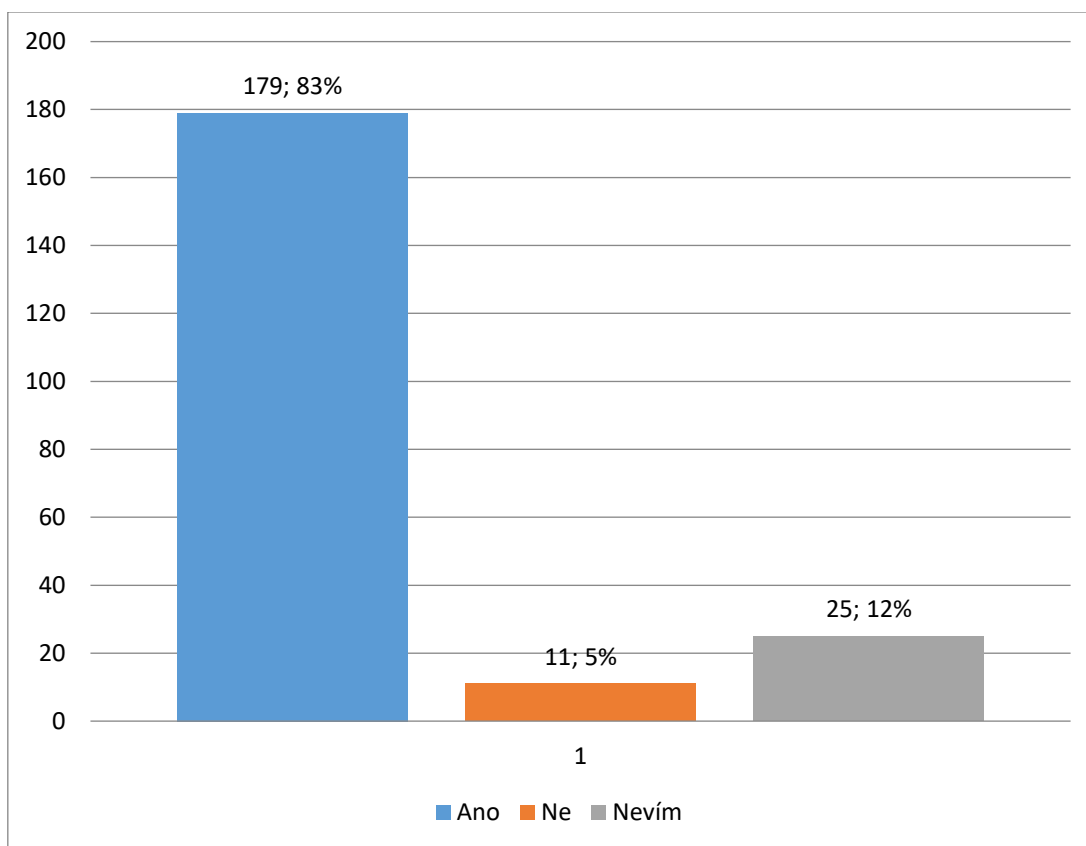
Otázka č. 14 – Jste proškolen/a pravidelně?



Graf 14 Pravidelnost školení

Pravidelně proškolená je 134 (62 %) respondentů, 72 (33 %) odpovědělo negativně a 9 (4 %) respondentů neví.

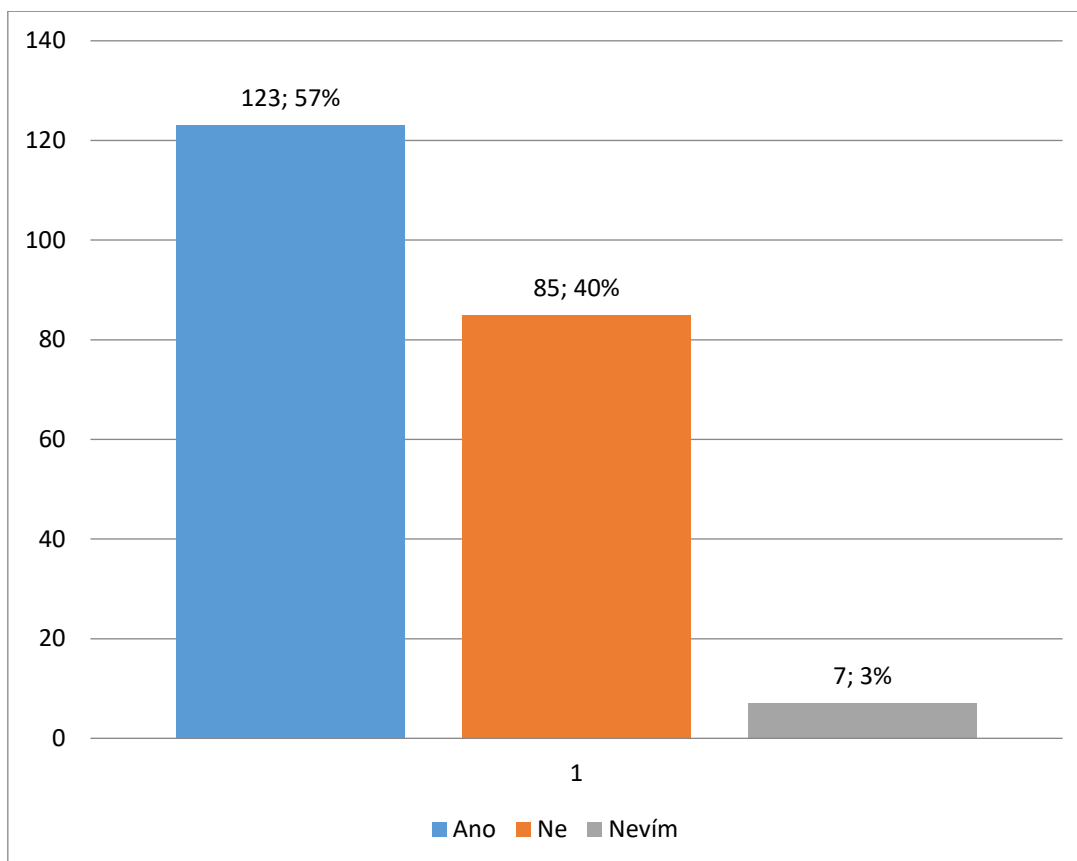
Otázka č. 15 – Je v zařízení vypracovaný standard hygieny rukou?



Graf 15 Standard hygieny rukou

Vypracovaným standardem si je jisto 179 (83 %) respondentů, 11 (5 %) z nich udává, že standard vypracovaný nemají. Odpověď nevím, zaškrtnulo 25 (12 %) respondentů

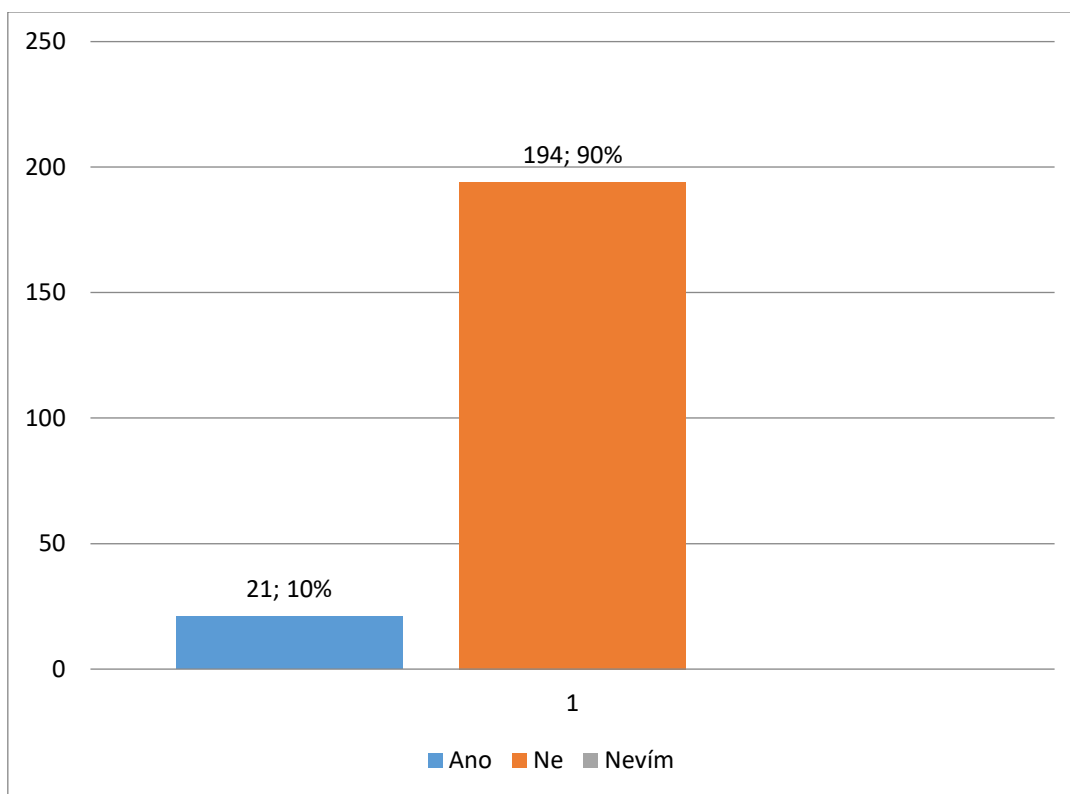
Otázka č. 16 – Vyskytuje se u Vás v zařízení klient s pozitivitou na infekční onemocnění MRSA?



Graf 16 Klient pozitivní na MRSA

123 (57 %) respondentů má v zařízení, ve kterém pracuje, klienta pozitivního na patogen MRSA. 85 (40 %) jich pozitivního klienta nemá, dalších 7 (3 %) neví.

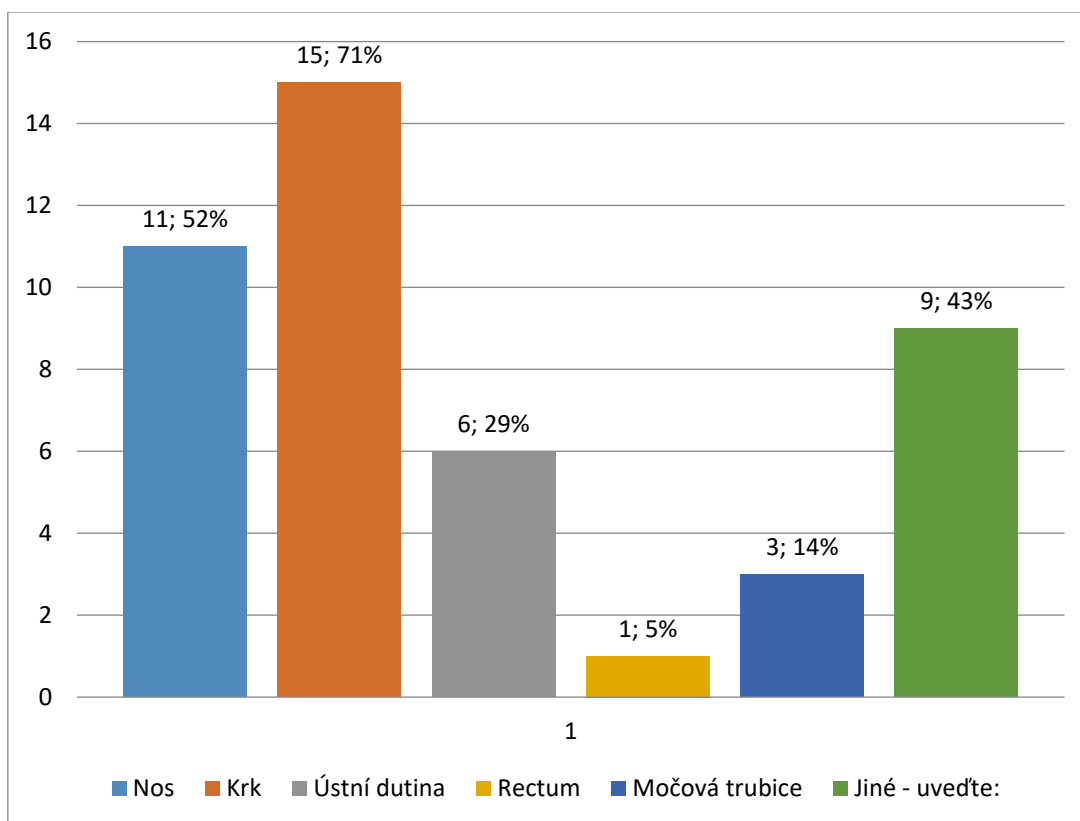
Otázka č. 17 – Měl/a jste někdy pozitivní výsledek stěru na MRSA?



Graf 17 NLZP pozitivní stěr na MRSA

Z 215 tázaných jich odpovědělo kladně pouze 21 (10 %), 194 (90 %) nikdy nemělo pozitivní stěr na MRSA.

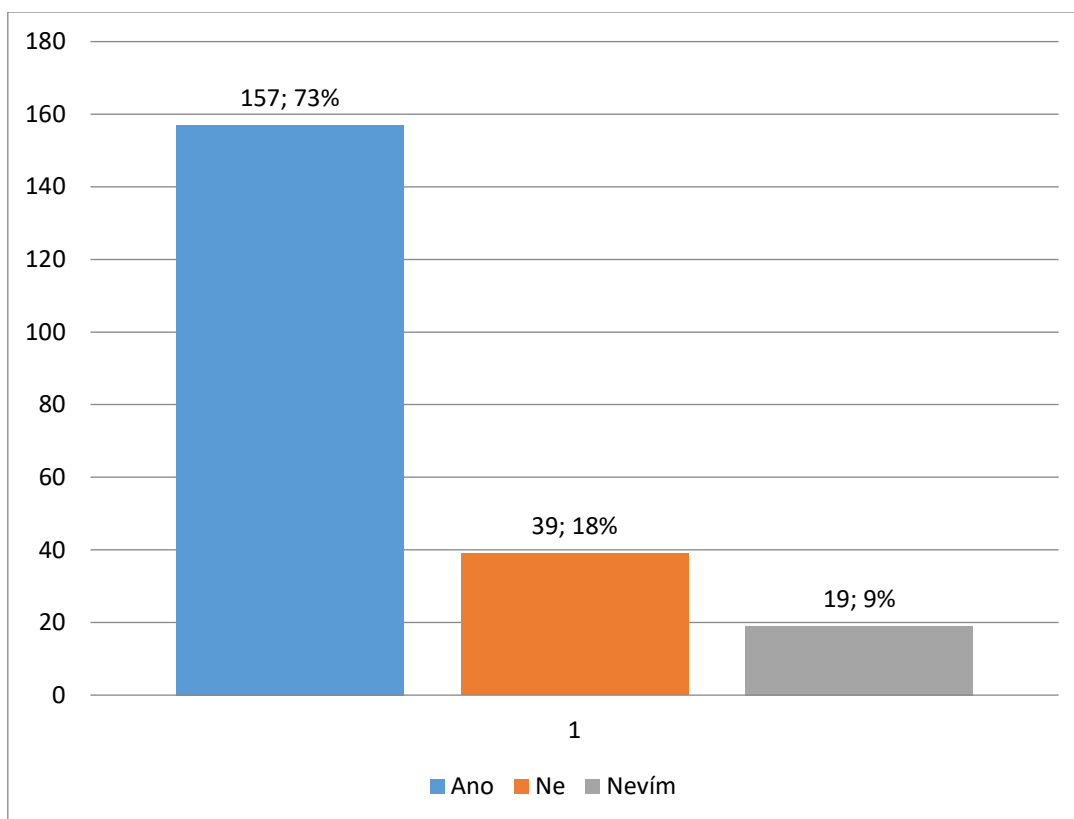
Otázka č. 18 – Oblast pozitivity nálezu:



Graf 18 Oblast pozitivity nálezu

Z 21 respondentů s pozitivitou na MRSA ji mělo v nose 11 (52 %), v krku 15 (71 %), v dutině ústní 6 (29 %), v rectu 1 (5%), v močové trubici 3 (14 %) a 9 (43 %) z nich uvedlo i jiné oblasti mezi, které se zařadily ucho, ruce, defekty a kůže.

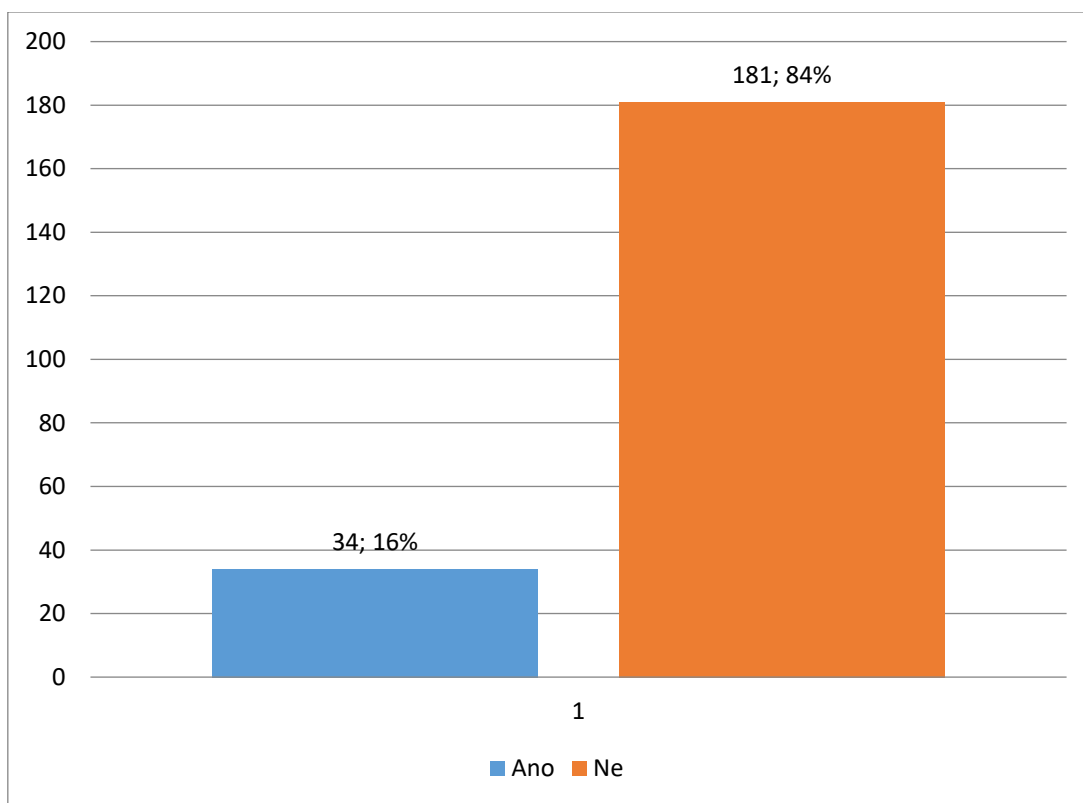
Otázka č. 19 – Očkují se u Vás klienti proti chřipce?



Graf 19 Očkování klienti

157 (73 %) dotazovaných uvedlo, že se v zařízení, kde pracují, klienti očkují, dále 39 (18 %) uvedlo, že se u nich klienti neočkují a 19 (9 %) neví.

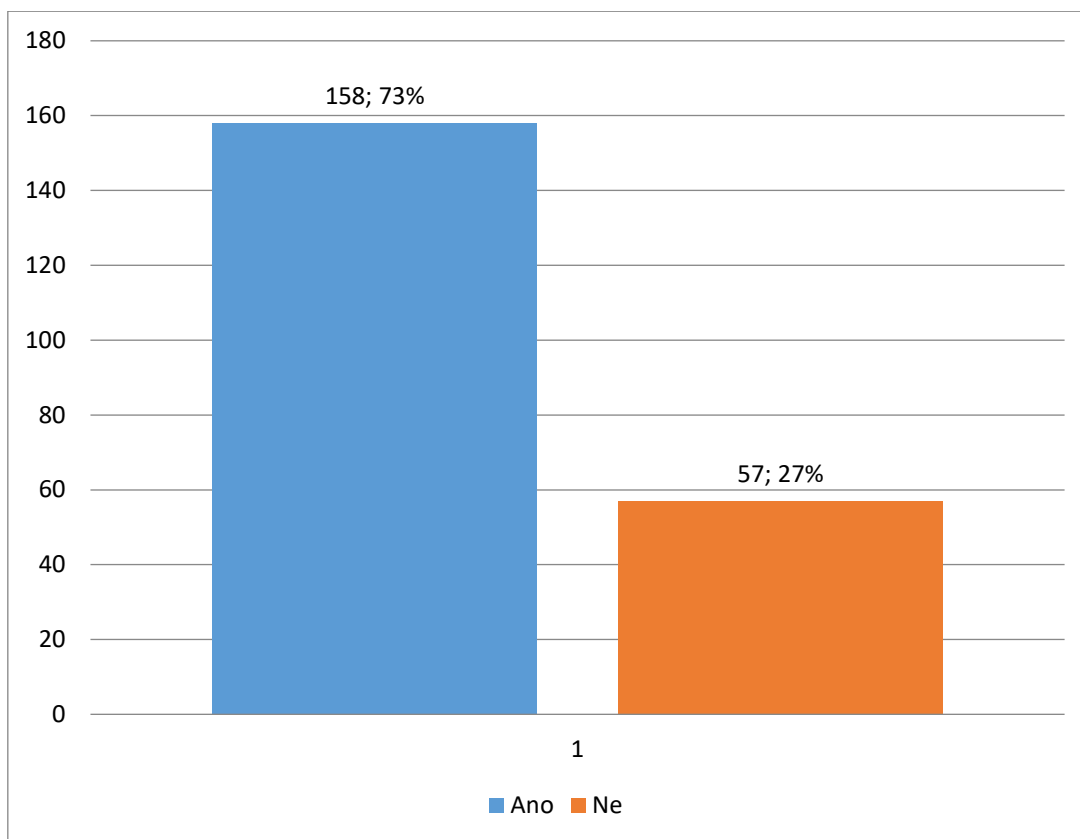
Otázka č. 20 – Očkujete se Vy proti chřipce?



Graf 20 Očkování NLZP

Pouze 34 (16 %) respondentů se proti chřipce nechává očkovat, zbytek z 215 činí 181 (84 %) a ti se neočkují.

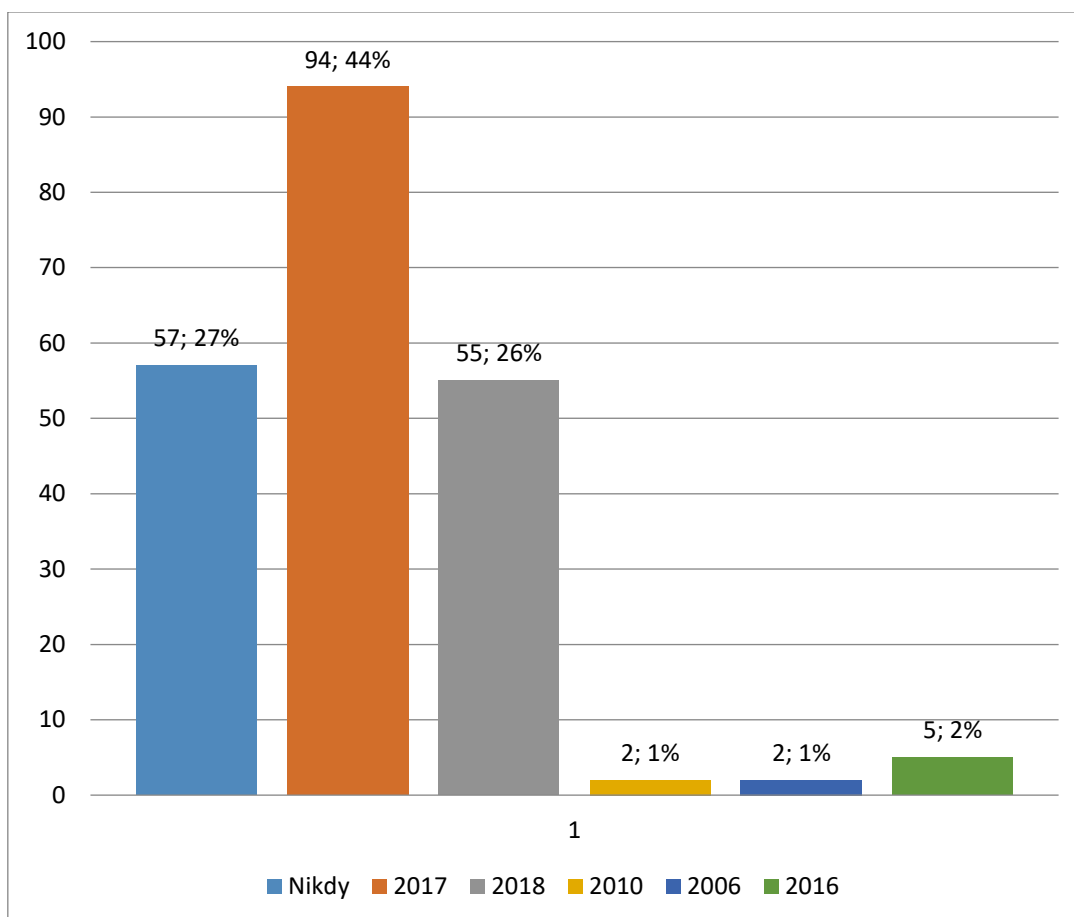
Otázka č. 21 – **Měli jste již někdy zařízení zavřené pro veřejnost z důvodu epidemie infekčního onemocnění?**



Graf 21 Zavřené zařízení

Z 215 respondentů odpovědělo kladně na otázku, zda bylo zařízení zavřené pro veřejnost, 158 (73 %) tázaných. 57 (27 %) odpovědělo, že zařízení, ve kterém pracují, zavřeno nebylo.

Otázka č. 22 – Kdy bylo zařízení, ve kterém pracujete zavřené?



Graf 22 Kdy bylo zařízení zavřené

57 (27 %) tázaných odpovědělo, že jejich zařízení nebylo nikdy zavřeno, 94 (44 %) mělo zařízení pro veřejnost zavřené v roce 2017. Rok 2018 vypsalo 55 (26 %) dotázaných, rok 2010 2 (1 %), rok 2006 také 2 (1 %) a rok 2016 uvedlo 5 (2 %) respondentů.

11 ANALÝZA A VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Tématem bakalářské práce byla problematika infekčních onemocnění v sociálních zařízeních. Prostřednictvím výzkumného šetření jsme se chtěli dozvědět, jak pracovníci v těchto zařízeních k těmto nemocem přistupují a jak se jim brání. Za tímto účelem bylo prováděno dotazníkové šetření ve vybraných sociálních zařízeních. Dotazník se týkal hlavně prevence infekčních onemocnění, a toho jak se pracovníci sociálních zařízení s těmito onemocněním brání. Na jednotlivé otázky ve většině případů byla jedna odpověď. Výzkumu se zúčastnilo 215 respondentů.

Před vypracováním tématu, byla připravena rešerše a vybrána vhodná literatura ke studiu. Na tomto základě byl stanoven cíl bakalářské práce a předpoklady pro výzkumnou část. Hlavním cílem této práce bylo zmapovat zavedení opatření prevence přenosu infekčních onemocnění u poskytovatelů sociální péče v sociálních zařízeních. Dle výsledků šetření usuzujeme, že opatření jsou v sociálních zařízeních dostatečně zavedena, pracovníci se zúčastňují školení prevence infekcí, správné hygieny rukou, mají v zařízení vypracovaný standard hygieny rukou, využití a dostatečné množství osobních ochranných pomůcek je také v pořádku, nadpoloviční většina využívá alespoň zástěru s ústenkou a 213 z 215 dotazovaných používá rukavice. Klienti v těchto zařízeních jsou proočkováni vakcínou proti viru chřipky pravidelně, nelékaři se proti tomuto viru ve většině případů očkovat nenechávají.

Prvním cílem jsme se snažili zmapovat dostupnost pomůcek OOPP jako základ prevence infekčních onemocnění. K tomuto cíli se vztahovali otázky 5, 7, 8 a 9. Těmito otázkami jsme zjišťovali, jak dlouho jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci v praxi, zda používají osobní ochranné pomůcky, konkrétně jaké využívají a jestli mají k dispozici dostatečné množství. Abychom získali odpověď, položili jsme otázku, kterou jsme se ptali zda je používání osobních ochranných pomůcek závislé na délce praxe nelékařského zdravotnického pracovníka.

Z grafu č. 7 je zřejmé, že nejvíce zastoupená skupina 170 (73 %) používá osobní ochranné pomůcky, občas je využívá 43 (20 %) a nepoužívají je 2 (1 %) respondenti. Nejvíce používané OOPP jsou rukavice 213 (99 %), dále ústenky 164 (76 %) a zástěry 129 (60 %). 167 (78 %) respondentů uvedlo, že mají k dispozici OOPP v dostatečném

množství, 40 (19 %) občas s pomůckami nevychází a 8 (4 %) respondentů nemá OOPP v dostatečném množství. Nejvíce zastoupenou skupinou délky praxe je 0 – 5 let, kterou v dotazníkovém šetření zaškrtnulo 84 (89 %) respondentů. Druhou nejpočetnější skupinou je 54 (25 %) respondentů, kteří jako svou délku praxe uvedli 6 – 15 let. Dle výsledků vyšlo najevo, že osobní ochranné pomůcky využívají zejména, a to v téměř 90% respondenti s délkou praxe 0 - 5 let.

Druhým dílčím cílem bylo zmapovat zavedení zásad desinfekce rukou u poskytovatele sociálních služeb. K tomuto cíli se vztahovali otázky 4, 12 a 14. V těchto otázkách jsem se ptala na pracovní pozici, kterou pracovníci sociálních zařízení zastávají, zda jim poskytovatel sociálních služeb poskytl školení hygieny rukou a zda jsou zaměstnanci proškolení pravidelně. S cílem souvisela otázka, jestli je proškolení NLZP v oblasti správné hygieny rukou závislé na pracovní pozici? V grafu č. 5 jsou ukázané zastupované pozice.

Pečovatelky jsou zastoupeny v počtu 69 (32 %), praktické sestry v počtu 31 (14%), všeobecné sestry 98 (46 %). Fyzioterapeuti a ergoterapeuti jsou zastoupeni oba v počtu 1 (0 %), jinou pozici uvedlo 15 (7 %) respondentů. Uváděné pozice byly ošetřovatelka, sociální pracovník, staniční a vrchní sestra. 161 (75 %) respondentů bylo proškoleny v hygieně rukou, 48 (22 %) nebylo a 6 (3 %) z nich neví, zda se školení hygieny rukou zúčastnilo. Pravidelné školení má od poskytovatele sociálních služeb zajištěno 134 (62 %) respondentů, 72 (33 %) dotazovaných není pravidelně školeny a 9 (4 %) z 215 dotazovaných neví, zda u nich v zařízení probíhá pravidelné školení. Dle výsledků dotazníku usuzujeme, že možná proškolení hygieny rukou nesouvisí s vykonávanou pracovní pozicí.

Dílčí cíl č. 3 zjišťoval, jaký je zájem očkování proti chřipce u NLZP pracujících u poskytovatele sociální péče. Tento cíl obsahoval otázky 3 a 20. V těchto otázkách jsme se ptali na nejvyšší dosažené vzdělání a na to, zda se pracovník v sociálních službách očkuje proti patogenu viru chřipky. S tímto cílem souvisí položená výzkumná otázka je proočkovanost NLZP závislá na vzdělání zaměstnaného u poskytovatele sociální péče?

Nejpočetnější skupinou dotazníkového šetření v otázce č. 3 je středoškolské vzdělání, které uvedlo 131 (61 %) respondentů. Základní vzdělání uvedlo 13 (6 %) dotazovaných, vyšší odborné 29 (13 %) a vysokoškolské vzdělání uvedlo 42 (20 %) dotazovaných. Na otázku č. 20 v dotazníku odpovědělo kladně pouze 34 (16 %) a záporně

181 (84 %) dotazovaných. Kladně odpovídali častěji nelékaři s nižší zdravotnickým vzděláním. Vysokoškolští nelékaři zaškrtnuli všichni, že se proti viru chřipky očkovat nenechávají. Odpověď na výzkumnou otázku tedy zní, že proočkovanost na tento patogen je závislá na vzdělání NLZP, vysokoškolsky vzdělaní nelékaři a nelékaři s vyšší odbornou školou se, dle výsledků našeho šetření, očkovat nenechávají.

Dílčí cíl č. 4 měl za úkol zjistit, zda u poskytovatele probíhají školení v oblasti prevence. V cíli č. 4 jsme se ptali na otázky 4, 12, 13, 14, ty obsahovali dotazování na školení hygieny rukou a prevence infekcí, a zda jsou pracovníci proškolení pravidelně. S tímto cílem souviseli dvě výzkumné otázky a to zda je proškolení v oblasti zásad prevence závislé na zastávané pracovní pozici a zda je proškolení v oblasti desinfekce rukou v zařízení realizováno?

Otázkou č. 4 v dotazníku jsme zjišťovali pracovní pozici nelékaře. Pečovatelek je 69 (32 %), praktických sester 31 (14 %), všeobecných sester 98 (46 %), fyzioterapeuti a ergoterapeuti oba po 1 (0 %) a jinou pozici zastává 15 (7 %) respondentů. Otázkou 12 jsme se ptali na školení hygieny rukou, toho se zúčastnilo 161 (75 %) dotazovaných, 48 (22 %) uvedlo, že se školení nikdy nezúčastnili, 6 (3 %) respondentů neví. Otázkou č. 13 jsme zjišťovali účast na školení prevence infekcí. Tohoto školení se zúčastnilo 131 (61 %) tázaných, 68 (32 %) školení prevence infekcí nepodstoupilo a 16 (7 %) respondentů neví. Otázka č. 14 se v dotazníku zaměřovala na pravidelnost těchto školení. Pravidelně proškolená je 134 (62 %) tázaných, 72 (33 %) respondentů není pravidelně školená a 9 (4 %) neví.

Školení prevence infekcí se zúčastnily dle vyhodnocených dotazníků všechny všeobecné i praktické sestry, pečovatelek se tohoto školení zúčastnila přibližně polovina. Školení desinfekce rukou se zúčastnila nadpoloviční většina, usuzujeme tedy, že toho školení je v sociálních zařízeních poskytovatelem sociální péče realizováno.

12 DISKUZE

Tématem bakalářské práce byla problematika infekčních onemocnění, jedná se o epidemiologický problém civilizace, a proto si právem zaslouží pozornost v důsledném provádění preventivních opatření k dosažení poklesu jejich vzniku. Prostřednictvím výzkumného šetření jsme chtěli zmapovat zavedení opatření proti infekčním onemocněním u poskytovatelů sociální péče. Ke zhodnocení výzkumného šetření jsme použili vlastní vytvořené dotazníky. K výše uvedenému cíli jsme stanovili čtyři dílčí cíle, v diskuzi pak porovnáváme a hodnotíme zjištěné informace z výzkumného šetření. Do skupiny respondentů spadali všichni nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující v sociálním zařízení. Stěžejní je dodržování správné hygieny a dezinfekce rukou nelékařského zdravotnického personálu, používání rukavic a jednorázových osobních ochranných pomůcek, čistota prostředí a bariérový systém ošetřování.

Prvním cílem jsme se snažili zmapovat dostupnost pomůcek OOPP jako základ prevence infekčních onemocnění. K tomuto cíli se vztahovala podotázka zda je používání osobních ochranných pomůcek závislé na délce praxe nelékařského zdravotnického pracovníka, na kterou jsme hledali odpověď v dotazníkovém šetření. Tato otázka byla zodpovězena podle naší domněnky, že nelékaři, kteří mají kratší délku praxe, např. 0 – 5 let, budou využívat osobní ochranné pomůcky častěji než nelékaři s praxí delší více jak 16 let, z důvodu zvýšeného strachu z přenosu infektů. V bakalářské práci Martiny Hammerové z roku 2012 byla největší skupina odpovídajících na otázku využití OOPP v dotazníkovém šetření 18 (41 %) všeobecných sester s délkou praxe 21 let a více. Na tomto se bakalářské práce neshodli, obě práce, ale uvádějí vysokou spokojenost ohledně dostupnosti osobních ochranných pracovních pomůcek.

Druhým dílčím cílem bylo zmapování zavedených zásad desinfekce rukou u poskytovatele sociálních služeb. V dotazníkových otázkách jsme se ptali na pracovní pozici, kterou pracovníci sociálních zařízení zastávají, zda jim poskytovatel sociálních služeb poskytl školení hygieny rukou a zda školení probíhá pravidelně. K tomuto cíli byla stanovena otázka, jestli je proškolení NLZP v oblasti správné hygieny rukou závislé na pracovní pozici? Dle výsledků vyplívajících z vyhodnocených dotazníků jsme usoudili, že možná proškolení hygieny rukou nesouvisí s vykonávanou pracovní pozicí. Tento cíl vyšel dle našeho předpokladu, kdy jsme si mysleli, že školení v oblasti správné hygieny rukou se museli zúčastnit všichni nelékaři pracující ve vybraných sociálních zařízeních. Původci,

vyskytující se na kůži, se pomocí přípravků k dezinfekci rukou usmrcují nebo deaktivují, je potřeba dodržovat doporučené časy a používat dostatečné množství, které se má nanášet na suchou kůži (Reichardt, 2017 s. 14). Je tedy důležité, že jsou tato školení v těchto zařízeních poskytována poskytovateli sociální péče.

Dílčí cíl č. 3 zjišťoval, jaký je zájem očkování proti chřipce u NLZP pracujících u poskytovatele sociální péče. V těchto otázkách jsme zjišťovali nejvyšší dosažené vzdělání a to, jestli je pracovník v sociálních službách očkován proti viru chřipky. S tímto cílem souvisí položená výzkumná otázka je proočkovanost NLZP závislá na vzdělání zaměstnaného u poskytovatele sociální péče? Na tuto otázku odpovídali kladně hlavně nelékaři se středoškolským vzděláním, očekávali jsme, že tato otázka bude vyhodnocena naopak. A to tak, že se očkovat nechávají nelékaři s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním. Nejvyšší výskyt chřipky je zpravidla u zjišťován u mladých dospělých, nejvíce úmrtí pak bývá mezi seniory. Nejúčinnější opatřením pro prevenci chřipky je každoroční očkování, které pomáhá snižovat počty nemocných a zemřelých v důsledku onemocnění chřipkou a snižuje počet případných komplikací (Chlíbek a další, 2018 s. 169).

Dílčím cílem č. 4 jsme chtěli zjistit, zda u poskytovatele probíhají školení v oblasti prevence infekcí. V tomto cíli jsme se dotazovali na školení hygieny rukou a prevence infekcí, a na pravidelnost školení. S tímto cílem souviseli dvě výzkumné otázky a to zda je proškolení v oblasti zásad prevence závislé na zastávané pracovní pozici a zda je proškolení v oblasti desinfekce rukou v zařízení realizováno.

Školení prevence infekcí se zúčastnily všechny dotazované všeobecné i praktické sestry, pečovatelek se tohoto školení zúčastnila přibližně polovina. Školení prevence infekcí je zaměřované hlavně na všeobecné a praktické sestry, vzhledem k tomu, že provádějí úkony díky, kterým se více vystavují patogenům infekcí. Mezi tyto výkony se dá zařadit převaz infikované rány nebo promazání kožní léze nebo také zavádění močového katétru. Je mnohem rizikovější katetrizovat v nesterilním prostředí než na operačním sále, proto je nezbytné průběžné vzdělávání a školení zdravotnického personálu v moderní metodice a pomocí odborných pomůcek (Maďar, a další, 2006 s. 24). Školení desinfekce rukou se zúčastnila nadpoloviční většina, usuzujeme tedy, že toho školení je v sociálních zařízeních poskytovatelem sociální péče realizováno.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnovala problematice infekčních onemocnění v sociálních zařízeních. Je zaměřená na nelékařské zdravotnické pracovníky a to, jak se brání infekčním onemocněním.

Výzkumnou metodou empirické části byl zvolen kvantitativní výzkum. Byly rozdány dotazníky v sociálních zařízeních, ve kterých jsem pracovala, nebo tam mám známé. Respondentů bylo 215, jednalo se o nelékaře pracující v sociálních zařízeních. Zjišťovali jsme informovanost v oblasti prevence a hygieny, které předcházejí šíření infekčních onemocnění. Ukázalo se, že úroveň dodržování hygieny je vysoká, i využívání osobních ochranných pomůcek je velmi rozšířené. S bariérovým systémem ošetřování je to ale horší, není využíván v dostatečné míře. Byl vypracován informační leták s nejběžnějšími onemocněními, se kterými se lze v zařízeních setkat.

Cíle výzkumu byly naplněny, podařilo se nám díky strukturovaným dotazníkům zmapovat zavedená preventivní opatření proti šíření a nákaze infekčními onemocněními. Významným problémem představuje hlavně narůstající rezistence mikroorganismů na dostupná antiinfektika, čímž se značně omezují léčebné možnosti.

Je tedy na nelékařích, aby se snažili předcházet šíření těchto onemocnění, jelikož jsou s infikovanými pacienty nejvíce ve styku. Výstupem z bakalářské práce je informační leták popisující správnou hygienu rukou jak pro laiky, tak pro zdravotníky.

SEZNAM LITERATURY

1. **REICHARDT, Christiane, Karin BUNTE-SCHÖNBERGER a Patricia VAN DER LINDEN.** *Hygiena a dezinfekce rukou: 100 otázek a odpovědí : překlad 2., aktualizovaného vydání.* [překl.] přeložil Jana MOHROVÁ Přeložil Renata HALMO. Praha : Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0217-4.
2. **CHLÍBEK, Roman.** *Očkování dospělých.* Praha : Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4624-4.
3. **FREI, Jiří.** *Zásady zpracování kvalifikačních prací pro nelékaře.* Plzeň : Západočeská univerzita v Plzni, 2016. ISBN 978-80-261-0605-0.
4. **HAMMEROVÁ, Martina.** *Postoj zdravotníků k používání osobních ochranných pracovních pomůcek.* Plzeň : Západočeská univerzita, 2012.
5. **HANUŠ, Tomáš a MACEK, Petr.** *Urologie pro mediky.* Praha : Nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3008-3.
6. **LUKÁŠ, Karel a ŽÁK, Aleš.** *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika.* Praha : Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.
7. **MANTAU, Ania.** *Pediatric.* Praha : Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4588-6.
8. **MAREK, Josef.** *Farmakoterapie vnitřních nemocí.* Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2639-7.
9. **MAZZULLI, Tony.** Vancomycin Resistant Staphylococcus Aureus (VRSA). *Canadian Antimicrobial Resistance Alliance (CARA).* [Online] [Citace: 11. 02 2019.] <http://www.can-r.com/mediaResources/VRSA.pdf>.
10. **TESAŘ, Vladimír a Viklický, Ondřej.** *Klinická nefrologie.* Praha : Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4367-7.
11. **WILLIAMS, Mary E.** *MRSA.* Detroit : Gale Cengage Learning, 2012. ISBN 978-0-7377-5779-8.
12. **BAUDOIN, Simon V.** *Sepsis.* London : Sprinder, 2008. ISBN 978-1-84628-939-2.

13. **BUTTARO, Terry Mahan a BARBA, Kate A.** *Nursing Care of the Hospitalized Older Patient*. Iowa : Ames, 2013. ISBN 978-08-138-1046-1.
14. **ČERNÝ, Zdeněk a kol.** *Infekční nemoci: Jak pečovat o pacienty s infekčním onemocněním*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství (NCO NZO), 2008. ISBN 978-80-7013-480-1.
15. **DYLEVSKÝ, Ivan.** *Funkční anatomie*. Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
16. **GÖPFERTO VÁ, Dana, PAZDIORA, Petr a DÁŇOVÁ, Jana.** *Epidemiologie: Obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí*. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2223-1.
17. **HOBSTOVÁ, Jiřina.** *Infectious Diseases*. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2111-1.
18. **MAĎAR, Rostislav, PODSTATOVÁ, Renata a ŘEHOŘOVÁ, Jarmila.** *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1673-9.
19. **MERKUNOVÁ, Alena a OREL, Miroslav.** *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1521-6.
20. **ROZSYPAL, Hanuš, HOLUB, Michal a KOSÁKOVÁ, Monika.** *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2197-5.
21. **ROZSYPAL, Hanuš.** *Základy infekčního lékařství*. Praha : nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-2462-932-2.
22. **VČELÁK, Petr.** Informace a návod k použití: Šablona pro kvalifikační práce studentů Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. *Petr Včelák - Materiály pro studenty*. [Online] 3. květen 2018. [Citace: 29. únor 2019.] <https://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-sablona.php>.
23. —. Šablona pro kvalifikační práce studentů Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni. *Petr Včelák - Materiály pro studenty*. [Online] Petr Včelák, 3. květen 2018. [Citace: 29. únor 2019.] <https://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-sablona.php>.

24. **VODIČKA, Josef.** *Speciální chirurgie.* Praha : Nakladatelství Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2512-6.

25. **ZADÁK, Zdeněk.** *Výživa v intenzivní péči.* Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2844-5.

SEZNAM PŘÍLOH

Informovaný souhlas

Informační leták

Dotazník

PŘÍLOHY

INFORMOVANÝ SOUHLAS

INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ V SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH

STUDENT

Karolína Janová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
Dayx95@mail.com

VEDOUCÍ BP:

PhDr., Mgr. Jitka Krocová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
krocovej@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zmapovat zavedená opatření v prevenci šíření infekčních onemocnění.

S Vaším svolením bude provedeno dotazníkové šetření ve vašem zařízení. Pořízené informace nebudou sdíleny nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Vyhodnocení dotazníků bude použito v bakalářské práci, vše je anonymní.

V dotazníku nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od dotazníkového šetření.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí nelékařských pracovníků pracujících v sociálním zařízení ve výzkumné studii. Souhlasím s distribucí dotazníků mezi lékaře v zařízení. Rozumím, že mohu kdykoliv od studie odstoupit a že dotazníky budou anonymní, žádný ze zaměstnanců nebude ve studii identifikován.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

DOTAZNÍK NA TÉMA INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ V SOCIÁLNÍCH ZARÍZENÍCH:

Dobrý den,

Jmenuji se Karolína Janová a studuji na Západočeské univerzitě v Plzni studijní obor Všeobecná sestra. Poprosila bych Vás o vyplnění anonymního dotazníku, který je určen k získání a zpracování informací v praktické části mé bakalářské práce.

Dotazník je tedy zcela anonymní, informace, které získám, budu využívat pouze ve své práci. Děkuji za Vaši ochotu a čas při vyplnění.

Pokud není řečeno jinak, vyberte pouze jednu odpověď, která Vám vyhovuje nejvíce.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a. Žena
- b. Muž

2. Jaký je Váš věk?

- a. 18 – 25
- b. 26 – 30
- c. 31 – 35
- d. 36 – 40
- e. 41 – 45
- f. 46 – 50
- g. 51 – 55
- h. 56 – 60
- i. 61 a více

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. Základní
- b. Středoškolské
- c. Vyšší odborné
- d. Vysokoškolské

4. Jaká je vaše pracovní pozice?

- a. Pečovatelka
- b. Praktická sestra
- c. Všeobecná sestra
- d. Fyzioterapeut
- e. Ergoterapeut
- f. Jiná:
Uveďte
.....

5. Jak dlouho jste v praxi?

- a. 0 – 5 let
- b. 6 – 15 let
- c. 16 – 25 let
- d. 26 – 35 let
- e. 36 let a více

6. S jakými infekčními onemocněními jste se v zařízení setkal/a?

Vyberte jednu a více odpovědí.

- a. Alimentární onemocnění (infekce, otravy z potravin)
- b. Infekce dýchacích cest (Rýma, Chřipka, Pneumonie, TBC, ...)
- c. Infekce močových cest a močového měchýře
- d. Infekce kůže (Impetigo, Erysipelas (růže), Flegmóna, ...)
- e. Infekce střev (CD toxin, Salmonelóza, ...)
- f. MRSA, VRE

7. Používáte osobní ochranné pomůcky - OOPP (rukavice, zástěra, ústenka) dle Hygienického plánu?

- a. Ano
- b. Občas
- c. Ne

8. Jaké OOPP používáte?

Vyberte jednu a více odpovědí.

- a. Ústenka
- b. Rukavice
- c. Zástěra
- d. Návleky
- e. Jiné:

9. Máte k dispozici OOPP v dostatečném množství?

- a. Ano
- b. Občas
- c. Ne

10. Je v zařízení využíváný bariérový systém ošetřování, pokud klient onemocní infekční chorobou?

- a. Ano
- b. Ne

11. Myjete si nebo dezinfikujete ruce dle vyhlášky 306/2012 sb., po každé při odchodu a manipulaci s klientem?

- a. Ano
- b. Občas
- c. Ne

12. Poskytl Vám zaměstnavatel školení ohledně hygieny rukou?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

13. Poskytl Vám zaměstnavatel školení ohledně prevence infekcí související s péčí v zařízení?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

14. Jste proškolen/a pravidelně?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

15. Je v zařízení vypracovaný standard hygieny rukou?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

16. Vyskytuje se u Vás v zařízení klient s pozitivitou na infekční onemocnění MRSA?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

17. Měl/a jste někdy pozitivní výsledek stěru na MRSA?

- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste na otázku číslo 16. odpověděl/a ANO, zodpovězte prosím i otázku číslo 17. Pokud byla Vaše odpověď NE, otázku přeskočte.

18. Oblast positivity nálezu:

- a. Nos
- b. Krk
- c. Ústní dutina
- d. Rectum
- e. Močová trubice
- f. Jiné:
Uved'te.....

19. Očkují se u Vás klienti proti chřipce?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

20. Očkujete se Vy proti chřipce?

- a. Ano
- b. Ne

21. Měli jste již někdy zařízení zavřené pro veřejnost z důvodu epidemie infekčního onemocnění (např. chřipková epidemie)?

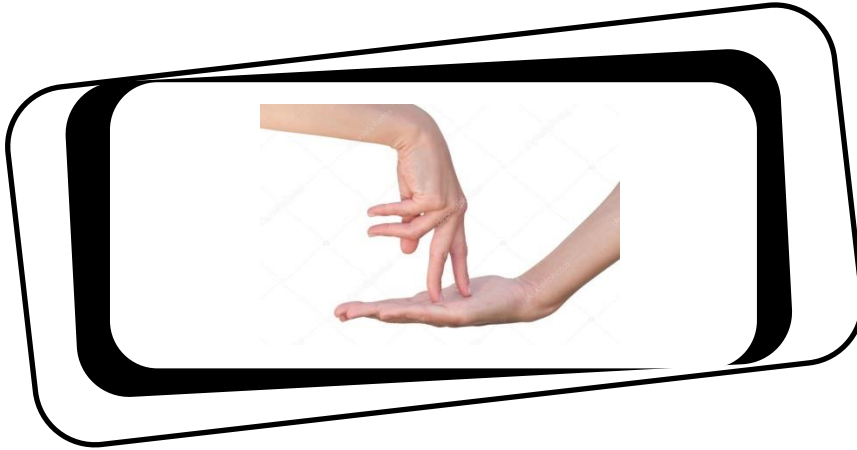
- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste odpověděli na otázku číslo 20. ANO, odpovězte prosím i na otázku číslo 21.

22. Kdy bylo zařízení, ve kterém pracujete zavřené?

.....

Hygiena rukou

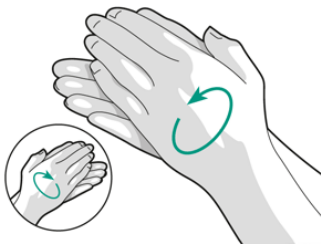
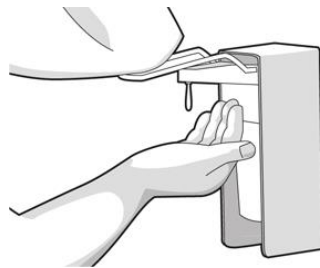


Na našich rukou se nachází velké množství bakterií a dalších mikroorganismů, kterých se pouhým umytím rukou vodou a mýdlem nezbavíme. Pro úplné odstranění bakterií je nutné ruce vydezinfikovat. Mýt si ruce je důležité, ale jejich spláchnutí pod tekoucí vodou nestačí. Seznamte se se správným postupem hygieny rukou.



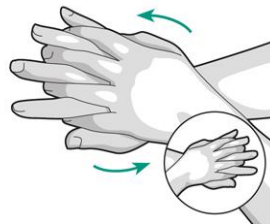
Prvním krokem je namočit si ruce.
Dejte tedy ruce pod tekoucí vodu.

Druhým krokem je
nadávkovat dostatečné
množství mýdla, aby pokrylo
povrch rukou.



Třetím krokem je třít dlaň
o dlaň k rozetření mýdla.

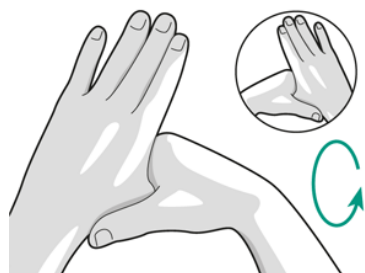
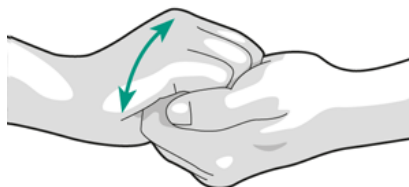
Čtvrtým krokem je prostřídat
obě ruce, kdy roztíráte
přípravek přes hřbet levé
ruky s proloženými prsty.



Pátým krokem je třít dlaň o dlaň s proloženými prsty. Tímto pohybem se přípravek dostane i na hůře přístupná místa prstů.



Krok šestý, vrchní stranu prstů jedné ruky vložte do druhé dlaně a mněte.



Krok sedmý, krouživě třete levý palec sevřenou pravou dlaní. Poté ruce vyměňte.

Osmý krok, krouživě třete tam a zpět sevřené špičky prstů pravé ruky v levé dlaní a poté ruce vystřídejte.





Krok č. 9, opláchněte si ruce.



Poslední krok č. 10, důkladně si ruce osušte ručníkem na jedno použití.

Zdroje obrázků:

- Zpracovala: Karolína Janová
- https://st2.depositphotos.com/4627131/9450/i/950/depositphotos_94501518-stock-photo-two-arms-fingers-flow-along.jpg
 - https://lepsipece.cz/wp-content/uploads/2016/05/Myti_1_krok-300x234.png
 - https://lepsipece.cz/wp-content/uploads/2016/05/Myti_2_krok.png
 - https://lepsipece.cz/wp-content/uploads/2016/05/Myti_3_krok-300x234.png
 - https://lepsipece.cz/wp-content/uploads/2016/05/Myti_4_krok-300x234.png
 - https://lepsipece.cz/wp-content/uploads/2016/05/Myti_5_krok.png
 - https://lepsipece.cz/wp-content/uploads/2016/05/Myti_6_krok.png
 - https://lepsipece.cz/wp-content/uploads/2016/05/Myti_7_krok.png
 - https://lepsipece.cz/wp-content/uploads/2016/05/Myti_8_krok.png
 - https://lepsipece.cz/wp-content/uploads/2016/05/Myti_9_krok.png
 - https://lepsipece.cz/wp-content/uploads/2016/05/Myti_10_krok.png

Použitá literatura: REICHARDT, Christiane, Karin BUNTE-SCHÖNBERGER a Patricia VAN DER LINDEN. *Hygiena a dezinfekce rukou: 100 otázek a odpovědí : překlad 2., aktualizovaného vydání*. Přeložil Renata HALMO, přeložil Jana MOHROVÁ. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0217-4.