

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Zásady chování nemocného kolonizovaného MRSA po propuštění do
domácího prostředí

Markéta Uhlířová

Bakalářská práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta Uhlířová**
Osobní číslo: **Z11182**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Zásady chování nemocného kolonizovaného MRSA po propuštění do domácího prostředí**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- 1.Studium literatury,sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
- 2.Stanovení cílů a metodiky práce
- 3.Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
- 4.Analýza a interpretace získaných dat.
- 5.Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná
Seznam odborné literatury:

1. MAĎAR, Rostislav, Renata PODSTATOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-7262-468-3.
2. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁČKOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., HOLUBOVÁ, J. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.
3. BÁRTLOVÁ, S. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 5. vyd. NCO NZO Brno 2003. ISBN 80-7013-391-0.
4. VYBÍRAL, Z. Psychologie komunikace. 2. vyd. Praha: nakladatelství Portál, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7367-387-1
5. ZEMAN, Miroslav, Zdeněk KRŠKA a kol. Chirurgická propedeutika. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3770-6.
6. MELICHARČÍKOVÁ, Věra. Sterilizace a dezinfekce v prevenci nozokomiálních nákaz. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-468-3.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Iveta Černožorská
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2016


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horázková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2016

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména ze skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím že pokud dojde k užití mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které se na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích 6. 9. 2016

Markéta Uhlířová



PODĚKOVÁNÍ

Mé vřelé díky patří Mgr. Ivetě Černohorské za cenné rady a trpělivé vedení bakalářské práce. Dále děkuji doc. MUDr. Heleně Žemličkové Ph.D. a MUDr. Lence Hobzové za odbornou pomoc. Děkuji všem účastníkům výzkumného šetření, bez kterých by práce neunikla a všem členům mé rodiny za podporu a pomoc v průběhu celého studia.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na nemocné kolonizované MRSA v domácím prostředí. Práce je teoreticko - praktická. V teoretické části jsou uvedeny základní poznatky týkající se dané problematiky. V praktické části jsou definovány základní problémy, které má kolonizovaný MRSA v domácím prostředí. Praktickým výstupem práce jsou podklady pro tvorbu informační brožury obsahující základní informace i zásady chování nemocného s MRSA v domácím prostředí, která je k práci přiložena.

KLÍČOVÁ SLOVA

Člověk, MRSA, Informace, Doma, Zásady.

TITLE

Patterns of behavior of MRSA colonised patient discharged from hospital

ANNOTATION

The bachelor assignment is focused on ill people colonised by MRSA in domestic environment. The work is theoretical and practical. The basic knowledge concerning the topic is mentioned in the theoretical part. The basic problems of MRSA colonised people in their domestic environment are described in the practical part. Materials for forming an information booklet, containing basic information and behaving principles to MRSA colonised people in domestic environment are the results of the practical part. The information booklet is enclosed to the assignment.

KEYWORDS

Human, MRSA, Information, Home, Principle

Obsah

ÚVOD.....	12
CÍLE PRÁCE.....	14
I TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 Člověk.....	15
1.1 Lidské potřeby.....	15
1.2 Holistické pojetí člověka v ošetrovatelské vědě	15
1.3 Dělení potřeb vycházející z holismu	16
1.3.1 Dělení potřeb z hlediska nemoci.....	16
2 BAKTERIE.....	18
2.1 Člověk a bakterie.....	18
2.2 <i>Staphylococcus aureus</i> jako významný lidský patogen	19
2.3 <i>Staphylococcus aureus</i> a antibiotika	20
2.4 Methicilin rezistentní <i>Staphylococcus aureus</i>	21
2.5 MODIFIKACE MRSA	21
2.5.1 CA - MRSA – community acquired/associated MRSA	21
2.5.2 HA - MRSA – hospital acquired/ associated MRSA.....	21
2.5.3 LA – MRSA Livestock associated MRSA	22
2.6 MRSA a základní pojmy z mikrobiologie a epidemiologie.....	22
2.6.1 Patogenita MRSA	22
2.6.2 Virulence MRSA	23
2.6.3 Kontagiozita MRSA	23
2.6.4 Kolonizace a nosičství MRSA.....	23
2.6.5 Kontaminace MRSA.....	24
2.7 Proces šíření MRSA.....	24
2.7.1 Zdroj nákazy	24
2.7.2 Přenos MRSA	25

2.7.3	Vnímavý jedinec	26
2.7.4	Výskyt MRSA ve vybraných evropských státech	26
3	ASPEKTY ZDRAVOTNÍ PÉČE A MOŽNOSTI PREVENCE MRSA.....	27
3.1	Mikrobiologická surveillance MRSA	27
3.1.1	Vyhledávání MRSA u pacientů	27
3.1.2	Vyhledávání MRSA u zdravotnického personálu	28
3.1.3	Způsob hlášení a vedení registru MRSA	29
3.2	Hygiena rukou	29
3.3	Izolace MRSA pozitivního pacienta	30
3.4	Léčba MRSA.....	31
3.5	Dekolonizace MRSA	31
3.6	Propuštění pacienta kolonizovaného MRSA do domácího prostředí	32
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
	Výzkumné otázky	33
4	METODICKÝ RÁMEC KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU	34
4.1	Kvalitativní výzkum.....	34
4.2	Výzkumný vzorek	34
4.3	Užité metody a techniky.....	35
4.3.1	Metoda případové studie.....	35
4.3.2	Pozorování	36
4.3.3	Rozhovor – interview.....	36
4.3.4	Polostrukturovaný rozhovor - interview	36
4.3.5	Použité techniky transkripce rozhovoru	37
4.3.6	Použité metody analýzy a interpretace dat během kvalitativního výzkumu.....	37
4.4	Etické aspekty kvalitativního výzkumu	38
5	VLASTNÍ KVALITATIVNÍ STUDIE	39
5.1	Případová studie Klára	39

5.2	Anamnéza.....	39
5.3	Katamnéza.....	39
5.4	Analýza a interpretace dat a prezentace výsledků.....	41
5.4.1	Analýza časové řady rozhovorů.....	41
5.4.2	Tabulka 1 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma OSOBNOST.....	42
5.4.3	Tabulka 2 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma INFORMACE.....	43
5.4.4	Tabulka 3 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma INFORMACE.....	44
5.4.5	Tabulka 4 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma INFORMACE.....	45
5.4.6	Tabulka 5 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma INFORMACE.....	46
5.4.7	Tabulka 6 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma INFORMACE.....	47
5.4.8	Tabulka 7 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma ZÁSADY.....	48
5.4.9	Tabulka 8 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma ZÁSADY.....	49
5.4.10	Tabulka 9 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma LÉČBA, ZMĚNY.....	50
5.4.11	Tabulka10- Interpretace dat a prezentace výsledků téma LÉČBA, ZMĚNY.....	51
5.4.12	Tabulka11- Interpretace dat a prezentace výsledků téma LÉČBA, ZMĚNY.....	52
5.4.13	Tabulka 12 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma ZMĚNY.....	53
5.4.14	Přehled výsledků a zhodnocení případové studie Paní Klára.....	54
5.5	Vlastní studie Katka.....	57
5.5.1	Charakteristika Katky.....	57
5.5.2	Analýza časové řady rozhovoru.....	58
5.5.3	Interpretace dat a prezentace výsledků Katka.....	59
5.5.4	Pozorování.....	60
5.6	Vlastní studie Květa.....	61
5.6.1	Charakteristika.....	61
5.6.2	Analýza časové řady rozhovoru.....	62
5.6.3	Analýza a interpretace dat a prezentace výsledků.....	62
5.6.4	Pozorování.....	65

5.7	Komparace výsledků Klára, Katka a Květa	66
5.7.1	Tabulka 13 - Selektivní protokol, komparace výsledků kvalitativní studie	67
6	DISKUZE	68
7	ZÁVĚR	73
8	POUŽITÁ LITERATURA:	75
8.1	Literární zdroje.....	75
8.2	Elektronické zdroje.....	76
9	PŘÍLOHY	82
9.1	Příloha A	82
	MRSA – INFORMACE PRO PACIENTY A RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY	82
9.2	Příloha B.....	91
	Tabulka 14 - Přehled přípravků pro dekolonizaci MRSA	91
9.3	Příloha C.....	92
	Tématické okruhy otázek k polostandardizovanému rozhovoru	92
9.4	Příloha D	93
	Interpretace dat s využitím NI 2015-2017	93
9.5	Příloha E.....	95
	„MRSA život“ inspirováno rozhovory s Paní Klárou, Katkou a Květou	95

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma OSOBNOST
- Tabulka 2 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma INFORMACE
- Tabulka 3 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma INFORMACE
- Tabulka 4 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma INFORMACE
- Tabulka 5 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma INFORMACE
- Tabulka 6 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma INFORMACE
- Tabulka 7 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma ZÁSADY
- Tabulka 8 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma ZÁSADY
- Tabulka 9 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma LÉČBA, ZMĚNY
- Tabulka10- Interpretace dat a prezentace výsledků téma LÉČBA, ZMĚNY
- Tabulka11- Interpretace dat a prezentace výsledků téma LÉČBA, ZMĚNY
- Tabulka 12 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma ZMĚNY
- Tabulka 13 - Selektivní protokol, komparace výsledků kvalitativní studie
- Tabulka 14 - Přehled přípravků pro dekolonizaci MRSA

SEZNAM ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
BMI	Index tělesné hmotnosti
CA MRSA	Komunitní kmen MRSA
CEM	Centrum epidemiologie a mikrobiologie
ČSN EN	Systémy managementu jakosti
ČR	Česká republika
DCD	Centrum pro kontrolu a prevenci
DM	Diabetes mellitus
EARS-Net	European Antibicrobial Resistance Surveillance Network
EARSS	Antimicrobial Resistance Surveillance Systém
EHP	Evropský hospodářský prostor
EU	Evropská unie
HA MRSA	Nemocniční kmen MRSA
IM	Infarkt myokardu
JIP	Jednotka intenzivní péče
LA MRSA	Komunitní kmen MRSA
MERS	Infekce způsobená coronarovirem
MRSA	Methicillin-resistant Staphylococcus aureus
MSSA	Methicilin senzitivní Staphylococcus aureus
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NI	Nanda International
ORL	Otorhinolaryngologické oddělení
PAD	Perorální antidiabetika
Sb	Sbírka
SZÚ	Státní zdravotní ústav
WHO	World Health Organization, Světová Zdravotnická Organizace
ZZ	Zdravotnické zařízení

ÚVOD

Bakterie představují pravděpodobně nejdůležitější složku biomasy na Zemi. Žijí ve svém přirozeném prostředí, jako je půda, voda, povrch těla, sliznice živočichů včetně člověka. Ten žije s některými bakteriemi ve vzájemné symbióze, jsou to dva články, které jsou si navzájem prospěšné. Jiným se naučil bránit. V bakalářské práci je dán do souvislosti člověk s významným druhem bakterie rodu *Staphylococcus*, a tím je *Staphylococcus aureus*, který je představitelem běžně se vyskytující bakterie, jež zároveň patří mezi nejčastější původce infekčních onemocnění člověka. Jednou z možností efektivní terapie proti *Staphylococcus aureus* byla na přelomu padesátých a šedesátých let minulého století zavedena léčba novými preparáty. Na trh byly uvedeny semisyntetické peniciliny v čele s methicilinem. Záhy nato, již 6 měsíců po jeho zavedení do klinické praxe byly hlášeny první izoláty *Methicillin rezistentní Staphylococcus aureus*. Takto charakterizované kmeny byly dále nazývány akronymem MRSA (Schindler, 2008, s. 9-14; Maďar a kol., 2006, s. 136; Kratochvíl, 2006, s. 1).

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je definován člověk jako holistická bytost. Jsou uvedeny aktuální poznatky o MRSA. Od důležitých objevů lidstva (objev bakterie a antibiotik), možností přenosu, preventivních opatření proti šíření MRSA v České republice a vybraných státech Evropy a péči o nemocné s MRSA. Teoretická část tedy představuje odborný pohled, to, co je o MRSA dané a zakotvené v lékařských i ošetrovatelských zdrojích.

Před samotným zahájením výzkumného šetření, které je součástí praktické části, byl výzkumníkem zmapován terén v oblasti dosavadního bádání na téma MRSA kolonizovaných v domácím prostředí. Bylo zjišťováno, jestli mají kolonizovaní MRSA zájem a vnímají například potřebu informací, podle kterých by věděli, jak se mají chovat po propuštění domů. Na podkladě těchto poznatků jsem dospěla k závěru, že dané téma není doposud dostatečně probádáno a je potřeba jej zpracovat.

Praktická část spočívá tedy v prozkoumání života lidí kolonizovaných MRSA v domácím prostředí. Studie dala možnost nahlédnout prostřednictvím reprezentativního vzorku tří žen do jejich života. Hloubkově propátrat a porozumět tomu, co je v souvislosti s MRSA trápí. Základní výzkumný přístup je tedy kvalitativní. Data jsou sbírána prostřednictvím rozhovorů a pozorování. Cílem zpracování případové studie se ženou, která poskytla vstupní data celého kvalitativního šetření, bylo definovat hlavní problémy, které se týkají MRSA kolonizace z pohledu nemocného mimo zdravotnické zařízení, a následně je porovnat s ostatními

případy. Jedná se tedy o praxi v některých aspektech dané oblasti z hlediska samotných kolonizovaných MRSA.

Jedním z cílů práce je vytvoření informačního materiálu (brožura), který bude oproti již publikovaným informacím pro pacienty obohacen o zásady chování nemocného v domácím prostředí a možnosti dekolonizace MRSA tamtéž (viz. Příloha A). Vzhledem k prokázanému zvýšení nákladů na léčbu rozvinutých infekcí MRSA je možné poukázat a navrhnout řešení v podobě zvýšené informovanosti kolonizovaného člověka. Ta by neměla být podceňována, neboť některé informace, které jsou pro zdravotníka samozřejmé, mohou být pro nemocného neznámé. Proto budou zásady chování nemocného kolonizovaného MRSA v praktickém výstupu práce podány spíše laickým a ne odborným jazykem (Bergerová a kol. 2006 s. 3; Haškovcová, 2003, s. 42).

CÍLE PRÁCE

Teoretická část

- Uvést aktuální publikované poznatky týkající se zvolené problematiky.

Praktická část

- Zjistit úroveň informovanosti nemocných kolonizovaných MRSA.
- Zmapovat chování nemocného kolonizovaného MRSA v domácím prostředí.
- Vytvořit informační materiál pro nemocné kolonizované MRSA a jejich rodinné příslušníky.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 ČLOVĚK

„ Člověk je jedinečná, zvláštní, originální integrace biologických, psychických, duchovních a sociálních prvků, je společenskou bytostí, uvědomující a potvrzující samu sebe ve vztahu k druhému člověku a ke společnosti. “ (Plevová II a kol, 2011, s. 88).

1.1 Lidské potřeby

„Potřeba patří mezi důležité motivy chování, jednání a prožívání člověka. Jde o pocíťovaný, resp. prožívaný nedostatek nebo nadbytek něčeho. Potřeba je provázena vnitřním duševním napětím, které nás vede k určitému chování, jehož cílem je uspokojení potřeby. “

(Kohoutek, 2009).

Významnou osobností, která se uplatnila v oblasti dělení potřeb, byl americký humanistický psycholog Abraham H. Maslow (1908-1970), který rozlišil potřeby do dvou základních úrovní. První úroveň potřeb, kterou označil jako potřeby „D“, jsou takzvaně nižší potřeby a pramení z nedostatku, deficitu. Řadí sem například potřebu potravy, spánku, sexu, ale i potřebu jistoty a bezpečí nebo potřebu úcty a uznání. Druhou úroveň potřeb označuje jako „vyšší potřeby“, neboli potřeby „B“, které jsou spojeny s bytím člověka. Maslow uspořádal potřeby dle jejich hierarchie do pyramidy potřeb, kde je seřadil dle jejich důležitosti pro život člověka. Pod vrchol pyramidy jsou zařazeny dle Maslowa potřeby estetické, následuje potřeba sebeúcty, být vážený, poté potřeba sounáležitosti a lásky a na další úroveň umístil potřebu bezpečí a ochrany, kterou definoval jako život bez strachu. Základna jeho pyramidy je tvořena základními biologickými potřebami (Kohoutek, 2009).

1.2 Holistické pojetí člověka v ošetrovatelské vědě

Z hlediska holistické teorie pojmá ošetrovatelská věda člověka jako bio- psycho- sociálně-spirituální jednotku. Definiuje péči o člověka jako celek. Podle holistické teorie spočívá péče sestry především v uspokojování jeho fyzických, psychických, sociálních a duševních potřeb. Tato činnost je hlavním cílem ošetrovatelské činnosti. Holistickým se stává z hlediska moderního ošetrovatelství prakticky vše, co se týká člověka jako takového. Zahrnuje také jeho postoje a schopnosti vnímat a vyhodnocovat negativní důsledky fyzického a psychického stresu. Lidská potřeba a ošetrovatelství spolu tedy pevně souvisí. Ošetrovatelství je v moderním pojetí disciplína, která je na jedné straně daná samostatností sestry, na druhé je založená na týmové spolupráci mezi sestrou, lékařem a ostatními profesionály podílejícími se na péči o pacienta (MZ ČR, 2004, věstník č. 9; Staňková, 2003, s. 5-7.; Švejsová, 2010, s. 1).

1.3 Dělení potřeb vycházející z holismu

Potřeby lze z tohoto hlediska dělit na biologické, psychické, sociální a duchovní. Dále jsou potřeby děleny podle míry naléhavosti jejich uspokojování. Biologické potřeby (vzduchu, potravy, tekutin, vylučování a podobně), jejichž uspokojování je nevyhnutelné k udržení života, jsou zpravidla naplňovány podle zvyklostí a pravidelně. Druhou skupinou potřeb, která je ukotvena ve složce psycho- sociálně- spirituální, definuje Plevová a kol. (2011, s. 103-104) jako potřeby psychické, sociální a duchovní. Tyto potřeby nejsou, podle ní, považovány za existencionálně důležité, avšak jejich uspokojování hraje významnou roli v oblasti výsledné pohody člověka a jeho osobnostního rozvoje. Do psychických potřeb jsou zařazeny potřeba pomoci, péče, jistoty, štěstí, lásky, bezpečí, učení apod. Sociální potřeby představují potřebu kontaktu s ostatními, komunikace, informovanosti, přátelství, společenské prestiže nebo fungující rodiny. Haškovcová (2003, s. 42) klade důraz na informovanost pacienta. Podle ní je důležité nepodcenit ten druh informací, který se zdravotníkům zdá být samozřejmý, ale pro pacienta může být novinkou. Zmiňuje také strach a obavy, které jsou u pacientů přítomné, proto je nezbytné ctít pacientovo právo vědět a vhodným způsobem jej náležitě a pravidelně informovat. Duchovní potřeby představuje například potřeba smysluplnosti života nebo hodnotového systému (Plevová II, 2011, s. 88 – 104; Haškovcová, 2003, s. 42).

1.3.1 Dělení potřeb z hlediska nemoci

Hospitalizace nemocného představuje pro něho samotného změnu v jeho sociální situaci, a to mnohdy extrémního charakteru, je to změna prostředí, v němž se s pomocí lékařské a ošetrovatelské péče dočasně ocitne. Nemocný je vyřazen ze společnosti zdravých, v případě MRSA kolonizovaného nemocného je dokonce dočasně vyřazen i ze společnosti ostatních pacientů v rámci své izolace. V případě pobytu člověka ve zdravotnickém zařízení jako nemocného se aktuální potřeby mohou měnit a přizpůsobovat nové situaci. Specifická hierarchie potřeb u nemocných se odvíjí především od charakteru důvodu hospitalizace, tedy nemoci, zároveň je závislá na osobnosti pacienta samotného a na poměrech, ze kterých nemocný pochází (Bártlová 2003, s. 77 – 86; Beneš, Unzeitigová, 2006, s. 3).

Dle nemoci jsou potřeby rozděleny do tří skupin. Potřeby nemocí neměnné jsou potřeby, na které nemoc nemá vliv, nemocný je plní sám, nebo s dopomocí zdravotnického personálu či rodiny (Bártlová, 2003, s. 87).

Potřeby nemocí modifikované, jsou považovány za nejsložitější, a to především proto, že každý člověk je individuální osobnost a zvládá nemoc jiným způsobem. Zde je uvedena

potřeba poznání světa a sebe samého. Předmětem obsahu těchto potřeb je především pochopit danou, nově vzniklou situaci, kterou nemocnému přináší změna jeho zdravotního stavu. Pacient se snaží v mnoha případech porozumět, potřebuje vědět příčinu, léčbu a dopady nemoci na jeho budoucnost. Zařazena je zde především potřeba informací. Právo být informován je zakotveno v „Listině práv pacientů“. Průběžné uspokojování této potřeby přináší klid a status spolupracujícího pacienta. Naopak nedostatek nebo protikladnost informací podávaných nemocným vzbuzují obavy v nich samotných. To celé může mít negativní vliv na průběh a výsledky léčení (Bártlová, 2003, s. 87 – 90; MZ ČR, 2008, práva pacientů).

Třetí skupinu potřeb, které vznikly vlivem nemoci, tvoří potřeby vedoucí k navrácení zdraví. Mohou být posíleny obavami nemocného, které pramení z trvalých následků nemoci.(dlouhodobé nosičství MRSA) Potřeba obnovení a udržení vykonávat dřívější sociální funkce je pro nemocného samotného velice významná. Nemocný člověk může negativně snášet odloučení nebo překážky, bránící ve výkonu sociálních rolí, na něž byl zvyklý před změnou svého zdravotního stavu (Bartlová, 2003, s. 90 - 92).

2 BAKTERIE

„Žádné organismy nezměnily tvář Země dramatictější způsobem, než se to povedlo právě bakteriím“ (Lhotský, 2015, s. 86).

Bakterie jsou nejjednodušší jednobuněčné organismy, které disponují velikostí řádu tisíců milimetrů. Mnohé z nich jsou schopny odolávat, na rozdíl od člověka, vlivu extrémních chemických či fyzikálních podmínek, jiné jsou naopak velice náročné na podmínky, ve kterých žijí. První bakterie obecně poprvé uviděl nizozemský kupec s látkami, samouk a vynálezce Antony van Leeuwenhoek (1632-1723) v roce 1676. Tento badatel měl k dispozici vlastnoručně sestavený mikroskop, který zvětšoval až 270x. Bakterie pozoroval například v krvi, moči, stolici nebo zubním plaku. V současnosti je popsáno a objeveno přibližně tři tisíce druhů bakterií z předpokládaného počtu tři sta tisíc až jednoho milionu druhů (Schindler, 2008, s. 9-14; Schott, 1994. s. 192).

2.1 Člověk a bakterie

Každý novorozený člověk je postupně osídlen mikroorganismy z okolního prostředí. Povrch těla, kam patří mimo jiné kůže i sliznice trávicího, vylučovacího a dýchacího traktu, je trvale kolonizován omezeným počtem druhů, jejichž výskyt je pro danou lokalitu obvyklý. Vzájemný vztah mezi makro a mikroorganismem je v daných oblastech udržován v rovnováze. Toto přirozené osídlení lidského těla je nazýváno též rezidentní flórou. Rezidentní flóra je charakteristická stálostí v čase, avšak může být narušena zevními nebo vnitřními faktory (užívání antibiotik, hormonální změny hostitele). Mikroorganismy, které jsou součástí rezidentní flóry, osídlují hlubší struktury kůže a těla. Tranzientní flóra – přechodná, sídlí na povrchových strukturách kůže a její složení odpovídá prostředí a činnosti, kterou člověk vykonává. Složení mikrobiální flóry je u zdravotníků jiné než u běžné populace. Může být odstraněna mytím, přenáší se pomocí kontaktu. Mikroorganismy, které jsou součástí přirozeného osídlení lidského těla, obvykle nepatří mezi primární patogeny, avšak při průniku do jiných lokalit se mohou uplatnit, jako patogeny podmíněné, které mohou být příčinou vzniku smrtelné infekce. Tranzientní flóra je často zodpovědná za vznik infekcí v nemocničních zařízeních označovaných jako nozokomiální infekce (Bednář, 1996, s. 361).

2.2 *Staphylococcus aureus* jako významný lidský patogen

„*Stafylokoky se dnes obecně řadí do říše Eubacteria, kmen Firmicutes, třída Bacilli, řád Bacillales a čeleď Staphylococcaceae, rod Staphylococcus*“ (Sedláčka (1999, s. 43-46).

V nedávné době došlo k mohutnému rozvoji v taxonomii rodu *Staphylococcus* a podle Leibniz Institute, do něho v roce 2016 patří 81 taxonů (Svobodová, 2015, s. 11; Leibniz Institute, 2016).

Bakterie rodu *Staphylococcus* jsou grampozitivní, nepohyblivé koky, které nevytvářejí spory. V průměru jsou velikosti 0,5-1,5 μm . Většinou bývají uspořádány do tvaru hroznu, ovšem mohou být seskupeny i v páry, čtveřice, či jednotlivě. Mohou se vyskytovat v pigmentově zabarvených koloniích, žlutých, oranžových, smetanových nebo bílých (Beneš, 2009, s. 197).

Za objev a popis *Staphylococcus aureus* vděčíme třem významným osobnostem medicíny. Zakladateli mikrobiologie, francouzskému přírodovědci Luisi Pasteurovi, a skotskému lékaři Alexanderovi Ogstonovi, kteří v roce 1880 nezávisle na sobě pozorovali vztah mezi kokovitými bakteriemi a vznikem hnisu. Alexander Ogston (1844 – 1929) první rozlišil a pojmenoval dva druhy koků produkujících hnis podle uspořádání jejich buněk. *Staphylococcus* nazval podle buněk uspořádaných do tvaru hrozníčkových shluků podobajících se hroznům vinné révy. (-Staphylé - hrozen, kokkos - zrna, bobule). Na jeho objev navázal o čtyři roky později německý bakteriolog Friedrich J. Rosenbach, který použil termín *Staphylococcus* a popsal druh *Staphylococcus aureus* (Pantůček, 2007, s. 17-18; Schindler, 2008, s. 9–14; Beneš, 2009, s. 192, s. 1; Greenwood, 1999, s. 181).

Nejvýznamnější zástupce rodu *Staphylococcus* je druh *Staphylococcus aureus*, který je nejlépe vybaven faktory virulence. Ty mu zajišťují nejen možnost kolonizovat kůži a sliznice, ale i vyšší invazivitu. Je to podmíněně patogenní mikroorganismus. U zhruba 1/3 populace je součástí běžné rezidentní flóry a svému hostiteli nezpůsobuje žádné obtíže. Nejčastěji osidluje sliznici nosu, dutiny ústní, dále upřednostňuje vlhké prostředí jako je axila a perineum. Kromě toho stačí jen sebemenší narušení přirozené odolnosti k vyvolání celé řady zánětlivých procesů od banálních kožních hnisavých infekcí až po smrtelně probíhající sepse organismu (Beneš, 2009, s. 197; Pantůček, 2007, s. 17).

2.3 *Staphylococcus aureus* a antibiotika

Objevy lidstva, které přispěly v boji proti bakteriím způsobujícím závažná onemocnění, především objev antibiotik a účinných léků, daly naopak bakteriím popud neustále se vyvíjet. Na straně jedné lidstvo zabránilo smrti miliónů lidí, na straně druhé mají bakterie impulz se proti lidem účinně bránit. Bakterie se neustále přizpůsobují a vzniká tak mnoho rezistentních a multirezistentních (rezistence nejméně ke třem skupinám antibiotik) kmenů. Základy léčby infekcí preparáty zvanými antibiotika položil v září roku 1928 Sir Alexander Fleming (1881 – 1955). Jeho pokusy a objevy dokázaly, že plíseň, kterou izoloval, produkuje bakteriolytickou látku, která je účinná proti stafylokokům. Dne 7. března 1929 Fleming poprvé použil název penicilin (Schott, 1994, s. 420). Na Flemingův objev navázali H. W. Florey a E. B. Chain a teprve ve 40. letech 20. století byl penicilin G dostupný v klinické praxi. Nyní jsou antibiotika známa jako léčivé přípravky, které umí zabíjet bakterie nebo zabraňují jejich růstu. Jak uvádí doc. Žemličková (2015) v pořadu české televize:

„ Antibiotika jsou látky, které jsou bakteriím vlastní, jsou produkovány bakteriemi, bakterie využívají antibiotika k ochraně proti dalším mikroorganismům, jsou to jejich zbraně, které jim slouží k přežití. Člověk se toto naučil využívat a použít to k léčbě infekčních nemocí. Antibiotika neléčí primárně člověka, ale pomáhají jeho imunitnímu systému, aby se lépe s infekcí vyrovnal.“ (Žemličková, 2015, 12:30).

V dnešní době existuje více jak 15 různých tříd antibiotik, liší se od sebe chemickým složením a svým antibiotickým účinkem (Beneš, 2009, s. 45).

Primární antibiotická rezistence je schopnost bakterií odolávat antibiotikům z principu jejich buněčného složení či jiných pevně daných vlastností buňky bakterie. Sekundární rezistence je schopnost bakterií druhotně si osvojit rezistenci buď mutací svých genů, nebo získáním genů kódujících tuto rezistenci od jiných bakterií. (Zahradníček, 2015, s. 30-31; Beneš, 2009, s. 45).

2.4 Methicilin rezistentní *Staphylococcus aureus*

„*MRSA je odolná proti podání všech beta laktámových antibiotik, ovšem některé kmeny MRSA jsou schopny odolávat a mají schopnosti rezistence i vůči jiným skupinám antibiotik včetně makrolidů, fluorochinolonů, tetracyklinů, aminoglykosidů a linkosamidů.*“ (Beneš, 2009 s. 200).

2.5 MODIFIKACE MRSA

Meticilin rezistentní Staphylococcus aureus dále dělíme podle tří různých hledisek, epidemiologického, genetického i terapeutického na komunitní CA - MRSA a nemocniční kmeny HA - MRSA (Kratochvíl, 2006, s. 1).

2.5.1 CA - MRSA – community acquired/associated MRSA

Podle Kiššové (2008, s. 24) definuje organizace CDC (The Centers for Disease Control and Prevention) CA - MRSA jako: „*Izolát získaný od pacienta bez rizikových faktorů a v ambulantním prostředí nebo v době do 48 hodin hospitalizace*“ (Kiššová, 2008, s. 24; DCD, 2016).

Vaculíková (2011 s. 23), která odkazuje na Natwani (2008) a Lo (2007) popisuje CA - MRSA jako kmeny, které se odlišují jiným genotypem, na rozdíl od nemocničních kmenů, vznikající nově, v komunitách. Komunitní kmeny jsou obvykle charakteristické vyšší virulencí díky přítomnosti Pantonova – Valentinova leukocidinu oproti HA - MRSA, ovšem máme zde možnost širšího výběru účinných antibiotik (Vaculíková, 2011, s. 23-25; Vitouš, 2010, s. 3)

CA - MRSA infikuje většinou mladší populaci obyvatel a způsobuje především infekci na kůži a měkkých tkáních. Podmínky, za kterých lze stanovit infekci CA - MRSA jsou: průkaz bakterie do 48 - 72 hodin od přijetí nemocného, chybějící hospitalizace pacienta v posledním roce, absence zavedeného katetru v posledním roce života, vyloučení pozitivní kultivace MRSA v anamnéze pacienta, stav, kdy nemocný nevykazuje známky rizikových faktorů positivity. Takovým faktorem může být přítomnost MRSA pozitivního člena domácnosti. Další podmínky jsou: nízký hygienický standard člověka, pobyt ve vězení, provozování kontaktních sportů, přelidnění (Vaculíková, 2011, s. 23 – 25; Vitouš, 2010, s. 2).

2.5.2 HA - MRSA – hospital acquired/ associated MRSA

HA - MRSA je *Meticilin rezistentní Staphylococcus aureus* pocházející z nemocničního prostředí. Vyznačuje se schopností produkovat enterotoxiny a toxiny syndromu toxického šoku. Na rozdíl od CA - MRSA je nemocniční kmen zodpovědný za širší škálu onemocnění, postihuje urogenitální trakt, dýchací trakt, kůži a jiné. Kolonizováni jsou v nemocnici často polymorbidní pacienti na JIP a ARO. Riziko kolonizace HA - MRSA zvyšují faktory, mezi

které patří například: kolonizace MRSA, popřípadě přítomnost infekce MRSA v anamnéze nemocného, častý pobyt člověka v nemocničním prostředí (zvláště pak na JIP, ARO), využití domácí ošetrovatelské péče, závažné systémové onemocnění (např. diabetes mellitus), chirurgický výkon a potřeba zavedení katetrů, opakovaná léčba širokospektrými antibiotiky, kontakt s infikovaným či kolonizovaným jedincem a kožní choroby s poruchou integrity kůže.

(Vaculíková, 2011, s. 23 – 25; Vitouš, 2010 s. 2)

2.5.3 LA – MRSA Livestock associated MRSA

Hospodářská zvířata, zvláště pak vepří a telata, jsou nově zdrojem komunitních MRSA, který je v literatuře označován jako LA - MRSA. Je popsána i možnost kolonizace člověka LA - MRSA člověka od osídleného hospodářského zvířete (Karpíšková, 2009 s. 1; Bašná, 2013, s. 35; GOV.UK, 2015).

2.6 MRSA a základní pojmy z mikrobiologie a epidemiologie

Mikrobiologie (mikron = malý, biologia = studium života) je věda zabývající se studiem vlastností a funkcí mikroorganismů ve vztahu k člověku. Základy mikrobiologie pomáhají objasnit procesy infekčních nemocí. Epidemiologie studuje výskyt nemocí v lidské populaci. Zabývá se procesem šíření nákazy a definuje preventivní opatření, která zamezují procesu vzniku a šíření infekčních chorob (Podstatová, 2001, s. 10).

2.6.1 Patogenita MRSA

Staphylococcus aureus je nejvýznamnějším zástupcem z rodu stafylokoků, které mohou být na jedné, straně součástí rezidentní flóry, ale mohou se uplatnit rovněž jako nebezpečné patogeny, které způsobují závažné nemocniční a komunitní infekce. Patogenem se stává jakékoliv agens, které je schopné invaze a vyvolání nemoci. Patogenita neboli choroboplodnost je schopnost agens vyvolat onemocnění. Patogenita mikroorganismu je dána třemi základními faktory. Těmi jsou **invazivita**, která je dána schopností agens překonat přirozené bariéry hostitele při průniku do organismu a pomnožit se v tkáních hostitele. **Toxicita**, ta je dána schopností mikroba poškodit hostitele, a v neposlední řadě **kontagiozita**, jež představuje přenosnost mikrobů mezi různými hostiteli. Je to vlastnost celého druhu mikroorganismů, čili je vlastností druhovou. MRSA je významný především jako nozokomiální patogen, který je schopen rychlého šíření zejména v prostředí, kde jsou hojně užívána antibiotika (Beneš, 2009, s. 8; Bergerová a kol., 2006, s. 3).

2.6.2 Virulence MRSA

Tato vlastnost mikrobů je vlastností individuální, určuje výše zmíněnou patogenitu toho či onoho mikroba. MRSA není virulentnější než *Staphylococcus aureus* citlivý na antibiotika (MSSA). MRSA potřebuje k vyvolání infekce u svého hostitele stejnou dávku bakteriálních buněk jako MSSA. Inokulace (naočkování) dávkou sta zárodků může vést k rozvoji abscesu v ráně (Dancer, 2008, s. 2). Eradiace nebo úplné zničení MRSA je však mnohem komplikovanější záležitostí z hlediska ekonomického kvůli vytvořené rezistenci na antibiotika i některé dezinfekční prostředky. *Staphylococcus aureus* a jeho odolnější forma MRSA jsou biochemicky vyspělé bakterie tvořící řadu látek, jako jsou enzymy a toxiny, které se uplatňují jako faktory virulence (Beneš, 2009, s. 8; Bednář, 1996, s. 194).

2.6.3 Kontagiozita MRSA

Vyjadřuje nebezpečí kontaktu s nakaženým jedincem a míru přenesení infekčního onemocnění na jiného hostitele. MRSA se v nemocnici šíří především prostřednictvím rukou personálu nebo přenášením zdravotnických pomůcek od MRSA pozitivního pacienta k ostatním. Zvýšené riziko přenosu bakterie MRSA je u pacientů kolonizovaných v horních cestách dýchacích za přítomnosti akutního respiračního infektu v přítomnosti vnímavého jedince. Přenos MRSA není vyloučen ani vzduchem za podmínek silně kontaminovaného prostředí (Beneš, 2009, s. 8; Bergerová, 2006, s. 4).

2.6.4 Kolonizace a nosičství MRSA

Kratochvíl (2006, s. 3) s odkazem na zahraniční zdroje literatury uvádí, že: „*Pokud je pacient kolonizován MRSA, pravděpodobnost, že kolonizace přejde v infekci v průběhu hospitalizace z různých příčin, se pohybuje až k 60 %*“ (Kratochvíl, 2006, s. 3).

Kolonizace je stav, kdy je povrchová část těla hostitele včetně vnitřních sliznic (nosní, ústní dutina) osídlena infekčním agens. Kolonizace nepředstavuje poškození hostitele a nezpůsobuje mu nemoc. Opakem kolonizace je dekolonizace hostitele, která se může provádět speciálními dezinfekčními prostředky určenými k tomuto účelu. Nosičství označuje podobný stav jako kolonizace, rozdíl spočívá v tom, že člověk, který je nosičem infekčního agens představuje nebezpečí pro své okolí. Pro nosičství je charakteristické, že infekční agens ulpívá na sliznicích, kůži nebo uvnitř organismu, například v plicích, a je dočasně, periodicky nebo trvale vylučováno do svého okolí. Hostitel samotný v tomto případě nejeví známky nemoci, avšak může infekční agens přenést na jiné osoby a tím jim způsobit onemocnění (Beneš, 2009, s. 8, 197).

Kolonizace MRSA u zdravé populace se pohybuje okolo 1 - 3%. (Pazdiora, 2008, s. 8; Kratochvíl, 2006, s. 3).

2.6.5 Kontaminace MRSA

Kontaminací se rozumí zanesení infekčního agens na povrch nějakého předmětu. Kontaminace je zpravidla záležitostí dočasnou a představuje spíše schopnost mikroorganismu přežít mimo hostitele. MRSA je rezistentní vůči některým druhům dezinfekčních prostředků, především fenolům, snese i vyschnutí a některé negativní vlivy zevního prostředí. Na kontaminovaném předmětu je schopna přežít 7 dní až měsíců. Procesy, které jsou využity k odstraňování MRSA z předmětů a prostředí jsou dekontaminace, dezinfekce a sterilizace (Beneš, 2009, s. 8; Kramer a kol. 2006, s. 5).

2.7 Proces šíření MRSA

Proces šíření nákazy obecně je proces, kdy dochází k přenosu infekčního agens ze zdroje na vnímavého jedince. Tento proces ve společnosti probíhá v komplexu složitých podmínek. Působí zde mnoho společenských faktorů, které ovlivňují cestu patogenu k vnímavému jedinci. (Podstatová, 2001, s. 65).

2.7.1 Zdroj nákazy

Dle doc. Podstatové je zdrojem nákazy vždy živý organismus. V době, kdy tento organismus začne vylučovat etiologické agens do svého okolí, stává se zdrojem nákazy. Může se jednat o zdravého nosiče bez klinických známek infekce, pacienta s klinickými známkami infekce MRSA, chronického nosiče, který prodělal infekci MRSA v nemocničním zařízení. Tento zdroj je považován za velice závažný. Chronický nosič může být kolonizován i v chronických defektech, což představuje značné riziko pro ostatní. Zdrojem infekce může být sám sobě i samotný pacient, potom se hovoří o vzniku endogenní infekce. Vzácně se může jednat také o kolonizované zvíře z řad domácích mazlíčků i hospodářských zvířat (Podstatová, 2001, s. 65-67; Šenkýřová, 2006, s. 250-251; Bergerová a kol., 2006, s. 4; Karpíšková, 2009 s. 1).

2.7.2 Přenos MRSA

Přenos nákazy můžeme definovat jako způsob, cestu dostání se etiologického agens od zdroje nákazy k vnímavému jedinci. Přenos nákazy je na své cestě k vnímavému jedinci ovlivněn faktory, kterými jsou: způsob vylučování agens ze zdroje, rezistence etiologického agens vůči nástrahám zevního prostředí a vstupní brána, kterou agens vstupuje k vnímavému jedinci (Podstatová, 2001, s. 69).

Mechanismus přenosu nákazy se dá podle Podstatové (2001, s. 69-72) dělit do tří základních fází, které musí být splněny pro zdárný proces přenesení nákazy na vnímavého jedince. První fází mechanismu přenosu je vylučování etiologického agens. Další fází mechanismu přenosu je fáze přežívání mikrobů mimo hostitele. Konečnou fází mechanismu přenosu je fáze průniku k vnímavému jedinci. Místo, kterým etiologické agens pronikne do organismu, se nazývá brána vstupu infekce. Mikrob proniká do vnímavého jedince prostřednictvím dýchacího nebo trávicího traktu a kůže při porušení její celistvosti (Podstatová, 2001, s. 69-72; Tuček, 2012, s. 293-298).

Přenos přímý

Přímým přenosem chápeme situaci, kdy dochází k současné přítomnosti zdroje nákazy a vnímavého jedince. Prostup infekčního agens do vnímavého organismu se děje okamžitě po opuštění svého hostitele. Je zde přímý kontakt či styk těchto dvou elementů prostřednictvím kůže či sliznic. V nemocnici se tento způsob přenosu uskutečňuje především rukama personálu. Přímým způsobem může být přenos uskutečněn také líbáním mezi nosičem MRSA a vnímavým jedincem mimo zdravotnické zařízení. Přímý přenos se může udát i kapénkovou cestou. Kapénky, které obsahují bakterie, jsou vylučovány od zdroje, například při mluvení, kašlání, kýchání. V okolí 1 - 1,5 metru od zdroje nákazy je vzduch kontaminován kapénkami, které jsou vmeteny přímo do dýchacích cest vnímavého jedince. Nečastějším přímým přenosem MRSA však zůstává kontakt rukama (Tuček, 2012, s. 295; Podstatová, 2001, s. 72; Janík, 2008, s. 30).

Přenos nepřímý

Nepřímý přenos se uskutečňuje s různě dlouhou prodlevou mezi vyloučením patogenu do okolí a vniknutím do vnímavého organismu. K přenosu infekce dojde nezávisle na přítomnosti zdroje. Nepřímo se nákaza přenáší prostřednictvím tzv. faktoru přenosu. Zde je nutné, aby bylo přítomno kontaminované vehikulum, které obsahuje původce onemocnění. Jsou to předměty denní potřeby a prach apod. (Podstatová, 2001, 69-78; Tuček, 2012 s. 296).

2.7.3 Vnímavý jedinec

Je finálním článkem epidemického procesu. Vnímavým jedincem může být kdokoliv, kdo přijde do styku s infikovaným či kolonizovaným. Obecně se uvádí, že zdravého jedince bakterie MRSA nijak zvlášť neohrožuje. Zvýšené je riziko přenosu bakterie na vnímavé jedince, kteří jsou nějakým způsobem výrazně imunitně oslabeni. Mohou to být lidé po transplantaci, malé děti (především novorozenci a kojenci). Rizikové faktory kolonizace MRSA jsou uvedeny v kapitolách na straně 21-22 (Podstatová, 2001, s. 78-79).

2.7.4 Výskyt MRSA ve vybraných evropských státech

„Projekt nazvaný EARS-Net (European Antibicrobial Resistance Surveillance Network), dříve EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System), zahájený v roce 1999, shromažďuje a analyzuje údaje získané prostřednictvím mezinárodní sítě národních systémů surveillance. Česká republika se těchto aktivit účastní od roku 2000.“ (SZÚ Praha, 2016).

MRSA je považován za jeden z nejvýznamnějších multirezistentních patogenů dnešní doby. Od roku 2000 podléhá kontrole evropského systému pro sledování antibiotické rezistence- EARS-Net. Podle aktuálních dat z roku 2014 jsou z dostupných výsledků sledování výskytu MRSA u izolátů z invazivních infekcí z 28 států EU a EHP, které se do EARS-Net zapojily, patrné značné rozdíly ve výskytu MRSA. Tradičně nejnižší výskyt MRSA je v Nizozemsku, kde je četnost výskytu pod 1%. Výborně jsou na tom také severské země, kde je výskyt MRSA mezi 1 - 5%. ČR patří k zemím s nižším výskytem MRSA (~14%), obdobně jako Velká Británie, Německo, Francie nebo Slovensko, a to mezi 10 – 25%. K zemím s nejvyšším výskytem MRSA patří Itálie, Řecko nebo Portugalsko, kde se výskyt MRSA pohybuje mezi 25 - 50%. Nejhorší je situace v Rumunsku, kde je četnost MRSA vyšší než 50% (SZÚ, EARS-Net, 2016).

3 ASPEKTY ZDRAVOTNÍ PÉČE A MOŽNOSTI PREVENCE MRSA

Rychlý záchyt MRSA a jeho eliminace jsou důležité aspekty péče o MRSA kolonizovaného pacienta. Tomu je věnována prioritní pozornost i v ČR. Jednotlivé státy, které jsou zapojené do EARS- Net mají vytvořené směrnice, které nařizují postup kontroly a monitorace výskytu MRSA. Mimo ČR jsou tyto postupy zavedeny například i v Dánsku, Norsku, Švédsku, Nizozemí, Velká Británii, Francii a jiných. Maďar a kol. (2006, s. 146) uvádí, že zkušenosti z Velké Británie ukazují na to, že pozdější intervence, byť v podobě významných finančních investic, nepřináší významné zlepšení proti časně přijatým efektivním opatřením v oblasti prevence, které byly zavedeny například v Nizozemí nebo skandinávských zemích. V České republice je tento přístup zakotven v zákoně (258/2000 Sb.) o ochraně veřejného zdraví. V roce 2006 vydal SZÚ v časopise Zprávy CEM: „*Doporučený postup pro kontrolu výskytu kmenů Staphylococcus aureus rezistentních k oxacilinu (MRSA) a s jinou nebezpečnou antibiotickou rezistencí ve zdravotnických zařízeních.*“ (Bergerová a kol., 2006, dále jen doporučený postup). Cílem této publikace bylo dát zdravotnickým zařízením určitý návod, jak mají přistupovat k prevenci a kontrole MRSA. Hlavními použitými nástroji v prevenci a šíření MRSA jsou mikrobiologická surveillance, hygiena rukou a izolační režim (Bergerová a kol., 2006 s. 3; Maďar a kol., 2006, 145-146).

3.1 Mikrobiologická surveillance MRSA

Surveillance, česky dohled nebo bdělost, vyjadřuje druh nebo způsob činnosti, kterou sledujeme chování či proces. V medicíně tímto slovem označujeme procesy, pomocí kterých jsou získány informace o určité nemoci v populaci. Vzhledem k MRSA jsou sledovány nejen výskyt bakterie a proces šíření nákazy, ale také podmínky a faktory, které výskyt a šíření MRSA ovlivňují (Bergerová a kol, 2006, s. 9).

3.1.1 Vyhledávání MRSA u pacientů

Aktivní vyhledávání MRSA, skrínig, se při příjmu pacienta do zdravotnického zařízení podle doporučeného postupu v České republice provádí sérií minimálně ze dvou vzorků z nosu, perinea nebo potencionálně infekčních ložisek, a to pokud je pacient: přeložený z rizikových oddělení jako jsou ARO a JIP nebo ze zdravotnického zařízení s vysokým výskytem MRSA. Na JIP a ARO jsou pacienti pravidelně kontrolováni dvakrát až třikrát týdně. U pacienta, který sdílí pokoj s MRSA pozitivním pacientem při sporadickém výskytu MRSA nebo u člověka s prokázaným nosičstvím či prodělanou infekcí MRSA v anamnéze, je

také doporučeno skriningové vyšetření. U pacienta přijímaného k plánovanému operačnímu výkonu v oborech kardiochirurgie, cévní chirurgie, ortopedie a neurochirurgie je dobré provést vyšetření na MRSA a dekolonizaci pacienta před samotným přístupem k operaci. U pacientů s prokázaným výskytem MRSA se kontrola provádí individuálně dle potřeby a aktuálního zdravotního stavu kolonizovaného pacienta (Bergerová, 2006, 4-5; Mađar a kol., 2006, s. 141).

V Nizozemí byla zavedena strategie „**Najdi a znič**“. Tato strategie spočívá v tom, že každý, kdo má riziko výskytu kolonizace MRSA, je po přijetí umístěn do karantény, kde je do doby, než se prokáže jeho pozitivní či negativní výsledek kolonizace MRSA. Pokud se u takových pacientů kolonizace prokáže, jsou umístěni v izolaci až do doby, kdy se stanou MRSA negativními (Schneiderová, 2008, s. 11-15; Hartman – Rico, 2012, s. 1).

3.1.2 Vyhledávání MRSA u zdravotnického personálu

Pokud je nakažen někdo ze zdravotnického personálu, dá se hovořit o chronickém nebo přechodném nosičství. Zdravotník, který je takto postižen, musí během výkonu epidemiologicky rizikových činností používat ochranné pomůcky a striktně se vyvarovat kontaktu nosu rukama. V České republice se dle doporučeného postupu skrining na MRSA u personálu rutinně neprovádí, naopak je tomu v některých jiných státech. V případě epidemického výskytu se MRSA monitoruje u personálu ve Velké Británii, Francii, Nizozemsku, Chorvatsku, Německu a Itálii. V Dánsku a Norsku se provádí skrining na MRSA u každého, kdo se podílel na ošetřování MRSA pozitivního pacienta. V případě MRSA pozitivity je doporučena dekolonizace. V Dánsku je prokázané MRSA nosičství důvodem k pracovní neschopnosti. Zdravotník se může vrátit ke své profesi po dekolonizaci a třech negativních výsledcích mikrobiologických stěrů. Stejný způsob funguje i v Nizozemsku a Velké Británii. Dekolonizace personálu osídleného MRSA je doporučen v Chorvatsku, Norsku, Nizozemí, Dánsku a výběrově je dekolonizace MRSA doporučována v Německu, Švédsku, Velké Británii, Francii a Rakousku (Bergerová, 2006, s. 5; Schneiderová, 2008 s. 23-24).

3.1.3 Způsob hlášení a vedení registru MRSA

Údaj o MRSA pozitivitě může dle doporučeného postupu pocházet z mikrobiologické laboratoře, nebo může být nalezen v předchozí lékařské dokumentaci přijímaného pacienta. Data o MRSA pozitivitě jsou vedena v příslušné krajské hygienické stanici v registru MRSA. Registr pacientů s MRSA také vedou jednotlivá zdravotnická zařízení (Bergerová a kol., 2006 s. 6).

3.2 Hygiena rukou

V nemocnici se MRSA šíří hlavně prostřednictvím rukou zdravotnického personálu nebo mezi pacienty navzájem. Prevence je v procesu šíření MRSA velice důležitá. Je to snaha přerušit cestu mezi zdrojem nákazy a vnímavým jedincem. Hygiena rukou je účinná zbraň, kterou je možné použít v boji proti MRSA v nemocničním i domácím. Významným globálním počinem v boji proti infekcím v nemocnicích po celém světě, ke kterým patří i přenos a šíření MRSA, se stalo uvedení celosvětově první globální výzvy ke zvýšení bezpečnosti pacientů prostřednictvím hygieny rukou. Tato směrnice byla zavedena do praxe v roce 2009 prostřednictvím WHO. Součástí této směrnice je i doporučený přístup „Hygiena rukou v pěti situacích.“ Hygiena rukou je takto doporučena před a po kontaktu s pacientem a jeho okolím, před aseptickým výkonem a po riziku expozice tělními tekutinami (SZÚ, 2016, s. 37)

V ČR je správný způsob mytí a dezinfekce rukou ukotven ve věstníku (MZ ČR částka 5/2012), kde je upravena doba, způsob užitého mytí a dezinfekce rukou. Mycí přípravky, které se používají v českých zdravotnických zařízeních, podléhají normě, kterou stanovuje zákon č.120/2002 Sb., o podmínkách uvedení přípravků určených k tomuto použití na český trh. Tyto přípravky musí zároveň splnit státní normy ČSN EN 1449, 1500. Výše uvedený věstník také udává pokyny k provádění hygieny a dezinfekce rukou. Mimo jiné věstník omezuje nošení šperků ve zdravotnickém zařízení a stanovuje předepsanou délku nehtů zdravotníků. Veškerý zdravotnický personál, který se podílí na péči o MRSA pozitivního pacienta, musí důsledně provádět hygienickou dezinfekci rukou vhodným alkoholovým dezinfekčním přípravkem, který má účinnost na MRSA. Tato činnost je všeobecně v rámci ošetrovatelské péče základním pilířem úspěchu v prevenci přenosu infekčních agens a nevztahuje se jen na pacienty s prokázanou infekcí, ale na všechny. Dle studie prof. Kampfa z roku 2008 se jako úspěšná ukázala metoda „*Odpovědného přístupu*“. Zde je zdravotníkem vtíráno dostatečné množství dezinfekčního přípravku po dobu 30 sekund tak, aby byla dostatečně smočena všechna místa na ruce (s důrazem na konečky prstů), která bývají nejvíce

náchylná k osídlení mikroorganismy, a palce, které se podílejí na úchopu ruky a přicházejí do styku s pokožkou pacienta. Dle závěrů studie je tato metoda ve své podstatě jednoduchá, ale účinná (Vytejšková a kol. 2011, s. 68-69; MZ ČR 5/ 2012).

3.3 Izolace MRSA pozitivního pacienta

Izolace pacienta je v ČR rovněž definována zákonnou normou, a to v č. 258/2000 Sb., který byl v roce 2015 novelizován a od 1. 4. 2016 vstoupil v platnost jako zákon č.267/ 2015 Sb. Zdravotnické zařízení má vlastní vnitřní předpis, který stanovuje vlastní režimová pravidla. Obvykle je pacient izolován od ostatních v rámci daného oddělení, pokud není izolační režim možný a pacient může být hospitalizován v rámci nemocnice na infekčním oddělení, kam je umístěn. Pohyblivý pacient by měl mít k dispozici vlastní hygienické zařízení, pokoj musí být řádně označen. Izolační režim, který platí pro pacienty s MRSA je obvykle označen „C“, kontaktní přenos. Dveře do izolačního pokoje musí být stále uzavřeny. Pacient má vyčleněny pomůcky jako jsou teploměr, fonendoskop, tonometr, podložní mísu a jiné. Na pokoji je umístěna dekontaminační nádoba s víkem a označením MRSA. Tyto pomůcky podléhají důsledné dezinfekci a sterilizaci a zůstávají na pokoji pacienta. Pacient s MRSA pozitivitou je ošetřován na závěr pořadí a pokud je to možné, veškerá péče se provádí na pokoji pacienta. Zákon uvádí, že před izolačním pokojem by měla být umístěna samolepící fólie. Personál je povinen používat ochranné osobní pracovní pomůcky, které jsou umístěny na stolku před vstupem do pokoje pacienta. Stolek s ochrannými pomůckami obsahuje jednorázový plášť, rukavice, čepici, ústenku, návleky na obuv a dávkovací pumpu s dezinfekcí. Infekční odpad a použité pomůcky se likvidují přímo na pokoji pacienta a nevynáší se z izolačního pokoje. Během celého průběhu hospitalizace pacienta s MRSA je nutné provádět důkladný úklid pomocí přípravků s účinností MRSA. Pomůcky, které musí být vyneseny z izolačního pokoje, nádobí apod. jsou odneseny až po jejich dezinfekci. Pokud je pacient chodící, je omezen jeho pohyb mimo pokoj na minimální možnou míru. Návštěvy jsou povinné dodržovat stejná zavedená opatření jako ostatní vstupující na pokoj pacienta. Za dodržování zásad je dle doporučeného postupu odpovědný ošetřující lékař pacienta. Izolace pacienta může být ukončena po třech negativních výsledcích mikrobiologických stěrů na MRSA, jdou-li provedeny s odstupem alespoň 24 hodin mezi jednotlivými stěry (Bergerová, 2006 s. 6; MZ ČR č. 258/2000 Sb., částka 74, str. 3622-3662).

3.4 Léčba MRSA

V doporučeném postupu je uvedeno, že: „*Eradikace chronického nosičství MRSA v pravém slova smyslu je nepravděpodobná z hlediska dlouhodobé účinnosti. Dosud známé prostředky a postupy umožňují ve většině případů pouze částečnou a časově omezenou eliminaci MRSA. Pokus o krátkodobou dekolonizaci pacienta je doporučen pouze, pokud je pacient s MRSA indikován k rizikové proceduře, jako je například chirurgický výkon*“ (Bergerová a kol., 2006, s. 7).

Zásadně není doporučeno pacienta s MRSA léčit celkovou preventivní antibiotickou léčbou. Celkově velice nákladná je léčba rozvinuté infekce MRSA. V nemocnici fakultního typu činily celkové náklady na léčbu pacienta s komplikovaným průběhem infekce MRSA v roce 2014 6,7 milionu korun. Infekce MRSA také prokazatelně prodlužuje léčbu pacienta a může být spojen s vysokou mortalitou. Podle zprávy o MRSA z nemocnice fakultního typu z roku 2014 byla průměrná délka hospitalizace pacienta s infekcí MRSA prodloužena z 15,6 dní na 62,5 dne. (Bergerová, 2006, s. 3; Hobzová, 2015 s. 2)

3.5 Dekolonizace MRSA

„*Zkušenosti z vyspělých zemí ukazují, že plošné testování všech rizikových pacientů, kteří jsou přijímáni, izolováni, testováni a následně dekolonizováni, vede k poklesu výskytu bakteriemi MRSA až o desítky procent.*“ (Maďar a kol, 2006, s. 140).

Celotělová dekolonizace může být dle některých zdrojů využitelná i v domácím prostředí. Výsledky některých studií z nemocničních zařízení poukazují na to, že když jsou MRSA osídleny části těla jako je kůže, sliznice úst nebo nejčastěji se vyskytující kolonizace MRSA na sliznici nosu, je tato metoda na jedné straně účinná a na druhé nezatěžující organismus pacienta. Vždy je třeba zvážit indikaci a vhodnost přípravku podle místa použití. Je třeba používat prostředek, který má vysokou účinnost a zároveň je šetrný ke tkáním dekolonizovaného pacienta. Pro úspěch celého procesu je důležité, aby byly dodržovány určité postupy. Vždy záleží na jednotlivém případě. Všeobecně platí, že nejdřív jsou dekolonizovány chronické rány a poté se přistupuje k dekolonizaci zbylých částí těla. Součástí procesu dekolonizace pacienta je i dekontaminace osobních věcí nemocného nebo použití jednorázových pomůcek. Při celotělové dekolonizaci se nejprve přistupuje k dekolonizaci vlasů, důležitá je i doba působení jednotlivých přípravků, které jsou součástí příbalových letáků. Nos je vytírán po předchozím vyčištění štětičkou namočenou v gelu, který je k tomuto účelu doporučen. Uši je možné vyčistit rovněž štětičkou s přípravkem v podobě dekolonizačního roztoku. Ústa je možné kloktat. K dekolonizaci celého těla se používají roztoky, pěny nebo mýdla. Celotělovou dekolonizaci je možné provádět během sprchování a

prostředek se doporučuje nechat působit po dobu třech minut. Stručný přehled dezinfekčních přípravků vhodných k dekolonizaci MRSA je uveden v příloze B (Škodová, 2012, s. 17-23).

Pokud je dekolonizace prováděná v rámci hospitalizace, podléhá takzvanému dekolonizačnímu protokolu. Neméně jednou denně je potřeba provést celotělovou dekolonizaci včetně vlasů, třikrát denně se provádí dekontaminace postižených sliznic, jako je nos, uši a krk. Rány, které jsou kontaminované MRSA se ošetřují pomocí prostředků s účinností na MRSA a jsou řádně překryty. Dekolonizace pacienta se v nemocnici provádí po dobu pěti dní a dekolonizační protokol se vede až do doby tří za sebou jsoucích negativních výsledků MRSA. Odstup mezi jednotlivými mikrobiologickými stěry by měl činit tři až čtyři dny, některé zdroje uvádějí minimální rozestup mezi stěry dvacet čtyři hodin (Maďar a kol., 2006, s. 143).

3.6 Propuštění pacienta kolonizovaného MRSA do domácího prostředí

Všeobecně je doporučeno propustit MRSA pozitivního pacienta do domácího prostředí, jakmile mu to jeho zdravotní stav dovolí. Ošetřující lékař zapisuje nález o MRSA pozitivitě do propouštěcí zprávy a pacient je poučen o případných režimových opatřeních, minimálně o doporučení informovat o své MRSA pozitivitě při opakovaném příjmu do zdravotnického zařízení a na ostatních místech ambulantní péče. I při poskytování další ambulantní péče je nutno dodržovat zásady bariérové péče včetně všech opatření zabraňující šíření MRSA. V doporučeném postupu je uvedeno, že: „*Hospitalizace pacienta s MRSA musí být ukončena co nejdříve, jakmile to jejich zdravotní stav dovolí, aby byl, co nejrychleji eliminován potencionální zdroj infekce pro další nemocné.*“ (Bergerová, 2006 s. 7).

II PRAKTICKÁ ČÁST

VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaké informace obdrželi nemocní kolonizovaní MRSA od zdravotníků?
2. Jaké zásady chování dodržují nemocní kolonizovaní MRSA v domácím prostředí?
3. Jaké problémy a změny přináší MRSA do života nemocných?

4 METODICKÝ RÁMEC KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU

4.1 Kvalitativní výzkum

Jak uvádí Hendl s odkazem na Creswella: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“

(Creswell, 1998, s. 12).

Kvalitativní výzkum se může zabývat malým vzorkem zkoumaných osob, avšak umožňuje výzkumníkovi prozkoumat daný jev více do hloubky. Jde o nenumerické šetření, pracuje se hlavně se slovy. Účastníci výzkumného šetření, participanti, spolupracují s výzkumníkem a jsou obecně nazýváni informátoři. Kvalitativní druh výzkumu je zvolen hlavně proto, že se výzkumník snaží odhalit zkušenost s určitým jevem. V tomto případě s bakterií MRSA a pobytem v domácím prostředí. Podle Hendla (2005, s. 50) si v typickém případě výzkumník, který uplatňuje kvalitativní přístup ke zkoumanému jevu, na začátku zvolí téma a určí výzkumné otázky. Kvalitativní výzkum ovšem umožňuje úpravu výzkumných otázek během vlastního šetření, dává možnost měnit otázky během sběru a analýzy kvalitativních dat podle jejich aktuálního vývoje a charakteru. Díky tomu je také kvalitativní výzkum považován jako pružný typ výzkumu. Protože oblast, která je předmětem tohoto kvalitativního zkoumání, je ze strany výzkumníka považována za oblast dosud neprozkoumanou, je tento fakt jedním z důvodů, proč byl zvolen (Plevová II, 2011 s. 216-217; Hendl, 2005, s. 50).

Doc. Kutnohorská uvádí: „*Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování.*“

(Kutnohorská, 2009, s. 22)

4.2 Výzkumný vzorek

Hlavním informátorem a stěžejním účastníkem studie na dané téma se stala žena, se kterou výzkumník strávil nejvíce času. Jedná se o záměrně vybranou osobu, která slouží jako reprezentant problému a představuje zkoumaný fenomén. Tato žena byla vybrána v rámci vzorkování metodou volby kritického případu. Jak uvádí Hendl s odkazem na Patton: „*Ta umožňuje logické zobecnění a maximum aplikace informací na další případy, protože, co platí pro tento případ, platí pravděpodobně i pro ostatní.*“ (Hendl, 2005, s. 154).

Dalšími informátorkami jsou ženy, které vyhovují podmínkám výběru v rámci kriteriálního vzorkování a tvoří tzv. verifikační skupinu případů. Výběr vzorku byl ukončen saturací opakujících se dat od jednotlivých informátorek (Hendl, 2005, s. 154).

Výsledným předmětem výzkumného šetření jsou tedy tři ženy se stejným zdravotním problémem, ve věku 40 - 79 let. Další kritéria (mimo ženského pohlaví) byla: vzdělání (minimálně středoškolské), dobrý sociální status účastnic, kolonizace MRSA nebo její potvrzení v anamnéze, MRSA negativní výsledky nejdéle měsíc v čase uskutečnění rozhovoru.

4.3 Užití metody a techniky

Platnost získaných kvalitativních dat byla podpořena metodologickou triangulací použitých technik a metod sběru dat v jednotlivých případech. Triangulaci můžeme taktéž chápat, jak uvádí Chrastina (2013, s. 86) s odkazem na Winche (2000, s. 40), jako přístup k výzkumné realitě. Dá se tomu porozumět tak, že jsou zvoleny k získávání dat různé metody. V předkládané kvalitativní studii je to v případě vstupního případu metoda případové studie, kde jsou data získávána pomocí pozorování, polostrukturovaného interview doplněného studiem dokumentace. Jednotlivé zvolené metody a techniky, které byly v rámci kvalitativního výzkumu použity, a důvody, proč jsou užity, jsou popsány v dalších kapitolách (Chrastina, 2013, s. 86).

4.3.1 Metoda případové studie

Základním přístupem v případě vstupního případu je výzkum pomocí případové studie. Tento přístup umožňuje výzkumníkům detailněji prozkoumat zvolený případ za předpokladu, že podrobným popisem zvoleného případu snadněji porozumíme těm ostatním (Hendl, 2005 s. 103-104).

Jak uvádí doc. Kutnohorská: „*Metoda případové studie umožňuje realizovat výzkumy v přirozených podmínkách, to znamená v přímém kontaktu s prostředím, v němž zkoumané osoby momentálně žijí*“ (Kutnohorská, 2009, s. 76 - 77).

Použitá případová studie má v kontextu celého výzkumu tuto navrženou strukturu:

- **Anamnéza** – popis stávajícího stavu účastníka studie.
- **Katamnéza** – vlastní popis případu obohacený citacemi zkoumané osoby.
- **Analýza a interpretace dat** – dle Hendla (2005, s. 225) je to umění spočívající ve zpracování dat, které dává smysl a užitek při hledání odpovědí na výzkumné otázky, přičemž samotná smysluplnost je určena tím, co výzkumník zkoumá. Jednotlivé zvolené metody analýzy a interpretace budou popsány v samostatné kapitole nazvané analýza a interpretace dat a výsledků.
- **Vyhodnocení případové studie.**

Výsledky případové studie se formují během celého průběhu sběru dat k případové studii. Analýza kvalitativních dat začíná již jejich sběrem (Hendl, 2005, s. 225).

Ke sběru dat byly využity specifické metody a techniky, kterými jsou pozorování a rozhovory.

4.3.2 Pozorování

Představuje nejstarší a neznámější techniku získávání dat, bývá samozřejmou součástí mnoha výzkumných akcí kvalitativního charakteru. Dává výzkumníkovi možnost zjistit, co se ve skutečnosti v rámci zkoumaného jevu skutečně děje. V daném výzkumu si pozorovatel – výzkumník všiml především chování lidí v jejich přirozeném prostředí. Prostřednictvím pozorování jsou získaná data obohacena o popis zkoumané osoby a jeho okolí. Dle Hendla (2005, s. 193) je zúčastněné pozorování považováno za nezastupitelné, využívá se mimo jiné i v případových studiích (Kutnohorská, 2009, s. 35; Hendl, 2005, s. 193).

4.3.3 Rozhovor – interview

Rozhovor chápeme jako přirozený prostředek mezilidské komunikace. Je považován za jednu z nejstarších a nejčastějších metod získávání informací v lidské společnosti.

Hendl (2005, s. 166) zmiňuje: „*Není nutné zdůrazňovat, že vedení kvalitativního rozhovoru je uměním i vědou zároveň.*“

Po prostudování publikací a vzhledem k absenci předchozích zkušeností s touto činností v rámci výzkumného šetření byla výzkumníkem zvolena forma polostrukturovaného interview. Termínem interview se rozumí rozhovor, který je moderovaný a uskutečňovaný v rámci konkrétního cíle výzkumné studie (Hendl, 2005, s. 166).

4.3.4 Polostrukturovaný rozhovor - interview

V rámci přípravy rozhovoru umožňuje volba polostrukturované formy interview připravit si předem témata a otázky, které budou s informantem probrány (viz. Příloha C). Pro výzkumníka tvoří toto schéma jakousi pojistku, že budou získány všechny odpovědi, které výzkumník potřebuje. Témata jsou předem daná a uspořádána ve vhodném, pro výzkumníka logickém, pořadí tak, aby bylo zároveň získáno co nejvíce informací, které pomohou odpovědět na výzkumné otázky, a ty povedou k naplnění cílů studie. Je na tazateli, jaký postup v pořadí otázek zvolí, polostrukturovaná forma interview dává možnost přizpůsobovat pořadí otázek v závislosti na vývoji situace během rozhovoru. Existuje šest základních typů otázek. Pro potřeby tohoto rozhovoru, byly použity například otázky o zkušenostech nebo

chování, pocitech, znalostech, vnímání určitých jevů. Některé otázky byly ryze anamnestické a jsou interpretovány během anamnézy případové studie a úvodních charakteristik informátorů verifikační skupiny (Hendl, 2005, s. 167 - 174).

4.3.5 Použité techniky transkripce rozhovoru

Transkripce je vyjádřen proces převodu verbální komunikace na písemnou formu. Přepis rozhovorů je časově náročný, avšak zároveň nutný pro podrobné vyhodnocení dat. Umožňuje další práci s kvalitativními daty. Pro potřeby tohoto kvalitativního výzkumu je užitá metoda doslovné transkripce. Pomocí těchto dvou uvedených technik sběru dat, pozorování a polostrukturovaných rozhovorů, a jejich doslovné transkripce jsou získána data od všech účastníků kvalitativního výzkumu, a to od vstupního případu i verifikačních případů kvalitativní studie.

4.3.6 Použité metody analýzy a interpretace dat během kvalitativního výzkumu

Tematická analýza

Všeobecně se uvádí, že během kvalitativního výzkumu dochází k primární analýze dat již během samotného sběru. Získaná data jsou uchovávána a dále organizována. Segmenty dat a jejich kódování nám umožňují data popsat. Analýza spočívá ve vyhledávání určitých prvků, které umožní výzkumníkovi nalézt odpovědi na výzkumné otázky. Kód je určitý symbol, který přiřazujeme vybraným úsekům dat. V tomto případě je to například kategorie osobnost, kód vzdělání, či koníčky. Během analýzy dat vstupního případu je užitá také metoda poznámkování. Poznámky neboli komentáře představují to, co výzkumník napadne při sběru dat nebo jejich analýze. Jak zmiňuje Hendl (2005, s. 207) zobrazení dat pomocí tabulek považují Miles (1927- 1996) a Huberman (1939-2001) za významný prvek, jelikož kvalitativní data jsou rozsáhlá a postrádají strukturu. Výzkumníkovi jde v tomto případě o zvolení vhodné techniky interpretace dat podávající ucelený pohled na tento případ v celém jeho kontextu. V případě vstupního případu celé studie se tedy jedná se o zobrazovací metodu komentované segmentace transkripce rozhovoru obohacené o vlastní pozorování vybraných dějů, které se vztahují k výzkumným otázkám. Další užitou metodou a analýzou je interpretace dat pomocí ošetřovatelských diagnóz Nanda International 2015-2017. Ošetřovatelské diagnózy byly využity i pro to, že výzkumné téma je výzkumníkem považováno za ošetřovatelské. Tato metoda analýzy a interpretace dat je užitá v případě zpracování vstupního případu paní Kláry (Hendl, 2005, s. 207).

Analýza časové řady

Dalším způsobem analýzy a zobrazování dat je analýza časové řady rozhovoru. Ta slouží k dokumentování chronologie vybraných segmentů transkripce přiřazenými kódy a je využita nejen v případě vstupního případu, ale i verifikační skupiny (Hendl, 2005, s. 235).

4.4 Etické aspekty kvalitativního výzkumu

Na začátku rozhovoru byl zajištěn ústní souhlas s nahráváním rozhovoru. Jedná se o pasivní souhlas, který nevyžaduje podpis účastníka. Jednotlivé účastnice byly předem informovány o průběhu výzkumu a o hlavním tématu kvalitativní studie. Některá fakta, například co bude nejvíce zkoumáno, byla účastnicím úmyslně zatajena a odhalena až na konci výzkumu. Tazatel toto jednání pokládal za velice přínosné, aby nebyly odpovědi jednotlivých informátorek ovlivněny předchozí přípravou. Jednalo se o zajištění bezprostřednosti odpovědí na daná témata. Důležitou součástí etiky výzkumu byla anonymita účastnic. Informátorky byly ujištěny o skryté identitě. Pasáže textu, které nechtěly informátorky zveřejnit jako například místo, kde se jednotlivé příběhy odehrávaly, jsou označené písmeny XX během jednotlivých transkripcí rozhovorů (Hendl, 2005, s. 155).

5 VLASTNÍ KVALITATIVNÍ STUDIE

5.1 Případová studie Klára

Kvalitativní šetření s paní Klárou mělo dlouhodobější charakter a zajímavý průběh. Původně jeden rozhovor byl obohacen po šesti měsících o druhý, a to z důvodu vývoje případu paní Kláry týkající se MRSA positivity. Paní Klára byla ochotná podělit se o další zkušenosti s MRSA kolonizací i proto, že po osmi měsících je MRSA negativní. „*Byla bych ráda, kdyby se ostatní dozvěděli, jak jsem se toho zbavila!*“ Na začátku šetření byla paní Klára MRSA pozitivní a jako taková byla výzkumníkem pozorována během vzájemných setkání u ní doma, v jejím přirozeném prostředí. Byla to možnost posoudit, zda doma dodržuje nějaká speciální hygienická pravidla. Časová linka byla doplněna pomocí fakt, která jsou obsažena ve zdravotní dokumentaci paní Kláry, kterou má doma. Studium zdravotní dokumentace proběhlo se souhlasem paní Kláry v její přítomnosti.

5.2 Anamnéza

Paní Klára je aktivní 79 letou seniorkou, která je již 25 let v důchodu. Předtím pracovala celý život jako dietní sestra a práci ve zdravotnictví měla velmi ráda. Biologicky i mentálně se jeví mladší, než ve skutečnosti je. Je 20 let vdova, maminka dvou synů, babička pěti vnoučat a prababička čtyř pravnoučat. Od smrti manžela žije sama, je v úzkém kontaktu s rodinou. Paní Klára se léčí s cukrovkou, toho času na PAD. Dlouhodobě je sledována v kardiologické poradně. V roce 1994 prodělala IM a v roce 2010 se podrobila léčbě nádorového onemocnění prsu. V roce 2014 prodělala kardiochirurgickou operaci. Paní Klára je aktivní žena důchodového věku, která má ráda přírodu a jízdu autem.

5.3 Katamnéza

MRSA pozitivita se u paní Kláry projevila po kardiochirurgické operaci, které se podrobila v roce 2014. „*Slovo MRSA jsem poprvé slyšela od lékaře na JIP po operaci, měla jsem problémy s dýcháním a po čtyřech dnech mne přeložili na standardní oddělení s tím, že mám nějakou bakterii v plicích.*“ MRSA byla opakovaně kultivována z dýchacích cest. Paní Klára byla z nemocnice propuštěna po třech týdnech do domácího prostředí. Po celou dobu hospitalizace od zjištění MRSA byla ošetřována v izolaci. „*Byla jsem ze začátku zmatená z toho, že ke mne musí všichni v ústence, měla jsem vnitřní pocit, že ústenku bych měla nosit já*“. Během pobytu na JIP se paní Kláře vytvořil dekubitus v sakrální oblasti. MRSA byla opakovaně kultivována z dýchacích cest a následně po měsíci prokázané kolonizace dýchacích cest z oblasti dekubitu o velikosti 6 x 8 cm, který byl ošetřován v rámci domácí

péče a poté během následné hospitalizace pacientky ve spádové nemocnici. Léčba dekubitu byla dlouhodobá a pro paní Kláru velmi psychicky náročná, trvala 5 měsíců. Paní Klára byla po dobu své MRSA positivity opakovaně léčena antibiotiky bez zjevného efektu na MRSA. V důsledku toho trpí, podle svých slov, dlouhodobým oslabením, má časté záněty močových cest. *„Léky mi opakovaně předepisovala doktorka z poradny, kam pravidelně chodím, měsíc jsem měla brát dlouhodobě biseptol, ke konci jsem ho už nevyzvedávala a recepty jsem vyhodila, měla jsem pocit, že nechci brát stále vysoké dávky biseptolu bez úspěchu, MRSA u mne byla stejně“*. Paní Klára byla v průběhu MRSA kolonizace opakovaně hospitalizována na interním oddělení pro chronickou bronchitidu. Během období, kdy byla MRSA pravidelně kultivována ze sputa, měla pacientka chronický produktivní kašel. Při poslední hospitalizaci pro akutní bronchitidu, která proběhla devět měsíců od zjištění, že je paní Klára MRSA pozitivní, byla hospitalizována ve spádové nemocnici. MRSA negativní jsou u pacientky kultivace ze sputa po bronchoskopii s laváží, které se podrobila pro těžkou bronchitidu osm měsíců po nález MRSA. Pacientka sama si spojuje tento výkon s jejím vyléčením a dekolonizací MRSA.

5.4 Analýza a interpretace dat a prezentace výsledků

5.4.1 Analýza časové řady rozhovorů

Lékař → JIP → **Izolace** → **Nedostatečné informace** „*Informace na draka*“ → **Zájem o doplnění informací** → „*Chtěla jsem vědět, jak se to léčí a jak se toho zbavím*“ → **Izolace** → „*Byla jsem ze začátku zmatená, že ke mně musí všichni v ústence, měla jsem pocit, že bych ji měla nosit já*“ → **Nedostatek informací** → „*Připadalo mi, že před tím každéj strká hlavu do písku*“ → **Snaha o doplnění informací** → „*Jsmo dokonce volali na krajskou hygienu*“ → **Rozporuplnost informací** → „*Nejdřív, že nic a pak že ke mně nemaj chodit děti*“ → **Vnitřní hněv** → „*To mě pěkně štválo*“ → **Beznaděj** „*To jsem si neuměla představit*“ → **Strach v rodině** → „*Všechny to docela začalo děsit*“ → **Snaha o doplnění informací členy rodiny** → „*Děti hledaly na internetu*“ → **Absence písemné formy informací při propuštění** → „*Jen mi tak něco málo řekli*“ → **Strach z přenosu** → „*Ale my se báli, že to chytí ostatní*“ → **Znalosti** → **Přenos MRSA** → „*No tak asi se to může kontaktem nebo kašlem*“ → **Změny chování doma** → „*Mám pocit, že musím něco taky dodržovat, když to dělají oni*“ → **Zvýšená hygiena** → **Mytí rukou** → „*Snažím se víc si mejt ruce*“ → **Dezinfekce rukou** → „*Tu sem si obstarala v nemocnici, podle toho, co měli tam*“ → **Úklid s dezinfekcí** → „*Otírám hlavně záchod*“ → **Omezený kontakt** → „*No a líbání a blízky kontakt s nikým nemám*“ → **Změny chování členů rodiny** → „*Ale s dětma je to těžký, říkat jim, to nesmíš, nebo tak*“ → **Kašel** „*Tak nevím, ale mám takovej kašel*“ → **Léky na MRSA** „*Beru dlouhodobě biseptol*“ → **Zdravá strava** → „*Jím taky ovoce a hodně zeleninu a vitamíny*“ → **Kontrolní testy** → „*No ano, zase jsem dávala sputum*“ → **Strach** → „*Mám strach, abych to někomu nepředala*“ → **Omezený kontakt** → „*Když je vidím, tak nejdu tak blízko jako dřív*“ → **Zdravotní problém** → **Zimnice** → **Horečka hospitalizace** → **Izolace** → „*MRSA byla i v tom dekubitu*“ → **Antibiotika** → „*Dostávala jsem šíleně drahý antibiotika do žíly*“ → **Pozitivní MRSA** → „*Doktor říkal, že stály majlant, ale na nic*“ → **Informace písemnou formou** → „*V nemocnici mi dali tyhle lejstra*“ → **Snaha o chování dle informací poskytnutých písemnou formou** → „*Jsem si říkala, že když mám tu MRSU a v nemocnici jsem vždycky sama, tak bych měla být sama i láních, že bych neměla být s oslabenými lidmi*“ → **Negativní zkušenost s informováním o své MRSA pozitivě ve ZZ** → „*On mi řekl, že ho to teď nezajímá a že až to bude chtít vědět, tak se zeptá a už se k tomu nevrátil, tak už na ně kašlu*“ → **Kašel** → **Teploty** → **Hospitalizace** → „*Tam mi pan primář nabídl, jestli jsem ochotná se podrobit bronchoskopii*“ → **Kontrolní testy** → **MRSA negativní**.

5.4.2 Tabulka 1 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma OSOBNOST

Téma 1 OSOBNOST	Segmenty transkripce rozhovoru č. 1 paní Klára	Poznámky tazatele Výsledky	Pozorování Výsledky
Vzdělání Koníčky Rodina Vztahy	„ Kolik je Vám let? “ „ <i>Bude mi 79 let.</i> “	Paní Klára je zdravotník v důchodu. Celý život se pohybovala ve	Paní Klára vypadá na první pohled mladší, než ve skutečnosti je. Její postava je malého vzrůstu, obézní. BMI je 33.3. Má šedé krátce střižené vlasy. Je čistě a pohodlně oblečena. V jejím obličejí nejsou patrné téměř žádné vrásky. Působí velice milým dojmem.
	„ Mohla byste mi říci, jaké je Vaše vzdělání a kde jste pracovala? “ „ <i>Celý život jsem pracovala ve zdravotnictví, vystudovala jsem střední zdravotní školu (...).</i> “	zdravotnické oblasti, není laik , i když je již dlouho v důchodu. Data zařazena do kategorie osobnost , z důvodu důležitosti v oblasti pochopení problematiky MRSA ze strany paní Kláry.	
	„ Co děláte ráda ve volném čase? “ „ <i>(...) volnej čas ráda trávím v přírodě (...). Jo a jsem vášnivý řidič.</i> “	Paní Klára je aktivní a pokrokový senior, miluje přírodu. Má ráda pohyb navzdory své postavě a věku. Ve svých letech s oblibou řídí auto. Na	
	„ Zmínila jste syna, máte ještě další děti? “ „ <i>(...) Tak mám dva kluky, pět vnoučat a čtyři pravnoučata.</i> “	rozdíl od některých svých vrstevníků je plně soběstačná, má velkou rodinu, kde panují, jejích slov výborné vztahy.	

5.4.3 Tabulka 2 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma INFORMACE

Téma 2 INFORMACE	Segmenty transkripce rozhovoru č. 1 paní Klára	Poznámky tazatele výsledky
Jak, kdo, kdy	„(...)jak jste se poprvé dozvěděla o MRSA?“ „ <i>Slovo MRSA jsem poprvé slyšela od lékaře na JIP po operaci (...) ale ze začátku to byly takový informace na draka, nic moc mi neřekli.</i> “	Paní Klára ve své odpovědi uvádí, že během hospitalizace, kde se dozvěděla, že je MRSA pozitivní, jí podal informace o této bakterii ošetřující lékař. Z jejich slov je patrné, že informace pro ni byly postupem času nedostatečné, udává, že v podstatě ví o problémech, které jsou spojené s odolností této bakterie na antibiotika, ale podle mého názoru si plně neuvědomuje, jaká rizika s sebou tento fakt může přinášet. Její první reakce je závislá na nedostatku informací a nevědomosti o všech úskalích, které se mohou vázat na MRSA. Paní Klára udává možnost určitého rozporu v podávaných informacích ze strany odborníků. Opakovaně si stěžuje na nedostatek poskytnutých informací.
Vědomosti	„Víte, čeho je to zkratka, MRSA?“ „ <i>Přesně Vám to teď neřeknu, ale je to odolnej bacil a nejsou na něj antibiotika.</i> “	
Reakce	„Jaká byla Vaše první reakce na zprávu, že máte MRSA?“ „ <i>Nevěděla jsem, co si o tom mám myslet (...), ale chtěla jsem vědět, jak se to léčí a jak se toho zbavím.</i> “	
Nedostatek informací	„A pochopila jste z dostupných informací, zdali jste nebezpečná svému okolí?“ „ <i>No tak nějak jsem spíš nevěděla, informace byly spíš takové, že to ničemu nevadí a nic se neděje, ale v nemocnici nebezpečná jsem, když jsem musela být oddělená.</i> “	

5.4.4 Tabulka 3 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma INFORMACE

Téma 2 INFORMACE	Segmenty transkripce rozhovoruč.1 Paní Klára	Poznámky tazatele Výsledky
<p>Negativní reakce okolí</p> <p>Nedostatek informací</p> <p>Rozporuplnost informací</p>	<p>„A měla jste tedy potřebu zjišťovat dále nějaké informace ohledně MRSA?“ „<i>Jo měla, připadalo mi, že před tím každéj strká hlavu do písku a už se mě chtěj zbavit. V den, kdy sem šla domů, jsme dokonce volali na krajskou hygienu, že mám MRSA a jdu domů a máme v rodině děti a jestli to můžu přenýst na ostatní a tam nám řekli, po telefonu, že když mám MRSA v plicích a kašlu, nemají ke mně ty děti chodit vůbec.</i>“</p>	<p>Paní Klára má pocit, že problém ohledně MRSA mají zdravotníci tendenci bagatelizovat.</p> <p>Postrádám zde holistický přístup k pacientovi jako k bio-psycho-sociálně-spirituální jednotce.</p> <p>Hovoří o tom, že měla potřebu dalších informací týkajících se MRSA, které si pomocí členů rodiny dohledala sama vlastními možnostmi. Rozporuplnost informací, které dostávala od zdravotníků, v ní vyvolávala pocity nejistoty. Její rodina měla strach z MRSA jako takového a přenesu na ostatní členy rodiny, hlavně na malé děti.</p>
<p>Negativní emoční reakce</p> <p>Naštvaní</p> <p>Strach</p>	<p>„Jestli to dobře chápu, byl to zvrat v podávaných informacích?“</p> <p>„<i>Jo, to mě pěkně štvalo, nejdřív, že nic a pak, že ke mně nemaj chodit děti, to jsem si neuměla představit.</i>“</p>	<p>Rozporuplnost informací vyvolává nejistotu, a negativní emoce, jako jsou strach a hněv.</p>

5.4.5 Tabulka 4 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma INFORMACE

Téma 2 INFORMACE	Segmenty transkripce rozhovoru č. 1 paní Klára	Poznámky tazatele Výsledky
<p>Nedostatek informací</p> <p>Strach</p> <p>Rozporuplnost informací</p> <p>Ústní forma informací</p>	<p>„Co Vás nejvíce trápilo, ohledně MRSA, když jste se vrátila domů z nemocnice?“ „<i>No, že sem skoro nic nevěděla a s těma dětma, všechny to docela začalo děsit, děcka hledaly na internetu a bály se a přetrvávalo takový jakoby naštvaní, že jsem to dostala a každá říká něco jinýho, no, ale to je asi osud, že sem tak dopadla.</i>“</p>	<p>Paní Klára udává, že pro ni byl jeden z největších problémů nedostatek informací, prakticky nevěděla, jak se má doma chovat a jestli je někomu nebezpečná, či nikoliv.</p> <p>Potvrzuje rozpory v získaných informacích a obavy v rodině, z přenosu bakterie.</p> <p>Paní Klára opětovně potvrzuje, že informace o MRSA dostala pouze ústní formou.</p>
<p>Snaha doplnit informace</p>	<p>„Ještě mne zajímá, jestli jste při propuštění z nemocnice dostala nějaké písemné informace ohledně bakterie MRSA?“ „<i>Ne, jen mi tak něco málo řekli, že víc si mejt ruce a že se nemusím ničeho bát, kvůli tý MRSE.</i>“</p>	<p>Z rozhovoru je patrné, že informace ohledně MRSA byly nedostatečné a snažila se je doplnit jiným způsobem. Paní Klára a její okolí opakovaně vyhledává informace o MRSA.</p>
<p>Snaha příbuzných doplnit informace</p>	<p>„Tudíž předpokládám, že jste si nějakým způsobem sháněla informace sama?“</p> <p>„<i>Jo, to hlavně vnučka a volali jsme na tu hygienu.</i>“</p>	

5.4.6 Tabulka 5 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma INFORMACE

Téma 2 INFORMACE	Segmenty transkripce rozhovoru č. 2 paní Klára	Poznámky tazatele Výsledky	Pozorování Výsledky
<p>Písemná forma podaných informací</p> <p>Nedostatek informací</p>	<p>„A co se událo v oblasti informací ohledně MRSA od zdravotníků?“ „<i>No to je právě ono, v nemocnici mi dali tyhle lejstra, kde to je popsany.</i>“</p>	<p>Paní Klára byla během půl roku od naší poslední schůzky dvakrát hospitalizovaná. Ve ZZ oblastního charakteru dostala informace o MRSA v písemné podobě</p>	<p>Paní Klára mi ukazuje informace z nemocnice, které tam při propuštění do domácího prostředí dostala.</p>
	<p>„Tak to je podle mého názoru posun dobrým směrem, dozvěděla jste se potřebné informace?“ „<i>Docela jo, ale bylo tam, že když budu mít rýmu, tak že musím mít ústenku, když jsem v nemocnici a doma, že stačí běžná opatření a to snad dodržuju, akorát, já měla takový kašel skoro pořád a o těch dětech tam nepsali a každej říkal něco jinýho.</i>“</p>	<p>Paní Klára doplnila znalosti o MRSA z dokumentu Informace pro pacienta s pozitivitou MRSA, které dostala v nemocnici v místě bydliště. Postrádá informace, které potřebovala.</p>	

5.4.7 Tabulka 6 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma INFORMACE

Téma 2 INFORMACE	Segmentace transkripce rozhovoru č. 2 paní Klára	Poznámky tazatele Výsledky
Informace	<p>„A co se stalo?“ „ (...) nějak jsem si říkala, že když mám tu MRSU a v nemocnici jsem vždycky sama, tak bych měla být sama i v lázních. Volala jsem tam a tam to vyřizuje, ten pobyt úřednice, co dělá ubytování a ta vůbec nevěděla, co to MRSA je. Připadlo mi divný, když tam budu s lidma, co jsou po operaci srdce, měla bych udělat něco, abych ty lidi okolo sebe neohrozila. Nikdo to tam neřešil, kdybych to neřekla já, asi by to hodili za hlavu, tak to občas nemá hlavu ani patu. Víte je dost nepříjemný, aby pacient vysvětloval pracovníci v lázních, co je MRSA a že bych neměla být s oslabenými lidmi! Dokonce po mě nejdřív chtěli, že si musím připlatit z vlastního za jednolůžák, to jsem odmítla.“</p>	<p>Paní Klára vypráví o zkušenosti z pobytu v lázních, kde předem oznámila, že je kolonizovaná MRSA. Stejnou zkušenost má i se zaměstnankyní lékárny v místě bydliště. Zaznamenává absenci vědomostí o MRSA tam, kde by očekávala doplnění vlastních vědomostí. Tato pasáž byla tazatelem záměrně znázorněná v úplném znění,</p>
Zkušenost	<p>„To je od Vás šlechetné, že jste uvedla, že jste MRSA pozitivní.“ „No, oni mně to říkali už po tý operaci, že to mám všude říkat, ale moc to nefunguje, doktoři o tom někde prostě slyšet nechtěj, teď jsem se nedávno naštvála, mám problémy zdravotní problémy a při vyšetření jsem to říkala doktorovi, že jsem měla MRSU a on mi řekl, že ho to teď nezajímá a že až to bude chtít vědět, že se zeptá a už se k tomu nevrátil, tak už na ně kašlu!“</p>	<p>protože poukazuje na určité problémy, které souvisejí s nedostatkem informací mezi pacienty samotnými i mezi lidmi, kteří spadají do zdravotnických oborů.</p>
Zodpovědnost		

5.4.8 Tabulka 7 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma ZÁSADY

Téma 3 ZÁSADY	Segmentace rozhovoru č. 1 paní Klára	poznámky tazatele Výsledky	Pozorování
Vědomosti	<p>(...)víte, jak se tedy MRSA přenáší?</p> <p><i>„No tak asi se to může kontaktem nebo kašlem.“</i></p>	<p>Paní Klára ví, jak se MRSA může přenést. Z rozhovoru je patrné, že zásadou chování je pro ni v domácím prostředí v první řadě důsledná a častá očista rukou s následnou dezinfekcí.</p>	<p>Během mé návštěvy jsem paní Kláru poprosila, zda mohu použít toaletu, všimla jsem si, že má tyto prostory, ostatně jako celý byt, příjemně provoněný a uklizený.</p>
Zvýšená hygiena	<p>„ (...) jestli vy doma na základě svého uvážení, či nějakých doporučení dodržujete něco doma, aby se MRSA řekněme nešířila na ostatní?“</p>	<p><i>„No tak, snažím se víc mejt si ruce, (...)musím mít zvýšenou hygienu a (...)dezinfekci na ruce, tu sem si obstarala v nemocnici, podle toho, co měli tam. A jak chodím do nemocnice, tak jsem poprosila holky a dali mi nějaký dezinfekční tablety, těma otírám hlavně záchod, protože ten dekubitus je na zadku a kliky občas tím otrů. No a líbání a blízky kontakt s nikým nemám, (...) hlavně k dětem teda radši nechodím, (...).“</i></p>	<p>Vše má v bytě své místo, celkový dojem to na mne dělá takový, že je vzhledem ke svému věku a aktuálním zdravotním problémům velice důsledná a na pořádek klade opravdu velký důraz. V koupelně jsou čisté ručníky a paní Klára mne sama upozorňuje na to, který ručník je určený pro mne. Nabízí mi použít dezinfekční prostředek na ruce, což hodnotím velice kladně a jsem příjemně překvapená. Sama si nanáší dezinfekci na ruce, kterou má vedle stolu na skřínce, několikrát během našeho rozhovoru.</p>
Dezinfekce povrchů		<p>Dezinfekční prostředek na ruce si obstarala sama na základě toho, co viděla v nemocnici při své hospitalizaci. Jsou zde patrné přenesené prvky chování z nemocnice do domácího prostředí, což příkládám také tomu, že je profesí zdravotník v důchodu. Zaujalo mne, že si na základě vlastního přesvědčení sehnala dezinfekční tablety a doma provádí občasnou dezinfekci.</p>	
Omezený kontakt			
Dyskomfort			

5.4.9 Tabulka 8 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma ZÁSADY

Téma 3 ZÁSADY	Segmentace rozhovoru č. 1 paní Klára	Poznámky tazatele Výsledky	Pozorování Výsledky
Informace Zvýšená hygiena	„ A co třeba věci denní potřeby jako jsou ručníky, nebo nádobí? “(…)když někdo přijde, řeknu mu, o co jde a ať použije tu dezinfekci a ručníky mám sama.“	Klára dojíždí na ošetřování do nemocnice, kde má známé zdravotníky, kteří jí byli schopni doporučit, jaký typ dezinfekce může doma používat. Další prvek chování, který můžeme zahrnout do kategorie zásad, je omezený kontakt s ostatními. Polibky jsou vyloučeny. Tuto zásadu si vyvodila na základě toho, že má stálý lehký, ale produktivní kašel a vychází ze svých závěrů, které se týkají cesty přenosu bakterie MRSA.	Klára občas kašle. Ústa si během našeho rozhovoru, pokud si musí odkašlat, kryje kapesníčkem, který drží v pravé dlani a vůbec ho neodkládá.
	„ Některé zdroje uvádějí, že když má někdo MRSA v dýchacích cestách, což je Váš případ, měla by se nosit ústenka, když byste měla kašel nebo rýmu. Děláte něco takového? “	Ochranné pomůcky doma nepoužívá, ale popisuje, že vnučka se chrání pomocí ústenky, pokud má	V koupelně má automatický dávkovač mýdla, používá antibakteriální mýdlo Detol, které koupila v drogerii.
	„ Vaši příbuzní, dodržují stejná pravidla hygieny jako vy? “	babička kašel. Ostatní ne.	
	„(…)Vnučka ta to dodržuje, ale ostatní moc ne, syn se snachou si to nepřipouští, ale s dětma je to těžký (…).“		

5.4.11 Tabulka10- Interpretace dat a prezentace výsledků téma LÉČBA, ZMĚNY

Téma 4 LÉČBA ZMĚNY	Segmentace transkripce rozhovoru č. 2 Paní Klára	Poznámky tazatele výsledky	Poznámky pozorování
Infekce	<p>„Souvisela Vaše hospitalizace s MRSA, nebo s dekubitem?“</p> <p><i>„No právě, to šlo ruku v ruce, ukázalo se totiž, že ty horečky a zimnice byly z toho, že ta MRSA byla i v tom dekubitu.“</i></p>	<p>Řeč je o následné hospitalizaci, která proběhla tři týdny po našem prvním rozhovoru. Z dokumentace a zpráv, které má doma, plyne, že se u ní rozvinula infekce MRSA. Popisuje léčbu dekubitu a svého celkového stavu, uvádí, že dostávala intravenózní antibiotika, jejichž název však z dokumentace není patrný. Byla tedy kolonizovaná MRSA zřejmě i na jiných částech svého těla.</p>	<p>Paní Kláře oproti minulému setkání nedělá problém udržet polohu vsedě kvůli dekubitu. Nyní je zhojen, sice vyslovuje určité problémy související s tímto zdravotním problémem, ale její poloha je oproti minulému setkání klidnější a prakticky neměnná. Nadále sedí na židli na polštářku, který doma používá jako antidekubitní pomůcku.</p>
Antibiotika Hospitalizace	<p>„A jak se to vyvíjelo v nemocnici?“</p> <p><i>„No zase sama na pokoji, ale ono by to ani nešlo s někým, musela jsem do narkózy a ty stěry ukázali MRSU i tam a dostávala jsem přílišně drahý antibiotika, do žíly. Doktor říkal, že stály majlant, ale na nic MRSA byla i po tom.“</i></p>		

5.4.12 Tabulka11- Interpretace dat a prezentace výsledků téma LÉČBA, ZMĚNY

Téma 4 LÉČBA ZMĚNY	Segmentace transkripce rozhovoru č. 1 paní Klára	Poznámky tazatele Výsledky	Poznámky Pozorování
<p>Kašel</p> <p>Zimnice</p> <p>Bronchoskopie</p> <p>Zkušenost</p> <p>Dekolonizace</p>	<p>„A měla jste s tou MRSOU ještě nějaké problémy?“ „(...) asi měsíc po lázních, (...) jsem měla strašný kašel a zimnici a syn mě odvezl do nemocnice. Tam mi pan primář nabídl, jestli jsem ochotná se podrobit bronchoskopii a já se rozhodla, že jo. (...)Vím, že jsem šla jako poslední na řadu, aby po mě mohli vydezinfikovat a sestřička mi říkala, že bůh ví, co mají v plicích oni. Po návratu do nemocnice po bronchoskopii mi udělali sputum na MRSU a vyšla třikrát negativní. To je to, co bych chtěla zdůraznit, mám pocit, že ten výkon, udělali mi výplach, mě toho zbavil.“</p> <p>Slyšela jste někdy pojem dekolonizace MRSA? „No pokud si to dobře uvědomuju, něco takového říkali na tý hygieně, jak jsme tam volali, ale když jsme řekli, že mám MRSU v plicích, tak už jsme to dál nerozváděli, to prej nejde.“</p>	<p>Následující odpověď nemá vztah s výzkumnými otázkami, dala by se zařadit až do změn, které MRSA přinesla. Z důvodu celistvosti příběhu týkajícího se období, kdy byla MRSA pozitivní, je však i pro ni velice důležité, aby se lidé dozvěděli, když se už účastní toho, že vypráví o zkušenostech s MRSA, jak byla vyléčena.</p> <p>Paní Klára byla dle dostupných informací oficiálně MRSA pozitivní celkem 8 měsíců po operaci srdce. Nyní je jeden měsíc negativní ze sputa a další kontrolní testy na MRSA se již neprovádějí.</p>	<p>V rámci rozhovoru na téma týkajícího se vyléčení má šťastný výraz v obličeji.</p>

5.4.13 Tabulka 12 - Interpretace dat a prezentace výsledků téma ZMĚNY

Téma 5 ZMĚNY	Segmentace transkripce rozhovoru 1,2 paní Klára	Poznámky tazatele Výsledky
<p>Strach z přenosu nákazy</p> <p>Přístup ostatních</p> <p>Omezení</p>	<p>A dostáváme se konečně k poslednímu tématu a tím je, jestli Vám MRSA přinesla nějaké změny do života.</p> <p><i>„Já sem docela odolná osoba, tak se snažím na to nemyslet, i když mám strach, abych to někomu nepředala, tak asi hlavně to, že se nevidím tolik s dětma, a když se vidím, tak nejdu tak blízko jako dřív, prostě to není jako dřív, před tou operací a MRSOU a dekubitem jsme se víc viděli, teď si musím dávat pořád pozor, abych na někoho neprskla. Jsem prostě teď takovej zapeklitej případ a cítím to všude, kam vlezou, v nemocnici taky musejí být manévry, ale musím říct, že se všichni docela snaží, abychom to společně zvládli, ale je to takový nenormální.“</i></p>	<p>Za zásadní změnu považuje Paní Klára omezený kontakt s malými dětmi v rodině.</p> <p>Má chronický kašel a ona i ostatní mají strach z přenosu. Cítí obavy ve svém okolí.</p>
<p>Omezený kontakt</p> <p>Obavy od okolí</p>	<p>„Co byste poradila ostatním lidem, kterým se stane, že se nakazí MRSA?“</p> <p><i>„Hlavně ať neztrácejí naději a nenechají se odbýt. Mám pocit, že co lékař, to rozdílný názor, někdo to bere na lehkou váhu a někdo zase moc přehání. Možná mluvit o tom problému víc, protože být MRSA pozitivní není žádnej med. Jsem důkazem, že se toho dá zbavit, když většina doktorů říkala, že ne! A taky neuzívat za každou cenu na všechno antibiotika, nedávno to dávali na dvacetčtyřce, tu já občas sleduju, že pak jsou bakterie odolný.“</i></p>	

5.4.14 Přehled výsledků a zhodnocení případové studie Paní Klára

Případová studie s paní Klárou podává ucelený pohled na to, jak se žije člověku, který je kolonizován MRSA, se všemi problémy, které tento stav přináší. Paní Klára se na základě fakt v teoretické části práce řadí z hlediska přenosu do kategorie chronického nosiče. Byla kolonizovaná MRSA v dýchacím traktu, měla chronický kašel a porušenou integritu kůže. Byla potenciálním zdrojem MRSA i v domácím prostředí, avšak domů byla propuštěna bez dostatečných informací, jak chránit sebe i ostatní členy rodiny. V rámci výsledků jsou zvažovány i ošetřovatelské diagnózy, které jsou přehledně zobrazeny v tabulce uvedené v příloze bakalářské práce (viz. Příloha D) a vycházejí z problémů, které paní Klára uvádí během rozhovorů s výzkumníkem.

V případě paní Kláry bylo možné předpokládat, že díky svému vzdělání v oboru zdravotnictví bude mít základní znalosti o MRSA. Jelikož je již dvacet pět let v důchodu, setkala se s tímto fenoménem dnešní doby poprvé v životě. Její znalosti jsou základní v oblasti přenosu bakteriální nákazy, toho později využívá v rámci chování v domácím prostředí. V jejím případě bylo zjištěno, že jí nebyly, podle jejích slov, podány dostatečné informace. Paní Klára obdržela pouze ústní informace, které byly doplněny o písemnou formu až dva měsíce po propuštění z primárního zdravotnického zařízení. Z tohoto faktu vyplývá, že měla v domácím prostředí v souvislosti s MRSA snahu doplnit informace a znalosti, které jí a členům rodiny chyběly. Hlavními uváděnými zdroji doplňujících informací byl telefonický rozhovor, přímý rozhovor s obvodním lékařem a internet. Pro paní Kláru je dalším problémem rozporuplnost získaných informací. Uvádí, že slyší od každého něco jiného. Sama se ocitá v nejistotě, jestli je či není skutečnou hrozbou pro své okolí. Strach se u ní objevuje v souvislosti s vyskytujícími se obavami z možného přenosu MRSA na ostatní členy rodiny, zejména na pravnoučata. Nejistota je podmíněna hlavně zásadními rozdíly v přístupu k MRSA v nemocnici a doporučením na doma. Paní Klára uvádí až pocity bagatelizace problému ze strany některých lékařů. Poučení, která paní Klára dostala od zdravotníků, zejména z hlediska informovat o MRSA pozitivitě v jiných zdravotnických zařízeních, dodržovala, dokonce se sama snažila upozornit na svoji MRSA pozitivitu v lázeňském zařízení.

Dále Paní Klára popsala změny chování, které byly závislé na faktu, že je kolonizovaná bakterií MRSA. Chování bylo částečně ovlivněno vlastní zkušeností a zážitkem z izolace ve zdravotnickém zařízení. Dodržovala zvýšený hygienický režim v podobě častějšího mytí rukou s následnou dezinfekcí pokožky rukou. O nutnosti zvýšené frekvence mytí rukou

informovala i ostatní členy domácnosti, kteří tuto zásadu dodržovali. Další zásadou, která přinesla změny do jejího života, bylo používání dezinfekčních tablet při úklidu bytu. Dezinfekční přípravky si obstarala sama v lékárně nebo ve zdravotnickém zařízení. Její chování bylo založeno na zkušenostech během hospitalizace, kde byla ošetřována v rámci izolačního režimu. Paní Klára dbá na to, aby měl každý, kdo k ní přijde, čisté ručníky, které vymezuje pouze pro návštěvy. Domů si pořídila automatický dávkovač, který plní antibakteriálním mýdlem. Sama doma nepoužívá ochranné pomůcky, jako je ústenka, ani v situaci, kdy má chronický produktivní kašel. Vnučka v její přítomnosti při přetrvávajícím kašli ústenku používá. Paní Klára tento problém řeší izolací od ostatních. Omezený kontakt s vybranými členy domácnosti pro ni byl další zásadou a zároveň největší změnou v období MRSA kolonizace. Má velkou rodinu, kde podle jejích slov panují výborné vztahy, které byly během trvání kolonizace MRSA z jejího pohledu částečně narušeny, a to především tím, že se nestýkala s dětmi tak jako před kolonizací MRSA. Líbání a objímání s dětmi je v rodině v souvislosti s paní Klárou zcela vyloučeno. Podle ní ji MRSA limituje v tom, že si nemůže užívat naplno života s pravnoučaty tak, jako dříve. K tomu ji vedl výše popisovaný strach z toho, že přeneše MRSA na ostatní členy domácnosti. Paní Klára měla obavy, že kdyby některého člena domácnosti nakazila bakterií MRSA, byl by vystaven stejným opatřením, zejména při hospitalizaci, jakým byla vystavovaná ona. Popisuje jakousi nepříjemnou situaci, která vzniká tím, že je „MRSA pozitivní“, což ji odlišuje od ostatních.

Další změny MRSA přináší v oblasti zdravotní péče, kde zaznamenala některé i negativní zkušenosti, například při snaze informovat lékaře o své nedávné MRSA kolonizaci, nebo problémy, které měla při odjezdu do lázeňského zařízení, kde se snažila opět informovat všechny zúčastněné, a samotné informování jí subjektivně působilo spíše vlastní problémy. Největší změnou v životě je tedy samotný fakt, že je kolonizována, což ji z jejího pohledu přináší změny hlavně na poli méně častého kontaktu s rodinou. V souvislosti s MRSA kolonizací vnímá subjektivně kašel, rozvoj infekce MRSA, izolaci, diskriminaci, narušení společenského fungování a sociální vyloučení.

Na základě definovaných problémů, které jsou výzkumníkem považovány za ošetrovatelské a které paní Klára dává do souvislosti s kolonizací MRSA, byly autorem navrženy tyto ošetrovatelské dg. Jejich přehled s určujícími znaky a souvisejícími faktory je uveden v tabulce (viz. Příloha D). Pokud by se jednalo v rámci ošetrovatelské diagnostiky o striktní použití předdefinovaných určujících znaků a souvisejících faktorů, jak jsou uvedeny v NI

2015-2017, je tato metoda výzkumníkem považována za nevhodnou pro případ MRSA kolonizace pacienta v domácím prostředí. Na základě toho s nimi není podrobněji pracováno.

Nedostatečné znalosti 00126

Definice: „*Absence nebo nedostatek kognitivních informací souvisejících s konkrétním tématem.*“ (Herdman, 2015, s. 257)

Snaha zlepšit znalosti 00161

Definice: „*Vzorec kognitivních informací vztahujících se ke konkrétnému tématu nebo jejich získání, který lze posílit.*“ (Herdman, 2015, s. 285)

Strach 00148

Definice: „*Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.*“

(Herdman, 2015, s. 336)

Narušené procesy v rodině 00060

Definice: „*Změna rodinných vztahů nebo jejich fungování.*“

(Herdman, 2015, s. 293)

Riziko infekce 00004

Definice: „*Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.*“

(Herdman, 2015, s. 379)

Narušená integrita tkáně 00044

Definice: „*Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů nebo vazů*“

(Herdman, 2015, s. 405)

Noncompliance 00079

Definice: „*Chování osoby nebo pečovatele, které neodpovídá plánu podporujícímu zdraví.*“

(Herdman, 2015, s. 150)

Zhoršená sociální interakce 00052

Definice: „*Nedostatečné nebo přehnané množství či nedostatečná kvalita sociální interakce.*“

(Herdman, 2015, s. 301)

Riziko oslabení lidské důstojnosti 00174

Definice: „*Náchylnost k vnímané ztrátě úcty a cti, která může vést k oslabení zdraví.*“

(Herdman, 2015, s. 267)

Snaha zvýšit naději 00185

Definice: „*Vzorec očekávání a tužeb pro mobilizaci energie člověka, který lze posílit.*“

(Herdman, 2015, s. 265)

5.5 Vlastní studie Katka

Kontakt s Katkou (a následné zařazení do kvalitativní studie) byl navázán přes internetovou diskuzi, kam byla umístěna výzva výzkumníka pro uskutečnění rozhovoru o MRSA kolonizaci a zkušenostech kolonizovaných MRSA. Katka si od účasti ve výzkumu slibovala mimo jiné to, že o MRSA získá více informací. Rozhovor pomocí návodu s Katkou probíhal u ní doma a trval 45 minut.

5.5.1 Charakteristika Katky

Paní Katka je čtyřicetiletá vysokoškolačka, která je maminkou tří dětí. Dvě děti jsou starší, je jim jedenáct a třináct let, nejmladšímu potomkovi Katky jsou tři roky. Vzdělaná je v jiné oblasti, než je zdravotnictví. Je vdaná a žije s manželem a rodinou v rodinném domě ve městě. Katka netrpí, podle svých slov, žádným jiným systémovým onemocněním, nebere dlouhodobě žádnou medikaci kromě opakované antibiotické léčby, která je Katce indikována pro její MRSA kolonizaci. Paní Katka byla před dvěma lety operovaná kvůli polypům v nosní dutině a od té doby trpí opakovanými a stálými bolestmi hlavy. Léčí se ambulantně, zde jí byla před dvěma měsíci zjištěna MRSA kolonizace v nosní dutině. Byl proveden také výtěr z krku, avšak výsledky tohoto výtěru nemá Katka k dispozici. Paní Katka byla opakovaně léčena preparáty na bázi antibiotik. V dnešní době trpí bolestmi hlavy, které jsou pro ni limitující a obtěžující zejména při výkonu zaměstnání a běžném životě – role maminky tří dětí ji vyplňuje veškerý volný čas. Manžel Katky trpí pět let DM.

5.5.2 Analýza časové řady rozhovoru

Zdravotní problémy v ORL oblasti → **Výtěr** → **MRSA** → **Nedostatečné znalosti** → „Nevěděla jsem, prvně jsem si myslela, že je to MERS(...), vlastně jsem neměla ani tušení, co to je“ → **Nedostatek informací** → „Člověk dostal tak málo informací“ → **Snaha doplnit informace** → „Z toho internetu jsem pochopila, že jsem nejméně nebezpečná sama sobě“ → **antibiotika** „No vyšetřili mě, že mám tu MRSU a mám přijít do ambulance a dostanu antibiotika“ → **Informace ústní formou** → „Takže bylo to jenom ústně, že to mám, ale co to je, jsem si našla na internetu“ → **Žádost o informace písemnou formou** → „Při kontrole za účelem druhých výtěrů, jsem paní doktorku požádala, aby mi napsala název na ten papír a doma jsem hledala dál“ → **Nespokojenost s podanými informacemi** → „Ne, paní doktorka mi jenom řekla, že na to nezabírají žádná antibiotika, tak jsem nevěděla jak to mám chápat“ → **Opakovaná snaha o doplnění informací** → „Další informace jsem vyhledávala hlavně na internetu“ → **Vyšetření členů rodiny na žádost Katky** → „Ano, byla to moje iniciativa“ → **Negativní výsledky ostatních členů rodiny** → „U všech byly negativní“ → **Znalosti o bakterii MRSA** → „No asi rukama, našla jsem, že se mají mýt hodně ruce, kontaktem“ → **dezinformace uváděné jinými osobami** → „Že by mě nevzali na výkon, který by nebyl akutně, protože mám tu MRSU, že by to muselo být životu nebezpečné“ → **Změny chování doma** → „Šla jsem akorát koupit to mýdlo s tím stříbrem, bohužel lékárnice říkala, že se s tím vlastně vůbec nesečkala“ → **Zvýšená hygiena** → „Je zvýšená hygiena rukou“ → **dezinfekce podlahy** → „Když uklízím, vždy dezinfikuji podlahu, umyvadla, vanu, ta musí být pořád udržovaná v čistotě, střídáme se tam všichni“ → **Chování doma** → „Mám zvlášť ručník, kapesníky máme plátěné, nepoužíváme jednorázové“ → **Rodina** → „Myjí si ruce tím mýdlem, udržuje se striktně to uklízení a mají svoje ručníky“ → **Domácí léčba** → „Hledala jsem všechno možné, takže jsem si koupila lichořeřišnici...“ → **Dekolonizace** → „Ne, to neznám“ → **problém s MRSA** → **Strach** → „No to určitě, protože manžel má vysoký tlak s tou cukrovkou, protože s manželem jsem v největším kontaktu, ta obava je větší“

5.5.3 Interpretace dat a prezentace výsledků Katka

Katka je ve zdravotnické oblasti naprostým laikem, proto její vstupní znalosti o bakterii MRSA byly nulové a Katka slyšela slovo MRSA taktéž poprvé až v momentě, kdy se z úst paní doktorky dozvěděla, že je kolonizovaná touto bakterií.

Katka: „Nevěděla jsem, prvně jsem si myslela, že je to MERS, pak asi podruhé, jak jsem tam šla, vlastně na druhé výtěry, tak jsem si nechala od paní doktorky napsat na papírek, co to vlastně mám, protože když mi to řekla poprvé, tak jsem vůbec nevěděla, vlastně jsem neměla ani, tušení, co to je.“ (MERS , závažné onemocnění plic a ledvin, způsobené coronarovirem)

Informace sama hodnotí jako **nedostatečné, dezinformační**. Katce byly podány informace od odborníků **pouze ústní formou** a subjektivně je hodnotí jako velice kusé.

Katka: „Nééé, paní doktorka mi řekla, že vlastně, vysvětlené mi to bylo tak, že vlastně, mám něco v sobě, nevěděla jsem ani v jakých hodnotách, nic jsem nedostala, takže bylo to jenom ústně, že to mám, ale co to je jsem si našla na internetu.“

U Katky se také projevuje **snaha doplnit si znalosti**, požádala lékařku o napsání alespoň názvu, zkratky na papír, aby si mohla informace dohledat sama. Katka si na základě informací, které má k dispozici od lékařky, myslí, že kolonizace MRSA je kontraindikací k jakémukoliv operačnímu výkonu vyjma život ohrožujícího.

Katka: „ To mi řekli, že to musím nahlásit, ptala jsem se, zdali můžu jako do nemocnice a řekli mi, že když budu hospitalizovaná, tak že to musím taky nahlásit a že by mě nevzali na výkon, který by nebyl akutně, protože mám tu MRSU, že by to muselo být životu nebezpečné, aby mě vzali na ten zákrok, ale vysloveně, že bych musela být v oddělené místnosti, nebo takového něco, až tak do hloubky jsme se nedostali.“

Katka také ví, že je vedena v registru MRSA pozitivních pacientů a že svoji MRSA pozitivitu musí hlásit při jakémkoliv kontaktu se zdravotnickým zařízením. Na základě zjištěných informací prostřednictvím internetu, které měla potřebu sama doplnit, požádala lékařku o otestování ostatních členů rodiny na MRSA. Tento fakt svědčí o tom, že u Katky může kolonizace MRSA vyvolávat strach z přenosu nákazy na ostatní členy rodiny. Katka je vychovaná jako pořádkumilovný člověk, je na to zvyklá z domova a snaží se takto vést i svoji vlastní rodinu. Chování, které v tomto směru přizpůsobila kolonizaci MRSA, bylo v oblasti osobní hygieny Katky a členů její rodiny. Katka si sama obstarala na základě informací na internetu antibakteriální mýdlo se stříbrem, které používají všichni rodinní příslušníci.

Katka: „Jo já jsem si to všechno vyhledala vlastně na wikipedii, takže tam jsou vlastně celkem hezky popsané informace, co všechno se má dělat, že hlavně jakoby dezinfekce rukou, tak jsem vlastně koupila antibakteriální mýdla, šla jsem akorát koupit to mýdlo s tím stříbrem, bohužel, lékárnice říkala, že se s tím vlastně vůbec nesešla, já jsem jim vlastně neřekla, že mám tu MRSU, ale šla jsem po tom antibakteriálním mýdle s tím stříbrem.“

Katka má prokázané osídlení MRSA v nose, pokud má rýmu, žádné ochranné pomůcky nepoužívá, protože ji na možnost přenosu MRSA v době akutní rýmy nikdo neupozornil. Katka a členové její rodiny dodržují zvýšený hygienický režim. Časté mytí rukou antibakteriálním mýdlem se pro všechny stalo samozřejmostí. Došlo také k individualizaci osobních potřeb, jako jsou ručníky a další pomůcky denní potřeby. Plochy, které jsou používány všemi v rodině, jako jsou vana, umyvadla, záchod, dřez, podlaha, pravidelně dezinfikuje pomocí dostupných dezinfekčních prostředků (Savo). V rodině používají pouze jednorázové papírové kapesníky.

Katka popisuje jisté dlouhodobé problémy s vedlejšími dutinami nosními, které vyvrcholily výtěry a zjištěním, že je kolonizovaná MRSA. Sama si tyto problémy dává do spojitosti s MRSA, ale lékařka si to nemyslí. Na otázku vztahující ke změnám v souvislosti s MRSA odpověděla Katka ve smyslu strachu z přenosu nákazy hlavně na manžela, který trpí již delší dobu cukrovkou. Hlavním problémem by tedy pro Katku mohl být strach z toho, že nákazu předá ostatním. Ovšem z rozhovoru je také patrné, že Katce se změnil život hlavně v tom, že se snaží všemožně alternativně léčit pomocí návodů na internetu a má zájem o informace týkající se možnosti domácí dekolonizace. Z dat získaných od Katky je možné vyvodit, že Katka by byla ráda MRSA negativní.

5.5.4 Pozorování

Katka je vysoké štíhlé postavy. Má hnědé vlasy zastřižené pod ramena. Je upravená a nalíčená. Barva kůže a sliznic je fyziologická, rty má nalíčeny světlým odstínem rtěnky, má příjemný parfém, který je okolo paní Katky cítit. Nehty má upravené a krátce zastřižené. Její tón hlasu je téměř neměnný, klidný, občas je patrné zklamání z poskytované péče a informací (nedostatek informací, opakovaná léčba antibiotiky, chronická bolest hlavy) Je moderně a vkusně oblečená. Během rozhovoru s Katkou jsem si všimla hlavně jejího chování v domácím prostředí. Katka žije s manželem a třemi dětmi v rodinném domě. Dům je nový, čistý a velice moderně zařízený. Během návštěvy u Katky doma jsem měla možnost nahlédnout do prostor domu, jako jsou kuchyň a koupelna. Všechny prostory v bytě jsou krásně čisté, je vidět, že přístup její a celé rodiny k úklidu je velice kladný. V koupelně a na

toaletě jsou dávkovače s antibakteriálním mýdlem, je zde velké množství ručníků, každý člen rodiny má ručníky barevně odlišené a popsané. Celkově hodnotím přístup celé rodiny velice kladně. Celý dům je provoněn příjemnou vůní. Mám pocit, že Katka je úspěšnou, dobře zabezpečenou ženou.

5.6 Vlastní studie Květa

Kontakt mezi ní a výzkumníkem byl zprostředkován sestrou (u obvodní lékařky Květy), která je zároveň spolužačkou výzkumníka. Paní Květa se do studie zapojila hlavně kvůli tomu, že ji MRSA kolonizace způsobovala životní komplikace, které chtěla zprostředkovat ostatním. Rozhovor proběhl v bytě paní Květy.

5.6.1 Charakteristika

Paní Květa je učitelka, která je krátce v důchodu. Je příjemný a společenský člověk, který se rád dělí o informace s ostatními, je velice komunikativní a do studie byla zařazena kvůli vyhovujícím kritériím případu a svým osobním zkušenostem s MRSA kolonizací. Paní Květa se cítí být zdravá, trpí občasnými zdravotními problémy, které přisuzuje svému věku. Snaží se žít aktivně, občasně cvičí a stravuje se zdravě. Paní Květa se stará o svoji matku, které je osmdesát pět let a která se léčí se srdcem a dalšími zdravotními problémy, jež jsou v jejím věku běžné. Nemá sourozence a její maminka je na ní plně závislá. Otec Květy zemřel před rokem na komplikaci chřipkového onemocnění ve věku osmdesáti pěti let. Má dvě dospělé děti a čtyři vnoučata. V době rozhovoru je měsíc oficiálně negativní MRSA. Pozitivní výsledky mikrobiologických stěrů se u paní Květy objevovaly po dobu čtyř měsíců po prodělaném onemocnění dýchacích cest, kvůli kterému byla hospitalizovaná v místní nemocnici. Žije sama v panelákovém bytě.

5.6.2 Analýza časové řady rozhovoru

Hospitalizace → „Nakonec jsem skončila se zápallem plic v nemocnici“ → **Nález MRSA** → **Ústní forma podání informací o MRSA** → „Pak mi řekli, že mám odolnou bakterii“ → **izolace** → **Rozporuplné reakce na izolaci** → „Když potom přišly děti, tak se musely převlíkat a to nám bylo divný“ → **Nedostatek znalostí o MRSA** → „To slovo, tu zkratku jsem slyšela poprvé v životě“ → **Izolace** → „Na dveřích jsem měla značený, že jsem někdo, koho mají izolovat, tudíž jsem chápala, že to není nic dobrého“ → **Negativní reakce na izolaci** → **Strach z přenosu MRSA** → „Neskutečně, já jsem si to hned brala, že bych mohla ohrozit matku“ → **Nedostatek znalostí** → **Informace písemnou formou** → „Dali mi tenhle papír“ → **Rozporuplnost informací** → „Tak jsme se v tom jako nevyznali, že v nemocnici musím být mimo všech a doma nic“ → **Snaha doplnit znalosti** → „Jo, stoprocentně internet, mezi lidma o tom moc nemluvíte“ → **Strach** → „Určitě, určitě, určitě“, bála sem se“ → **Narušení rodinných vztahů** → „Prostě to vám nabourá veškerý mezilický vztahy, ne že by mě neměli rádi, ale bojí se, aby nedostali MRSU“ → **Znalosti o bakterii MRSA** → „No na internetu psali, že to nejčastejc přenášej v nemocnici rukama, takže předpokládám, že když to jde rukama v nemocnici tak i doma a taky si myslím, že normálně vzduchem, když je to bakterie.“ → **Změny chování doma** → **Zvýšená hygiena** → „Ručníky výměna, neustálá dezinfekce, mytí rukou, sem měla uplně už posedlost v hlavě“ → **Ochranné pomůcky** → **ústenka při rýmě** → „No, to sem dělala, cejtla jsem to tak nějak sama“ → **Léčba** → „No antibiotikama, ale na internetu jsem četla, že na jsou antibiotika až když jsou problémy“ → **samoléčba** → „Sháněla jsem všechno možný i nemožný, třeba i kustovnici čínskou“ → **Dekolonizace** → „Na tu možnost mě upozornila sestřička od paní doktorky“ → **Domácí dekolonizace** → „Po té kůře, kdy jsem se doslova koupala v těch přípravcích jsem šla za paní doktorkou a poprosila jí o testy“ → **MRSA negativita** → **Pocity radosti a úlevy**

5.6.3 Analýza a interpretace dat a prezentace výsledků

Paní Květa nemá žádné předchozí znalosti a zkušenosti s MRSA a udává smíšené pocity, které jsou dané na jedné straně osobními zkušenostmi z nemocnice a na straně druhé povahou informací podávaných zdravotníky. Paní Květa byla o MRSA informována lékařem během hospitalizace a informace jí byly doplněny i písemnou formou.

Květa: „To slovo, tu zkratku jsem slyšela poprvé v životě, samozřejmě, že ten název *Staphylococcus aureus* jsem znala, to je známý, ale MRSA ne.“

Paní Květa byla s kvalitou podaných informací podle svých slov nespokojená, informace označila jako nedostatečné, z jejího pohledu dokonce protichůdné, což vedlo k další snaze

doplnit znalosti a informace vlastní cestou i s pomocí členů rodiny. Informace o bakterii MRSA dohledávala hlavně na internetu a aktivně se o ně zajímala i při kontrolách u své obvodní lékařky.

Květa: „*No něco mi řekli v nemocnici, to byly hlavně ty ruce a něco sestřička u obvod'ačky a syn našel na internetu stránku, je to, co nevíte o MRSA a bojíte se zeptat, my si dělali srandu, že by mělo bejt spíš, co nevíte o MRSA a nikdo Vám to nechce říct, protože se vlastně vůbec nic neděje, jenom máte MRSU a musíme Vás zavřít do izolace, když budete tady a neblázněte, žádný riziko pro ostatní nehrozí, akorát, když to chytěj ostatní a budou v nemocnici, tak je zavřem taky, ale jinak je to naprosto v pořádku!*“

To vše vede Květu k obavám z přenosu nákazy, v jejím případě, na prvním místě na její maminku, a potřebě doplnit si znalosti a najít východisko ze své situace, se kterou je nespokojená. Paní Květa vykazuje jistou známku ironie nad kvalitou přístupu k MRSA pozitivnímu pacientovi ze strany zdravotníků.

Paní Květa: „*No tak vzhledem k tomu, že já žiju sama, tudíž když ke mně někdo na návštěvu přišel, když to byl člověk, kterému jsem mohla říct co a jak, svěřila jsem se, jak to je, poučila jsem je, jak to je, ručníky výměna, neustálá dezinfekce, mytí rukou, sem měla úplně už posedlost v hlavě, abych měla pořád všechno kolem čistý, to co jsem dřív umyla jen tak, že jsem to opláchla vodou, tak teď mám potřebu to vydrhnout, protože vidím bakterie, za každým rohem, prostě tohleto, se dostanete do stavu, který není normální, no, zas i ty moje děti, nádobí po mě si oni po mě nějakým způsobem zlikvidovali, aby věděli, že tohle nádobí patřilo mě, tak si to asi nějak zabezpečili i oni sami, prostě byly mezi námi striktní pravidla, co budem dodržovat a tak to bylo, aby to mohlo fungovat.*“

Paní Květa popisuje chování, které vlivem MRSA kolonizace dodržuje v domácím prostředí. Aktivně vyhledává a doplňuje informace o dané problematice, na základě kterých doma dodržuje zvýšenou hygienu, zejména časté mytí rukou. Na tento fakt byla upozorněna prostřednictvím informací, které obdržela v nemocnici, které si potvrdila sama vyhledáváním na internetu. Paní Květa popisuje až posedlost tím, aby měla všechno doma uklizené. K dezinfekci povrchů používá běžně dostupné dezinfekční prostředky, jako je Savo nebo Sanitol. Dbá na to, aby měla neustále čisté ručníky, které jsou určeny pro ostatní příchozí do jejího bytu. Z výzkumného šetření s Květou je zřejmé, že ona i ostatní členové rodiny doma dodržují určitý druh opatření, jež jsou dané hlavně zvýšenými hygienickými pravidly, které

V rodině jsou zavedena striktní pravidla, která podle slov Květy mnohdy vedou k narušení vztahů v rodině.

Paní Květa: *„No to jsem dělala, cejtila jsem to tak nějak sama, radši jsem k ní ani nešla.“*
V nemocnici se přede mnou chránili taky ústenkou, tak nějaký riziko tam asi bude, když to dělaj v nemocnici ne? A taky psali, že když je okolo mě někdo oslabený, že se mnou lékař probere speciální pravidla, abych toho člověka neohrozila, ale oba, v nemocnici i na obvodě říkali, že si to mám tak brát, že je to běžný, že to mamku neohrozí, ale já se stejně bála.“ Mně to, ale dělalo komplikace, protože se o mamku starám a takhle to bylo blbý, neumím si přestavit, že by mamce našli MRSU a zavřeli ji na pokoj s tímhle označením. Už takhle je slabá na nervy a všechno okolo prožívá a tohle by jí dod'álo.“

Paní Květa dodržuje respirační etiketu, používá ústenku, pokud trpí rýmou a kašlem. Připouští, že, za této situace (přítomnost rýmy) k mamince vůbec nechodí, což znamená, že se snaží chránit matku omezeným kontaktem mezi nimi. Použití ústenky přenesla do domácího prostředí na základě své domněnky, že když to dělají lékaři a sestřičky v nemocnici a chrání se tím, bude to dobré i pro ni, aby ochránila maminku před přenosem nákazy.

Paní Květa: *„No jak už jsem říkala, sháněla jsem všechno možný i nemožný a i v těch papírech, který jsem dostala v nemocnici, bylo, že se toho dá zbavit doma speciálníma prostředkama, tak jsem začala jít za touhle informací a pídila jsem se sama. Ono k tomu přispělo hodně i to, že třeba člověk se sám na internetu dozví, jaký jsou další prostředky, co máte dělat. To mi pomáhaly shánět i děti. Objevili jsme diskuze, kde si lidi dávaj rady na to stafylokoka a tam jsme našli různý recepty na to jak se toho zbavit přírodní cestou, třeba lichořeřišnice, rakytník, a jiný preparáty. Úplně jsem se pro to nadchla a jedla jsem všechno, co šlo, i třeba kustovnici čínskou. Byl to takovej MRSA život, všechno se motalo kolem toho, že to mám.“*

Jako největší změnu v životě s MRSA popisuje paní Květa změnu v oblasti toho, že se po dobu své kolonizace, navzdory informacím od odborníků, snažila odstranit MRSA kolonizaci. Doslova to popisuje jako „MRSA život“, kdy to pro ni bylo téma číslo jedna. Před touto zkušeností žila poklidný život na malém městě. Velkou změnu pocítuje v oblasti rodiny a rodinných vztahů, nesetkává se s odporem, ale spíše se strachem z přenosu na ostatní členy, rodiny a to z pohledu Květy samotné i ze strany jejích dětí. Zmíněná striktní pravidla chování mezi rodinnými příslušníky vnímá jako určitý osobní diskomfort. MRSA kolonizace také Květu omezuje v péči o její maminku, se kterou je zvyklá trávit mnoho času, a tím, že se bojí,

že mamince ublíží, je jejich vztah z její strany narušen. Neustálá snaha Květy odstranit MRSA vyústila v jejím případě v úspěšnou dekolonizaci MRSA, kterou provedla pomocí dezinfekčních prostředků, které si obstarala sama nebo s pomocí odborníků na základě vlastních informací.

5.6.4 Pozorování

Paní Květa je velice energická žena, která je krátce v důchodu. Je štíhlé až hubené postavy. Má brýle, které vnímá jako módní doplněk. Má dlouhé blond vlasy stažené do culíku. Je oblečená na svůj věk velice moderně, spíše oblečením volnějšího charakteru. Má upravené, nalakované a přestěné nehty. Paní Květa má vrásky přiměřené svému věku, vypadá mladší i díky svému modernímu oblečení, účesu a brýlím, které mají barevné mohutné obroučky. Barva kůže a sliznic je fyziologická. Květa je hezky naličená. Okolo očí má vrásky, které se zvýrazňují jejím občasným úsměvem. Květa doprovází řeč výraznými pohyby rukou. Z hlediska paralinguických jevů má výrazný hlasový projev, pokud hovoříme o věcech, které ji během rozhovoru rozhořčovaly, stahuje si brýle na špičku nosu a dívá se přímo (nedostatečné informace, pocity spojené s MRSA a přístupem některých zdravotníků). Mění barvu a tón hlasu vlivem situace. Během rozhovoru udržujeme vzájemný přiměřený odstup. Květin byt je malý, ale útulný. Je to klasický byt 1+1, ve kterém žije sama. V den naší schůzky je v bytě cítit dezinfekce, soudím, že paní Květa před naší domluvenou návštěvou uklízela pomocí dezinfekčních prostředků. Koupelna a toaleta jsou klasické prostory panelákové zástavby. Rozhovor probíhá v obývacím pokoji, který je moderně zařízený, s pohodlnou sedací soupravou. V bytě je pocitově chladněji. Na oknech vidím mnoho květin, zejména kvetoucích orchidejí. Paní Květa má v obývacím pokoji prostornou knihovnu vyplněnou. Celkový dojem z bytu Květy je pozitivní, je to příjemné a uklizené prostředí, zápach dezinfekce je ze začátku nepříjemný.

5.7 Komparace výsledků Klára, Katka a Květa

Na ukázce tří žen rozdílných věkových kategorií je patrné, že všechny tři ženy nebyly uspokojeny konstatováním zdravotníků, že doma se pro ně prakticky nic nezmění. Všechny tři ženy měly potřebu doplnit si informace a znalosti tak, aby doma chránily své blízké, byly motivovány svým přirozeným instinktem ženy pod tlakem strachu, že ohrozí členy rodiny, kteří budou následně v nemocnici řešit stejné problémy. Zajímavé je, že ani jedna žena nevyslovila přímou obavu nebo strach o svůj život, ale o to, aby nenakazily ostatní členy domácnosti. Katka vyslovila to, že je prakticky nejvíce nebezpečná sama sobě. Ženy, které se staly součástí studie, shodně vykazují změnové chování v oblasti hygieny osobní i ostatních rodinných příslušníků. Je zajímavé, že všechny tři ženy, které byly předmětem zkoumání, byť špatně informované, dodržovaly doma určité zásady chování kvůli MRSA kolonizaci. Na případu Katky se ale ukazuje, že toto změnové chování pramení hlavně z obav o přenos bakterie, protože Katka nebyla přímo vystavena izolačnímu režimu v nemocnici. Přesto ale vyhledávala informace a zakoupila si mýdlo obsahující stříbro, aby pomocí častějšího mytí rukou všech členů domácnosti ochránila ostatní. Další dvě účastnice výzkumu přenesly určité prvky chování z nemocnice do domácího prostředí. Paní Klára si obstarala dezinfekční prostředek, který je používán ve zdravotnickém zařízení, a paní Květa si zajistila ústenky, které také viděla, že zdravotníci v její přítomnosti používají. Nutno podotknout, že všechny tři ženy, které byly součástí kvalitativní studie, jsou ženy dobře sociálně zabezpečené, vzdělané a pořádkumilovné již před MRSA kolonizací. I tak jim ale MRSA přinesla do života změny v oblasti úklidu. Změnové chování je opětovně prakticky u všech stejně vyvoláno strachem z přenosu bakterie na jejich blízké. V případě paní Kláry na pravnoučata, paní Katky na manžela, trpícího cukrovkou, který je s ní v nejintimnějším kontaktu. Paní Květa se nejvíce obávala o svoji maminku. MRSA u nich vyvolala snahu odstranit je, což bylo v případě paní Kláry a Květy naplněno. Paní Klára se cítí být osvobozena prostřednictvím zdravotnického zásahu a paní Květa si svojí usilovnou snahou pomohla sama prostřednictvím dekolonizačních prostředků. Katka projevila během rozhovoru zájem o dekolonizační prostředky. Výsledky studie jsou zobrazeny v tabulce prostřednictvím selektivního protokolu.

5.7.1 Tabulka 13 - Selektivní protokol, komparace výsledků kvalitativní studie

Téma	Naplnění tématu	Paní Klára	Katka	Paní Květa
Informace	Nedostatek vstupních znalostí	✓	✓	✓
	Nespokojenost s podanými informacemi	✓	✓	✓
	Informace ústní formou lékařem	✓	✓	✓
	Informace zdravotní sestrou			✓
	Snaha doplnit informace	✓	✓	✓
	Zdroj informací internet	✓	✓	✓
	Zdroj informací jinými odborníky	✓		
	Informace písemnou formou	✓		✓
	Rozporuplnost podaných informací	✓	✓	✓
	Nejistota plynoucí z nedostatku informací	✓	✓	✓
	Strach z přenesení nákazy plynoucí z nedostatku informací	✓	✓	✓
	Pocit bagatelizace problémů ze strany odborníků	✓		
Zásady	Zvýšená hygiena rukou	✓	✓	✓
	Dezinfekce rukou	✓		
	Dezinfekce ploch	✓	✓	✓
	Omezený kontakt se členy domácnosti	✓		✓
	Zvýšená hygiena ostatních	✓	✓	✓
	Použití ochranných pomůcek - ústenka			✓
	Použití ochranných pomůcek - ústenka ostatními v rodině	✓		
	Selekce osobních pomůcek	✓	✓	✓
Léčba	Užívání antibiotik kvůli kolonizaci MRSA	✓	✓	✓
	Vyhledávání přírodních zdrojů léčby		✓	✓
	Skríning MRSA v rodině		✓	
	Negativní reakce na izolaci v nemocnici			✓
Změny	Narušení vztahů v rodině	✓		✓
	Omezený kontakt se členy v domácnosti	✓		
	Strach členů domácnosti	✓		✓
	Negativní zkušenosti v okolí související s MRSA	✓		

6 DISKUZE

Je nutné předeslat, že na téma MRSA kolonizovaného v domácím prostředí nebylo dosud publikováno dostatek materiálů či ucelených prací, které by se přímo zabývaly touto problematikou. Své výsledky z praktické části a poznatky z teoretické budou z tohoto důvodu porovnány s vybranými zdroji literatury, které alespoň okrajově řeší tuto problematiku z hlediska nemocného (co je doporučeno, jak to v případech žen v mém výzkumu probíhalo v praxi). Jedním ze zdrojů literatury v celkové péči o nemocné s MRSA je v teoretické části často zmíněný „*Doporučený postup pro kontrolu výskytu kmenů Staphylococcus aureus rezistentních k oxacilinu (MRSA) a s jinou nebezpečnou antibiotickou rezistencí ve zdravotnických zařízeních*“, který publikovali v roce 2006 autoři v čele s Bergerovou (Bergerová a kol., 2006, 11s). Dále budou výsledky dány do souvislosti s publikací: „*Příspěvek k doporučeným postupům pro péči o MRSA pozitivní pacienty*“, publikovaným v roce 2006, jako diskuzi k doporučenému postupu, autorů Beneše a Unzeitigové (dále jen příspěvek). Zohledněny budou také vybrané výsledky šetření, které provedla v rámci své bakalářské práce na Univerzitě v Pardubicích Kornhäuserová v roce 2013. Ta se zabývá, mimo jiné i tím, zda všeobecné sestry na vybraných pracovištích znají problematiku nozokomiálních nákaz a hygieny rukou. V článku, který byl publikován v časopisu Sestra: „*MRSA – nemalý problém k zamyšlení.*“, se autorka zamýšlí nad některými aspekty péče a přístupu k pacientům s MRSA. (Míčková, 2008, s. 1). Za přínos ve zkoumané oblasti považuji i závěrečnou práci Škodové z roku 2012, která podrobněji rozebírá možnost dekolonizace MRSA, mimo jiné i v domácím prostředí, což je výzkumníkem považováno za jedno z řešení situace lidí s MRSA. Práci, která přímo popisuje péči o pacienta s MRSA v domácím prostředí napsala v roce 2015 Jeníčková Drhová, i některé její závěry budou využity pro porovnání s mými. Vybrané zdroje mají souvislost s danou problematikou od prevence přenosu ve zdravotnickém zařízení, až po problémy v domácím prostředí.

Všeobecně panuje v odborných zdrojích shoda, že asi jedna třetina populace je kolonizovaná bakterií *Staphylococcus aureus* ve své citlivé formě (MSSA). MRSA je ve zdravé populaci kolonizováno asi 1 - 3% lidí. (Pazdiora, 2008, s. 8; Kratochvíl, 2006, s. 3; Reskona, 2015, s. 1). Při některých interpretacích těchto dat je údaj o MSSA ztotožňován nebo zaměňován s údajem o nosičství MRSA ve zdravé části populace. Během studia literárních zdrojů jsem se opakovaně setkala s tímto mylným výkladem (Kalíšková, 2014, s. 19). Chybnou interpretací těchto informací na odborných přednáškách určených pro zdravotnický personál může docházet ke zkreslené představě mnoha zdravotníků o MRSA, což může vést k bagatelizaci

problému a nedostatečnému dodržování zásad ošetrovatelské péče o tyto pacienty (preventivní opatření, hygiena rukou ve ZZ). Kornhäuserová (2013) uvádí, že zdravotnický personál, zejména všeobecné sestry disponují pouze všeobecnými znalostmi o možnostech šíření nozokomiálních nákaz, kam spadá i řešená problematika. Povědomí zdravotnického personálu o nutnosti hygieny rukou v bariérové péči jsou dosti podceňované. Zajímavým poznatkem, který se týká MRSA (v práci Kornhäuserové, 2013), je fakt, že sestry z interní JIP, které se účastnily jejího výzkumného šetření, věděly pouze v 36 %, co znamená zkratka MRSA (Kornhäuserová, 2013, s. 49). Z mého šetření vyplynulo, že je potřeba pravidelně školit i zaměstnance jako jsou sanitářky a uklízečky, které mají přístup k pomůckám i pacientům, rovnají jim stolky a lůžka. Rovněž Kornhäuserová (2013) uvádí potřebu pravidelných školení zdravotnického personálu a označuje problematiku nozokomiálních nákaz jako nezáživné a opakované téma. Poukazuje na fakt, že nedostatečné znalosti zdravotnického personálu souvisejí s porušováním zásad bariérové péče. Příмым důsledkem těchto uváděných nedostatků může být přenos MRSA a vznik problémů, které vyplývají z mého šetření.

V praktické části práce byly položeny tři výzkumné otázky. V první z nich byly hledány odpovědi na to, jaké informace obdrželi nemocní kolonizovaní MRSA od zdravotníků. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že informovanost žen, které byly součástí výzkumného vzorku, byla minimální, nedostatečná, rozporuplná až bagatelizující. Všechny tři ženy shodně poukazují na nedostatečný rozsah a kvalitu nebo dokonce úplnou absenci informací. Bergerová a kol. (2006, s. 7) uvádějí, že ošetřující lékař by měl poučit pacienta o případných režimových opatřeních, minimálně však o nutnosti informovat o své MRSA pozitivitě při dalším pobytu ve zdravotnickém zařízení (všechny ženy, které byly součástí studie, věděly o této povinnosti a také ji uplatňovaly). Ze studie vyplývá, že paní Klára se snažila tuto prosbu zdravotníků uspokojit a setkala se s negativním přístupem. Fakt, že informovala o tom, že je MRSA pozitivní, ji působil další problémy. Jak ukazuje příklad paní Kláry, zkusí to jednou, dvakrát, a potom už ne. Na to samé je upozorněno ve výše uvedeném příspěvku autorů Beneše a Unzeitigové (2006, s. 3). Součástí dvanácté přílohy k doporučenému postupu (Bergerová a kol., 2006 s. 10) jsou uvedené „*Informace pro pacienty a jejich rodinné příslušníky*“, které se staly námětem pro tvorbu informačních materiálů o MRSA pro pacienty v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Informace, které jsou podávány pacientům dle doporučeného postupu, jsou zaměřeny hlavně na režimová opatření, která jsou zavedená ve zdravotnickém zařízení. Informacím, které jsou pro pacienta určeny domů je obvykle věnován pouze jeden krátký odstavec, což jak ukazují výsledky kvalitativní studie je považováno

pacienty samotnými za nedostatečné. Člověk kolonizovaný MRSA se ocitá kdesi v povzdálí a pozornost věnovaná jemu samotnému s jeho potřebami je opomíjena. Holistické pojetí člověka není naplněno. Jak je patrné z výsledků, potřeba informací není v souvislosti s MRSA dostatečně uspokojována. Nemocný nerozumí obsahu (podávaných informací) nebo si neumí představit konkrétní věci, které zdravotník vnímá jako samozřejmé (běžný hygienický režim, oslabený člověk). Tyto dva pojmy jsou nedílnou součástí všech informačních materiálů poskytovaných MRSA pozitivním, které byly dohledány. Výsledky napovídají tomu, že je potřeba pacientům tyto dva pojmy blíže specifikovat. Jejich nevědomost a nedostatek informací s sebou přináší problémy a pocity nejistoty včetně strachu o své okolí. Informátorky samy poukazují shodně na fakt, že potřebují vědět nejen základní informace o MRSA, ale jako mnohem důležitější než vysvětlování, co je MRSA, potřebují vědět, co to pro ně znamená v osobním životě, až se vrátí domů a budou s rodinou. Výzkum s podobnou tematikou MRSA osídleného pacienta v domácím prostředí zpracovala v roce 2015 Veronika Jeníčková Drhová, která uvádí, že pacient, který byl předmětem jejího výzkumu, nebyl taktéž náležitě informován o MRSA (Jeníčková, Drhová, 2015, s. 55). Míčková (2008, s. 1) se ve svém článku uvedeném v časopisu *Sestra zamýšlí nad MRSA* a uvádí: „*Nediskriminujme je. Buďme k nim citliví a empatičtí. Edukujme je. Pomozme jim pochopit, co se s nimi děje*“ (Míčková, 2008 s. 1).

Druhá výzkumná otázka se vztahovala k chování MRSA kolonizovaných žen v domácím prostředí. Bylo zjišťováno, jestli na základě faktu, že jsou kolonizované MRSA, doma dodržovaly nějaká pravidla chování, která by přispěla k přerušení cesty přenosu na další členy rodiny. Je zajímavé, že přestože ženy nebyly dostatečně poučeny o MRSA, došlo u všech třech ke změně chování na poli hygieny. Shodně uvádějí častější mytí rukou, což je pravidlo, o kterém byly informovány, nebo si informace tohoto charakteru doplnily samy. Další zásady, jako jsou individualizace pomůcek nebo používání dezinfekčních prostředků a přípravků, uplatňovaly na základě své vlastní snahy ochránit ostatní. Další zásady chování jako použití ústenky v případě Květy svědčí o tom, co za pocity samotná kolonizace MRSA znamená pro takto postiženého člověka. Jednou ze zásad byl také omezený kontakt například s dětmi v případě paní Kláry, což přímo vedlo k narušení vztahů v rodině a její osobní pohody. Strach a zděšení vyvolal ve dvou případech, paní Kláry a paní Květy, zážitek z izolace v nemocnici. Jak je uvedeno v doporučeném postupu (Bergerová a kol. 2006, s. 7), blízcí pacienta, kteří svého člena rodiny navštěvují na pokoji, jsou ošetřujícím lékařem poučeni o nutnosti izolačního režimu a musí dodržovat výše uvedená pravidla. Jejich součástí je i povinnost používat ochranné pomůcky při vstupu do pokoje. Ukazuje se, že tento režim

pacienti v nemocnici chápou, vnímají tato opatření jako nutnost, ale zároveň v nich i ostatních vyvolávají pocity strachu z vlastní nebezpečnosti. Hlavní rozpor se dostaví ve chvíli, kdy za nimi přijdou návštěvy a oni jsou vystaveni přímo té situaci, že k nim musí jít jejich blízcí oblečení v ochranném obleku. Nejistota se u žen a jejich rodin dostavila tehdy, když mohly jít s tou samou bakterií, kvůli které musely být v nemocnici izolovány, domů bez zvláštního doporučení. Na tento problém poukazují i Beneš a Unizigerová (2006 s. 2) ve svém příspěvku. Je obtížné vysvětlit návštěvám, že v nemocnici si musí vzít rukavice, pokud chtějí jít za svým blízkým a doma se není potřeba nijak chránit. Pokud je po pacientech i návštěvách požadováno, aby dodržovali předepsaný režim, je potřeba je poučit, věnovat jim čas, aby vše pochopili. Autoři příspěvku řeší tuto situaci tak, že návštěvám ochranné pomůcky nabídnou, ale nijak je k jejich použití nenutí. Poučí je o potřebě použití dezinfekčního přípravku na ruce před odchodem z pokoje pacienta a rychlého opuštění zdravotnického zařízení po ukončení návštěvy. Na základě výše uvedených zkušeností z nemocnice jsou prvky chování ze zdravotnického zařízení přeneseny do domácího prostředí. Hlavní motivací žen k dodržování zvýšených hygienických pravidel byl, ale především strach pramenící z MRSA, který byl vyvolán hlavně obavou z přenosu na další členy rodiny, zejména na děti. I Jeníčková (2015 s. 50) popisuje strach MRSA pozitivního a rodiny z přenosu na ostatní po seznámení se s pravidly bariérového ošetření, jež v domácnosti uplatňovala. Míčková (2008, s. 1) ve svém článku vyzývá zdravotníky, aby naučili pacienty s MRSA takovým pravidlům hygienických zásad, které jim pomohou nebýt hrozbou pro své okolí.

Třetí výzkumná otázka se týká změn a problémů, které MRSA kolonizace přináší lidem do života. Již samotný fakt, že se ženy staly MRSA pozitivními, byl změnou číslo jedna, která s sebou přinesla již několikrát opakované problémy (nedostatek informací, snaha je doplnit, strach z přenosu, obavy o své blízké, nejistota, narušení vztahů v rodině). Změnové chování na poli hygieny a omezeného kontaktu jsou taktéž uváděnými změnami. Obavy z bezvýchodné situace byly posilovány negativními informacemi, například o doživotním trvání MRSA kolonizace. Dá se konstatovat, že MRSA je v těchto případech důvodem narušených vztahů v rodině. MRSA kolonizované ženy, zejména Klára a Květa, se v určitých případech raději vyhýbaly kolektivům, což je v životě značně omezující. Nutno také zdůraznit, že poskytovaná péče může být z hlediska pacienta vnímána negativně a diskriminačně, je ošetřován jako poslední, k některým léčebným úkonům není z důvodu kolonizace MRSA indikován. V doporučeném postupu je zakotveno že: „*Nemocný nesmí být poškozen omezením léčebné péče*“ (Bergerová, 2006, s. 8). Výsledky poukazují nato, že MRSA může být chápán jako kontraindikace k některým výkonům. Změny přinášela i léčba

MRSA. Všechny ženy byly opakovaně léčeny celkovým podáním léků na bázi antibiotik i v případech, kdy neměly projevy infekce. V doporučeném postupu je uvedeno (Bergerová a kol., 2006, s. 8), že preventivní podávání antibiotik je přímo nevhodné. Podávání antibiotik lidem s MRSA bez projevů infekce se jeví jako opačný přístup k těmto nemocným, než je všeobecně doporučován (Bergerová a kol., 2006, s. 8). Diskutovaným problémem s různými názory je také to, jestli pacientům doporučit možnost dekolonizace MRSA, či naopak. Žádná z žen nebyla prvotně informována o možnosti dekolonizace v domácím prostředí, i když všechny ženy aktivně vyhledávaly a toužily po tom být MRSA negativní. V článku „*Jak se loví MRSA*“ (Nemšovská, 2009, s. 2) jsou publikovány výsledky plošné dekolonizace celkem sedmi pacientů a ve všech případech byla dekolonizace MRSA úspěšná. Již zmíněná Škodová (2012, s. 26-30) uvádí kazuistiky tří chronických nosičů, kteří se úspěšně dekolonizovali, poukazuje i na možnost využít dekolonizaci pacienta v domácím prostředí. V mé studii se tomu stalo v případě paní Květy, která se úspěšně dekolonizovala v domácím prostředí. Provedení celotělové dekolonizace pacienta MRSA snižuje riziko propuknutí infekce pro kolonizovaného (riziko propuknutí infekce je pro kolonizovaného až v 60 %, Kratochvíl, 2006, s. 3), ale snižuje i riziko přenosu nákazy do okolí. Může také, uvádí Škodová (2012) příznivě ovlivnit další léčbu pacienta a jeho psychický stav. To potvrzují výsledky u paní Kláry a Květy, které obě shodně uvádějí pocity štěstí v souvislosti s negativními výsledky svých mikrobiologických stěrů. Další zkušenost, která vyplynula z mého šetření, a to je, že zaměstnanec lékárny nebo zdravotník nemusí mít dostupné informace o dekolonizačních přípravcích. Kolonizovaný MRSA může narazit na překážku ze strany odborníka, což je v mnoha ohledech smutné a zároveň alarmující. V určitých případech by volba dekolonizace byla šetrnější a účinnější volbou pomoci v léčbě nemocným kolonizovaným MRSA. Závěrem diskuze bych ráda uvedla, že kvalitativní výzkum byl podrobnou sondou do života malého počtu účastnic studie. Výsledky se nedají považovat za zobecňující a bylo by potřeba na tuto prvotní sondu navázat. Tento výzkum může být považován za předvýzkum s ukázkou toho, co MRSA kolonizace nebo nosičství přináší svým hostitelům. Bylo by vhodné navázat na tuto kvalitativní studii dalším výzkumem, který se bude zabývat větším počtem kolonizovaných MRSA v domácím prostředí. Z tohoto důvodu byla založena webová stránka, kde budou sbírána data od lidí se stejným zdravotním problémem.

7 ZÁVĚR

Ve své práci jsem se podrobně zabývala MRSA kolonizovanými nemocnými v domácím prostředí. V teoretické části byl dán člověk, ke kterému ošetřovatelství přistupuje holisticky, do souvislosti s MRSA. Byly definovány vybrané potřeby člověka, které mohou mít dle autora přímou návaznost na tuto problematiku (potřeba informací, jistoty, uplatnění sociálních rolí v životě apod.). Tímto byl definován nemocný se svými potřebami a pocity, které může hospitalizace, či nová situace s MRSA vyvolat. Byla tak uvedena dostupná data, která se týkají zvolené problematiky tak, aby bylo možné definovat zásady chování nemocného kolonizovaného MRSA v domácím prostředí. Tím byl splněn první z cílů v teoretické části. Z tohoto hlediska z výzkumu vyplynulo, že uspokojování vybraných potřeb (informací, fungující rodiny, výkonu některých sociálních rolí), je MRSA v domácím prostředí přímo narušeno. Ve výzkumné části práce jsem došla k závěru, že pro kolonizovaného člověka a jeho rodinu MRSA znamená první zkušenost, nedostatek informací, nové slovo, nedostatek znalostí, potřebu vědět nebo snahu získat více informací. MRSA představuje změnu pravidel chování v rámci rodiny, přátel, komunity, v zaměstnání. Posedlost být čistý a mít okolo sebe pořádek, obavu blízkého kontaktu s ostatními a strach z přenosu MRSA. Pro kolonizovaného člověka MRSA znamená odlišení, odhalení intimních informací o jeho aktuálním stavu. Je to odhalení sebe sama před ostatními, což může oslabit zdraví člověka i jeho psychiku. MRSA představuje pro kolonizovaného člověka cokoli, ale jak je patrné z tohoto kvalitativního výzkumu, nikdy pro člověka kolonizovaného MRSA neznámá, že se nic neděje, že je všechno v pořádku, že se nemusí bát a nemyslet na to. Jedna z účastnic výzkumu označila život s MRSA jako „MRSA život“, což můžeme považovat za výstižné označení všeho, co je napsáno výše. Je mylné se domnívat, že být kolonizovaný MRSA je pro pacienta fakt, který dále nerozvíjí. Výsledky studie ukazují, že se lidé tímto stavem podrobně zabývají a trápí. Samotný pacient, který je středobodem lékařské i ošetřovatelské činnosti, označované za pomáhající, je v problematice MRSA v domácím prostředí na okraji zájmu. Pacientům je zajištěna pomoc v nemocnici, ale doma si nevědí rady. Chtěla bych znovu zdůraznit, že je potřeba poskytnout nemocným pro ně důležité a chybějící informace, na základě kterých by se zlepšila kvalita jejich života poznamenaná kolonizací MRSA. Bylo by dobré rozvést podrobněji diskuzi na téma dekolonizace pacienta s MRSA v domácím prostředí a lidem, kterým MRSA narušuje kvalitu života, tuto možnost nabídnout dříve než léčbu antibiotiky. „MRSA život“ je termín, který byl během rozhovoru definován samotnou účastnicí výzkumu a již název napovídá o tom, že MRSA je pro nemocné nechtěnou komplikací jejich léčby.

„MRSA život“ (viz. Příloha E) je pohled na realitu, která je sestavená pomocí příběhů tří žen, které se prostřednictvím kvalitativního výzkumu podělily o zkušenosti s MRSA. Pro samotné zdravotníky vidím přínos v předkládané práci v tom, že se dozvědí, jak prožívá život MRSA kolonizovaný. Pro nemocné vidím přínos v tom, že se k nim dostanou prostřednictvím informačního materiálu, který je výstupem z bakalářské práce, právě ty informace, které jsou v dnešní době opomíjené a mohly by se je v životě uplatnit. Během práce byla zjištěna informovanost nemocných s MRSA, bylo zmapováno chování v jejich domácím prostředí a vytvořeny podklady pro výrobu informační brožury, která obsahuje nejen základní informace o MRSA, ale také definuje možné zásady chování MRSA kolonizovaného po propuštění do domácího prostředí. To považuji za splnění stanovených cílů práce.

8 POUŽITÁ LITERATURA:

8.1 Literární zdroje

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: NCO NZO, 2003, 181 s. ISBN 80-7013-391-0.
2. BEDNÁŘ, Marek, Věra Fraňková, Jiří Schindler, Andrej Souček, Jiří Vávra. *Lékařská mikrobiologie bakteriologie virologie parazitologie*. Praha: Marvil, 1996, 558 s. ISBN 859-4-315-0528-0.
3. BENEŠ, Jiří. *Infekční lékařství*. Praha: Galén, 2009, 651 s. ISBN 978-80-7262-644-1.
4. GREENWOOD, David, Richard C.B. Slack, John F. Peutherer. *Lékařská mikrobiologie*. Praha: Grada, 1999, 686 s. ISBN 80-7169-365-0.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO, 2003, 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
6. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
7. HERDMAN, T. Heather, Shigemi Kamitsuru. *Nanda International, Inc. Ošetrovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: TISK CENTRUM s.r.o., Moravany, 2015, 464 s. ISBN 978-80-247-5412.
8. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum ve zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 123 s. ISBN: 978-80-244-1877-3.
9. MAĎAR, Rastislav, Renata PODSTATOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada, 2006. 178 s. ISBN 80-247-1673-9.
10. LHOTSKÝ, Josef. *Úvod do studia symbiotických interakcí mikroorganismů, nový pohled na viry a bakterie*. Praha: Academia, 2015, s. 208. ISBN: 978-80-200-2480-0
11. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011, 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
12. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
13. PODSTATOVÁ, Hana. *Mikrobiologie epidemiologie hygiena*. Olomouc: Epava, 2001, 283 s. ISBN 80-86297-07-1.
14. SCHINDLER, Jiří. *Ze života bakterií*. Praha: Academia, 2008, 143 s. ISBN 978-80-200-1666-9.

15. SCHOTT, Heinz. *Kronika medicíny*. Praha: Fortuna Print, 1994, 648 s. ISBN 80-85873-16-8.
16. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 1: Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie*. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 2003. ISBN 80 - 7013 - 263 - 9
17. TUČEK Milan a kol. *Hygiena a epidemiologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012, 358 s. ISBN: 978-80-246-2025-1.
18. VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ a Jana HOLUBOVÁ. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné, Obecná část*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2011. ISBN: 978-80-247-3419-4.

8.2 Elektonické zdroje

1. BAŠNÁ, Lenka. *Výskyt methicilin-rezistentních kmenů Staphylococcus aureus ve FN v Hradci Králové v letech 2011-2012*. [online]. Hradec Králové: Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Katedra biologických a lékařských věd. 2013 [cit. 2015-11-30]. Diplomová práce, Vedoucí práce Pavla Paterová. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/118039/>
2. BENEŠ, Jiří a Martina UNZEITIGOVÁ. M. Příspěvek k doporučeným postupům pro péči o mrsa-pozitivní pacienty. *Klin mikrobiol inf lék* [online]2006;12(4):169-172 [cit 2015-11-30] dostupné z: <http://kmil.trios.cz/predchozi/kmil06049c.htm>
3. BERGEROVÁ, Tamara, et al. Doporučený postup pro kontrolu výskytu kmenů Staphylococcus aureus rezistentních k oxacilinu (MRSA) a s jinou nebezpečnou antibiotickou rezistencí ve zdravotnických zařízeních. *Zprávy CEM SZÚ*, Praha. [online] 2006, 15: příloha 1 1-16.[cit. 2015-10-30]. Dostupné z: http://www.khsova.cz/01_obcanum/files/doporučeny_postup_mrsa.pdf
4. ČESKO. MZČR. *Věstník č. 9. Koncepce ošetřovatelství. Metodický návod*. ZN: 2158104/04/VVO [online]. MZ ČR, © 2004, 12. 9. 2014 [cit. 2016-03-28]. Dostupné z:http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/koncepce-osetrvatelstvi_9584_3196_3.html

5. ČESKO. MZČR. *Práva pacienta* [online]. MZČR © 2008, [cit. 2016-01-05].
Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta_2401_18.html#top
6. ČESKO. MZČR. Věstník MZ ČR. *Metodický návod – hygiena rukou při poskytování zdravotní péče, částka 5.* [online] 2012-06-29. [cit. 2015-11-27].
Dostupná z www: <http://mzcr.cz>
7. ČESKO. MZČR. *Souhrn: Směrnice SZO 64s.* [online] 2011. [cit. 2016-01-25].
Dostupné z:
http://www.szu.cz/uploads/LB/Hygiena_rukou/Hygiena_rukou_ve_zdravotnictvi_Pr_vni_globalni_vyzva.pdf
8. ČESKO. Zákon č. 258/2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. In *Sbírka zákonů, Česká republika.* [online] 2000 [cit. 2016-01-25]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>
9. DANCER, Stephanie. Šíření MRSA a kvalita úklidu v nemocnicích. [online] volně přeložil a zkrátil Plesník 2008 jako studijní materiál - speciál č. 58. [cit. 2015-12-28]. Dostupné z: www.khsova.cz/01_odborna_cinnost/files/sms058.pdf
10. DCD. Centers for Disease Control and Prevention [online] 2016 [cit. 2015-12-27].
Dostupné z: <http://www.cdc.gov/>
11. DRHOVÁ JENÍČKOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelská péče o pacienta s meticillin - rezistentní Staphylococcus aureus v agentuře domácí péče* [online]. Plzeň, 2015 [cit. 2016-04-05]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Bohumila Hajšmanová Dostupné z: <http://theses.cz/id/mrnozy/>.
12. EARS-NET, *Surveillance report, Antimicrobial resistance surveillance in Europe.* [online], 2013, [cit. 2014-03-06], s. 218. Dostupné z: <http://www.rivm.nl/earss>
13. GOV. UK, *LA-MRSA: Information for people who work with livestock.* [online] 23 November 2015. Last updated: 26 April 2016. [cit. 2015-11-30]. Dostupné z: <https://www.gov.uk/government/publications/la-mrsa-information-for-people-who-work-with-livestock>
14. HARTMANN-RICO. *Problematika MRSA v Německu a Nizozemsku.* Lecbarany.cz [online]. 2012-10-11. [cit. 2016-04-02]. Dostupné z: <http://www.lecbarany.cz/clanky/problematika-mrsa-v-nemecku-a-nizozemsku>

15. HOBZOVÁ, Lenka. *Zpráva o MRSA za rok 2014* [online] Hradec Králové, Fakultní nemocnice, Oddělení nemocniční hygieny, 2015-04-21 [cit. 2016-04-02]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/fs1530/velka-2014.pdf>
16. CHRASTINA, Jan. *Kvalitativní výzkum limitů životního stylu u osob s chronickým onemocněním* [online]. Olomouc, 2013 [cit. 2016-01-20]. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Dostupné z: <http://theses.cz/id/b4r6ro/>.
17. KALÍŠKOVÁ, Martina. *Specifika ošetřování pacientů s MRSA* [online]. Plzeň, 2014 [cit. 2016-02-08]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Adéla Holubová Dostupné z: <http://theses.cz/id/a4ev2k/>.
18. KARPÍŠKOVÁ, Renáta a kol. *Nálezy meticilin rezistentních Staphylococcus aureus u zvířat*. In: *vetweb* [online] 2009-05-14 [cit. 2015-11-30]. Dostupné z: <http://vetweb.cz/nalezny-meticilin-rezistentnich-staphylococcus-aureus-u-zvirat/>
19. KIŠŠOVÁ, Miroslava. *Molekulární podstata rezistence kmenů Staphylococcus aureus na meticilin*. [online]. Brno, 2008 [cit. 2015-11-30]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Přírodovědecká fakulta. Vedoucí práce Vladislava Růžičková Dostupné z: http://is.muni.cz/th/184640/prif_b/
20. KOHOUTEK, Rudolf. *Potřeby jako motivy chování a prožívání*. In: *Psychologie v teorii a praxi* [online blog]. 3. 12. 2009 [cit. 2015-10-19]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/potreby-jako-motivy-chovani-a-prozivani>
21. KORNHÄUSEROVÁ, Eva. *Bariérový ošetřovací režim v péči o pacienta s infekčním onemocněním*. [online] Pardubice 2013 [cit. 2015-12-18] Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetřovatelství, Vedoucí práce, Marie Holubová. Dostupné z: http://dspace.upce.cz/bitstream/handle/10195/51591/KornhauserovaE_BarierovyOsetrovaci_MH_2013.pdf
22. KRAMER, Axel, Ingeborg SCHWEBKE a Günter KAMPF. *Přežívání původců NN na neživých plochách*. [online] volně přeložil a zkrátil Plesník 2006 jako studijní materiál speciálč.29. [cit. 2015-12-28]. Dostupné z: http://www.khsova.cz/01_odborna_cinnost/files/sms029.pdf
23. KRATOCHVÍL, Antonín., et al. *Meticilin rezistentní Staphylococcus aureus – problém nejen podiatrické ambulance*. [online] 2006 [cit. 2015-30-11]. Dostupné z: <http://www.hpb.cz/index.php?pId=06-4-04>

24. JANÍK, Martin. *Hygienicko-epidemiologická opatření při péči o nemocné kolonizované MRSA*. [online]. Hradec Králové, 2008 [cit. 2015-12-27] Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, vedoucí práce Nováková Jana. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/58128/>
25. LEIBNIZ INSTITUTE DSMZ. *Prokaryotic Nomenclature*. 2016 [online]. DSMZ, © 2016. [cit. 2016-05-01]. Dostupné z: http://www.dsmz.de/microorganisms/pnu/bacterial_nomenclature_info_mm.php?genus=Staphylococcus
26. MÍČKOVÁ, Iveta. MRSA – nemalý problém k zamyšlení. *Sestra* [online]. 2008 č. 10 [cit. 2016-02-28]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra-priloha/mrsa-nemaly-problem-k-zamysleni-420403>
27. NEMŠOVSKÁ, Markéta. Jak se loví MRSA? *Sestra* [online] 2009, č. 4 [cit. 2015-12-15]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/jak-se-lovi-mrsa-418602>
28. PANTŮČEK, Roman. Bakterie *Staphylococcus aureus* jako častý zdroj nebezpečí pro člověka. *Universitas*. [online]. 2007, č. 2 [cit. 2015-28-10]. ISSN 1212-8139. Dostupné z: <https://journals.muni.cz/universitas/issue/viewIssue/177/35>
29. PAZDIORA, Erich a Kateřina MATĚJOVÁ. Proč je třeba v ambulantních zdravotnických zařízeních dezinfikovat? *Zpravodaj centra MPI, zdravotní ústav se sídlem v Ostravě*. [online] 1/2008, č. 4. [cit. 2015-11-02]. Dostupné z: https://www.zuova.cz/Content/files/zpravodaj_ckl/zpravodajmpi200801.pdf
30. RESKONA. Jaká je léčba infekce staph? *Articles*. [online] anon. [cit. 2015-11-02]. Dostupné z: <http://www.reskona.com/cs/2818.html>
31. SCHREINEROVÁ, GIROD, Miroslava. *Prevence a kontrola šíření MRSA v některých členských zemích EU*. [online]. *Prezentace*. 2008, Pečenkovy dny. [cit. 2016-01-08]. Dostupné z: <http://www.pecenkovydney.cz/pdf/st/4-Schreinerova-MRSA-v-EU.pdf>
32. SEDLÁČEK, Ivo. Taxonomie stafylokoků (Taxonomy of staphylococci). *Remedia - Klinická mikrobiologie*, Praha: PANAX Co. s.r.o., 1999, vol. 3, No 2, p. 43-46. ISSN 1211-7684.
33. SVOBODOVÁ, Tereza. *Smíšené biofilmové infekce Staphylococcus spp a Candida spp*. [online] Brno, 2015. [cit. 2015-10-30] Bakalářská práce. Masarykova Univerzita v Brně, Přírodovědecká fakulta, Ústav experimentální biologie. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/408085/prif_b/Bakalarska_prace_-_Tereza_Svobodova.pdf

34. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA. EARS – net. Základní informace.[online]. 2016 [cit. 2015-12-27]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/ears-net-4>
35. ŠENKÝŘOVÁ, Vladislava. Methicilin rezistentní Staphylococcus aureus. Urologie pro praxi. [online] 2006 č. 5. [cit. 2015-12-27]. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-200605-0010.php>
36. ŠKODOVÁ, Martina. *Výskyt MRSA v nemocnicích a zařízeních dlouhodobě pečujících o seniory a způsob dekolonizace.* [online] Čelákovice 2012. [cit. 2016-01-05] Vyšší odborná škola MILLS s.r.o., obor diplomovaný farmaceutický asistent, vedoucí práce, Škodová Iva. Dostupné z: <http://vos.mills.cz/assets/vos/Absolventsk-prce-2012/Skodova-DFADS-2012.pdf>
37. ŠVEJDOVÁ, Kateřina. Filozofie v ošetrovatelství. *Sestra* [online]. 2010, roč. 2010 č. 9 [cit. 2016-01.15]. Dostupné
38. VITOUŠ, Adam. Prevence MRSA v ambulantní péči. *Practicus: Prevence v primární péči.* [online] 2009, č. 1 [cit. 2015-11-30]. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2009-01/36-prevence-v-primarni-peci.pdf>
39. VITOUŠ, Adam. Péče o pacienta s průkazem MRSA v ambulanci praktického lékaře. *Zdravotnictví a medicína* [online]2010, č. 13 [2016-01-15]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/pece-o-pacienta-s-prukazem-mrsa-v-ambulanci-practickeho-lekare-452989>
40. VACULÍKOVÁ, Hana. *Výskyt meticilin-rezistentních kmenů Staphylococcus aureus ve FN Hradec Králové v letech 2008-2010.* [online]. Hradec Králové, 2011. [cit. 2015-11-30]. Diplomová práce. Karlova univerzita v Praze Farmaceutická fakulta v Hradci králové Katedra biologických a lékařských věd. Vedoucí práce, Pavla Paterová. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/80915/>
41. ZAHRADNÍČEK, Ondřej. Nemocniční nákazy způsobené multirezistentními kmeny bakterií. *Universitas.* [online]. 2015, č. 2-3 [cit. 2015-29-10]. ISSN 1212-8139. Dostupné z: <https://journals.muni.cz/universitas/issue/view/292/showToc>
42. ŽEMLIČKOVÁ, Helena. Interview. In: *I-vysílání.* Magazín, Sama doma [online]. 26. 01. 2015 [cit. 2015-11-28]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1148499747-sama-doma/215562220600009>

43. ZELENÁ HVĚZDA. *Dekolonizace MRSA* [online]. 2016 [cit. 2016-02-15].
Dostupné z: <http://www.zelenahvezda.cz/sortiment-produktu/dezinfekce-a-hygiena#kategorie-dekolonizace-mrsa-a-jinych-multirezistentnich-mikroorganismu>

9 PŘÍLOHY

9.1 PŘÍLOHA A

MRSA – INFORMACE PRO PACIENTY A RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY

Vážená paní, vážený pane

Během Vaší hospitalizace u Vás bylo mikrobiologickým vyšetřením zjištěno osídlení bakterií, která se nazývá **MRSA**. Nabízíme Vám informace pro Vás a Vaše rodinné příslušníky, které by Vám měly pomoci pochopit danou problematiku. Na začátku nám dovoluňte definovat dva důležité pojmy. **Kolonizace** a **Nosičství MRSA** znamená zjednodušeně to, že je tato bakterie přítomna někde na Vašem těle nebo sliznicích (Beneš, 2009, s. 8).

Co je MRSA?

Název **MRSA** je odvozen z počátečních písmen **METHICILIN REZISTENTNÍ STAPHYLOCOCCUS AUREUS**. **MRSA** je odolnější obdoba mezi lidmi známého „zlatého stafylokoka“, který může patřit k běžné flóře lidského těla. „Obyčejný zlatý stafylokok“ kolonizuje většinou nos a kůži. Dokáže žít s člověkem a nezpůsobuje mu obvykle žádné potíže. **MRSA** může při oslabení organismu vyvolat stejné infekce jako „obyčejný zlatý stafylokok“, ale na rozdíl od něho je odolný vůči běžně používaným antibiotikům, proto je léčba obtížnější (Maďar a kol., 2006, s. 136).

Jak získám MRSA?

Je možné, že byl **MRSA** přítomen na některé části Vašeho těla již při příchodu do nemocnice, nebo využil Vašeho oslabení během hospitalizace a kolonizování jste byli až v nemocnici, kde se **MRSA** hojně vyskytuje kvůli velkému množství antibiotik, která se zde používají (Bergerová a kol., 2006, s. 11).

Jak se dozvím, že již nejsem nosičem MRSA?

Vaše nosičství bude pravidelně kontrolováno Vaším praktickým lékařem na základě mikrobiologických stěrů z postižených míst. O ukončení Vašeho nosičství budete informováni a poté vyřazeni z evidence. O všech možnostech a dalším postupu Vás bude informovat Váš praktický lékař (Nemocnice Jihlava, 2016).

Jak se MRSA léčí?

Předem je nutno podotknout, že MRSA může zmizet z Vašeho těla sám takzvanou **přírozenou dekolonizací**. Je to vlivem úpravy Vašeho zdravotního stavu směrem k normálu a posílením Vaší imunity. Je zde důležité udržovat se v dobré fyzické a psychické kondici, zdravý životní styl je samozřejmostí. Pokud jste pouze nosičem **MRSA a nemáte známky infekce**, není důvod podávat Vám **kvůli MRSA** celkově antibiotika. V některých případech je nutné **MRSA** nosičství vyléčit. To je možné pomocí **místních antibiotických prostředků (mastí) s účinností na MRSA**. Probíhá tak **dekolonizace MRSA** pomocí speciálních přípravků. Některé z nich jsou uvedené na konci letáku. V domácím prostředí Vám pomůže s případnou dekolonizací Váš praktický lékař nebo sestra (Bergerová a kol., 2006, s. 11; Vitouš, 2009, s. 36).

Jak ovlivní MRSA pobyt v nemocnici?

V nemocnici budete po dobu trvání Vašeho nosičství **MRSA** umístěn na izolačním pokoji, který bude označen jako pokoj se zvýšeným hygienickým režimem. Veškerý zdravotnický personál k Vám bude přistupovat v ochranných pomůckách a na pokoji budete mít k dispozici dezinfekční přípravek, který si budete nanášet na ruce po jejich umytí. Tato opatření jsou v nemocnici zavedena, kvůli tomu, aby se MRSA nešířil na ostatní oslabené pacienty. Je velice důležité naučit se zvýšené hygieně rukou. Bude to pro Vás prospěšné i po propuštění do domácího prostředí. Chápeme, že je tento režim pro Vás obtěžující a v jistých případech limitující, proto jsou ošetřující lékař a zdravotní sestra neustále připraveni poskytnout Vám veškeré potřebné informace ohledně izolace. Nebojte se zeptat! Za Vaši spolupráci předem moc děkujeme (Bergerová a kol., 2006, s. 11).

Mohou mne navštěvovat příbuzní?

Návštěvy za Vámi mohou přijít, ale v nemocnici budou podléhat taktéž určitým opatřením, která nemusí být tak přísná, protože Vaši příbuzní se nestýkají s dalšími pacienty. Návštěvy dětí se při pobytu v nemocnici nedoporučují. Je důležité vědět, že režimová opatření jsou v nemocnici zavedena kvůli ostatním pacientům, proto poprosíme návštěvy, aby si před vstupem k Vám a při odchodu z pokoje důkladně omyly ruce a použily dezinfekční prostředek. Z důvodu ochrany ostatních pacientů je vhodné, aby Vaši blízcí po ukončení návštěvy na izolačním pokoji opustili zdravotnické zařízení a nezdržovali se ve společných prostorech nemocnice. Děkujeme (Beneš, Unzeitigová, 2006, s. 2).

Musím být kvůli MRSA v nemocnici?

Kolonizace nebo nosičství **MRSA** není důvodem k prodloužení pobytu v nemocnici. Naopak. Budete propuštěni, jakmile to Váš zdravotní stav dovolí. V propouštěcí zprávě bude údaj o MRSA uveden. Chtěli bychom Vás tímto požádat o zodpovědný přístup. Informujte prosím o MRSA zdravotnický personál při Vaší následné návštěvě kteréhokoliv zdravotnického zařízení (Bergerová a kol., 2006, s. 7).

Ošetření v domácím prostředí?

Možná bude potřeba, aby k Vám nějakou dobu docházela zdravotní sestra a ošetřovala například kožní defekt. Je to možné a o službách domácí péče Vás bude informovat praktický lékař. Veškerý zdravotnický personál, který k Vám bude docházet, je povinen během ošetřování používat ochranné pomůcky tak, jak jste byli zvyklí v nemocnici. Chápejte to jako opatření proti přenesení MRSA na ostatní pacienty podléhající domácí péči (Bergerová a kol., 2006, s. 11).

Jak se MRSA v nemocnici přenáší?

MRSA se v nemocnici nejčastěji přenáší kontaktem, a to rukama personálu nebo mezi pacienty. Proto se v nemocnici musí dodržovat tak přísná režimová opatření. Ostatní pacienti jsou oslabeni nemocí a mohou být náchylnější a vnímavější k přenosu bakterie. Je proto nutné, abyste si i vy osvojili pravidla, která se týkají mytí a dezinfekce rukou (Bergerová, 2006, s. 4).

MRSA DOMA A CO DÁL?

Jak se mám chovat po propuštění z nemocnice?

Při propuštění z nemocnice budete mít jistě mnoho otázek, jak se chovat doma, aby se **MRSA** nerozšířil mezi ostatní. Sestavili jsme jednoduchá hygienická pravidla, kterými byste se měli řídit. Předkládané zásady a doporučení chování v domácím prostředí po propuštění jsou pro Vás a Vaše rodinné příslušníky v některých ohledech omezující. Je to ale návod, jak zabránit přenosu **MRSA**. Pravidla kladou důraz na potřebu prevence a snahu o Vaši přirozenou dekolonizaci. Je mnohem jednodušší se těmito pravidly řídit po dobu nosičství a zabránit tak **MRSA** způsobit Vám či Vaším blízkým rozvoj infekce. Pokud je pro Vás vzniklá situace problémem psychickým, nebojte se návštěvy psychologa, kterého Vám jistě rád doporučí například praktický lékař.

Jak se doma může MRSA přenášet ?

MRSA se přenáší přímým kontaktem, jako je podání ruky, líbání nebo prostřednictvím předmětů kontaktem nepřímým. Z toho důvodu je nutné dodržovat doma určitá opatření, která Vám popíšeme níže. Infekční pro své okolí jste, pokud máte MRSA osídleny sliznice v nose a trpíte rýmou nebo nachlazením. Pokud máte na těle kožní defekt, řiďte se pokyny, které jsou uvedeny dále. Je nutné informovat Vás o tom, že náchylnější ke kolonizaci MRSA jsou oslabení lidé. Zdravou populaci nemusí MRSA výrazněji ohrožovat a navrácením imunity v plné síle může MRSA z těla sám zmizet (Janík, 2008, s. 30).

Pro koho je MRSA doma nebezpečný?

MRSA není nebezpečný pro zdravého člověka. Pokud ve Vašem okolí nežije imunitně oslabený člověk, nejste pro své okolí obvykle žádnou hrozbou. K rizikovým osobám, které jsou citlivější k přenosu **MRSA**, patří:

- Člověk, který má nějaké jiné vážnější onemocnění (např. onkologické, cukrovku apod.) a může být oslaben dlouhodobou léčbou.
- Člověk s porušenou celistvostí kůže (např. bércový vřed, proleženina, otevřená rána).
- Člověk s oslabenou imunitou (např. po transplantaci a apod.).
- Malé dítě, hlavně v novorozeneckém a kojeneckém věku.
- Senioři nad 80 let, kteří nejsou v dobré zdravotní kondici.
- Člověk, který je dlouhodobě léčen antibiotiky.
- Člověk, který dochází na hemodialýzu (umělá ledvina).

Pokud se ve Vaší blízkosti doma vyskytuje někdo z výše jmenovaných, domluvíme s Vámi individuální postup (Vitouš, 2009, s. 36; Maďar a kol., 2006, s. 138).

Zásady chování člověka kolonizovaného MRSA v domácím prostředí

ZÁSADA Č. 1

Zvýšená hygiena rukou

Toto opatření je určeno Vám i všem rodinným příslušníkům a lidem, kteří s Vámi přijdou do osobního kontaktu. Chápeme, že je to pro Vás jistě nepříjemné žádat například návštěvy o to, aby si po podání ruky umyly ruce, je to však nezbytné, a naopak tím chráníte sebe i své okolí. Domluvte se s ošetřujícím či praktickým lékařem na předepsání vhodného alkoholového dezinfekčního prostředku. Bylo by dobré se po každém umytí rukou následně dezinfikovat. Toto opatření významně pomůže Vaší dekolonizaci a zabrání přenosu **MRSA** na ostatní. **Obecně platí mýt si ruce při jakékoliv příležitosti, kdy to jen jde!** Důležitá je následná péče o pokožku rukou. Dezinfekční prostředky všeobecně vysušují kůži, proto používejte pravidelně i krém pro jejich následnou hydrataci (Vitouš, 2009, s. 36).

Příklady možných přípravků pro hygienu rukou jsou **Lifo-Scrub®** - dezinfekční mýdlo, **Promanum® pure** – dezinfekční prostředek na ruce, **Trixo®** - ochranný krém na ruce (Zelená hvězda, 2016)

ZÁSADA Č. 2

Omezte osobní kontakt v určitých situacích

MRSA se může přenést přímým kontaktem, jako je líbání. Vyhýbejte se v době svého nosičství polibkům s malými dětmi a citlivějšími rodinnými příslušníky. Je to obtížné pravidlo, které Vás znevýhodňuje a omezuje, ale vydržte, až Vaše kolonizace pomine, vše si vynahradíte. Berte ohled na ostatní (Janík, 2008, s. 30).

ZÁSADA Č. 3

Toto je jen moje

Žijete-li ve společné domácnosti s ostatními rodinnými příslušníky, vyčleňte si svoje věci, které budete používat výhradně jen **VY**. V místech jako je koupelna a toaleta, které sdílíte s ostatními, je nutné dodržovat **zvýšenou hygienu**. Následně předkládáme seznam předmětů, které by měly od této chvíle patřit v rámci domácnosti jen **Vám**:

Toaletní potřeby jako jsou ručníky, kartáčky na zuby, kartáčky na čištění kůže, hřeben a jiné. Hlavně potřeby na holení, které mohou způsobit drobné řezné ranky při použití. Takový předmět nebo pomůcku nemůže používat nikdo jiný, jen **vy**!

Nádobí doporučujeme po použití vždy omýt teplou vodou, pokud máte myčku nádobí, používejte program s nejvyššími stupni teploty (Dancer, 2008, s. 3-6).

ZÁSADA Č. 4

Manipulace s věcmi, které přišly do styku s MRSA a úklid domácnosti

Manipulace s použitým prádlem

Prádlo před praním doporučujeme nevyklepávat a ihned vložit do pračky. Každý, kdo přijde do styku s použitým prádlem, by si měl důkladně umýt ruce (GOV.UK, 2016).

Úklid

Během nosičství nebo kolonizace **MRSA** je potřeba v rámci hygienických opatření dodržovat zásady i na poli úklidu v domácnosti. Je vhodné používat čas od času i dezinfekční přípravky, které Vám budou doporučeny během Vašeho propuštění nebo u praktického lékaře. V domácím prostředí můžete použít například SAVO prim 3%. Při úklidu je dobré používat ochranné jednorázové rukavice, chráníte tím sami sebe (Dancer, 2008, s. 5).

ZÁSADA Č. 5

Chraňte sebe a své okolí v době akutní nemoci dýchacího ústrojí

Tato zásada je určená těm, kdo mají MRSA kolonizované dýchací cesty (nos, ústa, průdušky).

Používání ústenky

Tuto zásadu dodržujte, pokud máte MRSA osídlené dýchací cesty a nastane u Vás akutní onemocnění dýchacích cest, jako je rýma, chřipka, nachlazení, které se projevují kýcháním, kašláním, smrkáním. V tomto případě se stáváte infekčními pro své okolí a měli byste používat ústenku, **pokud jste ve styku s ostatními**. Požádejte svého praktického lékaře o vybavení touto pomůckou.

Izolace

Doporučujeme **dočasné** omezení blízkého kontaktu mezi Vámi a Vašimi blízkými **v čase projevů akutního onemocnění dýchacích cest a současného osídlení MRSA, například nosu**. Pokud máte kašel a jiné projevy infekce, **vyhýbejte se dětem a rizikovým členům rodiny** (Vitouš, 2010, s. 3).

Dekolonizace MRSA

Dekolonizace znamená zjednodušeně řečeno omytí MRSA z povrchů těla pomocí speciálních přípravků. Dekolonizace Vám může být doporučena v případě, že Vám MRSA způsobuje nějaké zdravotní problémy, jste objednáni na operaci nebo žijete ve společné domácnosti s člověkem, který patří do skupiny citlivějších lidí k přenosu MRSA. V samotném procesu je důležité dodržovat zásady dekolonizace - kde začít, jak dlouho nechat přípravek působit nebo na jaké místo těla je určitý přípravek určen. Je velice důležité zároveň s dekolonizací provést činnosti, jako jsou výměna ložního prádla, umytí pomůcek, které člověk kolonizovaný MRSA používá (kartáčky na zuby, zubní protézy a jiné). Významným počinem během případné dekolonizace je i úklid vhodnými dezinfekčními prostředky. Podrobné návody a rady, které se týkají dekolonizace MRSA jsou popsány na webových stránkách www.mrsa-info.cz. Pokud nemáte k dispozici internet, poraďte se o možnostech dekolonizace v ordinaci Vašeho praktického lékaře. Váš lékař Vám doporučí, jaké přípravky jsou ve Vašem případě nejvhodnější vzhledem k lokalizaci MRSA na Vašem těle. Na českém trhu je v dnešní době již mnoho dostupných dezinfekčních prostředků, jež jsou vhodné k dekolonizaci MRSA i v domácím prostředí. **Zde uvádíme jen některé zástupce dostupných dekolonizačních prostředků. V případě indikace dekolonizace lékařem je možno některé prostředky předepsat na poukaz, poté bude 75% z ceny prostředků hrazeno Vaší zdravotní pojišťovnou** (Škodová, 2012, s. 17-23).

Dekolonizační prostředky:

Prontoderm® gel strong – používá se při sprchování – pro celotělovou dekolonizaci.

Prontoderm® gel light – lokální přípravek na vytírání nosu.

ProntOral® - na kloktání, pro dekolonizaci ústní dutiny.

ActiMaris® - dekontaminace těla při pozitivním nálezu MRSA – NOVINKA v ČR.

(EMPOLAS, 2016)

Více informací a kontakty na www.mrsa-info.cz.

Přejeme Vám hodně zdraví

Podklady pro tvorbu informační brožury vznikly na základě znalostí a poznatků z teoretické a praktické části bakalářské práce s názvem „*Zásady chování nemocného kolonizovaného MRSA po propuštění do domácího prostředí.*“

Autor: Markéta Uhlířová, Univerzita Pardubice, 2016

Použité zdroje:

1. BENEŠ, Jiří. *Infekční lékařství*. Praha: Galén, 2009, 651 s. ISBN 978-80-7262-644-1.
2. BENEŠ, Jiří a Martina UNZEITIGOVÁ. Příspěvek k doporučeným postupům pro péči o mrsa-pozitivní pacienty. *Klin. mikromol. inf. lék.* [online]2006;12(4):169-172 [cit 2015-11-30]. Dostupné z: <http://knil.trios.cz/predchozi/knil06049c.htm>
3. BERGEROVÁ, Tamara a kol. Doporučený postup pro kontrolu výskytu kmenů *Staphylococcus aureus* rezistentních k oxacilinu (MRSA) a s jinou nebezpečnou antibiotickou rezistencí ve zdravotnických zařízeních. *Zprávy CEM SZÚ*, [online] Praha. 2006, 15: příloha 1.1-16[cit. 2015-10-30]. Dostupné z: http://www.khsova.cz/01_obcanum/files/doporučeny_postup_mrsa.pdf
4. DANCER, Stephanie. *Šíření MRSA a kvalita úklidu v nemocnicích*. [online] volně přeložil a zkrátil Plesník 2008 jako studijní materiál - speciál č. 58.[cit. 2015-12-28]. Dostupné z: www.khsova.cz/01_odborna_cinnost/files/sms058.pdf
5. EMPOLAS. Product.Actinaris-sensitiv. [Actimaris.cz](http://www.actimaris.cz)[WordPress]. [cit. 2016-05-01]. Dostupné z: <http://www.actimaris.cz/produkt/actimaris-sensitiv-1000-ml/>

6. GOV. UK, *LA-MRSA: Information for people who work with livestock*. [online] 23 November 2015. Last updated: 26 April 2016. [cit. 2015-11-30]. Dostupné z: <https://www.gov.uk/government/publications/la-mrsa-information-for-people-who-work-with-livestock>
7. JANÍK, Martin. *Hygienicko-epidemiologická opatření při péči o nemocné kolonizované MRSA*. [online]. Hradec Králové, 2008 [cit. 2015-12-27] Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, vedoucí práce Nováková Jana. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/58128/>
8. MAĎAR, Rastislav, Renata PODSTATOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada, 2006. 178 s. ISBN 80-247-1673-9.
9. NEMOCNICE JIHLAVA. *Informace pro pacienta kolonizovaného rezistentní bakterií /MRSA, ESBL, AmpC, .../.nemji.cz* [online]. 2015-01-28. 2015-03-04. [2016-01-05]. Dostupné z: <https://www.nemji.cz/informace-pro-pacienta-kolonizovaneho-rezistentni-bakterii-mrsa-esbl-ampc/d-6824/p1=1105>
10. ŠKODOVÁ, Martina. *Výskyt MRSA v nemocnicích a zařízeních dlouhodobě pečujících o seniory a způsob dekolonizace*. [online] Čelákovice 2012. [cit. 2016-01-05] Vyšší odborná škola MILLS s.r.o., obor diplomovaný farmaceutický asistent, vedoucí práce, Škodová Iva. Dostupné z: <http://vos.mills.cz/assets/vos/Absolventsk-prce-2012/Skodova-DFADS-2012.pdf>
11. VITOUŠ, Adam. *Prevence MRSA v ambulantní péči. Practicus: Prevence v primární péči*. [online] 2009, č. 1 [cit. 2015-11-30]. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2009-01/36-prevence-v-primarni-peci.pdf>
12. VITOUŠ, Adam. *Péče o pacienta s průkazem MRSA v ambulanci praktického lékaře. Zdravotnictví a medicína* [online] 2010, č. 13 [2016-01-15]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/pece-o-pacienta-s-prukazem-mrsa-v-ambulanci-praktickeho-lekare-452989>
13. ZELENÁ HVĚZDA. *Dekolonizace MRSA* [online]. 2016 [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <http://www.zelenahvezda.cz/sortiment-produktu/dezinfekce-a-hygiena#kategorie-dekolonizace-mrsa-a-jinych-multirezistentnich-mikroorganismu>

9.2 Příloha B

Tabulka 14 - Přehled přípravků pro dekolonizaci MRSA¹

NÁZEV PŘÍPRAVKU	POPIS	OBLAST POUŽITÍ
Lifo-Scrub®	Dezinfekční mýdlo	Mytí celého těla včetně vlasů
Prontoderm® Gel strong	Gelový prostředek na dekolonizaci kůže od multirezistentních mikroorganismů fyzikální cestou	Vhodný pro dlouhodobé používání lze použít na všechny povrchy těla
Prontoderm® Nasal Gel light	Gelový prostředek pro dekolonizaci v nosní dutině	Nosní dutiny lze použít na všechny povrchy těla
Prontoderm® pěna	Pěnový přípravek pro antiseptické čištění celého těla, pro očistu pacienta bez vody nemusí se oplachovat nebo smývat vodou	Pro dlouhodobé používání pro použití u imobilních pacientů, mytí vlasů
Prontoderm® roztok	Roztok pro péči i při domácím ošetřování, vynikající snášenlivost kůží a sliznicemi	Aplikace na celé tělo včetně míst zavedených katétrů, mytí osobních předmětů
ProntOral®	Roztok pro dekolonizaci dutiny ústní a nosohltanu fyzikální očištěním	Nosohltan a kloktání dutiny ústní
ActiMaris® Sensitiv²	Čistí, desinfikuje ránu, snižuje záněť a podporuje proces hojení	Ošetření akutních i chronických ran na kůži, sliznici a popálenin 1. a 2. stupně

¹ Vytvořeno autorem za základě bezpečnostních listů přípravků z: <http://www.zelenahvezda.cz/sortiment-produktu/dezinfekce-a-hygiena#kategorie-dekolonizace-mrsa-a-jinych-multirezistentnich-mikroorganismu>

² <http://www.actimaris.cz/produkt/actimaris-sensitiv-1000-ml/>

9.3 Příloha C

Tematické okruhy otázek k rozhovoru

Anamnestické otázky

V úvodním okruhu budou zjištěny základní údaje o informátorovi, jako jsou osobní a rodinná anamnéza, vzdělání, zaměstnání, volnočasové aktivity a podobně.

Informace týkající se bakterie MRSA.

Druhá oblast zájmu je koncipována tak, aby se výzkumník dozvěděl, jak a kde byl informátor nakažen či kde se dozvěděl o tom, že je kolonizován MRSA. Bude zjišťováno, jestli byl při hospitalizaci izolován a jak subjektivně hodnotí bariérovou ošetrovatelskou péči. Jakou formou a způsobem byly pacientovi podány relevantní informace a zdali vše, co se týká MRSA, chápe. Kdo se s ním bavil o MRSA bakterii.

Hygienická pravidla v domácím prostředí

Cílem tohoto tematického okruhu bude zmapovat, jestli informátor na základě svých vlastních pocitů nebo sdělených informací dodržuje nějaká hygienická pravidla chování vzhledem ke své MRSA pozitivitě.

Změny v životě pacienta

Zde se budu snažit zjistit, jestli MRSA přinesla nějaké změny v životě člověka kolonizovaného MRSA.

9.4 Příloha D

Interpretace dat s využitím NI 2015-2017

kód	Zvažovaná ošetřovatelská dg.	Určující znaky	Související faktory
00126	Nedostatečné znalosti	Nedostatečné znalosti	Nedostatek informací
00161	Snaha zlepšit znalosti	Projevuje zájem se učit	
00185	Snaha zvýšit naději	Vyjadřuje touhu zvýšit naději	
00060	Narušené procesy v rodině	Změna přidělovaných úkolů, změna v rituálech	Posun zdravotního stavu člena rodiny
00159	Snaha zlepšit procesy v rodině	Vyjadřuje touhu zlepšit odolnost rodiny	
00055	Neefektivní plnění rolí	Diskriminace, neefektivní plnění rolí, nejistota, bezmocnost, nedostatek příležitostí pro plnění rolí	Nedostatek znalostních zdrojů
00052	Zhoršená sociální interakce	Diskonfort ve společenských situacích, narušení společenského fungování	Terapeutická izolace, okolní bariéry
00148	Strach	Znepokojení, pocit'uje	Neznámé prostředí

		strach a obavy	
00152	Riziko bezmocnosti		Stigmatizace, nedostatečné znalosti ke zvládnání situace
00004	Riziko infekce		Invazivní postupy, obezita, změna integrity kůže, vystavení se nákaze
00100	Prodloužení pooperačního zotavení	Delší čas potřebný k zotavení, diskomfort	Rozsáhlý chirurgický výkon
00214	Zhoršený komfort	Nespokojenost se situací, strach	Nedostatečné zdroje
00174	Riziko oslabené lidské důstojnosti		Odhalení důvěrných informací, nedostatečné porozumění informacím týkajícím se zdravotního stavu
00079	Noncompliance	Rozvoj komplikací, zhoršení příznaků	Nedostatečné edukační dovednosti poskytovatele zdravotní péče

(Herdman, 2015, NI, 2015 -2017)

9.5 Příloha E

„MRSA život“ inspirováno rozhovory s Paní Klárou, Katkou a Květou

Představte si, že jste žena, je vám 55 let, ležíte v nemocnici, je vám špatně a pan doktor vám právě říká, že někde na vašem těle našli bakterii, která se nazývá MRSA. Když máte štěstí, uslyšíte správně slovo MRSA hned napoprvé, když ne, tápete hned od začátku, protože prostě nerozumíte, co vám chce pan doktor říct, a bojíte se zeptat, protože se nesluší pana doktora obtěžovat. Můžete se dokonce uklidnit, hurá, konečně vědí, co mi je, a pomohou mi. Nebo prostě nechcete přiznat, že nevíte nic o tom, co pan doktor považuje za docela běžnou věc. Zaslechnete informaci, že to, co zatím vůbec nevíte, co je a jak se mohlo stát, že je to zrovna na vás, je odolné a nejsou na to běžná antibiotika. Můžete si obratem položit otázku, co se s tím tedy dělá, když na to nejsou antibiotika? Zjistíte, že nic, není to potřeba, ale je důležité, že budete v registru MRSA pozitivních na hygieně a všude, kde budete chtít být ošetřena, musíte říct, že jste kolonizovaná MRSA. Co bude potom? Máte nárok na veškerou péči, která je dostupná ostatním, ujišťují vás, ale taky se můžete třeba dozvědět, že vám nebudou chtít udělat plastickou operaci a vy jste si chtěla nechat udělat plastiku očních víček. Když to nebude zrovna život ohrožující, tak vás nebudou operovat, protože máte MRSA a může to být riziko, samozřejmě jen pro vás, ostatní v žádném případě neohrožujete. Logicky vzato, když to předáte svému dítěti nebo mamince, bude potom ohrožení stejně jako vy jen oni, ne ostatní, samozřejmě. Výhodou pro vás v dané situaci je, že se nemusíte dělit o pokoj v nemocnici s dalšími pacienty, nikdo vám tam v noci nechrápe a je tam krásně čisto, dezinfekce je cítit z každého koutku pokoje. Na dveřích budete mít nápis „izolační“, řeknete si, nevadí, alespoň tady budu mít klid. Poučí vás, že bude lepší, když v rámci bezpečí ostatních zůstanete po celou dobu na svém pokoji, personál a příbuzní, k vám budou chodit v plášti a ústence, mladé doktorky budou mít ještě čepici a rukavice, starší, statečnější personál je odolný a odváží se přijít jen tak. Vaším blízkým to nepřijde vůbec divné, je to ostatně legrace a je to příjemný pocit být MRSA, můžete začít novou bezvadnou kapitolu svého života, „MRSA život.“ To vám je nádhera, nic vás netrápí, MRSA vám nedělá žádné problémy, jen na vás žije, nic víc, vše je v pořádku. Je to přece jen úplně obyčejný „zlatáček“. Vaši „MRSA idylku“ vám naruší paní doktorka na obvodě, kam jí jdete dát propouštěcí zprávu z nemocnice, té samozřejmě řeknete, že se u vás objevila MRSA, protože jste poslušný pacient. Paní doktorka vám dá na oplátku za váš zodpovědný přístup prémiová antibiotika, na tu MRSU. Řeknete si, asi se mezi tím objevil na trhu nějaký preparát, který zabere, paní doktorka přece ví, co a jak. Pro jistotu budete brát léky alespoň čtrnáct dní, aby to mělo ten správný účinek. Konečně jdete domů a doma vás všichni srdečně vítají. Hurá, „MRSA babička“ se vrátila domů, se všemi se

obejmete a políbíte, protože to tak děláte vždycky, a v nemocnici přece říkali, že to mají všichni a je to v pohodě. Sestřička dokonce říkala, že bůh ví, co mají v plicích oni, tedy ti zdravotníci. Tak jste v klidu. Doma se ale uvelebíte k počítači, je potřeba zkontrolovat, co se děje ve světě, přece jen jste byla 14 dní v izolaci. A nedá vám to, napíšete slovo MRSA do vyhledávače. A ejhle, píšou tam, že MRSA může být zodpovědná za vážné infekce a tady, že se v nemocnici šíří rukama personálu. Možná to vyvolá pocit, lak já k tomu přijdu? Nakazili mě, co já s tím, když to může způsobit závažné infekce? Dáte diskuze a už to jede. Tam ti lidé zrovna nejásají, že mají tu MRSU, čtete o malém chlapci, který je kolonizovaný a má strašné problémy, z toho, co tam píše jeho maminka, jste mírně řečeno vedle, že má pořád zelené rýmy. Proč ho teda nevyлéčí? No, ono to není tak jednoduché, nejsou ta antibiotika. A vy máte taky vlastně vnoučka, kterému jsou tři, a co když bude mít kvůli mně stejné problémy, co má ten kluk z té diskuze? Jdete na další a tam radí paní doktorka, že onkologicky nemocní nebo novorozenci a kojenci, kteří nemají ještě vyvinutou imunitu, že se mají vyhýbat MRSA kolonizovanému. To jsem já a dcera má mimino, to si jako malou nemůžu chovat? To mi nikdo neřekl, stejně jako paní Petře, co tam píše ten dotaz! Tak co mám vlastně dělat? Nedá se toho nějak zbavit? Vždyť mi to zkazí život! Nemyslet na to, to už teď nejde. „MRSA život“ vás začíná pěkně štvát! A co dál? V nemocnici říkali, že nic, jen si mýt ty ruce, ale ta doktorka na internetu zase píše, že má být dezinfekce a omývat předměty, co s nimi přišel MRSA člověk do styku. Jste zoufalá a nespokojená a hledáte všude, kde se dá, ale lidé píší, jaké jim dělá MRSA starosti, a lékaři, až na výjimky, odpovídají, že je to běžná bakterie. Nevíte si rady, co si vybrat, jak na to? Napadne vás zkusit zadat „přípravky na MRSA“. A hurá, tady mají něco, že tu MRSU můžu smýt nebo vypláchnout, dekolonizace? To se vám líbí. Jdete k paní doktorce a ta se diví, že se tím tak zabýváte, říkáte si: „Ať si zkusí MRSA život sama.“ Jdete tedy do místní lékárny, že chcete ty přípravky, jak zaberou na MRSA! Lékárnice se diví a hledá, tak bohužel, to nevedeme. Naštěstí máte syna, co se vyzná na internetu, a ten vám pomůže objednat prostředky dobírkou. Z nějakého důvodu chce i on, abyste se MRSA zbavila. Babi, musíš se hlídat, MRSU nechceme! Tak se snažte, ty přípravky, stojí asi tisícovku, aby tam bylo všechno, používat podle návodu. Doma tím také uklízíte, to píší na internetu. Vytíráte nos, kloktáte, myjete se důkladněji než kdy jindy, cenu neřešíte, dala byste i víc, jen kdyby vám tohle někdo řekl. Je to pro vás naděje, že se všechno vrátí nazpátek a vy budete zase babička Janička a ne „MRSA babička.“ V těch přípravcích se koupete pět dní, radši deset a pak jdete na stěry k paní doktorce, napjatá a zvědavá, jak to dopadne. Super, za pět dní je hotovo! Paní doktorka je ráda, asi zabrala ta antibiotika, je

spokojená, ten Biseptol fakt funguje a vy nemáte sílu něco vysvětlit. Jste ráda, máte pocit štěstí a uspokojení. Nebylo by lepší ostatní pacienty informovat a doporučit jim to samé?

(Autor, 2016)