

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecné ošetrovatelství

PROBLEMATIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA
S CLOSTRIDIOVOU INFEKČÍ

Bakalářská práce

Autor práce: Dana Bauerová

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Kusínová

Jihlava 2026

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Dana Bauerová**

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Garant studijního programu: doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Název práce: **Problematika ošetřovatelské péče o pacienta s clostridiovou infekcí**

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Kusínová

Cíl práce: Analyzovat ošetřovatelskou péči poskytovanou pacientům s clostridiovou infekcí na základě jejich zkušeností během hospitalizace, identifikovat problematické oblasti této péče a navrhnout opatření vedoucí ke zkvalitnění ošetřovatelské péče.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienty s infekcí *Clostridioides difficile* a s tím spojenými bariérovými opatřeními. Cílem je analyzovat ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům s clostridiovou infekcí na základě jejich zkušeností během hospitalizace, identifikovat problematické oblasti této péče a navrhnout opatření vedoucí ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá popisem onemocnění, léčbou, ošetrovatelskými postupy, a to včetně bariérového ošetrovatelského režimu. Praktická část je zaměřená na kvalitativní průzkumný výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru s pacienty s clostridiovou infekcí a jejich poznatky v ošetrovatelské péči. Tato část byla rozdělena na uvedení cíle výzkumu a jeho metodiku, dále na charakteristiku vzorků, popis samotného výzkumu, zpracování a vyhodnocení získaných dat.

Klíčová slova

Clostridioides difficile, ošetrovatelská péče, izolace, edukace pacienta, bariérový režim

Abstract

The bachelor thesis deals with nursing care for patients with *Clostridioides difficile* infection and the associated barrier measures. The aim is to analyze the nursing care provided to patients with clostridial infection based on their experiences during hospitalization, to identify problematic areas of this care, and to propose measures leading to the improvement of the quality of nursing care.

The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part deals with the description of the disease, treatment, nursing procedures, including the barrier nursing regimen. The practical part is focused on qualitative exploratory research in the form of semi-structured interviews with patients with clostridial infection and their findings in nursing care. This part was divided into the introduction of the research aim and its methodology, further into the characteristics of the samples, the description of the research itself, and the processing and evaluation of the obtained data.

Keywords

Clostridioides difficile, nursing care, isolation, patient education, barrier regimen.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výtěžku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 30. dubna 2026

.....

Podpis studenta

Poděkování

Chtěla bych poděkovat především vedoucí mé práce, Mgr. Veronice Kusínové, za vedení práce, trpělivost a cenné rady. Dále bych ráda poděkovala Nemocnici v Jihlavě a Nemocnici v Novém Městě na Moravě za poskytnutí materiálů, celé mé rodině, pracovnímu kolektivu a Jednotce sboru dobrovolných hasičů Žďár nad Sázavou za podporu a laskavost při psaní mé práce.

Obsah

Seznam tabulek	8
Seznam zkratk	10
1 Současný stav problematiky CDI	13
1.1 Definice a původce	13
1.1.1 Epidemiologie a rizikové faktory	14
1.1.2 Klinický obraz, diagnostika a farmakologická léčba	15
1.1.3 Kauzální léčba (Antibiotická terapie)	15
1.1.4 Povinné hlášení do systému infekčních nemocí	15
1.1.5 Fekální mikrobiální transplantace (FMT)	15
1.1.6 Prevence CDI a ošetrovatelská péče o pacienta s CDI	16
1.2 Ochrana před šířením nákazy.....	17
1.2.1 Bariérový režim.....	17
1.2.2 Organizace izolačního režimu a umístění pacienta	17
1.2.3 Typy izolace a prostorové uspořádání	18
1.2.4 Specifika hygieny rukou v ošetrovatelské péči, dezinfekce rukou	18
1.2.5 Osobní ochranné pracovní prostředky (OOPP) a jejich správné použití	19
1.2.6 Postup oblékání a svlékání OOPP	20
1.2.7 Dekontaminované prádlo a likvidace odpadu.....	20
1.2.8 Plošná dezinfekce, povrchy, podlahy, toalety	21
1.2.9 Dezinfekce	21
1.2.10 Běžný úklid a dezinfekce povrchů.....	21
1.2.11 Frekvence úklidu.....	22
1.3 Péče o pacienta	22
2 Výzkumná část	27
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	27
2.2 Metodika výzkumu	27
2.3 Charakteristika vzorku informantů.....	29
2.4 Průběh výzkumu	30
2.5 Analýza výsledků	31
2.5.1 Otázky vztahující se k první výzkumné otázce.....	31
2.5.2 Otázky vztahující se k druhé výzkumné otázce:	42
2.5.3 Otázky vztahující se k třetí výzkumné otázce:	52
2.5.4 Otázky vztahující se k čtvrté výzkumné otázce:	66
2.5.5 Otázky vztahující se k páté výzkumné otázce:.....	71
2.6 Diskuse.....	75
1. výzkumná otázka (VO1)	76
2. výzkumná otázka (VO2)	76
3. výzkumná otázka (VO3)	77
4. výzkumná otázka (VO4)	77
5. výzkumná otázka (VO5)	77
2.7 ZÁVĚR.....	79
Seznam použité literatury	80
Příloha A.1 - Žádost o povolení výzkumu	83

Příloha A.2 - Žádost o povolení výzkumu	84
Příloha A.3 - Informovaný souhlas	85
Příloha A.4 - Osnova rozhovoru	86
Příloha A.5 – Grafické znázornění mytí rukou	89

Seznam tabulek

Tab. 1: Věk informantů	29
Tab. 2: Pohlaví informantů	29
Tab. 3: Vzdělání informantů	29
Tab.4: Hospitalizace	30
Tab. 5: Čas rozhovoru s pacienty uvedený v záznamníku (v minutách).....	31
Tab. 6: Izolační režim pacienta	32
Tab. 8: Přínosné aspekty ošetrovatelské péče	33
Tab. 9: Režimová opatření a prostředí	34
Tab. 10: Přístup ošetrovatelského personálu	35
Tab. 11: Vztah a empatie.....	36
Tab. 12: Komunikace a informovanost pacienta	37
Tab. 13: Hodnocení ošetrovatelské péče	38
Tab. 14: Informovanost pacienta.....	39
Tab. 15: Srozumitelnost poskytovaných informací.....	40
Tab. 16: Deficity v edukaci pacienta	41
Tab. 17: Komunikace a informovanost	42
Tab. 17: Pozitivní zkušenosti s ošetrovatelskou péčí	43
Tab. 18: Negativní zkušenosti s ošetrovatelskou péčí	44
Tab. 19: Zajištění základních potřeb pacienta v ošetrovatelské péči.....	45
Tab. 20: Dostupnost a míra poskytované ošetrovatelské pomoci.....	46
Tab. 21: Zachování důstojnosti pacienta při ošetrovatelské péči.....	47
Tab. 22: Psychická podpora pacienta.....	48
Tab. 23: Možnosti sdílení emocí a problémů	49
Tab. 24: Komunikace pacienta s rodinou	50
Tab. 25: Významné situace v ošetrovatelské péči	51
Tab. 26: Dodržování protiepidemiologických opatření.....	53
Tab. 27: Používání ochranných pracovních pomůcek	54
Tab. 28: Manipulace s pomůckami a hygienickými předměty	55
Tab. 29: Vnímání a dodržování bariérové ošetrovatelské péče	56
Tab. 30: Edukace pacienta k protiepidemiologickým opatřením	57
Tab. 31: Vnímání izolace	58
Tab. 32: Informovanost pacienta a návštěv o protiepidemiologických opatření	60
Tab. 33: Vnímání režimu izolace	61
Tab. 34: Psychické a emoční prožívání izolace	62
Tab. 35: Informovanost a edukace o infekci	63
Tab. 36: Dostatečnost kontaktu pacienta s ošetřujícím personálem	64
Tab. 37: Kompenzační mechanismy a kontakt	65
Tab. 38: Nedostatky v ošetrovatelské péči.....	66
Tab. 39: Klinické aspekty a symptomatika	67
Tab. 40: Prožívání izolace a hospitalizace	68
Tab. 41: Hodnocení personálu a péče.....	69
Tab. 42: Potřeby a návrhy na zlepšení	70
Tab. 43: Bariéry v sebereflexi péče	72

Tab. 44: Edukace a informovanost	73
Tab. 45: Etika a přístup personálu	74
Tab. 46: Reflexe výzkumného šetření	75

Seznam zkratek

VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
CDI	Clostridioides difficile Infection
HAI	Healthcare Associated Infections
HCAI	Health Care-Associated Infections
ATB	Antibiotika
Sb.	Sbírka (zákonů)
ISIN/EPIDAT	Informační systém infekčních nemocí
FMT	Fekální Mikrobiální Transplantace
GIT	Gastro – Intestinální Trakt
SZÚ	Státní Zdravotní Ústav
MZ ČR	Ministerstvo Zdravotnictví České republiky
HIV/ AIDS	Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome
MRSA	Methylcillin Resistant Staphylococcus Aureus
Na, K, Cl	Natrium, Kalium, Chloridum
OOPP	Osobní Ochranné Pracovní Prostředky
IAD	Inkontinenční Dermatitida

Úvod

Jedním z nejvýznamnějších nežádoucích účinků širokospektré antibiotické (ATB) terapie je narušení mikrobioty tlustého střeva. Zhruba 20 % postantibiotických průjmů je způsobeno přemnožením toxigenních kmenů *Clostridioides difficile*. Celosvětově stále pozorujeme u klostridiové kolitidy vzestupný trend incidence, závažnosti případů, mortality a zejména počtu léčebných selhání (Stebel, Vojtilová, Husa, 2020).

Na Klinice infekčních chorob FN Brno, pracoviště Bohunice, dlouhodobě sledují kromě základních epidemiologických charakteristik i nejvýznamnější rizikové faktory asociované s rozvojem kolitidy a vyhodnocují účinnost jednotlivých terapeutických a preventivních postupů (selektivně působící ATB, fekální bakterioterapie). Do budoucna lze předpokládat častější využití fekální bakterioterapie, zdokonalování způsobu podání fekálního transplantátu, širší využití probiotik a selektivně účinkujících ATB a dále zavedení pasivní a aktivní imunizace do praxe (Stebel, Vojtilová, Husa, 2020).

Průjmy asociované s přemnožením toxigenních kmenů *Clostridioides difficile* (podle starší taxonomie *Clostridium difficile*) v tlustém střevě, v anglosaské literatuře označované jako „*Clostridium difficile* Infection“ (CDI), představují celosvětově nejčastější průjmové onemocnění vznikající během hospitalizace, jež se významně podílí i na absolutním počtu nozokomiálních nákaz. Jen ve Spojených státech je udáváno ročně více než 500 000 případů CDI a 30 000 úmrtí. V ČR pozorujeme v poslední dekádě dramatický vzestup incidence CDI, aktuálně se počet hlášených případů ustálil na asi 4 500 ročně. Celosvětově stále sledujeme vzestupný trend zejména počtu léčebných selhání. Po první epizodě CDI dochází k recidivě přibližně u 20 % nemocných, u druhé a další epizody již riziko stoupá až k 65 % (Stebel, Vojtilová, Husa, 2020).

Strategie léčby CDI je vždy individuální, léčebný postup je determinován zejména závažností kolitidy a počtem předchozích epizod onemocnění. Aktualizace algoritmu léčby CDI byla recentně publikována kolektivem holandských autorů. V publikaci je mimo jiné zpřesněna definice klostridiové kolitidy (Stebel, Vojtilová, Husa, 2020).

Infekce *Clostridium difficile* představuje závažný problém současné zdravotní péče, který významně ovlivňuje průběh hospitalizace pacienta a klade zvýšené nároky na poskytování ošetrovatelské péče. U pacientů dochází k prodloužení hospitalizace, zvýšenému riziku komplikací a nutnosti izolace, což vyžaduje specifický přístup zdravotnického personálu, zejména všeobecných sester.

„Termín infekce spojené se zdravotní péčí (health care-associated infections, dále již jen HCAI) je ekvivalentem dříve užívaného pojmu nozokomiální nákaza/nemocniční infekce. Termín nozokomiální nákaza se nahrazuje termínem infekce spojené se zdravotní péčí dle předpisu č. 267/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Vznik těchto infekcí je problémem komplexním, jež zasahuje celý zdravotnický systém, souvisí úzce s problematikou antibiotické rezistence a zabývá se jím řada organizací, včetně Světové zdravotnické organizace s cílem nastavit optimální preventivní doporučení k zabránění jejich vzniku a šíření.“ (Kachlová, Plevová, 2022, s. 12)

V kontextu těchto infekcí má ošetrovatelská péče zásadní význam, zejména v oblasti prevence přenosu nákazy, dodržování hygienicko-epidemiologických opatření, péče o pacienta v izolaci a

edukace pacienta i jeho rodiny. Současný stav poznání poukazuje na klíčovou roli všeobecných sester při zajištění kvalitní a bezpečné péče u pacientů s infekcí *Clostridium difficile*.

Motivací k výběru tématu této bakalářské práce byla hluboká spojitost mezi mými profesními zkušenostmi a intenzivním osobním prožitkem. Během své klinické praxe jsem měla možnost opakovaně pozorovat dramatický a vysilující průběh infekce způsobené bakterií *Clostridioides difficile* (CDI). Sledovala jsem pacienty, které toto onemocnění fyzicky i psychicky devastovalo, a pocity bezmoci ošetřujícího personálu při opakovaných rekurencích, jež v mnoha případech vedly k fatálním koncům i přes veškerou dostupnou medicínskou snahu. Tato zkušenost ve mně vyvolávala řadu otázek ohledně limitů standardních postupů a naléhavé potřeby hledat efektivnější cesty v ošetrovatelském managementu. Téma se mi však stalo blízkým i v rovině ryze osobní, neboť jsem se s touto diagnózou setkala ve svém nejbližším rodinném kruhu. Právě tato kritická situace mě podnítila k aktivnímu hledání alternativních řešení v zahraničních odborných zdrojích a následně iniciaci léčby pomocí fekální mikrobiální transplantace (FMT) ve spolupráci s odborníky. Poté, co jsem se sama stala dárkyní střevního mikrobiomu a podílela se na úspěšné rekonvalescenci blízké osoby i dalších nemocných, získala jsem unikátní vhled do potřeb pacienta. Tato zkušenost mi potvrdila, že pro úspěch léčby je vedle moderní medicíny naprosto klíčová kvalitní, empatická a vysoce odborná ošetrovatelská péče. Právě ošetrovatelský aspekt se v průběhu léčby ukázal jako determinující. Pozorovala jsem, jak se u pacientů po aplikaci mikrobiomu během několika dní vrací vitalita, hojí se poškozená pokožka a ustupuje psychické vyčerpání. Tyto změny však vyžadují precizní sledování, edukaci pacienta i rodiny a specifický přístup k hygienickému režimu. I když věda v oblasti mikrobiomu postupuje mílovými kroky a vznikají nové mikrobiomové banky, v českém prostředí stále chybí ucelená metodika, která by se do hloubky věnovala ošetrovatelskému procesu u pacientů podstupujících tuto inovativní léčbu.

Cílem bakalářské práce je analyzovat ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům s clostridiovou infekcí na základě jejich zkušeností během hospitalizace, identifikovat problematické oblasti této péče a navrhnout opatření vedoucí ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

1 Současný stav problematiky CDI

Problematika infekce *Clostridioides difficile* (CDI) dnes nepředstavuje pouze izolovanou komplikaci léčby, ale je pevně ukotvena v širším kontextu nemocničních nákaz (HAI – Healthcare Associated Infections) a globální krize antibiotické rezistence. Jak uvádí Beneš (2021), moderní medicína je na antibiotické terapii existenčně závislá, avšak její iracionální užívání vede k narušení střevního mikrobiomu (dysmikrobii). V tomto stavu dochází k eliminaci fyziologické flóry, což umožňuje patogenním kmenům *Clostridioides difficile* kolonizaci a následné přemnožení (Beneš, 2021).

Významným faktorem jsou demografické změny, zejména stárnutí populace. Vyšší věk je spojen s nárůstem polymorbidních pacientů, kteří jsou k CDI nejnáchylnější. Péče o tyto „křehké“ pacienty klade extrémní nároky na ošetrovatelský personál, neboť vyžaduje kombinaci vysoce odborné geriatrické péče a striktního dodržování infekčních standardů (Tuček, 2018).

Navzdory výraznému pokroku medicíny a ošetrovatelské péče, míra výskytu HCAI se udržuje stále na stejné úrovni. Průměrná incidence HCAI se ve zdravotnických zařízeních u hospitalizovaných pacientů pohybuje mezi 6 - 8 %. Výskyt HCAI závisí na řadě okolností, narůstá s délkou hospitalizace pacienta, obzvláště vysoká bývá na odděleních intenzivní a resuscitační péče. Mezi oddělení s častým výskytem HCAI patří oddělení chirurgická, popáleninová, interní, urologická, gynekologicko-porodnická, neonatologická, ale také psychiatrická. Lze konstatovat, že HCAI jsou nevyhnutelnou, ale ovlivnitelnou komplikací zdravotní péče (Kachlová, Plevová, 2022).

Výskyt klostridiové kolitidy ve zdravotnických zařízeních vyžaduje zavedení izolačního režimu u nemocného jedince po dobu trvání průjmů. Cílem tohoto opatření je zamezit dalšímu šíření infekce. Zdrojem nákazy v nemocničním prostředí jsou nejčastěji ruce personálu či kontakt s infikovaným povrchem nebo předměty (Zela O, Vítek P, 2012). Snahou je dezinfikovat prostředí sporicidními prostředky. Dezinfekce ploch a povrchů v pokojích, kde se zdržují pacienti, by se měla provádět minimálně jednou týdně. Nemocný by měl být v optimálním případě hospitalizován v samostatném pokoji s vlastním hygienickým zařízením. Na dveře pokoje by měla být umístěna výstražná značka upozorňující na pacienta s klostridiovou kolitidou. Výskyt této infekce by měl být hlášen příslušnému epidemiologickému oddělení krajské hygienické stanice dle zákona č. 258/2000 Sb. (Dvořáčková, 2016).

1.1 Definice a původce

Infekce *Clostridioides difficile* (CDI) je definována jako onemocnění střeva, jehož závažnost se pohybuje od mírného průjmu až po život ohrožující pseudomembranózní kolitidu (Husa et al., 2019). Původcem je Grampozitivní, anaerobní, sporulující tyčinka *Clostridioides difficile* (dříve *Clostridium difficile*). Klíčovým faktorem patogenity je produkce toxinů, zejména Toxinu A (enterotoxin) a Toxinu B (cytotoxin). Tyto toxiny narušují integritu střevní sliznice, vedou k zánětu, nekróze a klinické manifestaci průjmů (Johnson et al., 2021).

Velmi pěkný popis tohoto onemocnění uvádí autorka Mgr. Eliška Dvořáčková v časopise Florence číslo 1 - 2/2016. Výskyt tohoto onemocnění je projevem porušeného mikrobiálního ekosystému. Typickým příznakem jsou vodnaté nazelenalé páchnoucí stolice (často 10 – 15 za

den) spojené s křečovými bolestmi břicha, febriliemi, v laboratoři pak obvykle prokazujeme leukocytózu. Původcem nemoci jsou toxigenní kmeny bakterie *Clostridium difficile*. Tato bakterie se vyznačuje přirozenou rezistencí k běžně používaným antibiotikům. Její významnou vlastností je tvorba spór vysoce odolných proti působení běžných dezinfekčních prostředků. Kolitida vyvolaná *Clostridium difficile* může mít různou závažnost od banálního průjmového onemocnění až život ohrožující nemoc provázenou paralytickým ileem až toxickým megakolonem (Beneš et al., 2014).

Jiným možným projevem této choroby je rekurentní kolitida s opakovanými atakami průjmů, které pacienta vysilují fyzicky i psychicky. Onemocnění je potenciálně nakažlivé a je nejvýznamnější příčinou průjmů v nemocnici. Pro stanovení diagnózy se doporučuje vyšetřit stolici pacienta. Další možnou cestou ke stanovení diagnózy je endoskopické vyšetření s nálezem charakteristických ostrůvkovitých pláblů na sliznici tračníků (Beneš et al., 2014).

1.1.1 Epidemiologie a rizikové faktory

„CDI je v současnosti jednou z nejčastějších nemocí spojených se zdravotní péčí o pacienta (dříve nozokomiálních nákaz) a představuje závažný problém veřejného zdraví. Přenos probíhá fekálně-orální cestou prostřednictvím rezistentních spór, které přežívají v prostředí nemocničních zařízení. Klíčovým rizikovým faktorem pro rozvoj CDI je narušení střevní mikrobioty (dysmikrobie) v důsledku antibiotické terapie. Dalšími rizikovými faktory jsou věk nad 65 let, dlouhá hospitalizace, závažná komorbidita a užívání inhibitorů protonové pumpy.“ (Husa et al., 2019, s. 68)

Dle zdroje a cesty přenosu byly HCAI dříve rozdělovány na nákazy exogenní – infekční agens je zaneseno do organismu z vnějšího prostředí, přenesením infekce z jiného pacienta, nemocničního personálu nebo návštěvníků (nemocných nebo asymptomatických bacilonosičů). Cestou přenosu (vehikulem) může být kontaminované jídlo, vzduch, kontaminovaná voda, kontaminované přístroje, nástroje apod. Nákazy endogenní – infekce pochází z vlastní mikrobioty pacienta; tkáň pacienta jsou napadeny organismy přenesenými z jiných částí jeho organismu; nákaza je zavlečená z kolonizovaného systému do jiného systému, do rány, do serózních dutin (při invazivních diagnostických, terapeutických postupech). K endogenní HCAI může dojít také u pacientů imunosupresovaných, po radioterapii, po celkovém oslabení organismu (Kachlová, Plevová, 2022).

Clostridium difficile infection vzniká většinou jako následek předchozí antibiotické léčby (nejčastěji aminopeniciliny potencovanými i nepotencovanými, cefalosporiny všech generací, linkosamidy a fluorochinolony) nebo léčby cytostatiky (Husa et al., 2014). Každé systémově aplikované antibiotikum s nižší nebo vyšší intenzitou narušuje rovnováhu přirozené bakteriální mikrobioty. Doba potřebná k vyvolání infekce činí několik dní až týdnů, byl popsán vznik klostridiové kolitidy i po jediné dávce antibiotika. Onemocnění se může projevit během antibiotické léčby, ale i několik týdnů po jejím skončení (Husa et al., 2014). Mezi další faktory disponující ke vzniku klostridiové kolitidy patří střevní dysmikrobie, porucha slizniční imunity v GIT, imobilita střeva a celková imobilita, délka hospitalizace v nemocnici a v neposlední řadě vyšší věk pacienta (Dvořáčková, 2016).

1.1.2 Klinický obraz, diagnostika a farmakologická léčba

Součástí diagnostiky HCAI je kromě sběru anamnestických dat a klinického vyšetření také nutné vyšetření laboratorní. Provádí se základní hematologické vyšetření – krevní obraz s diferenciací, základní hemokoagulační ukazatelé, nález leukocytózy, leukopenie, trombocytopenie jsou indikátory přítomnosti infekce biochemické vyšetření – moč chemicky včetně sedimentu, základní biochemický screening krve – zánětlivé parametry, glykemie, laktát, jaterní testy, amyláza, ukazatelé funkce ledvin, kreatinkináza, laktátdehydrogenáza, vnitřní prostředí; zvýšená hladina CRP a prokalcitoninu v laboratorních testech jsou jedním z prvních ukazatelů přítomnosti infekce. Pro následnou účinnou terapii má svůj význam identifikovat původce infekce, proto je nutné provést také mikrobiologické vyšetření – vyšetření stolice na přítomnost antigenu a toxinu *Clostridium difficile* (Kachlová, Plevová, 2022).

Základními léky v terapii jsou metronidazol, vankomycin a fidaxomicin. U opakovaných rekurencí se osvědčila transplantace stolice. Obecně je nutná rehydratace pacienta během této infekce. Léky tlumící peristaltiku jsou kontraindikovány. Léky tlumící žaludeční aciditu přispívají ke vzniku klostridiové kolitidy, není ale jasné, zda ukončení podávání těchto léků příznivě ovlivní průběh již vzniklého onemocnění (Dvořáčková, 2016).

1.1.3 Kauzální léčba (Antibiotická terapie)

V České republice již neplatí, že by metronidazol byl lékem první volby pro všechny. Výběr závisí na závažnosti stavu a riziku návratu (rekurence) infekce. Fidaxomicin je aktuálně považován za lék volby u hospitalizovaných pacientů. Výhodou je jeho úzké spektrum (neškodí ostatním bakteriím ve střevě tak moc jako jiná ATB) a výrazné snížení rizika rekurence (Beneš, 2022). Vankomycin používaný k léčbě je standardní lék první volby. Podává se výhradně perorálně (v kapslích nebo jako roztok), protože se nevstřebává do krve a působí přímo v místě infekce – ve střevě. Metronidazol se dnes v ČR doporučuje pouze u lehkých forem první ataky CDI, zejména v ambulantní sféře u nerizikových pacientů (Beneš, 2022).

1.1.4 Povinné hlášení do systému infekčních nemocí

Každý potvrzený případ CDI podléhá v České republice povinnému hlášení do informačního systému infekčních nemocí (ISIN/EPIDAT) pod kódem A04.7. Toto sledování umožňuje monitorovat výskyt hypervirulentních kmenů, jako je ribotyp 176, který je v ČR v posledních letech rozšířenější než dříve obávaný ribotyp 027 (Beneš et al., 2021).

Role sestry v preanalytické fázi dle standardů. V českých nemocnicích je sestra zodpovědná za kritický bod diagnostiky – odebírá vzorek stolice do speciální zkumavky k tomu určené. Testuje se pouze neformovaná, tekutá stolice. Vzorek musí být do laboratoře doručen co nejdříve (ideálně do 2 hodin). Pokud to není možné, musí být uložen v lednici při teplotě 2–8 °C, aby nedošlo k degradaci toxinů (Beneš et al., 2021).

1.1.5 Fekální mikrobiální transplantace (FMT)

Fekální mikrobiální terapie (FMT), fekální bakterioterapie někdy také „transplantace stolice“. To vše jsou výrazy pro podání dárcovské střevní mikrobioty (upravený vzorek stolice) od zdravého a podrobně vyšetřeného jedince do trávicího traktu pacienta s dysbiózou (narušenou

mikrobiotou). Jedinou indikací této léčby je v současné době rozvrat střevní mikrobioty při tzv. rekurentní infekci *Clostridioides difficile*. Účinnost této léčby je vysoká (udávána přes 80 – 90 %). V těchto závažných klinických situacích může zachraňovat životy (Česká mikrobiomová společnost, b. r.).

Tato metoda (v češtině také nazývaná fekální bakterioterapie) je v ČR velmi úspěšná a dostupná na specializovaných pracovištích. Hlavní indikací je rekurentní CDI (druhá a další recidiva), kde antibiotika selhávají. Princip stojí na přenosu suspenze stolice od zdravého dárce do střeva pacienta (koloskopicky, klysmatem nebo nasojejunální sondou). Cílem je okamžitá obnova přirozené mikroflóry (Česká mikrobiomová společnost, b. r.).

Dle výsledků některých klinických studií je metoda perspektivní také v léčbě střevních zánětů, metabolických, autoimunitních a dalších onemocnění (např. ulcerózní kolitida, syndrom dráždivého tračníku, imunoterapie nádorových onemocnění a do budoucna i další), avšak vše je stále předmětem probíhajícího výzkumu. Taková léčba je tedy v ČR možná pouze v rámci klinických studií na vybraných pracovištích. Výběr vhodného dárce je velmi komplexní a striktní. Dárce musí podstoupit celkové vyšetření zdravotního stavu včetně podrobného vyšetření krve a stolice, zejména na nosičství patogenních mikrobů a tím vyloučit možnost přenosu infekce (např.: hepatitidy B, HIV/AIDS, syfilis, salmonely, nosičství rezistentních bakterií aj.). Oslabeného příjemce by rozvoj takovéto infekce mohl vážně ohrozit na životě. FMT může být prováděna mírnými nežádoucími účinky (průjem, křeče nebo bolesti břicha, horečka, nadýmání, plynatost anebo zácpa), avšak některé mohou být velmi závažné až fatální (plynou ale zpravidla z nedostatečně provedeného screeningu dárce a tím transplantace patogenních mikroorganismů). FMT proto musí vždy probíhat pod přísným dohledem lékaře. (Česká mikrobiomová společnost, b. r.).

1.1.6 Prevence CDI a ošetrovatelská péče o pacienta s CDI

Výskyt klostridiové kolitidy ve zdravotnických zařízeních vyžaduje zavedení izolačního režimu u nemocného jedince po dobu trvání průjmů. Cílem tohoto opatření je zamezit dalšímu šíření infekce. Zdrojem nákazy v nemocničním prostředí jsou nejčastěji ruce personálu či kontakt s infikovaným povrchem nebo předměty. Snahou je dezinfikovat prostředí sporicidními prostředky. Dezinfekce ploch a povrchů v pokojích, kde se zdržují pacienti, by se měla provádět minimálně jednou týdně. Nemocný by měl být v optimálním případě hospitalizován v samostatném pokoji s vlastním hygienickým zařízením. Na dveře pokoje by měla být umístěna výstražná značka upozorňující na pacienta s klostridiovou kolitidou. Výskyt této infekce by měl být hlášen příslušnému epidemiologickému oddělení krajské hygienické stanice dle zákona č. 258/2000 Sb. (Dvořáčková, 2016).

Ošetrovatelská péče u pacientů s infekcí *Clostridium difficile* zahrnuje komplexní přístup zaměřený na prevenci šíření infekce a zajištění bezpečí pacienta i zdravotnického personálu. Klíčovou roli zde hraje všeobecná sestra, která zodpovídá za důsledné dodržování hygienicko-epidemiologických opatření, zejména hygieny rukou a používání osobních ochranných pomůcek (Plevová, 2018).

Důležitou součástí ošetrovatelské péče je systematické sledování zdravotního stavu pacienta, především frekvence a charakteru stolice, hydratace, příjmu a výdeje tekutin a celkového klinického stavu. Vzhledem k častým průjmům je nezbytné předcházet dehydrataci a poruchám vnitřního prostředí. Současně je nutné zajistit adekvátní péči o kůži, zejména v perianální oblasti, kde hrozí vznik kožních komplikací (Kelnarová, 2016).

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je také edukace pacienta a jeho blízkých o charakteru onemocnění, zásadách hygieny a prevenci přenosu infekce. Edukace je zaměřena především na správnou hygienu rukou, dodržování izolačního režimu a spolupráci při léčbě. Současně je důležité poskytovat pacientovi psychickou podporu, jelikož izolace může negativně ovlivnit jeho psychický stav (Juřeníková, 2010).

Komplexní ošetrovatelská péče tak významně přispívá nejen ke zlepšení zdravotního stavu pacienta, ale i k prevenci dalšího šíření infekce ve zdravotnickém zařízení (Plevová, 2018).

1.2 Ochrana před šířením nákazy

Sestra hraje nezastupitelnou roli v přerušení fekálně-orální cesty přenosu. Doporučuje se postupovat dle standardů bariérové péče, které každé zdravotnické zařízení má vypracované a dostupné k nahlédnutí. Umístit pacienta na jednolůžkový pokoj (izolace). Hygienu rukou pouze mýdlem a teplou vodou, alkoholová dezinfekce není účinná proti spórám *C. difficile*. Používání ochranných pomůcek, rukavic a jednorázových plášťů při každém kontaktu. K dezinfikování je doporučeno používat prostředky na bázi chloru, které spóry ničí (Beneš et al., 2014).

1.2.1 Bariérový režim

Pokud zdravotnické zařízení nemá izolační pokoje, je nutné vytvořit tzv. prostorovou separaci pacienta. Tímto opatřením se myslí vytvořit tříkrokový odstup mezi lůžky s viditelným označením zóny izolace (např. barevnou páskou na podlaze) se současným využitím ostatních doporučených postupů omezujících riziko přenosu infekce. Nakažlivost u této nemoci je vázána na existenci průjmů, a proto o době trvání izolace rozhodují klinická data. Izolační režim je možné ukončit za 48 hod po odeznění klinických projevů kolitidy. Problémem může být kontaminace kůže pacienta i předmětů v jeho okolí, která může přetrvávat delší dobu. Pokud je pacient hospitalizován na oddělení s dalšími vnímavými pacienty, může být, proto je izolace prodloužena až do propuštění pacienta (Beneš et al., 2014).

1.2.2 Organizace izolačního režimu a umístění pacienta

Jestliže je zjištěn výskyt HCAI, musí se tato skutečnost hlásit příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví a neprodleně zjistit její příčinu a zdroj, způsob přenosu původce a provést odpovídající protiepidemická opatření k zamezení jejího dalšího šíření. Tato povinnost vyplývá zdravotnickému zařízení ze zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Proto bylo v SZÚ rozhodnutím MZ ČR zřízeno Národní referenční centrum pro infekce spojené se zdravotní péčí, jež má zajišťovat odbornou metodickou podporu v programu prevence a kontroly infekcí ve zdravotnických zařízeních, ale také zajišťovat odbornou pomoc při koncepci a řešení závažných

epidemiologických opatření či provádět vzdělávání pracovníků specializovaných na prevenci a kontrolu infekcí ve zdravotnických zařízeních (Kachlová, Plevová, 2022).

1.2.3 Typy izolace a prostorové uspořádání

Izolace na jednolůžkovém pokoji je ideální a nejbezpečnější variantu (tzv. "zlatý standard"). Pokoj musí být vybaven vlastním sociálním zařízením (toaleta, sprcha, umyvadlo). Důvodem je vysoké riziko kontaminace toalety spórami, které se při splachování mohou šířit do okolí formou aerosolu. Pokud by pacient sdílel toaletu s negativními pacienty, riziko přenosu nákazy by bylo neakceptovatelné. Pohyb pacienta mimo izolační pokoj je omezen na nezbytné minimum (např. život zachraňující vyšetření). Pokud pacient musí pokoj opustit, je nutné jej poučit o hygieně rukou, převléknout jej do čistého oděvu/pyžama a informovat cílové pracoviště (např. rentgen), aby se personál mohl připravit na bariérový režim a následnou dekontaminaci přístrojů (Beneš et al., 2022).

Kohortová izolace je organizační opatření, při kterém jsou pacienti infikovaní nebo kolonizovaní stejným patogenem (v tomto případě *Clostridioides difficile*) umístěni do jedné místnosti. Cílem je soustředit zdroj nákazy do jedné ohraničené oblasti a zabránit šíření infekce mezi vnímavé (neinfikované) pacienty. Podmínky pro bezpečné provedení, aby byla kohortová izolace bezpečná, musí být splněna přísná kritéria dle Vyhlášky č. 306/2012 Sb. a doporučených postupů (Beneš et al., 2022).

Všichni pacienti na pokoji musí mít laboratorně potvrzenou přítomnost *C. difficile* (nestačí jen podezření). Pacienti nesmí trpět jinou přenosnou chorobou (např. jeden má *C. difficile* a druhý chřipku nebo MRSA). V takovém případě by hrozila křížová kontaminace (superinfekce). Lůžka by měla být od sebe vzdálena minimálně 1 metr, ideálně více, a prostor kolem každého lůžka by měl být jasně vymezen pro individuální pomůcky. Ačkoliv pacienti sdílejí stejnou diagnózu, ošetrovatelský personál musí dodržovat zásady bariérové péče i mezi nimi (Beneš et al., 2022).

Sestra nesmí ošetřit pacienta a se stejnými rukavicemi přejít k pacientovi B, i když mají oba CDI. Hrozí přenos masivní dávky spór nebo jiných mikrobů. Po každém pacientovi je nutné svléknout OOPP, umýt ruce a pro dalšího pacienta si vzít nové. Teoretickým rizikem kohortace u CDI je možnost, že jeden pacient má méně závažný kmen a druhý hypervirulentní kmen (např. ribotyp O27). Křížovým přenosem by mohlo dojít zhoršení stavu u pacienta s lehčím průběhem. V případě nedostatku jednolůžkových pokojů, což je v českých nemocnicích častá realita, se přistupuje ke kohortaci. Na jeden pokoj jsou umístěni pacienti se stejnou potvrzenou diagnózou (CDI). Je nutné dbát na to, aby k pacientovi s CDI nebyl umístěn pacient sice také s CDI, ale zároveň s jinou přenosnou infekcí (např. MRSA nebo chřipkou), nebo pacient s výraznou imunosupresí (Beneš et al., 2022).

1.2.4 Specifika hygieny rukou v ošetrovatelské péči, dezinfekce rukou

„Směrnice WHO z roku 2009 Hygiena rukou ve zdravotnictví (český překlad MZ ČR, 2011) je věnována konkrétně hygieně rukou jako jednomu z pilířů bariérové ošetrovatelské péče. Byla prokázána účinnost přístupů v dodržování hygieny rukou, byla navržena řada strategií na prosazování a zlepšování hygieny rukou v rámci první globální výzvy ke zvýšení bezpečnosti pacientů. Výzva „Čistá péče je bezpečnější“, byla vytvořena za účasti více než 100 renomovaných

mezinárodních expertů, testována a experimentálně ověřována v různých částech světa.“ (Kachlová, Plevová, 2022, str.31).

Hygiena rukou je obecně považována za nejdůležitější opatření v prevenci nozokomiálních nákaz. U infekce *Clostridioides difficile* však běžné standardy "Hygienické dezinfekce rukou (HDR)" selhávají a vyžadují striktní modifikaci. Limitace alkoholových dezinfekčních prostředků Většina standardních alkoholových dezinfekcí používaných ve zdravotnictví (na bázi ethanolu či propanolu) působí na vegetativní formy bakterií, ale nevykazuje sporicidní účinek. Spóry *C. difficile* jsou vůči alkoholu vysoce rezistentní. Pouhé vtírání dezinfekce do rukou spóry nezahubí, pouze je na pokožce rozprostře. Studie prokazují, že spóry mohou na rukou zdravotnického personálu přežívat i po použití alkoholové dezinfekce, což z rukou činí hlavní vektor přenosu (Husa et al., 2019).

Kontaminované ruce zdravotníků byly opakovaně prokázány jako významný faktor v procesu šíření HCAI. Proto jednou z nejdůležitějších podmínek pro úspěšné bariérové ošetřovatelství je právě správná hygiena rukou. Pro správné porozumění problematice hygieny rukou a následnému osvojení si správných návyků je nutná znalost definic a pojmů. Pokožka našich rukou je osídlena rezidentní mikroflórou (vnitřní, stálá), která se vyskytuje na povrchu, ve vnitřních vrstvách epidermis, ve vývodech potních a mazových žláz a v okolí nehtů, kterou není možné odstranit mechanicky, pouze dezinfekcí nebo ATB a mikroflórou tranzientní (přechodnou, přenosnou). Tu tvoří mikroorganismy kontaminující povrch kůže. Je získávána kontaktem zdravotníka s pacientem, zdravotníka s jinými zdravotníky, s kontaminovanými předměty, je odrazem prostředí a charakteru vykonávané práce. Lze ji odstranit dezinfekcí. Tranzientní mikroflóra bývá častou příčinou HCAI (Kachlová, Plevová, 2022).

Mechanické mytí rukou (Hygienické mytí) je jedinou účinnou metodou dekontaminace rukou po kontaktu s pacientem s CDI nebo jeho prostředím je důkladné mytí rukou teplou vodou a mýdlem viz obrázek 1. uložen v příloze. Mýdlo sice spóry přímo nezabíjí, ale v kombinaci s tekoucí vodou a mechanickým třením (mechanická očista) dochází k jejich fyzickému odstranění z povrchu pokožky a spláchnutí do odpadu (Beneš et al., 2022).

Jak správně mýt ruce je uvedeno ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky. Nejprve navlhčíme ruce teplou vodou. Aplikujeme tekuté mýdlo (ideálně z bezdotykového dávkovače). Důkladné mydlení po dobu alespoň 30 sekund se zaměřením na kritická místa (meziprstí, hřbety rukou, bříška prstů, okolí nehtů). Opláchnutí proudem vody. Důkladně osušíme jednorázovým papírovým ručníkem, třením ručníkem dále mechanicky odstraňuje zbytkové spóry (Věstník MZ ČR, 2014).

1.2.5 Osobní ochranné pracovní prostředky (OOPP) a jejich správné použití

Používání ochranných pomůcek u pacientů s *Clostridioides difficile* je striktně vyžadováno z důvodu vysoké odolnosti spór v prostředí. Nejnovější doporučené postupy označují používání rukavic a ochranných plášťů za tzv. esenciální opatření (essential practice), které je nutné dodržovat při jakémkoli vstupu do pokoje pacienta (Johnson et al., 2021).

Osobní ochranné pracovní prostředky (OOPP) nemohou zaručit stoprocentní ochranu před poraněním či eliminaci proniknutí infekčního agens do organismu, nicméně jejich správným a

uvědomělým užíváním může zdravotník riziko přenosu infekce minimalizovat. Používání OOPP podstatně brání šíření mikroorganismů, které se vyskytují na kůži člověka, ve vlasech, v nose, krku a jejichž šíření do operační rány a do vzduchu může způsobit nežádoucí komplikace. K těmto účelům jsou využívány pokrývka hlavy/čepice, obličejová rouška/ústenka/maska, rukavice, ochranné brýle, obličejové štíty, empír/chirurgický plášť, zástěry. OOPP je třeba používat dle nařízení příslušného pracoviště a měnit při každém znečištění, zejména biologickým materiálem. Hlavním účelem při jejich používání je vytváření mechanické bariéry, která snižuje riziko přenosu mikroflóry od pacienta na personál a obráceně (Kachlová, Plevová, 2022).

1.2.6 Postup oblékání a svlékání OOPP

„Postup oblékání a svlékání OOPP je dán situací a zvolenými prostředky. Při volbě se vychází z konkrétních podmínek pracoviště, které jsou vyhodnoceny zaměstnavatelem, dle rizika přenosu mikroorganismů na pacienta, dle daného režimu bariérového ošetřovatelství. Pro bariérové ošetřovatelství v péči o infekčního pacienta je pořadí oblékání OOPP.“ (Kachlová, Plevová, 2022, str 39 - 40)

Tento postup je kritický pro zamezení sebekontaminace sestry. Následující kroky vycházejí z metodiky WHO a aktualizovaných standardů. Oblékání v čisté zóně (filtr/chodba). Před manipulací s čistými pomůckami provedeme dezinfekci rukou alkoholovým přípravkem. (Poznámka: V této fázi ještě na rukou nemáte spóry, alkohol je v pořádku). Použijeme jednorázový plášť s dlouhými rukávy. Plášť zavážeme pevně u krku a v pase. Zadní část těla by měla být co nejvíce zakryta. Rukavice nasadíme na ruce jako poslední. Rukavice musí být přetaženy přes manžety rukávů pláště. Žádná část kůže na zápěstí nesmí zůstat odhalená. (Johnson et al., 2021).

Svlékání v infekční zóně (pokoj pacienta). Zde dochází k nejčastějším chybám. Pomůcky se nesmí vynášet z pokoje! Rukavice se uchopí za vnější okraj rukavice v oblasti dlaně/zápěstí (nedotýkáme se kůže!). Rukavici stáhnout přetáhnutím naruby a držet ji v dlani ruky, která je ještě v rukavici. Holým prstem druhé ruky podjet pod manžetu zbývající rukavice (z vnitřní strany) a stáhnout ji přes tu první. Vhodit do infekčního odpadu. Provést mechanické mytí rukou vodou a mýdlem po dobu min. 40 sekund (Johnson et al., 2021).

1.2.7 Dekontaminované prádlo a likvidace odpadu

Každé zdravotnické zařízení/oddělení je povinno mít vypracovaný provozní řád/vnitřní směrnici pro manipulaci s odpady a jím se řídit. Je nutné znát správné zásady manipulace s tímto odpadem. Ve zdravotnických zařízeních může být prádlo významnou cestou přenosu v procesu šíření HCAI, a proto jsou hygienické požadavky na manipulaci s prádlem taktéž vymezeny legislativně. Prádlo je určeno k opakovanému použití, má tudíž podobný charakter jako zdravotnický materiál a jsou na něj kladeny nároky bezinfekčnosti. Výsledkem pracovního postupu a procesu musí být proto prádlo, které není chemicky ani bakteriálně kontaminované. Infekční a operační prádlo se musí prát pouze v prádelnách, které mají k tomuto účelu uzpůsobený režim. Nesmí docházet ke křížení zdravotnického prádla s prádlem ostatním. Veškeré použité prádlo je považováno za potenciálně kontaminované, při manipulaci s ním je nutné postupovat dle směrnic nařízení daného zařízení (Kachlová, Plevová, 2022).

1.2.8 Plošná dezinfekce, povrchy, podlahy, toalety

Chlorové preparáty (hypochloritany) jsou "zlatým standardem" a nejúčinnější zbraní proti spórám. Například Savo Prim, Chloramin T, Desam. Využíváme na podlahy, toalety, podložní mísy, omyvatelné stěny, kovové rámy postelí. Pro sporicidní účinek je nutná vyšší koncentrace než pro běžný úklid. Doporučené postupy uvádějí koncentraci 5 000 ppm aktivního chloru (často ředění 1:10 u běžných přípravků, vždy nutno číst etiketu). Nevýhodou je zápach, dráždění dýchacích cest, korozivní účinky na některé kovy a plasty, bělicí účinek na textilie (Johnson et al., 2021).

Peroxosloučeniny (na bázi kyslíku) jsou moderní alternativa k chloru, šetrnější k materiálům i lidem. Například Kyselina peroctová (Persteril), Peroxid vodíku (Incidin Oxy, Desam Oxy). Použití na citlivější povrchy, inkubátory, zdravotnické přístroje, kde by chlor mohl vadit. Výhodou je rychlý nástup účinku, rozkládají se na vodu a kyslík (ekologické), menší zápach než u chloru (Johnson et al., 2021).

1.2.9 Dezinfekce

Soubor opatření, využívajících fyzikálních, chemických a kombinovaných postupů, které vedou k destrukci většiny mikroorganismů na plochách, na neživých předmětech, ve vzduchu nebo ve vodě, čímž dojde k přerušení cesty nákazy od zdroje k vnímavému jedinci. Dezinfekční přípravky z hlediska spektra účinnosti dělíme na ty, které mikroorganismy trvale zneškodní (v názvu mají koncovku -cidní), a na ty, které způsobí dočasnou ztrátu schopnosti množení nebo pokles růstové aktivity mikroorganismů (v názvu mají koncovku – statické). Do výběru dezinfekce vstupuje několik faktorů:

- citlivost jednotlivých druhů patogenních organismů na dezinfekční prostředky je různá,
- dekontaminace ploch, dezinfekce povrchů a pomůcek, sterilizace nástrojů,
- účinnost některých dezinfekčních prostředků snižuje přítomnost organických látek,
- dezinfekční prostředek musí působit na celý povrch dezinfikovaného předmětu,
- dezinfekční prostředek by neměl dráždit, obtěžovat zápachem, nesmí poškozovat dezinfikované předměty,
- dezinfekční prostředek by neměl způsobovat alergie,
- dezinfekční prostředek by neměl mít selektivní účinek,
- dezinfekční prostředek by měl být ekonomicky výhodný (Kachlová, Plevová, 2022).

1.2.10 Běžný úklid a dezinfekce povrchů

Při ošetřování pacienta s CDI se přechází z běžného úklidu na ohniskovou dezinfekci. Povrch musí zůstat mokrá (zvlhčený dezinfekcí) po celou dobu předepsané expozice (např. 5 nebo 15 minut). Pokud povrch uschne dříve, spóry nemusí být zničeny. Nestačí jen nastříkat spray. Je nutné povrch otřít (wipe), protože mechanický tlak pomáhá narušit obal spóry a odstranit biofilm. Kritické plochy (madla, stolky, WC) se dezinfikují minimálně 2x denně a vždy při znečištění (Beneš et al., 2014).

Při přípravě dezinfekčních roztoků se postupuje v souladu s návodem výrobce, je nutné dodržet předepsanou koncentraci a expoziční dobu přípravku, ředění se provádí rozpuštěním odměřeného/odváženého dezinfekčního přípravku ve vodě. Nádoby s naředěným dezinfekčním

roztokem by měly být označené názvem přípravku, jeho koncentrací, expirací přípravku, datem přípravy a identifikací pracovníka, který ředění provedl. Předměty, které přichází do styku s potravinami, musí být po provedené dezinfekci důkladně opláchnuty pitnou vodou. Je nutná průběžná kontrola parametrů a ověřování účinnosti mycího a dezinfekčního procesu v mycích a dezinfekčních zařízeních, o kontrolách se provádí záznamy; písemná, popř. elektronická dokumentace mycích a dezinfekčních zařízení se archivuje minimálně 5 let od provedení kontroly procesu (Kachlová, Plevová, 2022).

Pokud dojde k potřísnění podlahy stolicí (infekční materiál), postupuje se specificky. Skvrnu ihned překrýt buničinou nebo papírovou utěrkou namočenou ve sporicidním dezinfekčním roztoku (vysoká koncentrace). Nechat působit (dle návodu výrobce, např. 10–15 minut), aby se zneškodnily patogeny. Poté materiál sbalit (v rukavicích!) a vyhodit do infekčního odpadu. Místo znovu omýt a vydezinfikovat standardním způsobem (Kachlová, Plevová, 2022).

1.2.11 Frekvence úklidu

Ve zdravotnických zařízeních mohou úklid provádět specializované úklidové firmy nebo zaměstnanci zdravotnického zařízení. V případě úklidu prováděného externím subjektem postupuje pověřený pracovník dle smlouvy a provozního řádu. Četnost úklidu je dána charakterem pracoviště, technologické postupy úklidu jsou součástí provozních řádů pracovišť (dezinfekční přípravky používané k úklidu musí být shodné s dezinfekčními prostředky uvedenými v dezinfekčním řádu). Podle účelu použití mají pracoviště vyčleněny úklidové prostředky/stroje (Kachlová, Plevová, 2022).

1.3 Péče o pacienta

V rámci profesionální péče o pacienty patří do sesterských rolí také činnost preventivní a edukační. Zdravotník, aby mohl poskytovat kvalitní péči, musí do ní zapojit pacienta, o nějž pečuje. Pacient je důležitou osobou v systému, která musí rovněž dodržovat pravidla stanovená zdravotnickým zařízením (např. Domácí řád). Proto je nutné pacienta edukovat o činnostech, postupech, opatřeních tak, aby sám pacient působil preventivně v šíření HCAI (Kachlová, Plevová, 2022).

Edukace je hlavní komunikací s pacientem a je zaměřena na správné dodržování hygienických návyků také po propuštění, pochopení významu přeléčení infekce a rizika rekurence (návratu nemoci). Pacient i rodina musí být poučeni o tom, které léky (např. některá antibiotika) nesmí v budoucnu užívat bez konzultace a jaká ATB mají pro ně zvýšené riziko (Beneš et al., 2022).

1.3.1 Bilance tekutin

Sledování bilance tekutin je jedním z nejdůležitějších pilířů ošetrovatelské péče u pacienta s CDI. Vzhledem k tomu, že hlavním příznakem jsou profúzní (masivní) průjmy, hrozí pacientovi rychlá dehydratace, elektrolytová nerovnováha a v nejhorším případě hypovolemický šok nebo akutní selhání ledvin. Management bilance tekutin u pacienta s CDI. Cílem ošetrovatelských intervencí je udržení homeostázy (stálosti vnitřního prostředí) a včasná detekce známek dehydratace. Sestra provádí přísnou bilanci tekutin v intervalech určených lékařem, zpravidla po 6, 12 nebo 24 hodinách (Vytejková, 2015).

Do příjmu tekutin se zahrnuje veškeré přijaté tekutiny ústy (včetně polévek, čajů), tekutiny podané sondou a veškeré intravenózní infuze. Ve výdeji je klíčovým prvkem u CDI je přesné měření ztrát stolicí. U neudržitelných průjmů se využívá vážení podložních mís, plen nebo sběrných systémů. Dále se započítává diuréza (moč) a případné zvracení či ztráty drény (Vytejková, 2015).

Hodnocení hydratace a klinické známky kromě číselných údajů musí sestra sledovat fyzické projevy dehydratace. Snížená elasticita (kožní řasa se pomalu vyrovnává). Suchost v dutině ústní, oschlé rty, povleklý jazyk. Žízeň, malátnost, zmatenost (zejména u geriatrických pacientů). Pravidelné vážení pacienta (pokud to stav dovolí) je nejlepším indikátorem akutní ztráty tekutin (Vokurka, 2015). Dehydratace se projevuje změnami v oběhovém systému, které sestra monitoruje. Pokles krevního tlaku (hypotenze), zejména ortostatická. Zrychlení pulsu (tachykardie) a nitkovitý puls. Sledování močení - oligurie (pokles tvorby moči pod 500 ml/ 24 h) jako známky ohrožení ledvin (Vokurka, 2015).

Sestra odebírá krev na vyšetření vnitřního prostředí. Kritické jsou hladiny sodíku, draslíku a chloridů (Na, K, Cl), které se při průjmech masivně ztrácejí. Dále se sledují parametry ledvinných funkcí (urea, kreatinin sběrných systémů). Dále se započítává diuréza moči a případné zvracení či ztráty drény (Beneš, 2022).

1.3.2 Manipulace a podávání stravy pacientovi

Při manipulaci se stravou a potravinami je nutné postupovat tak, aby nedošlo ke kontaminaci mikroorganismy a cizorodými látkami. Zdravotník před samotnou manipulací s jídlem provede hygienu rukou a musí používat OOPP - jednorázová zástěra, pokrývka hlavy a rukavice (Plevová, 2022).

Při servírování stravy povrchy, které přichází do kontaktu se stravou, musí být řádně omyté a vydezinfikované, potraviny je třeba chránit před kontaminací zvenčí (hmyzem/jinými škůdci, kapalinami, prachem). Jídelní příbor se pacientům pokládá vždy na papírový ubrousek. Teplá strava je po předání na jednotlivá oddělení určená k okamžité expedici pacientům a přímé spotřebě (musí se spotřebovat do 4 hodin od dohotovení pokrmu). Uvařené pokrmy pro pacienty musí být servírované horké. Uvařené pokrmy nesmí být uchovávány při pokojové teplotě déle než 2 hodiny. Pro pacienty, u kterých se předpokládá, že v době podávání teplé stravy nebudou na oddělení, se objednáva strava šokově chlazená, studená strava je ihned po dodání na oddělení uložena do vyčleněné lednice, kde je uchovávána při skladovací teplotě 2 – 5 °C. V lednici je umístěn teploměr pro kontrolu příslušné teploty, denně je prováděn zápis kontroly naměřené teploty. Výrobky studené kuchyně a strava, která byla zchlazená šokově, nesmí být skladovány do dalšího dne. Jídlo se musí konzumovat ve vyhrazených prostorech. Při podávání stravy nesoběstačným pacientům je třeba pacientovi umožnit hygienu rukou před a po jídle. Používané nádoby je třeba omýt řádně teplou vodou. Zbytky z oběda pacientů se nechávají v menu boxech (ve kterých strava přišla) a posílají se zpět do stravovacího provozu, ostatní zbytky (snídaně/svačiny/večeře) se posílají zpět do stravovacího provozu minimálně jednou denně v uzavíratelných nádobách k tomu určených, které jsou označeny nápisem „zbytky stravy“ (Plevová, 2022).

1.3.3 Údržba nádobí

Použité nádobí (přístroje, hrnky aj.) je myto v kuchyňkách, v myčkách k tomu určených, programem s teplotou 60 °C. Suché nádobí je skladováno v kuchyňce v uzavřených skříňkách do kuchyňek je vstup zakázán pacientům a všem nepovolaným osobám (Kachlová, Plevová, 2022).

Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, 2012 uvádí návod k manipulaci s nádobím, že nádobí nesmí být odnášeno z pokoje nekryté. Pokud se nepoužívá jednorázový program, musí být nádobí ukládáno do uzavíratelných boxů nebo transportních vozíků určených pro infekční provoz (Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky, 2012).

1.3.4 Mechanismus poškození pokožky pacienta

Ošetrovatelská péče o pacienta s infekcí *Clostridioides difficile* (CDI) představuje v práci všeobecné sestry vysoce specializovaný proces, který vyžaduje striktní propojení klinického monitoringu a přísných protiepidemických opatření. Hlavním úkolem sestry je zajištění bariérového režimu, který zahrnuje izolaci pacienta na jednolůžkovém pokoji a specifickou hygienu rukou mytím vodou a mýdlem, neboť alkoholové dezinfekce jsou vůči sporám neúčinné. Sestra kontinuálně monitoruje stav hydratace a bilanci tekutin k zamezení hypovolemického šoku, spravuje antibiotickou terapii dle ordinace lékaře a klade důraz na péči o integritu pokožky v anogenitální oblasti, která je ohrožena vznikem inkontinenční dermatitidy (IAD). Nedílnou součástí ošetrovatelského plánu je také nutriční podpora zaměřená na obnovu střevní mikroflóry a psychosociální podpora pacienta, který se v důsledku izolace může potýkat s pocitem osamělosti (Dvořáčková, 2016).

Narušení integrity kůže perianální oblasti (v důsledku častých stolic a toxicity) a porušení integrity kůže. Proč se kůže u CDI ničí mnohem rychleji než u "obyčejného" průjmu? Chemická "agrese" stolice u CDI obsahuje toxiny A i B a vysoké množství trávicích enzymů (proteázy, lipázy), které doslova "tráví" kůži. Dochází k chemickému poleptání epidermis. Změnu pH způsobuje průjmovitá stolice, často silně alkalická (zásaditá) nebo naopak kyselá (záleží na stravě a průběhu), což narušuje přirozený ochranný kyselý plášť kůže (pH 5,5). Neustálý kontakt s tekutinou způsobuje, že buňky rohovou vrstvu "nasáknou", nabobtnají a ztrácejí soudržnost. Kůže zbělá a stává se extrémně náchylnou k mechanickému poškození. Časté utírání (tření) toaletním papírem nebo drsnou žínkou strhává již změklost a poleptanou svrchní vrstvu kůže (Mugita et al., 2018).

1.3.5 Postup při ošetřování pokožky

Základním principem péče o kůži u pacienta s rizikem vzniku nebo již rozvinutou IAD je realizace strukturovaného protokolu péče, který zahrnuje šetrné čištění, ochranu a podporu regenerace kožní bariéry. K čištění by měly být využívány prostředky s pH blízkým fyziologickému pH kůže (5,5), které nenarušují kyselý plášť epidermis. Ochrana spočívá v aplikaci bariérových produktů (krémy, pěny, filmy), které vytvářejí semipermeabilní nebo okluzivní vrstvu chránící kůži před dráždivými účinky moči a stolice, zejména u pacientů s průjmovitými stavy (Banharak, 2021).

Po každé stolici sestra očistí kůži jednorázovou utěrkou a vlažnou vodou s přídavkem mycí emulze s pH 5,5. Je nepřijatelné kůži třít pokožku, očista probíhá jemným poklepem. Kůže musí být před aplikací ochranných prvků suchá. Sušení se provádí přikládáním savé tkaniny nebo

buničiny, nikoliv třením. Sestra aplikuje preventivně transparentní bariérový film (např. ve spreji), který umožňuje vizuální kontrolu kůže a chrání ji před vlhkostí až po dobu 72 hodin. Aplikují se bariérové krémy na bázi dimetikonu nebo oxidu zinečnatého, které vytvoří mechanickou vrstvu odolnou vůči enzymům v clostridiové stolici. Minimalizace vlhkosti: Použití kvalitních absorpčních pomůcek (inkontinenční vložky, podložky), které rychle odvádějí vlhkost od povrchu těla (Banharak, 2021).

1.3.6 Prevence poškození pokožky, polohování

Dekubit vzniká tlakem zevnitř (kost proti podložce), IAD vzniká chemickým drážděním stolice a vlhkostí zvenčí. Polohování samo o sobě nestačí, pokud není kůže izolována od agresivního průjmu. Strategie „Clean – Moisturize – Protect“ (Vyčistit – Hydratovat – Chránit). Nepoužívat klasické mýdlo (mění pH kůže), ale čisticí pěny, které nevyžadují drhnutí (mechanická iritace). Aplikace „tekutých rukavic“ (bariérové spreje nebo krémy na bázi silikonu/zinku). Tyto přípravky vytvářejí na kůži film, který brání průniku spor klostridií a vlhkosti do epidermis. Polohování v izolaci se používají polohovací podložky, musí být v bariérovém režimu buď jednorázové, nebo opatřené paropropustným, ale voděodolným potahem, který snese sporicidní dezinfekci (např. chlorové preparáty). Při průjmech je kůže macerovaná (rozmočená). I sebemenší posun pacienta po prostěradle („střížná síla“) může vést k tzv. stržení epidermis (skin tear). Pacienta při polohování vždy nadzvedávat (ve dvou lidech nebo pomocí podložky), nikdy neposouvat tahem po lůžku (McNichol et al., 2018).

„Technika polohování a pravidelné změny polohy pacienta patří mezi nejúčinnější preventivní opatření. Změnami polohy odstraníme významný nepříznivý faktor – dobu působení tlaku a střížných sil na tkáň, neboť při krátkodobém (do 60 minut) působení většinou dekubitů nevznikne. Cílem této prevence je odstranit tlak na predilekční místa, zamezit tření a působení střížných sil tak, aby bylo zachováno krevní zásobení a nedošlo k ischemii měkkých tkání.“ (MZ ČR, 2020, str.131)

Důležitou součástí prevence poškození pokožky je i správné zvolení matrace v lůžku. Každého rizikového pacienta uložíme na antidekubitní matraci (dále matrace). Matrací existuje řada typů určených pro různá pásma rizika. Zvolení správného typu matrace je proto klíčové. Čím vyšší je riziko vzniku dekubitů u pacienta, tím více záleží na charakteru matrace, na které je uložen. Matrace pasivní (statické) jsou určeny převážně pro pacienty v nízkém, středním případně vysokém riziku. Matrace aktivní (dynamické) jsou určeny převážně pro pacienty ve středním, vysokém nebo velmi vysokém riziku, zejména pro pacienty v bezvědomí, i ostatní, kteří nejsou schopni žádného aktivního pohybu nebo tam, kde je kontraindikováno polohování. Při výběru matrace je důležité dbát i na vhodné vlastnosti potahů aktivních i pasivních matrací, omyvatelnost a dezinfikovatelnost, nepropustnost pro vodu, paropropustnost (MZ ČR, 2020).

1.3.7 Narušený spánek

Pacienti s CDI trpí profuzními průjmy (často 10 - 15× denně), které neustávají ani v noci. Nutnost opakovaného vstávání nebo manipulace na lůžku (výměna pomůcek) vede k fragmentaci spánku (časté probouzení). Bariérový režim a pobyt v izolaci zvyšují hladinu kortizolu. Pacienti pociťují úzkost z nákazy okolí a sociální deprivaci, což vede k insomnii (nespavosti). Podle výzkumu

dysbióza (narušení střevní mikroflóry typické pro CDI) ovlivňuje produkci neurotransmiterů (např. serotoninu), které regulují spánek (Seong, 2024).

Intervencí narušeného spaní je minimalizovat počet vstupů do bariérového pokoje, sestra musí plánovat podávání antibiotik, polohování, hygienu a kontrolu vitálních funkcí do jednoho časového bloku. Tím se prodlužuje doba nepřerušovaného spánku. Článek upozorňuje na hluk způsobený šustěním jednorázových plášťů (OOPP) a používáním dezinfekčních dávkovačů. Doporučuje se provádět tyto úkony s maximálním ohledem na akustický klid. U CDI je spánek nejčastěji přerušován urgentní defekací. Prevencí je aplikace bariérových krémů před nocí, které snižují dráždění pokožky a pocit dyskomfortu, což pacientovi umožňuje rychleji znovu usnout. Snižování intenzity světla na izolačním pokoji a omezení zvukových alarmů přístrojů, pokud to stav pacienta dovoluje (Lochová, 2020).

Další možností odstranění šustivosti jednorázových plášťů jsou pratelné bariérové pláště. Rozdíl v hlučnosti oproti igelitovému (PE) plášti. Vyrobené ze speciálních mikrovláken (např. s karbonovým vláknem). Jsou v podstatě bezhlučné, splňují normu EN 13795 pro operační sály a infekční provozy, a díky možnosti opakovaného praní jsou ekologičtější. I když je plášť bezhlučný a bariérový, u infekce *Clostridioides difficile* musí být praní v certifikované prádelně prováděno pomocí termochemosinfekčního procesu se sporicidním účinkem (chlorové nebo peroxidové preparáty), aby byly zničeny odolné spory klostridií (Mcquerry, 2021).

2 Výzkumná část

Výzkumná část práce je realizována formou kvalitativního výzkumu, který se zaměřuje na zkušenosti a prožitky pacientů s klostridiovou infekcí během hospitalizace ve dvou zdravotnických zařízeních.

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je analyzovat ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům s clostridiovou infekcí na základě jejich zkušeností během hospitalizace, identifikovat problematické oblasti této péče a navrhnout opatření vedoucí ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Výzkumné otázky:

1. Jak pacienti s clostridiovou infekcí vnímají ošetrovatelskou péči poskytovanou během hospitalizace?
2. Jaké jsou zkušenosti pacientů s clostridiovou infekcí s ošetrovatelskou péčí během hospitalizace?
3. Jak pacienti hodnotí dodržování protiepidemiologických opatření za strany ošetrovatelského personálu?
4. Které oblasti ošetrovatelské péče pacienti považují za problematické nebo nedostatečné?
5. Jaká opatření by mohla přispět ke zvýšení spokojenosti pacientů s clostridiovou infekcí poskytovanou ošetrovatelskou péčí?

2.2 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce byla realizována prostřednictvím kvalitativního šetření, které je pro hloubkovou analýzu subjektivních zkušeností pacientů nejvhodnější. Hlavní metodou sběru dat bude polostrukturovaný rozhovor, vedený s vybraným souborem pacientů, kteří během hospitalizace prodělali clostridiovou infekci a byli ochotni sdílet své prožitky v rámci anonymního a eticky ošetřeného výzkumu. Získaná data budou následně doslovně přepsána a podrobena kódování a tematické analýze, čímž dojde k identifikaci klíčových kategorií, jako je vnímání bariérové ošetrovatelské péče, úroveň komunikace s personálem, dodržování hygienických standardů a emoční dopady izolace. V závěrečné diskusi budou tato zjištění konfrontována s odbornou literaturou, což umožní přesně pojmenovat problematické oblasti a následně navrhnout konkrétní opatření směřující ke zvýšení kvality péče a spokojenosti pacientů.

Vzhledem k charakteru stanovených cílů výzkumu, které jsou zaměřeny na analýzu ošetrovatelské péče u pacientů s infekcí *Clostridioidea difficile* během hospitalizace, na jejich zkušenosti, identifikaci problematických oblastí a návrh opatření ke zkvalitnění péče, byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Tento přístup umožňuje porozumět individuálním zkušenostem pacientů v izolaci a identifikovat specifické potřeby, které kvantitativní metody nedokážou zachytit (Hendl, 2023).

Byla pro výzkumnou část bakalářské práce zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Tento přístup umožňuje porozumět jedinečné zkušenosti jednotlivce v izolaci a identifikovat specifické potřeby, které kvantitativní metody nedokážou zachytit (Hendl, 2023).

Sama ze své zkušenosti vím, jak je toto téma velice důležité pro celkový výsledek léčení, komunikace s pacientem, jeho názory jsou klíčovým aspektem k spolupráci a úspěšnému a rychlému uzdravení. Výzkumná strategie byla postavena na kvalitativním přístupu, který byl pro tento účel vyhodnocen jako metodologicky nadřazený běžnému kvantitativnímu šetření. Zatímco kvantitativní metody-dotazníky pracují s povrchními daty a četností, kvalitativní design umožnil proniknout do hloubky individuálních prožitků a specifických potřeb pacientů s clostridiovou infekcí, což je u starší věkové skupiny a náročné léčby na infekčním oddělení či JIP klíčové. Hlavní metodou byl polostrukturovaný rozhovor, jehož struktura byla pevně ukotvena v osnově polostrukturovaného rozhovoru a je uložena v příloze. Na rozdíl od rigidních dotazníků nabízela nezbytnou flexibilitu pro doplňující otázky reagující na aktuální stav pacienta. Pro zpracování dat byla použita metoda otevřeného kódování, v rámci níž byly texty rozhovorů rozčleněny na významové jednotky a následně seskupeny do kategorií, které přímo odpovídají na stanovené výzkumné otázky. Přestože jsou výsledky limitovány specifickým zdravotním stavem seniorů a menším souborem, jejich hodnota spočívá v autentické výpovědi, kterou by izolovaná čísla kvantitativního výzkumu nedokázala postihnout.

Identifikační a anamnestická část výzkumu a jeho úvodní část je zaměřena na získání demografických údajů (věk, pohlaví, vzdělání, zaměstnání) a základní anamnézu související s hospitalizací. Tyto otázky slouží nejen k popisu výzkumného vzorku, ale také k navázání důvěry a plynulému zahájení rozhovoru.

V první výzkumné otázce se zkoumá subjektivní pohled pacienta osobní hodnocení poskytované péče. Zaměřuje se na empatii sester, komunikaci, informovanost o zdravotním stavu a ochotu personálu reagovat na individuální potřeby pacienta (např. hygiena, tlumení potíží).

Ve druhé výzkumné otázce zkoumáme zkušenosti s ošetrovatelskou péčí. Zde je kladen důraz na konkrétní prožitky pacienta. Otázky směřují na oblast komfortu, zachování důstojnosti při intimních úkonech (vyprazdňování, hygiena při průjmech) a poskytování psychické podpory.

Třetí výzkumná otázka popisuje hodnocení protiepidemiologických opatření. Tato specifická část rozebírá, jak pacienti vnímají režim izolace a používání ochranných pomůcek (rukavice, pláště). Cílem je zjistit, zda pacienti rozumí významu těchto opatření a jak izolace ovlivnila jejich psychický stav.

Čtvrtá a pátá výzkumná otázka se zaměřuje na problematické oblasti a návrhy na zlepšení. Závěrečná část rozhovoru dává respondentům prostor pro reflexi negativních zkušeností a formulaci vlastních návrhů na zvýšení spokojenosti a bezpečí budoucích pacientů.

Informanti byli vybíráni záměrným (účelovým) výběrem. Zařazeni byli pacienti starší 18 let s prokázanou infekcí *Clostridioides difficile*, kteří byli během hospitalizace izolováni nebo byli po doléčení a byli schopni verbální komunikace v českém jazyce. Podmínkou zařazení byl rovněž informovaný souhlas s účastí ve výzkumu.

2.3 Charakteristika vzorku informantů

Tab. 1: Věk informantů

Věk	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
20 - 30let						x				
50 - 60 let										
60 - 70 let	x	x		x						
70 - 80 let			x				x			
80 let a více					x			x	x	x

Zdroj: vlastní zpracování

Tab. 2: Pohlaví informantů

Pohlaví	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Muž	x	x				x	x			
Žena			x	x	x			x	x	x

Zdroj: vlastní zpracování

Tab. 3: Vzdělání informantů

Vzdělání	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Základní vzdělání			x						x	x
Vyučen v oboru	x					x		x		
Středoškolské vzdělání		x			x					
Vyšší odborné vzdělání										
Vysokoškolské vzdělání				x			x			

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulky 1 - 3 zobrazují demografické charakteristiky výzkumného souboru. Výzkumný soubor tvořilo 10 informantů (označených R1–R10), z nichž bylo 6 žen a 4 muži. Nejčastěji byli informanti ve věkové kategorii nad 60 let. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo nejčastěji střední (33 %) a základní (33 %).

Tab.4: Hospitalizace

Hospitalizace	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
První										
Opakovaná	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Pozitivní zkušenost s hospitalizací	x	x		x	x	x		x	x	x
Negativní zkušenost s hospitalizací			x				x			

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 4 dokumentuje předchozí zkušenosti informantů s ústavní péčí. Získaná data ukazují, že u všech deseti respondentů se jednalo o opakovanou hospitalizaci, nikdo z dotázaných nebyl v nemocničním zařízení poprvé. Tento fakt je podstatný pro validitu výzkumu, neboť pacienti mohli reflektovat kvalitu péče na základě svých dřívějších prožitků. V rámci hodnocení těchto zkušeností převládá u 80 % informantů pozitivní vnímání předchozí péče. Dva respondenti (R3 a R7) uvedli negativní zkušenost, což může ovlivňovat jejich aktuální očekávání a citlivost vůči ošetrovatelskému procesu.

2.4 Průběh výzkumu

Příprava výzkumu probíhala od prosince do dubna. V této fázi byly vypracovány informované souhlasy pro respondenty a žádosti o povolení výzkumu ve zdravotnických zařízeních. Samotný sběr dat byl zahájen 27. února po schválení vedením Nemocnice Jihlava a Nemocnice Nové Město na Moravě (viz Příloha 1 a 2).

Výzkum byl realizován kvalitativní metodou pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořili pacienti s potvrzenou infekcí *Clostridioides difficile*, kteří byli vybíráni záměrným (účelovým) výběrem na základě stanovených kritérií.

Před zahájením rozhovorů byli všichni respondenti seznámeni s cílem výzkumu, dobrovolností účasti a možností kdykoli odstoupit. Informovaný souhlas byl podepsán před zahájením sběru dat (viz Příloha 3). Anonymita byla zajištěna kódováním respondentů a odstraněním identifikujících údajů.

Sběr dat probíhal formou nahrávaných rozhovorů, které byly následně doslovně přepsány. Analýza dat byla provedena metodou otevřeného kódování pomocí techniky „tužka a papír“. Vzniklé kódy byly následně seskupeny do kategorií a přehledně zpracovány.

Rozhovory probíhaly podle předem připravené osnovy (viz Příloha 4) a jejich délka byla přizpůsobena aktuálnímu stavu respondentů.

Výzkum probíhal v prostředí splňujícím hygienicko-epidemiologické standardy. U hospitalizovaných pacientů byl realizován na pokojích se zvýšeným hygienickým režimem při dodržení bariérových opatření. U ambulantního pacienta proběhl rozhovor v domácím prostředí a u pacienta před operačním výkonem na oddělení po ověření jeho infekční negativity.

Během výzkumu se vyskytly organizační komplikace, zejména omezená dostupnost vhodných respondentů a nutnost přerušení rozhovorů z důvodu zdravotního stavu pacientů či ošetřovatelských intervencí. Tato situace vyžadovala flexibilní přístup při sběru dat.

Tab. 5: Čas rozhovoru s pacienty uvedený v záznamníku (v minutách)

R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
26:42	21:39	21:15	41:44	20:46	26:09	22:41	18:19	11:38	16:25

Zdroj: vlastní zpracování

2.5 Analýza výsledků

Rozhovor byl nahráván na záznamník, přesný čas uveden v tabulce (viz. Tab. 5) a doslovně přepsán a uložen v příloze bakalářské práce. Kategorie a kódy jsem uvedla v tabulkách pro větší přehlednost. V tabulkách uvedený křížek značí souhlas informanta. Všichni dotazovaní souhlasili s výzkumem a někteří mimo rozhovor dodali z vlastních zkušeností, jak obtížné je v dnešní době opatřit informanty k výzkumu a byli naprosto vstřícní a odpovídali perfektně srozumitelně.

2.5.1 Otázky vztahující se k první výzkumné otázce

První výzkumná otázka: Jak pacienti s clostridiovou infekcí vnímají ošetřovatelskou péči poskytovanou během hospitalizace?

K této výzkumné otázce se vztahují v rozhovoru otázky č.1 až č.12

Otázka č. 1: Byl/a jste v průběhu hospitalizace umístěn/a na izolačním pokoji?

Kategorie: Izolační režim pacienta

Kódy:

- umístění na izolačním pokoji
- dodržování bariérové péče
- samostatný pokoj s vlastním sociálním zařízením
- omezení kontaktu s ostatními pacienty

Z tabulky č. 6 vyplývá, jakým způsobem byl u jednotlivých informantů realizován izolační režim.

Tab. 6: Izolační režim pacienta

	Umístění na izolaci	Dodržování bariérové péče	Samostatný pokoj se sociálním zařízením	Omezení kontaktu s ostatními pacienty
R1	x	x	x	x
R2	x	x	x	x
R3	x	x	x	
R4	x	x	x	x
R5	x	x	x	
R6	x	x	x	x
R7	x	x		x
R8		x		
R9	Kohortova izolace	x	x	
R10	Kohortova izolace	x	x	

Zdroj: vlastní zpracování

Analýza dat ukazuje, že nemocniční zařízení klade nejvyšší prioritu na dodržování bariérové péče, která byla realizována u všech dotázaných pacientů. To svědčí o vysokém standardu hygienicko-epidemiologických opatření bez ohledu na prostorové kapacity. Většina pacientů měla zajištěn plný komfort a bezpečí v podobě samostatného pokoje s vlastním sociálním zázemím, což je ideální stav pro prevenci nozokomiálních nákaz. Zajímavým prvkem je využití kohortové izolace u informantů R9 a R10, což je efektivní řešení v situacích, kdy není možné nebo účelné izolovat pacienty jednotlivě (např. při zvýšeném výskytu konkrétní infekce). Celkově lze uzavřít, že izolační režim byl u sledované skupiny aplikován důsledně, přičemž důraz byl kladen zejména na procesní stránku bariérové péče a ve většině případů i na stránku technicko-prostorovou.

V tabulce č. 8 je zpracovaná analýza a vyhodnocení pro Tabulku č. 7, která se zaměřuje na subjektivní i objektivní hodnocení ošetrovatelské péče o informanty

Kategorie: Přínosné aspekty ošetrovatelské péče

- pravidelná kontrola zdravotního stavu
- pomoc při hygienické péči a sebeobsluze
- dostupnost a přítomnost personálu
- podpora dodržování léčebného režimu

Tab. 8: Přínosné aspekty ošetrovatelské péče

	Pravidelná kontrola zdravotního stavu	Pomoc při hygieně a sebeobsluze	Dostupnost a přítomnost personálu	Podpora dodržování léčebného režimu
R1	x	x	x	x
R2	x	x	x	x
R3	x	x	x	
R4	x	x	x	x
R5	x	x	x	x
R6	x	x	x	x
R7		x		
R8		x		
R9		x	x	x
R10	x	x	x	

Zdroj: vlastní zpracování

Z analýzy vyplývá, že ošetrovatelská péče je na velmi vysoké úrovni, zejména v oblasti odborné a hygienické bezpečnosti. Skutečnost, že všech deset informantů vnímá dodržování hygienických opatření, svědčí o profesionalitě personálu v režimu izolace. Mírné rezervy lze spatřit v emoční a komunikační rovině u malé části informantů (R2, R3), kde chyběl deklarovaný pocit bezpečí a důvěry. To je v izolačním režimu běžný jev, neboť bariérové pomůcky (masky, obleky) a omezený kontakt mohou vytvářet psychickou bariéru mezi pacientem a sestrou. Celkově je ošetrovatelská péče hodnocena jako komplexní a bezpečná. Rychlá reakce personálu ve většině případů přispívá k eliminaci stresu, který je s izolací přirozeně spojen.

Otázka č. 4: Co vnímáte při poskytování ošetrovatelské péče v průběhu hospitalizace jako důležité?

Kategorie: Režimová opatření a prostředí

Kódy:

- bariérový režim
- akutní potřeby (průjmy)
- dodržování léčebného režimu a diety

Z Tabulky 6 vyplývá, jakým způsobem respondenti vnímali klíčové aspekty spojené s hospitalizací u clostridiové infekce, kde je kladen vysoký důraz na specifický režim.

Tab. 9: Režimová opatření a prostředí

	Bariérový režim	Akutní potřeby	Dodržování léčebného režimu a diety
R1	x	x	x
R2	x	x	x
R3	x	x	x
R4	x	x	x
R5	x	x	x
R6	x		x
R7	x	x	x
R8	x	x	
R9	x	x	
R10	x	x	

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 6 mapuje vnímání režimových opatření a dostupnosti péče během hospitalizace. Všech deset respondentů reflektovalo režim izolace na pokoji, který je u clostridiového onemocnění nezbytný. Devět z deseti dotázaných potvrdilo, že jejich akutní potřeby byly personálem včas a adekvátně uspokojeny, což svědčí o dobré dostupnosti ošetrovatelské péče i přes bariérový režim. V oblasti dodržování léčebného režimu a diety projevilo shodu osm respondentů. Tento vysoký stupeň adherence k režimovým opatřením naznačuje, že informovanost pacientů o nutnosti těchto postupů byla na velmi dobré úrovni, což je klíčové pro úspěšnou eliminaci infekce a bezpečnost ostatních pacientů.

Zajímavá odpověď jednoho informanta cituji: „*No já si myslím, že víc v podstatě už dělat nemůžou no. No, když se tady dívám tak tady kmitají jako celej den, se jim nedivím.*“

Otázka č. 5: Jak vnímáte přístup sester k vám v průběhu hospitalizace?

Kategorie: Přístup ošetrovatelského personálu

Kódy:

- profesionální přístup sester
- vstřícnost a ochota pomoci
- respektující komunikace
- ochota vysvětlovat postupy péče

Zde je zpracovaná analýza a vyhodnocení pro Tabulku č. 10, zaměřenou na přístup ošetrovatelského personálu z pohledu informantů

Tab. 10: Přístup ošetrovatelského personálu

	Profesionální přístup sester	Vstřícnost a ochota pomoci	Respektující komunikace	Ochota vysvětlit postupy péče
R1	x	x	x	x
R2	x	x	x	x
R3		x	x	
R4	x	x	x	x
R5	x	x	x	x
R6	x	x	x	
R7	x	x	x	
R8		x	x	
R9	x	x	x	
R10	x	x	x	x

Zdroj: vlastní zpracování

Získaná data naznačují, že lidský přístup a etika komunikace jsou v ošetrovatelském týmu na vynikající úrovni. Pro informanty je zásadní, že i přes bariérová opatření neztrácí personál schopnost empatie a vstřícnosti, což výrazně napomáhá ke zvládnutí hospitalizace. Kritičtější bodem je však edukační činnost. Skutečnost, že polovina informantů nepocítovala dostatečnou ochotu k vysvětlování postupů, může vést k nejistotě pacienta ohledně jeho léčebného plánu. Právě v izolačním režimu, který je pro laika často nesrozumitelný a děsivý, hraje srozumitelné vysvětlování klíčovou roli. Závěrem lze říct, že zatímco postoj a chování sester (vstřícnost, respekt) jsou hodnoceny bezvýhradně kladně, prostor pro zlepšení se nachází v informační otevřenosti a důslednějším vysvětlování prováděných výkonů směrem k informantům.

Otázka číslo 6: Jak hodnotíte porozumění a empatický přístup sester k vám v průběhu hospitalizace?

Kategorie: Vztah a empatie

Kódy:

- Vnímání empatie a soucitu
- Odměřený pohled na empatii
- strach a obavy
- úzkost

Z Tabulky 7 vyplývá, jakým způsobem informanti reflektovali emocionální rovinu vztahu mezi nimi a ošetřujícím personálem a jaké vnitřní stavy doprovázely jejich hospitalizaci.

Tab. 11: Vztah a empatie

	Vnímání empatie	Odměřený pohled na empatii	Strach a obavy	Úzkost
R1	x			
R2		x		
R3	x	x	x	
R4	x			x
R5	x			
R6	x		x	
R7		x		
R8	x		x	
R9	x			
R10	x			

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 7 mapuje hlubší emocionální aspekty hospitalizace u pacientů s clostridiovou infekcí. Získaná data ukazují, že převážná většina informantů pozitivně vnímala empatii a soucit ze strany ošetřujícího personálu, což lze považovat za klíčový faktor psychické podpory v izolaci. Odměřenější pohled na projevovanou empatii uvedli tři respondenti, přičemž u respondenta R3 se tento pocit prolínal i s vnímáním soucitu, což naznačuje ambivalentní prožívání péče.

Výzkum dále identifikoval negativní emocionální stavy spojené s povahou onemocnění a režimovými opatřeními. Strach a obavy reflektovali tři respondenti a u jednoho respondenta R4 byla identifikována úzkost. Tyto výsledky naznačují, že ačkoliv je ošetřovatelský personál vnímán jako empatický, samotný proces izolace a diagnóza clostridiové infekce představují pro pacienty významnou psychickou zátěž, která vyžaduje zvýšenou pozornost v rámci psychosociální podpory.

Otázka č. 7: Jak hodnotíte prostor klást otázky?

Kategorie: Komunikace a informovanost pacienta

Kódy:

- možnost kdykoliv se obrátit na personál
- ochota sester odpovídat na otázky
- aktivní komunikace personálu s pacientem
- otevřená komunikace mezi pacientem a sestrou

Zde je zpracovaná analýza a vyhodnocení pro Tabulku č. 12, která se zaměřuje na oblast komunikace a informovanosti z pohledu informantů

Tab. 12: Komunikace a informovanost pacienta

	Možnost kdykoliv se obrátit na personál	Ochota sester odpovídat na otázky	Aktivní komunikace personálu s pacientem	Otevřená komunikace mezi pacientem a sestrou
R1	x	x	x	x
R2		x	x	x
R3	x		x	
R4	x	x	x	x
R5	x	x	x	x
R6	x	x	x	x
R7		x		x
R8	x	x	x	x
R9			x	
R10	x	x	x	x

Zdroj: vlastní zpracování

Z analýzy vyplývá, že aktivita personálu v komunikaci je silným pilířem ošetrovatelské péče. Sestry se snaží překonávat bariéry izolace tím, že s informanty samy hovoří, což snižuje pocit osamění. Určité limity jsou patrné v dostupnosti a otevřenosti komunikace u specifické skupiny informantů (zejména R9, který negativně hodnotil většinu parametrů, protože nerozuměl otázce). Tyto rozdíly mohou být způsobeny subjektivním prožíváním izolace nebo aktuální vyčerpáním personálu, která může u některých informantů vyvolávat pocit, že „nechtějí obtěžovat“ svými dotazy. Celkově lze komunikaci a informovanost hodnotit jako velmi dobrou. Pro optimální péči je však žádoucí zaměřit se na to, aby všichni informanti (i ti v přísnějších typech izolace) měli pocit, že prostor pro jejich otázky je neomezený a že personál je jim k dispozici v každém okamžiku, nejen při plánovaných úkonech.

Otázka č. 8: Jak hodnotíte komunikaci se sestrami?

Kategorie: Hodnocení ošetrovatelské péče

Kódy:

- spokojenost s péčí
- pracovní nasazení personálu
- ochota a dostupnost personálu
- individuální přístup

Z Tabulky 8 vyplývá, jakým způsobem respondenti reflektovali lidský přístup, profesionalitu a komunikační dovednosti ošetrovatelského personálu během jejich izolace.

Tab. 13: Hodnocení ošetrovatelské péče

	Spokojenost s péčí	Pracovní nasazení personálu	Ochota a dostupnost personálu	Individuální přístup
R1	x	x	x	x
R2	x	x	x	x
R3	x	x	x	
R4	x	x	x	x
R5	x	x	x	
R6	x	x	x	
R7	x		x	
R8	x	x		
R9	x		x	
R10	x			

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 8 dokumentuje subjektivní vnímání kvality ošetrovatelské péče. Výsledky ukazují stoprocentní shodu v celkové spokojenosti s poskytovanou péčí u všech respondentů. Sedm informantů vyzdvihlo vysoké pracovní nasazení personálu a osm dotázaných pozitivně hodnotilo ochotu a dostupnost sester, což je v režimu bariérové péče, vyžadující neustálé používání ochranných pomůcek, velmi významný ukazatel.

Jednou ze zajímavých odpovědí byla následující odpověď informanta: „*Samozřejmě je to kus od kusu no, ale většinou ne, většinou se dá říct, že jsou v pohodě.*“

Zajímavým zjištěním je nižší míra reflexe individuálního přístupu, který identifikovali pouze tři respondenti. To může být zapříčiněno vysokou zátěží personálu nebo technickou povahou izolace, která přirozeně omezuje prostor pro hlubší individuální interakci nad rámec nezbytných ošetrovatelských úkonů. Přesto je komunikace a empatie ze strany sester vnímána jako klíčový prvek, který informantům pomáhal lépe snášet průběh hospitalizace.

Otázka č. 9: Jak vnímáte informovanost o svém zdravotním stavu a ošetrovatelské péči?

Kategorie: Informovanost pacienta

Kódy:

- dostatečná informovanost o zdravotním stavu
- informovanost o ošetrovatelských postupech
- přehled o průběhu léčby
- informovanost personálem dle potřeby

Zde je zpracovaná analýza a vyhodnocení pro Tabulku č. 14, která se zaměřuje na úroveň informovanosti informantů o jejich zdravotním stavu a péči.

Tab. 14: Informovanost pacienta

	Dostatečná informovanost o stavu	Informovanost o postupech	Přehled o průběhu léčby	Informovanost dle potřeby
R1	x	x	x	x
R2	x	x	x	x
R3			x	
R4	x	x	x	x
R5	x	x	x	x
R6		x		x
R7		x		x
R8		x	x	x
R9				
R10	x	x	x	x

Zdroj: Vlastní zpracování

Z dat je patrný rozdíl mezi informováním o praktické péči (ošetřovatelské postupy) a informováním o celkovém zdravotním stavu. Zatímco sestry pravděpodobně dobře komunikují to, co právě dělají (aplikace léků, odběry), informanti pociťují deficit v hlubším porozumění svému stavu a prognóze. Tento jev je v klinické praxi častý – pacienti mají přehled o každodenní rutině, ale chybí jim srozumitelná syntéza informací o jejich nemoci, kterou obvykle podává lékař. U informantů jako R3, R6, R7 a R8 je vidět, že ačkoliv rozumí postupům, chybí jim buď pocit dostatečnosti těchto informací, nebo celkový přehled o léčbě. Celkově lze informovanost hodnotit jako průměrnou s výraznými individuálními rozdíly. Pro zvýšení kvality péče by bylo vhodné posílit edukaci o zdravotním stavu jako takovém, aby informanti nebyli pouze pasivními příjemci procedur, ale měli jasnou představu o směřování své léčby.

Otázka č. 10: Jak hodnotíte srozumitelnost informací, které jste v průběhu hospitalizace získal od ošetřujícího personálu?

Kategorie: Srozumitelnost poskytovaných informací

Kódy:

- srozumitelné podání informací
- jednoduché a jasné vysvětlení
- částečně nesrozumitelné informace
- potřeba doplňujících vysvětlení

Zde je zpracovaná analýza a vyhodnocení pro Tabulku č. 15, která se zabývá tím, jak informanti vnímali jasnost a srozumitelnost předávaných informací.

Tab. 15: Srozumitelnost poskytovaných informací

	Srozumitelné podání informací	Jednoduché a jasné vysvětlení	Částečně srozumitelné informace	Potřeba doplňujících vysvětlení
R1	x		x	x
R2	x			x
R3			x	x
R4	x	x	x	x
R5			x	x
R6	x	x	x	
R7			x	x
R8		x	x	
R9				x
R10	x	x	x	

Zdroj: Vlastní zpracování

Analýza ukazuje, že srozumitelnost informací je v ošetrovatelské péči v režimu izolace kritickým bodem. Ačkoliv je personál aktivní (jak vyplývá z předchozích tabulek), forma sdělení neodpovídá vždy potřebám a schopnostem informantů. Převládající výskyt kódu „částečně srozumitelné informace“ spolu s vysokou potřebou doplňujících dotazů naznačuje, že dochází k informačnímu šumu. Informanti dostávají kvantum informací, ale kvůli jejich odbornosti nebo stresovému prostředí izolace si z nich odnášejí jen fragmenty. To klade zvýšené nároky na čas personálu, který musí informace podávat opakovaně. Závěrem lze říct, že komunikaci personálu chybí větší míra didaktického zjednodušení. Pro zlepšení spokojenosti informantů by bylo vhodné zaměřit se na techniky ověřování porozumění (např. zpětná vazba „řekněte mi, jak jste tomu porozuměl“, aby se snížila subjektivně pociťovaná potřeba doplňujících vysvětlení a zvýšila se jasnost ošetrovatelského sdělení.

Otázka č. 11: Jaké informace vám chyběly?

Kategorie: Deficity v edukaci pacienta

Kódy:

- informace o dietních opatřeních
- informace o režimu po propuštění
- nedostatek informací o dalším postupu léčby
- nedostatečné informace o infekci samotné

Zde je zpracovaná analýza a vyhodnocení pro Tabulku č. 16, která se zaměřuje na oblasti, ve kterých informanti pociťovali informační deficit.

Tab. 16: Deficity v edukaci pacienta

	Informace o dietním opatření	Informace o režimu po propuštění	Nedostatek informací o postupu léčby	Nedostatečné informace o infekci
R1	x	x	x	x
R2	x	x	x	x
R3	x		x	x
R4	x	x	x	x
R5	x		x	x
R6	x	x	x	
R7	x		x	x
R8	x		x	x
R9			x	
R10	x			x

Zdroj: Vlastní zpracování

Analýza deficitů v edukaci odhaluje výrazné mezery v komplexním informování informantů. Nejvíce alarmující je téměř stoprocentní absence informací o dietě a dalším postupu léčby. V izolačním režimu, kde má pacient omezené vnější podněty, se jeho pozornost často upíná právě na základní životní potřeby (strava) a na vyhlídku ukončení izolace (postup léčby). Skutečnost, že většina informantů postrádá informace o samotné infekci, může zvyšovat jejich úzkost a stigmatizaci spojenou s bariérovou péčí. Pokud informant nerozumí mechanismu přenosu nebo povaze své nemoci, může se cítit v izolaci spíše "vězněn" než léčen. Lze konstatovat, že edukační proces je v současnosti zaměřen primárně na operativní úkony, ale selhává v poskytování uceleného edukačního rámce. Pro zlepšení je nezbytné vytvořit standardizované edukační materiály (např. brožury o dietě a režimu po propuštění), které by informanti měli k dispozici přímo na izolačním pokoji k prostudování.

Otázka číslo 12: Jak ošetřující personál reagoval na vaše potřeby? (např. při potížích, hygieně, podávání léků, péči o kožní problémy, úpravou lůžka)?

Kategorie: Komunikace a informovanost

Kódy:

- Bariéra odborné terminologie
- Srozumitelnost informací
- Aktivní přístup pacienta k informacím
- Fyzické bariéry v komunikaci

Z Tabulky 9 vyplývá, jakým způsobem probíhala výměna informací mezi ošetřujícím personálem a pacienty a jaké překážky respondenti v tomto procesu identifikovali.

Tab. 17: Komunikace a informovanost

	Bariéra odborné terminologie	Srozumitelnost informací	Aktivní přístup pacienta k informacím	Fyzické bariéry v komunikaci
R1		x		
R2	x	x	x	x
R3	x			x
R4		x	x	
R5		x		
R6	x	x	x	
R7		x	x	x
R8	x		x	x
R9	x			x
R10		x		x

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 9 analyzuje kvalitu a srozumitelnost předávaných informací z pohledu respondentů. Více než polovina informantů (60 %) hodnotila poskytované informace jako srozumitelné, což svědčí o snaze personálu komunikovat srozumitelným způsobem. Příklad odpovědi: „*No hygiena teda výborná, to nejsem proležená i paty. To jo to pokožku mám všude mazanou i postel to všechno je pěkný.*“ Nicméně polovina respondentů zároveň přiznala, že narazila na bariéru odborné terminologie, která jim ztěžovala plné porozumění jejich zdravotnímu stavu či povaze ošetrovatelských úkonů.

Významným zjištěním v této kategorii je přítomnost fyzických bariér v komunikaci, které uvedlo 60 % dotázaných. Tyto bariéry jsou pravděpodobně zapříčiněny nezbytným používáním osobních ochranných pracovních pomůcek (OOPP) personálem, což může vést k horší srozumitelnosti řeči nebo omezení neverbální komunikace. Pět respondentů projevilo aktivní přístup k získávání informací, což koreluje se snahou o větší spoluúčast na procesu léčby. Výsledky naznačují, že u clostridiových pacientů je nutné klást zvýšený důraz na edukaci bez nadbytečného užívání lékařských frází a zohlednit ztížené podmínky pro přenos informací v bariérovém režimu.

2.5.2 Otázky vztahující se k druhé výzkumné otázce:

Druhá výzkumná otázka: Jaké jsou zkušenosti pacientů s clostridiovou infekcí s ošetrovatelskou péčí během hospitalizace?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky č.1 až č.9

Otázka č. 1: Jaké pozitivní zkušenosti máte spojené s ošetřovatelskou péčí v průběhu hospitalizace?

Kategorie: Pozitivní zkušenosti s ošetřovatelskou péčí

Kódy:

- profesionální přístup sester
- vstřícnost a ochota pomoci
- empatické a lidské chování
- pocit bezpečí během hospitalizace

Zde je zpracovaná analýza a vyhodnocení pro Tabulku č. 17, která shrnuje pozitivní aspekty ošetřovatelské péče z pohledu informantů.

Tab. 17: Pozitivní zkušenosti s ošetřovatelskou péčí

	Profesionální přístup sester	Vstřícnost a ochota pomoci	Empatické a lidské chování	Pocit bezpečí během hospitalizace
R1	x	x	x	x
R2	x		x	x
R3	x			x
R4	x	x	x	x
R5	x	x	x	x
R6	x	x	x	x
R7	x		x	
R8	x		x	x
R9	x	x	x	x
R10	x	x	x	x

Zdroj: Vlastní zpracování

Z analýzy pozitivních zkušeností vyplývá, že ošetřovatelský personál dokáže velmi efektivně propojovat odbornou profesionalitu s hlubokou empatií. Pro informanty je profesionální vystupování sester pilířem, o který opírají svou důvěru v léčebný proces. Vysoké skóre u pocitu bezpečí a empatického chování je vynikajícím výsledkem, zejména uvážím-li, že izolační režim přirozeně vyvolává pocity strachu a separace. Personál zjevně úspěšně kompenzuje fyzickou bariéru ochranné pomůcky svým přístupem, čímž minimalizuje psychické dopady izolace na informanty. Celkově lze ošetřovatelskou péči v této oblasti hodnotit jako vynikající. Dominantní profesionalita doplněná lidským rozměrem péče vytváří stabilní prostředí pro léčbu informantů a potvrzuje, že kvalita péče není vnímána pouze skrze technické úkony, ale především skrze postoj a chování zdravotníků.

Otázka č. 2: Jaké negativní zkušenosti máte spojené s ošetrovatelskou péčí v průběhu hospitalizace? Uveďte prosím konkrétní situaci.

Kategorie: Negativní zkušenosti s ošetrovatelskou péčí

Kódy:

- pocit nedostatečné pozornosti personálu
- nedostatečná informovanost o postupech péče
- stresové situace spojené s inkontinencí/průjmy
- omezená komunikace v některých situacích

Zde je zpracovaná analýza a vyhodnocení pro Tabulku č. 18, která se zaměřuje na stinné stránky hospitalizace a negativní zkušenosti z pohledu informantů.

Tab. 18: Negativní zkušenosti s ošetrovatelskou péčí

	Pocit nedostatečné pozornosti personálu	Nedostatečná informovanost o postupech péče	Stresové situace spojené s inkontinencí	Omezená komunikace v některých situacích
R1		x	x	x
R2	x	x	x	x
R3	x	x		x
R4		x		
R5		x	x	x
R6		x		x
R7	x	x	x	x
R8	x		x	x
R9			x	x
R10	x	x	x	x

Zdroj: Vlastní zpracování

Získaná data ukazují, že negativní zkušenosti informantů úzce souvisejí se samotným charakterem izolačního režimu a typem onemocnění. Nejzávažnějším zjištěním je vysoký výskyt stresu spojeného s inkontinencí a průjmy. Tyto situace vyžadují okamžitou a diskrétní reakci, jejíž absence nebo prodleva je vnímána velmi negativně a hluboce ovlivňuje celkovou spokojenost. Nedostatky v komunikaci a informovanosti, které se prolínají všemi tabulkami, se zde potvrzují jako bariéra, která brání dosažení maximální kvality péče. Informant, který se potýká s nepříjemnými somatickými příznaky (průjem) a zároveň cítí nedostatek informací nebo pozornosti, se snadno dostává do psychické krize. Lze říct, že zatímco technická profesionalita personálu je vysoká, v rovině podpory při zvládnání stresujících symptomů a v kontinuální komunikaci existují výrazné rezervy. Pro personál by tato zjištění měla být podnětem k větší citlivosti v situacích spojených se ztrátou soběstačnosti informantů a k hledání cest, jak udržet kontakt i přes přísná izolační opatření.

Otázka č. 3: Jak vnímáte ošetrovatelskou péči v oblasti hygieny, komfortu, zvládnání průjmu, soukromí, vyprazdňování, příjmu tekutin a stravy, péče o spánek?

Kategorie: Zajištění základních potřeb pacienta v ošetrovatelské péči

Kódy:

- zajištění hygienické péče (pomoc při hygieně)
- účinné zvládnání průjmových stavů
- podpora kvalitního spánku a odpočinku
- nepřerušovaný klid během noci (pokud se v datech objeví)

Analýza a vyhodnocení pro Tabulku č. 19 na základě aktualizovaných dat, které se vztahují k zajištění základních potřeb informantů.

Tab. 19: Zajištění základních potřeb pacienta v ošetrovatelské péči

	Zajištění hygienické péče	Účinné zvládnání průjmových stavů	Podpora kvalitního spánku a odpočinku	Nepřerušovaný klid během noci
R1	x	x	x	
R2	x		x	x
R3	x	x	x	
R4	x	x	x	x
R5	x	x	x	
R6	x	x	x	x
R7	x		x	
R8	x		x	
R9			x	x
R10	x		x	x

Zdroj: Vlastní zpracování

Z analýzy vyplývá, že ošetrovatelský personál velmi dobře zvládá zajištění odpočinku a hygieny, což jsou základní pilíře pro rekonvalescenci pacienta. Skutečnost, že všichni informanti vnímají podporu spánku pozitivně, svědčí o dobré organizaci práce na oddělení, která respektuje biorytmus nemocného i v náročném izolačním režimu. Slabším článkem zůstává zvládnání průjmových stavů. Vzhledem k tomu, že jde o klíčový symptom u izolovaných pacientů (často s diagnózou typu *Clostridium difficile*), je padesátiprocentní spokojenost signálem k revizi stávajících postupů – ať už v rychlosti reakce personálu, nebo v efektivitě edukace o dietě a medikaci. Celkově lze konstatovat, že základní potřeby jsou zajištěny na solidní úrovni, zejména v oblasti komfortu a čistoty. Rezervy se objevují v individuální efektivitě léčby průjmů a v zajištění nočního klidu u všech pacientů. Právě kontinuální noční spánek bez vyrušování ošetrovatelskými vstupy (pokud nejsou životně nezbytné) by mohl být dalším krokem ke zvýšení kvality poskytované péče.

Otázka č. 4: Jak hodnotíte dostatečnost pomoci ošetřujícího personálu?

Kategorie: Dostupnost a míra poskytované ošetřovatelské pomoci

Kódy: rychlá reakce na potřeby pacienta

- ochota personálu pomoci kdykoliv
- pravidelná kontrola stavu pacienta
- podpora při sebeobsluze

Z Tabulky 10 vyplývá, jakým způsobem informanti hodnotili efektivitu a komplexnost poskytované ošetřovatelské péče s důrazem na jejich základní potřeby.

Tab. 20: Dostupnost a míra poskytované ošetřovatelské pomoci

	Ochota personálu pomoci kdykoliv	Pravidelná kontrola	Podpora při sebeobsluze
R1	x	x	x
R2	x	x	x
R3	x	x	x
R4	x	x	x
R5	x	x	
R6	x	x	x
R7	x		
R8		x	x
R9	x		x
R10	x	x	x

Zdroj: Vlastní zpracování

Ze zpracovaných dat vyplývá, že dostupnost ošetřovatelské pomoci je na velmi dobré úrovni. Skutečnost, že téměř všichni informanti vyzdvihují ochotu personálu pomoci „kdykoliv“, svědčí o vysokém nasazení týmu, který dokáže reagovat i mimo plánované časové harmonogramy. Pravidelnost kontrol je v izolačním režimu zásadním indikátorem kvality a bezpečnosti. U informantů v izolaci totiž hrozí riziko, že se kvůli bariérám budou cítit „zapomenuti“. Stabilní systém kontrol toto riziko efektivně eliminuje a buduje u informantů důvěru v systém péče. Celkově lze ošetřovatelskou pomoc v této kategorii hodnotit jako spolehlivou a pohotovou. Určité individuální rozdíly mohou být způsobeny buď nárazovou vysokou vyčerpávaností personálu, nebo odlišným očekáváním informantů ohledně frekvence dohledu. Informant 9. nerozuměl otázce. Pro zachování tohoto standardu je důležité udržet nastavený systém pravidelných vizit sester na pokojích, který informanti vnímají jako potvrzení zájmu o jejich osobu.

Otázka č. 5: Jak hodnotíte zachování důstojnosti při poskytování ošetrovatelské péče?

Kategorie: Zachování důstojnosti pacienta v ošetrovatelské péči

Kódy:

- respektování soukromí pacienta
- respekt k osobě pacienta
- profesionální chování sester

Z Tabulky 21 vyplývá, jakým způsobem se respondenti vyrovnávali s krizovými momenty onemocnění a jak vnímali postoj ošetrovatelského personálu v těchto emočně i fyzicky náročných situacích.

Tab. 21: Zachování důstojnosti pacienta při ošetrovatelské péči

	Soukromí	Respekt pacienta	Profesionalita sester
R1	x	x	x
R2	x	x	x
R3	x		x
R4	x	x	x
R5	x	x	x
R6	x	x	x
R7	x		x
R8	x	x	x
R9		x	x
R10		x	x

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 21 mapuje výskyt a řešení kritických momentů během hospitalizace, které jsou pro diagnózu clostridiové infekce typické. Inkontinence stolice byla identifikována u šesti respondentů. Tato situace představuje pro pacienta zásadní narušení intimní sféry a vysokou psychickou zátěž spojenou s pocitem studu a ztráty autonomie. Jeden z informantů odpověděl zajímavě: „*Je tu televize, tak sleduji. No, jak to zvládám no, mám inkontinentní kalhotky, protože ráno jsem měla velký průjem a dopoledne klid.*“

Velmi pozitivním zjištěním je, že hned osm respondentů vyzdvihlo reakci personálu na krizové stavy. To svědčí o vysoké profesionalitě sester a ošetrovatelů, kteří dokázali i v těchto emočně vypjatých chvílích poskytnout pomoc včas a s respektem k důstojnosti pacienta. Negativní zkušenost v této souvislosti uvedli tři respondenti. U informantů R1 a R8 se negativní prožitek pojí přímo s epizodou inkontinence a následnou intervencí, což naznačuje, že i při správně zvoleném ošetrovatelském postupu může být situace pro pacienta natolik traumatizující, že ji celkově hodnotí záporně. U respondenta R7 se negativní zkušenost vyskytla izolovaně, což může odkazovat na jiný typ krizového momentu v rámci hospitalizace.

Výsledky potvrzují, že empatická a rychlá reakce personálu na projevy inkontinence je klíčovým faktorem pro minimalizaci psychických dopadů onemocnění.

Otázka č. 6: Jak vnímáte psychickou podporu ze strany ošetrovatelského personálu?

Kategorie: Psychická podpora pacienta

Kódy:

- uklidňující přístup sester
- pocit jistoty a bezpečí
- podpora zvládnání hospitalizace
- individuální přístup k psychickému stavu pacienta

Vyhodnocení pro Tabulku č. 22, která mapuje úroveň psychické podpory poskytované informantům (R1–R10) během jejich izolace.

Tab. 22: Psychická podpora pacienta

	Uklidňující přístup sester	Pocit jistoty a bezpečí	Podpora zvládnání hospitalizace	Individuální přístup
R1	x	x		x
R2	x	x	x	
R3	x			x
R4	x	x	x	x
R5		x	x	x
R6	x	x	x	x
R7	x		x	
R8			x	x
R9	x	x		x
R10	x	x	x	x

Zdroj: Vlastní zpracování

Psychická podpora je v izolačním režimu stejně důležitá jako samotná medikace, protože sociální deprivace a strach z infekce mohou zpomalovat proces uzdravení. Z analýzy vyplývá, že ošetrovatelský personál velmi úspěšně zvládá roli emoční opory. Dominantní výskyt „uklidňujícího přístupu“ svědčí o vysoké empatii a profesionalitě sester, které si uvědomují psychickou zátěž informantů. Pozitivním zjištěním je, že většina informantů pociťuje individuální přístup. V prostředí, kde jsou pacienti odděleni bariérami a ochrannými pomůckami, je schopnost sestry vnímat pacienta jako individualitu s jeho specifickými strachy a potřebami nesmírně cenná. Celkově lze psychickou podporu hodnotit jako velmi kvalitní a konzistentní. Přestože se u některých informantů objevují kumulované deficity ve více parametrech, celkový trend ukazuje, že ošetrovatelská péče na tomto oddělení není pouze technická, ale má silný psychosociální rozměr. Tento přístup výrazně napomáhá informantům překonávat pocit osamění, který je s izolačním režimem nevyhnutelně spojen.

Otázka č. 7: Jak hodnotíte možnost sdílet své obavy nebo problémy?

Kategorie: Možnost sdílení emocí a problémů

Kódy:

- možnost otevřeně sdílet obav, nekonfliktnost
- nedostatek prostoru pro sdílení (pokud se objevil)
- podpora komunikace o psychických obtížích

Z Tabulky 23 vyplývá, jakým způsobem respondenti přistupovali k vlastní roli pacienta v průběhu hospitalizace a jak jejich vnitřní nastavení ovlivňovalo interakci s ošetřovatelským personálem.

Tab. 23: Možnosti sdílení emocí a problémů

	Možnost sdílet obavy, nekonfliktnost	Nedostatek prostoru pro sdílení	Podpora komunikace
R1	x	x	x
R2	x		x
R3	x	x	
R4	x	x	x
R5	x		x
R6	x	x	x
R7	x	x	
R8	x	x	
R9	x		
R10	x		x

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 23 mapuje psychologické nastavení informantů a jejich postoj k poskytované péči. Dominantním znakem výzkumného souboru byla vysoká snaha o nekonfliktnost, kterou projevilo devět z deseti respondentů. Tento postoj často pramení z respektu k náročné práci zdravotníků, ale může být doprovázen obavou z narušení vztahů v izolovaném prostředí.

Důležitá odpověď informanta: „*Tak taky mě pan primář ubezpečoval, že samozřejmě, když mě to poprvé řekl tak to byla úplná novinka, jsem to v životě neslyšela o nějaké transplantaci stolice, takže jsem z toho začala mít trošku obavu a on pak mě to všechno vysvětlil, že vůbec nemusím mít strach, že to opravdu se tady dělá těch x let.*“

Polovina respondentů vykazovala tendenci k bagatelizaci vlastních problémů. V souvislosti s clostridiovou infekcí se může jednat o obranný mechanismus, kdy pacienti zlehčují závažnost svých potíží (např. četnost průjmů či únavu), aby se vyhnuli pocitu studu nebo nadměrné pozornosti personálu. Soběstačnost byla identifikována u čtyř respondentů, což naznačuje snahu o zachování nezávislosti i v podmínkách akutního onemocnění.

Tyto výsledky jsou pro ošetřovatelský personál velmi důležité – potvrzují totiž, že pacienti s touto diagnózou mohou své potřeby záměrně podhodnocovat, a je tedy nutné u nich aktivně a citlivě vyhledávat i skryté obtíže, které se sami z nekonfliktnosti zdráhají sdělit.

Otázka č. 8: Jak jste komunikovala s rodinou během hospitalizace?

Kategorie: Komunikace pacienta s rodinou během hospitalizace

Kódy:

- telefonický kontakt s rodinou
- pravidelné informování rodiny
- podpora ze strany rodiny na dálku
- psychická opora rodiny během hospitalizace

Z Tabulky 24 vyplývá, jakým způsobem probíhala interakce respondentů s vnějším světem a jaké mechanismy např. humor využívali ke zvládnání zátěžových situací během hospitalizace.

Tab. 24: Komunikace pacienta s rodinou

	Psychická opora ze strany rodiny, humor	Pravidelné informování rodiny	Kontakt s rodinou
R1	x	x	Telefonicky
R2	x	x	Telefonicky
R3	x	x	Návštěvy
R4	x	x	Telefon i návštěvy
R5	x	x	Telefonicky
R6	x	x	Doma + telefonicky
R7	x	x	Telefon + návštěvy
R8	x	x	Telefon + návštěvy
R9	x		Telefonicky
R10	x	x	Telefon i návštěvy

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 24 analyzuje způsoby komunikace a psychologické mechanismy, které respondenti využívali k překonání izolace. Významným zjištěním je využití humoru jako podpůrného mechanismu u poloviny respondentů. Humor v komunikaci s personálem nebo blízkými sloužil jako efektivní katarze a způsob, jak odlehčit psychicky náročnou situaci spojenou s infekčním onemocněním. Pět respondentů se aktivně podílelo na řešení situací spojených s jejich léčbou a pobytem v nemocnici. V oblasti kontaktu s rodinou dominuje telefonická komunikace, která je v režimu izolace nejbezpečnějším a nejčastějším způsobem spojení s blízkými.

Část respondentů využívala kombinaci telefonu a osobních návštěv, které však musely probíhat za přísných protiepidemiologických opatření. Specifickým případem je respondent R6, který část komunikace realizoval v domácím prostředí (v rámci ambulantní péče). Udržování pravidelného kontaktu s rodinou se v rámci šetření potvrdilo jako naprosto klíčové pro zachování psychické rovnováhy pacienta, neboť rodina představuje hlavní zdroj motivace k uzdravení a zmírňuje pocity osamocení na izolačním pokoji. Příklad odpovědi cituji: „*Tak je to určitě nepříjemný, ale tak nějak nepřikládám tomu nějak váhu, je to něco jako bych měl třeba rýmu, řeším daleko důležitější věci jako tohle, ...*“

Otázka č. 9: Můžete popsat konkrétní situaci, která pro Vás byla v rámci ošetrovatelské péče významná?

Kategorie: Významné situace v ošetrovatelské péči

Kódy:

- rychlá reakce personálu v akutní situaci (např. průjmy)
- psychická podpora v krizové situaci
- vysvětlení postupu péče v konkrétní situaci
- individuální přístup v konkrétním okamžiku péče

Zde je analýza a vyhodnocení pro Tabulku č. 25, která se zaměřuje na konkrétní momenty péče, které informanti označili za zlomové nebo významné.

Tab. 25: Významné situace v ošetrovatelské péči

	Rychlá reakce personálu v akutní situaci	Psychická podpora v krizové situaci	Vysvětlení postupu péče v konkrétní situaci	Individuální přístup
R1	x	x		
R2	x	x	x	
R3	x			
R4	x	x	x	x
R5	x	x	x	
R6	x	x	x	x
R7	x			
R8	x	x	x	
R9	x	x		x
R10	x	x	x	x

Zdroj: Vlastní zpracování

Analýza významných situací potvrzuje, že pocit bezpečí u informantů stojí na akčnosti a pohotovosti personálu. V izolačním režimu, kdy je pacient často odkázán pouze na signalizační tlačítko, je rychlá reakce sestry vnímána jako záchranný kruh. Skutečnost, že ji uvádějí všichni informanti, svědčí o vysoké funkčnosti a organizaci týmu. Kombinace rychlé reakce a psychické podpory tvoří jádro kvalitní ošetrovatelské péče. Informanti si nepamatují jen to, že sestra přišla včas, ale i to, jak se v danou chvíli chovala (zda je uklidnila). Právě v krizových situacích, např. při nezvladatelném průjmu dochází k největšímu narušení důstojnosti pacienta, profesionální, rychlý a empatický přístup personálu je v těchto chvílích naprosto zásadní pro zachování integrity informanta.

Lze konstatovat, že personál oddělení vyniká v krizovém managementu. Nejsilnější pozitivní stopu v informantech zanechává operativní pomoc doprovázená psychickou podporou. Rezervy v plošném vysvětlování postupů (které se objevovaly v předchozích tabulkách) jsou v těchto kritických okamžicích částečně kompenzovány právě akčností a lidským přístupem, což ve výsledku vede k pozitivnímu hodnocení péče jako celku.

2.5.3 Otázky vztahující se k třetí výzkumné otázce:

Třetí výzkumná otázka: Jak pacienti hodnotí dodržování protiepidemiologických opatření ze strany ošetrovatelského personálu?

K výzkumné otázce se vztahují otázky č. 1 až č.12

Otázka č. 1: *Jak hodnotíte dodržování protiepidemiologických opatření ze strany ošetrovatelského personálu?*

Kategorie: Dodržování protiepidemiologických opatření

Kódy:

- důsledné dodržování hygienicko-epidemiologických opatření
- pravidelná dezinfekce rukou personálu
- dodržování izolačního režimu
- profesionální přístup k prevenci šíření infekce

Zde je analýza a vyhodnocení pro Tabulku č. 26, která se zaměřuje na to, jak informanti vnímali bezpečnostní a hygienické standardy během své izolace.

Tab. 26: Dodržování protiepidemiologických opatření

	Důsledné dodržování opatření	Pravidelná dezinfekce rukou personálu	Dodržování izolačního režimu	Profesionální přístup
R1	x	x	x	x
R2	x	x	x	x
R3	x	x	x	
R4	x	x	x	x
R5	x	x	x	x
R6	x	x	x	x
R7	x		x	
R8	x	x	x	x
R9				x
R10	x	x	x	x

Zdroj: Vlastní zpracování

Z předložených dat je zřejmé, že protiepidemiologická opatření jsou nejsilnější a nejstabilnější složkou poskytované péče. Informanti vnímají personál jako vysoce disciplinovaný, což je v kontextu infekčního oddělení naprosto zásadní. Důslednost, s jakou sestry přistupují k dezinfekci a izolaci, přímo ovlivňuje pocit bezpečí informantů. Zajímavým zjištěním je případ informanta R9, který v této kategorii (podobně jako v předchozích) vykazuje nejnižší míru spokojenosti, přičemž potvrdil pouze obecný profesionální přístup, protože je celkově unavený a je obtížné odpovídat. To může naznačovat buď bariéru v pozorování (např. horší výhled na dezinfekční stojany), nebo celkově kritičtější postoj k procesu hospitalizace.

Celkově lze dodržování protiepidemiologických opatření hodnotit jako excelentní. Pro personál je to vizitka vysoké odbornosti a respektu k bezpečnosti pacienta i sebe sama. Vysoká míra shody mezi informanty naznačuje, že tyto postupy jsou na oddělení pevně zažitě a tvoří standard, který není ovlivněn nárazovými faktory. Právě tato vizuální a procesní čistota péče je to, co dává informantům jistotu, že jsou v rukou odborníků.

Otázka č. 2: Jak vnímáte používání ochranných pracovních pomůcek, např. rukavic, plášťů, dezinfekce rukou?

Kategorie: Používání ochranných pracovních pomůcek

Kódy:

- správné používání rukavic
- používání ochranných plášťů
- pravidelná dezinfekce rukou personálu
- pocit bezpečí díky ochranným pomůckám
- vnímání OOPP jako bariéry v kontaktu
- přijetí ochranných pomůcek jako standardu péče
- respektování hygienických zásad

Zobrazená data u informantů v tabulce č. 27 reflektují jejich vnímání používání ochranných osobních pracovních pomůcek (OOPP) a hygienických standardů

Tab. 27: Používání ochranných pracovních pomůcek

	Důsledné dodržování opatření	Pravidelná dezinfekce rukou personálu	Dodržování izolačního režimu	Profesionální přístup
R1	x	x	x	x
R2	x	x	x	x
R3	x	x	x	
R4	x	x	x	x
R5	x	x	x	x
R6	x	x	x	x
R7	x		x	
R8	x	x	x	x
R9				x
R10	x	x	x	x

Zdroj: Vlastní zpracování

Z analýzy vyplývá, že používání ochranných pomůcek je na pracovišti vnímáno jako naprostý standard a samozřejmost. Pro informanty není používání plášťů a rukavic zdrojem obav, ale naopak pilířem jejich pocitu bezpečí. Skutečnost, že personál tyto pomůcky používá důsledně, buduje v informantech důvěru, že je s jejich nákazou nakládáno odborně a že je minimalizováno riziko dalšího šíření. I když kódy v zadání zmiňovaly i negativní aspekt (vnímání OOPP jako bariéry v kontaktu), z dat vyplývá, že převládá pozitivní přijetí těchto pomůcek jako nezbytné součásti péče. Profesionální rutina, se kterou sestry do pomůcek vstupují a vystupují, pomáhá informantům akceptovat tento "nepřirozený" způsob kontaktu jako nutný pro jejich ochranu.

Celkově lze uzavřít, že v oblasti používání OOPP dosahuje ošetřovatelský personál vynikajících výsledků. Důslednost a viditelná dezinfekce rukou jsou nejlepší prevencí vzniku nozokomiálních nákaz a zároveň psychickou oporou pro izolované informanty, kteří tak vidí bezpečnostní opatření v praxi při každém kontaktu s personálem.

Otázka č. 3: Jak personál pečoval o nádobí a pomůcky k běžnému dennímu užívání na izolačním pokoji?

Kategorie: Manipulace s pomůckami a hygienickými předměty

Kódy:

- správná dezinfekce nádobí a pomůcek
- používání jednorázových pomůcek
- oddělené zacházení s infekčním materiálem
- dodržování hygienických postupů při manipulaci

Zde je analýza a vyhodnocení pro Tabulku č. 28, která se zaměřuje na technickou a hygienickou stránku manipulace s předměty denní potřeby u informantů.

Tab. 28: Manipulace s pomůckami a hygienickými předměty

	Dezinfekce nádobí a pomůcek	Používání jednorázových pomůcek	Oddělené zacházení s infekčním materiálem	Dodržování hygienických postupů
R1	x	x	x	x
R2	x	x	x	x
R3	x	x	x	x
R4	x	x	x	x
R5	x	x	x	x
R6	x	x	x	x
R7	x	x	x	x
R8	x	x	x	x
R9				x
R10	x	x	x	x

Zdroj: Vlastní zpracování

Z analýzy vyplývá, že manipulace s nádobím a pomůckami podléhá přísnému protiepidemiologickému režimu, který je v praxi velmi dobře viditelný. Pro informanty je tato oblast klíčová pro pocit, že nákaza je pod kontrolou a nešíří se mimo jejich izolační prostor.

Vysoká míra shody (90–100 %) u všech sledovaných kódů svědčí o tom, že tyto procesy jsou na oddělení automatizované a personál je v nich velmi dobře proškolen. Používání jednorázových pomůcek a oddělená manipulace s nádobím výrazně snižují riziko křížové kontaminace, což informanti vnímají jako projev vysoké profesionality a bezpečnosti.

Celkově lze manipulaci s pomůckami na izolačním pokoji hodnotit jako bezchybnou. Personál důsledně uplatňuje bariérovou techniku nejen v přímém kontaktu s informantem, ale i při péči o jeho bezprostřední okolí a předměty denní potřeby. Tato preciznost v detailech je základem úspěšného izolačního režimu a informanti ji vnímají jako potvrzení odborné úrovně pracoviště.

Otázka č. 4: Jak na vás protiepidemiologická opatření působila, především jejich důslednost a jednotnost?

Kategorie: Vnímání a dodržování bariérové ošetřovatelské péče

Kódy:

- Používání ochranných oděvů a pomůcek
- dezinfekční režim a hygiena prostředí
- nepochopení smyslu bariérových pomůcek

Z Tabulky 14 vyplývá, jakým způsobem respondenti vnímali technickou a procesní stránku protiepidemiologických opatření a zda rozuměli jejich významu v kontextu své diagnózy.

Odpověď, co stojí za zamyšlení: „Tak nevím přesně jaká ta opatření se mají dodržovat, tak samozřejmě se nosí roušky, dezinfikovali si ruce a jaká další nevím, jaká se mají používat.“

Tab. 29: Vnímání a dodržování bariérové ošetřovatelské péče

	Používání ochranných oděvů a pomůcek	Dezinfekční režim a hygiena prostředí	Nepochopení smyslu bariérových pomůcek
R1	x	x	x
R2	x	x	
R3	x	x	x
R4	x	x	
R5	x	x	
R6	x	x	
R7	x		x
R8	x	x	
R9			x
R10	x		

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 14 analyzuje reflexi protiepidemiologických standardů z pohledu pacientů. Výsledky ukazují vysokou míru vnímavosti k práci personálu – osm respondentů (80 %) potvrdilo důsledné používání ochranných oděvů a pomůcek (rukavice, pláště) ošetřujícím personálem. Sedm respondentů pozitivně refletovalo dezinfekční režim a péči o hygienu prostředí, což naznačuje,

že personál věnuje zvýšenou pozornost dekontaminaci ploch a pomůcek přímo před zraky pacientů, čímž zvyšuje jejich pocit bezpečí.

Klíčovým zjištěním v této kategorii je, že čtyři respondenti připustili určité nepochopení smyslu bariérových pomůcek. Tento kód se objevuje zejména u respondentů, kteří zároveň vnímali bariérová opatření jako omezující nebo emočně chladná (např. R1, R3, R7, R9). Tento fakt zdůrazňuje nezbytnou roli sestry jako edukátorky. Pokud pacient plně nerozumí smyslu izolace a ochranných pomůcek, může tyto postupy vnímat jako zbytečnou překážku v lidském kontaktu. Výsledky šetření potvrzují, že technické dodržování bariérového režimu je personálem zvládáno na velmi dobré úrovni, je však žádoucí klást větší důraz na srozumitelné vysvětlení významu těchto opatření samotným pacientům.

Otázka č. 5: Jak vnímáte dostatečnost vysvětlení nutnosti těchto opatření?

Kategorie: Edukace pacienta k protiepidemiologickým opatřením

Kódy:

- dostatečné vysvětlení protiepidemiologických opatření
- srozumitelné podání informací personálem
- částečná informovanost pacienta
- porozumění významu izolace a bariérové péče

Zde je analýza a vyhodnocení pro Tabulku č. 30, kterou je edukace informantů v oblasti protiepidemiologických opatření.

Tab. 30: Edukace pacienta k protiepidemiologickým opatřením

	Dostatečné vysvětlení opatření	Srozumitelnost	Částečná informovanost	Porozumění významu bariérové péče
R1	x		x	
R2	x		x	x
R3	x	x	x	
R4	x	x	x	x
R5	x	x	x	
R6	x	x	x	
R7	x		x	
R8	x	x	x	x
R9			x	
R10	x	x	x	x

Zdroj: Vlastní zpracování

Z analýzy vyplývá, že personál oddělení je v edukaci velmi aktivní a v naprosté většině případů dokáže informanty přesvědčit o nutnosti opatření. Skutečnost, že 90 % informantů považuje vysvětlení za dostatečné, je pozitivním signálem dobré komunikace. Kritickým bodem je však všudypřítomný pocit částečné informovanosti. Ten může pramenit z toho, že personál sice vysvětlí izolaci jako fakt "musíte tu být, abyste nikoho nenakazil", ale méně se zaměřuje na širší souvislosti, např. mechanismus přenosu, délka trvání opatření, specifika mikroorganismu. To potvrzuje i nízký počet informantů, kteří plně rozumí významu bariérové péče.

Celkově lze edukaci v této oblasti hodnotit jako funkční, ale povrchovou. Informanti jsou s režimem srozuměni a akceptují ho, což je klíčové pro jejich spolupráci. Pro zvýšení kvality by však bylo žádoucí posunout edukační proces od pouhého "oznámení pravidel" k hlubšímu vysvětlení, které by eliminovalo pocit informačního vaku a pomohlo informantům lépe psychicky zvládnout smysl jejich izolace.

Otázka č. 6: Jak hodnotíte porozumění jejich významu?

Kategorie: Vnímání izolace

Kódy:

- pocit osamělosti a sociální deprivace
- psychická zátěž a somatizace stresu
- rezignace a pasivní přijetí situace

Z Tabulky 31 vyplývá, jaký dopad měla bariérová ošetrovatelská péče na psychické prožívání respondentů a jakým způsobem se vyrovnávali s nuceným omezením sociálních kontaktů.

Tab. 31: Vnímání izolace

	Pocit osamělosti a sociální deprivace	Psychická zátěž a somatizace stresu	Rezignace a pasivní přijetí situace
R1	x	x	x
R2	x	x	x
R3	x	x	x
R4		x	x
R5		x	
R6			x
R7			x
R8		x	x
R9			x
R10			x

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 31 analyzuje psychosociální dopady izolačního režimu na pacienty. Dominantním projevem, identifikovaným u osmi informantů, byla rezignace a pasivní přijetí situace. Tento stav lze interpretovat jako adaptivní mechanismus, kdy pacienti přijímají izolaci jako nevyhnutelnou součást léčebného procesu, přestože pro ně představuje značné omezení.

Jeden z informantů odpověděl: „*Bylo mi vše dostatečně vysvětleno.*“

U 6 informantů byla identifikována zvýšená psychická zátěž, která se u některých projevila i somatizací stresu (např. nespavost, nechutenství či celkový neklid). Pocit osamělosti a sociální deprivace otevřeně přiznali tři respondenti, u nichž se tento stav prolínal se všemi sledovanými negativními jevy. Je patrné, že i přes dostatečné vysvětlení nutnosti opatření (jak uvádí většina respondentů v odpovědích na otázky č. 5 a 6) zůstává izolace pro pacienta traumatizujícím prvkem. Tyto výsledky zdůrazňují potřebu holistického přístupu v ošetřovatelství, kde technická dokonalost bariérových opatření musí být vyvážena zvýšenou psychickou podporou ze strany personálu, aby se předešlo hluboké sociální izolaci hospitalizovaných osob.

Otázka č. 7: Jak hodnotíte informovanost ošetřujícím personálem týkající se dodržování protiepidemiologických opatření vámi nebo vašimi návštěvami?

Kategorie: Informovanost pacienta a návštěv o protiepidemiologických opatřeních

Kódy:

- dostatečná informovanost pacienta o opatřeních
- informování návštěv o hygienickém režimu
- vysvětlení pravidel vstupu na izolační pokoj
- srozumitelné instrukce pro rodinu/návštěvy

Zde je analýza a vyhodnocení pro Tabulku č. 32, která se zaměřuje na to, jakým způsobem personál informuje informanty a jejich blízké o pravidlech bezpečného kontaktu v režimu izolace.

Tab. 32: Informovanost pacienta a návštěv o protiepidemiologických opatření

	Dostatečná informovanost	Informace pro návštěvy	Pravidla vstupu	Porozumění rodinou
R1	x	x	x	x
R2		x	x	x
R3	x	x	x	x
R4	x	x	x	x
R5	x	x	x	x
R6	x	x	x	x
R7		x	x	x
R8	x	x	x	x
R9				x
R10	x	x	x	x

Zdroj: Vlastní zpracování

Z analýzy vyplývá, že personál klade velký důraz na bezpečnostní instruktáž návštěv, což je v izolačním režimu kritický prvek ochrany veřejného zdraví. Stoprocentní úspěšnost v porozumění pravidel rodinnými příslušníky svědčí o tom, že sestry dokážou komunikovat jasně, stručně a srozumitelně i směrem k laikům mimo nemocniční prostředí. Zajímavým úkazem je mírný nepoměr mezi informovaností návštěv a informovaností samotných informantů (pacientů). Zdá se, že personál se v komunikaci o návštěvách soustředí primárně na ty, kteří "přicházejí zvenčí", zatímco informant na lůžku může mít pocit, že je v tomto informačním toku mírně opomíjen. To je patrné zejména u informanta R7, který potvrzuje edukaci návštěv, ale nikoliv vlastní dostatečnou informovanost.

Celkově lze informovanost návštěv a rodiny hodnotit jako vynikající. Oddělení má zjevně nastaven funkční systém, jak zajistit, aby osoby vstupující do infekčního prostředí byly plně srozuměny s riziky a pravidly. Pro optimální výsledek by bylo vhodné více zapojit do tohoto edukačního procesu i samotné informanty, aby měli stejný přehled o pravidlech, která se týkají jejich blízkých, jako návštěvy samotné.

Otázka č. 8: Jak jste vnímal/a režim izolace v průběhu hospitalizace?

Kategorie: Vnímání režimu izolace

Kódy:

- respektování izolačního režimu
- vnímání izolace jako nutného opatření
- pocit omezení volnosti pohybu
- dodržování hygienických a organizačních pravidel

Zde je analýza a vyhodnocení pro Tabulku č. 33, která uzavírá téma subjektivního vnímání izolačního režimu informanty.

Tab. 33: Vnímání režimu izolace

	Respekt izolace	Vnímání izolace jako nutnost	Pocit omezení	Dodržování pravidel
R1	x	x	x	x
R2	x		x	
R3	x	x	x	
R4	x	x	x	x
R5	x	x	x	x
R6	x	x	x	x
R7	x		x	
R8	x	x	x	x
R9				x
R10	x	x	x	x

Zdroj: Vlastní zpracování

Analýza vnímání režimu odhaluje přirozený konflikt mezi racionálním přijetím léčby a emocionální zátěží z omezení svobody. Téměř stoprocentní výskyt „pocitu omezení“ potvrzuje, že izolace je pro informanty psychicky velmi náročná bez ohledu na to, jak kvalitní je ošetrovatelská péče. Pozitivním zjištěním je, že vysoká míra pocitu omezení nevede k porušování pravidel. Respekt k izolaci zůstává velmi vysoký (90 %). To svědčí o tom, že personál dokáže i přes restriktce udržet s informanty takový vztah, který vede k jejich spolupráci (adherenci k léčbě).

Celkově lze vnímání izolace charakterizovat jako stav „trpělivého podřízení se“. Informanti sice vnímají bariéry a nedostatek pohybu jako negativum, ale díky profesionálnímu přístupu personálu a (ve většině případů) pochopení nutnosti opatření tento stav akceptují. Pro ošetrovatelskou praxi z toho vyplývá potřeba zvýšené psychické podpory a případné nabídky aktivizačních prvků přímo na pokoji, které by zmírnily pocíťovanou ztrátu volnosti.

Otázka č. 9: Jak jste se cítil/a během izolace?

Kategorie: Psychické a emoční prožívání izolace

Kódy:

- pocit osamělosti během izolace
- stres a psychická zátěž
- rezignace nebo pasivita pacienta
- klid díky individuální péči

Zde je analýza a vyhodnocení pro Tabulku č. 34, která se věnuje nejintimnější složce hospitalizace – vnitřnímu prožívání informantů.

Tab. 34: Psychické a emoční prožívání izolace

	Pocit osamělosti	Stres a psychická zátěž	Rezignace nebo pasivita	Klid díky individuální péči
R1	x	x	x	
R2	x	x	x	
R3	x	x		
R4	x	x		x
R5			x	x
R6			x	x
R7	x	x	x	
R8		x	x	
R9				x
R10		x	x	x

Zdroj: Vlastní zpracování

Z analýzy vyplývá, že izolace má výrazně negativní dopad na psychiku informantů, přičemž nejčastějším vyústěním je stres následovaný rezignací. Vysoký výskyt rezignace (70 %) je důležitým signálem pro ošetrovatelský personál – pasivní informant sice může být „bezproblémovým pacientem“ (nevolá, nestěžuje si), ale uvnitř může prožívat hlubokou krizi. Pocit osamělosti se objevuje u 50 % informantů, což ukazuje na důležitost lidského kontaktu, který sestry zprostředkovávají. Velmi cenným zjištěním je, že u poloviny informantů dokázal individuální přístup personálu navodit pocit klidu. To dokazuje, že sestra má v rukou mocný nástroj – svůj postoj a přítomnost, kterými může účinně tlumit stres a osamělost plynoucí z uzavřeného prostoru.

Celkově lze psychické prožívání informantů v izolaci hodnotit jako velmi křehké. Převažující zátěž a rezignace naznačují, že technická dokonalost péče (kterou informanti oceňovali v předchozích tabulkách) zcela neeliminuje psychické strádání. Pro ošetrovatelskou praxi to znamená nutnost zaměřit se na včasnou identifikaci známek rezignace a posílení těch prvků individuální péče, které vedou k uklidnění informanta a pomáhají mu hospitalizaci zvládnout s menší psychickou újmou.

Otázka č. 10: Jakým způsobem ovlivnila izolace váš psychický stav?

Kategorie: Informovanost a edukace o infekci

Kódy:

- nedostatečná nebo pozdní informovanost
- informační role lékaře
- nízká úroveň edukace o režimu

Z Tabulky 35 vyplývá, jakým způsobem pacienti vnímali proces předávání informací o své diagnóze a nakolik se cítili být personálem připraveni a vedeni k dodržování specifických pravidel.

Tab. 35: Informovanost a edukace o infekci

	Nedostatečná nebo pozdní informovanost	Informační role lékaře	Nízká úroveň edukace o režimu
R1	x	x	x
R2		x	x
R3	x	x	x
R4		x	
R5		x	x
R6	x	x	x
R7	x		x
R8	x	x	x
R9			x
R10			x

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 35 analyzuje efektivitu informačních toků a úrovně edukace v průběhu hospitalizace u pacientů s clostridiovou infekcí. Z výsledků vyplývá dominantní postavení lékaře jako primárního zdroje informací o zdravotním stavu, což reflektovalo sedm respondentů. Značně alarmujícím zjištěním je však fakt, že hned devět z deseti respondentů vnímalo úroveň edukace o specifickém režimu jako nízkou. Zajímavě odpověděl informant: „No vždycky, ať je to cokoliv to ovlivní no.“

Tento výsledek naznačuje, že ačkoliv jsou pacienti informováni o své diagnóze, praktická stránka života v izolaci a nácvik bariérových opatření nejsou v ošetrovatelském procesu dostatečně zdůrazněny. Polovina respondentů se navíc setkala s pozdním nebo nedostatečným přísunem informací v úvodu hospitalizace. Respondenti R1, R3, R6 a R8 identifikovali deficit ve všech sledovaných oblastech, což potvrzuje korelaci mezi pozdním informováním a následným nepochopením režimových standardů. Tato data jasně poukazují na nezastupitelnou roli sestry v edukačním procesu. Sestra by měla lékařem sdělenou diagnózu doplnit o praktické instrukce a srozumitelný výklad bariérové péče, čímž u pacienta posílí pocit jistoty a zvýší jeho ochotu ke spolupráci na protiepidemiologických opatřeních.

Otázka číslo 11: Jak vnímáte dostatečnost kontaktu s ošetřujícím personálem?

Kategorie: Dostatečnost kontaktu pacienta s ošetřujícím personálem

Kódy:

- dostatečný kontakt s ošetřujícím personálem
- snadná dostupnost personálu při potřebě
- rychlá reakce na signalizaci pacienta
- nedostatečný kontakt s personálem (pokud se objevil)

Zde je analýza a vyhodnocení pro Tabulku č. 36, která uzavírá téma dostupnosti a frekvence kontaktu mezi informanty a ošetřovatelským týmem.

Tab. 36: Dostatečnost kontaktu pacienta s ošetřujícím personálem

	Dostatečný kontakt	Snadná dostupnost	Rychlá reakce na signalizaci	Nedostatečný kontakt s personálem
R1	x	x	x	
R2	x	x	x	
R3	x	x		
R4	x	x	x	
R5	x	x	x	
R6	x	x	x	
R7		x	x	x
R8	x	x	x	
R9	x			
R10	x	x	x	

Zdroj: Vlastní zpracování

Z analýzy vyplývá, že technická a organizační dostupnost personálu je na velmi vysoké úrovni. Skutečnost, že 90 % informantů považuje kontakt za dostatečný a dostupnost za snadnou, svědčí o tom, že personál i přes bariéry izolace nepracuje odtažitě. Zajímavým zjištěním je, že i když někteří informanti (R3, R9) zaznamenali pomalejší reakci na signalizaci, stále vnímají celkový kontakt jako dostatečný. To naznačuje, že informanti jsou ochotni tolerovat drobné časové prodlevy (např. nutnost personálu obléknout si OOPP před vstupem), pokud je následná interakce kvalitní a personál je dostupný pro řešení jejich potřeb.

Celkově lze kontakt s personálem hodnotit jako vysoce spolehlivý. Pro izolované informanty je vědomí, že personál je "na dosah ruky" (přes signalizaci) a že na ně nezapomíná, nejsilnějším nástrojem proti strachu a osamělosti. Výsledky ukazují, že oddělení má velmi dobře nastavené procesy dohledu, které úspěšně eliminují pocit odloučení, jenž bývá s izolací nejčastěji spojován.

Otázka č. 12: Jak hodnotíte dostatečnost těchto opatření pro vaši bezpečnost a bezpečnost ostatních spolupacientů?

Kategorie: Kompenzační mechanismy a kontakt

Kódy:

- elektronická komunikace s rodinou
- rozptýlení technikou
- dostupnost personálu na zavolání

Z Tabulky 37 vyplývá, jaké prostředky respondenti využívali k eliminaci negativních dopadů sociální izolace a jak hodnotili dostupnost ošetrovatelské péče v režimu bariérového oddělení.

Tab. 37: Kompenzační mechanismy a kontakt

	Elektronická komunikace s rodinou	Rozptýlení technikou	Dostupnost personálu na zavolání
R1	x	x	x
R2		x	x
R3	x	x	x
R4	x	x	x
R5	x	x	x
R6	x	x	x
R7	x	x	x
R8	x		x
R9	x		
R10	x		x

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 37 mapuje zdroje psychosociální podpory a vnímání bezpečnosti u pacientů v izolačním režimu. Naprostá většina informantů identifikovala elektronickou komunikaci s rodinou jako stěžejní kompenzační mechanismus, který jim pomáhal překonávat odloučení od blízkých.

Stejně vysoké procento respondentů pak pozitivně hodnotilo dostupnost personálu na zavolání. Příkladem je věta cituji: „*Myslím že dostatečné.*“

Tento výsledek je pro kvalitu ošetrovatelské péče klíčový – naznačuje, že i přes fyzickou bariéru a nutnost personálu se před každým vstupem k pacientovi vybavit ochrannými pomůckami, nezískali pacienti pocit opuštěnosti či nedostatečného dohledu. Rozptýlení technikou (televize, internet, rádio) využívalo sedm respondentů. Tato forma pasivní i aktivní zábavy představuje důležitý prvek v prevenci samoty a depresivního vnímání, která u pacientů na izolačních pokojích často hrozí. Výsledky šetření potvrzují, že kombinace moderních komunikačních technologií a spolehlivého signalizačního zařízení pro kontakt s personálem vytváří u pacientů s clostridiovou infekcí nezbytný pocit bezpečí a sociální kontinuity, což jsou faktory přímo ovlivňující jejich celkovou spokojenost s hospitalizací.

2.5.4 Otázky vztahující se k čtvrté výzkumné otázce:

Čtvrtá výzkumná otázka: Které oblasti ošetrovatelské péče pacienti považují za problematické?

K výzkumné otázce se vztahují otázky č. 1 až č. 5.

Otázka č. 1: Které oblasti ošetrovatelské péče vnímáte jako problematické nebo nedostatečné?

Kategorie: Nedostatky v ošetrovatelské péči

Kódy:

- nedostatek informací o léčebném režimu
- omezená komunikace v některých situacích
- delší čekací doba na ošetrovatelskou péči
- omezený kontakt s personálem v některých situacích

Zde je analýza a vyhodnocení pro Tabulku č. 38, která shrnuje oblasti, jež informanti vnímají jako problematické nebo nedostatečné. Tato tabulka slouží jako důležitá zpětná vazba pro identifikaci slabých míst v systému péče.

Tab. 38: Nedostatky v ošetrovatelské péči

	Nedostatek informací	Omezená komunikace	Delší čekací doba	Omezený kontakt s personálem
R1	x			
R2	x	x	x	
R3	x	x		
R4	x			
R5	x	x		
R6	x			
R7	x	x	x	x
R8	x			x
R9		x		
R10	x			

Zdroj: Vlastní zpracování

Z analýzy nedostatků vyplývá, že hlavní bariérou v kvalitě péče není technické provedení nebo dostupnost sestry, ale oblast informovanosti. Téměř stoprocentní shoda na nedostatku informací o léčebném režimu naznačuje, že informanti v izolaci postrádají úplnou srozumitelnost své léčby. Vědí, co se děje v daný moment (např. dostávají léky), ale nerozumí tomu, v jaké fázi léčby se nacházejí a co bude následovat.

Komunikační deficity u poloviny informantů naznačují, že v režimu izolace personál občas sklouzává k čistě funkční komunikaci (provést úkon a odejít), což u informantů vyvolává pocit omezeného dialogu. Naopak velmi pozitivním zjištěním je, že čekací doba a celkový kontakt nejsou vnímány jako plošný problém, což potvrzuje dobrou organizaci práce ošetřovatelského týmu.

Celkově lze nedostatky hodnotit jako řešitelné. Nejedná se o systémové selhání péče, ale o potřebu posílit edukační složku. Pro praxi z toho vyplývá doporučení: věnovat více času vysvětlování dlouhodobého léčebného plánu a dbát na to, aby i krátká interakce s informantem na pokoji obsahovala prostor pro jeho dotazy, čímž se eliminuje pocit "omezené komunikace".

Otázka č. 2: Co vám v ošetřovatelské péči vadilo, chybělo nebo bylo nepříjemné?

Kategorie: Klinické aspekty a symptomatika

Kódy:

- průjem
- léčba
- nepříjemné prožitky

Z Tabulky 39 vyplývá, které symptomy a aspekty spojené s diagnózou clostridiové infekce vnímali respondenti jako nejvíce zatěžující a jak reflektovali probíhající terapii.

Tab. 39: Klinické aspekty a symptomatika

	Průjem	Léčba	Nepříjemné prožitky
R1	x	x	
R2			x
R3	x	x	x
R4		x	
R5	x	x	x
R6		x	x
R7	x	x	x
R8	x	x	x
R9	x		
R10	x	x	

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 39 dokumentuje vnímání klinických projevů onemocnění a průběhu léčby z pohledu pacientů. Analýza dat ukazuje, že nejčastěji reflektovaným problematickým aspektem byla léčba, kterou uvedlo osm respondentů.

Tento vysoký podíl naznačuje, že samotný terapeutický režim, zahrnující specifickou medikaci a dietní opatření, představuje pro pacienty značnou zátěž. Průjem, jakožto stěžejní klinický projev infekce, byl identifikován jako zásadní obtíž u sedmi respondentů. Šest informantů pak do svých odpovědí zahrnulo obecnější nepříjemné prožitky spojené se somatickým stavem (např. křeče, slabost či celkový diskomfort). U poloviny výzkumného souboru (R3, R5, R7, R8) identifikujeme výskyt všech tří sledovaných kódů současně, což poukazuje na vysokou míru komplexního fyzického i psychického vyčerpání. Tyto výsledky zdůrazňují nutnost individuálního přístupu personálu, který musí nejen odborně provádět léčebné úkony, ale také aktivně mírnit doprovodné negativní symptomy a podporovat pacienta v náročném procesu rekonvalescence.

Zajímavá odpověď od informantky: „Jako jak říkám, těžko to posoudit, že jo, kdyby byl člověk třeba nějaký nemohoucí a nemohl si na ten záchod zajít tak určitě by to bylo horší, že jo,“

Otázka č. 3: Jak jste se cítil/a po psychické stránce v souvislosti s izolací a povahou onemocnění?

Kategorie: Prožívání izolace a hospitalizace

Kódy:

- samota,
- rezignace
- adaptace
- soukromí

Z Tabulky 40 vyplývá, jakým způsobem se diagnóza a s ní spojená bariérová opatření promítly do emočního stavu informantů a jaké vnitřní mechanismy zvolili k přečkání hospitalizace.

Tab. 40: Prožívání izolace a hospitalizace

	Samota	Rezignace, adaptace	Soukromí
R1	x		x
R2	x	x	x
R3	x	x	
R4	x		x
R5	x		x
R6		x	x
R7		x	
R8		x	
R9		x	
R10		x	

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 40 mapuje vnitřní prožívání pacientů v režimu izolace. Analýza ukazuje, že nejčastějším stavem, který se u informantů projevoval, byla rezignace a následná adaptace na situaci. Tento vysoký podíl naznačuje, že pacienti po určité době přijímají izolační režim jako nezbytný fakt, ke kterému zaujímají pasivní, leč spolupracující postoj. Polovina respondentů otevřeně reflektovala pocity samoty, které jsou přímým důsledkem omezení sociálních kontaktů. Zajímavým zjištěním je, že stejná část souboru vyzdvihla prvek soukromí. To lze interpretovat jako pozitivní aspekt izolace, kdy vlastní pokoj (byť vynucený diagnózou) poskytuje pacientovi prostor pro odpočinek a intimitu, což je v nemocničním prostředí často nedostatkový prvek. U respondentů R2 a R3 vidíme souběh samoty i rezignace, což může poukazovat na těžší psychické zvládnání odloučení. Výsledky naznačují, že ošetrovatelský personál by měl u izolovaných pacientů věnovat zvýšenou pozornost právě těm, kteří pociťují samotu, a snažit se ji kompenzovat častějším, byť krátkým, verbálním kontaktem a empatií.

Otázka č. 4: Jak hodnotíte péči ošetrojícího personálu o vaši psychickou pohodu?

Kategorie: Hodnocení personálu a péče

Kódy:

- vstřícnost
- profesionalita
- komunikace
- dostupnost péče

Z Tabulky 41 vyplývá, jakým způsobem informanti vnímali kvalitu a intenzitu ošetrovatelské péče se zaměřením na jejich psychickou stabilitu a celkový přístup personálu.

Tab. 41: Hodnocení personálu a péče

	Vstřícnost	Profesionalita	Komunikace	Dostupnost péče
R1	x	x	x	x
R2		x	x	x
R3	x		x	
R4	x	x	x	x
R5	x	x	x	x
R6	x	x		x
R7			x	x
R8		x	x	x
R9	x	x		
R10	x	x	x	

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 41 dokumentuje reflexi kvality poskytované péče v oblasti psychosociální podpory. Výsledky vykazují velmi vysokou míru shody u klíčových ukazatelů: profesionalitu a komunikaci personálu pozitivně hodnotilo osm respondentů. Sedm informantů pak vyzdvihlo dostupnost péče a vstřícnost ošetřujícího týmu. co stojí za povšimnutí: „*To se starají moc pěkně.*“ Tato data jednoznačně naznačují, že personál i v náročném bariérovém režimu dokáže udržet vysoký standard odbornosti a zároveň být pacientům lidsky nablízku, což je pro jejich psychickou stabilitu v izolaci klíčové. Zajímavým zjištěním je, že u značné části výzkumného souboru (např. R1, R4, R5, R10) se sledované parametry vyskytují téměř v úplném souběhu, což svědčí o vyrovnané a komplexní ošetřovatelské péči na daném pracovišti. Respondent R10, který v předchozích kategoriích vykazoval známky rezignace, v této části pozitivně reflektuje odbornost a komunikaci týmu, což lze interpretovat jako uznání profesionálního úsilí personálu i přes vlastní psychickou zátěž pacienta. Celkově lze shrnout, že ošetřovatelský personál je pacienty vnímán jako bezpečný a komunikačně zdatný celek, který svou přítomností a přístupem účinně mírní negativní dopady izolace.

Otázka č. 5: Jaké oblasti ošetřovatelské péče považujete za nedostatečné? (Sledování stavu, frekvence kontrol, hygiena, strava, soukromí atd.).

Kategorie: Potřeby a návrhy na zlepšení

Kódy:

- spokojenost
- absence návrhů
- informovanost

Z Tabulky 42 vyplývá, jakým způsobem respondenti reagovali na případné nedostatky v péči a zda identifikovali oblasti, které by bylo žádoucí v rámci ošetřovatelského procesu u clostridiových infekcí inovovat.

Tab. 42: Potřeby a návrhy na zlepšení

	Spokojenost	Absence návrhů	Informovanost
R1	x	x	x
R2	x	x	x
R3	x		
R4	x		x
R5	x	x	x
R6	x		x
R7	x	x	
R8	x	x	
R9	x		x
R10	x		

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 42 shrnuje reflexi informantů k celkové kvalitě poskytované péče. Výsledky vykazují stoprocentní shodu v oblasti celkové spokojenosti. Všech deset informantů hodnotilo ošetrovatelskou péči jako dostatečnou, a to i v náročných aspektech, jako je sledování stavu, hygiena či frekvence kontrol. Vzhledem k vysoké míře spokojenosti polovina informantů nevyjádřila žádné konkrétní návrhy na zlepšení stávajících postupů, což lze interpretovat jako potvrzení vysoké úrovně nastaveného ošetrovatelského standardu na daném pracovišti. Šest informantů se v rámci této kategorie vyjádřilo k důležitosti informovanosti. I v této závěrečné části šetření se potvrdilo, že kvalitní předávání informací je pro pacienty klíčovým prvkem, který eliminuje pocit nejistoty a zvyšuje jejich komfort. Skutečnost, že i informant R10, který v předchozích kategoriích vykazoval značnou pasivitu, vyjádřil celkovou spokojenost s péčí, svědčí o tom, že ošetrovatelský tým dokáže úspěšně saturovat potřeby i u velmi psychicky zatížených pacientů. Celkově lze shrnout, že systém ošetrovatelské péče u clostridiových infekcí je z pohledu pacientů nastaven efektivně a nevyžaduje z jejich strany zásadní inovace.“

Zajímavé přirovnání informanta: „*Některá to umí zaobalit a zlehčit. A žene to optimisticky výš. A na frekvence to je, jak potřebuji no. Což u nich obdivuji to je taková vzácná vlastnost.*“

2.5.5 Otázky vztahující se k páté výzkumné otázce:

Pátá výzkumná otázka: Jaká opatření by mohla přispět ke zvýšení spokojenosti pacientů s clostridiovou infekcí poskytovanou ošetrovatelskou péčí?

K výzkumné otázce se vztahují otázky 1–4.

Otázka č. 1: Co byste změnil/a v ošetrovatelské péči o pacienty s klostridiovou infekcí?

Kategorie: Bariéry v sebereflexi péče

Kódy:

- absence podnětů
- spokojenost s dosavadní péčí

Z Tabulky 43 vyplývá, nakolik jsou respondenti schopni kriticky reflektovat poskytovanou péči a zda identifikují prostor pro změny v zavedených ošetrovatelských postupech.

Tab. 43: Bariéry v sebereflexi péče

	Absence podnětů	Spokojenost s dosavadní péčí
R1		x
R2	x	x
R3		x
R4		x
R5		x
R6	x	
R7	x	
R8	x	
R9		x
R10	x	

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 43 analyzuje schopnost informantů participovat na návrzích směřujících ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče. Získaná data ukazují, že u nadpoloviční většiny souboru je hlavní bariérou pro identifikaci změn celková spokojenost s dosavadní péčí. Tito respondenti vnímají aktuální ošetrovatelský proces jako plně potřebný, a nemají tedy potřebu jej upravovat. U poloviny informantů byla zaznamenána absence podnětů. Tento kód indikuje stav, kdy informanti nedokázali specifikovat žádnou oblast vyžadující zlepšení, což může být zapříčiněno vysokou důvěrou v profesionalitu týmu nebo pasivním přijetím nemocničního režimu, což je patrné zejména u informanta R10. Informant R2 jako jediný identifikoval oba faktory současně. Zajímavá odpověď jednoho informanta: „Co jsem si zjišťoval tak je to nemocniční bacil no nevím, jestli je to teda pravda.“

Celkové výsledky této kategorie naznačují, že ošetrovatelská péče u clostridiových infekcí je na sledovaném pracovišti realizována na úrovni, která v pacientech nevyvolává potřebu kritické reflexe či požadavků na systémové změny. Pro praxi to znamená potvrzení stávajících ošetrovatelských standardů z pohledu příjemce péče.

Otázka číslo 2: Jaká opatření by podle vás mohla přispět ke zvýšení spokojenosti a bezpečí pacientů s tímto onemocněním?

Kategorie: Edukace a informovanost

Kódy:

- nutnost včasného záchytu
- dietní poradenství
- informace o dalším postupu

Z Tabulky 44 vyplývá, jaká konkrétní opatření by podle respondentů vedla ke zvýšení jejich pocitu bezpečí a celkové spokojenosti s léčebným procesem.

Tab. 44: Edukace a informovanost

	Nutnost včasného záchytu	Dietní poradenství	Informace o dalším postupu
R1	x	x	x
R2			x
R3		x	
R4	x	x	x
R5			x
R6		x	
R7	x	x	
R8	x		
R9			x
R10			x

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 44 shrnuje konstruktivní návrhy respondentů směřující k optimalizaci péče o pacienty s klostridiovou infekcí. Jako nejvýznamnější oblast pro zlepšení identifikovalo šest informantů potřebu lepších informací o dalším postupu. Zajímavá odpověď jednoho informanta cituji: „*Neváhat jít za včas!*“

Tento výsledek naznačuje, že pacienti pociťují nejistotu ohledně budoucího vývoje svého stavu a režimu po propuštění z nemocnice. Polovina informantů by uvítala intenzivnější dietní poradenství. Vzhledem k tomu, že clostridiová infekce přímo souvisí s trávicím traktem, je edukace v oblasti výživy klíčová pro rekonvalescenci a prevenci relapsů. Čtyři informanti zdůraznili nutnost včasného záchytu onemocnění, což odráží jejich zkušenost s nepříjemným nástupem symptomů před zahájením cílené léčby. Propojením těchto podnětů lze vyvodit, že edukace by neměla být zaměřena pouze na aktuální hygienická opatření, ale měla by komplexně pokrývat i dietetiku a jasný plán následné péče. Informant R1 a R4 vyzdvihli všechny sledované oblasti, což svědčí o jejich vysokém zájmu o aktivní spolupráci na léčbě.

Otázka č. 3: Co byste vzkázal ošetřovatelskému personálu pro zlepšení péče o další pacienty s touto infekcí?

Kategorie: Etika a přístup personálu

Kódy:

- morální apel
- uznání profesionality

Z Tabulky 45 vyplývá, jaké hodnotové vzkazy respondenti adresovali ošetrovatelskému personálu a jakým způsobem zpětně hodnotili etickou rovinu poskytované péče.

Tab. 45: Etika a přístup personálu

	Morální apel	Uznání profesionality
R1		x
R2	x	x
R3	x	
R4		x
R5		x
R6		x
R7	x	
R8		x
R9		x
R10		x

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 45 shrnuje vzkazy a doporučení, které respondenti adresovali ošetřujícímu personálu. Výrazná většina informantů využila tuto příležitost k uznání profesionality personálu. Tento výsledek koresponduje s vysokou mírou spokojenosti zjištěnou v předchozích kategoriích a naznačuje, že pacienti si uvědomují náročnost práce v bariérovém režimu a oceňují odbornost a nasazení sester a ošetrovatelů. Tři informanti ve svých vzkazech formulovali morální apel. Důležitá odpověď informantky: „*To je trošku individuální, každý to psychicky nese jinak, tak že spíš ten individuální přístup, aby ty lidi povzbudili, že se to dá vyřešit.*“

Tyto apely se obvykle týkají prosby o zachování lidskosti, trpělivosti a empatického přístupu k dalším pacientům, kteří se ocitnou v podobně náročné situaci spojené s izolací a intimními obtížemi. Informant R2 jako jediný spojil oba kódy, čímž vyjádřil jak obdiv k odborné práci, tak připomínku etických hodnot v ošetrovatelství. Tato kategorie potvrzuje, že pro pacienta s clostridiovou infekcí je sice technická a hygienická stránka péče zásadní pro uzdravení, ale v jeho vzpomínkách a celkovém hodnocení hospitalizace hraje primární roli lidský přístup a etické chování zdravotníků.

Otázka číslo 4: „Je nějaký dotaz, který byste mohl dodat, co jsme v průběhu našeho rozhovoru nezmínili?“

Kategorie: Reflexe výzkumného šetření

Kódy:

- podrobnost dotazování
- pocit odhalení

- nedostatek informací

Z Tabulky 46 vyplývá, jak informanti zpětně hodnotili proces samotného výzkumného šetření a nakolik vnímali rozhovor jako vyčerpávající z hlediska sdělených informací.

Tab. 46: Reflexe výzkumného šetření

	Podrobnost dotazování	Pocit odhalení, nedostatek informací
R1	x	
R2	x	x
R3		x
R4	x	
R5	x	
R6		x
R7		x
R8		x
R9		x
R10	x	

Zdroj: vlastní zpracování

Závěrečná tabulka 46 se zaměřuje na reflexi samotného výzkumného procesu ze strany respondentů. Polovina souboru v závěru rozhovoru vyzdvihla podrobnost dotazování, což potvrzuje, že připravený polostrukturovaný rozhovor pokrýl široké spektrum potřeb a prožitků spojených s hospitalizací. Tito informanti vnímali šetření jako komplexní a neměli potřebu doplňovat další fakta. Šest informantů se vyjádřilo v rámci kódu pocit odhalení nebo nedostatek informací. V kontextu clostridiové infekce lze tento výsledek interpretovat dvojím způsobem: buď jako subjektivní pocit studu při dotazování na intimní oblasti (hygiena, vyprazdňování), nebo jako opětovné potvrzení deficitu informací o onemocnění, o kterém by si respondenti přáli v budoucnu vědět více. Odpověď, co stojí za zmínku: „*Nevzpomínám si, ono to bylo dost podrobný, skoro bych řekl, že to máte postavený tak, že se ptáte a čekáte až se odhalím.*“

Tato reflexe uzavírá empirickou část práce s poznatkem, že výzkum nebyl pro pacienty pouze pasivním poskytováním dat, ale i prostorem pro uvědomění si vlastních informačních potřeb. Pro autora práce je tato zpětná vazba důkazem, že zvolená metodika byla dostatečně citlivá a zároveň hloubková, aby postihla podstatu ošetrovatelské péče u této specifické diagnózy.

2.6 Diskuse

V bakalářské práci se zabývám problematikou ošetrovatelské péče u pacientů s infekcí *Clostridioides difficile*. Cílem práce bylo analyzovat zkušenosti pacientů s touto infekcí během hospitalizace. Výzkum byl realizován kvalitativní metodou formou

polostrukturovaných rozhovorů se pacienty hospitalizovanými ve dvou zdravotnických zařízeních. Výzkumný soubor tvořili pacienti s potvrzenou infekcí *Clostridioides difficile*, kteří splňovali stanovená kritéria pro zařazení do výzkumu.

1. výzkumná otázka (VO1)

Znění VO1: Jak pacienti s Clostridiovou infekcí vnímají ošetrovatelskou péči poskytovanou během hospitalizace?

První výzkumná otázka se zaměřovala na vnímání ošetrovatelské péče a přístupu zdravotnického personálu u pacientů s infekcí *Clostridioides difficile*. K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 1 - 12 v rozhovoru.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že většina respondentů hodnotila přístup ošetrovatelského personálu velmi pozitivně. Pacienti popisovali sestry jako profesionální, empatické a vstřícné i přes nutnost bariérové péče a používání osobních ochranných prostředků. Zároveň se ukázalo, že přítomnost ochranných pomůcek nebyla pacienty vnímána negativně, ale spíše jako součást jejich bezpečnosti.

Tato zjištění korespondují se závěry Takáčové (2022), která zdůrazňuje význam empatické komunikace u izolovaných pacientů, jež může kompenzovat fyzickou bariéru mezi pacientem a personálem. Rovněž Vytejšková (2015) uvádí, že správná edukace pacienta vede k přijetí bariérového režimu jako nezbytné ochrany, nikoli jako formy izolace.

2. výzkumná otázka (VO2)

Znění VO2: Jaké jsou zkušenosti pacientů s Clostridiovou infekcí s ošetrovatelskou péčí během hospitalizace?

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na úroveň informovanosti pacientů o režimových a dietních opatřeních během hospitalizace. K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 1 - 9 v rozhovoru.

Z výsledků vyplývá, že přestože byli pacienti celkově spokojeni s péčí, významná část respondentů hodnotila edukaci jako nedostatečnou. Nejčastěji uváděli absenci informací o dietních opatřeních a dalším postupu po propuštění z hospitalizace. Naopak edukace v oblasti hygieny rukou byla pacientům poskytována častěji.

Tato zjištění potvrzuje i Beneš (2022), který uvádí, že edukace pacientů s klostridiovou infekcí je často zaměřena převážně na hygienická opatření, zatímco oblast dietních a režimových doporučení bývá opomíjena. Výsledky výzkumu tedy ukazují shodu s odbornou literaturou.

3. výzkumná otázka (VO3)

Znění VO3: Jak pacienti hodnotí dodržování protiepidemiologických opatření ze strany ošetrovatelského personálu?

Tato výzkumná otázka se zaměřovala na psychosociální dopady izolace u pacientů s infekcí *Clostridioides difficile*. K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 1 - 12 v rozhovoru.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že izolace měla u většiny respondentů negativní psychosociální dopad. Pacienti popisovali pocity rezignace, pasivity a omezení sociálního kontaktu. Významným pozitivním faktorem byla možnost elektronické komunikace s rodinou, která pomáhala zmírnit negativní dopady izolace.

Tato zjištění jsou v souladu s Vágnerovou (2014), která popisuje adaptaci pacienta na nemocniční prostředí jako proces, při kterém může docházet k pasivnímu přijetí situace. Význam sociální opory, včetně vzdáleného kontaktu s rodinou, je rovněž zdůrazňován v moderních ošetrovatelských přístupech.

4. výzkumná otázka (VO4)

Znění VO3: Které oblasti ošetrovatelské péče pacienti považují za problematické nebo nedostatečné?

Tato výzkumná otázka se zaměřovala na spokojenost a psychické vnímání hospitalizace v bariérovém ošetrovatelském režimu. K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 1 - 6 v rozhovoru.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že pacienti udávají nižší míru edukace nebo nesrozumitelnost podávaných informací, které sami leckdy nepřiznají.

5. výzkumná otázka (VO5)

Znění VO3: Jaká patření by mohla přispět ke zvýšení spokojenosti pacientů s clostridiovou infekcí poskytovanou ošetrovatelskou péčí?

Tato výzkumná otázka se zaměřovala na zkvalitnění ošetrovatelské péče a návrhy ke zlepšení. K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 1 - 4 v rozhovoru.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že i samotní pacienti využívají elektronickou komunikaci jako klíčový prvek. Dále navrhuje dle některých informantů zlepšení edukace např. pomocí brožur. Také je důležité dbát na těchto odděleních na funkčnost a kvalitu wifi připojení.

2.7 ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnovala problematice ošetrovatelské péče u pacientů s clostridiovou infekcí. Toto onemocnění představuje v současném zdravotnictví významnou výzvu, a to nejen z hlediska medicínského a epidemiologického, ale především z pohledu ošetrovatelského, neboť vyžaduje specifický přístup k pacientovi v bariérovém režimu.

V teoretické části jsem zmapovala etiopatogenezi onemocnění, diagnostické postupy a standardy ošetrovatelské péče se zaměřením na hygienicko-epidemiologická opatření. Teoretické poznatky posloužily jako základ pro realizaci empirické části.

Hlavním cílem práce bylo prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření zjistit, jak pacienti reflektují poskytovanou péči během své hospitalizace. Na základě analýzy všech uvedených kategorií získaných z polostrukturovaných rozhovorů lze konstatovat, že cíle práce byly splněny.

Z výzkumu vyplývá velmi vysoká etická úroveň péče. Informanti vyjádřili stoprocentní celkovou spokojenost s přístupem ošetrovatelského personálu. Profesionalita, vstřícnost a dostupnost sester byly klíčovými faktory, které pacientům pomáhaly překonávat náročné období izolace.

Důstojnost je prioritou. Šetření potvrdilo, že u diagnózy provázené inkontinencí je kritickým bodem zachování lidské důstojnosti. Empatická reakce personálu v těchto chvílích zásadně ovlivňuje psychický stav pacienta a jeho důvěru v léčebný proces.

Výzkum odhalil významný prostor pro zlepšení v oblasti edukační činnosti sestry. Zatímco medicínské informace jsou vnímány jako dostatečné, praktická edukace o dietě a režimu po propuštění zůstává deficitní.

Také se potvrdilo, že sociální izolace vede k pasivitě a rezignaci, přičemž nejvýznamnějším prvkem psychické podpory je zachování digitálního kontaktu s rodinou.

Přínos práce pro praxi spatřuji především v identifikaci slabých míst edukačního procesu. Výsledky šetření mohou sloužit jako podklad pro tvorbu edukačních materiálů (brožur) a pro zkvalitnění komunikace s pacientem v bariérovém režimu. Ukazuje se, že sestra v moderním ošetrovatelství nesmí být pouze vykonavatelem technických úkonů, ale především edukátorem a psychologickou oporou, která dokáže lidským slovem překlenout bariéru izolačního pokoje.

Zpracování této bakalářské práce mi umožnilo hlouběji nahlédnout do prožívání pacientů s touto specifickou diagnózou a věřím, že získané poznatky budou užitečným přínosem pro zkvalitnění ošetrovatelské péče v klinické praxi.

Seznam použité literatury

- BANHARAK, Samoraphop; PANPANIT, Ladawan; SUBINDEE, Suttinan; NARONGSANOI, Patcharawan; SANUN-AUR, Panisara et al. Prevention and Care for Incontinence-Associated Dermatitis Among Older Adults: A Systematic Review. Online. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2021, vol. 14, s. 2983-3004. ISSN 1178-2390. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/jmdh.s329672>. [cit. 2026-02-20].
- BENEŠ, Jiří. et al. (2021) Doporučený postup diagnostiky a léčby kolitidy vyvolané Clostridioides difficile. [Online] Praha: Společnost infekčního lékařství (SIL). Dostupné z: <http://www.infektologie.cz> [cit. 2023-10-25].
- BENEŠ, Jiří. et al. (2022) Aktualizovaný doporučený postup pro léčbu nemocných s kolitidou vyvolanou Clostridioides difficile. [Online] Praha: Společnost infekčního lékařství (SIL). Dostupné z: <https://www.infektologie.cz> [Citováno: 11. ledna 2026].
- BENEŠ, Jiří; HUSA, Petr; NYČ, Otakar a POLÍVKOVÁ, Silvia. Doporučený postup diagnostiky a léčby kolitidy vyvolané Clostridium difficile. Online. 2014. Dostupné z: <https://infektologie.cz/dpCDI14.htm>. [cit. 2026-02-24].
- DI BELLA, Stefano; ASCENZI, Paolo; SIARAKAS, Steven; PETROSILLO, Nicola a DI MASI, Alessandra. Clostridium difficile Toxins A and B: Insights into Pathogenic Properties and Extraintestinal Effects. Online. Toxins. 2016, roč. 8, č. 5, s. 134. ISSN 2072-6651. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/toxins8050134>. [cit. 2026-01-11].
- DVOŘÁČKOVÁ, Eliška. Péče o pacienta s klostridiovou kolitidou. Online. 2016, roč. 2016, č. 1/2. 2016. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/1/pece-o-pacienta-s-klostridiovou-kolitidou/>. [cit. 2026-02-20].
- Fekální mikrobiální transplantace. Online. In: Česká mikrobiomová společnost. B. r. Dostupné také z: <https://www.mikrobiom-cms.cz/stanoviska-cms/fekalni-mikrobialni-transplantace/>. [cit. 2023-10-25].
- HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál, 2023. ISBN 8026219686.
- HOSPODKOVÁ, Petra. Řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví. Online. Praha: České vysoké učení technické v Praze, 2024. ISBN 978-80-01-07324-7. Dostupné z: <https://eshop.cvut.cz/simplifyworks/cs/eoc/public/product/292028829-hospodkova-petra-rizeni-lidskych-zdroju-ve-zdravotnictvi>. [cit. 2026-04-17].
- HUSA, Petr a KRBKOVÁ, Lenka. Infekční lékařství. Brno: Masarykova univerzita, 2019. ISBN 978-802-1094-383.
- JOHNSON, Stuart; LAVERGNE, Valéry; SKINNER, Andrew M; GONZALES-LUNA, Anne J; GAREY, Kevin W et al. Clinical Practice Guideline by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA): 2021 Focused Update Guidelines on Management of Clostridioides difficile Infection in Adults. Online. Clinical Infectious Diseases. 2021, roč. 73, č. 5, s. e1029-e1044. ISSN 1058-4838. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/cid/ciab549>. [cit. 2025-12-04].

- JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. Sestra. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KELNAROVÁ, Jarmila; BABÁKOVÁ, Dominika; CAHOVÁ, Martina; ČÍKOVÁ, Zuzana; HAUSEROVÁ, Dana et al. Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník. 2. díl. 2., přepracované a doplněné vydání. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5330-0.
- LOCIHOVÁ, Hana; AXMANN, Karel a ŽIAKOVÁ, Katarína. Sleep-disrupting effects of nocturnal nursing interventions in intensive care unit patients: A systematic review. Online. Journal of Sleep Research. 2020, roč. 30, č. 4. ISSN 0962-1105. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jsr.13223>. [cit. 2026-02-24].
- MCNICHOL, Laurie L.; AYELLO, Elizabeth A.; PHEARMAN, Laura A.; PEZZELLA, Patricia A. a CULVER, Elizabeth A. Incontinence-Associated Dermatitis: State of the Science and Knowledge Translation. Online. Advances in Skin & Wound Care. 2018, vol. 31, no. 11, s. 502-513. ISSN 1538-8654. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/01.asw.0000546234.12260.61>. [cit. 2026-02-24].
- MCQUERRY, Meredith; EASTER, Elizabeth a CAO, Alex. Disposable versus reusable medical gowns: A performance comparison. Online. American Journal of Infection Control. 2021, roč. 49, č. 5, s. 563-570. ISSN 0196-6553. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.10.013>. [cit. 2026-02-24].
- MUGITA, Yuko; MINEMATSU, Takeo; NAKAGAMI, Gojiro a SANADA, Hiromi. Influence of digestive enzymes on development of incontinence-associated dermatitis: Inner tissue damage and skin barrier impairment caused by lipolytic enzymes and proteases in rat macerated skin. Online. International Wound Journal. 2018, roč. 15, č. 4, s. 623-632. ISSN 1742-4801. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/iwj.12906>. [cit. 2026-02-20].
- Národní ošetrovatelský postup - Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity. Online. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18554/40328/Vestnik_MZ_2-2020.pdf. [cit. 2026-02-22].
- PLEVOVÁ, Ilona a KACHLOVÁ, Miroslava. Postupy v ošetrovatelské péči 1: Základní fyzikální vyšetření sestrou, měření fyziologických funkcí. Grada, 2022. ISBN 978-80-271-3032-0. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/postupy-v-oseetrovatelske-peci-1-10768/>.
- PLEVOVÁ, Ilona. Ošetrovatelství I. 2., přepracované a doplněné vydání. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0888-6.
- SEONG, Hoon Je; BAEK, Younghwa; LEE, Siwoo a JIN, Hee-Jeong. Gut microbiome and metabolic pathways linked to sleep quality. Online. Frontiers in Microbiology. 2024, roč. 15. ISSN 1664-302X. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fmicb.2024.1418773>. [cit. 2026-02-24].
- STEBEL, Roman; VOJTILOVÁ, Lenka a HUSA, Petr. Clostridium difficile Infection: an update on treatment and prevention. Online. Vnitřní lékařství. 2020, roč. 66, č. 2, s. e24-e28. ISSN 0042-773X. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/vnl.2020.037>.

- TAKÁČOVÁ, Jana. Prevence vzniku způsobené Clostridium difficile z pohledu všeobecné sestry. Online, Bakalářská práce. Liberec: Technická univerzita, Katedra zdravotnických studií, 2022. Dostupné z: <https://dspace.tul.cz/server/api/core/bitstreams/093512f3-4439-4ee8-b2b5-3b4676bafad8/content>. [cit. 2026-04-16].
- TUČEK, Milan. Hygiena a Epidemiologie. 2018. ISBN 978-80-246-5280-1.
- VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Online. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5. Dostupné z: <https://www.kosmas.cz/knihy/198168/soucasna-psychopatologie-pro-pomahajici-profese/>. [cit. 2026-04-17].
- Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky. Online. Č. 5. pdf. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-c-5-2012/>. [cit. 2026-02-24].
- VOKURKA, Martin a HUGO, Jan. Velký lékařský slovník. 10. aktualizované vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2015]. ISBN 978-80-7345-456-2.
- VYTEJČKOVÁ, Renata; SEDLÁŘOVÁ, Petra; WIRTHOVÁ, Vlasta; OTRADOVCOVÁ, Iva a KUBÁTOVÁ, Lucie. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-3421-7.

Příloha A.1 - Žádost o povolení výzkumu

V Jihlavě dne: 17.2.2026

Žadatel:

Dana Bauerová
Studentka 6. semestru VŠPJ Jihlava
Tolstého 1556/16
586 01 Jihlava

Adresát:

Náměstkyně nelékařských profesí
Mgr. Hana Hladíková MHA
Vrchlického 59
586 01 Jihlava

Věc: Žádost o povolení výzkumu

Vážená paní náměstkyně,

jmenuji se Dana Bauerová, jsem studentkou 6. semestru oboru všeobecného ošetřovatelství na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě a tímto si Vás dovoluji požádat o povolení kvalitativního výzkumu ve Vašem zdravotnickém zařízení v rámci zpracování bakalářské práce na téma: „Problematika ošetřovatelské péče o pacienty s clostridiovou infekcí“. Cílem bakalářské práce je analyzovat ošetřovatelskou péči poskytovanou pacientům s clostridiovou infekcí na základě jejich zkušeností během hospitalizace, identifikovat problematické oblasti této péče a navrhnout opatření vedoucí ke zkvalitnění ošetřovatelské péče. Výzkum bude veden zcela anonymně na infekčním oddělení a předpokládaná délka rozhovoru je 30 minut, respondenty budou pacienti s clostridiovou infekcí. Otázky do rozhovoru přikládám k této žádosti

Za umožnění výzkumu Vám děkuji

Souhlasím – nesouhlasím

Razítko a podpis paní náměstkyně

Datum:

Dana Bauerová

Dne: 17.2.2026 v Jihlavě

Příloha A.2 - Žádost o povolení výzkumu

Žadatel:

Dana Bauerová

Studentka 6. semestru VŠPJ Jihlava

Tolstého 1556/16

586 01 Jihlava

Adresát:

Náměstkyně ošetrovatelské péče

Mgr. Bohdana Marečková

Žďárská 610

592 31 Nové Město na Moravě

Věc: Žádost o povolení výzkumu

Vážená paní náměstkyně,

jmenuji se Dana Bauerová, jsem studentkou 6. semestru oboru všeobecného ošetrovatelství na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě a tímto si Vás dovoluji požádat o povolení kvalitativního výzkumu ve Vašem zdravotnickém zařízení v rámci zpracování bakalářské práce na téma: „Problematika ošetrovatelské péče o pacienty s clostridiovou infekcí“. Cílem bakalářské práce je analyzovat ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům s clostridiovou infekcí na základě jejich zkušeností během hospitalizace, identifikovat problematické oblasti této péče a navrhnout opatření vedoucí ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Výzkum bude veden zcela anonymně na infekčním oddělení a předpokládaná délka rozhovoru je 30 minut, respondenty budou pacienti s clostridiovou infekcí. Otázky do rozhovoru přikládám k této žádosti

Za umožnění výzkumu Vám děkuji

Souhlasím – nesouhlasím

Razítko a podpis paní náměstkyně

Datum:

Dana Bauerová

Dne: 17.2.2026 v Jihlavě

Příloha A.3 - Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s účastí na výzkumném šetření

Název bakalářské práce: Problematika ošetrovatelské péče o pacienta s CDI (se zaměřením na psychosociální podporu a edukaci)

Autorka: Dana Bauerová

Instituce: Vysoká škola polytechnická Jihlava – všeobecné ošetrovatelství

1. Účel výzkumu

Cílem tohoto výzkumu je zmapovat specifika péče o pacienty s infekcí *Clostridioides difficile* z pohledu pacienta i ošetrovatelského personálu. Výzkum se zaměřuje na prožívání pacienta v izolaci a na efektivitu edukačního procesu.

2. Průběh šetření

Výzkum probíhá formou polostrukturovaného rozhovoru, který potrvá přibližně 20–40 minut. Rozhovor bude s Vaším souhlasem nahráván na diktafon pro účely následného doslovného přepisu (transkripce). Po zpracování přepisu bude nahrávka smazána.

3. Dobrovolnost a právo na odstoupení

Vaše účast ve výzkumu je zcela dobrovolná. Máte právo kdykoliv v průběhu rozhovoru svou účast ukončit, případně odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku, a to bez udání důvodu a jakýchkoliv následků.

4. Anonymita a ochrana dat

Veškeré získané informace budou přísně anonymizovány. Vaše jméno ani žádné jiné identifikační údaje nebudou v bakalářské práci uvedeny. Výsledky výzkumu budou použity výhradně pro účely této bakalářské práce a nebudou poskytnuty třetím stranám.

5. Prohlášení a podpis

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s cílem výzkumu, porozuměl/a jsem výše uvedeným informacím a s účastí na výzkumu souhlasím.

V dne

..... Podpis informanta (pacienta / sestry)

..... Podpis autorky práce

Příloha A.4 - Osnova rozhovoru

Osnova polostrukturovaného rozhovoru:

- Jaký je váš věk?
- Vaše pohlaví?
- Jaké je vaše vzdělání?
- Jaké je vaše zaměstnání?
- Byl/a jste již někdy v minulosti hospitalizován/a? Na jakém oddělení to bylo?
- Jak dlouho jste nyní hospitalizován/a, a na jakém oddělení?
- Mohl/a byste mi popsat svou zkušenost s hospitalizací z důvodu clostridiové infekce?

1. Jak pacienti s clostridiovou infekcí vnímají ošetrovatelskou péči poskytovanou během hospitalizace?

- Byl/a jste v průběhu hospitalizace umístěn/a na izolačním pokoji?
- Jak byste popsal/a ošetrovatelskou péči, které vám byla v průběhu hospitalizace poskytována?
- Co považujete při poskytování ošetrovatelské péče v průběhu hospitalizace jako přínosné?
- Co vnímáte při poskytování ošetrovatelské péče v průběhu hospitalizace jako důležité?
- Jak vnímáte přístup sester k vám v průběhu hospitalizace?
- Jak hodnotíte porozumění a empatický přístup sester k vám v průběhu hospitalizace?
- Jak hodnotíte prostor klást otázky?
- Jak hodnotíte komunikaci se sestrami?
- Jak vnímáte informovanost o svém zdravotním stavu a ošetrovatelské péči?
- Jak hodnotíte srozumitelnost informací, které jste v průběhu hospitalizace získal od ošetřujícího personálu?
- Jaké informace vám chyběly?
- Jak ošetřující personál reagoval na vaše potřeby? (např. při potížích, hygieně, podávání léků, péči o kožní problémy, úpravou lůžka)?

2. Jaké jsou zkušenosti pacientů s clostridiovou infekcí s ošetrovatelskou péčí během hospitalizace?

- Jaké pozitivní zkušenosti máte spojené s ošetrovatelskou péčí v průběhu hospitalizace?
 - Jaké negativní zkušenosti máte spojené s ošetrovatelskou péčí v průběhu hospitalizace?
- Uveďte prosím konkrétní situaci.

- Jak vnímáte ošetrovatelskou péči v oblasti hygieny, komfortu, zvládnání průjmu, soukromí, vyprazdňování, příjmu tekutin a stravy, péče o spánek?
- Jak hodnotíte dostatečnost pomoci ošetřujícího personálu?
- Jak hodnotíte zachování důstojnosti při poskytování ošetrovatelské péče?
- Jak vnímáte psychickou podporu ze strany ošetrovatelského personálu?
- Jak hodnotíte možnost sdílet své obavy nebo problémy?
- Jak jste komunikovala s rodinou během hospitalizace?
- Můžete popsat konkrétní situaci, která pro Vás byla v rámci ošetrovatelské péče významná?

3. Jak pacienti hodnotí dodržování protiepidemiologických opatření za strany ošetrovatelského personálu?

- Jak hodnotíte dodržování protiepidemiologických opatření ze strany ošetrovatelského personálu?
- Jak vnímáte používání ochranných pracovních pomůcek, např. rukavic, plášťů, dezinfekce rukou?
- Jak personál pečoval o nádobí a pomůcky k běžnému dennímu užívání na izolačním pokoji?
- Jak na vás protiepidemiologická opatření působila, především jejich důslednost a jednotnost?
- Jak vnímáte dostatečnost vysvětlení nutnosti těchto opatření?
- Jak hodnotíte porozumění jejich významu?
- Jak hodnotíte informovanost ošetřujícím personálem týkající se dodržování protiepidemiologických opatření vámi nebo vašimi návštěvami?
- Jak jste vnímal/a režim izolace v průběhu hospitalizace?
- Jak jste se cítil/a během izolace?
- Jakým způsobem ovlivnila izolace váš psychický stav?
- Jak vnímáte dostatečnost kontaktu s ošetřujícím personálem?
- Jak hodnotíte dostatečnost těchto opatření pro vaši bezpečnost a bezpečnost ostatních spolupacientů?

4. Které oblasti ošetrovatelské péče pacienti považují za problematické nebo nedostatečné?

- Které oblasti ošetrovatelské péče vnímáte jako problematické nebo nedostatečné?

- Co vám v ošetrovatelské péči vadilo, chybělo nebo bylo nepříjemné?
- Jak jste se cítil/a po psychické stránce v souvislosti s izolací a povahou onemocnění?
- Jak hodnotíte péči ošetřujícího personálu o vaší psychickou pohodu?
- Jaké oblasti ošetrovatelské péče považujete za nedostatečné? (Sledování stavu, frekvence kontrol, hygiena, strava, soukromí atd.).
- Co byste v ošetrovatelské péči o pacienty s klostridiovou infekcí zlepšili?

5. Jaká opatření by mohla přispět ke zvýšení spokojenosti pacientů s clostridiovou infekcí poskytovanou ošetrovatelskou péčí?

- Co byste změnil/a v ošetrovatelské péči o pacienty s klostridiovou infekcí?
- Jaká opatření by podle vás měla přispět ke zvýšení spokojenosti a bezpečí pacientů s tímto onemocněním?
- Co byste vzkázal ošetrovatelskému personálu pro zlepšení péče o další pacienty s touto infekcí?
- Je nějaký dotaz, který byste mohli dodat, co jsme v průběhu našeho rozhovoru nezmínili?

Postup při mytí rukou

POSTUP PŘI HYGIENĚ RUKOU DOPORUČENÝ SVĚTOVOU ZDRAVOTNICKOU ORGANIZACÍ

 Doba trvání celé procedury: 40 - 60 vteřin



0 Navlhčete si ruce vodou.



1 Aplikujte dostatek mýdla na pokrytí celého povrchu rukou.



2 Třete dlaní o dlaně kruživým pohybem.



3 Třete pravou dlaní o levý hřbet ruce se zaklesnutými prsty a naopak.



4 Třete dlaní o dlaně se zaklesnutými prsty.



5 Třete hřbety prstů o druhou dlaně se zaklesnutými prsty.



6 Krouživým pohybem třete levý palec v sevřené pravé dlaně a naopak.



7 Obousměrnými krouživými pohyby třete sevřené prsty pravé ruky o levou dlaně a naopak.



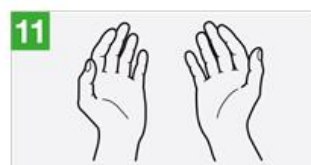
8 Opláchněte si ruce vodou.



9 Ruce si pečlivě osušte ručníkem na jedno použití.



10 Použijte ručník k zastavení kohoutku.



11 Nyní jsou vaše ruce čisté.

BENU 
Váše zdraví si bereme na starost!

Zpracováno podle originálního dokumentu How to handrub? Geneva: World Health Organization (WHO); 2009. Licence: CC BY-NS-SA 3.0 IGO.
Grafické zpracování a překlad: BENU s.r.o. Česká republika, 2020. Tento materiál je pouze ilustrační a nenahrazuje odborné poradenství a zdravotní instruktáž.

Obr. 1: Postup mytí rukou

Zdroj: BENU, (21. 9. 2020, <https://www.benu.cz/spravne-myti-rukou-a-dezinfekce-jak-na-to>)