

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S INFEKČNÍ
MONONUKLEÓZOU**

Bakalářská práce

VERONIKA ZÁBRANOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kubicová

Praha 2017



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00,

Zábranová Veronika
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s infekční mononukleózou

Nursing Process for Patients with Infectious Mononucleosis

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Miroslava Kubicová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

V Praze dne: 11. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 6. 1. 2017

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Především děkuji paní PhDr. Miroslavě Kubicové za vedení práce, za skvělé a cenné rady, připomínky, podněty při zpracovávání mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat panu MUDr. Zdeňkovi Jurtíkovi, se kterým jsem bakalářskou práci konzultovala.

V Praze dne 6. 1. 2017

.....

podpis

ABSTRAKT

ZÁBRANOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelský proces u pacienta s infekční mononukleózou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kubicová. Praha. 2017. 63 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s infekční mononukleózou. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část práce je zaměřena především na charakteristiku onemocnění infekční mononukleózy, na klasifikaci onemocnění, příčiny onemocnění, příznaky, diagnostiku, léčbu a komplikace. Nedílnou součástí teoretické části práce tvoří samostatná kapitola specifika ošetrovatelské péče. V práci je také popsána práce sestry na infekčním oddělení. Praktickou část práce tvoří kompletní ošetrovatelský proces u pacienta s infekční mononukleózou. Součástí práce je vypracování ošetrovatelských diagnóz a celkového posouzení pacienta a zhodnocení ošetrovatelské péče. Do bakalářské práce byla zahrnuta doporučení pro praxi jak pro ošetřující personál, tak pro pacienta a jeho rodinu. Cílem práce je poskytnout všeobecné poznatky o daném onemocnění a přiblížit ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu.

Klíčová slova

Fyzická zátěž. Infekční mononukleóza. Ošetrovatelský proces. Pacient. Specifika ošetrovatelské péče.

ABSTRACT

ZÁBRANOVÁ, Veronika. *Nursing Process for Patients with Infectious Mononucleosis*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Miroslava Kubicová. Prague. 2017. 63 p.

The theme of the Bachelor thesis is the nursing process in a patient with Infectious Mononucleosis. The work is divided into theoretical and practical. The theoretical part of the work is focused mainly on the characteristics of diseases of Infectious Mononucleosis for the classification of diseases, the causes of the disease, symptoms, diagnosis, treatment and complications. An integral part of the theoretical part of the work consists of a separate chapter the specifics of nursing care. The work is also discussed the work of the sisters on the infectious Department. The practical part of the thesis consists of the complete process of nursing the patient with Infectious Mononucleosis. Part of the work is to develop nursing diagnoses and patient global assessment and evaluation of nursing care. The Bachelor's work was included in the recommendation for practice for nursing staff, as well as for the patient and family. The aim is to provide a general knowledge about the disease and nursing care in the form of the nursing process.

Keywords

Physical burden. Infectious Mononucleosis. Nursing process. Patient. The specifics of nursing care.

PŘEDMLUVA

Infekční mononukleóza, tzv. polibková nemoc, je všeobecně rozšířené onemocnění, kterým si člověk může projít, aniž by o tom věděl. Inkubační doba je 4–6 týdnů. Do rizikové skupiny patří především mladí lidé, výjimkou nejsou děti ani senioři, i když výskyt u nich není tak častý. Spolehlivě lze infekční mononukleózu diagnostikovat na základě výsledků krevních odběrů.

Toto téma jsem si zvolila především pro to, že se s tímto onemocněním setkávám často na svém pracovišti, kde jsou nemocní hospitalizováni.

K vypracování bakalářské práce jsem využila dokumentaci pacienta, dále knižní a internetové zdroje. Ošetrovatelské diagnózy jsem vypracovala formou ošetrovatelského procesu.

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce paní PhDr. Miroslavě Kubicové za cenné rady a především trpělivost, ale hlavně za odborné vedení a připomínky při zpracovávání bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD	13
1 INFEKČNÍ MONONUKLEÓZA	15
1.1 HISTORIE	15
1.2 EPIDEMIOLOGIE	16
1.3 ETIOLOGIE	17
1.4 PATOGENEZE	18
1.5 SYMPTOMY	18
1.6 DIAGNOSTIKA	20
1.6.1 ÚLOHA SESTRY PŘI DIAGNOSTICE	21
1.7 LÉČBA	23
1.8 KOMPLIKACE	24
1.9 PROGNÓZA, PROFYLAXE A PREVENCE	25
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTY S INFEKČNÍ MONONUKLEÓZOU	26
2.1 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY NA INFEKČNÍM ODDĚLENÍ	29
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S INFEKČNÍ MONONUKLEÓZOU	31
4 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	50
4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	59
ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	61
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALT	Alaninominottransferáza
Amp	Ampule
AST	Aspartátaminottransferáza
ATB	Antibiotika
BB	Buňky
CMV	Cytomegalovirus
EA	Časný antigen (early antigen)
EBNA	Epsteina-Barrové nukleární antigen
EBV	Virus Epsteina-Barrové
FF	Fyziologické funkce
FR	Fyziologický roztok
IgG	Imunoglobuliny třídy G
IgM	Imunoglobuliny třídy M
i.m.	Intramuskulárně – do svalu
i.v.	Intravenózní – do žíly
KO	Krevní obraz
ORL	Otorinolaryngologie
P	Puls
Per os	Podáváno ústy
PL	Praktický lékař
Pokr.	Pokračování
PNC	Penicilin
PŽK	Periferní žilní katétr
SpO2	Nasycení krve kyslíkem
Tbl	Tableta
TK	Tlak krevní
TT	Tělesná teplota

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abortivně	způsobující potrat
Amoxicilin	širokospektré β -laktamové antibiotikum
Antipyretika	léčiva snižující horečku
Cytomegalovirus	patří do herpetických virů
Febris intermittens	kolísající horečka
Fudroyantní	velmi prudký (např. projev choroby)
Fulminantní	velmi rychlý, bleskový
Hepatomegalie	zvětšení jater
Ikterus	žloutenka
Ingesce	přijímání látek buňkou, přenos infekce požitím nakažené potraviny či vodou
Inokulace	naočkování
Intravenózní	způsob aplikace do krevního oběhu
Kampylobakterióza	alimentární infekce (např. salmonelóza)
Komezalismus	soužití dvou nebo více druhů organismů
Krční lymfadenitida	zánět mízní uzliny (obvykle bakteriálního původu)
Meningoencefalitida	zánětlivé onemocnění mozku
Myokarditida	zánět srdeční svaloviny
Otorinolaryngologie	oddělení v nemocnici, kde se léčí pouze nemoci ucha, nosu a krku
Patogenní	choroboplodný
Parazitismus	cizopasnictví
Perikarditida	zánětlivé onemocnění osrdečníku
Polyradikuloneuritida	zánětlivé onemocnění periferního nervového systému
Podbuněčné	organická hmota, která nemá vyvinutou živou strukturu
Rabdomyolýza	rozpad svalových vláken kosterních svalů
Saprofytismus	získávání látek z odumřelých organismů či rostlin
Splenomegalie	zvětšená slezina z důvodu infekce

- Spongiformní encefalopatie**...onemocnění mozku, původce je infekční částice,
tzv. prion
- Subcelulární**.....podbuněčný, dějící se uvnitř buňky
- Subikterus**.....mírná žloutenka, patrná jen na bělmu a měkkém
patře
- Symbióza**.....vzájemné soužití
- Virulence**.....schopnost mikroorganismů vyvolat infekci

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje pacienta	32
Tabulka 2 Fyzikální vyšetření zjištěné sestrou při příjmu	33
Tabulka 3 Léková anamnéza	34
Tabulka 4 Popis fyzického stavu ze dne 26. 3. 2016, 14.40 hodin.....	35
Tabulka 5 Aktivity denního života	38
Tabulka 6 Posouzení psychického stavu	40
Tabulka 7 Posouzení sociálního stavu	43
Tabulka 8 Výsledky krevního vyšetření	45

ÚVOD

Infekční mononukleóza, neboli polibková nemoc, je velmi častá choroba. Vyskytuje se jak v dětském věku, tak v dospělosti. Způsobuje ji virus Epstein-Barrův patřící do herpetických virů. Bohužel se velmi špatně rozeznává od dalších virových či bakteriálních onemocnění. Má velmi podobné příznaky. Inkubační doba je 4–6 týdnů po nakažení virem. Ke vzniku onemocnění může přispět řada rizikových faktorů, mezi něž patří nadměrná fyzická zátěž, nesprávná životospráva, nadměrná konzumace alkoholu, kouření, ale i psychická zátěž. Během posledních let došlo ke zlepšení v oblasti diagnostických metod, a proto je snazší onemocnění včas odhalit. Za posledních 10 let byl zaznamenán celkový počet 1 253 113 případů infekčních nemocí. Průměrně se nakazí až 2 000–2 500 osob za rok. U dětí mladších 3 let a osob starších 40 let se infekční mononukleóza vyskytuje sporadicky (ROZSYPAL a kol., 2013).

Nakazit se touto nemocí je docela snadné, nositel ji přenáší i v době, kdy je zcela zdravý a nemá žádné potíže a příznaky. Přenáší se nejenom líbáním, ale také kartáčkem na zuby, nádobím, lze k ní přijít i na společenských místech.

Hlavní příznaky jsou kolísavé horečky a bolest v krku se zduřením krčních uzlin. Vyskytuje se také splenomegalie a i lehká hepatomegalie. Nemocný je unavený i při menších činnostech.

Pro tvorbu přehledové bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

- Cíl 1 – Shrnout dosavadní publikované poznatky týkající se tématu infekční mononukleózy.
- Cíl 2 – Představit problematiku ošetrovatelské péče u pacientů s infekční mononukleózou.
- Cíl 3 – Představit průběh ošetrovatelského procesu u pacienta s infekční mononukleózou.

Vstupní literatura:

1. AMBROŽOVÁ, Helena. Infekční mononukleóza. *Postgraduální medicína*. 2009, č. 6, 24-28 s. ISSN 1212-4184.
2. GÖPFERTO VÁ, Dana, Petr PAZDIORA a Jana DÁŇOVÁ. *Epidemiologie: Obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí*. Praha: Karolinum, 2013. 223 s. ISBN 978-80-246-2223-1.
3. HABER, Jan. Virové infekce u imunokompromitovaných pacientů s hematologickou malignitou. *Postgraduální medicína*. 2012, č. 8, 55 s. ISSN 1212-4184.

Popis rešeršní strategie:

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s infekční mononukleózou, proběhlo v období listopad 2015.

Rešerše byla zpracována v Moravské zemské knihovně v Brně. Zde byly použity excerpované zdroje: Licencované zdroje – Web of Science, EBSCO, ProQuest Central. Volně dostupné zdroje – katalog MZK, Jednotná informační brána, Souborný katalog ČR – CASLIN, Theses, Medvik, PubMed, Slovenská lékařská knihovna. Klíčová slova v českém jazyce byla: ošetrovatelský proces, infekční mononukleóza. Klíčová slova v anglickém jazyce: Nursing care, Infectious mononucleosis. Časové vymezení bylo zvoleno od roku 2005 po současnost. V rešerši Moravské zemské knihovny bylo vyhledáno v českém jazyce 150 záznamů, v cizím jazyce 112 záznamů.

V bakalářské práci bylo využito 22 českých knižních zdrojů, 1 anglický knižní zdroj a anglický článek.

1 INFEKČNÍ MONONUKLEÓZA

ROZSYPAL (2015, s. 127) definuje infekční mononukleózu jako: *onemocnění, kterého klinickým obrazem je manifestní primo infekce virem Epstein-Barróvé*. Infekční mononukleóza je onemocnění, které se svým charakterem podobá streptokokové angíně, neboť jejím podstatným symptomem je bolest v krku, horečka, nápadné oboustranné zduření lymfatických podčelistních a krčních uzlin (krční lymfadenopatie), povlaková angína a hepatosplenomegalie. Často je onemocnění provázeno zvýšeným pocením, nauzeou, nechutenstvím, třesavkou a kašlem. Charakteristická je zvýšená únava u nemocného, nosový přízvuk a huhňání. Inkubační doba je 4 dny až 7 týdnů (MACHOVÁ, 2014). Zásadní rozdíl mezi infekční mononukleózou a klasickou angínou spočívá v tom, že v případě infekční mononukleózy se zdravotní stav pacientů v průběhu adekvátní antibiotické léčby příliš nezlepšuje (GÖPFERTO VÁ a kol., 2013).

1.1 HISTORIE

Infekční mononukleóza je známá již od 80. let 19. století, první popis pochází od Filatova z r. 1885 pod názvem idiopatická lymfadenopatie, další od Pfeiffera z roku 1889 jako žlázová horečka, nynější název infekční mononukleóza pochází z roku 1920 (GÖPFERTO VÁ a kol., 2013).

V roce 1921 napsali Sprunt a Evans zprávu o onemocnění šesti do té doby zdravých mladistvých, měli horečku, zmnožení netypických mononukleárních lymfocytů a lymfadenopatii. Tito autoři poprvé použili výraz „infekční mononukleóza“. Paul a Bunnell roku 1932 prokázali u takových pacientů vysoké titry tzv. heterofylních protilátek – jejich séra i ve zředění aglutinovala ovčí erythrocyty. Touto reakcí se potvrzovala diagnóza infekční mononukleózy. Původce nemoci však zůstával stále neznámý. Teprve v roce 1968 zjistili manželé Henleovi, že v jejich laboratoři onemocněl jeden technik infekční mononukleózou a v jeho séru se prokázaly protilátky proti nedávno objevenému viru Epstein-Barróvé (SMÍŠKOVÁ, 2013).

Tento virus byl v roce 1964 izolován z Burkittova lymfomu, což je maligní nádor čelisti u afrických dětí. Kultivaci provedl Epstein se svou laborantkou Barrovou, virus byl podle nich pojmenován a zařazen do čeledi Herpesviridae. Je to první virus, u kterého je prokázán onkogenní efekt. Při možnosti použít specifickou sérologickou reakci k průkazu tohoto viru bylo ověřeno, že 10 až 20 % klinických mononukleóz není vyvoláno EBV, ale CMV (cytomegalovirem) (HOLEČKOVÁ, 2006).

1.2 EPIDEMIOLOGIE

Výskyt infekční mononukleózy je kosmopolitní. Dynamika šíření viru a rychlost proměrování se odvíjí od socio-ekonomické úrovně obyvatelstva. Ve vyspělých státech jsou virem Epsteina-Barrové infikováni nejčastěji děti nejnižších věkových skupin, a to ve většině případů inaparentně. Pozvolnější proměrování souvisí v těchto zemích s vyšší manifestností nákazy a vážnějšími klinickými projevy (GÖPFERTO VÁ a kol., 2013). Výskyt infekční mononukleózy je poměrně častý. V podmínkách České republiky se infekční mononukleózou nakaženo průměrně 2 000 až 2 500 osob za rok (ROZSYPAL, 2015). GÖPFERTO VÁ a kol. (2013) dokonce uvádějí, že se roční výskyt hlášených případů infekční mononukleózy pohybuje za posledních 10 let až okolo 3 000. U dětí mladších 3 let věku a u osob starších 40 let věku se infekční mononukleóza vyskytuje velice vzácně (AMBROŽOVÁ, 2009). V dospělosti má totiž 90–95 % obyvatelstva již vytvořené protilátky proti viru Epsteina-Barrové, který zapříčiňuje vznik infekční mononukleózy (HABER, 2012). Výskyt infekční mononukleózy v České republice od roku 2006 do roku 2015 je uveden v příloze E. Grafické vyjádření je pak uvedeno v grafu v příloze C. Z tabulky a grafu je patrné, že výskyt infekční mononukleózy má převážně klesající tendenci. Největší počet případů (celkem 2 563 nemocných) s tímto onemocněním byl zaznamenán v roce 2008. Od tohoto roku do roku 2011 se počet pacientů s infekční mononukleózou neustále snižoval (v porovnání těchto dvou let se jedná o 585 případů méně). Od roku 2011 do roku 2013 je patrný vzestup jedinců s tímto onemocněním, a to o 112 pacientů. Od roku 2013 se výskyt infekční mononukleózy v podmínkách České republiky opět snižuje (STÁTNÍ ZDRAVOTNICKÝ ÚSTAV, 2016).

Naproti tomu výskyt syndromu infekční mononukleózy není příliš častý (ROZSYPAL, 2015).

1.3 ETIOLOGIE

Příčinou vzniku infekční mononukleózy je virus Epstein-Barr (EBV) a to více než v 80 % případů (STAŇKOVÁ a kol., 2000). Kromě infekční mononukleózy způsobuje tento virus také některé maligní nádory (zejména Burkittův lymfom, nazofaryngeální karcinom či lymfoepiteliální nádory). Jedná se o ubikviterní herpetický virus, kterým jsou infikovány a transformovány B-lymfocyty, v nichž po delší dobu perzistuje (GÖPFERTO VÁ, a kol., 2013).

Nosičství v rekonvalescenci je dlouhodobého charakteru (obvykle týdny, měsíce až roky), a to obvykle u 15 až 20 % jedinců. Virus Epstein-Barr je vylučován slinami a faryngeálním sekretem. Infekce virem Epstein-Barr je přenášena nejčastěji kapénkami a přímým kontaktem se slinami infikovaného jedince (polibkem – z tohoto důvodu je infekční mononukleóza označována jako „nemoc z líbání“, anglicky „kissing disease“). K přenosu infekce však dochází rovněž kontaktem s předměty (kupříkladu hračkami) či rukama kontaminovanými slinami. Při transfuzi nebo transplantaci je možný přenos infekce také krví (GÖPFERTO VÁ a kol., 2013). Inkubační doba infekční mononukleózy je 4 dny až 4 týdny (ROZSYPAL, 2015). GÖPFERTO VÁ a kol. (2013) uvádějí, že inkubační doba nemocnění je od 4 až 6 týdnů.

Příčinou vzniku syndromu infekční mononukleózy je lidský cytomegalovirus, a to přibližně v 10 % případů (STAŇKOVÁ a kol., 2002). V ojedinělých případech virus rubeoly, adenovirus, lidský virus imunodeficiency (HIV), toxoplasma virus (manifestace primoinfekce), případně také 6. a 7. lidský herpetický virus (HHV-6 a HHV-7), (ROZSYPAL, 2015). STAŇKOVÁ a kol. (2002) v této souvislosti uvádějí také virus zarděnek. Podmínky vzniku syndromu infekční mononukleózy jsou bez specifické dispozice. Zdroj, přenos a inkubační doba u tohoto onemocnění závisí na druhu původce infekce (ROZSYPAL, 2015).

Méně častý je přenos nepřímým kontaktem. Nepřímý kontakt může být např. pomocí krevní transfúze, ale je velmi vzácný a ojedinělý. Dalším způsobem nepřímého přenosu je pomocí rukou nebo předmětů. Mezi předměty, které mohou působit jako zdroj infekce, patří hrnky, sklenice, utěrky, ručníky, společná konzumace jídla a pití z jedné lahve. Tyto předměty mohou být čerstvě potřísněny slinami nakažené osoby nebo přenašeče onemocnění (ROHÁČOVÁ, 2005).

Dalším možným způsobem přenosu je možnost transplacentární, a to z matky na dítě. Tento přenos je vzácný, a není nebezpečný. Virus Epstein-Barr neřadíme mezi patogeny, které způsobují postižení plodu (ROHÁČOVÁ, 2005).

1.4 PATOGENEZE

Vstupní branou infekce je nosohltan, kde dochází v pomnožování viru na epitelových buňkách. Odtud jsou napadány B-lymfocyty, u nichž dochází k polyklonální aktivaci s tvorbou množství protilátek. B-lymfocyty dochází zprostředkovaně k systémovému rozsevu a stimulaci buněčné imunity (cytotoxických T buněk a NK buněk), čímž je potlačena další progresse infekce. Akutní fáze je ukončena aktivovanými supresorovými T buňkami, jež se v periferní krvi projevují jako atypické lymfocyty. Některé B-lymfocyty však zůstávají stále nakaženy a jsou tak zdrojem pozdějšího potenciálního vylučování viru prostřednictvím slin. Virus Epstein-Barr není hepatotropní a zvýšení aminotransferázy je projevem zasažení hepatocytů v rámci zánětlivých dějů v mezenchymu (tzn. v portálních prostorech). Právě toto je důvodem zvyšování aktivity sérové laktátdehydrogenasy (ROZSYPAL, 2015).

1.5 SYMPTOMY

Symptomy infekční mononukleózy nastupují velice zvolna. Po uplynutí inkubační doby dochází k nástupu tzv. prodromů. Jedná se o nespecifické symptomy objevující se téměř u všech nemocí stejně (ROHÁČOVÁ, 2005). Ve většině případů nastává vzestup horečky. Patrná je bolest v krku se znatelným zduřením krčních uzlin. Součástí kompletního klinického obrazu tohoto onemocnění je kromě symptomů v podobě

horečky (subfebrilií až febrilie) a schvácenosti rovněž povlaková angína, krční lymfadenopatie, splenomegalie a lehká hepatomegalie (ROZSYPAL, 2015). ROHÁČOVÁ (2005) uvádí, že hepatomegalie se objevuje u 10 % pacientů s infekční mononukleózou. Splenomegalie pak u 50 % pacientů s tímto onemocněním. KLEINEROVÁ (2008) doplňuje příznaky o zvýšenou únavu, myalgii neboli bolest svalů, nosový přízvuk (huhňání), zvýšené pocení, nauzeu, nechutenství, třesavku a kašel. Především podání aminopenicilinu (zvláště amoxicilinu) může nekonstantně zapříčinit exantém (ve většině případů hrubý makulopapulózní/morbiliformní, bez pocitů svědění, začínající na končetinách, později generalizovaný). Žloutenka (ikterus či subikterus) je při infekci mononukleózy výjimečným symptomem. Z charakteristických symptomů syndromu infekční mononukleózy lze uvést krční lymfadenopatii a příp. další příznaky jako nález v krku či hepatosplenomegalie (ROZSYPAL, 2015).

Tonzily, které jsou velmi zbytnělé, mají na svém povrchu masivní povlak a je šedobělavé barvy. Dále povlak na mandlích nepřesahuje do okolí. Mezi znaky, které jednoznačně ukazují na povlakovou angínu i infekční mononukleózu, patří to, že léčba nereaguje na antibiotika. Dále povlak na mandlích nepřesahuje do okolí. ROZSYPAL (2015) jako jediný zmiňuje následující symptom infekční mononukleózy: *nápadnou suchost rtů, ragády rtů až určitou deskvamaci*. Příznak můžeme nazvat cheilitida. Na rozdíl od podobného stavu, známého v akutním stádiu jiných hořečnatých onemocnění (břišní tyf, pneumonie), můžeme u některých nemocných s infekční mononukleózou pozorovat tuto cheilitidu v afebrilním stádiu, nebo v případě, kdy teplota nepřestoupila 37,5–38 °C.

Často se vyskytují u infekční mononukleózy edémy kolem očí, tyto otoky se nazývají jako tzv. Bassův příznak. Objevuje se také Holzelovo znamení, které se projevuje drobným krvácením, tedy petechiemi na měkkém patře nemocného a foetor ex ore neboli zápach z úst (ROZSYPAL, 2015), (KLEINEROVÁ, 2008).

K exantému na kůži s petechiemi může dojít, pokud byl pacientovi podáván Aminopenicilin, ještě v předchorobí, a to pro léčbu angíny, nebo z jiných důvodů (ROHÁČOVÁ, 2005).

Infekční mononukleóza je vážným a vzácným projevem posttransplantační lymfoproliferativní choroby, u níž dochází k nádorové proliferaci B-lymfocytů (GÖPFERTOVÁ a kol., 2013).

1.6 DIAGNOSTIKA

Diferenciální diagnostika infekční mononukleózy je poměrně široká. Infekční mononukleózu je možné diagnostikovat na základě klinického obrazu, nálezu v rámci krevního obrazu, sérologického vyšetření a stanovení protilátek vůči dílčím antigenům, a to konkrétně vůči kapsidovému antigenu VCA IgM a IgG a vůči nukleárnímu antigenu anti EBNA IgM a IgG. Je však možné určit také tzv. early antigen (EA). V praxi je nejčastěji využíváno stanovení protilátek anti VCA IgM a IgG a protilátek anti EBNA IgG. Na samotném začátku infekční mononukleózy jsou obvykle přítomny protilátky vůči kapsidovému antigenu anti VCA IgM a IgG pozitivní. Později se vytrácí protilátky vůči antigenu VCA IgM, přičemž protilátky VCA IgG přetrvávají. Po odeznění infekční mononukleózy jsou později přítomny protilátky anti EBNA IgG. V rámci diagnostiky infekční mononukleózy je možno využít také vyšetření heterofylních protilátek, kupříkladu Paul-Bunnelovu reakci (ovčí erythrocyty) či Ericsonovu reakci (hovězí erythrocyty) nebo IM test. Tyto reakce však mohou být negativní (především u dětí do 5 let věku), a to i přesto, že je toto onemocnění přítomno (až v 50 % případů). Negativní mohou být i u starších pacientů (v 10 % případů). Z dalších diagnostických metod infekční mononukleózy lze uvést PCR neboli řetězovou polymerázovou reakci. Možné je rovněž provedení kultivace viru z výplachu v nosohltanu či z lymfocytů. V případě cytomegalovirové infekce bývá využito stanovení protilátek ELISA IgM a IgG. Lze určit také aviditu (příp. vyšetření CRP). V akutní fázi onemocnění se objevují pozitivní protilátky IgM, po prodělané chorobě pak protilátky IgG. V případě reaktivace této infekce se vyskytují jak protilátky IgM, tak IgG. Při cytomegalovirové infekci jsou heterofilní protilátky negativní. V krevním obraze může být na začátku onemocnění nižší počet bílých krvinek (tzv. leukopenie). Postupně se však jejich počet zvyšuje (tzv. leukocytóza). V rámci diferenciálního krevního obrazu leukocytů převažují lymfocyty nad monocyty. Podstatná část je však tvořena atypickými většími lymfocyty s excentricky uloženým jádrem bohatým na chromatin a bazofilní cytoplazmu s vakuolami. Zaznamenán však může být také nižší počet krevních destiček – tzv. trombocytopenie. U některých pacientů je přítomna elevace jaterních testů, zvýšeny jsou hodnoty aminotransferáz – alanintransaminázy (ALT), aspartátaminotransferáza (AST) či bilirubin (KLEINEROVÁ, 2008), (ROHÁČOVÁ, 2005). Zjednodušený přehled sérologické diagnostiky infekční

mononukleózy je uveden v tabulce 3. Daleko jednodušší interpretaci nálezů uvádí ve své odborné publikaci AMBROŽOVÁ (2009), viz tabulka 4.

1.6.1 ÚLOHA SESTRY PŘI DIAGNOSTICE

V diagnostice infekční mononukleózy má sestra důležitou roli při odběru biologického materiálu. Odběry biologického materiálu provádí všeobecná sestra, která zná požadavky laboratoří pro daný odběr. Nutností jsou správně vyplněné žádanky, které určují, co je potřeba vyšetřit. Její povinností je edukovat pacienta o tom, že se mu budou provádět odběry, tedy že by měl být lačný apod. (MIKŠOVÁ a kol., 2006). K diagnostice je potřeba odběru krve, stěry z mandlí, které provádí lékař (na kultivaci virů) nebo vzorek získaný z výplachu nosohltanu klienta. Vyšetření biologického materiálu má velký význam pro stanovení správné diagnózy a při následném zvolení léčby (KLEINEROVÁ, 2008).

Při odběru biologického materiálu je důležité, aby sestra i lékař, dodržovali zásady aseptických podmínek – správnou hygienu a dezinfekci rukou a využívali ochranné pomůcky (dodržování BOZP). Odebraný biologický materiál musí odpovídat požadavkům laboratoře, vzorek musí být odebraný do správně označených zkumavek, na nichž musí být uvedeno jméno, rodné číslo, oddělení, datum a čas odběru. Musí být také vyplněna žádanka, na které musí být uvedeno, co chceme vyšetřit, jméno, rodné číslo, oddělení, datum a čas odběru, dále razítko daného oddělení, s podpisem lékaře a sestry, která odběr prováděla (MIKŠOVÁ a kol., 2006).

Důležitá je sdělit pacientovi, proč odběr provádíme, jak bude probíhat, co se bude při něm dít, jak by měl pacient spolupracovat a jak se chovat po odběru. Odběr krve se většinou provádí ráno nalačno, krev se odebírá do sterilní zkumavky, označené štítkem pacienta. Mezi nejčastější chyby při odběru jsou hemolýza krve, dlouhé zaškrcení končetiny, špatná zkumavka, nesterilní odběr, pozdní dodání do laboratoře, neuvedený časový údaj na žádance apod. (KLEINEROVÁ, 2008).

Na infekčním oddělení se biologický materiál odebírá na určeném místě, nebo v příjmové místnosti. K diagnostikování infekční mononukleózy se krev odebírá na

hematologické vyšetření, při němž se zjišťuje hodnota krevního obrazu s diferenciálním rozpočtem. Vyšetřuje se počet jednotlivých druhů bílých krvinek (neutrofilů, eozinofilů, lymfocytů, monocytů, atd.). Odebírá se nesrážlivá venózní krev, a to do zkumavky s protisrážlivým činidlem, kterým je nejčastěji K3EDTA. Dalším hematologickým vyšetřením krve je sedimentace erytrocytů (FW), která zjišťuje rychlost klesání červených krvinek. Zjišťují se tím zejména zánětlivá a infekční onemocnění. Krev se odebírá do zkumavky, která obsahuje protisrážlivé činidlo citrát sodný (PODSTATOVÁ, 2011).

Při biochemickém vyšetření se zaměřujeme především na vyšetření bílkovin, hlavně CRP, poukazující na zánětlivý proces v organismu, a dále na jaterní testy (ALT, AST, ALP, GMT, LD, bilirubin celkový a konjugovaný.) Odebírá se 5–10 ml venózní srážlivé krve do zkumavky se separačním gelem (STAŇKOVÁ, 2009). Mikrobiologické vyšetření krve se provádí k potvrzení původce infekčního onemocnění, ale také ke stanovení protilátek proti původci infekce. Řadí se sem sérologické vyšetření krve a revmatoidní testy. Do sérologického vyšetření krve, které stanoví hladinu protilátek v séru, řadíme i PBR (Paulova-Bunnellova reakce), jedná se o vyšetření na průkaz protilátek proti původci infekční mononukleózy. Z revmatoidních testů nás zajímá ASLO (antistreptolysinový titr), to znamená, že se vyšetřuje na průkaz protilátek proti streptokokové nákaze. Odebírá se srážlivá venózní krev do zkumavky bez protisrážlivého činidla (MIKŠOVÁ a kol., 2006).

Stěr z mandlí by se měl provádět u lačného pacienta, nesmí před tím pít, kloktat ani čistit zuby. Lékař ústní lopatkou stlačí kořen jazyka a štětičkou šroubovým pohybem setře povrch jedné i druhé mandle, nesmí se dotknout jazyka, sliznice dutiny ústní a nesmí štětičkou namočit do slin. Na žádance nesmí chybět především datum a čas odběru, jméno, rodné číslo, oddělení, razítko, podpis lékaře a sestry. Popíše se i daná zkumavka. Sestra dbá na to, aby byla včas v laboratoři, a došlé výsledky založí do dokumentace pacienta (STAŇKOVÁ, 2009).

1.7 LÉČBA

Léčba infekční mononukleózy není kauzální, nýbrž symptomatická. Pacientům jsou podávána antipyretika, nosní kapky, Priessnitzovy zábaly na krk, kloktadla, dostatečné množství vitaminů a jsou zavedena dietní opatření. U pacientů s postižením jater jsou podávána hepatoprotektiva, kupříkladu Flavobion, Simepar či Essentials forte, (KLEINEROVÁ, 2008). Pacientům jsou ve většině případů podávána antibiotika, a to z toho důvodu, že u forem infekční mononukleózy s nálezem v hrdle nelze na začátku onemocnění bez znalosti výsledků laboratorních testů pregnantně rozlišit, zda jde o angínu bakteriálního původu či o smíšenou infekci. Pro léčbu infekční mononukleózy jsou ze skupiny antibiotik nejvhodnější peniciliny či makrolidy. ROHÁČOVÁ (2005) v této souvislosti upozorňuje na kontraindikaci veškerých přípravků na bázi aminopenicilinu, po nichž při tomto onemocnění dochází ke vzniku těžkého toxoalergického exantému. Typický exantém však vyvolávají také ampicilin, amoxicilin či kotrimaxazol. KLEINEROVÁ (2008) uvádí, že k potlačení bakteriální infekce jsou vhodné cefalosporiny. V případě, že v rámci terapie infekční mononukleózy nedochází k odlučování velkých povlaků na tonzilách, lze pacientům podávat metronidazol. Dále lze krátkodobě parenterálně využít kortikoidů, avšak pouze v těžších případech (ROHÁČOVÁ, 2005), (KLEINEROVÁ, 2008). Další léčba infekční mononukleózy se odvíjí od ostatních klinických průjevů onemocnění. Pro pacienty s poruchou imunity a těžkým průběhem infekční mononukleózy je zvládnutí infekce virem Epstein-Barrové výrazně obtížnější. Přípravky proti virům (např. z řady aciclovirů) nemají obvykle žádný účinek. V krajních případech je uvažováno podání interferonu nebo nových virostatik (clevudine) (ROHÁČOVÁ, 2005). U pacientů s infekční mononukleózou je v rámci léčby tohoto onemocnění nezbytný klid na lůžku. Doporučeno je omezení fyzické zátěže a dodržování dietních opatření (jaterní dieta), a to nejméně po dobu 3 měsíců. Po prodělání infekční mononukleózy jsou pacienti kontrolováni ambulantně na infekčním oddělení či praktickým lékařem. Tito pacienti musí být kontrolováni také laboratorně (KLEINEROVÁ, 2008).

1.8 KOMPLIKACE

Infekční mononukleóza bez komplikací nevyžaduje hospitalizaci pacienta. V případě komplikovaného průběhu tohoto onemocnění je však hospitalizace nezbytná. Komplikace se při infekční mononukleóze mohou vyskytnout již v akutní fázi tohoto onemocnění či až po této fázi (nejčastěji ve druhém až třetím týdnu onemocnění). Mezi nejčastější komplikace infekční mononukleózy patří obstrukce dýchacích cest na základě výrazné hypertrofie tonzil a krční lymfadenopatie (AMBROŽOVÁ, 2009). Obstrukce dýchacích cest je závažný a život ohrožující stav. V těchto případech se podávají kortikoidy, nebo kortikosteroidy, parenterální či intravenosní cestou (AMBROŽOVÁ, 2009). Jestliže dojde k vzestupu dechové a tepové frekvence, dochází i ke snížení kyslíku v periferní krvi, podává se u těchto stavů hydrokortizon. Podává se buď jednorázově, nebo opakovaně 3x denně. U dospělých je dávkován hydrokortizon o síle 200–300 mg. Podává se většinou tři dny, pokud se stav stále nezlepšuje. Po dobu jeho podávání se jeho dávka snižuje. U těžkého průběhu infekční mononukleózy se podávají nová prostatika, anebo interferon (ROHÁČOVÁ, 2005).

ROZSYPAL (2015) ve své odborné publikaci uvádí komplikaci infekční mononukleózy plicního charakteru v podobě intersticiální pneumonitidy. K plicním komplikacím infekční mononukleózy patří rovněž rabdomyolýza. Při infekční mononukleóze se občasné vyskytují také neurologické a hematologické komplikace. Neurologické komplikace se objevují u méně než 1 % pacientů s tímto onemocněním. V případě těchto komplikací dochází k postižení centrální i periferní nervové soustavy (AMBROŽOVÁ, 2009). Z neurologických komplikací infekční mononukleózy lze uvést meningoencefalitidu či polyradikuloneuritidy (ROZSYPAL, 2015), dále pak aseptickou meningitidu, encefalomyelitidu, Guillain-Barrého syndrom, Bellovu parézu nebo neuritidu optiku (AMBROŽOVÁ, 2009). Z hematologických komplikací infekční mononukleózy je možné zmínit autoimunitní hemolytickou anémii zprostředkovanou autoprotilátkami, trombocytopenii či hemofagocytární syndrom (ROZSYPAL, 2015).

V 80 až 90 % případů je infekční mononukleóza provázena postižením jater, což se projevuje nejčastěji mírným zvýšením transamináz (v některých případech lehkou formou hyperbilirubemie) (AMBROŽOVÁ, 2009).

1.9 PROGNÓZA, PROFYLAXE A PREVENCE

Prognóza infekční mononukleózy je dobrá a to i v případě syndromu infekční mononukleózy (ROZSYPAL, 2015). KLEINEROVÁ (2008) uvádí, že jen rekonvalescence u tohoto onemocnění trvá delší dobu (nejčastěji 3 až 4 týdny). ROZSYPAL (2015) poukazuje na skutečnost, že profylaxe a prevence infekční mononukleózy neexistuje. K tomuto se přiklání také GÖPFERTO VÁ a kol. (2013), kteří rovněž uvádějí, že v souvislosti s infekční mononukleózou neexistují žádná specifická preventivní opatření. Zmiňovaní autoři však připomínají represivní opatření v rámci tohoto onemocnění.

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTY S INFEKČNÍ MONONUKLEÓZOU

Ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům s infekční mononukleózou na infekčních odděleních ve zdravotnických zařízeních se ve většině případů zcela shoduje s ošetrovatelskou péčí o pacienty hospitalizované na standardních nemocničních odděleních. Ráno a večer je nutné provést u pacientů celkovou hygienu. Sestra posoudí, zda pacient potřebuje dopomoc, nebo zvládne hygienickou péči sám. U ležících pacientů je nutné, aby provedla hygienu sestra. Veškeré pomůcky jsou používány pouze u jednoho pacienta (WORKMAN a BENETT, 2006). Zvýšenou péčí je potřeba věnovat péči o dutinu ústní, protože se na zubech a jazyku usazuje hlen a poté se snadno rozvíjí mikrobiální flóra, která vede ke vzniku vředů (LAŽANSKÁ a MACHOVÁ, 2015). Pacienti s infekční mononukleózou mají lékařem většinou naordinovanou dietu číslo 4, s omezením tuku, nebo dietu šetřící, číslo 2. Tuto dietu by měl pacient dodržovat minimálně tři měsíce po vyléčení, nejlépe do stabilizace jaterních testů. Dieta číslo 2 může být podávána dlouhodobě, řídí se třemi zásadami zpracování, a to po stránce chemické, mechanické a tepelné. Strava by měla být pestrá, doporučují se menší porce jídla. V akutní fázi by měla být co nejsnáze stravitelná. Za nejvhodnější úpravu stravy lze považovat přípravu potravin na páře. Naopak nejméně vhodné je smažení a pečení. Důležitý je pitný režim (MACHOVÁ, 2014). Pacienty s infekční mononukleózou je nutné informovat o důležitosti vyhýbání se kořeněné a nadýmové stravě, a to zvláště v období rekonvalescence. Pacienti by měli být poučeni o významu zvýšeného příjmu ovoce a zeleniny – pro dostatečný přísun vitaminů. Nezbytné je upozornit na dodržování přísného zákazu konzumace alkoholu. Správná životospráva (změna jídelníčku, stravování v pravidelných intervalech, menší porce jídla, změna úpravy jídel) představuje nejvýznamnější pilíř komplexní terapie u pacientů s infekční mononukleózou. Během hospitalizace je nutné sledovat fyziologické funkce a vést podrobný záznam v dokumentaci. Úlohou sestry je podávání léků dle ordinace lékaře u hospitalizovaných pacientů. Lék musí podat správnému pacientovi, ve správnou dobu a ve správné gramáži (dávce) a lék musí být podán ve správné dávce. Sestra také musí znát vedlejší účinky léků a vědět, zda na složku, kterou lék obsahuje, není pacient alergický. U infekční mononukleózy se léky podávají často ve formě roztoku

k intravenóznímu podání, anebo tablet s podáním per os (WORKMAN a BENETT, 2006). U mononukleózy se často podávají antibiotika, která se musí podávat v přesných intervalech, a antibiotika je nutné správně naředit (MIKŠOVÁ a kol., 2006). Pacienti trpí během onemocnění bolestí, a v krku, zejména při polykání. Sestra sleduje intenzitu, charakter, typ a lokalizaci bolesti zaznamenává do dokumentace. K určování bolesti využívá analogové škály VAS. U dospělého klienta se jedná o číselnou stupnici od 1–10 (1 = žádná bolest, 10 = nesnesitelná bolest). U dětí se využívá místo čísel škála výrazů obličeje (MIKŠOVÁ a kol., 2006).

Sestra by měla znát také techniku Priessnitzova obkladu, který se řadí mezi dráždivé obklady. Jde o studený zapařovací obklad, který má za cíl dosáhnout lokálního prokrvení, kde v místě aplikace obkladu dojde ke snížení teploty s následnou vazokonstrikcí, která trvá přibližně 2–3 minuty. Pak se teplota v místě obkladu zvýší a dochází k vazodilataci. K aplikaci potřebujeme mokrou a suchou obkladovou látku, fólii z PVC a šátek (MLÝNKOVÁ, 2010).

Pacienti s infekční mononukleózou by po vyléčení měli pravidelně docházet na kontroly v infekční poradně či do ordinace praktického lékaře. Nezbytná je dle odborníků také dispenzarizace, a to přinejmenším 6 měsíců (LAŽANSKÁ, MACHOVÁ, 2015). Velice důležité je dodržovat klidový režim, nekouřit, vyhýbat se nemocným osobám, předcházet dalšímu nachlazení, dbát na správnou životosprávu a dodržovat pokyny ošetřujícího lékaře a všeobecných sester. Po dobu 3–6 měsíců by se měl pacient vyhnout fyzické námaze a dbát na to, aby fyzickou námahu zvyšoval postupně. Vrcholoví sportovci by měli sportovat až poté, kdy jejich laboratorní výsledky jsou opět zcela v normálu. Pacient má sníženou obranyschopnost organismu, tak je nutné dbát na to, aby nedošlo k prochlazení (VANIŠTA, STARNOVSKÁ, 2008).

Pacienti, kteří jsou dárce krve, mohou krev darovat až po uplynutí šesti měsíců od onemocnění (Kleinerová, 2008).

V rámci ošetrovatelské péče je nezbytné vhodnými způsoby pacienta edukovat. Edukace pacientů s tímto onemocněním by měla být prováděna v závislosti na

edukačním prostředím, na časovou dotaci, na způsob předávání informací a na zpětnou vazbu s pacienty. Pacientům s infekční mononukleózou by mělo být zajištěn dostatek soukromí. Edukace probíhá ve většině případů na ambulanci či přímo u lůžka. Velmi často je využívána individuální edukace, při níž je zabezpečen úzký kontakt sestry v pozici edukátora a pacienta jako edukanta. Délka samotné edukace závisí na individuálních potřebách pacientů s infekční mononukleózou. Není tedy možné přesně určit délku časového intervalu potřebného pro edukaci pacientů s tímto onemocněním. Toto potvrzuje skutečnost, že pacientům obvykle nestačí stejný čas pro sdělení informací. V praxi však může výrazný problém představovat časová vytíženost sester, což se může odrazit na množství a kvalitě poskytovaných informací pacientům s infekční mononukleózou v rámci edukačního procesu. Vhodnou alternativou je využívání kombinovaných forem edukace. Za efektivní lze považovat kombinaci ústní formy edukace společně s tou písemnou (předání edukačních materiálů v tištěné podobě – např. různých letáčků, brožur apod.). V rámci edukačního procesu by měla fungovat také zpětná vazba sestra – pacient. Sestra by tak měla pacientům podkládat otázky (zvláště pro ověření, zda pacienti poskytnutým informacím porozuměli) a pacienti by na ně měli umět odpovědět. Toto by však mělo platit i opačně, což znamená, že i pacientům by měla být dána možnost se na cokoliv zeptat a získat patřičnou odpověď (ČERNÝ, 2008).

2.1 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY NA INFEKČNÍM ODDĚLENÍ

Pacienti s infekčním onemocněním jsou hospitalizováni na infekčním oddělení. Infekční oddělení je velmi specifická součást nemocničního zařízení. Má obvykle dva vchody, jedním vchodem vcházejí pacienti, kteří budou hospitalizováni na infekčním oddělení, a druhým odchází po skončení léčby (Kapounová, 2007). Na tomto oddělení jsou místo standardních lůžek izolační pokoje. Pacienti jsou izolováni na pokoji podle choroby, jakou trpí (ČOUPKOVÁ, 2012). Je zde kladen důraz na to, aby nedocházelo k dalšímu šíření infekce. Pacienti s infekční mononukleózou jsou obvykle seznámeni s hygienickým režimem a protiepidemiologickými opatřeními. Pacienti s tímto onemocněním se musí řídit řádem infekčního oddělení příslušného zdravotnického zařízení. Těmto pacientům není dovoleno pohybovat se po oddělení. Sestra je na infekčním oddělení vystavena rizikovým faktorům, proto je nutné, aby její práce obsahovala všechny postupy bariérové péče. Na tomto oddělení je poskytována komplexní ošetrovatelská péče, která má svá specifika, jež jsme přiblížili v předchozí kapitole. Příjem pacienta, je prováděn v samostatné místnosti, pacient sestrou seznámen s provozním řádem oddělení, je zajištěno funkční signalizační zařízení. Pacient při příjmu musí projít sanitárním filtrem, kde odevzdá prádlo, spodní prádlo, osobní věci. Na oddělení si pacient bere jen ty nejdůležitější osobní věci. Pacient, který přichází na infekční oddělení, může mít kompenzační pomůcky, zubní protézu, brýle, berle (ROZSYPAL, 2013). Základem protiepidemického opatření je včasné izolování pacienta a brzké rozpoznání infekční choroby. Dalším specifikem práce na infekčním oddělení je provádění hlášení protiepidemického opatření. Hlášení se podává hygienické službě písemně nebo telefonicky v případě rizika šíření infekce. Veškerá zdravotnická dokumentace musí být prováděna vždy mimo pokoj. Péče je závislá na aktuálním stavu pacienta, sestra je v kontaktu s pacientem pouze po takovou dobu, která je nutná. Za tuto dobu je považován čas, po který sestra provádí ošetrovatelský výkon nebo shromažďuje informace. Místo, kde leží pacient na izolaci, musí sestra označit nápisem „Zvýšený hygienický režim“. Ošetrovatelský personál musí dodržovat zásady zavírání dveří a pacientovi je důrazně zakázáno pohybovat se mimo izolaci. Do pokoje, který je v izolaci, musí personál vstupovat v ochranných a jednorázových pomůckách (empír, obličejová maska, rukavice). Tyto pomůcky je po návštěvě nutné vyhodit do pytle pro ukládání infekčního materiálu, který musí být umístěn v blízkosti pokoje.

Ošetrovatelský personál nesmí zapomínat na dezinfekci rukou před a po ošetřování pacienta. Po ukončení hospitalizace se provádí ohnisková dezinfekce (KAPOUNOVÁ, 2007). Rodina pacienta může na návštěvu jen po konzultaci s ošetřujícím lékařem, přímý vstup je zakázán dětem do 12 let a těhotným ženám (ČOUPKOVÁ, 2012).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S INFEKČNÍ MONONUKLEÓZOU

Praktická část se zaměřuje na ošetřovatelský proces u určitého pacienta s touto diagnózou. Byl vytvořen plán ošetřovatelské péče, který byl u pacienta realizován.

Ošetřovatelský proces je zaměřen na zjišťování údajů, analýzu získaných údajů, stanovení ošetřovatelské diagnózy, plánování, realizaci a hodnocení dosažení daných cílů. Cílem této metody je zhodnotit celkový stav pacienta a jeho problémy. Je zaměřen na reakci pacienta na dané onemocnění (SYSEL, 2011).

Ošetřovatelský proces má šest fází:

1. Posuzování – je nejdůležitější, nejvýznamnější, ale také nejtěžším krokem, kdy sestra získává informace o zdravotním stavu pacienta, a to pomocí rozhovoru s nemocným, pozorování a fyzikálního vyšetření sestrou. Rozhovor je verbální komunikace mezi nemocným a zdravotnickým pracovníkem. Obvykle je doplňován neverbální komunikací. Je důležité, aby sestra a nemocný byli v klidném a nerušeném prostředí s dostatkem času. Sestra by měla na pacienta působit klidně, rozhodně a přátelsky. Sestra se především dozvídá informace o somatickém a psychickém stavu pacienta. Další metodou je fyzikální vyšetření, znamená to, že sestra využívá sběr objektivních a měřitelných údajů při posouzení potřeb a klinických příznaků nemocného (SYSEL, 2011).
2. Diagnostika – jejím cílem je zhodnotit problémy nemocného, kdy sestra získané informace analyzuje a stanoví ošetřovatelské diagnózy. Je zaměřena na psychické, fyzické, sociální a duševní problémy. Ze získaných informací se stanovují aktuální a potenciaální ošetřovatelské problémy a následně se stanovují ošetřovatelské diagnózy (SYSEL, 2011).
3. Plánování – zahrnuje soubor činností, ve kterých sestra spolupracuje s nemocným, formuluje cíle, udává si priority, kterých chce dosáhnout.

Písenný plán slouží ke koordinaci péče, kterou poskytuje ošetrovatelský pracovník (SYSEL, 2011).

4. Realizace – zahrnuje plnění ošetrovatelských a medicínských intervencí. Cílem je splnit ošetrovatelské intervence, které byly stanoveny k tomu, aby nemocný dosáhl stanovených cílů. Dalším krokem je každou vykonanou a splněnou intervencí zaznamenat i s jejím výsledkem (SYSEL, 2011).
5. Hodnocení – podstatou, tohoto posledního kroku ošetrovatelské péče je hodnocení, které má za úkol posouzení změn ve zdravotním stavu nemocného, je určit rozsah dosažení stanovení cílů, tj. do jakého stupně byly stanovené cíle splněny. Hodnocení může být průběžné či závěrečné při ukončení hospitalizace. Pokud stanovený cíl nebyl splněn, stanovíme další ošetrovatelské diagnózy a cíle (SYSEL, 2011).

Tabulka 1 Identifikační údaje pacienta

Jméno a příjmení: X.Y.	Pohlaví: muž
Datum narození: 18. 4. 1994	Věk: 22 let
Vzdělání: Střední odborné učiliště	Zaměstnání: skladník
Stav: svobodný	Státní příslušnost: česká
Datum přijetí: 16. 3. 2016	Typ přijetí: neodkladné
Oddělení: Infekční oddělení	Ošetrojící lékař: MUDr. Z.J.
Pojišťovna: VZP (111)	Hlavní důvod přijetí: Infekční mononukleóza

Důvod přijetí udávaný pacientem: „Obrovské bolesti v krku, špatné polykání, vysoké horečky, občas zimnice.“

Adresa bydliště a telefon: XXXXXXXX

Adresa příbuzných: XXXXXXXXXXXX

RČ: XXXXXX/XXXX

Medicínská diagnóza hlavní: Infekční mononukleóza.

Akutní lymfadenitida obličeje hlavy a krku.

Medicínské diagnózy vedlejší: /nemá?

Tabulka 2 Fyzikální vyšetření zjištěné sestrou při příjmu

TK: 128/78 torrů	Výška: 168 cm
P: 68 tepů/min	Váha: 79 kg
D: 20 dechů/min	BMI: 28,5 – nadváha
TT: 39,2 °C	Pohyblivost: mobilní
Stav vědomí: lucidní	Krevní skupina: neuvedena

Nynější onemocnění uváděné pacientem:

Praktický lékař mne poslal k hospitalizaci na infekční oddělení s infekční mononukleózou. Mám velké bolesti v krku, nemůžu polykat, jsem unavený a mám horečku.

Informační zdroje:

Zdravotnická dokumentace, od pacienta, ošetřující personál a ošetřující lékař.

ANAMNÉZA

1. Rodinná anamnéza

Matka: 50 let, zdráva

Otec: 52 let, zdrav

Sourozenci: starší sestra, zdráva, pouze alergie na jód

2. Osobní anamnéza

Chronická onemocnění: neguje

Hospitalizace a operace: neguje

Úrazy: neguje

Transfúze: neguje

Očkování: pravidelné, podle očkovacího kalendáře

3. Léková anamnéza

Tabulka 3 Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
P-PNC	Inj.	1,5 mil. j.	7–19 hod	antibiotikum
H ₂ O ₂	Per os (kloktat)	_____	Po jídle, 4x denně	antiseptikum
Paralen	Tbl.	1 g	d.p. á 4–6 hod	analgetikum- antipyretikum
Novalgin	Tbl.	neuvedeno	d.p. á 4–6 hod	analgetikum
Lexaurin	Tbl.	3 mg	d.p./ N	anxiolytikum
Tantum Verde	Sol.	_____	d.p.	antiseptikum

4. Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: zvířecí srst, pyly, roztoče, prach, peří

5. Abúzy

Kouření: kouří asi tak 5–10 cigaret denně

Alkohol: pouze příležitostně

Káva: 3x denně

Léky: nejuje

Jiné návykové látky: nejuje

6. Sociální anamnéza

Stav: svobodný

Bytové podmínky: žije s rodiči v rodinném domě s menší zahradou

Vztahy, role a interakce: se svou rodinou má pěkný vztah, vychází spolu všichni

Záliby: přátelé, procházky se svou přítelkyní, miluje motorcky

Volnočasové aktivity: přítelkyně, motorcky

7. Pracovní anamnéza

Vzdělání: vyučen

Pracovní zařazení: skladník v pásové výrobě

Vztahy na pracovišti: dobré

Ekonomické podmínky: průměrné

8. Spirituální anamnéza

Religiózní praktiky: ateista

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU

Tabulka 4 Popis fyzického stavu ze dne 18. 3. 2016

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„V krku mě dost bolí, cítím tam jak kdyby ‚knedlík‘, celkově mě bolí celá hlava.“	Hlava bez větších deformit, normocefalická, nebolestivá. Zorničky izokorické, spojivky bez známek zánětu, skléry bílé. Jazyk plazí středem, mírně povleklý. Tonsily bilaterálně prosáklé s povlázky, peritonsilárně bez

		abscesu. Zvukovody bilaterálně volné, bubínky celistvé, šedé diferenciálně. Nosní sliznice jen lehce překrvená, bez stázy sekretu ve středních průduších. Na krku zevně hmatné četné lymfatické uzliny
Hrudník a dýchací systém	„Dýchá se mi dobře, žádnou dušností netrpím, občas jen něco vysmrkám, ale ucpaný nos nemám.“	Hrudník symetrický, bez klidové dušnosti. Pacient je kuřák. Počet dechů 20/min.
Srdečně-cévní systém	„Se srdcem nemám žádný problém, neléčím se s ním.“	Srdeční akce pravidelná, puls dobře hmatný, krevní tlak: 128/80 mmHg, P: 68 tepů/min.
Břicho a GIT	„Břicho mě nebolí, jen se mi špatně polyká, tudíž toho tolik nesním, ale to mi zas až tak nevadí.“	Břicho nebolestivé, lehce prohmatné, pod neveau. S přítomností peristaltiky, plyny volně odcházejí.
Močový a pohlavní systém	„S ledvinami se také neléčím, se stolicí ani s močením problémy nemám.“	Stolice je pravidelná, bez příměsí či dalších patologických projevů.
Kosterní a svalový systém	„Klouby mě nebolí, nemám žádné problémy.“	Pacient je zcela soběstačný, žádné kompenzační pomůcky nepotřebuje.
Nervový systém a smysly	„Vím, kde jsem, co je za den apod. Zde také nejsou žádné problémy.“	Pacient je zcela orientován místem a časem, smysly dobré, bez zcela žádných problémů.

Endokrinní systém	„Na endokrinologii se neléčím.“	Štítná žláza nezvětšena, bez dalších jiných problémů.
Imunologický systém	„Mám alergii na zvířecí srst, pyly, roztoče, prach a peří, o jiných nevím.“	Alergie na zvířecí srst, pyly, roztoče, prach, peří. Nyní bez projevů.
Kůže a její adnexa	„Nyní jsem moc nejedl, nepil, bolí mě v krku, tak mi to moc nedovolilo cokoliv pozřít. Když se projeví alergie, mám zčervenalou kůži, ale nyní jsem v pořádku, občas jen suchá kůže na rukou, jen v posledních dnech se dost potím.“	Kožní turgor není snížený, pacient uvádí, že málo pil. Tělesná teplota 39,2 °C. Periferní žilní katétr, zaveden dne 18. 3. 2016 do levé horní končetiny, bez známek infekce. Kape Glukóza 5% 500 ml.

Poznámky z tělesné prohlídky:Pacient po celou dobu spolupracoval a odpovídal na moje otázky.

Tabulka 5 Aktivity denního života

	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování a tekutiny	„V posledních dnech mi jídlo dělalo problém, jedl jsem jen jogurty a kašovitější stravu, ale jen v malém množství. Pil jsem také málo, protože jakékoliv polknutí mi dělalo problém.“	V nemocnici má pacient dietu číslo 0, tedy tekutou. V první den snědl tak čtvrtinu porce a vypil za den cca 1 litr čaje. Výška: 168 cm, váha: 79 kg, BMI: 28,5 – nadváha, udává bolestivé polykání.
Vylučování moče	„S vylučováním moče nemám žádné problémy, chodím dle potřeby.“	Na vylučování moče si pacient nestěžuje, neudává žádné problémy.
Vylučování stolice	„Se stolicí problémy také nemám, chodím pravidelně, naposledy jsem byl 16.3. Jen nyní nemám nutkání na stolici, zácpu určitě nemám.“	Pacient má stolicí pravidelnou, problémy s ní nikdy neměl, jen poslední byla 16.3. Zácpou netrpí. Plyny volně odcházejí, pocit plného břicha neudává.
Spánek a bdění	„Špatně se mi v posledních dnech spí, bolest je občas nesnesitelná, proto jsem navštívil lékaře, protože jsem doposud nemohl usnout a cítil jsem se i vyčerpaný a nevyspaný.“	Pacient udává, že v posledních dnech se mu špatně spí, ale jinak problémy se spánkem nikdy neměl.
Aktivita a odpočinek	„Cítím se již lépe, léky, co mi dáváte, mi pomáhají. Lépe se mi spí.“	Pacient nyní odpočívá bez problémů, dostává analgetika proti bolesti a léky proti otoku.

Hygiena	„Vše si zvládnou udělat sám, pomoc s ničím nepotřebují.“	Celkovou hygienickou péči zvládne pacient bez pomoci druhých, pouze výměnu prádla pacientova lůžka dělá ošetřující personál.
Soběstačnost	„Jsem zcela soběstačný, nepotřebují žádnou pomoc od druhého.“	Pacient je zcela soběstačný, dle Barthelové testu 100 bodů, tedy zcela soběstačný, nepotřebuje pomoc od druhého.

Tabulka 6 Posouzení psychického stavu

	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí	„Zcela si uvědomuji svou situaci a jsem povědomí.“	Pacient je zcela při vědomí.
Orientace	„Vím, kde jsem, kolikátého je, co je za den, měsíc, rok.“	Pacient je orientován jak osobou, místem, časem, tak i kdo je.
Nálada	„Nálada by mohla být o něco lepší, vím, že v nemocnici musím být, ale raději bych byl doma a s přítelkyní. Musím zatnout zuby a vydržet.“	Pacient je smířený se svou nemocí, ale už by byl raději vyléčený.
Paměť	„S pamětí problémy nemám.“	S pamětí problémy pacient žádné nemá, je zachována a nevyskytují se žádné problémy s ní.
Myšlení	„S myšlením je také vše v pořádku.“	Na moje otázky odpovídá bez problémů, myšlení je logické.
Temperament	„Občas jsem poměrně temperamentní, někdy až moc, takže mě přítelkyně někdy musí mírnit, ale v poslední době jsem klidný, ale to jen díky této nemoci.“	Pacient sám udává, že je od přírody optimista, oporu má ve své přítelkyni.
Sebehodnocení	„Myslím si, že jsem vcelku hodný člověk, tolerantní a nemám o sobě nějaké špatné mínění.“	Pacient nemá o sobě žádné špatné mínění.

Vnímání zdraví	„Zdraví si velmi vážím, někdy bohužel ho zanedbávám, vím, že bych měl chodit na preventivní prohlídky a někdy tak nedělám, ale myslím si, že to není zas až tak hrozné, ale mohlo by to být i lepší. S žádnými velkými nemocemi se naštěstí neléčím.“	Sám pacient si je vědom, že občas své zdraví podceňuje, ale jak sám uvádí, s žádnou nemocí se neléčí.
Vnímání zdravotního stavu	„Už aby tato nemoc byla za mnou, myslím si, že to nebude běh na dlouhou trať.“	Pacient je optimistický a doufá v brzké uzdravení.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Trošku jsem překvapený byl, nečekal jsem, že bych mohl dostat mononukleózu, ani si nepamatuji, že bych byl s někým v kontaktu, kdo by tuto nemoc měl. Samozřejmě je docela nepříjemná, těším se, až otok splaskne.“	Jak sám pacient říká, trochu byl překvapený, když se dozvěděl, jakou diagnózu má.
Reakce na hospitalizaci:	„V nemocnici jsem si nikdy nepoležel, přesně jsem nevěděl, do čeho jdu, ale neberu to jako nějakou tragédii, rodina mě podporuje a jsme v kontaktu, takže žádný problém	Naštěstí pacient se hospitalizace neobával, jistě byly určité otázky, co ho čeká, ale problém v tomto určitě žádný není.

	nepocit'uji.“	
Adaptace na onemocnění:	„Je těžké si zvyknout na bolest, to je logické, ale vydržet se to určitě dá, ale ne samozřejmě na dlouhou dobu. Také se těším, až se zbavím toho otoku a budu vypadat zase jako dřív.“	Nemoc přijal bez problémů, nebere to jako tragédii, myslí si, že jsou i mnohem horší nemoci.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):	„Z ničeho nemám strach, jenom, jak jsem se dozvěděl, budu muset dodržovat nějakou dietu, ale z toho také strach nemám, aspoň trošku zhubnu, neublíží mi to.“	Pacient je pozitivně laděný, z ničeho strach nemá, neobává se žádné situace.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie):	„Jak jsem již říkal, s žádnou jinou hospitalizací zkušenosti nemám, v nemocnici jsem nikdy neležel.“	Pacient ještě nikdy hospitalizován nebyl, nemá s tímto žádné zkušenosti, ani zážitky.

Tabulka 7 Posouzení sociálního stavu

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	verbální	„S komunikací žádný problém nemám, komunikuji rád a s kdekým.“	Pacientova komunikace je plynulá, bez problémů, slovní zásoba v pořádku, komunikaci navazuje i s ostatními pacienty.
	neverbální		Očním kontaktem a mimikou.
Informovanost	o onemocnění	„Lékař mi o mé nemoci pověděl veškeré informace, na všechny mé otázky mi odpověděl, i ošetřující personál mě poučil, co je potřeba a co bych dělat neměl. Vím, proč tu jsem, uvědomuji si to.“	Jak sám pacient uvádí, informován je. Už na začátku hospitalizace byl edukován o této nemoci a ví, že kdyby ho cokoliv napadlo během hospitalizace, může se zeptat.
	o diagnostických metodách	„O všem jsem byl informován, také proč se to provádí a i s výsledky.“	Má dostatek všech informací.
	o specifikách ošetrovatelské péče	„Také jsem o všem informovaný.“	Má dostatek informací.

	o léčbě a dietě	„Ošetřující personál mě informoval, že bych měl dodržovat klidový režim, neměl bych kouřit, apod.“	Pacient je poučen, že by měl dodržovat danou dietu, klidový režim, v případě nejasností vysvětlení.
	o délce hospitalizace	„Zde jsem dlouho nevěděl, jak tu dlouho budu, protože na tuto otázku mi nedokázal přesně odpovědět ani ošetřující lékař a plně to respektuji.“	V této oblasti pacient dlouho nevěděl, kdy přesně půjde domů, ale nebral to jako velký problém.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:	primární role (související s věkem a pohlavím):	„Jsem muž a je mi 22 let.“	Primární role není ničím ovlivněna.
	sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):	„Jsem syn a přítel.“	Sekundární role je lehce ovlivněna tím, že je hospitalizován.
	terciární role (související s volným časem a zálibami):	„Miluji svou přítelkyni a rodinu, ve svém volném čase nejraději jezdím na své motorce, nejlépe i s přítelkyní.“	Terciární role je také velmi ovlivněna tím, že je pacient hospitalizován a nemůže se věnovat své rodině a svým zálibám.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření na Infekčním odd. dne 16. 3. 2016:

- Odběry krve: KO + diferenciál, glykemie, bilirubin, AST, ALT, GMT, urea, kreatinin, Na, K, CRP, ASLO, EBV, CMV, M + S, výtěr z krku, klid na lůžku, led na krk

VÝSLEDKY KREVNÍHO VYŠETŘENÍ

Tabulka 8 Výsledky krevního vyšetření

Parametry	Vstupní hodnota 16. 3. 2016	Hodnota z 21. 3. 2016	Referenční meze laboratoře
Hematologie – vyšetření krevního obrazu			
Leukocyty	12,8	13,1	4,0 – 10,0 $10^9/l$
Erytrocyty	5,36	5,04	4,00 – 5,80 $10^{12}/l$
Hemoglobin	160	148	135 – 175 g/l
Hematokrit	0,469	0,442	0,40 – 0,50 l
Str. obj. erytr.	88	88	82 – 98 fl
Barvivo erytrocytů	29,9	29,4	28,0 – 34,0 pg
Str. barev. Kon	34,1	33,5	32,0 – 36,0 g/dl
Erytr. Krivka	12,7	12,9	10,0 – 15,2
Trombocyty	222	279	150 – 400 $10^9/l$
Diferenciál			
Segmenty	64	66	47 – 70 l
Monocyty	6	4	2 – 10 l

Lymfocyt	30	30	20 – 45 l
Eozinofily	0	0	0 – 7 l
Basofily	0	0	0 – 2 l
Lymfocyty – abs.počet	3,9	4,0	0,8 – 4,0 10 ⁹ /l
Monocyty– abs. počet	0,70	0,60	0,08 – 1,20 10 ⁹ /l
Neutrofil – abs. počet	8,2	8,5	2,0 – 7,4 10 ⁹ /l
Eozinofil – abs. počet	0,00	0,00	0,05 – 0,50 10 ⁹ /l
Bastil – abs. počet	0,0	0,0	0,0 – 0,1 10 ⁹ /l
Biochemie			
Bilirubin celkový	11,1	11,2	0,0 – 17,1 µmol/l
AST	0,45	0,49	0,17 – 0,83 µkat/l
ALT	0,48	0,49	0,17 – 0,83 µkat/l
GGT	0,44	0,45	0,17 – 1,19 µkat/l
ALP	1,50	1,45	0,67 – 2,15 µkat/l
Kalium	4,85	4,90	3,50 – 5,10 mmol/l
CRP	62,5	63,0	0,0 – 5,0 mg/l
Sérum			
CRP	13,7	63,0	0,0 – 5,0 mg/l
ASLO	55,0	58,0	0,0 – 200 IU/l
Moč + sediment			

Specifická hustota		1,005	1,01 – 1,02 g/cm ³
pH		5,0	5,0 – 6,0
Bílkovina		0	
Glukóza		0	
Ketony		0	
Urobilinogen		0	
Bilirubin		0	
Leukocyty		Ojedinele	

Zdroj: Nemocnice FNB

Vyšetření protilátek proti EBV ze dne 16. 3. 2016

anti VCA IgM	7,997 IP Pozitivní
anti VCA IgG	6,333 IP Pozitivní
anti EBNA IgM	0,537 IP Negativní
anti EBNA IgG	0,502 IP Negativní
anti EA IgG	1,032 IP Hraniční
Paul-Bunnell	Pozitivní
IM Test	1:10 Negativní

Zdroj: Nemocnice FNB

Vyšetření protilátek proti CMV ze dne 16. 3. 2016

anti CMV IgM	17,600 U/ml Negativní
anti CMV IgG	<5,000 U/ml Negativní

Komentář: Vyšetření protilátek proti CMV – negativní

Zdroj: Nemocnice FNB

Aerobní kultivace ze dne ze dne 16. 3. 2016 u praktického lékaře D.M.:

Nález: Streptococcus alfa-haemolytický +++

Nález: Neisseria sp. +++

Nález: Streptococcus gama +++

Nález: Haemophilus parainfluenzae +

Zdroj: Nemocnice FNB

Konzervativní léčba:

Dieta:0 (tekutá)

Pohybový režim:

Mobilní

Ordinace lékaře:

- Klid na lůžku
- Ledování krku

Invazivní vstupy:

Periferní žilní kanyla, zavedena dne 16. 3. 2016 do levé horní končetiny. 19. 3. 2016 kanyla zrušena z důvodu bolestivosti v místě vpichu a zavedena nová.

Medikamentózní léčba:

- per os:

Paralen 1g tbl	dle potřeby á 4–6 hodin (max. 4g denně)	antipyretikum
Lexaurin 3mg tbl	dle potřeby/N	anxiolytikum

- intravenózní:

FR 1/1 100 ml + Hydrocortison 100 mg

Glukóza 5% 500 ml

FR 1/1 500 ml+ 5ml Novalgín

- intramuskulární:

P-PNC 1,5 miliónů jednotek v 7–19 hodin

Chirurgická léčba: 0

SITUAČNÍ ANALÝZA

22letý pacient přijat na infekčním oddělení pro infekční mononukleózu. Zahájena léčba antibiotiky – Penicilin 1,5 miliónů jednotek, aplikovaného intramuskulárně. Pacient se poslední tři dny cítí unavený, udává silnou bolest krku, hlavně při polykání. Cítí se dehydratovaný, snížený kožní turgor však nemá, tělesná teplota 39,2 °C, je opocení. Po podané medikaci klesla teplota na 37,8 °C. Pacient má zavedenou žilní kanylu v levé cubitě 1. den, z důvodu zajištění hydratace, bez známek infekce, kape Glukóza 5% 500 ml. Krevní tlak 128/78 torrů, P: 68 tepů/min, D: 20 dechů/min. Uvádí, že toho příliš moc nesnědl, protože bolest v krku mu to nedovolila. Jedl spíše kašovitou stravu, tedy hlavně jogurty a málo tekutin. Uvádí, že s vyprazdňováním problémy nemá, poslední stolice byla 16. 3.2016. BMI: 28,5 – nadváha. V noci se moc nevyspí, často se probouzí a má problém usnout. Hygienickou péči je schopen zvládnout sám, potřebuje zajistit výměnu ložního prádla. V anamnéze uvádí polyvalentní alergie a alergie na zvířecí srst.

4 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Stanovení ošetřovatelských diagnóz ze dne 18. 3. 2016 a jejich uspořádání podle priorit.

SEZNAM AKTUÁLNÍCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ:

- Akutní bolest hrtanu z důvodu infekční mononukleózy
- Snížený příjem potravy a tekutin z důvodu ztíženého polykání
- Narušený spánek z důvodu změny prostředí
- Hypertermie z důvodu infekčního onemocnění
- Porucha kožní integrity z důvodu zavedení venózní kanyly

SEZNAM RIZIKOVÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ:

- Riziko alergické reakce v souvislosti s aplikací ATB
- Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením i.v. kanyly

Ošetřovatelská diagnóza č. 1:

Akutní bolest hrtanu z důvodu infekční mononukleózy, projevující se otokem hrtanu, ztíženým a bolestivým polykáním a verbálním sdělením.

Cíl krátkodobý: U pacienta dojde ke zmírnění bolesti při polykání o dva stupně do 2 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacient nemá při propuštění z nemocnice bolesti (intenzita bolesti 0).

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient užívá analgetika dle ordinace lékaře od 1. dne hospitalizace.

Pacient dokáže vyhodnotit bolest na stupnici VAS škále (0–10) ihned.

Pacient nepocítuje bolest při polykání od 3. dne.

Plán intervencí:

Nauč pacienta určit intenzitu bolesti dle VAS škály (0–10) – všeobecná sestra, ihned.

Sleduj charakter a intenzitu bolesti – všeobecná sestra, při každém setkání s pacientem.

Pozoruj neverbální projevy – všeobecná sestra, při každém setkání s pacientem.

Podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich působení – všeobecná sestra, dle rozpisu v dokumentaci.

Zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace způsob podání a čas aplikovaných analgetik – všeobecná sestra, vždy po podání medikace.

Přikládej studené obklady na krk a ověř, zda přináší obklad úlevu – všeobecná sestra, dle ordinace lékaře.

Realizace od 18. 3. 2016:

- 11:20 vysvětlena hodnotící VAS škála bolesti, udává bolest na VAS č. 6
- 11:30 podána antipyretika Paralen 1g per os
- 12:00 udává mírné zmírnění bolesti, VAS č. 4
- 17:00 podána infuze FR 1/1 100 ml + Novalgin 5 ml, pacient udává na stupnici VAS 3 stupeň
- 17:30 infuze ukončena a pacient udává zmírnění bolesti ze 3. na 2.stupeň

19. 3. 2016:

- 6:00 podán infuzní roztok FR 1/1 500 ml + 5ml Novalgin
- 8:30 po ukončení infuze udává značné zmírnění bolesti o jeden stupeň z 3 na 2 na hodnotící škále VAS, zaznamenáno do dokumentace
- 15:00 podána tableta Novalgin per os
- 16:00 udává mírné zlepšení bolesti, zaznamenáno do dokumentace
- 22:00 podána tableta Novalgin per os
- 23:00 udává zlepšení bolesti, zaznamenáno do dokumentace

20. 3. 2016:

- 7:00 podána tableta Novalgin per os
- 8:00 udává zmírnění bolesti, bolest je o 2stupně lepší, udává stupeň 1, zaznamenáno do dokumentace
- 17:00 podána tableta Novalgin per os
- 18:00 pacient udává značné zmírnění bolesti, zaznamenáno do dokumentace

Hodnocení 20. 3. 2016:

Pacient již nepocítuje nepříjemnou bolest, dokáže už být bez velkých dávek analgetik, veškeré ordinace lékaře splněny, pacientovy potřeby byly zajištěny.

Za pacientem docházela jeho rodina s přítelkyní, tudíž bolest zvládal o něco lépe, jak uvedl, analgetika by si rád vzal vždy před spaním, uvádí, že bolest je již snesitelná.

Cíl byl splněn částečně, proto se bude i nadále pokračovat v ošetrovatelských intervencích a analgetizaci, dle potřeb pacienta.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2:

Hypertermie v důsledku infekčního onemocnění, projevující tělesnou teplotou 39,2 °C pocením a únavou.

Cíl krátkodobý: U pacienta dojde ke snížení tělesné teploty na fyziologickou hodnotu do 2 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacient má fyziologické hodnoty tělesné teploty od 3. dne do konce hospitalizace.

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

Pacient užívá antipyretika dle ordinace lékaře od prvního dne.

Pacient má fyziologické hodnoty tělesné teploty do 3 dnů.

Pacient nejeví známky dehydratace od 1. dne.

Plán intervencí od 18. 3. 2016:

- Podávej dostatek tekutin a sleduj bilanci tekutin – všeobecná sestra, průběžně.
- Zajisti dobře větratelnou místnost, nikoliv průvan – všeobecná sestra, pomocný personál, průběžně během dne.
- Podávej antipyretika dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, dle rozpisu lékaře.
- Zajisti výměnu ložního prádla dle potřeby – všeobecná sestra, pomocný personál, dle potřeby.
- Dbej na pacientův klid na lůžku – všeobecná sestra, pomocný personál, průběžně.
- Sleduj vitální funkce, především TT – lékař, všeobecná sestra, podle ordinace lékaře.

- Zaznamenávej vše do dokumentace – všeobecná sestra, při každém ošetrovatelském úkonu.
- O změnách informuj lékaře – všeobecná sestra, průběžně.

Realizace od 18. 3. 2016:

- 11:00 naměřena tělesná teplota 39,2 °C, TK: 128/78, P: 68 tepů/min, D: 20 dechů/min, lékař informován
- 11:30 podána antipyretika Paralen 1g per os
- 12:00 tělesná teplota 37,8 °C
- 12:20 odebrána krev na biochemické (glykémie, bilirubin, AST, ALT, GGT, urea, kreatinin, Na, K, CRP, ASLO) a serologické (EBV, CMV), hematologické (KO+diferenciál) vyšetření, dále výtěr z krku
- 15:00 výměna ložního a osobního prádla
- 17:00 podána infuze FR 1/1 100 ml + Hydrocortison 100 mg
- 17:30 infuze ukončena a pacient udává zmírnění pocení, tělesná teplota 37,0 °C
- 22:45 TT 38,0 °C, podána antipyretika Paralen 1g per os
- 23:10 TT 37,5 °C, výměna ložního a osobního prádla

19. 3. 2016:

- 0:20 TT 37,5 °C
- 6:00 TT 38,0 °C podán infuzní roztok FR 1/1 500 ml + 5ml Novalgin i.v.
- 8:30 po ukončení infuze udává značné zmírnění TT a to na 37,2 °C, výměna ložního a pacientova prádla
- 10:00 TT 37,0 °C
- 15:00 TT 37,5 °C
- 17:00 výměna ložního a pacientova prádla
- 22:00 TT 37,2 °C podána tableta Novalgin per os
- 23:00 udává zlepšení TT 37,0 °C

20. 3. 2016:

- 0:10 TT 36,9 °C

- 7:00 TT 37,7 °C podána tableta Novalgin per os, výměna ložního a pacientova prádla
- 8:00 udává zmírnění TT 36,8°C
- 12:00 TT 37,0 °C
- 17:00 TT37,8 °C podána tableta Novalgin per os
- 18:00 TT 36,9 °C pacient udává značné zmírnění TT
- 22:10 TT 37,0 °C

Hodnocení 20. 3. 2016:

Pacient trpí rekurentní kolísavou tělesnou teplotou, veškeré ordinace lékaře byly splněny a zaznamenány do dokumentace. Pacientovy potřeby byly zajištěny.

Cíl byl splněn částečně, proto se bude i nadále pokračovat v ošetrovatelských intervencích analgetických či v antipyreticích, dle potřeb pacienta.

Ošetrovatelská diagnóza č. 3:

Snížený příjem potravy a tekutin z důvodu otoku v oblasti krku projevující se ztíženým polykáním.

Cíl dlouhodobý: Pacient nebude mít při propuštění žádné polykací problémy.

Cíl krátkodobý: U pacienta dojde ke zlepšení polykání při stravování do 3 dnů.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient má zajištěn dostatečný příjem tekutin ihned.

Pacient má zajištěnu kašovitou stravu ihned.

Pacient udává zlepšení při polykání do 3 dnů.

Plán intervencí od 18. 3. 2016:

- Zajisti vhodnou stravu (dietu) pro pacienta – všeobecná sestra, při každém podávání stravy.
- Zajisti dostatek tekutin a nabádej pacienta k častému pití, ale po malých doušcích – všeobecná sestra, pomocný personál, průběžně.
- Edukuj pacienta o nutnosti zvýšené polohy horní části těla – všeobecná sestra, lékař, průběžně.

- Zjišťuj, zda strava odpovídá pacientovým nárokům – všeobecná sestra, pomocný personál, při podávání stravy.
- Pouč pacientovu rodinu o možnostech donesení jídla z domu, přilož poučení o dietě, kterou by měl pacient dodržovat – edukuj i jeho rodinu – všeobecná sestra, při prvním setkání s rodinnými příslušníky.
- Informuj lékaře o komplikacích a nechutenství pacienta – všeobecná sestra, v případě potíží.

Realizace od 18. 3. 2016:

- 12:30 podána kašovitá strava, pacient udává špatné polykání, snědl čtvrtinu porce
- 17:00 podán infuzní roztok FR 1/1 100 ml + Hydrocortison 100 mg i.v., všeobecná sestra ukládá pacienta do Fowlerovy polohy
- 17:30 udává značné zlepšení otoku, udává bolestivé polykání, ale lépe se mu již polyká
- 22:30 podán infuzní roztok FR 1/1 100 ml + Hydrocortison 100 mg i.v., všeobecná sestra ukládá pacienta do Fowlerovy polohy
- 23:00 udává značné zmírnění otoku

19. 3. 2016:

- 8:00 při snídani uvedl bolestivé polykání, podána Glukóza 5% 500 ml i.v.
- 10:30 ukončena infuzní terapie, pacient se cítí lépe, snědl skoro polovinu porce
- 10:00 podán infuzní roztok FR 1/1 100 ml + Hydrocortison 100 mg i.v.
- 10:30 udává mírné zlepšení otoku
- 12:30 pacient snědl čtvrtinu porce, udává stále bolestivé polykání
- 14:00 podán infuzní roztok FR 1/1 500 ml i.v.
- 16:00 ukončena infuzní terapie
- 16:00 podán další roztok FR 1/1 100 ml + Hydrocortison 100 mg i.v.
- 16:30 udává značné zmírnění otoku a polykání, snědl půl porce
- 20:00 nestěžuje si na otok

20. 3. 2016:

- 3:00 si stěžuje na ztížené polykání, podán roztok FR 1/1 100 ml + Hydrocortison 100 mg i.v., všeobecná sestra ukládá pacienta do Fowlerovy polohy
- 3:30 udává mírné zlepšení otoku, pacient zaujímá Fowlerovu polohu
- 10:00 podána infuzní terapie 1/1 100 ml + Hydrocortison 100 mg i.v.
- 10:30 ukončena infuzní terapie
- 12:30 pacient snědl půl porce
- 16:00 podána infuzní terapie 1/1 100 ml + Hydrocortison 100 mg i.v.
- 16:30 pacient uvádí, že otok mu stále překáží, snědl skoro polovinu porce
- 23:00 podána infuzní terapie 1/1 100 ml + Hydrocortison 100 mg i.v.
- 23:30 pacient uvádí značné zlepšení

Hodnocení 20. 3. 2016:

Pacientovi léčba kortikoidy pomohla, ale pouze na krátkou dobu. Proto je potřeba stále pokračovat v infuzní terapii, dokud otok nepomine a lékař ordinace nezruší a pomine otok.

Cíl nebyl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4:

Narušený spánek z důvodu změny prostředí, projevující se častým buzením během noci.

Cíl krátkodobý: U pacienta dojde k úpravě spánkového rytmu do 3 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacient spí bez probouzení 6-7 hodin od 3. dne hospitalizace, cítí odpočatý a vyspaný do konce hospitalizace.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient spí celou noc 6–7 hodin od 3. dne hospitalizace.

Pacient udává zlepšení spánku od 3. dne hospitalizace.

Pacient je od 2dne během dne aktivizován.

Plán intervencí od 18. 3. 2016:

- Zjistí spánkové zvyklosti pacienta – všeobecná sestra, při příjmu.

- Zajisti klidné a tiché prostředí pro pacienta – všeobecná sestra, pomocný personál, denně.
- Doporuč pacientovi aktivitu během dne – všeobecná sestra, průběžně.
- Nabídní pacientovi po domluvě s lékařem anxiolytika, sleduj účinky anxiolytik, zaznamenej do dokumentace – lékař, všeobecná sestra, před spaním.

Realizace od 18. 3. 2016:

- 14:00 za pacientem přišla rodina, přinesla mu oblečení a osobní věci
- 16:00 pacient sleduje na svém notebooku film
- 22:35 pacient žádá lék na spaní, podán Lexaurin 3 mg p.o., záznam do dokumentace
- 23:50 pacient spí až do rána

19. 3. 2016:

- 15:00 za pacientem přišla přítelkyně s rodinou
- 17:00 až do 20:00 si pacient čte nebo sleduje televizi
- 21:10 provedena úprava lůžka, vyvětrán pokoj, zajištění klidného a tichého prostředí.
- 23:30 pacient udává, že nemůže usnout, aplikace anxiolytik dle ordinace lékaře
- 23:40 proveden záznam do dokumentace
- 24:00 pacient spí do 5:00 hodin

20. 3. 2016:

- 20:50 pacient nepožaduje žádné léky na spaní
- 7:00 pacient spal celou noc

Hodnocení ze dne 20. 3. 2016:

Pacient udává značné zlepšení spánku, cítí se více odpočatý a spí déle jak 7 hodin.

Cíl byl splněn

CELKOVÉ HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacient byl hospitalizován na oddělení infekčním z důvodu infekční mononukleózy. Vzhledem ke správně poskytované ošetrovatelské péči a ošetrovatelskému procesu, lze hodnotit celkovou péči kladně. Pacient snášel hospitalizaci dobře. U pacienta byly podrobně zpracovány čtyři aktuální ošetrovatelské diagnózy. První ošetrovatelskou diagnózu byla akutní bolest hrtanu z důvodu infekční mononukleózy, projevující se otokem hrtanu, ztíženým a bolestivým polykáním a verbálním sdělením. Pacient udával bolest na hodnotící škále VAS č. 6. Po podávání analgetik a antibiotik bolest se postupně snižovala. Cíl byl splněn částečně. Druhá ošetrovatelská diagnóza byla hypertermie v důsledku infekčního onemocnění, projevující tělesnou teplotou 39,2 °C pocením a únavou. U pacienta bylo měněno ložní a osobní prádlo podle potřeby, byly podávány tekutiny, antipyretika dle ordinace lékaře. Hodnoty tělesné teploty k teploty byly kolísavé, veškeré ordinace lékaře byly plněny a zaznamenány do dokumentace, cíl byl splněn částečně, proto bylo potřeba pokračovat v ošetrovatelských intervencích dle stavu pacienta. Třetí ošetrovatelskou diagnózou byl snížený příjem potravy a tekutin z důvodu otoku v oblasti krku projevující se ztíženým polykáním. Infuzní terapie s kortikoidy nebyla zatím zcela účinná, otok hrtanu trvá, nadále je nutné pokračovat v léčbě kortikoidy, dle ordinace lékaře a usnadnění polykání kašovitě stravy. Cíl nebyl splněn. Čtvrtá ošetrovatelská diagnóza byla narušený spánek z důvodu změny prostředí projevující se častým buzením během noci. Pacient respektoval doporučení úpravy spánkového rytmu, občas podána dle ordinace lékaře anxiolytika. Třetí den se pacient cítil odpočatý, vyspaný. Cíl byl splněn.

4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro zdravotnický personál

- Sledovat zmírňující se otok.
- Informovat o nutnosti odběrů biologického materiálu.
- Sledovat místa vpichu po intramuskulárních injekcích.
- Sledovat možné alergické reakce po podání antibiotik (P-Penicilin 1,5 miliónů jednotek).
- Sledovat účinky podávaných léků dle ordinace lékaře.
- Sledovat projevy bolesti.
- Pravidelně měřit tělesnou teplotu.
- Dbát na čistotu pacienta, dostatek ložního a pacientova prádla.
- Zajistit dostatek tekutin.
- Podávat informace o dietních opatřeních.
- Dbát na pacientovu předepsanou dietu a tělesný klid a na vyvarování se psychické zátěže.

Doporučení pro pacienta po propuštění

- Doužívat ATB, pokud lékař neurčí jinak.
- Nechodit ven na slunce, vyvarovat se mléčných produktům, u žen užívající HA – snížená účinnost.
- Edukovat pacienta o nutnosti dodržování životosprávy – nepít alkohol, nekouřit, přiložení informačního materiálu, viz Příloha H.
- Omezit styk s veřejností, jelikož pacient má sníženou imunitu, vyvarovat se nemocného člověka.
- Dodržovat kontroly jak u praktického lékaře, tak na ORL ambulanci.
- Po dobu 3–4 týdnů dodržovat zásady životosprávy, viz Příloha H, přibližně po 6 týdnech začít s postupným zvyšováním tělesné zátěže (plavání) dle klinického stavu a hodnot jaterních testů.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat problematiku infekční mononukleózy, její specifika a zformulovat doporučení pro praxi.

Infekční mononukleóza je infekční virové lehce probíhající onemocnění. Přenáší se přímým kontaktem, slinami či kapénkovou infekcí. Častým nositelem jsou mladiství, nejméně malé děti a dospělí. Nemocný je schvácený, má povleklé mandle, kolísavé horečky a zduřelé krční uzliny. Léčba spočívá především v klidu na lůžku, antibiotické léčbě, dostatku vitamínů, tišení bolesti a podávání antipyretik. Práce byla rozdělena na dvě části. Na část teoretickou a praktickou. V teoretické části práce byla popsána charakteristika onemocnění, etiologie, epidemiologie, symptomatologie diagnostika, léčba, komplikace a prevence. Dále byla popsána specifika ošetrovatelské péče a specifika práce sestry na infekčním oddělení. V praktické části práce byl realizován ošetrovatelský proces u pacienta s infekční mononukleózou. V závěru práce bylo popsáno doporučení pro zdravotnický personál a pro pacienty.

Práce je určena pro širokou laickou veřejnost, pacientům s infekční mononukleózou, rodinným příslušníkům, všeobecným sestrám a studentům, kteří si chtějí rozšířit odborné znalosti o daném onemocnění. Cíle práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- AMBROŽOVÁ, Helena. 2005. Infekční mononukleóza. *Pediatric pro praxi*. 5, 244-246 s. ISSN 1213-0494.
- AMBROŽOVÁ, Helena. 2009. Infekční mononukleóza. *Postgraduální medicína*. 6, 24-28 s. ISSN 1212-4184.
- BENEŠ, Jiří. 2009. *Infekční lékařství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-644-1.
- ČERNÝ, Zdeněk. 2008. *Infekční nemoci: jak pečovat o pacienty s infekčním onemocněním*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 978-80-7013-480-1.
- ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3602-0.
- GÖPFERTO VÁ, Dana, Petr PAZDIORA a Jana DÁŇOVÁ. 2013. *Epidemiologie: obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí*. 2., přeprac. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2223-1.
- HABER, Jan. 2012. Virové infekce u imunokompromitovaných pacientů s hematologickou malignitou. *Postgraduální medicína*. 8, 55 s. ISSN 1212-4184.
- HOLEČKOVÁ, Katarína, 2006. Infekční mononukleóza. *Via practica*. [online]. 3(1). Dostupné z:
http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=7&magazine_id=1
- KLEINEROVÁ, Jana. 2008. Infekční mononukleóza. *Medicína pro praxi*. 5(10), 372-374 s. ISSN 1214-8687.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Grada. ISBN 80-247-1830-8.
- KOCINOVÁ, Svatava, Zdeňka ŠTERBÁKOVÁ a Šárka ERBANO VÁ. 2007. *Přehled nejužívanějších léčiv: příručka pro střední zdravotnické školy*. 5., aktualiz. vyd. Praha: Informatorium. ISBN 978-80-7333-059-0.
- LAŽANSKÁ, Soňa a Alena MACHOVÁ. 2015. Úloha sestry v péči o pacienta s mononukleózou. *Pediatric pro praxi*. 16(1), s. 59-61. ISSN 1213-0494.

- LOBOVSKÁ, Alena. 2001. *Infekční nemoci*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0116-8.
- MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ, Renáta HERNOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1443-4.
- MKN-10: Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. *ÚZIS ČR: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2013 [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. *Pečovatelství 2. díl – Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelskou činnost*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3185-8.
- LAŽANSKÁ, Soňa a Alena MACHOVÁ. 2015. Úloha sestry v péči o pacienta s mononukleózou. *Pediatric pro praxi*. 16(1).
Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz>
- LUKÁŠ, Karel a kol. 2005. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1283-0.
- PODSTATOVÁ, Renata. 2011. Péče o pacienty s infekčním onemocněním. *Sestra*. 21(4). ISSN 1210-0404.
- ROHÁČOVÁ, Hana. 2005. Onemocnění vyvolaná virem nemocnění vyvolaná virem Epstein-Barrové. *Interní medicína pro praxi*. 6, 301-302 s. ISSN 1212-7299.
- ROZSYPAL, Hanuš. 2015. *Základy infekčního lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2932-2.
- ROZSYPAL, Hanuš, Michal HOLUB a Monika KOSÁKOVÁ. 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči: minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Karolinum. Levou zadní. ISBN 978-80-246-2197-5.
- SCHINDLER, Jiří, 2010. *Mikrobiologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3170-4.

- SMÍŠKOVÁ, Dita, 2013. Infekční mononukleóza a další onemocnění vyvolané virem Epsteinina a Barrové. *Interní medicína pro praxi*. 14(6 a 7). ISSN 1803-5337.
- STAŇKOVÁ, Alena. 2009. Odběr krve – žádná věda? *Sestra*. 19(4). ISSN 1210-0404.
- STAŇKOVÁ, Marie, Zdeňka ŠTERBÁKOVÁ a Šárka ERBANOVÁ. 2002. *Infekční lékařství: minimum pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Triton. Levou zadní. ISBN 80-725-4115-3.
- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. 2016. *Infekce v ČR 2015, kumulativně* [online]. [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/data/kumulativni-nemocnost-vybranych-hlasenych-infekci-v-ceske>.
- SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR. 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun. ISBN 978-80-2630-001-4.
- VANIŠTA, Jiří a Tamara STARNOVSKÁ, 2008. *Diety při onemocnění mononukleózou*. 2. vyd. Praha: MAC. ISBN 978-80-86738-30-7.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262.8.
- VOKURKA, M. a J. HUGO. 2010. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.
- VOTAVA, Miroslav. 2009. *Lékařská mikrobiologie – vyšetřovací metody*. Brno: Neptun. ISBN 978-80-86850-04-7.
- WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNETT. 2006. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1714-X.

PŘÍLOHY

Příloha A – Rešerše.....	I
Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování Bakalářské práce....	II
Příloha C – Kumulativní četnosti infekční mononukleózy v České republice v letech 2006 až 2015 (graf).....	IV
Příloha D – Kumulativní četnosti infekčních onemocnění v České republice v letech 2006 až 2015.....	V
Příloha E – Kumulativní četnosti infekční mononukleózy v České republice v letech 2006 až 2015.....	VIII
Příloha F – Sérologická diagnostika viru Epstein-Barróvé	IX
Příloha G – Interpretace nálezů při infekční mononukleóze.....	X
Příloha H – Léčebný režim při infekční mononukleóze	XI
Příloha I – Čestné prohlášení.....	XII

Průvodní list k rešerši

Téma: Ošetřovatelský proces u pacienta s infekční mononukleózou

Zadatel: Veronika Zábranová
Hodějice 334
684 01 Slavkov u Brna
e-mail: VeronikaZabranova@seznam.cz
číslo průkazky: 00051550223434

Excerpované zdroje:

Licencované zdroje:

- Web of Science,
- EBSCO,
- ProQuest Central.

Volně dostupné zdroje:

- katalog MZK,
- Jednotná informační brána,
- Souborný katalog ČR – CASLIN,
- Theses
- Medvik
- PubMed
- Slovenská lékařská knihovna

Jazykové vymezení: čeština, angličtina, němčina

Časové vymezení literatury: od r. 2005

Rešeršér:

Miroslav Kroupa, Moravská zemská knihovna v Brně tel. 541 646 162, e-mail:
Miroslav.Kroupa@mzk.cz.

Poznámka:

Nelze vyloučit duplicitu záznamů. Plné texty dokumentů, které jsou k dispozici v elektronické podobě, jsou uloženy na CD jako součást rešerše, a to zpravidla ve formátu PDF. Název příslušného souboru tvoří většinou příjmení autora a první slovo z názvu článku. Bibliografické záznamy nejsou upraveny podle ČSN ISO 690.

Cena:

3 hod. práce rešeršéra 510,- Kč
(1 hod. práce rešeršéra 170 Kč.)

Datum ukončení práce na rešerši: 21.11.2015.

Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování Bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5



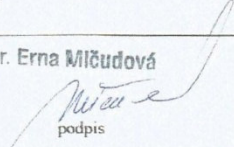
PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Zábranová Veronika, DiS.	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta s infekcí mononukleózou	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Nemocnice Vyškov, Purkyňova 36, Vyškov Fakultní nemocnice Brno, Jihlavská 20	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Miroslava Kubicová <i>Kubicová</i>	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci ošetrovatelského procesu	Ošetrovatelský proces <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Kubicová</i>	

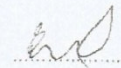
Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5

Souhlas náměstkyně ošetřovatelskou péčí	pro	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím	Mgr. Erna Mičudová  podpis
		<input type="checkbox"/> ncsouhlasím	

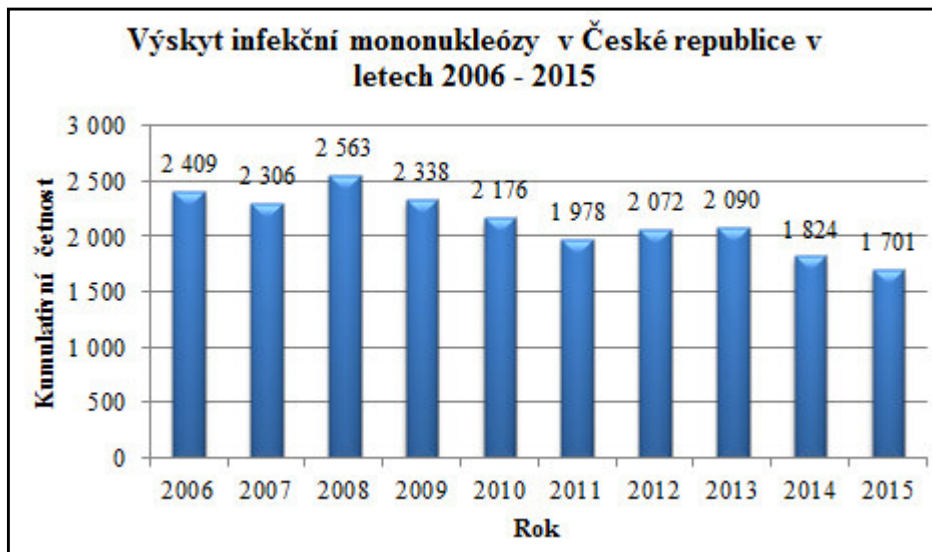
Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Ve Vyškově dne 5.1.2016



podpis studenta

Příloha C – Kumulativní četnosti infekční mononukleózy v České republice v letech 2006 až 2015 (graf)



Zdroj: Vlastní zpracování dle Infekce v ČR 2015, kumulativně. *Státní zdravotní ústav* [online] 2016 [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/data/kumulativni-nemocnost-vybranych-hlasenych-infekci-v-ceske>

Příloha D – Kumulativní četnosti infekčních onemocnění v České republice v letech 2006 až 2015

Diagnóza		Rok										Celkem
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
A01.0	Břišní tyfus	9	2	4	3	4	3	2	0	3	1	31
A01.1	Paratyfus A	1	1	1	1	1	2	4	2	2	1	16
A01.2	Paratyfus B	3	3	1	0	0	2	0	1	1	1	12
A02	Salmonelóza	25	18	11	10	8	8	10	10	13	12	129 641
		102	204	009	805	622	752	507	280	633	727	
A03	Shigelóza	289	349	229	178	450	164	266	257	92	88	2 362
A04	Jiné bakteriální střevní infekce	2	2	3	3	3	4	5	5	6	8	45 601
		471	831	305	178	343	607	168	797	763	138	
A04.5	Kampylobakteri óza	22	24	20	20	21	18	18	18	20	21	206 277
		713	254	175	371	164	811	412	389	903	085	
A05	Jiné bakteriální otravy	48	70	84	106	100	381	14	203	177	793	1 976
A05.1	Botulismus	0	1	1	1	0	0	0	4	1	1	9
A06	Amébóza	9	9	11	5	18	6	17	11	16	9	111
A07.1	Giardióza	141	90	79	47	51	45	49	46	42	33	623
A07.2	Kryptosporidióza	0	0	0	0	1	0	4	2	1	2	10
A08	Virové a jiné specifické onemocnění	5	6	6	6	8	9	6	7	9	18	85 709
		597	025	639	066	517	955	877	778	438	817	
A21	Tularémie	87	54	113	65	53	58	44	36	49	59	618
A26	Erysipeloid	8	5	4	4	5	0	3	5	5	1	40
A27	Leptospiróza	18	24	17	32	41	31	22	7	37	17	246
A32	Listerióza	78	51	37	32	26	35	32	35	37	33	396
A35	Tetanus jiný	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
A36	Záškrt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
A37.0	Dávivý kašel (Bordetella pertussis)	234	186	767	955	662	324	738	1	2	584	8 204
									233	521		
A37.1	Dávivý kašel (Bordetella parapertussis)	100	42	128	79	65	40	50	63	95	83	745
A38	Spála	3	4	4	3	4	5	5	4	4	3	42 147
		300	057	450	862	143	232	166	089	171	677	
A39	Meningokokové infekce	77	78	86	85	64	66	57	57	37	44	651
A41	Jiné septikémie	343	431	670	861	824	926	1	1	1	1	9 365
		186	154	381	589							

Diagnóza		Rok										Celkem
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
A46	Růže – erysipelas	3 561	3 746	3 631	3 622	3 503	3 832	3 773	3 609	3 822	3 760	36 859
A48.1	Legionelóza	15	19	15	25	42	58	56	67	110	120	527
A48.3	Syndrom toxického šoku	0	12	6	7	13	4	8	3	3	4	60
A69.2	Lymeská borelióza	4 370	3 558	4 350	3 863	3 597	4 834	3 304	4 646	3 743	2 897	39 162
A70	Ornitóza - psitakóza	1	2	0	2	0	1	1	1	0	0	8
A84.1	Klíšťová encefalitida	1 029	546	631	816	589	861	573	625	410	351	6 431
A87.0	Enterovirová meningitida	80	123	131	118	82	61	149	491	192	109	1 536
A87.8	Jiné virové meningitidy	50	25	24	33	19	17	17	19	23	15	242
A87.9	Virová meningitida (blíže neurčená)	388	402	363	412	318	364	336	454	304	270	3 611
A90	Dengue	9	10	11	15	17	13	29	81	35	40	260
A91	Hemoragická horečka dengue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A98.5	Hemorragická horečka s renálním syndromem	1	3	2	6	8	9	8	12	3	7	59
B00	Infekce virem Herpes simplex	101	121	110	120	128	133	156	170	194	184	1 417
B01	Plané neštovice	35 197	48 571	38 965	47 192	48 270	42 785	42 529	40 413	51 617	46 937	442 476
B02	Herpes zoster	6 595	6 456	6 391	6 082	6 045	6 370	6 409	6 297	6 679	6 441	63 765
B05	Spalničky	7	2	2	5	0	17	22	15	221	9	300
B06	Zarděnky	8	4	14	6	4	28	7	0	1	0	72
B08	Jiné exantematické virové infekce	762	764	1 264	2 661	1 879	1 344	1 854	1 586	4 926	1 862	18 902
B15	Akutní hepatitida A	132	128	1 648	1 104	862	264	284	348	673	723	6 166
B16	Akutní hepatitida B	307	307	306	247	244	192	154	133	105	90	2 085

Diagnóza		Rok										Celkem
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
B17.2	Akutní hepatitida E	35	43	65	99	72	163	258	218	299	409	1 661
B26	Parotitida	5 172	1 297	402	357	1 068	2 885	3 902	1 553	677	1 613	18 926
B27	Infekční mononukleóza	2 409	2 306	2 563	2 338	2 176	1 978	2 072	2 090	1 824	1 701	21 457
B35	Dermatofytóza	513	474	552	586	635	629	637	661	626	590	5 903
B58	Toxoplazmóza	328	231	248	221	259	180	188	155	147	169	2 126
B67	Echinokokóza	2	3	2	1	5	0	0	2	6	3	24
B68	Tenióza	13	26	7	3	4	9	6	30	18	6	122
B75	Trichinóza	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3
B86	Svrab	3 129	2 803	2 958	2 935	2 952	3 139	3 336	3 960	4 202	4 267	33 681
G00	Bakteriální meningitida	145	168	141	154	130	149	160	150	122	121	1 440
HEPC	Virová hepatitida C	1 022	980	974	836	709	812	794	873	867	945	8 812
MALA	Malárie	16	23	22	11	13	28	27	27	31	29	227

Zdroj: Infekce v ČR 2015, kumulativně. *Státní zdravotní ústav* [online]. 2016 [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/data/kumulativni-nemocnost-vybranych-hlasenych-infekci-v-ceske>

Příloha E – Kumulativní četnosti infekční mononukleózy v České republice v letech 2006 až 2015

Diagnóza		Rok										Celkem
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
B27	Infekční mononukleóza	2 409	2 306	2 563	2 338	2 176	1 978	2 072	2 090	1 824	1 701	21 457

Zdroj: Infekce v ČR 2015, kumulativně. *Státní zdravotní ústav* [online]. 2016 [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/data/kumulativni-nemocnost-vybranych-hlasenych-infekci-v-ceske>

Příloha F – Sérologická diagnostika viru Epstein-Barr

VCA		EBNA-1		EA-D		Sérologická diagnostika
IgM	IgG	IgM	IgG	IgM	IgG	
–	–	–	–	–	–	Séronegativita – bez kontaktu s infekcí
(+) ¹	–	+	–	(+)	–	Časná primoinfekce
+	–	+	–	+	–	
+	–	(+)	–	+	–	
+	(+)	(+)	–	(+)	–	Pozdní primoinfekce
+	+	–	–	(+)	(+)	
(+)	+	–	–	(+)	+	Postakutní stav
–	+	–	(+)	–	+	
–	+	–	(+)	–	(+)	
–	+	–	(+)	–	–	Dříve prodělaná infekce – sérokonverze
–	+	–	+	–	–	Dříve prodělaná infekce – séropozitivita
–	–	–	+	–	–	
+	+	–	+	(+)	–	Reaktivovaná infekce
+	+	+	+	(+)	(+)	

Zdroj: KLEINEROVÁ, Jana. Infekční mononukleóza. In *Medicína pro praxi*, 2008, 5 (10), s. 373.

ISSN 1214-8687.

¹ (+) Protilátky nemusí být přítomny.

Příloha G – Interpretace nálezů při infekční mononukleóze

Stádium	VCA IgM	VCA IgG	EA	EBNA
Primoinfekce	+	+	+	–
Latence	–	+	–	+
Reaktivace	±	+	+	+

Zdroj: AMBROŽOVÁ, Helena. Infekční mononukleóza. In *Pediatric pro praxi*, 2005, č. 5, s. 245. ISSN 1213-0494.

Léčebný režim **při onemocnění infekční mononukleózou:**

Infekční mononukleóza je infekční, virové, většinou lehce probíhající onemocnění, které se přenáší úzkým tělesným kontaktem s nakaženým člověkem nebo zdravým nosičem viru. (hlavně slinami, proto „nemoc z líbání“). Nemoc propukne asi za 1-2 měsíce po kontaktu a může se projevat mj. teplotami, povlakovou angínou (neustupující po antibiotikách), výrazným, bolestivým zduřením krčních uzlin, zvětšením sleziny a jater. Toto onemocnění jater se projevuje také nechutenstvím, nevolností, pocity tlaky v oblasti žaludku, nadýmáním. Nemoc může proběhnout i bezpříznakově, jako lehký zánět nosohltanu.

Léčba této nemoci spočívá v podávání léků proti horečce, tělesném klidu a dodržování lehké jaterní diety po dobu rekonvalescence, jejíž délka závisí na normalizaci zvýšených hodnot jaterních testů.

Dieta: Vyvážená strava s dostatkem bílkovin, hlavně živočišných, a omezením tuků. Naprosté vyloučení alkoholu. Je důležitá pravidelnost ve stravování, vzhledem k postižení jater mohou pacienti nepravidelnost jídla špatně snášet.

Nevhodná jídla: tučná masa všeho druhu (husa, kachna, losos, tučné vepřové), kořeněné a solené uzeniny, plísňové a tučné sýry, majonéza, smetana, smažená jídla, přepálený tuk (hranolky, hamburgery, bramboráky, bramborové lupínky), kynuté pečivo, nadýmavé a těžce stravitelné potraviny (cibule, česnek, houby, okurky, luštěniny, zelí apod.), tučné pochutiny (čokoláda, mák, ořechy, kakao), koření a ostatní pikantní přísady, alkohol všeho druhu (i v bonbónech).

Vhodná jídla:

Maso a masové výrobky: libové maso - telecí, hovězí, vepřové, kuřecí, králíčí, šunka, vařené nebo dušené bez tuku, později na rostlinném tuku, který se nesmí přepalovat a po rychlém opečení se slije a odstraní.

Mléko a mléčné výrobky: Do jídelníčku zařazovat denně, ale nízkotučné. **Vejce:** k přípravě pokrmů 1-2 denně.

Tuky: zpočátku jen čerstvé máslo (max. 20-40 g denně), později nepřepálený rostlinný olej.

Obiloviny a moučné výrobky: těstoviny, rýže, bílé pečivo, piškotové moučníky, ovocné koláče, později i tmavý chléb.

Zelenina a ovoce: čerstvé, křehké a nenadýmavé denně, raději syrové. Brambory v jakémkoliv podobě.

Rekonvalescence: Onemocnění trvá 3-4 týdny, rekonvalescence přibližně 6 týdnů, s postupným zvyšováním tělesné zátěže (plavání) dle klinického stavu a hodnot jaterních testů. Provozování vrcholového sportu a požívání alkoholu je nutno po dobu zotavování vynechat.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s infekční mononukleózou v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 6. 1. 2017

.....

podpis